



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

Förderung des Gesundheitsverhaltens von Mitarbeiter*innen zur
Produktivitätssteigerung von Unternehmen in den Branchen
Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft

Tanja Kloster



Hamburg

24. Februar 2020

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Zita Schillmöller

Erstgutachterin
Hochschule für angewandte Wissenschaften

Dr. med. Dirk Lümke

Zweitgutachter
padoc – health and productivity management

Zusammenfassung

Einleitung: Für Unternehmen kann ein riskantes Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen mit einem hohen Krankenstand und Produktivitätsverlusten einhergehen. Daher ist es wichtig, dass Unternehmen das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen im Rahmen des BGMs fördern. Die Ausgestaltung des BGMs hängt von verschiedenen Unternehmensstrukturen ab. Derzeit werden von Unternehmen Maßnahmen im Bereich Arbeitsschutz fokussiert. Ziel dieser Arbeit ist es, zu analysieren, welche Intention Unternehmen haben, das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen zu fördern und ob es einen Zusammenhang zwischen dieser Intention und den Unternehmensstrukturen gibt.

Methode: Mithilfe eines selbst entwickelten Online-Fragebogens wurden Expert*innen in Unternehmen der Branchen Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft befragt. Die Intention wurde anhand der Prädiktoren des HAPA-Modells auf einer fünfstufigen Likert-Skala gemessen. Es wurde überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen der Intention und den Unternehmensstrukturen gibt. Dafür wurden verschiedene Unternehmensstrukturen berücksichtigt: Branche, Unternehmensgröße, Herausforderungen im Unternehmen, Ressourcen für das BGM, Vorhandensein eines BGMs sowie vorhandene BGM-Maßnahmen. Die Daten wurden sowohl uni- als auch bivariat analysiert.

Ergebnisse: Die durchgeführte Studie basiert auf einer Stichprobengröße von $n=127$. Für die Intention ergab sich ein Mittelwert (\bar{x}) von 3,51 mit einer Standardabweichung von 0,74. 61,4 Prozent der befragten Unternehmen weisen eine mittelstarke Intention auf. Zwischen der Intention von Unternehmen und der Anzahl an BGM-Maßnahmen konnte ein signifikanter, mittelstarker Zusammenhang $r=0,243$ festgestellt werden. Des Weiteren liegt ein signifikanter, mittelstarker Zusammenhang $r=0,326$ zwischen der Intention und der Durchführung von bereits vorhanden Verhaltensmaßnahmen vor. Ein signifikanter, schwacher Zusammenhang $r=0,200$ konnte zwischen der Intention und der alternden Belegschaft festgestellt werden. Zusammenhänge zwischen der Intention und anderen Unternehmensstrukturen konnten nicht bestätigt werden.

Diskussion: Im Rahmen dieser Arbeit sollte erfasst werden, welche Intention Unternehmen haben, ihre Produktivität durch die Förderung des Gesundheitsverhaltens von Mitarbeiter*innen zu steigern. Die nach dem HAPA-Modell erstellte Skala erwies sich als reliabel für die Messung der Intention. Die Antworten zeigen aber eine Tendenz zur Mitte. Für die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Intention und den Unternehmensstrukturen sollten weitere Unternehmensstrukturen berücksichtigt und zur Ermittlung kausaler Zusammenhänge weitere Studien durchzuführen werden.

Schlüsselwörter: Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsverhalten, Produktivitätssteigerung, Änderungen in Unternehmen, HAPA, Intention von Unternehmen

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen mein Dank aussprechen, die mich während der Erstellung der Bachelorarbeit und während des Studiums unterstützt haben.

Zuerst möchte ich mich bei dem Team von padoc- health & productivity management bedanken, das es mir ermöglicht hat, mein Hochschulpraktikum im Unternehmen zu absolvieren und mich bei der Themenfindung und Anfertigung der Bachelorarbeit unterstützt und motiviert hat. Es war mir eine Freude mein Praktikum bei euch zu absolvieren. Ein besonderer Dank gebührt Dr. med. Dirk Lümekemann für die Unterstützung und die Übernahme der Zweitbetreuung.

Des Weiteren möchte ich mich bei Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Zita Schillmöller für die konstruktiven Anregungen, den Austausch und die fachliche Unterstützung im Rahmen der Betreuung dieser Arbeit bedanken.

Ich danke allen Teilnehmer*innen, die an meiner Befragung teilgenommen und somit zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Ebenfalls möchte ich mich bei meinen Kommiliton*innen bedanken, die mit mir die Höhen und Tiefen während des Studiums teilten und mir beistanden. Ohne euch wären die letzten Jahre nicht so wundervoll und prägend gewesen.

Abschließend gilt mein Dank meiner Familie und meinen Freunden, die mir während des Studiums zur Seite standen und mir den Rücken freigehalten haben. Danke, dass ihr an mich geglaubt, mich in jeglicher Hinsicht unterstützt und motiviert habt. Dank euch ist das Verfassen der vorliegenden Arbeit erst möglich gewesen.

Tanja Kloster

Hamburg, 24.02.2020

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Hintergrund	3
2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	3
2.1.1 Gesetzlicher Rahmen zum BGM	4
2.1.2 Steigerung der Produktivität durch das BGM	5
2.1.3 Einfluss von Unternehmensstrukturen auf das BGM	7
2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	8
2.2.1 Verhältnis- und Verhaltensprävention	9
2.2.2 Verhaltensveränderung von Individuen	10
2.2.3 Verhaltensänderung von Unternehmen	12
2.3 Gesundheit in Unternehmen	13
2.3.1 Branchenspezifischer Krankenstand	14
2.3.2 Betriebliches Gesundheitsverhalten	15
3 Zielsetzung und Fragestellung	16
4 Methodisches Vorgehen	18
4.1 Auswahl der Stichprobe	18
4.2 Fragebogen	19
4.2.1 Entwicklung des Fragebogens	19
4.2.2 Pretest	22
4.2.3 Überarbeitung des Fragebogens	23
4.3 Datenerhebung	24
4.4 Datenanalyse	24
5 Ergebnisse	28
5.1 Beschreibung der Stichprobe	28
5.2 Univariate Analysen	30
5.3 Bivariate Analysen	36
6 Diskussion	38
6.1 Methodendiskussion	39
6.2 Limitationen	40
6.3 Ergebnisdiskussion	42
7 Fazit	43

Literaturverzeichnis.....	VI
Anhang	XI
Anhang I Auswertung Pretest.....	XI
Anhang II Anschreiben für die Erhebung	XIII
Anhang III Fragebogen der Erhebung	XIV
Anhang IV Darstellung der Variablen.....	XVIII
Anhang V Branchen Zuordnung	XXI
Anhang VI Qualitative Auswertung	XXI
Anhang VII Reliabilitätsstatistik.....	XXVII
Eidesstattliche Erklärung.....	XXVIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (GKV-Spitzenverband 2018, S. 100), angepasste Darstellung	4
Abbildung 2: Gesetzliche Meilensteine in der BGM-Entwicklung (Klenke 2018, S. 238), angepasste Darstellung	5
Abbildung 3: Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health action process approach) (Schwarzer et al. 2008, S. 158), angepasste Darstellung	11
Abbildung 4 Herausforderungen im Unternehmen, eigene Darstellung	21
Abbildung 5: Fünfstufige Likert-Skala.....	22
Abbildung 6: Prädiktoren der Intention (Schwarzer et al. 2008, S. 158), angepasste Darstellung	26
Abbildung 7: Stichprobenbeschreibung, eigene Darstellung	29
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung Branchen, eigene Darstellung.....	30
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung Unternehmensgröße, eigene Darstellung	31
Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung Herausforderungen, eigene Darstellung	31
Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung Ressourcen, eigene Darstellung	32
Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung BGM-Maßnahmen, eigene Darstellung.....	33
Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung Intensionsstärke, eigene Darstellung.....	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Angebotene BGM-Maßnahmen in Branchen (Zok 2009, S. 90), angepasste Darstellung	7
Tabelle 2: Krankenstand in Deutschland 2018 (Techniker Krankenkasse 2019a, S. 3; Meyer et al. 2019, S. 415), angepasste Darstellung.....	15
Tabelle 3: Hypothesen, eigene Darstellung.....	17
Tabelle 4: Erstellung des Fragebogens, eigene Darstellung	19
Tabelle 5: Überarbeitung Fragestellung 2, eigene Darstellung.....	23
Tabelle 6: Überarbeitung Fragestellung 14, eigene Darstellung.....	24
Tabelle 7: Unternehmensgrößen (Europäische Kommission 2015, S. 11), angepasste Darstellung	25
Tabelle 8: Intensionsstärke, eigene Darstellung.....	27
Tabelle 9: Übersicht der Zusammenhangsberechnungen, eigene Darstellung.....	27
Tabelle 10: Interpretation des Korrelationskoeffizienten (Tausendpfund 2019, S. 129), angepasste Darstellung	28
Tabelle 11: Ergebnisse Prädiktoren, eigene Darstellung.....	35
Tabelle 12: Ergebnisse Intention, eigene Darstellung	35
Tabelle 13: Ergebnisse Zusammenhangsmaße, eigene Darstellung.....	37

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
AV	abhängige Variable
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
DIHK	Deutscher Industrie- und Handelskammertag
HAPA-Modell	Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health action process approach)
PrävG	Präventionsgesetz
ROI	Return on Investment
TTM	Transtheoretisches Modell (Transtheoretical model)
UV	unabhängige Variable
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

1 Einleitung

In Deutschland waren im November 2019 circa 45,5 Millionen Menschen erwerbstätig (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020). Trotz der gestiegenen Erwerbstätigenzahl müssen sich deutsche Unternehmen unterschiedlicher Herausforderungen annehmen, wie beispielsweise dem Fachkräftemangel, der Mitarbeiter*innenfluktuation, einer alternierenden Belegschaft oder den steigenden Krankenständen (Beckmann et al. 2016, S. 43; Sayed und Kubalski 2016, S. 1f.). Die daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeitstage variieren je nach Branche. Es zeigt sich beispielsweise ein verhältnismäßig hoher Krankenstand in deutschen Branchen der Energie, des Wassers, der Entsorgung und des Bergbaus (6,7 Prozent) sowie in der Altenpflege (6,9 Prozent) (Meyer et al. 2019, S. 426; Techniker Krankenkasse 2019b, S. 25). Durch die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) kann es gelingen, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mitarbeiter*innen im Unternehmen zu erhalten und zu steigern sowie die Fehlzeiten zu reduzieren. Aus unternehmerischer Sicht wird im Zuge der Einführung eines BGMs vor allem eine Produktivitätssteigerung angestrebt (Esslinger 2018, S. 2; Lück et al. 2009, S. 77ff.).

Unter einem BGM werden Strukturen und Prozesse im Unternehmen verstanden, die die Arbeit gesundheitsförderlich gestalten und Mitarbeiter*innen befähigen, ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern (Badura et al. 2010, S. 33). Dabei setzt sich das BGM aus drei unterschiedlichen Säulen zusammen: dem Arbeitsschutz, dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) und der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Im Gegensatz zu den gesetzlich verpflichtenden Säulen ist die BGF eine freiwillige Leistung der Arbeitgeber*innen (GKV-Spitzenverband 2018, S. 100).

Die Implementierung und Umsetzung eines BGMs gestaltet sich in Betrieben unterschiedlich und kann von verschiedenen Unternehmensstrukturen abhängig sein. Größere Unternehmen bieten zwar mehr Maßnahmen an als kleinere Unternehmen (Bittner et al. 2008, S. 54f.; Zok 2009, S. 86ff.; Straub et al. 2017, S. 6), aber auch die Branche und die verfügbaren Ressourcen beeinflussen die Gestaltung des BGMs. Derzeit fokussieren deutsche Betriebe vorwiegend den verpflichtenden Arbeitsschutz (Lürßen et al. 2015, S. 8; Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) 2014, S. 5). Rund 44 Prozent der deutschen Unternehmen bieten darüber hinaus bereits Maßnahmen im Bereich der BGF an (BKK Dachverband e.V. 2017).

Gesundheitsfördernde Maßnahmen können sowohl an den Verhältnissen am Arbeitsplatz als auch am Verhalten der Mitarbeiter*in ansetzen (Leppin 2014, S. 40f.). Unternehmen setzen vorrangig an der Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse an, vereinzelt

werden zudem Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens von Mitarbeiter*innen angeboten (Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) 2014, S. 5). Diese Förderung stellt unter Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken, die durch das persönliche Verhalten bedingt werden, einen fundamentalen Ansatz dar, denn verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken, wie Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Suchtmittelkonsum und Stress können die Entstehung von verschiedenen Krankheiten begünstigen. Dazu zählen z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Typ-2-Diabetes (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2019, S. 107–115). Ein bewusstes Gesundheitsverhalten kann Einfluss auf die eigene Gesundheit, das Gesundheitsrisiko sowie auf die Entstehung von Krankheiten nehmen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass durch die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens rund 80 Prozent aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle sowie Typ-2-Diabetes Erkrankungen und rund 40 Prozent aller Krebserkrankungen verhindert werden können (World Health Organization (WHO) 2005, S. 18).

Für Unternehmen ist es deshalb wichtig, den Fokus im BGM nicht ausnahmslos auf den Arbeitsschutz und die Gestaltung des Arbeitsplatzes zu richten, sondern auch auf behavioraler Ebene der Mitarbeiter*innen anzusetzen. Unternehmen sollten ihre Mitarbeiter*innen sowohl dazu befähigen als auch dabei unterstützen, Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen und die entsprechende Eigenverantwortung sowie das Gesundheitsverhalten zu fördern. Durch ein ganzheitliches und nachhaltiges BGM kann es einem Unternehmen gelingen, erfolgreich Einfluss auf die Gesundheit seiner Mitarbeiter*innen zu nehmen und dadurch verschiedene Herausforderungen zu meistern sowie beispielsweise die Produktivität des Unternehmens zu steigern (Uhle und Treier 2019, S. 44f., 251).

Ob Unternehmen ein Interesse daran haben, ihre Strategien im BGM zu verändern und dadurch das Gesundheitsverhalten von Mitarbeiter*innen zu fördern, ist bislang nicht bekannt. Die vorliegende Arbeit wird sich dem Thema *„Förderung des Gesundheitsverhaltens von Mitarbeiter*innen zur Produktivitätssteigerung von Unternehmen in den Branchen Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft“* widmen. Es soll dabei der Frage nachgegangen werden, welche Intention Unternehmen haben, das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen zur Produktivitätssteigerung zu fördern (im Folgenden „Intention“) und ob diese Intention von den Unternehmensstrukturen abhängt. In diesem Rahmen ist eine empirische Untersuchung in den Branchen der Altenpflege und der Energie- und Wasserwirtschaft erfolgt.

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst der theoretische Hintergrund dargestellt. Nachdem die Forschungsfragen im Einzelnen definiert sowie entsprechende Hypothesen aufgestellt werden, wird im nächsten Schritt die Methodik erläutert. Nach der Datenauswer-

tung und der Präsentation der Ergebnisse erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit der Methodik und Untersuchungsergebnisse sowie eine Darstellung der Limitationen. Den Abschluss der vorliegenden Arbeit bildet das Fazit.

2 Hintergrund

Dieses Kapitel widmet sich dem theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit und dient der Erläuterung von Grundlagen zum Verständnis des Themas. Zunächst wird das BGM sowie der gesetzliche Rahmen, die Produktivitätssteigerung durch das BGM und der Einfluss von Unternehmensstrukturen auf das BGM näher erläutert. Folgend wird auf die Säule der BGF eingegangen, wobei an dieser Stelle die Verhältnis- und Verhaltensprävention sowie die Verhaltensänderung von Individuen und Organisationen erläutert werden. Abschließend wird der Gesundheitszustand in Unternehmen dargestellt und der branchenspezifische Krankenstand sowie das Gesundheitsverhalten in Unternehmen beschrieben.

2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Unternehmen werden mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert, wie beispielsweise der zunehmend alternden Belegschaft, dem Fachkräftemangel, steigenden Krankenständen oder der Mitarbeiter*innenfluktuation (Beckmann et al. 2016, S. 43; Sayed und Kubalski 2016, S. 1f.). Um diesen Problemen entgegenzuwirken, stärken Unternehmen die Gesundheit ihrer Mitarbeiter*innen im Rahmen des BGMs. Unter dem BGM ist ein auf das jeweilige Unternehmen abgestimmter Prozess zu verstehen. Ziel des BGMs ist es, die Gesundheit der Mitarbeiter*innen zu fördern. Dafür werden Belastungen gezielt reduziert und Ressourcen gestärkt. Der Prozess setzt sich aus den Schritten der Analyse, der Planung von Maßnahmen, deren Durchführung und anschließender Evaluation zusammen. Eingeschlossen werden dabei Mitarbeiter*innen aller Unternehmensebenen (Beckmann et al. 2011, S. 7). Badura et al. definieren das Betriebliche Gesundheitsmanagement wie folgt: *„Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.“* (Badura et al. 2010, S. 33).

Wie in Abbildung 1 dargestellt, besteht das BGM aus drei Säulen: Arbeitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Betriebliche Gesundheitsförderung (Giesert und Weißling 2012, S. 105).

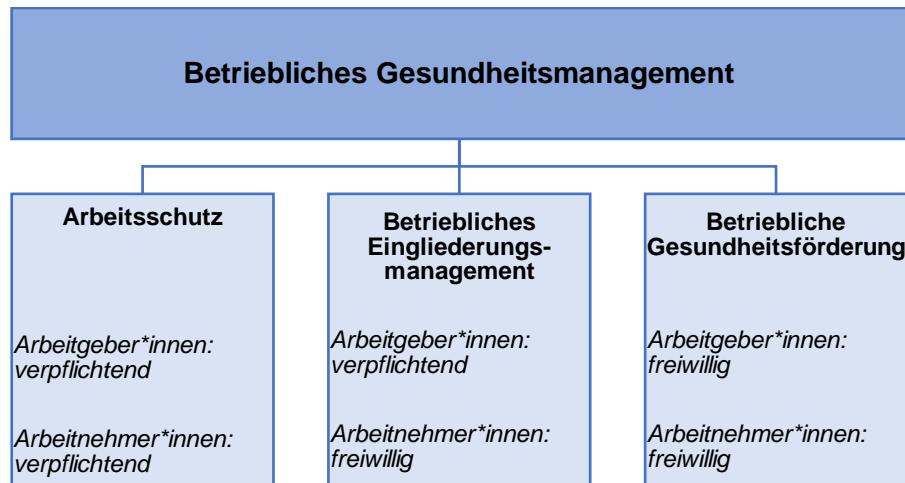


Abbildung 1: Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (GKV-Spitzenverband 2018, S. 100), angepasste Darstellung

Die erste Säule des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bildet der Arbeitsschutz, welcher im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) verankert ist. Ziel des Arbeitsschutzes ist es, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz aller Mitarbeiter*innen am Arbeitsplatz zu wahren und zu verbessern. Des Weiteren sollen Unfälle bei der Arbeit verhindert und Maßnahmen zur Vermeidung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durchgeführt werden. Der Arbeitsschutz ist sowohl von Seiten der Arbeitgeber*innen als auch der Arbeitnehmer*innen verpflichtend. Die zweite Säule stellt das BEM dar, welches für alle Arbeitnehmer*innen bestimmt ist, die über einen Zeitraum von sechs Wochen arbeitsunfähig waren. Ziel hierbei ist die Erhaltung des Arbeitsplatzes für erkrankte Mitarbeiter*innen sowie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dieser Personen. Arbeitgeber*innen sind dazu verpflichtet, ein BEM anzubieten, für Arbeitnehmer*innen ist das Wahrnehmen des BEMs wiederum auf freiwilliger Basis. Die BGF bildet die dritte und somit letzte Säule des BGMs. Sie ist für Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen gesetzlich nicht verpflichtend und setzt an den Ressourcen der Mitarbeiter*innen an, um mit gezielten Maßnahmen eine Förderung der Mitarbeiter*innengesundheit zu erreichen (Klenke 2018, S. 237–240; GKV-Spitzenverband 2018, S. 100; Uhle und Treier 2019, S. 44f.).

2.1.1 Gesetzlicher Rahmen zum BGM

Die drei genannten Säulen des BGMs weisen jeweils einen unterschiedlichen gesetzlichen Rahmen auf, welcher in diesem Kapitel näher erläutert werden soll.

Die älteste Säule bildet der Arbeitsschutz. Im Jahre 1973 wurde das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) verabschiedet, welches Unternehmen dazu verpflichtet, Unterstützung beim Arbeitsschutz sowie bei der Unfallverhütung durch Fachkräfte einzuholen. Ein weiteres wichtiges Gesetz für den Arbeitsschutz ist das 1996 in Kraft getretene Arbeitsschutzge-

setz (ArbSchG), welches den Unternehmen die Durchführung von Arbeitsschutzmaßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Mitarbeiter*innen vorschreibt (Uhle und Treier 2019, S. 103f.). Weitere Gesetze und Verordnungen im Bereich Arbeitsschutz bestehen, werden jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht näher erläutert. Das BEM, die zweite Säule des BGMs, ist für die Arbeitgeber*innen seit 2004 durch die Einführung des §84 Abs. 2 SGB IX, verpflichtend. Für die dritte Säule des BGMs, die BGF, war die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die am 21. November 1986 im Rahmen der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde, ein erster großer Schritt. Diese ruft zur „Gesundheit für alle“ auf (Klenke 2018, S. 237ff.; World Health Organization 1986). Ein weiterer Meilenstein im Bereich der BGF war die Luxemburger Deklaration im Jahre 1997, die alle Maßnahmen auf Seiten der Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zur Stärkung der Gesundheit am Arbeitsplatz umfasst (Luxemburger Deklaration 2007; Klenke 2018, S. 237). Unterstützung erfuhr die BGF durch das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (PrävG), welches der Verbesserung der Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Sozialversicherungsträgern sowie Länder und Kommunen dient. Im PrävG werden unterschiedliche Settings einbezogen, wie beispielsweise der Arbeitsplatz (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

In Abbildung 2 wird die chronologische Reihenfolge der gesetzlichen Meilensteine in Bezug auf die Entwicklung des BGMs dargestellt. Das Präventionsgesetz stellt dabei die jüngste Entwicklung in diesem Bereich dar.

