

Akzeptanz und Ablehnung von
betrieblichem Gesundheitsmanagement
aus Sicht von Arbeitnehmerinnen
und Arbeitnehmern

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel

vorgelegt von
Till Gericke

Kiel
2022

Erstgutachter: Prof. Dr. Jens Flatau

Zweitgutachter: Prof. Dr. Burkhard Weisser

Tag der mündlichen Prüfung: 16. November 2022

Durch den zweiten Prodekan für Studium und Lehre, Prof. Dr. Jörg Kilian zum

Druck genehmigt am: 24. November 2022

Für Lena & Finn

Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis.....	X
Abstract.....	XI
1. Einleitung.....	1
2. Stand der Forschung	5
2.1 Problemstellung und Forschungsfrage.....	7
2.2 Aufbau der Arbeit	8
2.3 Zielsetzung.....	10
3. Gesundheit und Arbeit	12
3.1 Modelle der Gesundheit.....	16
3.1.1 Aaron Antonovskys Salutogenese-Modell	17
3.1.2 Gesundheitsmodell nach Hurrelmann.....	24
3.1.3 Mandala-Modell der Gesundheit	26
3.1.4 Biomedizinisches Modell.....	28
3.1.5 Biopsychosoziales Modell	29
3.2 Verhältnis- und Verhaltensprävention	32
3.3 Wohlbefinden.....	35
3.3.1 Physische Gesundheit	37
3.3.2 Psychische Gesundheit.....	38
3.4 Wandel der Arbeitswelt	41
3.4.1 Technologischer Wandel: Vernetzung und digitales betriebliches Gesundheitsmanagement	43
3.4.2 Globalisierung.....	48
3.4.3 Demografischer Wandel und Zukunft der Arbeit	49

3.4.4 Institutioneller Wandel.....	52
3.5 Situation auf dem Arbeitsmarkt	53
4. Betriebliches Gesundheitsmanagement	56
4.1 Akzeptanz von betrieblichem Gesundheitsmanagement	61
4.2 Ablehnung von betrieblichem Gesundheitsmanagement.....	64
4.3 Bielefelder Unternehmensmodell	66
4.4 Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements	70
4.5 Ökonomischer Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	78
4.6 Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU	81
4.6.1 Rolle der Geschäftsführung	84
4.6.2 Ressourcen	90
4.6.3 Soziale Beziehung.....	93
4.7 Möglichkeiten der Unterstützung	95
4.7.1 Krankenkassen	95
4.7.2 Netzwerke	97
5. Betriebliche Gesundheitsförderung	99
5.1 Verständnis und Begriffsbestimmungen betrieblicher Gesundheitsförderung	99
5.2 Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung.....	102
5.3 Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung	103
5.3.1 Nutzen für die Angestellten	105
5.3.2 Nutzen für die Betriebe	107
5.4 Phasen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	113
5.4.1 Diagnose	114
5.4.2 Planung	115
5.4.3 Intervention	116
5.4.4 Evaluation	117
6. Methode	119

6.1 Sampling	121
6.2 Datenerhebungsinstrument	123
6.3 Untersuchungsdurchführung- und Ablauf	127
6.4 Datenauswertung.....	128
6.5 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	128
7. Ergebnisse	138
7.1 Hauptkategorien.....	138
7.1.1 Hauptkategorie 1: Arbeitsbedingungen	139
7.1.2 Hauptkategorie 2: Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten.....	146
7.1.3 Hauptkategorie 3: Gesundheitseinstellung	155
7.1.4 Hauptkategorie 4: Akzeptanz von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	170
7.1.5 Hauptkategorie 5: Ablehnung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	186
7.1.6 Hauptkategorie 6: Probleme und Lösungsansätze	195
7.2 Quantitative Ergebnisse	214
8. Diskussion.....	220
8.1 Ergebnisdiskussion	220
8.2 Methodendiskussion	227
9. Zusammenfassung.....	231
10. Ausblick	235
Literaturverzeichnis	243
Anhang.....	269
Anhang 1: Interviewleitfaden	269
Anhang 2: Transkriptionsregeln	284
Anhang 3: Interviews (siehe digitales Forschungsdatenrepositorium).....	286

Interview 1	286
Interview 2	286
Interview 3	286
Interview 4	286
Interview 5	286
Interview 6	286
Interview 7	286
Interview 8	286
Interview 9	286
Interview 10	286
Interview 11	286
Interview 12	286
Interview 13	286
Interview 14	286
Interview 15	286
Interview 16	286
Interview 17	286
Interview 18	286
Interview 19	286
Interview 20	286
Anhang 4: Inhaltsanalyse (siehe digitales Forschungsdatenrepositorium)	287
Inhaltsanalyse Interview 1	287
Inhaltsanalyse Interview 2	287
Inhaltsanalyse Interview 3	287
Inhaltsanalyse Interview 4	287
Inhaltsanalyse Interview 5	287
Inhaltsanalyse Interview 6	287
Inhaltsanalyse Interview 7	287

Inhaltsanalyse Interview 8	287
Inhaltsanalyse Interview 9	287
Inhaltsanalyse Interview 10	287
Inhaltsanalyse Interview 11	287
Inhaltsanalyse Interview 12	287
Inhaltsanalyse Interview 13	287
Inhaltsanalyse Interview 14	287
Inhaltsanalyse Interview 15	287
Inhaltsanalyse Interview 16	287
Inhaltsanalyse Interview 17	287
Inhaltsanalyse Interview 18	287
Inhaltsanalyse Interview 19	287
Inhaltsanalyse Interview 20	287
Anhang 5: Experteninterviews (siehe digitales Forschungsdatenrepositorium).....	288
Prof. Bernhard Badura	288
Prof. Antje Ducki	288
Prof. Klaus Hurrelmann	288
Prof. Karlheinz Sonntag.....	288
Dr. Wenke Klingbeil-Döring	288
Prof. Dr. Toni Faltermaier	288
Cornelia Schneider.....	288
Anhang 6: Formale Strukturierung	289
Lebenslauf.....	291

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung)	11
Abbildung 2: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (Antonovsky, 1979 S. 184 f.; aus Faltermaier, 2017, S. 7).....	19
Abbildung 3: Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock (Waller, 2006)	27
Abbildung 4: Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung)	30
Abbildung 5: Durchschnittlicher Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 1991 bis 2022 (Statista, 2022).....	39
Abbildung 6: Bevölkerungsprojektion nach Altersgruppen. (Quelle: Statistisches Bundesamt – 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2009)	51
Abbildung 7: Arbeitslosenzahl in Deutschland im Jahresdurchschnitt von 2004 bis 2022 in Millionen (Statistisches Bundesamt, 2022)	54
Abbildung 8: Teilbereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagements (eigene Darstellung).....	58
Abbildung 9: Spannungsfeld des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Badura, 2009) ...	59
Abbildung 10: Bielefelder Unternehmensmodell (Badura, Greiner, Rixgens, Behr, & Ueberle, 2013)	69
Abbildung 11: Das Haus des betrieblichen Gesundheitsmanagements (eigene Darstellung) .	72
Abbildung 12: Grundansatz der Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (Leibniz-Fachhochschule, 2016).....	74
Abbildung 13: Leitfaden für mehr Gesundheit - 6 Schritte zum Erfolg (Unfallkasse des Bundes, 2009)	75
Abbildung 14: Beschäftigungsanteil 2016 (Statistisches Bundesamt, 2018)	83
Abbildung 15: Einfluss des Geschäftsführers auf Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen (Techniker Krankenkasse, 2008)	89
Abbildung 16: Arbeitsschutz und Personalkosten (Lück, Eberle, & Bonitz, 2009)	93
Abbildung 17: Phasen der betrieblichen Gesundheitsförderung ((Badura & Hehlmann, 2003, S. 86).....	101
Abbildung 18: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring, 2015, S. 62).....	130
Abbildung 19: Interpretationsregeln (Mayring, 2015, S. 72)	132
Abbildung 20: Inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Mayring, 2015, S. 59)	133
Abbildung 21: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 70) ..	134
Abbildung 22: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2015, S. 86).....	137
Abbildung 23: Ablehnungsstruktur (eigene Darstellung).....	194

Abbildung 24: Welche der folgenden Gesundheitsangebote wären für Sie von Interesse? (eigene Darstellung).....	216
Abbildung 25: Was könnte Sie motivieren, an den Angeboten teilzunehmen? (eigene Darstellung).....	217
Abbildung 26: Was würde Sie hemmen, die Maßnahmen anzunehmen und/oder an ihnen teilzunehmen? (eigene Darstellung)	218
Abbildung 27: Welche dieser konkreten Maßnahmen würden Sie annehmen, wenn sie angeboten würden? (eigene Darstellung).....	219

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsmodelle (Schneider, 2012, S. 29).....	17
Tabelle 2: Präventionsmatrix (Treier, 2019).....	35
Tabelle 3: Modi Selbstkonkordanz, Erläuterung und Beispiele (eigene Darstellung).....	63
Tabelle 4: Handlungsfelder der gesetzlichen Krankenkassen und deren Präventionsprinzip (GKV-Spitzenverband, 2018).....	96
Tabelle 5: Direkt messbare und indirekte Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung (Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V., 2015)	104
Tabelle 6: Abgrenzung der Generationen anhand arbeitsbezogener Werte und Attraktivitätsmerkmale (Herrmann, Kraneis, & Rennhak, 2005).....	110
Tabelle 7: Unternehmensauswahl (eigene Darstellung)	122
Tabelle 8: Dissertationsrelevante Blöcke des Interviews (eigene Darstellung).....	125
Tabelle 9: Hauptkategorien (eigene Darstellung).....	139
Tabelle 10: Anfahrt zur Arbeit (eigene Darstellung).....	215
Tabelle 11: Dauer der Anfahrt (eigene Darstellung)	215
Tabelle 12: Formale Strukturierung der Kategorien (eigene Darstellung)	289

Abkürzungsverzeichnis

ASM.....	Arbeitsschutz
BEM.....	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF.....	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
dBGM	Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement
DDD.....	Defined daily dose
DNBGF.....	Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
ENBGF	Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
ESTG.....	Einkommenssteuergesetz
GKV	Gesetzliche Krankenkassen
HEDE-Kontinuum	Health Ease/Dis Ease
HK.....	Hauptkategorien
IKT.....	Informations- und Kommunikationstechnologien
KI	Künstliche Intelligenz
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KPIs.....	Key Performance Indicators
MoVo-Konzept.....	Motivations-Volitions-Konzept
PGF	Private Gesundheitsförderung
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
ROI.....	Return on investment
SAR-Modell.....	Anforderungs-Ressourcen-Modell
SGB.....	Sozialgesetzbuch
SOC.....	Sense of coherence
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WLB.....	Work-Life-Balance
ZPP.....	Zentrale Prüfstelle Prävention

Abstract

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) werden in Zukunft immer wichtigere Bausteine zum Unternehmenserfolg. Hinsichtlich des demografischen Wandels und der veränderten Anforderungsprofile an die Mitarbeiter¹ besteht Handlungsbedarf. Ein funktionierendes BGM kann neben den Beschäftigten auch den Unternehmen einen Vorteil verschaffen. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Akzeptanz und Ablehnung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement aus Sicht der Arbeitnehmer. Neben der Frage, wie ein BGM bestmöglich umgesetzt werden kann, schaut diese Arbeit auch auf verschiedene Erwartungen der Arbeitnehmer.

Neben der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema BGM und BGF wird in dieser Untersuchung auch auf unterschiedliche Modelle von Krankheit und Gesundheit eingegangen. Es wurde deutlich, dass Gesundheit und Krankheit keine voneinander getrennten Erscheinungen sind. Vielmehr zeigt sich, dass Gesundheit mehr als die reine Abwesenheit von Krankheit ist. So ist Gesundheit ein ganzheitliches Konzept, welches sowohl von der Wechselwirkung von äußeren und inneren Faktoren, als auch von körperlichen wie auch psychischen Komponenten beeinflusst wird. Eben dieses komplexe Konstrukt gilt es im BGM und BGF aufzugreifen und zu berücksichtigen.

Anhand von Interviews in drei kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) konnten unterschiedliche Arbeitsbelastungen identifiziert werden. Erkennbar war, dass die körperlichen Anforderungen in den befragten Unternehmen sehr unterschiedlich sind. Es wurde der Frage nachgegangen, welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung getroffen und welche Anreize gesetzt werden können, um eine verstärkte Teilnahme zu erreichen. Die reinen Geld- und Sachleistungen führten zu keiner höheren Motivation der Mitarbeiter. Auf Grund der Tatsache, dass das Feld des BGM und der BGF in der Wirtschaft noch ein recht neues ist, gibt es einige Vorbehalte und Einschränkungen bei der Umsetzung. Die Kostenentwicklung und der Grad der Erreichbarkeit der Angestellten stellt immer noch einen entscheidenden Faktor bei der Umsetzung dar. Somit stehen neben den gesundheitlichen Aspekten auch wirtschaftliche Überlegungen im Fokus.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dissertationsschrift für Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt. Die Angaben beziehen sich jedoch selbstverständlich auf Angehörige aller Geschlechter.

1. Einleitung

Hinsichtlich der sich weiter entwickelnden Welt und der weiter zunehmenden Globalisierung sowie dem in Deutschland anhaltenden demografischen Wandel, stellt sich auch in der Arbeitswelt die Frage nach zukunftssträchtigen Konzepten und fortschrittlichen Ideen. Nach Jahren und Jahrzehnten der gleichbleibenden Arbeitsstrukturen brechen etablierte Modelle auf und neue, visionäre Formen werden auf den Arbeitsmarkt gespült. Gleichzeitig verändern sich auch die Rahmenbedingungen, in denen die Menschen arbeiten und mit ihnen auch das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Unternehmen benötigen heutzutage ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement und eine wirksame betriebliche Gesundheitsförderung.

Die Annahme und die Akzeptanz von betrieblichem Gesundheitsmanagement aus Sicht von Arbeitnehmern stellen somit eine zentrale Aufgabe dar im Unternehmensalltag. Neben der Arbeitswelt sind auch gesellschaftliche Bereiche davon betroffen. Die Wahrnehmung des Individuums innerhalb seines sozialen Gefüges befindet sich ebenfalls im Wandel. Diese umfassenden Veränderungen betreffen alle Bereiche des Lebens. Durch die dauerhafte Zugehörigkeit einer Organisation in seinem Leben steht der Mensch verschiedenen Organisationen in unterschiedlichen Phasen seines Lebens unterschiedlich gegenüber. Damit hat der Begriff des Commitments eine neue und stärkere Bedeutung in den letzten Jahren erfahren (van Dick, 2017, S. 4). Nicht zuletzt die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass auch verhärtete Strukturen zu brechen beginnen und die Umgestaltung der Arbeitswelt im vollen Gange ist.

Ebenso verändern sich auch Krankheitsbilder. Die Zunahme der psychischen und physischen Erkrankungen aufgrund von Überbelastungen sind eine Folge der modernen Arbeitswelt. Durch neue Technologien, Kommunikationswege und durch die Abkehr vom Präsentismus, das meint die dauerhafte Anwesenheit am Arbeitsplatz, werden die Arbeitgeber vor neue Herausforderungen gestellt (Ulich & Nido, 2016, S. 178; Lohaus & Habermann, 2018). Betrachtet man diese Entwicklung hinsichtlich ihrer Auswirkung auf den Arbeitsmarkt, so wird schnell deutlich, dass auch hier ein Wandel stattfindet. Eine zunehmend globalisierte und dynamische Wirtschaft erwartet ein hohes Maß an Flexibilität von den Arbeitnehmern. Sie müssen immer komplexere Aufgaben übernehmen und sind somit empfänglicher für Überlastungsreaktionen und Ausfälle aufgrund steigender Anforderungen. Statistisch betrachtet verbringen Menschen die Hälfte ihres Lebens am Arbeitsplatz. Daher ist die Forderung vieler Arbeitnehmer nach einer funktionierenden betrieblichen Gesundheitsförderung berechtigt (Haase, 2018).

Die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht bei ihrer Definition von gesundheitsfördernder Gestaltung der Arbeit weniger auf die Korrektur des individuellen Verhaltens ein als auf die Verhältnisse in der Arbeitswelt. Sie greift die verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen auf. Die Ottawa Charta geht dabei auch auf die Auswirkungen auf das Arbeitsleben ein. Sie empfiehlt, dass die Art und Weise, wie die Gesellschaft Arbeit und Freizeit organisiert, eine Quelle der Gesundheit sein sollte und nicht der Krankheit (WHO, 1986). Stressbedingte Ausfälle sind heutzutage keine Seltenheit mehr und führen oft zu Folgeerkrankungen. Auch Muskel-Skelett-Erkrankungen, die Entwicklung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Herzkrankheiten sowie psychische Erkrankungen sind auf dem Vormarsch (Techniker Krankenkasse, 2019).

Betrachtet man die aktuelle Entwicklung der Demografie, so wird deutlich, dass sich die Struktur der Arbeitnehmerschaft weiter verändern wird. Die Bevölkerung in Deutschland und auch die Erwerbstätigen werden immer älter. Nicht nur im gesellschaftlichen Leben, sondern auch in der Arbeitswelt bedarf diese Entwicklung einer Anpassung. Die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld sollten daher einen Wandel erfahren, der diesen Anforderungen gerecht wird. Im Zuge des demografischen Wandels müssen in Zukunft gesellschaftliche und wirtschaftliche Aufgaben von immer weniger und immer älteren Personen übernommen werden. Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit stellen einen immer wesentlicheren Aspekt der Wertschöpfung in einem Unternehmen dar. Laut dem Statistischen Bundesamt wird sich die Alterung der Bevölkerung in Deutschland trotz hoher Nettozuwanderung und gesteigener Geburtenraten weiter reduzieren. Bis zum Jahr 2035 wird demnach die erwerbsfähige Bevölkerung um rund 4 bis 6 Millionen auf 45,8 bis 47,4 Millionen Menschen schrumpfen (Bundesamt, 2019).

Die demografische Entwicklung bewirkt aber auch, dass in Zeiten einer Quasi-Vollbeschäftigung die Anspruchshaltung von Bewerbern stetig wachsen wird. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie das Vorhandensein einer betrieblichen Gesundheitsförderung werden in Zukunft immer wichtiger sein. Arbeit hat nicht mehr nur den reinen Zweck der Existenzsicherung, sondern stellt vermehrt das Streben nach Selbstverwirklichung und nach Sinnhaftigkeit in der modernen Arbeitsgesellschaft in den Fokus (Fehlzeiten-Report 2018, 2017, S. 5). Folgt man dieser Argumentation, so wird klar, dass in Zukunft das Thema Gesundheit mehr im Fokus stehen wird. Trotz nachweislich lohnender Investitionen in die ganzheitliche Förderung von

Gesundheit tun sich Unternehmen schwer bei der konkreten Ausarbeitung von Maßnahmen. Demgegenüber zeigt sich eine Verknüpfung von Unternehmenserfolg und Arbeitszufriedenheit, Wohlbefinden und Engagement der Mitarbeiter (Struhs-Wehr, 2017, S. 3).

Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es seit ungefähr zwei Jahrzehnten und diese haben in den letzten Jahren eine Aufwertung erfahren. Dies wird deutlich an der Zahl der Publikationen, aber auch an der Umsetzung in kleinen und mittelständischen, sowie in Großunternehmen. Aber auch eine Zunahme an Akteuren und Anbietern entsprechender Maßnahmen deutet auf eine Bedeutsamkeitssteigerung hin (Stöbel & Pfaff, 2008, S. 416). Heutzutage ist in den meisten Betrieben nicht mehr die Frage, ob es eine betriebliche Gesundheitsförderung gibt, sondern nur noch, wie und in welchem Umfang diese durchgeführt wird. Untersuchungen haben gezeigt, dass der monetäre return on investment (ROI) bei BGM-Maßnahmen positiv ist und verweisen auf die Attraktivität von Arbeitgebern im Vergleich zu konkurrierenden Unternehmen bei der Suche nach Talenten (Lühmann & Zimolong, 2007, S. 78).

Auch die fortschreitende Digitalisierung verändert nicht nur die Gesellschaft, sondern auch die Zukunft der Arbeit. Die Generationen Y und Z werden auf den Arbeitsmarkt gespült und verbinden neue Wertvorstellungen und Anforderungen mit etablierten Arbeitsformen. Neben der Generation Y, die als anspruchsvollste und selbstbewussteste Generation seit Langem gilt, bringen die Generationen Y und Z neue Qualitäten und Herausforderungen in den Arbeitsmarkt. Galt die Generation Y noch als internetaffin und als Wohlstandsgeneration, grenzt sich die Generation davon schon ab (Kovarik, 2013, S. 18). Für sie gelten bisher gelebte Arbeitseinstellungen und tradierte Wertemuster nicht mehr gänzlich. Für sie steht der Beruf durchgehend an zweiter Stelle, der Begriff Work-Life-Blending ist bezeichnend für diese Generation. Sie schätzen einen integren Chef, ein ausgewogenes Verhältnis von Konsum und Nachhaltigkeit und nur 6 Prozent aller Menschen der Generation Z geben an, sich selbstständig machen zu wollen. Stärker als ihre Generationen vorher nehmen sie eine politische Rolle ein und fordern vehement Mitspracherecht, wie sich bei den Demonstrationen der fridays-for-future Bewegung eindrucksvoll belegen lässt (Scholz, 2014, S. 20). Der Wandel der Arbeitswelt in Zeiten der Digitalisierung fordert nicht nur eine Änderung im Arbeitsablauf, sondern auch einen kulturellen Wandel und bietet durch diese Veränderungen auch Chancen. Deutschland erbringt jährlich Hochleistungen auf dem Gebiet der Wirtschaft und die einstige Industriegesellschaft hat sich in eine Informations- und Dienstleistungsgesellschaft gewandelt (Falk, 2007). Die hohen Leistungen und internationale Wettbewerbsfähigkeit sind treibende Faktoren, die die Lebensqualität

und den Wohlstand sichern. Dahinter stehen die Angestellten und Mitarbeiter, für die der dynamische und sich schnell wandelnde Arbeitsmarkt des 21. Jahrhunderts neue Anforderungen mit sich bringt. Die einstige Sicherheit beständiger Arbeitsplätze weicht einer zunehmenden Unberechenbarkeit der Markt- und Arbeitsverhältnisse (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2011).

2. Stand der Forschung

Die Sichtung der vorhandenen Literatur und die besondere Fokussierung auf die Themengebiete BGM, BGF sowie Gesundheit und Arbeit ergab, dass in den letzten Jahren eine Vielzahl an Publikationen zu dem Thema erschienen ist. Besonders relevant: Ulich & Wülser, 2015; Kreis & Bödeker, 2003; Badura, Walter, & Hehlmann, 2010; Hurrelmann K. , 2003. Ebenfalls wurden im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vermehrt Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten unternommen. Die Forschungsrichtungen gehen dabei teilweise auseinander und konzentrieren sich auf unterschiedliche Bereiche im Gesamtkonstrukt BGM und BGF. Der Stand der Forschung ist noch jung und besonders der Fokus auf die Kombination von Gesundheit und Arbeit wird aktuell intensiv bearbeitet. Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie sind auch bisher nur in ihren Grundzügen zu erfassen und wirken sich massiv im Bereich des BGM aus.

Die Verabschiedung der Ottawa Charta von 1986 setzte einen Startschuss für das betriebliche Gesundheitsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Ottawa Charta setzte sich als Ziel, die Bevölkerung zu einem selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit zu animieren. Ebenso ging es um die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten und deren Gesundheitsdienste. Grundlage der Charta war der betriebliche Arbeitsschutz. Dieser beruht auf einer langen und vielfältigen Tradition und hat seine Ursprünge 1839 in der preußischen Gewerbeordnung. Diese Ordnung verpflichtete die Arbeitgeber, Maßnahmen zum Schutz der Arbeitnehmer zu ergreifen. Im Zuge der europäischen Gesetzesinitiativen wurde der Arbeitsschutz weiter gestärkt und ausdifferenziert. Neben den ursprünglichen Berufen, welche vom Arbeitsschutz profitierten, kamen neue Arbeitsbelastungen hinzu. Somit erfuhr der Arbeitsschutz eine fortgeschrittene Professionalisierung und Institutionalisierung (Badura, Ritter, & Scherf, 1999).

Das betriebliche Gesundheitsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung kristallisierten sich aus dem Arbeitsschutz hinaus und stellten weitere Themengebiete in den Vordergrund. Die Verbesserung der Führungskultur im Unternehmen, bestimmte Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf sowie Aufgaben der altersgerechten Arbeitsgestaltung wurden mit aufgenommen. Wichtig war der veränderte Fokus bei der Betrachtung und Ausgestaltung der unternehmensinternen Maßnahmen. Es wurde an die Eigenverantwortung der Beschäftigten appelliert und die Stärkung des individuellen Gesundheitsbewusstseins stand im Zentrum. Nichtsdestotrotz werden viele aktuelle Maßnahmen der betrieblichen

Gesundheitsförderung überwiegend für die Reduktion der Unfall- und Krankheitsfälle eingesetzt (Ritter, 2003). Festzuhalten ist, dass Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch verhaltensbezogene Maßnahmen dominiert sind. Hierbei spielen vor allem die sport- und bewegungsbezogenen Angebote eine entscheidende Rolle (Boese, 2010; Rudolph, 2013; Ulich & Wülser, 2009). Die Vorteile von sportlicher Aktivität sind hinreichend belegt und in Kapitel 3.3 genauer beleuchtet. Der Annahme, dass fehlende sportliche Aktivität eine Ursache von großer Arbeitsbelastung, ist gehen Woll & Bös auf den Grund (Woll & Bös, 2004). Häufig enden Programme mit der Aushändigung von Plänen und Handlungsempfehlungen für die Teilnehmer, ein langfristiger Erfolg stellt sich jedoch nicht ein. Es wurde festgestellt, dass nach ca. 12 Monaten ein ursprüngliches Verhalten überwiegend wieder an den Tag gelegt wird (Reinhard, 2003).

Zwar sind erste Hürden abgebaut und die Berühungsangst mit der Thematik reduziert, jedoch stellt sich kein langfristiger Erfolg ein. Auf Grund dieser Problematik haben sich Modelle mit einer breiter angelegten Maßnahmenpalette als effektiver durchgesetzt. Trotz dieser Erkenntnis beruhen die meisten Angebote nach wie vor auf personenbezogenen Maßnahmen und den Veränderungen des individuellen Lebensstils (Ulich & Wülser, 2015). Der Thematik des Nachweises der Effektivität und des Nutzens vom betrieblichen Gesundheitsmanagement widmet sich das Kapitel 4.5 ausführlich. Die Autoren Glöde (2010), Neuner (2016) und Huber & Weiß (2015) nähern sich diesem Thema und stellen die grundsätzlich fehlende Evidenz der Maßnahmenkontrolle in den Vordergrund (Glöde, 2010; Neuner, 2016; Huber & Weiß, 2015).

Neben der schwierigen Nachweisbarkeit des return on investment lassen sich auch Evaluationsdaten schwer zu erheben. Wie in Kapitel 5.4.4 genauer beschrieben, stellt die Evaluation einen entscheidenden Faktor bei der Ausgestaltung der Maßnahmen dar. Die Schwierigkeiten bei der Messbarkeit der Evaluation sind auf die häufig ungenügende Qualität der Instrumente zur Erfolgsmessung zurückzuführen. Ebenso sind unzureichende und fehlerhafte Erklärungsansätze hinsichtlich der Wirkungsweise der Gesundheitsförderung bezogen auf die Organisationen und deren Beschäftigte ein Teil des Problems (Walter, Plaumann, & Lehmann, 2014). Somit lässt sich grundsätzlich feststellen, dass die bestehenden Ansätze der Gesundheitsförderung auf den tayloristischen Arbeitsorganisationen beruhen. Damit sind die Gesundheitsrisiken nur schwer übertragbar auf die wissensbasierten Unternehmen und die Anforderungen in den untersuchten KMU (Gerlmaier, 2005).

2.1 Problemstellung und Forschungsfrage

Unternehmen stehen heutzutage vor drei großen Herausforderungen. Zum einen müssen sie dem demografischen Wandel und dem damit einhergehenden Fachkräftemangel Herr werden (KfW, 2022). Daneben steigt die Anzahl der psychischen Erkrankungen und diese führen zu längeren Fehlzeiten und dadurch zum Anstieg der Krankheitskosten pro Arbeitnehmer. Ebenfalls steigt der Wettbewerb um talentierte und qualifizierte Arbeitskräfte und deren Anforderungen an Arbeitgeber hat sich gewandelt. Aktuell bieten rund 50 % der Unternehmen in Deutschland BGM an. Diese Maßnahmen erreichen jedoch nur rund 5–10 % der Angestellten. Das Problem dabei ist, dass diese in der Regel schon zu den Gesunden zählen, somit macht das aktuelle BGM die Gesunden nur gesünder (Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 2014).

Die Akzeptanz und Annahme der Maßnahmen zur Förderung der betrieblichen Gesundheit sind noch nicht gänzlich verbreitet. Trotz der unbestrittenen Vorteile von gesunden Mitarbeitern, wie eine erhöhte Leistungsbereitschaft, eine verbesserte Arbeitsperformance und ein geringerer Krankenstand, gibt es auch Vorbehalte. Das BGM leistet keine greifbaren und sichtbaren Nutzeffekte direkt zu Beginn und auch der Ablauf und die Umsetzung sind umstritten. Es fehlt an Erfahrung in Unternehmen und das BGM stellt einen neuen, bisher nicht verbreiteten Zweig der Mitarbeitermotivation dar. Viele Unternehmen, gerade kleine und mittelständische, fühlen sich bevormundet und schrecken vor den Kosten zurück. Gerade die Ausgaben für langfristige Projekte sind kaum genau zu kalkulieren. Daher bevorzugen viele Leiter von KMU kurzfristige und einmalige Maßnahmen. Ebenfalls bestehen Vorbehalte hinsichtlich der Zweckmäßigkeit der Implementierung. Nicht zuletzt sind BGM-Maßnahmen in wirtschaftlich schwierigen Zeiten die ersten Bausteine bei der Reduzierung von laufenden Kosten, da der Rückbau der geschaffenen Strukturen keinen direkten Einfluss auf die tägliche Arbeit hat. Somit ist es in wirtschaftlich schwierigen Zeiten ein gängiger Weg, die Gesundheitsangebote im Unternehmen auszusetzen oder zu widerrufen. Während der Corona-Pandemie zeigte sich jedoch, dass gerade das BGM von digitalen Angeboten profitieren kann und in Zeiten von Homeoffice ein direkter Draht zu den Mitarbeitern außerhalb des Arbeitskontextes geschaffen werden kann (Ghadiri & Peters, 2020).

Außerdem ist zu beachten, dass das klassische betriebliche Gesundheitsmanagement häufig die Zielgruppen verfehlt. Das kann daran liegen, dass die zu erreichenden Zielgruppen nicht erkannt werden oder ein mangelhaftes Angebot und schlechte Kommunikation innerhalb des

Betriebes vorliegen. Auch eine ausschließliche Belehrung der Mitarbeiter und fehlende Partizipation durch Teilhabe und das Angebot zum Austausch sind eine häufige Fehlerquelle (Ghadiri, Ternes, & Peters, 2016, S. 95). Es stellt sich die Frage, wieso einige Maßnahmen angenommen und akzeptiert werden und andere Angebote und Maßnahmen auf Ablehnung stoßen. Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Anreizen, die gesetzt werden können, um die Akzeptanz und Annahme der Maßnahmen zu erhöhen und die spezifischen Belastungen der Mitarbeiter zu reduzieren. Ebenfalls schaut sie auf die Faktoren der Ablehnung und die Hemmschwellen der Mitarbeiter. Sie betrachtet, was Angestellte abhält und hindert an den angebotenen Maßnahmen teilzunehmen.

2.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit unterteilt sich in fünf Abschnitte. Zu Beginn der Arbeit erfolgt neben der Einleitung ein Einblick in den Stand der aktuellen Forschung und der Forschungsbeitrag wird näher erläutert. Der Bezug zu aktuellen Forschungsbeiträgen und der Geschichte der Forschung auf dem Themengebiet wird herausgearbeitet. Wichtige Publikationen werden vorgestellt und eine Einordnung von bisher publizierten Arbeiten wird vorgenommen. Ebenfalls wird der eigene Forschungsbeitrag klarer hervorgehoben und auch hier erfolgt eine Einordnung in den aktuellen Forschungsstand. Neben dem Ziel der eigenen Arbeit wird auch der Mehrwert für die Arbeitnehmer und Arbeitgeber erklärt und die Frage, mit der sich die Arbeit beschäftigt, wird genauer erklärt. Zu dem Einblick in die aktuelle Forschung wurden Interviews mit sieben Experten auf dem Gebiet des BGM geführt.

Während der Erstellung der Arbeit konnten Prof. Bernhard Badura, Emeritus der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Cornelia Schneider, Geschäftsführende Gesellschafterin der GGW, Antje Ducki, Professorin für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Beuth Hochschule für Technik Berlin, Klaus Hurrelmann, Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin, Prof. Karlheinz Sonntag Inhaber des Lehrstuhls für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Heidelberg, Dr. Wenke Klingbeil-Döring Expertin für Arbeit, Digitalisierung und gesellschaftliche Transformationsprozesse und Prof. Dr. Toni Faltermaier vom Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung der Europa-Universität Flensburg für ausführliche Interviews und Stellungnahmen gewonnen werden (vgl. Anhang 5). Die sieben Experten sind prägend auf dem Gebiet des betrieblichen

Gesundheitsmanagements und neben zahlreichen wichtigen und richtungsweisenden Publikationen auch in verschiedensten Nebentätigkeiten im Gebiet des BGM und BGF engagiert. Ihre Einschätzungen und Meinungen werden zu ausgewählten Themengebieten hinzugezogen und eingeordnet.

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf das Thema Gesundheit und Arbeit eingegangen. Es wird eine Definition der Weltgesundheitsorganisation erläutert und verschiedene Modelle, wie das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky oder das Gesundheitsmodell nach Hurrelmann vorgestellt. Die Begriffe Verhaltens- und Verhältnisprävention werden untersucht und ebenso werden die Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit abgegrenzt und der Unterschied zwischen den verschiedenen Konzepten herausgearbeitet. Des Weiteren wird ein Mandala-Modell der Gesundheit vorgestellt und verdeutlicht, wieso Krankheit und Gesundheit einander bedingen. Danach wird die Bedeutung von Gesundheit für die Arbeit verdeutlicht und verschiedene Kennzahlen genannt. Abschließend richtet sich der Blick auf den Wandel der Arbeitswelt und die aktuelle Situation auf dem Arbeitsmarkt. Die Thematik der psychischen Erkrankungen und die Zunahme des Gebrauchs von Psychopharmaka nimmt einen weiteren wichtigen Teil im theoretischen Konstrukt der Arbeit ein und verdeutlicht, inwieweit Arbeit auch krank machen kann. Im Abschnitt Wandel der Arbeitswelt wird auf vier Triebkräfte eingegangen, mit denen die Arbeitswelt konfrontiert wird. Jede dieser Triebkräfte hat unterschiedliche Auswirkungen auf die Arbeitswelt und stellt in sich und untereinander eine eigene Dimension dar.

Danach wird genauer auf das Thema des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingegangen. Hierbei werden Grundpfeiler sowie Grundzüge erklärt und thematisiert. Das Bielefelder Unternehmensmodell wird ebenso vorgestellt wie verschiedene Konzepte des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Ebenfalls wird die Thematik des BGM in kleinen und mittelständischen Unternehmen vertieft. Es erfolgt eine Betrachtung der betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Ausprägungen. Die Konzepte von BGM und BGF werden erläutert und deren Vorgehensweisen, Implementierungen und Umsetzungen erklärt. Hinzu kommt der Blick auf mögliche Unterstützungsangebote und den Aufbau eines Netzwerkes. Beim Themenfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung werden grundlegende Begriffe abgegrenzt und erläutert. Auch hier liegt der Fokus auf verschiedenen Nutzungsmöglichkeiten und Partizipationsmöglichkeiten. Zum Schluss erfolgt eine Beschreibung des Phasenmodells. Zu jeder Zeit werden die Einschätzungen der sieben ausgewiesenen Experten in die Theorie mit eingearbeitet.

Im vierten Teil der Arbeit wird die empirische Untersuchung vorgestellt. Es erfolgt eine Beschreibung der Untersuchungskonzeption. Die durchgeführten Experteninterviews an den drei Standorten werden vorgestellt, erklärt und besprochen. Ebenso findet eine Einordnung der Expertenmeinungen statt. Im Anschluss werden die Methoden der Auswertung besprochen. Ebenfalls werden die Kategorisierungen erläutert. Darauf folgen die Datenauswertung, Dateninterpretation und eine Zusammenfassung der Daten. Als nächstes folgt die Darstellung der Ergebnisse. Auch hier wird Bezug auf die sieben Experten genommen. Abschließend wird eine Zusammenfassung erfolgen. Anschließend werden die Ergebnisse diskutiert und eingeordnet. Es erfolgt eine kritische Reflexion der Forschungsarbeit, der erhobenen Daten, der Erhebungsinstrumente und der daraus resultierenden Schwachstellen und Probleme. Abschließend wird ein Fazit gezogen. Anschließend erfolgt ein wissenschaftlicher Ausblick, im Rahmen dessen mögliche weitere Forschungsfelder diskutiert werden.

2.3 Zielsetzung

Aufgrund der Aktualität des Themas und des Wandels der Arbeitswelt sowie der demografischen Entwicklung ist es von besonderer Bedeutung, die Akzeptanz sowie die Ablehnung von Arbeitnehmern von betrieblichem Gesundheitsmanagement zu verstehen. Diese Arbeit hat Mitarbeiter von kleinen und mittelständischen Unternehmen befragt und konzentriert sich dabei auf verschiedene Tätigkeitsschwerpunkte. In Abbildung 1 ist der Ablauf der Arbeit genauer gekennzeichnet. Zu Beginn der Arbeit wurde der aktuelle Forschungsstand erarbeitet. Hierbei ist zu beachten, dass die Akzeptanz und Ablehnung von Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements eng mit der Umsetzung und Ausgestaltung der Angebote verknüpft sind. Hinzu kommen wichtige Themengebiete und deren Einordnung in den Kontext der Arbeit. Danach wurde mit sieben renommierten Autoren und Wissenschaftlern gesprochen, um eine Einschätzung zu verschiedenen Themengebieten und einen Blick auf die aktuelle Forschung zu erhalten. Kernpunkt der Arbeit ist die Beantwortung der Frage, nach der Akzeptanz und der Ablehnung des betrieblichen Gesundheitsmanagements von Arbeitnehmern in KMU. Hierfür wurden Experten aus unterschiedlich Fachbereichen interviewt und deren Antworten mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Nach Auswertung der Interviews wurden die Ergebnisse mittels der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse verglichen und untersucht.



Abbildung 1: Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung)

Neben der Frage nach der Akzeptanz und Ablehnung geht diese Arbeit auch der Frage nach, inwieweit sich aktuelle Entwicklungen auf den Arbeitsmarkt auswirken. Der demografische Wandel und die Veränderung der Arbeitnehmergewohnheiten, Stichwort Generationenkonflikt, werden ebenso thematisiert wie die Auswirkung von steigenden Krankenzahlen auf die Arbeitswelt. Hierbei steht besonders die individuelle Gesundheitskompetenz im Vordergrund und neben den Begriffen BGM und BGF wird auch der Begriff der privaten Gesundheitsförderung (PGF) genauer beleuchtet (Schneider, 2018, S. 22). Die Themenbereiche Globalisierung und Digitalisierung führen zu einem umfassenden ökonomischen, technologischen und gesellschaftlichen Wandel. Dieser hat zur Folge, dass die Bedeutung der Work-Life-Balance (WLB) für Unternehmen, deren Beschäftigte und die Gesellschaft von immer größerer Bedeutung wird. Diese Entwicklung ist ebenfalls für die Akzeptanz und Ablehnung des BGMs von Bedeutung und wird sichtbar in der Veränderung der Anspruchshaltung von Arbeitssuchenden.

Die Zielsetzung der Arbeit geht einher mit dem Verständnis für die Annahme der Angebote. Ebenfalls beleuchtet sie das Phänomen und Symptom der Akzeptanz der Angebote der intrinsisch motivierten Mitarbeiter und der damit einhergehenden Verfehlung der Zielgruppe. Die Arbeit hat zum Ziel, einen Erklärungsansatz zu finden, warum Angebote auf Akzeptanz stoßen und andere Angebote auf Ablehnung stoßen. Es wird eine Antwort gesucht, welche Faktoren dazu führen, dass Mitarbeiter motiviert sind und sich dazu entschließen, Angebote anzunehmen oder eben ablehnend auf Angebote reagieren. Daneben werden die Ergebnisse in die aktuelle Situation auf dem Arbeitsmarkt eingeordnet und Schlussfolgerungen getroffen, inwieweit es Möglichkeiten zur Steigerung der Akzeptanz gibt.

3. Gesundheit und Arbeit

Im folgenden Kapitel erfolgt eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit. Hierbei werden verschiedene Gesundheitsmodelle vorgestellt und miteinander verglichen. Ebenso wird eine Definition der WHO näher beleuchtet. Neben dem Thema der Gesundheit und der Suche nach Faktoren für einen gesunden Lebensstil wird auch die Thematik Krankheit näher untersucht und das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky vorgestellt. Ergänzt wird dieses Modell durch das biomedizinische Modell, das biopsychosoziale Modell, das Modell von Hurrelmann, sowie das Mandala-Modell der Gesundheit. Ebenso erfolgt eine Einordnung der Modelle durch die ausgewählten Experten. Bei der Beschäftigung mit dem Gesundheitsbegriff zeigt sich, dass Gesundheit oftmals als Abwesenheit von Krankheit verstanden wird. Anhand der vielen verschiedenen Definition wird klar, dass Gesundheit kein Zustand, sondern vielmehr ein Prozess ist, den jeder Mensch aktiv beeinflussen und steuern kann. Somit handelt es sich bei der Gesundheit um einen individuellen Begriff, der gesellschaftliche und soziale Aspekte verbindet sowie eine gesellschaftliche und soziale Dimension besitzt (Vogt & Töpfer, 2011).

In verschiedenen Konzepten und Theorien früherer wissenschaftlicher Untersuchungen zeigt sich, dass die Verbindung von Gesundheit und Krankheit ständig präsent war. Im Folgenden werden einige Annahmen vorgestellt und es wird verdeutlicht, dass Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit gesehen wird. Es wird angenommen, dass Gesundheit als Idealzustand mit völligem Wohlbefinden ohne jede körperliche, psychische und soziale Störung zu verstehen ist (Marchwacka, 2013). Ebenfalls zeigt sich, dass Gesundheit eine persönliche Stärke ist, die auf körperlichen und psychischen Eigenschaften beruht (Waller, 2006).

Die Annahme darüber, dass Gesundheit als die Leistung zur Erfüllung von gesellschaftlichen Anforderungen gilt, setzt voraus, dass die Abwesenheit von Krankheit gegeben ist (Bengel & Jerusalem, 2009). Und auch bei der Einschätzung, dass Gesundheit ein Gebrauchsgut ist, das hergestellt und eingekauft werden kann, gehen die Autoren davon aus, dass die Abwesenheit von Krankheit die Ursache für die Gesundheit ist (Marchwacka, 2013). Die Zufriedenheit im Erwerbsleben beeinflusst unsere Gesundheit maßgeblich und kann förderlich oder hemmend sein. Ebenso wirkt sich umgekehrt der Gesundheitszustand auf die Einstellung zur Arbeit und die Leistungsfähigkeit direkt aus. Betrachtet man den Zusammenhang von Gesundheit und der Akzeptanz oder Ablehnung von betrieblichen Gesundheitsangeboten aus Sicht von

Arbeitnehmern, so wird deutlich, dass dieser Zusammenhang eng miteinander verknüpft ist. Investitionen in die Gesundheit lassen nicht nur die Unternehmensgewinne steigern, sondern fördern auch die Verbindung der Mitarbeiter mit dem Unternehmen. Neben den direkten Kosten der pathogenen Faktoren des Absentismus, steigen auch die Kosten des Präsentismus und die damit einhergehend Langzeitfolgen und Kosten (Badura, Greiner, Rixgens, Behr, & Ueberle, 2013, S. 11).

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Einflussgrößen auf den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung aus unterschiedlichen Bereichen bestehen. Hierzu zählen personale Faktoren, soziale Faktoren und der Zustand des Gesundheitssystems. Zu den personalen Faktoren gehören das Geschlecht, das Alter, die ethnische Disposition, die körperliche Konstitution, die Persönlichkeitsstruktur, Lebensgewohnheiten, der Bildungsgrad sowie Bewältigungskompetenzen bei Lebenskrisen und in Stresssituationen. Beachtenswert ist hierbei die Verknüpfung zum Arbeitsleben und zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Zu den sozialen Faktoren zählen die wirtschaftliche Lage, Wohnverhältnisse, Verkehrssicherheit, soziale Integration, Umweltqualität, Arbeitsbedingungen und die privaten Lebensformen. Soziale Faktoren lassen sich direkt oder indirekt auf das Gesundheitsverhalten zurückführen, da hierbei in verschiedenen Bereichen, ähnlich wie bei den personalen Faktoren, individueller Handlungsspielraum besteht. Die Faktoren des Gesundheitssystems bestehen aus der Erreichbarkeit, der Zugänglichkeit, der Bedarfsgerechtigkeit, der Versorgungsqualität und dem Versicherungssystem (Spicker & Schopf, 2007, S. 25).

Besonders das Gesundheitssystem und die daraus resultierende Versorgung hat während der COVID-19-Pandemie die internationalen Unterschiede deutlich gemacht (Sachverständigenrat, 2020). Die Einteilung im Arbeitsalltag in eine Zeit vor Corona und eine Zeit nach Corona ist längst vollzogen. Die neue Normalität, welche mit Bürotätigkeit mit Maskenpflicht, Teamarbeit mit Social Distancing und remote Arbeit verbunden ist, ist bereits Alltag. Viele Mitarbeiter arbeiten im Homeoffice und eine Abkehr dieses Arbeitsflexibilität, für eine Zeit nach Corona, ist aktuell schwer vorstellbar. Die Verunsicherung der Mitarbeiter und deren Familie während der Pandemie und die daraus folgenden psychologischen Auswirkungen sind ebenfalls ein weiterer Bestandteil des modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Der Infektionsschutz und die Ansteckung mit einer neuen Virus-Variante ist ein neuer Teil der betrieblichen Normalität (Hofmann & Matusiewicz, 2020). Doch auch für die Zeit nach der Pandemie scheint die Perspektive im Homeoffice zu arbeiten für viele Angestellte attraktiv. Die hybriden

Arbeitsorganisationen verbinden für viele Mitarbeiter die positiven Aspekte des Homeoffice und der Möglichkeit im Büro mit den Kollegen in den Austausch zu kommen. Noch ist nicht abzusehen, inwieweit die remote Arbeit die Unternehmen und die Unternehmenskommunikation nachhaltig verändern wird (iwd, 2021).

Beleuchtet man den Begriff Gesundheit nun aber näher und geht davon aus, dass ihm mehr zugrunde liegt als die reine Abwesenheit von Krankheit, so wird deutlich, dass es einer noch genaueren Definition bedarf. Eine Annäherung an ein für die Gesundheitswissenschaften notwendiges Konzept von Gesundheit und die Verhältnisbestimmung sind die Deutungsfigurationen (Göckenjan, 1991, S. 15-24). Danach lässt sich Gesundheit aus drei Perspektiven betrachten.

1. Gesundheit als Abgrenzungskonzept, welches eng mit der medizinischen Deutung und Diagnostik von Krankheit verknüpft ist (biomedizinisches Paradigma). Hierbei wird Gesundheit vorrangig als die Abwesenheit von Krankheit begriffen (Franzkowiak & Hurrelmann, 2018).
2. Gesundheit als Funktionsaussage, also als Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht. Hierzu zählt auch die Erfüllung sozialer Rollen (soziologisches Paradigma). Zu dieser Deutung gehören auch alle Gesundheitsvorstellungen eines körperlichen und seelischen Gleichgewichts oder einer flexiblen Anpassung an sich verändernde Umweltbedingungen (ebd.).
3. Wertaussagen als Grundlage von Gesundheitsdefinitionen, wobei Gesundheit als „höchster Wert“ verstanden wird (ebd.).

Trotz der verschiedenen Perspektiven und Erklärungsansätze lässt sich Gesundheit nicht eindeutig definieren und sie bleibt schwer zu fassen. Viele verschiedene Konzeptionen betrachten Gesundheit zwar aus unterschiedlichen Perspektiven, lassen sich aber nicht zu einem einheitlichen Bild zusammentragen. Für das Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung und einem allumfassenden Ansatz ist es jedoch von Bedeutung, dass der Gesundheitsbegriff klar verständlich und greifbar definiert wird. Aufgrund der unscharfen Definition hat die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Präambel vom 22. Juli 1946 die bekannteste wertorientierte Umschreibung herausgegeben. Wichtig bei dieser Definition ist die gleichzeitige Bedeutung von körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden.

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO, 1946)

Diese Definition hat in der Gesundheitswissenschaft wichtig Erkenntnisse erzeugt, ist jedoch heutzutage veraltet. Mit dieser Definition löst sich die WHO von den rein medizinischen Ansichten von Gesundheit und definiert Gesundheit allumfassender. Der Gesundheitsbegriff wird multidimensional erfasst und beleuchtet nicht nur die körperlichen Aspekte. Auch Bezüge zum seelisch-geistigen Zustand und zum sozialen Wohlbefinden spielen bei der Definition eine Rolle. Alle diese Aspekte beeinflussen sich gegenseitig. Problematisch bei diesem Begriff ist jedoch die Annahme, dass es nach dieser Definition kaum oder nur sehr wenig gesunde Menschen geben kann und daher der Krankenstand der Weltbevölkerung utopisch hoch wäre (Vogt & Töpfer, 2011, S. 5). Heutzutage wird Gesundheit mehr als ein Prozess verstanden und es geht um die immer wiederkehrende Herstellung von Risiko- und Schutzfaktoren. Hurrelmann erkennt 2003, dass die Gesundheit ein Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren ist und dann eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt (Hurrelmann, 2003, S. 94). Falls dieses Gleichgewicht gestört oder zerstört wird, so tritt Krankheit ein. Ebenso gibt es die relative Krankheit und kann durch Selbstheilung oder durch äußere Einflüsse wieder in relative Gesundheit gewandelt werden. Auch kann Gesundheit als Kompetenz verstanden werden. Unser Gesundheitssystem wird von Prof. Toni Faltermaier folgendermaßen eingeschätzt:

„(...) unser Gesundheitssystem ist ungeheuer stark in Bezug auf die, die Behandlungen von Krankheiten, natürlich aber auch so, dass es teuer ist, weil sie ständig neue Erkenntnisse produzieren, die dann entsprechend umgesetzt werden, aber das ganze Feld der Prävention und Gesundheitsförderung ist vergleichsweise äußerst gering ausgebaut. Wenn das gestärkt werden könnte (...) die Corona-Pandemie hat uns ein Stück gezeigt, dass es allein durch die Behandlung von Kranken, also schwer möglich ist, so eine Epidemie irgendwie in den Griff zu bekommen, aber denken Sie auch an so Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Rückenbeschwerden, das sind ja sozusagen die massiven, ja, also Ursachen von Kosten, wenn Sie mal sozusagen

dazu führen, dass Menschen krank werden, wenn man da nur etwas verschieben könnte (...). Insofern ist der Trend ganz eng mit dem Trend zum Demografischen Wandel verbunden und hat immense ökonomische Effekte. Ich habe immer mal wieder so Zukunftsforscher zur Kenntnis genommen, (...) die gesagt haben, Gesundheit ist eigentlich der zukünftige Megatrend, weil an Gesundheit macht sich irgendwie über die Computerisierung und die Digitalisierung hinaus fest, wie leistungsfähig unsere Gesellschaften ist, weil eben weniger Ressourcen in die Behandlung von Krankheiten gesteckt werden müssen und mehr Ressourcen in die Effekte, also wenn wir sozusagen unsere Arbeitswelt entlasten könnten (...)“ (Prof. Toni Faltermaier, Min. 00:16:41)

3.1 Modelle der Gesundheit

Im nachfolgenden Kapitel findet eine gründliche Auseinandersetzung mit verschiedenen Gesundheitsmodellen statt. Hierbei liegt das Augenmerk auf dem Modell von Aron Antonovsky aus dem Jahr 1979, dem Modell von Hurrelmann sowie dem Mandala-Modell der Gesundheit. Ebenso kommt das biomedizinische Modell sowie das biopsychosoziale Modell zur Sprache. Wie in Tabelle 1 sichtbar, werden insbesondere drei unterschiedliche Modelle der Gesundheit verglichen. Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, sind an der Genese von Gesundheit und Krankheit unterschiedliche Faktoren beteiligt. Diese beeinflussen sich gegenseitig und stehen in Abhängigkeit zueinander.

Tabelle 1: Gesundheitsmodelle (Schneider, 2012, S. 29)

Biomedizinisches Modell	Salutogenetisches Modell	Biopsychosoziales Modell
Gesundheit ist Abwesenheit von Krankheit	Gesundheit ist abhängig vom individuellen Grundvertrauen - sense of coherence (SOC):	Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell)
Biologische Parameter (Blutwerte, Organdefekte, Röntgenbilder, etc.)	1. Die Ereignisse im Leben sind strukturiert und vorhersehbar (Verstehbarkeit)	Systemischer Ansatz, beinhaltet: - körperliche und seelische Gesundheit
Was macht krank?	2. Ressourcen sind verfügbar, um Anforderungen gerecht zu werden (Handhabbarkeit)	- subjektive Gesundheit und biologische Parameter
Stress hat hier nur eine negative Bedeutung	3. Die Anforderungen sind (willkommene) Herausforderungen, für die es sich einzusetzen lohnt (Bedeutsamkeit)	Stressoren wirken als Anforderungen Der Effekt der Stressoren ist abhängig von Ressourcen
Gesundheitsförderung: Aufklärung, medikamentöse Beeinflussung von Risikofaktoren, Impfung, Rauchverbot, Hygiene, Arbeitsschutz (ASM)		Bedürfnisse sind interne Anforderungen
Keine Bedeutung von Gefühlen und Bedürfnissen		Bedürfnisbefriedigung fördert Gesundheit Gefühle sind bedeutsam

3.1.1 Aaron Antonovskys Salutogenese-Modell

Ein Modell, das Gesundheit als ganzheitliches Konzept erfasst, ist das Salutogenese-Modell des amerikanisch-israelischen Gesundheitswissenschaftler Aron Antonovsky (1923-1994). Der Begriff der Salutogenese meint zum einen die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, zum anderen die Gesamtheit der Faktoren, die dabei eine Rolle spielen. Der Begriff der Salutogenese bedeutet Gesundheitsentstehung und stellt somit das Gegenteil der Pathogenese, der Krankheitsentstehung, dar. Anders als die bisherigen Modelle fragt Antonovsky nicht nach Krankheit, Krankheitsursachen oder pathogenetischen Faktoren (Beise, Heimes, & Schwarz, 2013, S. 416). Der Ausgangspunkt des Salutogenese-Modells ist vielmehr die Stressbewältigung. Das Modell geht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus. Grundlage des Modells sind gesundheitliche Untersuchungen an Überlebenden der Konzentrationslager. Neben einer

größeren Anzahl an Personen, die erwartungsgemäß viele gesundheitliche Beeinträchtigungen hatten, gab es eine erstaunlich große Anzahl an Personen, die zwar Extremsituationen ausgesetzt waren und neben körperlichen auch psychische Ausnahmezustände erlebt haben, aber dennoch körperlich und psychisch sehr stabil waren (Petzold, 2011). Im Gegensatz zu dem biomedizinischen Modell fragt Antonovsky nicht nach den Gründen für die Krankheit, sondern nach den Ursachen für Gesundheit. Für den Autor ist dies nicht einfach das Gegenteil, sondern der Kern des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Somit wird davon ausgegangen, dass ein Mensch nicht nur krank oder nur gesund ist, sondern er sich in einem labilen Zwischenstadium aufhält und diesen Zustand jederzeit aktiv aufrechterhalten muss (Schneider, 2018, S. 31).

Zentrum seines Modells sind vier zentrale Komponenten. Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, das Kohärenzgefühl, der Spannungszustand und Stressoren und die generalisierten Widerstandsressourcen. Das Kohärenzgefühl bildet das Zentrum, welches sich im Laufe eines Lebens bei jedem Menschen auf Grundlage von Ressourcen bildet und aussagt, ob das Leben verstehbar, bewältigbar und sinnhaft ist. Somit führt ein hohes Kohärenzgefühl zu einer positiven Gesundheit, im Gegenzug ein niedriges Kohärenzgefühl zu einer negativen Gesundheit (Frank, 2011). Das Modell der Salutogenese ist ein Grundpfeiler der modernen betrieblichen Gesundheitsförderung und ebenso eine zentrale theoretische Grundlage. Ohne das Modell der Salutogenese und die damit einhergehenden Aussagen würde es die betriebliche Gesundheitsförderung in der Form, wie wir sie erleben, nicht geben. Wie in Abbildung 2 dargestellt beschreibt die Salutogenese eine zentrale theoretische Perspektive in der Gesundheitswissenschaft und damit insbesondere in der Gesundheitsförderung. Das Modell von Antonovsky erklärt ein differenziertes Bild von Bedingungen, die Gesundheit erklären (Faltermaier T. , 2020).

