



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften (B. Sc.)

Bachelorarbeit

Was beeinflusst die Nutzung von bestehenden
Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung?

Eine systematische Literaturrecherche

Vorgelegt von: **Hanna Mareike Holst**
Matrikelnummer: 2095694

Betreuende Prüferin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Zita Schillmöller
Zweite Prüferin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Adis

Tag der Abgabe: 27. Februar 2015

Zusammenfassung

Hintergrund: Betriebliche Gesundheitsförderung kann laut aktueller Erkenntnisse zu einer Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz führen. Zwar gewinnt dieses Ziel immer mehr an Bedeutung, die Nutzung bestehender Angebote ist allerdings häufig nur gering. In der vorliegenden Arbeit sollen Einflüsse untersucht werden, die hierfür verantwortlichen sein könnten.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde anhand ausgewählter Modelle eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese erfolgte unter Beachtung definierter Ein- und Ausschlusskriterien in den Datenbanken „PubMed“ und „Google Scholar“ sowie in den Beständen der Verfasserin dieser Arbeit und durch Sichten weiterführender Literaturverweise. Insgesamt wurden 40 Publikationen ausgewertet.

Ergebnisse: Hemmende und förderliche Einflüsse einer Nutzung sind vielfältig und lassen sich drei Ebenen zuordnen. Auf organisatorischer Ebene treten Einflüsse durch die Erstellung und Gestaltung der Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie durch Betriebsgröße und -branche auf. Die individuelle Ebene umfasst Einflüsse durch persönliche Einstellungen und Eindrücke sowie durch (sozio-)demographische Merkmale, während zwischenmenschliche Beziehungen auf interpersoneller Ebene die Inanspruchnahme von Betrieblicher Gesundheitsförderung beeinflussen können.

Fazit: Auf methodischer Ebene führt das Fehlen eines einheitlichen Verständnisses von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu einigen Einschränkungen in den themenrelevanten Erhebungen. Auf inhaltlicher Ebene sind die Gründe für eine Nichtinanspruchnahme von Betrieblicher Gesundheitsförderung nicht immer erkennbar. Eine Anpassung an die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe und an die Mitarbeiter im Allgemeinen ist notwendig, um eine Teilnahme positiv zu beeinflussen. Hierfür gilt es ebenso, Motivationsmöglichkeiten zu ermitteln. Für zukünftige Recherchen und Forschungen empfiehlt sich eine Einschränkung auf die Untersuchung der Einflüsse bei einer bestimmten Zielgruppen oder einer konkreten Maßnahme.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Hintergrundinformationen	2
2.1 Gesundheitsförderung	2
2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	3
3 Problemstellung: Inanspruchnahme von Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung	5
4 Methodisches Vorgehen	7
4.1 Durchführung der Literaturrecherche	9
4.1.1 Durchführung der Literaturrecherche in „PubMed“	12
4.1.2 Durchführung der Literaturrecherche in “google scholar”	13
4.1.3 Überblick über Ergebnisse der Literaturrecherche	14
4.2 Durchführung der qualitativen Auswertung der Literaturrecherche	17
5 Ergebnisse	21
5.1 Hemmende und förderliche Einflüsse auf Ebene der Organisation	22
5.1.1 Einflüsse durch Angebotserstellung	22
5.1.2 Einflüsse durch Angebotsgestaltung	25
5.1.3 Einflüsse durch Betriebsgröße und Branche	31
5.2 Hemmende und förderliche Einflüsse auf individueller Ebene	33
5.2.1 Einflüsse persönlicher Einstellungen und Eindrücke	34
5.2.2 Einflüsse (sozio-)demographischer Merkmale	41
5.3 Hemmende und förderliche Einflüsse auf interpersoneller Ebene	44
6 Reflexion	46
6.1 Reflexion der inhaltlichen Ergebnisse	46
6.2 Reflexion des methodischen Vorgehens	53
7 Fazit	56
Literaturverzeichnis	57
Eidesstattliche Erklärung	64
Anhang	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche	11
Abbildung 2:	Selektion der Ergebnisse von „PubMed“ unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien.....	15
Abbildung 3:	Selektion der Ergebnisse von "google scholar" unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien.....	15
Abbildung 4:	Zusammenstellung aller unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien ausgewerteten Publikationen.....	16
Abbildung 5:	inhaltsanalytisches Ablaufmodell.....	17
Abbildung 6:	Zusammenführung „Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein)“ und „Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung“	19
Abbildung 7:	Anteile der Beschäftigten, die die Teilnahme an BGF-Maßnahmen in ihrem Betrieb bestätigten, für die Analysestichproben 2005/06 und 2011/12	32
Abbildung 8:	Angaben von Beschäftigungsgruppen zur Teilnahme an bestehenden Angeboten des Arbeitgebers	43
Abbildung 9:	Der Suchprozess	65
Abbildung 10:	Stichwortliste „google scholar“ für Komponente 1 und Komponente 2	78
Abbildung 11:	zusammengefügte Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen für die Teilnahmequoten bestimmter demographischer Determinanten	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung des Kategoriensystems am Beispiel „Ebene der Organisation“	20
Tabelle 2:	zusammengefasste Teilnahmeniveaus und entsprechende 95%-Konfidenzintervalle für ausgewählte Studieneigenschaften	29
Tabelle 3:	Teilnahme in Prozent (%) bezogen auf vorhandene Maßnahmen	30
Tabelle 4:	Einflüsse durch Angebotsgestaltung	31
Tabelle 5:	Einflüsse durch Betriebsgröße und Branche	33
Tabelle 6:	Einflüsse durch persönliche Einstellungen und Eindrücke	40
Tabelle 7:	Einflüsse (sozio-)demographischer Merkmale.....	44
Tabelle 8:	Einflüsse interpersoneller Art.....	45
Tabelle 9:	allgemeine Stichwortliste zu Komponente 1: Betriebliche Gesundheitsförderung.....	66
Tabelle 10:	allgemeine Stichwortliste zu Komponente 2: Einfluss auf Nutzung.....	66
Tabelle 11:	Autorenliste	67
Tabelle 12:	Stichwortliste „PubMed“ zu Komponente 1: Betriebliche Gesundheitsförderung.....	67
Tabelle 13:	Stichwortliste „PubMed“ zu Komponente 2: Einfluss auf Nutzung	68

Abkürzungsverzeichnis

BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
DNBGF	Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
ENWHP	European Network For Workplace Health Promotion/Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
GF	Gesundheitsförderung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)¹ ist eine moderne Unternehmensstrategie, die in den vergangenen Jahren zunehmend an Interesse gewonnen hat. Mit BGF können Unternehmen auf sich verändernde gesundheitliche Beanspruchungen und Belastungen, insbesondere im psychischen Bereich, reagieren und zu einer Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz beitragen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 7). Wirksamkeit und ökonomischer sowie gesundheitlicher Nutzen von BGF sind laut dem Netzwerk „Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung“ (DNBGF) in Studien und in der praktischen Umsetzung wiederholt nachgewiesen worden. So hat BGF beispielsweise langfristig nicht nur einen Abbau des Krankenstandes zur Folge, sie erhöht gleichzeitig Motivation und Wohlbefinden der Mitarbeiter (DNBGF, o.J.).

Allerdings finden Angebote der BGF zum Teil nur wenige Nutzer², selbst wenn Unternehmen ihre Angebote an den in der Literatur genannten Kriterien für erfolgreiche BGF ausrichten. Welche Gründe dafür verantwortlich sein könnten, ist bislang kaum bekannt. Insbesondere die Wahrnehmung von BGF seitens der Mitarbeiter stellt hier ein vernachlässigtes Forschungsfeld dar (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 77f.). Ziel der vorliegenden explorativen Arbeit ist daher, anhand einer systematischen Literaturrecherche sowohl hemmende als auch förderliche Einflüsse auf die Nutzung bestehender Maßnahmen herauszustellen.

Zu Beginn der Arbeit erfolgt eine Einführung in das Themenfeld Gesundheitsförderung (GF) und BGF. Nach einer Erläuterung der Begrifflichkeiten werden Ziele, Wirksamkeit und Nutzen der Strategie vorgestellt. Danach wird die Problematik der geringen Inanspruchnahme von BGF-Angeboten anhand verschiedener Untersuchungsergebnisse vertieft. Eine Beschreibung des methodischen Vorgehens bei der systematischen Literaturrecherche sowie ihrer Durchführung erfolgt im nächsten Schritt. Im Anschluss werden die erzielten Ergebnisse in den drei Kategorien Organisationsebene, individuelle Ebene und interpersonelle Ebene dargestellt. Abschließend erfolgen eine Diskussion dieser Ergebnisse sowie eine Reflexion des methodischen Vorgehens, bevor ein Fazit mit gegeben wird.

¹ In der Arbeit verwendete Abkürzungen (vgl. „Abkürzungsverzeichnis“, S. IV) umfassen alle Deklinationen. Somit ist bspw. mit „BGF“ nicht nur „Betriebliche Gesundheitsförderung“, sondern auch „Betrieblicher Gesundheitsförderung“ oder „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ gemeint.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

2 Hintergrundinformationen

Der Ansatz der GF ist im Vergleich zu dem der (Krankheits-)Prävention³ noch relativ jung. Die Entstehung und Entwicklung des Begriffs sowie die Ziele der GF sollen nachfolgend beschrieben werden. Im Anschluss wird die BGF erläutert, die sich ausgehend von der GF entwickelt hat und zugleich das untersuchte Setting dieser Arbeit ist.

2.1 Gesundheitsförderung

Nachdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946 eine Definition des Begriffs „Gesundheit“⁴ erarbeitet hatte, kam es innerhalb der Organisation zu umfassenden, gesundheitspolitischen Debatten. Bei der ersten internationalen Konferenz zur GF in Ottawa wurde zur Umsetzung dieses Begriffs das Konzept der GF etabliert (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 13). Mit der „Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung“ wurden 1986 erstmalig die Ziele und Prinzipien dieses Ansatzes festgehalten (Kaba-Schönstein, 2011, S. 157). Demnach zielt GF „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986). Die Charta diente nachfolgend als grundlegendes Schriftstück, dessen Inhalte in der weiteren Entwicklung erweitert wurden. So hat sich hieraus sowohl die „Empowerment“⁵-Strategie entwickelt (Brandes & Stark, 2011, S. 58), als auch das Verständnis verschiedener gesundheitsbezogener Begrifflichkeiten auf den nachfolgenden internationalen Konferenzen der WHO näher definiert (Kaba-Schönstein, 2011, S. 151). Seit der vierten internationalen Konferenz der WHO in Jakarta im Jahr 1997 wird GF als ein Prozess aufgefasst, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen und sie durch Beeinflussung der Einflussfaktoren bzw. Determinanten für Gesundheit zu verbessern (WHO, 1997). Der Zusatz „Determinanten für Gesundheit“ verdeutlicht, dass eine Vielzahl von Faktoren und Einflüssen dazu beiträgt, dass Menschen ihre Gesundheit selbstbestimmt stärken können. Zusammenfassend sollen Menschen durch GF lernen, diese im Alltag zu beeinflussen und so ihre Ressourcen für Gesundheit zu nutzen und zu stärken.

³ Prävention verfolgt die Strategie, das Eintreten oder Ausbreiten von Krankheiten zu vermeiden (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 14).

⁴ Nach dieser Definition ist Gesundheit „der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO, 1946, zitiert nach Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 13).

⁵ Durch den Empowermentansatz sollen Personengruppen dazu bewegt werden, aktiv für die Förderung ihrer Gesundheit einzutreten, indem sie ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten nutzen und (dadurch) ihre soziale Umwelt kontrollieren (Brandes & Stark, 2011, S. 57).

Eine wesentliche Umsetzungsstrategie der GF ist der Settingansatz⁶, zu dem auch der Ansatz der GF im Betrieb zählt (Kaba-Schönstein, 2011, S. 139). Dieser wird im folgenden Abschnitt näher erläutert.

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

BGF hat bereits in der Ottawa-Charta ihren Ursprung. Sie greift Arbeitsbedingungen als Einfluss auf die Gesundheit auf und nennt es als Ziel der GF, diese sicher und angenehm zu gestalten (WHO, 1986, zitiert nach Faller, 2012, S. 15). Der Begriff „BGF“ hat sich allerdings erst später entwickelt. Wesentlich geprägt wurde er durch die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“⁷ (jüngste Fassung: 2007) entwickelt. Sie bildet die Grundlage für BGF (Laslo, Wilke, & Fleßla, 2012, S. 377).

Laut dieser Deklaration umfasst BGF „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. [...] BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.“ Um das Ziel von GF zu erreichen, setzt auch die Deklaration bei einer Erhöhung der Selbstbestimmung sowie einer Befähigung des Menschen an und vereint hierfür verschiedene Ansätze, wie die Förderung persönlicher Kompetenzen und die aktive Beteiligung der Mitarbeiter (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007).

Diese Auszüge aus der Deklaration zeigen, dass BGF eine umfassende Strategie ist, die zur Umsetzung der aufgeführten Ziele das Handeln innerbetrieblicher sowie außerbetrieblicher Akteure erfordert. Durch eine aktive Teilhabe der Betroffenen sollen gesundheitsgerechte und gesundheitsfördernde Arbeitssituationen und dadurch möglichst gesunde Mitarbeiter mit einem hohen Maß an Ressourcen erhalten werden.

Das Konzept der GF ist im Setting Betrieb besonders bedeutsam. Der Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit wurde sowohl in epidemiologischen als auch in arbeitspsy-

⁶ Der Settingansatz richtet GF auf die Lebenswelt von Menschen aus und damit auf die Rahmenbedingungen (z.B. Stadtteil, Betrieb), die den Alltag des Einzelnen prägen (Rosenbrock & Hartung, Settingansatz/Lebensweltansatz, 2011, S. 497).

⁷ Die Deklaration wurde 1997 von den Mitgliedern des „Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung“ (ENWHP) mit Unterstützung der Europäischen Kommission verabschiedet (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007).

chologischen Untersuchungen bereits mehrfach nachgewiesen (Bamberg, Ducki, & Metz, 2011, S. 126). Zum einen kann Arbeit mit einer Vielzahl gesundheitlicher Risiken wie physikalischen, chemischen oder psychischen Belastungen verbunden sein und dadurch zahlreiche und z.T. schwerwiegende Erkrankungen⁸ hervorrufen. So besteht beispielsweise ein wesentlicher Zusammenhang zwischen psychologischen Aspekten, wie monotonen Arbeitsbedingungen, und Rücken- und Nackenschmerzen (Linton, 2000, zitiert nach Rigotti & Mohr, 2011, S. 64). Zum anderen kann Arbeit aber auch eine Quelle des Wohlbefindens, der Persönlichkeitsentwicklung sowie der Selbstentfaltung sein und damit Ressourcen für die Gesundheit bieten (Bamberg, Ducki, & Metz, 2011, S. 126).

BGF kann durch gezielte Maßnahmen sowohl an den Risiken als auch an den Ressourcen anknüpfen und für das Unternehmen sowie den Mitarbeiter einen Nutzen bringen: Neben einer Verminderung von krankheitsbedingten Abwesenheits- bzw. Ausfalltagen und einer daraus resultierenden langfristigen Senkung des Krankenstandes kann sie auch zu einer Zunahme von Innovation und Kreativität sowie einer Steigerung der Produktivität beisteuern. Darüber hinaus hat BGF im Erfolgsfall einen positiven Einfluss auf die Motivation der Beschäftigten und das vorherrschende Arbeitsklima, was mittel- bis langfristig nicht nur die Kommunikation, sondern auch die Kooperation untereinander fördert. Durch die insgesamt günstige Wirkung auf Belastungen und Beanspruchungen⁹ der Beschäftigten kann BGF dazu beitragen, dass das physische und psychische Wohlbefinden steigt und sich die Arbeitseinstellung der Beschäftigten verbessert. Infolgedessen kann sich die wirtschaftliche Leistung der Unternehmen erhöhen. Nicht zuletzt stellt BGF einen Image-Faktor dar, der das Ansehen und die Attraktivität des Betriebes bzw. Arbeitgebers steigern kann (DNBGF, o.J.). Zusammenfassend kann BGF somit sowohl wirtschaftliche als auch gesundheitliche Vorteile in einem Unternehmen bringen.

Über diese Vorteile hinaus bietet BGF einen Zugang zu der großen Zielgruppe der Erwerbstätigen, die gleichzeitig eine besondere Zielpopulation darstellt. Unter den Erwerbstätigen können sowohl überwiegend gesunde Erwachsene erreicht werden, deren

⁸ Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung listet in der aktuellen Fassung von 2009 73 Berufskrankheiten. Diese Liste umfasst Erkrankungen, die durch besondere Einwirkungen bedingt sind und die bestimmte Personengruppen infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit erleiden (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), o.J., S. 3)

⁹ Unter „Belastung“ werden objektive Faktoren verstanden, die von außen auf den Mitarbeiter einwirken, wie etwa Lärm. Der Begriff „Beanspruchung“ beschreibt die subjektiven Auswirkungen dieser Belastungen, z.B. eine Minderung des Hörvermögens (Springer Gabler Verlag (Hrsg.), o.J.).

Ressourcen sich so weiter stärken lassen, als auch die häufig schwer zugängliche Zielgruppe der Männer (Naidoo & Wills, 2010, S. 331ff.).

Die Umsetzung von BGF ist seitens der Arbeitgeber – im Gegensatz zum Arbeitsschutz, der durch eine Vielzahl gesetzlicher Vorgaben geregelt wird – eine freiwillige Leistung. Seitens der gesetzlichen Krankenkassen sind Leistungen der BGF durch § 20a Sozialgesetzbuch V hingegen im Jahr 2007 zu Pflichtleistungen geworden (Laslo, Wilke, & Fleßla, 2012, S. 377f.). Die Krankenkassen erfassen dabei u.a. die gesundheitliche Situation der Beschäftigten und bieten ihre Unterstützung bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Ansätze im Betrieb an (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014). Demnach kann BGF von verschiedenen Akteuren durchgeführt werden und lässt in seiner Umsetzung viele Handlungsspielräume offen.

Das Setting Betrieb ist zusammenfassend ein wesentlicher Ansatz der GF, der neben den ausführenden Akteuren alle Beschäftigten eines Unternehmens umfasst. Er verfolgt die Aufgabe, positive Merkmale der Arbeit durch eine entsprechende Gestaltung zu erhöhen und dadurch das Wohlbefinden der Beschäftigten zu steigern. Durch eine Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale wird darüber hinaus die Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter erhöht. Eine Mitbestimmung der Beschäftigten und ihre aktive Teilnahme sind dabei grundlegend.

3 Problemstellung: Inanspruchnahme von Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung

BGF kann in Unternehmen zu deutlichen und nachhaltigen Erfolgen führen, wie sie im vorigen Abschnitt beschrieben wurden. So berichten insbesondere Unternehmen, die BGF langfristig in ihre Strategie und Kultur eingebaut haben, laut dem Fehlzeiten-Report 2008 vor allem von wirtschaftlichen Vorteilen und positiven Veränderungen auf sozialer Ebene, z.B. im Bereich der Kommunikation und Kooperation (Lück, Eberle, & Bonitz, 2009, S. 77).

Die Zahl der Betriebe, die diese und weitere Vorteile von BGF erkennen und dementsprechend BGF-Maßnahmen anbieten, variiert in verschiedenen Auswertungen. So hängen die Angaben über das Vorhandensein eines Angebots, wie nachstehend dargestellt, bspw. von der befragten Zielgruppe ab.

In einem jährlich durchgeführten Betriebspanel des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zur Beschäftigungsentwicklung wurden im Jahr 2012 zum dritten Mal auch Erhebungen zur Verbreitung von BGF durchgeführt. Dabei gaben 27% der insgesamt 16.000 befragten Betriebe in Deutschland an, über gesetzliche Regelungen hinausgehende GF-Maßnahmen anzubieten oder die Teilnahme finanziell zu unterstützen. In diesen Betrieben waren 2012 mit 64% knapp zwei Drittel der in Deutschland Beschäftigten tätig. Im Vergleich zu den Betriebspanels aus 2002 und 2004 konnte hier kontinuierlich eine leichte Steigerung des Anteils der Betriebe mit GF festgestellt werden (Hollederer & Wießner, 2014).¹⁰

Etwas weniger als diese 64% der Arbeitnehmer bestätigten dieses Angebot: Zwei Beschäftigten-Befragungen der letzten Jahre zeigen eine Verbreitung von knapp unter 50% auf. So bejahten laut Zok (2009, S. 87) 49,8 % der in einer Studie befragten Arbeitnehmer ein Vorhandensein von Maßnahmen und Angeboten zur GF. Diese Daten beruhen auf einer bundesweiten Erhebung zur Verbreitung und Bewertung verschiedener BGF-Maßnahmen, an der im Jahr 2008 rund 2.000 Beschäftigte zwischen 16 und 65 Jahren teilnahmen (Zok, 2009, S. 86). Im Vergleich dazu bestätigten in einer Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) rund 44% die Durchführung entsprechender Maßnahmen. In den Jahren 2011/12 haben hier 17.870 Arbeitnehmer Angaben rund um das BGF in ihrem Betrieb gemacht. Bei der vergleichbaren, vorangegangenen Befragung 2005/06 waren es noch 6 Prozentpunkte weniger (Beck & Lenhardt, 2014).

Insgesamt lässt sich auf Grundlage dieser aufgeführten Studien sowohl bei Arbeitnehmer- als auch bei Arbeitgeberbefragungen ein moderater Anstieg der Verbreitung von Maßnahmen der BGF in den letzten Jahren feststellen.

Diese Zahlen spiegeln zwar annähernd die Verbreitung von BGF wieder, sagen aber nichts über die tatsächliche Nutzung dieser Angebote durch die Zielgruppe der Mitarbeiter aus.

In Betrieben, die BGF anbieten, zeigt sich häufig nur eine geringe Inanspruchnahme der Maßnahmen, auch wenn sich diese Betriebe an den Kriterien für erfolgreiche BGF orientieren (Nöhhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 77).

¹⁰ Eine Steigerung entsprechender Angaben war von 19% der Betriebe im Jahr 2002 auf 20% der Betriebe im Jahr 2004 zu erkennen (Hollederer, 2007, S. 70). Im Jahr 2012 lag der Anteil der Betriebe mit BGF dann bei den angegebenen 27%. Zwischen 2002 und 2012 war somit eine Steigerung um acht Prozentpunkte feststellbar (Hollederer & Wießner, 2014).

In den zuvor bereits zitierten Studien von Zok (2009) und Beck & Lenhardt (2014) wurden die Mitarbeiter nicht nur nach der Verbreitung von BGF-Maßnahmen, sondern auch nach der Inanspruchnahme dieser Angebote befragt. In der Befragung aus 2008 lag die Teilnahmequote bezogen auf Betriebe mit vorhandenen Maßnahmen je nach Angebot zwischen 10,7% und 97%¹¹ und insgesamt bei durchschnittlich rund 51% (Zok, 2009, S. 93).

In der Erwerbstätigenbefragung 2011/12 gaben knapp zwei Drittel der Beschäftigten (62%) an, innerhalb der letzten zwei Jahre an GF-Maßnahmen in ihrem Betrieb teilgenommen zu haben. Hierbei ist ein Rückgang von drei Prozentpunkten seit der ersten Befragung im Jahr 2005/06 festzustellen. Darüber hinaus variiert die Quote der Inanspruchnahme in Abhängigkeit von verschiedenen Gegebenheiten stark. Als ein Beispiel kann hier die Größe des Betriebs genannt werden (Beck & Lenhardt, 2014).

Welche dieser und weiterer Merkmale im Einzelnen für die häufig niedrige – und zum Teil rückläufige – Quote verantwortlich sein könnten, wurde bisher kaum erforscht (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 77). Die nachfolgende, systematische Literaturrecherche widmet sich dieser Problemstellung und untersucht sowohl negative bzw. hemmende als auch positive bzw. förderliche Einflüsse, die die Teilnahme von Mitarbeitern an bereits bestehenden Angeboten der BGF beeinflussen können. Dabei werden Einflüsse unabhängig davon erfasst, ob die Angebote durch Krankenkassen oder das Unternehmen selbst geleistet werden. Zudem werden alle Arten von Angaben berücksichtigt, sowohl von Arbeitnehmern als auch von Arbeitgebern sowie sonstige Angaben.