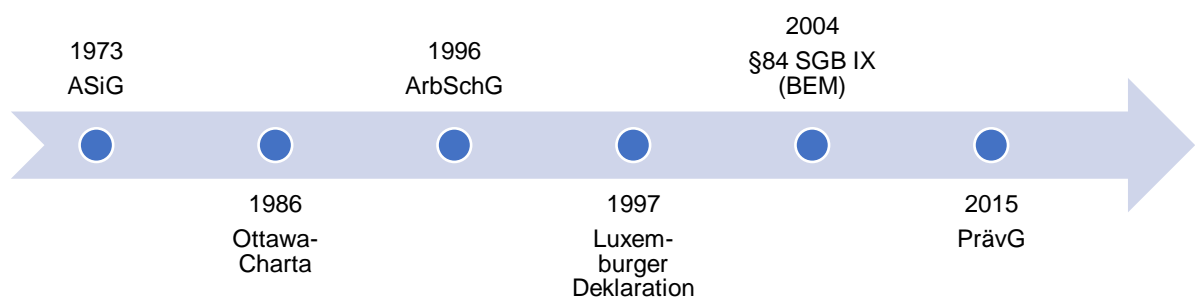


Abbildung 2: Gesetzliche Meilensteine in der BGM-Entwicklung (Klenke 2018, S. 238), angepasste Darstellung

2.1.2 Steigerung der Produktivität durch das BGM

Die Säulen sowie der gesetzliche Hintergrund des BGMs wurden bereits erläutert. In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Ziele, die ein Unternehmen durch das BGM erreichen möchte, beschrieben werden. Insbesondere wird hierbei auf das Ziel der Produktivitätssteigerung durch das BGM näher eingegangen.

Die Absichten, die ein Unternehmen mit der Einführung eines BGMs verfolgt, können sehr vielfältig sein. Mit der Einführung des BGMs können zunächst gesundheitliche Ziele erreicht werden. Die Gesundheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz kann gesteigert und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen beeinflusst werden. Durch die Bildung von sicheren und gesundheitsgerechten Arbeitsplätzen wird Arbeitsunfällen sowie die Entstehung arbeitsbedingter Erkrankungen gezielt entgegengewirkt. Die Reduktion von Belastungen bei gleichzeitiger Förderung von Ressourcen der Mitarbeiter*innen kann zur Senkung der Fehlzeitenquote und des Krankenstandes beitragen. Maßnahmen des BGMs können die Arbeitsqualität, die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit erhöhen und dadurch die Produktivität im Unternehmen steigern. Zudem können sich Mitarbeiter*innen mit dem Unternehmen identifizieren und sind motivierter. Daraus resultiert eine niedrigere Fluktuationsrate sowie ein besseres Image für das Unternehmen (Esslinger 2018, S. 2; Lück et al. 2009, S. 77f.).

Trotz des vielfältigen Nutzens, der mit einem BGM einhergehen kann, steht für die Unternehmen der wirtschaftliche Nutzen im Vordergrund. In einer Befragung (2003-2007) von 212 Unternehmen, die bereits seit mehreren Jahren erfolgreich ein BGM umsetzen, ergab sich für 51 Prozent der Unternehmen ein hoher, sehr bedeutender wirtschaftlicher Nutzen in der Kategorie „Produktivitätssteigerung“ (Lück et al. 2009, S. 78f.).

Die Bedeutsamkeit des wirtschaftlichen Nutzens durch das BGM wurde auch in einer weiteren Befragung (2009) deutlich, an der 199 Unternehmen teilnahmen. Auf die Frage, welche Argumente sie aufbringen würden, um andere Betriebe von einem BGM zu überzeugen, ist die häufigste Nennung mit 45 Prozent der wirtschaftliche Nutzen (Bechmann et al. 2011, S. 29).

Obwohl der wirtschaftliche Nutzen des BGMs für Unternehmen eine wichtige Rolle spielt, gibt es bislang keine allgemeingültigen Schlüsse über den Zusammenhang zwischen diesem und dem BGM. Einige Reviews weisen allerdings auf einen positiven Zusammenhang hin (Pieper et al. 2015, S. 65f.). Pelletier (2011) stellte in seinem Review zu Gesundheits- und Kosteneffekten von Maßnahmen im Bereich der BGF fest, dass von insgesamt 27 Studien (2008-2010) acht Studien einen positiven „Return on Investment“ (ROI), also ein positives Nutzen-Kosten-Verhältnis, aufzeigen (Pelletier 2011, S. 1311). Potential für einen wirtschaftlichen Nutzen, wie beispielsweise eine Produktivitätssteigerung, konnte auch Jensen (2011) anhand von 30 Studien für Ernährungsprogramme am Arbeitsplatz ermitteln (Jensen 2011, S. 185). Ebenfalls konnten Baxter et al. (2014) für 39 Studien, die Intervention im Bereich BGF untersuchten, einen durchschnittlich positiven ROI ermitteln. Durchschnittlich ist für diese Maßnahmen der ökonomische Nutzen somit höher als die Ausgaben (Barthelmes et al. 2019, S. 61).

2.1.3 Einfluss von Unternehmensstrukturen auf das BGM

Das BGM kann in Unternehmen ganz unterschiedlich aussehen, ebenso wie die angebotenen Maßnahmen. Es gibt unterschiedliche Einflussfaktoren, die auf das BGM einwirken. Beispielsweise hat die Unternehmensgröße einen Einfluss auf die Anzahl der BGM-Maßnahmen in einem Betrieb. Eine repräsentative Befragung mit 2000 befragten Arbeitnehmer*innen in Deutschland ergab, dass in Großunternehmen 82 Prozent der tätigen Personen Maßnahmen im Bereich der BGF wahrnehmen, hingegen sind es in kleinen Betrieben 22 Prozent der Mitarbeiter*innen (Zok 2009, S. 86f.). Eine Studie mit 351 befragten Industriebetrieben ergab, dass mit steigender Unternehmensgröße ebenfalls die Anzahl an angebotenen Maßnahmen im Bereich des BGMs steigt (Bittner et al. 2008, S. 54f.). Auch die „#whatsnext-Gesund arbeiten in der digitalen Arbeitswelt“-Studie belegt den Zusammenhang zwischen Unternehmensgröße und angebotenen BGF-Maßnahmen (Straub et al. 2017, S. 6). Einzelne Maßnahmen werden in dieser Studie bei 28 Prozent der befragten Unternehmen umgesetzt. 37 Prozent setzen Maßnahmen um und bauen derzeit ein BGM auf, während 26 Prozent der Unternehmen bereits ein ganzheitliches BGM implementiert haben (Straub et al. 2017, S. 19).

Neben der Unternehmensgröße und der Umsetzung des BGMs hat auch die Branche einen Einfluss auf angebotenen Maßnahmen. Tabelle 1 zeigt, dass in der Branche Banken und Versicherungen BGF-Maßnahmen häufiger verbreitet sind als in der Branche Baugewerbe. Beispielsweise geben 62 Prozent der befragten Personen aus der Branche Banken und Versicherungen an, dass sie über ein betriebliches Sportangebot verfügen, während dies im Baugewerbe 25 Prozent der befragten Personen bestätigen (Zok 2009, S. 88ff.).

Tabelle 1: Angebotene BGM-Maßnahmen in Branchen (Zok 2009, S. 90), angepasste Darstellung

Maßnahmen	Baugewerbe	Banken und Versicherungen
Betriebliche Sportgruppen	25 %	62 %
Maßnahmen zum Thema Sucht	14 %	41 %
Maßnahmen zum Thema Entspannung und Stressbewältigung	7 %	35 %

Zudem haben auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen eines Unternehmens einen Einfluss auf das BGM. Die Ressourcen unterscheiden sich vorwiegend nach personell und finanziell. Unter personellen Ressourcen ist ein/e Mitarbeiter*in im Unternehmen zu verstehen, der/ die für das BGM und dessen Aufgaben verantwortlich ist und über die notwendige Kompetenz zur Umsetzung verfügt (Walter 2010, S. 152). 35 Prozent der Befragten aus der Studie „#whatsnext-Gesund arbeiten in der digitalen Arbeitswelt“ gaben

an, keine Stelle für das BGM im Unternehmen besetzt zu haben und somit keine personellen Ressourcen. Aber auch finanzielle Mittel für das BGM stehen 14 Prozent der Befragten nicht zur Verfügung (Straub et al. 2017, S. 16f.). Sind ein Budget und eine Stelle im Betrieb vorhanden, so sind dies Ressourcen für die Umsetzung eines BGMs. Da aber nicht alle Unternehmen auf diese Ressourcen zurückgreifen können, sind ein fehlendes Budget sowie die fehlende verantwortliche Person für das BGM im Unternehmen als Hindernisse für die Implementierung zu betrachten. Eine Befragung von 500 Betrieben ermittelte die Hürden bei der Durchführung von BGM-Maßnahmen. Als größte Erschwernisse geben die befragten Unternehmen den Vorrang des Tagesgeschäftes (61 Prozent), die nicht vorhandenen zeitlichen und personellen Ressourcen (56 Prozent) und das fehlende Wissen zum Thema BGM (38 Prozent) an. Aber auch die Kosten stellen für 34 Prozent der befragten Betriebe ein Hindernis dar (Bechmann et al. 2011, S. 17).

Neben den relevanten Unternehmensstrukturen wie der Betriebsgröße und Branche, haben demnach auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Hindernisse einen Einfluss auf die Durchführung des BGMs.

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Im Folgenden soll die BGF näher erläutert werden. Nachdem zunächst auf die Verhältnis- und Verhaltensprävention eingegangen wird, wird im nächsten Schritt die Veränderung des Gesundheitsverhaltens anhand des Prozessmodells gesundheitlichen Handelns beschrieben.

Die BGF ist eine der drei Säulen des BGMs und stellt somit einen Teil des BGMs dar, ist diesem aber nicht gleichzusetzen (s. Kapitel 2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Abbildung 1).

Nach dem Verständnis der Luxemburger Deklaration wird BGF wie folgt definiert: *„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitsnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“* (Luxemburger Deklaration 2007).

Demnach beinhaltet die BGF verschiedene Maßnahmen, die durch die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure entwickelt und durchgeführt werden, mit dem Ziel, die Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern. Dabei verfolgt die BGF einen salutogenetischen Ansatz und orientiert sich an den Ressourcen der Mitarbeiter*innen (Ulich und Wülser 2018, S. 40; Pieck et al. 2016, S. 272). Im Fokus steht hierbei die Selbstbestimmung des Individuums und somit die Befähigung jeder Person, Einfluss auf seine eigene Gesundheit zu nehmen. Dies impliziert an dieser Stelle nicht die Privatisierung von Gesundheit, vielmehr sollen Unternehmen gesundheitsfördernde Maßnahmen ergreifen, mit denen die Mitarbei-

ter*innen darin unterstützt werden, ihre eigene Gesundheit zu verbessern (Uhle und Treier 2019, S. 44f.; Pieck et al. 2016, S. 272). Die Maßnahmen können dabei unterschiedliche Ansatzpunkte haben. Unterschieden wird zwischen Maßnahmen, die an den Verhältnissen am Arbeitsplatz und denen, die am Verhalten der Mitarbeiter*innen ansetzen (Leppin 2014, S. 40f.). Diese Unterscheidung wird unter Kapitel 2.2.1 Verhältnis- und Verhaltensprävention genauer betrachtet.

Während die Gesundheitsförderung auf einem salutogenetischen Grundgedanken basiert, wird im Bereich der Prävention versucht, Belastungen zu minimieren. Trotz dieser unterschiedlichen Konzepte und Strategien werden Gesundheitsförderung und Prävention oft synonym verwendet. Denn beide Konzepte überschneiden sich teilweise und verfolgen dasselbe Ziel: die Förderung der Gesundheit von Personen und Gruppen (Altgeld und Kolip 2014, S. 45; Pieck et al. 2016, S. 272). Im weiteren Verlauf der Arbeit werden Gesundheitsförderung und Prävention unter BGF zusammengefasst und nicht voneinander getrennt betrachtet.

2.2.1 Verhältnis- und Verhaltensprävention

Strategien der Prävention lassen sich hinsichtlich ihres Ansatzes zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention unterscheiden. Bei der Verhältnisprävention sollen Gesundheitsrisiken in den Umwelt- sowie Lebensbedingungen kontrolliert, reduziert oder wenn möglich beseitigt werden. Dies kann durch staatliche Maßnahmen im Rahmen von Gesetzen oder Verordnungen erfolgen. Beispiele im Setting Arbeit sind das Arbeitsschutzgesetz oder das Arbeitssicherheitsgesetz (s. Kapitel 2.1.1 Gesetzlicher Rahmen zum BGM). Durch Gesetze und Verordnungen sollen die Bedingungen verändert und somit Einfluss auf die Gesundheit genommen werden (Blättner und Waller 2011, S. 253ff.). Verhältnismaßnahmen am Arbeitsplatz sind z.B. die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, gesunde Speisen in der Kantine oder Sport- und Bewegungskurse. Das Angebot derartiger Kurse gehört der Verhältnisprävention an während Maßnahmen, die die Inanspruchnahme an den Kursen erhöhen sollen, zu der Verhaltensprävention gezählt werden (Leppin 2014, S. 41).

Die Verhaltensprävention setzt an dem Risikoverhalten der einzelnen Person an und versucht dieses Verhalten zu verändern, um somit Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand nehmen und diesen verbessern zu können. Aufgrund einer Wissensvermittlung zu bestimmten Gesundheitsthemen soll die Einstellung von Personen verändert und somit eine Verhaltensänderung erzielt werden. Durch die Verhaltensänderung sollen Personen befähigt werden, Einfluss auf ihre eigene Gesundheit zu nehmen und einen besseren Gesundheitszustand zu erreichen. Themen der Verhaltensprävention sind z.B. Ernäh-

rung, Bewegung, Stress und Suchtmittelkonsum (Blättner und Waller 2011, S. 250ff.; World Health Organization 1986).

Beziehen sich Verhältnis- und Verhaltensprävention aufeinander und werden gleichermaßen durchgeführt, erweist sich die Prävention am wirkungsvollsten (Blättner und Waller 2011, S. 252).

2.2.2 Verhaltensveränderung von Individuen

Die Verhaltensprävention setzt am Verhalten des Menschen an und versucht, dieses zu beeinflussen. Beispielsweise können neue, gesundheitsförderliche Gewohnheiten entstehen, wie mehr körperliche Aktivität im Alltag oder der Verzicht auf alte Gewohnheiten, wie das Konsumieren von Alkohol. Wie Menschen ihr Gesundheitsverhalten ändern können und mit welchen Herausforderungen sie dabei konfrontiert werden können, sind Fragen, denen in der Gesundheitspsychologie nachgegangen wird. Zum Thema Verhaltensänderung wurden verschiedene wissenschaftliche Modelle entwickelt, wie z.B. das Modell gesundheitlicher Überzeugung (Health Belief Model) von Rosenstock (1966), das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Transtheoretical model, TTM) von Prochaska und Di Celemente (1983) oder das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Health action process approach, im Folgenden „HAPA-Modell“) von Schwarzer (1992) (Knoll et al. 2013, S. 26f.).

Im HAPA-Modell wird der Prozess der Verhaltensänderung in zwei Phasen unterschieden, der motivationalen und volitionalen Phase. Während bei der motivationalen Phase die Intentionbildung im Fokus steht, ist das Ziel der volitionalen Phase die langfristige Umsetzung der geplanten Handlung. In jeder Phase gibt es verschiedene sozial-kognitive Prädiktoren, die Einfluss auf das Verhalten nehmen können (Knoll et al. 2013, S. 49ff.).

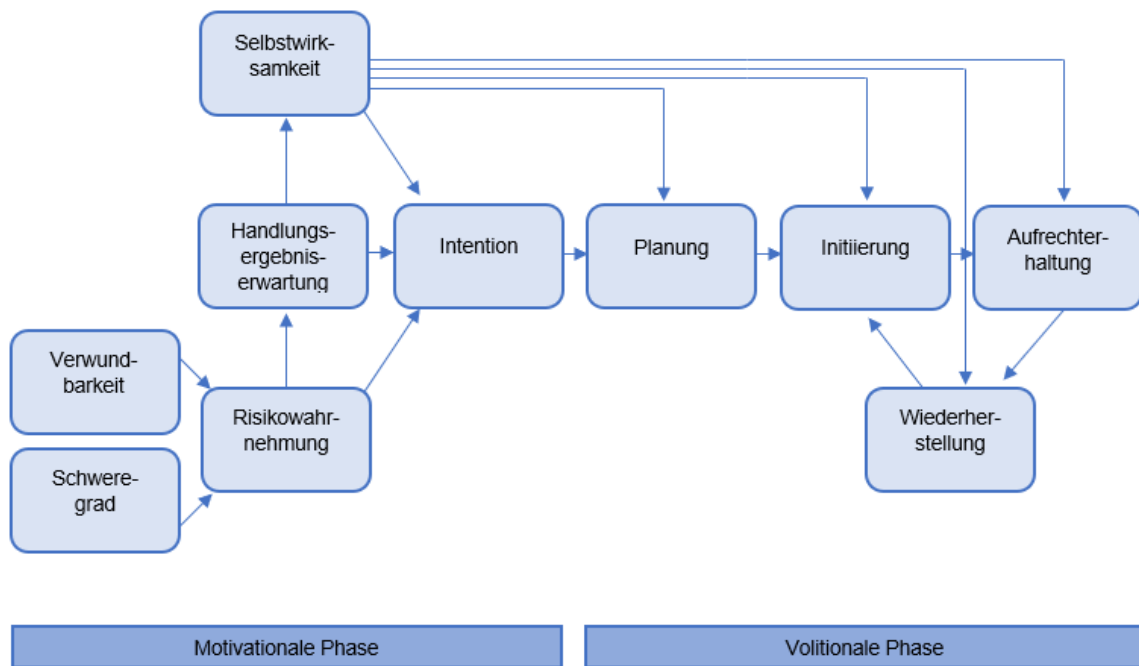


Abbildung 3: Prozessmodell gesunden Handelns (Health action process approach) (Schwarzer et al. 2008, S. 158), angepasste Darstellung

Wie in Abbildung 3 dargestellt, wird die Intention in der motivationalen Phase durch die Prädiktoren Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit gebildet. Die Risikowahrnehmung ist im HAPA-Modell definiert als Einschätzung der eigenen Verwundbarkeit (z.B.: „Herzinfarkte treten in meiner Familie häufiger auf, ich bin demnach gefährdet.“) und der Einschätzung des Schweregrads von Erkrankungen (z.B.: „Ein Herzinfarkt könnte mein Leben gefährden und wäre schwerwiegend.“). Die Risikoeinschätzung allein führt jedoch nicht zur Intentionsbildung. Wird ein Risiko wahrgenommen, werden anschließend die Konsequenzen einer potenziellen Verhaltensänderung abgewogen. Im HAPA-Modell wird dies unter Handlungsergebniserwartung zusammengefasst (z.B.: „Wenn ich fünf Mal die Woche Sport treibe, kann ich das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, minimieren.“). Anschließend erfolgt die Prüfung, ob die notwendige Selbstwirksamkeit für die Bildung einer Intention vorhanden ist (z.B.: „Ich bin in der Lage fünf Mal die Woche Sport zu machen.“). Die drei Einflussfaktoren (Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung, Selbstwirksamkeit) sind entscheidend für das Bilden einer Intention. Sobald diese gebildet wurde, wie beispielsweise die sportliche Aktivität an fünf Tagen in der Woche, beginnt die volitionale Phase (Schwarzer et al. 2008, S. 157f.). Der Eintritt von der motivationalen in die volitionale Phase erfolgt erst nach Abschluss der ersteren Phase. Die Phasen im Stadienmodell sind somit distinkt sowie qualitativ unterschiedlich (Knoll et al. 2013, S. 50).

Zwischen der Intention und dem Ausführen eines Verhaltens sieht das HAPA-Modell einen Zwischenschritt, die Planung, vor. Die Planung wird nach action planning und coping

planning unterschieden. Beim action planning wird festgelegt, wann, wo und wie das Verhalten umgesetzt werden soll. Neben diesem Prozess ist auch die gründliche Planung von Coping-Strategien wichtig. Es werden Pläne erstellt, wie mit Barrieren umgegangen werden soll und wie mögliche Situationen und Schwierigkeiten bewältigt werden (Schwarzer et al. 2008, S. 157f.). Nach der Planung beginnt die Initiierung der Maßnahme. Da das Verhalten nicht nur einmalig, sondern langfristig umgesetzt werden soll, folgt dessen Aufrechterhaltung. Gelingt die Aufrechterhaltung nicht und es kommt zu Rückschlägen, so muss das Verhalten wiederhergestellt werden und die Initiierung beginnt erneut (Knoll et al. 2013, S. 51).

In jeder Phase ist die Selbstwirksamkeit entscheidend, um verschiedene Aufgaben und Herausforderungen der Verhaltensänderung zu bewältigen. Unterschieden werden im HAPA-Modell drei unterschiedliche Arten der Selbstwirksamkeit. Die action self-efficacy (Handlungsselbstwirksamkeit) beeinflusst die Phase, in der eine Person ihr Verhalten noch nicht geändert hat, aber bereits eine Motivation entwickelt, dies zu tun. Die maintenance self-efficacy (Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit) ist im Prozess der Planung und der Initiierung von Bedeutung. Sie beschreibt die Einschätzung nach Herausforderungen und Schwierigkeiten die Verhaltensänderung aufrechtzuerhalten. Die recovery self-efficacy (Wiederherstellungsselbstwirksamkeit) ist bedeutend, wenn die langfristige Verhaltensänderung nicht gelingt. Personen müssen dann die Überzeugung besitzen, das neue Verhalten auch nach einem möglichen Rückfall wieder durchzuführen (Knoll et al. 2013, S. 51; Luszczynska und Schwarzer 2003, S. 104f.; Schwarzer et al. 2008, S. 158).

2.2.3 Verhaltensänderung von Unternehmen

Während im letzten Abschnitt die Verhaltensänderung von Individuen näher beschrieben wurde, soll dieses Kapitel die Veränderungen im Unternehmen beleuchten. Die Veränderungsbereitschaft kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen, wie beispielsweise auf der Ebene des Individuums, der Gruppe, der Abteilung oder der Organisation. Bislang existieren mehr empirische Aussagen über die Verhaltensänderung von Individuen als über die von Organisationen.