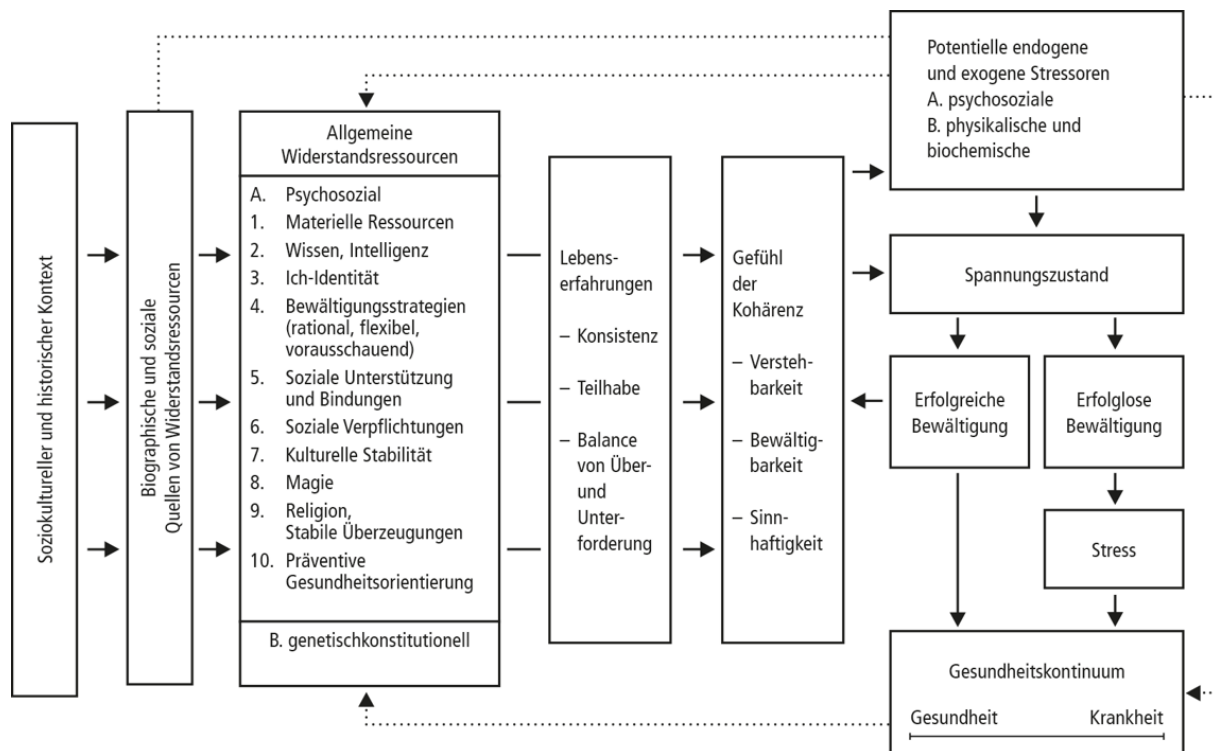


Abbildung 2: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (Antonovsky, 1979 S. 184 f.; aus Faltermaier, 2017, S. 7)

Wie in Abbildung 2 zu erkennen, meint das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum die Abkehr des dichotomen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Im englischsprachigen Werk wird von Health Ease/Dis Ease (HEDE-Kontinuum) gesprochen. Somit treten Gesundheits- und Krankheitsmerkmale koexistent auf. Hierbei werden Menschen nicht als krank oder gesund klassifiziert, was in der Wirklichkeit auch nicht zutrifft. Auch ist die Versorgung im Gesundheitssystem der ausschließlich kranken Menschen zu erklären und die Vernachlässigung der gesunden Menschen ist die Folge davon. Personen lassen sich auf diesem Kontinuum einordnen und bewegen sich auf diesem Pfad. Die Grenzen sind die absolute Gesundheit und die absolute Krankheit, was in der Lebensrealität jedoch nie eintritt. Das Modell der Salutogenese erklärt das Bild dieser Bewegung und deren Ausrichtung in negativer oder positiver Richtung. Ein entscheidender Vorteil dieser Überlegung ist die Einordnung aller Menschen auf dem Kontinuum und selbst schwer kranke Menschen haben die Möglichkeit, sich in die positive Richtung zu entwickeln (Schneidereit-Mauth, 2015).

In diesem Modell wird Stress als Sammelbegriff für die Belastungen und Anstrengungen verstanden, denen ein Mensch jeden Tag ausgeliefert ist. Als einer der bedeutendsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit hat Stress und die Stressbewältigung gerade heutzutage eine erhebliche Einflussgröße. Im Setting der betrieblichen Gesundheitsförderung nimmt die

Stressforschung einen nicht unwesentlichen Platz ein und die Erforschung der Resilienz, nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, stellt eine wichtige Stütze im betrieblichen Gesundheitsmanagement dar. Im Zusammenhang mit Resilienz erklärt Prof. Toni Faltermaier:

„(...) weniger mit wissenschaftlichen Erwägungen zu tun, sondern eher mit Trends, die sehr stark auch von betrieblicher Seite vorangetrieben wurden, weil wissenschaftlich gesehen, das haben Sie ja angedeutet, hat das Resilienzkonzept eigentlich mehr mit, das war in den 70er-Jahren auch also (unv.) mit den Studien auf diesen Hawaii-Inseln zu tun, ja, so wo es im Grunde darum geht, Risikogruppen von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen über Langzeit, also über Jahrzehnte hinweg, und zu sehen, dass es gewisse Untergruppe von riskanten, also von Populationen, die ein Risikofaktor haben, Untergruppen gibt, die relativ psychisch gesund geblieben sind. Und diese Kinder hatten dann die Forscher sehr interessiert und sie haben sie dann irgendwann mal als resilient bezeichnet, weil sie denken, die haben bestimmte Widerstandkräfte aufgebaut über die Erziehung hinweg und da gibt es ja so verschiedene Schutzfaktoren, die da eine Rolle spielen, und deswegen sind diese Kinder nicht psychisch krank geworden. Und da sehen Sie aber auch schon gewisse Unterschiede zu diesem Salutogenese-Konzept, also es ist sehr stark auf diese entwicklungsbezogene Geschichte fokussiert, diese Resilienz zunächst mal, und Antonovsky Salutogenese ist sehr viel stärker auf das Outcome von Gesundheit in einem sehr, sage ich mal, komplexen Sinne fokussiert und warum das dann so in diesen arbeitsbezogenen Kontexten als, als Konstrukt aufgegriffen wurde, also glaube ich hat mehr mit gewissen betrieblichen oder wirtschaftlichen Erwägungen zu tun, als mit wissenschaftlichen allein, weil das Salutogenese Konzept ist eigentlich viel weiter und weiter entwickelt ein Stück, und manchmal bin ich ein bisschen irgendwie fassungslos, wenn irgendwie man eben im Bereich von betrieblichen Gesundheitsmanagement und von entsprechenden Unternehmen, die etwas anbieten da, also sagt irgendwie, wir machen Wochenendseminare und da lernen Sie mal jetzt in zwei Tagen Resilienz (...).“ (Prof. Toni Faltermaier, Min. 00:05:05)

Im Modell von Antonovsky werden Stressoren benannt. Diese psychosozialen, physikalischen oder biochemischen Stressoren führen direkt zum Gesundheitskontinuum. Antonovsky unterscheidet zwischen drei Typen von Stress:

1. bedeutsame Lebensereignisse, die in der Literatur als „life events“ bezeichnet werden, wie z. B. Todesfälle, Heirat, Geburten, Scheidung oder berufliches Scheitern (Schwarz, 2013).
2. akute Widrigkeiten, wie sie jedermann widerfahren, z. B. Streitigkeiten, Unfälle, misslungene Versuche oder nicht bestandene Examina (ebd.).
3. chronische Stressoren, wie z. B. berufliche Überforderung, Mobbing, unglückliche Beziehung, anhaltender Mangel an Ressourcen oder unbehebbar Defizite (ebd.).

Diese exogenen oder endogenen Stressfaktoren wirken auf das Individuum ein und lösen einen Spannungszustand aus. Grundlegend ist hierbei die Coping-Strategie des Menschen, also sein Bewältigungsversuch und der Umgang mit den Stressfaktoren. Dieser Umgang entscheidet über den Einfluss des Stresses auf das Gesundheitskontinuum. Im Gegensatz zum pathogenen Ansatz kann Stress im Modell der Salutogenese auch pathogene Faktoren hervorrufen. Menschen, die den Stress erfolgreich bewältigen, können daraus Kraft schöpfen und diesen als positiv wahrnehmen (Franke A. , 2019, S. 31-33). Bei einer gegenteiligen Entwicklung kann der Stress den Organismus angreifbar machen und diesen verwunden. Einige normale belastende Faktoren sind Herausforderungen an den Menschen, die es zu bewältigen gilt. Stressfaktoren zu eliminieren, fördert die Gesundheit. Damit wird deutlich, dass Gesundheit im Modell von Antonovsky ein dynamischer Prozess ist. Betrachtet man das Modell weiter, so zeigt sich, dass die Dichotomie von Krankheit und Gesundheit zueinander nicht mehr tragbar ist. Daraus geht hervor, dass der Mensch nicht vollständig gesund oder vollständig krank ist, sondern auch im Krankheitsfall einen gesunden Teil in sich trägt.

Die allgemeinen generalisierten Widerstandsressourcen (Generalized Resistance Resources) beschreiben Wege und Möglichkeiten, die Stressfaktoren zu bewältigen. Diese Widerstandsressourcen können in einer Vielzahl von Situationen wirksam und sichtbar werden. Sie umfassen genetische, konstitutionelle und psychosoziale Merkmale. Personen mit ausgeprägten Ressourcen und besseren generalisierten Widerstandsressourcen sind in der Lage, aufkommende Belastungen effektiver abzufedern. Besonders interessant dabei sind die psychosozialen Widerstandsressourcen. Diese sind veränderbar und wandelbar und umfassen Merkmale von

Personen wie Einstellung, Wissen oder Intelligenz. Daneben aber auch körperlich-konstitutionelle Charakteristiken wie eine hohe Immunkompetenz oder ein gesundes Muskelskelett. Ebenfalls gehören die sozialen Beziehungen im Leben eines Menschen dazu und hierbei zählen vor allem das Zugehörigkeitsgefühl, die Unterstützungsmöglichkeiten, eine starke religiöse oder philosophische Überzeugung und kulturellere und materiellere Stabilität. Widerstandsressourcen, wie wir sie kennen, bauen sich im Laufe des Lebens auf und ihr liegen gesellschaftliche, biographische und familiäre Rahmenbedingungen zu Grunde. Diese Widerstandsressourcen sind die Grundlage der Resilienz und die daraus resultierende Fähigkeit von Kindern und Erwachsenen, mit belastenden Faktoren und Umständen umzugehen. Hierzu sagt Prof. Toni Faltermaier:

„(...) Brüche in der Entwicklung von, Widerstandsressourcen entstehen, und bei dem einen bleibt es sozusagen relativ kontinuierlich, die Angebote, die Unterstützungsangebote, auch die Persönlichkeitentwicklungen, und bei anderen ist es von Brüchen gekennzeichnet, das heißt, also da muss man ein Stück in die Entwicklungspsychologie rein und kann sehen, wie unterschiedlich Entwicklungen laufen und was ist da der Einfluss, und das führt dann dazu, dass wir zu einem bestimmten Zeitpunkt, sage ich mal, mit 20 oder mit 30 Jahren unterschiedliche Widerstandsressourcen bei verschiedenen Menschen haben. Selbst aus den gleichen kulturellen oder sozialen Hintergründen, das hat was mit individuellen Entwicklungen zu tun, aber es gibt natürlich auch Kräfte, die einem helfen, Ressourcen aufzubauen und Antonovsky sagt ja dann, letztlich ist der sense of coherence entscheidend, weil sich daran abbildet, ob die Widerstandsressourcen günstig sind, um mit tagtäglichen oder, oder Zivilevents, also schwierigen Lebensereignissen umzugehen, also ob ich dann die Ressourcen habe, um damit umzugehen, und es ist sozusagen für ihn der zentrale Punkt, dass er sagt, an der Stelle haben Leute einen Vorteil, einen gesundheitlichen Vorteil, die viele Ressourcen haben oder gute Ressourcen haben, ein hohes Kohärenzgefühl, dann bewältigen sie ihre Lebensbelastungen besser und das führt dann auf dem Kontinuum der Gesundheit zu eben dem positiven Pol (...).“ (Prof. Toni Faltermaier, Min. 00:10:16)

Ein entscheidender Faktor im Salutogenese-Modell ist das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence). Es beschreibt eine Grundhaltung, eine globale Orientierung, eine aus der Erfahrung erwachsene Überzeugung des Menschen. Dieses Kohärenzgefühl ist der Schlüssel und das Zentrum des Salutogenese Modells. Das Kohärenzgefühl beschreibt, dass alle Belastungen, Schwierigkeiten und Probleme, die das Leben mit sich bringt, für die Menschen nachvollziehbar und

verständlich sind. Diese drei Komponenten sind aufgeteilt in Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), Bewältigbarkeit (sense of manageability) und Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness). Die Verstehbarkeit setzt am Gefühl, das eigene Leben verstehbar zu machen, an. Hierbei wird angenommen, dass das eigene Leben kognitiv klar und nicht chaotisch ist und daher eine verstehbare Richtung einnimmt. Die Bewältigbarkeit fördert die Zuversicht, Anforderungen und Belastungen im Alltag und im Leben stand halten zu können und diese im Idealfall in eine positive Richtung zu lenken. Die Sinnhaftigkeit bezieht sich auf die Feststellung, dass das eigene Leben sinnvoll und lebenswert ist und die dafür aufgebrauchte Energie sinnvoll eingesetzt wird. Die Belastungen sind grundsätzlich mithilfe der verfügbaren Ressourcen zu bewältigen und als Herausforderungen sinnvoll und existenziell bedeutsam. Das Verständnis für das Vertrauen auf Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Bedeutsamkeit der Lebenswelt macht für Antonovsky einen wesentlichen Bestandteil des Kohärenzgefühls aus. Menschen mit einem höheren Kohärenzgefühl sind laut Antonovsky grundsätzlich besser in der Lage sich den Herausforderungen im Leben zu stellen und können ihre Stressoren besser bewältigen. Sie bewegen sich auf dem Gesundheitskontinuum in eine positive Richtung. Das Kohärenzgefühl lässt sich wissenschaftlich nachweisen und messen und findet in der Gesundheitswissenschaft regen Zuspruch.

Abschließend lässt sich feststellen, dass das Salutogenese-Modell das bisher umfassendste Modell zur Entstehung von Krankheit und Gesundheit ist und alle Aspekte der Entstehung berücksichtigt (Dederich & Jantzen, 2009). Ein wesentlicher Bestandteil des Modells ist die Bewältigung. Entscheidend dabei ist die Wahrnehmung des Individuums der Gesamtsituation und der daraus folgenden Einschätzung der Situation. Ob eine Stresssituation also für die Gesundheit förderlich oder nachteilig ist, hängt davon ab, ob die Person genügend Ressourcen aufbringen kann, die Situation zu meistern. Prof. Toni Faltermaier stellt dazu fest:

„(...) wissenschaftlich kann man im Grund so historisch sehen, dass sich ja lange Jahrzehnte lang die Wissenschaft irgendwie erstmal mit Krankheit beschäftigt hat und Krankheit sozusagen die Orientierung war, insbesondere deswegen, weil die Medizin die dominante wissenschaftliche Disziplin in diesem Bereich ist. Und da waren halt Fragen, die sich darum drehen, was sind die Ursachen von Krankheit, wie kann man Krankheit heilen, und das hat sich irgendwann mal als beschränkt effektiv gezeigt ((Schlaggeräusch)). Diese Beschränkung hat damit zu tun und da ist dann der Punkt, wo Leute wie Antonovsky, aber nicht nur er, eingestiegen sind, wo sie gesagt haben, es ist eigentlich eine Illusion zu glauben, dass wir von jeder Krankheit,

auch noch jeder kleinsten Krankheit, die Ursachen sehr genau kennen und dann entsprechende Heilverfahren bekommen, also ein Stück geht es, aber um die Bevölkerung sozusagen langfristig gesund zu halten, müssen wir einen Perspektivenwechsel machen. Und das ist die Wissenschaft dann gekommen und hat gesagt, die reine Konzentration auf Krankheit und ihre Ursachen und jede kleinste Krankheit, es gibt ja Unmengen von Krankheiten, also aufzuklären bringt uns bevölkerungsbezogen nicht sehr viel weiter. Und dann war der Perspektivenwechsel und Antonovsky hat gesagt, es würde uns vielleicht voranbringen, neben dieser pathogenetischen Orientierung auch eine salutogenetische Orientierung zu haben und dann stellen sich ganz andere Fragen. (...) der bevölkerungsbezogene Part ist der, dass wir im Grunde natürlich in der Bevölkerung auch eher eine Orientierung an so dem klassischen Gesundheitssystem haben, wo die Menschen dann zum Arzt gehen, wenn sie (unv.) Beschwerden haben, und sich entsprechende Rat oder Therapie holen, aber immer mehr Menschen, gerade so um den 1970/80er-Jahren, sich auch anders orientiert haben und gesagt haben, ich möchte eigentlich einiges dazu tun, dass ich gesund bleibe, und insofern ist quasi eine gewisse Parallelentwicklung zwischen wissenschaftlicher Orientierung von Krankheit zu Gesundheit und Bevölkerungsorientierung von Krankheit und Gesundheit festzustellen, das würde ich zumal sagen, und man kann im Grunde schon sehen, auch irgendwie in dem Gesundheitsberufen, also Medizin, Pflege, (unv.), Sozialarbeit und so weiter, kann man das auch sehr gut sehen, man kann also in den 90er-Jahren (...) gab es immer wieder Gesundheitstage, diese Gesundheitsberufe, die sich sozusagen stark an Gesundheit orientiert haben und dann entsprechende Konzepte wie das von Antonovsky aufgegriffen (...).“ (Prof. Toni Faltermaier, Min. 00:01:30)

3.1.2 Gesundheitsmodell nach Hurrelmann

Dass Gesundheit von verschiedenen Wechselwirkungen beeinflusst wird, verdeutlichen die vorangegangenen Kapitel. Trotzdem sind noch weitere Leitvorstellungen vorhanden und die Wechselwirkung von inneren und äußeren Einflüssen hat eine entscheidende Wirkung auf die Gesundheit. Hurrelmann (2003) hat vier interdisziplinär tragfähige Leitvorstellungen von Gesundheit und Krankheit zusammengetragen:

1. Die Leitvorstellung von Gesundheit als gelungene und Krankheit als nicht gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
2. Die Leitvorstellung von Gesundheit als Gleichgewicht und Krankheit als Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene.
3. Die Leitvorstellung von „relativer“ Krankheit nach objektiven und subjektiven Kriterien.
4. Die Leitvorstellung von Gesundheit und Krankheit als Reaktion auf gesellschaftliche Gegebenheiten.

Seine Leitvorstellungen sind von der Annahme geprägt, dass Gesundheit vorhanden sein kann, wenn körperliche und psychische Anforderungen wie auch soziale und materielle Umweltanforderungen vom Menschen getragen werden (Hurrelmann, 2003, S. 94). Hurrelmann interpretiert Gesundheit als die Fähigkeit, innere und äußere Umstände zu bewältigen. Zu den inneren Umständen gehören die genetische Veranlagung, die körperliche Konstitution, das Immunsystem, das Nervensystem, das Hormonsystem, die Persönlichkeitsstruktur, das Temperament und die Belastbarkeit (ebd.).

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, bedarf es beim Menschen bestimmter äußerer Faktoren. Dazu gehören die sozioökonomische Lage, das ökologische Umfeld, die Wohnbedingungen, die hygienischen Verhältnisse, die Bildungsangebote, die Arbeitsbedingungen, die private Lebensform und die soziale Einbindung. Hurrelmann führt somit aus, dass die Bewältigung von inneren und äußeren Umständen zum Wohlbefinden beiträgt und somit Grundvoraussetzung für Gesundheit sind (Richter & Hurrelmann, 2016, S. 435). Er interpretiert das Gleichgewicht dieser Umstände und von Risiko- und Schutzfaktoren als Gesundheit. Hurrelmann stellt fest, dass es die eine Gesundheit nicht gibt. Sie kann aus juristischer, soziologischer, psychologischer oder aus naturwissenschaftlich-medizinischer Perspektive unterschiedlich definiert werden. Ebenso hat der historische Kontext einen Einfluss auf die Definition von Gesundheit (Waller, 2006). Hurrelmann definiert Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist

ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann, Gesundheitssoziologie, 2000)

Hurrelmanns Definition rückt die subjektiven Komponenten in den Vordergrund und stellt somit die individuellen Kategorien des Wohlbefindens und der Lebensfreude hervor. Es werden körperliche, psychische und soziale Bestimmungsfaktoren integriert und es wird versucht, die negative medizinische Definition der WHO aus dem Jahr vor 1946 zu überwinden, also die Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit. Ebenfalls erlaubt die Definition von Hurrelmanns Gesundheitsbegriff, verschiedene paradigmatische Gesundheitsmodelle miteinander zu verbinden und zu integrieren (Faltermaier T. , 2005). Auf der einen Seite ermöglicht es die Betrachtung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten, diese kommen typischerweise in biomedizinischen Krankheitsmodellen vor oder in biopsychosozialen Krankheitsmodellen. Ersteres beschäftigt sich mit Auswirkungen von Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Substanzkonsum wie Nikotin oder Alkohol auf den Körper, das biopsychosoziale Krankheitsmodell beinhaltet die Auswirkungen von Stress im Studium und/oder in Beruf/Privatleben auf den menschlichen Körper. Weiteres zu den Modellen findet sich in Kapitel 3.1.4 und 3.1.5. Ebenso ist das Modell von Hurrelmann anschlussfähig an ein salutogenetisches Verständnis von Gesundheit. Hurrelmann stellt dazu fest:

„(...) soziosomatischen, soziopsychischen, aber auch ökosomatischen und ökopyschischen Dimensionen von Gesundheit, dass die von immer größerer Bedeutung werden. Beziehungsweise wir auch sensibel mit ihnen umgehen müssen. Die Belastungen, die heute typisch sind, sind nicht mehr die, dass ich den ganzen Tag schufte und dadurch meine Glieder kaputt sind, sondern die entstehen ganz stark dadurch, dass ich mich falsch verhalte am Arbeitsplatz, durch meine körperliche Aktivität, aber die Hauptbelastung liegt mehr im psychischen, (...), im nicht unmittelbar somatischen, sondern im psychischen Sektor. Und das wird zu berücksichtigen sein. (...).“ (Prof. Klaus Hurrelmann, Min. 00:30:54)

3.1.3 Mandala-Modell der Gesundheit

Auch die mentale Gesundheit spielt eine entscheidende Rolle für das allgemeine Wohlbefinden eines Menschen. Die mentale Gesundheit von Beschäftigten gewinnt für den modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz zunehmend an Bedeutung (Pech, Rose, & Freude, 2010, S. 234–243). Trevor Hancock veröffentlichte 1990 gemeinsam mit der Gesundheitsverwaltung der Stadt

Toronto das Mandala-Modell der Gesundheit und war bei der Installierung eines Gesundheitssystems, welches die Gesundheitsförderung stärker im Fokus hatte, maßgeblich beteiligt. In diesem Modell wird Gesundheit in ein größeres Subsystem eingebunden. Die gemeinsame Verwendung von Körper, Geist und Seele ist in diesem Modell vorgegeben. Die Verbindung der Außenwelt mit der Innenwelt stellt ebenso eine Besonderheit dieses Modells dar.

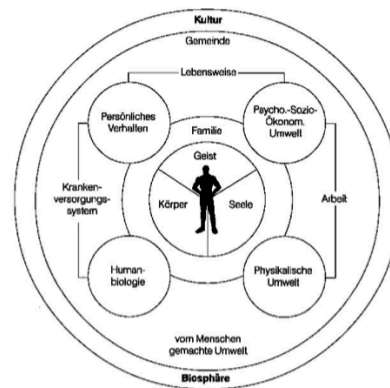


Abbildung 3: Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock (Waller, 2006)

Wie in Abbildung 3 zu erkennen ist, bezeichnet Hancock diese Subsysteme als Humanbiologie, Lebensweise, kulturelle Umwelt und natürliche Umwelt (Waller, 2006). Der Ansatzpunkt des Modells stellt die Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt. Der Autor beschreibt sein Modell als dynamisch interaktiv, was bedeutet, dass die genannten Faktoren auf die Gesundheit des Menschen einwirken und ebenso der Mensch auf alle Parameter Einfluss nehmen kann. Interaktiv meint, dass alle Faktoren einander bedingen und in Verbindung zueinanderstehen, sich verstärken oder aufheben können. Neben den drei im Zentrum befindlichen Aspekten Körper, Geist und Seele befinden sich außerhalb die Felder des familiären Umfeldes. Hierbei wird neben dem Erbgut auch die Primärsozialisation beschrieben. Diese beschreibt die Erziehung, die das Erleben von Menschen bereits in jungen Jahren und nach neuesten Erkenntnissen bereits auch pränatal erfahren (Bartel, 2018, S. 82). Erst in späteren Jahren, wenn die Kinder bewusste und erlernbare Gesundheitsbildung erfahren, können sie sich von diesen Erkenntnissen lösen und eigene Erfahrungen machen. Häufig ist dieses primärsozialisierte Verhalten jedoch schwer veränderbar und die Weitergabe von Routinen und Verhalten aus dem Elternhaus zieht sich durch die Biografie der Kinder. Lebenslange Verhaltensweisen lassen sich auf das Elternhaus zurückführen und die Einstellung bezogen auf Ernährung, Bewegung und Gesundheitserhaltung lassen sich erkennen (Faltermaier T. , 2005). Dieser Ablauf lässt sich jedoch durch gezielte Gesundheitsbildung, Maßnahmen im Grundschulalter und ein soziales

Umfeld, welches sich durch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen hervortut, verändern und steuern.

Das Modell weist einen starken Anwendungsbezug vor, da es einige praktische Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik bietet. Im Modell wird nochmals deutlich, dass Gesundheit und Krankheit oftmals auch subjektive Phänomene sind. Beide Zustände werden vom Menschen unterschiedlich wahrgenommen und sind in ihren positiven und negativen Eigenschaften erlebbar. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Gesundheit auch durch soziale Beziehungen spürbar ist (Bartel, 2018, S. 83-84).

3.1.4 Biomedizinisches Modell

Das biomedizinische Modell ist das in den letzten Jahrhunderten prägendste Modell und ist nach wie vor ein gängiges Modell in der Gesundheitswissenschaft. Nichtsdestotrotz wurde dieses Modell in den letzten Jahren durch umfassendere Modelle abgelöst. Das biomedizinische Modell erklärt das Auftreten von bestimmten Krankheiten an rein biologischen Faktoren. So ist der genetische Ausgangsstatus eines Organismus mit entscheidend für Gesundheit, Krankheit und die Lebensdauer (Franke, 2006, S. 187). Ebenfalls werden bei diesem Modell biologische Faktoren wie Herz-Kreislauf-Werte und andere Organfunktionen herangezogen. Grundsätzlich wird dem Befund und der Anamnese mehr Bedeutung geschenkt als dem subjektiven Empfinden des Patienten. Die Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit definiert (Schneider, 2018, S. 30). Veranlagungen, Strukturen und Funktionen des Organismus werden auf allen Funktionsebenen untersucht und es wird systematisch vorgegangen. Das biomedizinische Modell ist pathophysiologisch, somit krankheitsbezogen und Krankheiten werden in diesem Modell als Störungen im Organismus angesehen (Franzkowiak, 2018).

Weiterhin gilt die Annahme, dass Krankheitsbilder durch Risikofaktoren verursacht oder begünstigt werden und die Prävention sich dabei auf die Reduzierung von biologischen Einflüssen bezieht. Diese Einschätzung hat zur unmittelbaren Folge, dass durch die Ausschaltung oder Reduzierung von biologischen Einflüssen Gesundheit hergestellt wird. Diese Schlussfolgerung ist jedoch nicht kongruent mit den heutigen Wissensstandards um Entstehung und Fortbildung von Krankheit, da auch durch das Ausschließen von schädlichen Umwelteinflüssen Krankheit entstehen kann. Grundlage des Arbeitsschutzes ist das biomedizinische Modell, da hierbei explizit nach störenden Einflussfaktoren am Arbeitsplatz gesucht wird und die

Arbeitsbedingungen nachhaltig verbessert werden konnten. Ansätze des Modells werden in der Gesundheitsförderung auch heute noch gesehen. So sind Themen wie die Aufklärung von Missbrauch von Suchtstoffen, eine gesunde Ernährung oder betriebliche Vorsorgeuntersuchungen Teil des Modells. Auch hier handelt es sich um die Reduzierung von Risiken für die Gesundheit (Schneider, 2018). Dem Modell liegt der Reduktionismus und das materialistische Menschenbild Descartes zu Grunde. Die strikte Trennung von Geist und Seele stehen hier im Vordergrund und der Körper wird mehr als Maschine verstanden (Mayer, Görlich, & Eberspächer, 2003). Somit sind auch die Störungen durch außen zu erklären und kommen von Bakterien, Viren und genetischer Prädisposition. Diese Störfaktoren kommen ausschließlich von außen und lassen sich nur von Ärzten behandeln, daher kann auch ein Gesundheits-Kontinuum ausgeschlossen werden. Die psychologischen Auswirkungen auf den Körper sind trotz der strikten Trennung präsent, sie können den Körper und den Menschen verändern. Jedoch kann eine psychische Störung keine Ursache für eine Erkrankung sein.

3.1.5 Biopsychosoziales Modell

Das biopsychosoziale Modell beruht auf der Annahme, dass Gesundheit wie Krankheit aus biologischen, psychischen und sozialen Quellen entstehen. Also müssen Prävention, Therapie und Diagnostik auch diese drei Felder abdecken. Dies bedeutet, dass psychische Beeinträchtigungen auch eine biologische Ursache haben können und umgekehrt. Mittlerweile gilt das biopsychosoziale Modell als das bedeutendste und wichtigste Modell und entscheidende Theorie zur Erklärung von Beziehungen von Körper und Geist. Grundlage des biopsychosozialen Modells ist die allgemeine Systemtheorie nach Luhmann und stellt aktuell das kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit dar (Egger, 2005). Das Modell geht davon aus, dass psychische Erkrankungen eine Störung von Körper und Geist sind und es leitet sich ein wissenschaftlich-evidenzbasiertes umfassendes Verständnis von Krankheit und Gesundheit davon ab. Dieses Modell setzt an den präventiven, diagnostischen und therapeutischen Ansätzen an und beeinflusst somit die Wahrnehmung von körperlichen, seelischen und sozialen Aspekten. Dem Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass es keine rein organische, rein psychische oder typisch psychosomatische Erkrankung gibt, sondern alle Krankheiten werden durch biologische, psychologische, soziale und gesellschaftliche Faktoren beeinflusst. Rein körperliche Beschwerden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Magen-Darm- Erkrankungen haben häufig psychosoziale Auslöser. Andererseits spielen häufig bei psychischen Störungen körperliche Faktoren eine entscheidende Rolle.

Wie in Abbildung 4 zu erkennen ist, sind die Bereiche Biologie, Psyche und Soziales eng mit dem Menschen verknüpft. Anhand dieser Abbildung ist zu erkennen, dass Krankheiten jeweils in unterschiedlichen Ausprägungen alle Aspekte betreffen. Zu den biologischen Faktoren gehören angeborene körperliche Faktoren, erworbene körperliche Faktoren sowie aktuelle körperliche Faktoren. Die psychischen Aspekte werden in Denkmuster, Gefühle und das Verhalten unterteilt. Zu den sozialen Aspekten gehören Familie und Partnerschaft, Arbeitsplatz/Beruf und die außerberuflichen Sozialkontakte. Dieses Modell grenzt sich ab von der einseitigen Sicht auf die Entstehung von Krankheit und unterscheidet darüber hinaus zwischen organischen und psychischen Beschwerden. Die Entweder-oder-Sichtweise wurde durch eine Sowohl-Als-Auch-Sichtweise abgelöst und deckt deutlich mehr Möglichkeiten der Diagnostik ab. Um maximale und anhaltende Behandlungseffekte zu erreichen, müssen alle Faktoren aus Abbildung 4 berücksichtigt werden. Damit ist auch die klare Unterteilung zwischen gesund und krank überholt. Ähnlich wie im Salutogenese-Modell ist auch hier das Gleichgewicht entscheidend und daraus lässt sich schließen, dass der Begriff gesund keine reine Abwesenheit von Krankheit ist, sondern die Möglichkeit, aufgrund der vorhandenen Ressourcen die organischen, psychologischen und öko-sozialen Störungen so beeinflussen und so zu kontrollieren, dass zentrale Lebensbereiche weiterhin verwirklicht werden können (Resch & Westhoff, 2013).

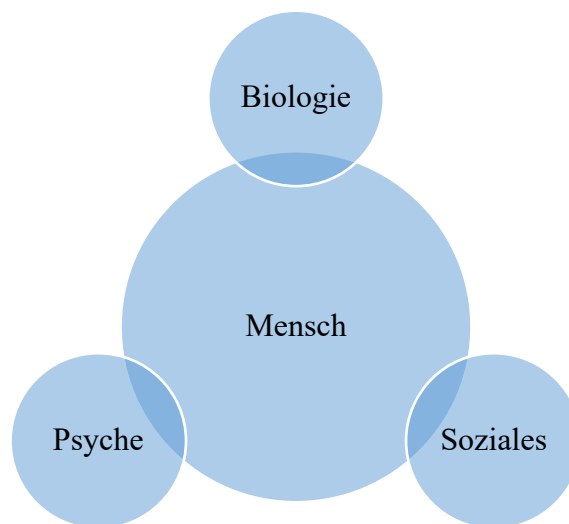


Abbildung 4: Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung)

Die Befassung mit dem biopsychosozialen Modell erhöht selbstverständlich die Arbeit der Diagnostik, da die Diagnose um einiges vielfältiger und differenzierter ausfallen kann. Als weitere Ausdifferenzierung existiert das systemische Anforderungs- und Ressourcenmodell. Das Modell beruht auf einer systemischen Betrachtungsweise und persönliche und subjektive Gesundheitsparameter sowie biologische Parameter stehen gleichberechtigt nebeneinander. Bei dem SAR-Modell wird davon ausgegangen, dass der Mensch dann gesund bleibt, wenn er es schafft, die Anforderungen, die von außen auf ihn zugetragen werden, mit dem ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen (Becker, 2006). Bei den Anforderungen und Ressourcen werden jeweils zwischen internen und externen unterschieden. Externe Anforderungen sind bestimmte Umwelteinflüsse und nicht steuerbar. Diese Anforderungen werden an den Menschen herangetragen und beziehen sich auf seine Arbeitsumwelt und seine direkten Anweisungen. Interne Anforderungen kommen aus der Innenwelt und verdeutlichen sich in psychischen und biologischen Besonderheiten. Die biologischen internen Anforderungen meint die körperliche Konstitution, aber auch die allgemeine körperliche Voraussetzung und die damit einhergehende genetische Disposition. Zu den internen psychischen Anforderungen zählen die Tendenz zum Perfektionismus, der Wunsch nach Anerkennung, die fachliche Unsicherheit oder auch der eigene Leistungsanspruch. Häufig sind die internen psychischen Anforderungen bewusst, teilweise aber auch unbewusst und dann nicht steuerbar.

Ob durch eine bewusste oder unbewusste Wahrnehmung, die internen psychischen Anforderungen steuern die Handlungen der Mitarbeiter und setzen eine hemmende oder anregende Arbeitsweise voraus. Zentrale Aussage des SAR-Modells ist die Erkenntnis, dass weder externe noch interne Anforderungen allein dafür verantwortlich sind, dass ein Mensch krank oder gesund wird oder bleibt. Die Entstehung oder Dauer einer Krankheit hängt damit zusammen, welche Ressourcen dem Menschen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen angemessen zu begegnen. Auch bei den Ressourcen wird zwischen den externen und internen unterschieden. Zu den externen Ressourcen gehören die Begebenheiten, die aus der Umgebung zur Verfügung gestellt werden. Interne Ressourcen meinen die Kapazitäten, auf die eine Person von sich aus zugreifen kann, wie die körperliche Fitness, ihr Wissen, ihre Erfahrung und ihr Selbstbewusstsein. Das SAR-Modell kann als multidimensional und variabel verstanden werden, da die externen und internen Anforderungen genau wie die externen und internen Ressourcen sich verändern, ineinander übergehen können und teilweise die Grenzen verschwimmen. So kann der Lebenspartner als externe Ressourcen wahrgenommen und aufgenommen werden, aber bei schwieriger Ausgangslage auch als externe Anforderung (Schneider, 2018, S. 32-33). Im

Gegensatz zum biomedizinischen Modell wird im SAR-Modell Stress nicht zwangsläufig als negativ deklariert, sondern bietet hier Anforderungen, die individuell eingeschätzt und bewertet werden (Bengel & Jerusalem, 2009, S. 54).

Betrachtet man nun die Gesundheitsmodelle und die unterschiedlichen Ansichten zur Entstehung und Entwicklung von Krankheiten nebeneinander, fällt auf, dass die historische Entwicklung maßgeblich zur Entstehung der modernen betrieblichen Gesundheitsförderung beigetragen hat. Die Entwicklung vom biomedizinischen Modell zum biopsychosozialen Modell zeigt die Bedeutung von mentaler Gesundheit. Durch die Weiterentwicklung des Modells und den Bezug auf das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky wurde der Grundstein gelegt, um die betriebliche Gesundheitsförderung zu etablieren. Die Gesundheit und die Gesundheitsentstehung sind ein wichtiger Baustein für das Verständnis von funktionierender betrieblicher Gesundheitsförderung und das Fundament von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Sowohl Antonovsky wie auch Hurrelmann und Hancock setzen bei ihren Modellen den Menschen in den Mittelpunkt. Die Autoren gehen somit davon aus, dass die Einwirkungen von außen auf den Menschen einfließen und diese von ihnen steuerbar und beeinflussbar sind. In unterschiedlichen Dimensionen und Ausprägungen setzen sie den Menschen mit der Umwelt in Verbindung und beschreiben so die Entstehung von Krankheit und Gesundheit.

3.2 Verhältnis- und Verhaltensprävention

Das Thema Verhältnis- und Verhaltensprävention spielt im betrieblichen Gesundheitsmanagement eine zentrale Rolle. Die Verhaltensprävention setzt auf Informationen. Sie bezieht sich auf Übungen und Training zur Optimierung des menschlichen Verhaltens im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Verhältnisprävention beschäftigt sich mit einer gesundheitsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Lebensbedingungen. Das Ziel der Verhältnis- und Verhaltensprävention ist die Erhaltung und die Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter am Arbeitsplatz. Ebenso spielt in diesen Rahmen die Unternehmens-, Führungs- und Gesundheitskultur. Unter dem Stichwort der kulturellen Prävention werden Werte und Einstellungen gegenüber Mitarbeitern im Unternehmen erarbeitet (Kempf, 2010).

Verhaltenspräventive Maßnahmen richten sich auf die Beeinflussung des Verhaltens der Mitarbeiter. Verhältnispräventive Maßnahmen richten sich an die Organisation und stellen sicher,

dass die Verhältnisse, in denen gearbeitet wird, gesundheitsfördernd sind (Preißing, 2014, S. 315). Verhaltenspräventionen werden auch personenbezogene Interventionen genannt und helfen dem Mitarbeiter zum Aufbau und der Entwicklung von persönlichen Ressourcen. Durch die Entwicklung von kompetentem und gesundheitsrelevantem Verhalten, durch ein Training für den Umgang mit psychischen Fehlbelastungen sowie durch die Erweiterung und Entwicklung von individueller fachlicher, methodischer, sozialer und empirischer Kompetenz kann die personenbezogene Intervention verstärkt werden. Zu Beginn einer Verhaltensprävention muss entschieden werden, an wen sich die Maßnahmen richten sollen. Wenn alle Mitarbeiter einer Abteilung, die ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind, erreicht werden sollen, dann spricht man von universeller Prävention. Dies entspricht dem Grundgedanken der betrieblichen Gesundheitsförderung und findet sich in der aktuellen Praxis am häufigsten wieder. Falls der Fokus auf bestimmten Gruppen liegt, etwa dem demografischen Merkmal, in diesem Fall junge Mitarbeiter und Auszubildende oder ältere Mitarbeiter, dann spricht man von selektiver Prävention.

Zur selektiven Prävention gehört auch die Eingliederung nach spezifischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes. Ebenfalls zur selektiven Prävention zählen Einordnungen nach gesundheitsriskanten Faktoren wie Alkoholkonsum oder Nikotinmissbrauch. Richten sich die Maßnahmen an einzelne Mitarbeiter und damit an spezifische Personen, spricht man von indizierter Prävention.

Diese Maßnahmen greifen oft nach langer Krankheit und gehen Hand in Hand mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM), aber auch nach traumatischen Erfahrungen oder langer Abwesenheit können hier Maßnahmen ergriffen werden. Die situationsbedingten Interventionen haben zum Ziel, die Arbeitssituation dahingehend zu ändern, dass Arbeit menschengerecht und gesundheitsfördernd ist und den normativen Idealzustand erreicht. Sie schließt belastungsreduzierende sowie situative Potenziale ein. Geht man vom medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnis von Gesundheit aus, würde eine reine Entfernung von gesundheitsschädlichen Faktoren die Gesundheit am Arbeitsplatz herstellen und einem Belastungs-Beanspruchungskonzept entsprechen. Geht man vom DIN EN ISO 10075, den ergonomischen Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung aus, sollte ein abwechslungsreiches Arbeits-Pausen-Verhältnis und eine abwechslungsreiche Arbeit reichen. Die DIN EN ISO 10075 verweist auf die Vermeidung von Monotonie Erlebnissen, Arbeitssättigung, psychischer Ermüdung und Vigilanz (Bamberg, Ducki, & Metz, 2011, S. 197).

Somit bleibt festzuhalten, dass es bei der Verhaltensprävention um die individuelle Förderung der Gesundheitskompetenz geht. Es werden Methoden, Herangehensweisen und Instrumente vermittelt, um Präventions- und Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter positiv zu beeinflussen. Arbeits- und Gesundheitsschutz ist stärker verhältnisorientiert, die betriebliche Gesundheitsförderung bezieht sich stärker auf die Verhaltensprävention. Beide sind nach Präventionsstufen unterteilt und bilden somit eine Präventionsmatrix. Es wird in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden. Die primäre Prävention hat zum Ziel, ein erstmaliges Auftreten von Krankheiten vorzubeugen und richtet sich an jeden gesunden Mitarbeiter und sucht nach den Ursachen und Risikofaktoren von Krankheit und Arbeitsunfähigkeitstagen. Die sekundäre Prävention dient als Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvorstadien und Verhinderung einer Progredienz und richtet sich an Mitarbeiter, die selbst über die Entstehung von Krankheit und ihren Heilungsverlauf entscheiden und mitwirken können. Die sekundäre Prävention unterstützt die Mitarbeiter bei der Aktivierung und Sensibilisierung zur Herstellung von Gesundheit. Die tertiäre Prävention dient der Verhütung von Folgeerkrankungen und Anschlussymptomen. Sie wird ebenfalls Rezidivprophylaxe genannt und bezieht sich ebenfalls auf die Rehabilitation. Sie schafft gesundheitsfördernde Bedingungen und unterstützt den Mitarbeiter bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag. Treier hat eine Präventionsmatrix entworfen, und wie in Tabelle 2 zu erkennen ist, beziehen sich alle drei Präventionsstufen auf die Verhaltens- und Verhältnisprävention und umgekehrt (Uhle & Treier, 2011).

Tabelle 2: Präventionsmatrix (Treier, 2019)

Präventionsmatrix	Primär	Sekundär	Tertiär
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der Resilienz - Stressmanagement - Betriebssport - Kompetenzentwicklung - Suchtprävention - Aufklärung und Sensibilisierung - Gesundheitstage 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologische Erstthelfer - Tools zum Selbstcheck und Screenings - Anreize als Impulse - Arbeitsmedizinische Vorsorge - Coaching & Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - Rückfallprophylaxe - Rehabilitationskurse - Reflexionsrunden mit Führungskraft BEM-Beauftragtem - Eingliederungsmanagement
Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Gefährdungsbeurteilungen - Gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen - Aufgabengestaltung - Organisationsentwicklung - Führungs- und Vertrauenskultur - Gesunde Führung - Work-Life-Balance 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesunde Führung - Befragungen zur Beanspruchung - Frühintervention bei hoher Risikobewertung - Niederschwellige Hotlines (wichtig bei Suchtthemen) - Stufenplan bei Auffälligkeiten - Token-Systeme analog Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> - Rückkehrgespräche - Anpassung des Arbeitsplatzes - Vermeidung auslösender Faktoren - Nachsorgeprogramme - Belastungsoptimierung - Kooperation mit Rehabilitationsexperten - Stufenweise Wiedereingliederung

3.3 Wohlbefinden

Wie in Kapitel 3 angesprochen, legte die WHO fest, wie der Begriff der Gesundheit gedeutet wird. Hierbei ist das Fernbleiben von Krankheit und Gebrechen nicht mehr der zentrale Aspekt. Zum Begriff Wohlbefinden stellt die WHO fest, dass es um die Umsetzung von eigenen persönlichen, sozialen und ökonomischen Zielen geht. Die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen steht somit im Fokus. Die dafür notwendigen Lebensverhältnisse sollen geschaffen werden und das Wohlbefinden steht im Zusammenhang mit der subjektiven wie objektiven Gesundheit (WHO, 2013).

Das Wohlbefinden wird in der sportwissenschaftlichen Literatur als ein Kernfaktor der Gesundheitsentstehung beschrieben. Dabei sind grundlegende Annahmen die psychische Verarbeitung der eigenen Lebensrealität sowie die Wahrnehmung psychischer und körperlicher Empfindungen. Wohlbefinden umfasst hierbei das Verhältnis von angenehmen und unangenehmen

physischen und psychischen Empfindungen (Lischetzke & Eid, 2005). Es bezieht sich auf kognitive und affektive Prozesse, die das Leben im Allgemeinen und spezifische Aspekte der Gesundheit betreffen. Wohlbefinden umfasst die eigene Gesundheit, den eigenen Körper und das soziale Umfeld einer Person. Betrachtet man Wohlbefinden auf der zeitlichen Ebene, so kann man diese in aktuelles und ein habituelles Befinden unterteilen (Becker P. , 1991). Dabei bestimmt das aktuelle Wohlbefinden einen momentanen Zustand und das habituelle Befinden einen allgemeinen Zustand einer Person. Das aktuelle Wohlbefinden kann sehr instabil und hohen Schwankungen unterworfen sein, je nach Lebenssituation und Ereignissen, wobei dabei die Grundgestimmtheit nicht beeinflusst wird. Die Zeitschleifen des aktuellen Wohlbefindens sind somit sehr kurz und können im Verlauf eines Tages schwanken. Jedoch lassen sich diese Schwankungen erstens gut vorhersagen und zweitens durch zum Beispiel sportliche Aktivitäten gut steuern (Fujita & Diener, 2005). Diese Befindensänderungen werden in der Regel durch körpereigene Homöostase wieder aufgehoben. Das bewirkt, dass sich das grundlegende Wohlbefinden wieder auf ein für die Person angemessenes Durchschnittsniveau einpendelt (set point). Dieser set point kann und wird sich jedoch im Laufe des Lebens verschieben und verändern und ein Absinken der positiven Affekte wird ein langfristiges Absinken des habituellen Wohlbefindens nach sich ziehen (Diener, Lucas, & Scollon, 2006). Um diesem Absinken entgegenzuwirken, ist das Treiben von Sport und die Bewegung ein weit verbreitetes Mittel. Aus medizinischer Sicht ist es mittlerweile ohne Zweifel, dass Sport und Bewegung den Körper stärken und Erkrankungsrisiken senken. Außen vor sollte jedoch nicht gelassen werden, dass Sportverletzungen und psychische Krankheiten wie Essstörungen und Körperwahrnehmungsstörungen mit Sport eng in Verbindung stehen (Warburton, Nicol, & Bredin, 2006). Kommt man also zum Schluss, dass Sport und Bewegung Freude und Wohlbefinden beeinflusst und auslöst, dann geht diese Annahme davon aus, dass jeder Mensch sich der positiven Aspekte von Sport und Bewegung bewusst ist. Jedoch beschreiben stark übergewichtige Menschen Sport in fast einstimmiger Übereinstimmung als unangenehm (Leone & Ward, 2013). Nimmt man diese Tatsache zur Kenntnis, so wird deutlich, dass die Akzeptanz und Ablehnung vom betrieblichen Gesundheitsmanagement und betrieblichen Gesundheitsangeboten, welche als sportliche Aktivitäten angeboten werden, stark auf die Zielgruppe ausgerichtet werden müssen.

3.3.1 Physische Gesundheit

Betrachtet man das Feld der physischen Gesundheit, so wird deutlich, dass die physische Gesundheit eng mit Sport verbunden ist. Besonders im Bereich der sogenannten Zivilisationskrankheiten lassen sich durch Bewegung und Sport gravierende Veränderungen erzielen. Typische Zivilisationskrankheiten sind Herz- und Gefäßkrankheiten, Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, Übergewicht und Adipositas, Krebs und bestimmte psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und Essstörungen. Darüber hinaus gibt es noch eine weitere Vielzahl von Zivilisationskrankheiten. Eine häufige Ursache bei der Entstehung und Ausbreitung dieser Krankheiten sind Fehl- bzw. Überernährung in Kombination mit Bewegungsmangel, häufig schon in jungen Jahren. Diese Kombination findet sich häufig in modernen Wohlstandsgesellschaften, trifft jedoch immer häufiger auch in Schwellenländern zu (Hohmann, 2005). Aktuell sind in Deutschland 67 % der Männer und 53 % der Frauen übergewichtig, rund 23 % der Männer und 24 % der Frauen sind stark übergewichtig und damit adipös (RKI, 2014). Diese Tatsache ist ausschlaggebend für eine Vielzahl an Beschwerden und Ausbreitung von Erkrankungen und chronischen Krankheiten. Basierend auf der ansteigenden Prävalenz und den Folgeerkrankungen besteht hier ein gesteigertes öffentliches Interesse, und die Auswirkungen auf die Public-Health ist gravierend.

Die Kosten für das gemeine Gesundheits- und Sozialsystem steigen stark an und Präventionsprogramme zum Abbau von Übergewicht und Adipositas sind von hoher wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Relevanz. Besonders das Sporttreiben verhindert den Bewegungsmangel und wirkt durch den dabei entstehenden Verbrauch von überschüssigen Kalorien Adipositas entgegen (Berg, 2003). Wie oben angesprochen treffen nicht nur Übergewicht und Adipositas auf die Zivilisationskrankheiten zu, sondern auch der Diabetes mellitus Typ 2. Auch hier wirkt sich Bewegung und Sport positiv auf die Entstehung und Verhinderung von einem Diabetes mellitus Typ 2 aus. Nicht nur bei der Vorbeugung der Erkrankung kann Sport helfen, sondern auch bei einer bereits erfolgten Erkrankung. Durch die Bewegung verbessert sich die Empfindlichkeit der Körperzellen für Insulin und die Aufnahme von Zucker aus dem Blut in die Zellen wird verbessert. Dies hat zur Folge, dass sich der Blutzuckerspiegel senkt und der Blutzucker-Langzeitwert kann ebenfalls gesenkt werden (Kemmer, Halle, Stumvoll, Thur, & Zimmer, 2007). In Deutschland sind aktuell rund 8,5 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt, und pro Jahr kommen etwa rund 600.000 Menschen hinzu. Es ist davon auszugehen, dass die Auswirkungen des demografischen Wandels auch Auswirkungen auf die Anzahl der Neuerkrankungen

haben wird und die Zahl der Erkrankungen weiter steigen wird. Sport wird nicht nur in der Rehabilitation eingesetzt, sondern hat auch präventive Eigenschaften. Besonders im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann Sport einen positiven Einfluss haben. Hierbei spielen die hohen Todeszahlen in Deutschland eine wichtige Rolle (Böhm, 2022). In modernen Industriegesellschaften stellt Sport ein akzeptiertes und weit verbreitetes Mittel zur Gesundheitsbeeinflussung dar (Bös & Brehm, 1998). Ebenfalls wird kaum ein Thema gesellschaftlich weniger kritisch gesehen wie der Zusammenhang von Sport und Gesundheit (Waddington & Rütten, 1998). Inwieweit Sport und die daraus folgenden Erkrankungen und häufig folgenden Verletzungen einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben, lässt sich nur schwer beurteilen. Ebenso sind Behauptungen über finanzielle Belastungen für das Gesundheitssystem auf Grund von Sportverletzungen und Rehabilitationsmaßnahmen wenig aussagekräftig.

3.3.2 Psychische Gesundheit

Die Zunahme von psychischen Erkrankungen hat in den letzten Jahren auch die Unternehmen erreicht. Es bleibt jedoch ungeklärt, ob es eine tatsächliche Zunahme an Erkrankungen gibt oder ob die ärztliche Diagnose nicht immer häufiger eine psychische Erkrankung attestiert. Das Risiko, einmal in seinem Leben von einer psychischen Erkrankung betroffen zu sein, liegt bei etwa 50 Prozent (Reuben & Schaefer, 2017). Anhand verschiedener Daten und Berichte von Krankenkassen lässt sich darlegen, wie sich das Krankheitsbild Erwerbstätiger verändert hat. In Abbildung 5 ist zu erkennen, wie sich der durchschnittliche Krankheitsstand von 1991 bis ins Jahr 2022 verändert hat. Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der Erwerbstätigen an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

Dabei gilt es zu beachten, dass der Krankenstand während der globalen Weltfinanzkrise 2007 und 2008 auf dem historisch tiefsten Stand lag (Ärzteblatt, 2009). Es wird offensichtlich, dass in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, Arbeiter und Angestellte mehr Angst um ihre Anstellung haben und daher weniger Krankschreibungen einreichen. Somit bleibt festzuhalten, dass in Zeiten von schlechten wirtschaftlichen Voraussetzungen der Präsentismus verstärkt in Unternehmen anzufinden ist (Spiegel, 2009).

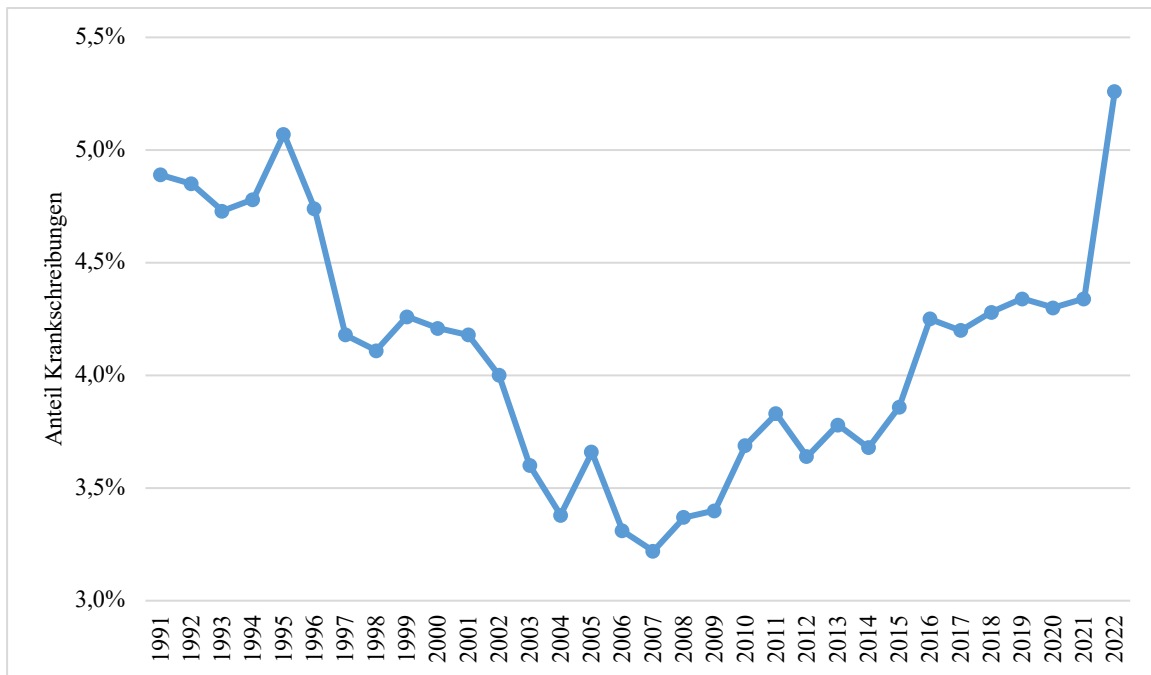


Abbildung 5: Durchschnittlicher Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 1991 bis 2022 (Statista, 2022)

- Der Gesundheitsreport der DAK-Gesundheit gibt an, dass mit 16,7 Prozent die psychischen Erkrankungen an zweiter Stelle liegen. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier einen leichten Anstieg der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (DAK-Gesundheit, 2018).
- Die Techniker Krankenkasse gab an, dass im Jahr 2018 erstmals mit 17,9 Prozent die psychischen Störungen auf Platz eins der Krankschreibungen liegen. Auf die ICD10-Diagnosen F32 depressive Episode sowie F33 rezidivierende depressive Störung im Sinne von Depressionen kamen insgesamt 7 Prozent der gemeldeten Erkrankungen (Techniker Krankenkasse, Gesundheitsreport, 2019).
- Im Gesundheitsreport der Barmer GEK wird deutlich, dass mit 19,1 Prozent 2017 die psychischen Störungen auf Platz zwei hinter den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems liegen (Barmer, 2017).
- Die AOK schreibt in ihrem Fehlzeiten-Report 2018, dass die Anzahl der Fehltag in den Unternehmen und Betrieben aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten zehn Jahren konstant angestiegen ist; Zwischen den Jahren 2007 und 2017 um 67,5 Prozent (AOK, Fehlzeiten-Report, 2018).

Fasst man all diese Berichte zusammen, so wird deutlich, dass die Anzahl der Erkrankungen und Fehltag aufgrund psychischer Störungen in den letzten Jahren angestiegen ist. Eine Untersuchung unter 1660 Arbeitnehmern aus dem Jahr 2016 ergab, dass ständiger Termindruck mit 38 Prozent schlechtes Arbeitsklima mit 37 Prozent, emotionaler Stress im Beruf mit 36 Prozent, sowie ständige Erreichbarkeit mit 30 Prozent eine der Hauptursachen für Erkrankungen am Arbeitsplatz sind (Bernatzeder, 2017). Befindet sich ein Arbeitnehmer in dauerhaftem Stress, so droht die Gefahr, dass er langfristig ausfällt und mit einer Burnout-Diagnose auf unbestimmte Dauer nicht mehr erwerbstätig sein kann (Simon, Heger, & Reszies, 2011). Auch ist das Thema Präsentismus in Zeiten wirtschaftlicher Krisen von Bedeutung. Die Arbeitsplatzunsicherheit und die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes ist ein starker Antrieb zum Präsentismus (Schmidt & Schröder, 2009).

Die Gründe für die Zunahme psychischer Belastungen können vielfältig sein. Unter anderem spielen die veränderten Arbeitsformen und Kommunikationstechnologien eine entscheidende Rolle. Eine Entgrenzung von Arbeit und Beruf findet statt und der klassische Feierabend und die Wochenenden verlieren immer mehr an Bedeutung. Neue Technologien bieten Arbeitgebern und Arbeitnehmern neue Wege der Flexibilität und Erreichbarkeit, tragen jedoch ebenso Risiken (Dettmers, et al., 2012). Als eine unmittelbare Folge dieser Entwicklung kann die Verordnung von Medikamenten betrachtet werden. Laut dem TK-Gesundheitsreport 2017 hat sich die Zahl der verordneten Antidepressiva seit dem Jahr 2007 verdoppelt. So wurden 2006 durchschnittlich 12,8 Tagesdosen (DDD) Arzneimittel zur Behandlung des Nervensystems je Versicherungsjahr verordnet. 2016 waren es schon 22,4 DDD je Versicherungsjahr und damit 74,4 % mehr als 2006 (Techniker Krankenkasse, Gesundheitsreport, 2017). Neben dem individuellen Leiden der Personen und den Nebenwirkungen, die die Einnahme von Antidepressiva verursacht, leidet auch das Arbeitsergebnis. Zwar ist eine rein körperliche Anwesenheit der Betroffenen möglich, Konzentrationsschwächen und Fehlerhäufigkeiten sind jedoch erhöht. Die Arbeitsleistung kann nicht mehr abgerufen werden und das Betriebsergebnis wird unter den Schwächephasen leiden (Matyssek A. , 2012, S. 14).

