

Absenzenmanagement –

Ein sensibilisierendes Grundlagenkonzept mit organisatorischen und arbeitspsychologischen Aspekten zu Absenzen im Unternehmen



Bachelorarbeit – B. Sc. Angewandte Psychologie

Autorin Manuela Roschi, 8. Semester (Teilzeit)
Hochschule für Angewandte Psychologie, FHNW Olten

Praxispartnerin Schweizerischer Blinden- und Sehbehindertenverband,
Bern, Petra Lautner

Begleitender Dozent Dr. Oliver Christ

Juni 2014

Erklärung / Zusicherung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelor-Arbeit (B. Sc.) ohne fremde Hilfe verfasst habe. Ich habe die Übernahme wörtlicher Zitate sowie inhaltlich übernommener Stellen aus der Literatur in der Arbeit gekennzeichnet. Zudem versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als wissenschaftliche Arbeit vorgelegt habe.

Olten, 05. Juni 2014

Manuela Roschi

Abstract

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, für den schweizerischen Blinden- und Sehbehindertenverband (SBV) ein sensibilisierendes Grundlagenkonzept für ein Absenzenmanagement zu erarbeiten. Dabei sollen arbeitspsychologische Sichtweisen zur Senkung von Absenzen mitberücksichtigt werden. Theoretische Grundlagen finden sich in zwei Bereichen: Einerseits in organisatorischen und analytischen Aspekten. Andererseits in arbeitspsychologischen Perspektiven zu innerbetrieblichen Einflussfaktoren, mit entsprechenden Instrumenten zur Situationserfassung und der Gestaltung von Massnahmen zur Senkung von Absenzen. Mittels Methodenkombination von Dokumenten-, Absenzenanalyse und Interviews erfolgte eine Situationserfassung beim SBV, um anschliessend ein passendes Konzept zu erarbeiten. Die Ergebnisse zeigen auf, Handlungsbedarf besteht in beiden Bereichen. Einerseits gilt es Grundlagen sowie Prozesse der Abszenerfassung und -analyse zu definieren. Andererseits eine Vertrauens- und Gesundheitskultur zu schaffen, ein gesundheitsorientierter Führungsstil zu fördern sowie die Gesundheitskompetenz zu stärken.

Anzahl Zeichen des Berichts (inkl. Leerzeichen, exkl. Anhang): 124'974

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Kontext Praxispartner	2
2.1	Herleitung und Spezifizierung der Fragestellung	3
2.2	Abgrenzung	3
3	Theoretische Hintergründe zu Absenzen im Unternehmen.....	4
3.1	Begriffsdefinitionen.....	5
3.2	Organisatorische und analytische Aspekte zu Absenzen im Unternehmen.....	6
3.2.1	Definitionen festlegen.....	6
3.2.2	Vorgehen bei Absenzen	6
3.2.3	Standardisierte Erfassung der Absenz	7
3.2.4	Systematische Absenzenanalyse	7
3.2.5	Finanzielle Auswirkungen von Absenzen	8
3.3	Arbeitspsychologische Aspekte zu Absenzen im Unternehmen.....	9
3.3.1	Einflussfaktoren: Das Belastungs- und Beanspruchungskonzept	9
3.3.2	Innerbetriebliche Einflussfaktoren auf Absenzen.....	10
3.3.3	Instrumente und Massnahmen	16
3.4	Hinweise zum Vorgehen vor der Einführung eines Absenzenmanagements.....	19
3.5	Zwischenfazit theoretische Hintergründe	20
4	Methodik	21
4.1	Untersuchungsdesign	21
4.2	Dokumentenanalyse.....	22
4.2.1	Durchführung	22
4.2.2	Auswertung	22
4.3	Absenzenanalyse	23
4.3.1	Durchführung	23
4.3.2	Auswertung	24

4.4	Interviews	25
4.4.1	Durchführung	26
4.4.2	Auswertung	27
5	Ergebnisse.....	29
5.1	Dokumentenanalyse.....	29
5.2	Absenzenanalyse	30
5.2.1	Finanzielle Auswirkungen.....	30
5.2.2	Vergleiche.....	31
5.2.3	Korrelationen und Regressionsanalyse.....	38
5.3	Interviews	39
5.3.1	Ergebnisse der Mitarbeitenden-Interviews.....	39
5.3.2	Ergebnisse der Vorgesetzten-Interviews	41
6	Diskussion	45
6.1	Aspekte im organisatorischen und analytischen Bereich	45
6.2	Aspekte im arbeitspsychologischen Bereich.....	46
6.3	Kritische Würdigung der Arbeit.....	48
7	Konzepterstellung und Schlussfolgerung	50
7.1	Ziele	50
7.2	Vorgehen im organisatorischen und analytischen Bereich	51
7.3	Vorgehen im arbeitspsychologischen Bereich	52
8	Literaturverzeichnis.....	56
9	Anhang	60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Theoretischer Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung, 2014)..... 4

Abbildung 2: Organisatorische & analytische Aspekte eines Absenzenmanagements (eigene Darstellung, 2014) 6

Abbildung 3: Arbeitspsychologische Aspekte eines Absenzenmanagements (eigene Darstellung, 2014)... 9

Abbildung 4: Belastungs-Beanspruchungs- Konzept (in Anlehnung an Rudow, 2011, S. 36) 9

Abbildung 5 : Treiber- und Indikatorenmodell (in Anlehnung an Uhle & Treier, 2013, S. 216)..... 10

Abbildung 6: Aufgabenmerkmale und ihre Auswirkungen auf die Person (Hackman & Oldham, 1980, zitiert nach Rudow, 2011, S. 91) 15

Abbildung 7: Untersuchungsdesign (eigene Darstellung, 2014) 21

Abbildung 8: Kategoriensystem Dokumentenanalyse (eigene Darstellung, 2014) 22

Abbildung 9: Interviewkategorien (eigene Darstellung, 2014) 26

Abbildung 10: Kategoriensystem Inhaltsanalyse (eigene Darstellung, 201)..... 27

Abbildung 11: Vorgehensweise bei der Auswertung der Interviews nach strukturierender Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Mayring, 2010, S. 93)..... 27

Abbildung 12: Vergleich Mittelwerte Absenzen zwischen Abteilungen inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014) 32

Abbildung 13: Absenztage pro Abteilung (Häufigkeit) inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014) 32

Abbildung 14: Vergleich Mittelwerte Absenzen zwischen Abteilungen ohne Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014) 33

Abbildung 15: Absenztage pro Abteilung (Häufigkeit) ohne Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014) 34

Abbildung 16: Vergleich Mittelwerte Absenzen Bern als eine Einheit inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014) 35

Abbildung 17: Vergleich Kurzzeit-/Langzeitabsenzen 2012 (eigene Darstellung, 2014) 35

Abbildung 18: Vergleich Kurzzeit-/Langzeitabsenzen 2013 (eigene Darstellung, 2014) 35

Abbildung 19: Vergleich Mittelwerte Absenzen nach Position inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)..... 36

Abbildung 20: Vergleich Mittelwerte Absenzen nach Pensum inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)..... 37

Abbildung 21: Vergleich Mittelwerte Absenzen nach Geschlecht inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014) 37

Abbildung 22: Konzepterarbeitung (eigene Darstellung, 2014)..... 50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus dem Kategoriensystem (eigene Darstellung, 2014)..... 28

Tabelle 2: Vergleich Ergebnisse Interviews Mitarbeitende und Vorgesetzte (eigene Darstellung, 2014).. 43

1 Einleitung

Gesunde Mitarbeitende sind für Unternehmen in vielerlei Hinsicht wichtig. Einerseits führen krankheitsbedingte Absenzen zu hohen Kosten, andererseits ist ein guter Gesundheitszustand eine Grundvoraussetzung für Leistungsfähigkeit und Produktivität (Steinke & Badura, 2011). Im Jahr 2010 waren die Fälle krankheitsbedingter Absenzen beim Schweizerischen Blinden- und Sehbehinderten Verband (SBV) so zahlreich, dass die Krankentaggeldversicherung eine weitere Zusammenarbeit in Frage stellte. Mittels einer Prämienhöhung konnte vorübergehend eine Lösung gefunden werden. Es besteht Handlungsbedarf. Die Geschäftsleitung hat sich in Folge dessen dafür ausgesprochen, der Gesundheit der Mitarbeitenden in Zukunft einen höheren Stellenwert beizumessen. Ein erster Schritt in diese Richtung soll mit der Erarbeitung eines Absenzenmanagements gemacht werden. Der grundlegende Auftrag dieser Arbeit besteht darin, hierfür ein sensibilisierendes Grundlagenkonzept zu schaffen.

Absenzen sind multifaktoriell bedingt, ein Absenzenmanagement sollte daher nicht alleine auf die Berechnung von Kennzahlen fokussieren (Brandenburg & Nieder, 2009). Über die Hälfte der Absenzen haben einen innerbetrieblichen Ursprung (Pirotta, 2009). Nach Uhle und Treier (2013) sind dort insbesondere die Unternehmenskultur, das Führungsverhalten sowie die Arbeitsgestaltung und Förderung der Gesundheitskompetenz Treiber für Fehlzeiten. Das Konzept beruht daher nicht nur auf organisatorischen, analytischen Verfahrensgrundlagen eines Absenzenmanagements an sich, sondern umfasst Aspekte der Sensibilisierung im Bereich Arbeitspsychologie mit Wissensaspekten zu Einflüssen auf Absenzen, verbunden mit deren Senkung.

Nach der Einleitung folgt in Kapitel zwei die Vorstellung des Praxispartners sowie die Herleitung und Spezifizierung der Fragestellung. Theoretische Hintergründe und empirische Erkenntnisse sollen Grundlagen zum idealerweise vorhandenen SOLL-Zustand aufzeigen und der Sensibilisierung dienen. Sie werden in Kapitel drei erläutert. Die Datenerhebung in Kapitel vier erfasst den IST-Zustand in Bezug auf die Thematik Gesundheit und Absenzen im Betrieb. Die Präsentation der Ergebnisse folgt in Kapitel fünf. Abschliessend werden die Daten aus der Theorie und den Ergebnissen in Kapitel sechs im Rahmen der Diskussion beleuchtet, Lücken zwischen IST- und SOLL-Zustand aufgezeigt und der Forschungsprozess dieser Arbeit reflektiert. Im siebten Kapitel, erfolgt die Konzepterarbeitung mit konkreten Handlungsempfehlungen basierend auf den theoretischen Grundlagen und den durch die Methodenkombination erlangten, diskutierten Ergebnissen.

2 Kontext Praxispartner

Der Schweizerische Blinden- und Sehbehindertenverband (SBV) ist eine nationale, gemeinnützige, nicht gewinnorientierte Organisation. Der SBV arbeitet mit anderen im Behindertenbereich tätigen schweizerischen und internationalen Organisationen zusammen. In dem er im Auftrag der Behörden Leistungen für blinde und sehbehinderte Menschen erbringt, trägt er zur Umsetzung der Gesetzgebung bei (Statuten, 2013). Des Weiteren bezweckt der SBV gemäss Statuten (2013):

- Die Interessenvertretung,
- Förderung der Selbstständigkeit sowie berufliche und soziale Eingliederung,
- Zusammenschluss und Stärkung,
- Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Anliegen und Bedürfnisse sehbehinderter und blinder Menschen.

Der SBV bezeichnet sich als eine Selbsthilfeorganisation und zählt über 4300 blinde und sehbehinderte Mitglieder. Er besteht aus schweizweit 16 Sektionen, welche ehrenamtlich tätig sind. Die ehrenamtliche Arbeit wird ergänzt mit einem flächendeckenden, professionellen Dienstleistungsangebot (SBV Leitbild, 2006). Das Dienstleistungsangebot umfasst gemäss Leitbild (2006):

- Bildung und Freizeit
- Beratung und Rehabilitation (SBV-Beratungsstellen bieten entsprechende Unterstützung)
- Kommunikation
- Forschung und Entwicklung

Um dieses Angebot schweizweit anbieten zu können, führt der SBV insgesamt *acht Beratungsstellen* (nachfolgend BS) in Basel, Fribourg, Graubünden, Jura, Luzern, Wallis sowie in Zürich und *fünf Begegnungs- und Bildungszentren* (nachfolgend BBZ) in Bern, Lausanne, Luzern, St. Gallen und Zürich. Die BBZ sind Treffpunkte für Menschen mit einer Sehbehinderung und bieten kulturelle sowie künstlerische Aktivitäten (www.sbv-fsa.ch). In Bern befindet sich der „Hauptsitz“ beziehungsweise die Administration mit den Bereichen Generalsekretariat, Beratung & Rehabilitation, Mitglieder & Bildung/Freizeit, Interessenvertretung, Personal, Finanzen, Infrastruktur und EDV (Organigramm, 2013). Per Ende 2013 beschäftigte der SBV schweizweit 134 Mitarbeitende.

Die BS, die BBZ sowie die Bereiche in Bern werden nachfolgend jeweils als Einheiten beziehungsweise Abteilungen bezeichnet.

2.1 Herleitung und Spezifizierung der Fragestellung

Die hohe Absenzzahl führte beim SBV zur Entscheidung, in naher Zukunft ein Absenzenmanagement einführen zu wollen. Der von der Geschäftsleitung erteilte Auftrag besteht darin, ein sensibilisierendes Grundlagenkonzept hierfür zu erarbeiten. Da insbesondere eine Senkung der Absenzen angestrebt wird, sind neben organisatorischen Abläufen arbeitspsychologische Aspekte auf Unternehmens-, Führungs- und Mitarbeiterebene ein tragender Teil der Arbeit. Folgende Ziele sollen erreicht werden:

- Erarbeitung theoretischer Grundlagen zum Thema Absenzen (-management) (SOLL-Zustand)
- Erfassung der Situation beim SBV in Bezug auf Absenzen (IST-Zustand)
- Konkrete Handlungsempfehlungen zur Gestaltung eines Absenzenmanagements mit dem Ziel Absenzen zu senken (Konzepterstellung)

Die Arbeit umfasst somit einen Theorieteil um den SOLL-Zustand zu erarbeiten, einen Methodenteil um die Situation in Bezug auf Absenzen sowie Einflussfaktoren zu erfassen (IST-Zustand) und daraus resultierende Handlungsempfehlungen im Sinne einer Konzepterstellung.

Der Auftrag wird hier in Form einer Fragestellung präzisiert:

Wie soll ein Absenzenmanagement unter Berücksichtigung arbeitspsychologischer Aspekte gestaltet werden, um Absenzen zu reduzieren?

Um diese Frage umfassend beantworten zu können, sollen einerseits grundlegend notwendige, organisatorische Prozesse eines Absenzenmanagements erläutert werden. Andererseits werden sensibilisierende, arbeitspsychologische Theorien und Konzepte dargelegt sowie Instrumente und Massnahmen aufgezeigt.

2.2 Abgrenzung

Im Zentrum dieser Arbeit stehen krankheits-/motivationsbedingte Absenzen und damit verbundene innerbetriebliche Einflüsse. Davon abgegrenzt und somit hier nicht behandelt werden unfallbedingte Absenzen sowie persönliche Absenzursachen (z.B. durch genetische Dispositionen, private Ereignisse). Ebenfalls nicht detailliert erläutert werden rechtliche Aspekte sowie Möglichkeiten zur Evaluation von Massnahmen.

Die Arbeit ist in geschlechterneutraler Sprache verfasst. Wo dies aus Gründen des Leseflusses nicht sinnvoll ist, wird die gebräuchliche Sprache verwendet.

3 Theoretische Hintergründe zu Absenzen im Unternehmen

Das Ziel dieses Kapitels besteht darin, theoretisch fundiert aufzuzeigen, welche Aspekte rund um die Thematik Absenzen und das damit verbundene Absenzenmanagement relevant sind, um ein umfassendes Konzept mit organisatorischer Grundlage und sensibilisierenden, arbeitspsychologischen Aspekten erstellen zu können.

Damit ein für diese Arbeit einheitliches Verständnis von Begrifflichkeiten besteht, werden an erster Stelle grundlegende Begriffe definiert. Darauf folgen die theoretische Erarbeitung organisatorischer Vorgehensweisen zur Erfassung und Analyse der Absenzen sowie die Darstellung finanzieller Auswirkungen. In einem weiteren Schritt werden arbeitspsychologische Theorien, Konzepte und Erkenntnisse in Zusammenhang mit Einflussfaktoren auf Absenzen auf allen Ebenen einer Organisation erläutert. Anschliessend folgt die Erörterung möglicher Instrumente und der Gestaltung von Massnahmen. Das letzte Kapitel liefert Hinweise zum Vorgehen vor der Einführung eines Absenzenmanagements. Untenstehende Grafik veranschaulicht den theoretischen Aufbau, die dazugehörigen Leitfragen dienen der Orientierung.



Abbildung 1: Theoretischer Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung, 2014)

1. Organisatorischer und analytischer Bereich

- Wie werden Absenzen definiert?
- Wie können Absenzen erfasst und analysiert werden?
- Welche finanziellen Auswirkungen ergeben sich für das Unternehmen?

Kap. 3.2

2. Arbeitspsychologischer Bereich

- Welche innerbetrieblichen Faktoren beeinflussen die Absenzen?
- Welche Instrumente sind bekannt?
- Wie sollen Massnahmen gestaltet und eingeführt werden?

Kap. 3.3

Eine abschliessend eigenständige Leitfrage betrifft das Vorgehen vor der Einführung:

- Was soll vor der Einführung eines Absenzenmanagements berücksichtigt werden?

Kap. 3.4

3.1 Begriffsdefinitionen

In der Literatur fehlt bis anhin eine einheitliche Definition von Fehlzeiten (Otto, Nikiel, Löffel & Fischer, 2012). Brandenburg & Nieder (2009) bezeichnen Fehlzeiten als „Zeiten, in denen der Mitarbeiter seine Arbeitskraft dem Unternehmen nicht zur Verfügung stellt“ (S. 13). Ähnlich definiert auch das Bundesamt für Statistik (www.bfs.admin.ch) den Begriff Absenzen als „Zeitraum, während dem eine Person normalerweise am Arbeitsplatz hätte sein müssen, es jedoch nicht war“. Fehlzeiten und Absenzen sind Synonyme (www.duden.de), beide Begriffe bezeichnen eine Abwesenheit und werden daher in dieser Arbeit gleichermassen verwendet.

Der Fokus dieser Arbeit liegt insbesondere auf den *krankheitsbedingten Absenzen*, da diese über 50% aller Fehlzeiten umfassen (Brandenburg & Nieder, 2009). Abgegrenzt davon werden Absenzen, verursacht durch Unfall, Mutterschaft, Militär-/Zivildienst, familiäre Angelegenheiten, Kurzarbeit und Arbeitskonflikte (www.bfs.admin.ch). Unterschieden wird teilweise nach *Kurz- und Langzeitabsenzen*, wobei eine genaue Definition in der Literatur nicht zu finden ist. Nach Absprache mit dem Auftraggeber wurde für diese Arbeit eine Absenz von mehr als 20 Arbeitstagen (30 Wochentagen) als Langzeitabsenz definiert, da nach dieser Frist der Krankentaggeldversicherer zum Zuge kommt. Nach Otto et al. (2012) ist seitens Unternehmen eine einheitliche Definition von krankheitsbedingten Absenzen unabdingbar. Auf dieser Basis erfolgen die anschliessende Erfassung und später die analytische Auswertung.

In der Literatur werden *motivationsbedingte Absenzen* wie beispielsweise das Fehlen zwischen Feiertagen teilweise zusätzlich von krankheitsbedingten Absenzen differenziert und mit dem Begriff *Absentismus* bezeichnet (Zeltner, 2003). Rudow (2011) geht davon aus, dass ca. 30% aller Absenzen motivationsbedingt sind, Brandenburg und Nieder (2009) beziffern die Absentismusrate gar auf 60%. Es gilt hier eine gewisse Vorsicht bei voreiligen Schlüssen zu wahren, denn eine Differenzierung zwischen krankheitsbedingter oder motivationsbedingter Absenz ist teilweise nicht möglich (Brandenburg & Nieder, 2009). Krankheit und Gesundheit sind keine trennscharfen Zustände. Sowohl gesunde Mitarbeitende können zu Hause bleiben, als auch kranke zur Arbeit erscheinen (Ulich & Wülser, 2009). Letzteres wird als *Präsentismus* bezeichnet (Brandenburg & Nieder, 2009).

Eine einheitliche und umfassende Definition eines Absenzenmanagements mit arbeitspsychologischen Aspekten ist in der Literatur nicht zu finden. Deshalb soll hier eine für diese Arbeit zutreffende Definition festgelegt werden, welche organisatorische Grundlagen sowie arbeitspsychologische Aspekte miteinbezieht. Staub (2007) versteht unter dem Begriff Absenzenmanagement die systematische Erfassung von Absenzen und deren Analyse mit dem Ziel, anhand spezifischer Massnahmen diese zu reduzieren. Da Absenzen multifaktoriell bedingt sind und die Absenzenanalyse alleine noch keine konkreten Schlüsse

auf Ursachen zulässt (Brandenburg & Nieder, 2009), ist es sinnvoll, auch innerbetriebliche, arbeitspsychologische Aspekte in die Definition einzuschliessen. Daher wird unter Absenzenmanagement im Folgenden jeweils eine prozessorientierte Vorgehensweise verstanden, *die sowohl im organisatorischen Bereich die standardisierte Erfassung und systematische Analyse der Absenzen betrifft, als auch im arbeitspsychologischen Bereich innerbetriebliche Einflussfaktoren auf Mitarbeitende berücksichtigt, entsprechende Instrumente zu deren Ermittlung einsetzt und gezielte Massnahmen zur Senkung von Absenzen impliziert. Der Prozess wird von Seiten der Geschäftsleitung unterstützt, Mitarbeitende werden miteinbezogen.*

3.2 Organisatorische und analytische Aspekte zu Absenzen im Unternehmen

Das folgende Kapitel erläutert den organisatorischen Prozess des Absenzenmanagements sowie Erfassungs- und Analysemöglichkeiten. Untenstehende Abbildung zeigt prozessähnlich auf, wie auf organisatorischer Ebene vorzugehen ist. Ausgehend von klaren *Definitionen*, von der *Meldung* der Absenz, zu deren *Erfassung* und zur anschliessenden *Analyse*.



Abbildung 2: Organisatorische & analytische Aspekte eines Absenzenmanagements (eigene Darstellung, 2014)

3.2.1 Definitionen festlegen

Bevor überhaupt ein Vorgehen festgelegt werden kann, wie im Falle einer Absenz vorgegangen wird, sollte im Betrieb eine *verantwortliche Person* für das Absenzenmanagement (sog. Absenzmanager/in) definiert werden, bei der sämtliche organisatorische Belangen zusammenlaufen (Staub, 2007). Weiter müssen folgende *Definitionen* erfolgen (Uhle & Treier, 2013), damit anschliessend eine standardisierte Erfassung gelingt:

- ⇒ Welche Zeiten werden als Fehlzeiten definiert? (vgl. Kap. 3.1)
- ⇒ Welche Fehlzeiten werden als Krankheit definiert? (vgl. Kap. 3.1)
- ⇒ Definition Soll-Arbeitstage

3.2.2 Vorgehen bei Absenzen

Auf oben dargelegter Ausgangslage baut das interne Vorgehen auf. Grundsätzlich beginnt das Absenzenmanagement bei der *Meldung* der Absenz. Nach Staub (2007) sollte eine Absenz bis zu einer definierten Uhrzeit direkt beim Vorgesetzten gemeldet werden. Die Absenz ist ebenfalls der zuständigen

Person für Absenzen (z.B. Absenzmanager/-in) zu melden, um administrative Belangen wie auch die Erfassung der Absenz (zur späteren Analyse) vorzunehmen. Bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz sollte anschliessend ein Rückkehrgespräch durchgeführt werden (Staub, 2007, Zeltner, 2003, Brandenburg & Nieder, 2009). Auf dieses Instrument wird im Kapitel 3.3.3.1 näher eingegangen.

3.2.3 Standardisierte Erfassung der Absenz

Nach Otto et al. (2012) gibt es keine allgemeingültige Vorgehensweise zur *Erfassung* von Fehlzeiten. Wichtig ist jedoch, dass ein standardisiertes und zeitlich stabiles Vorgehen angewendet wird. Die Absenzen sollten nach folgenden Grunddaten zentral erfasst werden (vgl. Zeltner, 2003; Brandenburg & Nieder, 2009, Otto et al., 2012):

- Absenzenart (Krankheit, Unfall, etc.)
- Ursache (wenn bekannt)
- Personen (Abteilung, Alter, Geschlecht, Arbeitspensum, Dienstalter, Position, etc.)
- Datum des Ereignisses und Dauer der Absenz
- Grad der Arbeitsunfähigkeit

3.2.4 Systematische Absenzenanalyse

Sind die Daten erfasst, erfolgt die Auswertung beziehungsweise die *Absenzenanalyse*. In der Literatur werden unterschiedlichste Analysearten aufgeführt. Nach Uhle und Treier (2011) können Absenzendaten wie folgt analysiert werden:

- Verwendung von absoluten Zahlen (Berechnung von Summen und Mittelwerten)
- Berechnung von Verhältnis-/Beziehungszahlen
- Berechnung zu bestimmtem Zeitraum (Längsschnitt) oder auf einen bestimmten Zeitpunkt (Querschnitt)

Eine bekannte, oft verwendete Kennzahl ist die *Absenzenrate*. Für die Berechnung der Absenzenrate existiert ebenfalls kein einheitliches Vorgehen. So können beispielsweise Langzeitabsenzen ausgeschlossen und somit die Absenzenrate gesenkt werden. Wichtig ist, dass im Betrieb ein einheitliches Vorgehen festgelegt wird (Otto et al., 2012). In dieser Arbeit wird die in der Schweiz gängige Berechnung der Absenzenrate erläutert und angewendet. Zeltner (2003) wie auch das Bundesamt für Statistik (www.bfs.ch) schlagen folgende Berechnungsvariante vor:

$$\text{Absenzenrate} = \frac{100\%}{\text{Summe Arbeitstage}} \times \text{Summe Absenttage}$$

Die durchschnittliche Absenzenrate (unfall- und krankheitsbedingte Absenzen¹) in der Schweiz beträgt 3% (www.helsana.ch).

Dies alleine genügt jedoch nicht. Es müssen betriebsintern systematische Vorgehensweisen festgelegt werden, wie die Auswertungen erfolgen sollen. Dabei gilt es sich mit Parametern (z.B. Ausreisser, Abwesenheitslänge, Verhältniszahlen, etc.) zu befassen, um die Bedeutung der Absenzen zu differenzieren. Der Einbezug von oben genannten Strukturvariablen wie Geschlecht, Alter, etc., ist zudem von grosser Bedeutung und erhöht die Aussagekraft. Die Absenzenanalyse sollte überdies nie isoliert, sondern in Kombination mit anderen Methoden zur Erhebung der Situation angewendet werden (z.B. in Kombination mit einer Gesundheitsbefragung) (Uhle & Treier, 2013).

3.2.5 Finanzielle Auswirkungen von Absenzen

Nach Zeltner (2003) kosten die krankheitsbedingten Absenzen in der Schweiz im Jahr rund 16 Milliarden Franken. Davon fallen je die Hälfte auf direkte und indirekte Kosten. Zu den direkten Kosten zählen die folgenden Aspekte (Zeltner, 2003):

- Wartefrist bei Krankentaggeldversicherer (30 Tage)
- Anteil 13. Monatslohn
- Mehrkosten für die neue Arbeitsorganisation bzw. Arbeitsumstellung
- Produktionsausfall

Unter die indirekten Kosten fallen (Zeltner, 2003):

- Kosten für Mehrarbeit (z.b. Überstundenzuschläge)
- Prämienhöhung bei den Versicherungen
- Kosten für Temporärpersonal

Die Kosten pro Absenztage belaufen sich gemäss Zeltner (2003) auf CHF 750.- (inkl. direkte und indirekte Kosten).

¹ Eine offiziell publizierte Absenzenrate, die *nur krankheitsbedingte* Absenzen berücksichtigt konnte nicht eruiert werden.

3.3 Arbeitspsychologische Aspekte zu Absenzen im Unternehmen

Absenzen sollten nicht isoliert betrachtet werden und nur als Controllinginstrument dienen. Neuere Entwicklungen streben gemäss Uhle und Treier (2013) einen ganzheitlichen Ansatz an. Sollen die Absenzen gesenkt werden, reichen organisatorische Vorgehensweisen nicht aus. Es stellt sich die Frage, welche Einflussfaktoren sich auf Absenzen auswirken. Arbeitspsychologische Hintergründe können hierzu Aufschluss geben.

Grundsätzlich sind Fehlzeiten multifaktoriell bedingt (Brandenburg & Nieder, 2009). Daher folgt in diesem Kapitel, im Sinne einer Sensibilisierung, eine breit gefächerte, auf drei Ebenen unterteilte, theoretische Erläuterung. Untenstehende Grafik veranschaulicht den theoretischen, prozessorientierten Aufbau dieses Kapitels: Der generellen Darstellung von Einflüssen am Arbeitsplatz und deren Auswirkungen auf Mitarbeitende folgt die Erläuterung der innerbetrieblichen Einflussfaktoren auf Absenzen im Bereich der Unternehmensebene (Kultur), der Führungsebene (Führungsverhalten) und der Ebene der Mitarbeitenden (Arbeitsgestaltung und Gesundheitskompetenz). Abschliessend werden im Absenzenmanagement bekannte Instrumente vorgestellt und Hinweise zur Gestaltung von Massnahmen gegeben.



Abbildung 3: Arbeitspsychologische Aspekte eines Absenzenmanagements (eigene Darstellung, 2014)

3.3.1 Einflussfaktoren: Das Belastungs- und Beanspruchungskonzept

Brandenburg und Nieder (2009) bezeichnen die Theorie von *Belastung und Beanspruchung* als eine mögliche, übergreifende Erklärung von Absenzen. Daher nimmt dieses Konzept eine übergeordnete Rolle ein, um darzustellen, wie sich Einflüsse (*Belastungen*) auf Mitarbeitende auswirken (*Beanspruchung*). Die Grundaussage ist, dass psychische Belastungen in Form von Einflüssen von aussen her an den Menschen herangetragen werden. Daraus resultieren Beanspruchungen, die sich im und auf den Menschen auswirken (DIN ES ISO 10075, 2004). Bildlich lässt sich dies in vereinfachter Form wie folgt darstellen:

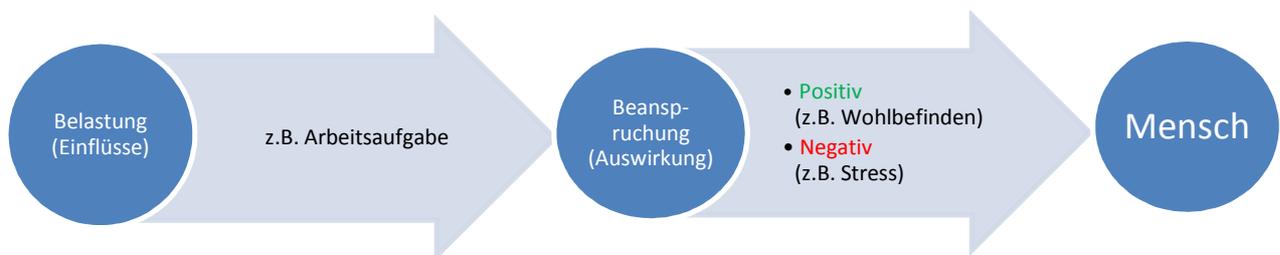


Abbildung 4: Belastungs-Beanspruchungs- Konzept (in Anlehnung an Rudow, 2011, S. 36)

Hierbei gilt Belastung als *neutraler* Begriff, während die Beanspruchung als *positiv* oder *negativ* bewertet wird. Rudow (2011) nennt als Beispiel eine Arbeitsaufgabe, welche an sich neutral ist, die Auswirkungen auf ein Individuum sich jedoch unterschiedlich positiv oder negativ auswirken können (Beanspruchung).

Positive Beanspruchung wie beispielsweise Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit führt zu Gesundheit, negative zu Krankheit. Negative Beanspruchungen hängen meist unmittelbar mit der Arbeitstätigkeit zusammen (Stress, Monotonie, psychische Ermüdung bis hin zu chronischem Stress und Burnout) (Rudow, 2011). Als erstrebenswerter Zustand verweist Rudow (2011) auf die Balance zwischen Überforderung und Unterforderung in Übereinstimmung mit den gegebenen Anforderungen und den persönlichen Fähigkeiten der Person.

3.3.2 Innerbetriebliche Einflussfaktoren auf Absenzen

Das oben dargestellte Konzept zu Belastung und Beanspruchung gilt als Grundlage für die folgenden Kapitel. Um Absenzen zu reduzieren, gilt es, Belastungs-/Einflussfaktoren zu kennen. Nachstehend erfolgt daher die Erläuterung innerbetrieblicher Einflüsse (Belastungen), die sich auf die Mitarbeitenden auswirken (Beanspruchungen) und sich dann beispielsweise in Form von Fehlzeiten widerspiegeln. Unterschieden wird gemäss Otto et al. (2012) zwischen *innerbetrieblichen* und *ausserbetrieblichen* Einflussfaktoren. Gut die Hälfte aller Absenzen haben eine innerbetriebliche (Mit-)Ursache (Pirotta, 2009). Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den innerbetrieblichen Einflussfaktoren, da diese durch das Unternehmen beeinflusst werden können (Otto et al., 2012). Aus der Literatur (vgl. Uhle & Treier, 2013; Otto et al., 2012; Bamberg, Ducki & Metz, 2011) ist zu entnehmen, dass insbesondere die *Unternehmenskultur*, das *Führungsverhalten* beziehungsweise die *soziale Unterstützung*, die *Arbeitsgestaltung und -aufgabe* sowie die *Gesundheitskompetenz* der Mitarbeitenden einen Einfluss auf Fehlzeiten und weitere Indikatoren haben. Untenstehende Abbildung liefert eine Übersicht zu innerbetrieblichen Einflussfaktoren und deren Auswirkungen. Alle Einflussfaktoren werden in den folgenden Kapiteln theoretisch erläutert.

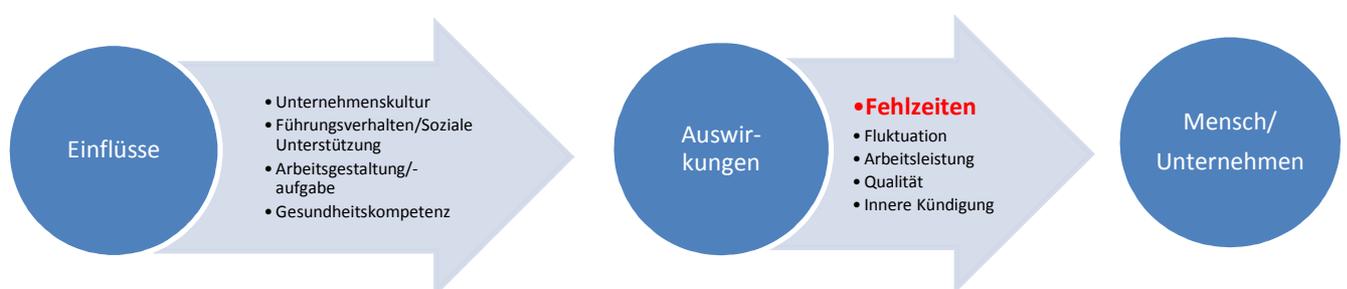


Abbildung 5 : Treiber- und Indikatorenmodell (in Anlehnung an Uhle & Treier, 2013, S. 216)

3.3.2.1 Ebene der Organisation

Vermeehrt ist die Rede von gesunden Mitarbeitenden in gesunden Organisationen, womit der Fokus auf Ebene der Organisation auf die Organisationskultur fällt. Es bestehen Hinweise, dass die betriebliche Gesundheit zu grossen Teilen eine Frage der *Kultur* ist (vgl. Ulich & Wülser, 2009; Otto et al., 2012; Uhle & Treier, 2013). Daher wird hier als Ausgangspunkt das Konstrukt der Unternehmenskultur thematisiert.