Rogers (2003) beschreibt den Entscheidungsprozess von Organisationen sobald eine Innovation erscheint. Wird das Durchführen von Verhaltensmaßnahmen in der BGF als Innovation im Unternehmen definiert, so beginnt der Innovations-Entscheidungsprozess, der unterschiedliche Stadien umfasst. Die erste Phase wird als Wissen (knowledge) bezeichnet, hier erfahren Personen von der Innovation und lernen ihre Funktionsweise kennen. Danach entwickelt das Individuum eine Einstellung gegenüber dieser Innovation, was in der zweiten Phase, auch Persuasion (persuasion) genannt, erfolgt. In der dritten

Phase, auch als Entscheidungsphase (decision) bezeichnet, trifft die Person eine Entscheidung für oder gegen die Innovation. Wird sich hierfür entschieden, so folgt in der vierten Phase die Implementierung (implementation) der Innovation. In der letzten Phase, der Bestätigung (confirmation), wird nach Informationen gesucht, die die Entscheidung für die Einführung der Innovation stützen (Karnowski und Kümpel 2016, S. 98–102). So wie Rogers den Entscheidungsprozess von Organisationen in Phasen beschreibt, werden auch weitere Veränderungsprozesse in unterschiedliche Phasen eingeteilt. Gersick (1991) stellt fest, dass Veränderungsprozesse auf verschiedenen Ebenen sich ähneln, wie z.B. bei Individuen oder Organisationen. Stadienmodelle aus unterschiedlichen Bereichen können deshalb voneinander profitieren, da sie den gleichen Prozess fokussieren (Gersick 1991, S. 11f.).

Zur Überprüfung der Übertragbarkeit des TTMs und des HAPA-Modells auf Organisationen wurden unterschiedliche Studien durchgeführt.

Schulte und Bamberg (2002) untersuchten durch qualitative Forschungsmethoden in zwei Unternehmen die Einstellungen und die Erwartungen von Führungskräften, der Direktoren- und Vorstandsebene, in Bezug auf die Implementierung der BGF. Sie stellten fest, dass das HAPA-Modell modifiziert werden sollte und nicht auf betriebliches Gesundheitsverhalten übertragbar ist (Schulte und Bamberg 2002, S. 381). Auch Berry (2007) untersuchte die Übertragbarkeit eines Stadienmodells, des TTMs, auf Organisationen. Die Annahme, dass das TTM auf die organisationale Ebene übertragbar ist, konnte nicht bestätigt werden (Prochaska et al. 2013, S. 354).

Hingegen konnten in weiteren Studien, wie beispielsweise von Barankowski (1990), Winett (1995) oder Bowen (1997), die Annahmen getroffen werden, dass das TTM sowohl auf der individualen als auch organisationalen Ebene angewendet werden kann (Prochaska et al. 2013, S. 352f.).

Es wird angenommen, dass Veränderungsprozesse sich sehr ähneln und sowohl auf Individuen als auch Organisationen übertragbar sind. Da das HAPA-Modell nur zwei Phasen, die motivationale und volitionale, unterscheidet, ist es als sparsamer einzustufen als das TTM, welches sechs Phasen unterscheidet (Knoll et al. 2013, S. 52f.). Ausgehend von der Annahme, dass die Einführung von Verhaltensmaßnahmen in Betrieben eine Verhaltensänderung darstellt, da bislang vor allem Maßnahmen des Arbeitsschutzes fokussiert werden, gilt das HAPA-Modell als theoretische Grundlage der Arbeit.

2.3 Gesundheit in Unternehmen

Die Arbeit wird heute zum Großteil im Sitzen verrichtet. 40 Prozent der befragten Personen der Bewegungsstudie 2016 der Techniker Krankenkasse gaben an, ihre Arbeit fast

ausschließlich im Sitzen auszuführen. 24 Prozent der Befragten berichteten über eine mäßige Bewegung am Arbeitsplatz (Techniker Krankenkasse 2016, S. 34). Eine falsche Körperhaltung sowie ein Mangel an Bewegung können Rückenschmerzen und Verspannungen verursachen, aber auch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Muskel-Skelett-Systems oder Typ-2-Diabetes können begünstigt werden. Bewegungsmangel ist einer der größten Risikofaktoren am Arbeitsplatz und in der deutschen Gesellschaft (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2019, S. 115). Zusätzlich zu der sitzenden Tätigkeit im beruflichen Alltag konnte auch ein Bewegungsmangel in der Freizeit festgestellt werden. Die Bewegungsstudie der Techniker Krankenkasse ermittelte, dass 48 Prozent der Befragten kein Mal oder nur selten (<1 Stunde pro Woche) sportlich aktiv sind (Techniker Krankenkasse 2016, S. 23). Neben dem Bewegungsmangel stellt eine falsche Ernährung einen weiteren Risikofaktor dar. Die Wichtigkeit einer gesunden Ernährung ist den meisten Menschen zwar bewusst, im Alltag zeigen sich jedoch Schwierigkeiten in der Umsetzung. Eine Ernährungsumfrage der Techniker Krankenkasse im Jahr 2016 ergab, dass 56 Prozent der Befragten die Zeit und Ruhe fehlt, um sich gesund zu ernähren. 43 Prozent der befragten Personen haben nicht die Absicht gezeigt, sich gesünder zu ernähren. Darüber hinaus mangelt es bei 31 Prozent der Befragten mit einem einfachen Schulabschluss an dem erforderlichen Wissen, wie eine gesunde Ernährung aussehen kann (Techniker Krankenkasse 2017, S. 20). Des Weiteren stellen vermehrter Alkoholkonsum sowie weitere Suchterkrankungen Risikofaktoren dar (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2019, S. 107–110). 21 Prozent der volljährigen Frauen und 27 Prozent der volljährigen Männer rauchen in Deutschland mindestens gelegentlich (Zeiger et al. 2017, S. 59). Zudem kann Stress am Arbeitsplatz einen Risikofaktor darstellen (Berger und Nolten 2019, S. 29). Ein riskantes Gesundheitsverhalten fördert die Entstehung verschiedener Krankheiten. Diese wiederum können zur Arbeitsunfähigkeit (AU) führen und bedeuten für ein Unternehmen Produktivitätsverluste. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geht von durchschnittlich 16,7 AU-Tagen pro berufstätiger Person im Jahr 2017 aus. Bedingt durch die AU-Tage ergibt sich schätzungsweise ein volkswirtschaftlicher Produktivitätsausfall von 76 Milliarden Euro (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2019, S. 1). Werden die AU-Tage branchenspezifisch betrachtet, so ergeben sich Unterschiede. Auf diese soll im folgenden Kapitel eingegangen werden.

2.3.1 Branchenspezifischer Krankenstand

Während die BAuA für das Jahr 2017 im Durchschnitt 16,7 AU-Tage pro berufstätige Person ermittelt hat, liefern Krankenkassen neuere Zahlen für das Jahr 2018 (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2019, S. 1). Für berufstätige Mitglieder der

Techniker Krankenkasse und der AOK konnte ein Anstieg des Krankenstands im Vergleich zum Vorjahr 2017 ermittelt werden. Wie Tabelle 2 darstellt, verzeichneten erwerbstätige Mitglieder der Techniker Krankenkasse 2018 im Durchschnitt 15,5 AU-Tage und AOK-Versicherte durchschnittlich 19,4 AU-Tage. Dies entspricht einem durchschnittlichen Krankenstand von 4,3 Prozent bzw. 5,5 Prozent (Techniker Krankenkasse 2019a, S. 3; Meyer et al. 2019, S. 415).

Tabelle 2: Krankenstand in Deutschland 2018 (Techniker Krankenkasse 2019a, S. 3; Meyer et al. 2019, S. 415), angepasste Darstellung

	Techniker Krankenkasse	AOK
AU-Tage (2018)	15,5 Tage	19,4 Tage
Krankenstand (2018)	4,3 %	5,5 %

Branchenspezifisch ergab sich unter den AOK-Versicherten im Jahr 2018 der höchste Krankenstand mit 6,7 Prozent für die Branche Energie, Wasser, Entsorgung und Bergbau. Der niedrigste Krankenstand lag mit 3,9 Prozent in der Branche Banken und Versicherungen (Meyer et al. 2019, S. 426). Die Daten der Techniker Krankenkasse ergaben einen hohen Krankenstand mit 25,2 AU-Tage pro Versicherten in der Branche Führen von Fahrzeug- und Transportgeräten (Techniker Krankenkasse 2019a, S. 38). Ebenfalls einen hohen Krankenstand konnte die Techniker Krankenkasse für die Branche der Pflege feststellen. Erwerbstätige in der Altenpflege hatten im Jahr 2018 durchschnittlich 25,3 AU-Tage zu verzeichnen. Dies entspricht einem Krankenstand von 6,9 Prozent (Techniker Krankenkasse 2019b, S. 25). Der niedrigste Krankenstand mit durchschnittlich 9,7 AU-Tagen ergab sich in der Branche Lehrende und ausbildende Berufe (Techniker Krankenkasse 2019a, S. 38).

Erkrankungen und daraus resultierende Fehlzeiten stellen für Unternehmen Herausforderungen dar. Um diese Probleme zu bewältigen, kann es vor allem für Betriebe in Branchen mit einem hohen Krankenstand von Interesse sein, die Gesundheit der Mitarbeiter*innen zu erhalten und zu fördern. Unternehmen kann es mit dem Aufbau eines BGMs oder auch durch einzelne Maßnahmen gelingen, diese Herausforderungen zu bewältigen (Straub et al. 2017, S. 19; Berger und Nolten 2019, S. 29). Welche Maßnahmen von Unternehmen durchgeführt werden, wird im nächsten Kapitel erläutert.

2.3.2 Betriebliches Gesundheitsverhalten

Eine Studie der Personalwirtschaft aus dem Jahr 2015 mit 401 befragten Personalverantwortlichen aus dem Mittelstand zeigt auf, wie die Umsetzung des BGMs derzeit aussieht. Für 62 Prozent der Befragten hat die Gesundheit im Unternehmen einen hohen bis sehr

hohen Stellenwert. 80 Prozent der befragten Unternehmen führen bereits Maßnahmen zum Arbeitsschutz durch. Obwohl die Anzahl von Betrieben, die Maßnahmen im Bereich des Arbeitsschutzes durchführen, höher ist als bei anderen Maßnahmen des BGMs, gewinnt auch die Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung. 55 Prozent der teilnehmenden Personalverantwortlichen geben an, Führungskräftebildungen anzubieten. Seminare zu bestimmten Gesundheitsthemen, wie z.B. Stress, werden von 44 Prozent der Unternehmen angeboten (Lüerßen et al. 2015, S. 7f.).

Eine Umfrage des BKK Dachverbandes im Jahr 2017 ergab, dass 44 Prozent der deutschen Betriebe bereits BGF-Maßnahmen umsetzen (BKK Dachverband e.V. 2017). Auf die zunehmende Bedeutung der BGF weist auch einer Studie der DIHK aus dem Jahr 2013 hin, bei der 1.500 Unternehmen befragt wurden. Der Stellenwert des Themas BGF hat bei 67 Prozent der Befragten zugenommen. 90 Prozent der teilnehmenden Unternehmen setzen bereits BGF-Maßnahmen um oder planen die konkrete Durchführung. Mit 70 Prozent am häufigsten, setzen Betriebe Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung um, wie beispielsweise die Bereitstellung ergonomischer Bürostühle. 45 Prozent der Befragten bieten Führungskräftebildungen an, aber auch Sportangebote werden zu 43 Prozent bereitgestellt. 26 Prozent der befragten Unternehmen bieten Programme zur Stressbewältigung an, 24 Prozent Ernährungsberatung oder spezielles Essen in der Kantine und 19 Prozent Maßnahmen zum Umgang mit Suchtmitteln (Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) 2014, S. 2–7).

Für ein ganzheitliches BGM ist es bedeutend, nicht nur die Verhältnisse am Arbeitsplatz zu verbessern, sondern auch die Mitarbeiter*innen zu befördern, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Unternehmen sind demnach gefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um Beschäftigte bei der Stärkung ihres Gesundheitsverhaltens zu unterstützen (Uhle und Treier 2019, S. 44ff.).

3 Zielsetzung und Fragestellung

Unternehmen müssen unterschiedliche Herausforderungen bewältigen, wie beispielsweise einen hohen Krankenstand. Dieser kann zu Produktivitätsverlusten in Unternehmen führen. Zur Senkung des Krankenstandes und zur Steigerung der Produktivität implementieren Unternehmen das BGM. Die Einführung des BGMs und die angebotenen Maßnahmen fallen dabei unterschiedlich aus und sind abhängig von Unternehmensstrukturen, wie beispielsweise der Betriebsbranche und -größe oder den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Unternehmen fokussieren vor allem Maßnahmen im Bereich des Arbeitsschutzes und der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung. Doch auch die BGF bietet viele Po-

tentiale die Gesundheit von Mitarbeiter*innen zu stärken. Um ein ganzheitliches sowie nachhaltiges BGM zu schaffen, sollte neben Maßnahmen zur Verbesserung der Verhältnisse, auch die Befähigung der Beschäftigten zu einem gesundheitsbewussten Verhalten erfolgen. Vor allem für die Branchen Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft kann die Förderung des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter*innen Potential bieten, den verhältnismäßig hohen Krankenstand zu reduzieren und die Produktivität zu steigern. Es stellt sich demnach die Frage, ob Unternehmen dieser Branche eine Intention aufweisen, dass Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen zu fördern. Im Rahmen dieser Arbeit wird folgenden Forschungsfragen nachgegangen:

1. Welche Intention haben Unternehmen der Branchen Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft ihre Produktivität durch die Förderung des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter*innen zu steigern?
2. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dieser Intention und den Unternehmensstrukturen?

In Bezug auf die 2. Forschungsfrage, werden die in Tabelle 3 abgeleiteten zweiseitigen Hypothesen anhand der bivariaten Datenanalyse überprüft.

Tabelle 3: Hypothesen, eigene Darstellung

Nr.	Hypothese
H1	Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und der Anzahl an angebotenen BGM-Maßnahmen im Unternehmen.
H2	Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und dem bereits vorhandenen Angebot an Verhaltensmaßnahmen im Unternehmen.
H3	Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und dem Vorhandensein eines BGMs im Unternehmen.
H4	Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und den Ressourcen für das BGM im Unternehmen.
H5	Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und den Herausforderungen im Unternehmen.
H6	Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und der Unternehmensgröße.
H7	Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und der Branche, in dem das Unternehmen tätig ist.

4 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Erhebung in den Branchen Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft in Deutschland durchgeführt. In diesem Kapitel wird die verwendete Methodik der Arbeit vorgestellt, nachfolgend werden die Stichprobenauswahl, das Befragungsinstrument, die Datenerhebung sowie die Analyseschritte beschrieben.

4.1 Auswahl der Stichprobe

Beginnend wird die Stichprobe durch eine Branchenauswahl eingegrenzt. Ausgewählt werden zwei verschiedene Branchen mit einem hohen Krankenstand, da für diese Branchen die Produktivitätssteigerung von großer Bedeutung sein könnte. Für die Erhebung werden die Branchen Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft gewählt. Die Stichprobe wird durch online verfügbare Verzeichnisse recherchiert. Für die Unternehmen werden, wenn möglich Ansprechpartner*innen und die jeweiligen Kontaktdaten ermittelt. Voraussetzungen für die Teilnahme sind die jeweilige Branchenzugehörigkeit, die Aufführung im Online-Verzeichnis sowie eine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme. Als Ansprechpartner*in wird jeweils ein/e Expert*in im Unternehmen kontaktiert. Als Expert*innen für die Erhebung gelten Geschäftsleitungen, Einrichtungsleitungen, Personalleitungen und Verantwortliche für das BGM im Unternehmen. Es wird davon ausgegangen, dass die genannten Personen über die internen Strukturen, wie beispielsweise das BGM sowie über die Mitarbeiter*innen einen Überblick haben. Die Ansprechpartner*innen werden jeweils einzeln per E-Mail kontaktiert. Sie werden gebeten an der Befragung teilzunehmen oder die E-Mail intern weiterzuleiten, sollte es für das Thema andere Verantwortliche im Unternehmen geben. Der Link zur Umfrage ist ebenfalls in der E-Mail enthalten. Da innerhalb der E-Mail versucht wird, die Person für die Teilnahme an der Befragung zu gewinnen, entspricht dies einer aktiven Rekrutierung der Stichprobe (Thielsch und Weltzin 2012, S. 115f.). Für die Befragung ergibt sich ein Stichprobenpool von $n=629$. Die Rücklaufquote für die Befragung kann unterschiedlich sein und hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie z.B. der Länge des Fragebogens. Döring und Bortz nennen eine Rücklaufquote von 5 bis 40 Prozent während Brake und Weber für eine internetbasierte Befragung ohne Erinnerungsmail einen Rücklauf von circa 22 Prozent verzeichnen (Döring und Bortz 2016a, S. 412; Brake und Weber 2009, S. 427). Da im Vorfeld kein Kontakt zu dieser Branche bestand und auf Erinnerungsmails sowie Incentives verzichtet werden soll, wird die Bereitschaft, an dieser externen Befragung teilzunehmen, als gering eingestuft. Erwartet wird ein Rücklauf von circa 15 Prozent.

4.2 Fragebogen

Für die empirische Untersuchung wird ein selbst entwickelter Fragebogen angewandt. Der Fragebogen wird im Vorfeld auf Verständlichkeit getestet und online für die Teilnehmer*innen zugänglich gemacht. Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung des Fragebogens beschrieben sowie die Durchführung des Pretests und die anschließende Überarbeitung des Erhebungsinstrumentes.

4.2.1 Entwicklung des Fragebogens

Auf Grundlage der Literaturrecherche und des ermittelten theoretischen Hintergrunds wird der Fragebogen entwickelt. Die Erstellung erfolgt somit deduktiv (Döring und Bortz 2016b, S. 223). Mit Hilfe des Fragebogens werden Ansprechpartner*innen in Unternehmen der Branche Altenpflege oder Energie- und Wasserwirtschaft zum Thema „*Förderung des Gesundheitsverhaltens zur Produktivitätssteigerung von Unternehmen in Abhängigkeit der Unternehmensstrukturen*“ befragt. In dem Fragebogen werden vorrangig geschlossene, zum Teil aber auch halboffene Fragen verwendet. Der entwickelte Fragebogen setzt sich aus unterschiedlichen Bereichen zusammen. In Tabelle 4 werden die abgefragten Bereiche, die Themen sowie die Fragestellung dargestellt.

Tabelle 4: Erstellung des Fragebogens, eigene Darstellung

Bereich	Thema	Fragestellung
BGM	Arbeitsschutz/ BEM	1. Welche der folgenden Maßnahmen werden im Unternehmen durchgeführt?
BGM	BGF- Verhältnismaßnahmen	2. Welche der folgenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter*innen werden im Unternehmen durchgeführt?
BGM	BGF- Verhaltensmaßnahmen	3. Welche der folgenden Schulungen werden im Unternehmen angeboten?
BGM	Weitere Maßnahmen	4. Werden im Unternehmen weitere Maßnahmen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement durchgeführt, die bislang nicht abgefragt wurden?
BGM	Struktur	5. In welchem Rahmen werden die genannten Maßnahmen im Unternehmen durchgeführt?
Unternehmensstrukturen	Ressourcen	6. Welche Ressourcen stehen in Ihrem Unternehmen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zur Verfügung?
Unternehmensstrukturen	Herausforderungen	7. Mit welchen der folgenden Herausforderungen setzt sich das Unternehmen auseinander?

Intention	Schweregrad	8. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Eine ungesunde Verhaltensweise der Mitarbeiter*innen (z.B. ungesunde Ernährung) ist für die Produktivität des Unternehmens schwerwiegend.
Intention	Verwundbarkeit	9. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Wird das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen im Unternehmen nicht gefördert, dann sinkt die Produktivität im Unternehmen.
Intention	Handlungsergebniserwartung	10. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Mit Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) kann die Produktivität des Unternehmens gesteigert werden.
Intention	Selbstwirksamkeit	11. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Durch geeignete Maßnahmen im Betrieb (z.B. Schulung zum Thema „Bewegung“) wird das Unternehmen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen nehmen können.
Soziodemografie (Unternehmensstrukturen)	Betriebsgröße	12. Wie viele Mitarbeiter*innen sind in Ihrem Unternehmen insgesamt beschäftigt?
Soziodemografie (Unternehmensstrukturen)	Branche	13. In welcher Branche ist Ihr Unternehmen tätig?
Soziodemografie	Funktion der Ansprechpartner*innen	14. In welcher Funktion sind Sie in Ihrem Unternehmen tätig?

Zu Beginn des Fragebogens soll ein Überblick über das vorhandene BGM bzw. vorhandene Maßnahmen zum Thema BGM und BGF im Unternehmen geschaffen werden. Hierfür werden jeweils zwei Maßnahmen der Säule Arbeitsschutz/ BEM abgefragt (Frage 1). Es besteht auch eine Antwortoption, wenn keine der genannten Maßnahmen durchgeführt werden.

Die Säule BGF wird in zwei Fragen aufgeteilt, um das BGF hinsichtlich verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen zu beleuchten (Frage 2 und 3). Es werden ebenfalls Maßnahmen als Antwortmöglichkeit sowie die Option „keine der genannten Maßnahmen“ zur Verfügung gestellt. Da Maßnahmen sehr vielfältig sein können und davon ausgegangen wird, dass die Antwortoptionen nicht alle Maßnahmen in diesem Bereich abdecken, wird eine halboffene Frage formuliert, in der Teilnehmer*innen weitere BGM-Maßnahmen, die im Unternehmen durchgeführt werden, ergänzen können (Frage 4).

Um den Rahmen, in dem die Maßnahmen durchgeführt werden, sowie die Struktur im Unternehmen hinsichtlich des Themas BGMs zu erfassen, wird abgefragt, ob im Unternehmen ein BGM vorhanden ist oder Einzelmaßnahmen durchgeführt werden (Frage 5).

Im Bereich der Unternehmensstrukturen werden Ressourcen für das BGM und Herausforderungen im Unternehmen abgefragt. Bei den Ressourcen werden personelle und zeitliche Ressourcen für das BGM abgefragt und durch das halboffene Antwortformat können weitere Ressourcen ergänzt werden (Frage 6). Auch bei der Frage zu den Herausforderungen im Unternehmen wird ein halboffenes Antwortformat genutzt (Frage 7). Die weiteren Antwortmöglichkeiten der Frage 7 sind Abbildung 4 zu entnehmen.