Diese Entwicklung zeigt sich nicht nur in der Leistungsperformance der Mitarbeiter deutlich, sondern lässt sich auch in Zahlen belegen. Die Diagnose Burnout am Arbeitsplatz kostet Wirtschaft und Krankenkassen jährlich etwa 53 Milliarden Euro (DPA, 2011). Metaanalysen haben ergeben, dass die Kombination von Arbeitsmerkmalen wie hohes Arbeitspensum in Verbindung mit geringen persönlichen Ressourcen ein erhöhtes Burnout-Risiko begünstigen.

Arbeitswissenschaftler plädieren dafür Präventionskurse als strategische Unternehmensaufgabe zu etablieren. Hinsichtlich der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter ist dieser Schritt nachweislich förderlich, aber auch als Investition und Mittel zur Steigerung der Unternehmensgewinne lässt sich die Maßnahme rechtfertigen.

Ein weiterer wichtiger Punkt, um die Tabuisierung des Themas aus den Unternehmen und damit letztendlich aus der Gesellschaft zu entfernen, wäre ein offener Umgang mit psychischen Erkrankungen. In den Betrieben und im Kollegenkreis ist vielfach ein Wegschauen und Verstummen zu erkennen, wenn das Thema präsent wird (Hoffmann, 2019). Menschen mit psychischen Erkrankungen leiden häufig unter öffentlicher Stigmatisierung. Sie haben somit mit einem doppelten Problem zu tun. Sie müssen die Symptome der Erkrankung bekämpfen und sie müssen mit Missverständnissen in der Gesellschaft zurechtkommen (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005, S. 221-232). Die unterschiedliche Zielsetzung und inhaltliche Ausrichtung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung bei der Arbeit führt oftmals zur Politisierung im Unternehmen und hat somit nicht den gewünschten Effekt (Neuner, 2019). Als einzige sinnvolle Maßnahme raten Experten dazu, Frühzeichen zu erkennen und die Prävention der einzelnen Mitarbeiter stärker in den Fokus zu rücken (Bergner, 2016).

3.4 Wandel der Arbeitswelt

Die Zukunft der Arbeit wird vom technologischen Fortschritt, der Globalisierung, dem demografischen Wandel und von institutionellen Veränderungen geprägt. Daher entwickelt sich eine vielfältige Arbeitswelt mit großen Unterschieden in den Arbeitsbedingungen. Branchen und Berufe werden sich im Laufe der Zeit noch weiter verändern und besonders die Nachfrage nach kreativen, interaktiven und komplexeren Tätigkeiten wird steigen. Die für diese Aufgabe ausgebildeten Fachkräfte werden stärker nachgefragt werden. Ebenso werden die Anforderungen an Unternehmen in Bezug auf Innovationsfähigkeit und Flexibilität steigen (Eichhorst, Profit, & Thode, 2013, S. 213).

Auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird für die Arbeitnehmer eine immer wichtigere Rolle spielen und für die Unternehmen einen entscheidenden Punkt in der Außendarstellung einnehmen (Eichhorst & Buhlmann, 2015). Durch den Wandel der Hand- zur Kopfarbeit wird die Bedeutung von physischer Ausgeglichenheit immer wichtiger. Ebenso wächst die Bedeutung von psychischer Gesundheit und stellt einen immer wichtigeren Teil der

Gesundheitsvorsorge dar. Arbeit kann eine der stärksten gesundheitlichen Belastungen sein (Kramer, 2019). Aber auch die positiven Aspekte der Arbeit gilt es hervorzuheben. Ein soziales Netz, ein Einkommen und ein geregeltes Arbeitsverhältnis verschaffen den Menschen ein gesteigertes Selbstwertgefühl.

Die Berufswahl sowie die Berufstätigkeit sagt viel über die Persönlichkeit eines Menschen aus, gibt soziale Anerkennung und wirkt sich auf die soziale Identität aus (Naidoo & Wills, 2010). Betrachtet man nun die Triebkräfte, die auf den aktuellen Arbeitsmarkt einwirken, so wird deutlich, dass es vier zentrale Strömungen gibt. Der technologische Wandel, also die Digitalisierung und Vernetzung, die Globalisierung, der demografische Wandel und der institutionelle Wandel. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird die Bedeutung der einzelnen Strömungen für die Veränderung des Arbeitslebens beleuchtet. Katja Kipping, ehemalige Vorsitzende von Die Linke stellt die Behauptung auf, dass die Vier-Tage-Woche Beschäftigte glücklicher, gesünder und produktiver macht und gerade in der Corona-Krise wäre ein guter Zeitpunkt, um damit anzufangen (Dunz, 2020).

Im März 2020 erklärte die WHO die Covid-19 offiziell zur Pandemie (WHO, 2020). Der wirtschaftliche und gesellschaftliche Schaden lässt sich aktuell nur schwer vorhersagen und kurzfristige und großzügige Kurzarbeiterregelungen haben die Situation auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland etwas abgefedert. Jedoch sind die Effekte auf die Psyche der Menschen gleichermaßen verheerend. Fast ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen leidet an psychischen Auffälligkeiten (UKE, 2021). Was sich mit Sicherheit feststellen lässt, ist die Tatsache, dass Corona und die Auswirkungen der Pandemie nachhaltig die Arbeitswelt verändert haben. So besteht für einen Teil der Arbeitnehmer die Möglichkeit, durch hybrides Arbeiten oder einem Homeoffice sich der Ansteckungsgefahr zu entziehen, doch systemrelevante Berufe wie in der Alten- und Krankenpflege sind der Gefahr voll ausgesetzt. In Bereichen, wo die Arbeit sich aus der Distanz erledigen lassen, sind bisher starke Veränderungen zu beobachten. (Hofmann, Piele, & Piele, 2021). Nicht nur der Arbeitsalltag im Büro ändert sich für die Angestellten, auch die Dienstreisen und die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme in Präsenz wurden erheblich beeinflusst. Das „new normal“ und die hybride Arbeitswelt sind Themen, die auch in der Zeit nach der Pandemie prägend sein werden (Hofmann, Piele, & Piele, 2020). So werden bisher unverrückbare Tatsachen in Frage gestellt. Die Lebens- und Arbeitswelt waren bisher für die meisten Arbeitnehmer getrennte Lebenswirklichkeiten. Besonders die digitale Transformation führt in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens und der Arbeitswelt zu großen Chancen und

Risiken (Badura & Steinke, 2019). Eine Studie aus dem Jahr 2020 beschäftigt sich mit dem neuen Phänomen des Zoom-Fatigue. Dieses Phänomen beschreibt den Zustand der zunehmenden Arbeitsverdichtung durch den Einsatz von digitalen Konferenzen. Durch das Wegfallen der An- und Abreise und den Zeiten vor und nach den Konferenzen ist es rein technisch möglich, ohne Unterbrechung wiederholt digitale Treffen abzuhalten. Über 60 % der 422 befragten Personen gab an, dass sie ein Gefühl von Erschöpfung verspürten, wenn sie diese Technologien verwenden. 160 von ihnen verspüren sogar eine sehr starke Erschöpfung. Den als Fatigue bezeichneten Zustand beschreibt eine sehr umfassende Palette an Symptomen wie erhöhte Reizbarkeit, fehlende Balance, unwirksames Agieren gegenüber Mitmenschen, Kopfschmerzen, Rücken- und Gliederschmerzen und Schlafstörungen. Ebenfalls wurden technische Schwierigkeiten angesprochen und die erschwerte Möglichkeit von Small Talk und dem damit inoffiziellen Erlangen von Nebeninformationen. Diese Informationen wurden unter den Reitern zwischenmenschliche, organisatorische und technische Rahmenbedingungen zusammengefasst. Lösungsansatz hierfür kann unter anderem die Einführung von künstlichen Pausen sein (Rump & Brandt, 2020).

3.4.1 Technologischer Wandel: Vernetzung und digitales betriebliches Gesundheitsmanagement

Eine Studie der Oxford Martin School hat ergeben, dass 47 % aller Jobs in den USA durch Automatisierung und Digitalisierung bedroht sind. Dabei geht es nicht nur um einfache Tätigkeiten wie Fließbandarbeiten, sondern auch um umfangreichere und komplexere Tätigkeiten (Frey & Osborne, 2013). Arbeitsminister Hubertus Heil prognostiziert, dass durch den Prozess des digitalen Wandels innerhalb des nächsten Jahrzehnts in Deutschland bis zu 1,3 Millionen Jobs wegfallen können, aber auch 2,1 Millionen neue Arbeitsplätze entstehen (Armbruster, 2018). Bereits in der Vergangenheit haben technische Entwicklungen zur Entstehung von neuen Berufen und Unternehmen geführt und waren Grund für das Verschwinden von Branchen und Tätigkeiten. Daher ist der technische Wandel per se nichts Neues. Jedoch hat sich die Veränderung in der Vergangenheit auf Jobs mit Routinetätigkeiten beschränkt. Doch nicht nur das Arbeitsleben verändert sich, auch das betriebliche Gesundheitsmanagement wird digital.

Die Veränderungen in der Arbeitswelt und auf dem Arbeitsmarkt werden durch vier zentrale Bereiche dominiert. Die Technisierung von Arbeit, die Veränderung von Geschäftsmodellen, die Arbeitsorganisation und der Wandel der benötigten und gefragten Kompetenzen und

Qualifikationen. Hinzu kommen im Produktionsbetrieb ein immer schneller werdendes Internet, welches mobil und global verfügbar ist und die Veränderung durch Robotik und künstliche Intelligenz (KI). Dies bedeutet, dass Roboter und intelligente Maschinen immer mehr und immer umfangreichere Tätigkeiten übernehmen werden. In der Praxis sind zwei Entwicklungen zu beobachten. Es steigen die Produktionsmöglichkeiten, wovon die Berufe profitieren, die die Entwicklung der Technologien vorantreiben (Bialecki, 2016). Dabei werden die Berufe, die durch die neuen Technologien austauschbar geworden sind, zu Substituten. Laut bitkom stehen seit der Corona-Pandemie die Menschen der Digitalisierung offener gegenüber. Rund 73 % der Befragten sehen in der Digitalisierung eine Chance (bitkom, 2020). In der Vergangenheit waren diese Prozesse vor allem in der Industrie zu beobachten. Hier wurden Menschen durch Maschinen ausgetauscht. Die Anzahl der Mitarbeiter wurde immer weiter reduziert. Es bot sich die Möglichkeit, die Mitarbeiter im Dienstleistungssektor anzustellen und mit immer wissensintensiveren Aufgaben zu betreuen. In den Bereichen, wo Mensch und Maschine in direkter Konkurrenz zueinanderstanden, verschlechterten sich die Bezahlung und die Arbeitsbedingungen für die Angestellten. Der Vorteil des Menschen gegenüber der Maschine war die Flexibilität. Mit zunehmender Entwicklung der Technologie werden jedoch immer anspruchsvollere Tätigkeiten durch Maschinen übernommen. Durch die KI und die selbstlernenden Computer werden Nicht-Routinetätigkeiten immer mehr von Computern übernommen. Beispiele hierfür sind das fahrerlose Auto oder die standardisierte Rechtsberatung im Callcenter (Eichhorst & Buhlmann, 2015). Dr. Wenke Klingbeil-Döring Expertin für Arbeit, Digitalisierung und gesellschaftliche Transformationsprozesse, stellt dazu fest:

„(...) weil es halt auch möglich ist, eher einfache Tätigkeiten durch Maschinen ausführen zu lassen, also Sie können natürlich auch einen Roboter (unv.) reinigen lassen oder auch einen Roboter irgendwelche Teile montieren lassen, das was man eben auch sieht oder Buchhaltungstätigkeiten, Rechenoperationen, sowas ist ja relativ einfach auch zu machen, und ich denke, dass halt eher auf der anderen Seite Tätigkeiten, die mit Empathie und halt eher (.) den menschlichen Geschichten zu tun halt haben, sehe ich halt eher nicht so. Also substituieren zu lassen (...).“ (Dr. Wenke Klingbeil-Döring, Min. 00:05:04)

Diese Effekte und die daraus resultierenden Auswirkungen werden unter dem Stichwort Industrie 4.0 geführt und sollen in Deutschland zu einer effektiveren Vernetzung von Menschen, Maschinen, Objekten und Informations- und Kommunikationssystemen führen (Bauernhansl, ten Hompel, & Vogel-Heuser, 2014). Wie in Kapitel 3.5 angesprochen wandelt sich durch die

Digitalisierung auch der Arbeitsmarkt. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) prognostiziert bis zum Jahr 2035 einen Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung von 58,9 Millionen Personen im Jahr 2019 auf 55,4 Millionen Personen. Gleichzeitig wird sich der bestehende Arbeitsmarkt um rund 16 % im Vergleich zu heute verändern. Der damit einhergehende Fachkräftemangel wird besonders in den MINT-Bereichen und im Gesundheitsbereich zu spüren sein (Zika, et al., 2019).

Schaut man auf das Substituierbarkeitspotenzial der unterschiedlichen Berufe, zeichnet sich ein differenziertes Bild ab. Die Bereiche Fertigungs- und Fertigungstechnische Berufe von unternehmensbezogenen Dienstleistungen, Tätigkeiten in der Unternehmensführung und -organisation sowie Verkehrs-, Logistik- und Handelsberufe haben das größte Veränderungspotenzial. Wohingegen Berufe im Bereich Bau, Gesundheit und Sicherheit, aber auch soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe kaum von der Digitalisierung betroffen sind. Ganz grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Digitalisierung den Dienstleistungssektor stärkt und den Strukturwandel in der Wirtschaft. Hierbei ist erkennbar, dass sogenannte Smart-Services, wie Sharing-Plattformen, vermehrt betroffen sind. Körperlich anstrengende Berufe und monotone Bewegungsausführungen werden sich reduzieren. Hiervon ist besonders das produzierende Gewerbe betroffen. Der Wertschöpfungsanteil wird weiterhin sehr hoch bleiben in der Industrie, vergleichsweise gering wird aber der Beschäftigungsanteil sein. Der Einsatz von Maschinen oder Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) wird hier bestimmend sein. Zuwächse werden im Bereich der genuin menschlichen Kompetenzen erwartet. Also in qualifizierten, umfangreichen komplexen oder sozialen Tätigkeiten. Diese genuin menschlichen Kompetenzen werden im Bereich der Gesundheit und im Pharmabereich, aber auch im Sozial- und Lehrbereich verstärkt nachgefragt werden (PWC, 2016).

Vorteile der Digitalisierung liegen hierbei meist offensichtlich auf der Hand. Arbeit kann effizient und für alle Beteiligten bedürfnisorientiert gestaltet werden. Die Kombination aus Unternehmens-, Kunden- und Mitarbeiterinteressen kann vereinbart werden, und ausgerechnet die Digitalisierung hat somit die Möglichkeit, den Menschen im Unternehmen wieder zu mehr Sichtbarkeit zu verhelfen (Bär, Grädler, & Mayr, 2018). Der Wandel der Arbeitswelt, wie im vorherigen Kapitel angesprochen, kann auch hier vollzogen werden: Die Abkehr von unflexiblen und starren Organisationsstrukturen, klaren Hierarchien und einer dauerhaften Präsenzkultur hin zu einer offenen Anerkennungskultur und Teamarbeit. Die Arbeit lässt sich räumlich und zeitlich flexibel einrichten. Verstärkt durch die Corona-Pandemie kommen

Gleitzeitmodelle, Arbeitszeitkonten, Homeoffice und Kurzarbeit zur Geltung. Durch die Digitalisierung intensiviert sich die Kommunikation und Erreichbarkeit, was einerseits einen Anstieg der Arbeitsleistung zur Folge hat, andererseits Mitarbeiter stärker belastet und fordert. Betrachtet man die Abwägung von Chancen und Risiken der Digitalisierung, wird klar, dass ohne rechtliche Rahmenbedingungen Mitarbeiter Gefahr laufen, ihre Lebenssituation zu verschlechtern. Die Einbeziehung von technischen Assistenzsystemen kann körperlich arbeitenden Menschen eine Hilfe sein und älteren oder physisch eingeschränkten Beschäftigten die Möglichkeit offerieren, länger und beständiger am Arbeitsleben teilzuhaben (Klingbeil-Döring, 2020).

Ein wesentliches Tool zur Prävention im Arbeitsalltag und besonders bezogen auf die digitalen Angebote im Unternehmen stellt das digitale Betriebliche Gesundheitsmanagement dar (dBGM). Dieses bedient sich der klassischen Instrumente des BGM und erweitert die Angebotspalette um digitale Instrumente. Hierzu zählen mitunter Wearables oder Gesundheits-Apps. Unter digitalem BGM wird der Einsatz von digitalen Methoden und Mitteln im betrieblichem Gesundheitsmanagement verstanden. Die Vorteile vom dBGM liegen auf der Hand. Die freie Verfügbarkeit von Informationen und Anwendungsbereiche unabhängig von Ort und Stelle sind für viele Arbeitnehmer von Vorteil. Hinsichtlich des Transports von Informationen wird keine zusätzliche Schnittstelle beim Arbeitnehmer vorausgesetzt und die Wandlung von analogen Maßnahmen in digitale Maßnahmen kann so unterstützt werden (Matusiewicz & Kaiser, 2018).

Die digitalen Gesundheitsangebote stellen eine gute Möglichkeit dar, neue Zielgruppen zu erschließen. Gerade junge, aber auch technisch nicht so versierte Mitarbeiter oder Mitarbeiter, die dem Thema Gesundheit in der Vergangenheit keine große Bedeutung geschenkt haben, können so angesprochen werden. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, durch eine gezielte Verknüpfung von individueller und unternehmerischer Gesundheitsförderung, ein Gesundheitsmonitoring herzustellen. Dieses kann eingesetzt werden als Controlling-Instrument und zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität. Als Möglichkeit der Motivationssteigerung sind Elemente des Gamification wie Ranglisten, Punkte, Ziele, Fortschrittsbalken oder Highscores sehr beliebt. Hierbei gelingt es, eine Motivationssteigerung mit Hilfe von spielerischen Anreizen zu verbinden. Diese Form der Gamification ist auch aus anderen Lebensbereichen bekannt und erprobt. Schaut man auf die Risiken des dBGM, so fallen der ungeklärte Datenschutz bzw. die Möglichkeit des Datenmissbrauchs am ehesten auf. Gerade sensible Gesundheitsdaten zu

teilen, stellt nicht nur für die Mitarbeiter eine hohe Hürde dar, sondern ist auch für die Arbeitgeber von größtem Interesse, da in Zeiten von Kündigungswellen oder Umstrukturierungsmaßnahmen auch weiche Faktoren wie psychische Beeinträchtigungen oder die Arbeitsunfähigkeitstage von Bedeutung sein können. Ebenso kristallisiert sich heraus, dass die frühzeitige Einbindung des Betriebsrats sinnvoll ist, da so die Unterstützung der Belegschaft sichergestellt werden kann. Ein weiterer Gefahrenpunkt bei der Ablehnung des dBGM liegt in der Überforderung der Technik. Die Einrichtung, Pflege und Umsetzung der digitalen Instrumente ist nicht nur eine Frage der Umsetzung der Maßnahmen, sondern in vielen Fällen auch eine Generationenfrage und der Nähe zu digitalen Lösungen. Ebenfalls gilt es bei der Interpretation der Daten, einen Arzt zu konsultieren (Hanke, Walter, & Mess, 2018). Abschließend lässt sich sagen, dass die Möglichkeit des dBGM nicht nur Vorteile mit sich bringt. Hohe Hürden bei der Einführung hinsichtlich datenschutzrechtlicher Fragen, aber auch der Kontrolle des Arbeitgebers und der Umsetzung im Alltag sind hierbei zu nennen. Prof. Dr. Antje Ducki ordnet das digitale betriebliche Gesundheitsmanagement folgendermaßen ein:

„(...) bin schon der festen Überzeugung, dass das Thema "Digitalisierung" im BGM wichtiger wird, und zwar auf der Ebene, wie verändert sich digitale, also, wie verändert sich Arbeit durch Digitalisierung, und wie müssen wir darauf jetzt auch im BGM reagieren. Und das zweite ist aber auch, dass wir den Beschäftigten mehr digitale BGM-Angebote machen müssen, also Sie haben ja selber das Stichwort angesprochen, wenn jetzt viel isolierter von zu Hause aus gearbeitet wird, dann müssen wir irgendwie auch mit den Angeboten uns darauf einstellen und uns überlegen, was kann sinnhafterweise auch digital angeboten werden, und was sollte nach wie vor auch in Präsenz stattfinden? Und das ist auch keine triviale oder über alle zu beantwortende Frage, das ist glaube ich mittlerweile auch hochgradig abhängig von vielen Faktoren, zum Beispiel von der digitalen Affinität der Beschäftigten, oder auch wenn Sie IT-Unternehmen betreuen, die arbeiten den ganzen Tag digital, die haben natürlich eine total hohe Affinität, ne? Für die könnte man jetzt sagen, für die ist jetzt digital ein Online-Training zu Stressmanagement, klar, warum nicht? Aber interessanterweise sagen die uns "Soll ich dir mal was sagen, ich gucke den ganzen Tag in diese scheiß Kiste, da habe ich jetzt echt keinen Bock, irgendwie nachher dann auch noch mein Gesundheitstraining darüber zu machen (...).“ (Prof. Dr. Antje Ducki, Min. 00:28:06)

3.4.2 Globalisierung

Ein wichtiger Punkt in der Betrachtung der modernen Arbeit ist die Globalisierung. Durch verbesserte Transportmöglichkeiten und günstigere Transportangebote, eine internationale Vernetzung der Produktionsstandorte und eine wachsende Anzahl an qualifizierten Arbeitskräften, wird die Auslagerung von Arbeitsschritten und Produktionen immer lukrativer. Das günstige Verhältnis von Produktion- zu Arbeitskosten spielt hierbei eine entscheidende Rolle (Müller, 2002). Durch gestiegenen Wettbewerbsdruck erhöht sich auch die Nachfrage nach speziellen Technologien auf dem Weltmarkt. So lässt sich heute Entfernung so schnell und günstig wie noch nie überwinden und ist bei der Wahl des Standortes von besonderer Bedeutung (Osterhammel & Petersson, 2003). Durch den Anstieg der Globalisierung, Europäisierung und Internationalisierung und die damit einhergehende Verbreitung von neuen Technologien und Kommunikationswegen wird eine neue Form der Flexibilisierung der Mitarbeiter erwartet. Ebenso steigt der Anteil der internationalen Arbeitsmigration, und das betriebliche Gesundheitsmanagement wird um die Komponente Integration erweitert (Bellmann, 2014, S. 21).

Vor dem Hintergrund der aktuellen Megatrends auf dem Arbeitsmarkt der Globalisierung der Arbeitsteilung, der Digitalisierung aller Wirtschaftsprozesse, der Wissensintensivierung aller Arbeitsprozesse, der Ressourcenknappheit, der Individualisierung und Feminisierung sowie dem Wertewandel steht auch das betriebliche Gesundheitsmanagement im Fokus. Hierbei ist besonders die alters- und altersgerechten Arbeitszeitgestaltung zu nennen. Die zunehmende Globalisierung lässt sich durch vier elementare Entwicklungen erklären: Durch ein zunehmendes Wachstum an internationalem Handel entsteht ein internationaler Markt für Waren und Dienstleistungen. Der Anstieg dieses Handelsvolumen führt zu einem Anstieg an internationaler Arbeitsteilung. Daneben gibt es eine zunehmende Nutzung kostengünstigerer Produktionsmöglichkeiten im Ausland und dadurch eine Internationalisierung der Produktion. Gleichzeitig steigen die länderübergreifenden Investitionen und die Direktinvestitionen werden verstärkt. Ebenfalls gibt es vermehrt Zusammenschlüsse von Unternehmen und damit weltumspannenden Produktionsaktivitäten der transnationalen Unternehmen. Darüber hinaus werden die ungleichen Arbeitsbedingungen und die Entwicklungssituationen und -bedingungen in bestimmten Regionen in der Welt zu hoher Arbeitslosigkeit führen und in anderen Gebieten zu einem Fachkräftemangel. Somit werden Faktoren wie die internationale Migration zwangsläufig dazu beitragen, dass es einen verstärkten internationalen Arbeitsmarkt gibt, unabhängig von der Qualifikation und dem Wissensstand der Arbeitnehmer. Besonders die niedrig qualifizierten

Arbeitskräfte aus Niedriglohnländern werden die freie Wahl des Arbeitsortes vermehrt verlieren und begeben sich in Abhängigkeiten (Gericke, Koch, & Koufen, 2020, S. 212).

Als letzter großer Aspekt dient der internationale Finanzmarkt als Gradmesser des Welthandels. Wie kaum ein anderer Wirtschaftszweig wächst der Finanzmarkt kontinuierlich und auch nach mehreren internationalen Finanzkrisen erholt sich der Finanzmarkt nachweislich wieder sehr schnell. Auch der Standortwettbewerb spielt beim Thema Globalisierung eine wichtige Rolle. Länder, die es schaffen, die oben genannten Aspekte optimal umzusetzen und fortschrittliche Technologien, niedrige Löhne und gute Qualität zu vereinen, können von der Globalisierung profitieren. Dagegen sind Abschottung, starke Bürokratisierung, Korruption und fehlende Akzeptanz der Bevölkerung schlechte Voraussetzungen (Koch, 2014). Doch nicht nur für die Arbeitgeber ist das Thema Globalisierung ein wichtiger Faktor. Auch Arbeitnehmer sind davon direkt betroffen. Sie können durch ein gezieltes BGM auf die Anforderungen und Chancen der Globalisierung vorbereitet werden. Nur gesunde und geistig fitte Mitarbeiter sind in der Lage, der Komplexität der neuen Arbeitsbedingungen standzuhalten (Kiesche, 2013).

3.4.3 Demografischer Wandel und Zukunft der Arbeit

Bereits Anfang der 1970er Jahre wurde der demografische Wandel spürbar (Hausmann, 2009). Die dreifache Alterung der Bevölkerung schritt voran. Einerseits gab es einen Anstieg der absoluten Zahl älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Dazu gab es eine Zunahme des relativen Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung und die Zunahme der absoluten Zahl hochbetagter Menschen. Die Zahl der über 65-Jährigen beträgt heute ca. 21,6 %, derjenigen über 75 Jahren ca. 11 %. Bis zum Jahr 2050 werden sich diese Anteile deutlich verschieben (Bechtel, Smerdka-Arhelger, & Lipp, 2017). Heute kommen in Deutschland weniger Kinder zur Welt als früher, dabei steigt die Lebenserwartung und die Menschen ziehen vom Land in die Stadt. Dadurch erhöht sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung (Vogelgesang, Kopp, Hahn, & Rüdiger, 2018, S. 124). Wie im vorherigen Kapitel angesprochen, steht die Gesellschaft vor einigen Megatrends. Auch der demografische Wandel ist eng mit diesen ökonomischen, technischen und gesellschaftlichen Megatrends, welche die Wirtschaft stark beeinflussen, verbunden. Deutschland und der deutsche Arbeitsmarkt wird sich in den nächsten Jahren massiv mit der Alterung der Bevölkerung auseinandersetzen müssen. Neben der Alterung wird es einen Bevölkerungsrückgang geben. Diese Prozesse sind Resultate der niedrigen Fertilität und der immer weiter steigenden Lebenserwartung. Aktuell kann auch die Zuwanderung diesen

Prozess nicht aufhalten oder umkehren. Ausgehend von der Annahme, dass die Lebenserwartung im Jahr 2060 bei den Männern 85 Jahre beträgt und bei den Frauen 89 Jahre und ein Nettowanderungsgewinn von 150.000 Menschen pro Jahr angenommen werden kann und die Geburtenziffer bei den heutigen 1,4 bleibt, ergibt sich ein Rückgang der Bevölkerung auf 78 Millionen Menschen im Jahr 2030 und 68 Millionen Menschen 2060.

Wie oben angesprochen verschiebt sich ebenfalls der Altersschnitt in der Gesellschaft. Auf der einen Seite sinken die Erwerbstätigenzahlen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren um 6,1 Millionen, also um rund 12 %, auf der anderen Seite steigt die Zahl der über 60-jährigen um rund 30 %. Betrachtet man die Entwicklung ab 2030, so wird deutlich, dass die Entwicklung an Fahrt aufnimmt und die Bevölkerungsabnahme deutlich zunimmt. Daneben stellt die Alterung der Gesellschaft für das Sozialsystem eine große Herausforderung dar. Allein in den letzten Jahren ist ein Anstieg der Beitragssätze zu den Sozialversicherungen von 26,5 % auf heute über 40 % zu verzeichnen. Weltweit liegt Deutschland damit auf einem Spitzenplatz was die Belastung von Arbeits- und Lohneinkommen durch Steuern und Sozialabgaben angeht. Betrachtet man die demografische Entwicklung genauer, so wird das Thema des Wanderungssaldos wichtig. In Deutschland lässt sich bezüglich der Zu- und Abwanderungen kein eindeutiger und allgemeiner Trend ableiten. Bezogen auf das alte Bundesgebiet lag der dieser von 1954 bis 1990 bei 157.000 Nettoeinwanderern. Betrachtet man die Zahlen der Bundesrepublik von 1991 bis 2010, waren dies 214.000 Nettoeinwanderer. Jedoch berücksichtigt diese Zahl die Übersiedlung von Menschen aus der ehemaligen DDR. In den Jahren 2000 bis 2010 sank die Zahl auf knapp unter 100.000 Menschen. Langfristig wird angenommen, dass die Zahl sich bei rund 150.000 Menschen einpendelt. Zukünftig wird wahrscheinlich stärker als aktuell die Zuwanderung von qualifiziertem Personal gefördert, um dem sinkenden Erwerbspotenzial entgegenzutreten, dem Fachkräftemangel gerecht zu werden und den Geburtenrückgang aufzuhalten. Beobachtet man die Entwicklung in anderen europäischen Staaten, so kommt man zu dem Schluss, dass die überwiegende Zuwanderung aus den mittel- und osteuropäischen Staaten dem Bedarf nicht gerecht werden kann und die Öffnung des Arbeitsmarkts für Menschen aus dem außereuropäischen Ausland eine Alternative sein kann.

Auch die Altersverteilung der Zuwanderer ist von Bedeutung für die demografische Entwicklung. Da der Altersdurchschnitt der Zuwanderer deutlich jünger ist, als der Altersdurchschnitt der wegziehenden Personen, stellt sich auch hier ein Verjüngungsprozess ein (Walter, et al.,

2013, S. 9). Doch nicht nur Deutschland hat mit dem demografischen Wandel zu kämpfen. Nahezu alle westlichen Staaten und Teile Asiens sind heute davon betroffen.

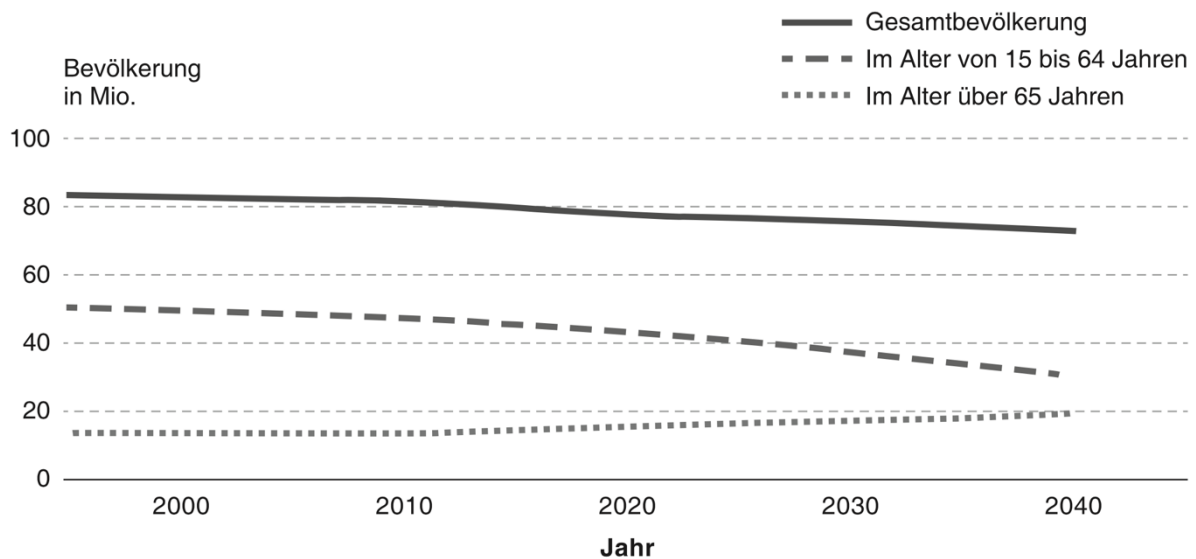


Abbildung 6: Bevölkerungsprojektion nach Altersgruppen. (Quelle: Statistisches Bundesamt – 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2009)

Der demografische Wandel ist so zentral im Bereich der Gesellschaft verankert, dass alle Lebensbereiche davon beeinflusst sind, nicht nur die Arbeit (Frevel, 2013). Wie in Abbildung 6 zu erkennen ist, verdeutlicht sich hier die quantitative Dimension des sozio-demografischen Wandels. Die durchgestrichene, obere Linie verdeutlicht die prognostizierte Entwicklung der gesamten Bevölkerung bis ins Jahr 2040. Die darunter liegende Linie gibt das Erwerbspersonenpotenzial der Bevölkerung wieder. Die unterste Linie beschreibt die Entwicklung der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren somit gleichbedeutend mit dem nahen Renteneintritt. Nimmt man alle diese Statistiken und Annahmen und schaut sich die Entwicklung der Demografie an, so wird deutlich, dass die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter schneller schrumpfen wird als die Gesamtbevölkerung. Dies hat unweigerlich zur Folge, dass die Rekrutierung des betrieblichen Nachwuchses schwerer wird und das Durchschnittsalter der Belegschaft älter wird. Selbst mit einer progressiven und offenen Zuwanderungspolitik kann dieser Verlauf nur abgeschwächt und nicht gestoppt werden (Badura B. , Ducki, Schröder, Klose, & Meyer, 2014, S. 12). Wirbt man gezielt Menschen aus dem Ausland an, sinkt unweigerlich das inländische Arbeitskräftepotenzial. Um dem Verlust von Wissen und Fachkenntnissen entgegenzuwirken, bedarf es einer immer längeren Arbeitsdauer, neuen geburtenstarken Jahrgängen und einer Zuwanderung an gut ausgebildeten Menschen. Diese Tatsache setzt auch die Entscheidungsträger in den Betrieben vor neue Herausforderungen. Die Erweiterung des BGM und ein altersgerechtes

Arbeitsumfeld steht mittlerweile weit vorne auf der Agenda. Die verfügbaren Ressourcenpotenziale der Mitarbeiter müssen konsequenter genutzt werden, um die produktive Wertschöpfung weiter zu erhöhen. Das Alter an sich ist für die Unternehmen kein Kriterium, es wird erst zum Hindernis, wenn die älteren Beschäftigten einseitig und monotone belastende Tätigkeiten ausüben müssen. Aber nicht nur auf der Arbeitnehmerseite gibt es Veränderungen, auch auf der Arbeitgeberseite entstehen neue Bedarfe in einzelnen Branchen.

Berufe im Pflege- und Gesundheitsbereich werden stärker nachgefragt. Ebenfalls wird die Zahl der Menschen zunehmen, die auf Leistungen des Gesundheitswesens und der Pflege angewiesen sind (Rothgang, Müller, & Unger, 2012). Bereits heute macht sich der demografische Wandel für die Unternehmen bemerkbar. Sie stehen vor der Herausforderung, trotz alternder Belegschaft innovativ und zukunftsorientiert zu bleiben. Besonders für ältere Beschäftigte scheint der Themenkomplex der Weiterqualifikation ein begrenztes Feld zu sein und die Motivation entsprechend schwach. Das betriebliche Gesundheitsmanagement bezieht sich beim Demografiemanagement auf die Gesunderhaltung der Mitarbeiter im höheren Alter und hilft diesen, gesundheitsbelastende Faktoren zu minimieren bzw. zu beseitigen. Prof. Karlheinz Sonntag von der Hertie School of Governance sagt dazu:

„(...) die Belegschaften werden künftig deutlich älter sein. Was heißt das für das Gesundheitsmanagement? Es gilt für diese Altersgruppe da natürlich die Ressourcen zu erhalten und die Potentiale zu nutzen. Und das macht deutlich, dass neben der Digitalisierung oder der digitalen Transformation eben auch der zweite große Bereich, der auf die Gesellschaft und auf die Wirtschaftsunternehmen zukommt oder auch auf Profit oder Non-Profit Organisationen, dass eben neben diesen digitalen Transformationen der demographische Wandel ganz entscheidend ist.“
(Prof. Karlheinz Sonntag, Min. 00:07:32)

3.4.4 Institutioneller Wandel

Neben der Digitalisierung und Vernetzung, der Globalisierung und dem demografischen Wandel, bewirkt auch der institutionelle Wandel eine Veränderung der modernen Arbeitswelt. Institutioneller Wandel bestimmt maßgeblich die Art und Weise der Entwicklung der Gesellschaft (North, 1992). Durch die Öffnung des Arbeitsmarktes für Frauen, ältere Menschen und Migranten aus Europa haben sich die institutionellen Rahmenbedingungen geändert. Verbesserte Angebote in der Kinderbetreuung und Pflegedienstleitung und die Anhebung des

Renteneintrittsalters, haben ihr übriges getan (Eichhorst & Buhlmann, 2015). Eine zunehmende Flexibilisierung von Arbeitszeiten-, -formen und Entlohnungsstrukturen, hat auf den Arbeitsmarkt eingewirkt. Besonders zeigt sich diese Form der Veränderung in den atypischen Beschäftigungsformen wie befristeten Arbeitsverträgen oder Zeitarbeit. Sie haben ein insgesamt anpassungsfähigeres und flexibleres Beschäftigungssystem geschaffen, was jedoch nicht ohne Risiken und Nachteilen auskommt. Teile dieses Systems passen sich an die technischen und gesellschaftlichen Herausforderungen an und stellen sich einem globalen Wettbewerb (ebd.). Auch die weiter voranschreitende Ökonomisierung- und Prekarisierung des Arbeitsmarktes stellt besonders für Menschen mit atypischen Beschäftigungsformen eine Herausforderung dar (Böhle, Wachtler, & Voß, 2010). Für die gut ausgebildeten Mitarbeiter in anspruchsvollen Berufen wirkt sich auf Grund des ökonomischen Drucks die Arbeitsverdichtung spürbar aus (Sauer, 2010). Gerade hinsichtlich der Bedeutung von betrieblichen Gesundheitsangeboten stellt die Fokussierung auf Beschäftigte mit atypischen Beschäftigungsformen eine wichtige Aufgabe dar. Durch die häufig schlechtere Erreichbarkeit der Mitarbeiter und die daraus resultierende Schwierigkeit, Mitarbeiter für Maßnahmen zu gewinnen, bedarf es hier entsprechenden Steuerungsmaßnahmen.

3.5 Situation auf dem Arbeitsmarkt

Wie in Kapitel 3.4.3 angesprochen zeichnet sich in Deutschland ein demografischer Wandel ab. In den nächsten 20 bis 30 Jahren wird eine Alterung des Erwerbspersonenpotenzials stattfinden und dies wird einen Fachkräftemangel zur Folge haben (Huber S. , 2010). Die jetzigen Beschäftigten werden schon deutlich länger arbeiten müssen als ihre Eltern (Prager & Schleiter, 2010). Somit verbringen auch zukünftige Generationen einen Großteil ihres Lebens am Arbeitsplatz. Das bedeutet, dass die Arbeit und das Arbeitsumfeld maßgeblich für die biografische Entwicklung verantwortlich sind. Durch eine immer weiter voranschreitende Digitalisierung und den damit einhergehenden neuen Anforderungen an Erwerbstätige ist es von besonderer Bedeutung, in welchem Maße die Gesundheit von der Arbeitswelt abhängig ist. Grundsätzlich ist es nicht die Arbeit an sich, die krank macht, denn unter bestimmten Umständen macht es auch krank, keine Arbeit zu haben (Kieselbach & Offe, 2013). Es sind vielmehr die Arbeitsbedingungen, unter denen die Erwerbstätigen arbeiten, die krank machen können.

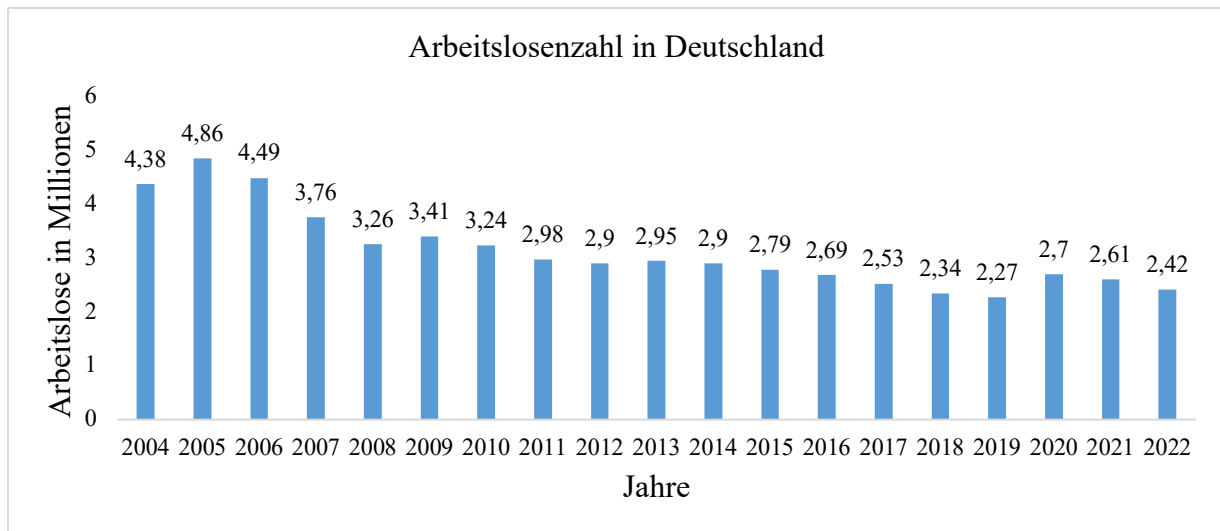


Abbildung 7: Arbeitslosenzahl in Deutschland im Jahresdurchschnitt von 2004 bis 2022 in Millionen (Statistisches Bundesamt, 2022)

Die Arbeitslosenzahlen in Abbildung 7 zeigen, dass zwischen den Jahren 2004 und 2022 (Januar bis März) ein deutlicher Rückgang zu erkennen ist. Von 4,38 Millionen Arbeitslosen im Jahr 2004 auf 2,42 Millionen im März 2022. Die Zahl der Erwerbstätigen ist auf 45 Millionen gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2022). Gleichzeitig hat sich die Situation auf dem Arbeitsmarkt in einigen Berufen und Branchen weiter verschärft. Viele Stellen im Gesundheits- und Pflegebereich sowie in Bau- und Handwerksberufen konnten und können nicht besetzt werden. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Erwerbsbeteiligung und die Erwerbsneigung in Deutschland in den letzten zehn Jahren angestiegen ist. Auf Grund der Corona-Pandemie hat der konjunkturelle Aufschwung einen Dämpfer erfahren. Besonders in den Wintermonaten konnte auf Grund der besonders ansteckenden Varianten die wirtschaftliche Aktivität nicht wieder vollumfänglich hochgefahren werden. Von der Pandemie sind besonders Langzeitarbeitslose stärker betroffen und die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ist schwieriger. In Phasen der Pandemie, wo sich das Infektionsgeschehen verlangsamt hat, stieg die Nachfrage nach neuen Mitarbeitern stärker an. Die Inanspruchnahme von Kurzarbeit war in der gesamten Zeit der Pandemie stark vorhanden und auch hier war die Situation stark saisonal bedingt (Bundesagentur für Arbeit, 2022).

Richtet man einen Blick in die Zukunft und betrachtet den Arbeitsmarkt, so wird erkennbar, dass besonders die KMU unter dem Beschäftigungsrückgang zu leiden haben. Rechnet man die Unternehmensgrößen von allen KMU zusammen, so werden sie einen Großteil der Last zu tragen haben. Nur die Kleinst- und die Großbetriebe werden etwas verschont bleiben und einen geringeren Beschäftigungsrückgang zu verzeichnen haben. Diese Entwicklung geht auf den zu

erwartenden sektoralen Strukturwandel zurück. Ursachen hierfür sind im Wesentlichen ein Rückgang der Warenproduktion in Großbetrieben, eine Verlagerung ins Dienstleistungsgewerbe und der demografische Wandel (Vogler-Ludwig & Kriechel, 2013). Betrachtet man die Substituierbarkeitspotenziale der beruflichen Tätigkeiten, so ist zu erkennen, dass es einen gleichmäßigen Anstieg hinsichtlich der technischen Fähigkeiten gibt. Eine ständige und kontinuierliche Bewertung der Substituierbarkeitspotenziale ist daher notwendig, da der technische Fortschritt weiter voranschreitet. Nach wie vor sind die höchsten Substituierbarkeitspotenziale in den Fertigungsberufen zu finden. Hier ist ein Anstieg der technischen Entwicklung zu beobachten und gleichzeitig eine Verlagerung der Produktion ins Ausland. Am niedrigsten sind kulturelle und soziale Berufe betroffen, hierbei sind die rechtlichen und ethnischen Hürden aktuell am stärksten. Der Anteil der Berufe, die von einem Substituierbarkeitspotenzial betroffen sind, ist von 25 % im Jahr 2016 auf rund 34 % im Jahr 2019 angestiegen. Hemmschwellen bei der Substituierbarkeit von menschlicher Arbeit bestehen dann, wenn die von Menschen ausgeführte Arbeit wirtschaftlicher, flexibler oder von höherer Qualität als die von Maschinen ist (Dengler & Matthes, 2021).

4. Betriebliches Gesundheitsmanagement

„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, Walter, & Hehlmann, 2010)

Im folgenden Kapitel wird es eine Beschreibung der Themengebiete betriebliches Gesundheitsmanagement und betrieblicher Gesundheitsförderung geben. Bei der Differenzierung und Aufteilung von BGM und BGF wird deutlich, dass inhaltlich der Begriff betriebliches Gesundheitsmanagement noch über die betriebliche Gesundheitsförderung hinaus geht. Ziel des BGM ist es, innerhalb der Organisation Strukturen und Prozesse zu implementieren, die betriebliche Gesundheitsförderung dauerhaft möglich machen. Geht es um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen und die Umsetzung, muss die Unternehmensführung dafür aufkommen. Dabei sollte das Ziel sein, dass das BGM ein Teil des Unternehmensalltages wird. Die Unternehmensführung definiert die Ziele des BGM und muss diese umsetzen. Grundsätzlich lassen sich im betrieblichen Gesundheitsmanagement drei Ziele feststellen: Gesundheitsbezogene Ziele, organisationale Ziele und ökonomische Ziele. Die gesundheitsbezogenen Ziele beziehen sich auf die Gesundheit der Mitarbeiter und richten sich an das Wohlbefinden der Belegschaft. Diese gilt es zu verbessern oder zu erhalten und gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen sollen beeinflusst werden (Esslinger, 2018). Ausfälle sollen minimiert werden und eine gesundheitsgerechte und sichere Arbeitsumgebung geschaffen werden. Die organisationalen Ziele, wie die Erprobung neuer Ansätze oder das Umsetzen beschlossener Maßnahmen, stehen ebenso im Mittelpunkt. Dazu zählt ebenfalls die Integration in bestehende Prozesse. Unter die ökonomischen Ziele fallen die Reduktion von psychosozialen Belastungen, Fehlzeiten und Krankstände und der Fluktuationsrate. Ebenso gehört die Steigerung der Arbeitsqualität, Motivation und Kreativität der Mitarbeiter dazu (ebd.). Prof. Dr. Antje Ducki kommt bei ihrer Definition von BGM zu folgendem Schluss:

„(...) es kommt darauf an, wie man BGM, BGF definiert und was man da wirklich macht. Und wenn man es so definiert und praktiziert wie wir es jetzt arbeitswissenschaftlich ja eigentlich wünschen und wollen, nämlich im Sinne der Verhältnisprävention und im Sinne eines umfassenden BGM, da sind Sie ja ganz schnell weit über die klassischen Gesundheitsthemen hinaus, also da sind Sie ja auch bei Weiterbildungen, bei Qualifizierungen usw., und dann, würde ich

sagen, ist ein gutes BGM auf jeden Fall ein gutes Instrument, wirklich Leute zu halten, zu binden und sie, ja, dauerhaft im Unternehmen zu halten. Wenn das Ganze als Feigenblattaktion praktiziert wird, ist es begrenzt und wenn man es nur auf einen Bereich reduziert, also so beispielsweise auf, ja, sage ich mal, arbeitsschutzrelevante Abarbeitungen von Themen oder auch Verhaltensprävention, würde ich auch sagen, ist das mittelfristig relevant. Nach meinem Verständnis ist es tatsächlich so, letztendlich entscheidet ob Leute bleiben oder gehen, wie die alltägliche Arbeit organisiert ist, und wie das Klima im Unternehmen ist (...).“ (Prof. Dr. Antje Ducki, Min. 00:06:57)

Das BGM setzt am Management an und stellt dieses mehr in den Fokus (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010). In Abbildung 8 sind die Teilbereiche des BGM erkennbar. Hierbei ist zu beachten, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement als Oberbegriff verwendet wird, um die Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln. Es befasst sich genauso mit den Themen Personalbetreuung und -entwicklung sowie Organisationsentwicklung oder wird als Teil des Total Quality Management verstanden (Brandenburg, 2000). Jeder dieser Bereiche stellt eine eigene Dimension und eine eigene Herausforderung dar. Jeder dieser Bausteine wird im Unternehmen und im Betrieb separat behandelt, wird aber unter dem Überbegriff betriebliches Gesundheitsmanagement zusammengefasst. Der Grundgedanke des BGM beruht auf der Umsetzung aller Punkte der Abbildung 8 und deren fachgerechte und zielgerichtete Implementierung. In Kapitel 4.6.1 wird näher auf die Rolle des Geschäftsführers eingegangen. Hierbei liegt vor allem der Fokus auf seiner Verantwortung und seinen Aufgaben. Vom Führungsstil und der Unternehmensführung ist wesentlich abhängig, inwieweit eine BGM-Maßnahme erfolgreich umgesetzt wird. Vorbildfunktion, Konsequenz und Durchhaltevermögen sind nur einige der Bausteine.

Das Verhalten und die Verhältnisse der Arbeitnehmer und im Unternehmen sind gleichbedeutend mit dem Erfolg des BGM, auf die beiden Begriffe wird genauer in Kapitel 3.2 eingegangen. Der Arbeitsschutz stellt einen wesentlichen Bestandteil des BGM dar und hat sich in den letzten Jahren erheblich weiter- und fortentwickelt. In den letzten Jahren konnte dank eines weiter entwickelten Arbeitsschutzes aus Arbeitssituation entstehende gesundheitliche Risiken reduziert werden. Im Zentrum des 1996 geschaffenen Arbeitsschutzgesetzes steht die Präventionsorientierung und die Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse bei der Gestaltung der Arbeit im Mittelpunkt (Rothe & Beermann, 2014). Der Baustein BGF ist ein

weiterer wichtiger Aspekt eines umfassenden BGM und wird in Kapitel 5 ausführlicher behandelt. Wie in Abbildung 8 zu erkennen ist, besteht das BGM aus mindestens sieben Teilbereichen.

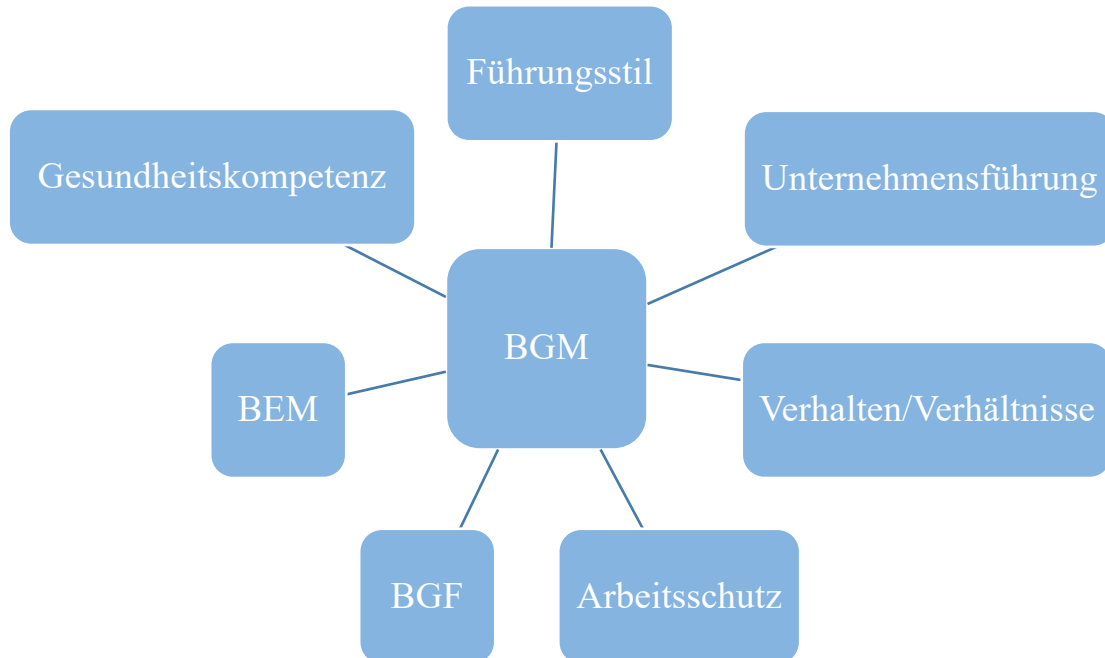


Abbildung 8: Teilbereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagements (eigene Darstellung)

Oberstes Ziel eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es, die Mitarbeiter gesund zu halten, und gleichzeitig eine Erhöhung der Profitabilität des Unternehmens (Emmermacher, 2008, S. 14). Somit ist der Nutzen eines betriebsinternen BGMs nicht nur erkennbar für die Mitarbeiter, sondern auch für die Betriebe und das Unternehmen. Ebenfalls hat ein BGM einen positiven Einfluss auf das Zugehörigkeitsgefühl der Mitarbeiter zum Unternehmen. Dies führt zum Abbau der sogenannten Frühindikatoren wie Frustration, Demotivation, Burn-out und damit zur Senkung von Fehlzeiten, Unfällen und zur Steigerung der Produktivität. Die Mitarbeiter sind leistungsbereiter und tragen so zum Unternehmenserfolg bei (Kaminski, 2013, S. 29). Gesundheit ist ein Gut, welches nicht frei entsteht, sondern im privaten und im unternehmerischen Umfeld gefördert oder gehemmt wird. Die Gesundheit im Unternehmen muss jeden Tag analysiert, adressiert und verbessert werden. Wie in Abbildung 9 zu erkennen ist, bewegt sich das betriebliche Gesundheitsmanagement im Spannungsfeld zwischen pathogenen und salutogenen Faktoren. Pathogene Faktoren sind krank machende Faktoren und salutogene Faktoren sind gesund machende Faktoren. Die Abbildung 9 unterscheidet zwischen den Begriffen Pathogenese und Salutogenese sowie zwischen den Begriffen Person und Organisation. Anhand der Abbildung lässt sich also erkennen, dass der Idealzustand erreicht ist, wenn krank machende

Faktoren vermieden werden und gesund machende gefördert werden. Wobei hier ein Gleichgewicht zwischen dem Wohlergehen und der Gesundheit der Mitarbeiter, sowie der Ertragslage und Zukunftsfähigkeit des Unternehmens gefunden werden muss. In der Realität zeigt sich, dass die pathogenen Risikofaktoren der einzelnen Mitarbeiter wie Bewegungsmangel, Fehlernährung oder übermäßiger Alkoholkonsum durch Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements nur schwer einzudämmen sind. Hierbei ist zu beachten, dass es einer Kombination aus guten Arbeitsbedingungen, einem stabilen sozialen Netzwerk und einer gesunden Führungs- und Unternehmenskultur bedarf, um diesen Risikofaktoren Einhalt zu gebieten. Neben den pathogenen Faktoren in Kombination mit dem Faktor Person gibt es auch pathogene Faktoren in Kombination mit der Organisation. Hierbei sind die physischen Risiken wie Unfälle oder Verletzungen bei der Arbeit, aber auch Mobbing am Arbeitsplatz oder ein Burnout gemeint (ebd.). Genauer wird in Kapitel 3 auf diese Thematiken eingegangen.



Abbildung 9: Spannungsfeld des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Badura, 2009)

Auch die innere Kündigung zählt dazu. Laut Studien liegt der Anteil innerlich gekündigter Arbeitnehmer, die keine emotionale Bindung an ihr Unternehmen aufweisen, in Deutschland bei etwa 20 % (Gallup Institut, 2013). Scheibner und Hapkemeyer sehen zwei Erklärungsansätze beim Phänomen innere Kündigung und deren geringe Aufmerksamkeit in Organisationen. Zum einen äußern sie sich weniger deutlich als psychische Erkrankungen und können dadurch leichter übersehen werden, zum anderen erfolgt eine gewisse Tabuisierung der Personen, da sie als Paradebeispiel von ungünstigen organisationalen Bedingungen dienen und die Fehlerquellen offensichtlicher darstellen als andere Mitarbeiter (Scheibner & Hapkemeyer, 2012). An dieser Thematik soll das betriebliche Eingliederungsmanagement ansetzen. Beim BEM handelt es sich um ein systematisches Verfahren, erkrankte Beschäftigte bei der Wiedereingliederung zu unterstützen und einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen (Huber, 2014). Das BEM greift nach 6 Wochen krankheitsbedingter Abwesenheit und zielt auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Angestellten soll geholfen werden, eine erneute Krankheit zu verhindern. Ihnen werden Wege und Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie innerhalb der Arbeit gesundheitsfördernde Maßnahmen treffen können. Nicht zuletzt geht es um die Frage, wie ein Arbeitsplatz dauerhaft gesichert werden kann und ob das Unternehmen nicht aus betriebswirtschaftlicher Sicht eine andere Lösung finden muss. Genau wie das BGF setzt das BEM als Top-Down-Prinzip an und richtet sich an alle Angestellten eines Betriebes (Richter & Habib, 2011, S. 14).