Die Forschungsfrage für die Literaturrecherche lautet somit:

„Was beeinflusst die Nutzung von bestehenden Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung in förderlicher sowie hemmender Hinsicht?“

4 Methodisches Vorgehen

Nach der Auswahl und Eingrenzung der Thematik dieser Arbeit erfolgte zunächst eine grobe Literaturrecherche zu den themenrelevanten Komponenten „Betriebliche Ge-

¹¹ Die mit 10,7% niedrigste Teilnahme wurde bei Maßnahmen zur Suchtprävention oder zur Raucherentwöhnung angegeben. Die höchste Teilnahmequote wiesen Maßnahmen zur Prüfung auf gesundheitsgerechte Arbeitsplatzgestaltung auf, dicht gefolgt von Ermittlungen psychischer Belastungen (96,7%) (Zok, 2009, S. 93).

sundheitsförderung“ und „Einfluss auf Nutzung“, um einen ersten Überblick über vorhandene Publikationen zu erlangen und ein Einlesen in die Thematik zu ermöglichen. Hierfür wurden zahlreiche Recherchemöglichkeiten genutzt: So boten die Bibliotheken der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und der Helmut-Schmidt-Universität sowie die Datenbank „PubMed“ der nationalen medizinischen Bibliothek der Vereinigten Staaten, die unter anderem Literaturstellen aus den Bereichen Biomedizin, Gesundheit und Lebenswissenschaften einbezieht, hierfür umfangreiches Material. Auch der „Gemeinsame Verbundkatalog“ des Gemeinsamen Bibliotheksverbundes der Bundesländer Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sowie der Stiftung Preußischer Kulturbesitz in Berlin wurde für diese Recherche genutzt. Ergänzend fand die Internetsuchmaschine „google scholar“ Verwendung, die der allgemeinen Literaturrecherche wissenschaftlicher Dokumente dient. Darüber hinaus erfolgte eine Sichtung der Literaturbestände der Verfasserin dieser Arbeit. Insgesamt wurden sowohl Standardwerke als auch aktuelle Studien berücksichtigt.

Bei den Recherchen stellte sich heraus, dass es in der deutschsprachigen Literatur zwar viele Publikationen zu der gewählten Thematik gibt, aber kaum wissenschaftliche Studien, die als Grundlage und Begründung der Fragestellung dieser Arbeit dienen könnten. Es dominierten stattdessen Hinweise und Tipps zu einer Implementierung und Akzeptanz der BGF. In der englischsprachigen Literatur fanden sich dagegen Untersuchungen, die die Einflüsse auf eine Nutzung von BGF ermittelt hatten.

Eine Zusammenführung dieser Publikationen erschien der Autorin sinnvoll, um einen Überblick über Studienergebnisse und anderweitig erlangte Erkenntnisse zu gewinnen. Daher wurde sich für eine Bearbeitung des Themas in Form einer systematischen Literaturrecherche entschieden. Die Sammlung und Auswertung der vorhandenen Literatur schien zudem ausreichend Material zur Beantwortung der gewählten Thematik zu liefern. Die anschließende Recherche erfolgte in Anlehnung an den durch Kleibel und Mayer (2011) nach LoBiondo-Wood/Haber 1996 modifizierten Suchprozess, um von Beginn an ein systematisches und nachvollziehbares Vorgehen zu ermöglichen. Dieser Prozess ist in Anhang A1 auf Abbildung 9 dargestellt.

Durch Anwendung der Literatur sollten, wie in der Fragestellung bereits aufgegriffen, hemmende und förderlich Einflüsse auf die Nutzung der BGF herausgearbeitet und zusammenfassend dargestellt werden, um letztlich zukünftig notwendige Vorgehensweisen ableiten zu können.

Der nachfolgende Absatz beschreibt die durchgeführte Literaturrecherche mit den dabei genutzten Bibliotheken und Datenbanken, Stich- und Schlagwörtern und die Ein- und Ausschlusskriterien für die Verwendung der Literatur. Im Anschluss wird die Methodik der qualitativen Auswertung anhand eines ausgewählten Modells erläutert.

4.1 Durchführung der Literaturrecherche

Nach der Durchführung der ersten Schritte des Suchprozesses – Wahl eines Themas, Grobrecherche und Einlesen in das Thema – erfolgte eine Bearbeitung der Literatur der ungerichteten Recherche. Das vorhandene Material wurde nach thematischen Schwerpunkten geordnet bevor wesentliche Inhalte herausgearbeitet wurden. In den Sachpublikationen wurden insbesondere die Grundlagen der Teilnahmebereitschaft an Programmen der BGF herausgestellt, wohingegen Forschungsstudien durch wissenschaftliche Befragungen die Einflüsse der Teilnahmebereitschaft direkt bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern ermittelten.

Begrifflichkeiten, die bei diesem Schritt der Auswertung wiederholt auftraten und zum Thema dieser Arbeit passten, wurden notiert und anschließend strukturiert. Damit konnten sie die ersten Suchbegriffe ergänzen und als Grundlage für eine Erstellung von Stichwortlisten für die nachfolgende Hauptrecherche dienen. Die Suchworte dieser Liste wurden durch Synonyme ausgebaut und mit Hilfe des Online-Wörterbuchs „PONS“ in die englische Sprache übersetzt (PONS GmbH, o.J.). Diese Sammlung und Strukturierung relevanter Begrifflichkeiten konkretisierte das Thema weiter. Die Stichwortlisten, die während der Hauptrecherche u.a. durch relevante Schlagworte aus gesichteter Literatur ergänzt wurden, sind im Anhang A2 unter Tabelle 9 und Tabelle 10 einzusehen. Eine Zusammenstellung der Autoren, die auf dem betreffenden Gebiet als Fachexperten gelten, erweiterte die Suche zusätzlich (siehe Anhang A2, Tabelle 11).

Bereits in diesem Schritt wurde eine Abgrenzung von BGF zu den Begriffen „Prävention“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ festgelegt, da diese nach dem Verständnis der Verfasserin dieser Arbeit sowie einiger Autoren von Fachliteratur nicht gleichzusetzen sind. So zielt Prävention, wie in Kapitel 2.1 bereits erwähnt, auf die Vermeidung von Krankheiten ab, während Gesundheitsförderung die Erhaltung und Stärken von Ressourcen verfolgt (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 14). Betriebliches Gesundheitsmanagement hat dagegen die übergeordnete Aufgabe, die betrieblichen Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse für verschiedene gesundheitsbezo-

gene Maßnahmen eines Unternehmens zu schaffen. Dabei kann es sich u.a. an den Zielen der Prävention und/oder GF ausrichten (Bamberg, Ducki, & Metz, 2011, S. 128).

Diese Abgrenzung fand auch bei der nachfolgenden Hauptrecherche Berücksichtigung.

Für die weiteren Recherchen galt es, geeignete Suchhilfen auszuwählen. Dementsprechend wurde festgelegt, welche Datenbanken und (online-)Bibliotheken genutzt werden sollten. In der Grobrecherche haben sich insbesondere die Recherchemöglichkeiten über „google scholar“ und „PubMed“ als hilfreich herausgestellt, weshalb diese auch für das weitere Vorgehen Anwendung fanden. Bestanden bei der Suche mit „google scholar“ Zugangshürden, z.B. die Ausblendung wesentlicher Textpassagen in der angezeigten Vorschau, wurde die Internetseite „beluga“ herangezogen. In dieser Datenbank sind Titel aus mehreren wissenschaftlichen Bibliotheken in Hamburg und weiteren Institutionen gesammelt, sodass relevante Publikationen gesucht und ggf. ausgeliehen werden konnten. Aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit wurden keine weiteren Suchhilfen genutzt.

Im nächsten Schritt wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Suche formuliert. Berücksichtigt wurden zunächst Publikationen, die einen Bezug zur gewählten Thematik haben und sich somit den Komponenten „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Einfluss auf Nutzung“ inklusive der zugeordneten Stichwörter zuordnen ließen. Dabei wurden alle Publikationsarten berücksichtigt, die als wissenschaftlich gelten¹². Der gewählte Zeitraum wurde auf die Jahre von 2005 bis 2014 begrenzt, um eine ausreichende Aktualität sowie eine überschaubare Bandbreite der verwendeten Publikationen zu gewährleisten. Literatur aus dem Jahr 2015 konnte aufgrund der beschränkten Bearbeitungszeit nicht berücksichtigt werden. Bei der Recherche wurden hauptsächlich Ergebnisse aus Deutschland, aber auch aus den Ländern der Europäischen Union und der USA berücksichtigt. Gründe hierfür sind kulturelle Überschneidungen sowie gemeinsame Netzwerke zur GF¹³. In dem Fall, dass als relevant eingestufte Autoren (siehe Anhang A2, Tabelle 11) Texte gemeinsam mit Autoren anderer Regionen veröffentlicht haben, konnten

¹² Kriterien für die Wissenschaftlichkeit einer Quelle sind insbesondere Nachprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit. Dazu gehören z.B. Angaben einer für den Inhalt verantwortlichen Instanz (Herausgeber, Autor) sowie von verwendeten Quellen oder Die Angabe des Publikationsdatums (Sesink, 2012, S. 113).

¹³ Als Beispiel soll an dieser Stelle das ENWHP angeführt werden, dessen Mitglieder nach jüngster Fassung 2007 unter anderem aus allen 27 Mitgliedsstaaten stammten (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007).

auch diese berücksichtigt werden. Weiterhin wurde ausschließlich deutsch- und englischsprachige Literatur einbezogen.

Literatur, die zwar einen Themenbezug aufwies, aufgrund einer anderen Schwerpunktsetzung aber inhaltlich nicht relevant war, wurde aus der Recherche ausgeschlossen. Ebenso konnten Publikationen, zu denen kein freier Zugang bestand, nicht in die Recherche einbezogen werden. Beschränkungen traten hier bspw. auf, wenn Beiträge nur Mitgliedern oder Abonnenten zur Verfügung standen. Die beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien sind in Abbildung 1 im Überblick dargestellt.

Einschlusskriterien:	
Themenbezug/Variablen:	Literatur muss den Komponenten 1 und 2 mit den jeweiligen Begriffen zuzuordnen sein
Publikationsart:	alle Arten wissenschaftlicher Literatur
Zeitraum:	von 2005 bis 2014
Regionen:	Deutschland, Länder der Europäischen Union, USA, weitere bei gemeinsamer Autorenschaft
Sprache:	deutsch und englisch
Ausschlusskriterien:	
Themenbezug/Variablen:	fehlende Relevanz
Zugang:	fehlende Zugangsberechtigung zur Publikation

Abbildung 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche

Zur Erfüllung dieser Kriterien wurden bei der Suche mit den genannten Datenbanken jeweils bestimmte Filter, wie sprachliche Filter, eingesetzt. Dadurch wurden die Ergebnisse zugleich präzisiert. Die genutzten Filter sowie der weitere Ablauf der systematischen Literaturrecherche sollen nachfolgend für „PubMed“ und „google scholar“ beschrieben und begründet werden. Anschließend wird die Anzahl der in diesen Datenbanken und durch ergänzende Recherchen erlangten Publikationen im Überblick dargestellt. Detaillierte Suchergebnisse sind jeweils in Anhang A3 bis Anhang A6 tabellarisch aufgeführt.

4.1.1 Durchführung der Literaturrecherche in „PubMed“

Die Recherche in der Datenbank „PubMed“ ermöglichte eine umfassende Suche in mehr als 24 Millionen Literaturstellen, die neben der hauptsächlich enthaltenen biomedizinischen Literatur der MEDLINE-Datenbank u.a. auch Zitate aus den Bereichen Gesundheit und Lebenswissenschaften umfasst. Darüber hinaus sind Artikel enthalten, die noch nicht in die Datenbank MEDLINE aufgenommen wurden, sowie Zeitschriften, die in MEDLINE generell nicht erfasst werden. Um diese umfangreichen Bestände nutzen zu können, wurden vorab keine Einschränkungen auf eine der zugehörigen Datenbanken – wie etwa eine Einschränkung auf „PubMedCentral“ (PMC) – vorgenommen.

Die Recherche in „PubMed“ erfolgte an drei Tagen: Dienstag, den 06.01.2015, bis Donnerstag, den 08.01.2015. Um die Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Recherche zu erfüllen, wurden folgende Suchkriterien bzw. Filter eingesetzt:

- Literatur aus den letzten zehn Jahren
- Sprache: englisch

Des Weiteren ermöglichte der Einsatz des Filters „Free full text“ vor Beginn der Suche den Ausschluss von Literatur mit Zugangshürden und Titeln, die nur Abstracts umfassen und somit nicht zitierfähig sind. Durch diese Vorgehensweise konnten einige Ein- und Ausschlusskriterien bereits während des Suchprozesses erfüllt werden. Die Erfüllung der weiteren Kriterien wurde anschließend manuell überprüft, da keine weiteren Filter aktiviert werden konnten. Optionale Filter, die diese Kriterien möglicherweise hätten abdecken können („Ages“ und „Species“), wurden zunächst aktiviert, dann jedoch wieder deaktiviert, da sie relevante Literatur unberücksichtigt ließen.

Um die Recherche zu erweitern, wurde die allgemeine Stichwortliste für die Suche in „PubMed“ angepasst. An bestimmten Wortstellen wurde als Trunkierung¹⁴ ein Stern (*) eingesetzt, sodass bspw. auch die Pluralform des jeweiligen Wortes einbezogen wurde. Die entsprechenden Stichwortlisten zu den Komponenten „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Einfluss auf Nutzung“ sind in Anhang A3, Tabelle 12 und Tabelle 13 aufgeführt. Hier finden sich weiterhin Erläuterungen zu Anpassungen der Begriffe, die während der Recherche vorgenommen wurden.

Im nächsten Schritt wurde ein System zur Bildung von Begriffskombinationen entwickelt, um die Suche zu strukturieren und nachvollziehbar zu gestalten. Folgende Systeme-

¹⁴ Eine Trunkierung ist ein bestimmtes Sonderzeichen, das hinter einem Wortstamm als Platzhalter eingesetzt wird. Dadurch wird ermöglicht, einen Wortstamm mit unterschiedlichen Endungen zu finden (Kleibel & Mayer, 2011, S. 45).

matik wurde dabei angewandt: Die Suchbegriffe setzten sich jeweils aus festen Bestandteilen und einer Variablen zusammen, die durch Operatoren kombiniert wurden. Dadurch konnten mehrere Komponenten der Suchbegriffe abgedeckt und synonyme Begriffe in einem Suchvorgang erfasst werden. Die festen Bestandteile wurden so gewählt, dass sie die Thematik der Arbeit umfassten und durch eine Variable ergänzt wurden. In einem weiteren Schritt erfolgte die Kombination ausgewählter Suchbegriffe mit den als themenrelevant eingestuften Autoren. Die Zusammensetzung der letztlich verwendeten Kombinationen ist – unterteilt in „Begriffssuche“ und „Autorensuche“ – in Anhang A2 ausführlich erläutert.

Hier sind ebenfalls die Suchergebnisse der verwendeten Begriffskombinationen sowie die Zahl der Veröffentlichungen angeführt, die aufgrund der manuellen Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus sind dort diejenigen Publikationen aufgeführt, die nach Lesen des Abstracts oder der Einleitung die Kriterien erfüllten und ausgewertet wurden. Zuletzt erfolgt hier eine Nennung der Literatur, die durch das Sichten und Durcharbeiten weiterführender Literaturhinweise („Schneeballsystem“) hinzugefügt wurde.

4.1.2 Durchführung der Literaturrecherche in “google scholar”

Für die am 09. und 10. Januar 2015 erfolgte Suche mit der Datenbank „google scholar“ konnten folgende, den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechende Filter aktiviert werden:

- Seiten auf Deutsch
- Zeitraum: 2005 bis 2014

Die Aktivierung der Felder „Patente einschließen“ und „Zitate einschließen“ wurde entfernt. Weitere Vorgaben für die Suche wurden auch an dieser Stelle durch das Setzen von Operatoren gemacht. Darüber hinaus wurden die Suchbegriffe an dieser Stelle vereinfacht bzw. begrenzt. Eine Erläuterung der für „google scholar“ angepassten Stichwortliste und die daraus abgeleiteten, für die letzte Suche genutzten Begriffskombinationen finden sich in Anhang A4, Abbildung 10.

Aufgrund der hohen Anzahl der Ergebnisse wurden die Titel und ihre Einleitungen zunächst auf Relevanz überprüft. Zum Teil wurde hierfür auch das Inhaltsverzeichnis gesichtet. Da im Durchschnitt nach 60 der nach Relevanz sortierten Ergebnisse keine wesentliche Literatur mehr auftrat, wurden jeweils maximal 80 Ergebnisse gesichtet. Anschließend wurde die als relevant eingestufte Literatur zunächst auf ihre Region und

anschließend daraufhin überprüft, ob sie bereits vorhanden war. Ebenfalls herausgefiltert wurde Literatur, zu der auch nach Überprüfung der Zugangsmöglichkeit über „beluga“ Zugangshürden bestanden. Zuletzt wurde hier die Erfüllung von Kriterien wissenschaftlicher Publikationen überprüft, da kein entsprechender Filter gesetzt werden konnte. Die Anzahl der Ergebnisse, die dieses Kriterium nicht erfüllten, ist in den Tabellen unter „graue Literatur“¹⁵ zusammengefasst.

In Anhang A4 erfolgt eine Aufstellung aller durch diesen Prozess erlangten Suchergebnisse. Die Tabellen geben dabei einen Überblick über die Ergebnisse, die aufgrund der obigen Ausführungen ausgeschlossen wurden. Unter den jeweiligen Tabellen sind wiederum die Ergebnisse aufgeführt, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen konnten und für die Literaturlauswertung geeignet waren.

4.1.3 Überblick über Ergebnisse der Literaturrecherche

Zusammenfassend wurden bei der Literaturrecherche in beiden Datenbanken folgende Ergebnisse erlangt:

Bei „PubMed“ wurden insgesamt 541 Publikationen gefunden. Nach Ausschluss doppelter Ergebnisse blieben 238 Publikationen übrig, die manuell auf diejenigen Ein- und Ausschlusskriterien überprüft wurden, die nicht als Filter gesetzt werden konnten. So stammten 50 der Veröffentlichungen nicht aus den vorgegebenen Regionen, weitere 170 konnten nach Lesen des Abstracts aufgrund von fehlender Themenrelevanz ausgeschlossen werden. Demnach wurden letztlich 18 Publikationen ausgewertet.

Einen Überblick über diesen Prozess gibt Abbildung 2.

¹⁵ „Grauer Literatur“ wurden z.B. Haus- oder Seminararbeiten zugeordnet.

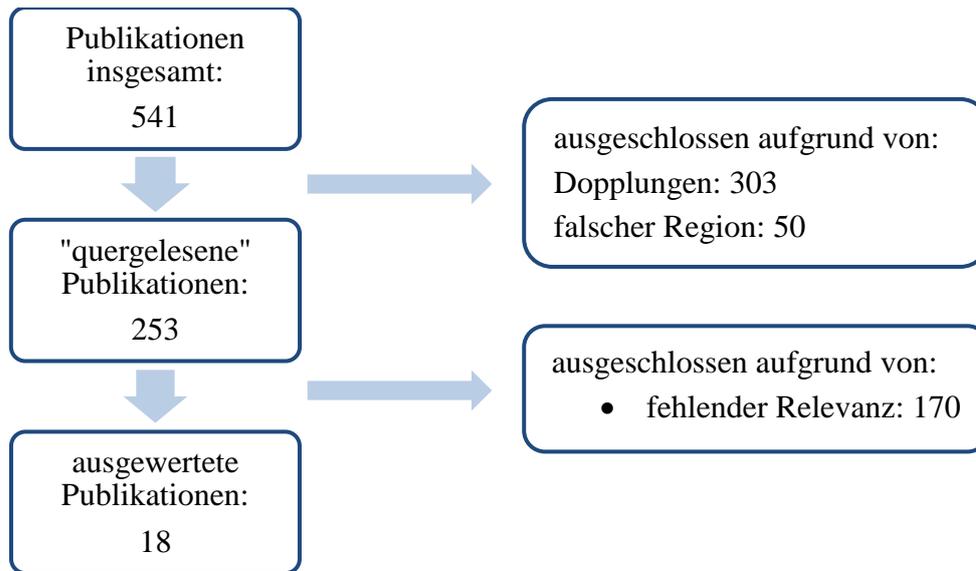


Abbildung 2: Selektion der Ergebnisse von „PubMed“ unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien (Quelle: eigene Darstellung)

Die Suche mit „google scholar“ ergab nach Sichtung der Ergebnisse insgesamt 337 Veröffentlichungen. Hiervon konnten 288 zunächst aufgrund von fehlender Relevanz ausgeschlossen werden, weitere 15 Ergebnisse waren bereits vorhanden. Von den übrigen 35 wurden 13 Publikationen der sog. „grauen Literatur“ zugeordnet. Bei 11 Publikationen bestanden Zugangshürden. Unter Anwendung aller Kriterien sowie einem ersten „Querlesen“ der Inhalte wurden 10 relevante Ergebnisse erzielt (siehe Abbildung 4).

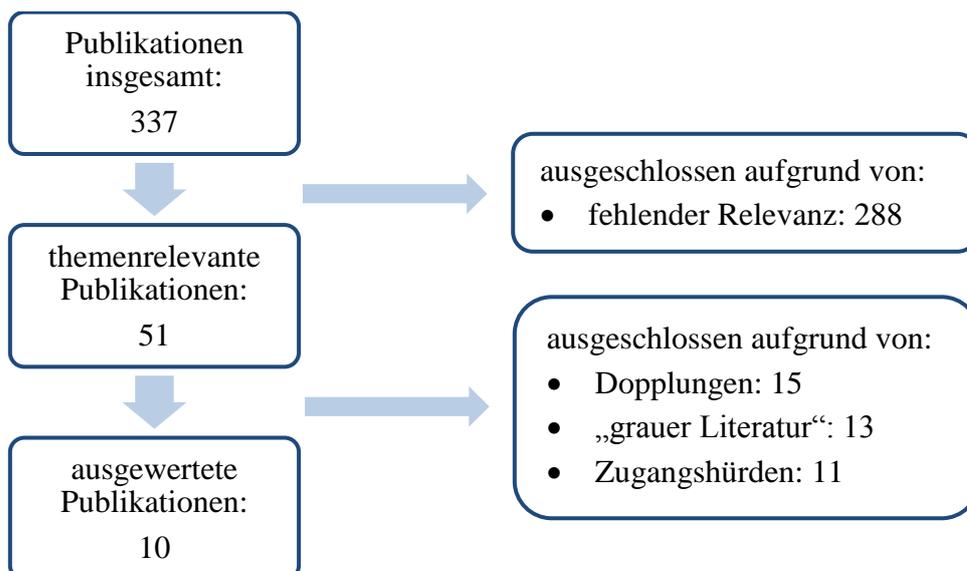


Abbildung 3: Selektion der Ergebnisse von "google scholar" unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien (Quelle: eigene Darstellung)

Zusätzlich zu den Suchergebnissen wurden 4 Publikationen aus den Literaturbeständen der Autorin sowie 8 durch das „Schneeballsystem“ hinzugefügt. Somit ergaben sich insgesamt 40 Ergebnisse für die anschließende Auswertung, wie in Abbildung 4 zusammenfassend dargestellt.