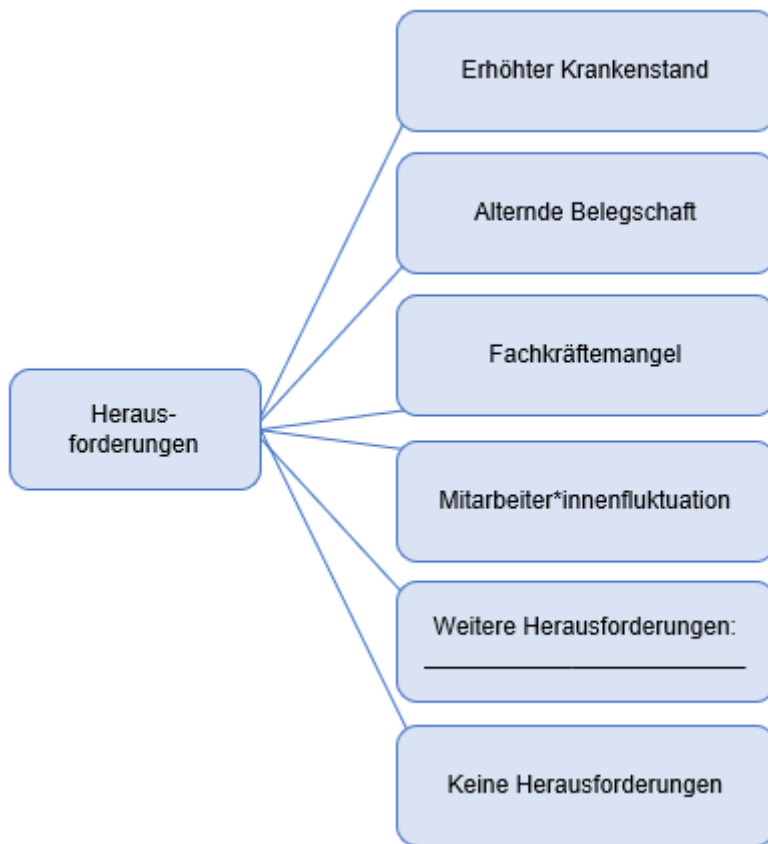


Abbildung 4 Herausforderungen im Unternehmen, eigene Darstellung

Folgend wird im Fragebogen die Intention von Unternehmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens von Mitarbeiter*innen für die Produktivitätssteigerung des Unternehmens abgefragt. Grundlage für diese Fragen bildet das HAPA-Modell (Schwarzer et al. 2008, S. 157f.). Die Aussagen werden anhand der von Schwarzer genannten Prädiktoren (Schwegrad, Verwundbarkeit, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit) aufgebaut und können anhand einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die verwendete Skala ist Abbildung 5 zu entnehmen.

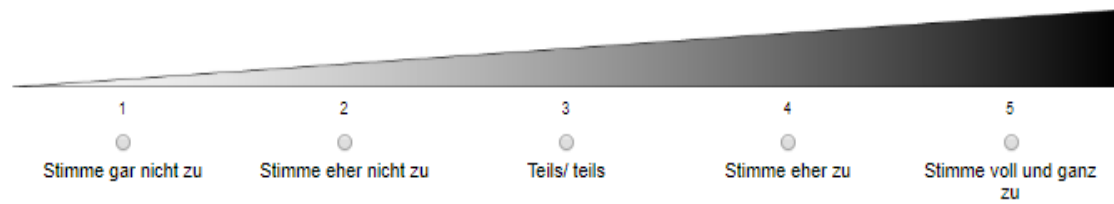


Abbildung 5: Fünfstufige Likert-Skala

Abschließend werden im Fragebogen soziodemografische Merkmale des Unternehmens und der Ansprechpartner*innen abgefragt. Die Merkmale des Unternehmens können dabei auch Aufschluss über Unternehmensstrukturen geben, weshalb sie ebenfalls in diesen Fragebogenbereich fallen können. Die soziodemografischen Daten des Unternehmens und der Ansprechpartner*innen gelten als sensible Daten und werden deswegen zum Schluss des Fragebogens abgefragt. Die Angaben zur Funktion der Ansprechpartner*innen im Unternehmen dienen der näheren Betrachtung der erreichten Stichprobe.

Bei der Konstruktion des Online-Fragebogens werden verschiedene Aspekte des Fragebogen-Designs berücksichtigt. Die Teilnehmer*innen werden darauf aufmerksam gemacht, wenn Mehrfachantworten möglich sind. Außerdem wird bei fehlenden Angaben darauf hingewiesen, dass keine Antwort auf die Frage gegeben wurde und ob Teilnehmer*innen eine Antwort ergänzen möchten oder ohne Antwort fortgefahren werden soll. Um den Teilnehmer*innen einen Überblick über die Fragebogenlänge sowie ihren Bearbeitungsfortschritt zu geben, wird im Fragebogen ein Fortschrittsbalken eingesetzt.

Der vollständige Fragebogen kann Anhang III entnommen werden.

4.2.2 Pretest

Da der Fragebogen aus selbst entwickelten Elementen besteht, ist es wichtig, einen empirischen Pretest durchzuführen. Der Pretest dient zur Überprüfung der Verständlichkeit der Fragen und der Antwortformate, der inhaltlichen Vollständigkeit dieser sowie der technischen Überprüfung. Es empfiehlt sich, einen mehrstufigen Pretest mit unterschiedlichen Techniken durchzuführen (Döring und Bortz 2016a, S. 410f.). Im Rahmen dieser empirischen Untersuchung wird der Fragebogen einstufig durch einen quantitativen Pretest überprüft. Für den Pretest wird eine Stichprobe gewählt, die der Befragungsstichprobe ähnelt, die aber nicht an der späteren Hauptbefragung teilnimmt.

Für den Pretest wurden 75 Ansprechpartner*innen aus Pflegeheimen in Hamburg mit Hilfe derselben Methode kontaktiert, wie die spätere Stichprobe der Hauptbefragung. Es wurde darauf geachtet, dass keine Ansprechpartner*innen aus dem Pretest erneut für die Hauptuntersuchung kontaktiert werden. Im Pretest haben die Ansprechpartner*innen

ebenfalls einen Link zum Fragebogen erhalten. Unter den Fragen konnten die Teilnehmer*innen jeweils Anmerkungen zu der Frage oder dem Antwortformat notieren sowie Hinweise und Auffälligkeiten verschriftlichen. Die Anmerkungen aus dem Pretest sind Anhang I zu entnehmen. Der Pretest war für die Ansprechpartner*innen sieben Tage unter dem angegebenen Link erreichbar. Es konnte ein Rücklauf von 13,3 Prozent erzielt werden, sodass n=10 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden. Im Pretest wurde die Intention anhand der Prädiktoren auf einer fünfstufigen-Likert-Skala erfasst. Die Berechnung der internen Konsistenz der Skala ergab ein Cronbachs Alpha von 0,70. Die Skala wird somit als reliabel bewertet und kann für die Erhebung genutzt werden (Tavakol und Dennick 2011, S. 54).

Während die Skala für die Erhebung unverändert blieb, wurde bei zwei Fragestellungen ein Antwortformat ergänzt. Diese Änderungen werden im folgenden Kapitel näher erläutert.

4.2.3 Überarbeitung des Fragebogens

Auf Basis des Pretests wurden Veränderungen am Fragebogen vorgenommen. Es wurde angenommen, dass die Teilnehmer*innen für die Beantwortung des Fragebogens circa fünf bis zehn Minuten benötigen werden. Nach der Durchführung des Pretests konnte eine durchschnittliche Bearbeitungszeit von fünf Minuten ermittelt werden. In der E-Mail für die Hauptuntersuchung wird die Bearbeitungszeit für den Fragebogen mit etwa fünf Minuten eingeschätzt.

Die Antwortmöglichkeiten für Frage 2 sind nach dem Pretest erweitert worden und können Tabelle 5 entnommen werden. In Frage 2 wird als Antwortmöglichkeit für Maßnahmen der Verhältnisprävention „Täglich Obst für alle Mitarbeiter*innen“ aufgeführt.

Tabelle 5: Überarbeitung Fragestellung 2, eigene Darstellung

Fragestellung	Antwortmöglichkeit
2. Welche der folgenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter*innen werden im Unternehmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung <input type="checkbox"/> Gesunde Speisen in der Kantine <input type="checkbox"/> Täglich Obst für alle Mitarbeiter*innen <input type="checkbox"/> Sport- und Bewegungskurse <input type="checkbox"/> Entspannungskurse (z.B. Autogenes Training) <input type="checkbox"/> Keine der genannten Maßnahmen

Für Frage 14 wird ebenfalls eine weitere Antwortoption zur Verfügung gestellt. Die Antwort „Einrichtungsleitung“ als Funktion der Teilnehmer*innen im Unternehmen wird ergänzt. Gerade in Bezug auf die Branche Altenpflege in der Hauptuntersuchung wird diese

Funktion als wichtige Ergänzung betrachtet. In Tabelle 6 werden die Antwortoptionen für die Frage 14 dargestellt.

Tabelle 6: Überarbeitung Fragestellung 14, eigene Darstellung

Fragestellung	Antwortmöglichkeit
14. In welcher Funktion sind Sie in Ihrem Unternehmen tätig?	<input type="checkbox"/> Geschäftsführung <input type="checkbox"/> Personalleitung <input type="checkbox"/> Verantwortliche*r für das Betriebliche Gesundheitsmanagement <input type="checkbox"/> Einrichtungsleitung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

4.3 Datenerhebung

Die Online-Befragung wurde auf www.soscisurvey.de durchgeführt. Der Fragebogen wurde am 27. November 2019 per E-Mail an die Stichprobe versendet. In der E-Mail enthalten war ein Anschreiben sowie der Link zum Fragebogen. Das Anschreiben enthielt Informationen über die Autorin der Arbeit, das Thema und das Ziel der Umfrage, Informationen zum Fragebogen und der Befragung sowie die Kontaktadresse für Rückfragen. Das Anschreiben kann Anhang II entnommen werden. Auf der ersten Seite des Fragebogens wurde auf die Freiwilligkeit und die Anonymität der Befragung hingewiesen.

Auf eine Erinnerungsmail wurde verzichtet, da die Stichprobe unbekannt ist und somit auch die Reaktion auf eine Erinnerungsmail. Die Teilnahme an der Umfrage sollte nicht aufgedrängt werden, sondern vor allem den Aspekt der Freiwilligkeit wahren.

Die Umfrage wurde am Abend des 06. Dezembers 2019 geschlossen, sodass Teilnehmer*innen zehn Tage Zeit hatten, an der Umfrage teilzunehmen.

Der Datensatz der Online-Befragung wurde nach Abschluss der Umfrage als SPSS-Datei heruntergeladen.

4.4 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgt mit Hilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Version 25. Für die Erstellung von Grafiken wird das Programm Microsoft Excel verwendet. Die Datenanalyse basiert auf den beantworteten Fragebögen. In die Analyse werden nur Fragebögen einbezogen, die bis zur letzten Fragebogenseite bearbeitet wurden. Alle weiteren Fragebögen gelten als unvollständig und werden nicht der Analyse berücksichtigt. Alle Tests werden zweiseitig durchgeführt und ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ gilt als statistisch signifikant.

Durch die univariate Analyse soll ein Überblick über die Variablen gegeben werden. Die tabellarische Darstellung der Variablen ist Anhang IV zu entnehmen. Zu Beginn soll die erreichte Stichprobe näher beschrieben werden. Hierfür wird zunächst auf die Rücklaufstatik eingegangen und soziodemographische Daten dargestellt. Beginnend wird die Branche (Frage 13) und die Funktion der Ansprechpartner*innen im Unternehmen (Frage 14) anhand von Häufigkeitsverteilungen beschrieben. Anschließend werden die Unternehmensstrukturen aufgezeigt. Die Variable Unternehmensgröße wurde anhand der Mitarbeiter*innenzahl abgefragt. Die Einteilung sowie die Codierung ist Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Unternehmensgrößen (Europäische Kommission 2015, S. 11), angepasste Darstellung

	Mitarbeiter*innenzahl	Codierung
Kleinstunternehmen	≤ 10 Mitarbeiter*innen	1
Kleines Unternehmen	11-49 Mitarbeiter*innen	2
Mittleres Unternehmen	50-249 Mitarbeiter*innen	3
Großes Unternehmen	≥ 250 Mitarbeiter*innen	4

Für die Variable Unternehmensgröße werden die möglichen Maße der zentralen Tendenz sowie ein Balkendiagramm angegeben. Neben der Unternehmensgröße werden auch die Herausforderungen (Frage 7) und Ressourcen (Frage 6) im Unternehmen beschrieben. Es werden Häufigkeiten ermittelt und anhand von Balkendiagrammen veranschaulicht. Da bei Frage 6 und 7 eine halboffene Antwortmöglichkeit bestand, werden die wichtigsten Ergebnisse der qualitativen Analyse dargestellt. Die qualitativen Antworten wurden, wenn möglich in Kategorien geordnet und zusammengefasst. Anhang VI kann die qualitative Auswertung entnommen werden.

Zur genaueren Untersuchung des BGMs in den Unternehmen wird die Häufigkeitsverteilung der durchgeführten BGM-Maßnahmen der Stichprobe dargestellt und mit Hilfe eines Balkendiagramms visualisiert. Ergebnisse der qualitativen Auswertung von weiteren Maßnahmen werden genannt und lassen sich ebenfalls Anhang VI entnehmen. Es wird die Variable Anzahl an Maßnahmen gebildet, die die Summe der BGM-Maßnahmen im Unternehmen beschreibt. Dafür wird aus den angegebenen Maßnahmen aus Fragen 1-3 und den Ergebnissen der Variable weiteren Maßnahmen eine Summe gebildet. Für die metrische Variable werden neben den Maßen der zentralen Tendenz und den Streuungsmaßen auch die Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests auf Normalverteilung angegeben.

Zur genaueren Betrachtung von Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens wird ebenfalls eine neue Variable Durchführung Verhaltensmaßnahmen gebildet. Diese

wird auf Grundlage von Frage 3 erstellt. Wird mindestens eine der Maßnahmen im Unternehmen durchgeführt, so wird dies in der Variable Durchführung Verhaltensmaßnahmen mit „Ja“ angegeben. Führt das Unternehmen keine der Maßnahmen aus Fragestellung 3 durch, so wird dies als „Nein“ codiert. Für diese nominale Variable wird die Häufigkeitsverteilung dargestellt.

Die Intention zur Förderung des Gesundheitsverhaltens von Mitarbeiter*innen zur Produktivitätssteigerung des Unternehmens bildet die abhängige Variable (AV). Sie ist metrisch und wird auf Grundlage der Skalenwerte der Prädiktoren Selbstwirksamkeit, Handlungsergebniserwartung und Risikowahrnehmung berechnet. Wobei der Prädiktor Risikowahrnehmung aus dem Mittelwert der Items Verwundbarkeit und Schweregrad ermittelt wird. Abbildung 6 zeigt die Prädiktoren der Intention.

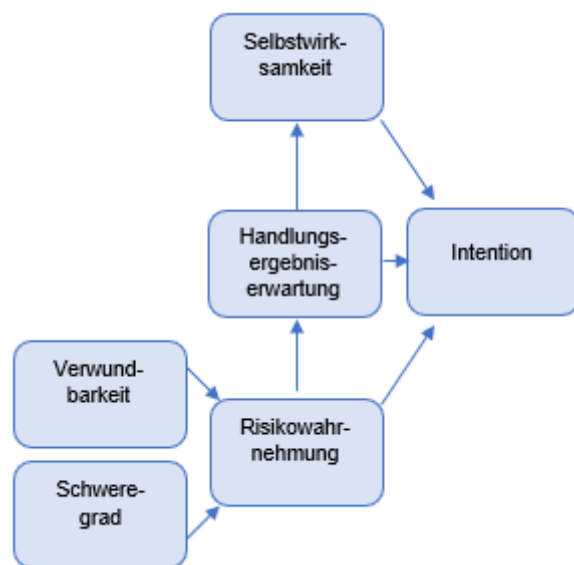


Abbildung 6: Prädiktoren der Intention (Schwarzer et al. 2008, S. 158), angepasste Darstellung

In dem Fragebogen werden die Prädiktoren der Intention anhand einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet. Je höher der Wert eines Items ist, desto mehr stimmen die Teilnehmer*innen der Aussage zu. Der Wert eines Items kann minimal 1 und maximal 5 betragen.

Da die Intention aus mehreren Items berechnet wird, soll die interne Konsistenz der Skala bestimmt werden. Die Reliabilitätsprüfung der Items erfolgt mittels Cronbachs Alpha. In der Literatur werden unterschiedliche Angaben für ein akzeptables Cronbachs Alpha gemacht. Ein Cronbachs Alpha gilt demnach als akzeptabel, wenn es einen Wert zwischen 0,7 und 0,95 erreicht (Tavakol und Dennick 2011, S. 54).

Anschließend werden für die Prädiktoren, Verwundbarkeit, Schweregrad, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit, die Maße der zentralen Tendenz sowie die Streuungsmaße bestimmt.

Für die berechnete Variable Intention werden ebenfalls die Maße der zentralen Tendenz und Streuungsmaße sowie die Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests angegeben.

Die Intention eines Unternehmens ergibt sich aus dem Mittelwert der Prädiktoren und kann Werte zwischen 1 und 5 annehmen. Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wird die Intention von Unternehmen in unterschiedliche Intensionsstärken eingeteilt. Die Einteilung und Codierung der Intensionsstärke kann Tabelle 8 entnommen werden. Für die Variable Intensionsstärke wird die Häufigkeitsverteilung sowie ein Balkendiagramm dargestellt.

Tabelle 8: Intensionsstärke, eigene Darstellung

Wertebereich	Intensionsstärke	Codierung
$1 \leq X \leq 2,5$	Geringe Intention	1
$2,5 > X < 4$	Mittlere Intention	2
$4 \leq X \leq 5$	Hohe Intention	3

Anschließend erfolgt die bivariate Analyse, in der Zusammenhänge errechnet und dargestellt werden. Vor der Berechnung werden die notwendigen Voraussetzungen überprüft. In Tabelle 9 sind die unterschiedlichen Zusammenhangsberechnungen aufgelistet, die durchgeführt werden.

Tabelle 9: Übersicht der Zusammenhangsberechnungen, eigene Darstellung

Zusammenhang (AV und UV)	Skalenniveau (AV/ UV)	Korrelation
Intention und Anzahl an BGM-Maßnahmen	Metrisch/ Metrisch	Pearson-Korrelation
Intention und Durchführung Verhaltensmaßnahmen	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation
Intention und vorhandenes BGM	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation
Intention und personelle Ressourcen	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation
Intention und finanzielle Ressourcen	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation
Intention und erhöhter Krankenstand	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation
Intention und alternde Belegschaft	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation
Intention und Fachkräftemangel	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation
Intention und Mitarbeiter*innenfluktuation	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation
Intention und Unternehmensgröße	Metrisch/ Ordinal	Spearman's Rho
Intention und Branche des Unternehmens	Metrisch/ Nominal	Punkt-biserial Korrelation

Basierend auf dem jeweiligen Skalenniveau erfolgen die Zusammenhangsberechnungen. Es werden unterschiedliche Korrelationskoeffizienten berechnet, wobei die Variable Intention immer ein metrisches Skalenniveau aufweist.

Die Variablen Intention und Anzahl an BGM-Maßnahmen weisen beide ein metrisches Skalenniveau auf. Der Zusammenhang zwischen ihnen wird durch die Pearson-Korrelation errechnet, dabei kann der Korrelationskoeffizient Werte zwischen -1 und +1 aufweisen. Beträgt der Wert 0, besteht zwischen den Variablen kein Zusammenhang. Ist der Wert ungleich 0, wird durch das Vorzeichen (-1/ +1) die Richtung des Zusammenhangs (negativ/ positiv) deutlich. Bei einer signifikanten Korrelation kann eine Interpretation erfolgen. Liegt keine Signifikanz vor, kann von keinem Zusammenhang ausgegangen werden.

Der Korrelationskoeffizient misst lediglich lineare Zusammenhänge. Das bedeutet, dass gegenseitige Beeinflussungen, die nicht linear sind, nicht ermittelt werden können.

Die Korrelationsberechnung zwischen der Intention und der Unternehmensgröße erfolgt durch Spearman's Rho. Das Ergebnis des Korrelationskoeffizienten wird ebenso wie bei der Pearson-Korrelation interpretiert. Die Zusammenhänge zwischen einer metrisch- und einer nominalskalierten Variable werden durch die Punkt-biseriale Korrelation berechnet. Die Interpretation des Korrelationskoeffizienten erfolgt ebenfalls wie bei der Pearson-Korrelation und kann Tabelle 10 entnommen werden.

Tabelle 10: Interpretation des Korrelationskoeffizienten (Tausendpfund 2019, S. 129), angepasste Darstellung

Wert r	Interpretation
$\leq 0,05 $	Kein Zusammenhang
$> 0,05 $ bis $\leq 0,20 $	Schwacher Zusammenhang
$> 0,20 $ bis $\leq 0,50 $	Mittelstarker Zusammenhang
$> 0,50 $ bis $\leq 0,70 $	Starker Zusammenhang
$> 0,70 $	Sehr starker Zusammenhang

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der zuvor aufgeführten Datenanalyse dargestellt. Beginnend wird die Stichprobe und anschließend die Ergebnisse der uni- und bivariaten Datenanalyse beschrieben.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Nach der Recherche der Ansprechpartner*innen ergab sich ein Stichprobenpool von 629 Unternehmen. Vorrangiges Ziel war es, einen möglichst großen Stichprobenpool zu erreichen, hierfür wurden alle vorhandenen Ansprechpartner*innen kontaktiert, obwohl sich dadurch eine ungleiche Verteilung innerhalb der beiden Branchen ergibt. Wie in Abbil-

dung 7 zu sehen, wurden deutschlandweit 409 Einrichtungen aus der Branche Altenpflege kontaktiert, in der Branche Energie- und Wasserwirtschaft waren es 220 Unternehmen in Deutschland.