Im Zuge der demografischen Entwicklung wird das Erwerbspersonenpotenzial künftig weiter abnehmen und die Erwerbsbevölkerung im Vergleich zu heute durchschnittlich älter sein (Bruch, Kunze, & Böhm, 2009). Einen wesentlichen Beitrag zur Abfederung dieser Entwicklung kann neben anderen Faktoren das Betriebliche Eingliederungsmanagement leisten, das seit 2004 im § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX festgehalten und geregelt ist. Im Zuge der Einführung des Renteneintrittsalters mit 67 Jahren und eines durchschnittlichen Renteneintrittsalters von 63,5 Jahren wurde auch der Themenbereich BEM wichtiger. Hat man nun das Ziel der Einführung der Rente mit 67 Jahren im Blick, die Entlastung der Rentenversicherung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit, müssen besonders die älteren Beschäftigten in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen berücksichtigt werden. Die Annahme, dass die Verlagerung der Wertschöpfung vom Industriellen- zum Dienstleistungssektor, aber auch der technische Fortschritt zu einem Abbau der Arbeitsbelastungen führt, hat sich nicht bewahrheitet. So hat sich herausgestellt, dass neben den weiterhin bestehenden körperlichen Anforderungen auch eine Zunahme von psychischen Belastungen festzustellen war (Knoche & Sochert, 2013).

Neben diesen Faktoren spielt auch die Gesundheitskompetenz eine entscheidende Rolle. Die WHO versteht unter dem Begriff Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, sein Leben so zu gestalten, dass eine gute Gesundheit und ein hohes körperliches und psychisches Wohlbefinden möglich ist (WHO, 2013). Diese Eigenschaften können als notwendig angenommen werden, wenn man von einem gesundheitsfördernden Leben spricht. Die Gesundheitskompetenz hängt sehr stark vom Individuum ab und bezieht sich nicht nur auf sein eigenes Verhalten, sondern nimmt auch Bezug auf sein gesellschaftliches und soziales Handeln. Die Felder der Gesundheitskompetenz sind weit gestreut und umfassen nicht nur die greifbaren und sichtbaren Felder wie Ernährung, Sport oder Familie. Auch die psychischen und emotionalen Zustände werden betrachtet und sind essenziell wichtig zur ganzheitlichen Betrachtung der Gesundheitskompetenz (Lenartz, 2012, S. 19). Dieser Bereich deckt sich mit den Annahmen der Anforderungen an ein BEM und deren Umsetzung im Alltag.

4.1 Akzeptanz von betrieblichem Gesundheitsmanagement

Ob und inwieweit betriebliches Gesundheitsmanagement aus Sicht von Arbeitnehmern akzeptiert wird, hängt maßgeblich mit deren Motivation zusammen. Hierbei spielt die Kommunikation eine entscheidende Rolle. Hierfür muss zu Beginn die Ist-Situation analysiert werden, und dabei zeigen sich erste Unterschiede von großen Unternehmen und KMU. Häufig verfügen diese über keine entsprechende Kommunikationssystematik, sondern Kommunikation verläuft wenig reguliert und wenig geplant. Jedoch zeigt sich, dass die Kommunikation entscheidend für alle Beteiligten ist und als ein wichtiger Baustein zur Akzeptanz von Maßnahmen beiträgt. Ebenso ist die Akzeptanz eng mit dem Nutzen und den Zielen von betrieblichem Gesundheitsmanagement verbunden. Erfahrungen von Mitarbeitern und persönliche Erfolgserlebnisse im Unternehmensumfeld sind die effektivsten Instrumente, um die Akzeptanz zu erhöhen. Trotz Priorisierung des Tagesgeschäfts lässt sich die Einbindung von Maßnahmen vom betrieblichem Gesundheitsmanagement sinnvoll erklären (Ghadiri, Ternes, & Peters, 2016). Durch den Abbau von Stress und Belastungen und der Wertschätzung für die Gesundheit der Mitarbeiter steigert sich die Akzeptanz. Auch die fehlenden Ressourcen lassen sich in vielen Fällen kostengünstig ersetzen (Bechmann, Jäckle, Lück, & Herdegen, 2011). Wie bereits weiter oben angesprochen sind es gerade Unternehmen bis 500 Beschäftigte, die sich wenig nachhaltig oder ungenügend mit dem Thema des betrieblichem Gesundheitsmanagement beschäftigen (Schwenker & Wittig, 2012). Hierbei ist zu beachten, dass gerade die Erhebung von Gesundheitsdaten in KMU

schwierig sein kann, da die Hemmschwelle zur schriftlichen oder mündlichen Befragung besonders hoch ist bei den Mitarbeitern (Sommer, 2004).

Ein weiterer sinnvoller Aspekt zur Steigerung der Akzeptanz sind Anreizsysteme für Unternehmen und Mitarbeiter. Hierfür ist die transparente Kommunikation ein entscheidender Faktor. Die Reduzierung der Krankheitskosten ist auf den ersten Blick ein wichtiger Antriebsmotor für die Unternehmen. Gleichzeitig kann sie aber auch für Mitarbeiter motivierend wirken. Hierbei ist die richtige Kommunikation entscheidend. Sollten die Maßnahmen dahingehend ausgearbeitet werden und kommuniziert werden, dass ausschließlich der Vorteil der Unternehmen im Fokus steht, so stoßen die Maßnahmen auf Ablehnung. So lassen sich mit einfachen Maßnahmen die Akzeptanz wirksam verbessern und die Unterstützung von Gesundheitsbeauftragten kann hierbei ein wichtiger Faktor sein (Perwiss., 2015). Gerade im Bereich des Employer Brandings und der Generationen Y und Z ist der Einsatz von digitalen Lösungen ein wichtiges Motivationsinstrument für die Mitarbeiter. Der ansteigende Druck für Mitarbeiter, die ein gesundheitsschädliches Verhalten zeigen wie Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel, kommen so vermehrt in eine Drucksituation. Für die Unternehmen ist dieser Zustand ein Indikator für die Wirksamkeit der Maßnahmen (Walle, 2018). Das MoVo-Konzept von Göhner und Fuchs aus dem Jahr 2007 beinhaltet ein Prozessmodell, welches den Aufbau und die Aufrechterhaltung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens aus psychologischer Sicht beobachtet (Göhner & Fuchs, 2007).

Betrachtet man die Studie des Robert Koch-Institut aus dem Jahr 2015, so wird deutlich, dass zwei Drittel aller Deutschen angeben, sportlich aktiv zu sein, jedoch kommt nur jeder Fünfte auf das empfohlene Aktivitätsniveau von 2,5 Stunden pro Woche. Die Folgen sind wie oben bereits beschrieben deutlich erkennbar. Übergewicht, Adipositas und vermehrter Bluthochdruck sind mittlerweile weit verbreitet (Robert-Koch-Institut, 2015). Zwar steigt die Tendenz zum Nichtrauchen und das Interesse für gesunde Ernährung und gesunde Lebensweisen steigt, jedoch sinkt das Aktivitätsniveau der Deutschen weiterhin (Froböse & Wallmann-Sperlich, 2016). Das Modell von Göhner und Fuchs besteht aus fünf Stufen:

1. Die Stärke einer Zielintention
2. Die Selbstkongordanz der Zielintention
3. Eine realistische Implementierungsintention
4. Eine wirksame Strategie der Handlungskontrolle
5. Die Existenz positiver Konsequenzenerfahrungen

Das Modell basiert auf einer Anfangsmotivation, wie dem Entschluss zum Nichtrauchen oder dem Beginn einer Diät. Die Aufrechterhaltung und die Stärkung dieser Zielintention bestehen aus zwei Indikatoren. Zum einen von den erwarteten Vor- und Nachteilen des veränderten Verhaltens, also der Konsequenzerwartung und zum zweiten von der realisierten Verhaltenskontrolle, also der Selbstwirksamkeitserwartung (Göhner & Fuchs, 2007). Das Prinzip der Selbstwirksamkeitserwartung stammt von Albert Bandura und basiert auf den Erfahrungen und Überzeugungen von Personen, in einer Situation die von ihnen erwartete Leistung zu erbringen (Bandura, 1986; Bandura, 1992). Der nächste Schritt beruht auf dem Modell der Selbstkongordanz von Sheldon und Elliot aus dem Jahr 1999. Das Modell beschreibt die direkten Zusammenhänge zwischen der Auswahl, der Verfolgung und dem Erreichen von persönlichen Zielen. Selbstkongordanz wird demnach als das Ausmaß, in dem Ziele, den authentischen Interessen und Werten einer Person entsprechend definiert. Grundlage des Modells war die Erkenntnis, dass Menschen Ziele wählen und angeben, die nicht ihren eigenen persönlichen Zielen entsprechen. Demnach ist ein Ziel umso selbstkongordanter, je mehr es den Zielen, Wünschen und Interessen der Personen entspricht (Sheldon & Elliot, , 1999). Sheldon und Elliot schlussfolgern daraus, dass die Selbstkongordanz am höchsten ist, wenn die intrinsische Motivation am höchsten ist. In Tabelle 3 sind die unterschiedlichen Modi der Selbstkongordanz zu erkennen und mit Beispielen erläutert:

Tabelle 3: Modi Selbstkongordanz, Erläuterung und Beispiele (eigene Darstellung)

Modus der Selbstkongordanz	Erläuterung	Beispiel
Externaler Modus	Es liegen externe Gründe vor	Partner wünscht sich Gewichtsreduktion
Introjizierter Modus	Gestecktes Ziel hat nur geringen Selbstbezug	Gewichtsreduktion zur Aufrechterhaltung der Partnerschaft
Identifizierter Modus	Resultat bewusster Prozesse	Gewichtsreduktion aus gesundheitlichen Gründen
Intrinsischer Modus	Handlung um ihrer selbst willen	Gewichtsreduktion aus Selbstliebe

Grund für die höhere Motivation mit einer höheren Anstrengung und einer besseren Abschirmung gegenüber konkurrierenden Zielen (Göhner & Fuchs, 2007). Bezieht man dieses Modell nur auf das betriebliche Gesundheitsmanagement und leitet die Erkenntnisse ab, so wird erkennbar, dass sich fünf Aspekte in den Unternehmensalltag übertragen lassen. Zum einen ist eine frühzeitige und transparente Kommunikation entscheidend. Gleichzeitig geht es um die Schaffung einer gesundheitsförderlichen und vertrauensvollen Unternehmenskultur. Innerhalb derer die Teilnahme an Angeboten zur Gesundheitsförderung nicht aus Angst vor Sanktionen, aus Loyalitätsverpflichtung dem Arbeitgeber gegenüber oder nur aufgrund von Anreizsystemen erfolgen soll. Daneben geht es um die Schaffung einer positiven Führungskultur, in der die Führungskraft aktiv und motiviert im Gesundheitsmanagement engagiert ist. Zu guter Letzt ist die Integration und das Mitwirken der Mitarbeiter in der Ausgestaltung der Maßnahmen entscheidend. Die Stufen aus dem Modell des identifizierten und des intrinsischen Modus der Selbstkongruanz sind somit ein Schlüssel zur Motivation der Mitarbeiter (Walle, 2018).

4.2 Ablehnung von betrieblichem Gesundheitsmanagement

Die Ablehnung von Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist vielschichtig. Es wird sich zeigen, dass die Ablehnung von Arbeitnehmern häufig mit persönlichen Gründen zu tun hat und aus Arbeitgebersicht häufig mit Aspekten der Organisation. Für Mitarbeiter bedeutet die Teilnahme an den Angeboten häufig eine zeitliche Zusatzbelastung. Sie müssen mehr Zeit im Unternehmen verbringen und haben damit konkurrierende Ziele bei ihrer Freizeitgestaltung. Die Einbindung des Arbeitgebers in die Zeit nach der Arbeit empfinden Teile der Mitarbeiter als übergriffig. Es stößt deshalb auf Ablehnung. Darüber hinaus ist für viele Menschen die Gesundheit ein sensibles Thema und damit Privatsache. Hierbei gilt es zu beachten, dass die Ausgestaltung und die Kommunikation über die Inhalte und die Angebote sensibel durchgeführt werden müssen (Techniker Krankenkasse, 2008). Um die Ablehnung der Mitarbeiter zu überwinden, lohnen sich Kosten-Nutzen-Analysen und die Ableitung von harten und weichen Kennzahlen daraus. Da die Maßnahmen häufig auf Verhaltensänderungen abzielen und diese bekanntermaßen Zeit und Geduld benötigen, sind nachträglich durchgeführte follow-up Beobachtungen zu empfehlen (Bergmann, et al., 2020). Gerade bei der Beurteilung der Maßnahmen innerhalb des Unternehmens werden die Meinungen der Mitarbeiter häufig als Erfolgskriterium gewertet (Fritz, 2005). Nöhammer et al. fanden heraus, dass die mitarbeiterbezogenen Hemmnisse bei der Nutzung von betrieblichen Gesundheitsangeboten häufig auf drei Ebenen stattfinden. Zum einen auf der individuellen Ebene können neben der Verlagerung der

Prioritäten von persönlichen Gesundheitsinteressen auch die fehlenden Informationen zu einer Hemmung führen (Rosenbrock & Gerlinger, 2006).

Auf Seiten der interpersonalen Bereiche können konkurrierende Zuständigkeitsbereiche die Maßnahmen hemmen. Die Beauftragten des Arbeitsschutzes können sich in ihrer Kompetenz angegriffen fühlen und Betriebsräte Entlassungsgründe vermuten (Demmer & Stein, 1995). Auf der Organisationsebene treten Hemmnisse hinsichtlich der Klischees, der Vorurteile und der generellen Widerstände bezüglich der Ausgestaltung und der Umsetzung der Maßnahmen auf. Teile der Mitarbeiter haben Angst um den Arbeitsplatz und möchte daher keine Informationen bezüglich ihres Gesundheitszustandes preisgeben. Bezogen auf die Ablehnung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass die Mitarbeiter nicht nur vor der Entscheidung einer Teilnahme oder einer Nicht-Teilnahme stehen, sondern diese auch in der Praxis umsetzen müssen (Stummer, Innreiter-Moser, Schaffenrath-Resi, Moldaschl, & Eitzinger, 2008, Argyris & Schon, 1978). In der Praxis ist zu beobachten, dass die Hemmnisse beim Übergang der Phasen vom Planen zum Handeln vermehrt auftreten. Die tatsächliche Veränderung der Gegebenheiten vor Ort und damit einhergehend ein Wandel der Organisation und der mögliche Verlust von informellen Positionen und vor neuen Bewertungsmaßstäben hemmt die Mitarbeiter (Comelli & von Rosenstiel, 2003; Pelikan, 2007). Die direkte Partizipation der Mitarbeiter bei der Umsetzung der Maßnahmen kann die Hemmschwellen absenken und die daraus resultierenden Bedenken der Mitarbeiter entkräften. Die Teilnahme des einzelnen Mitarbeiters durch das soziale Umfeld im Unternehmen stellt eine zentrale Hemmschwelle dar (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath, & Stummer, 2009).

Auf Seiten der Arbeitgeber überwiegen die Aspekte der Kosteneinsparung gegenüber den Vorteilen. Durch eine unklare Kostenplanung werden häufig einmalige Maßnahmen bevorzugt. Daneben sind die positiven Auswirkungen von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, der Innovationskraft und der Motivation schwer zu messen. Die Effekte erscheinen auch in Teilen erst nach mehreren Jahren und viele Führungskräfte und Unternehmen sind stark abhängig von Quartalszahlen und damit einem kurzfristig Erfolgsdruck. Ebenso werden oft die Kennzahlen vom Krankenstand und der Fluktuation als sehr niedrig angegeben und die Notwendigkeit eines BGMs wird damit als vorrangig angesehen. Wie in Kapitel 4.6.1 angesprochen scheitert die Einführung oft am Widerstand von Führungskräften. Gründe hierfür sind die Überlastung und damit die Verweigerung von weiteren

Aufgaben, die grundsätzliche Abneigung von Mehrbelastung und die mangelnde Analysefähigkeit des Ist-Zustandes (Ghadiri, Ternes, & Peters, 2016).

4.3 Bielefelder Unternehmensmodell

Ein möglicher Erklärungsansatz für die Zusammenhänge zwischen Organisation und Arbeitsbedingungen sowie Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten ist das Bielefelder Sozialkapital-Modell, die synonyme Begriffsverwendung zum Bielefelder Unternehmensmodell. Im Zentrum des Bielefelder Unternehmensmodells steht die Qualität der Führung. Mit dem Wandel der Arbeitswelt steht der Faktor Humankapital immer mehr im Fokus. Mit Humankapital sind persönliche und individuelle Voraussetzungen wie Fach- und Sozialkompetenz gemeint, aber auch die Gesundheit der Mitarbeiter (Badura B. , 2017, S. 38). Ebenfalls steht der Begriff Sozialkapital im Fokus, welcher auf die systemischen Voraussetzungen gelingender Kooperation hinweist. Er bezieht sich auf vertrauensvolle Beziehungen, gemeinsame Werte, Ziele und Überzeugungen sowie eine unterstützende Führung (ebd.).

Wie in Abbildung 10 zu erkennen ist, beruht das Modell auf zwei übergeordneten Kategorien: Die Treiber und die Ergebnisse. Im Kern des Modells stehen jedoch die sozialen Netzwerke, die Qualität der Führung, die Unternehmenskultur, die Qualifikation und die Arbeitsbedingungen. Das Modell geht der Frage nach, inwiefern Organisationen sich im Wandel der ökonomischen und gesellschaftlichen Herausforderungen strategisch in Hinsicht auf ihre Personal- und Gesundheitspolitik aufstellen müssen, um den Nutzen zwischenmenschlicher Beziehungen positiv einbringen zu können. Das Forschungsfeld der Sozialkapitalforschung beschäftigt sich mit dem Einfluss des betrieblichen Sozialkapitals auf verschiedene Parameter der Arbeitsleistung, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit (Badura, Greiner, Rixgens, Ueberle, & Behr, 2008). Das Unternehmensmodell stellt verschiedene Faktoren und Treiber als unabhängige Variablen dar.

Die Treiber des Sozialkapitals sind das Netzwerkkapital, das Führungskapital sowie das Überzeugungs- und Wertekapital, also die Kultur. Ebenfalls in die Rubrik der Treiber gehören die fachlichen Kompetenzen, also die Qualifikation und die immateriellen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Auf der anderen Seite werden die Ergebnisse in Spätindikatoren und Frühindikatoren unterteilt. Die Frühindikatoren beziehen sich auf das Thema Gesundheit und die Befindlichkeiten von physischem und psychischem Zustand sowie dem organisationalen Commitment mit dem Unternehmen und der Einstellung gegenüber dem Arbeitgeber. Ebenfalls zu den

Frühindikatoren zählen Themen wie Mobbing, innere Kündigung und weitere Organisationspathologien. Zuletzt ist auch das Thema der Work-Life-Balance ein entscheidendes bei den Frühindikatoren. Zu den Spätindikatoren, welche als betriebswirtschaftliche Ergebnisse und Zahlen messbar sind, gehören Faktoren wie Fehlzeiten, die Qualität der Arbeitsleistungen, die Produktivität der Mitarbeiter, Arbeitsunfälle und die Fluktuation im Unternehmen. Grundsätzlich geht das Modell davon aus, dass betrieblich steuerbare Rahmenbedingungen, in diesem Fall die Treiber, sich direkt auf die Gesundheit der Arbeitnehmer auswirken und gleichzeitig direkt auf bestimmte betriebswirtschaftliche Ergebnisse auswirken. Ebenfalls wirken die Treiber indirekt auf die betriebswirtschaftlichen Faktoren, da sich die Einflussnahme auf die Frühindikatoren erst zeitversetzt auf die Spätfaktoren auswirkt. Es folgt die Auseinandersetzung mit den Treibern auseinandergesetzt und auch die Ergebnisse werden beleuchtet.

Das Netzwerkkapital, in Abbildung 10 auch soziale Netzwerke genannt, beschreibt die Qualität und die Stärke der sozialen Beziehungen von Mitarbeitern gleicher Hierarchiestufen untereinander (ebd.). Netzwerkkapital ist im Bielefelder Unternehmensmodell ein entscheidender Treiber und ein Grundbaustein des Modells. Der Treiber der Führung hat gesundheitsfördernde Wirkung, aber auch eine gesundheitshemmende. Beide Wirkungen sind ausschlaggebend für das wirtschaftliche Ergebnis eines Unternehmens und wirken sich direkt und indirekt auf das Gesamtgefüge im Unternehmen aus. Die Art der Führung kann einen direkten und einen indirekten Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter haben. Bei direkten Führungsanweisungen wie Arbeitsanweisungen, die Art und Weise der Qualität der Kommunikation, die Anerkennung der Arbeit und die Wertschätzung, kann direkt Einfluss auf die Mitarbeiter genommen werden. Bei indirekten Führungsweisen wie der Schaffung von Arbeitsstrukturen und Arbeitsprozessen kann ebenfalls Einfluss auf die Mitarbeiter genommen werden. Näher auf das Führungsverhalten und die Rolle des Geschäftsführers wird in Kapitel 4.6.1 eingegangen. Ein weiterer Treiber ist das Überzeugungs- und Wertekapital, in der Abbildung 10 Kultur genannt.

Ein weiterer Treiber im Bielefelder Unternehmensmodell ist der Aspekt der Kultur. Synonym wird ebenfalls der Begriff Überzeugungs- und Wertekapital genutzt. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass sich gemeinsame Werte und Überzeugungen positiv auf das Organisationsklima sowie auf den ökonomischen Erfolg des Organisationszweckes auswirken können. Daher befindet sich der Punkt der Kultur auch auf der Seite der unabhängigen Treiber im Bielefelder Unternehmensmodell und es wird angenommen, dass sich eine positive und bestärkende Kultur auch positiv auf das Gesamtverhalten einer Organisation auswirkt (ENBGF, 2007, S. 2). Durch

verbindende Elemente, gemeinsame Ziele und verbindliche Standards in der Organisation kann der Aufwand für Koordination und Kontrolle erheblich reduziert werden (Badura, Greiner, Rixgens, Behr, & Ueberle, 2013, S. 54). Die direkte Umsetzung in einer Organisation und die Ausgestaltung der Kultur und der Kohäsion erfolgt über Wahrnehmung einer gelebten Organisationskultur. Des Weiteren werden das Vorhandensein gemeinsamer Normen und Werte, das Vorhandensein einer aktiven Konfliktkultur, einer positiven Einschätzung von Fairness und Gleichheit in der Organisation, einer angemessenen Wertschätzung seitens der Führungspersonen sowie Vertrauen gegenüber der Geschäftsführung und der Arbeitnehmervertretung als Teile der Operationalisierung gesehen.

Der Treiber der Qualifikation oder der fachlichen Kompetenz bezieht sich auf den Aspekt der inhaltlich angemessenen Arbeitsbelastung und -anforderung. Grundlage dafür ist die Annahme, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung entstehen kann, wenn die Arbeitsbelastung der fachlichen Kompetenz nicht entspricht und eine Überforderung daraus resultiert. Somit ist festzuhalten, dass eine gesundheitserhaltende Arbeitsmenge eine Schnittstelle zwischen moderat angemessener Anforderung und überschaubarer Arbeitsmenge darstellt. Der Unterschied zwischen burn-out und bore-out ist für viele Organisationen im Einzelfall nicht klar zu erkennen (Werder & Rothlin, 2007, S. 15). Teile der individuellen Leistungsfähigkeit werden durch die fachliche Kompetenz abgebildet. Hierbei zählt die persönliche Einschätzung der Mitarbeiter und deren eigene Sicht auf ihre Leistungsfähigkeit. Ebenfalls geht es um ihre individuelle Einschätzung bezüglich ihrer Qualifikation. Des Weiteren sind die Bereiche der schulischen und beruflichen Ausbildung, der Quantität an Fort- und Weiterbildungen, die Dauer der Berufstätigkeit und der Betriebszugehörigkeit ein ausschlaggebender Wert zur Beurteilung der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter. Der letzte Punkt auf der Seite der Treiber ist der Punkt immaterielle Arbeitsbedingungen. Hierzu werden in der Forschung Aspekte der psychischen Belastung gezählt.

Neben den zunehmenden Anforderungen an Arbeitnehmer in den letzten Jahren, sind auch verstärkt gesundheitliche Ausfälle zu beobachten. Weitere wichtige Aspekte des psychischen Wohlbefindens sind die Sinnhaftigkeit der ausführenden Tätigkeit, sowie die Verstehbarkeit des Arbeits- und Organisationsgeschehens. Beides sind zentrale Aspekte des Kohärenzgefühls und Kern des Salutogenese-Modells von Aaron Antonovsky. Darauf wird genauer und detaillierter in Kapitel 3.1.1 eingegangen. Ebenfalls spielen die Partizipationsmöglichkeiten, die Klarheit der Aufgabe, der Workload sowie der individuelle Freiheitsgrad in der

Arbeitsgestaltung eine entscheidende Rolle. Auch hier wird durch die Sammlung von arbeits-spezifischen Daten wie der Zufriedenheit von Weiterqualifikationsangeboten, mit der Bezahlung und mit der Transparenz von Entscheidungen gemessen.

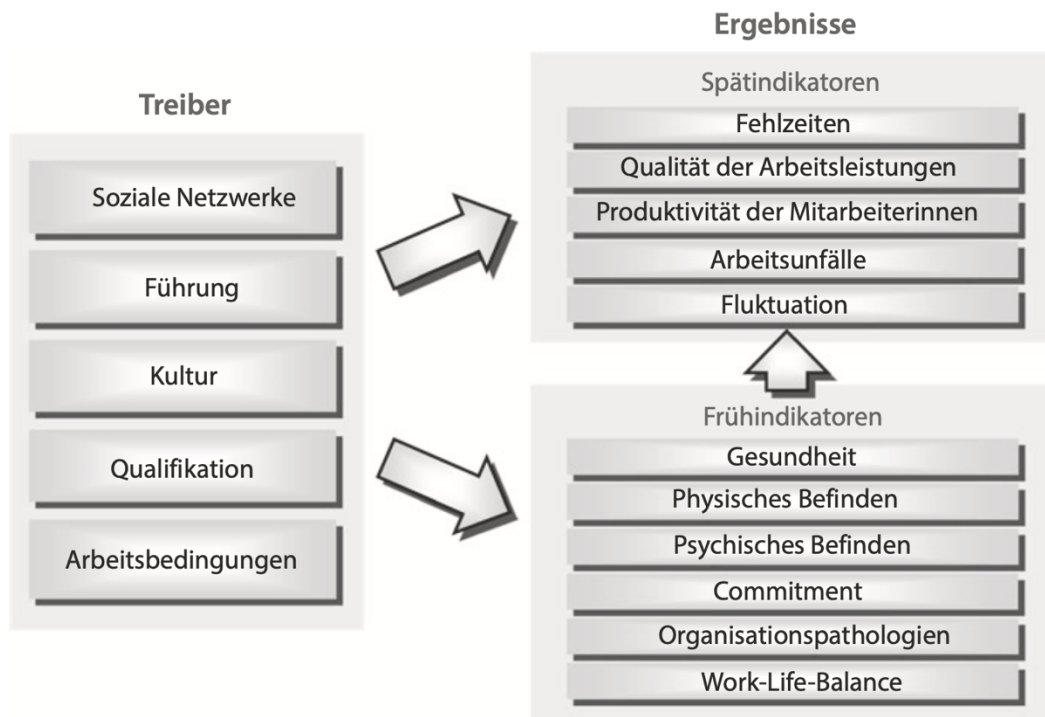


Abbildung 10: Bielefelder Unternehmensmodell (Badura, Greiner, Rixgens, Behr, & Ueberle, 2013)

Auf der Seite der Ergebnisse stehen die Spätindikatoren und Frühindikatoren besonders im Fokus. Hierbei handelt es sich um die Wirkungsweisen der Treiber auf die jeweiligen Ergebnisse. Das Bielefelder Unternehmensmodell beschreibt die Spätindikatoren als Betriebsergebnisse, die entweder wünschenswert oder zu vermeiden sind. Hierzu zählen, wie in Abbildung 10 zu erkennen ist, die Fehlzeiten, die Qualität der Arbeitsleistung, die Produktivität der Mitarbeiter, die Arbeitsunfälle und die Fluktuation der Mitarbeiter (Badura, Greiner, Rixgens, Behr, & Ueberle, 2013). Die Spätindikatoren behandeln die Betriebsergebnisse. So spiegelt die Krankheitsquote nicht zwangsläufig die Gesundheit der Mitarbeiter wider, sondern sagt einiges über den Zustand der Organisation aus und damit die Höhe des Sozialkapitals. Die wahrgenommene Produktivität bezieht sich auf die Qualität der Arbeitsleistung, das Qualitätsbewusstsein und, die Arbeitsfähigkeit und das Commitment (Tintor, 2015, S. 64). Als Frühindikator wird der Erwartungsprozess beschrieben. Hierbei wird darauf geachtet, ob gesundheitsbezogener Interventionsbedarf besteht oder ob sich die eingeleiteten Prozesse in die gewünschte Richtung

bewegen. Sie können betriebsintern als Frühwarnsystem verstanden werden (ebd.). Ebenso werden Zusammenhänge hergestellt, wie dem von psychischem Befinden und der Arbeitsqualität oder Arbeitsleistung und den Fehlzeiten. Im Modell werden als Frühindikatoren die Gesundheit, das physische Befinden, das psychische Befinden, das Commitment, die Organisationspathologie sowie die Work-Life-Balance angegeben. Als Gradmesser der psychischen und physischen Gesundheit gelten hier das Maß der Verstimmung, das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl. Das Bielefelder Unternehmensmodell beschäftigt sich somit grundlegend mit der Frage, inwieweit sich Arbeit in einer Organisation auf die Gesundheit, das Wohlbefinden sowie die Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen auswirkt. Badura schlussfolgert, dass es einen Zusammenhang zwischen Sozialkapital, Gesundheit und Unternehmenserfolg gibt (Badura, Greiner, Rixgens, Ueberle, & Behr, 2008).

4.4 Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Betriebliches Gesundheitsmanagement schließt sich bündig an die betriebliche Gesundheitsförderung an. Es umfasst die Planung, die Koordination, die Evaluation und stetige Verbesserung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Neben dem Faktor der betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigt sich das BGM auch mit den Themen Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement. Abbildung 11 veranschaulicht das Gebilde des BGM und spezialisiert sich hierbei auf engere Teilgebiete als in Abbildung 8, wo noch mehr Teilgebiete des betrieblichen Gesundheitsmanagement angesprochen wurden. Wie in Abbildung 11 zu erkennen ist, besteht das betriebliche Gesundheitsmanagement im Kern aus drei Säulen. Die erste Säule ist die des Arbeitsschutzes. Hierbei liegt die Verantwortung bei dem Arbeitgeber und stellt eine Pflicht für ihn dar. Es findet gesetzlich verankert eine regelmäßige Gefährdungsbeurteilung statt, und deren Auswertung ist die Grundlage für einen verlässlichen Arbeitsschutz. Die Gefährdungsbeurteilung soll sicherstellen, dass die verrichtete Arbeit menschengerecht gestaltet und organisiert wird. Somit sollen Arbeitsunfälle und Krankheiten auf Grund von Arbeitsbelastungen verringert werden (Struhs-Wehr, 2017, S. 177). Durch die Schaffung des Arbeitsschutzgesetzes und deren letzte Erneuerung im November 2019 soll sichergestellt werden, dass beide Komponenten, die psychische sowie wie die physische Gesundheit, Teil der Gefährdungsbeurteilung sind (BMJV, 2019).

Die zweite Säule im Haus des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Dieses tritt nach über sechswöchiger Abwesenheit eines Mitarbeiters durch Krankheit innerhalb eines Jahres ein. Das BEM soll helfen, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, Fehlzeiten zu reduzieren und einen Wiedereinstieg für die Angestellten zu ermöglichen. Das BEM stellt für den Arbeitgeber einen Pflichtteil seiner zu leistenden Angebote dar, ist jedoch für den Arbeitnehmer freiwillig. Beim BEM handelt es sich um ein systematisches Verfahren, erkrankte Beschäftigte bei der Wiedereingliederung zu unterstützen und eine erneute Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen (Huber, 2014).

Wie in Abbildung 11 zu erkennen ist, existiert als dritte Säule die betriebliche Gesundheitsförderung. Sie stellt den wichtigsten Part für die Gesundheit im Unternehmen dar und ist für den Arbeitgeber sowie für den Arbeitnehmer freiwillig. Das BGF geht deutlich über die Angebote der Präventionsmaßnahmen hinaus und steht im Gegensatz zur Prävention. Diese kümmert sich vorrangig um das Vermeiden und Reduzieren von gesundheitlichen Schäden. Die betriebliche Gesundheitsförderung zeichnet sich durch eine proaktive Gesundheitsförderung durch Ressourcenfokussierung aus (Struhs-Wehr, 2017). Bei der Einführung der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es um ein langfristig angelegtes Konzept. Jüngste Veröffentlichungen zeigen, dass jeder eingesetzte Euro sich dreifach rechnet. Dazu wird das Image als Arbeitgeber aufgewertet und beim „war of talents“ kann der Arbeitgeber sich positiv hervorheben (Schneider, 2012).

Beim Empowerment-Ansatz geht es um die Unterstützung der Mitarbeiter. Hierbei wird ihre Fähigkeit geschult, Gesundheitspotenziale zu erkennen, zu entwickeln und langfristig zu fördern. Daneben geht es um die Gestaltung und Erstellung von gesundheitsförderlicher Arbeit und Kultur. In der Praxis werden häufig verhaltensorientierte Maßnahmen wie Fitnesskurse oder vergünstigte Mitgliedschaften in kommerziellen Fitnessstudios angeboten. Jedoch zeigt sich, dass nur die Verbindung von verhaltensorientierten Maßnahmen und verhältnisorientierten Maßnahmen langfristig zum Erfolg führen kann (Struhs-Wehr, 2017, S. 179). Die Verknüpfung aller drei Säulen und die Kombination der verschiedenen Maßnahmen und Angebote stellt somit eine Grundvoraussetzung dar, damit ein betriebliches Gesundheitsmanagement funktionieren und wirken kann. So kann von betrieblichem Gesundheitsmanagement im Rahmen einer Organisation gesprochen werden, wenn gesundheitsfördernde Maßnahmen strukturiert, systematisch geplant, umgesetzt und evaluiert werden (Neuner, 2016, S. 79).

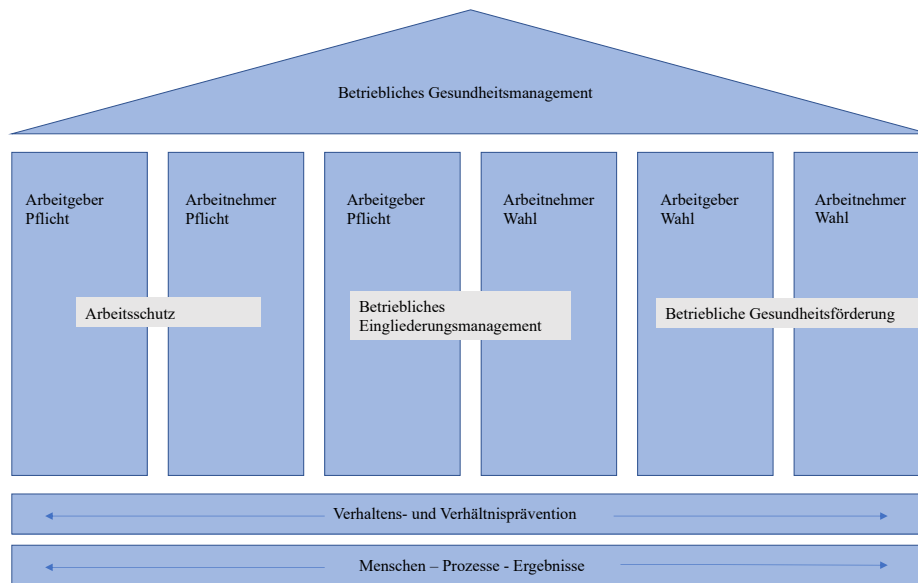


Abbildung 11: Das Haus des betrieblichen Gesundheitsmanagements (eigene Darstellung)

Geht es um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen und die Umsetzung, muss die Unternehmensführung dafür aufkommen. Der Begriff der Nachhaltigkeit stammt eigentlich aus dem Bereich der Forstwirtschaft und beschreibt das genaue Abwägen beim Fällen der Bäume und dem Bestand, der nachwachsen kann. Erst später kam der Begriff in politischen, ökonomischen, betriebswirtschaftlichen und managementbasierten Themen zur Anwendung. Gerade der englische Begriff des „sustainability“ hat in den letzten Jahren einen enormen Schub an Bedeutung gewonnen. Heute werden viele Entscheidungen auch hinsichtlich der Nachhaltigkeit getroffen (Schneider, 2012, S. 21). Genau übersetzt bedeutet das Wort sustainability anhaltend, dauernd, zukunftsfähig und lange nachwirkend, was den Kern des betrieblichen Gesundheitsmanagements beschreibt. Damit ist genauer beschrieben, was Teil des Unternehmensalltags sein sollte und dass das BGM ein Teil dessen sein sollte. Die Unternehmensführung definiert die Ziele des BGM und muss diese umsetzen. Grundsätzlich lassen sich im betrieblichen Gesundheitsmanagement drei Ziele festhalten: Gesundheitsbezogene Ziele, organisationale Ziele und ökonomische Ziele.

Neben diesen drei können auch Unternehmensziele mit einem betrieblichen Gesundheitsmanagement verbunden werden. Somit müssen wirtschaftlicher Erfolg und eine Reduktion von gesundheitlichen Risiken nicht zwangsläufig zwei entgegengesetzte Strömungen sein. Ebenso geht es um die Sozialverträglichkeit der Ziele und deren Umsetzungscharakter im

Unternehmen. Hierbei geht es um Beschäftigungssicherheit, Einkommen, gesundheitliche Belastungen und die Möglichkeit zur Teilhabe an Prozessen im Unternehmen (Rudow, 2010, S. 289). Denkt man nun diesen Gedanken konsequent weiter, so kommt man zwangsläufig zum Grundgedanken und dem Ansatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Verknüpfung von betriebswirtschaftlichem Interesse und gesundheitsförderndem Verhalten und Verhältnisse. Ebenso geht es um die gleichmäßige und gleichgewichtete Behandlung aller drei Säulen aus Abbildung 11. Auch die Rolle des Geschäftsführers ist eine entscheidende und wird in Kapitel 4.6.1 näher beleuchtet. Vom Führungsstil und der Unternehmensführung ist wesentlich abhängig, inwieweit eine BGM-Maßnahme erfolgreich umgesetzt wird. Seine Aufgaben und seine Verantwortung sind essenziell wichtig und entscheiden über Gelingen oder Scheitern einer Maßnahme im BGM. Vorbildfunktion, Konsequenz und Durchhaltevermögen sind nur einige der Bausteine.

Das Verhalten und die Verhältnisse der Arbeitnehmer und im Unternehmen sind gleichbedeutend mit dem Erfolg des BGM. Im Kapitel 3.2 wird hierbei genauer auf die beiden Begriffe eingegangen. Wie weiter oben schon angeschnitten, stellt der Arbeitsschutz einen wesentlichen Bestandteil des BGM dar und hat sich in den letzten Jahren erheblich weiter- und fortentwickelt. In den letzten Jahren konnte dank eines weiterentwickelten Arbeitsschutzes aus Arbeitssituation entstehende gesundheitliche Risiken reduziert werden. Im Zentrum des 1996 geschaffenen Arbeitsschutzgesetzes steht die Präventionsorientierung und die Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse bei der Gestaltung der Arbeit im Mittelpunkt (Rothe & Beermann, 2014). Auf Grund der Tatsache, dass Gesundheit mit Leistungskraft und Selbstentfaltung gleichgesetzt wird und damit einen hohen individuellen Wert darstellt, ist der Teilbereich der Gesundheitskompetenz ein wichtiger Baustein im BGM (Berninger-Schäfer, 2014, S. 11). Beschäftigt man sich nun mit dem Grundansatz und der Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, so erfolgt dies in vier aufeinanderfolgenden Schritten. Wie in Abbildung 12 zu erkennen ist, folgt auf dem Aufbau des Systems und der dauerhaften Implementierung die Einbindung der Mitarbeiter. Darauf folgt der gerichtete Fokus auf die gesundheitliche Verbesserung der Mitarbeiter und danach die Qualitätskontrolle und die Analyse der Wirtschaftlichkeit.

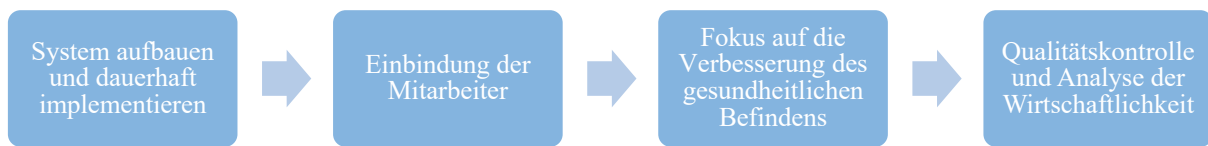


Abbildung 12: Grundansatz der Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (Leibniz-Fachhochschule, 2016)

Beim Aufbau des Systems müssen alle betriebspolitischen Voraussetzungen geschaffen werden, und alle Bereiche müssen gewillt sein, die Umsetzung anzunehmen. Zum Aufbau des Systems und der Umsetzung ist es ratsam, einen temporären Arbeitskreis zu implementieren (Leibniz-Fachhochschule, 2016). Dieser Arbeitskreis hat das Ziel vor Augen und überwacht die Durchführung. Ebenfalls hat er die Ergebnisse der betriebsinternen Analyse und achtet auf die Erfüllung von realistischen Zielvorgaben (Harlaá, 2011, S. 11). Im nächsten Schritt folgt die Einbindung der Mitarbeiter. Durch individuelle Förderungsmaßnahmen und eine verständliche interne Kommunikation können Mitarbeiter für die Maßnahmen gewonnen werden. Hauptaugenmerk liegt hierbei bei auf Darstellung der Vorteile für jeden Einzelnen. Ebenfalls muss ausreichend Zeit vorhanden sein, damit Anmerkungen und Fragen geäußert werden können. Im dritten Schritt liegt der Fokus auf der tatsächlichen Verbesserung des gesundheitlichen Wohlbefindens. In diesem Schritt werden psychische und physische Faktoren berücksichtigt und alle aktiven Veränderungen im BGM werden hier umgesetzt. In Schritt drei ist auch die verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Gesundheitsförderung angesiedelt (Ulich & Wülser, 2015, S. 15). Zum Schluss gibt es eine Qualitätskontrolle und eine Analyse der Maßnahmen. Ebenfalls wird es eine Prüfung auf Wirtschaftlichkeit geben, hier wird das Controlling angesiedelt (Leibniz-Fachhochschule, 2016).

Wie oben beschrieben, ist das BGM die Summe aller Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und lässt sich in einem Prozesskreis darstellen. Wie in Abbildung 13 zu erkennen ist, besteht die Operationalisierung aus sechs Schritten und nach Ablauf eines Zyklus sollte der Detaillierungsgrad erhöht werden. Selbstverständlich werden vorhandene Strukturen aufgenommen, untersucht und implementiert. Zu Beginn werden Ziele und Strategien festgesetzt. Hierbei ist darauf zu achten, dass der Fokus auf der Gesundheit der Beschäftigten als Grundvoraussetzung während des gesamten Zyklus erhalten bleibt. Hierfür ist es unerlässlich, dass eine Zielkonkretisierung festgelegt wird, die von einem breiten Konsens innerhalb der Organisation mitgetragen wird. Ebenfalls ist es wichtig, dass alle relevanten Interessensvertretungen die Ziele mittragen und unterstützen. Sie sollten schriftlich niedergelegt werden und allen

Personen innerhalb der Organisation bekannt gemacht werden. Bei der Definition von Zielen können zwischen harten und weichen Faktoren unterschieden werden. Zu den weichen Faktoren zählen Elemente wie die Beschäftigtenzufriedenheit, das Wohlbefinden, die Motivation, die Identifikation mit der Organisation und das Betriebsklima. Auf der Seite der harten Faktoren finden sich Zielkriterien wie Fluktuation, Frühberentung, Berufskrankheiten, Unfallstatistiken und Fehlzeiten.

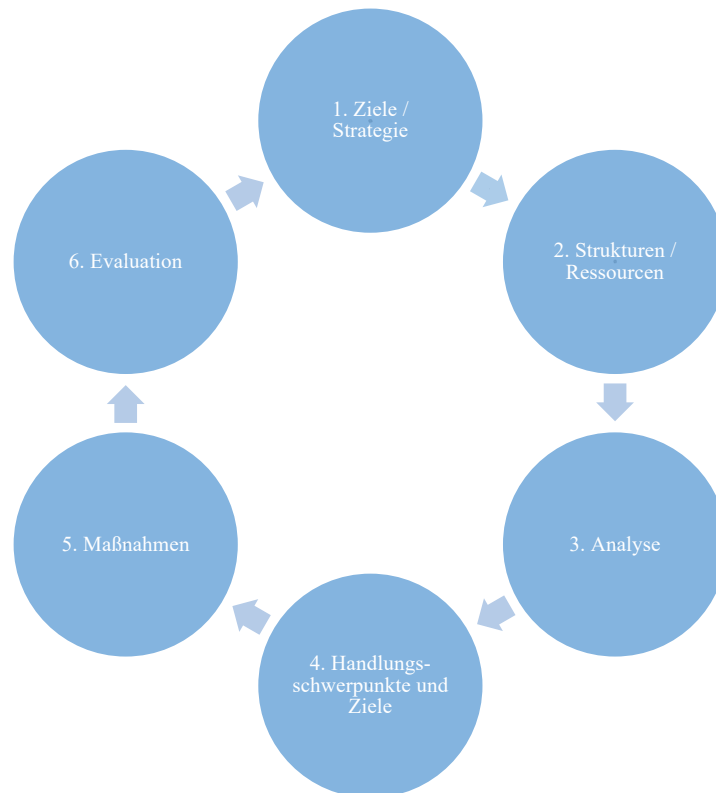


Abbildung 13: Leitfaden für mehr Gesundheit - 6 Schritte zum Erfolg (Unfallkasse des Bundes, 2009)

Um die gesetzten Ziele zu erreichen, bedarf es einer passenden und umfassenden Strategie. Diese beinhaltet zwei Aspekte und bezieht sich auf das korrekte Vorgehen. Dabei sind präventive und korrektive Vorgehensweisen zu beachten. Beim präventiven Vorgehen richtet sich das Hauptaugenmerk auf diejenigen Beschäftigten, die anwesend, gesund und motiviert sind. Beim korrektiven Vorgehen richtet sich der Blick auf die Beschäftigten, die abwesend, krank und demotiviert sind. Im zweiten Schritt geht es um Strukturen und Ressourcen. Die Strukturen und Ressourcen sind entscheidend für das Gelingen oder das Scheitern einer Maßnahme im BGM. So ist das Einsetzen eines Steuergremiums ein möglicher Ansatz. Dieses Gremium enthält alle Positionen, die relevant sind im hausinternen BGM und der Personal- und Organisationsabteilung, dem Arbeitsschutz, dem BEM und weiteren relevanten Abteilungen. Dieses Gremium fasst die Ergebnisse der Abteilungen zusammen und koordiniert und steuert die umzusetzenden

Maßnahmen. Im Vordergrund dieser Lenkungsaufgabe stehen das Steuern der BGM-Maßnahmen wie das Planen, das Durchführen, das Kontrollieren und das Verbessern. Ebenfalls schafft es Möglichkeiten zur Beteiligung von Führungskräften und Mitarbeitern im Rahmen von Workshops. Es hat auch eine Informationsaufgabe und ist somit zuständig für die Weitergabe hausinterner Informationen an die Mitarbeiter. Alle Interessensvertretungen sind in dieses Gremium einzubeziehen. Die Schaffung von nötigen Ressourcen an Zeit, Geld und Material für das Gremium ist eine sich selbsterklärende Tatsache (Unfallkasse des Bundes, 2009). Der Schritt der Analyse ist die Aufnahme der Ist-Situation und gliedert sich an dritter Stelle ein. Sie deckt Stärken und Schwächen auf und erfasst Handlungsbereiche und -bedarfe. Im Idealfall wird ein multidimensionales Analysetool eingesetzt, so kann die Aussagekraft erhöht werden (Koch & Speise, 2008, S. 177). Die Analyse beinhaltet verschiedene Faktoren und richtet sich nach der Größe des Unternehmens, dem Tätigkeitsfeld, dem Arbeitsbereich und dem Dienstort. In der Analyse werden ein Mix aus objektiven und subjektiven, sowie qualitativen und quantitativen Informationen vermischt. Hierzu zählen objektive Kriterien wie die Aussage von Experten und Kennzahlen im Unternehmen. Die subjektiven Aussagen sind die Innenansichten der Mitarbeiter. Zu den quantitativen Informationen zählen die Einbeziehung aller Mitarbeiter und die qualitativen Informationen sind die Einbeziehung ausgewählter Mitarbeiter, die an verschiedenen Stellen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bereits Berührungspunkte hatten. Einige mögliche Analyseverfahren beziehen sich auf Analyseinstrumente. Hierbei sind quantitativ-objektive Verfahren wie die Fehlzeitenanalyse, die Altersstrukturanalyse und Gesundheitsförderungsberichte der gesetzlichen Krankenkassen nur einige wenige zu nennende Felder. Die qualitativ-objektiven Verfahren beschreiben das Untersuchen von Arbeitsplatzanalysen sowie arbeitsmedizinische Untersuchungen. Hierbei spielt der Arbeitsschutz eine entscheidende Rolle. Das quantitativ-subjektive Verfahren beinhaltet eine Mitarbeiterbefragungen und wird oftmals von externen Anbietern durchgeführt und ausgewertet. Die qualitativ-subjektiven Verfahren beschäftigt sich unter anderem mit Gesundheitszirkeln, mit Beschäftigten und Führungskräften, Einzelinterviews oder speziellen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Der vierte Schritt beinhaltet die Handlungsschwerpunkte. Auf Basis der Ergebnisse aus Schritt 3 werden exakte Handlungsschwerpunkte festgelegt und fixiert. Hierbei ist darauf zu achten, die inhaltlichen Schwerpunkte richtig zu setzen. Dazu gehört die Arbeitszeitgestaltung, die körperliche Beanspruchung sowie die sozialen Beziehungen. Nebenbei muss beachtet werden, besonders beanspruchte Beschäftigungsgruppen angemessen zu unterstützen und zu fördern.

Bei der Ausarbeitung der Handlungsfelder muss darauf geachtet werden, dass die Handlungsfelder, die Zielgruppen und die Ziele fixiert, bevor die Maßnahmen konkret umgesetzt werden. Drei mögliche Ziele wären die Ausarbeitung von konkreten Änderungen der Arbeitszeitgestaltung. Aber auch das Ändern von einseitig körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz oder das Führungsverhalten von Vorgesetzten und anderen Führungskräften können als Ziele festgelegt werden. Gerade in der Phase ist das Vereinen und Abstimmen mit anderen Interessensvertretungen essenziell wichtig. Im fünften Schritt geht es um die konkreten Maßnahmen.

Übergeordnet lassen sich die Maßnahmen im BGM in zwei Kategorien einteilen: In die Verhältnis- und in die Verhaltensprävention. Die Verhältnisprävention setzt beim Arbeitgeber an. Dieser schafft durch gesunde Arbeitsverhältnisse optimale Rahmenbedingungen in den Bereichen Arbeitsorganisation, Arbeitsaufgaben, Arbeitsplatz und -umfeld sowie Führung. Die Verhaltensprävention nimmt die Arbeitnehmer in die Pflicht. Hierbei werden die Arbeitnehmer motiviert ein gesundheitsförderliches Verhalten an den Tag zu legen. Dazu gehören Informationen, Motivation, Unterstützung und Weiterbildung der Arbeitnehmer. Im Idealfall geht die Verbindung beider Kategorien in das betriebliche Gesundheitsmanagement über. Möglichkeiten zu Kombination beider Kategorien bieten Entwicklung von Führungsansätzen, Durchführung einer kontinuierlichen Führungskräftebildung oder auch Erstellen eines Entwicklungskonzepts für Nachwuchsführungskräfte. Beim Blick auf das Angebot und die Entwicklung von Maßnahmen sind der Ressourceneinsatz, der erwartbare Nutzen und auch die Auswirkungen auf den Betriebsablauf mitzubeachten. Ganz grundsätzlich und wesentlich tragen die Akzeptanz und die Mitarbeit von Führungskräften zum Erfolg verschiedener Maßnahmen bei. Im letzten und sechsten Schritt wird eine Evaluation durchgeführt. Wie bei anderen Prozessen ist auch im BGM eine Evaluation hilfreich bei der Fortentwicklung. Eine dreistufige Qualitätsprüfung hilft bei der Fassung von Ergebnissen. Die Strukturqualität befasst sich mit der Frage, ob notwendige Strukturen und Voraussetzungen geschaffen worden sind, um die Ziele aus Schritt 4 zu erreichen. Die Prozessqualität untersucht, ob die einzelnen Schritte reibungslos und wie geplant umgesetzt werden konnten. Die Ergebnisqualität geht der Frage nach, ob die Ziele erreicht werden konnten und ob der Zielerreichungsgrad angemessen ist. Ziel der Evaluation ist die Überprüfung und Einordnung von Aktivitäten und ob diese weiterhin fortgeführt werden sollten. Ebenso wird geprüft, welche bestehenden Strukturen, Prozesse und Maßnahmen weiterhin angeboten werden sollten. Und welche Handlungsfelder und Schwerpunkte in Zukunft von Relevanz sein könnten (Unfallkasse des Bundes, 2009). Cornelia Schneider sieht dabei die Zukunft des betrieblichen Gesundheitsmanagements in zwei Richtungen laufen:

„Die Zukunft von BGM geht in zwei Richtungen: Zum einen wird es hoch professionell gehandhabt. Dabei ist das BGM ein fester Bestandteil im Unternehmen. Die guten Mitarbeiter werden so gehalten und ziehen weitere gute Mitarbeiter an. Der Arbeitsschutz wird wichtiger, die high Performer werden angezogen und der Gesundheitsschutz und die Prävention wird verpflichtend. Die Krankenzahlen werden sinken und die Fluktuation wird sinken. Damit steigt die Performance. Zum anderen werden Firmen in alten Mustern und Denkweisen stecken bleiben. Dabei werden keine Ressourcen frei und das BGM bleibt auf der Strecke.“ (Cornelia Schneider, Min. 00:06:14)

4.5 Ökonomischer Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Betrachtet man den ökonomischen Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, so wird man in erster Linie mit dem return on investment konfrontiert. Dieser drückt den Ertrag des investierten Kapitals aus. Der ROI ist eine definierte Kennzahl, die das Verhältnis zwischen Gewinn und dem investierten Kapital angibt. Häufig wird der ROI als Ausdruck für die Rentabilität oder Leistung eines Unternehmens oder eines Geschäftsbereichs herangezogen. Durch die Unabhängigkeit der Größe des zu analysierenden Geschäftsbereichs wird der ROI häufig als Vergleichswert von zwei unterschiedlichen Einheiten herangezogen. Ebenfalls drückt der ROI das Gewinnziel aus und bildet den Rückfluss des Investments ab. Im Deutschen wird der ROI als Gesamtkapitalrentabilität ausgedrückt, wobei hier jedoch zu beachten ist, dass die Basis das betriebsnotwendige Vermögen ist, die total assets (Rolfes, 2020).

Seit der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, den hohen Krankheitszahlen und den längeren Berufsbiographien, hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Wichtigkeit vom ökonomischen Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements auch in Unternehmen erkannt wird (Herder-Dorneich, 2013). Über den ökonomischen Nutzen von Gesundheitsprogrammen gibt es besonders im amerikanischen Raum einige Metaanalysen und Artikel (vgl. Heaney & Goetzel, 1997; Pelletier, 2001; Aldana, 2001; Chapman, 2005; Sockoll, Kramer, & Bödeker, 2008). In der Metaanalyse von Chapman aus dem Jahr 2005 wurden insgesamt 56 Studien aus den Jahren 1982 bis 2005 verglichen und hinsichtlich ihrer Programme zur Gesundheitsförderung evaluiert. Chapman fand heraus, dass hinsichtlich der krankheitsbedingten Fehlzeiten eine Reduktion von 26,8 % stattfand im Vergleich zu der Zeit vor den Programmen zur Gesundheitsförderung. Ebenso gab es eine Reduktion der

Krankheitskosten um 26,1 % im Vergleich zu der Zeit vor den Programme. Deutlich wurde, dass alle Studien eine Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen garantieren, die Streuung der Messbarkeit und Wirksamkeit jedoch erheblich ist. Es lässt sich feststellen, dass betriebliches Gesundheitsmanagement wirksam ist und Nutzen stiftet, solange es richtig gemacht ist (Nolten & Berger, 2019).

Die Arbeitsgruppe rund um Pelletier und Sockoll fand heraus, umso vielschichtiger und mehrfaktorieller eine Maßnahme ist, desto erfolgreicher war diese. Im Umkehrschluss sind einfache und einfaktorielle Maßnahmen weniger erfolgreich. Ebenso sind diese weniger wirtschaftlich und haben eine kürze Verweildauer. Heaney & Goetzel stellen fest, dass der Zusammenhang von Dauer und Erfolg von Maßnahmen ebenfalls eng beieinander liegen. Umso länger eine Maßnahme dauert, desto erfolgreicher ist diese. Aldana stellte fest, dass es eine Reduktion der Fehlzeiten im Bereich zwischen 12 % und 36 % möglich sei, wenn die Maßnahmen eine entsprechende Dauer hätten. Auf Grundlage von quasi-experimentellen Untersuchungsergebnissen stellte er fest, dass diese Zahl für Personen zutrif, die an Gesundheitsförderungsprogrammen teilgenommen hatten. Ebenfalls gab es eine Reduktion der Kosten, die in Verbindungen mit Fehlzeiten standen um rund 34%. Wie weiter oben bereits angesprochen, wurde der ROI hinzugezogen und es fanden in zwei quasi-experimentellen Studien Werte von 1:2,5 und 1:4,85. Dies verdeutlicht, dass für jeden eingesetzten Dollar zwischen 2,5 und 4,85 Dollar gespart werden konnte. Aldana findet in diesem Zusammenhang Werte zwischen 1:2,3 und 1:5,9, wobei hier der Fokus explizit auf verhaltensorientierte Maßnahmen wie Bewegungsprogramme oder Suchtprävention gelegt wurde. Chapman berichtet in einer Metaanalyse von einem ROI von 1:6,3. Dieser hohe Wert lässt sich in den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wiederfinden und den relativ neuen und innovativen Strategien zur Prävention. Ebenso werden theoriegestützte Anwendungen verwendet sowie ein individuelles Coaching. Ebenfalls ist eine intensive Begleitung Teil der Maßnahmen. Der Autor stellt fest, dass die Beweislage sehr stark ist für eine langfristige Senkung von 25 % für die durchschnittliche Reduzierung des Krankenstands, den Kosten für die Krankenversicherungen sowie den Kosten für Arbeitsausfälle.