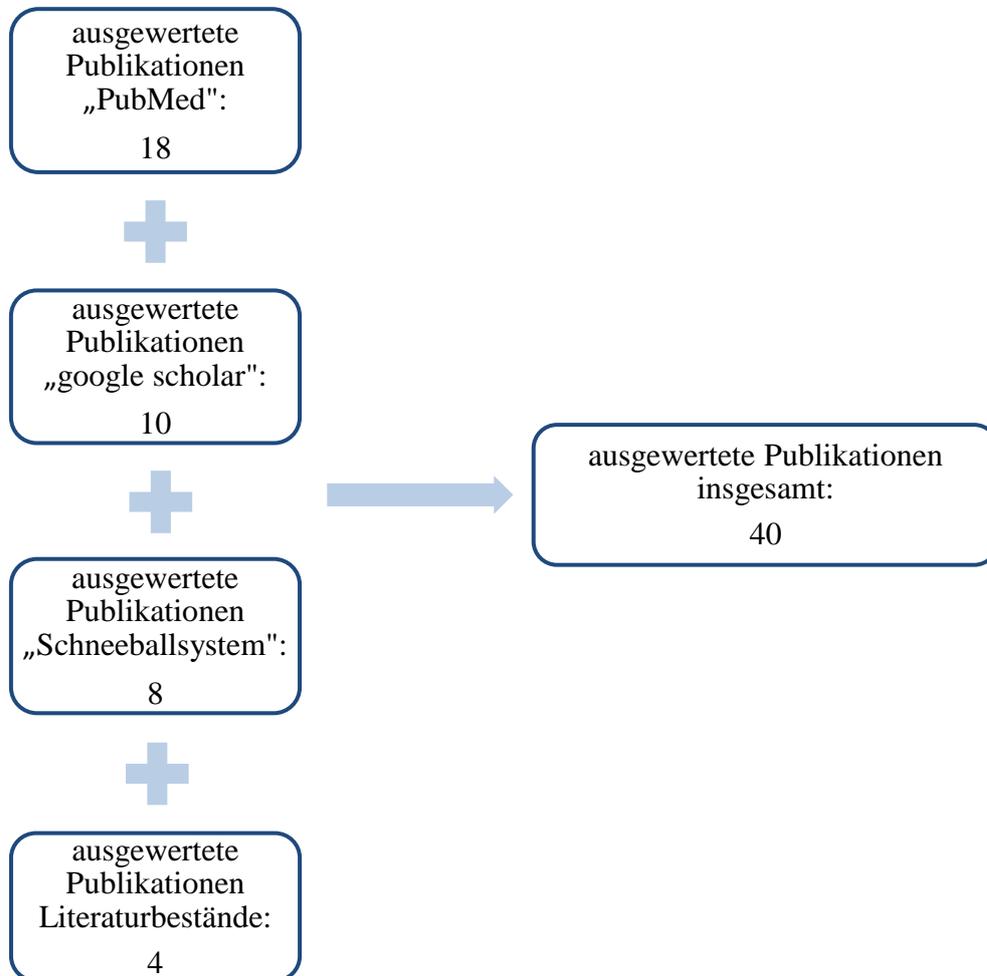


Abbildung 4: Zusammenstellung aller unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien ausgewerteten Publikationen

Nach Beendigung der Suche erfolgte ein Ordnen der gefundenen Literatur mit Hilfe des Literaturverwaltungsprogramms „Citavi“. Dieses diente im weiteren Verlauf auch dazu, Literaturhinweise strukturiert und übersichtlich sammeln zu können. Nach Bedarf erfolgte anschließend die Beschaffung weiterer benötigter Literatur, z.B. von Originaltexten.

4.2 Durchführung der qualitativen Auswertung der Literaturrecherche

Nach der Auswahl der Literatur nach den zuvor beschriebenen Vorgängen und Kriterien erfolgte eine qualitative Auswertung der Texte. Da der bisher genutzte Suchprozess diesen Schritt nach Ansicht der Autorin nicht ausreichend erfasst, wurde an dieser Stelle ergänzend das „allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell“ nach Mayring (2010) herangezogen. Dieses Modell ist besonders geeignet, da es einer systematischen Bearbeitung von Textmaterial dient. Das Material wird dabei schrittweise anhand eines Kategoriensystems untersucht, das theoriegeleitet am Material entwickelt wird. Anhand dieses Systems werden anschließend die Aspekte bestimmt, die aus dem Material herausgezogen werden sollen. Das insgesamt systematische Vorgehen macht die Inhaltsanalyse nachvollziehbar und überprüfbar (Mayring, 2010, S. 59).

Das Ablaufmodell umfasst insgesamt zehn Schritte (siehe Abbildung 5):

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Bestimmung formaler Charakteristika des Materials
4. Festlegung der Richtung der Analyse
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Bestimmung der Analysetechnik, Festlegung des Ablaufmodells, Festlegung und Definition der Kategorien bzw. des Kategoriensystems
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Analyseschritte mittels des Kategoriensystems, Rücküberprüfung des Kategoriensystems, ggf. erneuter Materialdurchlauf
9. Zusammenstellung der Ergebnisse, Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Fragestellung
10. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Abbildung 5: inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring, 2010, S. 60)

Die an dieser Stelle angewendeten Analyseschritte sind grau hinterlegt und sollen nachfolgend beschrieben und angewendet werden. Die übrigen Schritte wurden entweder bereits ausgeführt oder bleiben aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Ausarbeitung unberücksichtigt.

Da eine Festlegung des Materials bereits erfolgt ist, wurde mit dem zweiten Schritt des Modells, der Analyse der Entstehungssituation, begonnen. Berücksichtigte Kriterien waren hierbei der oder die Verfasser bzw. Herausgeber sowie die angesprochene Zielgruppe des Materials. Im nächsten durchgeführten Schritt (Schritt 6) wurde die Analysetechnik festgelegt. Die Analyse durch die qualitative Technik „Strukturierung“ soll bestimmte Strukturen aus dem untersuchten Material extrahieren (Mayring, 2010, S. 92). Die untergeordnete Form der „inhaltlichen Strukturierung“ erscheint für diese Recherche besonders geeignet, da sie dazu dient, dem Material bestimmte Inhaltsbereiche zu entnehmen und diese zusammenzufassen. Die herauszufilternden Inhalte werden dabei durch Kategorien und Unterkategorien festgelegt (ebd., S. 98).

Im achten Schritt erfolgte die Anwendung der zuvor ausgewählten Analysetechnik. Das Ablaufmodell der inhaltlichen Strukturierung umfasst dabei zehn Schritte¹⁶ (siehe Abbildung 6), die z.T. mit den Schritten des Ablaufmodells der allgemeinen Strukturierung übereinstimmen. Weiß hinterlegt sind die Schritte, die auch bei der allgemeinen Strukturierung angewandt werden. Die Schritte, die die inhaltliche Strukturierung ausmachen, sind grau hinterlegt.

¹⁶ Eine Beschreibung der einzelnen Schritte ist in Mayring (2010) nachzulesen und soll an dieser Stelle nicht erfolgen.

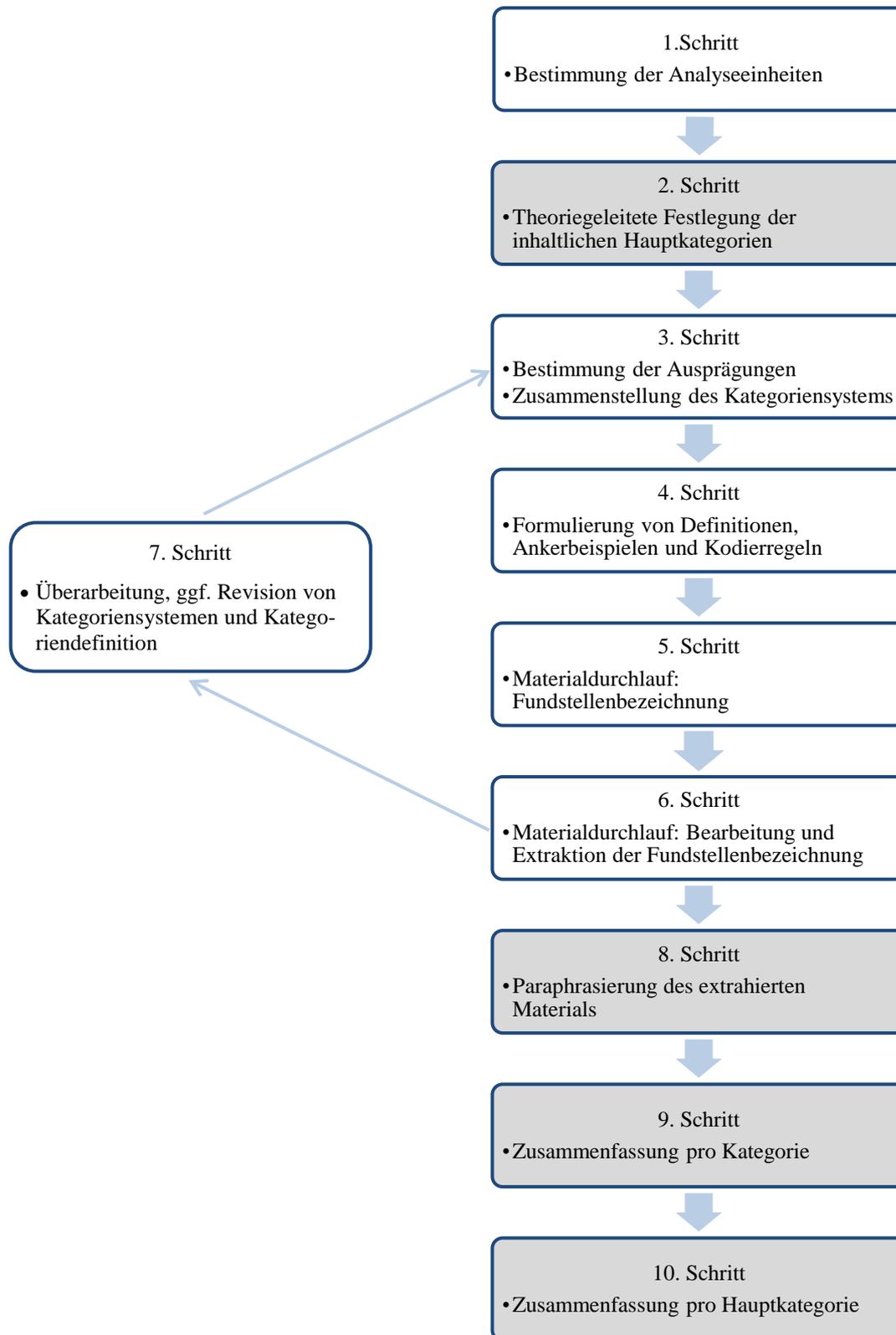


Abbildung 6: Zusammenführung „Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein)“ und „Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung“ (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring, 2010, S. 93, 99)

Die im Mittelpunkt der strukturierenden Inhaltsanalyse stehende Erläuterung der Kategorien durch Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln (Mayring, 2010, S. 105) soll nachfolgend an einer der gewählten Hauptkategorien beispielhaft dargestellt werden. Die Kategorien werden aus der Theorie bzw. Fragestellung und dem vorliegenden Material entwickelt und stetig überprüft sowie überarbeitet (ebd., S. 59). Für die Entwicklung dieser Kategorien diente das „Prozessmodell induktiver Kategorienbildung“ (vgl. ebd., S. 83f.). Während der Literaturrecherche ergaben sich als wesentliche Hauptkategorien die drei Bereiche „individuelle Ebene“, „interpersonelle Ebene“ und „Ebene der Organisation“ (vgl. Kapitel 5). Für diese wurden jeweils Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln entwickelt. Zu diesem Zweck wurden entsprechende Textstellen markiert und elektronisch erfasst. Besonders eindeutige Passagen wurden als Ankerbeispiele für die jeweilige Kategorie aufgenommen. Für unklare Zuordnungen wurden Kodierregeln zur Abgrenzung zwischen den einzelnen Kategorien formuliert (Mayring, 2010, S. 92). Als Beispiel dient an dieser Stelle die Kategorie „Ebene der Organisation“ (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1: Entwicklung des Kategoriensystems am Beispiel „Ebene der Organisation“

Kategorie	Kategorie 3: Ebene der Organisation
Definition	Auf dieser Ebene können hemmende und förderliche Aspekte vor allem bei der Angebotserstellung und der Angebotsgestaltung auftreten sowie im Zusammenhang mit Betriebsgröße und -branche
Ankerbeispiele	„[...] hemmend wirken können in den Verantwortungsbereich der Organisation fallende BGF-Rahmenbedingungen, wie [...] wenig attraktive Umgebungsfaktoren, sowie für die Mitarbeiter ungünstige [...] räumliche, [...] zeitliche und [...] finanzielle Aspekte der BGF-Maßnahmen.“ (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 80) „The most common barriers to participation reported included (most often to least often reported): insufficient incentives, inconvenient locations, time limitations [...]“ (Person, Colby, Bulova, & Eubanks, 2010, S. 149)
Kodierregeln	Aspekte müssen stärker durch die Organisation beeinflussbar sein, als durch das Individuum oder eine interpersonale Beziehung

Nach der Paraphrasierung und Zusammenfassung der Kategorien war das „Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse“ und somit die Anwendung der Analysetechnik abgeschlossen. Diese war durch Schritt acht des allgemeinen Ablaufmodells der Inhaltsanalyse (vgl. Abbildung 5) erforderlich. Durch die Zusammenstellung der Ergebnisse

erfolgt im nachstehenden Kapitel eine Durchführung des neunten Schrittes des allgemeinen Modells. Hierbei erfolgt eine Untergliederung in die drei genannten Hauptkategorien.

5 Ergebnisse

In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise, die bereits vor der Integration von BGF in ein Unternehmen sowie bei der Einführung erster bzw. neuer BGF-Angebote zum Erfolg beitragen können. Häufig wird hierbei auf die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ verwiesen. Da diese laut verschiedenen Publikationen als Grundlage für BGF dient (vgl. Laslo, Wilke, & Fleßla, 2012, S. 377; Pliemitscher, 2009, S. 103), sollen hauptsächlich durch sie die Merkmale umrissen werden, die durch die Erstellung von Angeboten einen Einfluss auf die spätere Teilnahme haben können. Im Anschluss wird zum Schwerpunkt dieser Arbeit und somit auf bereits bestehende Angebote der BGF übergegangen. Die Einflüsse auf die Nutzung dieser Angebote werden nach Schritt neun des gewählten Ablaufmodells (vgl. Abbildung 5) in Form einer Zusammenstellung der Rechercheergebnisse dargestellt. Die in diesem Schritt ebenfalls erforderliche Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Fragestellung erfolgt im nachfolgenden Kapitel.

Wird GF im Betrieb angeboten, betrifft sie verschiedene Ebenen des Unternehmens: Neben dem Mitarbeiter als Individuum ist auch der interpersonale Bereich sowie der Bereich der Organisation einbezogen. Nöhammer et al. (2009) gehen daher von der Vermutung aus, dass Mitarbeiter bei der Inanspruchnahme von BGF mindestens auf diesen drei Ebenen Hemmnisse empfinden können und unterscheiden entsprechend in ihren Ausführungen.

Diese Unterteilung wurde bereits bei der Auswertung der Literaturrecherche übernommen und nach dem Modell von Mayring als Hauptkategorien festgelegt. Das Anwenden dieser Strukturierung auf alle Ergebnisse der Literaturrecherche erschien sinnvoll, da sich nahezu alle gefundenen Einflüsse problemlos zuordnen ließen. Darüber hinaus dient dies der übersichtlichen Darstellung der Ergebnisse. Da sich zu hemmenden Einflüssen häufig auch förderliche Einflüsse fanden, wurde auch hierfür eine entsprechende Zuteilung vorgenommen. Dabei wurden die Einflüsse jeweils derjenigen Kategorie zugeteilt, der sie am ehesten entsprechen. Zudem fand eine Orientierung an der Zuordnung

der Publikation von Nöhammer et al. (2009) statt, aus der die Kategorien übernommen wurden. Aspekte, die mehr als einer Kategorie eindeutig zuzuweisen waren, wurden aufgrund ihrer Relevanz wiederholt aufgegriffen und spezifisch für die jeweilige Ebene beschrieben.

In den folgenden Abschnitten werden diese Einflüsse auf eine Teilnahme an bestehenden Angeboten der BGF in den drei genannten Kategorien dargestellt. Grundlage für diese Ergebnisse sind die 40 Publikationen, die in Kapitel 4.1.3 dargestellt wurden.

5.1 Hemmende und förderliche Einflüsse auf Ebene der Organisation

Auf der Ebene der Organisation können Hindernisse bei der Nutzung von BGF vor allem bei der Angebotserstellung sowie bei der Angebotsgestaltung auftreten (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 80). Einführend sollen durch die „Luxemburger Deklaration“ zunächst umrisshaft die Merkmale der Angebotserstellung erläutert werden, die die Nutzung von BGF durch Beschäftigte beeinflussen können. Im Anschluss erfolgt eine ausführliche Betrachtung der potenziellen förderlichen sowie hemmenden Einflüsse der Angebotsgestaltung.

5.1.1 Einflüsse durch Angebotserstellung

Die „Luxemburger Deklaration“ hält neben den in Kapitel 2.2 genannten Zielen der BGF in ihren Leitlinien Grundlagen für eine erfolgreiche BGF fest. Diese werden zunächst beschrieben und im Anschluss durch Erläuterungen zu ihrem möglichen Einfluss auf eine Teilnahme ergänzt. In den Leitlinien der zuletzt 2007 aktualisierten Fassung der Deklaration ist festgehalten, dass BGF ihr Ziel durch eine Orientierung an folgenden Grundsätzen erreichen kann:

- 1. Partizipation:** Beteiligung der gesamten Belegschaft
- 2. Integration:** Einbeziehung der BGF in alle wesentlichen Entscheidungen und Unternehmensbereiche
- 3. Projektmanagement:** Durchführung aller Maßnahmen und Programme nach dem System Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse
- 4. Ganzheitlichkeit:** Berücksichtigung verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen sowie Verbindung der Ansätze Risikoreduktion und Erweiterung von Ressourcen und Potenzialen (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2007)

Werden diese Leitlinien bei der Durchführung von BGF berücksichtigt, können die angebotenen Maßnahmen ein Erfolg werden und entsprechend zu einer hohen Teilnahme führen. Diese möglichen Auswirkungen können wie folgt erklärt werden:

1. Partizipation:

Die Beschäftigten eines Unternehmens verfügen in der Regel über Erfahrungen darüber, wie die Umsetzung von Änderungen erfolgreich gestaltet werden kann. Ihre Beteiligung an BGF und die Berücksichtigung ihrer Vorschläge ist somit wesentlich. Dadurch wird nicht nur die Identifikation mit dem Unternehmen und den durchgeführten Maßnahmen gesteigert, auch die Einsatzbereitschaft und die Motivation der Beschäftigten erhöht sich (Rosenbrock, 2006, S. 4).

2. Integration:

BGF ist eine funktionsübergreifende Aufgabe, die zur Integration in die Unternehmensabläufe der Unterstützung der Führungsebene sowie weiterer Akteure bedarf (Ulrich & Wülser, 2012, S. 136f.). Dementsprechend sollte eine interne Gruppe zur Betreuung der BGF, bspw. ein „Steuerkreis Gesundheit“, im regelmäßigen Austausch stehen und ihr Wissen über die Mentalitäten und Regeln des Unternehmens dafür einsetzen, gesundheitsbezogene Angebote stetig auf die Bedürfnisse der Beschäftigten auszurichten und zielgerichtete Informations- und Kommunikationskonzepte zu entwickeln (ebd., S. 133f.). Bedarfsgerechte Maßnahmen erhöhen die Zielgruppenerreichung, verringern Nutzerbarrieren und fördern sowohl die Akzeptanz der Angebote als auch die Motivation zur Teilnahme (Weiss, 2006, zitiert nach Stoffel, Amstad, & Steinmann, 2012, S. 31f.).

3. Projektmanagement:

Eine systematische Durchführung aller Maßnahmen und Programme ist wesentlich, um die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Zielgruppe zu berücksichtigen, die Akzeptanz und Nachhaltigkeit der Angebote zu erhöhen sowie Stärken und Schwächen zu erkennen und entsprechend darauf einzuwirken. Dadurch hat das Projektmanagement einen wesentlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme (Stoffel, Amstad, & Steinmann, 2012, S. 32ff.).

4. Ganzheitlichkeit:

Eine ganzheitlich orientierte GF kombiniert nach neuen Ansätzen verschiedene verhaltens- sowie verhältnisorientierte Einzelmaßnahmen und führt dadurch zu einer Verände-

nung des allgemeinen Gesundheitsverhaltens¹⁷. Durch eine intensive Betreuung im Betrieb kann die Wirksamkeit solcher multimodularen Interventionen erhöht werden. Ganzheitliche BGF-Programme bieten somit Wahlmöglichkeiten, die Option der Mitsprache und eine individuelle Zusammensetzung der Maßnahmen zu einem passenden Programm. Dadurch treffen sie insgesamt die Bedürfnisse der Einzelnen und können zu einer erfolgreichen BGF beitragen (ebd., S. 36f.).

Ergänzend zu diesen Leitlinien zählen in der Literatur zu den Voraussetzungen einer erfolgreichen BGF nicht nur die Integration auf allen Unternehmensebenen, sondern auch eine Legitimation und Rückendeckung durch das Management. Ebenso haben sich die Qualifikation der wesentlichen Akteure und das Einbeziehen externer Expertisen als nutzbringend gezeigt (Bienert & Razavi, 2007, S. 109).

Grundlage für die Erstellung von BGF-Angeboten sollten günstige Arbeitsbedingungen sein, da Mitarbeiter eine Teilnahme an BGF andernfalls nicht als wesentlich empfinden. Stellt BGF demnach eine Ergänzung zu guten Arbeitsbedingungen her, fördert dies eine Teilnahme. Missachten die angebotenen Maßnahmen dagegen die eigentlichen Problempunkte im Unternehmen und hinsichtlich der BGF, wird eine Nutzung von Angestellten eher abgelehnt (Nöhhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 80). GF ist dabei als Prozess zu betrachten, der langfristig, offen und vorausschauend ausgerichtet sein sollte (Metz, 2011, S. 193).

Zusammenfassend zählen neben der Beachtung der Leitlinien in Bezug auf Partizipation, Integration, Projektmanagement und Ganzheitlichkeit auch die Qualifikation und Zusammenführung der beteiligten Akteure sowie das Vorliegen positiver Arbeitszustände zu den wesentlichen Voraussetzungen erfolgreicher BGF.

Auch bei bereits bestehenden Angeboten der BGF kann die Umsetzung dieser Empfehlungen den Erfolg der Maßnahmen steigern. Die Einflussmöglichkeiten dieser und weiterer Aspekte, die sich förderlich oder hemmend auf die Angebotsnutzung auswirken können, werden im Folgenden aus verschiedenen Publikationen und Publikationsarten (Sachpublikationen und Forschungsstudien) zusammengeführt.

¹⁷ Gesundheitsverhalten umfasst sämtliche Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern und langfristig erhalten, vor Gefährdungen und ihren Folgen bewahren und die Lebenserwartung verlängern (Lippke & Renneberg, 2006, S. 35).

5.1.2 Einflüsse durch Angebotsgestaltung

Dem Aspekt der Partizipation kommt nicht nur bei der Angebotserstellung, sondern auch bei der Gestaltung der BGF-Angebote vermehrt ein Einfluss zu. In einer Studie von Nöhhammer et al. (2009) wurden auf der einen Seite Mitarbeiter (n=19) und Hauptverantwortliche für GF (n=4) verschiedener Betriebe und auf der anderen Seite Experten (n=9) mit Erfahrung hinsichtlich BGF befragt. Anhand zweier angepasster Interviewleitfäden konnten dadurch zwei Sichtweisen auf Nutzungshemmnisse von BGF ermittelt werden. Dabei nannten die befragten Experten eine ausreichende Partizipationsmöglichkeit auch bei der Durchführung der Programme als wesentliches Merkmal. Nach ihren Äußerungen treten Hemmnisse u.a. dadurch auf, dass die Möglichkeiten zur praktischen Anwendung der Angebote häufig fehlen. Dem könne durch eine Partizipation der Beschäftigten entgegengewirkt werden (Nöhhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 80). Auch Mitarbeiter selbst führen in Interviews die Möglichkeit zur Partizipation als förderlichen Faktor bzw. als Bedingung für ihre Teilnahme an. Nöhhammer et al. beziehen sich dabei auf eine Studie, in der mit einer Stichprobengröße von n=237 qualitative und quantitative Erhebungen zu BGF und insbesondere zu Nutzungsdeterminanten durchgeführt wurden¹⁸ (Nöhhammer & Stummer, 2012, S. 389).

Als allgemeine Vorgehensregel für die Gestaltung der GF-Angebote setzt Metz (2011) überdies eine Teilnahme auf freiwilliger Basis voraus. Sie spricht sich diesbezüglich für eine bewusste, selbstgewählte Entscheidung der Mitarbeiter aus, die auf Grundlage von Kenntnissen über die Bedeutung und Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit getroffen werden soll (Metz, 2011, S. 193). Auch aus Sicht befragter Mitarbeiter stellt die Freiheit bzw. Freiwilligkeit der Angebotsnutzung eine Teilnahmebedingung dar (Nöhhammer & Stummer, 2012, S. 389).