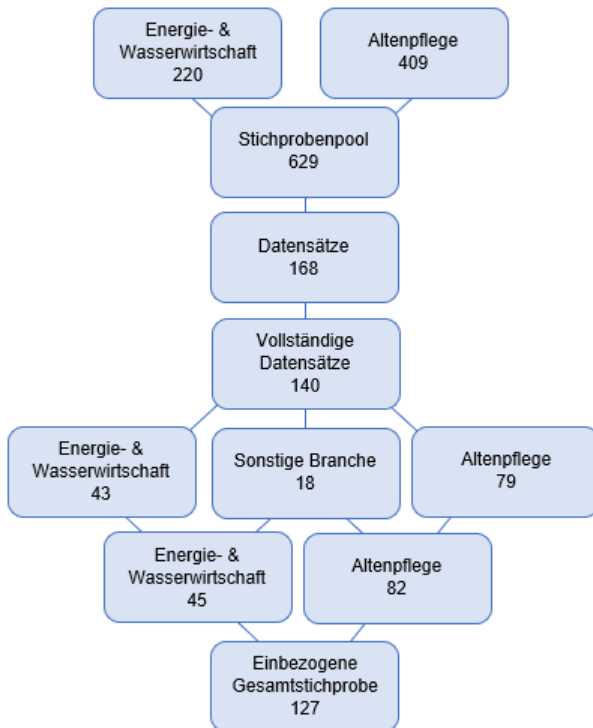


Abbildung 7: Stichprobenbeschreibung, eigene Darstellung

Ein Rücklauf von 169 Datensätzen wurde ermittelt, wobei insgesamt 140 Fragebögen vollständig ausgefüllt waren. Ausgehend von 140 Fragebögen entspricht dies einer Response von 22,3 Prozent. Von den 140 Teilnehmer*innen sind 79 in der Altenpflege tätig und 43 in der Branche Energie- und Wasserwirtschaft. 18 Teilnehmer*innen geben an, aus einer anderen Branche zu kommen. Fünf der Fragebögen, auf denen eine andere Branche angegeben wurde, können ebenfalls zu den Branchen Altenpflege sowie Energie- und Wasserwirtschaft gezählt werden. Die weiteren 13 Datensätze werden nicht verwendet. Die Einteilung von sonstigen Branchen kann Anhang V entnommen werden. Für die Branche Altenpflege ergibt sich eine Response von 20,0 Prozent und für die Branche Energie- und Wasserwirtschaft von 20,5 Prozent. Insgesamt ergibt sich für die Berechnung eine Stichprobe von $n=127$ Teilnehmer*innen. Die Einteilung der Gesamtstichprobe ($n=127$) in die jeweiligen Branchen ist in Abbildung 8 dargestellt. 64,6 Prozent ($n=82$) der Teilnehmer*innen sind in einem Unternehmen der Branche Altenpflege tätig und 35,4 Prozent ($n=45$) in der Branche Energie- und Wasserwirtschaft.

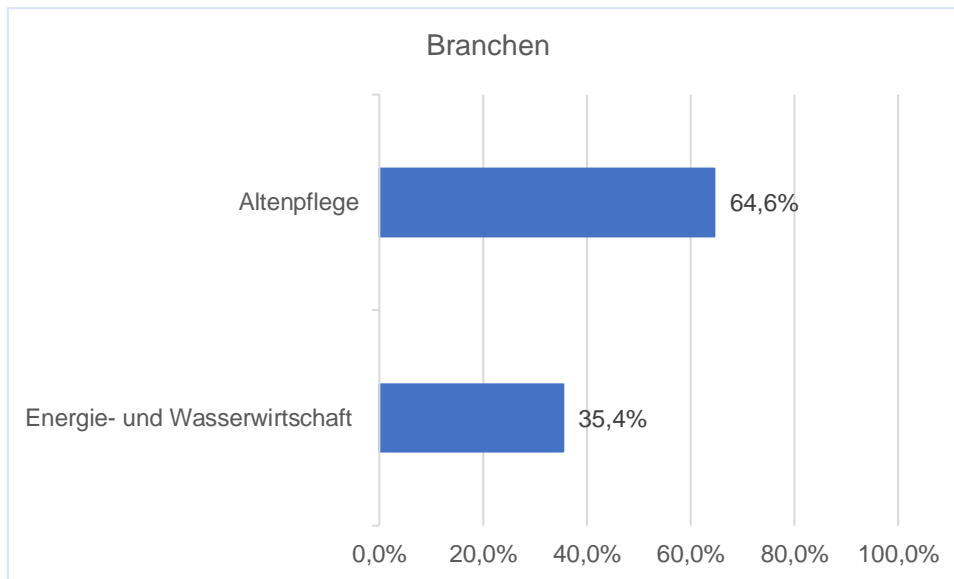


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung Branchen, eigene Darstellung

Die Befragten wurden außerdem nach ihrer Funktion im Unternehmen gefragt. 33,9 Prozent (n=43) gaben an, zu der Einrichtungsleitung zu gehören und 22,8 Prozent (n=29) der Teilnehmer*innen sind in der Geschäftsführung tätig. 17,3 Prozent (n=22) der Befragten sind die Verantwortlichen für das BGM im Unternehmen und 11,8 Prozent (n=15) sind in der Personalleitung beschäftigt. 13,4 Prozent (n=17) gaben eine sonstige Funktion an, in einem Fragebogen fehlte die Angabe zur Funktion im Unternehmen.

Die Angaben zu sonstigen Funktionen wurden in Anhang VI ausgewertet. Es zeigte sich, dass 5 Teilnehmer*innen sich einer Position in der Abteilung Personal zuordnen lassen.

5.2 Univariate Analysen

Neben der Branchenzugehörigkeit wurden weitere Unternehmensstrukturen abgefragt. Wird die Unternehmensgröße betrachtet, so haben vor allem größere Unternehmen an der Umfrage teilgenommen. 1,6 Prozent (n=2) der Unternehmen haben bis zu 10 Mitarbeiter*innen und 11 Prozent (n=14) zwischen 11 und 49 Mitarbeiter*innen. Wie Abbildung 9 zu entnehmen ist, beschäftigen 57,5 Prozent (n=73) der Unternehmen, zwischen 50 und 249 Mitarbeiter*innen und 29,9 Prozent (n=38) der Unternehmen mehr als 250 Mitarbeiter*innen.

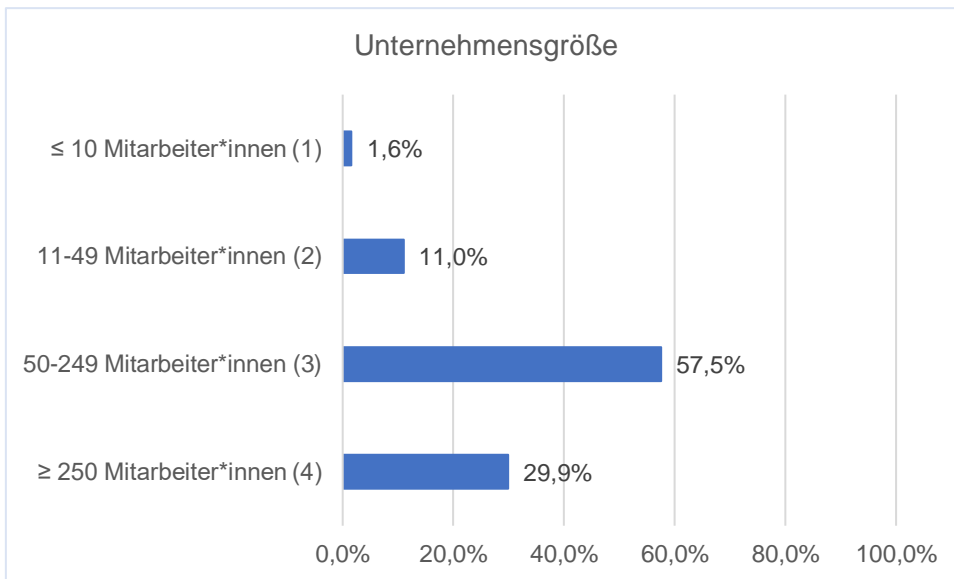


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung Unternehmensgröße, eigene Darstellung

Der Modus (x_{mo}) und Median (\tilde{x}) der Unternehmensgröße beträgt 3. Das bedeutet, dass Befragte am häufigsten angeben, in einem mittelgroßen Unternehmen beschäftigt zu sein, indem 50-249 Mitarbeiter*innen arbeiten.

Die befragten Unternehmen sind mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Wie Abbildung 10 zu entnehmen ist, stellt vor allem der Fachkräftemangel in 85,0 Prozent ($n=108$) und die alternde Belegschaft in 74,8 Prozent ($n=95$) der Unternehmen eine Herausforderung dar. Des Weiteren sind der erhöhte Krankenstand in 61,4 Prozent ($n=78$) und die Mitarbeiter*innenfluktuation in 28,3 Prozent ($n=36$) der Unternehmen Herausforderungen. Keine zu bewältigenden Herausforderungen sehen 2,4 Prozent ($n=3$) der befragten Unternehmen.

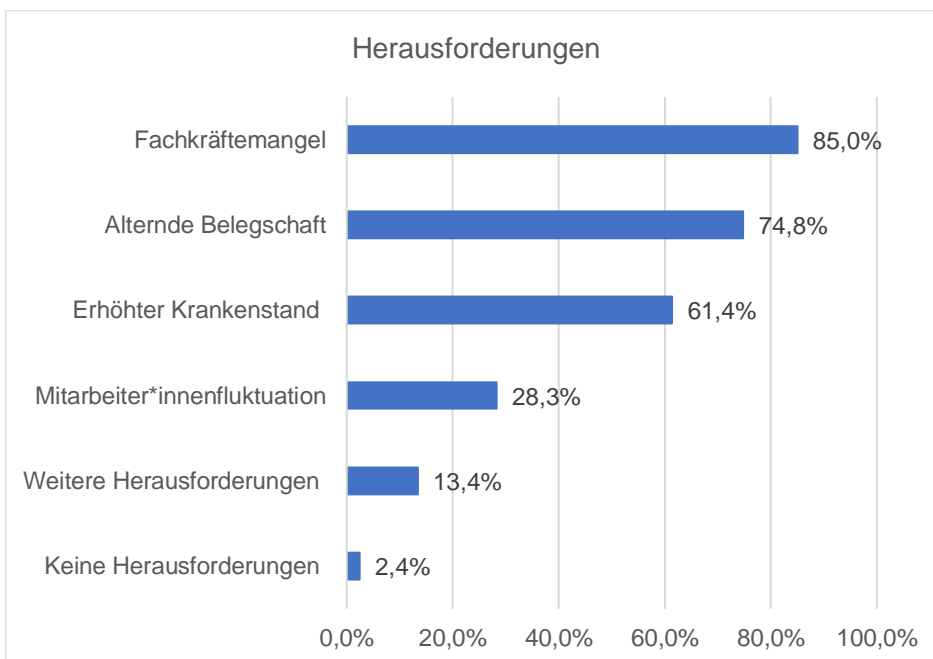


Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung Herausforderungen, eigene Darstellung

13,4 Prozent (n=17) der Unternehmen gaben weitere Herausforderungen an. In Anhang VI kann die Auswertung der weiteren Herausforderungen entnommen werden. Es zeigt sich, dass Bewerber*innen-/ Personalmangel (n=4) eine weitere Herausforderung für Unternehmen darstellt. Aber auch Erkrankungen der Mitarbeiter*innen (n=3) und die Digitalisierung (n=3) sind Herausforderungen in Unternehmen.

Neben den Herausforderungen im Unternehmen sollten Teilnehmer*innen auch die Ressourcen für das BGM im Unternehmen nennen.

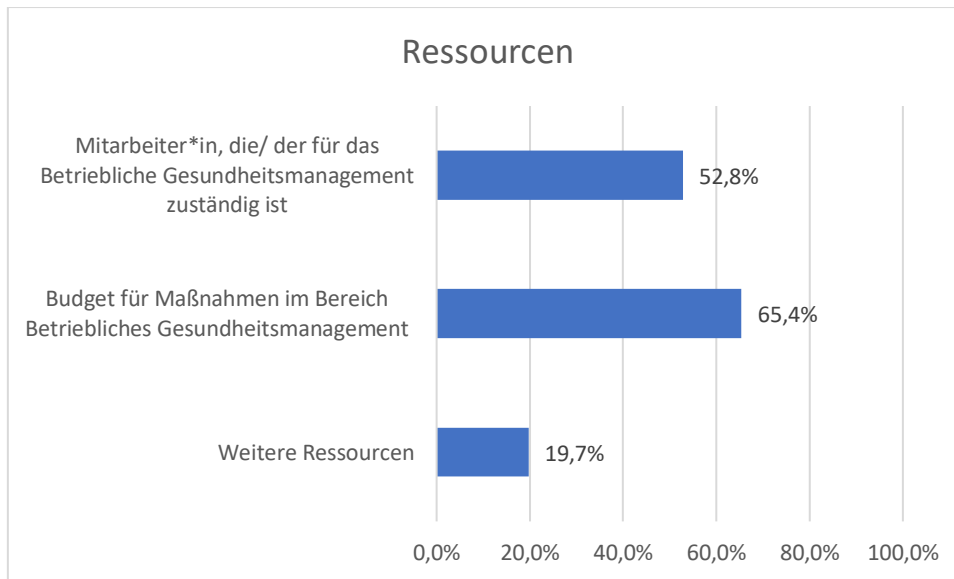


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung Ressourcen, eigene Darstellung

Abbildung 11 zeigt, dass 52,8 Prozent (n=67) der Unternehmen mindestens eine*n Mitarbeiter*in haben, die/ der für das BGM zuständig ist. Finanzielle Ressourcen im Sinne von Budget für BGM-Maßnahmen haben 65,4 Prozent (n=83) der Betriebe. Weitere Ressourcen geben 19,7 Prozent (n=25) der Befragten an. Die Ergebnisse der weiteren Ressourcen zeigen, dass manchen Unternehmen keine Ressourcen (n=7) zur Verfügung stehen oder kein Budget (n=2) vorhanden ist. Ebenfalls geben Teilnehmer*innen (n=7) an, dass im Unternehmen Mitarbeiter*innen vorhanden sind, die sich um die Aufgaben des BGMs kümmern, dies aber nicht ihre primäre Aufgabe im Unternehmen ist. Als weitere Ressourcen werden Finanzierungsquellen (n=3) und externe Partner*innen (n=3) angegeben. Anhang VI zeigt die Auswertung der weiteren Ressourcen in Unternehmen.

Um das BGM in den Betrieben und die angebotenen Maßnahmen näher zu betrachten, wurden verschiedene Maßnahmen abgefragt. Wie Abbildung 11 darstellt, führen 93,7 Prozent (n=119) der Unternehmen Gefährdungsbeurteilungen durch. Persönliche Schutzausrüstung stellen 85,8 Prozent (n=109) der Unternehmen zur Verfügung und 80,3 Prozent (n=102) führen Maßnahmen zur Gestaltung eines ergonomischen Arbeitsplatzes

durch. Im Bereich der Verhältnisprävention werden von 55,1 Prozent (n=70) der Unternehmen Sport- und Bewegungskurse, von 37,0 Prozent (n=47) der Unternehmen Entspannungskurse angeboten. Auf der Verhaltensebene werden von 59,1 Prozent (n=75) der Unternehmen Führungskräftebildungen, z.B. zur gesunden Führung, durchgeführt. 54,3 Prozent (n=69) der Unternehmen bieten Schulungen zum Thema Stress an und 48,8 Prozent (n=62) zum Thema Bewegung. Schulungen zum Thema gesunde Ernährung werden in 39,4 Prozent (n=50) der Unternehmen durchgeführt. Zum Thema Suchtmittelkonsum bieten 22,8 Prozent (n=29) der Unternehmen Schulungen für Mitarbeiter*innen an.

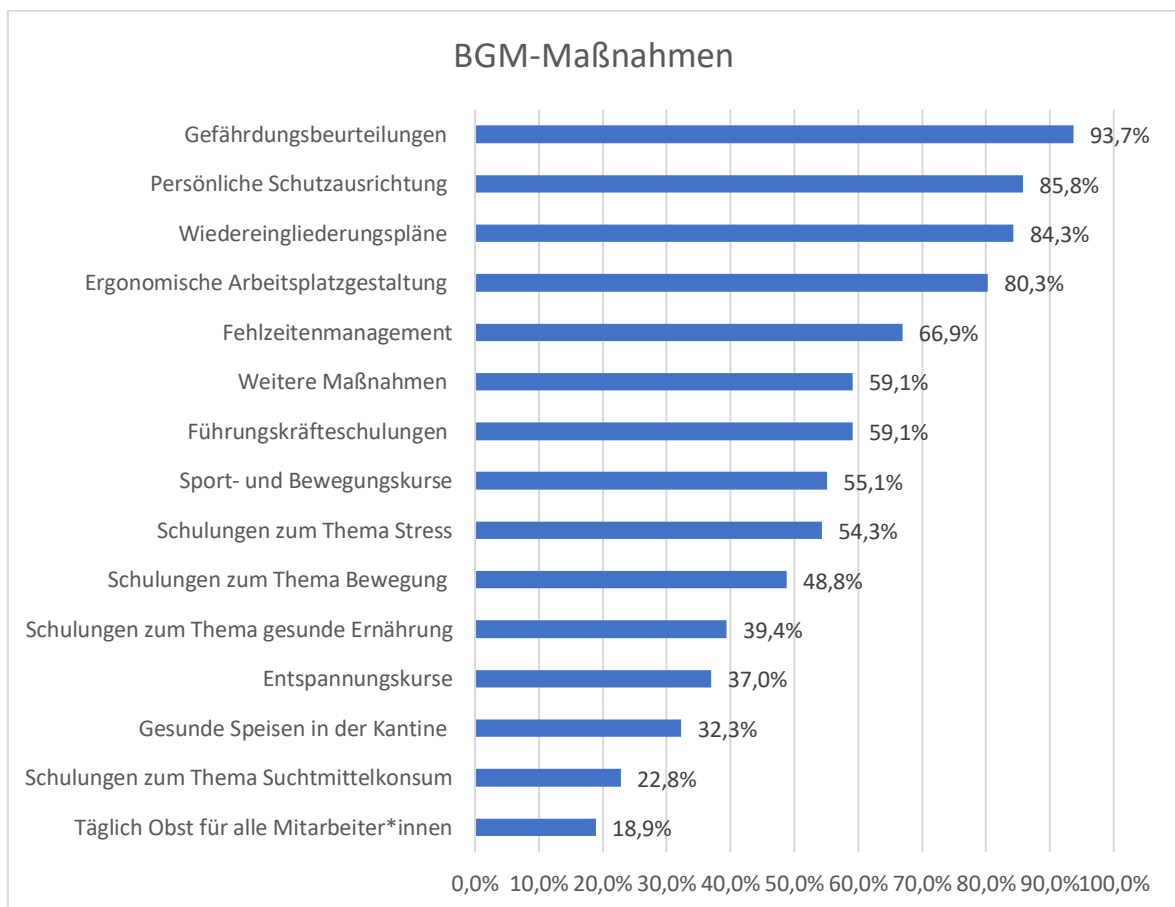


Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung BGM-Maßnahmen, eigene Darstellung

59,1 Prozent (n=75) der Teilnehmer*innen geben an, weitere Maßnahmen durchzuführen. Die Auswertung von diesen weiteren Maßnahmen ist Anhang VI zu entnehmen. Es lässt sich feststellen, dass der Fokus bei weiteren Maßnahmen vor allem auf dem Angebot und der Bezuschussung von Sportprogrammen oder -einrichtungen liegt (n=18). Des Weiteren bieten Unternehmen Gesundheitstage (n=11) und Massagen oder deren Vergünstigung (n=10) an. Weiterhin werden von den Teilnehmer*innen Beratungs- und Coachingangebote (n=9), Maßnahmen im Bereich der Arbeitszeitmodelle oder der Dienstpläne (n=8) und Vorsorge und Impfungen (n=7) genannt. Neben der Zusammenarbeit mit externen Part-

ner*innen (n=5) werden auch Maßnahmen im Bereich der Arbeitsplatzgestaltung (n=5) und Maßnahmen zum BEM (n=4) genannt. Bei den Angaben zu BEM-Maßnahmen nennen die Teilnehmer*innen allerdings keine konkreten Maßnahmen, sondern lediglich deren Vorhandensein.

Um die Anzahl an BGM-Maßnahmen zu bestimmen, sollte die Summe aus den angegebenen Maßnahmen der Fragen 1-3 und der Variable weitere Maßnahmen gebildet werden. Unter weiteren Maßnahmen haben die Teilnehmer*innen allerdings nicht alle Maßnahmen im Unternehmen genannt. Es wurden Beispiele an weiteren Maßnahmen genannt oder auch Kooperationspartner*innen und Analysen im Bereich BGM. Deshalb konnte aus den Antworten der Variable weitere Maßnahmen im Bereich BGM keine Anzahl an Maßnahmen generiert werden. Die Bildung der neuen Variable Anzahl an BGM-Maßnahmen ergibt sich deshalb aus der Summe der angegebenen Maßnahmen der Fragen 1-3. Die Fragen 1-3 geben dabei die Möglichkeit, aus 14 BGM-Maßnahmen zu wählen. Die neu gebildete Variable Anzahl an BGM-Maßnahmen weist ein metrisches Datenniveau auf. Das Minimum bildet 0 Maßnahmen und der Maximalwert an Maßnahmen ist 14. Der Mittelwert (\bar{x}) beträgt 7,8 Maßnahmen und weist eine Standardabweichung (SD) von 3,1 auf. Der Median (\tilde{x}) liegt bei 8 Maßnahmen und der Modus (x_{mo}) bei 7 Maßnahmen. Das 25. Perzentil beträgt 5 Maßnahmen, das 50. Perzentil 8 Maßnahmen und das 75. Perzentil 10 BGM-Maßnahmen im Unternehmen. Der Shapiro-Wilk-Test weist eine Signifikanz von $p < 0,05$ auf. Das bedeutet, dass die Daten nicht normalverteilt sind. Nach dem zentralen Grenzwertsatz kann ab einer Stichprobengröße von ≥ 30 eine Normalverteilung angenommen werden (Gehring und Weins 2009, S. 248f.). Aufgrund des Stichprobenumfangs (n=127) wird für die weitere Berechnung die Normalverteilung der Variable Anzahl an BGM-Maßnahmen angenommen.

Es wird eine weitere neue dichotome Variable gebildet: Durchführung Verhaltensmaßnahmen. Diese gibt die Information, ob ein Unternehmen bereits mindestens eine Verhaltensmaßnahme anbietet. 75,6 Prozent (n=96) der Unternehmen führen mindestens eine der angegebenen Verhaltensmaßnahmen durch, während 24,4 Prozent (n=31) der Unternehmen keine Maßnahme auf Verhaltensebene anbieten.

Für die Berechnung der Intention von Unternehmen das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen zu fördern, wurden die Prädiktoren Verwundbarkeit, Schweregrad, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit anhand einer fünfstufigen Likert-Skala gemessen. Zur Bestimmung der internen Konsistenz wird Cronbachs Alpha berechnet. Unter Einbeziehung der vier Items ergibt sich ein Cronbachs Alpha von 0,78. Dieses wird

als akzeptabel eingestuft und die Skala zur Intention ist reliabel. Tabelle 11 zeigt die jeweiligen ermittelten Werte für die Prädiktoren.