Gemeinsam haben die Studien und Metaanalysen, dass sich betriebliche Gesundheitsförderung auszahlt. Sowohl für Interventionen im Allgemeinen als auch für krankheitsspezifische Interventionen gibt es einen ökonomischen Nutzen. Der Nutzen von Potentialen wird jedoch nur selten genutzt und die Gruppe um Sockoll kommt zu dem Schluss, dass den wesentlichen

Faktoren und Indikatoren bei der Durchführung und Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu wenig Beachtung geschenkt wird. Hierzu zählen die Partizipation von Mitarbeitern, die Implementierung eines Programms und die Bedarfsanalyse (Sockoll, Kramer, & Bödeker, 2008, S. 66). Schaut man auf die Bewertung des Nutzens, fällt auf, dass eine Bewertung von verhältnisorientierten Programmen schwieriger ist als die von verhaltensbezogenen Programmen. Dies liegt daran, dass häufig Programme nicht als Gesundheitsförderung ausgeschrieben sind und die Interventionen häufig komplex und auf den Arbeitsinhalt abzielen (Zapf & Semmer, 2004).

Unter dem Stichwort des Wettbewerbsvorteils lässt sich feststellen, dass der Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung hierfür einen entscheidenden Faktor darstellt. Betrachtet man die Bausteine des BGM, hierzu zählen wie weiter oben angesprochen vorrangig das BGF, das BEM und die Arbeitsschutzmaßnahmen, so wird deutlich, dass besonders der Bereich des BGF prädestiniert für einen Wettbewerbsvorteil ist.

Auf Grund der Tatsache, dass der Arbeitsschutz sowohl für Arbeitnehmer als auch für Arbeitgeber verpflichtend und gesetzlich sehr genau geregelt ist, besteht hier wenig Handlungsspielraum. Hinzu kommt, dass Fragen und Themen rund um Maßnahmen für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit eher zweitrangig sind bei Einstellungsgesprächen, explizite Arbeitsbereiche mit hohen Sicherheitsvorkehrungen davon ausgenommen. Häufig wird das Thema Arbeitsschutz als gegeben betrachtet und findet wenig Anerkennung. Ähnliches gilt für das BEM. Hier wird es erst deutlich, wenn dieses nicht funktioniert, wenn Mitarbeiter nach langer Krankheit ins Unternehmen zurückkehren und kein funktionierendes BEM vorhanden ist. Ebenfalls wird mit einem funktionalem BEM selten geworben, schreckt dies potentielle Bewerber doch eher ab, als dass es einen Wettbewerbsvorteil darstellt. Dadurch entsteht die Möglichkeit, im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung Wettbewerbsvorteile zu schaffen. Da hier die Regelungen sehr gering sind und die angebotenen Maßnahmen häufig medizinische Präventionsmaßnahmen sind, wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, bleibt hier noch Raum für individuelle Maßnahmen. Vor allem im Fall des festgelegten Arbeitslohns, wie bei tariflich Angestellten, werden die zusätzlichen Angebote besonders in den Fokus gerückt von potentiellen Arbeitnehmern. Insbesondere der Stellenwert der Gesundheitsprävention macht diesen Bereich lukrativ, im Gegensatz zum BEM (Schwuchow & Gutmann, 2014). Abschließend lässt sich sagen, dass durch ein zielgerichtetes BGF ein erkennbarer Wettbewerbsvorteil entsteht. Für Fach- und Führungskräfte entsteht ein

Mehrwert. Diese können langfristig an das Unternehmen gebunden werden und der ROI zeichnet sich spürbar ab (Maikranz & Mäkinen, 2008).

4.6 Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU

Im folgenden Kapitel werden die Vor- und Nachteile eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in kleinen und mittelständischen Unternehmen aufgezeigt. Im Gegensatz zu Großunternehmen, die bereits sehr aktiv BGM anbieten, sind die kleinen und mittelständischen Unternehmen aktuell noch unterrepräsentiert. Wollen diese Unternehmen den Anschluss nicht verlieren, werden sie sich auch auf der Ebene der KMU in Zukunft mehr mit diesem Thema beschäftigen müssen. Stichworte sind auch hier der demografische Wandel, die dadurch entstehende Kostenentwicklung und der sich verschärfende Fachkräftemangel (Lindner, 2019). Im weiteren Verlauf der Arbeit wird die gegenwärtige Situation genauer erläutert und Bezug auf verschiedene Ebenen und Einheiten in Unternehmen genommen. Im Kapitel 4.7 wird genauer auf Möglichkeiten der Unterstützung zur Umsetzung eines Vorhabens eingegangen und der Fokus liegt auf den Krankenkassen und den möglichen Netzwerken. Auch die Potenziale und Herausforderungen für ein KMU spielen in der Betrachtung eine Rolle. Nach wie vor sind KMU im Bereich des BGM stark unterrepräsentiert. Betrachtet man die Zahlen im Kapitel 4.6, so wird deutlich, dass dieser Bereich volkswirtschaftlich einen erheblichen Einfluss auf die Wirtschaftslage in Deutschland hat. Trotzdem werden Maßnahmen, die die gesetzlichen Mindestanforderungen überschreiten, bisher kaum umgesetzt (Techniker Krankenkasse, 2008).

In einem rohstoffarmen Land wie Deutschland, wo der Wandel von der Hand- zur Kopfarbeit schon viele Jahre zurück liegt, ist das Thema Gesundheit der Arbeitnehmer von essenzieller Bedeutung. Sie ist der Schlüssel für langfristigen Erfolg und Wohlstand. Es gilt für alle Arbeitgeber, dass nur mit physisch und psychisch gesunden Mitarbeitern dieses Ziel erreicht werden kann (Seyfried, 2011, S. 33). In Deutschland zählen mit knapp 2,5 Millionen Unternehmen die überwiegende Mehrheit (99,4 %) der Unternehmen zu den kleinen und mittleren Unternehmen (Balmer, 2000). Sie dürfen bestimmte Beschäftigtenzahlen, Umsatzerlöse oder Bilanzsummen nicht überschreiten und sind unabhängig von ihrer gewählten Rechtsform oder der Eigentümerstruktur. Laut der Kommission der Europäischen Union werden die KMU in Kleinstunternehmen, Kleinunternehmen und in mittlere Unternehmen unterteilt. Kleinstunternehmen haben maximal neun Angestellte und erwirtschaften einen Jahresumsatz bis 2 Millionen Euro. Kleinunternehmen kommen auf 10 bis 49 Angestellte und einen Jahresumsatz von 10 Millionen Euro

pro Jahr. Mittlere Unternehmen beschäftigen zwischen 50 und 249 Angestellte und erwirtschaften einen Jahresumsatz bis 50 Millionen Euro. Die Großunternehmen haben dagegen über 249 Beschäftigte und erwirtschaften über 50 Millionen Euro Umsatz pro Jahr (Europäische Kommission, 2013). In Kleinstunternehmen waren 2019 18,2 % Personen beschäftigt, in kleinen Unternehmen 21,5 % und in mittleren Unternehmen 16,6 % (Statistisches Bundesamt, 2018). Volkswirtschaftlich betrachtet stehen die KMU häufig im Schatten der Großunternehmen und Konzerne treten selten in den Vordergrund. Hinsichtlich Management-, Marketing-, Marktforschungs- und Personalfragen waren die Belange der KMU oftmals von vernachlässigbarer Erscheinung.

„Was in Großorganisationen vor sich geht, schien interessanter und analytischen Prozessen leichter zugänglich zu sein, als die wenig formalisierte Welt der Klein- und Mittelbetriebe“ (Mugler, 1998, S. 6).

Diese Aussage verdeutlicht die Annahme, dass den KMU bisher weniger Beachtung geschenkt wurde. Die Strukturen in KMU sind grundsätzlich sehr verschieden zu denen in Großunternehmen und Konzernen. So handelt es sich oftmals um Familienbetriebe, wo der persönliche Austausch und der Kontakt über den Arbeitskontext hinausgehen. Es bildet sich ein transparentes System, was neben den wirtschaftlichen Gegebenheiten auch die persönlichen Faktoren mit einbezieht. Förderlich für den Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sind hierfür die flachen Hierarchien, eine gute Informationspolitik innerhalb des Unternehmens und eine Autonomie der Mitarbeiter hinsichtlich der Ausarbeitungsmöglichkeiten. Oftmals unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen von Firmeninhabern und den Angestellten nicht, sodass die betriebliche Gesundheitsförderung eine bottom-down Charakterisierung erfahren würde. Betrachtet man die Zahlen, wie in Abbildung 14 dargestellt, so wird deutlich, dass ca. 60 % der Beschäftigten in KMU angestellt sind.

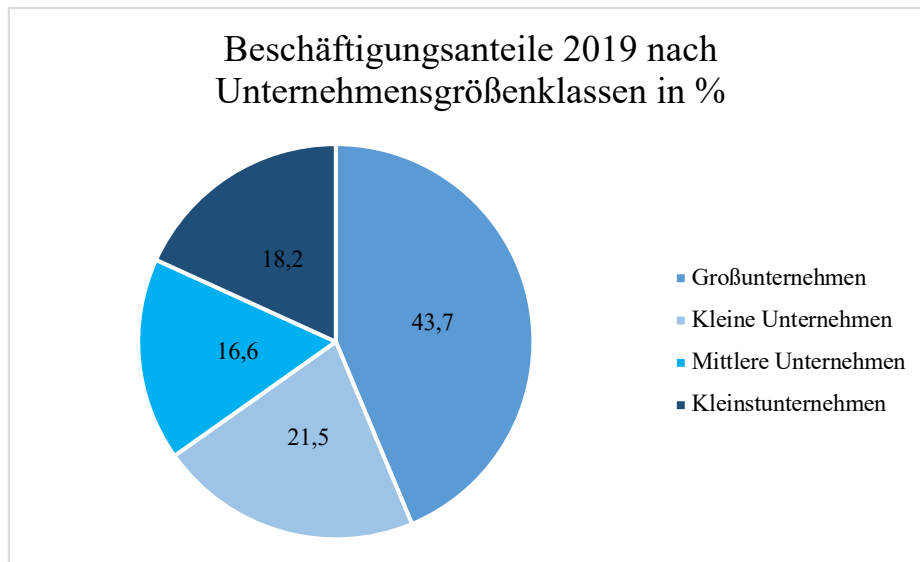


Abbildung 14: Beschäftigungsanteil 2016 (Statistisches Bundesamt, 2018)

Dies ist insofern interessant, da größere Betriebe nicht nur quantitativ ein breiteres Angebot an Maßnahmen im BGM haben, sondern auch qualitativ hochwertiger eingeschätzt werden (Hardes & Holzträger, 2009, S. 45). Viele Großunternehmen haben ein firmeninternes BGM und haben sich schon frühzeitig um diese Thematik gekümmert. Durch die große Zahl an Angestellten und die damit verbundene sichere Teilnahme einer bestimmten Anzahl an Beschäftigten wurde in vielen Großunternehmen eine eigene Abteilung gegründet, die sich mit der Thematik BGM beschäftigt. In KMU ist oftmals die Personalabdeckung nicht so breit, dass sich eigens für eine BGM-Abteilung Angestellte abstellen lassen. Damit sind die Maßnahmen schwieriger durchführbar. Weiterhin besteht wenig Interesse am BGM bei kleinen und mittleren Unternehmen. Viele Betriebe sind damit überfordert (Meyer & Tirpitz, 2008). Gleichzeitig sind im „war for talents“ kleinere und mittlere Unternehmen oftmals im Nachteil gegenüber den großen Unternehmen (Vater, 2003). Daher ist es für diese Unternehmen von besonderer Bedeutung, sich mit der Entwicklung am Arbeitsmarkt auseinanderzusetzen. Die Positionierung als attraktiver Arbeitgeber hat sich in den letzten Jahren gewandelt und so zählen die harten Faktoren und materielle Vorteile wie das Gehalt und ein Dienstwagen für neue Angestellte nicht mehr unbedingt (Sass, 2019). Die weichen Faktoren wie eigene Gestaltungsmöglichkeiten, eine anspruchsvolle Arbeit und ein gutes Betriebsklima sind von Interesse für die Bewerber. Und gerade hier können die flexibleren und schlankeren kleinen und mittleren Unternehmen punkten und das BGM als Alleinstellungsmerkmal nutzen (Grünewald & Winter, 2016).

4.6.1 Rolle der Geschäftsführung

Wie im vorherigen Kapitel angesprochen, haben die KMU neben einigen Hindernissen bei der Gewinnung von Angestellten auch Vorteile. Gerade im Bereich des BGM werden diese deutlich. Eine wichtige und entscheidende Rolle nimmt der Geschäftsführer ein, wenn es um die Implementierung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen geht. Somit sind die Führungskräfte die wichtigste Zielgruppe und der erste Adressat, wenn es um betriebliches Gesundheitsmanagement geht. Sie sind nicht nur Mitarbeiter im Unternehmen, sondern haben auch Vorbildfunktion, wenn es um die Umsetzung der Maßnahmen geht. Anders als in Großunternehmen, wo es oftmals eine Vielzahl an Führungskräften gibt, hat der Geschäftsführer in KMU eine viel stärkere Vorbildfunktion und gibt durch seine Vorgehensweise und sein Handeln die Richtung vor (Fust & Fueglistaller, 2015). An ihm orientieren sich die Mitarbeiter und seine Einstellungen und sein Verhalten prägen das gesamte Unternehmen. Anders als in Großunternehmen ist es für KMU unrealistisch, die Umsetzung von BGM-Maßnahmen hausintern zu organisieren (Pelster K. , 2011).

Damit Führungskräfte ihre Mitarbeiter gezielt fördern können, bedarf es einiger Voraussetzungen. Zum einen ist es entscheidend, dass sie gut über das Thema informiert sind. Daneben ist es notwendig, dass die Führungskräfte motiviert sind, sich Inhalte und Arbeitsweisen des BGMs anzueignen und umzusetzen. Ebenfalls ist es von Vorteil, wenn sie sich auch mit dem Thema persönlich auseinandersetzen und identifizieren und die Sinnhaftigkeit des Themas und der damit verbundenen Perspektiven in der Arbeitswelt nachempfinden können (Schneider, 2018, S. 75). Ähnlich wie bei der Einarbeitung von neuen Mitarbeitern ist die Planung und Steuerung von Maßnahmen des BGMs Führungsaufgabe (Wien & Franzke, 2013, S. 59). Gerade zu Beginn einer Startphase kann es häufig vorkommen, dass die Ergebnisse mangelhaft oder unzureichend sind, da die Identifikation mit der Führungsspitze nicht gegeben war.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass es vier Ebenen der Einflussnahme von Führungskräften hinsichtlich der Planung des BGMs gibt. Die vier Ebenen betreffen das Management, die Vorbildfunktion, den Führungsstil und das Selbstmanagement. Inhaltlich verbindet die Führungskraft Aufgaben des Gesundheitsmanagements und der Gesundheitsförderung mit ihrer alltäglichen Arbeit und somit ihren alltäglichen Managementaufgaben. Komplexe Themenfelder wie die strategische Planung, die Budgetierung, die Organisation von Strukturen und Ressourcen, die Mitarbeiterauswahl oder die Entwicklung von Zielaufgaben und Zielvereinbarungen eignen

sich für Führungskräfte, um die Methoden und Ideen der mitarbeiterorientierten Gesundheitsförderung zu integrieren. Sie sind zeitgleich für die akzelerierende oder retardierte Entwicklung der Mitarbeiter verantwortlich und können durch gezielte Maßnahmenumsetzung diese Prozesse proaktiv fördern. Ebenfalls können Führungskräfte dafür sorgen, dass langfristig Gesundheitsförderung einen essenziellen Bestandteil in der Personal- und Organisationsentwicklung einnimmt und als Unternehmenswert grundsätzlich in Entscheidungen einbezogen wird, wie auch als gelebte Unternehmensphilosophie umgesetzt wird.

Als weitere Ebene gibt es die Vorbildfunktion. Sie beruht auf der Annahme, dass Führungskräfte nicht nur inhaltlich und arbeitsplatzbezogen ein Vorbild darstellen, sondern auch durch gelebtes Verhalten als Vorbild wahrgenommen werden (Schneider, 2018). Sie gilt als wesentliche Einflussgröße auf die Gesundheit der Mitarbeiter und somit als klare bottom-down Struktur. Die Vorbildfunktion reiht sich nahtlos in eine Reihe von relevanten Faktoren wie die generelle Unternehmenssituation, die Unternehmenskultur, die Haltung der Entscheidungsträger zum BGM, die Führungskultur und die Ressourcen der Gesundheitsmanager ein. Damit ist ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement kein alleiniger Selbstzweck, sondern kann Wirtschaftswachstum, Innovation, leistungsfähige und leistungsbereite Beschäftigte fördern und eine positive Innen- und Außendarstellung des Unternehmens ermöglichen (Graßl & Simmel, 2020).

Eine weitere Ebene ist die Komponente des Führungsstils. Sie ist ein zentrales Element des Gesundheitsmanagements und es gibt keinerlei Zweifel mehr daran, dass gute Führung gesund machen kann, aber auch umgekehrt schlechte Führung krank machen kann. Somit muss der Führungsstil nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Effizienz bewertet werden, sondern auch hinsichtlich der Auswirkungen auf die Gesundheit der Arbeitnehmer (Bauer, 2013). Also ist der Kommunikationsstil maßgeblich prägend für das Arbeitsklima und die Unternehmenskultur. Er ist bedeutsam für reibungslose Arbeitsabläufe und das Funktionieren von betriebsinternen Aufgaben. In zeitlichen Abständen bedarf es Rückmeldung über die Arbeit der Mitarbeiter. Gelingt es, den Stress möglichst gering zu halten, haben die Mitarbeiter vergleichsweise wenig gesundheitliche Beschwerden (Schneider, 2018). Betrachtet man hinsichtlich der Vorbildfunktion den Bereich der Wertschätzung, die eine Führungspersönlichkeit ihren Mitarbeitern entgegenbringt, so bekommt die Komponente der Biochemie eine besondere Bedeutung. Die SHAPE-Studie der Autoren Kromm und Frank (2009), hat belegt, dass selbst einfachste und kleinste Anmerkungen im Arbeitsleben von essenzieller Bedeutung für die

Gesundheitsgestaltung von Mitarbeitern sind. Somit ist Wertschätzung eines der effektivsten und besten Mittel zur Anhebung von Motivation und Gesundheit (Kromm & Frank, 2009).

Wertschätzung kann auf drei verschiedenen Ebenen stattfinden: der Ebene der finanziellen Entlohnung, der Möglichkeit der Weiterbildung sowie auf der Ebene von Lob und Anerkennung. Es konnte festgestellt werden, dass ausbleibende Wertschätzung maßgeblich zur Verschlechterung der Gesundheit beiträgt und sich dieses Verhalten auf der Verhaltensebene widerspiegelt. So rauchen Mitarbeiter mehr, trinken mehr Alkohol, haben einen geringeren Aktivitätsstatus und geben an, schlechter und unruhiger zu schlafen. Aber auch auf der Ebene der Biochemie lässt sich die Veränderung feststellen. Bei ausbleibender Belohnung ist ein Anstieg der Stresshormone wie Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol und CRH zu beobachten. Ebenfalls erfolgt eine Veränderung des vegetativen Nervensystems. Die Veränderung der Biochemie und die Veränderung des Nervensystems können langfristige Folgen wie einen erhöhten Blutdruck, koronare Herzerkrankungen oder eine Herzmuskelschwäche haben. Ebenfalls spielt das körpereigene Dopamin eine entscheidende Rolle. Als körpereigenes Antriebshormon sorgt Dopamin für eine zielgerichtete, motivierte und leistungsbereite Ausrichtung. Ein dauerhaft niedriger Dopaminspiegel sorgt für Niedergeschlagenheit und Lustlosigkeit. Dieser Zustand fördert die Aufnahme von Dopamin-Ersatzprodukten wie Koffein, Nikotin, Alkohol oder anderen Mitteln (Siegrist, 2005).

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die biochemischen Zusammenhänge bisher nur sehr rudimentär erforscht sind. Die Tatsache, dass sich gute Arbeitsbedingungen und ein sozialer Rückhalt auf die Produktion und Förderung von körpereigenen Botenstoffen wie Dopamin, Serotonin, Noradrenalin und Endorphin, körpereigenen Opioiden und das Hormon Oxytocin auswirken, zeigt, wie eng die Faktoren Wertschätzung und Gesundheit zusammenhängen. Diese Substanzen beeinflussen das Wohlbefinden und die Leistungsbereitschaft. Gute menschliche Beziehungen haben also eine gesundheitsfördernde Wirkung und verlängern wesentlich die Lebensdauer. Damit findet ein Transfer von psychologischen auf biologische Einflussfaktoren statt und aus sozialen Komponenten können biologische Komponenten werden (Bauer, 2006).

Die vierte und letzte Ebene beschäftigt sich mit dem Selbstmanagement und der daraus resultierenden Fähigkeit der Führungskraft, vorgegebenes Verhalten auch selbst vorzuleben. Eine der umfassendsten und größten Studien zu dem Thema wurde 1991 von Marmot und seinen Kollegen veröffentlicht. Die Studien Whitehall I + II zeigen einen signifikanten

Zusammenhang des sozioökonomischen Status und der allgemeinen Sterblichkeitsrate. Bei Whitehall I wurden über 10 Jahre lang insgesamt 17.530 britische Zivilbeamte zwischen 40 und 64 Jahren begleitet und es konnte nach einem anfänglichen umfangreichen Gesundheitscheck herausgefunden werden, dass männliche Angestellte des tiefsten Dienstgrades eine dreimal so hohe Sterblichkeit aufwiesen wie Studienteilnehmer mit dem höchsten Dienstgrad. Dies steht in Verbindung mit der Tatsache, dass der Kontrollverlust über einen wichtigen Teil des eigenen Lebens in Folge einer Anstellung auf einer geringen Hierarchiestufe mit längeren Krankenzeiten zusammenhängt. Somit besteht ein reziprokes Verhältnis von Anstellungsgrad und Krankheitsrisiko. Bei Whitehall II wurden 6895 Männer und 3414 Frauen im Alter von 35 – 55 Jahren beobachtet. Bei dieser Studie kamen die Probanden aus über 20 verschiedenen Londoner Büros und unterschiedlichen Behörden. Es wurde deutlich, dass der unterschiedliche Dienstgrad stark verbunden war mit dem Gefühl von Kontrolle über die eigene Arbeit. Ebenso mit der Variationsmöglichkeit in der Arbeit, gemessen am Handlungsspielraum bei Entscheidungen, sowie einem hohen Arbeitstempo, gemessen an den Arbeitsanforderungen. Auch hier wurde deutlich, dass eine fehlende Kontrolle über die Arbeitsgestaltung mit längeren Fehlzeiten über sechs Tagen korrelierte. Ebenso wurde deutlich, dass eine variationsreiche Arbeit und eine höhere Mitbestimmung das Risiko für eine koronare Herzerkrankung reduzieren kann. Rückschlüsse aus der Studie lassen zu, dass das Risiko für eine Erkrankung steigt, je niedriger der Status in der Hierarchie ist. Schon die zweite Reihe unter der Führungskraft war in deutlich schlechterer Verfassung als die Vorgesetzten, dies zeigte sich in der Arbeitsunfähigkeitsquote und sogar in der Sterblichkeitsrate. Final lässt sich festhalten, dass nicht die Arbeitsmenge ausschlaggebend ist für die Erhaltung und Herstellung von Gesundheit, sondern vielmehr die Autonomie der Mitarbeiter (Marmot, et al., 1991). Prof. Badura stellt hierzu fest:

„(...) man wählt sie aus, weil sie gute Fachkräfte waren. Jetzt befördern Sie jemanden zur Führungskraft, dann verlieren Sie eine gute Fachkraft und gewinnen eine schlechte Führungskraft. Das heißt im Grunde, bei der Auswahl (..) muss man ansetzen, das ist der erste Punkt: Wen nehme ich denn überhaupt als Führungskraft? Und damit wird viel falsch gemacht. Entweder macht man das (unv.), man gibt, nimmt sich auch Zeit dafür oder (unv.) keine richtigen Kriterien, auf jeden Fall so, dass die Auswahl eine ganz große Rolle spielt. Weil viele Menschen, Sie können den Menschen nicht einfach verändern, wenn jemand eben, leicht autistische Züge hat, dann können Sie noch so lange an ihm rumdoktern, das werden Sie nicht rauskriegen. Ich meine, der bleibt dann halt Autist und wird eben entsprechend schlecht mit seinen Leuten umgehen. Also die Auswahl ist entscheidend. Das Zweite ist entscheidend, die eigene Aus- und

Weiterbildung der Führungskräfte. Und das Dritte ist entscheidend, dass man den Führungskräften irgendwie ehrlich zeigt, was sie mit ihren Leuten veranstalten, dass man ihnen die Zahlen vorlegt. Die Fehlzeitendaten, die Befragungsdaten - es gibt Leute, die schon alleine auf die Daten reagieren, weil sie Angst haben, beim nächsten Mal wieder schlecht dazustehen. Und die ganz hart gesottenen, die dann auf Dauer nicht reagieren, ja, da muss man dann eben mal Zwangsmaßnahmen (...) die werden jetzt verdonnert zu einer Weiterbildung.“ (Prof. Bernhard Badura, Min. 00:33:11)

Hinsichtlich dieser Tatsachen und der oftmals vorhandenen zeitlichen Begrenzung der Arbeitszeit von Führungskräften, wird das Thema BGM in KMU oftmals außer Haus organisiert und vergeben. Diese Tatsache und der Mangel an eigenen Informationen über die Thematik machen die Einbeziehung externen Berater oftmals unabdingbar. Hierbei kann es jedoch zu einer Blockierung bei der Umsetzung kommen, da ein nicht erkennbarer Nutzen oder die Angst vor Bevormundung die Einführung hemmt. Auch die Abneigung gegen fremde Organisationen, die eigene Befugnisse beschränken könnte, spielen eine Rolle. Hierbei ist besonders darauf zu achten, dass die Führungskraft die Übertragung der Verantwortung an einen externen Anbieter als Erleichterung wahrnimmt. Die Legitimation durch die Mitarbeiter kann hierbei besonders hilfreich sein. Gerade die Integration der Führungskraft an eine externe Beratung schafft der Führungskraft Freiräume und auch unangenehme Themen und Berührungspunkte können so einfacher angesprochen und aufgebrochen werden (Zieringer & Wehr, 2022). Besonders im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheit, ein entscheidender Teil im BGM, weisen viele Geschäftsführer darauf hin, dass sie selbst am besten wüssten, welche Belastungen am Arbeitsplatz vorherrschen und welche tragbar seien (Kriener, 2005).

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass anders als in Großunternehmen in KMU viel stärker auf die Befindlichkeiten des Geschäftsführers eingegangen werden muss und es mehr Überzeugungsarbeit, kostet die Maßnahmen in die Praxis umzusetzen. Eine der Grundvoraussetzungen zur erfolgreichen Implementierung ist daher, dass die Unterstützung der Geschäftsleitung vorhanden ist.

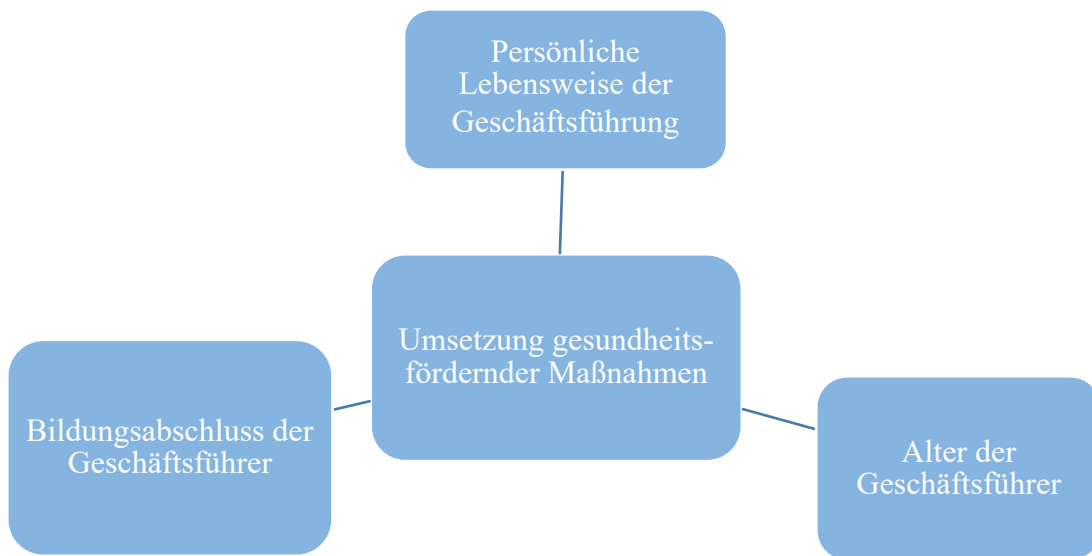


Abbildung 15: Einfluss des Geschäftsführers auf Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen (Techniker Krankenkasse, 2008)

Wie in Abbildung 15 zu erkennen ist, hängt die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen von der persönlichen Lebensweise des Geschäftsführers ab. Die Studie der Techniker Krankenkasse ergab, dass von Geschäftsführern, die rauchen, rund 25 % weniger gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden als von ihren Nichtraucherkollegen. Auch konnte festgestellt werden, dass diejenigen, die angaben, dass sie selbst sportlich aktiv sind, deutlich mehr Angebote im Unternehmen implementierten als diejenigen, die sich selbst als weniger aktiv beschrieben (Techniker Krankenkasse, 2008). Auch das Alter der Geschäftsleitung spielt eine wichtige Rolle. Jüngere Geschäftsführer unter 40 Jahren erkennen die Notwendigkeit betrieblicher Gesundheitsförderung stärker und setzen Maßnahmen jeweils intensiver und regelmäßiger durch als ihre älteren Kollegen. Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung wurden von jüngeren Geschäftsführern durchschnittlich dreimal häufiger angenommen und umgesetzt als von den älteren Kollegen (ebd.). Auch der Bildungsabschluss des Geschäftsführers hat Einfluss auf das BGM eines Unternehmens. Je weniger technisch die Ausbildung war, desto mehr werden Maßnahmen umgesetzt, die das betriebliche Gesundheitsmanagement fördern. Festzuhalten bleibt, dass die Rollen des Geschäftsführers in der Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements ein entscheidender Faktor sind.

4.6.2 Ressourcen

Hinsichtlich der Ressourcen im betrieblichen Gesundheitsmanagement spricht man von internen und externen Ressourcen. Ressourcen helfen grundsätzlich, Anforderungen, Belastungen und Beanspruchungen zu meistern und mit diesen zielgerichteter umzugehen. Ressourcen tragen dazu bei, Anforderungen und Belastungen besser zu bewältigen und ermöglichen es ebenfalls, aus diesen Kapazitäten und Möglichkeiten zu generieren. Wie oben angesprochen können Ressourcen in interne, also persönliche und externe, also soziale und organisatorische Ressourcen unterteilt werden (Glaser & Höge, 2005). Um ein betriebliches Gesundheitsmanagement umfassend zu gestalten, bedarf es neben den organisationalen und persönlichen Strukturen auch finanzieller Möglichkeiten. Die Wirtschaftlichkeit und das gezielte Investieren von Geld spielen eine entscheidende Rolle. Als Wirtschaften wird der gezielte und effiziente Einsatz von knappen Ressourcen zum Zwecke der Bedürfnisbefriedigung bzw. Bedarfsdeckung definiert. Der Einsatz verschiedener Ressourcen ist immer untrennbar mit dem Wirtschaften in einem Unternehmen verbunden (Balderjahn & Specht, 2016, S. 5). Auch bei der Auswahl und Umsetzung von BGM-Maßnahmen muss auf den effektiven Einsatz von Ressourcen geachtet werden. In jedem Unternehmen sind Kapital, Personal und Zeit knapp und teuer und es entsteht eine durchgehende wirtschaftliche Unsicherheit. Die schwierige wirtschaftliche Planbarkeit begünstigt Maßnahmen, die punktuell und zeitlich begrenzt durchzuführen sind und damit das finanzielle Risiko minimieren (Kriener, 2005, S. 182).

Spricht man von den Kosten für ein betriebliches Gesundheitsmanagement, so werden häufig die anfallenden Kosten für einen hohen Krankheitsstand, also die Lohnfortzahlung und die Kosten für die Anteile der Sozialversicherung hinzugezogen. Nicht beachtet werden in diesem Konstrukt jedoch die sogenannten indirekten Krankheitskosten. Hierzu zählen der Ausfall von Produktivität, die Kosten für einen nicht realisierten Umsatz, die Kosten für die Krankheitsvertretung und die Kapitalkosten für nicht genutztes Anlagevermögen. Diese Kosten sind von dem jeweiligen Krankheitsgeschehen und dem entsprechenden Betrieb abhängig (Jancik & Jancik, 2002, S. 55-56).

Werden die Kosten für die Umsetzung eines BGM festgelegt, ist Kontinuität und Nachhaltigkeit ein zentrales Kriterium. Es ist wirkungsvoller, einen kleinen Betrag über eine längere Dauer, als einen großen Betrag direkt am Anfang zu investieren und daraufhin keine Gelder mehr für Folgekosten zu haben. Die Gesamtkosten zur Umsetzung eines BGM ergeben sich aus

den Kosten für die geplanten Maßnahmen, eventuellen Freistellungskosten für die Mitarbeiter und den Aufwendungen für die laufenden Betriebskosten des BGM (AOK, <https://www.inqa.de>, 2011). Über den Einsatz der Mittel kann vielfältig entschieden werden und auch hier ist die Partizipation der Mitarbeiter ein entscheidender Faktor (Kauffeld, 2014). Doch nicht nur die knappen finanziellen Ressourcen, auch Ressourcen im Personal sind davon abhängig, ob und inwieweit ein BGM eingeführt werden kann. Fehlt die Möglichkeit, eine eigene Abteilung zu gründen oder einen Angestellten freizustellen, um sich über die Einführung und die Umsetzung von BGM-Maßnahmen zu erkundigen, sind die Unternehmen auf externe Berater und Firmen angewiesen. Zu berücksichtigen ist bei der Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen auch die oftmals mangelhafte Deckung mit Personal. Dadurch fällt der Wegfall eines Mitarbeiters viel stärker ins Gewicht. Bei den übrigen Kollegen, die dessen Arbeit unter Umständen mitmachen müssen, kann Unmut aufkommen. Für die Geschäftsführung haben kurzfristige Existenzsicherungen Vorrang vor langfristigen Investitionen, und die Auswirkungen der Maßnahmen sind für einige nicht direkt ersichtlich (Fehlzeiten-Report 2015, S. 61). Das tatsächliche Ergebnis, ein Mehrwert und ein return on investment, ist für manche Geschäftsführer und Entscheidungsträger nicht ersichtlich und daher nicht lukrativ. Die Messbarkeit nach Investition ist schwierig und die Ausgabe für ein ausgeglichenes und gesundheitsförderndes Arbeitsleben nicht jedem Entscheidungsträger direkt ersichtlich (Thiehoff, 2004). Verschiedene Unternehmen, die betriebliche Gesundheitsförderung seit Jahren in ihre Unternehmensstrategie und -kultur integriert haben, vermerken nachhaltigen Erfolg und berichten neben der Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten auch eine Verbesserung der Kosteneffizienz und der Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens. Unbestritten ist somit in diesem Kontext, dass ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement humane oder soziale Faktoren wie Kommunikation, Betriebsklima und Mitarbeiterzufriedenheit verbessert.

Im Zuge der models of good practice Studie wurden im Zeitraum von 2003 bis 2007 insgesamt 212 Unternehmen befragt und untersucht, inwiefern sie die Wirkungsweise und die Erfolgsfaktoren des BGMs beurteilen. Vertreten waren 117 Betriebe aus dem produzierenden Gewerbe und 95 Unternehmen aus dem Bereich Handel und Dienstleistung. Ein Großteil der befragten Unternehmen gab an, dass sie ihr betriebliches Gesundheitsmanagement multithematisch aufgebaut hatten. Das ergab sich aus einer differenzierten Analyse der betrieblichen Situation mittels Mitarbeiterbefragungen, Arbeitsplatzbegehungen und Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten. Im Bereich des produzierenden Gewerbes sind Themenschwerpunkte wie Vorbeugung und Reduzierung körperlicher Belastungen, Arbeitsplatzgestaltung und

Fehlzeitemsenkung von besonderer Bedeutung. Im Bereich Handel und Dienstleistungen sind die Themen Verbesserung des Betriebsklimas und der Mitarbeiterzufriedenheit, Vorbeugung und Reduzierung körperlicher Belastungen und innerbetriebliche Kommunikation und Kooperation am meisten umgesetzt worden. Betriebliche Gesundheitsförderung muss den Spagat zwischen gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Mitarbeiter und wirtschaftlichem Nutzen für die Unternehmen schaffen. Dahingehend ist es logisch, dass das Zusammenspiel von gesundheitsfördernden Maßnahmen und wirtschaftlichem Erfolg angestrebt wird.

Anhand der unterschiedlichen Branchen und Tätigkeitsfeldern ist es ebenso erkenntlich, dass je nach Unternehmensbereich verschiedene Schwerpunkte in die betriebliche Gesundheitsförderung aufgenommen werden. Produzierendes Gewerbe sieht den höchsten Nutzen im Arbeitsschutz sowie der Senkung von Entgeltfortzahlungen. Der Handel und das Dienstleistungsgewerbe sieht seinen höchsten Nutzen in der Ablaufoptimierung, der Fehlervermeidung sowie Qualitätssteigerung. Branchenübergreifend war zu beobachten, dass alle Unternehmen durch die Steigerung der sozialen Faktoren, wie eine positive Veränderung der internen Kooperationen und Kommunikation im Unternehmen, sowie eine Verbesserung ihrer Organisations- und Arbeitsabläufe in der Gestaltung von Arbeitsplätzen im Sinne eines Belastungsabbaus, ihnen wirtschaftlichen Erfolg ermöglicht hat. Ebenso wurde ein Anstieg der weichen Faktoren festgestellt, wie ein Anstieg von Motivation und Kommunikation. Die befragten Unternehmen gaben ebenfalls an, dass sie keinen Widerspruch zwischen ökonomischem und sozialem Gewinn sehen und hinsichtlich der Umsetzbarkeit von wirtschaftlichen und sozialen Faktoren weiterhin dort ihre Ziele ansetzen werden. Ressourcen konnten ebenfalls bei verschiedenen Wirkungsketten festgestellt werden. So dient eine Optimierung beim Arbeitsschutz gleichzeitig dem Unternehmen aber auch dem Arbeitnehmer. Ebenfalls entsteht eine Kostensenkung bei der Entgeltfortzahlung (Lück, Eberle, & Bonitz, 2009).

Durch die ambivalente Beziehung von Gesundheit und Arbeit ist es unentbehrlich, dass der Arbeitsschutz Teil des Managements ist. Arbeit kann gleichermaßen krank wie gesund machen und eine körperliche Unversehrtheit bei der Arbeit ist untrennbar mit der betrieblichen Leistungserbringung verbunden (Elke, 2000). Wie in Abbildung 16 zu erkennen ist, kann ein effektiver Arbeitsschutz die Kommunikation verbessern und eine Verstärkung im Bereich der Problemlösung hervorrufen. Beides sind Grundpfeiler eines BGF-Projektes. Aufbauend auf dieser Komponente können Belastungen abgebaut werden und somit der Krankenstand verringert

werden. Durch die Senkung des Krankenstandes werden Einsparungen bei der Lohnfortzahlung erzielt.

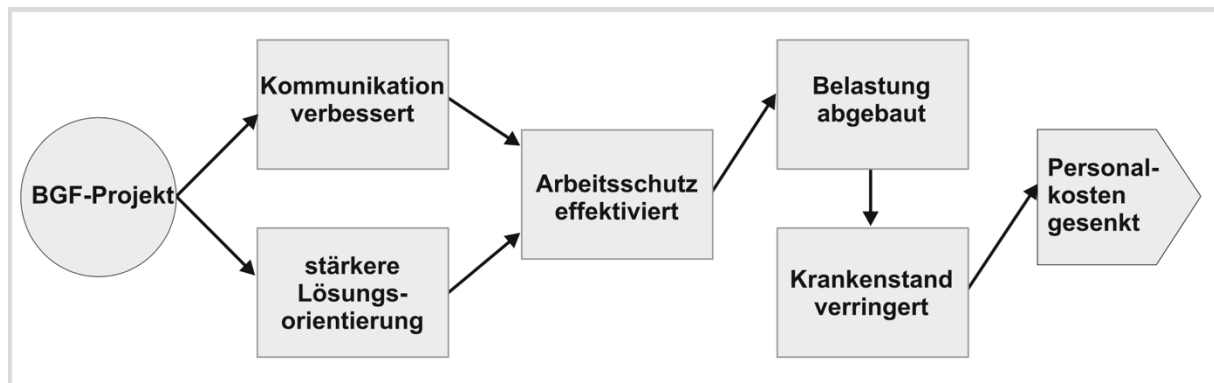


Abbildung 16: Arbeitsschutz und Personalkosten (Lück, Eberle, & Bonitz, 2009)

4.6.3 Soziale Beziehung

Die sozialen Aspekte und Beziehungen innerhalb einer Firma haben ebenfalls großen Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Durch die kleinere Belegstruktur in KMU sind die Beziehungen der Angestellten enger und die Nähe der Beschäftigten zueinander ist oftmals über die reine Arbeitszeit hinaus vorhanden. Somit kristallisiert sich ein transparenteres System heraus und Stärken wie Schwächen der einzelnen Personen bleiben nicht mehr im Verborgenen (Groll, 2010). Auch die weiter voranschreitende Personalisierung der Arbeitswelt und die zeitlich flexibleren Arbeitsbedingungen lassen die Kollegen und Beschäftigten mehr über die jeweiligen Lebensumstände des Anderen erfahren (ebd.).

Die sozialen Beziehungen in einem Unternehmen sind stark davon abhängig, inwieweit die Geschäftsleitung das Miteinander fordert und fördert. Innerhalb des Betriebes wird es Ängste bezüglich einer Veränderung geben und unter den Kollegen werden diese Themen präsent sein (Matyssek A. , 2013, S. 21). Aber nicht nur die Ängste bezüglich einer Veränderung im Umfeld des Betriebes, auch in der direkten Umsetzung der Maßnahmen befürchten einige Angestellte peinliche Situationen. Viele Personen verbinden BGM und BGF-Maßnahmen mit Verboten, Einschränkungen oder Bevormundung. Sie verbinden es mit Sporteinheiten, die sie nicht bewältigen können oder dem Verbot des Rauchens. Die Angst vor der Scham und der Bloßstellung wiegt daher schwerer als der Wunsch, etwas für die Gesundheit unternehmen zu wollen (Meyer & Tirpitz, 2008, S. 55).

Doch es gibt auch positive Aspekte der engen sozialen Beziehungen in KMU. Häufig sind die Unternehmen und Betriebe Familienbetriebe und die Verbindung daher sehr eng. Diese engen Strukturen und die Einbeziehung der Lebenspartner schafft ein engmaschiges soziales Netz und verhindert in vielen Fällen einen Verlust von sozialen Bezugspunkten. Die Bereitschaft zur Teilnahme an BGM-Maßnahmen kann dadurch erhöht werden, da die Gruppenzugehörigkeit bereits gegeben ist. Auch die allgemeine Stimmung ist oftmals besser als in großen Betrieben. Teilweise entsteht in KMU so ein Klima der Aktivierung und der allgemeinen Teilnahme (Gohm, 2015, S. 29).

In der Praxis wird über die Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung oftmals nach dem Kosten-Nutzen-Prinzip entschieden. Durch eine Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und der damit einhergehenden Steigerung der Mitarbeiterperformance können die Nutzenaspekte auf wirtschaftlicher Seite befriedigt werden (Rössler, Keller, & Moock, 2016). Auf der Seite der sozialen Komponenten kann mit einem gestärkten Zusammengehörigkeitsgefühl und einer verbesserten Atmosphäre argumentiert werden. Hinzu kommt, dass ein durch gemeinsame sportliche Aktivitäten gestärktes Zusammengehörigkeitsgefühl und eine verbesserte Atmosphäre zu besseren Arbeitsergebnissen führt. In vielen Fällen ist es die vorherrschende Unternehmenskultur und die gelebte soziale Interaktion der Mitarbeiter, die über einen Verbleib oder eine Kündigung entscheiden. Dauerhaft wird diese Unternehmenskultur von Unternehmensleitung und von den Inhabern und Gesellschaftern eines Unternehmens geprägt und vorgelebt. Durch eine hohe Akzeptanz und Identifikation mit den Unternehmenswerten entsteht eine Zufriedenheit und Bindung an das Unternehmen. Dies führt maßgeblich zu einem höheren Engagement und einer höheren Leistung. Im Umkehrschluss führt eine divergierende Wertvorstellung zu einer Abkehr vom Unternehmen und damit einer verminderter Arbeitsperformance. In KMU sind häufig enge Verbindungen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern zu beobachten. Besonders das Verantwortungsbewusstsein für die Region, die Mitarbeiter und deren Familien sind in KMU häufig stärker ausgeprägt (Renkhoff-Mücke, 2015).

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Setting vom betrieblichen Gesundheitsmanagement ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Mitarbeiter legen deutlich mehr Wert auf ihre Freizeitgestaltung als noch vor einigen Jahren, und besonders im Zuge des Fachkräftemangels stellen hierbei Programme zur Familienfreundlichkeit einen wichtigen Bestandteil dar. Nicht zuletzt hat die Corona-Pandemie gezeigt, wie wichtig ein Zusammenspiel zwischen Familie und Beruf ist. Durch strenge Quarantäneregeln, Homeoffice, Homeschooling und Ausfallzeiten in Kitas

und Schulen waren die Familie zusätzlich belastet (Bujard, Inga, Diabaté, Sulak, & Schneider, 2020).

4.7 Möglichkeiten der Unterstützung

Die Möglichkeiten für KMU, sich bei der Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen Unterstützung zu holen, sind vielfältig. Es gibt eine Vielzahl an fachlicher und inhaltlicher Unterstützung. Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherungen, Berufsgenossenschaften und überbetriebliche Netzwerke sind dabei gute Ansprechpartner. Doch nicht nur die großen Organisationen beschäftigen sich mit der betrieblichen Gesundheitsförderung, auch immer mehr private Unternehmen bieten ihre Dienste an. Vorteile der privaten Dienstleister sind die in der Regel umfassenderen Angebote und die zeitliche Entlastung der Geschäftsführer.

Auch steuerliche Vorteile lassen sich bei der Einführung eines BGMs einrechnen. Bei der Implementierung eines BGMs im Unternehmen empfiehlt es sich, die ganze Bandbreite der möglichen Unterstützer einzubeziehen und somit eine optimale Förderung und Unterstützung zu gewährleisten. Besonders die interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Netzwerkbildung ist von entscheidendem Vorteil (Gronau, Stender, & Fenn, 2019). Ebenso ist die Beauftragung von externen Experten, die mit hausinternen Experten zusammenarbeiten, von Vorteil.

4.7.1 Krankenkassen

Anstoß zur betrieblichen Gesundheitsförderung gaben die Krankenkassen im Jahr 1989 durch die Verankerung der Gesundheitsförderung im Sozialgesetzbuch (SGB) V, an der die Krankenkassen maßgeblich beteiligt waren. Mit der Zeit wurden die Leistungen und Angebote immer weiter ausgedehnt. Mittlerweile unterstützen die Krankenkassen Unternehmen in vielen Bereichen. Sie helfen bei der Analyse der Arbeitsunfähigkeit der Mitarbeiter, der Arbeitssituation der Angestellten und der Ermittlung der Altersstruktur (Pelster & Sochert, 2005). Seit 2007 ist die Versorgung mit einem BGF als Pflichtleistung der Krankenkasse anerkannt (Lenhardt, 2017). Ebenso beraten sie über gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen und helfen beim Aufbau eines effektiven BGMs. Neben der Analyse und Beratung veröffentlichen sie regelmäßig Fehlzeiten- und Gesundheitsreports und bieten den Unternehmen so die Möglichkeit, sich über die aktuelle Situation zielgruppenspezifisch und bundesweit zu informieren (Naidoo &

Wills, 2010, S. 336). Besonders die TK-Stressstudie 2021 sorgte für Aufmerksamkeit, da sie die Auswirkungen der Corona-Pandemie mit berücksichtigt (Techniker Krankenkasse, 2021).

Seit Verankerung der Gesundheitsförderung im SGB V hat sich die grundsätzliche Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) stetig angepasst. So profitierten im Jahr 2015 rund 12,1 Millionen Menschen in Deutschland direkt oder indirekt von primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten (Schempp & Strippel, 2017). Im Juli 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) in Kraft. Auf Grund der immer schlechter werdenden gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Deutschland wird das PrävG in Zukunft eine immer wichtigere Rolle spielen (Robert-Koch-Institut, 2015). Gesetzliche Krankenkassen müssen nach dem PrävG einen festgelegten Betrag investieren. Im neuen § 20 des SGB V wurde der Betrag von 3,17 Euro auf 7 Euro je Versicherten angehoben. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass es eine Verdoppelung der Finanzierungsmittel gibt.

Daraus folgt, dass die Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Gesundheit im Unternehmen nun deutlich stärker gefördert werden können. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, dass der Markt durch diese Veränderung mit noch mehr Anbietern und einem höheren Angebot reagiert. Zur Umsetzung der neuen Rechtslage haben die Krankenkassen Handlungsfelder festgelegt und einheitliche Standards und Qualitätskriterien erstellt. Wie in Tabelle 4 zu erkennen ist, bestehen diese Handlungsfelder aus Bewegungsgewohnheit, Ernährung, Stressmanagement und dem Suchtmittelkonsum.

Tabelle 4: Handlungsfelder der gesetzlichen Krankenkassen und deren Präventionsprinzip (GKV-Spitzenverband, 2018)

Handlungsfeld	Präventionsprinzip
Bewegungsgewohnheiten	Reduzierung von Bewegungsmangel
Ernährung	Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sowie von Übergewicht
Stressmanagement	Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
Suchtmittelkonsum	Förderung des Nichtrauchens sowie ein gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol

Jedes Handlungsfeld stellt eine eigene Dimension dar und beschäftigt sich mit einem unterschiedlichen Gesundheitsfeld. Jedes Präventionsprinzip soll den Versicherten motivieren, etwas für seine Gesundheit zu tun, und gleichzeitig sollen Wissen und neue Fertigkeiten weitergegeben werden. Im Jahr 2017 erreichte die GKV rund 4,5 Millionen Menschen mit ihren

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Sie erreichte 36 % mehr Personen als im Jahr zuvor und gab dabei 135 Millionen Euro aus. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung wurden rund 1,9 Millionen Beschäftigte in 18.000 Betrieben erreicht, das bedeutet, rund 35 % mehr Betriebe und 29 % mehr Beschäftigte als 2016.

Laut Gesetzgeber sind die Krankenkassen verpflichtet, alle Betriebe und Beschäftigte gleichwertig zu unterstützen. In der Praxis sieht es jedoch anders aus. Krankenkassen fördern vorrangig Großunternehmen, da hier die Zahl der erreichten Personen größer ist und die organisatorischen Unsicherheiten in KMU abschreckend wirken. Der verhältnismäßig große Aufwand bei der Implementierung eines BGMs in einem KMU steht für viele Krankenkassen nicht im Verhältnis zum Ertrag (Beck, 2011, S. 116). Nach wie vor werden jedoch deutlich mehr Leistungen der individuellen Verhältnisprävention unterstützt als Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Inwieweit sich Krankenkassen im Bereich des BGF engagieren, ist jedoch sehr unterschiedlich. Nicht nur regionale Unterschiede sind zu erkennen, sondern auch bei Unternehmensgröße, Organisationsstruktur, gesundheitspolitischer Orientierung und dem Wissensstand der Mitarbeiter bezüglich einer betrieblichen Gesundheitsförderung (Lenhardt, 2017, S. 205).

4.7.2 Netzwerke

Die Möglichkeit der Unterstützung bieten darüber hinaus Netzwerke an. Das deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) hat sich zur Aufgabe gemacht, verschiedene Unternehmen bezüglich unterschiedlicher Punkte zusammenzubringen und Synergien zu schaffen (DNBGF, 2019). Gerade kleine Betriebe können über Unterstützungsnetzwerke und überbetriebliche Zugänge wie Branchenverbände und regionale Netzwerke, Innungen, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern sowie Kreishandwerkerschaften gut erreicht werden. Das Verfolgen von gemeinsamen Zielen ist bei der Bildung von Netzwerken von zentraler Bedeutung und bietet den KMU die Möglichkeit, sich mit anderen Unternehmen zu vernetzen und zusammenzuschließen. Nicht nur der Informationsaustausch ist ein wichtiges Anliegen bei der Bildung und Nutzung von Netzwerken. Auch der Austausch von spezifisch geschultem Personal und die damit einhergehende Kostenersparnis sind wichtige Punkte (DNBGF, 2015). Weitere bedeutende Aufgaben von Netzwerken im BGM-Umfeld sind die Qualifizierung von Beschäftigten, die Entwicklung von individuell angepassten Maßnahmen für Unternehmen, Betriebe, Kommunen und Vereine sowie die Zusammenführung dieser

verschiedenen Akteure. Nachhaltig beeinflusst hat das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung die Entwicklung der Netzwerkbildung. Das von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz im Auftrag der Europäischen Kommission 1996 gegründete Netzwerk war maßgeblich an der Definition und Bestimmung von Standards und Modellen beteiligt. Der Netzwerk-Ansatz hat sich in der Praxis bewährt und bündelt nicht nur das Wissen und die Informationen rund um das BGM, sondern hilft auch KMU, sich im Bereich der Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln (Stumpf, 2021). Durch die Sammlung von Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement helfen die Netzwerke den KMU, ihre eigenen gesundheitsfördernden Maßnahmen zu bewerten und zu evaluieren. Ebenfalls entstehen daraus direkt Zieldefinitionen und Kennzahlen zur Messung der Effektivität (Kuhn K. , 2001) Darüber hinaus hilft Netzwerkbildung bei der Stärkung von regionalen Standortvorteilen und der Bündelung von Kräften von externen Anbietern (Kaiser & Jastrow, 2011).

5. Betriebliche Gesundheitsförderung

Im folgenden Kapitel wird der Themenkomplex betriebliche Gesundheitsförderung ausführlich beschrieben und erläutert. Nach einer Erklärung zum Verständnis und Einordnung per Definition geht es um die Ziele und den Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dabei wird der Nutzen nochmals unterteilt in den Nutzen für das Individuum, für die Betriebe und für die Gesellschaft. Zum Schluss folgt ein Abschnitt über die Zukunft und die Aussichten der betrieblichen Gesundheitsförderung.

5.1 Verständnis und Begriffsbestimmungen betrieblicher Gesundheitsförderung

In der Luxemburger Deklaration wurde 1997 erstmals eine gemeinsame, europaweit anerkannte Definition für die betriebliche Gesundheitsförderung festgelegt. Mitglieder des europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) einigten sich auf eine gemeinsame Fassung.

„Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Die Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, die Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und die Stärkung persönlicher Kompetenzen.“ (ENBGF, 2007, S. 2)

Unter betrieblicher Gesundheitsförderung versteht man planvolle, steuerbare und evaluierbare Maßnahmen, die auf die gesundheitsfördernde Veränderung von Verhalten und Verhältnissen ausgerichtet sind (Rieländer & Brücher-Albers, 1999, S. 279). Diese sind personen- und strukturorientiert und dienen der Erfassung von tatsächlichen Problemen in den Betrieben. Betriebliche Gesundheitsförderung soll als aktiver Kommunikations- und Kooperationsprozess verstanden werden und dient nicht als Manifestation von bereits Vorhandenem, sondern als Chance zur stetigen Weiterentwicklung (ebd.). Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es nicht nur um die individuelle Verhaltensprävention und deren klassische Schwerpunkte wie Bewegung, Ernährung, Suchtmittelkonsum und Stressbewältigung, sondern sie zielt auf eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeit ab. In der Praxis ist zu beobachten, dass ein überwiegender Teil der Angebote und Maßnahmen darauf abzielt, Mitarbeiter hin zu dem zu

bewegen, was gesellschaftlich als gesundheitsförderndes Verhalten akzeptiert ist (Faller, 2017, S. 25).

Neben der Verhaltensprävention und ihrer Ausrichtung auf die Gesundheit im Unternehmen geht es auch um die Verhältnisprävention. Sie beschreibt, in welchen Verhältnissen die Angestellten arbeiten. In der Arbeitswelt gibt es verschiedene Faktoren, die die Verhältnisprävention beeinflussen. So sind Faktoren wie der Arbeitsinhalt, die Arbeitsabläufe, die Personalpolitik, das Verhalten der Mitarbeiter, das Betriebsklima, die Arbeitsumgebung sowie der Arbeitsplatz von entscheidender Bedeutung (Treier, 2016, S. 35). Betriebliche Gesundheitsförderung wird erst durch die Unterstützung des Managements Teil des betrieblichen Ablaufes und damit ein fester Bestandteil der Unternehmenskultur.

Betrachtet man den Unterschied zwischen gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzmaßnahmen und freiwillig eingeführten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, so wird deutlich, dass die freiwilligen Maßnahmen dezentral organisiert werden. Sind die Gesetze zum Arbeitsschutz Teil des betrieblichen Ablaufs, so geht die Gesundheitsförderung von einer freiwilligen Teilnahme und einem selbst gesetzten Ziel aus. Die BGF setzt sich höhere Ziele als den reinen Schutz vor Verletzung und Krankheit und geht auf Aspekte wie Sozialverträglichkeit, Zufriedenheit und Persönlichkeit der Mitarbeiter ein (Oppolzer, 2006, S. 23).