In jedem Unternehmen existieren unsichtbare Grundannahmen und Werte, die sich auf Themen menschlicher und betrieblicher Existenzbewältigung beziehen, wonach sich das menschliche Handeln in Organisationen ausrichtet (Uhle & Treier, 2013). Edgar Schein hat sich intensiv mit der Organisationskultur auseinandergesetzt und definiert diese als „ein Muster von Grundannahmen, welche von einer Organisation gelernt wurden und den Mitgliedern der Organisation im Sozialisationsprozess weitergegeben werden“ (Schein, 1985, zitiert nach Kirchler, 2011, S. 157). Er teilt sie zur differenzierten Veranschaulichung in drei Ebenen ein: In Grundannahmen, Werte und Normen sowie in (sichtbare) Artefakte (z.B. Leitbild). Die (unsichtbaren) Grundannahmen sind tief verankert und widerspiegeln sich in den gelebten Werten und Normen sowie in den Artefakten (Kirchler, 2011).

Kultur und Einfluss auf Absenzen

Gesunde Organisationen zeichnen sich durch gemeinsam gelebte Werte, gegenseitiges Vertrauen sowie Partizipationsmöglichkeiten aus. Mangelnde Partizipationsmöglichkeiten beeinträchtigen nachweislich die Gesundheit. (Badura & Hehlmann, 2003, zitiert nach Ulich & Wülser, 2009).

Zur Senkung von Fehlzeiten schlagen Uhle und Treier (2013) eine sogenannte *Gesundheitskultur* vor. Diese umfasst folgende Aspekte:

- Gesundheit ist nicht (nur) Privatsache
- Partizipation der Mitarbeitenden
- Führungskräfte fühlen sich für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden verantwortlich

Bamberg et al. (2011) ergänzen hierzu folgende Punkte:

- Klare Transparenz und Information zu vorgesehenen gesundheitsfördernden Massnahmen
- Commitment des oberen Managements
- Vorbildfunktion der direkten Vorgesetzten

Das Thema Gesundheit soll nach Uhle und Treier (2013) nicht nur als Ziel vorgegeben und in Leitlinien festgehalten (im Sinne von Artefakten z.B. im Leitbild), sondern durch eine entsprechende Arbeitsorganisation auch gelebt werden. Dazu notwendig ist eine Reflektion der gelebten Werte und Normen. Struk-

turen, Arbeitsabläufe und Prozesse sollten regelmässig auf ihre Gesundheitsrelevanz geprüft werden (Priemuth, 2004).

Auch der *Vertrauenskultur* kommt eine wichtige Funktion in Bezug auf Absenzen zu. Denn eine Partizipation der Mitarbeitenden entsteht nur dann, wenn diese als Partner angesehen, Meinungen mit Offenheit und Akzeptanz geäussert werden und Mitarbeitenden mit einer Ernsthaftigkeit begegnet wird. Vertrauen kann nur erreicht werden, wenn die Beteiligten spüren, dass Aussagen und spätere Umsetzungen übereinstimmen. Ist dies nicht der Fall, werden Mitarbeitende zunehmend nicht mehr sagen, was sie wirklich denken (Brandenburg & Nieder, 2009).

Hinweis: Das Arbeitsklima wird häufig mit der Unternehmenskultur gleichgesetzt. Das Klima ergibt sich jedoch aus den bestehenden Grundannahmen und Normen und nimmt gegen aussen Form an. Somit ist das Klima bewusst wahrnehmbar, die Kultur widerspiegelt sich in Form von Artefakten (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011).

3.3.2.2 Ebene der Führung

Vorgesetzte haben in mehrfacher Hinsicht einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden. Durch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen sowie der Zuweisung von Aufgaben oder das Geben von Rückmeldungen (Bamberg et al., 2011). Zahlreiche Studien belegen, dass die Art und Weise der Führung die Fehlzeiten beeinflusst (Gregersen et al., 2010, zitiert nach Ducki & Felfe, 2011). Ein Zusammenhang zwischen *Führungsverhalten/soziale Unterstützung* und Fehlzeiten gilt als bestätigt (Leoni, 2012). Brandenburg und Nieder (2009) sprechen daher von der Führung als Sach- sowie Personenaufgabe. Die Personenaufgabe bezieht sich auf das Führungsverhalten, welches sich (indirekt) auf Fehlzeiten auswirkt. Meist sind Vorgesetzte jedoch lediglich auf die Ausführung der Sachaufgabe geschult. Daher erfolgen nun ausführliche Erläuterungen zum Führungsverhalten (als Personenaufgabe).

Führungsverhalten und Einfluss auf Absenzen

Positiv beeinflusst werden Fehlzeiten durch *mitarbeiterorientierte Führung* und die damit verbundene *soziale Unterstützung* (vgl. Stalder & Spiess, 2002; Matyssek, 2003; Priemuth, 2004; Franke & Felfe, 2011). Mitarbeiterorientierte Führung umfasst (Spiess & Von Rosenstiel, 2010):

- Partizipation
- Wahrnehmung der Mitarbeitenden als Individuen
- Gewähren von Entscheidungsspielräumen

Stalder und Spiess (2002) sehen die Einflussmöglichkeiten insbesondere durch die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. Dies umfasst:

- Materielle Unterstützung
- Helfendes Verhalten
- Emotionale Unterstützung (z. B. Anteilnahme, Vertrauen)
- Feedback (z.B. Anerkennung)
- Orientierungshilfe (z.B. Rat geben)
- Positive gesellige Aktivitäten
- Zugehörigkeit zu einem Netzwerk

Eine ungenügende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte erhöht nachweislich das Risiko für Rücken und weitere Muskel-Skelett Beschwerden und Stress. Mangelnde Anerkennung führt zu gesundheitlichen Problemen wie Bluthochdruck, Schulter-Nackenbeschwerden, etc. Soziale Unterstützung wirkt belastungsreduzierend (vgl. Kap. 3.3.1) und senkt somit die Fehlzeiten (Ulich & Wülser, 2009, Stalder & Spiess, 2002).

Franke und Felfe (2011) weisen darauf hin, dass bisherige Führungskonzepte (z.B. Mitarbeiterorientierte Führung) bei der Ableitung konkreter gesundheitlicher Handlungsmaßnahmen zu wenig Orientierung geben. Sie schlagen deshalb ein spezifisches Führungskonzept vor und bezeichnen dieses als „*Health-oriented Leadership – Gesundheitsorientierte Führung*“ auch HoL genannt (Franke & Felfe, 2011, S. 5).

Dies umfasst:

- Gesundheitsorientiertes Führungsverhalten (Kommunikation und Gestaltung von Arbeitsbedingungen)
- Gesundheitsbezogene Achtsamkeit (kennen entsprechender Massnahmen)
- Gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit (vorhandene Überzeugung Massnahmen umzusetzen)
- Gesundheitsvalenz (gesundheitsbezogene Einstellungen und Wertvorstellungen)

Das Führungskonzept beinhaltet sowohl gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung wie auch den Umgang mit der eigenen Gesundheit der Führungskräfte (Franke & Felfe, 2011).

Ein entsprechendes Führungsverhalten sollte trainiert und über alle Ebenen hinweg gelebt werden (Priemuth, 2004). Für die Sensibilisierung der Führungskräfte schlagen Stalder und Spiess (2002) eigens hierfür entwickelte Fragebögen vor, die in regelmässigen Abständen durch die Mitarbeitenden wie auch durch die Vorgesetzten selber ausgefüllt werden. Entsprechende Fragebögen zu gesundheitsförderlichem Führungsverhalten befinden sich im Anhang B.

3.3.2.3 Ebene der Mitarbeitenden

Die Führung wirkt sich nicht nur direkt, sondern wie bereits erwähnt, auch indirekt durch die Gestaltung der Arbeitsaufgabe auf die Mitarbeitenden aus. Da die Arbeitsaufgabe insgesamt als Einflussfaktor auf Fehlzeiten bezeichnet wird (Uhle & Treier, 2013; Rudow, 2011), folgt hier eine Erläuterung *gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung* auf Ebene der Mitarbeitenden anhand des Job Characteristic Modells. Neben der Aufgabe wirkt sich auch die persönliche Gesundheitskompetenz auf Fehlzeiten aus (Uhle & Treier, 2013). Eine entsprechende Erläuterung dazu findet sich nachfolgend.

Arbeitsgestaltung und Einfluss auf Absenzen

Arbeitszufriedenheit und Motivation (vgl. Absentismus, Kap. 3.1) beeinflussen das Fehlzeitenverhalten (Spiess & Von Rosenstiel, 2010; Uhle & Treier, 2013). Das Job Characteristics Modell von Hackman und Oldham (1980) liefert einen Ansatz dazu, wie das Motivationspotenzial von Arbeitsaufgaben bestimmt und gestaltet, Zufriedenheit gesteigert und Absenzen reduziert werden können (Rudow, 2011). Folgende fünf Aufgabenmerkmale müssen erfüllt sein:

- **Anforderungsvielfalt:** die Arbeit bezieht verschiedene Fähigkeiten der Mitarbeitenden mit ein, um einseitige Belastung/Beanspruchung (vgl. Kap. 3.3.1) zu vermeiden (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011).
- **Ganzheitlichkeit:** Grad in dem Mitarbeitende ein zusammenhängendes Produkt oder vollständige Dienstleistung fertigestellen (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011).
- **Bedeutsamkeit:** Dies umfasst das Erkennen der Wichtigkeit und der Auswirkungen der Tätigkeit auf das Leben und auf die Arbeit anderer (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011).
- **Autonomie:** Mitarbeitende organisieren ihre Tätigkeit selbst und verfügen somit über den dafür nötigen Handlungs- und Entscheidungsspielraum (Rudow, 2011).
- **Feedback:** Rückmeldungen über die Aufgabenerfüllung erfolgt durch transparente Arbeitsergebnisse und die Anerkennung von Vorgesetzten und Kollegen (Rudow, 2011)

Inwiefern sich die Aufgabenmerkmale auf die Mitarbeitenden auswirken, hängt vom individuellen Bedürfnis nach persönlicher Entfaltung ab (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011).

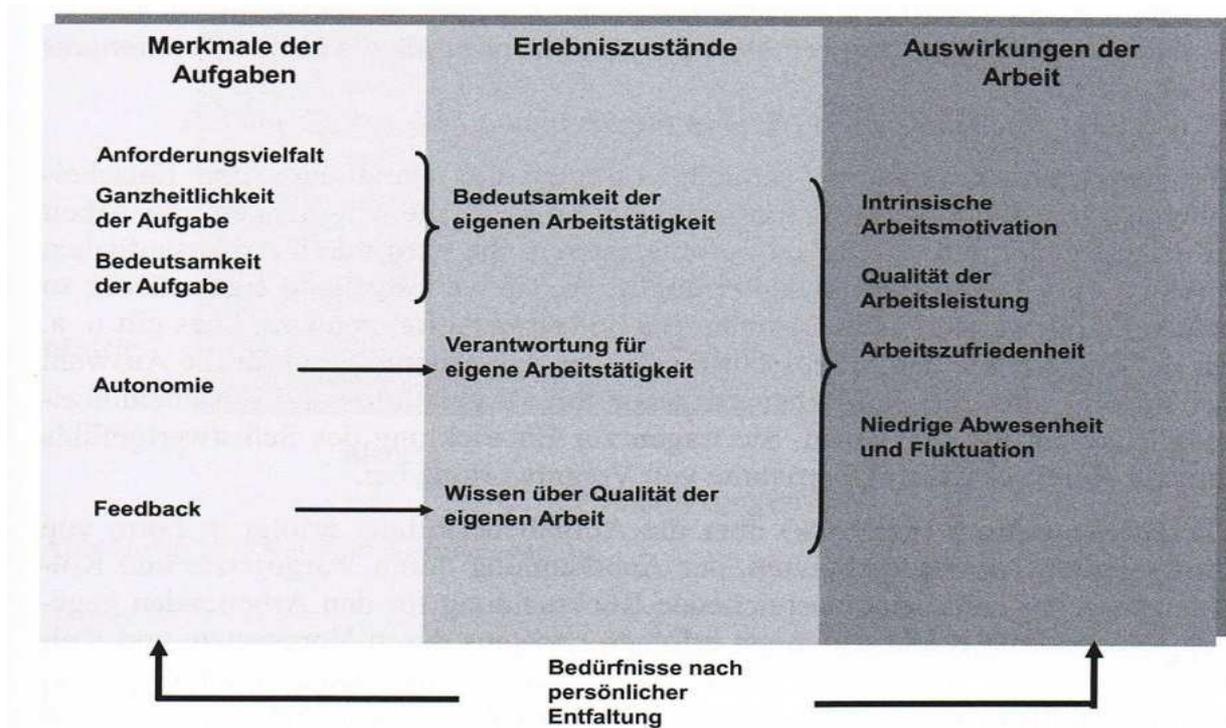


Abbildung 6: Aufgabenmerkmale und ihre Auswirkungen auf die Person (Hackman & Oldham, 1980, zitiert nach Rudow, 2011, S. 91)

Die Auswirkungen einer nach den oben genannten Merkmalen gestalteten Arbeitsaufgabe führen zu einer Wahrnehmung der *Bedeutsamkeit*, *Verantwortung* und *Wissen über die Qualität* der eigenen Arbeit. Dies wiederum beeinflusst die *intrinsische Motivation*, die *Qualität* sowie die *Arbeitszufriedenheit* und *Fehlzeiten*. Die zentralen Aussagen des Modells gelten als empirisch belegt (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011). Anzumerken ist, dass sich der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Absentismus in Studien als unterschiedlich stark erwiesen hat (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011; Sczesny & Thau, 2004; Wegge, Schmidt, van Dick & Parkes, 2004). Grund dafür können unterschiedliche Stichproben, Unternehmen, Dauer, etc. der Studien gewesen sein. Grundsätzlich besteht jedoch Einigkeit darüber, dass die genannten Merkmale sich auf das gesundheitliche Wohlbefinden der Mitarbeitenden auswirken.

Die Merkmale finden sich in der Definition von *persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgaben* nach Ulich (2011) wieder. Zusätzlich ergänzt er die Möglichkeiten der sozialen Interaktion beziehungsweise Teamarbeit, denn durch gegenseitige Unterstützung können Belastungen gemeinsam bewältigt werden.

Gesundheitskompetenz (Sensibilisierung)

„Gesundheitskompetenz stellt eine Erwartung dar, sich selbstwirksam und erfolgreich mit Gesundheitsproblemen auseinandersetzen zu können“ (Wieland, 2004, zitiert nach Uhle & Treier, 2013, S. 65). Durch die *Förderung der Gesundheitskompetenz* erfolgt eine Sensibilisierung auf Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeit, was sich auf die Senkung von Fehlzeiten auswirkt (Uhle & Treier, 2013).

Diese kann gestärkt werden durch die Entwicklung eines gesundheitsrelevanten Verhaltens, durch Training im Umgang mit psychischen Fehlbelastungen sowie durch die Weiterentwicklung von Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen (Bamberg et al., 2011).

Konkrete Beispiele für die Förderung der Gesundheitskompetenz können neben Infoveranstaltungen, Trainings im Bereich Stressmanagement, Konfliktlösung, Entspannungskurse, etc., aber auch eine Form von Coaching und Beratung sein oder die Schaffung von „Problemlösegruppen“ (Bamberg et al., 2011). Letzteres wird beispielsweise mit der Schaffung eines Gesundheitszirkels erfüllt.

Nach Rudow (2011) fördert eine konsequente *Weiterentwicklung* die effiziente Bewältigung fachlicher, methodischer und sozialer Anforderungen der Arbeit. Um später eine entsprechende Weiterentwicklung anzustreben ist bereits bei der *Personalauswahl* darauf zu achten, geeignete Mitarbeitende aufgrund eines vorgängig erstellten Anforderungsprofils auszuwählen, die über die geforderten Kompetenzen verfügen, um eine Über- oder Unterforderung zu vermeiden (Brandenburg & Nieder, 2009) (vgl. Kap. 3.3.1).

3.3.3 Instrumente und Massnahmen

An dieser Stelle erfolgt die theoretische Erläuterung zu Instrumenten und Massnahmen. Nach Bitzer (2008) und Priemuth (2004) sollte grundsätzlich vor der Einführung von Massnahmen eine *Situationserfassung* stattfinden (vgl. Kap. 3.4). Dies schafft eine Ausgangslage, auf der entsprechende Interventionsmöglichkeiten erarbeitet werden können. Dazu eignen sich bekannte Instrumente wie Gruppendiskussionen, Mitarbeitendenbefragungen und Einzelinterviews. Im Zusammenhang mit Absenzenmanagement sind insbesondere Rückkehrgespräche und der Gesundheitszirkel verbreitet. Während der Gesundheitszirkel präventiv wirkt, wird das Rückkehrgespräch kurativ eingesetzt (Ulich & Wülser, 2009).

3.3.3.1 Instrumente

Das folgende Kapitel stellt nun die beiden Instrumente Gesundheitszirkel und Rückkehrgespräch ausführlicher vor. Sie können der Situationserfassung, jedoch auch zur Erarbeitung von Massnahmen dienen.

Gesundheitszirkel

Nach Ulich und Wülser (2009) wird unter Gesundheitszirkel eine Projektgruppe von 12-14 Personen verstanden, die sich mit verschiedenen, gesundheitsrelevanten Themen befasst. Es gibt dabei unterschiedliche Formen und Grössen. Die Gruppe kann heterogen (fach- und hierarchieübergreifend) oder homogen (Mitarbeitende derselben Hierarchiestufe) zusammengestellt werden. Letztere Variante fördert die Diskussion heikler, relevanter Themen, da keine Sanktionen befürchtet werden müssen. Auch lohnt sich die Überlegung, ob allenfalls eine interne oder externe Person als Moderator miteinbezogen wird (z.B. Arbeitspsychologen).

Die Hauptthemen sind in der Regel (Ulich & Wülser, 2009):

- ⇒ Belastungen in der Arbeitsumgebung (Lärm, Beleuchtung, etc.)
- ⇒ Belastende Arbeitsbedingungen (z.B. Zeitdruck) sowie fördernde Bedingungen (z.B. Weiterbildungsmöglichkeiten)
- ⇒ Soziale Belastungen und Ressourcen (z.B. Soziale Unterstützung)
- ⇒ Verbesserungsvorschläge zur Belastungsreduktion

Der Ablauf gestaltet sich folgendermassen:

Zu Beginn findet die Problemsammlung statt, anschliessend erfolgt eine ausführliche Problembeschreibung und Ursachenanalyse. Basierend auf dieser Ausgangslage werden verschiedene Lösungsvorschläge erarbeitet. Dabei sollte unterschieden werden zwischen Lösungen, die durch die Mitarbeitenden selber umsetzbar sind und Lösungen, die durch das Unternehmen umgesetzt werden müssen. Die Lösungen werden zur Umsetzung an die entsprechenden Verantwortlichen weitergeleitet und alle Mitarbeitenden über die Ergebnisse des Gesundheitszirkels informiert. Zu einem späteren Zeitpunkt wird der Stand der Umsetzung kontrolliert und ausgewertet (Bamberg et al., 2011).

Im Sinne von Projektgruppen, sind Gesundheitszirkel nicht auf Dauer angelegt. Normalweise finden zwischen 8 bis 12 Sitzungen statt (Slesina, 2001, zitiert nach Ulich & Wülser, 2009). Gesundheitszirkel können auch in Mehrzahl in unterschiedlichen Firmenbereichen eingesetzt werden (Ulich & Wülser, 2009).

Gemäss aktuellem Forschungsstand, weist sich der Gesundheitszirkel aufgrund seiner Praxisnähe (u. a. durch den Einbezug der Mitarbeitenden) als besonders geeignetes Instrument aus (Bamberg et al., 2011).

Rückkehrgespräche

Ein weiteres Instrument stellen die Rückkehrgespräche dar. Rückkehrgespräche werden grundsätzlich nach jeder Abwesenheit (Krankheit, Urlaub, Kur, etc.) vom direkten Vorgesetzten geführt, also nicht nur nach krankheitsbedingten Abwesenheiten. Das Ziel dieser Gespräche ist es, die Wiederaufnahme der Arbeit zu erleichtern sowie die Klärung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Krankheit, Absenz und Arbeitssituation. Mitarbeitenden sollen dabei die Wertschätzung erfahren, dass sie vermisst wurden und man sich über ihre Rückkehr freut (Brandenburg & Nieder, 2009). Davon unterschieden werden Fehlzeitengespräche. Sie werden dann angewandt, wenn Mitarbeitende häufiger oder über längere Zeit abwesend sind. Ziel dieser Gespräche ist es, Verständnis für die Situation zu zeigen, jedoch auch zu erläutern, dass ein Problem vorliegen mag, welches es zu lösen gilt. Hierzu ist eine gemeinsame Analyse nötig und die Zusicherung von Hilfe und Unterstützung (Bitzer, 1999).

Besonders zu erwähnen gilt hier, dass die Durchführung der Gespräche jeweils standardisiert erfolgt, protokolliert (z.B. mittels betriebsinterner Checkliste) und an die Personalabteilung weitergeleitet wird (Brandenburg & Nieder, 2009).

Rückkehrgespräche werden teilweise kritisch betrachtet (Ulich & Wülser, 2009). Wichtig ist, dass diese nicht als Druckmittel verwendet, sondern wertschätzend durchgeführt werden. Da dies nicht für alle Vorgesetzten einfach umsetzbar ist, empfiehlt sich eine entsprechende Schulung (Bitzer, 2008).

Es sei hier darauf hingewiesen, dass der Arbeitnehmer nicht verpflichtet ist, den Arbeitgeber über die Gründe der Krankheit zu informieren (www.seco.admin.ch).

3.3.3.2 Gestaltung von Massnahmen zur Senkung von innerbetrieblichen Fehlzeiten

Brandenburg und Nieder (2009) sowie Bamberg et al. (2011) empfehlen die Gestaltung von *verhältnisbezogene* wie auch *verhaltensbezogene* Massnahmen. Verhältnisbezogene Massnahmen umfassen die Arbeitsbedingungen, dazu zählen die Organisation (z. B. Kultur), die Umgebungsbedingungen am Arbeitsplatz (z.B. Vorgesetzter, Team, etc.) sowie auch die Aufgaben-/Arbeitsgestaltung (vgl. Job Characteristic Modell). Bei den verhaltensbezogenen Massnahmen geht es insbesondere darum, die eigene Handlungskompetenz zu stärken (vgl. Förderung der Gesundheitskompetenz, Kap. 3.3.2.3) (Bamberg et al., 2011). Idealerweise werden verhaltensbezogene Massnahmen verknüpft mit verhältnisbezogenen Interventionen im Bereich Unternehmenskultur, Führung und Arbeitsgestaltung (Uhle & Treier, 2013).

Grundsätzlich sollten Massnahmen immer partizipativ, also unter Einbezug der Mitarbeitenden, erarbeitet und eingeführt werden (Priemuth, 2004). Durch die Einbindung steigt die Akzeptanz sowie das Ver-

antwortungsgefühl, da Mitarbeitenden dadurch die Möglichkeit gewährt wird, direkten Einfluss auf Arbeitsbedingungen auszuüben (Spiess & von Rosenstiel, 2010).

Massnahmen sollten hinsichtlich ihrer Effizienz und Wirksamkeit evaluiert werden (Bamberg et al. 2011). Darauf wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

3.4 Hinweise zum Vorgehen vor der Einführung eines Absenzenmanagements

Ist im Unternehmen ein Absenzenmanagement geplant, sind vor der Einführung gewisse Schritte zu berücksichtigen. Priemuth (2004) empfiehlt folgende Vorgehensweise:

1) Die *Geschäftsleitung* erkennt den Handlungsbedarf, *unterstützt* das Vorgehen und sollte bereit sein, Strukturen und Abläufe zu überdenken. Der erste Schritt ist daraufhin die Gründung einer Projektgruppe (Zeltner, 2003; Priemuth, 2004; Staub, 2007). Diese besteht aus dem Absenzmanager, aus der Personalkommission (PK) und je einem Vorgesetzten einer Abteilung, bei dem die Absenzen kritisch und unkritisch sind.

2) Als Ausgangspunkt für entsprechende Massnahmen erfolgt zuerst die *Erfassung der Arbeitssituation*. Dies kann beispielsweise mittels *Mitarbeitendenbefragung*, *Interviews* oder *Gruppengespräche* erfolgen (vgl. Kap. 3.3.3) (vgl. Brandenburg & Nieder, 2009; Ulich & Wülser, 2009; Priemuth, 2004). Es sei hierzu bemerkt, dass bei Mitarbeitendenumfragen zu heiklen Themen eine Antwortverzerrung in Richtung sozialer Erwünschtheit auftreten kann (Schnell, Hill & Esser, 1992)². Eine Möglichkeit diesen Effekt zu verringern ist, die Zusicherung von Anonymität (Diekmann, 2007).

3) In diesem Schritt gilt es nun, dass die *ganze Geschäftsleitung sich mit den entsprechenden Ergebnissen auseinandersetzt* und *Veränderungen in der Unternehmenskultur* veranlasst. Dazu müssen die eigene Kommunikationsweise, geltende Werte und Normen (vgl. Kap. 3.3.2) reflektiert werden (z.B. mittels externem Coaching) (Priemuth, 2004).

4) Auch die Mitarbeitenden befassen sich mit den Ergebnissen und werden bei der *Gestaltung und Umsetzung* eines Absenzenmanagements (z.B. in Form eines Gesundheitszirkels) einbezogen (Priemuth, 2004).

² Definition sozialer Erwünschtheit: „Motiviert durch die Furcht vor sozialer Verurteilung neigt man zu konformem Verhalten und orientiert sich in seinen Verhaltensäusserungen strikt an verbreiteten Normen und Erwartungen“ (Edwards, 1970, zitiert nach Bortz & Döring, 2003, S. 233).

3.5 Zwischenfazit theoretische Hintergründe

Ein Absenzenmanagement, das arbeitspsychologische Aspekte einschliesst, mit dem Ziel Absenzen zu senken, umfasst neben notwendigen organisatorischen Aspekten zu Definition, Erfassung und Analyse von Absenzen auch ein Wissen zu den vielseitigen innerbetrieblichen Einflüssen und deren Auswirkungen. Insbesondere die Kultur, das Führungsverhalten sowie auch die Arbeitsgestaltung und die Förderung der Gesundheitskompetenz wirken sich auf Fehlzeiten aus. Mittels verschiedenen Instrumenten können Belastungen eruiert und wirkungsvolle Massnahmen verhältnis- wie auch verhaltensbezogen, erarbeitet werden. Der Einbezug der Mitarbeitenden sowie das Commitment der Geschäftsleitung sind dabei unabdingbar.

4 Methodik

In diesem Kapitel erfolgt eine detaillierte Erläuterung der angewandten Vorgehensweise. Das unten abgebildete Untersuchungsdesign zeigt das Vorgehen auf. Die Begründung zur Wahl der Methode erfolgt in den jeweiligen Unterkapiteln. Ziel der Untersuchung war es in erster Linie, einen IST-Zustand über die aktuelle Situation zu Absenzen und den Umgang damit sowie die Präsenz und Einbindung gesundheitsrelevanter Themen zu erlangen. Um die organisatorischen sowie die arbeitspsychologischen Aspekte zu erfassen, wurde mit einer Methodenkombination gearbeitet.

4.1 Untersuchungsdesign

Die Daten der vorliegenden Arbeit wurden nach dem untenstehenden Untersuchungsdesign erhoben.

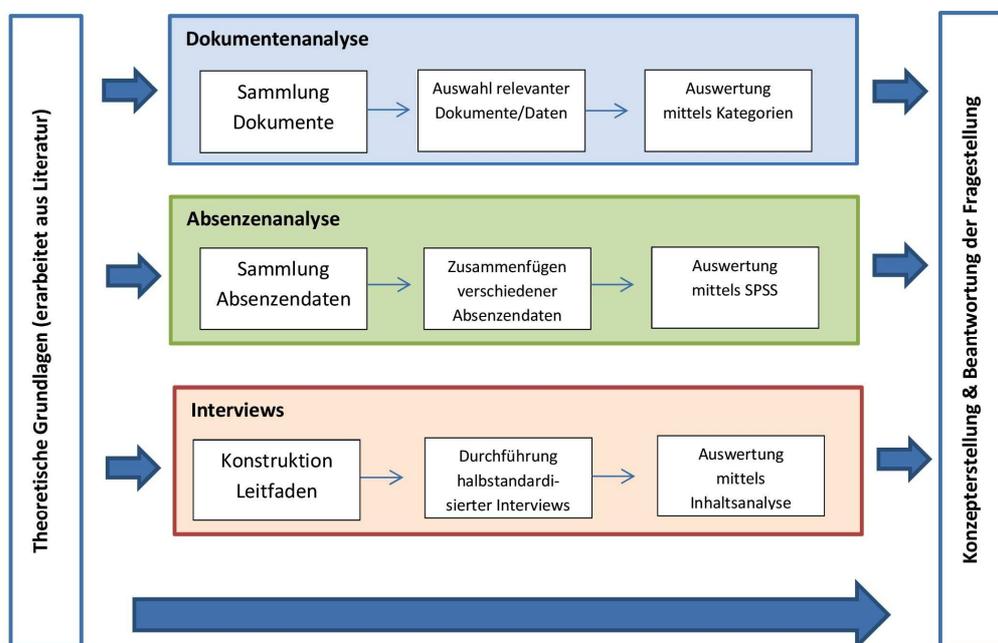


Abbildung 7: Untersuchungsdesign (eigene Darstellung, 2014)

Nach Klärung des Auftrages und der Ausgangslage mit dem Auftraggeber begann in einem ersten Schritt die Erarbeitung einer theoretischen Grundlage im Bereich Absenzen (-management). Daraufhin erfolgte die Dokumenten- sowie die Absenzenanalyse. Diese wurden schweizweit, abteilungsübergreifend durchgeführt, um erste Hinweise zur Thematik zu erlangen und aufgrund der Ergebnisse in einem weiteren Schritt die Stichprobe für die Interviews festzulegen. Nachfolgend fand die Durchführung der Interviews und deren Auswertung mittels Inhaltsanalyse statt.

Auf eine umfassende Mitarbeitendenbefragung wurde im Rahmen dieser Arbeit auf ausdrücklichen Wunsch seitens Auftraggeber verzichtet, anstelle dessen erfolgte eine qualitative Datenerhebung in

Form der oben genannten halbstandardisierten Interviews. Nach Bayard (1997) ermöglicht insbesondere die strukturierte Offenheit der qualitativen Datenerhebung mittels Interview ein subjekt- und situationsorientiertes Vorgehen. In Kombination mit der quantitativen Auswertung der Absenzen entsteht somit eine komplementäre Vorgehensweise, welche die Güte der Forschungsergebnisse erhöht und ein verlässlicheres Gesamtbild zulässt (Bayard, 1997).

4.2 Dokumentenanalyse

Gemäss Flick (2010) stellt die Dokumentenanalyse eine informative Ergänzung zu Interviews dar. Aus diesem Grund wurde diese Methode im Sinne einer Methodenkombination in der vorliegenden Arbeit angewendet. Ziel war es, auf Basis der vorgängig theoretisch erarbeiteten Grundlage, im Unternehmen Aufschluss über Hinweise im Zusammenhang mit Absenzen zu erhalten, die in schriftlicher Form festgehalten sind.

4.2.1 Durchführung

Vorgängig zur Untersuchungsauswertung galt es, die Auswahl der Dokumente zu definieren und zu begründen. Dazu dienten die Grundprinzipien nach Scott (1990, zitiert nach Flick, 2010) als Orientierung:

- Authentizität: Alle Dokumente sind Primärdokumente, der Ursprung bekannt.
- Glaubwürdigkeit: Die Verlässlichkeit der Urheber der Dokumente ist gegeben.
- Repräsentativität: Es handelt sich bei allen Dokumenten um typische Akten.
- Bedeutung: Alle ausgewählten Dokumente wurden auf ihre Relevanz für diese Arbeit geprüft.

Untersucht wurden die Dokumente *Leitbild*, *Jahresbericht 2012*, *Personalreglement* sowie *MAG-Formular*, die alle auf die vier Grundsätze geprüft und als für diese Arbeit relevant eingestuft wurden.

4.2.2 Auswertung

Die oben erwähnten Dokumente wurden zusammenfassend ausgewertet. Deren Inhalte beziehungsweise Abschnitte wurden hierfür systematisch nach folgenden theoriebasierten Kategorien analysiert:

Kategoriensystem Dokumentenanalyse	
Organisatorischer & analytischer Bereich	Arbeitspsychologischer Bereich
<ul style="list-style-type: none"> • K1: Vorhandene Definitionen • K2: Systematische Prozesse zur Erfassung und Analyse von Absenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • K3: Thematisierung von Gesundheit • K4: Kultur, Führung, Arbeitsgestaltung, Gesundheitskompetenz • K5: Existenz von Instrumenten & Massnahmen

Abbildung 8: Kategoriensystem Dokumentenanalyse (eigene Darstellung, 2014)

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Kapitel fünf. Es gilt festzuhalten, dass die Auswertung der Dokumente und daraus erhobene Ergebnisse keinen Aufschluss darüber geben, inwiefern die schriftlich festgehaltenen Grundsätze in der Praxis umgesetzt werden. Zu dieser Erhebung dienten unter anderem die durchgeführten Interviews.

4.3 Absenzenanalyse

Das folgende Kapitel basiert auf den theoretischen Ausführungen in Kapitel 3.2 und befasst sich mit der Durchführung der Absenzenanalyse und Auswertung der Absenzen. Die Analyse erfolgte abteilungsübergreifend. Denn das Ziel war es, erste Hinweise zu möglichen Auffälligkeiten beziehungsweise Häufungen und Verteilungen von Absenzen zu erlangen, um dann in einem weiteren Schritt anhand der Ergebnisse die Stichprobe für die Interviews zu definieren.

4.3.1 Durchführung

Die Absenzenanalyse fand vorgängig zu den Interviews in den Monaten Dezember und Januar statt. Sie diente als Entscheidungsgrundlage für die spätere Sichtprobenauswahl der Interviews. Als Berechnungsbasis dienten krankheitsbedingte Absenzendaten aus den Jahren 2012 und 2013. Vor 2012 erfolgte keine einheitliche, systematische Erfassung der Absenzen, die einen Vergleich mit späteren Jahren ermöglicht hätte.

Die aktuelle Computersoftware lieferte eine Liste mit der Summe aller Absenztage pro Mitarbeitende aufgrund von Krankheit *nach Abteilung* (vgl. Datensatz im Anhang E). Weitere Aspekte wie Wochentage, Dauer einzelner Absenzen pro Mitarbeitende sowie Strukturmerkmale wie Alter, Dienstjahre, Geschlecht, Arbeitspensum, etc. werden in Zusammenhang mit Absenzen nicht erfasst und konnten mit der aktuell verwendeten Software nicht berechnet werden, was die Möglichkeiten der Datenauswertung limitierte. Damit dennoch eine etwas differenziertere Absenzenanalyse erfolgen konnte, wurden daher die Listen der Absenztage 2012 und 2013 mit folgenden Strukturmerkmalen *von Hand* ergänzt:

- Position (Vorgesetzte/Mitarbeitende)
- Arbeitspensum (Vollzeit/Teilzeit)
- Geschlecht

Unter anderen werden diese drei Strukturmerkmale in der Literatur zum Einbezug in die Analyse empfohlen und wurden daher ausgewählt (vgl. Kap. 3.2.4). Weitere Aspekte wurden nicht berücksichtigt, da dies durch Übertragungen von weiteren separaten Daten und Listen zu einem verhältnismässig hohen Aufwand geführt hätte.