Ein persönlicher Einfluss auf die Nutzung von BGF-Angeboten kann überdies die Einschätzung der eigenen Gesundheit sein. Haben Mitarbeiter das Gefühl, bereits gesund zu sein, kann dies laut Robroek et al. (2011) eine Teilnahme verhindern. Dort gaben mit 41% die meisten Nicht-Teilnehmer als Grund für ihre Entscheidung gegen eine Teilnahme „I am healthy“ an (Robroek, Vathorst, Hilhorst, & Burdorf, 2011, S. 329). In der

¹⁸ Die Ergebnisse von Nöhhammer et al. (2012) beruhen auf derselben Studie wie die Ergebnisse von Nöhhammer et al. (2014), die im Laufe der Ausarbeitung ebenfalls zitiert werden. Bei den Auswertungen wurde von den Autoren ein anderer Schwerpunkt gesetzt, sodass beide Veröffentlichungen Verwendung finden.

Befragung wurden Beschäftigte aus sechs Betrieben verschiedener Branchen eingeladen, einen Fragebogen zu individuellen Eigenschaften, Lebensstil und Gesundheit auszufüllen. Beschäftigte, die nicht teilgenommen haben, erhielten eine gekürzte Version des Fragebogens (ebd., S. 328).

Empfinden Beschäftigte darüber hinaus, nicht anfällig für eine Erkrankung oder nicht Teil der Zielgruppe der jeweiligen Angebote zu sein, kann dies laut Olson & Chaney (2009) weiterhin eine Teilnahmebarriere darstellen. Sie bezeichnen es als entscheidend, das Angebot an den Bedürfnissen der Mitarbeiter auszurichten (Olson & Chaney, 2009). Findet eine solche Bedürfnisorientierung nicht oder nur für bestimmte Teile der Zielgruppe statt, können einzelne oder mehrere Mitarbeiter ausgeschlossen werden. Werden statt bestimmter Bedürfnisse spezielle Personengruppen angesprochen, kann dies als Einschränkung wirken oder ebenfalls einen Ausschluss darstellen (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 80). Allerdings erzielen Programme, die nur bestimmte Zielgruppen ansprechen – wie beispielsweise Coaching oder Supervision – erwartungsgemäß sehr hohe Beteiligungen (Zok, 2009, S. 91).

Budde (2010) sieht es als Ziel des internen Marketings an, die betrieblichen Zielgruppen von der Bedeutung des Themas Gesundheit zu überzeugen und sie, insbesondere durch Vermittlung des Nutzens der Angebote, zu einer Inanspruchnahme der Maßnahmen zu bewegen. Zu diesem Zweck soll das Marketing auch Führungskräfte und Betriebsräte dafür gewinnen, das Thema als innerbetriebliche Motoren zu fördern und bei der Gestaltung aktiv mitzuwirken. Neben ihrer Vorbildfunktion stellen sie wichtige Multiplikatoren und Motivatoren im Betrieb dar und können Beschäftigte unmittelbar beeinflussen und ihnen persönlich glaubhafte Informationen vermitteln (Budde, 2010, S. 94ff.). Ein internes Marketing mit einer auf diese Weise persönlichen, dialogorientierten Kommunikation, die systematisch und kontinuierlich integriert ist, kann dadurch ein wesentlicher Erfolgsfaktor für betriebliche Gesundheitsmaßnahmen sein (ebd., S. 103). Öffentlichkeitsarbeit gestaltet den BGF-Prozess für alle Beschäftigten im Betrieb transparent und nachvollziehbar und kann dadurch die Akzeptanz und Beteiligung erhöhen (Spicker & Schopf, 2007, S. 62).

Diese Aspekte können sich auf Ebene des Individuums auswirken, wie in Abschnitt 5.2 ausgeführt.

Auch eine Befragung von Teilnehmer- und Nicht-Teilnehmer-Gruppen einer Intervention („WellU“) an der Universität von Utah ermittelte den Mangel bzw. das Fehlen von

Kommunikation sowie von Verständnis über das Programm als eine der primären Barrieren für eine Teilnahme. Ziel dieser Studie war es, das Bewusstsein von Hochschulmitarbeitern für ihre Gesundheit und ihren aktuellen Gesundheitszustand zu erhöhen (Hill-Mey, Merrill, Kumpfer, Reel, & Hyatt-Neville, 2013, S. 163). Ausreichende Informationen über das Angebot sowie über die Zielgruppenorientierung stellen somit wesentliche Einflüsse auf die Nutzung von BGF-Angeboten dar. Welche Art von Information für den Mitarbeiter als Individuum von Bedeutung ist, wird ebenfalls im Abschnitt 5.2 aufgegriffen und erläutert.

Ein potenzielles Hemmnis, das gleichermaßen sowohl auf individueller Ebene als auch auf der Ebene der Organisation vermehrt auftritt, sind verschiedene zeitliche Aspekte. Aus dem hier betrachteten Blickwinkel der Angebotsgestaltung können insbesondere zeitintensive BGF-Angebote die Nutzung einschränken. Angebote, die über einen längeren Zeitraum verlaufen und somit eine hohe Bindungsdauer haben, können gleichermaßen hemmend wirken. Dies gaben Beschäftigte verschiedener Betriebe in Interviews zu Nutzungshemmnissen an (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 80). Eine geringe zeitliche Beanspruchung dagegen wird als allgemeiner Erfolgsfaktor von BGF-Maßnahmen angesehen (Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.), 2014, S. 47). Entsprechend kann auch die Überlegung, ob das Angebot innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit stattfindet, laut der Unfallkasse Hessen (2007) einen Einfluss auf die Teilnahmequote darstellen. Mögliche Gestaltungen sind hier z.B. bezahlte Angebote, die außerhalb der Arbeitszeit liegen oder eine unbezahlte Freistellung während der Arbeitszeit. Da die einzelnen Modelle aber neben Kostenüberlegungen von Anforderungen und Betriebsorganisation abhängig sind, hat die Unfallkasse bewusst keine Empfehlungen für eine Regelung gegeben (Unfallkasse Hessen (Hrsg.), 2007, S. 70).

Ähnlich wie die zeitliche Gestaltung kann auch der Durchführungsort der Angebote variieren: Vom Betrieb bezahlte Maßnahmen, die außerhalb der Arbeitszeit stattfinden, können bspw. extern durchgeführt werden, während andere Angebote direkt im Unternehmen stattfinden. Eine Nähe zur Arbeitsstätte kann unterschiedlich auf die Teilnahme wirken. Je nach Themengebiet und individuellem Empfinden können soziale Kontakte geknüpft und die Bindung zum Angebot kann erhöht werden. Bei persönlichen Themen wie Suchtproblemen ist diese Gruppenbildung allerdings nicht immer förderlich. Demnach hängt die Wahl des Durchführungsortes und die entsprechende Auswirkung auf

die Nutzung von der behandelten Thematik ab (ebd., S. 70). Auch die Lage und Erreichbarkeit der gewählten Räumlichkeiten können einen Einfluss darstellen. So wurde eine ernährungs- und gesundheitsbezogene Intervention auf einem Universitäts-Gelände besser angenommen, als die Räumlichkeiten zentral, statt am Ende des Campus lagen. Ungünstig gelegene Orte wurden von 20% der in qualitativen Interviews befragten Beschäftigten, die an dem Programm teilgenommen hatten (n=19), nach der mangelnden Kommunikation als zweithäufigste Barriere genannt (Person, Colby, Bulova, & Eubanks, 2010, S. 151f.). Auch Nöhammer et al. (2009) haben diesen Punkt als Hemmnis identifiziert. Darüber hinaus stellten sich in ihren Befragungen unattraktive Räumlichkeiten und eine fehlende Ausstattung als ein solches heraus (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 80).

Zu diesen Merkmalen der Angebotsgestaltung zählen zudem die finanziellen Kosten, die für die Angestellten entstehen. Ähnlich wie bei der zeitlichen Gestaltung sind auch hier verschiedene Varianten möglich. Kostenfreie Angebote können die Schwelle für eine Teilnahme senken, gleichzeitig ziehen sie aufgrund der Unverbindlichkeit aber auch eine höhere Abbrecherrate nach sich. Für Angebote außerhalb des Unternehmens hat sich eine Eigenbeteiligung der Teilnehmer kombiniert mit einer Erstattungsmöglichkeit als erfolgreiche Motivation für eine Teilnahme erwiesen¹⁹ (Unfallkasse Hessen (Hrsg.), 2007, S. 69). Dies zeigt, dass vom Unternehmen gesetzte Anreize, wie die Erstattung von Kosten, die Motivation der Mitarbeiter steigern können. Daher wird dieser Punkt auf Ebene des Individuums in Kapitel 5.1.2 weiter vertieft.

In der Publikation „Determinants of participation in worksite health promotion: a systematic review“ (Robroek, Lenthe, Empelen, & Burdorf, 2009) finden sich überdies Hinweise, wie die Inhalte eines Programms gestaltet sein sollten, um höhere Quoten zu erzielen. Hier wurden die Ergebnisse von 23 Studien in einem Review zusammengetragen und ausgewertet²⁰. So wurde in Studien, die Programme mit mehreren Komponenten (nicht nur Fitness oder nur Aufklärung/Beratung) untersuchten, eine um rund 20% höhere Teilnahme herausgestellt als in Programmen, die nur aus einer Komponente bestanden. Der Unterschied der mittleren Beteiligung zwischen Studien, die mehrere

¹⁹ Bei diesem Vorgehen wird zunächst ein gewisser Beitrag von den Teilnehmern geleistet, der nach erfolgreichem Abschluss der Maßnahme bzw. nach Erfüllung damit zusammenhängender Kriterien zurück-erstattet wird (Unfallkasse Hessen (Hrsg.), 2007, S. 69).

²⁰ Von den zusammengestellten Studien untersuchten zehn pädagogische oder beratende Programme, sechs Interventionen in Fitness-Centern und sieben die Determinanten der Teilnahme an Programmen mit mehreren Bestandteilen.

Handlungs-/Verhaltensweisen einbezogen (29,2%) und Studien, die sich ausschließlich auf körperliche Aktivitäten richteten (32,6%), erreichte dabei statistische Signifikanz (Robroek, Lenthe, Empelen, & Burdorf, 2009). Weitere Werte sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: zusammengefasste Teilnahmeniveaus und entsprechende 95%-Konfidenzintervalle für ausgewählte Studieneigenschaften (Quelle: eigene Darstellung nach Robroek, Lenthe, Empelen, & Burdorf, 2009)

study characteristics	number of studies	number of participants	mean (%) [95% CI]
education/counselling	10	15022	28,0% [27,8%-28,2%]
fitness	6	3914	25,8% [25,4%-26,1%]
multi-component	6	11084	43,3% [42,9%-43,3%]
physical activity	10	6474	29,2% [28,9%-29,5%]
multiple behaviours	12	23546	32,6% [32,4%-32,8%]

Des Weiteren kann die Ausrichtung des Angebots einen Einfluss darstellen. Zok (2009) ermittelte, dass GF-Maßnahmen, die auf das Verhalten abzielen, eher ein niedriges Teilnahmeniveau erreichen. Bei seiner Mitarbeiterbefragung zur Verbreitung und Bewertung verschiedener BGF-Maßnahmen in Betrieben mit vorhandenen Angeboten ergaben sich bspw. Teilnahmequoten von 33,1% bei betrieblichen Sportgruppen und 45,2% bei Angeboten zur Entspannung und Stressbewältigung. Angebote, die auf Verhältnisse abzielten, erreichten dagegen deutlich höhere Quoten. So wurden Kantinen mit Angeboten zur gesunden Ernährung im Durchschnitt von 66,9% der Befragten in Anspruch genommen. Diese und weitere Werte sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3: Teilnahme in Prozent (%) bezogen auf vorhandene Maßnahmen (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Zok, 2009, S.93)

Teilnahme in % bezogen auf vorhandene Maßnahme	insgesamt
Prüfung auf gesundheitsgerechte Arbeitsplatzgestaltung	97,0%
Ermittlung psychischer Belastungen	96,7%
Mitarbeiterbefragungen	88,2%
Vorsorge- oder Gesundheitsuntersuchungen	82,4%
Kantine mit Angeboten zur gesunden Ernährung	66,9%
Maßnahmen zur Rückengesundheit (Rückenschulen/-gymnastik)	47,3%
Angebote zur Entspannung und Stressbewältigung	45,2%
Fitnessraum, der unentgeltlich genutzt werden kann	35,4%
Betriebliche Sportgruppe	33,1%
Hilfe bei der Bewältigung von Mobbing und Konflikten	13,7%
Maßnahmen zur Raucherentwöhnung oder Suchtprävention	10,7%

Hohe Beteiligungsquoten sind laut Zok (2009) auch bei Maßnahmen zu erwarten, die potenziell einen verpflichtenden oder systematischen Charakter haben. Dies zeigt sich u.a. in den Nutzungswerten der Mitarbeiterbefragung oder der Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen.

Zusammengefasst werden auf der Ebene der Angebotsgestaltung folgende Merkmale als hemmender, förderlicher oder hemmender und förderlicher Einfluss auf die Nutzung bestehender Angebote der BGF dargestellt (siehe Tabelle 4):

Tabelle 4: Einflüsse durch Angebotsgestaltung

hemmend	förderlich	hemmend und förderlich
<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung des eigenen Zustands als „gesund“ - Gefühl, nicht anfällig für Erkrankung zu sein - Gefühl, nicht Teil der Zielgruppe zu sein - unzureichende Räumlichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Anreize - Freiwilligkeit der Teilnahme 	<ul style="list-style-type: none"> - Partizipationsmöglichkeit - Ausrichtung auf Bedürfnisse und Zielgruppe - Gestaltung internes Marketing, Vermittlung v. Informationen - zeitliche Aspekte - Wahl des Ortes - Kosten - Anzahl, Kombination der Programmkomponenten - Ausrichtung des Angebots (auf Verhalten/Verhältnisse)

5.1.3 Einflüsse durch Betriebsgröße und Branche

Die Größe des Betriebes sowie die Branche, in denen befragte Beschäftigte tätig sind, werden an dieser Stelle ebenfalls der Ebene der Organisation zugeordnet, da ihre innerbetriebliche Organisation einen Einfluss auf die Nutzung von BGF-Angeboten haben kann. Diese Zusammenhänge sollen nachfolgend erläutert werden.

In verschiedenen Studien finden sich Hinweise, dass Beschäftigte größerer Betriebe häufiger an Maßnahmen der BGF teilnehmen (vgl. Zok, 2009, S. 91; Unfallkasse Hessen (Hrsg.), 2007, S. 66f.). Nach den Ergebnissen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung von 2005/06 hingegen stieg mit zunehmender Betriebsgröße zwar die Anzahl an Angeboten, die Nutzung durch die Mitarbeiter aber nahm ab (Köper, Siefer, & Beermann, 2010, S. 219f.). Dies bestätigte sich auch in der zweiten Befragung 2011/12, in der insbesondere die Diskrepanz zwischen Beschäftigten aus kleinen Betrieben (<10 Beschäftigte) und Beschäftigten aus großen Betrieben (≥ 250)

Beschäftigte) auffällig war²¹. So lag die Quote der Inanspruchnahme 2012 mit 76% bei Beschäftigten in Kleinbetrieben am höchsten und mit 53% in Großbetrieben am geringsten, was einem Unterschied von 23 Prozentpunkten entspricht (Beck & Lenhardt, 2014). Beck & Lenhardt (2014) vermuten, dass kleinere Betriebe ihre Mitarbeiter durch die direkte Ansprache und Information besser erreichen und motivieren können. Es könne jedoch auch eine Art Druck entstehen, der eine Entscheidung gegen eine Teilnahme erschwert. Im Vergleich dazu könne in größeren Betrieben vermehrt die Situation auftreten, dass BGF-Maßnahmen nur für ausgewählte Arbeitsbereiche, z.B. Bereiche mit hohen Belastungen, angeboten werden. In diesem Fall steht die Nutzung nur für einen Teil der Belegschaft offen (ebd.). Die Größe des Betriebes kann demnach einen Einfluss darstellen, wenn sich Kommunikation und interne Abläufe bzw. Regelungen auf die Nutzung und Nutzungsmöglichkeiten von BGF auswirken.

Die in diesen Befragungen weiterhin erhobenen Teilnahmequoten zwischen Arbeitnehmern aus verschiedenen Branchen, wie dem öffentlichen Dienst oder dem Handwerk, unterschieden sich sowohl 2005/06 als auch 2011/12 nach Betriebsgrößenadjustierung nur gering (siehe Abbildung 7). Folglich konnte diesbezüglich kein Einfluss gefunden werden (ebd.).

		2005/06			2011/12		
		n _{roh}	% _{gew} [95%-KI]	adj. %*	n _{roh}	% _{gew} [95%-KI]	adj. %*
Inanspruchnahme von BGF	ja	4 101	65 [64–67]	/	4 527	62 [60–63]	/
Betriebsgröße	bis 9 Beschäftigte	266	73 [66–78]	/	246	71 [64–77]	/
	10–49 Beschäftigte	837	72 [69–75]	/	868	76 [73–79]	/
	50–249 Beschäftigte	1 150	69 [67–72]	/	1 224	66 [63–68]	/
	250 + Beschäftigte	1 725	59 [57–61]	/	2 001	53 [51–56]	/
Wirtschaftsbereich	öffentlicher Dienst	1 369	66 [64–69]	65	1 668	60 [58–62]	59
	Industrie	1 269	63 [60–65]	66	1 190	59 [56–61]	62
	Handwerk	304	77 [71–81]	77	290	75 [69–80]	63
	Handel	261	65 [59–70]	64	291	63 [57–68]	60
	sonstige Dienstleistungen	630	63 [59–66]	61	721	61 [58–65]	61
	anderer Wirtschaftsbereich	210	71 [64–77]	70	246	67 [61–73]	66

*adjustiert für Betriebsgröße

Abbildung 7: Anteile der Beschäftigten, die die Teilnahme an BGF-Maßnahmen in ihrem Betrieb bestätigten, für die Analytestichproben 2005/06 und 2011/12 (Quelle: Beck & Lenhardt, 2014)

²¹ Nach Definition der Europäischen Kommission umfassen Kleinbetriebe unter 10 Beschäftigte, Kleinbetriebe unter 50 Beschäftigte, Mittlere Unternehmen unter 250 Beschäftigte und Großbetriebe 250 oder mehr Beschäftigte (Europäische Kommission (Hrsg.), 2006). Da die Einteilung der genutzten Quelle der Einteilung der Europäischen Kommission entspricht, wurden die Begrifflichkeiten von der Autorin übernommen.

Die im Fehzeiten-Report 2008 veröffentlichte Studie zur Verbreitung und Bewertung von BGF-Maßnahmen zeigte differierende Ergebnisse auf. Hier wurden je nach Branche der rund 2.000 befragten Beschäftigten deutliche Unterschiede in der Teilnahme gefunden. Bezogen auf alle Befragten – inklusive derjenigen, bei denen keine BGF angeboten wurde – nahmen durchschnittlich ca. 10% der Beschäftigten im Baugewerbe an Maßnahmen der BGF teil. Im Vergleich dazu nutzten mit ca. 20% der Beschäftigten bei Banken/Versicherungen rund doppelt so viele Beschäftigte entsprechende Angebote. Bei Betrachtung einzelner Angebote zeigten sich z.B. bei Maßnahmen zur Rücken- gesundheit in der Branche der Banken/Versicherungen Teilnahmequoten von 19,2%, im Baugewerbe lag die Quote dagegen lediglich bei 3,9%. (Zok, 2009, S. 91f.).

Schlussfolgernd ist es laut der ausgewerteten Literatur möglich, dass sowohl die Betriebsgröße als auch die Branche der Beschäftigten die Teilnahme an BGF-Maßnahmen beeinflussen (siehe Tabelle 5). Hier zeigen sich in der Literatur unterschiedliche Erkenntnisse.

Tabelle 5: Einflüsse durch Betriebsgröße und Branche

hemmend	förderlich	hemmend und förderlich
/	/	- Betriebsgröße - Branche

5.2 Hemmende und förderliche Einflüsse auf individueller Ebene

Auf der Ebene des Individuums können hemmende und förderliche Einflüsse auftreten, die den Mitarbeiter persönlich, d.h. als Einzelmenschen mit seinen jeweiligen Besonderheit betreffen (Dudenredaktion, 2009, S. 565).

Um das Gesundheitsverhalten des Individuums durch BGF beeinflussen zu können, bedarf es zunächst der Motivation (Metz, 2011, S. 203). Motivation bezeichnet die Gesamtheit der Beweggründe, die das Handeln eines Menschen beeinflussen (Dudenredaktion, 2009, S. 750). Sie kann sowohl intrinsisch entstehen, also aus eigenem Antrieb heraus (Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.), 2013a), als auch extrinsisch bedingt sein und demnach von außen angeregt bzw. bestimmt sein (Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.), 2013b). Damit ist Motivation eine Voraussetzung für das gesundheitliche Verhalten eines Menschen und eine Bedingung dafür, dass ein Mitarbeiter die Angebote der BGF wahrnimmt.

In den nachfolgenden Abschnitten soll erläutert werden, welche Merkmale Einfluss auf die Motivation und damit auf eine Teilnahme haben können und welche weiteren Merkmale hierfür auf individueller Ebene eine Rolle spielen.

5.2.1 Einflüsse persönlicher Einstellungen und Eindrücke

Mit dem Begriff „Einstellungen“ ist im Folgenden dem DUDEN gemäß das innere Verhältnis, das jemand zu einer Sache hat bzw. die Ansicht eines Individuums gemeint (Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.), 2013c). Unter persönlichen „Eindrücken“ wird die „etwas prägende Wirkung von etwas Wahrgenommenem, Erfahrenem“ verstanden (Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.), 2013d).

Dementsprechend behandelt dieser Abschnitt innere Auffassungen sowie äußere Gegebenheiten, die auf die persönliche Ansicht des Mitarbeiters einwirken und ihn bei seiner Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von BGF-Angeboten beeinflussen können. Da sich persönliche Gründe einer Entscheidung nicht immer eindeutig zuordnen lassen, sondern häufig sowohl aus Einstellungen als auch aus Eindrücken resultieren können, werden nachfolgend beide Aspekte gemeinsam betrachtet.

Ein in verschiedenen Studien besonders häufig genannter Aspekt, der die Teilnahme von Mitarbeitern an Angeboten der BGF negativ beeinflusst, ist mangelndes oder fehlendes Interesse. In einer Studie mit 237 Beschäftigten, die u.a. Barrieren einer Teilnahme an BGF-Angeboten erfragte, wurde ermittelt, dass die Barriere „no interest“ mit einem Mittelwert von 3,41 (maximale Kodifizierung: 4) von den Befragten am intensivsten wahrgenommen wurde (Nöhammer, Stummer, & Schusterschitz, 2014, S. 26f.). Auch in qualitativen Interviews zu einem ernährungs- und gesundheitsbezogenen Programm gaben Beschäftigte als Nutzungshemmnis an, kein Interesse an den präsentierten Themen zu haben (Person, Colby, Bulova, & Eubanks, 2010, S. 152). Besteht aus persönlichen Gründen kein Interesse an spezifischen Angeboten, werden diese häufig abgelehnt (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 78).

Auch ein nicht erkennbarer oder unklarer Nutzen der Programme wird in der Literatur vermehrt als hemmender Einfluss dargestellt. In den bereits zitierten Interviews zu Nutzungshemmnissen von BGF gaben die befragten Mitarbeiter verschiedener Unternehmen an, dass Angebote mit schwer ersichtlichem Nutzen tendenziell eher nicht in Anspruch genommen werden. Auch die dort interviewten Experten für GF sehen die Bewertung der gemachten Angebote über Sinn- bzw. Nutzenzuschreibung als mögliches

Hemmnis (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 78). Ebenso berichten Nöhammer et al. (2014, S. 27)²² in ihren Untersuchungsergebnissen von der Barriere „few benefits“, also „wenige Vorteile“, die von den 237 befragten Mitarbeitern als zweitstärkste Barriere nach fehlendem Interesse wahrgenommen wurde (Mittelwert: 3,25 maximale Kodifizierung: 4). Durch die Analyse mehrerer Faktoren wurde darüber hinaus ein Ungleichgewicht zwischen Kosten und Nutzen einer Teilnahme als hauptsächliches Hemmnis für die Mitarbeiter ermittelt (Nöhammer, Stummer, & Schusterschitz, 2014, S. 28). Ein persönlicher Nutzengewinn wird dagegen von den Beschäftigten als Bedingung für eine Teilnahme angesehen (Nöhammer & Stummer, 2012, S. 389).