Es lässt sich festhalten, dass der betriebliche Arbeitsschutz als ein Teil des BGF den Menschen als schutzbedürftiges Wesen ansieht, welches ein pathogenetisches Grundverständnis voraussetzt, wie in Kapitel 3.1.1 genauer beschrieben. Es geht ihm die Vermeidung von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen und Belastungen und um das Wahrnehmen von Gefahren. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung wird der Mensch als autonom handelndes Subjekt gesehen, das um die Erhaltung oder Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen bemüht ist und die Freiwilligkeit der Maßnahmen zu seinem Vorteil nutzt. Dies setzt voraus, dass der Mitarbeiter als individuell handelndes Objekt gesehen wird und dessen Entscheidungen und Meinungen in den Betriebsablauf mit integriert werden. Geht man nach den in der Luxemburger Deklaration formulierten Leitlinien Partizipation, Integration, Projektmanagement und Ganzheitlichkeit, so wird deutlich, dass die angestrebte Maxime einer gesunden Organisation mit gesunden Mitarbeitern in erreichbare Nähe rückt. Die Partizipation der Mitarbeiter ist hierbei ein Schlüsselfaktor. Sie bedeutet, dass die gesamte Belegschaft in den Prozess aktiv eingebunden wird. Somit kann nicht nur spezielles Wissen von Mitarbeitern als Experte genutzt werden,

sondern auch die Eigenverantwortung der einzelnen Akteure ist zu stärken und die Akzeptanz der Maßnahmen und Angebote zu erhöhen. Die Integration setzt auf die konsequente Einbindung von BGF-Maßnahmen bei allen Entscheidungsprozessen in allen Bereichen der Organisation. Durch die Einbeziehung des Faktors Gesundheit in allen Hierarchieebenen als Entscheidungsgrundlage implementiert sie sich automatisch als Unternehmenskultur. Zu Beginn werden diese Entscheidungsgrundlagen nur durch einzelne Bereiche und Abteilungen umgesetzt. Durch konsequentes Integrieren der Gesundheitsaspekte tritt so jedoch ein positives best-practice Beispiel auf. Im Bereich des Projektmanagements wird der gesamte Ablauf eines BGF-Prozesses, wie in Abbildung 17 zu erkennen ist, systematisch dokumentiert und somit nachvollziehbar gemacht. Dies erleichtert nachträglich nicht nur die Zielerreichung, sondern auch die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit der Aktivitäten nach innen und außen. Als vierter Aspekt tritt die Ganzheitlichkeit in den Vordergrund. Durch die Kombination von Risikoreduktion und Förderung von Gesundheitspotenzialen wird die Kombination aus dem Verhalten der einzelnen und dem Verhältnis der Organisation ein ganzheitliches Bild (Spicker & Schopf, 2007, S. 38).

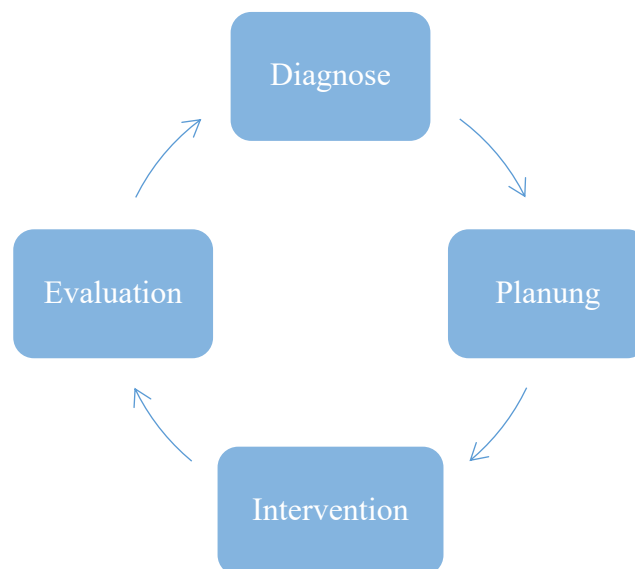


Abbildung 17: Phasen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Badura & Hehlmann, 2003, S. 86)

5.2 Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung

Betrachtet man die Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung näher, so wird deutlich, dass sich der Fokus auf den Arbeitsplatz und die Mitarbeitergesundheit richtet. Es wird eine Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen angestrebt, eine aktive Förderung der Mitarbeiterbeteiligung und eine Stärkung der persönlichen Kompetenzen. Somit lässt sich festhalten, dass die betriebliche Gesundheitsförderung alle Maßnahmen umfasst, die Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz hilft. Es geht also primär darum, nicht nur Belastungen und Risiken abzubauen, sondern auch Bedingungen zu schaffen, in belastenden Situationen gesund zu bleiben und die persönliche Entwicklung zu fördern (Aust, 2002).

Badura, Walter und Hehlmann (2010) haben Zielformulierungen ausgewählt und Schwerpunkte in der betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt. So liegt der Fokus auf einer egalitären Organisation mit gemeinsamen Überzeugungen und Regeln. Es muss eine Identifikation mit dem Betrieb stattfinden und ein Vertrauen in die Führung vorherrschen. Ebenso muss eine Partizipation und Kooperation innerhalb des Betriebes stattfinden und es muss Hilfsangebote geben. Die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie muss gegeben sein, es müssen positive persönliche Beziehungen am Arbeitsplatz möglich sein und die soziale Kompetenz bei den Mitarbeitern muss vorhanden sein. Darüber hinaus muss es eine Identifikation mit der Arbeit geben (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010).

Die Positionen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern weichen bei der Zieldefinition naturgemäß voneinander ab. So ist es Arbeitnehmern wichtig, dass es zu einer Schaffung gesundheitsgerechter bzw. -fördernder Arbeitsbedingungen und -tätigkeiten kommt. Sie sind an einer Senkung von Arbeitsbelastungen interessiert und streben eine Verringerung von gesundheitlichen Beschwerden, Erkrankungen und Verletzungen an. Ebenfalls steht ihr Interesse an der Steigerung des Wohlbefindens im Vordergrund und eine Verbesserung der Beziehung zu Kollegen und Vorgesetzten, ist relevant (Halbe-Haenschke, 2017). Eine allgemeine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und der Ausbau des individuellen Wissens und der Fähigkeiten zu gesundem Verhalten in Betrieb und Freizeit ist ein erklärtes Ziel von Arbeitnehmern. Außerdem ist die Vergrößerung der Bewältigungskompetenzen von Bedeutung.

Arbeitgeberziele lassen sich unter folgenden Aspekten beschreiben: die Erhöhung der Produktivität, die Steigerung der Produkt- und Dienstleistungsqualität, eine Verbesserung des Unternehmensimages und der Corporate Identity. Daneben geht es um die Verbesserung der innerbetrieblichen Kooperation und die Sicherstellung der Verfügbarkeit qualifizierten Personals (Helmenstein, et al., 2004). Neben diesen Zielen, welche oftmals direkten Einfluss auf die Betriebsstätte haben, sind auch außerbetriebliche Aktivitäten von Bedeutung. Somit ist es wichtig, dass auch Bereiche, die nicht unmittelbar etwas mit dem Arbeitsumfeld zu tun haben, betrachtet werden (Grünewald & Winter, 2016).

Die WHO hat eine Strategie zur Gesundheitsförderung im Betrieb erarbeitet und dadurch ein Konzept erschaffen, welches neben den aktuellen Lebensbedingungen, also dem Verhalten der Personen, auch die Arbeitsbedingungen beachtet, also den Verhältnissen. Kernpunkt des Konzeptes ist die Verhältnisförderung. Hier wird am Arbeitsumfeld angesetzt und stückweise gesundheitsgefährdende Merkmale ausgegrenzt. Die Verhaltensförderung dient hierbei als Unterstützung und soll sensibilisieren und aufklären. Deutlich wird jedoch, dass eine effektive und langfristige Wirkung nur dann eintreten kann, wenn das Zusammenspiel von Verhaltens- und Verhältnisprävention gegeben ist. Hierbei wird deutlich, dass, wie im Kapitel 3 angesprochen, die Effekte von Gesundheit und Krankheit vielschichtig sind und nicht allein durch eine Komponente bestimmt werden können. Faktoren wie Risikobereitschaft und das allgemeine Interesse an Gesundheitsthemen spielen hier eine große Rolle (Meggeneder & Hirtenlehner, 2006, S. 20 ff.).

5.3 Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung

Wie in Tabelle 5 zu erkennen ist, unterscheidet man zwischen direkten und indirekten Effekten des BGM. Die direkt messbaren Erfolge beziehen sich auf das Betriebsergebnis. Die Reduktion von krankheitsbedingten Fehltagen und die Verringerung von Mitarbeiterfluktuationen sind Ergebnisse, die sich im wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens direkt niederschlagen. Daneben sind die indirekten Effekte nicht unbedingt messbar und wirken sich eher langfristig und tief greifender aus. Die Stärkung der physischen und psychischen Gesundheit sowie eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit sind nachhaltig und bewirken eine stärkere Identifikation mit dem Unternehmen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 2014).

Die volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit liegen in Deutschland bei rund 88 Milliarden Euro jährlich. Insgesamt fallen 712,2 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage an, bei

einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 17,3 Tagen je Arbeitnehmer (BAuA, 2021). Durch Absentismus, Fluktuation und arbeitsbedingten Stresserkrankungen fallen somit jährlich immense Kosten für die Gesellschaft an. Anhand dieser Zahl lässt sich der Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung leicht erklären. Vor allem stehen verhaltensbezogene Interventionen wie Seminare, Trainings und Coachings im Vordergrund. Ebenfalls wird der Fokus auf die sekundäre Prävention gelegt, also der Wiederherstellung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen, dabei sollte der Fokus auf der Primärprävention liegen. Die Leichtigkeit der Umsetzung von verhaltensbezogenen Maßnahmen im Vergleich zu verhältnisbezogenen Maßnahmen könnte ein Grund der intensiven Wirkung sein (Fritz & Richter, 2011). Moldaschl stellt fest, dass 70% aller Veränderungsprojekte scheitern. Hierfür lassen sich unterschiedliche Gründe feststellen. Einer der Hauptgründe ist der permanente Wandel der Organisationen. Ebenfalls wird angemerkt, dass der schnelle Fortschritt von Innovationen und die hohe Fluktuation von Mitarbeitern und Führungskräften einen erfolgreichen Veränderungsprozess aufhalten können (Moldaschl, 2010).

Tabelle 5: Direkt messbare und indirekte Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung (Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V., 2015)

Direkt messbare Effekte	Indirekte Effekte
Reduktion krankheitsbedingter Fehltage	Stärkung der physischen und psychischen Gesundheit und besserer Stressabbau bei Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
Reduktion typischer Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie von Frühverrentungen	Höhere Planungssicherheit im Betrieb
Geringere Kosten durch Arbeits- und Produktivitätsausfälle	Höhere Leistungsfähigkeit Ihrer Beschäftigten
Höhere Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit	Höhere Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation
Geringere Mitarbeiterfluktuation	Positives Betriebsklima und höhere Identifikation der Beschäftigten mit Ihrem Unternehmen
Steuerliche Vorteile	Verbessertes Firmenimage und höhere Attraktivität als Arbeitgeber
	Wettbewerbsvorteile bei der Anwerbung neuer Fachkräfte

Betrachtet man den Nutzen von betrieblichen Gesundheitsangeboten, so wird deutlich, dass bestimmte Regeln eingehalten werden müssen, sollen die Maßnahmen von Erfolg gekrönt sein. So ist es von besonderer Wichtigkeit, dass die Partizipation, die Integration und die Ganzheitlichkeit beachtet werden. Von Partizipation ist die Rede, wenn die gesamte Belegschaft in den

Prozess der Veränderung einbezogen wird. Von Integration wird gesprochen, wenn betriebliche Gesundheitsförderung in allen Unternehmensteilen beachtet wird und bei wichtigen Entscheidungen berücksichtigt wird. Ganzheitlichkeit meint, dass Gesundheit durch das individuelle Verhalten der Beschäftigten am Arbeitsplatz entsteht (Froböse, Wilke, & Biallas, 2011).

5.3.1 Nutzen für die Angestellten

Betrachtet man den Nutzen von betrieblichen Gesundheitsangeboten aus Sicht der Angestellten und Mitarbeitern, so wird deutlich, dass der Nutzen vielfältig ist. Bei der isolierten Betrachtung auf den Mitarbeiter gerichtet, und nicht den Nutzen für die Betriebe im Blickfeld, steht selbstverständlich die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund. Dieses Hauptziel bezieht sich auf alle Lebensbereiche und deckt nicht nur den Arbeitskontext ab, sondern geht ganz explizit auch auf den privaten Bereich ein. Die Verbesserung der Lebensqualität hat direkten Einfluss auf die Performance im Arbeitskontext. Doch neben diesem Hauptziel gibt es noch andere positive Effekte und Ansätze. So wird der Senkung der gesundheitlichen Risiken eine entscheidende Rolle zugesprochen. Es geht ebenso um die Reduzierung der Arztbesuche und die Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen im Unternehmen. Wissenschaftlich ist der Nutzen und die Notwendigkeit von betrieblichem Gesundheitsmanagement von den meisten Unternehmen mittlerweile erkannt worden. Hierbei geht es für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer jedoch nicht nur um die damit erzielbaren Verbesserungen bei den sogenannten weichen Faktoren. Hierzu zählen Themen wie Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt, Motivation und Innovationskraft für interne Mitarbeiter, sondern es geht auch um die sogenannten harten Faktoren wie Krankheitskosten und Arbeitsunfähigkeitskosten (Meifert & Kesting, 2004, S. 9). Dieser Zustand hat nicht nur Auswirkungen für die Betriebe, wie in Kapitel 5.3.2 vertieft dargestellt, sondern hat auch direkt Einfluss auf die Maßnahmen für Angestellte.

Durch die Verringerung von Belastungen und die Verbesserung der Lebensqualität können diese Krankheitskosten und Arbeitsunfähigkeitskosten direkt gesenkt werden. Dabei sind jedes Mal die direkten Zusammenhänge mit der Arbeitsfähigkeit zu sehen, aber auch der Zugewinn an Lebensqualität neben der Arbeitstätigkeit. Neben der Erhaltung und Zunahme der eigenen Leistungsfähigkeit und die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit ist auch die Verbesserung des Betriebsklimas ein entscheidender Faktor. Sollten diese Punkte nicht gegeben sein oder vermindert wahrgenommen werden, nimmt der Nutzen der gesundheitsfördernden Maßnahmen ab. Abschließend lässt sich festhalten, dass die Mitgestaltung des Arbeitsplatzes und des

Arbeitsablaufs ein wichtiger Punkt ist. Das betriebliche Gesundheitsmanagement setzt hier ebenfalls an. Das Vorleben der Führungspersönlichkeiten und die direkten Einflüsse auf den Betriebsablauf haben Einfluss auf die Umsetzung und die Implikation von Maßnahmen (Froböse, Wilke, & Biallas, 2011).

Ein weiterer wichtiger Aspekt für Angestellte ist die Identifizierung mit dem Arbeitgeber. Wie in Kapitel 5.3.2 angesprochen, ist das Aufeinandertreffen verschiedener Generationen im Unternehmen mit Herausforderungen verbunden. Hierbei wird deutlich, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl und Zugehörigkeitsgefühl zum Unternehmen bei Älteren deutlich ausgeprägter ist, als das der jüngeren Generation. Durch diesen Wandel stehen Unternehmen heute vor neuen Herausforderungen und die Identifikation mit dem Unternehmen ist nicht mehr so stark. Neue Berufsbiografien entstehen und der Verbleib von Mitarbeitern vom Einstieg als Auszubildender bis zur Rente wird seltener.

Ein weiterer Vorteil für die Arbeitnehmer ist die Erkenntnis, dass ein langfristig guter Gesundheitszustand über das Arbeitsleben hinaus ein vitales und gesundes Rentendasein verspricht. Durch die Teilnahme an Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements können die Risiken von chronischen Erkrankungen gesenkt werden. Ebenfalls sind die Auswirkungen auf privater und familiärer Ebene zu spüren und die Vitalität führt zu einer Erhöhung des Wohlbefindens. Blickt man nun von den Vorteilen für Angestellte und Betriebe auf die Vorteile für die Gesellschaft, so wird es deutlich, dass nicht nur für Betriebe die Reduzierung von Krankheitskosten von Vorteil sind. Auch das Gesundheitssystem wird jährlich mit hohen Kosten belastet (Gerlinger, 2014). Somit führt das BGM dazu, dass Angestellte im hohen Alter weiterhin vital und gesund sind. Besonders in Anbetracht des demografischen Wandels ist dieses Argument aktueller denn je. Damit ist das BGM ein Wegweiser zu einem längeren selbstständigen Leben. Die daraus resultierende Selbstständigkeit entlastet die nachfolgende Generation und führt zu einer erhöhten Produktivität. Auch international führt das BGM zu einem Wettbewerbsvorteil, und eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie überträgt sich auf die Lebensqualität der Angestellten und Angehörigen. Diese Vorteile übertragen sich auf die Produktivität der Mitarbeiter und der Firmen.

5.3.2 Nutzen für die Betriebe

Aus Sicht der Betriebe und der Unternehmen hat die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements mehrere Vorteile. Neben der allgemeinen Zufriedenheit und der ansteigenden Gesundheit ist auch ein betriebswirtschaftlicher Nutzen zu erkennen. Ebenso finden sich steuerliche Vorteile (MachFit, 2017). Die generelle Höhe der Produktivität von Mitarbeitern und der Belegschaft ist ein Faktor für den Erfolg einer Organisation, unabhängig davon, ob sie gewinnorientiert arbeiten oder nicht, wie im Falle von staatlichen Organisationen. In bestimmten Fällen sind technische und organisatorische Mittel weitestgehend ausgereizt und der Faktor Mensch spielt eine immer entscheidendere Rolle. Da die Mitbewerber und Konkurrenten weitestgehend über die gleichen technischen Möglichkeiten verfügen, steht der Mitarbeiter und seine Kompetenzen verstärkt im Fokus. Mittlerweile hat sich bei den meisten Unternehmen die Erkenntnis durchgesetzt, dass ohne bewusstes und gezieltes Gesundheitsmanagement die dauerhafte und nachhaltige Sicherung von Humankapital, Unternehmenswerten und Unternehmenszielen nicht möglich ist. Führungsverhalten ohne eine Sicherung der Gesundheit wird auf Dauer nicht von Erfolg gekrönt sein (Jancik, 2002).

Um einen betriebswirtschaftlichen Vorteil zu erreichen, müssen die Unternehmen vermeidbare Kosten reduzieren oder abschaffen. Die Bedeutung des betrieblichen Gesundheits- und Sozialmanagements im Sinne einer demografieorientierten Unternehmensstrategie wird mittlerweile in jedem Unternehmen als wichtiger Zukunftsaspekt gehandhabt (Kerstin & Rösler, 2015). Statistisch gesehen liegen die Arbeitsunfähigkeitstage älterer Mitarbeiter über 60 Jahren dreimal so hoch wie die der Kollegen zwischen 20 und 30 Jahren. Ältere Mitarbeiter sind zwar weniger häufig krank, jedoch deutlich länger, und die Gefahr der Chronifizierung der Krankheit ist stärker gegeben. Neben dieser Tatsache ist die Erkenntnis, dass pathogene Arbeitsbedingungen wie Schichtdienst, Nachtdienste oder Termindruck weitgehend durch eine gute Personalführung aufgefangen und abgemildert werden kann, ein Hinweis auf die Wichtigkeit von betrieblichen Gesundheitsangeboten und guter Führung (Nöllenheidt & Brenscheidt, 2014). Betrachtet man nun diese Erkenntnisse hinsichtlich des Nutzens für Betriebe, wird deutlich, dass die Reduzierung von laufenden Betriebskosten ein übergeordnetes Ziel innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellt. Dazu zählen krankheitsbedingte Ausfälle sowie eine verringerte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Durch eine entspannte Personalverfügbarkeit steigert sich die Produktivität und Effektivität. Eine verringerte Fluktuation am Arbeitsplatz kann die Einarbeitungszeiten minimieren und es kann ein reibungsloser Ablauf entstehen. In den letzten Jahren

ist der Begriff des Retention-Management von Bedeutung geworden. Als Gegenstück zur Fluktuation bedeutet Retention die Mitarbeiterbindung. Hierbei ergaben sich neue Trends, und die Einführung agiler Arbeitsstrukturen hat durch die Corona-Pandemie einen erheblichen Schub erhalten. Die Kompetenzerweiterung in interdisziplinären Teams, sowie die Möglichkeit, flexibel an unterschiedlichen Orten arbeiten zu können, steigert vor allem die Zufriedenheit junger Mitarbeiter. Der Nutzen für die Betriebe liegt hierbei auf der Hand. Durch Investitionen in digitale Kommunikationsmittel und Cloud-Services wurden die Betriebe zukunftssträftig aufgestellt. Durch die Schaffung von agilen Arbeitsstrukturen und die damit einhergehende Vorleistung des Unternehmens bezüglich des Vertrauens und der Investitionen ergeben sich automatisch Verbindungen. Dieses Commitment ist für Unternehmen überlebenswichtig. Der Arbeitnehmer erhofft sich Wertschätzung und Transparenz und zeigt dafür Arbeitsleistung und Loyalität. Das Unternehmen erhofft sich im Gegenzug Leistung und Loyalität des Mitarbeiters (Liebhart, 2009, S. 14).

Ein weiterer wichtiger Nutzen für Betriebe ist das Konservieren von betriebsinternem Wissen. Laut der Studie Wissen und Information 2005 gaben 93 % aller befragten Unternehmen an, dass für sie das Wissensmanagement wichtig bis sehr wichtig ist. Ein Hauptaspekt hierbei stellt die schnelle und häufige Integration von neuen Mitarbeitern im Unternehmen dar. Diese hohe Fluktuation stellt das Wissensmanagement vor neue Herausforderungen. Mitarbeiter wechseln heute deutlich häufiger und schneller das Unternehmen und sind somit für einen Wissensverlust, aber auch einen Wissenszuwachs verantwortlich. Vielen Unternehmen fehlt es an Tools und Strategien, diesen Zustand abzufedern und Mitarbeiter langfristig zu binden und neue Mitarbeiter zu integrieren. Alle Unternehmen agieren heutzutage global und müssen sich der Globalisierung stellen. Somit sind auch weltweit alle Wissensquellen verfügbar und können und müssen genutzt werden. Dieses standortspezifische Wissen betrifft nicht nur Produkte und Dienstleistungen, sondern auch Wissen über Märkte, Kulturen und Kunden. Darüber hinaus sind Unternehmen heutzutage dezentral organisiert und haben Standorte und Niederlassungen weltweit. Daraus entsteht eine Vielzahl von positiven Aspekten, aber auch Herausforderung: Die Erhöhung der Schnittstellen im Unternehmen und erschwerte Kommunikationswege, was den Wissensverlust beschleunigt. Nicht zuletzt wird der Produktlebenszyklus immer kürzer und die Kundenanforderungen steigen stetig. Somit muss vorhandenes Wissen effektiv genutzt werden (Voigt & Seidel, 2009).

Doch nicht nur unternehmensintern, sondern auch extern hat ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement positive Einflüsse. Bei regelmäßigen Umfragen unter Bewerbern und Mitarbeitern findet so eine Aufwertung des Unternehmens statt und die Qualität der Bewerber steigt. Und auch im Endergebnis, bei der Ablieferung der Produkte, verrichten gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter bessere Arbeit und die Zahl der Nachbesserungen und Fehlerbeseitigungen nimmt ab (Huber G. , 2004). Diese Arbeitgeberattraktivität hat sich im Laufe der Zeit gewandelt und hängt stark von der jeweiligen Zielgruppe ab. Wie in Tabelle 6 zu erkennen ist, treffen aktuell vier verschiedene Generationen im Arbeitsalltag aufeinander. Wie weiter oben bereits angesprochen, ist die Unterteilung der Geburtsjahrgänge in verschiedene Generationen ein probates Hilfsmittel zu Ermittlung von Bedürfnissen von Arbeitnehmern (Pfeil, 2017). Somit ist es für Unternehmen relevant, die unterschiedlichen Generationen genauer zu kennen und zu verstehen und attraktivitätssteigernder Unternehmensmerkmale herauszuarbeiten. Es ist für Arbeitgeber entscheidend, die Auswahlkriterien der potenziellen Mitarbeiter zu kennen und bei der Rekrutierung zu berücksichtigen (Herrmann, Kraneis, & Rennhak, 2005). Auffällig sind die häufig wiederkehrenden Merkmale zwischen den Generationen. So deckt sich die Einstellung bezüglich des Berufes und dem Privatleben bei den Babyboomern und der Generation Y. Ebenso ist in der Generation X und Generation Z die Einstellung gegenüber dem Beruf und dem Privatleben gleiche. Hier liegt der Fokus auf dem Privatleben und die Abgrenzung zum Arbeitsalltag ist besonders wichtig (Ternès & Hagemes, 2018).

Tabelle 6: Abgrenzung der Generationen anhand arbeitsbezogener Werte und Attraktivitätsmerkmale (Herrmann, Kraneis, & Rennhak, 2005)

	Babyboomer ab 1950 Geborene	Generation X ab 1965 Geborene	Generation Y ab 1980 Geborene	Generation Z ab 1995 Geborene
Prägende Einflüsse	Wirtschaftswunder	Individualisierung	Multi-Optionen-Konsum	Wirtschafts- und Finanzkrise
	Mondlandung	Protestbewegungen	Einzug des Computers in alle Lebensbereiche	Arabischer Frühling
Berufliche Situation	Berufserfahrene mit z.T. geringer Qualifikation	Etablierte Fach- und Führungskräfte	Gut ausgebildete Berufseinsteiger	Schüler, Studierende, Auszubildende und junge Berufseinsteiger
Typische Charakteristika	Idealistisch	Zynisch	Optimistisch	Realistisch
	Optimistisch	Skeptisch	Leistungsbereit	Flutterhaft
	Gewissenhaft	Perspektivlos	Selbstbewusst	Technologieaffin
Beziehung zum Arbeitgeber	Hohe Loyalität, oftmals ein Leben lang	Geringe Loyalität gegenüber dem Unternehmen, vielmehr gegenüber dem Vorgesetzten	Geringe Loyalität dem Arbeitgeber gegenüber, vielmehr gegenüber der Tätigkeit	Sehr geringe Loyalität
Führung und Autorität	Führungsverantwortung	Kein Interesse von Führungsverantwortung	Motiviert durch Führungsverantwortung	Ablehnung von Führungsverantwortung
	Respekt von Autorität und Hierarchie	Skeptisch gegenüber Autoritäten	Akzeptanz von Autorität nur wenn karriererelevant	Kaum Respekt gegenüber Autoritäten
Beruf und Privatleben	Fokus auf Arbeitsleben	Fokus auf Privatleben	Fokus auf Arbeitsleben	Fokus auf Privatleben
	Ausgleich von Arbeit und Beruf aber wichtig	Ausgleich von Arbeit und Beruf aber wichtig	Fließender Übergang von Berufs- und Privatleben	Klare Abgrenzung von Berufs- und Privatleben
Berufliche Ziele/Werte	Langfristige Stabilität und Sicherheit	Zufriedenheit und glückliches Leben an erster Stelle	Unternehmerische Möglichkeiten, Weiterentwicklung, klare Karrierewege	Sicherheit des Arbeitsplatzes
	Wenig Veränderung	Nur notwendige Veränderungen	Offen gegenüber häufiger Veränderung	Entschleunigung
		Flexible Arbeitszeiten	Spaß am Arbeitsplatz	

Festzuhalten bleibt, dass, um dem Fachkräftemangel und dem demografischen Wandel zu trotzen, die Unternehmen auf die Erwartungen der unterschiedlichen Generationen eingehen müssen. Deutlich ist geworden, dass besonders für die Generation Z die Arbeitsplatzsicherheit und das Betriebsklima wichtig sind. Hierbei decken sie sich mit der Generation der Babyboomer und stellen einen Kontrast zur vorherigen Generation dar. Einen nachweislichen Nutzen für die Betriebe bei der Rekrutierung von Mitarbeitern stellt ein nach außen wahrnehmbarer Zusammenhalt der Belegschaft und ein soziales Miteinander im Unternehmen dar. Beide Faktoren haben das Potenzial die Arbeitgebermarke positiv zu beeinflussen. Zuletzt stellt der Aspekt der sozialen Unterstützung als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements einen essenziellen Bestandteil der Mitarbeiterattraktivität dar (Steckl, Simshäuser, & Niederber, 2019). Prof. Karlheinz Sonntag stellt dazu fest:

„(...) die muss schauen, dass sie diese XY-Generationen und die noch vorhandenen Babyboomer oder die Älteren, dass sie ihr (...) gute Teamzusammensetzung finden, dass sowohl Erfahrene als auch Jüngere da sind, die sich gegenseitig austauschen im Hinblick auf ihre Kompetenzen. Die Älteren dann mit ihren Erfahrungen herkommen und die Jüngeren dann eben mit ihren digitalen Fähigkeiten und sich so einen optimalen Austausch ermöglichen. Das scheint mir wichtig zu sein, gerade wenn Sie das so verstehen unter den gemeinsamen Schnittpunkten. (Ja.) Ist es bestimmt sehr wichtig, dass die das tun, denn ohne erfahrene Ältere und ohne die IT-Kenntnisse und IT (unv.) der Jüngeren ist es schon, ein Problem, wenn man das nicht gut hinkriegt in einer Organisation.“ (Prof. Karlheinz Sonntag, Min. 00:09:12)

Als einen weiteren Nutzen für die Betriebe können die steuerlichen Vorteile angeführt werden. Der Paragraf 3 Nr. 34 des Einkommenssteuergesetz (EStG) legt fest, dass seit dem 1. Januar 2008 die Förderung der Mitarbeitergesundheit steuerlich unterstützt wird. Mit Beginn 500€ pro Mitarbeiter pro Kalenderjahr wurde der Betrag zum 01. Januar 2020 auf 600€ hinaufgesetzt. Somit können Maßnahmen zum Sinn und Zweck der Gesunderhaltung der Mitarbeiter steuerlich geltend gemacht werden. Nur noch zertifizierte und anerkannte Maßnahmen werden gefördert (Dördelmann, 2018, S. 155-174). Davor muss festgehalten werden, dass bei der Umsetzung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zwei Kostenarten unterschieden werden müssen. Zum einen gibt es die direkten Kosten. Hiermit sind Kosten gemeint, die direkt anfallen bei der Umsetzung von Maßnahmen. Räumliche Veränderungen, personelle Kosten wie interne oder externe Mitarbeiter oder Geräte und Verzehrmittel sind hierbei explizit gemeint. Zum anderen gibt es indirekte Kosten wie Geschäftskosten und Opportunitätskosten. Diese fallen an bei der Entwicklung und Ausarbeitung von Maßnahmen des BGM und binden somit Mitarbeiter. Durch die Bindung von Angestellten im Gesundheitskreis und die Analyse der Voraussetzungen können diese keine Umsätze und Gewinne erarbeiten und fallen somit als Kosten auf die Betriebe zurück. Diese Personalkosten können durch externe Anbieter aufgefangen werden, damit fallen aber wieder direkte Kosten an. Doch neben dem Betriebsergebnis, den steuerlichen Vorteilen sowie der Außendarstellung gibt es noch andere positive Eigenschaften für die Betriebe. So wird eine Sicherung der Leistungsfähigkeit aller Mitarbeiter angestrebt, und die Erhöhung der Motivation durch Stärkung der Identifikation mit dem Unternehmen ist ebenfalls Ziel der Maßnahmen. Dadurch können Kostensenkungen durch weniger Krankheits- und Produktionsausfälle entstehen und die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit in der Branche ist das Endergebnis (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Hinsichtlich der konkreten Steuererleichterung gibt es verschiedene Paragraphen. Der §3 Nr. 34 des EStG setzt voraus, dass die angebotenen Maßnahmen durch die Trainer in der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) nach dem Deutschen Standard Prävention zertifiziert sind. Die Gesundheitsmaßnahmen müssen hinsichtlich Qualität, Zweckbindung, Zielgerichtetheit und Zertifizierung dem §§ 20 und 20b des fünften Buches des Sozialgesetzbuches entsprechen. Im Jahr 2015 wurde das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) verabschiedet und in das Sozialgesetzbuch V eingebunden (Schmidt, et al., 2015, S. 12). Das bedeutet, dass nur noch Kurse bezogen auf die Individualprävention wie Entspannungskurse, Yoga-Kurse, Ernährungskurse, Rückenschule oder Ganzkörpertraining gefördert werden. Die angebotenen Maßnahmen können nur von Trainern, die in der ZPP gelistet sind, durchgeführt werden. Sie müssen Physiotherapeut, Ergotherapeut, Sportwissenschaftler oder Psychotherapeut im Fall der Suchtprävention sein. Das Ganze läuft unter dem Begriff der Lohnsteuerbefreiten Betriebsausgabe. Im Fall eines nicht zertifizierten Trainers wird dies als geldwerter Vorteil gerechnet und muss also versteuert werden. Im § 8 Abs. 2 Satz 11 des EStG geht es um die Sachbezüge. Hierbei gilt es zu beachten, dass der Arbeitgeber bis zu 44€ pro Mitarbeiter pro Monat lohnsteuerbefreit an Ausgaben tätigen kann. Die Ausgabe von Bargeld gegen eine Rechnung ist unterbunden worden, hierbei kann aber auf Gutscheine ausgewichen werden. Ebenfalls gibt es die Möglichkeit, dass, wenn das Unternehmen die Präventionskurse nicht bezahlt, die Mitarbeiter die Kurse selber bezahlen und das Geld von der Krankenkasse erstattet bekommen. Diese Leistungen werden direkt von den Krankenkassen abgerechnet und haben keinen Einfluss auf das Unternehmen. Der §20a SGB V bezieht sich auf Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Hierbei werden von Krankenkassen Leistungen gefördert, die den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen ermöglicht. Mit Lebenswelten sind Kindertageseinrichtungen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Schulen sowie Einrichtungen für ältere Menschen, Seniorenheime und Altenheime gemeint. Der §20b SGB V bezieht sich auf die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hierbei werden von Krankenkassen Leistungen, die den expliziten Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen beinhalten, gefördert. Im ersten Schritt wird die gesundheitliche Situation eingeschätzt und im zweiten Schritt werden Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation erarbeitet sowie zur Stärkung der Ressourcen (Bentner, 2018).

5.4 Phasen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Aus der praktischen Erfahrung zeigen sich die Gründe zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements oftmals vielfältig. Für Unternehmen ist es von großer Bedeutung, dass die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements professionell, systematisch und zielorientiert erfolgt. Häufig fällt die Entscheidung zur Umsetzung von verschiedenen Maßnahmen aus einem erkannten Problemfeld und eines daraus hergeleiteten Problemfelds. Doch es gibt auch vorausschauende Unternehmen und Führungskräfte und die präventive Perspektive ist in diesem Fall der Handlungsdruck. Meistens gehen die Initialzündungen zur Einführung von Gesundheitsexperten, Personalverantwortlichen, Personalräten oder Betriebsräten aus. Realisiert und final geplant werden BGF Maßnahmen meistens als Projekt, auf Grund der Tatsache, dass ein Projekt in dem Ausmaß die Bündelung aller internen und externen Kompetenzen erfordert. Somit ist nicht nur die enge Zusammenarbeit aller relevanten betrieblichen Akteure von essenzieller Wichtigkeit, sondern häufig ist auch das Wissen und die Expertise von externen Experten wichtig. Daneben hat ein Projekt die Chance, dem Implementierungsprozess neben dem Tagesgeschäft einen angemessenen Rahmen zu geben. Kernüberzeugung bei der Einführung und den Phasen des betrieblichen Gesundheitsmanagement ist die Erkenntnis, dass die Projektdauer keine einmalige Maßnahme ist, sondern ein Einstieg in eine langfristige Lern- und Entwicklungsphase (Badura & Hehlmann, 2003). Bevor die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements und einer betrieblichen Gesundheitsförderung stattfinden kann, muss es eine ausführliche Diagnose der Belastungen am Arbeitsplatz geben. Diese umfasst neben dem Istzustand auch eine Zieldefinition. Welche Motive gibt es, die das Unternehmen verfolgt und was soll erreicht werden? Die Zieltiefe und das Ausmaß der Förderung sind bei der späteren Durchführung von essenzieller Wichtigkeit, damit klar wird, welche Schritte einzuleiten sind (Kesting & Meifert, 2004, S. 36).

Noch vor der Diagnose der aktuellen Arbeitsbedingungen und der Arbeitsplatzgestaltung sollten Informationen für die Mitarbeiter sicherstellen, dass niemand außen vorgelassen wird oder sich außen vorgelassen fühlt (ebd.). Vor dem Hintergrund der Partizipation und Integration, wie in Kapitel 4 angesprochen, ist die Teilhabe der Mitarbeiter am Entwicklungs- und Diagnoseprozess wichtig. Der Ablauf eines BGF-Projektes verläuft kreisförmig und setzt die Einhaltung der verschiedenen Schritte in der richtigen Reihenfolge voraus. Wie in Abbildung 17 zu erkennen ist, kommt nach der Diagnose die Planung, danach die Durchführung und am Ende die Evaluation. Externe Berater können in verschiedenen Phasen eines BGF-Projektes von Vorteil sein

und den Betrieb unterstützen (Spicker & Schopf, 2007, S. 78). Wie schon im Kapitel 4.6.1 angesprochen, kommt den Führungskräften ein besonderes Maß der Verantwortung zu. Sie können mit gutem Beispiel voran gehen und die Maßnahmen unterstützen, aber auch durch das Blockieren von Maßnahmen und Aufhebung der Regeln und Abläufe das Projekt verhindern. Sie haben bei der Implementierung eine wichtige Vorbildfunktion und dienen als Gradmesser der Erreichbarkeit von gesteckten Zielen.

5.4.1 Diagnose

Im betrieblichen Gesundheitsmanagement versteht man unter dem Begriff Diagnose das systematische Erfassen und Beschreiben der gesundheitlichen Situation der Arbeitnehmer. Der Einschätzung der Situation und einer sorgfältigen Diagnose gehen nicht nur die Einschätzung von Experten voraus, sondern auch die Erhebung und Auswertung von Daten. Die Diagnose setzt dabei auf pathogenetisches und salutogenetisches Wissen (Walter U. , 2003).

Damit Maßnahmen eingeleitet werden können, müssen die vorhandenen Verhältnisse einer ausführlichen Diagnose unterzogen werden. Um die eingesetzten Ressourcen sinnvoll nutzen zu können, ist die Diagnosephase ein wichtiger Baustein. Sie beinhaltet die Aufnahme der aktuellen arbeitsbedingten Belastungen und definiert die Handlungsfelder. Die Daten aus der Erfassung sollten transparent kommuniziert werden und stellen die Basis der betrieblichen Gesundheitsförderung dar (Kuhn & Sommer, 2004, S. 174). Selbstverständlich muss die Diagnosephase an die Unternehmensgröße angepasst werden. Untersuchungen mittels eines Fragebogens sind so zu gestalten, dass es keine Rückschlüsse auf die Angestellten geben kann. Sollten nicht genügend belastbare Zahlen vorliegen, besteht die Möglichkeit, Branchenberichte zu lesen oder sich von zuständigen Krankenkassen beraten zu lassen. Bereits zu Beginn des Vorhabens empfiehlt es sich, einen Gesundheitszirkel einzurichten. Dieser überwacht und steuert die Umsetzung der Maßnahmen und kann den Verlauf und die Schritte überprüfen. Zu Beginn einer Diagnosephase sollten präzise und überprüfbare Ziele formuliert und beschrieben werden. Diese sollten aus der Gesamtplanung des betrieblichen Gesundheitsmanagement abgeleitet werden. Im nächsten Schritt lassen sich somit relevante Fragestellungen und Arbeitsschwerpunkte herausarbeiten. Darauf folgend müssen die Organisationseinheiten herausgearbeitet werden. Dies bedeutet, dass die Unternehmenseinheiten festgelegt werden müssen, in denen ein betriebliches Gesundheitsmanagement durchgeführt werden soll. Daneben müssen ebenfalls Zielgruppen und Ansprechpartner herausgearbeitet werden. Im dritten Schritt erfolgt die Auswahl der

Methoden und Vorgehensweisen. Im Idealfall werden verschiedene Datenquellen kombiniert, um den Ist-Zustand der Organisation vollumfassend zu beschreiben.

In der Praxis hat sich besonders die Mitarbeiterbefragung bewährt. Im Gegensatz zu statistischen Daten wie den Fehlzeitenanalyse oder den Krankentagen ist die Mitarbeiterbefragung dynamisch und erlaubt einen Rückschluss zu Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen. Nach der Auswahl der Methode und den Instrumenten geht es weiter in der Detailplanung. Hierzu zählen vor allem ein Zeit- und Arbeitsplan und die Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Nach Erhebung und Sicherung der Daten, auch hinsichtlich des Datenschutzes ein wichtiges Unterfangen, werden die Daten ausgewertet. Entweder kann dies betriebsintern geschehen durch einen Sachverständigen, oder es wird externe Beratung angefordert (Walter U. , 2003).

5.4.2 Planung

Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse aus der Diagnosephase lassen sich im Abschnitt der Planung die genauen Schritte der Durchführung festhalten. Die inhaltliche Umsetzung wird vorbereitet und die Ergebnisse aus der Diagnose aufgearbeitet. Durch die Analyse der Daten kann eine Rangfolge gebildet werden, welche Schritte am wichtigsten sind. Zur besseren Übersichtlichkeit kann ein Projektstrukturplan zur Hilfe genommen werden (Steffgen, 2004, S. 19). Hierfür bieten sich verschiedene Projektplanungstools an. Für eine genauere und bessere Planung der Maßnahmen sollten alle verfügbaren Daten über die Betriebsabläufe zur Hand genommen werden. Exemplarisch dafür ist die Auswertung von Fehltagen (ebd.). Wenn davon abgesehen wird, externe Anbieter und Experten einzusetzen, sollte genau drauf geachtet werden, wie viel Zeit vorhandene Mitarbeiter für die Umsetzung der Maßnahmen aufbringen können und sollen, und diese Zeit sollte zur Kostenerfassung auch separat dokumentiert werden. In der Verantwortung für die Planung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements stehen in erster Linie das Steuerungsgremium oder der Arbeitskreis Gesundheit. In kleineren Betrieben ist häufig nur eine Person für den Themenbereich BGM zuständig. Zu Beginn sind im Steuerungskreis, aufbauend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Diagnose, Problembereiche zu identifizieren und Handlungsbedarf zu benennen. Daraufhin erfolgt eine Festlegung genauer Unternehmensbereiche und Zielgruppen und die Verschriftlichung von Zielen. Auf Grund der Tatsache, dass gerade in KMU nicht alle relevanten Themenfelder gleichermaßen bearbeitet

werden können, empfiehlt es sich, eine Prioritätenliste zu erstellen. Somit ist sichergestellt, dass die Bearbeitung des wichtigsten Punktes direkt zu Beginn erfolgt (Walter U. , 2003).

Bei der Planung und späteren Durchführung sollte auf ein Gleichgewicht von Verhaltens- und Verhältnisbezogener Maßnahmen geachtet werden. Bei der Planung ist ein systematisches Vorgehen für einen reibungslosen Ablauf später essenziell wichtig (Schlicht & Zinsmeister, 2015). In die Planungsphase gehört ebenfalls eine Zieldefinition, und anhand der Zielsetzung ist es sinnvoll, Zwischenziele zu definieren. Zur Messung der Zielerreichung bieten sich qualitative wie quantitative Methoden an. Als nächsten Schritt müssen die Mitarbeiter mit einbezogen werden und Verantwortlichkeiten sollten geklärt werden. Es muss deutlich kommuniziert werden, welcher Mitarbeiter für welchen Bereich verantwortlich ist. Die Verantwortlichen sollten mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet werden. Die Verantwortlichkeit kann auch aufgeteilt werden und es können Teams zusammengestellt werden, die sich die Aufgaben teilen. Abschließend gilt, es Kooperationspartner zu finden. Teilweise überschreiten die Planungsschritte die Kompetenzen einzelner Unternehmen und Betriebe und sind daher von externen Anbietern auszuführen (Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V., 2015, S. 12).

5.4.3 Intervention

Im betrieblichen Gesundheitsmanagement bedeutet die Intervention die systematische Durchführung, Planung, Steuerung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Jedes BGM muss bedarfsgerecht, qualitätsgesichert und wirtschaftlich sein. Primär stehen dabei organisationsbezogene Interventionen im Vordergrund. Neben den verhaltensbezogenen Maßnahmen sollten die verhältnisbezogenen Maßnahmen jedoch im Vordergrund stehen.

Sind die Diagnose und die Planung abgeschlossen, kann mit der Durchführung der Maßnahmen begonnen werden. Dabei sollte drauf geachtet werden, dass die Maßnahmen einen leichten Zugang haben. Aufwendige und umfangreiche Maßnahmen direkt zu Beginn könnten die Teilnahme der Mitarbeiter hemmen. Anfängliche Angebote wie Obstkörbe oder Hinweisschilder zur Benutzung des Aufzuges statt der Treppe sind leichter in den Arbeitsalltag zu implementieren als komplexe Maßnahmen. Auch sollte darauf geachtet werden, dass einzelne Maßnahmen, wenn möglich, separat durchgeführt werden und nicht alles gemeinsam. So kann sichergestellt werden, dass die einzelnen Schritte nicht im Gesamtbild untergehen. Die angesprochenen Mitarbeiter sollten einen leichten Zugang zu den Maßnahmen finden und erste

Rückmeldungen bekommen (Schulte & Bamberg, 2002, S. 369-370). Für Führungskräfte gilt es, sich als Vorbild zu präsentieren. Von Führungskräften wird im Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgehend erwartet, dass geeignete finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Ebenso sollen sie durch eigenes Interesse und Engagement einen aktiven Beitrag leisten (ebd.). Das Hauptziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements darf dabei nie aus den Augen verloren werden, die Investition in Sozial- und Humankapital. Bei den Interventionen können Nebeneffekte wie die Entwicklung von gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Regeln und Vertrauensbildung auftreten und sind ebenfalls erwünscht. Interventionen haben als Ziel, eine Verbesserung von Transparenz im Unternehmen zu schaffen durch ständige Informationen über den Grad der Zielerreichung, die Stärkung der Vertrauenskultur, die Verbesserung der Dialoge innerhalb der Abteilungen und zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern, die gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen und die Befähigung zur sozialen Kompetenz. Die Durchführung und Steuerung der Interventionen erfolgt angelehnt an die in den vorherigen Phasen ausgearbeiteten Schritten.

Die eingesetzten Maßnahmen müssen bedarfsgerecht sein, also nur Maßnahmen, die sich aus der Diagnose und den verfolgten Zielen begründen lassen. In diesem Zusammenhang ist die Akzeptanz von besonderer Bedeutung. Ohne diese werden die Maßnahmen und die Bereitschaft zur Teilnahme und Partizipation keine Erfolge bringen. Interventionen im BGM müssen somit effektiv und effizient sein; also nachweislich einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und im Idealfall einen positiven Kosten-Nutzen-Faktor haben. Die Einhaltung der Kostenstruktur und des Zeitplanes ermöglicht eine Nachvollziehbarkeit und erhöht somit die Zustimmung der Mitarbeiter (Walter U. , 2003). Ein wichtiger Punkt bei der Durchführung und beim Thema der Wirksamkeit sowie der Beständigkeit ist die Dauerhaftigkeit. Sie entscheidet, ob die Maßnahmen auch langfristig wirksam sind oder ob die Teilnahme eine einmalige Angelegenheit ist und danach nicht wieder teilgenommen wird. Die ausgeführten Punkte zeigen, dass die Überzeugung der Mitarbeiter eine entscheidende Komponente für das Gelingen eines BGF ist.

5.4.4 Evaluation

Evaluation im betrieblichen Gesundheitsmanagement beschreibt die Bewertung der Strukturen und Prozesse sowie der erzielten Ergebnisse. Die ist unterteilt in zwei Bereiche: Den Grad der Zielerreichung und die Einhaltung von Standards. Die Werte können sich verbessern, aber auch verschlechtern und müssen bei der Evaluation stetig beachtet werden. Auch der Faktor Zeit

spielt eine entscheidende Rolle. Die Veränderung hinsichtlich des Grades des Umfangs bedarf einer Betrachtung. Je umfangreicher die Umstellung innerhalb eines Betriebes, desto länger kann es dauern, bis die gewünschten Ergebnisse sich einstellen. Auch eine Verschlechterung kann eintreten und die Veränderungswiderstände innerhalb der Belegschaft erhöhen. Die gleichen Methoden wie in der Planungsphase einzusetzen, hat sich bewährt. Durch eine gute Vergleichbarkeit von Befragungsinstrumenten können valide Daten erhoben werden.

Die Evaluation der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist essenziell wichtig. Sie ist der letzte der vier Schritte und deckt den Prozess einer effektiven und effizienten Gesundheitsförderung in Betrieben ab. Die Evaluation gestaltet sich jedoch als nicht ganz einfach. So lassen sich spezifische einzelne Maßnahmen noch recht gut evaluieren, sie allein stellen aber noch kein betriebliches Gesundheitsmanagement dar. Erst die umfassenden Maßnahmen decken alle Bereiche ab, diese lassen sich jedoch schwer in ihrer Wirksamkeit fassen und bewerten (Faller, 2017, S. 253). Einige Maßnahmen entfalten ihre Wirkung erst später oder sind durch keine Maßstäbe fassbar und messbar. Eine reine Ergebnisevaluation, die Veränderungen gesundheitsbezogener Zielvariablen kausal auf die Intervention zurückführen lässt, kann nicht durchgeführt werden (Lenhardt, 2003, S. 21).

Die Transformation von einem starren Gebilde des Unternehmens hin zu einem lernenden System und damit der Möglichkeit, sich weiterzuentwickeln, stellt einen Grundpfeiler der Evaluation dar. Die Evaluation sollte während der Maßnahmen und nach Abschluss des Prozesses durchgeführt werden. Dabei wird sie mit den im Kapitel 5.4.2 angesprochenen Zielen verglichen. Die Dokumentation sollte nicht vernachlässigt werden und hilft nachträglich bei der Leitung und Steuerung des Prozesses. Sie gibt intern und extern eine Orientierung und kann als Leitbild für zukünftige Projekte genutzt werden. Ebenfalls kann sie als Wissens- und Lerntransfer im Unternehmen herangezogen werden und bei anfänglichen kleinen Maßnahmen auf das gesamte Unternehmen angewandt werden.

6. Methode

Ziel dieser Arbeit ist das Analysieren der Akzeptanz und der Ablehnung von betrieblichem Gesundheitsmanagement aus Sicht von Arbeitnehmern. Im folgenden Kapitel werden die Herangehensweise und die ausgewählte Methode der Erkenntnisgewinnung vorgestellt, erläutert und beschrieben. Des Weiteren werden die Abläufe des Samplings (Kapitel 6.1), das Datenerhebungsinstrument (Kapitel 6.2), die Untersuchungsdurchführung und der Untersuchungsablauf (Kapitel 6.3), die Datenauswertung (Kapitel 6.4) und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Kapitel 6.5) beschrieben. Um die Akzeptanz und Ablehnung von betrieblichem Gesundheitsmanagement aus Sicht von Arbeitnehmern zu untersuchen, wurde die Herangehensweise der qualitativen Forschung gewählt.

Besonders im Laufe der 1960er- Jahre gewann der qualitative Forschungsansatz in den USA an Bedeutung und konnte sich auch in den 1970er- Jahren in Deutschland vermehrt durchsetzen. Anschließend konnte er sich auch in der Sozialwissenschaft und in der Psychologie etablieren (Mayring, 1999; Lamnek, 2010; Flick, 2011). Besonders in den letzten Jahren wurde der qualitative Ansatz auch in der Sportwissenschaft vermehrt genutzt und findet sich ebenso in anderen Bereichen wieder:

„Qualitative Forschung hat sich in den letzten Jahren zu einem breiten (...) Feld entwickelt. In unterschiedlichsten Disziplinen und Fächern ist sie zu einem Teil der Ausbildung in empirischen Forschungsmethoden geworden.“ (Flick, 2005, S. 14)

Die Methode der qualitativen Forschung wurde für diese Arbeit angewandt, da hierbei der Fokus auf Erforschung von bisher wenig untersuchten Themenfeldern liegt. Das Forschungsinteresse besteht darin, umfangreiche und komplexe Zusammenhänge zu erklären und zu beschreiben. Der qualitative Ansatz setzt sich zum Ziel, Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse zu verstehen und zu analysieren (Mey & Mruck, 2010). Weiterhin ist die qualitative Forschung prädestiniert zur Beantwortung von Fragen der Sinnhaftigkeit und nimmt den Blickwinkel der Betroffenen verstärkt in den Fokus (Dresing & Pehl, 2018). Der Bezug auf die Befragten und der Versuch, sie zu verstehen, sich in sie hineinzuversetzen, steht hier somit im Vordergrund. Diese Introspektion behandelt die Erfassung von komplexen Zusammenhängen und individuellen Mustern. Sie behandelt die interpretative Betrachtung eines Individuums und hat nicht als Ziel, einen korrelativen Zusammenhang aufzudecken (Mayring, 2015). Die standardisierten

Vorgehensweisen und Messbarkeiten von Daten und die Reduzierung auf ausgewählte Einheiten stehen sinnbildlich für den qualitativen Ansatz. Dem gegenüber steht der Ansatz der quantitativen Forschung mit der genauen Messbarkeit und Quantifizierbarkeit von großen Datenmengen und daraus ableitenden Erkenntnissen (Flick, 2011). Die doppelte Konstruktion der Wirklichkeit des Forschenden und die daraus resultierende Bedeutung und Wirklichkeit sind ebenfalls Teil des qualitativen Ansatzes. Grundsätzlich interpretieren und nehmen Menschen ihre Umgebung und die Lebenswelten unterschiedlich wahr (Wichmann, 2019, S. 11).

Auf Grund der Tatsache, dass die Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements von Menschen gemacht, für Menschen gemacht und durch Menschen durchgeführt und angeleitet werden, wurde sich bei dieser Arbeit für den qualitativen Ansatz entschieden. Die qualitative Forschung zeichnet sich durch den Blick von innen heraus aus und wirft einen Blick auf Lebenswelten und in Lebenswelten. Daraus wird versucht die Wirklichkeit zu beschreiben und zu interpretieren und die soziale Wirklichkeit aufzuzeigen (Flick, Kardorff, & Steinke, 2009). Die qualitative Forschung interpretiert sich selbst als einen Prozess der Kommunikation und des Austausches zwischen dem Forschenden und dem Forschungsobjekt. Hierbei werden soziale und komplexe ganzheitliche Phänomene im Alltag von verschiedenen Subjekten untersucht (Lamnek, 2010; Flick, 2011). Darüber hinaus zeichnet sich qualitative Forschung vor allem durch die Offenheit, Kommunikation und Flexibilität dem Forschungsgegenstand gegenüber aus. Hier steht die methodische und theoretische Offenheit im Vordergrund. Durch die Offenheit entsteht ein Fenster für größtmöglichen Informationsgewinn im Forschungsvorgang. Der Forschende hat die Möglichkeit, flexibel auf Ereignisse zu reagieren und diesen gerecht zu werden. In der qualitativen Forschung wird auf die Bildung von Hypothesen verzichtet und die Exploration in den Vordergrund gerückt (ebd.).

Für den Untersuchungsgegenstand ist es wichtig, dass die Probanden die subjektiven Erlebnis-inhalte und Empfindungen beschreiben und vermitteln können. Diese Wahrnehmungen sind zwar von dem vorherigen Theorieteil nicht explizit beschrieben, für die Beantwortung der Forschungsfrage jedoch von essenzieller Bedeutung (Flick, 2011). In dieser Arbeit wurde der Fokus auf die Exploration gelegt. Hierfür ist die qualitative Forschung prädestiniert. Das subjektive Erleben der Probanden von betrieblichem Gesundheitsmanagement und deren Akzeptanz und Ablehnung war hierbei der Forschungsschwerpunkt ebenso wie die von den Befragten erlebten Gesundheitskompetenzen und ihr Gesundheitszustand. Inwieweit helfen diese Kompetenzen, die Akzeptanz und somit die Chance auf die Teilnahme an den Angeboten zu erhöhen.

Die subjektiven Wahrnehmungen der Attraktivität der Angebote und deren Einschätzung hinsichtlich Wirksamkeit war ebenfalls ein Grund für die Wahl der qualitativen Forschung als Methode. Explorativ wird versucht zu erklären, wieso bestimmte Maßnahmen angenommen werden, wieso diese von bestimmten Personen angenommen werden und wieso das Gegenteil passiert und inwieweit diese Prozesse mit dem allgemeinen Zustand im Unternehmen zusammenhängen. Zur Beantwortung der Frage und der Komplexität der Untersuchung wurden 20 Interviews mit Angestellten von drei Unternehmen geführt. Diese Interviews wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet, siehe Kapitel 6.5.

6.1 Sampling

In der qualitativen Sozialforschung ist die Repräsentativität der Stichprobe ein zentrales Qualitätskriterium. Sie strebt keine Stichprobenrepräsentativität an. Nichtsdestotrotz sind Fallauswahl und Fallgruppenauswahl entscheidend. Hierbei kann man zwischen dem Vorab-Festlegen des Samplings und der stufenweisen Festlegung des Samplings unterscheiden. Vorab sind Kriterien wie Alter, Herkunft und Geschlecht relevant (Helfferich, 2011; Flick, 2011). Auf Grund der Tatsache, dass eine Vollerhebung nicht möglich ist, wird in der qualitativen Forschung der Frage nachgegangen, wie repräsentative Ergebnisse erzielt werden können. Die Abdeckung des Feldes mittels Heterogenität ist hierbei ein entscheidendes Mittel. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde hierbei auf die unterschiedlichen Beanspruchungsdimensionen gesetzt (Kergel, 2018). Bezogen auf die Fragestellung waren unterschiedliche Vorab-Voraussetzungen Pflicht zur Teilnahme an der Studie. Die Probanden mussten fest im Unternehmen angestellt sein. Sie mussten das 18. Lebensjahr erreicht haben und eigenständig ihre Entscheidungen treffen können. Neben diesen Faktoren spielte beim Sampling die Wahl des Arbeitsortes eine hervorgehobene Rolle.

Betriebliches Gesundheitsmanagement setzt vermehrt auch auf die Verhältnisprävention und so war es von besonderer Bedeutung, die Verhältnisse, in denen die Befragten arbeiten, zu untersuchen und zu kennen. Es wurde entschieden, drei Unternehmen zu wählen, die eine unterschiedliche Anforderungsstruktur hinsichtlich ihrer körperlichen Belastung, aber auch ihrer psychischen Belastung haben. In einem der Unternehmen besteht die Arbeit vorwiegend aus sitzender Tätigkeit am Schreibtisch, mit langen Phasen der Konzentration und wissensintensiven Aufgaben. In einem weiteren Unternehmen ist die Verteilung zwischen sitzenden und laufenden Tätigkeiten etwa gleich und die psychischen Anforderungen sind extrem hoch. In dem

dritten Unternehmen ist die stehende Tätigkeit in einem Raum ohne Frischluft und Tageslicht gegeben und der Kontakt zum Kunden und die dauerhafte Dialogführung führten zu Erschöpfung.

Die Probandenrekrutierung erfolgte zweigeteilt. Einmal gab es eine Rekrutierung über eine freiwillige Teilnahme und einmal wurden mittels eines Gatekeepers gearbeitet. Dieser Gatekeeper gab dem Autor Zugang zu einem Unternehmen mit stehenden Tätigkeiten. Die Verbindung zwischen dem Gatekeeper und dem Autor erhöhte die Chance auf die Teilnahme von Probanden (Ziert & Schrage, 2009). Hinsichtlich der Anforderungen, dem Umfang, dem Thema, der Dauer und den Voraussetzungen zur Teilnahme wurden die Probanden vom Autor informiert. Zur Vermeidung einer geklumpten Stichprobe wurden neben dem vom Gatekeeper vermittelten Personen noch weitere Personen auf Freiwilligenbasis rekrutiert (Merkens, 2012).