4.3.2 Auswertung

Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass in dieser Arbeit die Grundgesamtheit vorliegt. Signifikanztests wurden somit nicht durchgeführt, denn die vorhandenen Unterschiede sind bereits signifikant. In der Analyse wurden gemäss Erläuterung in Kapitel 3.2.4 Mittelwertvergleiche ausgewertet und Häufigkeiten aufgelistet sowie Korrelationen mit den zusätzlich ergänzten Strukturmerkmalen Position, Arbeitspensum und Geschlecht berechnet und eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Die Berechnung erfolgte über den Zeitraum von jeweils einem Jahr (2012 sowie 2013, Längsschnitt).

Die Absenzenanalyse verlief nach folgenden Schritten:

1. Definition von Ausreisser (Datenbereinigung):

Zur differenzierten Analyse erfolgte eine Definition der Langzeitabsenzen. Personen mit mehr als 20 aufeinander folgenden Fehltagen pro Jahr wurden als Langzeitabsenz definiert (vgl. 3.1). Die vorhandenen Daten zeigten lediglich die Summe aller Absenztage pro Person auf. Dies erforderte eine mündliche Abklärung, um die Langzeitfälle zu eruieren.

Im Jahr 2012 waren zwei Personen als Langzeitkranke erfasst, die jedoch keine Krankheit hatten (Unfall/Schwangerschaft). Im Jahr 2013 konnte bei vier Personen eruiert werden, dass diese mehrmals mehrere Tage krank waren, jedoch nicht Langzeitkrank (die Summe belief sich auf über 20 Fehltag, was zu einer Verzerrung führte). Mit diesen Erkenntnissen wurden die Daten bereinigt, um mit den Auswertungen fortzufahren.

2. Berechnung der Absenzenrate und finanzielle Auswirkungen SBV:

Die Absenzenrate und daraus resultierende finanzielle Auswirkungen wurden gemäss Vorgehensweisen in den Kapiteln 3.2.4 und 3.2.5 berechnet (inkl. Langzeitabsenzen).

3. Vergleiche:

Anschliessend wurden die vorhandenen Daten mittels SPSS Version 19 ausgewertet in Bezug auf:

1. Vergleiche zwischen den Abteilungen/Einheiten mit und ohne Langzeitabsenzen im Jahr 2012 und 2013 (Mittelwerte sowie Häufigkeit)
2. Mittelwertvergleiche „Hauptsitz“ Bern zu den anderen Einheiten in der Schweiz
3. Verhältnis zwischen Kurz- und Langzeitabsenzen (Prozentangabe)
4. Mittelwertvergleiche zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten (Position)
5. Mittelwertvergleiche zwischen Vollzeit und Teilzeit Mitarbeitenden (Pensum)
6. Mittelwertvergleiche zwischen Männer und Frauen (Geschlecht)

Die Langzeitabsenzen wurden nur bei Punkt 1 und 6 differenziert berücksichtigt. Aufgrund des vorgegebenen Rahmens dieser Arbeit, erfolgten die Mittelwertvergleiche unter Einbezug der Strukturvariablen Position, Pensum und Geschlecht immer inklusive Langzeitabsenzen.

4. Korrelationen und Regressionsanalyse:

Abschliessend erfolgte die Auswertung der Daten mittels Korrelationsberechnungen von Krankheit mit den Strukturvariablen Position, Pensum und Geschlecht (mit und ohne Langzeitabsenzen). Diese dienen dazu, die Stärke eines Zusammenhangs aufzuzeigen. Die Stärke wird mittels Korrelationskoeffizient angegeben, dieser variiert zwischen -1 und 1. 1 bedeutet eine starke Korrelation, während 0,2 beispielsweise auf einen schwachen statistischen Zusammenhang hinweist (Zöfel, 2003).

Korrelationen können nur dann berechnet werden, wenn die beteiligten Variablen mindestens ordinalskaliert oder dichotom sind (Zöfel, 2003). Bei ordinalskalierten oder dichotomen Variablen, kommt bei Auswertungen mittels SPSS das Verfahren nach Spearman zur Anwendung (Bühl, 2010).

Die drei Strukturvariablen wurden anschliessend einer multiplen Regressionsanalyse (rückwärts) unterzogen. Die multiple Regressionsanalyse ermöglicht den Einbezug mehrerer Variablen (Bühl, 2010) und die Analyse des Einflusses mehrerer unabhängiger Variablen (in diesem Fall Position, Pensum und Geschlecht) auf eine abhängige Variable (in diesem Fall Krankheit) (Zöfel, 2003).

Die Ergebnisse der Absenzenanalyse werden in Kapitel fünf erläutert.

4.4 Interviews

Da keine betriebsübergreifende Umfrage durchgeführt werden konnte, erfolgte alternativ eine qualitative Erhebung mittels halbstandardisierten Interviews. Die Interviews dienten dazu, die Arbeitssituation in zwei Abteilungen mit unterschiedlich stark ausgeprägten Absenztagen zu erfassen. Die Befragungen basierten auf einem vorgängig erarbeiteten, theoriegeleiteten Leitfaden. Es wurden zwei leicht unterschiedliche Versionen erstellt, da den Vorgesetzten sowie der Personalverantwortlichen noch zusätzliche Fragen insbesondere zum organisatorischen Umgang mit Absenzen gestellt wurden (vgl. Anhang D). Die Erstellung der Interviewleitfäden erfolgte entlang der folgenden theoretischen Schwerpunkte:

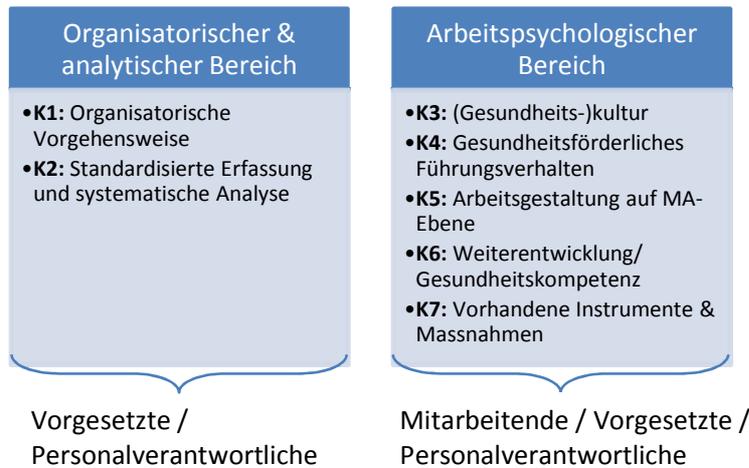


Abbildung 9: Interviewkategorien (eigene Darstellung, 2014)

Die obenstehende Darstellung zeigt auf, welche Personen im Unternehmen zu welchen Schwerpunkten befragt wurden. Ersichtlich ist, dass die Interviews in erster Linie dazu dienten, Hinweise zur IST-Situation im Betrieb in Bezug auf arbeitspsychologische Aspekte zu erhalten. Fragen zu organisatorischen oder analytischen Angelegenheiten wurden nur mit Vorgesetzten und mit der Personalverantwortlichen besprochen. Dem Leitfadens kam hierbei eine Art Steuerungsfunktion zu. Er stellte sicher, dass die gewählten Schwerpunkte während der Interviews angesprochen wurden. Diese Interviewmethode ermöglicht Flexibilität und Offenheit, um Betriebs- und Kontextwissen gewinnen zu können. Zudem erhöht der Einsatz des Leitfadens die Vergleichbarkeit der Daten (Flick, 2010).

4.4.1 Durchführung

Insgesamt fanden sieben Interviews statt. Die Auswahl der Stichprobe wurde aufgrund der Erkenntnisse aus der Absenzenanalyse festgelegt. Die Zahlen zeigten auf, dass der „Hauptsitz“ in Bern die höchste Absenzzahl aufweist. Die Abteilung Generalsekretariat hat dabei die höchste Anzahl Absenzen, die Abteilung Bildung + Freizeit die tiefste. Insgesamt wurden je drei Personen der eben genannten Abteilungen befragt. Dabei handelte sich jeweils um die Abteilungsleitung sowie um zwei Mitarbeitende (Organigramm, 2013). Zusätzlich erfolgte ein Interview mit der Personalverantwortlichen.

Alle Interviews wurden beim SBV in Bern in einem separaten Raum durchgeführt. Die Befragungen erfolgten anhand des vorgängig erstellen Leitfadens und dauerten zwischen 45 und 70 Minuten. Vor der Befragung erfolgte die Zusicherung der Anonymität. Dieser Arbeit sind deshalb keine Transkripte beigelegt. Sämtliche Interviews fanden in den Wochen 9 und 10 statt.

4.4.2 Auswertung

Die Interviews wurden mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (vgl. Anhang D). Die Inhaltsanalyse ist als theoriegeleitetes Verfahren bekannt (Mayring, 2010) und bot sich mit ihrer systematischen, nachvollziehbaren Vorgehensweise als ideale Methode zur Auswertung der Interviews an. Bei der strukturierten Variante besteht das Ziel darin, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern. Daher werden die erhobenen Daten systematisch mittels vorgängig aus der Theorie abgeleiteten Kategorien analysiert (Mayring, 2010). Das Kategoriensystem ist hier abgebildet:

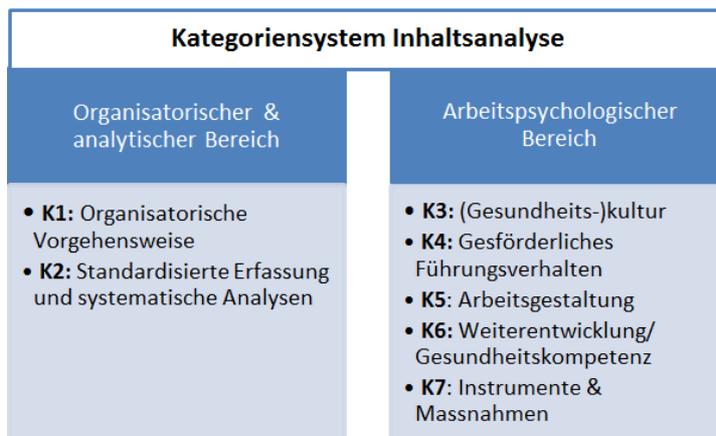


Abbildung 10: Kategoriensystem Inhaltsanalyse (eigene Darstellung, 201)

Die folgende Abbildung verdeutlicht das methodische Vorgehen bei der Auswertung:

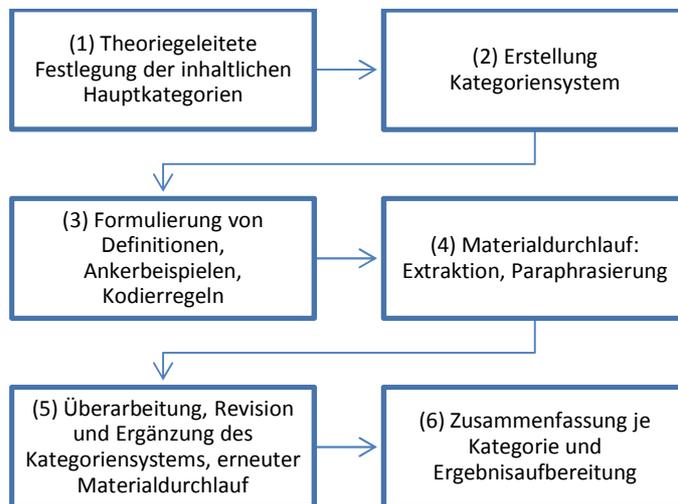


Abbildung 11: Vorgehensweise bei der Auswertung der Interviews nach strukturierender Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Mayring, 2010, S. 93)

Wie bereits erwähnt, erfolgte die Kategoriebildung auf Grundlage der theoretischen Ansätze (Schritt 1 & 2) (vgl. Abb. 10). Die einzelnen Kategorien des Kategoriensystems wurden definiert sowie Ankerbeispiele je Kategorie erstellt und die Kodierregeln (Schritt 3) festgelegt (vgl. Tab. 1 & Anhang D).

Unter Anwendung des erstellten Kategoriensystems erfolgte ein deduktiver Materialdurchlauf (Schritt 4). Dabei wurden aus den Transkripten einzelne Kodiereinheiten (Textstellen) herauszogen und den passenden Kategorien zugeordnet. Die jeweilige Kodiereinheit wurde dabei zusammengefasst und paraphrasiert. Anschliessend erfolgte die Streichung bedeutungsgleicher Kodiereinheiten und deren Zusammenfassung auf einem höheren Abstraktionsniveau. Dies führte zu einer Datenreduktion (Mayring, 2010). Die daraus resultierenden Ergebnisse werden in Kapitel fünf erläutert.

Tabelle 1: Auszug aus dem Kategoriensystem (eigene Darstellung, 2014)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
Arbeitsgestaltung auf Ebene der Mitarbeitenden	Aspekte der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung umfassen: <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Vollständige Aufgabe - Vielfalt - Bedeutsamkeit der Aufgabe - Feedback - Teamarbeit 	Ich mache alles von Anfang bis ende [...]Da ist immer ein Prozess, der ineinander fließt, ich sehe die Zusammenhänge. #00:55:14-6# Ich kann mir das ja auch selber einteilen. Wir wissen Termine wann was relativ früh und das ist ja jedes Jahr wieder so. #00:46:50-1#	Aussagen zu einem oder mehreren Aspekten gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung

5 Ergebnisse

Nachfolgend werden die mittels Methodenkombination eruierten Ergebnisse erläutert.

5.1 Dokumentenanalyse

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse geben Aufschluss darüber, inwieweit in den vorhandenen Dokumenten organisatorische oder arbeitspsychologische Aspekte hinsichtlich Absenzen sowie auch Gesundheit festgehalten sind.

In organisatorischer Hinsicht ist im *Personalreglement* das Vorgehen bei Krankheit insofern schriftlich festgehalten, als dass Abwesenheiten umgehend gemeldet werden müssen und ab dem dritten Tag ein Arztzeugnis vorliegen sollte. Eine klare Definition, was als Krankheit beziehungsweise Absenz definiert wird, fehlt.

Für diese Arbeit relevante Ergebnisse aus arbeitspsychologischer Sicht finden sich auf allen drei Ebenen; auf der Unternehmens-, auf Führungs- und auf Mitarbeitenebene. Das *Leitbild* gibt Aufschluss darüber, dass Wertschätzung und Respekt sowie Leistungsbereitschaft, Teamarbeit und Loyalität als Werte definiert werden. Ferner wird zum Ausdruck gebracht, dass auf Mitarbeitenebene genügend Handlungsspielraum gewährt und die Eigenverantwortung gestärkt werden soll. Fachliche wie auch soziale Kompetenzen werden durch Weiterbildungsmöglichkeiten gefördert.

Das *Personalreglement* beinhaltet Hinweise zur Förderung und Entwicklung der Mitarbeitenden entsprechend ihren Eignungen und Fähigkeiten. Durch klare Strukturen, offenes und kooperatives Führungsverhalten, Informationsfluss und positives Betriebsklima werden motivierende Arbeitszustände geschaffen. Der SBV nimmt Rücksicht auf Persönlichkeit und Gesundheit der Mitarbeitenden. Zusammen mit dem Mitarbeitenden soll ein Klima des Respekts und Vertrauens geschaffen werden. Für Beschwerden steht die für das Personal verantwortliche Stelle oder die Personalkommission (PK) zur Verfügung. Gesundheit wird als bedeutsam eingestuft.

Jährlich wird ein Mitarbeitendengespräch (MAG) durchgeführt. Hierfür wird ein standardisiertes *MAG-Formular* verwendet. Die folgenden, für die Thematik dieser Arbeit relevanten Punkte, werden behandelt:

- Kompetenzen, basierend auf Anforderungs-/Stellenprofil und Aufgabe.
- Entwicklungs-/Weiterbildungsmöglichkeiten
- Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen (Anforderungen, Freiraum, Anerkennung, Unterstützung der Vorgesetzten, Zusammenarbeit)

Fazit der Dokumentenanalyse ist, dass die beiden Kategorien K4 *Kultur, Führung und Arbeitsgestaltung* sowie K5 *existierende Instrumente & Massnahmen* (vgl. Kap. 4.2.2) insgesamt die meisten Nennungen aufweisen. In diesen Bereichen ist bereits einiges in schriftlicher Form festgehalten.

Im *Jahresbericht 2012* konnten keine Zuordnungen zu den Kategorien gemacht werden, da keine entsprechenden Textstellen diese Thematik aufgreifen. Die komplette Dokumentenanalyse befindet sich im Anhang C.

5.2 Absenzenanalyse

Die aktuell verwendete Software beim SBV fasst die Absenztage pro Mitarbeitende und Abteilung zusammen, weitere Merkmale können nicht kombiniert ausgewertet werden. Daher war eine fundierte Analyse der Absenzen nicht möglich. Wie im Kapitel 4.3.1. beschrieben, wurden jedoch zur vertieften Analyse Strukturmerkmale ergänzt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Absenzenanalyse dargestellt.

5.2.1 Finanzielle Auswirkungen

Im Jahr 2012 betrug die Zahl der Absenztage 778 mit Langzeitkranken, ohne waren es 417 Tage. Insgesamt waren sieben Fälle von Langzeitabsenzen zu verzeichnen. Darin erfasst sind auch eine Schwangerschaft mit 47 Tagen sowie ein Unfall mit 26 Tagen, die aus theoretischer Sicht jedoch nicht darin eingeschlossen sein sollten (vgl. Kap. 3.1). Dies führte zu einer Korrektur der Fehltagetage für 2012 auf insgesamt 705 Tage inklusive Langzeitabsenzen. Die Krankheitssymptome sind bekannt, es handelte sich in vier Fällen um körperliche Beschwerden, die teilweise auf individuelle Dispositionen zurückzuführen sind und bei einem Fall um psychische Beschwerden. Die SOLL-Arbeitstage betragen 18018.4, somit ergibt sich eine krankheitsbedingte Absenzenrate von 3.9%. Dies führt zu Kosten von 528'750.- pro Jahr (vgl. Kap. 3.2.4 & 3.2.5).

Im Jahr 2013 beliefen sich die Tage der krankheitsbedingten Absenzen auf 1179 mit Langzeitkranken, ohne diese waren es 365 Tage (inkl. vier Personen die insgesamt über 20 Tage krank waren, jedoch nicht am Stück und somit nicht als Langzeitkranke eingestuft werden). Insgesamt waren zehn Fälle von Langzeitabsenzen zu verzeichnen. Die Gründe sind teilweise bekannt. In drei Fällen handelt es sich um körperliche Beschwerden, in fünf Fällen um psychische Beschwerden (z.B. Burnout, Überlastung, etc.). In zwei Fällen ist der nähere Grund nicht genau bekannt. Die SOLL-Arbeitstage betragen 20560.6. Daraus ergibt sich eine Absenzenrate von 5.7%. Dies führt zu direkten und indirekten Kosten in der Höhe von CHF 884'250.- durch krankheits- und/oder motivationsbedingte Fehlzeiten.

5.2.2 Vergleiche

Die nachfolgenden Vergleiche werden in den jeweiligen Darstellungen abgebildet. Hinter der jeweiligen Einheit/Abteilung³ ist die Anzahl Mitarbeitende 2012 und 2013 in Klammern vermerkt (z.B. Personal (2/3)). Die untersuchten Jahre 2012 sowie 2013 werden jeweils innerhalb einer Abbildung gemeinsam dargestellt. Dies ermöglicht neben dem Ablesen der einzelnen Jahresdaten einen direkten Vergleich zum anderen Jahr.

Vergleich der Mittelwerte sowie der Häufigkeiten (Absenzsumme) zwischen den Abteilungen

Der Vergleich im 2012 weist folgende Ergebnisse auf (vgl. Abb. 12 & 13): Der Mittelwert über alle Abteilungen hinweg *inklusive Langzeitabsenzen* betrug $M = 6.1$, $SD = 14$. Signifikanz über diesem Wert war die Abteilung Generalsekretariat mit einem Mittelwert⁴ von $M=20.1$, $SD = 34$ (302 Tage). Darauf folgt die Abteilung Bern EDV mit $M = 9.5$, $SD = 8.5$ (67 Tage) und das BBZ VD mit $M = 8.4$, $SD = 5.4$ (25.05 Tage). Alle anderen Abteilungen liegen mit dem Mittelwert unter 6.

Der Vergleich im 2013 zeigt folgendes Bild (vgl. Abb. 12 & 13): Der Mittelwert über alle Abteilungen hinweg *inklusive Langzeitabsenzen* betrug $M = 8.8$, $SD = 27.7$. Signifikant über diesem Wert lag das Generalsekretariat mit $M = 33.2$, $SD = 67.6$ (498 Tage), Interessenvertretung & Kommunikation $M = 17$, $SD = 36$ (254 Tage), Bern EDV $M = 11$, $SD = 12.3$ (101 Tage) und Bern Finanzen $M = 9.3$, $SD = 10.9$ (46.65 Tage). Alle anderen Abteilungen liegen mit dem Mittelwert unter 8.8.

³ Legende: BBZ = Begegnungszentren / BS = Beratungsstellen (vgl. Kap. 2). Folgende Abteilungen befinden sich in Bern: Bern B+F (Bildung & Freizeit), Bern B+R (Beratung & Rehabilitation), Bern EDV, Finanzen, Generalsekretariat, Infra (Infrastruktur), IntV+Kommunikation (Interessenvertretung), Marketing & Fundraising, Personal.

⁴ Alle nachfolgenden Mittelwerte werden mit M und die Standardabweichung mit SD angegeben, die Absenzsumme (Tage) pro Abteilung ist jeweils in Klammern vermerkt.

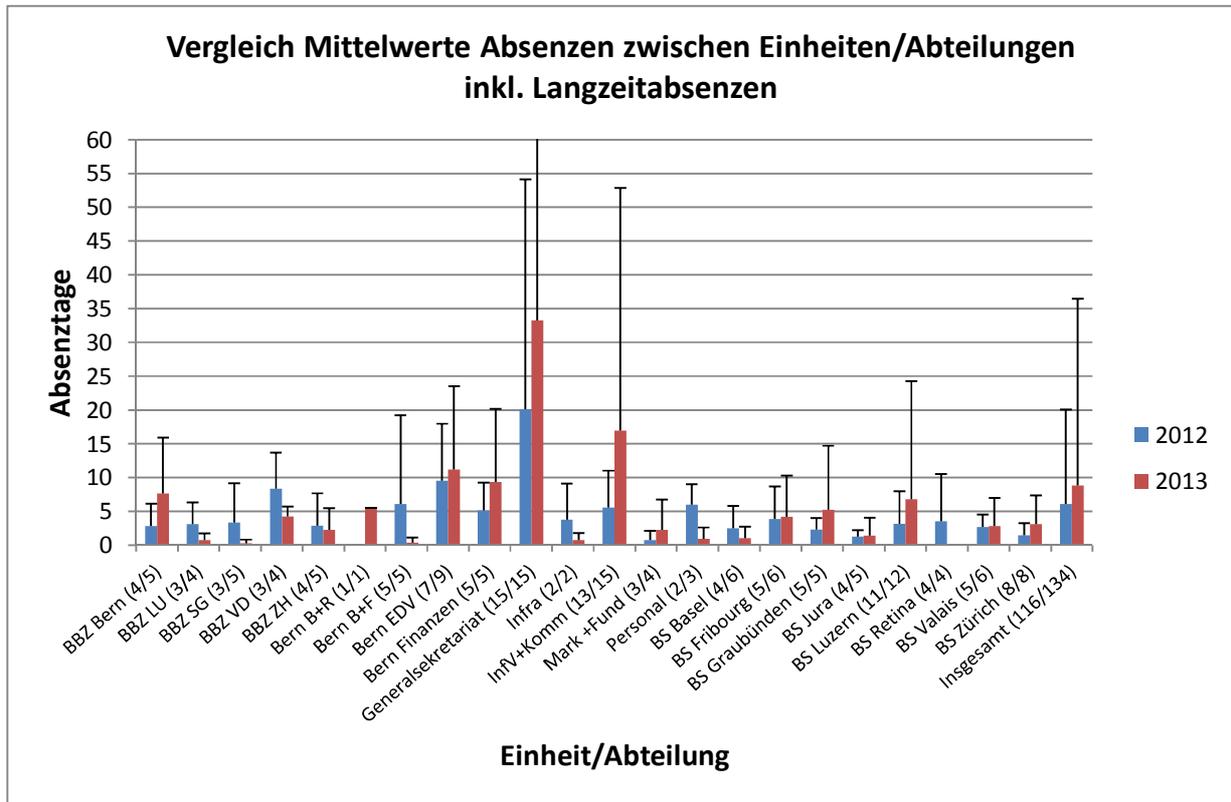


Abbildung 12: Vergleich Mittelwerte Absenzen zwischen Abteilungen inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)

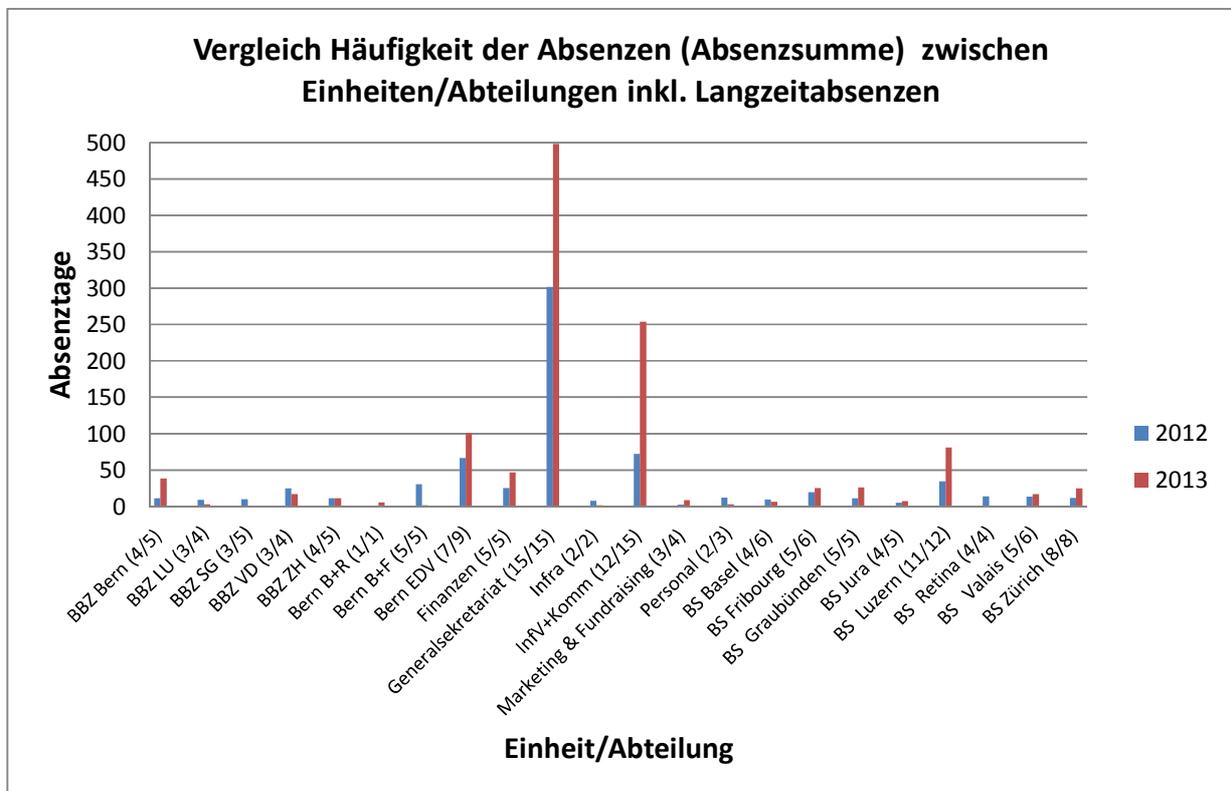


Abbildung 13: Absenztage pro Abteilung (Häufigkeit) inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)

Um einen differenzierteren Vergleich vorzunehmen, folgen nun die Ergebnisse *ohne den Einschluss von Langzeitabsenzen*:

Im 2012 betrug der Mittelwert über alle Abteilungen hinweg *ohne Langzeitabsenzen* $M = 3.8$, $SD = 4.4$. Signifikant über diesem Schnitt lagen folgende Einheiten/Abteilungen: BBZ VD mit $M = 8.4$, $SD = 5.4$ (25 Tage), Bern EDV mit $M = 6.8$, $SD = 4.9$ (41 Tage), Personal $M = 6$, $SD = 3$ (12 Tage), Generalsekretariat $M = 5.7$, $SD = 5.3$ (68 Tage), Interessenvertretung & Kommunikation mit $M = 5.5$; $SD = 5.5$ (72 Tage), Bern Finanzen mit $M = 5.1$, $SD = 4.1$ (25.7 Tage). Die Resultate sind in Abbildung 14 und 15 dargestellt.

Im 2013 betrug der Mittelwert über alle Abteilungen hinweg *ohne Langzeitabsenzen* $M = 3$, $SD = 4.9$. Signifikant über diesem Schnitt lagen folgende Einheiten/Abteilungen: BBZ Bern $M = 7.7$, $SD = 8.3$ (38 Tage), Bern EDV $M = 6.8$, $SD = 9.6$ (47.5 Tage), Bern B + R $M = 5.5$, $SD = 0$ (5.5 Tage), BS Graubünden $M = 5.2$, $SD = 9.5$ (26 Tage), Bern Finanzen $M = 4.7$, $SD = 3.6$ (19 Tage), BBZ VD $M = 4.3$, $SD = 1.4$ (17 Tage), BS Fribourg $M = 4.2$, $SD = 6.1$ (25 Tage). Die Resultate sind in Abbildung 14 und 15 dargestellt.

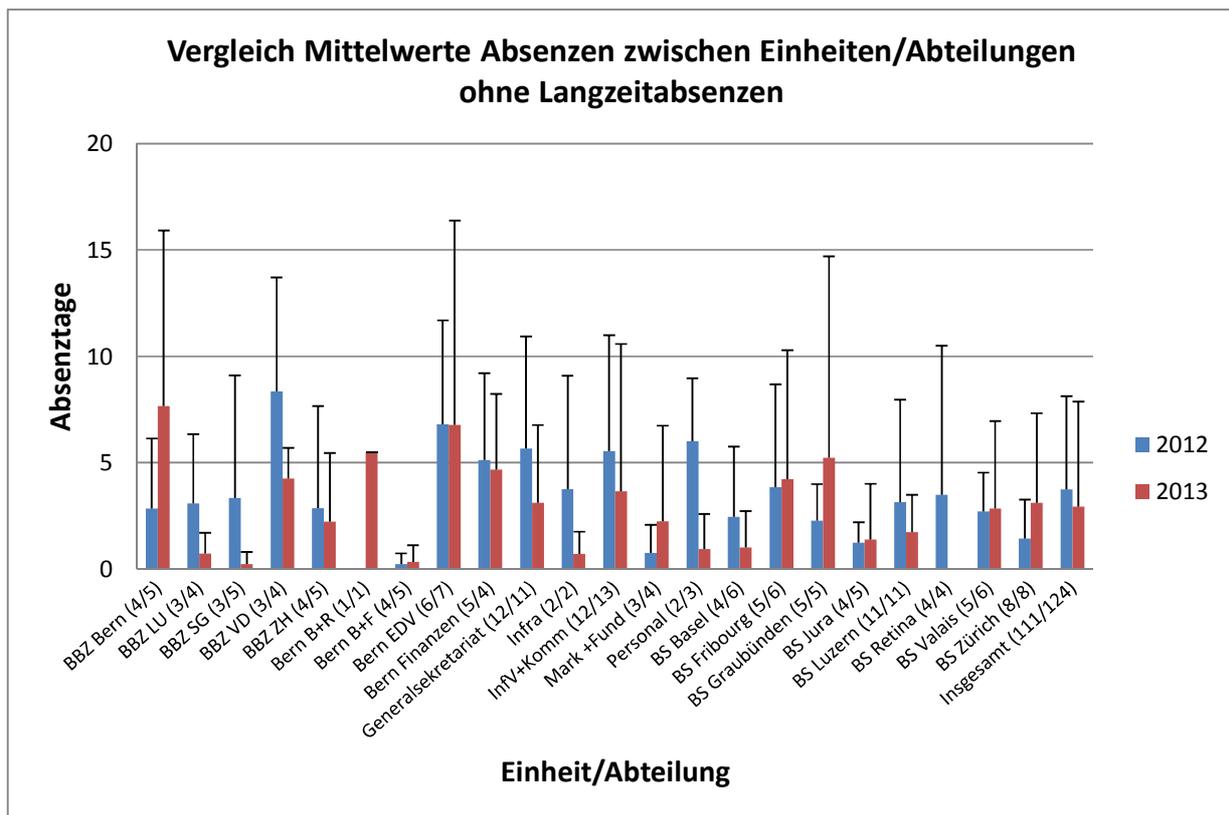


Abbildung 14: Vergleich Mittelwerte Absenzen zwischen Abteilungen ohne Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)

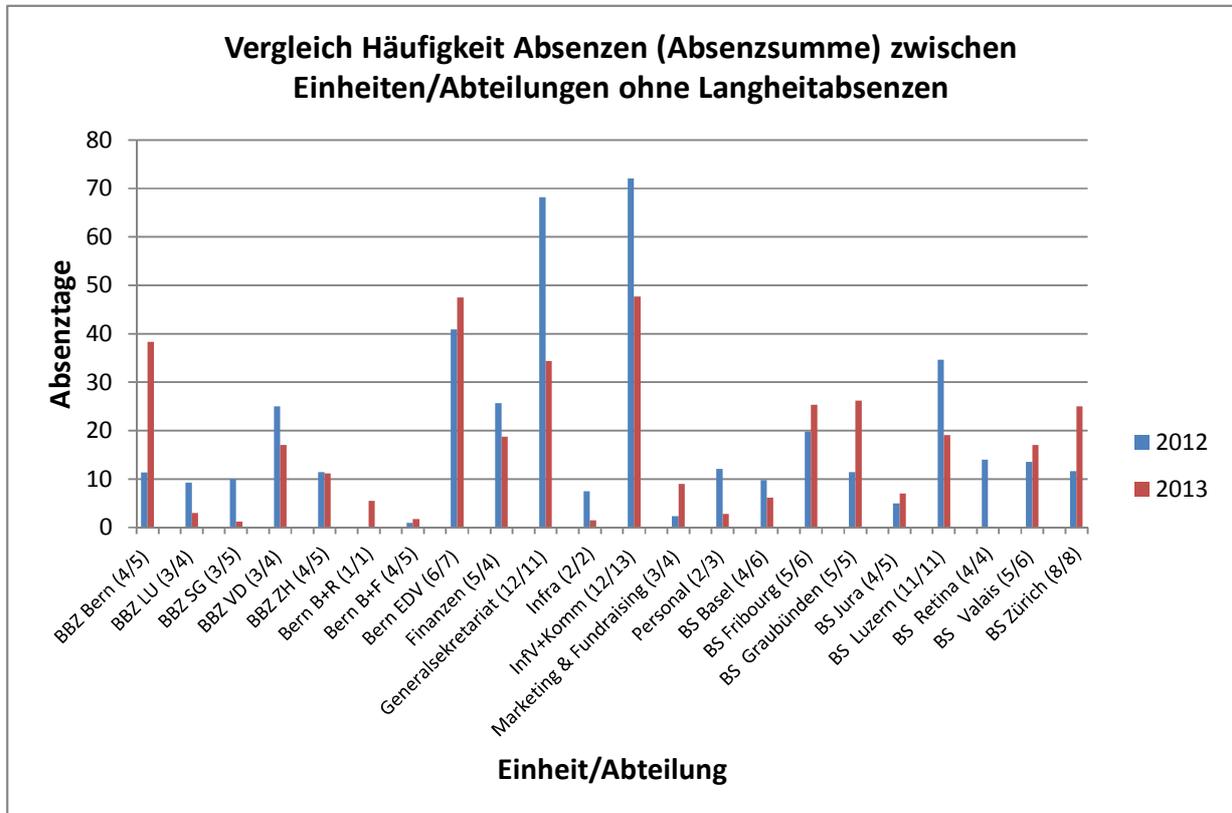


Abbildung 15: Absenztage pro Abteilung (Häufigkeit) ohne Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)

Betrachtet man die Abteilungen in Bern als eine Einheit und vergleicht sie mit den anderen externen Einheiten des SBV, ergibt dies folgendes Bild (Langzeitabsenzen eingeschlossen): 2012 beträgt der Mittelwert insgesamt $M = 6$, $SD = 14$. Darüber liegen die gesamte Einheit Bern mit einem Mittelwert von $M = 9.8$, $SD = 19.7$ und BBZ VD mit $M = 8.4$, $SD = 5.4$. 2013 beträgt der Mittelwert insgesamt $M = 8.9$, $SD = 27.7$. Darüber liegt die gesamte Einheit Bern mit einem Mittelwert von $M = 15.6$, $SD = 39.8$ (vgl. Abb. 16).