Überdies fördert die Überzeugung, dass sich das eigene Verhalten positiv auf die Gesundheit auswirken kann, die Inanspruchnahme von BGF. Da diese Gesundheitsüberzeugung laut der Unfallkasse Hessen vom Vorwissen und dem Zugang zu Wissen abhängt, ist es auf dieser Ebene wichtig, den Mitarbeitern entsprechende Inhalte zu vermitteln. Um Menschen zu erreichen, die eher nicht auf GF-Maßnahmen ansprechen, ist wiederum die Aktivierung des Gesundheitsmotivs von Bedeutung. Hier hat sich nach Angaben der Kasse eine Kombination aus einer ärztlichen Einschätzung des individuellen Gesundheitszustandes und einer Aufklärungsmaßnahme bewährt (Unfallkasse Hessen (Hrsg.), 2007, S. 71).

Eine Zielgruppe, die es unter diesem Aspekt besonders zu beachten gilt, stellt die Gruppe der Un- und Angelernten dar. Sie verfügt meist über eine geringe Teilnahmemotivation, was laut Busch (2011) auf verschiedene Umstände zurückzuführen ist. Hierzu gehören unterschiedliche persönliche Eindrücke und Einflüsse, wie z.B. die zuvor beschriebene geringe Kontrollüberzeugung über die eigene Gesundheit und eine mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung. Der Umstand, dass Geringqualifizierte das Angebot oft gar nicht erst zur Kenntnis nehmen oder von vornherein annehmen, es wäre nur auf Höherqualifizierte ausgerichtet, verringert die Teilnahmemotivation zusätzlich. Zudem ist ihre Erwartung, ein Angebot erfolgreich abzuschließen, eher gering. Weitere, in dieser Publikation beschriebene Einflüsse auf eine geringe Nutzung sind ein fehlendes Erkennen von positiven Folgen einer Maßnahme, die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes als „schlecht“ sowie insbesondere eine negative Einstellung gegenüber

²² Die hier verwendeten Ergebnisse von Nöhammer et al. (2014) beruhen auf derselben Studie wie die Ergebnisse von Nöhammer et al. (2012), vgl. Fußnote 14.

gesundheitsförderlichem Verhalten (Busch, 2011, S. 508). Somit ist die Teilnahme dieser Zielgruppe an BGF-Maßnahmen von speziellen, individuellen Einflüssen abhängig. Um die Motivation zur Nutzung zu erhöhen, gilt es daher, besonders angepasste Maßnahmen zu ergreifen. Dies kann u.a. dadurch erfolgen, den Un- und Angelehrten die Ausrichtung des Programms auf ihren Gesundheitszustand und ihre Situation zu verdeutlichen²³.

Die Einstellung zu gesundheitsförderlichem Verhalten spielt auch in Erhebungen mit anderen Zielgruppen eine Rolle:

Im Zeitraum von 2010 bis 2012 wurde eine Studie in zwei Manufakturen durchgeführt, die zum Befragungszeitpunkt beide vor Ort zahlreiche für Mitarbeiter frei zugängliche BGF-Angebote hatten. Die Beschäftigten dieser Unternehmen (n=2155) wurden eingeladen, innerhalb von sechs Monaten zwei online-Befragungen auszufüllen. Nach dem Basis-Fragebogen wurde ihnen zum Ende des Zeitraums ein Follow-up-Fragebogen übermittelt. Durch diese Erhebungen wurden Informationen über die Teilnahme an den vorhandenen BGF-Angeboten gesammelt. Die Informationen umfassten Erkenntnisse zu der Teilnahmeabsicht der Beschäftigten an den BGF-Angeboten, ihrer tatsächlichen Teilnahme vor dem Start der Studie sowie ihrer tatsächlichen Teilnahme während der Studie. In die Auswertung eingeflossen sind lediglich die Angaben der Mitarbeiter, die auch den Follow-up-Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, sodass die Studie letztlich eine Stichprobengröße von n=744 umfasste (Rongen, Robroek, Ginkel, Lindeboom, Altink, & Burdorf, 2014, S. 2). Eines der wesentlichen, statistisch signifikanten Ergebnisse war, dass die Chance derjenigen Mitarbeiter, die die Teilnahme am Programm als wichtig empfunden haben, 2,81-fach erhöht war im Verhältnis zu der Chance derjenigen, die die Teilnahme nicht als wichtig empfunden haben (OR=2,81, 95% CI: 1,76-4,49) (ebd., S. 4). Das Einstufen von BGF-Maßnahmen als relevant oder irrelevant hat demnach einen wesentlichen Einfluss auf die tatsächliche Teilnahme. Ebenso verhält es sich mit der grundsätzlichen Einstellung zu BGF: Ist diese z.B. durch fehlende Veränderungsbereitschaft negativ, kann auch dies die Inanspruchnahme hemmen (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 78).

²³ Laut dieser Publikation erhöht sich die Teilnahmemotivation ebenfalls, wenn die Betroffenen wahrnehmen, dass die Maßnahmen an ihre Bildungs- und Erwerbsbiografie anknüpfen oder wenn die Un- und Angelehrten gemeinsam mit anderen, für sie wichtigen Personen teilnehmen können (Busch, 2011, S. 509).

Einfluss auf eine Teilnahmeabsicht hat neben der generellen Grundhaltung des Einzelnen zu BGF auch die Wahrnehmung der Einstellung des Unternehmens zu BGF. Empfinden Mitarbeiter die angebotenen Maßnahmen lediglich als „Alibiaktionen“ und das Engagement des Unternehmens somit als unglaubwürdig, beeinflusst dies die Nutzungsabsicht negativ. Gleichermäßen kann sich eine für Mitarbeiter nicht überzeugend wirkende Qualität der Maßnahmen auswirken (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 78).

Auf dieser Stufe können auch verschiedene Befürchtungen über den Umgang des Unternehmens mit persönlichen Angaben hemmend wirken. Nach den Erhebungen von Hill-Mey et al. gaben die Mitarbeiter der Universität von Utah die Sorge an, dass die Vertraulichkeit im Umgang mit ihren Daten nicht eingehalten werden würde (Hill-Mey, Merrill, Kumpfer, Reel, & Hyatt-Neville, 2013, S. 163). Ferner empfanden 21% der Teilnehmer (n=513) und 26% der Nicht-Teilnehmer (n=205) einer Befragung zu individuellen Eigenschaften, Lebensstil und Gesundheit das Eingreifen des Arbeitgebers in ihre Gesundheit als Verletzung ihrer Privatsphäre. Dabei war die Chance der Angestellten im Alter von 50 Jahren oder älter mit dieser Ansicht übereinzustimmen 1,56-fach erhöht im Vergleich zu der Chance der jüngeren Angestellten mit dieser Ansicht übereinzustimmen (OR = 1,56, 95%-CI 1,02-2,39) (Robroek, Vathorst, Hilhorst, & Burdorf, 2011, S. 329). Die Angst vor der beschriebenen Gefährdung der Privatsphäre und die Angst einer Gefährdung des Datenschutzes kann nach Angaben von Experten für BGF ein Teilnahmehindernis darstellen. Daher sei es empfehlenswert, die Glaubwürdigkeit der BGF zu sichern, eine hohe Maßnahmenqualität zu gewährleisten und Vertrauen zu schaffen. So nannten Mitarbeiter auch die Befürchtung, über eine Teilnahme nicht frei entscheiden zu dürfen. Dieser Sorge kann laut der Experten durch Wahlmöglichkeiten und einer generellen Förderung der individuellen Autonomie entgegengewirkt werden (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 78ff.).

Ein weiteres Hindernis einer Nutzung von GF-Maßnahmen im Setting Betrieb können Integrationsmöglichkeiten in den Alltag darstellen, die größtenteils bereits auf der Ebene der Organisation dargestellt wurden. Aus Sicht des Individuums kann eine Integration vor allem durch Kosten, körperliche Probleme oder einen unpassenden oder schwer zu erreichenden Ort negativ beeinflusst werden. Diese Barriere wurde bei Nöhammer et al. (2014, S. 28f.) nach dem anfangs beschriebenen Ungleichgewicht zwischen Kosten und Nutzen als zweitstärkste Barriereart analysiert.

Ebenso kann ein als zu hoch empfundenenes Involvement, also eine zu hohe Einbindung in das Programm, laut der Studie in diesem Zusammenhang eine Barriere darstellen. Diese kann durch einen engen Zeitplan, eine Teilnahme nach der Arbeit und eine gemeinsame Teilnahme mit Kollegen bedingt sein (Nöhammer, Stummer, & Schusterschitz, 2014, S. 28).

Die zeitlichen Aspekte eines Angebots spielen auf individueller Ebene auch in anderen Erhebungen eine Rolle für die Nutzung von BGF. So gehört ein Zeitmangel in verschiedenen Mitarbeiterbefragungen zu den häufigsten Nennungen von Nutzungsbarrieren (vgl. Person, Colby, Bulova, & Eubanks, 2010, S. 152; Pliemitscher, 2009, S. 115). Die Angabe dieser Barriere erfolgte dabei unabhängig von der beruflichen Ausrichtung und stellt damit einen individuellen Einfluss dar. Entsprechend wurden in einer Untersuchung von Leslie et al. (2013) hohe Arbeitsanforderungen von 61% sog. „white-collar workers“ als stärkstes Hindernis einer Nutzung von BGF-Angeboten angegeben. Genauso gaben sog. „blue-collar workers“²⁴ eine zu geringe Pausenzeit mit 47% als häufigste und Stress am Arbeitsplatz als zweithäufigste Barriere an (Leslie, Braun, & Novotny, 2013, S. 303).

Darüber hinaus können nach Meinung von Beschäftigten insbesondere Termine außerhalb des Unternehmens die Nutzung behindern. Dies trifft auch zu, wenn das Angebot außerhalb der Arbeitszeit stattfindet und daher eigene Freizeit investiert werden muss (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 80). Mitarbeiter mit Familie äußern darüber hinaus, für eine Teilnahme an BGF nicht auf Kosten von weniger Familienzeit mehr Stunden am Arbeitsplatz verbringen zu wollen. Dies gilt auch, wenn sie ihre Familie für bestimmte Aktivitäten hätten mitbringen können (Farrell & Geist-Martin, 2005, zitiert nach Nöhammer, Stummer, & Schusterschitz, 2014, S. 25). Ein „gutes Timing“ dagegen benennen Mitarbeiter in einer qualitativen Befragung zu Nutzungsdeterminanten von BGF als eine der Bedingungen für eine Inanspruchnahme von BGF. Darüber hinaus wünschen sie sich eine insgesamt unkomplizierte Nutzung der Angebote (Nöhammer & Stummer, 2012, S. 387ff.). Gleichmaßen nennt die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ eine geringe zeitliche Beanspruchung als Voraussetzung dafür, die Vorstellungen der Belegschaft zu erfüllen und die Maßnahmenakzeptanz zu erhöhen. Auch sie empfehlen darüber hinaus allgemein, die angebotenen Maß-

²⁴ Die Klassifikation „blue-collar workers“ beschreibt traditionell Arbeiter, die in Fabriken oder im Handwerk tätig sind und dementsprechend manuelle Arbeit verrichten. Der Begriff „White-collar workers“ umfasst hingegen Büroangestellte und die meisten Fachleute, die saubere Arbeitsbedingungen und damit die Möglichkeit haben, weiße Hemden zu tragen (Hodson & Sullivan, 2008, S. 48).

nahmen individuell regulierbar sowie für jeden durchführbar zu gestalten (Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.), 2014, S. 47).

Einige der zuvor beschriebenen Aspekte werden in der Literatur bei der Ausführung des internen Gesundheitsmarketings aufgegriffen. Das Marketing spielt bereits bei der Angebotsgestaltung auf Ebene der Organisation eine Rolle (vgl. Abschnitt 5.1.2). Auf individueller Ebene kann es sowohl förderlich als auch hemmend wirken: Um eine Teilnahme zu begünstigen, soll internes Gesundheitsmarketing laut Budde (2010) nicht nur informieren, sondern im Wesentlichen auch den individuellen Nutzen des Angebots für den Mitarbeiter verdeutlichen. Darüber hinaus kann es bedeutend dazu beitragen, den Mitarbeiter in seiner Motivation anzusprechen bzw. Gesundheitsmotivation aufzubauen (vgl. Abschnitt 5.2) (Budde, 2010, S. 93f.). Unzureichende Informationen über das Angebot sowie eine unpersönliche oder belehrende Kommunikation führen dagegen bei Mitarbeitern eher zur Ablehnung (Nöhammer & Stummer, 2012, S. 387).

Eine weitere, extrinsische Motivationsmöglichkeit stellen Anreize dar, die das Unternehmen für eine Teilnahme bieten kann. Wie nachstehend dargelegt, haben sich verschiedene Arten von Anreizen in zahlreichen Untersuchungen als bedeutend für eine Teilnahme herausgestellt. In einer randomisierten kontrollierten Studie zu finanziellen Anreizen bei einem Raucherentwöhnungsprogramm wurden insgesamt 878 Arbeitnehmer als Stichprobe gewonnen und in zwei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe (n=442) erhielt lediglich Informationen über Raucherentwöhnungsprogramme, während die andere Gruppe (n=436) neben den Informationen auch finanzielle Anreize bekommen hat. Diese lagen je nach Dauer des Verzichts zwischen 100 und 400 Dollar. Eines der wesentlichen Ergebnisse in diesem Zusammenhang war, dass die Gruppe, die Anreize bekommen hat, signifikant höhere Raten der Raucherentwöhnung hatte, als die Gruppe, die nur Informationen erhalten hat. Dies galt, je nach Befragungszeitpunkt, sowohl nach 9 oder 12 Monaten (14,7% in der Gruppe mit Anreiz gegenüber 5,0% in der Kontrollgruppe, $p < 0,001$) als auch nach 15 oder 18 Monaten (9,4% in der Gruppe mit Anreiz gegenüber 3,6% in der Kontrollgruppe, $p < 0,001$) nach Einschreibung in das Programm (Volpp, et al., 2009, S. 703).

Auch die Beschäftigten der Universität von Utah, die zu der Intervention „WellU“ befragt wurden, sahen Anreize – in erster Linie finanzieller Art – als stärksten Motivationsfaktor für eine Teilnahme. Etwa 55% gaben an, dass dies der einzige Grund war,

warum sie an dem Programm teilgenommen haben. Prämien erzielten eine ähnliche Wirkung: 60% derer, die bei Abschluss einer Bewertung ihres Gesundheitsrisikos einen monatlichen Rabatt von 40 Dollar auf ihre Krankenversicherungsprämie erhielten, gaben diese Prämie als Hauptmotiv für ihre Teilnahme an (Hill-Mey, Merrill, Kumpfer, Reel, & Hyatt-Neville, 2013, S. 160ff.). In dem bereits beschriebenen Review von 23 Studien hat sich insgesamt ebenfalls ein höheres Teilnahmeniveau gezeigt, wenn ein Anreiz geboten wurde. Bei Angeboten mit Anreizen ergab sich in den Studien bezüglich der Beteiligungsquote ein Mittelwert von 33,5% (95%-CI 33,3%-33,8%). Im Vergleich dazu zeigte sich bei der Teilnahme an Angeboten ohne Anreiz ein Mittelwert von 30,7% (95%-CI 30,5%-30,9%) (Robroek, Lenthe, Empelen, & Burdorf, 2009).

Der vorige Abschnitt hat gezeigt, dass auf individueller Ebene eine Vielzahl von Einflüssen wirken kann. Einen Überblick über die potenziellen Einflüsse persönlicher Einstellungen und Eindrücke auf die Nutzung bestehender BGF-Angebot gibt Tabelle 6.

Um das BGF-Angebot im Allgemeinen zu verbessern und vermehrt den Mitarbeiter als Individuum anzusprechen, regen zu Nutzungshemmnissen von BGF befragte Beschäftigte an, die Angebote insgesamt auszudehnen und auf thematische Schwerpunkte auszurichten. Als unwesentlich empfundene Angebote sollten ihrer Ansicht nach dagegen reduziert werden (ebd., S. 78).

Tabelle 6: Einflüsse durch persönliche Einstellungen und Eindrücke

hemmend	förderlich	hemmend und förderlich
<ul style="list-style-type: none"> - mangelndes/fehlendes Interesse - Zielgruppe der Un- & Angelernten - BGF-Engagement des Unternehmens und Maßnahmenqualität unglaubwürdig - Befürchtungen bzgl. Autonomie und bzgl. Verletzung Privatsphäre und Datenschutz - mangelnde Integrationsmöglichkeiten in Alltag 	<ul style="list-style-type: none"> - Überzeugung der Wirkung des eigenen Verhaltens auf Gesundheit - Anreize 	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennbarkeit und Gewichtung von Nutzen und Sinn - Einstufung der Relevanz von BGF - Einfachheit der Nutzung - Wahrnehmung internes Marketing - zeitliche Aspekte

5.2.2 Einflüsse (sozio-)demographischer Merkmale

Bedeutsame Merkmale, die sich neben inneren Beweggründen auf das Individuum auswirken können, sind demographische und soziodemographische Merkmale, wie Geschlecht, Alter oder Art und Umfang der Erwerbstätigkeit (Schaffer, 2009, S. 45). Wie sich diese auf das Verhalten des Mitarbeiters und die resultierende Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme von BGF auswirken können, soll nachfolgend betrachtet werden.

Bezüglich der Auswirkungen des Geschlechts auf die Inanspruchnahme von BGF haben sich folgende Ergebnisse aus der Literatur ergeben:

Das Review von Robroek et al. (2009) hat die gesammelten Studien weiterhin nach Geschlecht und Alter ausgewertet. In den meisten Studien wiesen weibliche Arbeitnehmer eine statistisch signifikant höhere Teilnahme auf als männliche Arbeitnehmer. Die Sammlung der Studien ergab insgesamt einen Odds Ratio von 1,67 (95%-CI 1,23-2,27), wonach die Chance der Frauen, an einer Maßnahme teilzunehmen, 1,67 Mal höher ist als die Chance der Männer. Bezüglich des Alters zeigten sich widersprüchliche Ergebnisse in den jeweiligen Studien. Es wurden gleichermaßen sowohl statistisch signifikant höhere als auch niedrigere Beteiligungen bei älteren Beschäftigten ermittelt (Robroek, Lenthe, Empelen, & Burdorf, 2009).

Dagegen unterschieden sich die Teilnahmequoten zwischen Männern und Frauen sowohl in der Erwerbstätigenbefragung des BIBB und der BAuA als auch in den im Fehlzeiten-Report 2008 erläuterten Ergebnissen einer Arbeitnehmerbefragung nur gering. In ersterer Untersuchung trifft dies für 2005/06 sowie für 2011/12 zu, die Quoten lagen hier insgesamt zwischen 60 und 66 Prozent (Beck & Lenhardt, 2014). Laut der Befragungsergebnisse im Fehlzeiten-Report 2008 beteiligten sich durchschnittlich fast 51% der Frauen und rund 52% der Männer, wenn in ihrem Betrieb Maßnahmen vorhanden waren (Zok, 2009, S. 93).

Bei der Quote nach Altersgruppen zeigten sich in diesen Untersuchungen hingegen wesentliche Unterschiede. Die Befragung des BIBB und der BAuA zeigte eine deutliche Entwicklung auf. Demnach variierte die Teilnahmequote 2005/06 je nach Altersgruppe zwischen 59% in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen und 72% in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen. Bei der Erhebung 2011/12 war die Inanspruchnahme in jeder Altersgruppe in etwa gleich hoch. Sie lag zwischen 59% in der Altersgruppe 35-44 Jahre und 63% in

der Gruppe 55-64 Jahre. Damit war die Quote nach Alter wesentlich ausgeglichener als 2005/06 und stellte keinen Einfluss mehr dar (Beck & Lenhardt, 2014). Dagegen stellte Zok (2009, S. 91) fest, dass die Nutzungsquote im Durchschnitt mit zunehmendem Alter ansteigt und das Merkmal Alter somit einen Einfluss darstellen kann. Dieses Ergebnis zeigte sich auch in einer randomisierten kontrollierten Studie, die im Jahr 2012 veröffentlicht wurde. Der Zweck dieser Studie war, über 2 Jahre die Wirksamkeit einer Mehrkomponenten-Intervention auf körperliche Aktivität, Essensverhalten und Gewichtsveränderung bei arbeitenden Erwachsenen (n=642) zu evaluieren. Dabei zeigte sich, dass die Chance der älteren Beschäftigten an der Maßnahme teilzunehmen, 1,03 Mal höher ist als die Chance der jüngeren Beschäftigten an der Maßnahme teilzunehmen (OR = 1,03, 95%-CI: 1,01-1,04) (VanWormer, Linde, Harnack, Stovitz, & Jeffery, 2012, S. 849).

Bezüglich der demographischen Angabe des Familienstands fanden sich bei Robroek et al. (2009) unter verheirateten oder zusammenlebenden Mitarbeitern statistisch signifikant höhere Teilnahmequoten. So war die Chance der verheirateten oder zusammenlebenden Mitarbeiter an einer Intervention teilgenommen zu haben, 1,25 Mal höher im Verhältnis zu der Chance der nicht verheirateten oder alleinlebenden Mitarbeiter (OR = 1,25, 95%-CI: 1,05–1,48) (Robroek, Lenthe, Empelen, & Burdorf, 2009). Als weitere Determinante wurde die Ethnizität der Befragten ausgewertet. Zwei der untersuchten Studien, die von höheren Teilnahmeniveaus unter weißen Mitarbeitern („white ethnicity“) oder Mitarbeitern kaukasischer Abstammung („Caucasian ethnicity“) berichteten, hatten einen statistisch signifikanten Unterschied im Vergleich zu dunkelhäutigen oder hispanischen Mitarbeitern festgestellt²⁵. Für die Merkmale Bildung und Einkommen zeigten sich im Review keine Effekte auf die Teilnahme (ebd.). Die Ergebnisse der demographischen Faktoren dieses Reviews sind in Anhang A7 auf Abbildung 11 im Überblick einsehbar.

Ebenso wurden in der Literatur Merkmale der Erwerbstätigkeit als möglicher soziodemographischer Einfluss untersucht.

So nahmen Mitarbeiter in prekären Beschäftigungsverhältnissen (Teilzeit/befristet/Zeitarbeit) signifikant weniger an BGF-Interventionen teil als Mitarbeiter in Vollzeit, in

²⁵ Anmerkung der Autorin: Die angegebene Quelle enthält an dieser Stelle keine umfassenden Angaben zu statistischen Maßen. Auf diesen Aspekt wird in der abschließenden Diskussion näher eingegangen.

unbefristeten Arbeitsverhältnissen oder ohne Zeitarbeit. Geringfügig Beschäftigte nahmen dagegen häufiger Teil als Beschäftigte ohne Geringfügigkeit (Köper, Siefer, & Beermann, 2010, S. 218f.). Weitere Unterschiede zwischen den Gruppen fanden sich im Beschäftigungsstatus. Personen mit leitender Tätigkeit nahmen mit einer Quote von 79,7% zu über 10% häufiger teil als Hilfskräfte (66,9%). Statistische Signifikanz erreichten die Unterschiede zwischen Mitarbeitern mit und ohne Vorgesetztenfunktion: Mitarbeiter mit Vorgesetztenfunktion nahmen Angebote statistisch signifikant häufiger wahr (69,9%, $p < 0,01$) als ihre Vergleichsgruppe (63,0%, $p < 0,01$) (ebd., S. 219). Die genauen Werte sind der nachfolgenden Abbildung 8 zu entnehmen.