In Tabelle 7 lässt sich erkennen, welche Beanspruchung die Probanden aus den unterschiedlichen Unternehmen vorweisen. Die Auswahl der Probanden in dieser Forschungsarbeit geht auf das dreistufige System nach Helfferich zurück (Helfferich C. , 2019). Im ersten Schritt wurden Probanden und Gruppen von Interesse herausgesucht, Unternehmen klassifiziert und analysiert und hinsichtlich ihrer Arbeitsbelastung eingruppiert. Im zweiten Schritt wurden diese Gruppen untereinander verglichen und geprüft, ob die Unterschiede ausreichend groß sind und die Abgrenzung gewährleistet ist. Neben diesem Aspekt wurde auf die Unternehmensgröße geschaut; die Rekrutierung der Stichprobe sollte dadurch gewährleistet werden. Im letzten Schritt wurden die ausgesuchten Unternehmen kontaktiert und um Mitarbeit gebeten (Helfferich, 2005, S. 154). Bei der Auswahl der Stichprobe müssen grundsätzlich Faktoren wie anfallende Kosten, notwendige Ressourcen oder die zur Verfügung stehende Zeit berücksichtigt werden (Lamnek, 2010, S. 3). Insgesamt wurden im ersten Schritt über 25 Unternehmen klassifiziert, wovon 16 angeschrieben wurden. Davon haben sieben ihr Interesse bekundet und drei wurden schlussendlich ausgewählt.

Tabelle 7: Unternehmensauswahl (eigene Darstellung)

	Unternehmen	Tätigkeit	Beanspruchung
1.	Dataport	Informations- und Kommunikations-Dienstleister	Sitzende Tätigkeiten, wissensintensiv
2.	Schön-Klinik Bad Bramstedt	Krankenhaus	Sitzende und laufende Tätigkeiten, psychisch anspruchsvoll
3.	Pukka-Berlin	Schmuckunternehmen	Stehende Tätigkeiten, häufige Dialoge

6.2 Datenerhebungsinstrument

Besonders in der qualitativen Forschung hat sich die Erhebung von Daten in verbaler Form als besonders ergiebig herausgestellt. Lamnek betont, dass gerade in der Sozialwissenschaft Interviews besonders gut geeignet seien, um explorativ zu forschen. Neben der guten Möglichkeit der Datenaufnahme erleichtern die persönlichen Interviews den Zugang zu den Probanden und die spätere Nachvollziehbarkeit (Lamnek, 2010). Verschiedene Interviewformen lassen sich je nach Struktur und Offenheit in unterschiedliche Kategorien einteilen. Im Falle dieses Forschungsvorhabens wurde das semistrukturierte Experteninterview, auch halbstrukturiertes Experteninterview, teilstandardisiertes Interview, teilstrukturiertes Interview oder Leitfadenterview genannt, gewählt. Vorteile waren hierbei die flexible Gestaltung der Fragenreihenfolge und die Erfassung der individuellen Sichtweise der Probanden. Grundlage dieser Entscheidung war die Annahme, dass Experten das Themenfeld gut kennen und Aspekte in den Vordergrund stellen, die sie für relevant halten. Ebenfalls kommen sie zu einer Einschätzung von relevanten Themen und deren Bewertung (Froschauer & Lueger, 2020, S. 14). Bei Experteninterviews handelt es sich, anders als bei anderen qualitativen Interviews wie dem problemzentrierten Interview oder dem narrativen Interview, um keine standardisierte methodische Vorgehensweise. Das Experteninterview definiert sich eher durch seinen im Wortlaut enthaltenen Gegenstand, dem Experten.

„Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren.“ (Bogner, Littig, & Menz, 2014)

Das Wissen der Experten ist praxisnah, somit ist es orientierungs- und handlungsleitend für andere Beteiligte und andere Personen. Bei Experten wird deutlich, dass die Besonderheit in der Reflexivität, Kohärenz und in der Gewissheit liegt. Hierbei ist zu beachten, dass das Wissen der Experten vor allem in der Praxis erprobt ist. Dies führt zu dem Rückschluss, dass das Wissen und das Handeln des Experten für andere Beteiligte orientierungs- und handlungsleitend ist. Besonders in der empirischen Sozialforschung sind somit Experten von großer Bedeutung (Bogner, Littig, & Menz, 2014, S. 15). Experteninterviews sind immer semistrukturierte Interviews und folgen einem vorher festgelegtem Interviewleitfaden, welcher für die Forschungsarbeit ausgearbeitet wurde und der Beantwortung der Forschungsfrage dient. In diesem Fall dient

der Leitfaden dazu, die verschiedenen Blöcke des Interviews zu strukturieren und voneinander abzugrenzen. Ebenfalls verschafft er einen Überblick und hilft bei der Orientierung. Im Falle eines semistrukturierten Experteninterviews können die Fragen variieren, wobei eine Vergleichbarkeit nicht abhanden gerät. Neben den Hauptfrageblöcken werden auch Unterfrageblöcke abgefragt, dies dient der Vertiefung (ebd.). Eine Vertraulichkeit und Anonymität zwischen dem Probanden und dem Forschenden ist unabdingbar (Lamnek, 2010, S. 352).

Nach Helfferich sollten bei der Konstruktion eines Fragebogens sechs Anforderungen berücksichtigt werden. Es sollte eine Orientierung am ursprünglichen Erinnerungs- und Argumentationsfluss erkennbar sein. Die Anzahl der Fragen sollte begrenzt und überschaubar sein. Im Fokus sollte das spontane und freie Erzählen liegen. Die allgemeinen Grundprinzipien der qualitativer Sozialforschung müssen eingehalten werden, hierbei im Speziellen das Prinzip der Offenheit. Das starre Ablesen von Fragen sollte unterlassen werden. Der Leitfaden muss eine formale Übersichtlichkeit, Struktur und Handhabbarkeit haben (Helfferich, 2005, S. 160). Zur Erstellung wird das SPSS-Prinzip Sammeln-Prüfen-Sortieren-Subsumieren angewandt. Beim Sammeln werden alle Fragen gebündelt und gesammelt, die für die Forschungsfrage von Interesse sein können. Hierbei werden alle Fragen aufgenommen, die von Interesse sein könnten und es wird eine größtmögliche Anzahl in den Fragenpool mit aufgenommen. Im nächsten Schritt, dem Sortieren, werden alle Fragen hinsichtlich der Forschungsfrage geprüft. Hierbei stehen vor allem der wissenschaftliche Mehrwert sowie das Prinzip der Offenheit im Vordergrund. Sollten einige Kriterien nicht erfüllt sein, werden die Fragen gestrichen. Daraufhin folgt der Schritt des Sortierens. Hierbei werden die Fragen sortiert, in Themenblöcken eingeordnet, einige Fragen getauscht, teilweise präzisiert und teilweise modifiziert. Ebenfalls können Unterblöcke entstehen und dem Fragenmaterial kann eine präzise Struktur gegeben werden. Zum Schluss folgt das Subsumieren. Hierbei werden die Fragen zusammengefasst und gestrichen, sollten sie der Beantwortung der Forschungsfrage nicht dienen oder als Wiederholung gestellt werden (Helfferich, 2005, S. 161). Der Tabelle 8 ist zu entnehmen, welche Themenblöcke im Interview abgefragt wurden.

Tabelle 8: Dissertationsrelevante Blöcke des Interviews (eigene Darstellung)

Block	Thema	Erkenntnisinteresse
1	Allgemeines	Arbeitsalltag, Einstellung zum Unternehmen, Aufgaben im Unternehmen
2	Arbeitsmenge und -zeit	Arbeitskapazität, Arbeitsdauer
3	Kolleginnen und Kollegen	Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen, Spannungen im Team, Spannungen zu anderen Teams
4	Verhältnis zu Vorgesetzten	Fehlerkultur im Unternehmen, Feedbackschleifen, Austausch mit Vorgesetzten
5	Arbeitsablauf und -organisation	Arbeitsanforderungen
6	Gesundheitskompetenz	Einschätzung der eigenen Gesundheit, Bewusstsein der Gesundheit, Anforderungen und Hürden zur Gesunderhaltung
7	Interesse an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	Konkretes Interesse an spezifischen Maßnahmen, Akzeptanz und Ablehnung von betrieblicher Gesundheitsförderung
8	Soziodemografische Fragen	Personenbezogene Daten

Zu Beginn des Interviews wurden die Probanden nach ihrem allgemeinen Befinden hinsichtlich ihrer Arbeit befragt. Hierbei war es entscheidend, einen gelungenen Einstand in das Interview zu finden und den Probanden ein Gefühl zu vermitteln, Vertrauen schenken zu können. Ebenso sollte die erste Frage erzählermutig wirken und die Befragten auffordern, frei zu erzählen. Das Erlangen von Informationen rund um das Arbeitsfeld und die Arbeitsweise waren hierbei entscheidend. Daraufhin wurden die Bereiche Inhalt und Art der Tätigkeit abgefragt und eine erste Frage hinsichtlich der Arbeitsbelastung wurde gestellt. Hierbei ist zu erwähnen, dass dies als Einstiegsfrage galt und den Probanden ein Gefühl der Richtung des Interviews vermitteln sollte. Im zweiten Block wurde das Thema Arbeitsmenge und -zeit abgefragt. Hierbei ging es primär um die Erfassung der Umstände der Arbeit. In welchem Kontext arbeiten die Befragten und wie fühlen sie sich dadurch belastet. Ebenfalls wurden spezielle Faktoren abgefragt, welche die Anforderungen im Arbeitsalltag konkret beschreiben. Die Probanden wurden aufgefordert, detaillierter auf die Situation rund um ihren Arbeitsplatz einzugehen und zu berichten, welche Anforderungen sie im Kontext ihres Arbeitsumfeldes erleben und wahrnehmen.

Im dritten Block Kolleginnen und Kollegen ging es um die Zusammenarbeit im Unternehmen zwischen Menschen auf der gleichen Hierarchiestufe. In insgesamt sechs Fragen wurden unterschiedliche Aspekte abgefragt und unterschieden zwischen der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen ihrer Abteilung und anderer Abteilungen. Es wurden nach Spannungen innerhalb der Gruppen gefragt und nach Spannungen mit Gruppen außerhalb der eigenen Gruppen.

Im nächsten Block ging es um den direkten Vorgesetzten. In insgesamt acht Fragen wurden unterschiedliche Aspekte abgefragt. Hierbei ging es nur um die Zusammenarbeit mit dem direkten Vorgesetzten. Im Fokus lag hierbei die Frage nach dem Umgang mit den Fehlern und Problemen und der Fehlerkultur im Unternehmen. Ebenso ging es um den Umgang mit Feedback und die Anerkennung der eigenen Leistung. Daraufhin folgte der Block Arbeitsablauf und -organisation. Hier wurde nach den Abläufen innerhalb der Organisation gefragt und nach der Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen.

Im sechsten Block wurden der Gesundheitszustand und die Gesundheitskompetenz abgefragt. Ganz zu Beginn des Blockes sollten die Probanden ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzen, und im weiteren Verlauf wurden Fragen hinsichtlich des Zustandes, der Aufrechterhaltung und der bewussten Steuerung des eigenen Gesundheitszustands abgefragt. Im siebten Block ging es um den Kern der Befragung, und die Auswahl der Fragen häufte sich. Die Probanden sollten auf ihr Interesse an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingehen und Fragen rund um das Thema BGM und BGF beantworten. Hierbei wurden zahlreiche Informationen generiert und die Einstellung bezüglich der Annahme und der Ablehnung von Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde erfasst.

Im letzten Block der soziodemografischen Fragen wurden Daten über die Probanden erfasst und Themen rund um den Anfahrtsweg zur Arbeit, die Dauer der Anfahrt und die Situation ihrer Anstellung erfasst. Der komplette Interviewleitfaden ist dem Anhang 1 zu entnehmen.

6.3 Untersuchungsdurchführung- und Ablauf

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen dem 18. November 2019 und dem 01. Oktober 2020 von dem Forschenden durchgeführt. In diese Zeit fiel der erste Lockdown der Coronapandemie zwischen dem 22. März 2020 und dem 4. Mai 2020. Auf Grund dieser Tatsache war die Umsetzung der von Lamnek betonten persönlichen Beziehung besonders schwierig. Interviews per Telefon oder Videokonferenz sind ungeeignet, um Emotionen, Betroffenheit und den persönlichen Charakter gut aufzunehmen. Interviews, welche nicht direkt geführt werden, fehlt der persönliche Bezug zum Befragten. Videobasierte Interviews würde einen unpersönlichen, anonymen Charakter erhalten und die Anforderungen an die qualitative Forschung wären nicht mehr gegeben (Lamnek, 2010, S. 315). In diesem Fall wurden die Interviews im direkten Umfeld der Probanden geführt, um ein Gefühl von Vertrautheit und Offenheit dem Probanden gegenüber zu erhalten. Zu Beginn des Interviews gab es eine Vorstellungsrunde. Hierbei wurden dem Probanden Hintergrund, Motivation und Zielsetzung der Befragung erläutert. Direkt im Anschluss gab es eine Aufklärung hinsichtlich des Datenschutzes und der Anonymität des Befragten. Gleichzeitig folgte die Bitte, die Interviews aufzeichnen zu dürfen, um eine spätere Rekonstruktion zulassen zu können. Diese Aufnahmen mittels eines audiovisuellen Hilfsmittels stellt die Sicherung aller relevanten Daten sicher (Lamnek, 2010, S. 323).

Zum Beginn wurde erläutert, dass es keine falschen Antworten gibt und die Erzählung möglichst frei und direkt heraus erfolgen soll. Auch das Kommentieren oder Bewerten von Aussagen wird im Interview nicht erfolgen, außer es dient dem besseren Verständnis oder soll Unklarheiten ausräumen. Nahezu alle Probanden erwiesen sich als sehr aussagefreudig und kommunikativ. Die Gesprächssituation gestaltete sich als sehr angenehm und vertraut. Auf Grund dieser Situation und dem generellen Interesse an dem Thema wurde eine Vielzahl an Daten generiert. Eine nicht unerhebliche Anzahl an Probanden zeigte sich sehr interessiert am Themenfeld und bat um Zusendung der Arbeit nach der Beendigung. Hierbei spiegelte sich das grundsätzlich vernommene Interesse an Themenfelder wie Gesundheit, Arbeitsschutz, new work und anderen Bereichen des modernen Arbeitslebens wider. Die Variation der Dauer der Interviews ließ sich nur schwer vorhersagen und ist im Forschungsprozesse mit einzuplanen (ebd.). Die Interviews variierten zwischen 19:50 Minuten im Minimum und 40:46 Minuten im Maximum.

6.4 Datenauswertung

Im folgenden Abschnitt wird der Prozess der Auswertung der Interviews mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) dargestellt und beschrieben. Zu Beginn wird die Transkription der Interviews erläutert und das dadurch gewonnene Material mittels der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Transkription, Codierung und Kategorisierung erfolgte mit dem Programm MAXQDA. Das Kürzel QDA steht für Qualitative Data Analysis (Rädiker & Kuckartz, 2019).

6.5 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Zur Auswertung der aufgenommenen Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt. Die klare Nachvollziehbarkeit, die strukturelle Umsetzung und das deutliche Ablaufschema waren ausschlaggebend für die Wahl dieser Methode. Ebenso ist die Nachvollziehbarkeit für andere ein wichtiger Aspekt bei der Wahl der Auswertungstechnik. Grundlegendes Ziel bei einer Inhaltsanalyse ist die Analyse des Ausgangsmaterials wie eines Interviews oder einer Gruppendiskussion. Doch nicht nur die verbale Kommunikation ist Teil des Auswertungsprozesses, sondern auch die Analyse von Gestik und Haptik kann Teil des Prozesses sein. Mayring fasst die Analyse in folgenden sechs Schritten zusammen: Zu Beginn steht die Analyse der Kommunikation. Hierbei ist zu beachten, dass zwar die verbale Kommunikation häufig im Mittelpunkt steht, jedoch auch Bilder, Videos und Musik analysiert werden können. Daraufhin folgt die Analyse der fixierten Kommunikation. Das bedeutet, dass die zu analysierende Kommunikation in fester und fixierter Form vorliegen muss, also protokolliert und festgehalten. Entscheidend dabei ist die systematische Vorgehensweise, also eine Abgrenzung von hermeneutischen Verfahren und freien und impressionistischen Verfahren. Die Inhaltsanalyse geht systematisch vor und folgt festen Regeln. Es muss also regelgeleitet vorgegangen werden und gleichzeitig theoriegeleitet. Dadurch ist die Nachvollziehbarkeit für andere gegeben und sozialwissenschaftliche Standards wie intersubjektive Nachprüfbarkeit sind vorhanden.

Auch die theoriegeleitete Vorgehensweise hat die Nachvollziehbarkeit zum Ziel. Die Inhaltsanalyse gibt nicht nur einfach einen Text wieder, sondern bezieht sich auf eine Theorie und wird hinsichtlich dieser Theorie auch ausgewertet. Die Anknüpfbarkeit an bestehende theoretische Überlegungen ist hierbei Kernpunkt. Zum Schluss muss die Inhaltsanalyse das

übergeordnete Ziel verfolgen und Rückschlüsse auf die Kommunikation zulassen, also Rückschlüsse über den Sender, seine Emotionen, Empfindungen und Gefühle (Mayring, 2015, S. 13). Qualitative Auswertungen setzen sich als Ziel, die Komplexität von großen Datenmengen zu reduzieren und eine vereinfachte und reduzierte Dateninterpretation zuzulassen. Hierbei sind am populärsten die Grounded Theory, Verfahren der Hermeneutik, die qualitative Inhaltsanalyse sowie die Konversations- und Diskursanalyse (Mayring, 1999).

Grundlage zur Wahl der Methode ist die Forschungsfrage und die damit einhergehenden Zielsetzung. Mayring stellt fest, dass das inhaltsanalytische Vorgehen bezogen auf andere Methoden bestimmte Stärken aufweist. Das Ausgangsmaterial wird in den Kommunikationszusammenhang eingebettet und hinsichtlich seiner Entstehungssituation aufgearbeitet. Dadurch wird jede Interpretation des Materials auf einen bestimmten Aspekt und Abschnitt des Untersuchungsmaterials hingedeutet und interpretiert. Diese Hindeutung auf einen bestimmten Aspekt des Ausgangsmaterials schließt die Interpretation hinsichtlich des Zusammenhangs ein. Gleichzeitig wird das Material auf seine Wirkung, Entstehung und Aussagekraft gedeutet und interpretiert. Ein weiterer Vorteil ist die klare und regelgeleitete Vorgehensweise des Ablaufschemas. Schritt für Schritt werden hierbei die einzelnen Schritte auf die Forschungsfrage und den Untersuchungsgegenstand hin angepasst und lassen so ein detailliertes Ablaufschema entstehen (Mayring, 2015, S. 53). Die qualitative Inhaltsanalyse stellt somit kein Standardinstrument dar, sondern passt sich jeder Forschungsfrage an und jedem Ausgangsmaterial an (Mayring P. , 2010).

Die Fokussierung auf das Kategoriensystem stellt eine Besonderheit innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse dar. Sie erhöht die Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit der genutzten Daten untereinander. Mayring stellt die Analyse nach systematischen, regel- und theoriegeleiteten Vorgehensweisen in den Mittelpunkt. Stellt man vor die Forschungsarbeit eine Pilotstudie, können Instrumente und Methoden geprüft werden. Beim Ablaufmodell und den untereinander aufbauenden Stufen ist der aktuelle Stand der Forschung stets zu berücksichtigen (Mayring, 2015, S. 53). In Abbildung 18 ist das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell nach Mayring skizziert.

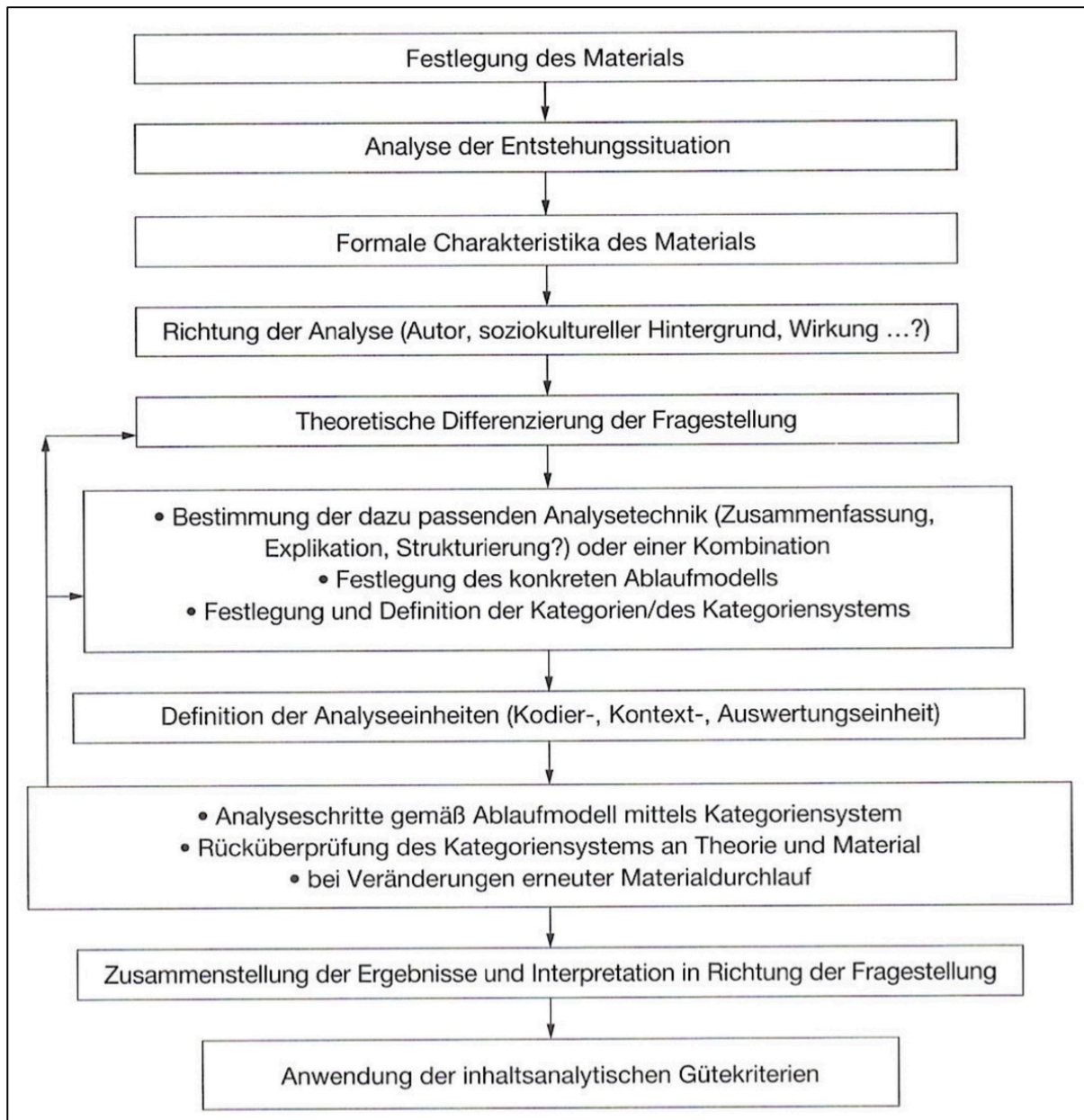


Abbildung 18: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring, 2015, S. 62)

Im Schritt 1 steht die Bestimmung des Ausgangsmaterials. Es muss genau definiert werden, welcher Textcorpus untersucht werden soll, und es sollte nur unter dringenden und begründeten Ausnahmen während der Analyse Teile dieses Corpus erweitert oder gestrichen werden. Die Grundgesamtheit, über die Aussagen getroffen werden sollen, muss klar und deutlich definiert werden. Im Schritt 2 folgt die Analyse der Entstehungssituation. Die genaue Beschreibung der Situation der Entstehung steht hierbei im Mittelpunkt. Wer hat das Material aufgenommen und vom wem und unter welchen Gegebenheiten. Im Fokus stehen hierbei der Verfasser und die an der Aufnahme beteiligten Personen. Ebenfalls stehen emotionale und kognitive Einflüsse des Verfassers im Zentrum und sind für die spätere Auswertung entscheidend. Die Zielgruppe

der Analyse muss ebenfalls bedacht werden und die konkrete Entstehungssituation und der soziokulturelle Hintergrund. Als Schritt 3 folgt die Beschreibung der formalen Charakteristika des Materials (ebd.). Zur Verwertung und Verwendung des Interviewmaterials müssen diese transkribiert werden, also in eine Schriftform gebracht werden. Die Transkription erfolgte mittels der Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018). Sie befinden sich im Anhang 2.

Transkription ist als wissenschaftlicher Vorgang zu verstehen, da die Begegnung mit dem Interviewmaterial einen ersten Eindruck gewährt. Die Vertiefung in das Material hilft bei der späteren Interpretation (Mayring, 1999; Flick, 2011). Die Aufnahme der Interviews erfolgte über das Aufnahmeprogramm eines Smartphones und wurde anschließend mit MAXQDA transkribiert. Die transkribierten Interviews wurden mit den Interpretationsregeln oder auch Z-Regeln weiterbearbeitet (siehe Abbildung 19). Die einzelnen Kodiereinheiten werden dabei auf den entscheidenden Inhalt runtergebrochen. Die Paraphrasierung beinhaltet die Entfernung von nicht inhaltstragenden und ausschmückenden Textbestandteilen. Die einzelnen Paraphrasen sollen auf ein einheitliches Sprachniveau gebracht werden, was besonders in Gruppendiskussionen von elementarer Bedeutung ist. Die hierbei eingesetzte Z1-Regel steht am Anfang des Ablaufes. Als nächstes wird ein Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt. Dabei werden alle Paraphrasen, welche unter diesem Niveau liegen, verallgemeinert. Wie auch in den weiteren Reduktionsschritten müssen bei Unklarheiten theoretische Vorannahmen zur Hilfe genommen werden. Paraphrasen, welche über dem Abstraktionsniveau liegen, werden beibehalten und bilden somit die Z2-Regel. Hierbei kann es passieren, dass inhaltsgleiche Paraphrasen entstehen, diese können im nächsten Schritt entfernt werden. Auch unwichtige und wenig aussagekräftige Paraphrasen können gestrichen werden, dieser Schritt bildet die Z3-Regel ab.

Zum Schluss folgt die Z4-Regel. Im zweiten Reduzierungsdurchlauf werden doppelte und sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch neue Aussagen wiederaufgenommen. Daraufhin muss geprüft werden, ob das neu zusammengestellte Kategoriensystem das Ursprungsmaterial noch wiedergibt. Ein Rückdurchlauf der Zusammenfassung am Ausgangsmaterial beendet den ersten Durchlauf der Zusammenfassung. In nicht seltenen Fällen bedarf es jedoch einer weiteren Zusammenfassung. Sie kann erlangt werden, indem das Abstraktionsniveau weiter hochgesetzt wird. Am Ende dieses Schrittes steht nun ein neues, allgemeineres und knapperes Kategoriensystem, welches ebenfalls wieder rücküberprüft werden muss. Dieser Kreislauf kann beliebig oft wiederholt werden und endet erst mit der angestrebten Reduzierung des Materials. Bei sehr großen Datenmengen können einige Schritte

zusammengefasst werden. Die Z-Regeln sind unterteilt in die Regeln Z1 bis Z4 und haben Unterpunkte von Z1.1 bis Z4.4 (Mayring, 2015, S. 71f.).

<p>Z1: Paraphrasierung Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen! Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene! Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!</p> <p>Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind! Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise! Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen! Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!</p> <p>Z3: Erste Reduktion Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten! Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden! Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)! Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!</p> <p>Z4: Zweite Reduktion Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen! Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)! Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)! Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!</p>

Abbildung 19: Interpretationsregeln (Mayring, 2015, S. 72)

Hat man das Ausgangsmaterial beschrieben, besteht der nächste Schritt darin, die Richtung der Analyse zu bestimmen. Kein Text kann einfach so frei interpretiert werden und ohne spezifische Fragestellung und ohne die Bestimmung der Richtung der Analyse kann man keine Inhaltsanalyse durchführen. So folgt mithilfe des inhaltsanalytischen Kommunikationsmodells die Richtung der Inhaltsanalyse. In Abbildung 20 ist das inhaltsanalytische Kommunikationsmodell nach Mayring skizziert. In diesem Schritt wird festgelegt, ob sich die Analyse auf den Gegenstand, den emotionalen Zustand des Kommunikators oder den soziokulturellen Hintergrund bezieht.

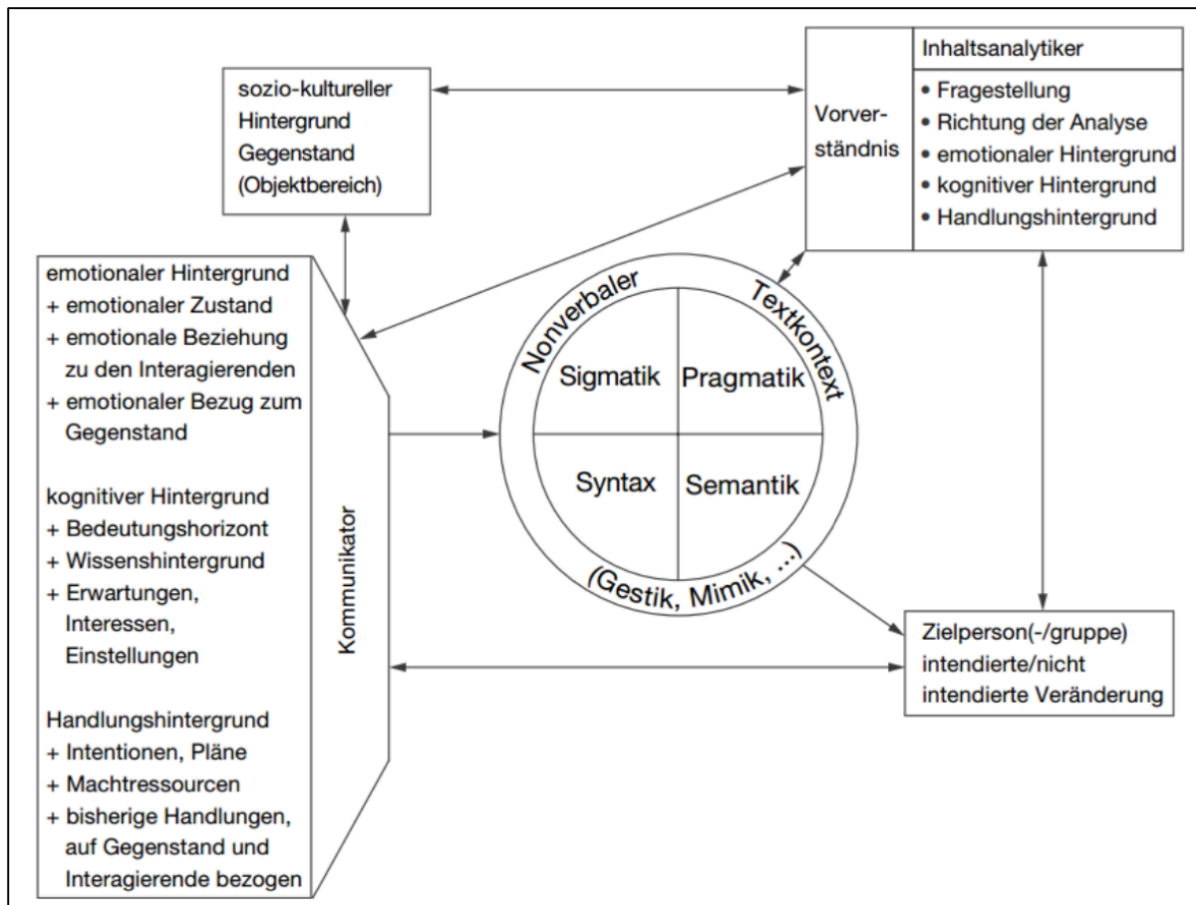


Abbildung 20: Inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Mayring, 2015, S. 59)

Durch die Transkription und den vorhandenen Textcorpus lassen sich Aussagen in ganz unterschiedliche Richtungen deuten. Die Deutung des Gegenstandes im Text ist eine Möglichkeit, ebenso die Interpretation über den Verfasser oder die Auswirkungen des Gesagten auf eine Zielgruppe. Das Verständnis als eine Kette ist hierbei äußerst hilfreich. Die Richtung der Analyse ist entscheidend und muss festgelegt werden. Daraufhin folgt die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung (Mayring, 2015, S. 59). Als nächster Schritt erfolgt die Bestimmung der dazu passenden Analysetechnik. Bevor die passende Analysetechnik gewählt werden kann, müssen die Analyseeinheiten festgelegt werden. Hierbei wird zwischen der Kodiereinheit, der Kontexteinheit und der Auswertungseinheit unterschieden. Die Kodiereinheit beschreibt den kleinsten Materialbestandteil, der ausgewertet werden darf und welcher der minimale Textteil sein darf, welcher unter eine Kategorie fällt. Die Kontexteinheit beschreibt den größten Textbestandteil, der unter eine Kategorie fällt. Und die Auswertungseinheit bestimmt, welche Textteile hintereinander ausgewertet werden können. In der qualitativen Inhaltsanalyse werden drei Grundformen des Interpretierens vorgegeben: Die Zusammenfassung, die

Explication und die Strukturierung. In dieser Arbeit wurde die Analysetechnik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gewählt (siehe Abbildung 21).

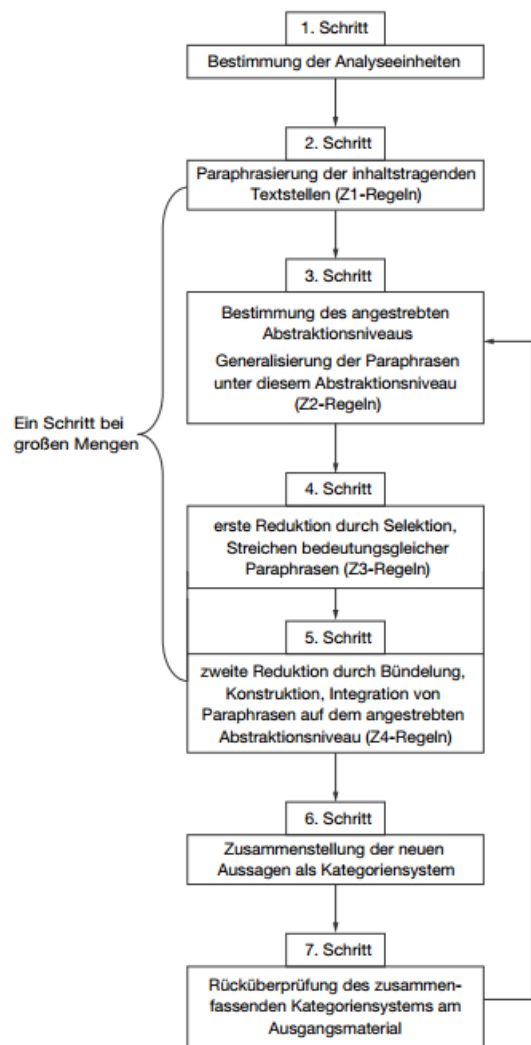


Abbildung 21: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 70)

Diese drei Techniken sind voneinander unabhängig und sollen nicht nacheinander durchgeführt werden. Je nach Forschungsfrage und dem Ausgangsmaterial soll die geeignete Analysetechnik gewählt werden. Bei der Zusammenfassung ist es das Ziel, das Material dahingehend zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte bestehen bleiben. Durch verschiedene Abstraktionsniveaus soll ein Materialcorpus geschaffen werden, der das gesamte Material übersichtlich abbildet. Bei der Explication ist es das Ziel, zu einzelnen Textbausteinen Material hinzuzufügen, um das Verständnis zu erweitern und zu verbessern. Die Textstelle soll gedeutet, erklärt und erläutert werden. Bei der Strukturierung geht es um die Herausnahme von bestimmten Aspekten aus dem Material und darum, unter vorher festgelegten Kriterien einen Querschnitt zu bekommen.

Ebenfalls soll durch bestimmte Kriterien das Material eingeschätzt werden. Alle drei Wege entsprechend dem normalen Handeln bei unklarem Textverständnis. Mayring stellt fest, dass es ebenfalls eine Mischform der Interpretation geben kann, aber zum besseren Verständnis der Ablaufmodelle die grundsätzlichen Interpretationsformen gewählt werden (Mayring, 2015, S. 67).

Zum besseren Verständnis lassen sich die Interpretationsformen bildlich darstellen. Angenommen ich bereite mich auf einen Boxkampf vor und möchte wissen, was ich von meinem Gegner zu erwarten habe. Ein Weg wäre das Zurücktreten und die Betrachtung meines Gegners aus der Ferne, symbolisch verstanden. Welche Stärken und Schwächen habe ich zu erwarten und in welchem Kontext wurden die bisherigen Kämpfe ausgetragen. Zwar würde ich so keine Details erfahren, aber ich würde einen Überblick über den Kämpfer erhalten, also einen groben Umriss. Dies würde der Zusammenfassung entsprechen. Im nächsten Schritt würde ich mir besonders interessante und wichtige Aspekte des Kämpfers genauer anschauen und mit externem Material unterfüttern. Dieser Schritt wäre die Explikation. Daraufhin würde ich mir einzelne Techniken aufschlüsseln, um ein Bild ins Innere zu erlangen und unter bestimmten Kriterien einen Querschnitt des Kämpfers zu erlangen, dies würde der Strukturierung entsprechen.

In dieser Arbeit wurde mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gearbeitet. Für den Aufbau des Kategoriensystems wurde die induktive Form gewählt. Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das komplette Material berücksichtigt und auf das Wesentliche reduziert. Dabei ist der Zweck der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse, eine große Materialmenge zu kürzen und zu bündeln und auf ein überschaubares und bearbeitbares Maß hin zu reduzieren. Bei der induktiven Kategorienbildung werden die Kategorien mittels eines Verallgemeinerungsprozesses direkt aus dem Material abgeleitet und nicht vorab mittels eines Theoriekonzeptes geprüft. Die induktive Vorgehensweise versucht, eine möglichst gegenstandsnahe Betrachtung des Ausgangsmaterials wiederzugeben. Sie strebt nach einer wirklichkeitsnahen Darstellung des Materials ohne eine Verzerrung oder Voreingenommenheit des Forschers (Mayring, 2015, S. 86). In der Grounded Theory ist dieses Vorgehen als offenes Kodieren bekannt (Strauss & Corbin, 1997). Im Gegensatz zur Grounded Theory lässt sich die Kategorienbildung in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse systematischer beschreiben. Zu Beginn muss ein Selektionskriterium eingeführt werden, dieses bestimmt den Ausgangspunkt des Materials zur Kategoriendefinition. In diesem Schritt werden Passagen, die nicht der Beantwortung der Frage dienlich sind, ausgeschlossen. Gleichzeitig wird das Abstraktionsniveau der zu bildenden

Kategorien festgelegt. Im Anschluss wird das Ausgangsmaterial Schritt für Schritt durchgearbeitet. Sobald das Selektionskriterium im Material auftaucht, wird unter Berücksichtigung des Abstraktionsniveau die erste Kategorie festgehalten. Entweder als ein kurzer Satz oder als ein Begriff. Sobald das nächste Mal das Selektionskriterium erfüllt ist, wird die entsprechende Textstelle entweder unter die bereits bestehende Kategorie eingeordnet, als Subsumption oder als neue Kategorie gebildet.

Nach diesem Ablaufschema wird ein großer Teil des Materials durchgearbeitet und sobald nur noch wenig neue Kategorien gebildet werden, wird eine Revision des Kategoriensystems durchgeführt. Hierbei wird geprüft, ob das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau passend für das Ziel der Analyse sind und ob die Kategorien bei der Beantwortung der Frage hilfreich sind. Sollten sich Veränderungen ergeben, dann muss mit der Analyse des Materials von vorne begonnen werden. Als Ergebnis präsentiert sich ein System an Kategorien mit Textpassagen zu einem Thema. Nun kann in drei verschiedenen Wegen weitergearbeitet werden. Das gesamte Kategoriensystem kann interpretiert und im Sinne der Frage gedeutet werden, mit Hilfe induktiver oder deduktiver Vorgehensweisen können Hauptkategorien gebildet werden oder es können quantitative Analyse durchgeführt werden (Mayring, 2015, S. 87).

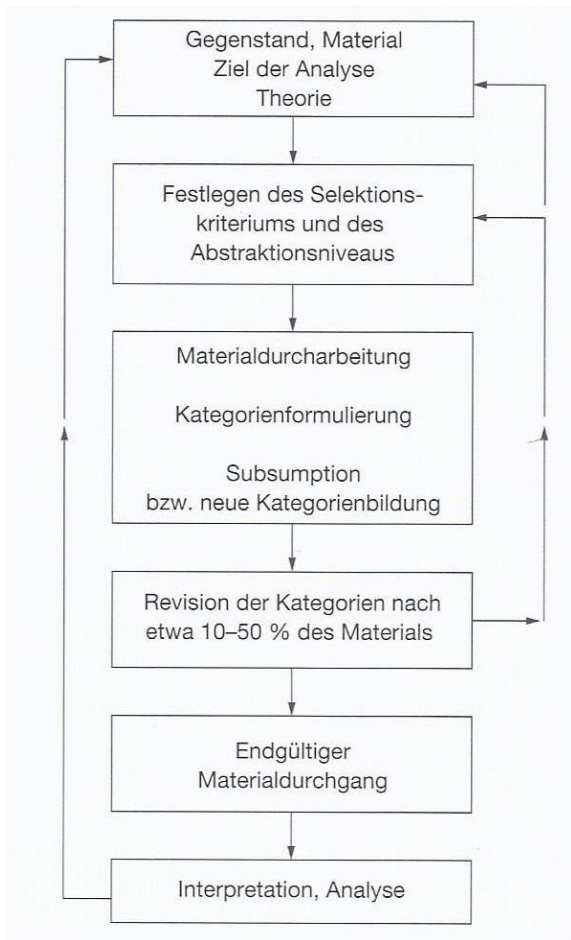


Abbildung 22: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2015, S. 86)

In dieser Arbeit werden mit Hilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse induktiv Hauptkategorien gebildet. In Abbildung 22 ist das Prozessmodell induktiver Kategorienbildung erkennbar.

7. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die herausgearbeiteten Hauptkategorien (HK) interpretiert. Die zentralen Ergebnisse werden den verschiedenen Abschnitten zugeordnet, zusammengefasst, erklärt und an relevanten Stellen interpretiert. Ebenfalls werden die Hauptkategorien mit den vorherigen aufgestellten theoretischen Aspekten und Herleitungen abgeglichen und Bezüge hergestellt. Des Weiteren erfolgt ein Vergleich der Interviews untereinander und etwaige Übereinstimmungen und Gleichheiten sowie Unterschiede werden herausgearbeitet.

Zur Verdeutlichung der Ergebnisse werden Zitate aus den Interviews verwendet. In Tabelle 9 ist die inhaltliche Strukturierung der Hauptkategorien dargestellt. In den folgenden Kapiteln dient diese Übersicht als Basis für die Interpretation der Ergebnisse. Die vollständige Ausarbeitung der Kategorien findet sich in Anhang 4 wieder. Die Erarbeitung der Hauptkategorien findet sich im Anhang 6 wieder. Zur Wahrung der Anonymität und auf Grund der Tatsache, dass die Probanden den Interviews zugestimmt haben, mit der Sicherheit, dass ihre Namen und die Zugehörigkeit zum Unternehmen nicht publiziert werden, werden die Probanden nicht genannt. Stellvertretend hierfür werden die Interviews nummeriert.

7.1 Hauptkategorien

Nach Auswertung der Interviews und dem Einsatz der qualitativen Inhaltsanalyse bildeten sich sechs Hauptkategorien (vgl. Tabelle 9) und insgesamt 212 Unterkategorien. Die komplette Auflistung aller Kategorien befindet sich im Anhang 6 unter Tabelle 12. Durch die Bildung von Hauptkategorien konnte eine Struktur aus den Unterkategorien herausgearbeitet werden. Die Inhaltsanalysen der Interviews befinden sich in Tabellenform im Anhang 4. Die Formale Strukturierung der Kategorien mit den Hauptkategorien und Unterkategorien ist im Anhang 6 unter Tabelle 12 zu finden. Die Hauptkategorien wurden dahingehend ausgearbeitet, dass sie eine Beantwortung der Fragestellung ermöglichen. Ebenfalls wurde die Ausarbeitung der Kategorien induktiv gestaltet und leitete sich damit direkt aus dem Ausgangsmaterial heraus ab.

Tabelle 9: Hauptkategorien (eigene Darstellung)

Nr.	Hauptkategorien
1	Arbeitsbedingungen
2	Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten
3	Gesundheitseinstellung
4	Akzeptanz von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
5	Ablehnung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
6	Probleme und Lösungsansätze

7.1.1 Hauptkategorie 1: Arbeitsbedingungen

„Ich arbeite gerne hier. Ich habe eine schöne Arbeit, die ist interessant, die ist abwechslungsreich, ich bin sehr frei, also in einem bestimmten Rahmen, aber kann schon selbst entscheiden, wie ich was mache und manage und muss es halt entsprechend kommunizieren und absprechen.“ (Interview I, Min. 00:01:16)

Die Hauptkategorie Arbeitsbedingungen wurde induktiv aus dem Ausgangsmaterial herausgearbeitet und beinhaltet verschiedene Komponenten. Grundlegend lässt sich festhalten, dass die Arbeitsbedingungen bis auf einige Ausnahmen als positiv wahrgenommen werden. Die Umsetzung und das Anforderungsprofil an die Arbeitnehmer entsprechen häufig den Erwartungen. In einigen Fällen ergab sich auf Nachfrage ein differenziertes Bild. So wurde angemerkt, dass die Arbeitsbelastung teilweise sehr hoch sei, dies aber durch eigenes Verschulden gekommen sei (Interview I, Min. 00:01:40). Trotz der verschiedenen Anforderungsgebiete der verschiedenen Standorte wurde vermehrt die Belastung hinsichtlich der unterschiedlichen Aufgaben angemerkt. Die ständig wechselnden Anforderungsbereiche im Unternehmen und die dadurch erhöhte Belastung durch neue Programme und Dienstleistungen wird kritisch angemerkt. Das Erlernen von neuen IT-Dienstleistungen, Programmen und Apps wird als zusätzliche Belastung wahrgenommen. Besonders im Falle von älteren Beschäftigten führte dies zu einer vorzeitigen Kündigung im alten Beruf (Interview III, Min. 00:03:35). Ebenfalls wurde die Digitalisierung im speziellen Fachgebiet als belastend beschrieben:

„(...) Und das Einzige, was manchmal eben eine kleine Überforderung ist, aber das ist, das gehört halt dazu, ist eben das Thema Digitalisierung, das einfach für jemanden. ich bin ja jetzt gut über 50 schon, nicht immer so leicht eingänglich ist.“ (Interview XII, Min. 00:04:40)

Durch die Corona-Pandemie entstandene Situation mit vermehrten Einsätzen im Homeoffice zeigte sich ebenfalls ein differenziertes Bild. Zu Beginn der Pandemie waren die Vorbehalte auf Seiten der Arbeitnehmer, aber vor allem auf Seiten der Arbeitgeber, verstärkt vorhanden (Interview XIII, Min 00:01:25; Interview VI, Min 00:01:44). Hierbei zeigte sich aber relativ schnell, dass die Vorbehalte durch den Druck der Pandemie aufgelöst werden konnten und die Vorteile und der Gewinn an Lebensqualität sich in einigen Fällen durchgesetzt hatte. Besonders im Bereich der Tätigkeiten im IT-Bereich konnten einige Mitarbeiter zügig von zu Hause aus arbeiten. Dieser Zwiespalt zwischen der Möglichkeit vom Homeoffice und der damit gewonnenen Zeit durch den Wegfall des Arbeitsweges und der Einschränkung durch die Isolation von Kollegen war aus den Interviews zu entnehmen:

„Das heißt, das Team sitzt überall versetzt teilweise, ich habe kaum noch einen Platz, ich sitze dann irgendwo. Und die Möglichkeit haben wir dann eben Homeoffice zu machen. Bloß dann sieht man seine Kollegen nicht.“ (Interview V, Min. 00:02:38)

Besonders gravierend war diese Tatsache bei dem Blick auf die familiäre Situation. Exemplarisch dafür zeigt sich in Interview II die Aussage, dass das kollegiale Umfeld und die Menschen am Arbeitsplatz einen wichtigen Bestandteil des sozialen Gerüsts darstellen (Interview II, Min. 00:16:13). Dieser Zusammenhang lässt sich auch in anderen Bereichen wie der Annahme von Maßnahmen oder den wahrgenommenen Angeboten der Unternehmen erkennen. Auch der Kundenkontakt wurde in der Zeit der Corona-Pandemie massiv eingeschränkt und so wurde auf Dienstreisen, Kundengespräche und Außentermine vermehrt verzichtet. Dieser Wechsel zu den Möglichkeiten, diese Termine online wahrzunehmen, minderte phasenweise die Attraktivität der Arbeitsbindungen. Der Wechsel zwischen Tätigkeiten im Unternehmen und dem Austausch mit Kunden wurde als erfrischend eingestuft und fehlte während der Pandemie (Interview IV, Min. 00:01:05). Auch die Anforderungen hinsichtlich der körperlichen und geistigen Belastungen wurden unterschiedlich beantwortet. Hierbei spielte besonders das Tätigkeitsfeld eine entscheidende Rolle. Mitarbeiter im Klinikbereich gaben an, besonders durch die geistige Komponente stark beansprucht zu sein:

„(...) Geistig schon auf jeden Fall, gerade dadurch, dass das ja mehrere Felder hier sind schon. Gerade psycho oder ja (.) psychisch halt Psychotherapie natürlich.“ (Interview VII, Min. 00:26:15)

Interview IX gab eine Belastung hinsichtlich der körperlichen und geistigen Anforderungen zu:

„(...) Ja geistig durch die Arbeit mit den Patienten, das ist schon auch teilweise sehr komplex, was man da sich anschaut, was man da dann auch aus (...), die ganzen Themen und darüber hinaus ist es halt durch diese sitzend, meist sitzende Tätigkeit, das merkt man dann auch im Rücken. Das ist halt nicht so körperlich anstrengend, wie tragen, aber es ist halt trotzdem irgendwie sehr einseitig und durch den Anfahrtsweg, merkt man es dann auch. So aber ich würde schon sagen, dass es beides anstrengend ist.“ (Interview IX, Min. 00:03:59)

Aus dem Zitat wird deutlich, dass die psychische Belastung im Arbeitsalltag im Krankenhaus gegenüber den anderen Arbeitsplätzen stark ist. Hierbei spielt auch die Fähigkeit zur Resilienz und den Wegen und Möglichkeiten, mit Stress selbst gut umzugehen, eine wichtige Rolle. Im Verlauf der Interviews zeigte sich, dass einige Probanden durchaus in der Lage waren, ihre Situation selbstständig realistisch einzuschätzen und zu kommunizieren, dass sie unter starken Stress und Druck stehen (Interview XI, Min. 00:00:22; Interview XVII, Min. 00:02:05). Auch die Arbeitsbelastung wird unterschiedlich wahrgenommen und variiert nicht nur innerhalb der Branche und des Tätigkeitsfeldes, sondern auch in der Jahreszeit. Besonders in der Einzelhandelsbranche wurde vermehrt die Zeit rund um Weihnachten als besonders stressig angegeben (Interview XX, Min. 00:02:30). Bezogen auf die Aufstiegsmöglichkeiten ergab sich ein differenziertes Bild. Interview XIII gab an:

„Also eher unzufrieden, weil wir auch nicht so viele Aufstiegsmöglichkeiten haben.“ (Interview XIII, Min. 00:01:36)

Dieser Zustand wurde vermehrt in den Interviews angegeben und zieht sich durch das Material. Die Tatsache, dass in einem der befragten Unternehmen die Struktur zu klein ist, um eine mögliche Verbesserung der Position im Unternehmen zu erreichen, spiegelt sich in einigen Interviews wider (Interview XIX, Min. 00:02:49; Interview XVIII, Min. 00:03:00; Interview VII, Min. 00:01:41). Hierbei zeigt sich deutlich das Problem in der Struktur des Unternehmens. Durch die wenigen Hierarchiestufen entsteht keine weitere Ebene unter dem Geschäftsführer und ein Aufstieg scheidet somit direkt aus. Auch die Angabe, dass ein fortgeschrittenes Alter bereits erreicht sei und dadurch die Motivation, sich weiter zu verbessern und aufzusteigen, nicht gegeben sei, wurde angegeben (Interview XV, Min. 00:02:45). Auch festgefahrene Beförderungsstrukturen, wie im Interview XVI zu sehen ist, stehen einem Aufstieg im Weg:

„Also, ich würde sagen im Großen und Ganzen ganz zufrieden. Das gibt es bei uns halt nicht. Wir haben einen Abteilungsleiter und wenn der in Rente geht, wird es der Nächste. Aber das gibt es de facto nicht.“ (Interview XVI, Min. 00:06:42)

Hinsichtlich der Arbeitszeitregelung ergaben sich Unterschiede bezüglich des Arbeitsfeldes und der Aufgaben im Unternehmen. Besonders im Bereich der Pflege im Krankenhaus wurden Arbeitszeiten angegeben, die entgegen den üblichen Arbeitszeiten aus dem Rahmen fallen (Interview XV, Min. 00:07:17). Auch eine regelmäßige Arbeit an Samstagen ist nicht unüblich und auch hier unterscheidet sich die Anzahl der Arbeitstage am Samstag von denen des Arbeitgebers (Interview XIII, Min. 00:06:35):

„(...) Patienten sozusagen zur Nachtruhe gerufen werden, oder wenn sozusagen die Nachtruhe bevorsteht, dann bedeutet das für manche Patienten, die die Ruhe nicht aushalten können, dass die dann krisenhaft werden, und dann kann das schon mal dazu führen, dass, dann abends schon mal Aktion ist (...).“ (Interview IX, Min. 00:10:22)

Inwieweit sich die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auf das gesamte Wohlbefinden innerhalb der Organisation auswirkten, konnte nicht final geklärt werden, jedoch wurde deutlich, dass die Arbeitsbedingungen in einem direkten Zusammenhang mit der Work-Life Balance stehen. Hier gaben Interview V und Interview VIII an, dass sie den Ausgleich zwischen Arbeit und Freizeit hoch einschätzen (Interview V, Min. 00:00:59; Interview VIII, Min. 00:00:22). Einige Probanden gaben an, dass die Belastung, die sie durch unterschiedliche Faktoren erfahren, wie unangemessene Arbeitsbelastung (Interview XVII, Min. 00:03:46), strukturelle Probleme (Interview XI, Min. 00:00:30), die Gefahr eines Boreout-Syndrom (Interview XIX, Min. 00:04:40) auf ihre Arbeitsbefriedigung drückt. Neben den Faktoren des Arbeitsinhaltes wurden auch Faktoren des Arbeitsverhältnisses genannt. Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, ist nicht nur das Verhalten am Arbeitsplatz ausschlaggebend für die Gesundheit, sondern auch die Arbeitsverhältnisse. Im Ausgangsmaterial wurden dazu vermehrt Angaben gemacht, die diese Arbeitsverhältnisse kritisch betrachten:

„(...) Körperlich nein. Also körperlich merke ich tatsächlich, dass ich einen Bürojob habe, und dass ich manchmal so eng getaktet bin, dass ich überhaupt keine Zeit habe, zwischendurch irgendwo mal hinzulaufen. Der Kopierer steht ganz am anderen Ende der Klinik, die Zeit hat

man häufig mal nicht, hinzulaufen, das heißt, man überlegt sich, okay was muss ich alles kopieren und dann läuft man einmal. Total doof, eigentlich sollte man einmal pro Stunde (I: Ja.) hinlaufen, so. (I: Ja.) Wir hatten neulich so einen Rückentag hier und da habe ich nicht so gut abgeschnitten, also einfach von der Beweglichkeit, hat er auch gesagt, Bürojob. Und dann meinte er so, pro Stunde 5 Minuten einfach mal irgendwas machen. Das geht manchmal einfach gar nicht, also körperlich gefordert ist es leider nicht so gut, aber geistig okay.“ (Interview XI, Min. 00:08:01)

Die Verhältnisse wie oben beschrieben beziehen sich hierbei auf die Möglichkeit, innerhalb der Organisation auf die empfohlene Bewegungsdauer von fünf Minuten Bewegung pro Stunde zu kommen. Auf Grund von Zeitdruck gibt der Proband an, dass diese Bewegungsdauer häufig nicht umgesetzt werden kann und dadurch die Beweglichkeit leidet. Diese Belastung am Arbeitsplatz ist für viele Befragte ein erhebliches Problem in ihrem Arbeitsalltag und spiegelt sich auch in der Beschreibung der Beschwerden wider:

„Körperlich (...) eher schwierig. (Ja.) Weil wir sehr, sehr viel am Schreibtisch sitzen und es mir schon starke Rückenprobleme macht.“ (Interview XIII, Min. 00:02:58)

Auch die Umgestaltung des Arbeitstages und des Arbeitsablaufes hin zu einer stärkeren körperlichen Beanspruchung wurde angesprochen. Im Interview X gab der Proband an, dass er seine Laufwege und die Umsetzung seiner Aufgaben dahingehend verändert hat, dass er weitere Wege und Stockwerke bewerkstelligen muss, um so auf seine Bewegung zu kommen (Interview X, Min. 00:04:37). Die direkte Eigenverantwortung für die Bewegung, aber auch andere Komponenten der aktiven Erholung, wurden bei einigen Probanden erkennbar:

„(...) dass man danach irgendwas physisch so zum Sport geht und so. Ich habe ab und zu auch sehr lange Arbeitszeiten und danach bin ich, glaube ich, von beiden total tot. Aber wenn du kurze Arbeitstage hast, wenn du 5 oder 6 Stunden arbeitest, danach habe ich einfach viel mehr Kraft. Ich glaube das hängt von den Arbeitszeiten pro Tag ab.“ (Interview XX, Min. 00:05:28)

Ein weiterer Aspekt, der sich bezüglich der Arbeitsbedingungen bemerkbar gemacht hat, waren die Auswirkungen von wirtschaftlichem Druck auf die Unternehmen. Hierbei war besonders die Umstrukturierung eines Unternehmens betroffen, die Neubesetzung des Vorstandes und die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Einzelhandel (Interview XI, Min. 00:01:09;

Interview XII, Min. 00:08:45; Interview XVII, Min. 00:03:46). Im folgenden Zitat wird deutlich, was die Auswirkungen einer Umstrukturierung innerhalb eines Unternehmens bedeuten:

„(...) diese Dienstleistung im Gesundheitswesen, das hängt halt immer auch ab von dem, was der Träger will. Also wir haben hier eine Klinik, dieses weiße Gebäude, was Sie zum Beispiel sehen. Das ist eine Privatklinik. Und das ist wirklich etwas, da bezahlen die Patienten, bzw. Ihre Versicherungen zu den medizinischen Leistungen 186 Euro pro Tag, nur für die Unterbringung. Für die Hotelleistung. Und das ist aber etwas, was der Träger im Moment in Frage stellt.“ (Interview XII, Min. 00:08:55)

Betrachtet man die Aussage, so wird klar, dass die Entscheidungen häufig weitreichend sind und die Umsetzung nicht nur direkt die Mitarbeiter betreffen, sondern manchmal auch die gesamte Unternehmensstruktur. Die Spürbarkeit von wirtschaftlichen Überlegungen und Sparmaßnahmen innerhalb der Unternehmen gaben die Probanden überwiegend als belastend an. Sie machten deutlich, dass ein Wechsel der Vorgesetzten häufig mit Problemen und Startschwierigkeiten einhergeht und die Zielsetzung und Priorisierung von Einzelzielen des neuen Vorgesetzten zu Gruppenzielen der Mitarbeiter teilweise auseinander geht:

„(...) aber er reagiert null. Er ist auch in diesem Januar den letzten Monat da, dann geht er in Rente, vorher hatte ich einen Abteilungsleiter, der war mit seinem Aufstieg beschäftigt, der ist jetzt Bereichsleiter geworden, der war auch nicht so in dem Sinne.“ (Interview XIV, Min. 00:14:09)

Hierbei wird deutlich, dass Frustration über die Situation spürbar ist und in einigen Fällen ebenfalls zur Abkehr vom Arbeitgeber führt oder die Resignation über eine Führung, die die Erwartungen und Ansprüche nicht erfüllt bemerkbar wird (Interview VI, Min. 00:08:20). Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Arbeitsbedingungen stark von den äußeren Gegebenheiten in den Unternehmen abhängen. Die Bedingungen vor Ort und die Aufgaben, die den Mitarbeitern gestellt werden, haben einen erheblichen Einfluss auf die Wahrnehmung der Situation. Im Folgenden lassen sich die Bedingungen vor Ort gut beschreiben:

„(...) Also geistig kommt immer darauf an was ich zu tun habe, wenn ich ehrlich bin, körperlich, so viel Auslastung haben wir ja jetzt nicht in dem Laden, also ich sitze oft viel rum oder bin oft viel am iPad, dass wir Sachen nachgucken müssen, wo ich halt schon merke, dass das

manchmal schon ein bisschen bedrückend, wir haben ja auch keinen Zugang ein Fenster aufzumachen oder so um frische Luft reinzulassen, ich finde, dass setzt manchmal schon ein bisschen zu. Deswegen da finde ich es einfach blöd, dass wir kein Fenster haben, aber das können wir ja so für den Laden halt nichts machen.“ (Interview XIX, Min. 00:04:40)

Selbstverantwortliche Bereiche, welche in bestimmten Aspekten gesteuert und verändert werden können, führen häufig zu einer Steigerung der Zufriedenheit. Ebenfalls ist die Sinnhaftigkeit der Arbeit ein entscheidender Faktor. Hierbei spielen besonders die Tätigkeiten im Krankenhaus eine wichtige Rolle. Die Möglichkeiten Menschen zu helfen und aktiv zur Gesundheitsentstehung beizutragen, wurde vermehrt als befriedigend und zufriedenstellend beschrieben (Interview XIII, Min. 00:00:45; Interview XIV, Min. 00:01:20). Auch Faktoren wie der Altersunterschied innerhalb des Teams wurden als Faktor zur Bestimmung der Zufriedenheit angegeben (Interview XX, Min. 00:06:23). Hierbei wurde gesagt, dass der ungefähr gleiche Altersdurchschnitt in der Gruppe förderlich sei für die Dynamik innerhalb der Gruppe und die Absprachen untereinander. Gleichzeitig wurde der Zugewinn an Lebensqualität durch die Förderung von remote Arbeit geäußert und die Möglichkeit, für die Mitarbeiter teilweise ihre Arbeit zu Hause zu erledigen, wurde als angenehm beschrieben.