Tabelle 11: Ergebnisse Prädiktoren, eigene Darstellung

		Verwundbarkeit	Schweregrad	Handlungsergebniserwartung	Selbstwirksamkeit
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5
Modus		4	4	3	3
Median		3	4	4	3
Mittelwert (SD)		3,41 (0,99)	3,72 (0,94)	3,60 (0,92)	3,37 (0,91)
Perzentile	25	3	3	3	3
	50	3	4	4	3
	75	4	4	4	4

Die Variable Risikowahrnehmung wird aus dem Mittelwert der Variablen Verwundbarkeit und Schweregrad neu gebildet, da sie im Fragebogen nicht direkt abgefragt wurde. Die Intention für Unternehmen wird anschließend aus dem Mittelwert der Prädiktoren Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit errechnet. Wie Tabelle 12 zeigt, beträgt der Mittelwert (\bar{x}) der Intention von Unternehmen 3,5. Der Modus (x_{mo}) liegt bei 3 und der Median (\tilde{x}) bei 3,5. Das 25 Perzentil liegt bei 3, das 50 Perzentil beträgt 3,5 und das 75 Perzentil 4. Der Shapiro-Wilk-Test ergibt eine Signifikanz von $p > 0,05$, somit wird eine Normalverteilung für die Variable Intention angenommen.

Tabelle 12: Ergebnisse Intention, eigene Darstellung

		Intention
Minimum		1
Maximum		5
Modus		3
Median		3,5
Mittelwert (SD)		3,51 (0,74)
Perzentile	25	3
	50	3,5
	75	4

Die Intention der Unternehmen wird anschließend in Intensionsstärken eingeteilt. Dafür wird die neue Variable Intensionsstärke gebildet. Die Einteilung in die entsprechenden Gruppen wurde unter Kapitel 4.4 Datenanalyse in Tabelle 8 dargestellt. Die Ergebnisse zur Intensionsstärke kann Abbildung 13 entnommen werden. Es zeigt sich, dass 10,2 Prozent ($n=13$) der befragten Unternehmen eine geringe Intention aufweisen, das Gesund-

heitsverhalten der Mitarbeiter*innen zu fördern. 61,4 Prozent (n=78) der Unternehmen haben eine mittelstarke Intention und 28,3 Prozent (n=36) weisen eine hohe Intention auf.

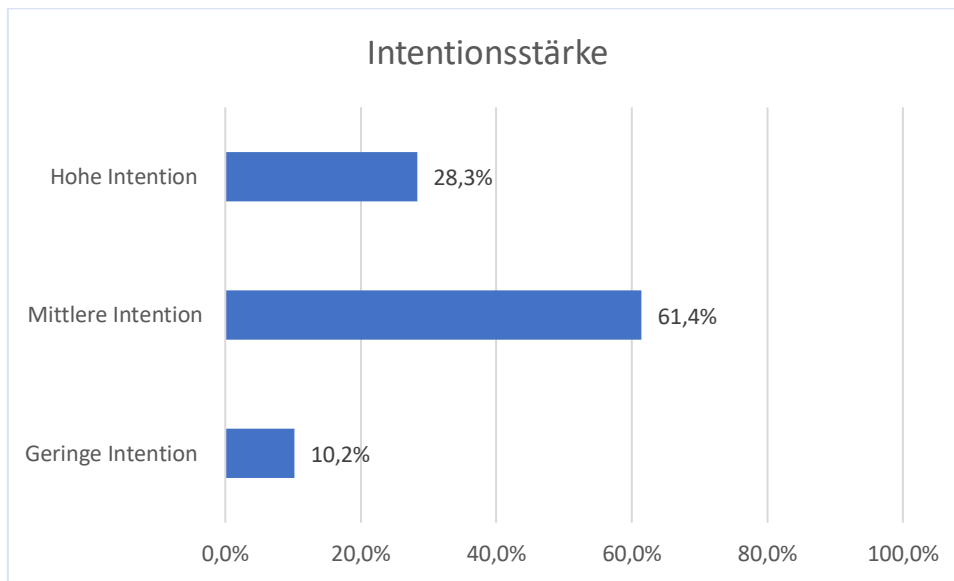


Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung Intentionsstärke, eigene Darstellung

5.3 Bivariate Analysen

Zur Prüfung der Zusammenhänge zwischen der Intention und den jeweiligen Unternehmensstrukturen werden abhängig vom Skalenniveau der Variablen verschiedene Korrelationen berechnet (s. Kapitel 4.4 Datenanalyse Tabelle 9). Für die Berechnung zwischen der Intention und der Anzahl an BGM-Maßnahmen wird eine Pearson-Korrelation durchgeführt. Die Voraussetzungen, dass die Variablen metrisch und normalverteilt sind sowie einen linearen Zusammenhang aufweisen, gelten als erfüllt. Für die Testung des Zusammenhangs zwischen der Intention und der Unternehmensgröße wird die Korrelation nach Spearman berechnet, da ein ordinales Datenniveau der Variable Unternehmensgröße vorliegt. Zur Berechnung des Zusammenhangs zwischen der Intention und weiteren Unternehmensstrukturen (Durchführung Verhaltensmaßnahmen, vorhandenes BGM, personelle Ressourcen, finanzielle Ressourcen, erhöhter Krankenstand, alternde Belegschaft, Fachkräftemangel, Mitarbeiter*innenfluktuation, Branche des Unternehmens) wurden punkt-biseriale Korrelationen berechnet. Tabelle 13 sind die Korrelationen, die Effektstärken zwischen den angegebenen Variablen und die jeweiligen Signifikanzen zu entnehmen.

Tabelle 13: Ergebnisse Zusammenhangsmaße, eigene Darstellung

	Intention
Anzahl an BGM-Maßnahmen	r=0,243 p<0,05
Durchführung Verhaltensmaßnahmen	r=0,326 p<0,01
Vorhandenes BGM	r=-0,009 p>0,05
Personelle Ressourcen	r=-0,113 p>0,05
Finanzielle Ressourcen	r=0,111 p>0,05
Erhöhter Krankenstand	r=0,124 p>0,05
Fachkräftemangel	r=0,011 p>0,05
Mitarbeiter*innenfluktuation	r=-0,029 p>0,05
Alternde Belegschaft	r=0,200 p<0,05
Unternehmensgröße	rho=0,169 p>0,05
Branche des Unternehmens	r=0,034 p>0,05
r=Pearson-Korrelation, rho=Spearman-Korrelation, p=Signifikanz	

Der Zusammenhang zwischen der Intention und der Anzahl an BGM-Maßnahmen ist mittelstark und nicht zufällig. Die H1-Hypothese kann somit bestätigt werden. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und der Anzahl an angebotenen BGM-Maßnahmen im Unternehmen.

Die Variablen Intention und Durchführung Verhaltensmaßnahmen weisen einen mittelstarken und nicht zufälligen Zusammenhang auf. Das bedeutet, dass die H2-Hypothese angenommen wird: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und dem bereits vorhandenen Angebot an Verhaltensmaßnahmen im Unternehmen. Zwischen der Intention und dem vorhandenen BGM konnte kein Zusammenhang ermittelt werden, dieses Ergebnis ist zufällig. Die H3-Hypothese wird abgelehnt und die entsprechende H0-Hypothese angenommen. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und dem Vorhandensein eines BGMs im Unternehmen.

Die Variablen Intention und personelle Ressourcen sowie Intention und finanzielle Ressourcen weisen einen schwachen Zusammenhang auf, der zufällig ist. Folglich besteht kein Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und den Ressourcen für das BGM im Unternehmen, die H4-Hypothese wird abgelehnt.

Für die Variablen Intention und erhöhter Krankenstand, Intention und Fachkräftemangel sowie Intention und Mitarbeiter*innenfluktuation konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Lediglich für die Intention und die alternde Belegschaft konnte ein schwacher, nicht zufälliger Zusammenhang ermittelt werden. Die H5-Hypothese kann nur in Bezug auf die Herausforderung alternde Belegschaft angenommen werden. Das bedeutet, es gibt einen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und der Herausforderung der alternden Belegschaft im Unternehmen.

Die Variablen Intention und Unternehmensgröße weisen einen schwachen Zusammenhang auf, der zufällig ist. Die H6-Hypothese wird somit verworfen. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und der Unternehmensgröße.

Ebenfalls kein Zusammenhang konnte zwischen Intention und Branche des Unternehmens ermittelt werden, wobei dieses Ergebnis zufällig ist. Die H7-Hypothese wird abgelehnt. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Intention von Unternehmen und der Branche des Unternehmens.

Insgesamt ergeben sich aus der Korrelationsanalyse keine bis mittelstarke Zusammenhänge. Starke oder sehr starke Zusammenhänge konnten nicht festgestellt werden. Des Weiteren liegt nicht für alle Berechnungen eine Signifikanz vor. Schwache bis mittelstarke und statistisch signifikante Zusammenhänge wurden zwischen der Intention und der Anzahl an BGM-Maßnahmen, der Intention und der Durchführung von Verhaltensmaßnahmen sowie zwischen der Intention und der alternden Belegschaft errechnet.

6 Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es gewesen, die Intention von Unternehmen, das Gesundheitsverhalten von Mitarbeiter*innen zur Produktivitätssteigerung zu fördern, zu erfassen sowie den Zusammenhang zwischen dieser Intention und den Unternehmensstrukturen zu berechnen.

Die durchgeführte Studie zeigt, dass Unternehmen mit verschiedenen Herausforderungen, wie z.B. Fachkräftemangel (85,0 Prozent), alternde Belegschaft (74,8 Prozent) und erhöhter Krankenstand (61,4 Prozent) konfrontiert werden. Diese Herausforderungen decken sich mit denen in der Literatur beschriebenen Herausforderungen (Beckmann et al.

2016, S. 43; Sayed und Kubalski 2016, S. 1f.). Wie in der Literatur beschrieben (Lüerßen et al. 2015, S. 7f.), zeigt sich in der Studie ebenfalls, dass Unternehmen vor allem Maßnahmen im Bereich des Arbeitsschutzes, z.B. Gefährdungsbeurteilungen (93,7 Prozent) sowie der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung (80,3 Prozent) durchführen. Aber auch die BGF ist für Unternehmen bedeutend. Wie auch Lüerßen et al. beschreiben, bieten Unternehmen Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter*innen vor allem in Form von Schulungen der Führungskräfte und Seminare zum Thema Stress an (Lüerßen et al. 2015, S. 7f.). Auch die Ergebnisse dieser Querschnittsstudie bestätigen dies.

Die Intention von Unternehmen das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen zu fördern, ist bei 28,3 Prozent der Befragten hoch und 61,4 Prozent weisen eine mittelstarke Intention auf. Dass 89,7 Prozent der Unternehmen eine mittelstarke bis hohe Intention haben, deutet darauf hin, dass Unternehmen die Intention haben, das Gesundheitsverhalten ihrer Mitarbeiter*innen zu fördern.

Bei der bivariaten Datenanalyse wurden Zusammenhänge zwischen der Intention von Unternehmen und den Unternehmensstrukturen geprüft. Es ergeben sich mittelstarke Zusammenhänge zwischen der Intention und der Anzahl an BGM-Maßnahmen sowie zwischen der Intention und der Durchführung von bereits vorhandenen Verhaltensmaßnahmen im Unternehmen. Ein schwacher Zusammenhang besteht zwischen der Intention und der Herausforderung der alternden Belegschaft im Unternehmen.

Für die Intention und weitere Unternehmensstrukturen (vorhandenes BGM, personelle Ressourcen, finanzielle Ressourcen, erhöhter Krankenstand, Fachkräftemangel, Mitarbeiter*innenfluktuation, Unternehmensgröße, Branche des Unternehmens) konnte kein Zusammenhang festgestellt werden.

Des Weiteren wurde gezeigt, dass die Skala zur Erfassung der Intention durch die Prädiktoren Verwundbarkeit, Schweregrad, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit als reliabel gilt (Cronbachs Alpha=0,78).

Nachfolgend werden die Methodendiskussion, die Limitationen und die Ergebnisdiskussion dargestellt.

6.1 Methodendiskussion

Die Befragung ergibt für manche Unternehmensstrukturen (Anzahl an BGM-Maßnahmen, Durchführung von Verhaltensmaßnahmen, alternde Belegschaft) einen Zusammenhang mit der Intention eines Unternehmens. Die Zusammenhänge sind schwach bis mittelstark. Die weiteren Unternehmensstrukturen zeigen nicht das erwartete Ergebnis auf. Es konnte

kein Zusammenhang zwischen der Intention des Unternehmens und den weiteren Unternehmensstrukturen ermittelt werden.

Zu diskutieren ist, ob die gewählten Unternehmensstrukturen für die Berechnung von Zusammenhängen sinnvoll sind. Demnach sollten weitere, andere Unternehmensstrukturen erhoben und auf einen Zusammenhang mit der Intention des Unternehmens untersucht werden. Beispielsweise wurde erhoben, ob Budget für Maßnahmen vorhanden ist, aber nicht wie viel Budget zur Verfügung steht. Da diese Querschnittsstudie aus Sicht der Unternehmen durch eine externe Person durchgeführt wurde, galt das Thema Finanzierung und Budget als tabuisiert und wurde nicht durch eine genaue Zahl erfragt. In einer weiteren Erhebung könnte die Höhe des Budgets durch gruppierte Antwortmöglichkeiten abgefragt werden, wobei hier mit Verweigerungen der Antwort zu rechnen ist.

Der Einfluss unterschiedlicher Unternehmensstrukturen untereinander sollte betrachtet werden. Beispielsweise wurde in weiteren Studien (#whatsnext-Gesund arbeiten in der digitalen Arbeitswelt) bereits ein Zusammenhang zwischen der Organisationsgröße und dem BGM-Budget festgestellt oder auch zwischen dem BGM-Budget und den personellen Ressourcen (Straub et al. 2017, S. 16f.).

Des Weiteren könnte bei einer weiteren Erhebung ein multivariates Analyseverfahren eingesetzt werden, um die Zusammenhänge zwischen einer abhängigen Variable und mehreren unabhängigen Variablen zu erklären. Mit Hilfe eines adjustierten Modells können Einflussfaktoren, wie Unternehmensstrukturen auf die Intention eines Unternehmens bestimmt werden.

6.2 Limitationen

Da die Erhebung online durchgeführt wurde, konnten manche Bedingungen nicht kontrolliert werden. Es konnte nicht sichergestellt werden, dass die Zielgruppe wirklich erreicht wurde und dass innerhalb eines Unternehmens lediglich eine Person teilgenommen hat. Die Erreichung von Expert*innen im Unternehmen sollte durch die Angabe der Funktion im Unternehmen (Frage 14) kontrolliert werden. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass Teilnehmer*innen die Fragen als unverständlich empfanden und somit bewusst oder unbewusst falsche Antworten gaben. Da je Unternehmen eine Person an der Befragung teilnehmen sollte, sind die Ergebnisse sehr subjektiv. Andere Mitarbeiter*innen im Unternehmen hätten den Fragebogen anders beantworten können. Für weitere Untersuchungen wird empfohlen, mehrere Expert*innen im Unternehmen zu befragen.

Die Stichprobe beschränkt sich auf die Branche Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft. Eine Befragung in anderen Branchen könnte zu anderen Ergebnissen führen.

Außerdem wurden nur Unternehmen kontaktiert, die einer der Branchen angehören und für die Ansprechpartner*innen mit jeweiliger E-Mail-Adresse recherchiert werden konnten. Diese zwei Bedingungen grenzten die Stichprobe ein. Es ergab sich eine relativ kleine Datenmenge von 127 vollständigen Fragebögen. Die Ergebnisse sind somit nicht repräsentativ und können nicht auf die gesamte Branche übertragen werden.

Der Fragebogen wurde selbstständig entwickelt und sollte deswegen auf Verständlichkeit geprüft werden. Zwar wurde mit Hilfe eines quantitativen Pretests eine erste Prüfung vollzogen, für den weiteren Einsatz des Fragebogens sollte aber ein mehrstufiger Pretest und somit eine erneute Prüfung auf Verständlichkeit erfolgen (Döring und Bortz 2016a, S. 410f.). Aufgrund der selbstständigen Entwicklung des Fragebogens lassen sich die Ergebnisse nicht mit vorherigen Untersuchungen vergleichen.

Gezeigt werden konnte, dass die Skala zur Messung der Intention sowohl im Pretest als auch in der Erhebung reliabel ist. Das HAPA-Modell kann somit auf organisationaler Ebene verwendet werden. In weiteren Befragungen sollte die Skala durch mehrere Items erweitert und geprüft werden. Möglich ist, dass sich durch weitere oder anders formulierte Items die Reliabilität der Skala steigern lässt. Um Gersicks Annahme (1991), dass Veränderungsprozesse sich auf verschiedenen Ebenen ähneln, zu bestätigen, bedarf es Längsschnittstudien. Diese sollten den gesamten Veränderungsprozess in Unternehmen, von der Intentionsbildung bis zur dauerhaften Durchführung von Verhaltensmaßnahmen im Bereich BGF in Unternehmen, verfolgen.

In Bezug auf die Prädiktoren der Intention ist davon ausgegangen worden, dass alle Prädiktoren denselben Einfluss auf die Intention haben. Es wurde nicht beachtet, ob Prädiktoren einen höheren oder niedrigen Einfluss auf die Intention haben. Diese getroffene Annahme sollte in weiteren Erhebungen berücksichtigt und untersucht werden.

Zur Diskussion stehen außerdem die erhobenen BGM-Maßnahmen. Den Teilnehmer*innen standen lediglich Auswahlmöglichkeiten an Maßnahmen zur Verfügung. Die Anzahl an Maßnahmen wurde anhand der Antwortmöglichkeiten errechnet. Führt ein Unternehmen andere Maßnahmen durch, so wurde dies nicht berücksichtigt. Das bedeutet, dass die errechnete Anzahl der BGM-Maßnahmen nicht zwingend die Realität in Betrieben abbildet.

Bei einer Überarbeitung des Fragebogens sollte für die Fragestellung 6 die Antwortmöglichkeit „keine Ressourcen vorhanden“ ergänzt werden. Die qualitative Auswertung (Anhang VI) zeigt, dass diese Antwortoption im Fragebogen fehlte.

Durch die erhobenen Variablen dieser Querschnittsstudie konnten Korrelationen berechnet werden. Diese können aber keine Ursache-Wirkungs-Beziehung aufzeigen. Aussagen über die Kausalität können bei diesem Studiendesign nicht getroffen werden. Um kausale Zusammenhänge aufzuzeigen, bedarf es weiterer Studien (Döring und Bortz 2016c, S. 54; Benninghaus 2007, S. 13).

6.3 Ergebnisdiskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Response in der Altenpflege und der Energie- und Wasserwirtschaft in der Umfrage jeweils bei ungefähr 20 Prozent lag und somit höher ist als erwartet. Daraus kann geschlossen werden, dass die Bereitschaft, an Erhebungen teilzunehmen, in beiden Branchen gleich hoch ist.

Die Berechnung der Intention durch die Prädiktoren Verwundbarkeit, Schweregrad, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit ergibt einen Mittelwert (\bar{x}) von 3,51. Die Angaben der Prädiktoren erfolgten jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Demnach liegen die Antworten sehr mittig auf der Skala und die Teilnehmer*innen stimmen den Aussagen teilweise zu. Die Einstufung der Aussagen in den mittleren Bereich einer Skala wird auch Tendenz zur Mitte genannt. Mögliche Ursachen für diesen Effekt sind, dass die Teilnehmer*innen wenig über die zu beurteilenden Aussagen wissen oder sich nicht näher mit den Aussagen befassen möchten. Vermieden werden könnte dies durch eine detaillierte Abstufung der Skala oder durch eine Skala mit einer geraden Anzahl an Abstufungen (z.B. vierstufige Likert-Skala) (Döring und Bortz 2016b, S. 253f.). Die Tendenz zur Mitte wird auch durch die Einteilung in Intensionsstärken sichtbar. 61,4 Prozent der teilnehmenden Unternehmen weisen eine mittelstarke Intention auf, wobei hier die Einteilung in die Intensionsstärken kritisch betrachtet werden sollte. Für eine detailliertere Betrachtung der Intensionsstärke sollten mehrere Abstufungen eingeführt werden.

Die Ergebnisse der Unternehmensgröße zeigen, dass vor allem Unternehmen über 49 Mitarbeiter*innen erreicht wurden. Dies kann auf die Auswahl der Stichprobe zurückzuführen sein. Anhand von Verzeichnissen im Internet wurden Ansprechpartner*innen in den jeweiligen Unternehmen der Branche ermittelt. Demnach könnten kleinere Unternehmen nicht erreicht worden sein, da diese nicht in den Verzeichnissen aufgeführt sind oder sie keine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme haben.

Die Erfragung von durchgeführten BGM-Maßnahmen im Unternehmen zeigt eine große Vielfalt auf. Anhand des halboffenen Antwortformats konnten Teilnehmer*innen neben den zur Verfügung gestellten Antwortmöglichkeiten auch weitere Maßnahmen, die bislang nicht abgefragt wurden, ergänzen. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Bezuschus-

sung von Sportprogrammen sowie die Mitgliedschaft in Sportstudios weitere Maßnahmen bilden. Aber auch der Gesundheitstag und das Angebot von Massagen und deren Vergünstigung stellen Maßnahmen in Unternehmen dar. Es empfiehlt sich, für diese Maßnahmen Antwortmöglichkeiten in Form eines geschlossenen Antwortformats im Fragebogen zur Verfügung zu stellen.

Die Bildung der Variable Anzahl an BGM-Maßnahmen wurde bereits kritisch beleuchtet (s. Kapitel 6.2 Limitationen). Die ermittelte Standardabweichung für die Variable Anzahl an BGM-Maßnahmen $SD=3,1$ bei einem Mittelwert (\bar{x}) von 7,8 ist sehr hoch. Das deutet auf eine große Streuung der Werte hin, weshalb auch die Annahme, dass es sich nach dem zentralen Grenzwertsatz um eine normalverteilte Variable handelt, kritisch zu sehen ist. Aufgrund der Limitationen und der Ergebnisse der Variable Anzahl an BGM-Maßnahmen ist auch der signifikante Zusammenhang mit der Intention kritisch zu bewerten.

Die Bildung der Intention wird im HAPA-Modell zu der motivationalen Phase gezählt. Erst nach Abschluss der Intentionsbildung und mit der Planung zur Umsetzung des Verhaltens wird die nächste Phase, die volitionale Phase erreicht. Aber eine Intentionsbildung bedeutet nicht, dass eine Umsetzung stattfindet und das Verhalten durchgeführt wird. Das Vorhandensein einer Intention und die daraus fehlende Verhaltensänderung wird als Intentions-Verhaltens-Lücke bezeichnet (Knoll et al. 2013, S. 45f.; Schlicht und Zinsmeister 2015, S. 73). Demnach bedeutet die Intention von Unternehmen nicht zwangsläufig, dass das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen gefördert wird und entsprechende Maßnahmen auch umgesetzt werden. Um zu untersuchen, ob die Intentions-Verhaltens-Lücke auch in Unternehmen auftritt, empfiehlt es sich, Langzeitstudien durchzuführen. Diese sollten nicht nur die Intention von Unternehmen bestimmen, sondern auch die Umsetzung des entsprechenden Verhaltens.