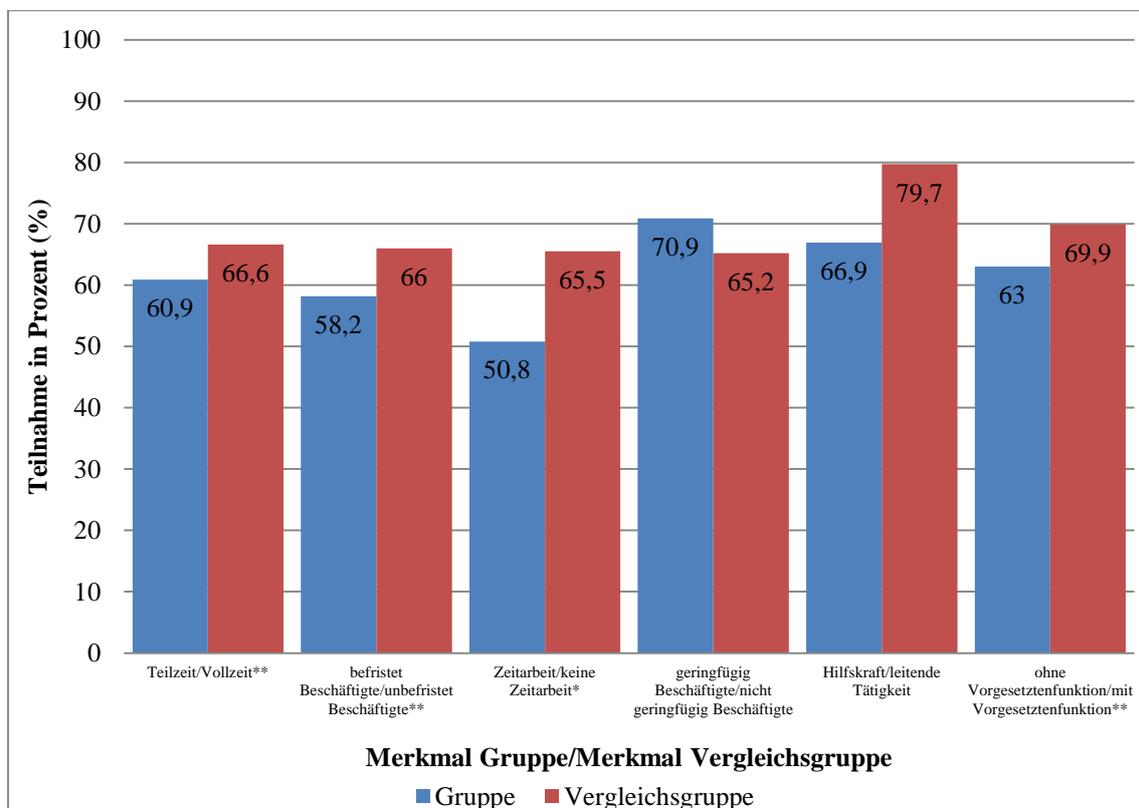


Abbildung 8: Angaben von Beschäftigungsgruppen zur Teilnahme an bestehenden Angeboten des Arbeitgebers (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Köper, Siefer, & Beermann, 2010, S. 219)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die (sozio-)demographischen Merkmale Alter, Geschlecht, Familienstand, Beschäftigungsverhältnis und -status die Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen positiv und negativ beeinflussen können (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Einflüsse (sozio-)demographischer Merkmale

hemmend	förderlich	hemmend und förderlich
/	/	<ul style="list-style-type: none"> - Alter - Geschlecht - Familienstand - Erwerbsstatus - Beschäftigungsverhältnis - Beschäftigungsstatus

5.3 Hemmende und förderliche Einflüsse auf interpersoneller Ebene

Die interpersonale Ebene betrifft alle Aspekte, die zwischen zwei oder mehreren Personen ablaufen (Dudenredaktion, 2009, S. 575). Folglich sind hier Einflüsse gemeint, die in Unternehmen zwischen zwei oder mehr Mitarbeitern oder zwischen Mitarbeiter/n und einem oder mehreren Vorgesetzten entstehen können.

Als weit verbreitetes Ergebnis zeigt sich auf dieser Ebene, dass der Grad der (sozialen) Unterstützung²⁶ im Betrieb einen Einfluss darstellen kann. So stellte sich ein hohes Niveau an sozialer Unterstützung durch Kollegen und/oder den Supervisor bei Mitarbeitern verschiedener Unternehmen, die an einer sechsmonatigen Follow-up-Studie Angaben zu ihrer Teilnahmeabsicht sowie ihrer tatsächlichen Teilnahme machten, als signifikanter Einfluss auf die Teilnahmeabsicht heraus. Mitarbeiter mit sozialer Unterstützung hatten dabei eine 2,83 Mal höhere Chance einer Teilnahmeabsicht im Vergleich zu der Chance der Mitarbeiter ohne soziale Unterstützung (OR=2,83, 95%-CI: 1,70-4,73, $p < 0,05$). Die tatsächliche Teilnahme wurde interpersonell dann signifikant beeinflusst, wenn die Beschäftigten nach der Baseline-Befragung annahmen, dass ihre Teilnahme von ihren Kollegen oder ihrem Supervisor erwartet wird. Die Mitarbeiter mit dieser Wahrnehmung hatten eine 2,87-fach erhöhte Chance einer tatsächlichen Teilnahme im Vergleich zu der Chance der Mitarbeiter, die diese Wahrnehmung nicht hatten (OR=2,87, 95%-CI: 1,17-7,02, $p < 0,05$) (Rongen, Robroek, Ginkel, Lindeboom, Altink, & Burdorf, 2014). In anderen Untersuchungen wurde die Akzeptanz und Förderung von BGF sowie die Unterstützung der Teilnahme durch relevante innerbetriebliche Akteure

²⁶ Soziale Unterstützung umfasst erwartete oder (tatsächlich) empfangene Leistungen, die Menschen in der Überwindung von belastenden und beanspruchenden Situationen unterstützen (Franzkowiak, 2011, S. 516).

(Kollegen und Führungskräfte) als fördernder sowie – bei Nichtvorhandensein – als hemmender Einfluss herausgestellt. Hemmend kann laut dieser Veröffentlichungen auch ein bestehender oder befürchteter sozialer Druck im Unternehmen oder ein Widerspruch der BGF zu den internen sozialen Normen wirken (vgl. Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 79f.; Nöhammer & Stummer, 2012, S. 389). Ein angespanntes Betriebsklima oder heterogen zusammengesetzte Teilnehmergruppen stellen laut Experten und Mitarbeitern weitere potenzielle Barrieren dar. In einzelnen Fällen können Mitarbeiter gemeinsame Aktivitäten mit Kollegen auch komplett ablehnen und nehmen dementsprechend bestimmte Angebote nicht wahr. Die befragten Beschäftigten schlagen zum Vermeiden oder Verringern solcher Barrieren vor, den Zusammenhalt durch vermehrte Angebote für Gruppen zu stärken. Darüber hinaus empfehlen sie, Gruppen mit gemeinsamen Interessen zusammenzuführen und diese sich selbst organisieren zu lassen (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009, S. 79f.). Angestellte wünschen sich weiterhin, dass Kollegen oder das Management nicht über den persönlichen Gesundheitsstatus Bescheid wissen (Farrel & Geist-Martin, 2005 zitiert nach Nöhammer, Stummer, & Schusterschitz, 2014, S. 25). Vielen Beschäftigten ist es darüber hinaus unangenehm, vor anderen Angestellten Sport zu treiben. Dies sollte bei der Gestaltung von Programmen der BGF zu berücksichtigen werden. (Schwetschenau, O'Brien, Cunningham, & Jex, 2008, zitiert nach Olson & Chaney, 2009).

Insgesamt können die genannten Merkmale einen unterschiedlichen Einfluss auf eine Nutzung von BGF-Angeboten haben (siehe Tabelle 8):

Tabelle 8: Einflüsse interpersoneller Art

hemmend	förderlich	hemmend und förderlich
<ul style="list-style-type: none"> - sozialer Druck - Widerspruch der BGF zu internen Normen - angespanntes Betriebsklima - heterogene Zusammensetzung der Gruppen - Kenntnisnahme anderer des eigenen (Gesundheits-)Zustands 	<ul style="list-style-type: none"> - empfundene Erwartungen von Kollegen oder Vorgesetzten 	<ul style="list-style-type: none"> - soziale Unterstützung

6 Reflexion

Im Folgenden sollen wesentliche Inhalte diskutiert und Limitationen der (Studien-)Ergebnisse dargestellt werden. Am Ende der Arbeit erfolgt eine Reflexion des methodischen Vorgehens, bevor ein abschließendes Fazit gezogen wird.

6.1 Reflexion der inhaltlichen Ergebnisse

Die Auswertung der themenrelevanten Publikationen zeigte zahlreiche Aspekte auf, die die Nutzung von bestehenden Angeboten der BGF sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Diese Einflüsse können auf individueller sowie interpersoneller Ebene und auf der Ebene der Organisation auftreten.

Durch die Zusammenführung der Ergebnisse der Sachpublikationen und Forschungsstudien konnten verschiedene Perspektiven beleuchtet werden. Allerdings bedarf es einer kritischen Betrachtung und Interpretation der dargestellten Inhalte, um die Ergebnisse einschätzen zu können. So wurden einige wesentliche Aspekte in den ausgewerteten Publikationen nicht ausreichend untersucht oder nur unzureichend dargestellt. Daher werden nachfolgend Erkenntnisse diskutiert, die von besonderer Relevanz sind und (zukünftig) stärker betrachtet und erforscht werden sollten. Dieser Vorgang entspricht der „Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Fragestellung“ gemäß Schritt neun des Ablaufmodells inhaltlicher Strukturierung von Mayring (vgl. Abbildung 5).

Bereits die Erarbeitung der Hintergrundinformationen und der Problemstellung zeigten die Komplexität der Thematik auf. Eine einheitliche Definition der Begriffe GF und BGF bestand in der Literatur nicht. Auch eine Abgrenzung der beiden Begriffe zu Prävention und zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement hat nur zum Teil stattgefunden. Insgesamt lag bei den jeweiligen Begrifflichkeiten kein einheitliches Verständnis vor, was die Recherche sowie die Auswertung der Ergebnisse verfälscht haben könnte. So wurden in der Literatur insbesondere die Begriffe GF und Prävention häufig synonym verwendet. Hinzu kommt, dass möglicherweise auch in den Befragungen kein einheitliches Verständnis von BGF vorlag und der Begriff unterschiedlich interpretiert wurde. Dadurch ist nicht sicher, dass die Daten fehlerfrei sind. Beispielsweise können die Angaben über das Vorhandensein von BGF dadurch verfälscht sein, dass Mitarbeiter manche Maßnahmen nicht der BGF, sondern dem Arbeitsschutz zuordnen und deshalb keine BGF-Maßnahmen zur Kenntnis nehmen. Auch Beck & Lenhardt (2014) berichten von dieser Problematik in Bezug auf ihre Erhebungen zur Teilnahmequote: Die Anga-

ben der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung beruhen allein auf der Wahrnehmung der befragten Beschäftigten. Darüber hinaus wurde die Nutzung unabhängig von der Dauer, Art und Intensität erhoben, sodass z.B. auch eine einmalige Teilnahme in die Quote einfluss (Beck & Lenhardt, 2014). Dadurch sind die erhobenen Daten in ihrer Aussagekraft beschränkt.

Eine weitere Limitation der Studienergebnisse ist die z.T. sehr niedrige Stichprobengröße. Eine in der Ausarbeitung häufig zitierte Studie von Nöhammer et al. (2009) hat bspw. insgesamt nur 19 Personen befragt. Daher können die Ergebnisse insgesamt nur eingeschränkt als repräsentativ betrachtet werden.

Hinzu kommt, dass vereinzelt kein Zugriff auf zitierte Originalquellen bestand. Dadurch konnten nicht alle Ergebnisse nachverfolgt und (in ihrer Entstehung) überprüft werden. So wurden z.B. in dem Review „Determinants of participation in worksite health promotion: a systematic review“ von Robroek et al. (2009) die Ergebnisse mehrerer Studien in einem tabellarischen Überblick dargestellt. Hieraus und aus dem beschreibenden Text ging zwar bei mehreren untersuchten Determinanten eine statistische Signifikanz hervor, allerdings waren teilweise keine statistischen Maße angegeben. Da kein Zugang zu den angegebenen Quellen bestand, konnten keine eindeutigen Angaben bezüglich der Odds Ratios oder anderer Maße gemacht werden (vgl. Kapitel 5.2.2).

Bei der Auswertung der Literatur fanden sich insgesamt mehr Publikationen über hemmende Einflüsse als über förderliche Einflüsse. So wurden in mehreren Studien ausschließlich Hemmnisse bzw. Barrieren erhoben. Trotz dieser z.T. häufig einseitigen Betrachtung konnte in dieser Arbeit eine ähnliche Anzahl förderlicher Faktoren herausgearbeitet werden. Eine Begründung für dieses Ungleichgewicht in den Erhebungen könnte sein, dass es Mitarbeitern leichter fällt, Angaben darüber zu machen, was sie von einer Teilnahme abgehalten hat. Die Frage danach, was sie in einer Teilnahme unterstützen könnte, ist dagegen schwieriger zu beantworten. Da sich allerdings in der Regel aus jedem hemmenden Einfluss auch ein förderlicher Einfluss ableiten lässt, haben auch Hemmnisse eine hohe Aussagekraft. Bei förderlichen Einflüssen ist zu beachten, dass diese auch zu hemmenden Einflüssen werden können. Beispielsweise kann aus sozialer Unterstützung sozialer Druck entstehen, wenn sie zu stark ausgeübt wird. Im Gegensatz dazu kann das Fehlen von sozialer Unterstützung hemmend wirken, wenn ein Beschäftigter dadurch in seinem Antrieb zur Teilnahme gebremst wird. Demnach sind hem-

mende und förderliche Einflüsse von persönlichen Empfindungen abhängig und können individuell unterschiedlich wirken.

Diese Wechselwirkung und weitere kritisch zu betrachtende Aspekte sollen nachfolgend für jede der drei genutzten Ebenen diskutiert werden.

Auf der Ebene der Organisation bilden die Merkmale der Angebotserstellung eine solide Grundlage für ein erfolgreiches BGF. Die Berücksichtigung der möglichen Einflüsse stellt eine Voraussetzung für hohe Teilnahmequoten dar und sollte daher auch bei bereits bestehenden Angeboten einbezogen werden. Dies steigert die Chance einer höheren Akzeptanz der Maßnahmen. Daneben können auf dieser Ebene die Betriebsgröße sowie die Branche der Beschäftigten sowohl einen hemmenden als auch einen fördernden Einfluss darstellen (vgl. Tabelle 5). Bei der Branche zeigten sich zwar große Unterschiede, bspw. zwischen der Branche Banken/Versicherungen und der Branche „Baugewerbe“, die Gründe für diese Abweichungen wurden in den ausgewerteten Veröffentlichungen jedoch nicht erhoben. Hier können verschiedene Einflüsse wie ein geringes Angebot, Zeitmangel, niedrige (soziale) Unterstützung oder ein mangelndes Wissen über die Wirkung des eigenen Verhaltens auf die Gesundheit vermutet werden. Allerdings sind hier weitere Recherchen und ggf. Forschungen nötig, um gezielt auf Hemmnisse bestimmter Berufsgruppen einwirken und förderliche Merkmale unterstützen zu können.

Neben diesen Einflüssen ist die Ebene der Organisation insbesondere durch Einflüsse der Gestaltung der Angebote geprägt. Die persönliche und systematische Vermittlung von Informationen über BGF und ihre Angebote stellt hier eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Maßnahmen dar. In den ausgewerteten Studien stellte sich heraus, dass einerseits eine möglichst große Zielgruppe angesprochen werden soll, damit keinem Mitarbeiter der Zugang verwehrt wird. Andererseits haben sich Programme, die auf spezielle Zielgruppen ausgerichtet sind, als besonders erfolgreich erwiesen. Hier empfiehlt sich eine Kombination aus frei zugänglichen Angeboten und Angeboten für bestimmte Zielgruppen.

Einen weiteren wesentlichen Einfluss stellt für Mitarbeiter der Aspekt der Zeit dar. Die Unfallkasse Hessen hat hier verschiedene Modelle zur grundsätzlichen Durchführung von betrieblichen GF-Maßnahmen aufgezeigt. Möglich sind demnach Angebote in der Freizeit oder in der Arbeitszeit und bezahlte oder unbezahlte Angebote sowie jegliche

Kombinationen daraus. Die Gestaltung dieser Optionen kann die Akzeptanz der Maßnahmen laut der Unfallkasse unterschiedlich beeinflussen. Eine Empfehlung gibt die Kasse allerdings nur in der Hinsicht, dass Angebote, die stark auf den Arbeitsplatz oder dort anfallende Tätigkeiten ausgerichtet sind, als Bestandteil der Arbeit angesehen und deshalb bezahlt werden sollten (Unfallkasse Hessen (Hrsg.), 2007, S. 69). Seitens der Angestellten zeigt sich durch Zusammenführen der Ergebnisse jedoch eine klare Tendenz: Nach den Erhebungen stellen u.a. ein großer Zeitaufwand sowie das Opfern von Freizeit wesentliche Teilnahmemhemmnisse dar. Eine geringe zeitliche Beanspruchung und schlussfolgernd auch das Nutzen von Maßnahmen innerhalb der Arbeitszeit wirken dagegen förderlich. Ferner werden auch Angebote, die nah am Arbeitsplatz durchgeführt werden, bevorzugt in Anspruch genommen. Eine Ausnahme stellen Themen dar, die sehr privat sind und somit nicht mit dem Arbeitsplatz verbunden werden wollen. Insgesamt lässt sich hier eine klare Empfehlung zu Angeboten innerhalb der Arbeitszeit ableiten. Die Option, die Kosten der Angebote entweder durch das Unternehmen oder (anteilig) durch die Beschäftigten tragen zu lassen, ist weniger eindeutig. Zwar können anfallende Kosten ein Hemmnis darstellen, bietet das Unternehmen aber einen Anreiz wie eine Prämie, kann dennoch zu einer Teilnahme motiviert werden. Dieser Einfluss kann folglich als variabler angesehen werden und an die Gegebenheiten angepasst werden.

Als förderliche Grundlage wird überdies die Freiwilligkeit der Teilnahme in den Rechercheergebnissen genannt. Eine verpflichtende Teilnahme lässt sich hieraus als mögliches Hemmnis ableiten und sollte keine Option darstellen, da sie zu einer Ablehnung von GF-Maßnahmen führen kann.

Für die Darstellung der BGF-Angebote bedarf es eines internen Marketings. Dieses kann u.a. auf die erläuterten Einflüsse einwirken, indem es einen Anreiz aufzeigt oder den Nutzen für die Mitarbeiter verdeutlicht. Allerdings benötigen ein umfassendes, systematisches Marketing und die weitere Gestaltung der Programme, wie etwa die Partizipation der Mitarbeiter, hohe Ressourcen. Insbesondere monetäre Mittel, Personal und Zeit müssen aufgebracht werden, um alle Barrieren abzubauen und fördernde Umstände herstellen zu können. Jedoch ist dies sicherlich nicht in allen Betrieben uneingeschränkt möglich, sodass jedes Unternehmen eine individuelle Strategie für BGF entwickeln sollte. Demnach sind aus Sicht der Autorin nicht alle genannten Einflüsse für jedes Unternehmen passend, zumal bereits die Größe des Betriebes unterschiedliche Möglichkeiten

bietet. Hat ein Großunternehmen bspw. mehr Mittel, um interne Werbung durch den Einsatz verschiedener visueller Medien wie Plakate oder das firmeneigene Intranet zu verbreiten, so hat ein kleiner Betrieb bessere Möglichkeiten, die Mitarbeiter durch persönliche Ansprache zu erreichen.

Neben der Wahrnehmung der BGF durch das Marketing, kann sich auch die bereits aufgegriffene Setzung von Anreizen durch das Unternehmen bedeutend auf die individuelle Ebene auswirken. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Anreiz eine Nutzung von BGF wesentlich erhöhen kann. Zu bedenken ist allerdings, dass ein Anreiz trotz alledem nach Ansicht der Autorin nicht so gestaltet sein sollte, dass er den einzigen Grund für eine Teilnahme darstellt. Eine langfristige und nachhaltige Wirkung von Gesundheitsprogrammen kann nicht erzeugt werden, da sich die innere Einstellung bzw. das Verhalten eines Menschen auf diese Weise nicht verändern lassen. Ein Anreiz sollte daher lediglich eine Art Anstoß darstellen. Die Erhebung solcher und weiterer Motivatoren ist zwar aufwendig und komplex, für das Ziel die Teilnahmequote zu erhöhen, aber unerlässlich.

Die individuelle Ebene umfasst zahlreiche weitere Einflüsse, die fördernd wirken können, bei Fehlen aber gleichzeitig eine Nutzungsbarriere bedeuten können (vgl. Tabelle 6 und Tabelle 7). Persönliche Merkmale, die in der Literatur lediglich als negativer Einfluss erfasst wurden, sind mangelndes bzw. fehlendes Interesse und die Zielgruppe der Un- und Angelernten. Der zuletzt genannte berufliche Status stellt zwar i.d.R. ein Hemmnis dar, diesem kann aber durch Berücksichtigung bestimmter Maßnahmen entgegengewirkt werden (vgl. Kapitel 5.2.1). Hier ist wiederum eine Anpassung an bestimmte Zielgruppen notwendig, um Hemmnisse abzubauen und eine Teilnahme zu fördern. Das Interesse der Beschäftigten kann im Allgemeinen etwa durch den bereits genannten Anreiz oder die Verdeutlichung von Sinn und Nutzen hervorgerufen werden, auch wenn die ausgewertete Literatur diesen Zusammenhang nicht direkt darstellt. Demnach kann auch dieser Einfluss in einen förderlichen Einfluss gewandelt werden. Die Einstellung der Mitarbeiter gegenüber BGF-Maßnahmen ist überdies eine wesentliche Voraussetzung für eine Teilnahme und sollte zukünftig stärker einbezogen werden. Erkennen Mitarbeiter, dass GF für jedes Individuum einen positiven Beitrag leisten kann – selbst wenn man sich bereits gesund fühlt – hat dies nach Auffassung der Verfasserin dieser Arbeit zahlreiche positive Auswirkungen. So erhöht das Einstufen von

BGF als relevant nicht nur die Achtsamkeit für die eigene Gesundheit, es steigert auch die Unterstützung und das Verständnis untereinander in Bezug auf die Teilnahme an BGF-Maßnahmen.

Das demographische Merkmal „Alter“ zeigte bei Beck & Lenhardt (2014) in der Untersuchung von 2012 zwar eine ausgeglichene Teilnahmequote innerhalb der Gruppen und stellte somit keinen Einfluss auf die Nutzung dar, allerdings ist dies nach den Erhebungen einer prozentual überdurchschnittlichen Abnahme der Inanspruchnahme in den höheren Altersgruppen geschuldet. Diese Entwicklung ist aus Perspektive der Verfasserin dieser Ausarbeitung gerade in Hinblick auf den demographischen Wandel und dem erhöhten Bedarf dieser Altersgruppe an GF-Maßnahmen als negativ zu betrachten. Speziell abgestimmte Angebote könnten diesem Trend entgegenwirken, indem sie sich auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausrichten und bspw. mobilisierende Körperbewegungen vermitteln.

Ferner haben sich auf dieser Ebene bei den Merkmalen Beschäftigungsverhältnis und -status zu beachtende Unterschiede in der Teilnahmequote gezeigt. Das Ergebnis, dass Mitarbeiter in prekären Beschäftigungsverhältnissen signifikant weniger an BGF-Interventionen teilnahmen, lässt darauf spekulieren, dass sie entweder weniger Zeit im Unternehmen verbringen (Teilzeit) oder stärker von einer Unsicherheit über ihr zukünftiges Arbeitsverhältnis geprägt sind (befristet, Zeitarbeit) und eine Teilnahme an BGF somit hintenanstellen. Ein weiterer Grund hierfür könnte eine geringe Identifikation mit dem Unternehmen darstellen. Im Kontrast dazu nahmen geringfügig Beschäftigte häufiger teil. Dies könnte daran liegen, dass sie weniger in die betrieblichen Abläufe eingebunden sind und daher mehr Zeit für eine Inanspruchnahme haben. Diese Aussagen beruhen allerdings allein auf den Annahmen der Autorin dieser Arbeit, weshalb auch hier weitere Forschungen und entsprechende Anpassungen der Programme auf diese Beschäftigungsgruppen stattfinden müssen. Ziel sollte eine hohe Teilnahmequote unabhängig von Art und Umfang der Beschäftigung sein.