In Bern selber (Hauptsitz) liegen die Absenztage in der Abteilung Generalsekretariat am höchsten (2012 $M = 20$, $SD = 34$ und 2013 $M = 33$, $SD = 67.6$), in der Abteilung Bildung & Freizeit am tiefsten (2012: $M = 6.1$, $SD = 13$ und 2013 $M = 0.35$, $SD = 0.78$). Eine Langzeitabsenz im Jahr 2012 verursachte bei Bildung & Freizeit einen leicht erhöhten Mittelwert, die Ursache ist ausserbetrieblich. Wird diese ausgeschlossen, so ergibt sich $M = 0.25$, $SD = 0.5$. Da diese beiden Abteilungen für die Interviews ausgewählt wurden, ist diese Erläuterung elementar zur Legitimation der Stichprobenauswahl (vgl. 4.4.1)

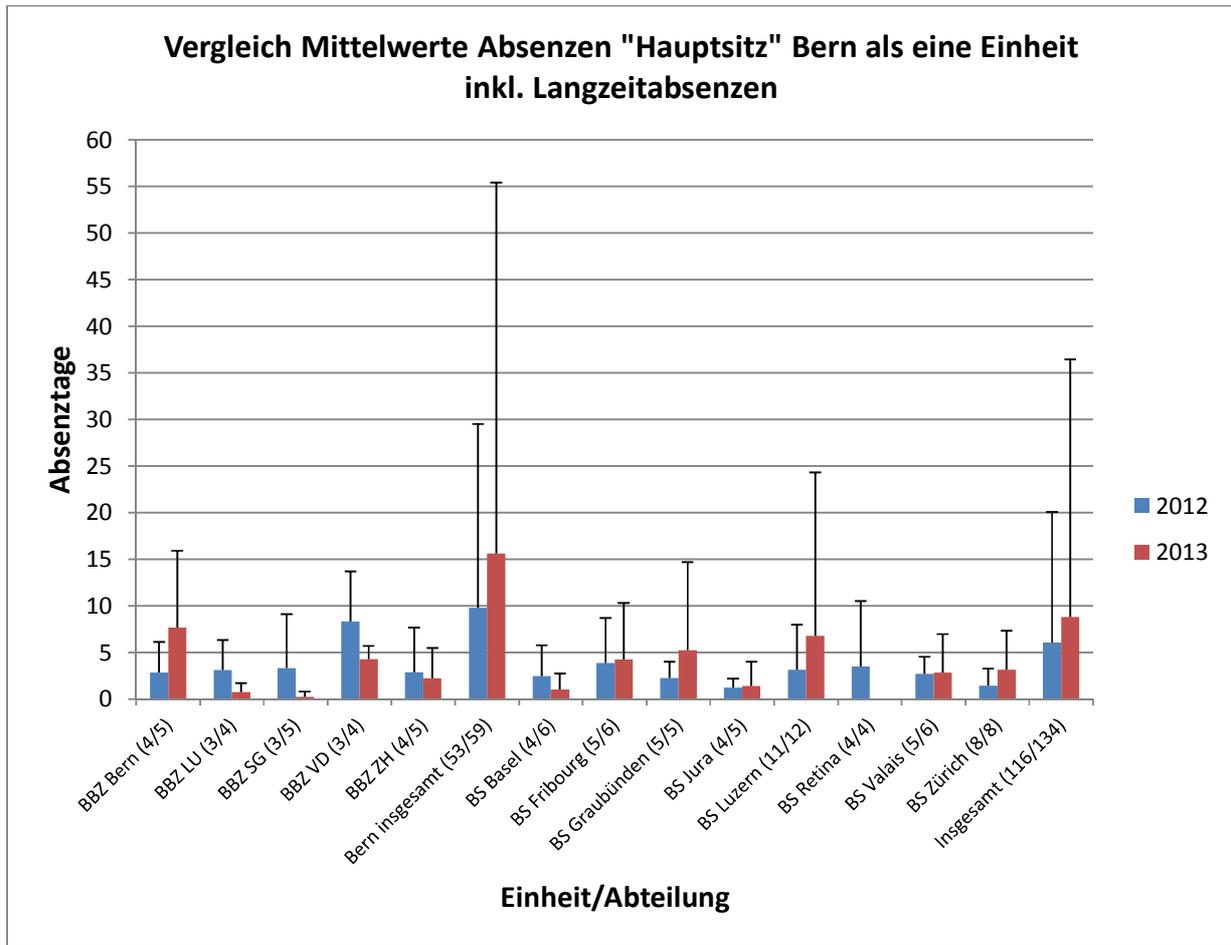


Abbildung 16: Vergleich Mittelwerte Absenzen Bern als eine Einheit inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)

Vergleich Kurz-/Langzeitabsenzen

Der Vergleich von Kurz- und Langzeitabsenzen zwischen 2012 und 2013 zeigt eine Veränderung der Kurzzeitabsenzen von 417 (59%) auf 365 Tage (31%) auf, bei den Langzeitabsenzen von 288 (41%) auf 814 Tage (69%). Untenstehende Abbildungen zeigen bildlich das Verhältnis zwischen Kurz- und Langzeitabsenzen auf.

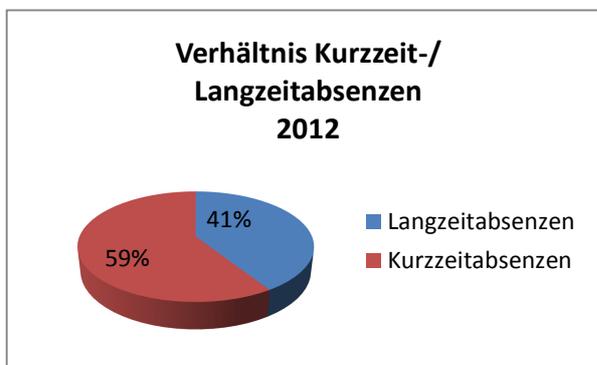


Abbildung 17: Vergleich Kurzzeit-/Langzeitabsenzen 2012 (eigene Darstellung, 2014)



Abbildung 18: Vergleich Kurzzeit-/Langzeitabsenzen 2013 (eigene Darstellung, 2014)

Mittelwertvergleiche von Absenztage mit Position, Pensum und Geschlecht

Position

2012 betrug der Mittelwert der Absenzen bei den Vorgesetzten $M = 3.1$, $SD = 4.1$, bei den Mitarbeitenden $M = 6.9$, $SD = 15.6$. 2013 lag der Mittelwert bei den Vorgesetzten bei $M = 7.7$, $SD = 18$ und bei den Mitarbeitenden bei $M = 9.1$, $SD = 29.6$.

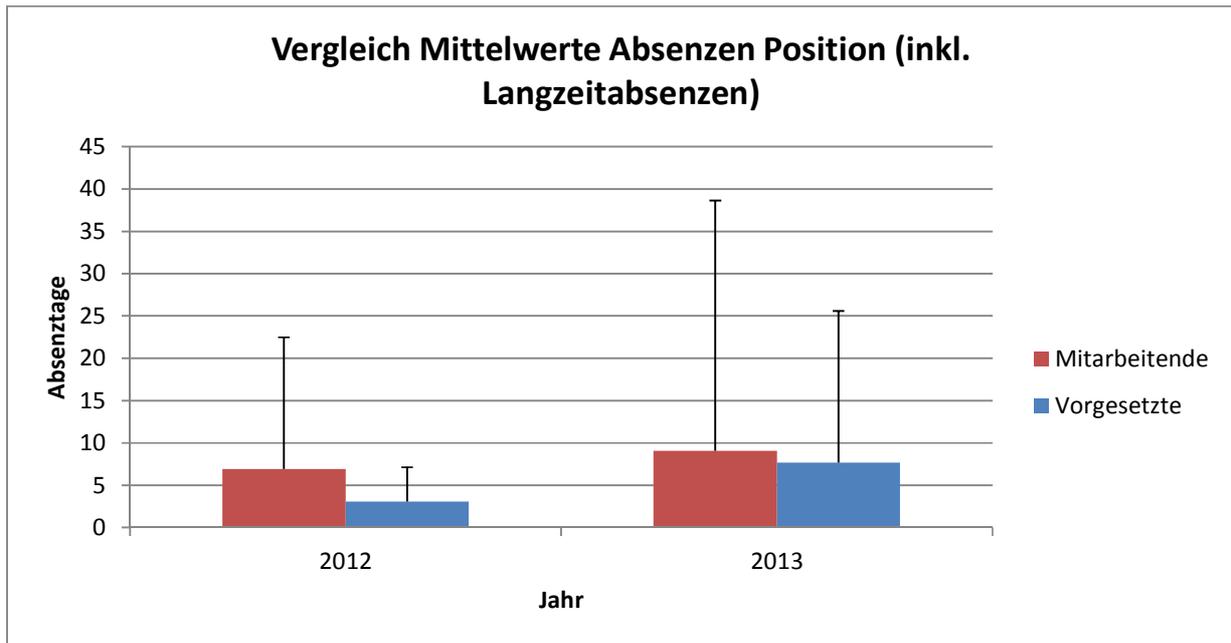


Abbildung 19: Vergleich Mittelwerte Absenzen nach Position inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)

Pensum

2012 betrug der Mittelwert der Absenzen bei den Vollzeitangestellten $M = 4.3$, $SD = 8$, bei den Teilzeitangestellten $M = 6.5$, $SD = 15.10$. 2013 lag der Mittelwert bei den Vollzeitangestellten bei $M = 5.9$, $SD = 18.6$ und bei den Teilzeitangestellten bei $M = 9.4$, $SD = 29.2$.

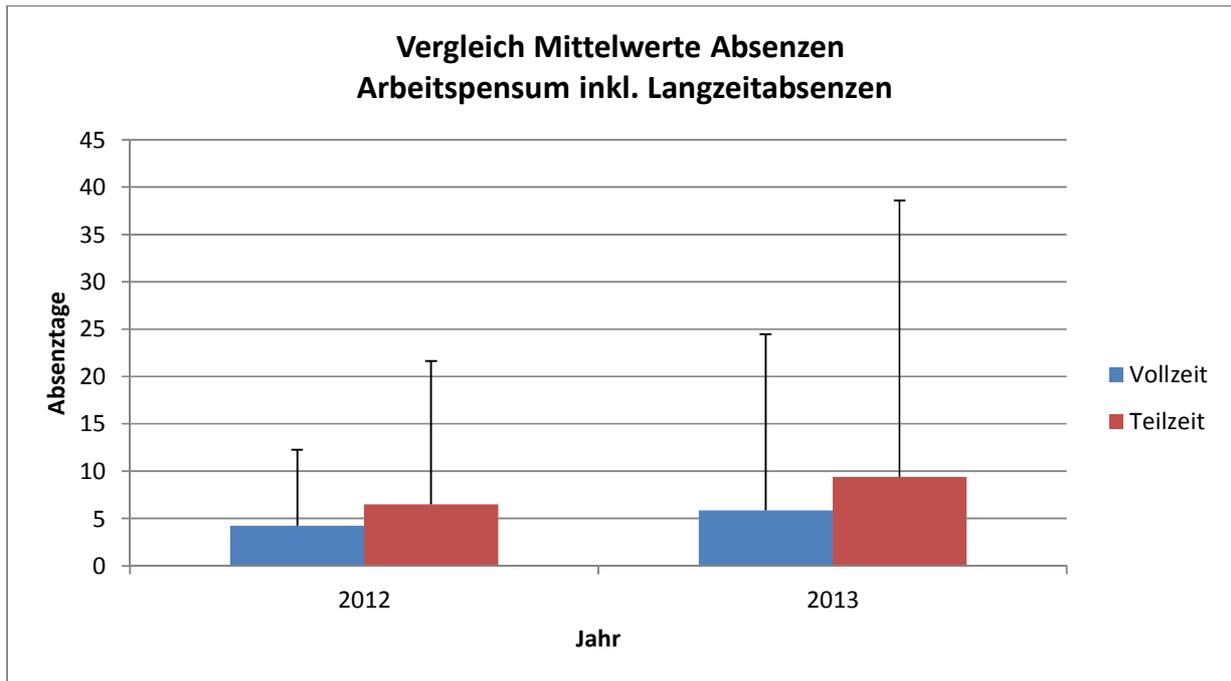


Abbildung 20: Vergleich Mittelwerte Absenzen nach Pensum inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)

Geschlecht

2012 betrug der Mittelwert der Absenzen bei den Männern $M = 6.84$, $SD = 13.82$, bei den Frauen $M = 5.63$, $SD = 14.16$. 2013 lag der Mittelwert bei den Männern bei $M = 9.97$, $SD = 36.97$ und bei den Frauen bei $M = 8.10$, $SD = 20.40$.

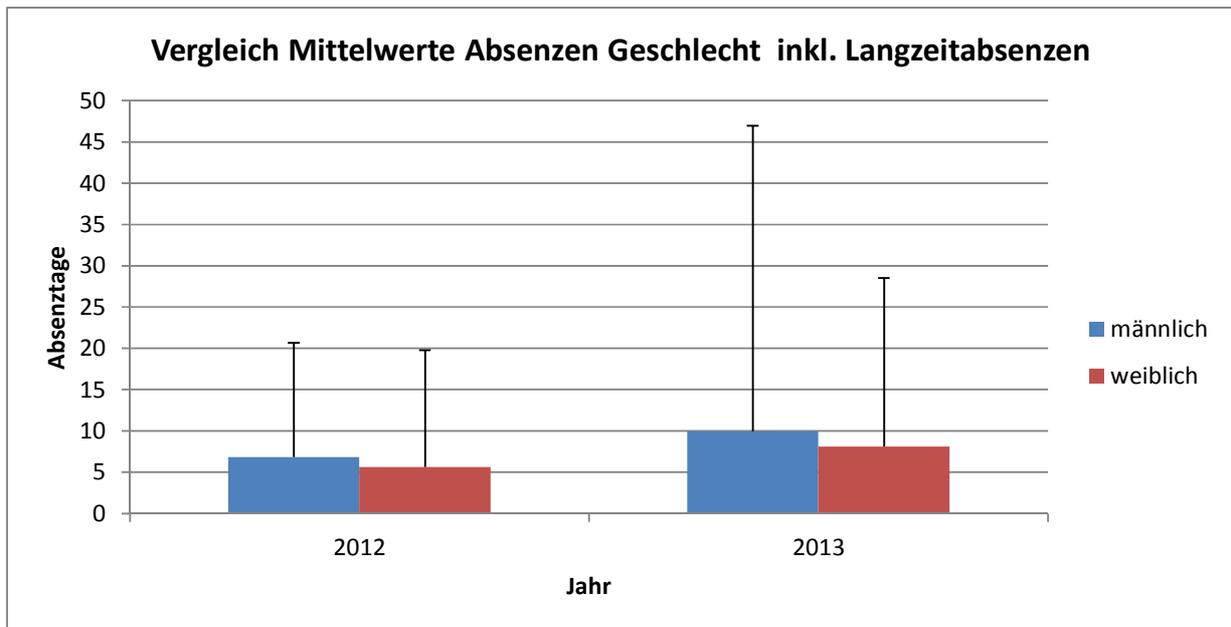


Abbildung 21: Vergleich Mittelwerte Absenzen nach Geschlecht inkl. Langzeitabsenzen (eigene Darstellung, 2014)

5.2.3 Korrelationen und Regressionsanalyse

Die Auswertungen der Korrelationen weisen folgende Ergebnisse auf:

Für den *Datensatz 2012 mit Langzeitabsenzen* ergab die Korrelation (nach Spearman) von Krankheit⁵ und Position $r(116) = 0.137, p < 0.143$, Krankheit und Pensum $r(116) = 0.159, p < 0.089$ sowie Krankheit und Geschlecht $r(116) = 0.015, p < 0.873$. Der *Datensatz 2012 ohne Langzeitabsenzen* wies folgende Ergebnisse auf: Krankheit und Position $r(111) = 0.104, p < 0.276$, Krankheit und Pensum $r(111) = 0.174, p < 0.068$, sowie Krankheit und Geschlecht $r(111) = 0.056, p < 0.560$.

Im *Datensatz 2013 mit Langzeitabsenzen* ergab der Korrelationskoeffizient für die Variablen Krankheit und Position $r(134) = -0.070, p < 0.423$, Krankheit und Pensum $r(134) = 0.049, p < 0.573$ und für Krankheit und Geschlecht $r(134) = 0.040, p < 0.644$. Im *Datensatz 2013 ohne Langzeitabsenzen*: Krankheit und Position $r(124) = -0.083, p < 0.360$, Krankheit und Pensum $r(124) = 0.028, p < 0.754$ sowie Krankheit und Geschlecht $r(124) = 0.054, p < 0.548$. Von einem (geringen) Zusammenhang wird ab $r = 0.2$ ausgegangen (Zöfel, 2003).

Die *Regressionsanalyse* ergab für alle Datensätze (2012 sowie 2013 mit und ohne Langzeitabsenzen) keine Hinweise, dass entweder die Position, das Pensum oder das Geschlecht einen signifikanten Anteil an der Aufklärung der abhängigen Variable Krankheit leistet (keine Signifikanz). Insgesamt klären die drei Strukturvariablen zusammen insgesamt je nach Datensatz zwischen 5% und 25% der Varianz auf. Auf eine ausführliche Erläuterung wird aus Relevanzgründen an dieser Stelle verzichtet.

Alle Berechnungen inkl. Regressionsgleichungen befinden sich im Anhang E.

Fazit der Absenzenanalyse ist, dass die Absenzenrate 4% bzw. 6% beträgt. Des Weiteren waren im Jahr 2013 mehr Langzeitabsenzen(tage) zu verzeichnen als 2012. Beim schweizweiten Vergleich verzeichnet der „Hauptsitz“ in Bern die meisten Fehltag (durchschnittlich), insbesondere die Abteilung Generalsekretariat wies 2012 und 2013 viele (Langzeit-)Absenzen auf, die Abteilung Bildung & Freizeit vergleichsweise wenig. Die Mittelwertvergleiche zeigen auf, dass die Absenztage bei den Mitarbeitenden, bei den Teilzeitangestellten sowie bei den Männern jeweils höher ist. Ein Zusammenhang zwischen Geschlecht, Position, Pensum und Krankheit konnte mittels Korrelationsberechnung nicht belegt werden. Auch die Regressionsanalyse förderte keine signifikanten Ergebnisse zu Tage.

⁵ Die Variable Krankheit umfasst die krankheitsbedingten Absenztage

5.3 Interviews

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den Interviews erläutert. Die hier aufgezeigten Resultate sind aufgrund der kleinen Stichprobe als Tendenzen zu betrachten. Grundsätzlich ist einleitend festzuhalten, dass die Interviews kongruent ausgefallen sind. *Zwischen den Abteilungen* haben sich keine wesentlichen Unterschiede ergeben, punktuell jedoch *zwischen den Vorgesetzten und den Mitarbeitenden* (vgl. Tab. 2).

5.3.1 Ergebnisse der Mitarbeitenden-Interviews

(Gesundheits-)Kultur

Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit ist im Betrieb kein institutionalisiertes Thema. Entsprechende Massnahmen und Reaktionen erfolgen erst, wenn jemand länger krankheitsbedingt ausfällt. Auch wird in solchen Fällen teilweise nicht offen kommuniziert, was zu Mutmassungen führt. Ob und inwiefern während einer längeren krankheitsbedingten Abwesenheit reagiert wird (Gespräche, Blumen, etc.), verläuft individuell je nach Abteilung.

Es besteht die Ansicht, dass Problematiken nicht offen diskutiert werden, sondern über den Latrinenweg laufen. Der mehrfach genannte Hauptgrund dafür ist fehlendes Vertrauen in die offene Meinungsäusserung. Es besteht die Angst vor Konsequenzen. Teilweise liegt der Grund in früheren Führungspersonen, die Meinungsäusserungen mit Sanktionen geahndet haben. Diese Fälle beeinflussen die Mitarbeitenden bis heute; auch neue Angestellte. Gemäss der Interviewten sollte ein Gefühl geschaffen werden, dass man seine Meinung sagen darf. Häufige interne Veränderungen verunsichern die Mitarbeitenden, es entsteht ein Gefühl, dass man einfach plötzlich wo anders zugeteilt wird. Abteilungsübergreifend ist der Kontakt da, jedoch eher oberflächlich. Als möglicher Grund dafür wird auch die räumliche Trennung genannt. Abschliessend wurde festgestellt, dass eine bildliche Vorstellung von Indianer und Häuptlingen besteht.

Gesundheitsförderliches Führungsverhalten

Die Gesundheit hat in den Abteilungen keinen besonderen Stellenwert und wird nicht besonders thematisiert. Vorgesetzte beziehen Mitarbeitende zwar teilweise mit ein (z.B. bei Anschaffung von Arbeitsmittel), jedoch empfinden die Mitarbeitenden zeitweise eine fehlende Sensibilisierung in Bezug auf gesundheitsgefährdende Situationen (z.B. fehlende Unterstützung bei Krankheit oder bei emotionalen Situationen). Nach krankheitsbedingten Abwesenheiten finden keine institutionalisierten Gespräche seitens der Vorgesetzten statt. Regelmässige Gespräche zwecks Austausch im Team werden jedoch in Form von Teamsitzungen durchgeführt. Auch wenn teilweise die Ansicht besteht, dass die Anerkennung für die

geleistete Arbeit zeitweise nicht übereinstimmt, so wird doch im Allgemeinen geschätzt, dass bei (sachlichen) Problemen nach Lösungen gesucht wird und die Vorgesetzten für ihre Mitarbeitenden eintreten.

Arbeitsgestaltung auf Ebene der Mitarbeitenden

Grundsätzlich sind genügend Kompetenzen gegeben, um die Arbeit gut erledigen zu können. Dort wo Entscheidungen von Seiten der Vorgesetzten getroffen werden müssen, geschieht dies flüssig und behindert die Mitarbeitenden nicht, im Gegenteil, sie fühlen sich dadurch auch abgesichert. Die Autonomie beziehungsweise der Handlungsspielraum ist gegeben und Arbeiten können von Anfang bis Ende mit genügend Zeit, selbstständig bewältigt werden. Die Tätigkeit wird als vielseitig und abwechslungsreich bezeichnet, auch die gegenseitige Unterstützung im Team ist gegeben. Die Befragten führen ihre Tätigkeit mit Freude aus und schätzen auch die Jahresarbeitszeit (mit Blockzeiten, wo jedoch eine gewisse Flexibilität gegeben ist).

Ein etwas anderes Bild ergibt sich aus der Tätigkeit in der Telefonzentrale⁶. Dort sind fixe Arbeitszeiten gegeben und auch keine Pausen möglich (während vier Stunden). Auch ist eine Anreicherung der Arbeit beispielsweise mit administrativen Aufgaben schwierig aufgrund der Telefonanrufe. Die Mitarbeitenden fühlen sich teilweise auf sich selber gestellt. Nach einem durchgeführten Coaching hat sich die Situation für die Mitarbeitenden verbessert. Pausen können nach wie vor nur teilweise bezogen werden.

Gesundheitskompetenz und Weiterentwicklung

Weiterbildungen in Zusammenhang mit der Tätigkeit werden grosszügig unterstützt. Sensibilisierende Massnahmen in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsförderung haben bisher keine stattgefunden (Tagungen, Trainings, etc.).

Instrumente und Massnahmen

Arbeitsmittel können jederzeit beantragt und bestellt werden (via Vorgesetzten). Die Initiative muss von den Mitarbeitenden kommen. Verbreitet sind bereits Headsets sowie Stehpulte. Gefässe zur Diskussion von Anliegen wie der *runde Tisch* würden grundsätzlich begrüsst. Jedoch werden, wie bereits erwähnt, Meinungen nicht offen ausgesprochen. Daher würde ein kleineres Gefäss ohne Geschäftsleitung bejaht. Auch würden Rückkehrgespräche insbesondere bei längeren Abwesenheiten begrüsst, da bis jetzt keine entsprechenden Gespräche stattfinden. Die Haltung gegenüber der aktuell existierenden Personalkommission ist etwas skeptisch. Da dort Führungspersonen Teil davon sind, besteht die Unsicherheit, ob diese neutral ist und ob Informationen vertraulich behandelt werden.

⁶ Die Telefonzentrale ist der Abteilung Generalsekretariat angegliedert.

5.3.2 Ergebnisse der Vorgesetzten-Interviews

(Gesundheits-)Kultur

Gemäss Aussagen der Vorgesetzten ist Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsförderung im Unternehmen kein präsent Thema. Auf Aspekte dessen wird erst eingegangen, wenn Absenzen vorliegen. Mitarbeitende werden in Projekte – wo immer möglich – mit einbezogen. Es wird einstimmig festgestellt, dass Mitarbeitende sich schwer tun damit, ihre Meinung offen zu äussern. So wird vieles hinterrücks auf dem Latrinenweg (z.B. in den Gängen) unter den Mitarbeitenden besprochen. Es besteht die Annahme, dass das Vertrauen fehlt. Dieses Verhalten wird auf frühere Vorkommnisse unter einer anderen Leitung zurückgeführt und beim runden Tisch auf die hohe Anzahl Personen, die jeweils dabei sind inklusive Geschäftsleitung. Von Seiten der Führung wird eine Offenheit für Neues und auch für Probleme betont – auch wenn es mit der Umsetzung von Entscheiden manchmal etwas länger dauert. Man hat im letzten Jahr auch den Informationsfluss verbessert. Dieser wird als gut bezeichnet. Grundsätzlich weisen verschiedene Aussagen (z.B. „Kultur ist jedem sein eigenes Revier“) darauf hin, dass vieles bereichsspezifisch gehandhabt wird. Es besteht die Auffassung, dass die Kultur im Betrieb eigentlich die grösste Gesundheitsförderung sei und einen Einfluss auf die Gesundheit habe.

Gesundheitsförderliches Führungsverhalten

Die Art und Weise wie geführt wird (z.B. Partizipation, Handlungsspielraum) ist von Abteilung zu Abteilung individuell. Grundsätzlich nehmen die Vorgesetzten selbst von oben her eine Unterstützung wahr. Die Anerkennung und Wertschätzung der interviewten Führungskräfte gegenüber ihren Mitarbeitenden wird vor allem in Form von Taten gezeigt (z.B. Flexibilität, Unterstützung bei Problemen, etc.). Die interviewten Führungskräfte praktizieren einen Führungsstil, der selbstständiges Arbeiten fördert, in dem Verantwortung übertragen wird und Mitarbeitende miteinbezogen werden. Auch finden regelmässig Teamsitzungen und Gespräche statt. In Bezug auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten wurden Aussagen zur Wichtigkeit der Ferienplanung, Schädlichkeit von Überstunden sowie zu Wahrnehmung von Veränderung bei einzelnen Mitarbeitenden gemacht. Ebenfalls wird versucht, ein Vertrauen herzustellen und Verständnis für entsprechende Situationen zu signalisieren.

Arbeitsgestaltung auf Ebene der Mitarbeitenden

Die befragten Personen gestalten soweit möglich entsprechenden Handlungsspielraum und vollständige Aufgaben. Auch wird zur Erledigung der Tätigkeit genug Zeit eingeplant. Den Mitarbeitenden werden passende Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt oder eigens für sie beschafft.

Uneinigkeit bestand teilweise darin, ob alle Mitarbeitenden am richtigen Platz sind, entsprechend ihren Kompetenzen. Dies wurde nicht nur bejaht, sondern auch auf Diskrepanzen hingewiesen, die beispielsweise nicht mit Weiterbildung kompensiert werden können.

Gesundheitskompetenz und Weiterentwicklung

Sensibilisierungsmassnahmen im Bereich gesundheitsförderliches Führungsverhalten beziehungsweise Gesundheitsförderung wurden in den letzten Jahren nicht durchgeführt. Fachspezifische Aus- und Weiterbildungen werden (finanziell) unterstützt und ermöglicht. Die Weiterbildung muss in Verbindung mit der Tätigkeit sein. Es werden aktuell für jede Stelle sogenannte Stellenprofile ausgearbeitet.

Instrumente und Massnahmen

Ein runder Tisch findet in regelmässigen Abständen, immer am selben Wochentag statt. Dies hat zur Folge, dass nie alle Mitarbeitenden anwesend sein können, insbesondere Teilzeitangestellte, die an diesem Tag frei haben. Der Tisch wurde Top Down ins Leben gerufen, um dort Anliegen zu besprechen (z.B. Unstimmigkeiten). Es besteht die einheitliche Auffassung darüber, dass dieses Gefäss noch nicht optimal funktioniert und somit nicht die gewünschte Lösung bringt. Denn die Mitarbeitenden äussern sich nicht offen. Annahmen sind, dass zu viele Leute mit dabei sind und somit alle mitbekommen, wer was sagt. Das Format dieses runden Tisches wird zurzeit neu evaluiert. Ein Diskussionspunkt ist, ob die Geschäftsleitung weiterhin mit dabei sein sollte.

Eine weitere Massnahme die von der Führung geschaffen wurde, ist die Personalkommission. Sie besteht aus 3-4 Personen (keine GL-Mitglieder, teilweise Personen mit Vorgesetztenfunktion) und befasst sich mit verschiedensten Anliegen (z.B. Versicherungsfragen, personelle Probleme, etc.). Sie dient auch als Anlaufstelle für Mitarbeitende bei Problemen mit Vorgesetzten. Die Personalkommission scheint noch nicht richtig etabliert. Das Vertrauen der Mitarbeitenden fehlt, um dort Probleme zu deponieren. Als in einer Abteilung Spannungen herrschten, wurde situativ für diesen Fall ein externer Coach zugezogen.

Rückkehrgespräche werden momentan keine geführt und unter gewissen Bedingungen insbesondere bei längeren Abwesenheiten begrüsst. Es müsste jedoch gut darauf geachtet werden, in welcher Art und Weise diese Gespräche geführt werden und müsste nach Ansicht der Interviewten in einem gewissen Sinne zur Kultur dazugehören.

Organisatorische Vorgehensweise bei Absenzen

Aktuell gibt es kein einheitliches, standardisiertes Vorgehen bei Absenzen. Dies gilt auch für die Rückkehr nach einer Absenz. Einzig geregelt ist, dass nach mehr als drei Tagen Absenz ein Arztzeugnis vorgelegt werden muss.

Erfassung und Auswertung von Absenzendaten

Die Erfassung der Absenzen erfolgt durch jeden Mitarbeitenden selbstständig und ist eigentlich geregelt. Es herrschen jedoch teilweise Unklarheiten. Ende Monat erhalten die Vorgesetzten von der Verantwortlichen im Personal eine Übersicht, wo alle Absenzen aufgelistet sind. Ist etwas unklar erfasst, fragt die Verantwortliche jeweils beim Vorgesetzten nach. Es besteht die Absicht in naher Zukunft die Daten besser verwenden und auswerten zu können.

Zwischenfazit zu den Interviews

Tabelle 2: Vergleich Ergebnisse Interviews Mitarbeitende und Vorgesetzte (eigene Darstellung, 2014)

Kategorie	Mitarbeitende	Vorgesetzte
Gesundheitskultur	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit kein Thema • Reaktives Verhalten • Fehlendes Vertrauen • Latrinenweg existiert • Fälle von Absenzen werden nicht offen kommuniziert, unklares Vorgehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit kein Thema • Reaktives Verhalten • Fehlendes Vertrauen • Latrinenweg existiert • Offenheit von Seiten Führung für Neues ist vorhanden • Informationsfluss transparent
Gesundheitsförderliches Führungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit wird nicht bewusst thematisiert • Z.T. fehlende Sensibilisierung • Z.T. fehlende Anerkennung • Sachbezogene Unterstützung ist gegeben • MA werden situativ miteinbezogen • Regelmässiger Austausch 	<ul style="list-style-type: none"> • Führungsverhalten sowie Thematisierung von Gesundheit grundsätzlich individuell nach Abteilung • Vereinzelt auf gesundheitsbezogene Aspekte sensibilisiert • Anerkennung erfolgt durch Taten • MA werden miteinbezogen • Regelmässiger Austausch • Versuch Vertrauen herzustellen
Arbeitsgestaltung⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsspielraum sowie ganzheitliche Tätigkeiten sind gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsspielraum sowie ganzheitliche Tätigkeiten sind gegeben

⁷ Die Situation im Bereich der Telefonzentrale, weicht von den hier aufgelisteten Ergebnissen ab. Die Abweichungen sind obenstehend im Fliesstext nachzulesen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Genügend Zeit zur Erledigung der Aufgaben • Die Mitarbeitenden führen Arbeit gerne aus • Unterstützung im Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Genügend Zeit zur Erledigung der Aufgaben
Weiterentwicklung/Gesundheit skompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • In Bezug auf Gesundheitsförderung keine Kurse, Trainings • Weiterbildung wird unterstützt 	<ul style="list-style-type: none"> • In Bezug auf Gesundheitsförderung keine Kurse, Trainings • Weiterbildung wird unterstützt • Stellenprofile werden erarbeitet
Instrumente & Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsmittel können jederzeit bestellt werden • Fehlende Meinungsäusserungen beim runden Tisch • Plattform zur Diskussion von Problemen ist gewünscht, jedoch in anderer Form • Skepsis gegenüber PK • Ein Gespräch nach längerer Abwesenheit würde begrüsst 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsmittel können jederzeit bestellt werden • Fehlende Meinungsäusserungen beim runden Tisch • Plattform zur Diskussion von Problemen ist gewünscht, jedoch in anderer Form • PK noch nicht richtig etabliert • Ein Gespräch nach längerer Abwesenheit würde begrüsst
Organisatorische Vorgehensweise -----		<ul style="list-style-type: none"> • Kein geregeltes Vorgehen bei Absenzen (individuell)
Erfassung und Auswertung von Absenzen -----		<ul style="list-style-type: none"> • Werden von Mitarbeitenden individuell erfasst • Absicht in Zukunft Daten auszuwerten

Fazit aus den Interviews ist, dass sich die Aussagen grösstenteils decken unter den Mitarbeitenden sowie auch unter den Vorgesetzten und auch zwischen den beiden Gruppen. Unterschiede wurden dahingehend festgestellt, dass die Mitarbeitenden sich nicht trauen, ihre Meinung zu sagen, die Führungspersonen sich hingegen als offen bezeichnen und versuchen eine Vertrauensbasis zu schaffen. Auch ist die fachliche Unterstützung durch die Führungspersonen gegeben, die Mitarbeitenden nehmen jedoch teilweise eine fehlende Unterstützung in Bezug auf den Umgang mit Krankheiten, emotionalen Themen, etc. wahr. Die Anerkennung wird durch die Vorgesetzten insbesondere mittels unterstützendem Verhalten und Taten gezeigt, Mitarbeitende vermissen teilweise verbale Äusserungen.