7 Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Förderung des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter*innen im Rahmen des BGMs wichtig ist. Riskantes Gesundheitsverhalten, wie z.B. Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung, kann die Entstehung verschiedener Krankheiten begünstigen. Für Unternehmen kann ein riskantes Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen mit Arbeitsunfähigkeit und Produktivitätsverlust einhergehen. Um die Gesundheit der Mitarbeiter*innen zu fördern und zu schützen, sollte in Unternehmen das BGM verankert werden.

Zur Förderung der Mitarbeiter*innengesundheit sind Maßnahmen im Bereich der BGF wichtig. Unternehmen fokussieren in diesem Bereich Maßnahmen zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung. Dies zeigen auch die Ergebnisse dieser Querschnittsstudie. Um ein nachhaltiges BGF zu schaffen, empfiehlt es sich, nicht nur an der Verhältnisprävention anzusetzen, sondern auch Maßnahmen auf der Verhaltensebene anzubieten. Mitarbeiter*innen müssen befähigt werden, Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten zu übernehmen. Dabei soll das Unternehmen sie unterstützen und entsprechende Maßnahmen anbieten.

Ziel dieser Arbeit war es, die Intention von Unternehmen, Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter*innen anzubieten, zu ermitteln. Diese Intention von Unternehmen wurde anhand des HAPA-Modells bestimmt. Die Ergebnisse der Querschnittsstudie zeigen, dass die meisten Unternehmen eine mittelstarke Intention aufweisen. Es empfiehlt sich daher, Unternehmen für das Thema Förderung des Gesundheitsverhaltens von Mitarbeiter*innen zu sensibilisieren.

Die bivariate Analyse zeigt Zusammenhänge zwischen der Intention und der Anzahl an BGM-Maßnahmen, zwischen der Intention und der Durchführung von bereits vorhandenen Verhaltensmaßnahmen sowie zwischen der Intention und der Herausforderung einer alternden Belegschaft im Unternehmen. Für weitere abgefragte Unternehmensstrukturen konnte kein Zusammenhang mit der Intention ermittelt werden.

Beachtet werden sollte, dass sich die Querschnittsstudie auf die Branchen Altenpflege und Energie- und Wasserwirtschaft beschränkt. Zwar konnte kein Zusammenhang zwischen der Intention und der Branche ermittelt werden, es empfiehlt sich aber, weitere Forschungen durchzuführen, die weitere Branchen und Unternehmensstrukturen sowie eine größere Stichprobe einbeziehen. Methodisch sollte berücksichtigt werden, dass die Skala zur Messung der Intention reliabel ist, die Antworten aber eine Tendenz zur Mitte zeigen. Eine Überarbeitung der Skala sollte in Betracht gezogen werden. Des Weiteren kann die vorliegende Studie keine Aussagen über kausale Zusammenhänge treffen, hierfür bedarf es weiterer Studien.

Literaturverzeichnis

Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2014): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 45–58.

Badura, Bernhard; Walter, Uta; Hehlmann, Thomas (2010): Die Vision der gesunden Organisation. In: Bernhard Badura, Uta Walter und Thomas Hehlmann (Hg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer, S. 31–40.

Barthelmes, Ina; Bödeker, Wolfgang; Sörensen, Jelena; Kleinlercher, Kai-Michael; Odoj, Jennifer (2019): iga.Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention.

Bechmann, Sebastian; Jäckle, Robert; Lück, Patricia; Herdegen, Regina (2011): iga-Report 20. Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). 2. aktualisierte Auflage.

Beckmann, Olaf.; Meschede, Miriam.; Zok, Klaus (2016): Unternehmenskultur und Gesundheit: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Erwerbstätigen. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hg.): Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Berlin, Heidelberg: Springer (2016), S. 43–69.

Benninghaus, Hans (2007): Deskriptive Statistik. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler. 11. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Berger, Hendrike; Nolten, Andreas (2019): Rahmenbedingungen des BGM: gesundheitspolitische und betriebswirtschaftliche Grundlagen. In: Eike-Christian Reinfelder, Ronny Jahn und Stephan Gingelmaier (Hg.): Supervision und psychische Gesundheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 29–60.

Bittner, Janina; Leufgen, Christian; Marxen, Lennart; Steinwender, Christian (2008): Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in der Praxis. Eine Online-Befragung von Betriebsräten deutscher Industriebetriebe, Trier.

BKK Dachverband e.V. (2017): Zahl des Monats Mai 2017.

Blättner, Beate; Waller, Heiko (2011): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage: Kohlhammer Verlag.

Brake, Anna; Weber, Susanne Maria (2009): Internetbasierte Befragung. In: Stefan Kühl, Petra Strodtholz und Andreas Taffertshofer (Hg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 413–434.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2019): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2017.

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Präventionsgesetz. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>, zuletzt geprüft am 07.01.2020.

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) (2014): "An Apple a Day..." - Gesundheitsförderung im Betrieb kommt an. Das DIHK-Unternehmensbarometer zur Gesundheitsvorsorge.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016a): Datenerhebung. In: Nicola Döring und Jürgen Bortz (Hg.): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl-Günther. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 321–578.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016b): Operationalisierung. In: Nicola Döring und Jürgen Bortz (Hg.): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl-Günther. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 221–290.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016c): Wissenschaftstheoretische Grundlagen der empirischen Sozialforschung. In: Nicola Döring und Jürgen Bortz (Hg.): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl-Günther. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 31–80.

Esslinger, Adelheid S. (2018): Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Robin Haring (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden: Springer, S. 1–9.

Europäische Kommission (2015): Benutzerleitfaden zur Definition von KMU.

Gehring, Uwe W.; Weins, Cornelia (2009): Grundkurs Statistik für Politologen und Soziologen. 5., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gersick, Connie J. G. (1991): Revolutionary change theories: A multilevel exploration of the punctuated equilibrium paradigm. In: *Academy of management review* 16 (1), S. 10–36.

Giesert, Marianne; Weßling, Adelheid (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben. Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.

GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI, S. 99–103.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (2019): Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement.

Jensen, Jørgen Dejgård (2011): Can worksite nutritional interventions improve productivity and firm profitability? A literature review. In: *Perspectives in public health* 131 (4), S. 184–192.

Karnowski, Veronika; Kümpel, Anna Sophie (2016): Diffusion of Innovations. In: Matthias Potthoff (Hg.): Schlüsselwerke der Medienwirkungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 97–108.

Klenke, Benjamin (2018): Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Katrin Keller und Franz Lorenz (Hg.): CSR im Gesundheitswesen. Dynamik im Spannungsfeld von individuellem und organisationalem Anspruch und deren Auswirkungen auf die Unternehmensstrategie. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler, S. 237–258.

Knoll, Nina; Scholz, Urte; Rieckmann, Nina (2013): Einführung Gesundheitspsychologie. Mit 5 Tabellen und 52 Fragen zum Lernstoff. 3. aktualisierte Auflage. München, Stuttgart: Reinhardt; UTB (5).

Leppin, Anja (2014): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 36–44.

Lück, Patricia; Eberle, Gudrun; Bonitz, Dieter (2009): Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus Sicht von Unternehmen. In: Bernhard Badura, Helmut Schröder und Christian Vetter (Hg.): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 77–84.

Lüerßen, Hartmut; Stickling, Erwin; Gundermann, Nils; Toska, Marko; Coppik, Robert; Denker, Philipp et al. (2015): BGM im Mittelstand 2015. Ziele, Instrumente und Erfolgsfaktoren für das Betriebliche Gesundheitsmanagement.

Luszczynska, Aleksandra; Schwarzer, Ralf (2003): Planning and Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Breast Self-Examination: A Longitudinal Study on Self-Regulatory Cognitions. In: *Psychology & Health* 18 (1), S. 93–108.

Luxemburger Deklaration (2007): Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.

Meyer, Markus; Maisuradze, Maia; Schenkel, Antje (2019): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2018 – Überblick. In: Bernhard Badura, Antje Ducki und Helmut Schröder (Hg.): Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung - gesundes Arbeiten ermöglichen, Bd. 55, S. 413–477.

Pelletier, Kenneth R. (2011): A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VIII 2008 to 2010. In: *Journal of occupational and environmental medicine* 53 (11), S. 1310–1331.

Pieck, Nadine; Polenz, Wolf; Sochert, Reinhold (2016): Neues zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb. In: *Präv Gesundheitsf* 11 (4), S. 271–281.

Pieper, Claudia; Schröer, Sarah; Haupt, Jessy; Kramer, Ina (2015): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention - Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012. In: AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e. V., Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (Hg.): iga.Report 28, S. 11–109.

Prochaska, Janice M.; Prochaska, James O.; Bailey, Dustin (2013): Towards an Integration of Stage Theories of Planned Organizational Change. In: H. Skipton Leonard, Rachel Lewis, Arthur M. Freedman und Jonathan Passmore (Hg.): *The Wiley-Blackwell handbook*

of the psychology of leadership, change and organizational development: Wiley Online Library, S. 347–356.

Sayed, Mustapha; Kubalski, Sebastian (2016): Überwindung betrieblicher Barrieren für ein betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen. In: Mario A. Pfannstiel und Harald Mehlich (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1–20.

Schlicht, Wolfgang; Zinsmeister, Marcus (2015): "Praktische" Theorien, Modelle und Ansätze. In: Wolfgang Schlicht und Marcus Zinsmeister (Hg.): Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 71–88.

Schulte, Mathis; Bamberg, Eva (2002): Ansatzpunkte und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Führungskräften. In: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO) 33 (4), S. 369–384.

Schwarzer, Ralf; Lippke, Sonia; Ziegelmann, Jochen P. (2008): Health action process approach. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 16 (3), S. 157–160.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): November 2019: 0,7 % mehr Erwerbstätige als im Vorjahresmonat. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/01/PD20_002_132.html, zuletzt geprüft am 07.01.2020.

Straub, Reiner; Schmitt, Katharina; Krapf, Fabian; Walter, Utz Niklas; Mess, Filip; Arps, Wiebke et al. (2017): #whatsnext - Gesund Arbeiten in der digitalen Arbeitswelt.

Tausendpfund, Markus (2019): Quantitative Datenanalyse. Eine Einführung mit SPSS. Wiesbaden: Springer VS.

Tavakol, Mohsen; Dennick, Reg (2011): Making sense of Cronbach's alpha. In: International journal of medical education 2, S. 53–55.

Techniker Krankenkasse (2016): Beweg Dich, Deutschland! TK-Bewegungsstudie 2016.

Techniker Krankenkasse (2017): Iss was, Deutschland! TK-Ernährungsstudie 2017.

Techniker Krankenkasse (2019a): Gesundheitsreport 2019. Arbeitsunfähigkeiten.

Techniker Krankenkasse (2019b): Gesundheitsreport 2019. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften.

Thielsch, M. T.; Weltzin, S. (2012): Online-Umfragen und Online-Mitarbeiterbefragungen. In: M. T. Thielsch und S. Weltzin (Hg.): Praxis der Wirtschaftspsychologie II. Themen und Fallbeispiele für Studium und Anwendung. Münster: MV Wissenschaft, S. 109–127.

Uhle, Thorsten; Treier, Michael (2019): Betriebliches Gesundheitsmanagement. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Ulich, Eberhard; Wülser, Marc (2018): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.

Walter, Uta (2010): Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Bernhard Badura, Uta Walter und Thomas Heilmann (Hg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer, S. 147–162.

World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. EUROPA. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/ Kickbusch.

World Health Organization (WHO) (2005): Preventing chronic diseases. A vital investment. Geneva, Ottawa: World Health Organization; Public Health Agency of Canada.

Zeiger, J.; Kuntz, B.; Lange, C. (2017): Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2 (2), S. 59–65.

Zok, Klaus (2009): Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer. In: Bernhard Badura, Helmut Schröder und Christian Vetter (Hg.): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 85–100.

Anhang

Anhang I Auswertung Pretest

Reliabilitätsstatistik Pretest

Cronbachs Alpha	Item-Anzahl
0,701	4

Item	Aussage	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen wird
Schweregrad	<i>Eine ungesunde Verhaltensweise der Mitarbeiter*innen (z.B. ungesunde Ernährung) ist für die Produktivität des Unternehmens schwerwiegend.</i>	0,693
Verwundbarkeit	<i>Wird das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen im Unternehmen nicht gefördert, dann sinkt die Produktivität im Unternehmen.</i>	0,565
Handlungsergebniserwartung	<i>Mit Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) kann die Produktivität des Unternehmens gesteigert werden.</i>	0,418
Selbstwirksamkeit	<i>Durch geeignete Maßnahmen im Betrieb (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) wird das Unternehmen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen nehmen können.</i>	0,802

Beantwortung der halboffenen Fragen im Pretest

Frage	Antworten
4. Werden im Unternehmen weitere Maßnahmen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement durchgeführt, die bislang nicht abgefragt wurden?	<p>Ja, weitere Maßnahmen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obst*, Aktion gesundes Frühstück, Massagen - individuelle Arbeitszeitgestaltung, wenn entsprechend der betrieblichen Erfordernisse machbar - finanzielle Unterstützung für Sport- und Fitnessvereine und ähnliches - Gesundheitstag 2 Mal im Jahr, Obst im Pausenraum* - anonyme psychosoziale Beratung für Mitarbeitende und ihre Angehörigen
6. Welche Ressourcen stehen in Ihrem Unternehmen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zur Verfügung?	<p>Weitere Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mich als Einrichtungsleitung, die sich dafür verantwortlich fühlt

7. Mit welchen der folgenden Herausforderungen setzt sich das Unternehmen auseinander?	Weitere Herausforderungen: <ul style="list-style-type: none"> - vermehrt psychische Erkrankungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörung, Sucht (Alkohol) - schwierige politische Rahmenbedingungen
13. In welcher Branche ist Ihr Unternehmen tätig?	Sonstige: <ul style="list-style-type: none"> - Sozialbereich
14. In welcher Funktion sind Sie in Ihrem Unternehmen tätig?	Sonstige <ul style="list-style-type: none"> - Einrichtungsleitung* - Personalreferent/-in - Einrichtungsleitung*

* Antwortmöglichkeiten wurden für die Befragung ergänzt.

Anmerkungen aus dem Pretest

Namen in den Anmerkungen werden durch [...] anonymisiert.

Frage	Anmerkungen (Fragebogen-Nr.)
Einleitung/ Informationstext	<ul style="list-style-type: none"> - kurz und knackig, bis auf den Namen Ihrer Arbeit (Nr. 3)
2. Welche der folgenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter*innen werden im Unternehmen durchgeführt?	<ul style="list-style-type: none"> - Hier fehlen viele Auswahlmöglichkeiten. Wir bieten bspw. Rauchentwöhnung, zusätzliche ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Übernahme Fitnesskosten, Inhouse Massagen, usw... (Nr. 2) - Hinweis: vielleicht noch ein Kästchen für „Sonstige Angebote“. Sonst ist es frustrierend- man hat ganz viel und kann trotzdem nur „keine der genannten Maßnahmen“ ankreuzen (Nr. 3)
3. Welche der folgenden Schulungen werden im Unternehmen angeboten?	<ul style="list-style-type: none"> - Siehe vorherige Frage (Nr. 3)
4. Werden im Unternehmen weitere Maßnahmen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement durchgeführt, die bislang nicht abgefragt wurden?	<ul style="list-style-type: none"> - Siehe Anmerkungen [Frage 2] (Nr. 2) - Ignorieren Sie bitte meine Bemerkungen zu den vorangegangenen Punkten (Nr. 3)
8. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Eine ungesunde Verhaltensweise der Mitarbeiter*innen (z.B. ungesunde Ernährung) ist für die Produktivität des Unternehmens schwerwiegend.	<ul style="list-style-type: none"> - Leider rauchen ca. 80 % der MA in der Pflege, unser Sportangebot [...] wird kaum angenommen, da kein Interesse besteht (Nr. 1) - Gute Darstellung!! (Nr.3)
9. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Wird das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen im Unternehmen nicht gefördert, dann sinkt die Produktivität im Unternehmen.	<ul style="list-style-type: none"> - Es muss der Wille da sein, das Gelernte umzusetzen z.B. Kinästhetik (Nr. 1)

Anhang II Anschreiben für die Erhebung

Sehr geehrte/r [Name Ansprechpartner*in],

mein Name ist Tanja Kloster und ich studiere im 7.Semester Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Derzeit arbeite ich an meiner Bachelorarbeit, bei der ich mich mit folgendem Thema beschäftige:

"Förderung des Gesundheitsverhaltens zur Produktivitätssteigerung von Unternehmen in Abhängigkeit der Unternehmensstrukturen"

Gesunde Mitarbeiter*innen sind entscheidend für den Erfolg eines Unternehmens. Die Stärkung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Mitarbeiter*innen kann durch die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements gelingen. Ob Unternehmen die Intention haben das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten zu stärken und welche Strukturen diese beeinflussen, möchte ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit analysieren.

Hierfür habe ich einen Fragebogen entwickelt, der sich an die *Geschäftsführung*, an die *Personalleitung* oder die *BGM-Verantwortlichen* richtet. Sollten Sie nicht die zuständige Person für dieses Thema sein, helfen Sie mir sehr, wenn Sie meine E-Mail an die/ den Verantwortliche*n weiterleiten.

Die Teilnahme wird ca. 5 Minuten dauern. Ihre Daten werden anonymisiert verwendet, das bedeutet, dass keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihr Unternehmen gezogen werden können.

Den Fragebogen erreicht Sie bis zum 06.12.2019 unter folgendem Link:

<https://www.soscisurvey.de/foerderungsgesundheitsverhalten/>

Bei Rückfragen können Sie mich gerne unter meiner E-Mail-Adresse (tanja.kloster@haw-hamburg.de) kontaktieren.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Tanja Kloster

Studentin Gesundheitswissenschaften (B.Sc.)

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE

WISSENSCHAFTEN HAMBURG

Ulmenliet 20 / 21033 Hamburg



Anhang III Fragebogen der Erhebung



0% ausgefüllt

Einleitung

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen an meiner Online-Befragung zum Thema: "Förderung des Gesundheitsverhaltens zur Produktivitätssteigerung von Unternehmen in Abhängigkeit der Unternehmensstrukturen" teilzunehmen.

Für die Beantwortung des Fragebogens benötigen Sie etwa 5 Minuten.

Die Teilnahme ist freiwillig und die Befragung anonym. Es sind somit keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihr Unternehmen möglich.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Tanja Kloster



8% ausgefüllt

1. Welche der folgenden Maßnahmen werden im Unternehmen durchgeführt?

Mehrfachnennung möglich

- Gefährdungsbeurteilungen
- Persönliche Schutzausrüstung
- Wiedereingliederungspläne
- Fehlzeitenmanagement
- Keine der genannten Maßnahmen



15% ausgefüllt

2. Welche der folgenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter*innen werden im Unternehmen durchgeführt?

Mehrfachnennung möglich

- Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung
- Gesunde Speisen in der Kantine
- Täglich Obst für alle Mitarbeiter*innen
- Sport- und Bewegungskurse
- Entspannungskurse (z.B. Autogenes Training)
- Keine der genannten Maßnahmen

3. Welche der folgenden Schulungen werden im Unternehmen angeboten?

Mehrfachnennung möglich

- Schulungen zum Thema „gesunde Ernährung“
- Schulungen zum Thema „Bewegung“
- Schulungen zum Thema „Stress“
- Schulungen zum Thema „Suchtmittelkonsum“ (z.B. Alkohol, Rauchen)
- Führungskräfte Schulungen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement (z.B. Gesunde Führung)
- Keine der genannten Schulungen

4. Werden im Unternehmen weitere Maßnahmen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement durchgeführt, die bislang nicht abgefragt wurden?

Ja, weitere Maßnahmen sind:

Nein

5. In welchem Rahmen werden die genannten Maßnahmen im Unternehmen durchgeführt?

- Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements des Unternehmens.
- Im Rahmen von Einzelmaßnahmen zum Thema Gesundheit.

6. Welche Ressourcen stehen in Ihrem Unternehmen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zur Verfügung?

Mehrfachnennung möglich

- Mitarbeiter*in, die/ der für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig ist
- Budget für Maßnahmen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement

Weitere Ressourcen:

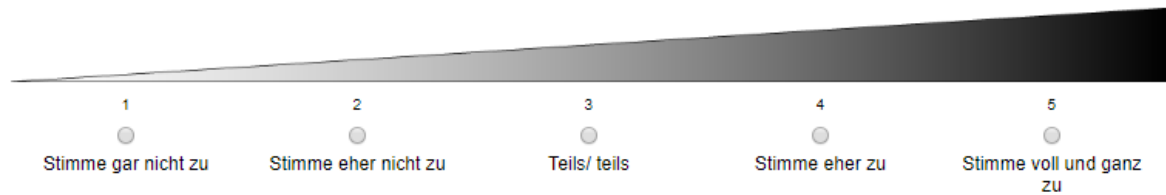
7. Mit welchen der folgenden Herausforderungen setzt sich das Unternehmen auseinander?

Mehrfachnennung möglich

- Erhöhter Krankenstand
- Alternde Belegschaft
- Fachkräftemangel
- Mitarbeiter*innenfluktuation
- Weitere Herausforderungen:
- Keine Herausforderungen

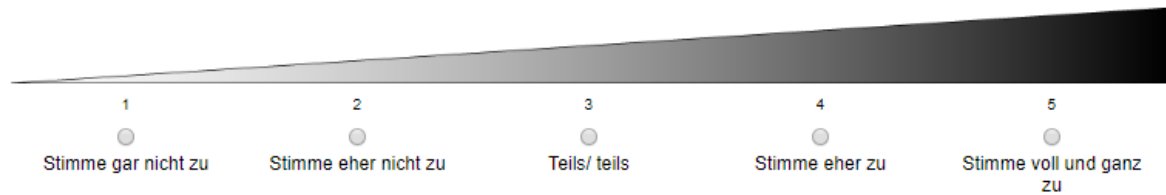
8. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu?

Eine ungesunde Verhaltensweise der Mitarbeiter*innen (z.B. ungesunde Ernährung) ist für die Produktivität des Unternehmens schwenwiegend.