Auf interpersoneller Ebene werden in der Literatur hauptsächlich hemmende Faktoren beschrieben (vgl. Tabelle 8). Widerspricht die BGF den internen Normen des Unternehmens, herrscht ein sozialer Druck oder ein angespanntes Betriebsklima, kann diesem nach Meinung der Verfasserin hauptsächlich durch ein hohes Maß an sozialer Unterstützung entgegengewirkt werden. In der Literatur wurde bereits aufgezeigt, dass diese bei Fehlen negativ, bei Vorhandensein aber äußerst positiv auf eine Nutzung wirken

kann. Soziale Unterstützung sollte neben einer allgemeinen Akzeptanz im Unternehmen auf allen Ebenen die Zustimmung und Förderung von Vorgesetzten sowie Kollegen umfassen. Empfinden Mitarbeiter, dass ihr Umfeld eine Teilnahme an vorhandenen Angeboten erwartet, kann dies gleichermaßen hilfreich sein, solange diese Erwartungen nicht in sozialen Druck übergehen.

Als weiteres Hemmnis empfinden Mitarbeiter eine breit gefächerte Teilnehmergruppe, die z.B. aus verschiedenen Hierarchieebenen zusammengesetzt ist. Zugleich geben sie an, dass neben Vorgesetzten auch Kollegen nicht über ihren Gesundheitszustand Bescheid wissen sollen. Hier zeigen sich im Zusammenhang mit der interpersonellen Ebene demnach große Widersprüche auf, die ein zentrales Problem der niedrigen Teilnahmequote an BGF-Interventionen sein könnten. Das Thema Gesundheit ist im Allgemeinen ein sehr persönliches Thema und kann daher bei den Beschäftigten verschiedene Hemmnisse hervorrufen. Diesen Hemmnissen kann durch eine Befragung der Mitarbeiter und durch ein möglichst vielfältiges Angebot, bei dem für jeden Mitarbeiter eine Wahlmöglichkeit besteht, entgegengewirkt werden. Zusätzlich kann es hier hilfreich sein, wenn die ausführenden Akteure keine direkte Vorgesetztenfunktion haben und der soziale Zusammenhalt unter den Mitarbeitern insgesamt gestärkt wird.

Die aufgezeigten Einfluss- und Motivationsmöglichkeiten von Mitarbeitern zeigen, dass eine strikte Trennung der Ebenen weder möglich, noch sinnvoll ist. So können sich die Ebenen stets gegenseitig beeinflussen. Auch Nöhammer et al. (2009) stellen diese Verbindung her. Laut ihnen liegen die Bedingungen des Verhaltens nicht nur bei dem Individuum. Das Verhalten müsse auch mit sozial Erlaubtem und der jeweiligen Situation vereinbar sein (ebd., S.78). Die Festlegung der zeitlichen Aspekte stellt hierfür ein anschauliches Beispiel dar: Haben Angebote eine hohe Dauer (Ebene der Organisation), ist nicht nur die Integration in den Alltag für den einzelnen Mitarbeiter schwer (individuelle Ebene). Die lange Abwesenheit kann bei Kollegen oder Vorgesetzten auch zu mangelndem Verständnis für eine Teilnahme führen und dadurch eine fehlende Unterstützung hervorrufen (interpersonelle Ebene).

Letztendlich bedeutet dies, dass bei jedem BGF-Angebot alle Ebenen berücksichtigt werden sollten, um möglichst wenig Barrieren und möglichst viele förderliche Einflüsse zu schaffen. Die Organisation gibt dabei die Rahmenbedingungen vor, unter denen die Beschäftigten BGF nutzen können. Insgesamt unterliegt die Ausgestaltung der Angebote den Möglichkeiten des jeweiligen Unternehmens.

6.2 Reflexion des methodischen Vorgehens

Die durchgeführte Untersuchung war auf eine umfassende Beantwortung der Forschungsfrage in ihren unterschiedlichen Dimensionen ausgerichtet. Durch Auswertung der Publikationen konnten verschiedene Perspektiven auf den Untersuchungsgegenstand und ein Überblick über den Gesamtkontext gegeben werden. Darüber hinaus gelang es, Anforderungen für die Zukunft abzuleiten.

Die erlangten Ergebnisse sind jedoch mit einigen methodischen Einschränkungen zu betrachten. Diese werden nachstehend anhand des letzten, zehnten Schrittes des Ablaufmodells von Mayring (vgl. Abbildung 5) beleuchtet. Dieser umfasst die Anwendung von inhaltsanalytischen Gütekriterien. Entgegen des Modells werden hier keine spezifisch inhaltsanalytischen, sondern die klassischen Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität²⁷ zur Bewertung der Methodik herangezogen. Diese entsprechen den gegebenen Möglichkeiten zur Überprüfung der durchgeführten Analyse auf Verwendbarkeit bzw. Eignung.

Die thematische Bearbeitung der Forschungsfrage erfolgte lediglich durch eine Person und unterlag damit ggf. einer subjektiven Herangehensweise. Die für die Darstellung der Ergebnisse verwendeten Ebenen wurden zwar durch die Analyse von Texten gewählt, unterliegen aber auch der Perspektive der Autorin. Insbesondere die Zuordnung der erläuterten Einflüsse zu diesen Ebenen ist z.T. von einer persönlichen Einschätzung abhängig, auch wenn sie sich an vorhandener Literatur orientierte. So konnte vor allem die Zuteilung der Branche nicht eindeutig erfolgen, da aus den Veröffentlichungen keine eindeutigen Gründe für die vorhandenen Einflüsse hervorgingen. Weiterhin war in den Publikationen z.T. nicht ersichtlich, ob sich die genannten Einflüsse als förderlich oder hemmend bei der Planung von BGF-Angeboten oder bei bereits laufenden Angeboten bezogen. Oftmals wurden Aspekte bspw. schlicht als „Einfluss für erfolgreiche BGF“ beschrieben.

Eine ähnliche Verzerrung kann sich durch die Auswahl der Datenbanken und Bibliotheken sowie des Modells für die Inhaltsanalyse ergeben haben. Auch die Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien und die Durchführung der Suche können trotz Verwen-

²⁷ Objektivität besteht, wenn unterschiedliche Personen unter Verwendung des gleichen Messinstruments dieselben Ergebnisse erzielen und diese somit unabhängig von der messenden Person sind. Validität gibt den Grad der Genauigkeit an, mit der ein Messverfahren tatsächlich das misst, was es messen soll. Reliabilität ist ein Maß der Zuverlässigkeit, das die Reproduzierbarkeit von Messergebnissen angibt (Paier, 2010, S. 73ff.).

derung von Leitlinien für systematische Literaturrecherchen einer Subjektivität unterliegen. Aus diesen Gründen bestehen in Bezug auf das klassische Gütekriterium der Objektivität gewisse Limitationen.

Eine Reliabilität der Ergebnisse konnte begrenzt erfüllt werden. Die Orientierung an dem Suchprozess nach LoBiondo-Wood/Haber (1996) hat bereits bei der Literatursuche dazu beigetragen, den Prozess nachvollziehbar zu gestalten. Bei der qualitativen Auswertung der Publikationen hat das als Instrument gewählte Modell der inhaltlichen Strukturierung einen gewissen Grad an Reliabilität hergestellt, indem es zu einer systematischen Vorgehensweise bei der Herausarbeitung themenrelevanter Inhalte beigetragen hat. Allerdings konnten aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Ausarbeitung nicht alle Aspekte des Modells berücksichtigt und angewendet werden.

Der Grad der Genauigkeit des Messinstruments lässt sich durch verschiedene Formen messen. In dieser Ausarbeitung wurde zur Überprüfung der Validität die Inhaltsvalidität²⁸ herangezogen. Diese kann insbesondere durch die beschriebenen Einschränkungen in der Objektivität sowie in der Reliabilität beeinflusst worden sein. Hinzu kommt, dass aufgrund des gewählten Suchprozesses mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht die gesamte Literatur erfasst wurde, die für die Erarbeitung des gewählten Themas relevant ist. Durch die häufig synonyme Verwendung von GF und Prävention – wie im vorigen Abschnitt beschrieben – ist es möglich, dass Literatur ausgeschlossen wurde, die unter dem Stichwort Prävention auch Maßnahmen der GF meint. Auf der anderen Seite wurden dadurch möglicherweise Befragungen einbezogen, die sich auch oder ausschließlich mit dem Thema Prävention befassen, aber als GF bezeichnet wurden.

Die Festlegung auf bestimmte Suchbegriffe sowie Datenbanken sind weitere Beispiele für die Einschränkung der Validität. Die insgesamt geringe Anzahl der ausgewerteten Publikationen begrenzt die Aussagekraft der Inhalte zusätzlich hinsichtlich einer komplexen und differenzierten Darstellung. Diesbezüglich ist die Auswahl der Suchkriterien kritisch zu betrachten. Das Einsetzen von Synonymen in die jeweiligen Begriffskombinationen sollte doppelte Ergebnisse vermeiden, dennoch wurden viele Dopplungen erzielt. Darüber hinaus hat es die bei den jeweiligen Begriffskombinationen von vornhe-

²⁸Inhaltsvalidität liegt vor, wenn möglichst alle wesentlichen Dimensionen eines Konstruktes umfassend gemessen bzw. berücksichtigt werden. Die Inhaltsvalidität ist demnach umso höher, je besser die zu messenden Items die Grundgesamtheit abbilden (Bortz & Döring, 2006, S. 200).

rein hohe Ergebnisanzahl weiter erhöht. Die Tatsache, dass letztlich wenig verwertbare Literatur übrig blieb, zeigt, dass eine Verbesserung der Suchkriterien ratsam gewesen wäre. Zwar waren keine weiteren Einschränkungen der Ergebnisse durch das Setzen von Filtern möglich, eine Begrenzung der gewählten Suchbegriffe hätte aber die gewünschte Einschränkung erbringen können. Ergänzend hätte hier auch ein Ausschluss bestimmter Begriffe über eine entsprechende Eingabe in der Datenbank erfolgen können. So zeigte sich relativ früh, dass einige Texte auf web-basierte BGF-Interventionen ausgerichtet waren. Diese sollten aufgrund ihrer speziellen Voraussetzungen und der Durchführung außerhalb des betrieblichen Rahmens allerdings nicht in die Auswertung eingeschlossen werden. Diese Erkenntnis hat sich erst im Laufe der Recherche ergeben und wurde nicht mehr im Suchprozess umgesetzt. Durch das Hinzufügen eines Ausschlusskriteriums und eines entsprechenden Zusatzes bei der Suche (z.B. „NOT web-based“) hätten Maßnahmen dieser Art aus den Ergebnissen ausgeschlossen werden können. Im Gegensatz hierzu hat bei der Autorenliste eine Erweiterung stattgefunden. So wurde explizit nach Veröffentlichungen der Autorin E. Nöhammer gesucht, die sich aufgrund ihrer Beiträge zum gewählten Thema als äußerst relevant darstellte. Ausgewertete Publikationen dieser Autorin wurden durch das „Schneeballsystem“ hinzugefügt.

Trotz aller aufgeführten Einschränkungen konnte umfangreiche Literatur zusammengefügt und ein Überblick über zahlreiche hemmende sowie förderliche Einflüsse auf die Nutzung bestehender Angebote der BGF gegeben werden. Da anzunehmen ist, dass keine Vollständigkeit erreicht wurde, sind weitere Forschungen sowie Anpassungen und Evaluationen auf allen Ebenen der BGF nötig.

7 Fazit

Durch die systematische Literaturrecherche ist es gelungen, einen Überblick über mögliche Einflüsse auf die Nutzung bestehender Angebote der BGF zu geben. Die Zusammenführung der Erkenntnisse aus Sachpublikationen und Forschungsstudien erbrachte eine Vielzahl potenzieller Einflüsse. Diese fanden sich auf organisatorischer, individueller und interpersoneller Ebene und somit auf allen Ebenen, die BGF betrifft. In Hinblick auf die Fragestellung dieser Ausarbeitung konnten demnach umfangreiche Antworten gegeben werden.

Allerdings sind die Einflüsse insgesamt noch nicht ausreichend dargestellt. Sie gehen häufig wenig ins Detail und sind in der Regel in keine größere Zusammenhänge eingeordnet. Somit sind die erlangten Ergebnisse lediglich als Grundlage für weitere Forschungen anzusehen. Um präzisere Angaben über Einflüsse geben zu können, wäre eine Ausrichtung der Fragestellung auf eine bestimmte Zielgruppe oder eine spezielle Maßnahme sinnvoll, auch wenn die Abgrenzung eines Merkmals nicht vollständig realisierbar ist. Diese Beschränkung ermöglicht es, gezielter nach Literatur zu suchen und ausgewählte Studien heranzuziehen. Auf diese Weise können zukünftige Forschungen Erkenntnisse mit einer höheren Aussagekraft gewinnen. Letztlich können so BGF-Angebote speziell abgestimmt und hemmende sowie förderliche Einflüsse gesteuert werden. Zu diesem Zweck ist es ebenfalls ratsam, weitere Motivationsmöglichkeiten zu ermitteln und diese je nach Veränderungsbereitschaft des einzelnen Mitarbeiters anzuwenden.

Zusätzlich empfiehlt sich, die bisher erlangten Erkenntnisse in der Praxis vermehrt umzusetzen und Wirkungen auf die Nutzung bestehender Angebote zu evaluieren. Anschließend sollten entsprechende Anpassungen vorgenommen und der Prozess wiederholt werden. Die aktive Vermittlung von Sinn und Nutzen von BGF ist ein notwendiger Schritt, um die Relevanz der BGF zu verdeutlichen und so die Akzeptanz und Förderung entsprechender Maßnahmen zu steigern. Dies sollte auf allen Ebenen des Unternehmens umgesetzt werden und sowohl die ausführenden (Fach-)Kräfte, als auch Vorgesetzte und Mitarbeiter umfassen. Weiterhin ist es für die Zukunft bedeutend, in der Fachliteratur zu einem einheitlichen Verständnis von BGF zu gelangen. Erst dann können eindeutige Erhebungen gemacht und aussagekräftige Erkenntnisse gewonnen werden.

Unter Beachtung dieser Aspekte kann es gelingen, BGF zukünftig effektiver zu gestalten und gezielt auf Einflüsse einer Nutzung einzuwirken.

Literaturverzeichnis

- Bamberg, E., Ducki, A., & Metz, A.-M. (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement: Konzeptuelle Klärung. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 123-134). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Beck, D., & Lenhardt, U. (2014). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/s-0034-1387744.
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2013a). *intrinsisch*. Abgerufen am 02. Februar 2015 von DUDEN: Duden online: <http://www.duden.de/rechtschreibung/intrinsisch>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2013b). *extrinsisch*. Abgerufen am 02. Februar 2015 von DUDEN: Duden online: <http://www.duden.de/rechtschreibung/extrinsisch>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2013c). *Einstellung, die*. Abgerufen am 02. Februar 2015 von DUDEN: Duden online: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Einstellung>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2013d). *Eindruck, der*. Abgerufen am 02. Februar 2015 von DUDEN: Duden online: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Eindruck>
- Bienert, M. L., & Razavi, B. (2007). Betriebliche Gesundheitsförderung: Entwicklung, Vorgehensweise und Erfolgsfaktoren. In W. Hellmann (Hrsg.), *Gesunde Mitarbeiter als Erfolgsfaktor: ein neuer Weg zu mehr Qualifikation im Krankenhaus* (S. 49-116). Heidelberg: MedizinRecht.de Verlag.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation (4. Auflage)*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Brandes, S., & Stark, W. (2011). Empowerment/Befähigung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 57-60). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Budde, C. (2010). Gesundheitskommunikation und Projektmarketing. In D. Kroll, & J. Dzudzek (Hrsg.), *Neue Wege des Gesundheitsmanagements*. „Der

- gesunderhaltende Betrieb" - Das Beispiel Rasselstein* (S. 92-103). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Unternehmen unternehmen Gesundheit. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen* (2. Auflage). Berlin: Druckerei Silber Druck ohG.
- Busch, C. (2011). Betriebliche Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Un- und Angelernten. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 501-518). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (o.J.). *Berufskrankheiten. Fragen und Antworten*. Abgerufen am 31. Dezember 2014 von Berufskrankheiten: http://www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/dokum/bk_fragen_antworten.pdf
- DNBGF. (o.J.). *BGF-Themen: Was bringt BGF?* Abgerufen am 05. Februar 2015 von DNBGF. Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung: <http://www.dnbgf.de/bgf-themen/was-bringt-bgf.html>
- Dudenredaktion (Hrsg.). (2009). *DUDEN. Die deutsche Rechtschreibung*. Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Europäische Kommission (Hrsg.). (2006). *Die neue KMU-Definition. Benutzerhandbuch und Mustererklärung*. Abgerufen am 12. Dezember 2014 von http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/sme_definition/sme_user_guide_de.pdf
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. (2007). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Abgerufen am 07. Dezember 2014 von Luxemburger Deklaration: http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Dekl_Mai2014.pdf
- Faller, G. (2012). Was ist eigentlich BGF? In F. Gudrun (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (2. Auflage) (S. 15-26). Bern: Verlag Hans Huber.
- Franzkowiak, P. (2011). Soziale Unterstützung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 516-520). Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.). (2014). *Gesunde Mitarbeiter - gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche*

- Gesundheitsmanagement*. Abgerufen am 21. Januar 2015 von Initiative Neue Qualität der Arbeit: http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/psyga-gesunde-mitarbeiter-gesundes-unternehmen.pdf?__blob=publicationFile
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2014). *Definition: Betriebliche Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 30. Dezember 2014 von Gesundheitsberichterstattung des Bundes: https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=95240955&p_knoten=VR&p_sprache=D&p_suchstring=Betriebliche%20Gesundheitsfoerderung
- Hill-Mey, P. E., Merrill, R. M., Kumpfer, K. L., Reel, J., & Hyatt-Neville, B. (2013). A Focus Group Assessment to Determine Motivations, Barriers and Effectiveness of a University-Based Worksite Wellness Program. *Health Promotion Perspectives, 2013, 3(2)*, S. 154-164. doi: 10.5681/hpp.2013.019.
- Hodson, R., & Sullivan, T. A. (2008). *The Social Organization of Work (4th edition)*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Hollederer, A. (2007). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland - Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. *Gesundheitswesen 2007, 69*, S. 63-76. doi: 10.1055/s-2007-970599.
- Hollederer, A., & Wießner, F. (2014). *Verbreitung und Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung im IAB Betriebspanel 2012*. Abgerufen am 02. Januar 2015 von *Gesundheitswesen 2014; 76 - A78*. doi: 10.1055/s-0034-1386928: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1386928>
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (3. Auflage)* (S. 13-23). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kaba-Schönstein, L. (2011). Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 151-163). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- Kleibel, V., & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe* (2. Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Köper, B., Siefer, A., & Beermann, B. (2010). Geschlechtsspezifische Differenzierung von BGF-Konzepten. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analyse aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 215-223). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Laslo, T., Wilke, R., & Fleßla, S. (2012). Prävention und Gesundheitsförderung aus betrieblicher Sicht. In W. Kirch, T. Hoffmann, & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgung* (S. 373-384). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag .
- Leslie, J. H., Braun, K. L., & Novotny, R. (2013). Factors Affecting Healthy Eating and Physical Activity Behaviors Among Multiethnic Blue- and White-collar Workers: A Case Study of One Healthcare Institution. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 72(9), S. 300-306.
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg, & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35-60). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Lück, P., Eberle, G., & Bonitz, D. (2009). Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Zahlen, Daten und Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 77-84). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Metz, A.-M. (2011). Intervention. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 185-220). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage* (2. Auflage der deutschen Ausgabe). Köln: BZgA.
- Nöhammer, E., & Stummer, H. (2012). Gesundheit, die keiner will? Die Perspektive von Mitarbeitern auf betriebliche Gesundheitsförderung. In W. Kirch, T. Hoffmann, & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgung* (S. 385-391). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

- Nöhammer, E., Eitzinger, C., Schaffenrath-Resi, M., & Stummer, H. (2009). Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung. Angebotsgestaltung als Nutzungshemmnis betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Mitarbeiterperspektive. *Prävention und Gesundheitsförderung, 1*, S. 77-82. doi: 10.1007/s11553-008-0154-9.
- Nöhammer, E., Stummer, H., & Schusterschitz, C. (2014). Employee perceived barriers to participation in worksite health promotion. *Journal of Public Health (2014)*, 22, S. 23-31. doi: 10.1007/s10389-013-0586-3.
- Olson, A., & Chaney, J. D. (2009). *Overcoming barriers to employee participation in WHP programs*. Abgerufen am 06. Januar 2015 von BioMedSearch.com. A sumobrain solutions company: <http://www.biomedsearch.com/article/Overcoming-barriers-to-employee-participation/308743744.html>
- Paier, D. (2010). *Quantitative Sozialforschung. Eine Einführung*. (H. Reiger, & B. Haas, Hrsg.) Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Person, A. L., Colby, S. E., Bulova, J. A., & Eubanks, J. W. (2010). Barriers to participation in a worksite wellness program. *Nutrition Research and Practice (Nutr Res Pract) 2010*, 4(2), S. 149-154. doi: 10.4162/nrp.2010.4.2.149.
- Pliemitscher, H. C. (2009). Betriebliche Gesundheitsförderung in Alten- und Pflegeeinrichtungen. In M. Deutmeyer, & A. Thiekötter (Hrsg.), *Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement* (S. 101-119). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- PONS GmbH. (o.J.). *PONS Online Wörterbuch*. Abgerufen am 21. Dezember 2014 von PONS Hallo Welt: <http://de.pons.com/text-%C3%BCbersetzung>
- Rigotti, T., & Mohr, G. (2011). Gesundheit und Krankheit in der neuen Arbeitswelt. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 61-82). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Robroek, S. J., Vathorst, S. v., Hilhorst, M. T., & Burdorf, A. (2011). Moral issues in workplace health promotion. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 85*(3). 327-331. doi: 10.1007/s00420-011-0675-y.
- Robroek, S., Lenthe, F. J., Empelen, P. v., & Burdorf, A. (2009). Determinants of participation in worksite health promotion: a systematic review. *International*

- Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2009, 6(26), S. doi:10.1186/1479-5868-6-26.
- Rongen, A., Robroek, S., Ginkel, W., Lindeboom, D., Altink, B., & Burdorf, A. (2014). Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study. *BMC Public Health* 2014, 14(573). doi: 10.1186/1471-2458-14-573.
- Rosenbrock, R. (2006). *Gegenwärtige und künftige Herausforderungen für eine gesunde Arbeitswelt. Vortrag auf der 2. Konferenz des Deutschen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) am 28. März 2006 in Bonn, Gustav-Stresemann-Institut*. Abgerufen am 13. Januar 2015 von 2. DNBGF Konferenz am 26. März in Bonn: www.dnbgf.de/fileadmin/texte/1179_RosenbrockDNBGFKonferenz.doc
- Rosenbrock, R., & Hartung, S. (2011). Settingansatz/Lebensweltansatz. In BzGA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 497-500). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung für die soziale Arbeit. Eine Einführung* (2. Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Sesink, W. (2012). *Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten inklusive E-Learning, Web-Recherche, digitale Präsentation u.a.* (9. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Spicker, I., & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Wien, New York: Springer-Verlag.
- Springer Gabler Verlag (Hrsg.). (o.J.). *Beanspruchung und Belastung*. Abgerufen am 09. Februar 2015 von Gabler Wirtschaftslexikon. Das Wissen der Experten: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/beanspruchung-und-belastung.html>
- Stoffel, S., Amstad, F., & Steinmann, R. M. (2012). *Baukasten für Betriebliche Gesundheitsförderung*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Ulrich, E., & Wülser, M. (2012). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (5. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Unfallkasse Hessen (Hrsg.). (2007). *Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Öffentlichen Dienst. Handlungsempfehlungen sowie Ergebnisse aus zwei*

- Umfragen in Mitgliedsbetrieben der Unfallkasse Hessen in den Jahren 1999 und 2004.* Wiesbaden: Universum GmbH.
- VanWormer, J. J., Linde, J. A., Harnack, L. J., Stovitz, S. D., & Jeffery, R. W. (2012). Is Baseline Physical Activity a Determinant of Participation in Worksite Walking Clubs? Data From the HealthWorks Trial. *Journal of physical activity & health, 9*(6), S. 849-856.
- Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., et al. (2009). A Randomized, Controlled Trial of Financial Incentives for Smoking Cessation. *The New England Journal of Medicine, 360*, 7, S. 699-709. doi: 10.1056/NEJMsa0806819.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.* Abgerufen am 12. Dezember 2014 von World Health Organization: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- WHO. (1997). *Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert.* Abgerufen am 30. Dezember 2014 von Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf?ua=1
- Zok, K. (2009). Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Unternehmer. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Zahlen, Daten und Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 85-100). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hanna Mareike Holst