6 Diskussion

Nachfolgend werden die Ergebnisse sowie auch die theoretischen Wissensaspekte diskutiert und kritisch hinterfragt. Die Diskussion zeigt somit Diskrepanzen zwischen Theorie (SOLL-Zustand) und der aktuellen Situation im SBV in Bezug auf Absenzen(-management) auf (IST-Zustand). Aufgrund dessen folgt in Kapitel sieben die Konzepterarbeitung mit Handlungsempfehlungen.

6.1 Aspekte im organisatorischen und analytischen Bereich

Die Theorie weist darauf hin, dass betriebsinterne Definitionen (z.B. was gilt als Krankheit?) die Basis sind für die Erfassung und spätere Auswertung von Absenzen. Aktuell bestehen keine solchen einheitlichen Definitionen. Auch was die Meldung der Absenz betrifft, besteht Optimierungspotenzial. Im Personalreglement ist zwar festgehalten, dass eine Meldung der Absenz erfolgen muss, jedoch nicht bis wann, an wen und wie vorgegangen wird, wenn die zuständige Person (z.B. Vorgesetzter) nicht da ist. Auch ist nicht definiert wie während und nach einer Absenz gehandelt wird. Es erfolgen keine institutionalisierten Rückkehrgespräche. So regelt jede Abteilung den Umgang mit Absenzen selber (z.B. Versand von Blumen, Kontaktaufnahme, etc.). Im Rahmen der Interviews konnte in Erfahrung gebracht werden, dass zwar eine Person in der Personalabteilung die Verantwortung für das Controlling der Absenzen hat, die Absenzen hingegen jeweils von den Mitarbeitenden individuell erfasst werden. Dies kann dazu führen, dass nicht alle Mitarbeitenden Abwesenheiten gleichermaßen eintragen, was eine uneinheitliche Datenlage zur Folge hat. Bei der Durchführung der Absenzenanalyse stellte sich bei einigen Absenzen heraus, dass diese falsch erfasst wurden (z.B. erfasst als Krankheit, war jedoch Schwangerschaft oder Unfall). Durch klare Definitionen und eine zentrale Erfassung könnte dies vermieden werden. In der Literatur werden systematische, standardisierte Vorgehensweisen empfohlen, damit eine solide (Zahlen-)Basis entsteht, mit der auch statistische Auswertungen möglich sind. Die Durchführung der Absenzenanalyse, zeigte zudem auf, dass das aktuelle EDV-System entweder nicht voll ausgeschöpft wird oder nur begrenzte Möglichkeiten zur Absenzenberechnung liefern kann. Um die erfassten Absenzen differenziert auszuwerten, müssen weitere Unterteilungen (z.B. Dauer) und der automatische, wahlweise Einbezug von unterschiedlichen Strukturvariablen möglich sein (vgl. Kap. 3.2.4). Die Ergebnisse der Absenzenanalyse wiesen zwischen den Einheiten/Abteilungen teilweise grosse Unterschiede auf, worauf diese zurückzuführen sind, bleibt offen. Festzuhalten ist, dass Unterschiede bestehen, am „Hauptsitz“ in Bern die durchschnittlich höchste Absenzenzahl besteht und die Langzeitabsenzen von 2012 zu 2013 um 28% zugenommen haben. Weitere Berechnungen ergaben, dass die krankheitsbedingte Absenzenrate von 4% (2012) und 6% (2013) über dem schweizerischen Durchschnitt von 3% liegt. Dieser schweizerische Durchschnitt umfasst sowohl Krankheits- als auch Unfallzahlen, was die Dringlichkeit des Handelns beim

SBV verdeutlicht. Die aus Absenzen entstehenden Kosten im Jahr 2013 von über CHF 800'000.- sind hoch. Beachtet man dabei, dass gut die Hälfte der Absenzen auf betriebsinterne Gründe zurückzuführen sind (vgl. Kap. 3.3.2), lohnt es sich nicht zuletzt auch aus finanzieller Hinsicht ein Absenzenmanagement einzuführen, welches gesundheitsförderliche Aspekte miteinschliesst und so die multifaktoriellen Ursachen berücksichtigt.

6.2 Aspekte im arbeitspsychologischen Bereich

Um dieser Multifaktorialität gerecht zu werden, folgt in diesem Kapitel die Diskussion arbeitspsychologischer Aspekte, die sich auf die Gesundheit und Fehlzeiten auswirken und somit zur Senkung von Absenzen eine wichtige Rolle einnehmen. Die im Rahmen der Datenerhebung erzielten Ergebnisse liefern erste Hinweise zur Arbeitssituation beim SBV.

Eine sogenannte Gesundheitskultur ist momentan noch nicht ausgeprägt vorhanden. Dass Mitarbeitende beispielsweise ergonomische Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt erhalten und auch jederzeit solche bestellen können, zeigt auf, dass gesundheitsfördernde Themen teilweise Einzug halten. Grundsätzlich ist das Thema Gesundheit jedoch noch nicht fest institutionalisiert und verankert. Meist kommt es erst reaktiv zur Sprache, wenn jemand krank ist. Ziel wäre es, eine Kultur zu schaffen, die sich bereits präventiv mit Aspekten von Gesundheit und Krankheit befasst und Mitarbeitende einbezieht. In diesem Zusammenhang zeigen die Ergebnisse der Untersuchung auf, dass – eventuell aufgrund früherer Vorkommnisse – die Vertrauensgrundlage nicht gegeben ist und sich Mitarbeitende oft nicht trauen, gewisse Problematiken anzusprechen (z.B. im Rahmen des runden Tisches). Obwohl gemäss Personalreglement ein Klima des Vertrauens herrschen soll, fehlt dieses im Alltag. Das fehlende Vertrauen überträgt sich auch auf neue Mitarbeitende und zieht sich durch bereits geschaffene, verhältnisbezogene Massnahmen wie der runde Tisch oder die Personalkommission hindurch. Dadurch wird eine partizipative Beteiligung der Mitarbeitenden erschwert. Hier zeigt sich, das von Schein genannte Muster von Grundannahmen, die im Sozialisationsprozess weitergegeben werden (vgl. Kap. 3.3.2.1). Da das Gefäss des runden Tisches momentan evaluiert wird, lohnt es sich, dem Aspekt des fehlenden Vertrauens Beachtung zu schenken und eine neue Form auszuarbeiten, wo dieser Faktor berücksichtigt wird. So stellt sich beispielsweise die Frage inwiefern die Geschäftsleitung bei der Diskussion von Anliegen mit dabei sein muss oder ob ein Gefäss ohne Beteiligung von Vorgesetzten fruchtbarer wäre. Jedenfalls vorerst, bis eine Vertrauenskultur etabliert ist. Betrachtet man die Unternehmenskultur weiter, so ist festzuhalten, dass im Bereich der Artefakte (z.B. im Personalreglement) Werte und Normen wie Offenheit, Respekt und Vertrauen festgehalten sind. Es geht nun in einem weiteren Schritt darum, zu reflektieren in wie fern diese Aussagen in den Grundannahmen verankert sind und diese auch im Alltag gelebt werden (vgl. Kap. 3.3.2). Die Ergeb-

nisse der Interviews weisen dort auf eine Diskrepanz hin. Nämlich, dass die Vorgesetzten eine Kultur der Offenheit, des Vertrauens schaffen wollen, dies bei den Mitarbeitenden jedoch nicht ankommt. Um eine Vertrauenskultur zu schaffen, sollten ausgesprochene Meinungen ernstgenommen werden, die Mitarbeitenden spüren, dass gemachte Aussagen mit konkreter Umsetzung übereinstimmen (vgl. Kap. 3.3.2).

Die Kultur betrifft auch die Ebene der Vorgesetzten, denn sie leben (idealerweise) die Kultur vor (vgl. Kap. 3.3.2.1). Bei den Führungskräften besteht bereits ein Bewusstsein, dass die Firmenkultur sich auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirkt, die Umsetzung gelingt nicht überall. Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil wird zwar gepflegt, die Mitarbeitenden werden in Prozesse miteinbezogen und Handlungsspielräume werden, wo möglich, gewährt. Im Bereich der sozialen Unterstützung lohnt sich jedoch eine differenzierte Betrachtung: So ist beispielsweise die materielle, fachliche Unterstützung gegeben, während den Bereichen emotionale Unterstützung und helfendes Verhalten noch mehr Gewicht verliehen werden kann. Hier ist eine Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der Führung als Sachaufgabe und als Personenaufgabe spürbar (vgl. Kap. 3.3.2.2). Auch besteht Potential in der Entwicklung hin zu einer sogenannten gesundheitsorientierten Führung (HoL). Insbesondere in den Bereichen gesundheitsbezogene Achtsamkeit und Valenz, was aus den Ergebnissen der Interviews ersichtlich ist. Eine institutionalisierte Sensibilisierung der Führungskräfte auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten wäre daher sinnvoll. Auch deshalb, weil das Führungsverhalten zurzeit sehr abteilungsbezogen gelebt wird und sich daraus Unterschiede ergeben (können). Eine Sensibilisierung führt sicherlich nicht zu einem synchronen Führungsverhalten, jedoch wird dadurch eine gemeinsame Basis gelegt, über die Art und Weise wie geführt werden soll. Und eine Sensibilisierung hinsichtlich des Verhaltens von Vorgesetzten und dessen Auswirkung auf die Gesundheit der Mitarbeitenden im Sinne der in Kapitel 3.3.2.2 beschriebenen HoL erzielt.

Auf der Ebene der Mitarbeitenden wird im Leitbild bereits festgehalten, dass Handlungsspielraum sowie Eigenverantwortung gestärkt werden sollen. Das schriftlich Festgehaltene deckt sich auch mit den Ergebnissen aus den Interviews. Auch wenn dort aufgrund der unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche nicht überall dieselbe Ausgangslage vorhanden ist, so werden wesentliche Punkte des Job Characteristic Modells bei der Arbeitsgestaltung auf Mitarbeitendenebene berücksichtigt. Den Mitarbeitenden wird Handlungsspielraum gewährt, Aspekte wie Anforderungsvielfalt und Ganzheitlichkeit sind gegeben. In Bezug auf die Anerkennung von Leistung kann aus den Ergebnissen abgeleitet werden, dass die Vorgesetzten insbesondere in Form von Taten unterstützend zur Seite stehen und dies als Anerkennung verstehen, während die Mitarbeitenden teilweise eine entsprechende Rückmeldung vermissen, beispielsweise auch verbal.

In Bezug auf die Arbeitsgestaltung zeigen die Ergebnisse in der Telefonzentrale ein etwas anderes Bild auf. Hervorzuheben an dieser Stelle ist die Pausenproblematik. Die Charakteristik der Tätigkeit (Beantwortung eingehender Telefonanrufe) führt dazu, dass keine Pause bezogen werden kann. Dadurch sind die Mitarbeitenden relativ stark gebunden und können sich nicht mit anderen austauschen. Zudem arbeiten sie oft einzeln, so fehlt eine soziale Unterstützung im Team.

Gemäss Ergebnissen der Dokumentenanalyse und der Interviews stehen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten offen. So werden Kompetenzen gestärkt und insbesondere Überforderungen vermieden (vgl. Kap. 3.3.1 & Kap. 3.3.2.3). Neben der Weiterentwicklung gilt es hinsichtlich Senkung von Absenzen und der Steigerung des Wohlbefindens auch die *Entwicklung eines gesundheitsrelevanten Verhaltens* anzustreben und die individuelle Gesundheitskompetenz zu stärken. Trainings, Kurse oder ähnliches wurden in den letzten Jahren nicht angeboten.

Ein wichtiger Grundstein, der zurzeit gelegt wird, ist die Erarbeitung von Stellenprofilen. Denn dies ermöglicht eine akkurate Auswahl von geeigneten Mitarbeitenden und verhindert somit präventiv eine spätere Über- oder Unterforderung.

Abschliessend zur Diskussion der Ergebnisse erfolgt hier der Hinweis, dass ein Unternehmen nicht erst aktiv werden sollte, wenn die Fehlzeiten hoch sind, sondern bereits die Entstehung solcher präventiv verhindern sollte. Brandenburg und Nieder (2009) raten daher, den Fokus nicht nur auf die fehlzeitenauffälligen Mitarbeitenden zu legen, sondern alle miteinzubeziehen; da die Abgrenzung zwischen krank und gesund nicht trennscharf ist. Wie unter Kapitel 3.1 hingewiesen, gibt es auch Mitarbeitende die krank zur Arbeit kommen, was als Präsentismus bezeichnet wird. Das Ziel wäre verfehlt, wenn ein Absenzenmanagement als reines Kontrollinstrument dienen würde. Daher der Hinweis an dieser Stelle, dass eine Sensibilität erzielt wird für vorhandene Missstände und das Verhalten von Personen. Hiermit entsteht ein umfassendes Absenzenmanagement, welches nicht nur als Spätindikator dienen soll, sondern auch eine präventive Funktion einnimmt und sich hin zu einem betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) entwickelt. Hierbei wird die Gesundheitsthematik bereits in betriebliche Planungs- und Entscheidungsprozesse miteinbezogen (Ulich & Wülser, 2009).

6.3 Kritische Würdigung der Arbeit

Die Absenzenanalyse wies zwischen den Abteilungen Unterschiede auf. Da keine flächendeckende Befragung durchgeführt wurde, konnten keine differenzierten Ursachen für das Absenzvolumen und die Unterschiede zwischen den Einheiten/Abteilungen eruiert werden. Die kongruenten Ergebnisse der Interviews erlauben tendenzielle Ansätze (insbesondere für den „Hauptsitz“ in Bern) zu erkennen und zeigen

auf, wo Handlungsbedarf besteht, obwohl die Stichprobe zu klein ist, um eine Generalisierung vorzunehmen. Insbesondere die Vielfältigkeit der dezentralen Organisationsform konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht vollständig erfasst werden. So stellt sich die Frage, wie sich die Situation in Bezug auf arbeitspsychologische Aspekte in einer Aussenstelle präsentiert. Da in Bern die durchschnittlich höchste Absenzzahl zu verzeichnen ist, lag dort der Fokus der Interviews. Eine umfassende Mitarbeitendenbefragung hätte in der vorgegebenen Zeit an dieser Stelle eventuell differenziertere Aussagen zugelassen. So sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es einer umfassenden Situationsanalyse bedarf (auch in den BS und BBZ), um Einflüsse zu Erfassen und wirkungsvolle Massnahmen abzuleiten (vgl. Kap. 3.3.3).

Die Ergebnisse der Absenzenanalyse sind mit Vorsicht zu interpretieren. Denn die Abszenzenerfassung erfolgt im Betrieb nicht standardisiert, Begriffe sind nicht klar definiert. Trotz Datenbereinigung ist davon auszugehen, dass Fehlerfassungen enthalten sind, die nicht mehr aufgedeckt werden konnten.

Eine weitere Methode, mit der eine Perspektivenvielfalt erreicht werden könnte, ist das 360 Grad-Feedback-Verfahren. Hierbei werden nicht nur die Person, sondern auch Vorgesetzte, gleichgestellte Arbeitskollegen und unterstellte Mitarbeitende befragt und somit der Übereinstimmungsgrad erhoben. Diese Vorgehensweise ermöglicht im weiteren Sinne auch eine partizipative Beteiligung der Involvierten (Domsch & Ladwig, 2006).

Weiterführende, zu thematisierende Punkte sind rechtliche Aspekte sowie Möglichkeiten zur Evaluation von Massnahmen. Zudem müsste in einem weiteren Schritt der Anstieg der Langzeitabsenzen näher betrachtet werden. Ebenfalls wäre es aufschlussreich in einer weiteren Analyse noch zusätzliche Strukturmerkmale miteinzubeziehen, abteilungsbezogen auszuwerten und so die Absenzendaten vertieft zu analysieren. Auf Wunsch des Arbeitgebers wurde der Einfluss von Sehbeeinträchtigungen einzelner Mitarbeitenden auf Absenzen nicht weiterverfolgt. Aufgrund der Multifaktorialität wäre es allenfalls sinnvoll, auch diesen Aspekt zur Erarbeitung entsprechender Massnahmen zu berücksichtigen. Selbstverständlich nicht im Sinne einer Diskriminierung, sondern eines präventiven Miteinbezugs sämtlicher Aspekte.

7 Konzepterstellung und Schlussfolgerung

Im folgenden Kapitel fließen theoretische Herleitungen, die Ergebnisse aus der Datenerhebung sowie die Erkenntnisse der Diskussion zur Konzepterstellung zusammen. Eine eigens erstellte Checkliste zur Gestaltung eines Absenzenmanagements befindet sich im Anhang G.

Die Ergebnisse aus der Absenzenanalyse zeigen auf, dass der SBV eine überdurchschnittlich hohe Absenzenrate aufweist, was zu hohen Kosten führt. Die Interviews lieferten erste Hinweise zu möglichem Optimierungspotenzial und somit zur Senkung von Absenzen. Nicht nur der Kosten wegen, sondern auch zur Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit am Arbeitsplatz, ist die Erarbeitung und Einführung eines Absenzenmanagements mit arbeitspsychologischen Aspekten sinnvoll. Der erste, wichtige Schritt dazu, das Commitment der Geschäftsleitung besteht bereits (vgl. Kap. 3.4). Anschliessend folgen nun konkrete, Hinweise zur Gestaltung eines Absenzenmanagements sowie Handlungsempfehlungen, um die Lücken zwischen IST- und SOLL- Zustand zu schliessen und Absenzen senken zu können. Untenstehende Grafik veranschaulicht die Zusammenführung der theoretischen Hintergründe und zeigt zugleich das hier empfohlene Vorgehen bei der Erarbeitung eines Absenzenmanagements auf.



Abbildung 22: Konzepterstellung (eigene Darstellung, 2014)

Um anschliessend Handlungsempfehlungen im Rahmen dieser Konzepterstellung darzulegen, erfolgt hier vorgängig eine Definition anzustrebender Ziele.

Ziele im organisatorischen und analytischen Bereich

⇒ Grundlagen schaffen

- Definition einer *verantwortlichen Person* für die „Verwaltung“ von Absenzen
- Erarbeiten von internen *Definitionen*

⇒ Standardisierte Prozesse festlegen

- Festlegung eines *betriebsinternen Prozesses* zum Vorgehen im Fall einer Absenz (Beginn bei der *Meldung* der Absenz)
- Standardisiertes Vorgehen bei der *Erfassung* von Absenzen
- *Softwarelösung*, die auf einfache Weise eine systematische *Analyse* der Absenzen ermöglicht und Kennzahlen liefert

Ziele aus arbeitspsychologischer Perspektive

⇒ **Situationserfassung**

- Schrittweise *Erfassung der Arbeitssituation*

⇒ **Einführung entsprechender Instrumente**

⇒ **Erarbeitung von Massnahmen zur Senkung von Fehlzeiten**

- Schaffung einer *Vertrauens- und Gesundheitskultur*
- *Gesundheitsorientiertes Führungsverhalten* der Führungskräfte institutionalisieren
- *Arbeitsgestaltung* nach gesundheitsförderlichen Merkmalen
- Steigerung der *Gesundheitskompetenz* der Mitarbeitenden (inkl. Vorgesetzte)

7.2 Vorgehen im organisatorischen und analytischen Bereich

In diesem Kapitel werden Handlungsempfehlungen vorgeschlagen, aufgrund der Ergebnisse aus der Datenerhebung, kombiniert mit theoretischen Wissensaspekten, die zur Erreichung oben aufgelisteter Ziele beitragen sollen.

Grundlagen schaffen

Als Grundstein gilt es eine Projektgruppe (vgl. Kap. 3.4) zusammenzustellen und eine intern verantwortliche Person für Absenzen zu definieren. In einem ersten Schritt sollten Definitionen erarbeitet werden. Krankheitsbedingten Absenzen müssen betriebsintern definiert sowie die Berücksichtigung von Strukturvariablen und Parameter festgelegt werden (welche Strukturvariablen, was zählt als Krankheit, SOLL-Arbeitstage, etc.) (vgl. Kap. 3.2.1).

Festlegen von standardisierten Vorgehensweisen

Anschliessend erfolgt die Ausarbeitung standardisierter Prozesse, beginnend bei der Meldung der Absenz. Um eine einheitliche Datenbasis für zuverlässige Analysen zu erhalten, sollen Absenzen neben dem Vorgesetzten, dem Absenzmanager mitgeteilt werden. Dieser nimmt die Erfassung im System vor (vgl. Kap. 3.2.2). Auch sollte abgesprochen werden, wie bei Absenzen betriebsintern vorgegangen wird. Dies betrifft insbesondere die interne Kommunikation und den Kontakt zur erkrankten Person. Es wäre empfehlenswert schriftlich wie auch mündlich ein einheitliches Vorgehen zu kommunizieren, welches bei der Meldung der Absenz beginnt und bis zum Wiedereintritt (inkl. Rückkehrgespräch) den Prozess festlegt.

Sind die Prozesse und Verantwortlichkeiten definiert und geklärt, so folgt in einer nächsten Stufe, die Betrachtung der eigentlichen Absenzenerfassungs- und Analysemöglichkeiten. Hierbei stellt sich als Ausgangspunkt die Frage, welche Auswertungsmöglichkeiten sinnvoll sind. Insbesondere der Einbezug von

Strukturvariablen führt zu präziseren Aussagen, deren Erfassung und Auswertung sollte möglich sein. Um keine komplett neue Computer-Software anschaffen zu müssen, empfiehlt sich deshalb die Bearbeitung der Absenzen mit *Sunetplus*⁸. Dieses Programm kann kostenlos bei den Kranken- und Unfallversicherer bestellt und relativ einfach installiert werden. Vorhandene Personalstammdaten werden mittels Schnittstelle übernommen. Die Daten können nach Tag, Monat, Jahr sowie nach verschiedenen Strukturmerkmalen wie Geschlecht, Pensum, Dienstalster, etc. ausgewertet sowie auch Absenzenrate und Kosten berechnet werden. Entsprechende Screenshots eines eigens für diese Arbeit probenhalber durchgeführten Tests befinden sich im Anhang F, eine CD zur Installation wird dem Auftraggeber mit der Arbeit abgegeben.

Hinweis: Diese Vorschläge können zentral von Bern aus umgesetzt werden.

7.3 Vorgehen im arbeitspsychologischen Bereich

Das folgende Kapitel liefert gezielte, arbeitspsychologische Handlungsempfehlungen. Sie basieren auf der Theorie, den Ergebnissen sowie der Diskussion.

Situationserfassung

Um Massnahmen zu erarbeiten, bedarf es zuerst einer Situationserfassung. Im Rahmen der Arbeit konnten erste Hinweise eruiert werden, es gilt nun diese zu verifizieren beziehungsweise falsifizieren und weitere zu eruieren. Dies kann mittels Umfrage, durch Gruppendiskussionen oder in Form eines Gesundheitszirkels geschehen (vgl. Kap. 3.3.3). So kann eine schrittweise Eruierung von möglichen Ursachen stattfinden. Fällt der Entscheid auf eine Umfrage, so muss die Anonymität gewährleistet sein. Ansonsten besteht die Gefahr einer Antwortverzerrung in Richtung sozialer Erwünschtheit, da es sich um teilweise heikle Fragen handeln könnte. Es existiert bereits eine Vielzahl an vorgefertigten Fragebogen im Bereich Gesundheitsförderung. An dieser Stelle wird auf den Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz verwiesen (FAGS BGF⁹) (Uhle & Treier, 2013). Dieser erfasst unter anderem insbesondere die in dieser Arbeit unter Kapitel 3.3.2 erläuterten Einflussfaktoren auf Ebene der Organisation, Führung und Mitarbeitenden.

Instrumente

Ein homogener Gesundheitszirkel, ist eine gute Alternative zum nicht richtig etablierten runden Tisch und zur PK. Bei dieser Variante sind Mitarbeitende derselben Stufe in der Projektgruppe, Vorgesetzte

⁸ Sunetplus ist eine von Krankenversicherer konzipierte Software zur Erfassung und Auswertung von Absenzen (www.helsana.ch). Die Software kann in Form einer CD beim Krankenversicherer des SBV (Helsana) kostenlos bezogen werden. Eine CD liegt der Arbeit bei (nur bei Version für den Auftraggeber).

⁹ Erhältlich unter tu@auo.psy.rub.de

nehmen nicht teil. Idealerweise vertritt eine Person pro Einheit die Anliegen an monatlichen Sitzungen. Dort werden aktuelle Problematiken diskutiert und Massnahmen durch die Mitarbeitenden selber *präventiv* erarbeitet und anschliessend beispielsweise in Protokollform an die Geschäftsleitung weitergeleitet. Die homogene Form des Gesundheitszirkels eignet sich, weil heikle Themen so eher zur Sprache kommen, als wenn Führungskräfte anwesend sind. So kann eine erste Hürde hin zur offenen Meinungsäusserung abgebaut werden. Zudem wird die Grösse der Teilnehmenden verringert, die Sitzungen können so vereinbart werden, dass die Anwesenheit aller möglich ist. Weiter wird der partizipative Ansatz berücksichtigt, was für die Akzeptanz und Erfolg bei der Umsetzung von Massnahmen eine wichtige Rolle spielt (vgl. Kap. 3.3.3). Bei Bedarf können schweizweit mehrere Gesundheitszirkel eingesetzt werden.

Reaktiv eignet sich ein Rückkehrgespräch, um die Situation mit den Mitarbeitenden zu besprechen und allenfalls ursächliche Zusammenhänge zu erfahren. Grundsätzlich lautet hier die Empfehlung in Zukunft, nach jeder Absenz (auch Ferien, etc.) ein kurzes Rückkehrgespräch zu führen und bei längerer oder wiederholter Absenz ein Fehlzeitengespräch abzuhalten (vgl. Kap. 3.3.3). Die Führungskräfte sollten hierzu geschult werden. Wichtig ist, dass es nicht als Kontrollinstrument dient, sondern wohlwollend und als Teil einer gesundheitsförderlichen Kultur, gelebt wird. Diese Haltung ist bereits in den Interviews angesprochen worden und sicherlich eine förderliche Ausgangslage, um Rückkehrgespräche einzuführen. Eine eigens erstellte Checkliste sowie Inputs für einen Gesprächsleitfaden befinden sich im Anhang B.

Mit den oben genannten Instrumenten können präventiv Anliegen diskutiert werden und reaktiv Ursachen eruiert werden. Somit dienen diese beiden Instrumente zur Erfassung von Problemlagen *und* zur Erarbeitung von Massnahmen.

Massnahmen zur Senkung von Fehlzeiten (verhaltens- und verhältnisbezogen)

Gesundheitskultur

Grundsätzlich gilt es, im SBV eine *Gesundheits- und Vertrauenskultur* zu schaffen und die Angst vor offener Meinungsäusserung abzubauen. Da von Seiten der Vorgesetzten in den Interviews klar signalisiert wurde, dass die Offenheit gegeben ist, gilt es nun in einem nächsten Schritt dies auch vorzuleben und somit eine entsprechende Kultur zu erarbeiten. Die Führungsebene hat Signalwirkung in Bezug auf die Kultur. So bedarf es grosser Vorsicht, wie man auf geäusserte Meinungen von Seiten der Mitarbeitenden reagiert und welche Konsequenzen daraus resultieren. Denn dies hat einen Einfluss auf die Meinungsäusserung (vgl. Kap. 3.3.2). Hier sollte eine Reflektion stattfinden, wie in Zukunft diese Offenheit den Mitarbeitenden vermittelt werden könnte. Ein externes Coaching kann das Bewusstwerden von impliziten Grundannahmen unterstützen.

Wichtig ist, dass Plattformen geschaffen werden, die eine offene Kommunikation ermöglichen, beispielsweise mittels eines homogenen Gesundheitszirkels anstelle des runden Tisches. Zudem sollen Massnahmen umgesetzt werden, wenn auch nur in kleinen Schritten. Dies zeigt, dass man die Anliegen ernstnimmt – ein weiterer wichtiger Faktor auf dem Weg hin zur Entwicklung einer Gesundheits- und Vertrauenskultur. Überdies ermöglichen Gefässe wie der Gesundheitszirkel oder andere übergreifende Projekte, Mitarbeitende miteinzubeziehen und durch den entstehenden Austausch auch die räumliche Trennung zu überbrücken.

Gesundheitsförderliches Führungsverhalten

Da aktuell die Auffassung von Führungsverhalten abteilungs- respektive personenbezogen ist, lautet hier die Empfehlung, klare, gesundheitsförderliche Führungsgrundsätze, zu erarbeiten und diese auch vorzuleben (vgl. Kap. 3.3.2.2). So, dass eine gemeinsame Auffassung von intern gelebten Führungsgrundsätzen besteht und man sich über die Auswirkungen des eigenen Führungsverhaltens auf die Mitarbeitenden bewusst ist. Themen die sich in dieser Arbeit als relevant herausstellten sind beispielsweise die gezeigte Anerkennung oder die geleistete emotionale Unterstützung. Es lohnt sich, dies zu reflektieren. Eine Möglichkeit der Reflektion ist beispielsweise der in Kapitel 3.3.2.2 vorgestellte Fragebogen zu gesundheitsförderlichem Führungsverhalten, dieser befindet sich im Anhang A. Um eine Entwicklung hin zu einer gesundheitsorientierten Führung zu erreichen, bedarf es auch der eigenen Sensibilisierung für Gesundheit. Da in den letzten Jahren keine Kurse in dieser Hinsicht durchgeführt wurden, empfiehlt sich beispielsweise in Form von Workshops Sensibilisierungsanlässe für Vorgesetzte.

Arbeitsgestaltung

Die Gestaltung der Arbeitsaufgabe, der Umgebung sowie auch der Arbeitszeit wurde meist positiv beurteilt. Viele Aspekte des Job Characteristic Modells sind Bestandteil der Tätigkeiten. Dies kann jedoch von Tätigkeit zu Tätigkeit variieren. Beispielsweise ist die Situation in der Telefonzentrale durch die eingehenden Telefonanrufe herausfordernder. Daher erfolgt hier der Hinweis darauf, dort die Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung (z.B. Ermöglichung von Pausen) zu überprüfen und mit neuen, gemeinsam erarbeiteten Lösungen gesundheitsförderliche Bedingungen zu schaffen (z.B. Telefon vorübergehend umschalten bei Kurzabwesenheiten). Aufgrund der kleinen Stichprobe ist eine generelle Aussage nicht möglich. Daher hier die Empfehlung, die Mitarbeitenden einzeln (mittels Umfrage, Interview, etc.) zu befragen, um individuelle Problemlagen in Bezug auf die Arbeitsgestaltung aufzudecken

Förderung der Gesundheitskompetenz

Um die persönliche Wahrnehmung von Situationen besser zu schulen und Anliegen frühzeitig formulieren zu können, gilt es Kurse zu Stress, Kommunikation, Entspannung, etc. durchzuführen. Da ansonsten die Weiterbildungsmöglichkeiten breit unterstützt werden, wäre es sinnvoll auch im Bereich Gesundheitsförderung aktiv zu werden und somit auch eine Weiterentwicklung für alle anzubieten. Dabei können übergreifende Kurse oder auch spezifische Themen für Vorgesetzte oder Mitarbeitende zum Beispiel im Rahmen des Gesundheitszirkels ausgearbeitet werden.

Hinweis: Die Vorschläge in diesem Kapitel können nicht alle zentral von Bern aus umgesetzt werden, sondern erfordern die Berücksichtigung der dezentralen Organisationsform.

Fazit

Abschliessend lässt sich die Fragestellung wie folgt beantworten:

Die Gestaltung eines Absenzenmanagements unter Berücksichtigung arbeitspsychologischer Aspekte mit dem Ziel Absenzen zu reduzieren, beginnt beim SBV mit der Erarbeitung organisatorischer Grundlagen. Definitionen müssen vorgenommen und Abläufe standardisiert, Daten systematisch erfasst werden. Nur so können Häufungen von Absenzen eruiert werden. Diese Handlungen alleine wirken sich jedoch nicht auf die Senkung von Absenzen aus. Um dies zu erreichen, müssen Einflüsse (Belastungen) auf Ebene der Unternehmung, Führung und Arbeitsgestaltung situativ erfasst sowie entsprechende Massnahmen partizipativ (z.B. mittels Gesundheitszirkel) ausgearbeitet und umgesetzt werden. Da die Senkung von Fehlzeiten bei einer gesunden Unternehmenskultur beginnt, muss eine Reflektion der gelebten Kultur (insbesondere zum Aspekt Offenheit/Vertrauen) stattfinden und Lücken zwischen IST und SOLL eruiert und vermindert werden. Führungskräfte sollten entsprechend geschult und sensibilisiert werden. Auf Ebene der Mitarbeitenden gilt es, den je nach Tätigkeit notwendigen Handlungsbedarf zu eruiieren, um die Tätigkeiten im Sinne des Job Characteristic Modells zu gestalten sowie die Gesundheitskompetenz zu stärken. Werden organisatorische und arbeitspsychologische Aspekte vereint, führt dies beim SBV zu einem Absenzenmanagement, welches Zahlen nicht isoliert betrachtet, sondern Belastungen eruiert, negative Beanspruchungen vermeidet und somit zur Senkung von Fehlzeiten beiträgt.

8 Literaturverzeichnis

- Bamberg, E., Ducki, A., & Metz, A.-M. (2011). *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Bayard, N. (1997). *Unternehmens- und personalpolitische Relevanz der Arbeitszufriedenheit*. Bern: Haupt Paul.
- Bitzer, B. (1999). *Das Rückkehrgespräch*. Heidelberg: Sauer-Verlag GmbH.
- Bitzer, B. (2008). *Fehlzeiten als Chance (5. Aufl.)*. Renningen: Expert Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation (3. Aufl.)*. Berlin: Springer-Verlag.
- Brandenburg, U., & Nieder, P. (2009). *Betriebliches Fehlzeiten-Management (2. Aufl.)*. Wiesbaden: Gabler/GWV Fachverlage GmbH.
- Brendt, D. & Hühnerbein-Sollmann, Chr. (2008). *Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe*. Renningen: Expert Verlag.
- Bühl, A. (2010). *PASW 18, Einführung in die moderne Datenanalyse (12. Aufl.)*. München : Pearson Studium.
- Bundesamt für Statistik (2014). Definitionen. Absenzen. Verfügbar unter:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/definitionen.html> [Online: 28.05.2014].
- Diekmann, A. (2007). *Empirische Sozialforschung (17. Aufl.)*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- DIN EN ISO 10075 (2000). *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung*. Berlin: Beuth.
- Domsch, M. E., & Ladwig, D. H. (2006). *Handbuch Mitarbeiterbefragung (2. Aufl.)*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Ducki, A. & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit (S. VII)*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Duden (2014). Duden. Online verfügbar unter: www.duden.de [28.05.2014].
- Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung (3. Aufl.)*. Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH.

- Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit* (S. 4-13.). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company
- Helsana (2014). *Helsana Business Health – Absenzenmanagement*. Verfügbar unter:
http://www.helsana.ch/document_show.cfm/fk_pdf_00303_absenzenmanagemen?wm=c%282964%29cl%282%29cv%28201302250937%29&ext=.* [25.05.2014]
- Kirchler, E. (2011). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Leoni, Th. (2012). *Fehlzeitenreport 2012. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).
- Matyssek, A. K. (2003). *Chefsache: Gesundes Team – gesunde Bilanz. Ein Leitfaden zur Mitarbeitergerechten Führung*. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt GmbH KG.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In U. Flick, E. Von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 468-475). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH.
- Nerdinger, F. W., Blickle, G., & Schaper, N. (2011). *Arbeits- und Organisationspsychologie (2. Aufl.)*. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Otto, O., Nikiel, A., Löffel, M. & Fischer, T. (2012). *Erfolgreicher Umgang mit betrieblichen Fehlzeiten*. Tübingen: Abc-Buchverlag Ltd.
- Pirotta, B. (2009). Führungsrolle im Absenzprozess. *Blickpunkt: KMU*, 2, 46-47.
- Priemuth, K. (2004). Fehlzeiten erfolgreich senken. In: M. Dürndorfer & P. Friedrichs (Hrsg.). *Human Capital Leadership. Strategien und Instrumente zur Wertsteigerung der wichtigsten Ressource von Unternehmen* (S. 549-559.). Hamburg: Murmann Verlag.
- Rudow, B. (2011). *Die gesunde Arbeit. Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Personalführung (2. Aufl.)*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- SBV. (2006). *Leitbild*. Verfügbar unter:
http://www.sbv-fsa.ch/sites/default/files/sbv/verband/Dokumente_Leitbild_2006.pdf
[06.02.2014].

SBV. (2013). *Organigramm*. Verfügbar unter:

http://www.sbv-fsa.ch/sites/default/files/sbv/verband/Dokumente_Organigramm.pdf
[06.02.2014].

SBV. (2012). *Statuten 2013*. Verfügbar unter:

http://www.sbv-fsa.ch/sites/default/files/sbv/verband/Dokumente_Statuten_2013.pdf
[06.02.2014].

SBV. (2012). *Jahresbericht 2012*. Verfügbar unter:

http://www.sbv-fsa.ch/sites/default/files/sbv/verband/Dokumente_Jahresbericht_2012.pdf
[06.02.2014].

Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (1992). *Methoden der empirischen Sozialforschung (3. Aufl.)*.

München: Oldenbourg Verlag.

Sczesny, S., & Thau, S. (2004). Gesundheitsbewertung vs. Arbeitszufriedenheit: Der Zusammenhang von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens mit selbst berichteten Fähigkeiten. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48, 1, 17-24.

Seco, Staatssekretariat für Wirtschaft. *Arbeitsrecht*. Online verfügbar unter:

<http://www.seco.admin.ch/themen/00385/00420/04667/04679/?lang=de> [28.05.2014].

Spiess, E., & Von Rosenstiel, L. (2010). *Organisationspsychologie. Basiswissen, Konzepte und Anwendungsfelder*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Stalder, P. & Spiess, E. (2002). *Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz*.

Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA).

Staub, B. (2007). *Absenzmanagement : Mitarbeiterbetreuungs- und Kostenmanagement-Programm*. Zürich: WEKA Verlag.

Steinke, M., & Badura, B. (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA).

Uhle, T., & Treier, M. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen (2. Aufl.)*.

Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie (7. Aufl.)*. Zürich: vdf Hochschulverlag AG.

Ulich, E., & Wülser, M. (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (3. Aufl.)*. Wiesbaden: Gabler/GVW Fachverlage GmbH.

Wegge, J., Schmidt, K.-H., van Dick, R. & Parkes, C. (2004). *Taking a Sickie: Job Satisfaction and Job Involvement as interactive Predictors of Absenteeism*. Birmingham: Aston University.

Zeltner, H. (2003). *Absenzenmanagement*. Aarau: Baldegger Verlag.

Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen*. München: Pearson Studium.

9 Anhang

Anhang A - Rückkehrgespräche

Gesprächsleitfaden für Rückkehrgespräche

Gesprächsleitfaden/Voraussetzungen

- Gute Verfassung der Führungskraft
- Freundliche Atmosphäre durch Umfeld
- Unter vier Augen
- Augenkontakt
- Auf Körpersprache achten
- Aktives Zuhören
- Gezielte Fragen offen gestalten
- Zeit einplanen
- Ort und Zeitpunkt des Gespräches sorgfältig auswählen
- Gesprächsziel in der Gesprächsvorbereitung bestimmen und sich fragen: Wie erreiche ich das Gesprächsziel?

Gesprächsdurchführung

- Freundliche Begrüßung und Eröffnung durch den Vorgesetzten ohne Vorwürfe
- Freude über die Rückkehr des MA ausdrücken
- Motivation: Hinweis auf die Wichtigkeit des/der MA und die bisherige Tätigkeit lobend erwähnen
- Nach Befinden und Arbeitsfähigkeit erkundigen (evtl. Schonung?)
- Erfragen, ob die Krankheit in Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz steht. Dabei Vorschläge anhören und Lösungen gemeinsam finden und Abänderungen im Rahmen der Möglichkeiten herbeiführen
- Dem/der MA Informationen über die aktuelle betriebliche Situation und Veränderungen geben
- Probleme, die während der Abwesenheit eintraten, zur Sprache bringen
- Sachverhalt eindeutig klären
- Ursachen feststellen
- Gesprächsrichtung beibehalten und Gespräch nicht aus der Hand nehmen lassen
- Bilanz ziehen: Das Gesagte zusammenfassen
- Versuchen, das Gespräch positiv zu beenden
- Wenn nötig: Einen neuen Termin vereinbaren
- Abschluss: Viel Erfolg und guten Start für die wiederaufgenommene Tätigkeit wünschen

Zusätzlich für Gespräche mit möglichen motivationsbedingt abwesenden Mitarbeitern:

- Fragen nach den Ursachen und Gründen der häufigen Fehlzeiten
- Im negativen Fall – d.h.: Das Gespräch wird vom MA nicht positiv angenommen und es sind keine positiven Reaktionen des/der MA erkennbar – Firmenverluste und Unkollegialität gegenüber anderen darstellen: Was – können Sie sich vorstellen – haben Ihre Fehlzeiten für das Unternehmen und für Ihre Kollegen für Konsequenzen?
- Mögliche Konsequenzen für den Mitarbeiter (als Frage formulieren)
- Stellungnahme des MA zur Zukunft erfragen
- Insgesamt vorsichtig formulieren
- Zu einem späterem Zeitpunkt auf jeden Fall ein weiteres Gespräch führen

(Bitzer, 2008, S. 54 – 55)

*Checkliste/Protokoll für Rückkehr-/Fehlzeitengespräch nach krankheitsbedingten Absenzen***Rückkehrgespräch** (Kurzabsenz) **Fehlzeitengespräch** (längere, wiederholte Absenz)

Name/Vorname MitarbeiterIn: _____

Name/Vornahme Führungsperson: _____

Abteilung: _____ Absenzdauer: Vom _____ bis _____

Absenz an AbsenzmanagerIn gemeldet am: _____ Rückkehr gemeldet am: _____

Wird ein Arztzeugnis benötigt? JA → Zeugnis liegt vor: JA NEIN NEIN **Wie geht es MA heute?**Voll arbeitsfähig Eingeschränkt arbeitsfähig, Tätigkeit muss vorübergehend angepasst werden

Massnahmen: _____

Grund der Abwesenheit, falls bekannt: _____

(bei Fehlzeitengespräch auf vermehrte, längere Absenz ansprechen)

Wie fühlt sich MA am Arbeitsplatz?Wohl und zufrieden (in Bezug auf Tätigkeit, Team, Führung) Unwohl, Arbeit belastet, fühlt sich gestresst, unzufrieden Möchte Gespräch mit personalverantwortlicher Person

Wo sieht MA innerbetrieblich die Möglichkeit zu Veränderungen/Hilfestellungen?In Bezug auf Führung:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Fachliche Unterstützung | <input type="checkbox"/> | soziale/emotionale Unterstützung | <input type="checkbox"/> |
| Rückmeldungen zur Tätigkeit | <input type="checkbox"/> | Austausch/Informationsfluss | <input type="checkbox"/> |
| Vermehrter Einbezug | <input type="checkbox"/> | Andere Inputs: _____ | |

In Bezug auf Tätigkeit:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Unterstützung im Team | <input type="checkbox"/> | Handlungsspielraum/Verantwortungsbereich | <input type="checkbox"/> |
| Aufgabenanforderung/inhalt | <input type="checkbox"/> | Vollständige Aufgaben/Prozesse | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitszeit/Pausen | <input type="checkbox"/> | Arbeitsmittel | <input type="checkbox"/> |
| Weiterbildungsmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> | Gesundheitsbezogene Kurse | <input type="checkbox"/> |

Andere Inputs: _____

- Keine Hilfestellungen notwendig
-
- Gespräch mit personalverantwortlicher Person
-

Gibt es aus Sicht MA Massnahmen die zukünftige Absenzen verhindern können?

JA, folgende: _____

- Nein
-
- Möchte mit personalverantwortlicher Person sprechen
-

Wie beurteilt Führungsperson die Überbrückung der Abwesenheit?

- Konnte gut überbrückt werden
-

- Abwesenheit führte zu Problemen
-
- Welche: _____

Wie können Probleme bei Abwesenheit minimiert werden: _____

Meldung Absenz:Hat MA die Absenz umgehend gemeldet (gemäss Reglement)? JA NEIN

Kontakt während Absenz:

Hat von Seiten Betrieb eine Kontaktaufnahme zu MA während Absenz stattgefunden (Karte, Blumen, etc.?)

JA NEIN **Abschluss:**

Wurde MA über Pendenzen, anfallende Arbeiten, etc. aufgrund der Absenz informiert und auf den neusten Stand gebracht?

JA NEIN

Ist ein weiteres Gespräch zu dritt mit personalverantwortlicher Person notwendig (Fehlzeitengespräch)/erwünscht (Rückkehrgespräch)?

JA (bei Fehlzeitengespräch notwendig) NEIN *Falls ein Gespräch zu zweit mit personalverantwortlicher Person gewünscht wird, Datum fixieren.*Falls Massnahmen erarbeitet/genannt worden sind, weiteres Gespräch vereinbaren: Wurde Termin festgelegt? JA , Datum: _____ Nein , warum: _____

Total Absenzen bis zum Gesprächszeitpunkt: Krankheit: _____ Unfall: _____

Total Absenzen im letzten Jahr: Krankheit: _____ Unfall: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift MitarbeiterIn: _____

Unterschrift Führungsperson: _____

⇒ *Für Rückkehrgespräche nach Ferienabwesenheiten o. ä. sowie nach einem Unfall ist dieses Formular nicht geeignet! Hierfür sollten eigens, spezifische Formulare entworfen werden.*

(eigener Vorschlag, 2014, in Anlehnung an Zeltner, 2003 und Brendt & Hühnerbein-Sollmann, 2008)

Anhang B – Checklisten/Fragebogen Führungsverhalten für Vorgesetzte & MA

Checkliste 1: „Erkennen von defizitärem Führungsverhalten“

	stimmt				stimmt nicht
	1	2	3	4	5
• „Der/die Vorgesetzte kritisiert die Mitarbeiter vor Anderen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie weist stets Änderungsvorschläge von Mitarbeitern zurück.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie verändert Arbeitsaufgaben der Mitarbeiter, ohne dies vorher mit ihnen abgesprochen zu haben.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie erkundigt sich nicht nach der Arbeit der Mitarbeiter.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie stellt den Mitarbeiter bloß, der einen Fehler macht.“	<input type="checkbox"/>				
• „Treffen Mitarbeiter eigene Entscheidungen, so fühlt er/sie sich übergangen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie gibt den Mitarbeitern Aufgaben, ohne ihnen zu sagen, wie sie sie erledigen sollen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Anweisungen gibt er/sie als Befehl.“	<input type="checkbox"/>				
• „Seinen Ärger lässt er/sie an den Mitarbeitern aus.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie versucht den Mitarbeitern das Gefühl zu geben, dass er/sie der Chef ist und sie von ihm/ihr abhängig sind.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der Umgangston mit den Mitarbeitern ist unhöflich und taktlos.“	<input type="checkbox"/>				
• „Nach Auseinandersetzungen mit Mitarbeitern trägt er/sie es ihnen nach.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie achtet nur auf die Fehler.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie möchte gerne den Anschein erwecken, als wüsste er/sie bereits alles.“	<input type="checkbox"/>				
• „Die Stimmung im Betrieb hängt von den Launen der Vorgesetzten ab.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie versucht, eigene Fehler auf andere zu schieben.“	<input type="checkbox"/>				
• „Entscheidungen werden zwar mit den Mitarbeitern getroffen, danach sieht deren Verwirklichung stets ganz anders aus, als man sich das vorgestellt hat.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie handelt häufig nicht gerecht.“	<input type="checkbox"/>				
• „Man wird stets zur Arbeit angetrieben.“	<input type="checkbox"/>				
• „Selbst bei Entscheidungen, die direkt die Interessen der Mitarbeiter betreffen, werden sie vorher nicht nach ihrer Meinung befragt.“	<input type="checkbox"/>				

Checkliste 2: „Erkennen von gesundheitsförderlichem Führungsverhalten“

	stimmt				stimmt nicht 5
	1	2	3	4	
• „Der/die Vorgesetzte zeigt Anerkennung, wenn ein Mitarbeiter gute Arbeit leistet.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie bemüht sich, langsam arbeitende Mitarbeiter zu mehr Leistung anzuspornen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie weist den Mitarbeitern spezifische Arbeitsaufgaben zu.“	<input type="checkbox"/>				
• „Hat jemand persönliche Probleme, so hilft er/sie ihm.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie steht für die eigenen Mitarbeiter und ihre Taten ein.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie behandelt die Mitarbeiter wie gleichberechtigte Partner.“	<input type="checkbox"/>				
• „In Gesprächen mit den Mitarbeitern schafft er/sie eine gelöste Stimmung, so dass sie sich frei und entspannt fühlen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie ist freundlich und gut erreichbar.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie reißt die Mitarbeiter mit.“	<input type="checkbox"/>				
• „Bei wichtigen Entscheidungen holt er/sie erst die Zustimmung der Mitarbeiter ein.“	<input type="checkbox"/>				
• „Wenn er/sie Fehler entdeckt, bleibt er/sie freundlich.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie ist am Wohlergehen der Mitarbeiter interessiert.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie passt die Arbeitsgebiete den Fähigkeiten und Leistungsmöglichkeiten der Mitarbeiter an.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie regt die Mitarbeiter zur Selbstständigkeit an.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie hat Vertrauen in die Mitarbeiter.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie vermittelt den Eindruck von Kompetenz.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie ist ein gutes Vorbild.“	<input type="checkbox"/>				
• „Man ist stolz darauf, mit ihm/ihr zusammenzuarbeiten.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie hört gut zu.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie versucht, Probleme auch aus neuen Blickwinkeln zu betrachten.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie gibt Ratschläge, wenn sie gebraucht werden.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie achtet auf Fehler, wenn dadurch ein bestimmter Standard gefährdet ist.“	<input type="checkbox"/>				
• „Er/sie bespricht mit den Mitarbeitern, wie sie ihre Ziele erreichen können.“	<input type="checkbox"/>				

Checkliste 3: „Erkennen von mangelhafter sozialer Unterstützung“

	stimmt				stimmt nicht 5
	1	2	3	4	
• „Ich fühle mich durch meine Arbeit insgesamt ziemlich belastet und mitunter sogar überlastet.“	<input type="checkbox"/>				
• „Ich habe – bedingt durch Arbeitsabläufe und Arbeitsgestaltung – wenig Kontakt zu Kollegen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Ich habe – bedingt durch Arbeitsabläufe und Arbeitsgestaltung – wenig Kontakt zu meinem/meiner Vorgesetzten.“	<input type="checkbox"/>				
• „Wenn etwas schief läuft, wird immer gleich ein Schuldiger gesucht, statt über die zugrundeliegenden Ursachen für die Probleme nachzudenken.“	<input type="checkbox"/>				
• „In unserer Abteilung/Arbeitsgruppe herrscht großes Konkurrenzdenken. Keiner hilft dem anderen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Persönliche Bedürfnisse zählen in der Arbeit nichts.“	<input type="checkbox"/>				
• „In Konfliktsituationen fühlt man sich alleingelassen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Um Hilfe nachzusuchen, wird als Schwäche betrachtet.“	<input type="checkbox"/>				
• „Es ist keine Zeit da, damit gemeinsam überlegt werden kann, wie man die Arbeit besser organisieren kann.“	<input type="checkbox"/>				
• „Dem anderen nicht zu helfen, wird bei uns ‚belohnt‘. Nur mit Ellbogen-Mentalität kommt man bei uns nach oben.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der horizontale Informationsfluss (unter den Kollegen) ist gering.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der vertikale Informationsfluss (von dem/der Vorgesetzten zum Mitarbeiter) ist gering.“	<input type="checkbox"/>				
• „Man erhält kaum Rückmeldung oder soziale Bestätigung.“	<input type="checkbox"/>				
• „Rückmeldung von dem/der Vorgesetzten gibt es nur, wenn etwas schief gelaufen ist.“	<input type="checkbox"/>				
• „Als Neuer hat man es nicht leicht, sich einzugliedern und akzeptiert zu werden.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der/die Vorgesetzte ist immer schwer zu erreichen, wenn ich ihn/sie brauche.“	<input type="checkbox"/>				

Checkliste 4: „Erkennen von guter sozialer Unterstützung“

	stimmt				stimmt nicht
	1	2	3	4	5
• „Wenn einer Probleme mit seiner Arbeit hat, wird ihm von dem/der Vorgesetzten geholfen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Wenn einer Probleme mit seiner Arbeit hat, wird ihm von den Kollegen geholfen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Die Arbeitskollegen bieten immer wieder ihre Hilfe an.“	<input type="checkbox"/>				
• „Wenn Schwierigkeiten auftreten, stellt sich der/die Vorgesetzte vor einen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der/die Vorgesetzte hat immer ein Ohr – auch wenn es um Privates geht.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der/die Vorgesetzte nimmt sich auch mal mehr Zeit, wenn Mitarbeiter mit ihren Problemen oder Vorschlägen zu ihm/ihr kommen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der/die Vorgesetzte informiert gut über Unternehmensziele, Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der/die Vorgesetzte kommt auf mich zu und bespricht sich mit mir, wenn es um Dinge geht, die meinen Arbeitsplatz oder meinen Aufgabenbereich betreffen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Auf meine Kollegen kann ich mich jederzeit verlassen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der/die Vorgesetzte setzt für mich ein, soweit das im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten liegt.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der/die Vorgesetzte kann sich gut in meine Situation hineinversetzen.“	<input type="checkbox"/>				
• „Der/die Vorgesetzte ist bestrebt, mich nicht zu überfordern.“	<input type="checkbox"/>				
• „Es gibt regelmäßige Besprechungen, auf denen Probleme, die das ganze Team betreffen, diskutiert werden.“	<input type="checkbox"/>				

Anhang C - Dokumentenanalyse

Dokumentenanalyse

Leitbild

Kapitel, 4.1: „[...] den Mitarbeitenden, begegnet der SBV mit Wertschätzung und Respekt. Er legt Wert auf Leistungsbereitschaft, Teamarbeit und gegenseitige Loyalität. Der SBV baut auf den individuellen Stärken auf, gibt persönlichen Handlungsspielraum, regt die Eigenverantwortung an und stellt eine zweckmässige Infrastruktur zur Verfügung. Die fachlichen und sozialen Kompetenzen der ehrenamtlich und freiwillig Tätigen sowie der Mitarbeitenden fördert der SBV mit internen sowie externen Fort- und Weiterbildungsangeboten.“

Auswertung:

K4: Wertschätzung, Respekt wie auch Leistungsbereitschaft, Teamarbeit und Loyalität werden hier im Sinne von Grundwerten festgehalten. Stärken werden aufgebaut, Handlungsspielraum gewährt und die Eigenverantwortung gefördert.

K5: Kompetenzen werden durch Weiterbildungsangebote gefördert.

Personalreglement

Einleitung, Seite 3:

„Der Fortbestand, die Entwicklung und der Erfolg des SBV basieren auf qualifizierten, initiativen und motivierten Mitarbeitenden. Ziel des SBV ist es, fähige und leistungswillige Mitarbeitende zu gewinnen, zu erhalten und ihren Eignungen und Fähigkeiten entsprechend zu fördern und zu entwickeln, Vorgesetzte in ihren Führungsaufgaben zu unterstützen sowie Voraussetzungen für eine motivierende Arbeit und Zusammenarbeit aller Mitarbeitenden zu schaffen. Aus diesem Grund sind uns eine klare Organisationsstruktur, ein offener, kooperativer Führungsstil, laufende Information sowie ein positives Betriebsklima wichtig.“

Persönlichkeitsschutz, Seite 4:

„Der SBV verpflichtet sich, die Persönlichkeit der Mitarbeitenden zu achten und zu schützen, auf deren Gesundheit gebührend Rücksicht zu nehmen“.

„Die Mitarbeitenden sind dafür mitverantwortlich, dass ein Klima des persönlichen Respekts und Vertrauens geschaffen wird, das insbesondere auch Diskriminierung, sexuelle Belästigung und Mobbing verhindert. Letztere Verhaltensweisen werden sanktioniert und können bis zur Kündigung führen.“

„Mitarbeitende, die sich diskriminiert, sexuell belästigt oder gemobbt fühlen, können sich mit entsprechenden Beschwerden an die für das Personal verantwortliche Stelle wenden. Die personalverantworti-

che Person kann durch eine neutrale Stelle unterstützt werden. Der SBV verpflichtet sich, vorgebrachte Beschwerden unverzüglich und vertraulich zu behandeln. Betroffenen Mitarbeitenden, die Rat suchen oder Meldung erstatten, erwachsen daraus keine Nachteile.“

Auswertung:

K5: Förderung und Entwicklung der Mitarbeitenden entsprechend ihren Eignungen und Fähigkeiten sind dem SBV wichtig.

K4: Vorgesetzte erhalten die nötige Unterstützung. Durch klare Strukturen, offene und kooperatives Führungsverhalten, Informationsfluss und positives Betriebsklima werden motivierende Arbeitszustände geschaffen. Zusammen mit dem Mitarbeitenden soll ein Klima des Respekts und Vertrauens geschaffen werden. Fälle von antisozialem Verhalten werden sanktioniert. Für Beschwerden steht die für das Personal verantwortliche Stelle zur Verfügung.

K3: Der SBV nimmt Rücksicht auf Persönlichkeit und Gesundheit der Mitarbeitenden.

Gesundheitsschutz/Arbeitssicherheit, Seite 5:

„Die Bewahrung der Gesundheit und die Verhütung von Unfällen sind für die Mitarbeitenden und den SBV von höchster Bedeutung. Aus diesem Grund sind alle eigenverantwortlich verpflichtet, die Führungsverantwortlichen in der Durchführung und Umsetzung aller wesentlichen Massnahmen zur Gesundheitsvorsorge und Unfallverhütung zu unterstützen.“

Auswertung:

K3: Gesundheit und Verhütung von Unfällen werden als bedeutsam eingestuft. Es gilt die Vorgesetzten in der Umsetzung von entsprechenden Massnahmen zu unterstützen.

Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Seite 16:

„Bei Arbeitsverhinderung infolge Krankheit (Abwesenheiten infolge Schwangerschaft sind Krankheitsabsenzen gleichgestellt) oder Unfall wird den Mitarbeitenden der Lohn höchstens wie folgt ausgerichtet [...].“

Auswertung:

K1: Schwangerschaft wird mit Krankheit gleichgestellt.

Meldepflicht, Arztzeugnis, Seite 16:

„Die Mitarbeitenden sind verpflichtet, Abwesenheit infolge Krankheit oder Unfall unverzüglich der vorgesetzten Stelle zu melden oder melden zu lassen. Spätestens nach dem dritten Tag ist ein Arztzeugnis, mit Angabe der voraussichtlichen Dauer der Abwesenheit, vorzulegen. Treten wiederholt kurze Krankheitsabsenzen von einem bis drei Tagen auf, kann das Arztzeugnis schon früher verlangt werden.“

Auswertung:

K2: Abwesenheiten müssen umgehend gemeldet werden, ab dem dritten Tag muss ein Arztzeugnis vorliegen. Bei wiederholten Kurzabsenzen darf bereits früher ein Arztzeugnis verlangt werden.

Mitarbeitergespräch, Seite 18:

„Die Vorgesetzten nehmen mit ihren Mitarbeitenden jährlich eine Standortbestimmung in Form eines Mitarbeitergespräches vor. Das Mitarbeitergespräch ist ein Führungs- und Qualitätsentwicklungsinstrument. Kernpunkte des Mitarbeitergesprächs sind die Zielvereinbarung, die Arbeitsbedingungen, das Arbeitsklima und die Führungskultur, die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und Perspektiven sowie die Leistungs- und Verhaltensbeurteilung.“

Auswertung:

K4: Im jährlichen Mitarbeitendengespräch bilden die Zielvereinbarung, Arbeitsbedingungen, das Arbeitsklima, die Führungskultur und Entwicklungsmöglichkeiten sowie auch die Leistungs-/Verhaltensbeurteilung den Kern.

Fort- und Weiterbildung, Seite 18:

„Im Sinne der persönlichen Förderung der Mitarbeitenden sowie einer optimalen Aufgabenerfüllung unterstützt der SBV die Mitarbeitenden bei der Teilnahme an persönlichen Fort- und Weiterbildungskursen, [...]“

Auswertung:

K5: Es bestehen Weiterbildungsmöglichkeiten.

Personalkommission, Seite 20:

„Die Mitarbeitenden haben das Recht, eine Personalkommission zu wählen. Die Personalkommission ist ein Instrument der Mitarbeitenden für die betriebliche Mitsprache; sie besteht aus mindestens 3 Mitgliedern. [...] Der SBV unterstützt die Personalkommission in deren Tätigkeit, insbesondere stellt er die nötige Arbeitszeit zur Verfügung und bietet Weiterbildungsmöglichkeiten an. Die Mitglieder der Personalkommission genießen eine Vertrauensstellung, die zu einem Verhalten verpflichtet, das auf dem Grundsatz von Treu und Glauben beruht.“

Auswertung:

K5: Für Anliegen Seitens Mitarbeitende steht eine Personalkommission zur Verfügung. Diese wird vom SBV hinsichtlich ihrer Tätigkeit unterstützt, Arbeitszeit wie auch Weiterbildungsmöglichkeiten werden angeboten. Die Mitglieder genießen eine Vertrauensstellung.

Formular Mitarbeitendengespräch MAG

Das Formular MAG wurde auf für diese Arbeit relevante Themen geprüft. Die folgenden Punkte konnten eruiert werden:

- Kompetenzen, basierend auf Anforderungs-/Stellenprofil und Aufgabe. Die Kompetenzen werden unterteilt in: Fach-/Methoden-/Selbst- & Sozialkompetenz. Diese werden mittels separatem Blatt definiert und beschrieben.
- Entwicklung-/Weiterbildung wird thematisiert
- Zufriedenheit der Mitarbeitenden (vorgängig auszufüllen) in Bezug auf: Anforderungen, Freiraum, Anerkennung, Unterstützung der Vorgesetzten, Zusammenarbeit. Diese können mit einer dichotomen Skala mit zufrieden/unzufrieden beantwortet werden. Es besteht vorgesehener Raum für die Notiz von Verbesserungsvorschlägen

Ebenfalls ist ein Vorgehen bei Differenzen festgelegt.

Auswertung:

K5: Anforderungen und Kompetenzen werden mit dem Stellenprofil abgeglichen

K5: Weiterbildungsmöglichkeiten sind ein Thema

K4: Auf die Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen wird eingegangen

Vorgängig zum MAG werden für Mitarbeitende und Vorgesetzte unterschiedliche Vorbereitungsblätter ausgeteilt. Diese beinhalten Leit- sowie auch Reflexionsfragen zur Arbeitssituation und sollen als Vorbereitung auf das Gespräch dienen.

Nennungen pro Kategorie:

Organisatorischer & analytischer Bereich	Arbeitspsychologischer Bereich
<ul style="list-style-type: none"> • K1: 1x (Personalreglement) • K2: 1x (Personalreglement) 	<ul style="list-style-type: none"> • K3: 2x (Personalreglement) • K4: 4x (in allen Dokumenten) • K5: 6x (in allen Dokumenten)

Anhang D - Interviews

Interviewleitfaden

Leitfaden für Vorgesetzte

(Rot sind fakultative Fragen)

Fragebogen Leitfa- den-Interviews			
Interviewpartner:			
Datum:			
Ort:			
Nr.	Themenblöcke		
1	Einstieg Experteninterview		
2	IST-Situation (Unternehmensebene, Führungsebene, Mitarbei- tende & Arbeitsgestaltung)		
3	Absenzen		
4	Ausblick/Abschluss		
Nr.	Thema	Leitfrage	Ergänzende Ausführungen / Hintergrund der Leitfrage / Bemerkungen
1	Einleitung Situationsinterview		
	Einstieg Interview	Begrüssung und Bedanken	
		Vorstellen	
		Information zur Untersuchung	
		Zusicherung von Anonymität und Einverständnis zur Auf- nahme des Interviews	
		Informationen zum Inter- viewpartner	Name/Vorname, Abteilung/Stellung/Funktion im Unternehmen, Aufgabengebiete.
2	Einflüsse, Kultur, Führung, MA, Arbeitsgestaltung		Thematik
1		Was verstehen Sie unter Ge- sund- heit/Gesundheitsförderung/BG M?	Ist ein Bewusstsein vorhanden?
2		Inwiefern wird Gesundheit im Team, in der Abteilung, im Betrieb thematisiert?	Ist ein Bewusstsein vorhanden?
3	Organisation/Kultur	Wie beschreiben Sie den Umgang miteinander im Unter- nehmen? (Absenzen, Offenheit, Konflikte, etc.)	ges. förderliche Kultur?
4		Wie wird mit Anliegen (Ideen, Unklarheiten, Abweichungen, etc.) umgegangen?	Unternehmenskultur
5		Wie werden Informationen kommuniziert?	Findet ein Transparenter Informationsfluss statt?
6	Führung/Team	Wie beurteilen Sie die Unter- stützung für die Ausführung ihrer Führungsaufgabe? Inwiefern erhalten Sie Unter- stützung?	Unterstützung der Führungskräfte
7		Wie unterstützen Sie Ihre Mitarbeitenden konkret?	Unterstützung durch Führungskräfte
8		Wie zeigen Sie Ihren Mitarbei- tenden, dass Sie mit ihrer Leistung zufrieden sind?	Wertschätzung
9		inwiefern erhalten Sie selber Anerkennung? => stimmt die gegebene Anerkennung mit ihrem geleisteten Einsatz überein?	Annerkennung
10		Wie oft finden MAG statt? => Was wird dort thematisiert?	MA-Gespräche/Thematisierung von Gesund- heit/Krankheit

		(Gesundheit?)	
11	Arbeitsgestaltung MA	Inwiefern haben Mitarbeitende genügend Zeit zur Erledigung ihrer Aufgaben?	Belastung/Beanspruchung/Ressourcen
12		Inwiefern können Aufgaben vom Team als Ganzes gelöst werden?	Belastung/Beanspruchung/Ressourcen/soziale Unterstützung
13		Inwiefern haben Mitarbeitende die Möglichkeit den Ablauf ihrer Tätigkeit selber zu gestalten? Entscheidungen selber zu treffen? Pausen selbstständig beziehen, etc.	Tätigkeitsspielraum/Autonomie
14		Wie beurteilen Sie die Ganzheitlichkeit der Tätigkeit? D.h. bearbeiten Mitarbeitende eine Aufgabe von Beginn bis Ende?	Ganzheitlichkeit
15		Wie beurteilen Sie die Abwechslung der Tätigkeit? (sitzen/stehten, psychisch/physisch)	Anforderungsvielfalt
16		Wie schätzen Sie das Verhältnis zwischen Kompetenz und Anforderungen ein?	Belastung/Beanspruchung/Weiterentwicklung
17	Weiterentwicklung	Wie stehen die Möglichkeiten zur Weiterbildung?	Massnahmen/Entwicklungsmöglichkeiten
18	Sensibilisierung	Wurden jemals Kurse im Bereich Gesundheitsförderung angeboten z.B. Entspannungskurse, Konfliktmanagement, etc. (auch explizit für Führungskräfte)	Massnahmen/Sensibilisierung/Absenzen
3	Absenzen		Thematik
19	Standardisiertes Vorgehen	Wie wird mit Absenzen im Betrieb umgegangen? (Was passiert nach Absenz?)	Absenzen-Thematik
20	Standardisiertes Vorgehen	Wie werden Absenzen erfasst und ausgewertet?	organisatorische Aspekte
21	Massnahme	Wünschen Sie sich eine neutrale Anlaufstelle für gesundheitliche, arbeitsbezogene Missstände?	Ansprechsperson
22	Instrumente	Wie würden Sie es einschätzen, wenn Sie nach der Rückkehr einer Absenz in Gespräch mit ihren Mitarbeitenden hätten?	Rückkehrgespräche
23	Kultur	Inwiefern kennen Sie die Gründe für die Krankheitsbedingten Abwesenheiten?	Gründe für Absenzen
24	Instrumente	Wünschen Sie sich eine Möglichkeit zur Beteiligung im Unternehmen in Bezug auf gesundheitsrelevante Themen (e.g. Gesundheitszirkel?)	Gesundheitszirkel
4	Ausblick/Abschluss		
		Haben Sie noch weitere Inputs oder Ergänzungen?	