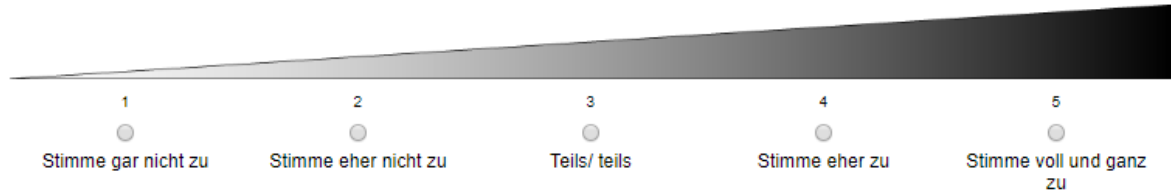
9. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu?

Wird das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen im Unternehmen nicht gefördert, dann sinkt die Produktivität im Unternehmen.



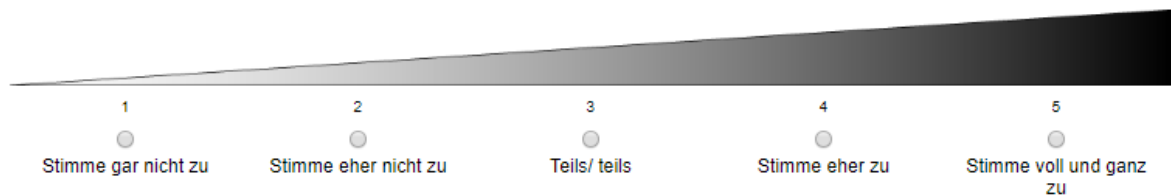
10. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu?

Mit Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) kann die Produktivität des Unternehmens gesteigert werden.



11. Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu?

Durch geeignete Maßnahmen im Betrieb (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) wird das Unternehmen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen nehmen können.



12. Wie viele Mitarbeiter*innen sind in Ihrem Unternehmen insgesamt beschäftigt?

- Bis zu 10 Mitarbeiter*innen
- 11 – 49 Mitarbeiter*innen
- 50 – 249 Mitarbeiter*innen
- Über 250 Mitarbeiter*innen

13. In welcher Branche ist Ihr Unternehmen tätig?

- (Alten-) Pflege
- Energie und Wasserwirtschaft
- Sonstige:

14. In welcher Funktion sind Sie in Ihrem Unternehmen tätig?

- Geschäftsführung
- Personalleitung
- Verantwortliche*r für das Betriebliche Gesundheitsmanagement
- Einrichtungsleitung
- Sonstige:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

[Tanja Kloster](#), Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2019

Anhang IV Darstellung der Variablen

Variablenamen	Bedeutung	Daten-niveau
Gefährdungsbeurteilung	Werden Gefährdungsmaßnahmen durchgeführt	nominal
Schutzausrüstung	Werden persönliche Schutzausrüstungen zur Verfügung gestellt	nominal
Wiedereingliederungspläne	Werden Wiedereingliederungspläne im Unternehmen erstellt	nominal
Fehlzeitenmanagement	Ist ein Fehlzeitenmanagement im Unternehmen vorhanden	nominal
Keine_Maßnahmen_Arbeitsschutz_BEM	Es werden keine der genannten Maßnahmen durchgeführt	nominal
Ergonomie	Angebot an Maßnahmen zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung	nominal
Gesunde_Speisen	Angebot an gesunden Speisen in der Kantine	nominal
Obst	Angebot an täglichem Obst für alle Mitarbeiter*innen	nominal
Sport	Angebot an Sport- und Bewegungskursen	nominal

Entspannung	Angebot an Entspannungskur- sen (z.B. Autogenes Training)	nominal
Keine_Maßnahmen_Verhältnis	Es werden keine der genannten Maßnahmen durchgeführt	nominal
Schulung_Ernährung	Angebot an Schulungen zum Thema „gesunde Ernährung“	nominal
Schulung_Bewegung	Angebot an Schulungen zum Thema „Bewegung“	nominal
Schulung_Stress	Angebot an Schulungen zum Thema „Stress“	nominal
Schulung_Suchtmittel	Angebot an Schulungen zum Thema „Suchtmittelkonsum“	nominal
Schulung_FK	Angebot an Führungskräftechu- lungen im Bereich BGM	nominal
Keine_Maßnahmen_Schulungen	Es werden keine der genannten Schulungen durchgeführt	nominal
Weitere_Maßnahme	Weitere Maßnahmen neben den bereits erwähnten	nominal
Weitere_Maßnahmen_qualitativ	Freitextfeld zur Ergänzung wei- terer Maßnahmen	**
Vorhandenes_BGM	Vorhandensein eines BGMs	nominal
Personal_BGM	Personelle Ressourcen für das BGM	nominal
Budget_BGM	Finanzielle Ressourcen für das BGM	nominal
Weitere_Ressourcen	Weitere Ressourcen neben den bereits erwähnten	nominal
Weitere_Ressourcen_qualitativ	Freitextfeld zur Ergänzung wei- terer Ressourcen für das BGM	**
Erhöhter_Krankenstand	Der erhöhte Krankenstand ist eine Herausforderung für das Unternehmen	nominal
Alternde_Belegschaft	Die alternde Belegschaft ist eine Herausforderung für das Unter- nehmen	nominal
Fachkräftemangel	Der Fachkräftemangel ist eine Herausforderung für das Unter- nehmen	nominal
Fluktuation	Die Mitarbeiter*innenfluktuation ist eine Herausforderung für das Unternehmen	nominal
Weitere_Herausforderungen	Es gibt weitere Herausforderun- gen neben den bereits erwähn- ten	nominal
Weitere_Herausforderungen_qualitativ	Freitextfeld zur Ergänzung wei- terer Herausforderungen im Un- ternehmen	**

Keine_Herausforderungen	Es gibt keine Herausforderungen für das Unternehmen	nominal
Schweregrad	Eine ungesunde Verhaltensweise der Mitarbeiter*innen (z.B. ungesunde Ernährung) ist für die Produktivität des Unternehmens schwerwiegend.	metrisch
Verwundbarkeit	Wird das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen im Unternehmen nicht gefördert, dann sinkt die Produktivität im Unternehmen.	metrisch
Handlungsergebniserwartung	Mit Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) kann die Produktivität des Unternehmens gesteigert werden.	metrisch
Selbstwirksamkeit	Durch geeignete Maßnahmen im Betrieb (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) wird das Unternehmen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen nehmen können.	metrisch
Unternehmensgröße	Anzahl der Mitarbeiter*innen im Unternehmen	ordinal
Branche	Branche des Unternehmens	nominal
Funktion	Funktion der Teilnehmer*innen im Unternehmen	nominal
Sonstige_Funktion	Freitextfeld zur Ergänzung von weiteren Funktionen im Unternehmen	**
Anzahl_BGM_Maßnahmen	Anzahl aus allen genannten Maßnahmen (nicht berücksichtigt wurde die Variable Weitere_Maßnahmen_qualitativ)	metrisch
Risikowahrnehmung	Mittelwert aus den Variablen Schweregrad + Verwundbarkeit	metrisch
Intention	Mittelwert aus den Variablen Risikowahrnehmung + Handlungsergebniserwartung + Selbstwirksamkeit	metrisch
Intentionsstärke	Gruppierung der Variable Intention	ordinal
Durchführung_Verhaltensmaßnahmen	Durchführung von Verhaltensmaßnahmen im Unternehmen	nominal

Branche_neu	Branche des Unternehmens (Umcodierte Variable)	nominal
-------------	---	---------

** die Merkmalsausprägung ist qualitativ. Die Auswertung der qualitativen Daten kann Anhang VI entnommen werden.

Anhang V Branchen Zuordnung

Branche Altenpflege	Branche Energie- und Wasserwirtschaft	Nicht verwendete Datensätze
<ul style="list-style-type: none"> - FB 63: Sozialunternehmen: Altenpflege, Krankenhäuser, Dienste für Menschen mit Behinderung, Dienste für Kinder - FB112: Behindertenhilfe und Pflege - FB 134: Wohlfahrtspflege Öffentlicher Dienst 	<ul style="list-style-type: none"> - FB 27: Handwerk SHK & Elektro - FB 83: Elektrotechnik 	<ul style="list-style-type: none"> - FB 29: Verband - FB 45: Verband/Verwaltung - FB 51: Großhandel - FB 55: Dienstleistung - FB 58: Verband - FB 64: Baugewerbe - FB 73: Dienstleistungen / Klimaschutz - FB 86: Messtechnik - FB 99: soziale Beratungsdienste, Berufsvorbereitung junger Mädchen mit "Lerneinschränkungen" mit Internat - FB 118: Verlagswirtschaft - FB 127: Kommunale Versorgung und Entsorgung und Straßenreinigung - FB 130: Bau - FB 131: Rohr- und Anlagenbau

Anhang VI Qualitative Auswertung

Um die Anonymität zu wahren, werden Namen von Partnern etc. durch „[...]“ ersetzt. Die Angaben werden den allgemeinen Rechtschreibregeln angepasst.

Weitere Positionen im Unternehmen

Kategorie	Angaben
Abteilung Personal (5 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Referentin Personalentwicklung (FB 70) - Personalentwicklung (FB 71) - als Mitarbeiter von HR mitverantwortlich für BGM (FB 83) - Teamleiter Personalmanagement (FB 117) - Personalverwaltung (FB 125)

<p>Sonstiges (11 Angaben)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegedienstleitung (FB 11) - Fachbereichsleitung; interne Organisation (FB 46) - Assistentin im BGM (FB 56) - Marketing & Presse (FB 69) - Leitung der Verwaltung (FB 74) - Praxisanleitung der Azubis und Assistentin der Einrichtungsleitung (FB 78) - Assistenz (FB 82) - Bereichsleitung/Abteilungsleitung (FB 87) - Sicherheitsingenieurin (FB 103) - Qualitätsmanagement (FB 110) - Heimleitung (FB 128)
-----------------------------------	---

Weitere Herausforderungen

Kategorie	Angaben
<p>Bewerber*innen- / Personalmangel (4 Angaben)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gewinnung von Auszubildenden (FB 59) - unzureichende Personalausstattung aufgrund unzureichender landesweiter Personalschlüssel; Personalentlastung durch Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation (FB 121) - kaum Auswahlmöglichkeit bei Bewerbungen (FB 128) - mangelnde Bewerberzahlen für Ausbildungsplätze im Pflegebereich (FB 138)
<p>Erkrankungen (3 Angaben)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muskelskeletterkrankungen bei Mitarbeitern (FB 28) - Langzeiterkrankungen (FB 48) - Burn-Out-Syndrom, insb. bei jüngeren Mitarbeitern (FB 76)
<p>Digitalisierung (3 Angaben)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stress durch Digitalisierungs- und Bürokratisierungsdruck (FB 91) - Digitalisierung und VUCA-Welt (FB 117) - Auswirkungen der VUCA-Welt und der sich rasant veränderten digitalisierten Welt auf die Gesundheit der Mitarbeitenden (FB 119)
<p>Sonstiges (8 Angaben)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung neuer gesetzlicher Vorgaben (FB 2) - Arbeitgeberattraktivität (FB 63) - Wirtschaftlichkeit (FB 74) - Leiharbeit, Prüfbehörden (FB 75) - hohe Urlaubstage für ältere Mitarbeiter und Schwerbehinderte (FB 107) - körperliche und psychische Belastungen in der Pflege (FB 108) - demographischer Wandel (FB 113) - Prävention (FB 117)

Weitere Ressourcen

Kategorie	Angaben
Keine Ressourcen (7 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - derzeit keine konkreten Ressourcen (FB 10) - keine Ressourcen, es muss alles aus dem "Laufenden" finanziert werden (FB 18) - keine zusätzlichen Ressourcen (FB 28) - leider keine Ressourcen, die zur Verfügung stehen (FB 39) - keine (FB 41) - wir haben weder Mitarbeiter dafür noch Budget (FB 74) - keine (FB 98)
BGM nicht Hauptaufgabe der Mitarbeiter*innen (7 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeit wird zur Verfügung gestellt (FB 4) - BGM wird im Bereich "Personalentwicklung" mit betreut (FB 70) - Mitarbeiter Personalabteilung kümmern sich "nebenbei" um BGM (FB 83) - macht der Chef selber (FB 89) - Aufteilung der Zuständigkeit auf mehrere Mitarbeiter*innen (FB 90) - Mitarbeiter sind nicht nur für BGM zuständig (erster Anstrich), sondern auch für andere Themen (FB 117) - Gehört zum Aufgabenbereich der Heimleitung (FB 128)
Finanzierungsquellen (3 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Verwendung Rücklaufgelder der BG für BGF (FB 53) - Unterstützung seitens der Kostenträger (FB 85) - die Schulungen wurden über das Fortbildungsbudget der Einrichtung finanziert (FB 124)
Externe Partner*innen (3 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung durch eine Stiftung (FB 40) - externe Partner: Berufsgenossenschaft, Rentenversicherung, Krankenkassen (FB 63) - Beratung durch ein Institut (FB 91)
Kein Budget (2 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - kein extra Budget (FB 38) - extra Budget gibt es nicht (FB 89)
Sonstiges (5 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Leitungskräfte als Multiplikatoren (FB4) - Initiativen aus der Belegschaft (FB 26) - Budget für freiwillige soziale Leistungen (FB 52) - nach Absprache (FB 116) - jedes 2. Jahr Veranstaltung eines Gesundheitstages (FB 125)

Weitere Maßnahmen

Kategorie	Angaben
(Bezuschussung) Sportangebote (18 Angabe)	<ul style="list-style-type: none"> - Angebot verschiedenster Kurse: Yoga, Pilates, Lauftreff, Fitnessstudio, usw. (FB 15) - Mitgliedschaft in diversen Fitnessstudios wird bis auf einen geringen Eigenanteil vom Arbeitgeber übernommen (FB 18) - vergünstigte Mitgliedschaft Fitnessclub (FB 35)

	<ul style="list-style-type: none"> - besondere Mitarbeiterkonditionen in Fitnesszentren, Schwimmbädern, Therme (FB 44) - Förderung privater Besuche im Fitnesscenter (FB 50) - Bädereintritt etc. (FB 52) - Firmenfahrräder (FB 53) - Onlineangebot an eine Bewegungspause (FB 56) - diverse Maßnahmen durch Beteiligung am Projekt [...] der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung SH (FB 60) - Dienstbike (FB 72) - Teilnahme Fitnessstudio (FB 79) - Zuschuss Fitnessstudio (FB 85) - Rückenschule (FB 97) - Physiotherapie, Rückenurse, Firmenfitness, Teilnahme an Laufveranstaltungen, JobRad, diverse Sportgruppen (Fußball, Tennis,...) (FB 100) - eigenes Fitnessstudio, Kurse Rückenschule, Yoga (FB 111) - freiwillige Sportangebote (FB 123) - Zuschuss für anrechenbare Sportkurse bei Krankenkassen (FB 125) - Sportangebote (FB 132)
Gesundheitstag (11 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Betrieblicher Gesundheitstag (FB 7) - Gesundheitstag (FB 38) - Gesundheitstag (FB 49) - Gesundheitstage (FB 53) - jährlicher "Gesundheitstag" mit Vorträgen, Untersuchungen etc. (FB 61) - Gesundheitstage (FB 65) - regelmäßiger Gesundheitstag (FB 70) - jährlicher Gesundheitstag (FB 100) - Gesundheitstage und -aktionen (FB 117) - Gesundheitstage mit Unterstützung von Krankenkassen (FB 133)
Massagen (10 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - kostengünstige Massagen (FB 12) - Shiatsu-Massagen (FB 13) - Massage Angebote im Betrieb (FB 25) - Angebot von Massagen (FB 37) - Massagen (FB 52) - Massageangebot (FB 53) - Massage (FB 82) - Massagen (FB 94) - Rückenmassage (FB 100) - Massagen am Arbeitsplatz (FB 111)
Beratung/ Coaching (9 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision (FB 4) - Gesundheitsgespräch (FB 9) - Teamcoaching, Teambberatung (FB 19)

	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision, Coaching (FB 35) - Angebot von Supervision (FB 51) - universelles Coaching (FB 93) - Supervision (FB 96) - eine betriebliche Gesundheitsberatung / EAP für alle Mitarbeiter*innen und auch Führungskräfte (FB 108) - externes Coaching, um belastende Situationen zu lösen (FB 138)
Arbeitszeitmodelle, Dienstpläne (8 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Pausenkultur-Workshops (FB 4) - Familien und Lebensphasen orientierte Dienstpläne (FB 11) - Pausenkultur (FB 49) - Homeoffice, flexible Arbeitszeit (FB 52) - sichere Dienstplangestaltung (FB 66) - angepasste Arbeitszeitmodellen (FB 75) - Berücksichtigung von Wünschen im Dienstplan (FB 92) - sicherer Dienstplan, Springerdienste (FB 140)
Vorsorge, Impfungen (7 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Grippeimpfung (FB 35) - Krebsvorsorgen, Impfungen (FB 57) - Krebsprävention (FB 79) - gesundheitsspezifische Untersuchungen speziell für Mitarbeiter ab 55 Jahren (FB 102) - Maßnahmen zur Vorsorge z.B. Darmkrebstest, Hautkrebsscreening (FB 104) - Schutzimpfungen (FB 117) - unregelmäßige freiwillige Screenings wie Diabetes-Test, Pupillographie, Stresstest, Kardio-, Neuro-Screening und Körperstabilitätsmessung (FB 122)
Zusammenarbeit mit externen Partner*innen (5 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit BGM mit Krankenkassen (FB 7) - [...] =BGF Beratung für die Mitarbeiter (FB 23) - Zusammenarbeit / Fortbildung mit Krankenkassen (FB 31) - Zusammenarbeit mit [...] (FB 57) - Etablierung BGM mit [...] (FB 85)
Arbeitsplatzgestaltung (5 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Mischarbeitsplätze (FB 52) - Büroergonomie (FB 79) - Überlegungen zum anpassen des Arbeitsplatzes (FB 84) - Power Napping Raum (FB 85) - Bildschirmarbeitsplatzbrillen (FB 100)
BEM (4 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - BEM-Maßnahmen (FB 17) - BEM-Verfahren (FB 26) - Rückkehrgespräche (FB 84) - Betriebliches Eingliederungsmanagement (FB 117)
Sonstiges (28 Angaben)	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitssituationsanalyse, Leitfaden zur Stärkung psychischer Gesundheit, Kinästhetik, Azubi-Programm (FB 4)

- ein sehr gutes Betriebsklima (FB 5)
- kreative Angebote im Rahmen der Gesundheitsprävention (z. B. Töpfern, Kräuterwanderungen etc.) (FB 8)
- wöchentlicher Obstkorb (FB 13)
- individuelles Fallmanagement, Angebote Beruf und Familie (FB 20)
- Einsatz von bewohnerbezogenen großen und kleinen Hilfsmitteln, kontinuierliche Schulung der MA bei der Anwendung der Hilfsmittel (FB 28)
- Unfallvermeidung, Stressbewältigung/ Mobbing, Gewaltprävention (FB 33)
- stationäre private Krankenzusatzversicherung, Seelsorge, aktuelle Kampagnen (z.B. Suchtprävention, Hygiene, ...) (FB 35)
- seit 2019 haben wir ein auf unsere Einrichtung zugeschnittenes Gesundheitsmanagement eingeführt. Unzufriedenheit und Stresssituationen werden oftmals durch mangelnde Information und fehlende Transparenz ausgelöst (Ergebnis einer Personalbefragung) (FB 42)
- Wir haben in jeder der 6 Einrichtungen Mitarbeiter, die sich monatlich treffen, um Möglichkeiten zum Gesunderhalten der Mitarbeiter zu besprechen. (FB 47)
- Sonnenschutz (FB 52)
- umfassende betriebsärztliche Betreuung (FB 53)
- spontane Angebote, wie Eis im Park bei sehr warmen Tagen im Sommer. 1x jährlich Mitarbeiterparty (FB 59)
- Kochkurse (FB 63)
- teaminterne Vereinbarungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen (FB 71)
- Angebot von Exerzitien, Angebot von Oasentage, Angebot von Schulungen zu Thema Konfliktbewältigung, Angebot von Ethikgesprächen zur Entlastung (FB 78)
- Workshops zur Erarbeitung von Gesundheitszielen, betrieblich finanzierte Gemeinschaftsaktionen, (FB 91)
- Bereitstellung von Getränken, arbeitsmedizinische Beratung, regelmäßige Arbeitssicherheitsausschuss Sitzungen (FB 92)
- Kurse zur Achtsamkeit (FB 98)
- Zielgruppenangebote (FB 101)
- Azubiprojekte z.B. "gesunde Ernährung" (FB 103)
- Tätigkeitsanalysen (FB 104)
- Resilienz Training (FB 109)
- Gefährdungsbeurteilung psychische Belastungen (FB 112)
- Bonusprogramm für Arbeitnehmer (FB 117)
- Kampagnen, Impulse und Brake Out Sessions, um alle Führungskräfte und Mitarbeiter zu einer eigenverantwort-

	<p>wortlichen Gesundheitskultur zu animieren (FB 119)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle 90 MitarbeiterInnen im Pflegeheim haben am Basiskurs zum Thema "Resilienzförderung" teilgenommen. (2 Tage) / HL ist ausgebildet als Resilienz-Coach (nach der HBT Methode) (FB 124) - Exerziententage (FB 126)
--	--

Anhang VII Reliabilitätsstatistik

Cronbachs Alpha	Item-Anzahl
0,781	4

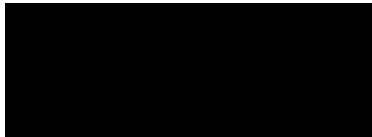
Item	Aussage	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen wird
Schweregrad	<i>Eine ungesunde Verhaltensweise der Mitarbeiter*innen (z.B. ungesunde Ernährung) ist für die Produktivität des Unternehmens schwerwiegend.</i>	0,783
Verwundbarkeit	<i>Wird das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen im Unternehmen nicht gefördert, dann sinkt die Produktivität im Unternehmen.</i>	0,718
Handlungsergebniserwartung	<i>Mit Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) kann die Produktivität des Unternehmens gesteigert werden.</i>	0,682
Selbstwirksamkeit	<i>Durch geeignete Maßnahmen im Betrieb (z.B. Schulungen zum Thema „Bewegung“) wird das Unternehmen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter*innen nehmen können.</i>	0,722

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Alle Stellen der Arbeit, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind kenntlich gemacht.

Hamburg, 24.02.2020

A solid black rectangular box used to redact the signature of Tanja Kloster.

Unterschrift Tanja Kloster