Anhang

A1: Der Suchprozess

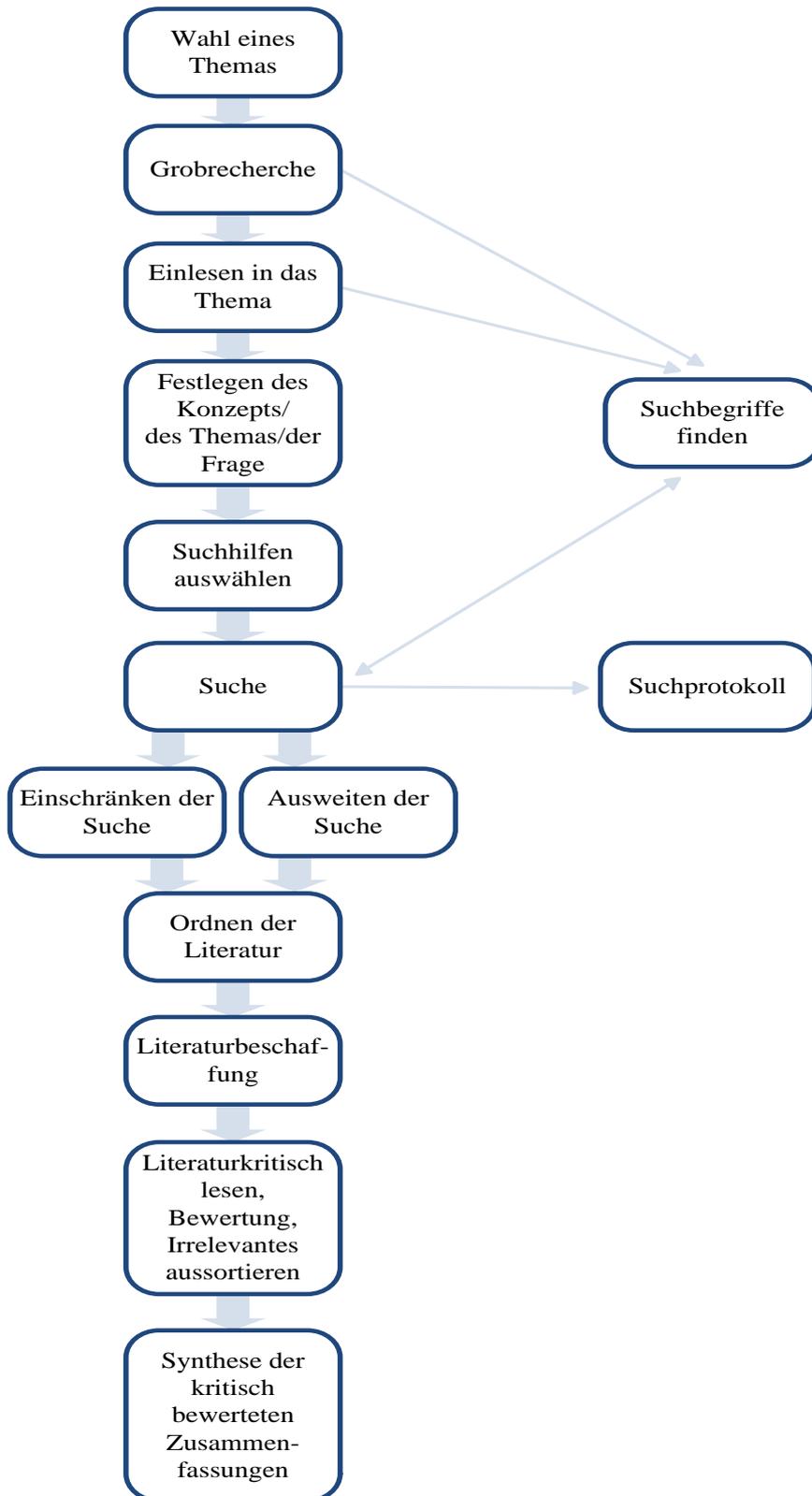


Abbildung 9: Der Suchprozess (Quelle: Kleibel & Mayer, 2011, S. 26, nach LoBiondo-Wood/Haber, 1996)

A2: Allgemeine Stichwortlisten und Autorenliste der systematischen Literaturrecherche

Tabelle 9: allgemeine Stichwortliste zu Komponente 1: Betriebliche Gesundheitsförderung

Deutsch	Englisch
Betrieb/Unternehmen/Firma	Company/ firm/ work
Arbeit	work, employment
Arbeitsplatz	Workplace/ workspace
Arbeitsstätte	Place of work
Beschäftigte(r)/Angestellte(r)	employee
Mitarbeiter(in)	employee/ member of staff
Gesundheitsförderung	health promotion/ promotion of health
gesundheitsfördernd	healthy, good for one's health
Gesundheitsangebot/ -programm	health program

Tabelle 10: allgemeine Stichwortliste zu Komponente 2: Einfluss auf Nutzung

Deutsch	Englisch
Einfluss	influence
etw. beeinflussen	to influence sb/sth
durch etw. beeinflusst sein	to be influenced by sth
Determinanten	determinants
Erhöhung	increase
erhöhen	to raise sth
anheben	to increase sth
Erfolg	success
erfolgreich	successful
Motivation	motivation
jmd. motivieren	to motivate sb,
Aktivierung	activation
jmd. aktivieren (anspornen)	to stimulate sb/to get sb moving
Hemmnis	obstacle
Barriere	barrier
Vorteil	advantage/ benefit
Nutzen	advantage/benefit

Teilnahme	participation
Teilnehmer(in)	participant
teilnehmen	to attend, to participate
Teilnehmerzahl	entry, entry number
Inanspruchnahme	use/ utilization
Nutzung	use/ utilisation
etw. nutzen	to use sth, to utilize sth

Tabelle 11: Autorenliste

Name	Vorname
Badura	Bernhard
Bamberg	Eva
Ducki	Antje
Faller	Gudrun
Hurrelmann	Klaus
Rosenbrock	Rolf

A3: Literaturrecherche in „PubMed“

Für die Datenbank „PubMed“ wurden auf Grundlage der Stichwortliste durch Einsatz von Trunkierungen folgende Suchbegriffe entwickelt:

Tabelle 12: Stichwortliste „PubMed“ zu Komponente 1: Betriebliche Gesundheitsförderung

Stichworte Betrieb	Stichworte Gesundheitsförderung
compan*	“health promotion”
firm*	“promotion of health”
work*	health*
employment*	“health* program*”
employee*	
member* of staff	

Tabelle 13: Stichwortliste „PubMed“ zu Komponente 2: Einfluss auf Nutzung

Stichworte Einfluss	Stichworte Nutzung
influen*	particip*
determinant*	use
increase	utilization
rais*	entry*
success*	
motivat*	
activat*	
stimulat*	
moving	
obstacle*	
barrier*	
advantage*	
benefit*	

Da bei einzelnen Suchbegriffen eine große Anzahl an Ergebnissen auftrat, wurden die Begriffe zur Präzisierung der Suche logisch kombiniert. Dafür wurden jeweils mehrere Unterpunkte beider Kategorien durch die Operatoren „AND“ und/oder „OR“ miteinander verbunden. Der Operator „OR“ wurde dabei insbesondere bei der Verwendung von Synonymen eingesetzt.

Bei einer ersten Suche mit ausgewählten Begriffskombinationen haben sich einige Begriffe als ungeeignet herausgestellt: Der Suchbegriff „health*“ musste ausgelassen werden, da er zu viele Ergebnisse erbrachte und eine Verlängerung des Wortstamms von PubMed erfordert wurde. Stattdessen erfolgte hier eine Auswahl der Suchworte „health promotion“, „health* program*“ und „wellness program“. Gleiches gilt für das Suchwort „work*“, das durch „at work“, „worksite“ und „workplace“ präzisiert wurde. Bei der Übersetzung für „Nutzung/Inanspruchnahme“ wurde die amerikanische Schreibweise „utilization“ ausgewählt, da nur diese in PubMed vorkommt. Der Begriff „promotion of health“ erbrachte während der Suche häufig null Ergebnisse, sodass dieser ebenfalls ausgelassen wurde. Die Begriffe „employment“ und „employee“ wurden bewusst nicht durch Trunkierung zusammengeführt, da die Suche dann zu viele Endungen enthalten und dadurch ungenau werden würde. Die Suche nach „member of staff“ wird von PubMed mit „quoted phrase not found“ beantwortet. Das heißt, dass diese Phrase nicht im

Index der Suchmaschine vorhanden ist und somit ignoriert oder automatisch abgeändert wird. Aus diesem Grund wurde auch diese Phrase im weiteren Verlauf nicht verwendet. Durch diese Erkenntnisse folgte eine Anpassung der Suchbegriffe.

Wie bereits in Kapitel 4.1.1 erwähnt, wurde daraufhin ein System zum Bilden der Begriffskombinationen entwickelt, um die Suche strukturiert und nachvollziehbar zu gestalten. Das verwendete System soll wird nachfolgend näher erläutert:

Die Kombinationen der Suchbegriffe setzten sich jeweils aus einem von drei festen Bestandteilen (1 bis 3) und einer von insgesamt acht Variablen (s bis z). Die festen Bestandteile, deren Synonyme/Alternativen überdies als Option eingesetzt wurden, sollten dabei die Thematik der Arbeit umfassten und durch die Variable verfeinert wurden. Feste Bestandteile waren jeweils:

1a: „health promotion“ oder 1b: „health* program*“

2a: (at work OR worksite OR workplace) oder 2b: (employment* OR employee*)

3: (particip* OR use OR utilization OR entry*)

Nach diesen Bestandteile folgten variierende Begriffe (z.T. mit ihren jeweiligen Synonymen), die den letzten Buchstaben des Alphabetes wie folgt zugeordnet wurden:

s: (barrier* OR obstacl*)

t: firm* OR compan*

u: (influen* OR determinant*)

v: (advantage* OR benefit)

w: (motivate* OR activat*)

x: (stimulate OR moving)

y: (increas* OR raise)

z: success*

Nach diesem System ergaben sich folgende Kombinationsmöglichkeiten, die anschließend durch Einsetzen der zuvor jeweils zugeordneten Begriffe gesucht wurden:

1a und 2a und 3 und s

1a und 2b und 3 und s

1b und 2a und 3 und s

1b und 2b und 3 und s

1a und 2a und 3 und t

1a und 2b und 3 und t

1b und 2a und 3 und t

1b und 2b und 3 und t

1a und 2a und 3 und u

usw.

Die Anzahl der gefundenen Suchergebnisse je verwendeter Begriffskombination sowie der Veröffentlichungen, die aufgrund der manuellen Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen wurden, sind den nachfolgenden Tabellen – unterteilt in die einzelnen Kriterien – zu entnehmen. Publikationen, die nach Lesen des Abstracts die Kriterien erfüllen, sind in Form des Titels und der URL jeweils darunter aufgeführt. Begriffskombinationen, die keine verwendbaren Ergebnisse erbrachten, sind vor der Kombination mit „0.“ bezeichnet.

Begriffssuche:

1. „health promotion“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (barrier* OR obstacle*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
22	/	3	15

a) Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24909151>

b) Factors affecting healthy eating and physical activity behaviors among multiethnic blue- and white-collar workers: a case study of one healthcare institution.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24069570>

c) Relationship between physical inactivity and health characteristics among participants in an employee-wellness program.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=23618884>

d) A focus group assessment to determine motivations, barriers and effectiveness of a university-based worksite wellness program.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24688965>

2. „health promotion“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (barrier* OR obstacle*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
25	12	3	10

0. „health* program*“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (barrier* OR obstacle*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
0	/	/	/

0. „health* program“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (barrier* OR obstacle*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
0	/	/	/

3. „health promotion“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (firm* OR compan*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
37	2	6	28

a) Moral issues in workplace health promotion.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=21710278>

4. „health promotion“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (firm* OR compan*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
31	22	4	4

a) A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=19213683>

0. „health* program*“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (firm* OR compan*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
1	0	0	1

0. „health* program“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (firm* OR compan*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
1	1	/	/

5. „health promotion“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (influen* OR determinant*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
40	10	6	19

a) How needs and preferences of employees influence participation in health promotion programs: a six-month follow-up study.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=25512055>

b) Is baseline physical activity a determinant of participation in worksite walking clubs? Data from the HealthWorks Trial.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=21952267>

c) Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=21651762>

d) Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=19457246>

e) Factors influencing participation rates and employees' attitudes toward promoting healthy eating at blue-collar worksites.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=17182973>

6. „health promotion“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (influen* OR determinant*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
53	35	7	11

0. „health* program“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (influen* OR determinant*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
2	1	0	1

7. „health* program“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (influen* OR determinant*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
3	1	1	1

0. „health promotion“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (advantage* OR benefit*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
37	17	2	18

0. „health promotion“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (advantage* OR benefit*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
41	27	4	10

0. „health* program“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (advantage* OR benefit*)**

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
3	1	1	1

0. „health* program“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (advantage* OR benefit*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
4	2	0	2

8. „health promotion“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (motivat* OR activat*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
22	16	0	6

0. „health promotion“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (motivat* OR activat*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
23	20	2	1

0. „health* program“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (motivat* OR activat*)**

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
0	/	/	/

0. „health* program“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (motivat* OR activat*)

Anzahl Suchergeb- nisse	davon bereits vor- handen	davon unzutreffen- de Region	davon fehlende Relevanz
1	1	/	/

0. „health promotion“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (stimulat* OR moving*)

Anzahl Suchergeb- nisse	davon bereits vor- handen	davon unzutreffen- de Region	davon fehlende Relevanz
7	3	0	4

0. „health promotion“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (stimulat* OR moving*)

Anzahl Suchergeb- nisse	davon bereits vor- handen	davon unzutreffen- de Region	davon fehlende Relevanz
6	6	/	/

0. „health* program“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (stimulat* OR moving*)

Anzahl Suchergeb- nisse	davon bereits vor- handen	davon unzutreffen- de Region	davon fehlende Relevanz
1	1	/	/

0. „health* program“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (stimulat* OR moving*)

Anzahl Suchergeb- nisse	davon bereits vor- handen	davon unzutreffen- de Region	davon fehlende Relevanz
1	1	/	/

0. „health promotion“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (increase OR rais*)

Anzahl Suchergeb- nisse	davon bereits vor- handen	davon unzutreffen- de Region	davon fehlende Relevanz
43	24	5	14

0. „health promotion“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (increase OR rais*)

Anzahl Suchergeb- nisse	davon bereits vor- handen	davon unzutreffen- de Region	davon fehlende Relevanz
48	37	3	8

0. „health* program“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (increase OR rais*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
1	1	/	/

0. „health* program“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (increase OR rais*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
1	1	/	/

0. „health promotion“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND success*

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
22	15	1	6

0. „health promotion“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND success

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
24	19	2	3

0. health* program“ AND ("at work" OR worksite OR workplace) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND success*

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
3	2	1	1

0. „health* program“ AND (employment* OR employee*) AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND success*

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
3	2	0	1

0. "wellness program" AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND ("at work" OR worksite OR workplace)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
18	12	0	5

a) Barriers to participation in a worksite wellness program.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20461204>

0. "wellness program" AND (particip* OR use OR utilization OR entry*) AND (employment* OR employee*)

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
16	11	0	5

Autorensuche:

0. Bernhard Badura[Author - Full]

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
0	/	/	/

0. Eva Bamberg[Author - Full]

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
1	0	0	1

0. Antje Ducki[Author - Full]

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
0	/	/	/

0. Gudrun Faller[Author - Full]

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
0	/	/	/

0. Klaus Hurrelmann[Author - Full]

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
0	/	/	/

0. Rolf Rosenbrock[Author - Full]

Anzahl Suchergebnisse	davon bereits vorhanden	davon unzutreffende Region	davon fehlende Relevanz
0	/	/	/

A4: Literaturrecherche in „google scholar“

Für die Suche mit „google scholar“ wurde die allgemeine Stichwortliste ebenfalls angepasst. Wie in Kapitel 4 bereits erwähnt, wurden die hier verwendeten Suchbegriffe eingegrenzt. So wurde sich für die Komponente 1 zum Beispiel auf den Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ festgelegt, da dieser in der deutschsprachigen Literatur weit verbreitet ist. Durch das Erstellen von Begriffskombinationen konnten mehrere Komponenten der Suchbegriffe abgedeckt und synonyme Begriffe in einem Suchvorgang erfasst werden. Die Kombinationen wurden von der Suchmaschine automatisch durch Anwendung bestimmter Optionen der erweiterten Suche erstellt. Bei dem Suchfeld „mit der genauen Wortgruppe“ erfolgte z.B. die Eingabe „Betriebliche Gesundheitsförderung“, die Autorensuche wurde über das Feld „Artikel zurückgeben, die von folgendem Autor verfasst wurden“ eingegeben. Die folgende Abbildung 10 stellt die bei der Begriff- und Autorensuche verwendeten Begriffskombinationen zusammen.

- „Betriebliche Gesundheitsförderung“ + Teilnahme + Mitarbeiter + Einfluss
- „Betriebliche Gesundheitsförderung“ + Teilnahme + Mitarbeiter + Hemmnisse OR Barriere
- „Betriebliche Gesundheitsförderung“ + Teilnahme OR Inanspruchnahme OR Nutzung + Erfolgsfaktoren
- „Betriebliche Gesundheitsförderung“ + Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme + Vorteile OR Nutzen
- "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Bernhard Badura"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme
- "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Eva Bamberg"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme
- "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Antje Ducki"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme
- "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Gudrun Faller"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme
- "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Klaus Hurrelmann"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme
- "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Rolf Rosenbrock"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme

Abbildung 10: Stichwortliste „google scholar“ für Komponente 1 und Komponente 2

Die Begriff- und Autorensuche in „google scholar“ erbrachte eine Vielzahl an Ergebnissen. Pro Begriffskombination wurden daher jeweils maximal 80 Ergebnisse gesichtet. Die Anzahl der in den nachfolgenden Tabellen angegebenen Literatur, die aufgrund von fehlender Relevanz ausgeschlossen wurde, bezieht sich auf diese Anzahl der maximal gesichteten Ergebnisse. Literatur, die als relevant eingestuft wurde, wurde dann auf die weiteren Kriterien überprüft. Demnach beziehen sich die Zahlen unter „bereits vorhanden“, „graue Literatur“, „Zugangshürden“ und „unzutreffende Region“ lediglich auf die relevanten Suchergebnisse.

Ergebnisse, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen konnten, sind wiederum unter der jeweiligen Tabelle nach Titel (und Buchtitel) und URL aufgeführt. Auch hier wurden Begriffskombinationen, die keine verwendbaren Ergebnisse erbrachten, mit „0.“ gekennzeichnet.

Begriffssuche:**1. „Betriebliche Gesundheitsförderung“ + Teilnahme + Mitarbeiter + Einfluss**

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
1100	60	1	7	6	0

a) Baukasten für Betriebliche Gesundheitsförderung: Module für Gesundheit und Leistungsfähigkeit im (Berufs-)Leben

<https://books.google.de/books?isbn=3898996697>

b) Prävention und Gesundheitsförderung aus betrieblicher Sicht. In: Prävention und Versorgung.

<https://www.thieme-connect.com/products/ebooks/pdf/10.1055/b-0034-42216.pdf>

c) Betriebliche Gesundheitsförderung: Entwicklung, Vorgehensweise und Erfolgsfaktoren. In: Gesunde Mitarbeiter als Erfolgsfaktor: ein neuer Weg zu mehr Qualität im Krankenhaus.

<https://books.google.de/books?isbn=3870815213>

d) Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement.

<https://books.google.de/books?isbn=3708903714>

e) Gesundheitskommunikation und Projektmarketing. In: Neue Wege des Gesundheitsmanagements.

http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-8349-8561-3_9

f) Geschlechtsspezifische Differenzierung von BGF-Konzepten. In: Fehlzeiten-Report 2010.

http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-12898-1_22

2. „Betriebliche Gesundheitsförderung“ + Teilnahme + Mitarbeiter + Hemmnisse OR Barriere

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
397	72	2	1	3	0

a) Gesundheit, die keiner will? In: Prävention und Versorgung.

<https://www.thieme-connect.com/products/ebooks/pdf/10.1055/b-0034-42217.pdf>

b) Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung.

<http://link.springer.com/article/10.1007/s11553-008-0154-9>

0. „Betriebliche Gesundheitsförderung“ + Teilnahme OR Inanspruchnahme OR Nutzung + Erfolgsfaktoren

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
497	71	5	3	1	0

3. „Betriebliche Gesundheitsförderung“ + Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme + Vorteile OR Nutzen

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
1430	70	6	2	1	0

a) Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer. In: Fehlzeiten-Report 2008.

http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-69213-3_9

Autorensuche:

0. "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Bernhard Badura"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
7	7	/	/	/	/

4. "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Eva Bamberg"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
3	2	0	0	0	0

a) Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt: ein Handbuch.

<https://books.google.de/books?isbn=3840923719>

0. "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Antje Ducki"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
4	3	1	0	0	0

0. "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Gudrun Faller"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
1	1	/	/	/	/

0. "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Klaus Hurrelmann"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
1	1	/	/	/	/

0. "Betriebliche Gesundheitsförderung" autor:"Rolf Rosenbrock"+ Inanspruchnahme OR Nutzung OR Teilnahme

Anzahl Suchergebnisse	fehlende Relevanz	bereits vorhanden	„graue Literatur“	Zugangshürden	unzutreffende Region
1	1	/	/	/	/

A5: Literaturergebnisse durch „Schneeballsystem“

a) Employee perceived barriers to participation in worksite health promotion.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2867226/>

b) Overcoming barriers to employee participation in WHP programs.

<http://www.biomedsearch.com/article/Overcoming-barriers-to-employee-participation/308743744.html>

c) A Randomized, Controlled Trial of Financial Incentives for Smoking Cessation.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16434580>

d) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland - Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004.

<http://www.iab.de/389/section.aspx/Publikation/k070510a01>

e) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012.

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1387744>

f) Verbreitung und Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung im IAB Betriebspanel 2012.

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1386928>

g) Gegenwärtige und künftige Herausforderungen für eine gesunde Arbeitswelt. Vortrag auf der 2. Konferenz des Deutschen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) am 28. März 2006 in Bonn, Gustav-Stresemann-Institut.

[http://www.dnbgf.de/downloads/dnbgf-intern/2-dnbgf-konferenz-2829-maerz-2006.html?no_cache=1&sword_list\[\]=Arbeitswelt](http://www.dnbgf.de/downloads/dnbgf-intern/2-dnbgf-konferenz-2829-maerz-2006.html?no_cache=1&sword_list[]=Arbeitswelt)

h) Betriebliche Gesundheitsförderung in Alten- und Pflegeeinrichtungen. In: Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement.

<https://books.google.de/books?isbn=3708903714>

A6: Literaturergebnisse durch Sichten der Bestände der Autorin:

a) Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste.

<https://books.google.de/books?isbn=3211492992>

b) Unternehmen unternehmen Gesundheit. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (2. Auflage)

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Betriebliche-Gesundheitsfoerderung-Broschuere.pdf

c) Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Öffentlichen Dienst. Handlungsempfehlungen sowie Ergebnisse aus zwei Umfragen in Mitgliedsbetrieben der Unfallkasse Hessen in den Jahren 1999 und 2004.

http://www.ukh.de/uploads/tx_ukhdruckschriften/SR_Band_13.pdf

d) Gesunde Mitarbeiter - gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement.

http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/psyga-gesunde-mitarbeiter-gesundes-unternehmen.pdf?__blob=publicationFile

A7: Demographische Determinanten für Teilnahme

determinant		studies (n)*		Pooled OR [95%CI]
sex	(female:male)	20	1.67	[1.25–2.27]
age	(middle:young)	8	0.93	[0.71–1.24]
age	(old:young)	8	0.76	[0.54–1.06]
education	(moderate/high:low)	6	1.04	[0.77–1.40]
income	(high:low)	2	0.86	[0.56–1.31]
ethnicity	(white:other)	9	1.33	[0.91–1.95]
marital status	(married:other)	5	1.25	[1.05–1.48]

* The total number of studies included in this table varies per characteristic. For each demographic characteristic, only studies enabling to calculate OR's and CI's are included.

Abbildung 11: zusammengefügte Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen für die Teilnahmequoten bestimmter demographischer Determinanten