Leitfaden Mitarbeitende

(Rot sind fakultative Fragen)

Fragebogen Leitfaden-Interview			
Interviewpartner :			
Datum:			
Ort:			
Nr.	Themenblöcke		
1	Einführung		
2	IST-Situation (Unternehmensebene, Führungsebene, Mitarbeitende & Arbeitsgestaltung)		
3	Absenzenmanagement		
4	Ausblick/Abschluss		
Nr.	Thema	Leitfrage	Ergänzende Ausführungen / Hintergrund der Leitfrage / Bemerkungen
1	Einleitung Situationsinterview		
	Einstieg Interview	Begrüssung und Bedanken	
		Vorstellen	
		Information zur Untersuchung	
		Zusicherung von Anonymität und Einverständnis zur Aufnahme des Interviews	
		Informationen zum Interviewpartner	Name/Vorname, Abteilung/Stellung/Funktion im Unternehmen, Aufgabengebiete.
2	Einflüsse auf MA (Belastung), Kultur, Führung, Arbeitsgestaltung, Persönliche Weiterbildungen, etc.		Begründung/Thesen
1	Einführung	Was verstehen Sie unter Gesundheit/gesundheitsförderung/BGM?	Ist ein Bewusstsein vorhanden?
2		Inwiefern ist/wird Gesundheit im Team, in der Abteilung, im Betrieb thematisiert?	Ist ein Bewusstsein vorhanden?
3	Organisation (Kultur/Klima)	Wie beschreiben Sie den Umgang miteinander im Unternehmen? Offenheit, Konflikte, etc.	Ges. förderliche Kultur
4		Wie wird mit Anliegen (Unklarheiten, Abweichungen, etc.) umgegangen?	Kultur
5		Inwiefern findet ein Austausch über Neuigkeiten, Erfahrungen, etc. statt? (Offenheit für neues)	Kommunikation, Qualitätszirkel, Rückkopplungsschlaufen
6		Wie werden Informationen kommuniziert?	Findet ein Transparenter Informationsfluss statt?
7	Führung/Team	Wie beurteilen Sie die Unterstützung seitens der Führung bei der Erledigung Ihrer Aufgaben (z.B. in Form von Rat, Orientierung, Helfen)?	Soziale Unterstützung
8		Inwiefern erhalten Sie weiter Unterstützungsmöglichkeiten beispielsweise durch das Team?	Team/soziale Unterstützung
9		Gibt es Teamarbeiten? (nur im Team gemeinsam zu erledigen?)	Team/soziale Unterstützung
10		Erhalten Sie vom Vorgesetzten/der Vorgesetzten regelmässige Rückmeldung zu Ihrer Arbeit? Findet ein offener Austausch statt?	Feedack/Austausch
11		Wie äussert sich Anerkennung durch Ihren Vorgesetzten/Vorgesetzte m Betrieb?	Wertschätzung/Anerkennung
12		inwiefern stimmt die gegebene Anerkennung mit ihrem geleisteten Einsatz überein?	Anerkennung
13		Wie gehen Sie mit Unsicherheiten um?	Soziale Unterstützung
14		Wie oft finden MAG statt? Was wird dort thematisiert? (Gesundheit?)	MA-Gespräche/Thematisierung von Gesundheit/Krankheit
16	Arbeitsgestaltung	Inwiefern haben sie genügend Zeit zur Erledigung Ihrer Aufgaben?	Belastung/Beanspruchung/Ressourcen

			en
17		Inwiefern werden sie bei der Ausführung Ihrer Arbeit gehindert beispielsweise durch Unterbrechungen, Entscheidungsspielräume, suboptimale Arbeitsmittel, etc.	Belastung/Beanspruchung/Ressourcen
18		Wie sind Sie mit der Regelung der Arbeitszeit zufrieden?	Arbeitszeit
19		Wie beurteilen Sie die Wichtigkeit Ihrer Tätigkeit für den gesamten Betrieb, Anspruchsgruppen, andere Mitarbeitende?	Beudeutsamkeit
21		Inwiefern haben Sie die Möglichkeit den (Tages-)Ablauf ihrer Tätigkeit selber zu gestalten? Entscheidungen selber zu treffen? Pausen selbstständig beziehen, etc.	Tätigkeitsspielraum/Autonomie
22		Wie beurteilen Sie die Ganzheitlichkeit Ihrer Tätigkeit? D.h. bearbeiten Sie eine Aufgabe von Beginn bis Ende?	Ganzheitlichkeit
23		Wie beurteilen Sie die Abwechslung bei Ihrer Tätigkeit? (sitzen/stehe, psychisch/physisch)	Anforderungsvielfalt
24		Würden Sie gerne mehr Verantwortung übernehmen?	Motivation/über-/unterforderung
25	Weiterentwicklung	Wie stehen die Möglichkeiten zur Weiterbildung? (Verhältnis zwischen Kompetenz/Anforderungen)	Entwicklungsmöglichkeiten
26	Sensibilisierung	Wurden jemals Kurse im Bereich Gesundheitsförderung angeboten z.B. Entspannungskurse, Konfliktmanagement, etc.	Sensibilisierung/Absenzen
3	Absenzenmanagement		Begründung/Thesen
27	Absenzenspezifische Fragen	Wie wird mit Absenzen im Betrieb umgegangen? Wie ist das Vorgehen, wenn jemand Krank ist?	Absenzen-Thematik
28	Kultur	Werden Absenzen/Gesundheit offen thematisiert?	Sensibilisierung/Absenzen
29	Kultur	Inwiefern kennen Sie die Gründe für Absenzen im Betrieb?	Austausch/Offenheit/Sensibilisierung
30	Massnahme	Wünschen Sie sich eine neutrale Anlaufstelle für gesundheitliche, arbeitsbezogene Missstände?	Ansprechperson
31	Instrumente	Wie würden Sie es einschätzen, wenn Sie nach der Rückkehr einer Absenz in Gespräch mit dem Vorgesetzten/der Vorgesetzten hätten?	Rückkehrgespräche
32	Instrumente	Wünschen Sie sich eine Möglichkeit zur Beteiligung im Unternehmen in Bezug auf gesundheitsrelevante Themen (e.g. Gesundheitszirkel?)	Gesundheitszirkel
4	Ausblick/Abschluss		
		Haben Sie noch weitere Inputs oder Ergänzungen?	

Inhaltsanalytische Auswertungsgrundlage der Interviews (Ankerbeispiele/Kodierregeln)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
Organisatorische Vorgehensweise	Dies umfasst Aspekte eines standardisierten Vorgehens in Bezug auf die Meldung und den Umgang mit Absenzen: <ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen bei Krankmeldung - Vorgehen während Absenz - Vorgehen bei Rückkehr 	Das handhabt jeder individuell. Es gibt kein geregeltes Vorgehen. #00:25:41-2	Aussagen zu einem oder mehreren Aspekten der organisatorischen Vorgehensweise gemäss Definition.
Erfassung und Auswertung von Absenzendaten	Dies umfasst Aspekte eines standardisierten Vorgehens in Bezug auf die Erfassung, Berechnung und Analyse von Absenzendaten: <ul style="list-style-type: none"> - Art & Weise der Erfassung im PC - Möglichkeiten der Auswertung - Aussagemöglichkeiten 	Das nimmt der Mitarbeitende in seiner Zeiterfassung auf, die Vorgesetzte Person visiert das und wenn's es braucht kommt ein Arztzeugnis dazu oder es wird ein Unfall gemeldet.. #00:29:36-4#	Aussagen zu einem oder mehreren Aspekten der Erfassung und Verwendung von Absenzendaten gemäss Definition.
(Gesundheits-)kultur	Im Unternehmen vorhandene und gelebte (gesundheitsförderliche) Annahmen und Überzeugungen (Werte und Normen). Dies umfasst sämtliche verbale, interaktionale und artifizielle Symptome der Unternehmenskultur.	man holt sich gleichgesinnte, wenn einem etwas nicht passt. Anstatt zum Vorgesetzten zu gehen #00:08:17-9#	Aussagen zu verbalem und interaktionalem Umgang miteinander sowie zum Umgang mit dem Thema Gesundheit und Absenzen im Betrieb.
Gesundheitsförderliches Führungsverhalten	Ges. förderliches Verhalten der Vorgesetzten. Dies umfasst: <ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung - Einbindung - Soziale Unterstützung (fachlich/emotional) - Gesundheitsbezogene Einstellung, Achtsamkeit und Führungsverhalten - MA als Individuum wahrnehmen 	es gibt auch Momente wo ich denke jetzt ist gut. aber da habe ich die Vorgesetzte, die mich auffängt. #00:03:50-9#	Aussagen die einer der definierten Aspekte oder mehrere betrifft in Bezug auf das Führungsverhalten
Arbeitsgestaltung auf Ebene der Mitarbeitenden	Aspekte der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung umfassen: <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Vollständige Aufgabe - Vielfalt - Bedeutsamkeit der Aufgabe 	Ja, ich habe einen grossen Handlungsspielraum. #00:11:36-6#	Aussagen zu einem oder mehreren Aspekten gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung

	<p>be</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feedback - Teamarbeit 		
<p>Gesundheitskompetenz und Weiterentwicklung der MA</p>	<p>Angebote die zur Förderung der Gesundheitskompetenz und zur Weiterentwicklung beitragen (Kurse, Trainings, Coachings, etc.) für MA und Führung</p>	<p>Wenn die Weiterbildung nicht mit dem Geschäft zu tun hat, so muss ich das in der Freizeit machen und selber bezahlen. Aber wenns mit dem Geschäft zu tun hat, dann ermöglichen sie das. Das ist super. #00:46:45-6#</p>	<p>Aussagen zu Möglichkeiten von Weiterbildungen und Sensibilisierungskursen im Bereich Gesundheit</p>
<p>Instrumente & Massnahmen</p>	<p>Vorhandene Instrumente sowie bereits getroffene und/oder umgesetzte, gesundheitsförderliche Massnahmen verhältnis- wie auch verhaltensbezogen.</p>	<p>Wir haben diesen runden Tisch. #00:05:20-4#</p>	<p>Aussagen zu Instrumenten & Massnahmen</p>

Inhaltsanalyse

Interviews MA (Zusammenzug aller Interviews, anonymisiert)

	Definition: Im Unternehmen vorhandene und gelebte (gesundheitsförderliche) Annahmen und Überzeugungen (Werte und Normen). Dies umfasst sämtliche verbale, interaktionale und artifizielle Symptome der Unternehmenskultur in Bezug auf Gesundheit/Krankheit.	Definition: Verhalten der Vorgesetzten. Dies umfasst: Anerkennung, Einbindung, Soziale Unterstützung (fachlich/emotional), gesundheitsbezogene Einstellung, Achtsamkeit, MA als Individuum wahrnehmen	Definition: Aspekte der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung umfassen: Autonomie, Vollständige Aufgabe, Vielfalt, Bedeutsamkeit der Aufgabe, Feedback, Team	Definition: Angebote die zur Förderung der Gesundheitskompetenz und zur Weiterentwicklung beitragen (Kurse, Trainings, Coachings, etc.) für MA	Definition: Alle bereits vorhandenen Instrumente & Massnahmen die verhältnis- oder verhaltensbezogene Optimierungen implizieren
	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes
Nr	(Gesundheits-)Kultur	Gesundheitsförderl. Führungsverhalten	Arbeitsgestaltung MA	Gesundheitskompetenz /Weiterentwicklung MA	Vorhandene Instrumente & Massnahmen
1	Thema Gesundheit/Krankheit ist im Betrieb präventiv kein Thema, man reagiert wenn etwas ist	Gesundheit auch in Abteilung kein besonderer Stellenwert auch nicht nach einer krankheitsbedingten Abwesenheit, es finden keine Gespräche statt (vom Vorgesetzten her)	Ideen, die den Arbeitsplatz betreffen können eingebracht werden	Weiterbildungen, die mit dem Job zusammenhängen werden unterstützt	Arbeitsmittel können beantragt werden und werden dann beschafft, die Initiative muss von MA kommen (es gibt bereits z.B: Headsets für Vieltelefonierer oder Stehpulte)
2	Sachen werden nicht offen angesprochen, es geht vieles hinten durch (historisches Problem, da unter früherer Führung offene Aussagen zu Missständen zu Kündigungen führten)	Der Vorgesetzte steht für die MA ein	Genug Kompetenzen, um die Arbeit zu erledigen (oder ansonsten schnelle Rückmeldung von Vorgesetzten mit gleichzeitiger Absicherung)	Es finden keine expliziten Infotagungen, Trainings zu GF statt.	ein Gesundheitszirkel würde begrüsst im kleineren Rahmen, jedoch ohne die GL,sonst trauen sich Leute nicht
3	Das Vertrauen fehlt, dass Leute offen Problematiken ansprechen würden (auch bei neuen MA, da diese die Geschichten von früher auch mitbekommen haben)	Zu wenig Anerkennung für geleisteten Einsatz	Ganzer Prozessablauf, flüssiges Arbeiten möglich		Runder Tisch wäre eigentlich eine gute Idee, aber es spricht niemand seine Meinung aus bzw. immer dieselben Leute, es sind teilweise auch zu viele Leute anwesend
4	Kontakt zu anderen eher oberflächlich, Stimmung war früher besser	Regelmässige Teamsitzungen für Austausch	Handlungsspielraum, Autonomie ist gegeben		Gespräche insbesondere bei längeren Krankheiten(insbesondere psychischer Art) wären erwünscht
5	Räumliche Trennung durch die zwei Lokalitäten	Bei fachlichen Problemen wird nach Lösungen gesucht	Es gilt Jahresarbeitszeit und das wird geschätzt (ausser Telefonzentrale)		Skeptische Haltung gegenüber der PK, da unsicher ob diese neutral und verschwiegen ist, weil Führungspersonen drin sind
6	Offen über Abwesenheiten wird nicht gesprochen, längere Abwesenheiten werden nicht offiziell kommuniziert	Führungspersonen reagieren teilweise unsensibel auf gesundheitsgefährdende Situationen	Kein Pausenbezug möglich (bei Tätigkeit in Telefonzentrale)		
7	Ein Bild im Kopf von Indiander und Häuptlingen		Freude an der Tätigkeit		

8	Gesundheit wird von Top Down nicht proaktiv thematisiert		Vielseitige Tätigkeit (ausser bei Telefonzentrale, man hatte eine Anreicherung versucht, aber es klappte nicht wegen Telefonanrufen)		
9	Problematik der häufigen Veränderungen im Betrieb, MA fühlen sich dem plötzlich ausgeliefert		Teamarbeit ist da, ausser bei Tätigkeit in Telefonzentrale (auf sich alleine gestellt)		
10	Wenn jemand länger krank ist, geschieht manchmal was (Blumen z.B.), manchmal nicht (je nach Abteilung)		Arbeitssituation in Telefonzentrale hat sich nach Coaching zum Positiven verändert		
11	Es sollte ein Gefühl geschaffen werden, dass man sich traut etwas zu sagen		Gegenseitige Unterstützung in den Teams vorhanden		
12			Genügend Zeit zur Erledigung der Arbeit		

Interviews Vorgesetzte (Zusammenzug aller Interviews, anonymisiert)

	Definition: Im Unternehmen vorhandene und gelebte (gesundheitsförderliche) Annahmen und Überzeugungen (Werte und Normen). Dies umfasst sämtliche verbale, interaktionale und artifizielle Symptome der Unternehmenskultur in Bezug auf Gesundheit/Krankheit.	Definition: Verhalten der Vorgesetzten. Dies umfasst: Anerkennung, Einbindung, Soziale Unterstützung (fachlich/emotional), gesundheitsbezogene Einstellung, Achtsamkeit, MA als Individuum wahrnehmen	Definition: Aspekte der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung umfassen: Autonomie, Vollständige Aufgabe, Vielfalt, Bedeutung der Aufgabe, Feedback, Team	Definition: Angebote, die zur Förderung der Gesundheitskompetenz und zur Weiterentwicklung beitragen (Kurse, Trainings, Coachings, etc.) für MA	Definition: Alle bereits vorhandenen Instrumente & Massnahmen die verhältnis- oder verhaltensbezogene Optimierungen implizieren	Definition: Dies umfasst Aspekte eines standardisierten Vorgehens in Bezug auf die Meldung und den Umgang mit Absenzen	Definition: Dies umfasst Aspekte eines standardisierten Vorgehens in Bezug auf die Erfassung, Berechnung und Analyse von Absenzendaten
	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes	Kategorie / Codes
Nr.	(Gesundheits-)Kultur	Gesundheitsförderl. Führungsverhalten	Arbeitsgestaltung MA	Gesundheitskompetenz / Weiterentwicklung MA	Vorhandene Instrumente & Massnahmen	Organisatorische Vorgehensweisen	Erfassung und Auswertung von Absenzendaten
1	Thema Gesundheit / GF nicht Priorität, kein Grundthema	Von oben grosser Freiraum, Unterstützung auch bei Unsicherheiten gegeben	Auf passende Arbeitsmittel wird geschaut	Kurse im Bereich GF auf Führungsebene haben in den letzten Jahren nicht stattgefunden	Da der runde Tisch immer am selben Tag stattfindet, sind gewisse TZ-Ma ausgeschlossen	Es gibt kein geregeltes Vorgehen bei Abwesenheit (Abgesehen von Arztzeugnis) auch bei Rückkehr	Jeder MA erfasst Absenz selber, Vorgesetzter erhält dann monatlich vom Personal eine Übersicht
2	Man reagiert, wenn bereits etwas passiert ist	Anerkennung/Wertschätzung wird teilweise nicht direkt verbalisiert, erfolgt durch Taten z.B. bei Unterstützung, Flexibilität	Handlungsspielraum wird gegeben	WB im Allgemeinen wird breit unterstützt (wenn in Zusammenhang mit Job), es gibt auch ein Reglement dafür	Aufgrund von Unstimmigkeiten wurde RT ins Leben gerufen		Erfassung wäre eigentlich klar geregelt, jedoch teilweise unstimmigkeiten
3	Jeder schaut, wie er das lösen kann	MA können vorwiegend selbstständig arbeiten, erhalten entsprechend Verantwortung und werden miteinbezogen	Genug Zeit zur Erledigung der Arbeiten	In einer Abteilung wurde ein Coach beigezogen um Spannungen zu lösen	RT ist noch nicht die passende Lösung/Massnahme, Vertrauen fehlt		Bei Unklarheiten fragt die Verantwortliche für Erfassung nach
4	MA werden in Projekte miteinbezogen	Es finden regelmässige Sitzungen statt	Austausch im Team funktioniert (bei Telefonzentrale sind Koordinationstage nötig)		Unter anderem PK als Anlaufstelle für MA bei Problemen mit Vorgesetztem		Absicht die Absenzen besser auszuwerten (mit Daten zu arbeiten) ist da
5	Vertrauen ist nicht gegeben	Bewusstsein für Gesundheit ist ansatzweise da (z.B. Ferienplanung, Überstunden, Wahrnehmen von Veränderungen, etc.)	ganzheitliche Tätigkeiten	Stellenprofile werden erarbeitet	GL ist nicht in der PK, dafür aber andere Führungskräfte/Fachkräfte		
6	Gute, offizielle Kommunikation	Führungsverhalten sind individuell in den Abteilungen (z.B. Partizipation, Grad an Verantwortung, etc.)	Die meisten MA sind am richtigen Ort, aber auch Diskrepanzen, die teilweise nicht mit Weiterbildung aufgefangen werden können		Vertrauen fehlt, bei der PK etwas zu deponieren		

7	Offenheit von Seiten Führung für neues ist da, MA trauen sich nicht (evtl. historisch)	Es wird versucht, ein Vertrauen herzustellen, Verständnis zu signalisieren			PK noch nicht etabliert, etwas diffus, kam von Top Down und wird von da auch unterstützt		
8	Alles bereichsspezifisch				Rückkehrgespräche bei längeren Absenzen würden begrüsst, man müsste schauen wie die durchgeführt werden (zur Kultur gehören)		
9	Umsetzung von Ideen ist manchmal etwas langatmig				Runder Tisch wird neu evaluiert (z.B. ohne GL)		
10	Gespräche unter MA finden "hinterrücks" statt						
11	Kultur im Betrieb wird als grösste Gesundheitsförderung bezeichnet						

Anhang E - Absenzenanalyse

Datensatz bereinigt 2012

ABT	Abteilung	Name	Vor-name	Absenz	Posi- tion	Gesch- lecht	Voll- /Teil- zeit	Pen- sum	SOLL- Tage
1	BBZ BE	Colombo	Renato	0	1	1	1	100	223
1	BBZ BE	Liechti	Lene	0	2	2	2	100	223
1	BBZ BE	Messerli	Judith	5.4205	2	2	2	80	178.4
1	BBZ BE	Pflüger	Laura	5.9702	2	2	2	90	200.7
2	BBZ LU	Bernhard	Roland	2.7619	1	1	1	100	223
2	BBZ LU	Glutz	Thomas	0	2	1	2	50	111.5
2	BBZ LU	Kunz	Rita	6.5	2	2	2	90	200.7
3	BBZ SG	Koch	Ivo	0	1	1	2	80	178.4
3	BBZ SG	Arena- Bischofberger	Petra	0	2	2	2	80	178.4
3	BBZ SG	Nussberger	Sandra	10.0099	2	2	2	100	223
4	BBZ VD	Boss	Jean- Michel	11.8631	1	1	1	50	111.5
4	BBZ VD	Kaiser	Johannes	11	2	1	2	50	111.5
4	BBZ VD	Rochat	Michèle	2.1835	2	2	2	60	133.8
5	BBZ ZH	Bühler	Martin A.	0	1	1	2	80	178.4
5	BBZ ZH	Brun	Vanessa	10	2	2	2	60	133.8
5	BBZ ZH	Fuhrer	Lucia	0	2	2	2	80	178.4
5	BBZ ZH	Truninger	Susanne	1.4467	2	2	2	80	178.4
6	Bern B+F	Thommen	Philipp	0	1	1	1	100	223
6	Bern B+F	Arnold	Christina	29.5434	2	2	2	100	223
6	Bern B+F	Blanc	Nathalie	1	2	2	2	100	223
6	Bern B+F	Sanchez	Marie- Laure	0	2	2	2	80	178.4
6	Bern B+F	Züttel	Cécile	0	2	2	2	80	178.4
5.5	Bern B+R	Romer	Jürg	0	1	1	2	100	223
6	Bern EDV / IT	Flück	Frank	15.6592	2	1	2	100	223
6	Bern EDV / IT	Lang	Freddy	2.5	2	1	2	100	223
6	Bern EDV / IT	Rothe	Marco	5.9553	2	1	2	100	223
6	Bern EDV / IT	Cathomas	Jürg	3	2	1	2	80	178.4
6	Bern EDV / IT	Hänggi	Peter	25.8263	2	1	2	55	122.65
6	Bern EDV / IT	Vogt	Michael	5	1	1	2	100	223
6	Bern EDV / IT	Lier	Iris	8.7444	2	2	2	30	66.9
6	Bern Finanzen	Riser	Manuel	9.5833	2	1	1	80	178.4
6	Bern Finanzen	Schneider	Martin	0	1	1	1	80	178.4
6	Bern Finanzen	Flury	Serena	2.7469	2	2	2	0	0

6	Bern Finanzen	Ouachri	Bouchra	4.4642	2	2	2	85	189.55
6	Bern Finanzen	Alaoui	Sarah	8.8784	2	2	2	30	66.9
6	Bern Generalsekretariat	Blanchard	Michel	81.5632	2	1	2	80	178.4
6	Bern Generalsekretariat	Ehrenzeller	Leonard	3	2	1	1	100	223
6	Bern Generalsekretariat	Mylvaganam	Shivanthan	0	2	1	1	100	223
6	Bern Generalsekretariat	Pedrett	Niculin	0	2	1	1	40	89.2
6	Bern Generalsekretariat	Meystre	Kannarath	14	1	1	1	100	223
6	Bern Generalsekretariat	Schroth	Andreas	35	2	1	1	100	223
6	Bern Generalsekretariat	Cottier	Janique	4	2	2	2	90	200.7
6	Bern Generalsekretariat	Kämpfer	Marja	8.2083	1	2	1	80	178.4
6	Bern Generalsekretariat	Pio	Sonia	3.7519	2	2	2	70	156.1
6	Bern Generalsekretariat	Campedel	Ivana	117	2	2	2	35	78.05
6	Bern Generalsekretariat	De Falcis	Rina	11	2	2	2	80	178.4
6	Bern Generalsekretariat	Gehri	Jolanda	2	2	2	2	50	111.5
6	Bern Generalsekretariat	Käser	Lisbeth	0	2	2	2	20	44.6
6	Bern Generalsekretariat	Racine	Claudia	14	2	2	2	80	178.4
6	Bern Generalsekretariat	von Wartburg	Brigitte	8.2517	2	2	2	65	144.95
6	Bern Infra	Gilgen	Kurt	7.5357	1	1	2	80	178.4
6	Bern Infra	Niffenegger	Anton	0	2	1	1	30	66.9
6	Bern IntV+Komm	Jones	Naomi	13.7483	2	1	2	80	178.4
6	Bern IntV+Komm	Landtwing	Christoph	3.7519	2	1	2	100	223
6	Bern IntV+Komm	Schmid	Olivier	11.1163	2	1	2	80	178.4
6	Bern IntV+Komm	Favre	Joel	4.9505	2	1	2	50	111.5
6	Bern IntV+Komm	Meyrat	Jean-Marc	0	1	1	1	60	133.8
6	Bern IntV+Komm	Müller	Norbert	0	2	1	2	80	178.4
6	Bern IntV+Komm	Escher	Rahel	5.6576	1	2	2	80	178.4
6	Bern IntV+Komm	Schertenleib	Mariette	0	2	2	2	100	223
6	Bern IntV+Komm	Steiner	Susanne	11.1139	2	2	2	90	200.7
6	Bern IntV+Komm	Damay	Claudine	0	2	2	2	80	178.4
6	Bern IntV+Komm	Engelhart	Kathrin	14.5012	2	2	2	80	178.4
6	Bern IntV+Komm	Moser	Daniela	6.2242	2	2	1	80	178.4
6	Bern IntV+Komm	Richoz	Hervé	1	2	2	2	70	156.1

6	Bern Mark+Fund	Graber	Pierre-Yves	0	1	1	2	60	133.8
6	Bern Mark+Fund	Jenny	Markus	2.2978	2	1	2	0	0
6	Bern Mark+Fund	Altenhoff	Olivia	0	1	2	1	40	89.2
6	Bern Personal	Lautner	Petra	8.1101	1	2	2	80	178.4
6	Bern Personal	Roschi	Beatrice	3.9263	2	2	2	100	223
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Galli (Basel Login)	Christoph	0	1	1	1	100	223
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Arnold (Beratungsstelle Basel)	Patrizia	0	2	2	1	80	178.4
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Bieri	Katinka	7	2	2	1	50	111.5
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Knill	Verena	2.8387	2	2	2	80	178.4
15	BS Fribourg	Meyer	Charly	0	1	1	1	80	178.4
15	BS Fribourg	Noël	François	11.2978	2	1	2	70	156.1
15	BS Fribourg	Vuadens	Pierre	6	2	1	2	80	178.4
15	BS Fribourg	Fragnière	Florence	2	2	2	2	80	178.4
15	BS Fribourg	Tercier	Françoise	0	2	2	2	50	111.5
16	BS Fribourg	Zimmerli Vieli	Annick	4	2	2	2	40	89.2
16	BS Graubünden	Burghart	Gabriele	1	2	2	2	70	156.1
16	BS Graubünden	Caluori-Vonmoos	Anita	0	2	2	2	40	89.2
16	BS Graubünden	Dougherty	Cheryl	2.8362	1	2	2	0	0
16	BS Graubünden	Junod-Schwarz	Anita	3.5658	2	2	2	100	223
17	BS Jura	Chételat	Mélanie	1	2	2	2	50	111.5
17	BS Jura	Faivre	Marie-Thérèse	2	1	2	2	60	133.8
17	BS Jura	Guerdat	Céline	2	2	2	2	50	111.5
17	BS Jura	Schelling	Lucie	0	2	2	2	80	178.4
18	BS Luzern (fsz)	Birkenstock	Christian	0	2	1	1	80	178.4
18	BS Luzern (fsz)	Coulin	David	0	2	1	2	50	111.5
18	BS Luzern (fsz)	Estermann	Toni	0	2	1	2	70	156.1
18	BS Luzern (fsz)	Fischer	Marco	2.6154	1	1	2	60	133.8
18	BS Luzern (fsz)	Heer	Michael	4.1489	2	1	2	80	178.4
18	BS Luzern (fsz)	Arnold	Patrizia	0	2	2	1	80	178.4
18	BS Luzern (fsz)	Battaglia Gick	Manuela	8.5714	2	2	2	50	111.5
18	BS Luzern (fsz)	Coulin	Barbara	0	2	2	2	60	133.8
18	BS Luzern (fsz)	Kretz	Gisela	0	2	2	2	50	111.5
18	BS Luzern (fsz)	Lütolf	Rita	15.005	2	2	2	60	133.8
18	BS Luzern (fsz)	Pfyffer-Kuhle	Annemarie	4.2978	2	2	2	60	133.8
19	BS Retina ZH	Capelli	Daniela	14	2	2	2	50	111.5

19	BS Retina ZH	Leuzinger	Claudia	0	2	2	2	80	178.4
19	BS Retina ZH	Fasser	Christina	0	1	2	1	50	111.5
19	BS Retina ZH	Moret	Céline	0	2	2	2	25	55.75
20	BS Valais	Challandes	Esther	1.5894	2	2	2	50	111.5
20	BS Valais	Dumont	Marie Hélène	2	2	2	2	80	178.4
20	BS Valais	Eggs Milhit	Corinne	3.8923	1	2	2	30	66.9
20	BS Valais	Javet	Denise	5.2738	2	2	2	50	111.5
20	BS Valais	Métraiiller	Corinne	0.7947	2	2	2	100	223
21	BS Zürich	Hirzel	Hanspete r	0	2	1	2	90	200.7
21	BS Zürich	Ernest	Brigitte	0	2	2	2	40	89.2
21	BS Zürich	Ginter	Corinne	0	2	2	2	30	66.9
21	BS Zürich	Studer	Janine	1.5397	2	2	2	100	223
21	BS Zürich	Weber	Christine	3.7143	2	2	2	50	111.5
21	BS Zürich	Acuna	Beatrice	1.8357	1	2	2	70	156.1
21	BS Zürich	Häni	Anita	0	2	2	2	50	111.5
21	BS Zürich	Przibille-Koch	Brigitte	4.5085	2	2	2	35	78.05
			Total	705.091 5					18018. 4

Berechnungen/Korrekturen

Generalsekretariat: 3 Langzeitkranke = 233 Tage

Bern B+F: 1 Langzeitkranke = 30 Tage

Bern EDV: 1 Langzeitkranke = 25 Tage

Bern IntV+Komm: 1 Langzeitkranke = 26 (Unfall, korrigiert, nicht Teil der krankheitsbedingten Absenzen)

Bern Mark + Fund: 1 Langzeitkranke = 47 (Schwangerschaft, korrigiert, nicht Teil der krankheitsbed. Abs.)

Langzeitabsenzen total 288

Kurzzeitabsenzen total 417

Total Absenzen 2012: 705

Bereinigter Datensatz 2013

ABT	Abteilung	Name	Vorname	Absenzen	Position	Geschlecht	Vollzeit/ Teilzeit	Pen- sum	SOLL- Tage	Korrekturen
1	BBZ BE	Colombo	Renato	2	1	1	2	80	178.4	
1	BBZ BE	Liechti	Urs	4.990099	2	1	2	20	44.6	
1	BBZ BE	Liechti	Lene	0.365853	2	2	2	65	144.95	
1	BBZ BE	Messerli	Judith	10.12871	2	2	2	40	89.2	
1	BBZ BE	Pflüger	Laura	20.84118 7	2	2	2	80	178.4	nicht langzeit
2	BBZ LU	Affentranger	Brigitte	0	2	2	2	80	178.4	
2	BBZ LU	Bernhard	Roland	2	1	1	1	100	223	
2	BBZ LU	Glutz	Thomas	0	2	1	2	80	178.4	
2	BBZ LU	Kunz	Rita	1	2	2	2	50	111.5	
3	BBZ SG	Arena- Bischofberger	Petra	0	2	2	2	20	44.6	
3	BBZ SG	Koch	Ivo	0	1	1	2	90	200.7	
3	BBZ SG	Mainberger	Viviane	0	2	2	2	90	200.7	
3	BBZ SG	Nussberger	Sandra	1.25062	2	2	2	80	178.4	
3	BBZ SG	Paraskevas	Franz	0	2	1	2	50	111.5	
4	BBZ VD	Boss	Jean- Michel	5.783728	1	1	1	100	223	
4	BBZ VD	Kaiser	Johannes	3	2	1	2	50	111.5	
4	BBZ VD	Ordjonikidze	Elaine	5.202378	2	2	1	100	223	
4	BBZ VD	Rochat	Michèle	3.082568	2	2	2	65	144.95	
5	BBZ ZH	Brun	Vanessa	4.182118	2	2	2	60	133.8	

5	BBZ ZH	Bühler	Martin A.	7	1	1	2	90	200.7	
5	BBZ ZH	Fuhrer	Lucia	0	2	2	2	30	66.9	
5	BBZ ZH	Schriber	Sandra	0	2	2	2	70	156.1	
5	BBZ ZH	Truninger	Susanne	0	2	2	2	80	178.4	
6	Bern B+F	Arnold	Christina	1.741934	2	2	2	80	178.4	
6	Bern B+F	Blanc	Nathalie	0	2	2	2	50	111.5	
6	Bern B+F	Sanchez	Marie-Laure	0	2	2	2	60	133.8	
6	Bern B+F	Thommen	Philipp	0	1	1	1	100	223	
6	Bern B+F	Züttel	Cécile	0	2	2	2	80	178.4	
5.5	Bern B+R	Romer	Jürg	5.498759	1	1	2	80	178.4	
7	Bern EDV / IT	Flück	Frank	9.238095	2	1	2	50	111.5	
7	Bern EDV / IT	Lang	Freddy	0	2	1	2	80	178.4	
7	Bern EDV / IT	Lier	Iris	24.49379 5	2	2	2	80	178.4	nicht langzeit
7	Bern EDV / IT	Rothe	Marco	31.33994 7	2	1	2	80	178.4	
7	Bern EDV / IT	Butera	Luciano	0	2	1	2	100	223	
7	Bern EDV / IT	Cathomas	Jürg	0	2	1	2	80	178.4	
7	Bern EDV / IT	Hänggi	Peter	13.75682	2	1	2	80	178.4	
7	Bern EDV / IT	Käser	Christoph	0	2	1	1	80	178.4	
7	Bern EDV / IT	Vogt	Michael	22	1	1	2	90	200.7	
8	Bern Finanzen	Alaoui	Sarah	27.93548	2	2	2	80	178.4	
8	Bern Finanzen	Flury	Serena	5.888334	2	2	2	80	178.4	
8	Bern Finanzen	Ouachri	Bouchra	8.481388	2	2	2	80	178.4	
8	Bern Finanzen	Riser	Manuel	4.345238	2	1	1	100	223	

8	Bern Finanzen	Schneider	Martin	0	1	1	1	100	223	
9	Bern Generalsekretariat	Blanchard	Michel	248	2	1	2	80	178.4	
9	Bern Generalsekretariat	Cottier	Janique	6	2	2	2	40	89.2	
9	Bern Generalsekretariat	Ehrenzeller	Leonard	0.960316	2	1	1	60	133.8	
9	Bern Generalsekretariat	Gehri	Jolanda	0	2	2	2	50	111.5	
9	Bern Generalsekretariat	Kämpfer	Marja	10.42857	1	2	1	100	223	
9	Bern Generalsekretariat	Mylvaganam	Shi-vanathan	6.49603	2	1	1	30	66.9	
9	Bern Generalsekretariat	Pedrett	Niculin	0	2	1	1	100	223	
9	Bern Generalsekretariat	Pio	Sonia	6.25062	2	2	2	50	111.5	
9	Bern Generalsekretariat	Campedel	Ivana	61.98016	2	2	2	100	223	
9	Bern Generalsekretariat	De Falcis	Rina	116	2	2	2	100	223	
9	Bern Generalsekretariat	Käser	Lisbeth	0.583333	2	2	2	100	223	
9	Bern Generalsekretariat	Meystre	Kannarath	0	1	1	1	80	178.4	
9	Bern Generalsekretariat	Racine	Claudia	0	2	2	2	90	200.7	
9	Bern Generalsekretariat	Schroth	Andreas	3.685143	2	1	2	80	178.4	
9	Bern Generalsekretariat	von Wartburg	Brigitte	37.82119	2	2	2	30	66.9	

	iat									
10	Bern Infra	Gilgen	Kurt	0	1	1	2	50	111.5	
10	Bern Infra	Niffenegger	Anton	1.464285	2	1	1	100	223	
11	Bern IntV+Komm	Escher	Rahel	7.354836	1	2	2	25	55.75	
11	Bern IntV+Komm	Jones	Naomi	1.271523	2	2	2	70	156.1	
11	Bern IntV+Komm	Landtwing	Chris- toph	1	2	1	2	80	178.4	
11	Bern IntV+Komm	Rikli	Benedikt	0	1	1	1	30	66.9	
11	Bern IntV+Komm	Rikli	Alfred	0	2	1	1	60	133.8	
11	Bern IntV+Komm	Schertenleib	Mariette	0	2	2	2	80	178.4	
11	Bern IntV+Komm	Schmid	Olivier	4.990098	2	1	2	100	223	
11	Bern IntV+Komm	Steiner	Susanne	25.23762	2	2	2	40	89.2	nicht lang- zeit
11	Bern IntV+Komm	Damay	Claudine	0	2	2	2	80	178.4	
11	Bern IntV+Komm	Engelhart	Kathrin	116.0198 3	2	2	2	60	133.8	
11	Bern IntV+Komm	Favre	Joel	1.854304	2	1	2	40	89.2	
11	Bern IntV+Komm	Meyrat	Jean- Marc	90.28968	1	1	1	100	223	
11	Bern IntV+Komm	Moser	Daniela	5	2	2	2	100	223	
11	Bern IntV+Komm	Müller	Norbert	0	2	1	2	40	89.2	
11	Bern IntV+Komm	Richoz	Hervé	1	2	1	2	40	89.2	
12	Bern Mark+Fund	Graber	Pierre- Yves	0	1	1	2	60	133.8	
12	Bern Mark+Fund	Jenny	Markus	0	2	1	2	50	111.5	
12	Bern Mark+Fund	Kaufmann	Jürg	0	2	1	2	60	133.8	
12	Bern Mark+Fund	Altenhoff	Olivia	9	1	2	2	80	178.4	
13	Bern Personal	Heimgartner	Sandra	0	2	2	2	90	200.7	

13	Bern Personal	Lautner	Petra	0	1	2	2	90	200.7	
13	Bern Personal	Roschi	Beatrice	2.855524	2	2	1	60	133.8	
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Arnold (Beratungsstelle Basel)	Patrizia	0	2	2	2	100	223	
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Bitterli	Monique	0	2	2	1	70	156.1	
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Knill	Verena	2.091811	2	2	1	0	0	
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Zaugg	Marian	0	2	2	2	100	223	
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Bieri	Katinka	4.059488	2	2	2	80	178.4	
14	BS Basel (Sehber. Region Basel)	Galli (Basel Login)	Christoph	0	1	1	2	100	223	
15	BS Fribourg	Fraginière	Florence	1	2	2	1	50	111.5	
15	BS Fribourg	Meyer	Charly	1	1	1	2	100	223	
15	BS Fribourg	Noël	François	16	2	1	2	80	178.4	
15	BS Fribourg	Tercier	Françoise	5.367245	2	2	2	80	178.4	
15	BS Fribourg	Vuadens	Pierre	2	2	1	2	55	122.65	
15	BS Fribourg	Zimmerli Vieli	Annick	0	2	2	2	50	111.5	
16	BS Graubünden	Burghart	Gabriele	1.325061	2	2	2	80	178.4	
16	BS Graubünden	Caluori-Vonmoos	Anita	2.855524	2	2	2	70	156.1	
16	BS Graubünden	Dougherty	Cheryl	22.02729 2	1	2	2	80	178.4	nicht langzeit
16	BS Graubünden	Junod-Schwarz	Anita	0	2	2	2	80	178.4	
16	BS Graubünden	Kirsch	Gabriele	0	2	2	1	60	133.8	

17	BS Jura	Burki-Cruchet	Sylvie	0	2	2	2	100	223	
17	BS Jura	Chételat	Mélanie	1	2	2	2	40	89.2	
17	BS Jura	Faivre	Marie- Thérèse	6	1	2	2	70	156.1	
17	BS Jura	Guerdat	Céline	0	2	2	2	40	89.2	
17	BS Jura	Probst	Valérie	0	2	2	2	40	89.2	
18	BS Luzern (fsz)	Arnold	Patrizia	0	2	2	1	50	111.5	
18	BS Luzern (fsz)	Battaglia Gick	Manuela	2	2	2	2	100	223	
18	BS Luzern (fsz)	Birkenstock	Christian	0.761904	2	1	2	30	66.9	
18	BS Luzern (fsz)	Coulin	David	0	2	1	2	50	111.5	
18	BS Luzern (fsz)	Coulin	Barbara	2	2	2	2	80	178.4	
18	BS Luzern (fsz)	Estermann	Toni	1	2	1	2	80	178.4	
18	BS Luzern (fsz)	Fischer	Marco	6.2531	1	1	2	80	178.4	
18	BS Luzern (fsz)	Kretz	Gisela	0.809523	2	2	2	50	111.5	
18	BS Luzern (fsz)	Lütolf	Rita	62.13895	2	2	2	80	178.4	
18	BS Luzern (fsz)	Pfyffer-Kuhle	Anne- marie	3	2	2	2	80	178.4	
18	BS Luzern (fsz)	Waller	Cindy	2.218542	2	2	1	60	133.8	
18	BS Luzern (fsz)	Heer	Michael	1	2	1	2	100	223	
19	BS Retina ZH	Capelli	Daniela	0	2	2	2	50	111.5	
19	BS Retina ZH	Filippini Türlér	Rita	0	2	2	2	100	223	
19	BS Retina ZH	Leuzinger	Claudia	0	2	2	2	25	55.75	
19	BS Retina ZH	Fasser	Christina	0	1	2	2	70	156.1	
20	BS Valais	Challandes	Esther	0	2	2	2	60	133.8	
20	BS Valais	Clivaz	Muriel	0	2	2	2	50	111.5	
20	BS Valais	Dumont	Marie Hélène	0	2	2	2	80	178.4	

20	BS Valais	Eggs Milhit	Corinne	1.473944	1	2	2	80	178.4	
20	BS Valais	Javet	Denise	5.58333	2	2	2	50	111.5	
20	BS Valais	Métraiiller	Corinne	10.00662 2	2	2	2	60	133.8	
21	BS Zürich	Ernest	Brigitte	0	2	2	2	70	156.1	
21	BS Zürich	Ginter	Corinne	0	2	2	2	0	0	
21	BS Zürich	Hirzel	Hanspet er	0	2	1	2	50	111.5	
21	BS Zürich	Studer	Janine	4.142383	2	2	2	60	133.8	
21	BS Zürich	Weber	Christine	3.857142	2	2	2	50	111.5	
21	BS Zürich	Acuna	Beatrice	1.427762	1	2	2	35	78.05	
21	BS Zürich	Häni	Anita	3	2	2	2	60	133.8	
21	BS Zürich	Przibille-Koch	Brigitte	12.59322	2	2	2	50	111.5	
			Total	1179.08					20560. 6	

Berechnungen/Korrekturen

Generalsekretariat: 4 Langzeitkranke = 464 Tage

Finanzen: 1 Langzeitkranke = 28 Tage

EDV: 2 Langzeitkranke = 54 Tage

BS Luzern: 1 Langzeitkranke = 62 Tage

InfV+Komm: 2 Langzeitkranke = 206 Tage

Korrigendum: 92.52 Tage aufgesplittet auf kürzere Absenzen (betrifft 4 Personen, siehe Spalte rechts aussen)

Langzeitabsenzen total 814

Kurzzeitabsenzen total 365

Total Absenzen 2013: 1179

Datensätze/Ergebnisse von weiteren Berechnungen

Ergebnisse Mittelwertvergleiche Absenzen zwischen den Abteilungen

Berechnung inkl. Langzeitabsenzen

Krankheit 2012

ABT	Mittelwert	N	Standardabweichung
BBZ Bern	2.847669	4	3.2958553
BBZ LU	3.087301	3	3.2621944
BBZ SG	3.336638	3	5.7792260
BBZ VD	8.348860	3	5.3567823
BBZ ZH	2.861663	4	4.8075062
Bern B+R	.000000	1	.
Bern B+F	6.108684	5	13.1075691
Bern EDV	9.526460	7	8.4568905
Bern Finanzen	5.134575	5	4.0719151
Generalsekretariat	20.118339	15	34.0030375
Infra	3.767857	2	5.3285538
InfV+Komm	5.543374	13	5.4562536
Mark +Fund	.765922	3	1.3266158
Personal	6.018239	2	2.9583842
BS Basel	2.459677	4	3.3094924
Fribourg	3.859553	5	4.8259393
BS Graubünden	2.280397	5	1.7144792
BS Jura	1.250000	4	.9574271
BS Luzern	3.148947	11	4.8173426
BS Retina	3.500000	4	7.0000000
BS Valais	2.710039	5	1.8302402
BS Zürich	1.449773	8	1.8145466
Insgesamt	6.078374	116	13.9847428

Krankheit 2013

ABT	Mittelwert	N	Standardabweichung
BBZ Bern	7.66516980	5	8.249342973
BBZ LU	.75000000	4	.957427108
BBZ SG	.25012400	5	.559294267
BBZ VD	4.26716850	4	1.435683795
BBZ ZH	2.23642360	5	3.220332218
Bern B+R	5.49875900	1	.
Bern B+F	.34838680	5	.779016567
Bern EDV	11.20318411	9	12.304108862
Bern Finanzen	9.33008800	5	10.846956317
Generalsekretariat	33.21369080	15	67.573034716
Infra	.73214250	2	1.035405853
InfV+Komm	16.93452607	15	35.915716853
Mark +Fund	2.25000000	4	4.500000000
Personal	.95184133	3	1.648637550
BS Basel	1.02521650	6	1.705796169
Fribourg	4.22787417	6	6.059006504
BS Graubünden	5.24157540	5	9.457019000
BS Jura	1.40000000	5	2.607680962
BS Luzern	6.76516825	12	17.519594493
BS Retina	.00000000	4	.000000000
BS Valais	2.84398267	6	4.121872007
BS Zürich	3.12756338	8	4.198832394
Insgesamt	8.79912654	134	27.646046953

Berechnung ohne Langzeitabsenzen

Krankheit 2012

ABT	Mittelwert	N	Standardabweichung
BBZ Bern	2.847669	4	3.2958553
BBZ LU	3.087301	3	3.2621944
BBZ SG	3.336638	3	5.7792260
BBZ VD	8.348860	3	5.3567823
BBZ ZH	2.861663	4	4.8075062
Bern B+R	.000000	1	.
Bern B+F	.250000	4	.5000000
Bern EDV	6.809821	6	4.8815698
Bern Finanzen	5.134575	5	4.0719151
Generalsekretariat	5.684321	12	5.2553434
Infra	3.767857	2	5.3285538
InfV+Komm	5.543374	13	5.4562536
Mark +Fund	.765922	3	1.3266158
Personal	6.018239	2	2.9583842
BS Basel	2.459677	4	3.3094924
Fribourg	3.859553	5	4.8259393
BS Graubünden	2.280397	5	1.7144792
BS Jura	1.250000	4	.9574271
BS Luzern	3.148947	11	4.8173426
BS Retina	3.500000	4	7.0000000
BS Valais	2.710039	5	1.8302402
BS Zürich	1.449773	8	1.8145466
Insgesamt	3.749175	111	4.3797921

Krankheit 2013

ABT	Mittelwert	N	Standardabweichung
BBZ Bern	7.66493240	5	8.248869002
BBZ LU	.75000000	4	.957427108
BBZ SG	.25012400	5	.559294267
BBZ VD	4.26716850	4	1.435683795
BBZ ZH	2.23642360	5	3.220332218
Bern B+R	5.49875900	1	.
Bern B+F	.34838680	5	.779016567
Bern EDV	6.78355929	7	9.593712000
Bern Finanzen	4.67874000	4	3.555515951
Generalsekretariat	3.12763745	11	3.650523456
Infra	.73214250	2	1.035405853
InfV+Komm	3.66928931	13	6.907573817
Mark +Fund	2.25000000	4	4.500000000
Personal	.95184133	3	1.648637550
BS Basel	1.02521650	6	1.705796169
Fribourg	4.22787417	6	6.059006504
BS Graubünden	5.24011700	5	9.453783278
BS Jura	1.40000000	5	2.607680962
BS Luzern	1.73118809	11	1.768951077
BS Retina	.00000000	4	.000000000
BS Valais	2.84398267	6	4.121872007
BS Zürich	3.12756338	8	4.198832394
Insgesamt	2.94788569	124	4.935497148

Berechnung „Bern als eine Einheit“

Krankheit 2012

ABT	Mittelwert	N	Standardabweichung
BBZ Bern	2.847669	4	3.2958553
BBZ LU	3.087301	3	3.2621944
BBZ SG	3.336638	3	5.7792260
BBZ VD	8.348860	3	5.3567823
BBZ ZH	2.861663	4	4.8075062
Bern insgesamt	9.785102	53	19.7190726
BS Basel	2.459677	4	3.3094924

Fribourg	3.859553	5	4.8259393
BS Graubünden	2.280397	5	1.7144792
BS Jura	1.250000	4	.9574271
BS Luzern	3.148947	11	4.8173426
BS Retina	3.500000	4	7.0000000
BS Valais	2.710039	5	1.8302402
BS Zürich	1.449773	8	1.8145466
Insgesamt	6.078374	116	13.9847428

Bericht

Krankheit 2013

ABT	Mittelwert	N	Standardabweichung
BBZ Bern	7.66516980	5	8.249342973
BBZ LU	.75000000	4	.957427108
BBZ SG	.25012400	5	.559294267
BBZ VD	4.26716850	4	1.435683795
BBZ ZH	2.23642360	5	3.220332218
Bern insgesamt	15.59767546	59	39.794922703
BS Basel	1.02521650	6	1.705796169
Fribourg	4.22787417	6	6.059006504
BS Graubünden	5.24157540	5	9.457019000
BS Jura	1.40000000	5	2.607680962
BS Luzern	6.76516825	12	17.519594493
BS Retina	.00000000	4	.000000000
BS Valais	2.84398267	6	4.121872007
BS Zürich	3.12756338	8	4.198832394
Insgesamt	8.79912654	134	27.646046953

Ergebnisse zu Mittelwertvergleichen inkl. Langzeitabsenzen von Position, Pensum und Geschlecht

Vergleich nach Position

Bericht

Krankheit 2012

Position	Mittelwert	N	Standardabweichung
Vorgesetzte	3.052653	25	4.0607054
Mitarbeitende	6.909616	91	15.5647046
Insgesamt	6.078374	116	13.9847428

Krankheit 2013

Position	Mittelwert	N	Standardabweichung
Vorgesetzte	7.67452581	26	17.927542745
Mitarbeitende	9.06986375	108	29.572768074
Insgesamt	8.79912654	134	27.646046953

Vergleich nach Arbeitspensum (Voll-/Teilzeit)

Krankheit 2012

Pensum	Mittelwert	N	Standardabweichung
Vollzeit	4.245255	23	8.0079745
Teilzeit	6.531726	93	15.1024360
Insgesamt	6.078374	116	13.9847428

Krankheit 2013

Pensum	Mittelwert	N	Standardabweichung
Vollzeit	5.87548270	23	18.603647321
Teilzeit	9.40492661	111	29.201647183
Insgesamt	8.79912654	134	27.646046953

Vergleich nach Geschlecht

Krankheit 2012

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
männlich	6.841276	43	13.8186278	2.1073210
weiblich	5.628993	73	14.1573705	1.6569949
Insgesamt	6.078374	116	13.9847428	1.2984508

Krankheit 2013

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
männlich	9.97415092	50	36.974388020	5.228968100
weiblich	8.09970726	84	20.403794638	2.226236509
Insgesamt	8.79912654	134	27.646046953	2.388254705

Ergebnisse zu Korrelationen

2012 mit Langzeitabsenzen

Korrelationen

			Krankheit	Position	Pensum	geschlecht
Spearman-Rho	Krankheit	Korrelationskoeffizient	1.000	.137	.159	.015
		Sig. (2-seitig)	.	.143	.089	.873
		N	116	116	116	116
	Position	Korrelationskoeffizient	.137	1.000	.370**	.292**
		Sig. (2-seitig)	.143	.	.000	.001
		N	116	116	116	116
	Pensum	Korrelationskoeffizient	.159	.370**	1.000	.335**
		Sig. (2-seitig)	.089	.000	.	.000
		N	116	116	116	116
	geschlecht	Korrelationskoeffizient	.015	.292**	.335**	1.000
		Sig. (2-seitig)	.873	.001	.000	.
		N	116	116	116	116

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau). signifikant (zweiseitig)

2012 ohne Langzeitabsenzen

Korrelationen

			Krankheit	Position	Pensum	geschlecht
Spearman-Rho	Krankheit	Korrelationskoeffizient	1.000	.104	.174	.056
		Sig. (2-seitig)	.	.276	.068	.560
		N	111	111	111	111
	Position	Korrelationskoeffizient	.104	1.000	.381**	.314**
		Sig. (2-seitig)	.276	.	.000	.001
		N	111	111	111	111
	Pensum	Korrelationskoeffizient	.174	.381**	1.000	.333**
		Sig. (2-seitig)	.068	.000	.	.000
		N	111	111	111	111
	geschlecht	Korrelationskoeffizient	.056	.314**	.333**	1.000
		Sig. (2-seitig)	.560	.001	.000	.
		N	111	111	111	111

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

2013 mit Langzeitabsenzen

Korrelationen

			Krank- heit	Position	Pensum	Ges- chlecht
Spearman-Rho	Krankheit	Korrelationskoeffizient	1.000	-.070	.049	.040
		Sig. (2-seitig)	.	.423	.573	.644
		N	134	134	134	134
	Position	Korrelationskoeffizient	-.070	1.000	.177*	.285**
		Sig. (2-seitig)	.423	.	.041	.001
		N	134	134	134	134
	Pensum	Korrelationskoeffizient	.049	.177*	1.000	.222*
		Sig. (2-seitig)	.573	.041	.	.010
		N	134	134	134	134
	Geschlecht	Korrelationskoeffizient	.040	.285**	.222*	1.000
		Sig. (2-seitig)	.644	.001	.010	.
		N	134	134	134	134

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

2013 ohne Langzeitabsenzen

Korrelationen

			Krankheit	Position	Pensum	Geschlecht
Spearman-Rho	Krankheit	Korrelationskoeffizient	1.000	-.083	.028	.054
		Sig. (2-seitig)	.	.360	.754	.548
		N	124	124	124	124
	Position	Korrelationskoeffizient	-.083	1.000	.147	.258**
		Sig. (2-seitig)	.360	.	.104	.004
		N	124	124	124	124
	Pensum	Korrelationskoeffizient	.028	.147	1.000	.211*
		Sig. (2-seitig)	.754	.104	.	.018
		N	124	124	124	124
	Geschlecht	Korrelationskoeffizient	.054	.258**	.211*	1.000
		Sig. (2-seitig)	.548	.004	.018	.
		N	124	124	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Ergebnisse zu den multiplen Regressionsanalysen inkl. Regressionsgleichungen

2012 mit Langzeitabsenzen

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.146 ^a	.021	-.005	14.0186610
2	.138 ^b	.019	.002	13.9720250
3	.114 ^c	.013	.004	13.9545460
4	.000 ^d	.000	.000	13.9847428

a. Einflußvariablen : (Konstante), Pensum, geschlecht, Position

b. Einflußvariablen : (Konstante), geschlecht, Position

c. Einflußvariablen : (Konstante), Position

d. Einflußvariable: (Konstante)

Koeffizienten

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	-.120	7.336		-.016	.987
	Position	4.148	3.473	.122	1.194	.235
	geschlecht	-2.746	2.914	-.095	-.942	.348
	Pensum	1.815	3.634	.052	.499	.618
2	(Konstante)	1.610	6.445		.250	.803
	Position	4.672	3.299	.138	1.416	.159
	geschlecht	-2.375	2.809	-.082	-.846	.400
3	(Konstante)	-.804	5.770		-.139	.889
	Position	3.857	3.151	.114	1.224	.223
4	(Konstante)	6.078	1.298		4.681	.000

a. Abhängige Variable: Krankheit

Die Regressionsgleichung lautet: Krankheit = 4.148*Position -2.746*Geschlecht + 1.815*Pensum

2012 ohne Langzeitabsenzen

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.128 ^a	.016	-.011	4.4042391
2	.115 ^b	.013	-.005	4.3909926
3	.103 ^c	.011	.001	4.3765080
4	.000 ^d	.000	.000	4.3797921

a. Einflußvariablen : (Konstante), Pensum, geschlecht, Position

b. Einflußvariablen : (Konstante), Pensum, Position

c. Einflußvariablen : (Konstante), Pensum

d. Einflußvariable: (Konstante)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	1.483	2.330		.636	.526
Position	.714	1.108	.068	.644	.521
geschlecht	-.560	.945	-.062	-.593	.555
Pensum	1.064	1.169	.097	.910	.365
2 (Konstante)	1.118	2.240		.499	.619
Position	.573	1.079	.055	.531	.596
Pensum	.896	1.131	.082	.792	.430
3 (Konstante)	1.723	1.923		.896	.372
Pensum	1.125	1.042	.103	1.079	.283
4 (Konstante)	3.749	.416		9.019	.000

a. Abhängige Variable: Krankheit

Die Regressionsgleichung lautet: Krankheit = 0.714*Position – 0.560*Geschlecht + 1.064*Pensum

2013 mit Langzeitabsenzen

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.070 ^a	.005	-.018	27.894514260
2	.066 ^b	.004	-.011	27.795821214
3	.048 ^c	.002	-.005	27.718154955
4	.000 ^d	.000	.000	27.646046953

a. Einflußvariablen : (Konstante), Geschlecht, Pensum, Position

b. Einflußvariablen : (Konstante), Geschlecht, Pensum

c. Einflußvariablen : (Konstante), Pensum

d. Einflußvariable: (Konstante)

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardis-	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	ierte Koef- fizienten Beta		
1	(Konstante)	3.081	15.384		.200	.842
	Position	1.750	6.405	.025	.273	.785
	Pensum	4.053	6.603	.055	.614	.540
	Geschlecht	-2.982	5.286	-.052	-.564	.574
2	(Konstante)	5.238	13.156		.398	.691
	Pensum	4.272	6.531	.058	.654	.514
	Geschlecht	-2.613	5.092	-.046	-.513	.609
3	(Konstante)	2.346	11.855		.198	.843
	Pensum	3.529	6.350	.048	.556	.579
4	(Konstante)	8.799	2.388		3.684	.000

a. Abhängige Variable: Krankheit

Die Regressionsgleichung lautet: Krankheit = 1.750*Position + 4.053*Pensum – 2.982*Geschlecht

2013 ohne Langzeitabsenzen

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R- Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.157 ^a	.025	.000	4.935568581
2	.137 ^b	.019	.003	4.929947445
3	.097 ^c	.009	.001	4.933045594
4	.000 ^d	.000	.000	4.936175637

a. Einflußvariablen : (Konstante), Pensum, Position, Geschlecht

b. Einflußvariablen : (Konstante), Position, Geschlecht

c. Einflußvariablen : (Konstante), Geschlecht

d. Einflußvariable: (Konstante)

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	1.732	2.854		.607	.545
	Position	-1.342	1.167	-.108	-1.151	.252
	Geschlecht	1.099	.966	.108	1.138	.257
	Pensum	1.015	1.193	.079	.851	.396
2	(Konstante)	3.164	2.303		1.374	.172
	Position	-1.246	1.160	-.100	-1.074	.285
	Geschlecht	1.248	.949	.123	1.316	.191
3	(Konstante)	1.342	1.558		.861	.391
	Geschlecht	.986	.917	.097	1.075	.284
4	(Konstante)	2.948	.443		6.651	.000

a. Abhängige Variable: Krankheit

Die Regressionsgleichung lautet: Krankheit = -1.342*Position + 1.099*Geschlecht + 1.015*Pensum

Anhang F – Software Sunetplus

Printscreens Sunetplus

Screenshots zur bildlichen Veranschaulichung gebotener Möglichkeiten:

1.2 Ereignisse - Pro 1000 Vollbeschäftigte

Auswahl Ereignisse

- Ereignisse
- Berufsunfall
- Nichtberufsunfall
- Krankheit
- Mutterschaft
- Krankheit (Absenz)
- Militär
- Mutterschaft (Absenz)
- Öffentliches Amt
- Unfall (Absenz)
- Weiterbildung
- Zivildienst

Filter

Datenprofil: [Dropdown]

Betriebsteil: [Dropdown]

Organisationseinheiten: Roschi AG

Zeitraum

Von (Inklusive): 01.01.2014

Bis (Inklusive): 24.03.2014

Anzeigemodus: Normal Vergleich [3] Zeitraum

Berechnungsgrundlage Anzahl Vollbeschäftigte

Jahr	Vollbeschäftigte
2012	0
2013	0
2014	1

Callouts:

- Verschiedene Auswertungsmöglichkeiten (points to the left sidebar menu)
- Vergleiche mit anderen Jahren möglich (points to the comparison mode and year table)

2.3 Ausfallzeit - In % der Sollarbeitszeit

Auswahl Ereignisse

- Ereignisse
- Krankheit (Absenz)
- Militär
- Mutterschaft (Absenz)
- Öffentliches Amt
- Unfall (Absenz)
- Weiterbildung
- Zivildienst

Filter

Datenprofil: [Dropdown]

Betriebsteil: [Dropdown]

Organisationseinheiten: Roschi AG

Zeitraum

Von (Inklusive): 01.01.2014

Bis (Inklusive): 24.03.2014

Wochenenden berücksichtigen: Faktor 5/7 verwenden Ausschliessen

Anzeigemodus: Normal Vergleich [3] Zeiträume

Berechnungsgrundlage Anzahl Vollbeschäftigte

Jahr	Vollbeschäftigte	Sollstunden
2012	0	0
2013	0	0
2014	1	1912,5

Callouts:

- Automatische Berechnung der Absenzerate (points to 'Absolut [Tage]' in the left sidebar)
- Verschiedene Auswertungsmöglichkeiten (points to the left sidebar menu)

Auswahl

1.15 Ereignisse nach Absenzdauer

Auswahl Ereignisse

- Ereignisse
 - Berufsunfall
 - Nichtberufsunfall
 - Krankheit
 - Mutterschaft
 - Ferien
 - Krankheit (Absenz)
 - Militär
 - Mutterschaft (Absenz)
 - Öffentliches Amt
 - Unfall (Absenz)
 - Weiterbildung
 - Zwischschutz

Zeitraum

Von (Inklusive) 01.01.2014

Bis (Inklusive) 24.03.2014

Wochenenden berücksichtigen

Eingeschlossen Ausschliessen

Geschlecht

Trennung nach Geschlecht Weiblich Männlich

Auswahl Zeiträume

Benutzerdefiniert

- 0 Tage
- 1 - 5 Tage
- 6 - 15 Tage
- 16 - 30 Tage
- 31 - 90 Tage
- 91 - 180 Tage
- >181 Tage

Zeiträume durch Komma getrennt eingeben. Beispiel: 1,3,5-12

Auswertung nach Geschlecht

Auswertung nach Zeiträumen

Police

Statistik

Favoriten verwalten

Vollbeschäftigte/Sollstunden verwalten

Statistik Favoriten

Statistik

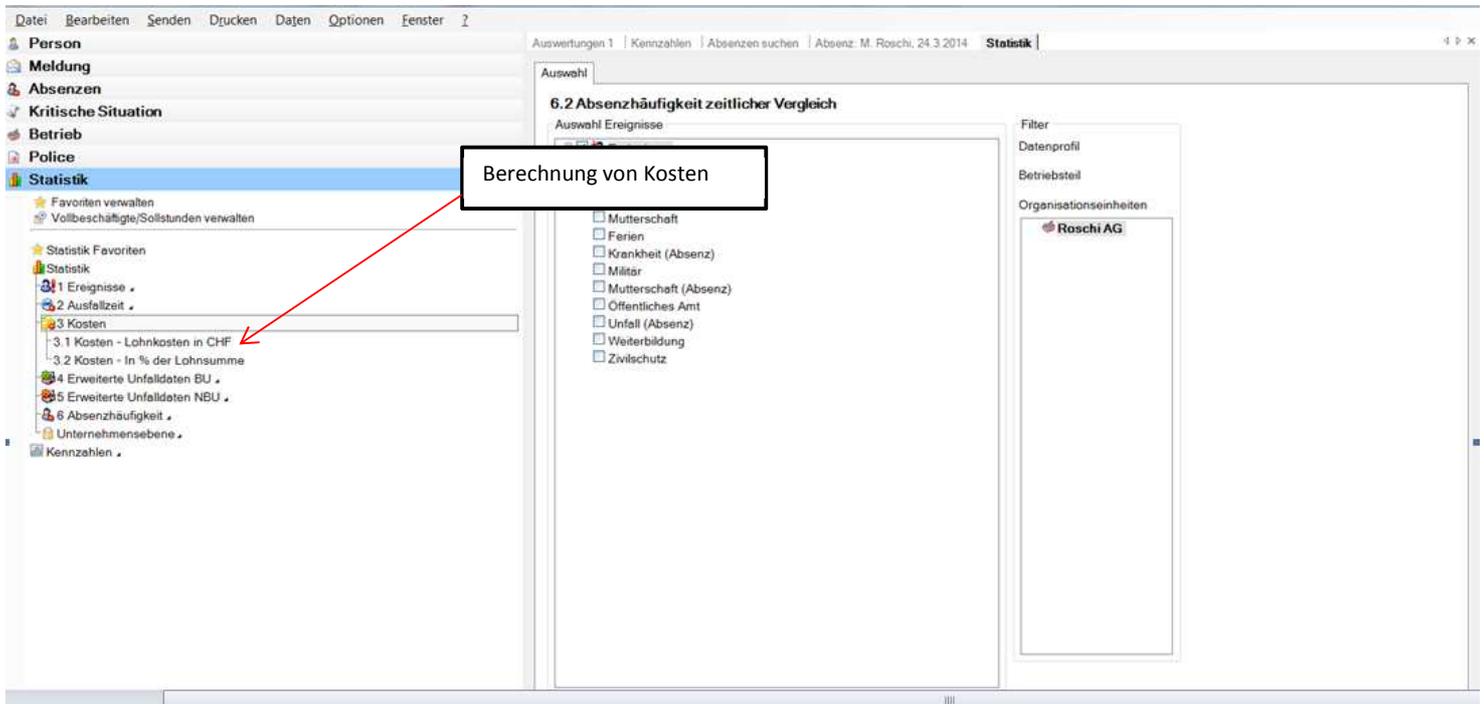
- 1 Ereignisse
 - 1.1 Ereignisse - Absolut
 - 1.2 Ereignisse - Pro 1000 Vollbeschäftigte
 - 1.3 Ereignisse - Organisationseinheiten
 - 1.4 Ereignisse - Dauer der Betriebszugehörigkeit
 - 1.5 Ereignisse - Pro Alterskategorie
 - 1.6 Ereignisse - Arbeitsaufnahme nach Wochentag
 - 1.7 Ereignisse - Beginn Arbeitsausfall nach Wochentag
 - 1.8 Ereignisse - Beginn Arbeitsausfall nach Monat
 - 1.9 Ereignisse - Unfallart
 - 1.10 Ereignisse - Körperteile
 - 1.11 Ereignisse - Verletzungsart
 - 1.12 Ereignisse - Betätigung NBU
 - 1.13 Übersichtsliste UVG
 - 1.14 Übersichtsliste Absenzen
 - 1.15 Ereignisse nach Absenzdauer
- 2 Ausfallzeit
- 3 Kosten
- 4 Erweiterte Unfalldaten BU
- 5 Erweiterte Unfalldaten NBU
- 6 Absenzzhäufigkeit
- Unternehmensebene
- Kennzahlen

Auswertungen

Arbeitsplatz

Benutzer: Administrator | Datenbank: C:\Users\Garage Roschi\Desktop\Demo Roschi.suncr | Aktive Jobs: 0

Auswertung nach Hierarchiestufen/Position



Anhang G - Checkliste Gestaltung Absenzenmanagement



1. Grundlagen schaffen

- Absenzmanager definieren
- Projektteam definieren (Absenzmanager, Personalkommission, je eine Person aus Abteilung mit vielen/wenig Absenzen)
- Krankheitsbedingte Absenzen definieren (Langzeit-/Kurzzeit, Mutterschaft, private Abwesenheiten, etc.)
- Parameter definieren (Ausreisser sowie auch Abwesenheitslänge => wann Rückkehrgespräch, wann Fehlzeitengespräch? Welche Auswertungen sollen vorgenommen werden können?)

2. Prozesse festlegen

- Absenz wird von MA an vorgesetzte Person (falls dieser abwesend an Absenzmanager) am ersten Tag bis 8.30 gemeldet.
- Absenz wird von vorgesetzter Person an Absenzmanager gemeldet (inkl. Datum der Rückkehr)
- Kranke Person wird regelmässig (z.B. 1x wöchentlich) durch vorgesetzte Person kontaktiert (Austausch, Wertschätzung)
- Ab Krankheit länger als eine Woche wird durch vorgesetzte Person Blumen, Karte oder ähnliches zur Anteilnahme verschickt
- Rückkehr-/Fehlzeitengespräch bei Rückkehr an Arbeitsplatz (s. separate Checkliste, Anhang A)

3. Situation erfassen

Bevor Massnahmen erarbeitet werden können, muss die Situation erfasst werden (evtl. abteilungsbezogen)!!

- Situationserfassung je nach Umfang entweder durch flächendeckende MA-Umfrage, durch einzelne Gespräche oder durch Instrumente wie dem Gesundheitszirkel
- Resultate müssen von GL reflektiert und den MA vorgelegt werden

4. Instrumente einführen

- **Gestaltung Gesundheitszirkel:**
 - 12-14 Personen ohne Führungsperson
 - Austausch 1x monatlich zu gesundheitsbezogenen Anliegen, Problemlagen (Arbeitsumgebung, Arbeitsbedingungen, soziale Aspekte) und Erarbeitung von Massnahmen
 - Zwischenzeitlich: Aufnahmen von Anliegen, Problemlagen, etc.
 - Regelmässige (z.B. nach jedem Quartal) Rückmeldung der Ergebnisse an die Geschäftsleitung

- Differenzierung von Massnahmen, die selber umgesetzt werden können und Massnahmen, die durch die GL bzw. das Unternehmen umgesetzt werden müssen.
- Stand der Umsetzung überprüfen
- **Einführung Rückkehrgespräche**
 - Vorgängig Vorgesetzte schulen (!)
 - Betriebsinterner, standardisiert verwendeter Gesprächsleitfaden erarbeiten (Inputs dazu siehe Anhang A)
 - Checkliste/Protokoll ausfüllen

5. Massnahmen

Aufgrund der in Bern durchgeführten Interviews sind folgende Massnahmen umzusetzen:

Gesundheitskultur

- Gesundheitskultur erschaffen
- Gesundheitskultur vorleben, Lücken zwischen IST und SOLL eruieren, => Reflektion der unbewussten Grundwerte mittels (externem) Coaching.
 - Mitarbeitende miteinbeziehen
 - Gesundheit ist nicht nur Privatsache
 - Führungskräfte als Vorbild
 - Transparente Kommunikation
- Gefässe schaffen, wo Offenheit gefördert wird (z.B. homogener Gesundheitszirkel)

Führungsverhalten

- Führungsverhalten sensibilisieren (Fragebogen im Anhang B)
- Gesundheitsförderliche Führung
 - Soziale Unterstützung
 - Gestaltung von Arbeitsbedingungen
 - Gesundheitsbezogene Achtsamkeit/kennen von Massnahmen
 - Gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit/von Massnahmen überzeugt sein
 - Gesundheitsvalenz/gesundheitsbezogene Einstellung

Arbeitsgestaltung

- Tätigkeiten sollen folgende Aspekte beinhalten:
 - Vielfältig
 - Ganzheitlich
 - Bedeutsam
 - Autonomie
 - Feedback
 - Teamarbeit

Sensibilisierung

- Kurse zu Themen wie Stressmanagement, Konfliktlösung, Entspannung und weitere werden angeboten.