Die fehlende Möglichkeit sich auf Grund von Zeitdruck nicht regelmäßig und ausreichend zu bewegen und dadurch eine Fehlhaltung zu provozieren, wurde als belastend beschrieben. Die Probanden gaben ebenso an, dass sie den wirtschaftlichen Druck, unter dem die Unternehmen stehen, spüren würden und die Umstrukturierungen im Unternehmen und Neubesetzungen in leitenden Funktionen, häufig das Angebot einschränken würden.

7.1.2 Hauptkategorie 2: Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten

Die Hauptkategorie 2 beschäftigt sich mit dem Verhältnis zu den Kollegen und den Vorgesetzten. Diese Hauptkategorie wurde ebenfalls induktiv aus dem Ausgangsmaterial herausgearbeitet. Im Laufe der Sichtung des Ausgangsmaterials konnten unterschiedliche Wahrnehmungen hinsichtlich des Verhältnisses dokumentiert werden:

„(...) mein persönliches Verhältnis zu meinem Vorgesetzten ist sehr gut und von daher geht er bei mir auch sehr tolerant damit um, wenn mal was passieren sollte, also wenn mal ein Fehler passieren sollte, habe ich jetzt keine Sorge (...).“ (Interview XVI, Min. 00:05:50)

Die Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten ist für viele Befragte ein bedeutender Aspekt in ihrem Arbeitsalltag. Die Übernahme von Aufgaben und die enge Zusammenarbeit, auch über dienstliche Vorschriften hinaus, wird als angenehm wahrgenommen (Interview IV, Min. 00:06:15). Auch die Rückmeldung bezüglich der Arbeitsleistung wird von den Befragten als wichtig empfunden. Hierbei spielt besonders der Adressat der Rückmeldung eine entscheidende Rolle. Ob es vom Patienten oder Kunden kommt, vom Kollegen oder vom Vorgesetzten (Interview IV, Min. 00:07:03):

„Auf der anderen Seite gibt es auch immer mal wieder vereinzelte oder einige Segmente hier in der Klinik, wo die Zusammenarbeit oder manchmal vielleicht auch mit der Wertschätzung zusammen, dass das was wir produzieren in der Bewegungstherapie oder auch das was wir dadurch rausholen könnten, was halt nicht ganz aktiviert wird oder abgerufen wird.“ (Interview VII, Min. 00:09:50)

Hierbei wird deutlich, dass die Anerkennung und die Wertschätzung innerhalb des Teams und innerhalb der Organisation einen entscheidenden Einfluss auf die Zufriedenheit haben. Die Zusammensetzung eines heterogenen Teams wird als vorteilhaft beschrieben und bringt neben einigen Reibungspunkten auch einen regelmäßigen Austausch (Interview VII, Min. 00:08:55). Auch der Zeitfaktor wird als Hemmschwelle beschrieben. Der Umgang mit den Kollegen innerhalb eines direkten Teams findet regelmäßig und ungeplant statt, da die Arbeitsabläufe aufeinander abgestimmt sind. Der Umgang mit Kollegen anderer Abteilungen ist dagegen unregelmäßiger:

„Ich finde, da ist der Austausch nicht so hoch, also weil einfach die Zeit nicht dafür da ist. Also ich könnte schon fragen, aber ich finde da ist eher der Austausch gering.“ (Interview VIII, Min. 00:07:02)

Die Zusammenarbeit wird generell als positiv beschrieben (Interview II, Min. 00:10:08; Interview IV, Min. 00:06:10; Interview XII, Min. 00:09:52). Hierbei wird jedoch in den meisten Interviews darauf hingewiesen, dass die Zusammenarbeit mit den Kollegen in den gleichen Gruppen besser ist als die Zusammenarbeit mit den Kollegen in den anderen Gruppen oder Abteilungen. Die unterschiedlichen Hierarchiestufen innerhalb einer Gruppe können zu Spannungen führen und die Aussagen und Absprachen unter Kollegen auf einer Stufe teilweise zu Missverständnissen führen (Interview I, Min. 00:11:19). Bei der Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Kollegen wurde die freundschaftliche Zusammenarbeit wiederholt genannt:

„(...) ist total offen und kollegial, also wir sind alle auf einer Ebene, also es ist keine Hierarchie, es ist freundschaftlich, also zum Teil sind wir sogar richtig eng befreundet und ganz wohlwollend und hilfsbereit. Und also genau, es ist ein tolles Team hier. Aber ich erlebe das auch in den anderen Teams, wo ich dann quasi so als Randerscheinung so dazu komme, meistens auch so. Also es ist viel auf Augenhöhe und wertschätzend und so.“ (Interview X, Min. 00:12:18)

Bei der Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Gruppen wurde häufig der Aspekt der großen Distanz innerhalb des Unternehmens genannt. Die Gruppen waren schwerer zu greifen und konnten dadurch weniger kontrolliert oder erfasst werden. Die Möglichkeit des Zugriffs auf die Arbeit und die Dienstleistung der Gruppe war schwerer zu erfassen (Interview I, Min. 00:12:26). Die Zusammenarbeit erstreckt sich aber in einigen Fällen auf mehr als ein rein kollegiales Verhältnis. Wie in Interview X angesprochen, werden auch Beispiele genannt, wo die Arbeitsbeziehung über das rein kollegiale Verhältnis hinaus geht. Dieser Zusammenhang wird teilweise als etwas schwierig beschrieben. Da die Arbeitsanforderungen auch von den Kollegen aufrechterhalten werden und die Anforderungen für alle im Team gleich sind, fallen Ausreißer häufig schneller auf, als wären diese Ausreißer in anderen Gruppen vorgekommen (Interview XI, Min. 00:15:31). Die schnelle Konfliktlösung wird ebenfalls als positiv wahrgenommen. Durch das schnelle Beseitigen von Hindernissen und Problemen, kann der Fokus schnell wieder auf das Wesentliche gelegt werden und es entstehen keine nachhaltigen und langfristigen

Probleme (Interview XIII, Min. 00:06:52). Ebenfalls wird die Konfliktlösung auf inhaltlicher Ebene als positiv bewertet:

„(...) ich glaube man kommt dann eher auf der Inhaltsebene, dass man sich wirklich auch diszipliniert und sagt wir okay wir wollen das inhaltliche hier klären und dieser Persönlichkeitsfaktor, der muss halt eben dann zurückstehen. Ich glaube das hat hier auch ein Stückweit was mit Souveränität zu tun. Also je nachdem in welchem Unternehmen Sie da sind, werden Sie dann auch andere Antworten kriegen.“ (Interview II, Min.00:11:17)

Hierbei wird deutlich, dass der Austausch und der persönliche Kontakt im Unternehmen entscheidend ist für die Lösung von Konflikten. Auch Strategien und der eigene Umgang mit den Konflikten sind ein entscheidender Faktor:

„(...) Aber auch bei uns in der Gruppe kommt es auch durchaus auch mal zu Spannungen, aber wie gesagt auch da, es ist dann einfach besser, man geht sich dann auch mal aus dem Weg, atmet tief durch, sozusagen, um nächsten oder übernächsten Tag wieder aufeinander zuzugehen, um das nochmal zu klären. Aber das ist glaube ich auch wirklich die eigene Persönlichkeit dann gefragt und auch da gibt es eben solche und solche Kollegen (lacht) aber bei uns in der Gruppe insgesamt ist es gut und bei den Schnittstellen, ja, wenn man sich noch nicht so gut kennt, dann kann das halt eben schon zu Reibungen kommen, aber je besser das Verhältnis zueinander wird und auch das Arbeiten miteinander, desto besser geht man dann auch mit solchen Sachen um.“ (Interview II, Min: 00:10:26)

Im Interview III wurde angegeben, dass die Zusammenarbeit mit Männern bevorzugt wird:

„Das ist eine reine Männerdomäne. Und ich komme eigentlich mit den Männern wesentlich besser klar, als wenn ich perspektivisch überlege, vielleicht den Bereich zu wechseln, wo ich nur mit Frauen zusammenarbeiten muss, überlege ich wirklich nee, bin ich glaube ich nicht so gut aufgehoben, bleib ich dann doch lieber in der Männerdomäne, weil komme gut mit denen klar.“ (Interview III, Min. 00:09:10)

Gründe hierfür sind die Vermeidung von Konflikten innerhalb des gleichen Geschlechts, weniger Neid und die Revierkämpfe mit Kollegen, die jünger sind. Die Abkehr vom Symptom der Einzelkämpfer zu einem Teamgefühl wird ebenfalls als angenehm empfunden (Interview VI,

Min. 00:06:22). Die Aufgabenverteilung innerhalb des Teams wird ebenfalls als besser und gerechter empfunden, wenn das Teamgefüge freundschaftlich, ist und eventuell entstehende Dysbalancen in der Arbeitsverteilung werden als nicht so gravierend wahrgenommen (Interview XX, Min. 00:16:04). Die Spannungen, die auftreten können, beinhalten teilweise auch Spannungen, die extern auf die Gruppe herangetragen werden, wie von Kunden oder anderen Dienstleistern (Interview XX, Min. 00:16:35; Interview XIX Min. 00:11:04). Besonders Probanden, die schon lange im Unternehmen arbeiten, gaben an, dass die Zusammenarbeit immer wieder schwankend sei:

„Du musst Dir vorstellen, wir kennen uns zum Teil wirklich alle über zwanzig Jahre. Das ist wie in einer alten Ehe. Also ja. Wenn es knallt ... gute Zeiten, schlechte Zeiten.“ (Interview XVI, Min. 00:11:57)

Gründe für die schwankende Stimmungslage waren die Arbeitsmenge, der aktuelle Personalstand, die Krankheitslage im Team und die grundsätzliche Ausgangslage des Arbeitgebers und die wirtschaftliche Situation. In Zeiten, wo die Situation wirtschaftlich angespannter war, wurde das Zusammengehörigkeitsgefühl als schlechter wahrgenommen (Interview XI, Min. 00:15:15). Hinsichtlich der unterschiedlichen Situation und Umgang mit Konflikten wurde in einigen Interviews angemerkt, dass häufig fehlende Informationen ein Grund für die falsche Beurteilung der Situation sein kann:

„(...) so einen Punkt, der heißt emotionale Belastung in unserem Team, und da erzählt man dann auch privat mal ein bisschen, also wir, man hat nicht mit allen ganz viel privat zu tun, aber da erzählt man dann, was gerade los ist, und dadurch kann man zum Beispiel viel besser einschätzen, wenn der andere gerade mal grantig ist, also wenn ich im Hinterkopf habe, da läuft gerade eine Scheidung, bin ich viel gnädiger natürlich (...).“ (Interview XI, Min. 00:16:45)

Diese Informationen und das daraus resultierende Vertrauen wird als förderlich beschrieben. Auch der Austausch mit den Kollegen bei Krankheit oder persönlichen Problemen wird als angenehm beschrieben (Interview IX, Min. 00:12:15). Dieser Zusammenhang zwischen Vertrauen und dem Austausch wird auch als dienlich bei der Einarbeitung beschrieben. Oftmals wurde das Einarbeiten als Wurf ins kalte Wasser beschrieben (Interview VIII, Min. 00:10:07). Die Hilfe und der Austausch der Kollegen war dabei hilfreich und stellt erste Berührungspunkte

dar. Die intensive Anfangszeit wurde somit für einige Befragte ein guter Einstieg in das Teamgefüge und gab neben der Orientierung im Unternehmen auch Halt in den Strukturen der Kollegen (Interview XIV, Min. 00:12:41). Dieser Prozess wurde teilweise als Learning-by-Doing Erfahrungen beschrieben und half den Probanden in einigen Fällen bei der Bewerkstelligung der Aufgaben:

„(...) also Learning-by-doing Erfahrungen gemacht, viel ins kalte Wasser (lacht) gesprungen, und (.) auch nachher über Austausch mit Kollegen, was dann später kam, auch gemerkt, dass ich an ein oder anderen Stelle viel zu VIEL (lacht) gemacht habe, ach, das ist gar nicht meine Aufgabe, also das war damals nicht optimal, aber das ist ja auch schon 12 Jahre her.“ (Interview XIV, Min. 00:13:01)

Die unklare Definition der Position und die Überschneidung von Aufgabengebieten führte zu Konflikten. Hierbei zeigte sich sehr deutlich, dass die Gemeinsamkeit von der Aufgabe im Unternehmen und der privaten Überschneidung schwierig war. Trotz klarer Absprachen und definierten Aufgabengebieten von Mitarbeitern wurde es als schwierig beschrieben, Abstand zu halten und die persönlichen Empfindungen rational zu bewerten (Interview XVIII, Min. 00:11:45).

Es zeigte sich im Laufe der Sichtung des Ausgangsmaterials, dass die Verbindung zu den Kollegen häufig davon abhing, inwieweit der Arbeitsalltag zu bewerkstelligen ist:

„(...) Überwiegend ist das richtig gut (.) und wir sind ja ein Team von 7 Leuten und wie in jedem Team gibt es natürlich auch so eine Person, die, die man so ein bisschen mit durchschleppt, ich glaube, das ist aber ganz normal für alle Teams.“ (Interview XIV, Min. 00:07:43)

Aber auch hier wird deutlich, dass die Reflektion dahingehend vorhanden ist, dass dieser Zustand auch als vorteilhaft angesehen werden kann und die Stärken des Kollegen gesehen werden. Diese Art des Ansatzes zog sich durch einige Interviews des Materials:

„(...) die man so ein bisschen durchschleppt, hat absolut ihre Stärken und ist auch irgendwo wertvoll (I: Ja.) für das Team und eigentlich haben wir einen sehr guten Zusammenhalt (I: Okay.), ja. Wobei man aber auch sagen muss, diese Teams ((Papier raschelt)), ich bin, ich bin da immer, aber ich habe immer wieder neue Kollegen, das, und das ist, ich weiß nicht, ob die

Frage noch kommt, aber dieser ständige Wechsel, dass immer ((Motorengeräusch)) neue wieder dazukommen und dann auch wieder eingearbeitet werden müssen, das ist eher etwas, was belastend ist.“ (Interview XIV, Min. 00:07:55)

Betrachtet man die Situation rund um das Verhältnis zum Vorgesetzten, so wird deutlich, dass die Spanne weit auseinandergeht. Die Voraussetzungen innerhalb der Unternehmen sind sehr unterschiedlich bezüglich des Verhältnisses zum Vorgesetzten und reichen von einem sehr engen und vertrauten Verhältnis (Interview XIII, Min. 00:13:56) bis zu einem distanzierten und gleichgültigen Verhältnis (Interview I, Min. 00:15:05). Vor allem der Aspekt des Feedbacks und des Lobes wurde vermehrt angesprochen und kritisiert:

„(...) finde ich sehr unangenehm, weil ich bin ein Mensch, ich halte das für wichtig, anderen auch zu sagen, dass ich gerne mit denen zusammenarbeite oder dass ich mich über dies oder jenes freue oder das ich toll finde, was sie da gerade gemacht haben. Und ich finde, das ist ein großer Nutzen, den das bringt (lacht) aber kann man nicht erzwingen.“ (Interview I, Min. 00:15:09)

Diese Einstellung wird vermehrt in den Interviews angegeben (Interview VI, Min. 00:08:18; Interview VIII, Min. 00:07:33; Interview XIII, Min. 00:09:01). Die deutlich erkennbaren Aussagen, dass das Ausbleiben von Tadel als Lob verstanden wird, ist in einigen Interviews erkennbar:

„(...) es ist so dieses Ausbleiben von Tadel ist Lob. Also es ist glaube ich nicht so, dass man jeden Tag irgendwie gesagt bekommt so gute Arbeit. Aber ich glaub auch muss man sagen nicht üblich. Also ich habe noch nie einen Chef gehabt, der irgendwie gesagt hab, hey, das hast du aber richtig gut gemacht und unterm Team machen wir es schon, aber manchmal sagt sie es auch.“ (Interview XIII, Min. 00:09:01)

Durch das Ausbleiben von Lob und Anerkennung geben einige Probanden an, dass sie keinerlei Rückmeldung über die Qualität ihrer Arbeit bekommen würden und könnten nicht einschätzen, ob ihre Arbeit den Anforderungen entspricht (Interview XV, Min. 00:09:55). Dieses fehlende Feedback wird als belastend empfunden und hängt einerseits damit zusammen, dass die Vorgesetzten selbst unter großem Druck stehen, dass sie zu weit weg sind von der Kernarbeit und daher die Abläufe und Aufgaben selbst nicht überblicken können und dass sie selber mit ihrem Aufstieg oder der Sicherung ihrer Position beschäftigt sind (Interview I, Min. 00:15:01;

Interview XVI, Min. 00:11:04). Diese Faktoren werden in den meisten Interviews angegeben. Sie wurden damit begründet, dass die Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren so extrem hoch war (Interview IX, Min. 00:15:33). Auch ein häufiger Wechsel der Vorgesetzten wurde angemerkt, und der damit einhergehende Vertrauensverlust auf der einen Seite und die Anfangsschwierigkeiten auf der anderen Seite erschwerten die Zusammenarbeit:

„(...) gerade jetzt durch den neuen Vorgesetzten müssen wir uns jetzt erstmal zusammenrücken, zu sagen, also Freund Feind so nämlich (unv.) steht der wirklich unter Druck, gibt er den Druck jetzt weiter. Also vorher als wir keinen Vorgesetzten hatten, haben wir ja nicht (unv.) so gut gearbeitet, wie wir konnten, (unv.) aber jetzt ist das vielleicht nochmal ein anderer Druck. Das muss sich jetzt erstmal einspielen.“ (Interview III, Min. 00:10:22)

Dieser Aspekt zieht sich durch das Ausgangsmaterial. Es war erkennbar, dass die Zusammenarbeit und das Verhältnis zu den Vorgesetzten in Teilen davon abhingen, inwieweit es einen Austausch über die aktuelle Arbeitssituation gibt. Es wurde erkennbar geäußert, dass der Vorgesetzte keine Rückmeldung über die Arbeitssituation gibt, so wurde das Verhältnis als nicht positiv beschrieben (Interview V, Min. 00:14:40).

Ebenfalls war erkennbar, dass die Notwendigkeit und das Bedürfnis nach Anerkennung und Rückmeldung über die Qualität der Arbeit sehr unterschiedlich waren. Einige Probanden gaben an, dass sie eine Rückmeldung über die Qualität ihrer Arbeit als wichtig empfinden und einige gaben an, dass sie keinerlei Bedürfnis diesbezüglich verspüren würden:

„Da genüge ich mir selber. Wenn ich mit mir zufrieden bin reicht mir das. Ob das nun jemand anders, insbesondere mein Vorgesetzter, ob der jetzt sagt, ich mache das gut, ich muss ja mit mir zufrieden sein.“ (Interview XVI, Min. 00:13:33)

Teilweise wurde ebenfalls angegeben, dass die Vorgesetzten nicht in der Lage sind, Rückmeldung über die Qualität der Arbeit zu geben, da sie nicht nah genug an der Arbeit dran seien und diese nicht beurteilen können (Interview XI, Min. 00:23:50). Hinsichtlich dieser Differenzen waren die Bemühungen teilweise zu erkennen, dass das Verhältnis zwischen den Mitarbeitern und den Vorgesetzten intakt bleibt und sich auf die inhaltliche Ebene konzentriert (Interview I, Min. 00:14:57). Auch direkte Fördermöglichkeiten oder die Möglichkeit zur Teilnahme an Fördermöglichkeiten wird als positiv oder negativ mit dem Vorgesetzten in Verbindung gebracht.

Einige Probanden gaben an, dass sie Interesse an Fortbildungen haben und ihr Vorgesetzter dahingehend aktiv werden musste, ihnen das zu ermöglichen. Teilweise wurde diesem Wunsch nicht nachgekommen und es blieben neben Verunsicherung und Unverständnis auch Frust und Resignation zurück (Interview 1, Min. 00:13:35; Interview III, Min. 00:17:14). Fehlende Unterstützung wird auch in anderen Bereichen wiederholt genannt. Einige Probanden gaben an, dass ihr Interesse im Unternehmen durchaus vorhanden ist, sich mehr als üblich zu engagieren. Ihnen würde neben der Finanzierung aber vor allem der Wille zur Unterstützung von Vorgesetzten fehlen und neben harten Faktoren wie Geld, Räumlichkeiten und Ressourcen auch weiche Faktoren wie immaterielle Unterstützung, Zuspruch und Vertrauen (Interview XII, Min. 00:15:06). Dieses Vertrauen wird teilweise als erarbeitet angegeben und teilweise beruht es auf der Dauer der Zusammenarbeit. Einige gaben an, dass sie über 20 Jahre mit ihrem Vorgesetzten zusammenarbeiten würde und daher ein blindes Vertrauen herrschen würde.

Neben dem Faktor der Dauer der Zusammenarbeit wird auch das Alter des Vorgesetzten teilweise als förderlich oder hinderlich beschrieben. Eine geringe Altersspanne wird teilweise als eher unterstützend und weniger hierarchisch wahrgenommen und die Lösung von Problemen und Konflikten orientiert sich am Lösen von Problemen und wird weniger von hierarchischen Aspekten überlagert:

„Meistens finden sie immer irgendeine Art Lösung oder sind manchmal selber der Ansicht, dass wenn eine Schwierigkeit ist, empfinden sie dann entweder genauso oder sind eigentlich immer sehr offen, auch um dann Lösungen zu finden.“ (Interview XIX, Min. 00:11:27)

Bei der Lösung von Konflikten innerhalb der Beziehungsstruktur wurde auch angemerkt, dass die Beseitigung von Problemen mit der emotionalen Trennung von Privatem und Beruflichen eng verknüpft ist. Sobald es gelingt, Privates außen vor zu halten, gelingt die Lösung von Konflikten und Spannungen deutlich besser:

„Ja, es kommt vereinzelt zu Spannungen, aber nicht massiv. Ich denke, dass wir die ganz gut und konstruktiv schaffen zu lösen, ich glaube, da ist meine Rolle auch sehr wichtig, weil ich sehr unemotional an solche Thematiken rangehe.“ (Interview XVII, Min. 00:10:29)

Diese Diskrepanz zwischen den privaten und beruflichen Spannungen wird wiederholt als Belastung beschrieben. Im Verlauf der Interviews kristallisierte sich jedoch heraus, dass der

Umgang in den Unternehmen respektvoll und ohne unsachliches Verhalten oder Übergriffe vonstattengeht:

„(...) da wo wir zusammenarbeiten, finde ich es manchmal nicht so leicht zusammenzuarbeiten, also ich hatte das jetzt gerade die letzten Wochen, dass es da Missverständnisse gab in Ansprachen (...) ich habe immer nur Versprechungen gekriegt und es ist nichts gemacht worden und damit musste ich umgehen und das ist natürlich eine Belastung. Das fand ich jetzt nicht so schön, ansonsten haben wir alle, also ich finde wir haben ein prima Verhältnis miteinander. Es gibt keine Übergriffe, weder von dem Benehmen noch vom Verhalten her noch irgendwelchen, also so unsachlichen Verhalten oder so, dass gibt es eigentlich nicht und es ist schon auch vertrauensvoll.“ (Interview I, Min. 00:11:19)

Die Hauptkategorie 2 beleuchtet das Verhältnis zu den Kollegen und den Vorgesetzten und gibt ein detailliertes Bild über den Umgang im Unternehmen untereinander wieder. Besonders in den Unternehmen mit weniger als zehn Mitarbeitern wurde deutlich, dass die Zusammenarbeit stark auf gegenseitiges Vertrauen und einem kollegialen Miteinander mit flachen Hierarchiestrukturen und kurzen Entscheidungswegen aufgebaut ist. Dieser Unterschied zu den Unternehmen mit hunderten von Angestellten wurde im Ausgangsmaterial klar erkennbar. Hierbei zeigten sich die Vorteile von direkter Kommunikation und dem Ausbleiben von Hierarchiekämpfen.

Die Anerkennung und Wertschätzung wurde vermehrt als positives Signal zur Teilnahme den Maßnahmen interpretiert. Dabei zeigte sich die Wichtigkeit der Rückmeldung über die Arbeitsleistung und die Unterschiede in der Qualität der Zusammenarbeit in der gleichen Gruppe im Gegensatz zu der Zusammenarbeit mit anderen Gruppen. Die Konfliktlösung wurde in der eigenen Gruppe überwiegend als positiver und produktiver beschrieben und vermittelte ein Teamgefühl. Der persönliche Austausch mit Kollegen wurde in der Zeit der Corona-Pandemie als fehlend empfunden. Neben dem fehlenden Austausch mit Kollegen wurde das ausbleibende Feedback vom Vorgesetzten sowie ein ständiger Wechsel des Vorgesetzten als negativ beschrieben.

7.1.3 Hauptkategorie 3: Gesundheitseinstellung

Die Hauptkategorie 3 beschäftigt sich mit der Gesundheitseinstellung und Gesundheitswahrnehmung der Angestellten und Mitarbeiter in den Unternehmen. Die Probanden gaben ihren selbstwahrgenommenen subjektiven Gesundheitszustand an und ordneten und schätzen ihre eigene Gesundheitskompetenz ein. Trotz der unterschiedlichen Anforderungsgebiete der drei untersuchten Unternehmen wurden hinsichtlich der Belastung und der körperlichen Beschwerden häufig die gleichen Probleme angegeben. Dabei wurden überwiegend Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparats genannt:

„(...) dieses Jahr wechselnd, ich bin halt sehr sportlich, aber jetzt kommt aber irgendwie alles zusammen. Das ich halt im Mittelfuß und im Sprunggelenk einen Ermüdungsbruch hatte, dann anschließend hatte ich auf Grund dieser ganzen Orthese und den Krücken hatte ich dann Rücken, dann mittlerweile durch den Rücken habe ich jetzt Halswirbelsäule, dadurch Kopfschmerzen, also fühle ich mich so (unv.), so richtig ermattet.“ (Interview II, Min. 00:17:06)

Einige Probanden gaben an, dass sie durch die Arbeit und die monotone Bewegung oder durch die fehlende Bewegung Versteifungen oder Verkrampfungen verspüren würden (Interview VI, Min. 00:12:20; Interview XIV, Min. 00:14:20). Dieses Phänomen zog sich durch einen Großteil des Interviewmaterials. Es wurde deutlich, dass die Vernachlässigung der Gesundheit in schwierigen unternehmerischen Zeiten verstärkt stattgefunden hat:

„Zu Corona-Zeiten als weniger zu tun war deutlich mehr, da ging es mir auch deutlich besser. Und im Job neige ich dazu das nach hinten zu schieben und mich mehr auf den Job zu konzentrieren, da bleibt weniger Zeit, da sind wir wieder bei der Work-Life-Balance sich um die Gesundheit zu kümmern.“ (Interview XIII, Min. 00:12:14)

Einige Probanden gaben an, dass sie sich aktuell in Behandlung befinden würden und auf Grund der Schmerzen nur teilweise arbeitsfähig seien (Interview XII, Min. 00:19:30). Neben den aktuellen körperlichen Beeinträchtigungen gab es auch Angaben über gesundheitliche Probleme hinsichtlich der Arbeitsbelastung. Hierbei wurde angegeben, dass die Arbeitsmenge derart hoch sei, dass die Anforderungen die Mitarbeiter überlasten würde und dadurch gesundheitlich Einschränkungen auftreten würden (Interview XVII, Min. 00:13:22). Diese Wahrnehmung wurde teilweise selbst geteilt und auch reflektiert:

„Kommt drauf an, wie weit man die fasst. Körperlich Schulter Verspannung oder sowas immer mal wieder, der mentale Stress ist natürlich auch da, wie wir ja bei den Frageantworten gesehen haben (..) also, ich weiß nicht ob täglich, aber nichts Gravierendes. Ich glaube, das ist ja immer sehr subjektiv, die von 1-5 Skala und da ist die eins und die zwei bewusst nicht gewählt, weil es schon mal besser war und derzeit einfach eine drei.“ (Interview XVII, Min. 00:13:10)

Auch die eigene Verantwortung für die Gesundheit wurde von den Probanden durchgehend als sehr hoch eingestuft. Es wurde erkennbar, dass der Zusammenhang von Arbeitsleistung und Gesundheitszustand in einem direkten Verhältnis stehen und neben den unterschiedlichen Faktoren der Gesunderhaltung auch Aspekte der Krankheit im Arbeitsleben eine Rolle spielen:

„Ich gehe regelmäßig zum Arzt, ich habe eine chronische Krankheit, deswegen bin ich viel mit meinem Arzt auch in Kontakt, ich gehe wöchentlich zur Physiotherapie und ich nehme auch Medikamente für meine chronische Krankheit und kümmere mich da auch drum.“ (Interview XVIII, Min. 00:16:58)

Viele Probanden gaben an, dass der Gesundheitszustand und ihre eigene Gesundheit für sie ein essenzieller Bestandteil ihres Wohlbefindens sei und sie durch den eigenen Gesundheitszustand ihre Lebensqualität gut einschätzen können. Es wurde deutlich, dass der Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitsleistung ebenso besteht wie der Zusammenhang von Gesundheit und Freude am Alltag (Interview XIX, Min. 00:14:55). Für einige Probanden war die Behandlung von Erkrankungen, ob chronisch oder nicht, mit Medikamenten ein Bestandteil ihres Alltags (Interview XIX, Min. 00:13:41). Neben der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit wurde auch vermehrt darauf hingewiesen, dass der Gesundheitszustand nicht gut sei und die Verbesserung eine tägliche Aufgabe sei (Interview XX, Min. 00:18:30). Im Laufe der Sichtung des Ausgangsmaterials konnten Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustands wahrgenommen werden, aber auch Unterschiede bezüglich der eigenen Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit. Einige Probanden gaben an, dass sie trotz einer Erkrankung sich gesund fühlen und durch die Einschränkung bewusster mit ihrer Gesundheit umgehen würden (Interview V, Min. 00:17:38). Diese Einstellung wurde im Laufe der Interviews wiederholt und offenbart, dass die Erkenntnis über die eigene Verletzlichkeit und die dadurch verminderte Lebensqualität durchaus vorhanden ist. Diese Einstellung wird teilweise als Kampf beschrieben und zeigt sich auch in anderen Bereichen der Interviews (Interview III, Min. 00:22:30). Die ständige

Selbstfürsorge beinhaltet für einige Probanden eine dauerhafte Arbeitsfähigkeit und zeigt sich in körperlichen, aber auch psychischen Aspekten:

„(...) Laufend (laufend). Also ich muss auch laufend um mich selber kümmern, damit ich laufend arbeitsfähig bin.“ (Interview I, Min. 00:19:45).

Einige Probanden gaben an, dass für sie Sport zur Gesundheitserhaltung gehört und sie durch Verletzungen aufgehalten sind (Interview II, Min. 00:17:31). Trotz Einschränkungen wird wiederholt angegeben, dass die Ausübung von Sport und sportlichen Aktivitäten zum Wohlbefinden beiträgt und auch bei Verletzungen durchgeführt wird (Interview VI, Min. 00:16:33). Hierbei wird erwähnt, dass die Probanden sich der Nebenwirkungen durchaus bewusst sind, die Einnahme von Schmerzmitteln und die Verlängerung des Heilungsprozesses aber trotzdem in Kauf nehmen, da sie die sportliche Aktivität als wichtiger wahrnehmen für ihre eigene Gesundheit. Neben der Tatsache, dass die Nutzung von Medikamenten zur Ausübung von sportlichen Aktivitäten kein Hindernis darstellt, wird auch deutlich, dass die Probanden sich der Konsequenzen bewusst sind. Deutlich wurde, dass die Erkrankungen und die Probleme im Muskel-Skelett-Apparat überwiegend dominieren bei der Angabe von Beschwerden. Eine Vielzahl von Probanden klagten über Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Verspannungen (Interview XI, Min. 00:24:22; Interview VII, Min. 00:17:30; Interview VI, Min. 00:12:45).

„Genau, also Bewegung oder ich bin eigentlich seitdem ich Jugendlich bin, spiele ich Fußball, das gibt mir was, also ich laufe, variier immer nochmal, mach so ein paar Übungen morgens, die mich in den Tag starten lassen, wo ich selbst dann schon ein bisschen wacher bin, weil ich selbst sonst immer ein bisschen morgenmuffelig bin, das ist auch immer nochmal - und genau also ich suche mir selbst schon was auch im Studio mach ich dann auch nochmal so mein Trainingsplan für mich, um einfach selbst ein bisschen fit zu sein. Gerade hier auch wir haben wenig Sitztätigkeiten, aber halt auch dieser Sittingtime entgegenzuwirken.“ (Interview VII, Min. 00:16:45)

Einige Probanden gaben an, dass sie durch körperliche Einschränkungen ihrem Beruf nur bedingt nachkommen können (Interview XIV, Min. 00:14:15). Ausschlaggebend dafür waren Erkrankungen, die sie sich im privaten Umfeld zugezogen haben, aber auch Erkrankungen, die im beruflichen Umfeld hinzukamen. Häufig wurde beschrieben, dass die Erkrankungen schon länger bestehen würden und mit der Zeit schlimmer würden (Interview XII, Min. 00:19:40).

Die Ursachen hierfür sind sehr unterschiedlich. Angegeben wurden private Probleme und die Verschleppung von körperlichen und psychischen Einschränkungen. Die Probanden gaben an, dass sie auf Grund von zeitlichen Problemen nicht in der Lage waren, sich angemessen um ihre Gesundheit zu kümmern und die Belastung von familiären Anforderungen, beruflichen Anforderungen, Freizeitstress und teilweise langen Fahrtwegen ihnen im Weg standen (Interview X, Min. 00:25:00). Besonders die Probanden, die angaben, dass sie zur Arbeit pendeln oder ihr Fahrweg länger als 30 Minuten dauert, gaben an, dass sie sich schwertun würden mit der Umsetzung ihrer eigenen gesteckten Ziele hinsichtlich Sport, Bewegung und Ernährung:

(...) ich versuche, mich zu bewegen, aber ich bin häufig, dadurch dass wir auch pendeln, nach der Arbeit so müde, dass ich nicht mehr zum Sport gehe, das ärgert mich dann, ich versuche, ausgewogen zu essen, ich merke aber, wenn es hier stressig wird, esse ich plötzlich mehr Süßigkeiten, also ich versuche da schon ein bisschen drauf zu achten und mal vielleicht von der Physiotherapeutin irgendwelche Übungen zu machen, aber das ist auf gar keinen Fall täglich, also das ist vielleicht so einmal in der Woche.“ (Interview XI, Min. 00:24:55)

Andere Probanden gaben an, dass die Abwägung von sportlicher Aktivität oder vollständiger Regeneration im Ungleichgewicht seien (Interview XVII, Min. 00:13:22). Die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit variierte stark bei den befragten Probanden und wurde generell als eher schlechter eingeschätzt. Einige Probanden gaben an, dass sie keine bessere Einschätzung vergeben würden, da sie durchgehend körperliche oder psychische Beeinträchtigungen verspüren würden und sich dadurch nicht als gesund einordnen würden. Teilweise wurden angemerkt, dass die Zeit im Urlaub oder zwischen den Jahren als Zeit zur Erholung und Regeneration genutzt wird. Ein Großteil der Befragten gab an, dass sie sich bewusst um ihre Gesundheit kümmern:

„Diese klassischen drei Säulen, ne? Ernährung, Bewegung, Entspannung. (I: Okay.) Das ist tatsächlich so, das sind so das, was ich auch damals in der Gesundheitsberaterausbildung gelernt habe, nicht als Krankenschwester, aber als Gesundheitsberaterin, und das ist mir auch echt wichtig, also ich bewege mich außerhalb der Arbeit auch noch regelmäßig, bin eingeschränkt, aber im Rahmen der Einschränkungen, die ich machen kann, bewege ich mich viel, ich (.) achte auch auf meine Ernährung (.), mache ich aber auch gerne, ich, ich mag gesundes Essen, ich mag Gemüse, ich mag Obst und sowas und stehe gar nicht so auf Fleisch, bin jetzt kein Vegetarier direkt, aber das brauche ich nicht so, (unv.) mache ich eher selten und mir ist

schon wichtig Genuss, ja, aber auch gesunde Ernährung, da lege ich viel Wert drauf. Und (...) Entspannung auch, ne, also ich mache Yoga und habe da auch immer den Entspannungsanteil, da dran, finde ich sehr wichtig und immer mal wieder mache ich auch ein bisschen Achtsamkeitsübungen, aber das ist sowas, was im Alltag auch leider immer mal wieder so ein bisschen (lacht) weggeht, aber das ist mir schon sehr wichtig.“ (Interview XIV, Min. 00:14:37)

Dieser Aspekt zog sich durch das gesamte Ausgangsmaterial. Kein Proband gab an, dass er sich nicht um die eigene Gesundheit bewusst kümmern würde und diese nicht im Fokus liegen würde. Hierbei war jedoch auffällig, dass die Einschätzung, was genau wichtig für die eigene Gesundheit ist, stark variierte. Die subjektive Wahrnehmung war dabei genauso entscheidend wie die Erfahrungswerte der Probanden. Häufig wurde angegeben, dass die Wichtigkeit der eigenen Gesundheit mit dem Älterwerden zusammenhing. Wie im Interview XIV zu erkennen, wurden am meisten die drei Säulen Ernährung, Bewegung und Entspannung genannt. Die zeitliche Einschränkung auf Grund des Berufes wurde von einigen Probanden als Hindernis dargestellt:

„(...) aber es ist natürlich so, dann habe ich mich zum Sport angemeldet, dann mache ich Spätschicht, weil jemand krank ist und schon mache ich keinen Sport. Also das ist so ein bisschen schwierig so regelmäßig Sport zu machen. Ich versuche halt spazieren zu gehen, Fahrrad fahren, aber ich würde da gerne mehr machen.“ (Interview XV, Min. 00:12:15)

Auffällig war es, dass ein Teil der Probanden hierbei angab, dass sie der Schichtdienst abhalten würde, Sport zu treiben (Interview XV, Min. 00:12:50). Dieser Faktor und ein langer Anfahrtsweg zur Arbeit, halten einige Probanden ab, regelmäßig Sport zu treiben und sich aktiv um ihre Gesundheit zu kümmern. Sie gaben ebenfalls an, dass sie dieser Faktor durchaus stören würde, sie jedoch keine Lösung parat hätten (Interview X, Min. 00:24:32). Einige Probanden gaben an, dass sie auf Grund ihres Alters vermehrt auf ihre Gesundheit achten müssen:

„(...) ich glaub wirklich, das wichtigste ist glaube ich in Bewegung zu bleiben. (Körperlich jetzt?) Also das merke ich jetzt tatsächlich, so in meinem Alter jetzt irgendwie, dass ich so langsam merke, wie, also wenn ich jetzt keinen Sport machen würde, dann würde es mir glaube ich nicht so gut gehen, wie es mir jetzt geht. (Mhm.) So ich mache so Antara, ich weiß jetzt nicht, kennt irgendwie immer keiner, aber das ist halt irgendwie so ein tolles Training für die ganze, für die innere Haltemuskulatur und seitdem ich das mache, habe ich echt, fühle ich mich

immer nur gut. (Okay.) Und Stand-Up-Paddeln, das ist dann was für die Seele. (lacht) Genau, ja.“ (Interview X, Min. 00:24:55)

Einige Probanden gaben an, dass sie die Schwelle ab dem 50. Lebensjahr als Gradmesser für ihre Gesundheit nehmen (Interview XII, Min. 00:19:59). Dieser Schritt bedeutet für die Probanden, dass sie sich vermehrt um ihre Gesundheit kümmern müssen und die Vernachlässigung in der Vergangenheit vermehrt spüren würden. Sie gaben an, dass der Fokus in der Vergangenheit mehr auf der Arbeitsleistung gelegen hat und weniger auf der körperlichen Fürsorge und sie jetzt die Konsequenzen spüren würden. So wurde deutlich, dass das Augenmerk sich verändert hat und die Erkenntnis sich durchgesetzt hat, dass die körperliche Unversehrtheit einen wichtigen Bestandteil des Alltags darstellt:

„Für meine Gesundheit halte ich besonders wichtig die Bewegung. Also ich mache verschiedene Sportarten, um da auch wirklich immer in Bewegung zu sein. Und für meine Gesundheit wichtig, glaube ich ist, viel auch so Entspannung und Ruhe. Also immer auch wieder zu gucken, wo finde ich jetzt mal die Erholung und die Ruhe und die Achtsamkeit. Das ist glaube ich das Wichtige. Bewegung und Achtsamkeit. (..) Und Ernährung!“ (Interview XII, Min. 00:21:05)

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Hauptaugenmerk der Probanden auf der Umsetzung der Aspekte Ernährung, Sport und Erholung liegt. Hierbei ist zu beachten, dass die Probanden den zeitlichen Umfang, mit denen sie sich ihrer Gesundheit widmen unterschiedlich einschätzen:

„(...) es ist eher so Zeitmangel und auch Faulheit, ganz klar.“ (Interview IV, Min. 00:10:31)

Auch die Erkenntnis, dass die von anderen Probanden angesprochenen Säulen der Gesundheit relevant für das eigene Wohlbefinden sind, kommt in den Interviews zum Tragen:

„Bisschen mehr Sport machen wäre schon mal ganz gut, so (...) gesunde Ernährung gut, man isst Obst und Gemüse und ich glaube Sport wäre so das. Wie gesagt, ich rauche halt nicht, das ist schon mal ganz gut. So aber sonst, Sport wäre schon wichtig (lacht).“ (Interview IV, Min. 00:11:20)

Hierbei werden wiederholt die Aspekte Zeit, Fahrweg, Ermüdung, Organisation und intrinsische Motivation genannt. Einige Probanden gaben an, dass sie den Aspekt der Erholung als wichtig für ihre Gesundheit beurteilen. Hierbei waren die Antworten jedoch sehr unterschiedlich und die Einschätzung, was Erholung ist, ebenso:

„(...) gerade letzte Woche jetzt mit Yoga angefangen also auch dahingehend auch so ein Achtsamkeitsaspekt, was hier auch immer groß ist, selbst nochmal gerade diese Stressoren nochmal ein bisschen zu beeinflussen auch mal anzugucken was passiert oder gerade mal die Ruhephasen mal zu nutzen auch, vielleicht oder anders zu nutzen (unv.) sozial nochmal in der Richtung.“
(Interview VII, Min. 00:16:39)

Andere Probanden gaben an, dass sie die Ruhephasen bewusst einstreuen und auch merken würden, wenn sie diese benötigen:

„(...) schlafen finde ich eigentlich wichtig, aber (unv.) (lacht), aber das (unv.) eigentlich, merke ich halt wenn ich, merke ich werde irgendwie krank, versuche ich halt einfach zu schlafen und dann ist es auch meistens dann weg. Ja, das eigentlich.“ (Interview VIII, Min. 00:11:45)

Hierbei wird deutlich, dass die Balance zwischen Arbeit und Freizeit sehr unterschiedlich ausfällt und bedingt ist durch die Arbeit und den Inhalt der Tätigkeit, aber auch durch die aktuellen Umstände im Unternehmen (Interview XIII, Min. 00:12:14). Besonders in der Zeit der Coronapandemie gaben einige Probanden an, dass sie durch eine Mehrbelastung im Beruf betroffen seien und sie durch die wirtschaftliche Ungewissheit gesundheitliche Einschränkungen und Belastungen verspüren würden. Hierbei bleibt es jedoch offen, ob diese Belastungen auch vor der Pandemie bereits vorhanden waren oder ob sie durch die Pandemie verstärkt wurden. Gerade im Bereich der Personalverantwortung und der dadurch einhergehenden Verantwortungen über den normalen Bereich hinaus und in den Bereich der Gesundheit und des Gesundheitsschutzes wurde erkennbar, dass die Probanden sich teilweise überfordert oder von den Maßnahmen und Regelungen allein gelassen fühlten (Interview XVII, Min. 00:09:03). Diese Tatsache veränderte teilweise die Herangehensweise an die eigene Gesundheit, aber auch an die Gesundheit der Kollegen und Mitarbeiter. Es wurde deutlich erkennbar, dass die eigene Verantwortung für die Gesundheit steuerbar ist und Möglichkeiten zur Verbesserung der Umstände vorhanden sind. Diese Erfahrung deckt sich mit den in Kapitel 3.1 beschriebenen Gesundheitsmodellen und ist

besonders in Aaron Antonovskys Salutogenese-Modell wiederzufinden. Eigenes Wissen und eigene Erfahrungen konnten so an Kollegen weitergegeben werden:

„(...) gesund oder krank ich mich fühle, ja, und selbst wenn ich Einschränkungen oder Beschwerden habe, kann ich aktiv selber was dafür tun, dass es mir besser geht. Und mir war das auch damals ein Anliegen, das auch möglichst auch an, an andere Leute noch zu geben, weiterzugeben dieses Wissen, weil ich das total (.), ja, das ist so, es hat ja auch keine Nebenwirkungen, gesünder zu leben, ne, sondern kann nur, vielleicht klappt es nicht, aber es ist ja (.), kann sehr viel bewirken, ne?“ (Interview XIV, Min 00:16:55)

Hierbei wird ebenso deutlich, dass die Verantwortung nicht ausschließlich beim Arbeitgeber, bei den Krankenkassen, den Ärzten und Therapeuten oder einem Trainer gesucht wird, sondern eine Eigenverantwortung zu erkennen ist, sich aktiv um die eigene Gesundheit zu kümmern:

„(...) hat sich glaube ich entwickelt und auch schon vor meinen Arbeitsalltag entwickelt, dass ich mir allein schon Selbstvertrauen, Körpergefühl und auch mentale Resilienz durch zum Beispiel Sport im jugendlichen Alter schon erkämpft habe und auch das ist ja erlerntes Verhalten, das funktioniert immer noch so, genauso zum Beispiel auch Musik, was ich gerade nicht erwähnt hatte, was mir auch einen ähnlichen Effekt bringt, weil man selbst mit sich in Verbindung ist, sich selbst sich spürt und entspannen kann.“ (Interview XVII, Min. 00:15:01)

Einige Probanden gaben an, dass sie in den letzten Jahren eine Veränderung ihres Essverhaltens eingeleitet haben (Interview XVIII, Min. 00:18:26; Interview XIX, Min. 00:14:55; Interview XX, Min. 00:19:07):

„(...) zum Beispiel solche Milchprodukte, kein Alkohol oder sehr selten Alkohol, solche Sachen, nicht sehr viel Fleisch, sehr, sehr wenig Schwein und halt Tofu und so Sachen. Es ist jetzt nicht, dass ich irgendwie komplett vegetarisch oder vegan geworden bin, aber dass ich einfach nur achte auf Qualität. Und die Region, woher das Essen kommt.“ (Interview XX, Min. 00:19:07)

Die Veränderung des Essverhaltens bezog sich dabei jedoch nicht nur auf die Art der Lebensmittel oder die Herkunft, sondern beinhaltet auch unterschiedliche Diätformen und Herangehensweisen:

„Das ich versuche mich ausgewogen zu ernähren, dass ich versuche, wirklich auch größtenteils mich pflanzlich zu ernähren, dass ich versuche auch industriell hergestellte Lebensmittel größtenteils zu verzichten, auch auf Tierprodukte versuche ich viel zu verzichten im Alltag und dass ich wirklich probiere auch planed-based-diet so umzusetzen.“ (Interview XVIII, Min. 00:18:26)

Dieser Veränderungen kommen teilweise aus intrinsischer Motivation heraus, aber auch teilweise aus Lehrbüchern oder aus anderen Informationsquellen:

„Ja, das ist schon intrinsisch. Das ist nicht, dass ich denke, ich muss das jetzt machen, sonst fällt mir hier die Arbeit vor die Füße. Nee, das mache ich schon für mich.“ (Interview XVI, Min. 00:15:10)

Hierbei zeigt sich sehr deutlich, dass die Auswirkungen der Freizeitgestaltung und des Ausgleichs zur Arbeit bei den Probanden sehr unterschiedlich wahrgenommen wird:

„(...) für mich persönlich auch noch in der Freizeit Sport mache, um abzuschalten, dann aber Ruhe, dass ich ein Buch lese, solche Sachen, dann, auch ein bisschen auf gesunde Ernährung achten ... also doch, da denke ich, ich bemühe mich schon. Ob das immer gelingt? Aber ich bemühe mich.“ (Interview XVI, Min. 00:14:25)

Auf die Frage nach den Informationsquellen für ein gesundes Leben gaben die Probanden unterschiedliche Antworten. In den wenigsten Fällen wurde angegeben, dass es keinerlei Informationsbeschaffung über die Möglichkeit für ein gesundes Leben geben würde:

„Ne, ich lese keine Magazine oder google irgendwas, ich mache so das, was ich so weiß, was gesund ist, gucke, dass ich irgendwie Obst am Tag esse, aber ich lese da, ich informiere mich da nicht drüber.“ (Interview XI, Min. 00:27:18)

Ein Großteil der Probanden gab jedoch an, dass sie sich regelmäßig informieren würden. Hierbei unterscheidet sich die Art der Informationsquelle grundlegend voneinander. Teilweise informierte man sich über Zeitschriften und Büchern, hierbei wurde angegeben, dass die Vorliebe von gedruckten Informationen nach wie vor vorhanden sei (Interview XVI; Min. 00:15:25). Auch wurde angegeben, dass es Abonnements von Zeitschriften geben würde und diese

regelmäßig gelesen würden (Interview XIV, Min. 00:17:19). Ebenfalls gaben Probanden an, dass sie selbstständig recherchieren würden und sich selbstständig um Informationen kümmern würden (Interview XIII, Min. 00:13:29). Einige Probanden gaben an, dass sie die Kombination aus Informationen und eigenen Erfahrungen für sich nutzen würden und das eigene Wohlbefinden auf Grund von Erfahrungswerten einschätzen können (Interview XII, Min. 00:20:05). Neben den eigenen Erfahrungswerten und den recherchierten Informationen greifen einige Probanden auf Infomaterial der Krankenkassen zurück (Interview IX, Min. 00:23:24). Hierbei wurde deutlich, dass die Ausgangslage teilweise sehr unterschiedlich war. Einige gaben an, dass sie diese Informationen ergänzend zu anderen Informationen nutzen würden, andere nutzten diese als alleinige Informationsquelle. Auch der Arbeitgeber wurde als Quelle der Information genannt (Interview VII, Min. 00:17:14). Auffällig war, dass eine überwiegende Anzahl von Probanden ihre Informationen aus drei unterschiedlichen Quellen bezieht. Zum einen wurde das Internet genannt, zum anderen Fachzeitschriften und Bücher und der größte Teil bezog seine Informationen von Freunden und Familie. Nur ein kleiner Teil gab an, dass sie die Informationen ausschließlich selbst generieren und aus Erfahrungswerten beziehen würden:

„Ich mache es viel über Instagram, ich follow vielen Ernährungsberatern oder auch viele junge Damen die sich dafür interessieren, Gerichte empfehlen, die über verschiedene Dinge sprechen, ich generiere viele Informationen über Instagram, am Anfang habe ich auch Bücher gelesen, aber ich habe das Gefühl, dass die Print Medien nicht so schnell hinterher kommen wie die digitalen Medien, also die sozialen Medien, natürlich herrscht in den sozialen Medien auch viel Mist, aber ich glaube, dass die Umsetzung schneller ist und bis so ein Buch in einem Verlag durch ist, bis es gedruckt ist, gibt es schon wieder neue Theorien und neue Lebensmittel die empfohlen werden und deswegen greife ich größtenteils auf das Netz zu.“ (Interview XVIII, Min 00:19:33).

Gerade die Informationsbeschaffung über online Quellen war bei den jüngeren Probanden zu finden. Diese Internetaffinität und die daraus resultierenden Rückschlüsse lassen sich durch das gesamte Ausgangsmaterial finden. Ebenfalls wurden die Informationen, welche online generiert wurden, jedoch nicht ausschließlich als wahr aufgenommen, und kritische Einordnung fand durchaus statt:

„Was am besten hilft durch Freunde. Weil da kannst du auch sofort den entweder Erfolg oder Erfahrung sehen. Wenn du das online liest, du weißt ja nicht, ob das jetzt die Wahrheit ist oder nicht.“ (Interview XX, Min. 00:20:21)

Allgemein war festzustellen, dass die Fähigkeit, nach der Arbeit abschalten zu können, bei den Probanden überwiegend vorhanden ist:

„(...) manchmal hängen einem schon so ein paar Sachen nach. Ich kann es schon besser als wie zu Beginn, wo ich hier angefangen habe, gerade Sport hilft mir schon so Bewegung, um das bisschen alles klar zu sortieren im Kopf. Genau, immer ist es nicht machbar oder manchmal auch so beim Schlafen, also jetzt keine Schlafstörung, aber manchmal, wenn man dann schon so ein Gedankenkreise im Kopf, wenn so ein paar da sind, die einen ein bisschen mehr beschäftigen, aber genau, es ist wenig, war wenig und ist halt auch ein bisschen weniger geworden.“ (Interview VII, Min. 00:17.45)

Dieser Aspekt zog sich durch das gesamte Ausgangsmaterial und war hinsichtlich der Gesundheitseinstellung und der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, aber auch der Priorisierung der eigenen Gesundheit entscheidend. Teilweise wurde von den Probanden angegeben, dass sie diese Fähigkeit erst lernen mussten:

„(...) meistens sehr gut, tatsächlich, aber da denke ich auch manchmal, das ist meinem Alter auch zu verdanken, ich habe schon die ganze Zeit darüber nachgedacht, wenn ich diesen Job als junge Krankenschwester gehabt hätte, dann hätte ich es wahrscheinlich nicht gekonnt. Ich glaube, das ist auch etwas, was man über Lebenserfahrung mitkriegt, dass man auch lernt, (.) ey, ich kann nicht jeden retten, ich kann nicht jedem helfen, jeder ist auch irgendwo für sich selber verantwortlich, ich kann zwar Hinweise geben, ich kann an der Seite stehen, aber letzten Endes müssen das die Patienten selber machen, und wenn sie es nicht können oder wollen, ist das deren Sache und, ne, und da grenze ich mich ab. Kann ich heute, also das habe ich hier in der Klinik gelernt, ja.“ (Interview XIV, Min. 00:18:20).

Diese Erlernbarkeit und die damit einhergehende Resilienz zeigt sich auch bei anderen Probanden:

„Also das passiert sehr, sehr selten, dass ich Arbeitsthemen mit nach Hause nehme. Oder, auch wenn ich sie mit nach Hause nehme, dann erzähle ich sie vielleicht meiner Partnerin, aber dann ist ... also, dass ich jetzt in der Nacht ... neee .. also vielleicht in den 20 Jahren eine Handvoll Mal. Aber sehr, sehr selten.“ (Interview XVI, Min. 00:15:57)

Neben der erlernten Resilienz kam auch der Bereich der Erfahrung und der eigenen Überzeugung der guten Arbeit zum Tragen. Einige Probanden gaben an, dass sie überzeugt seien von ihrer Arbeit und daher beruhigt nach der Arbeit abschalten können (Interview XII, Min. 00:21:43). Diese Erkenntnis wurde in einigen Fällen durch eine Art der Resignation ergänzt oder ausgetauscht. Einige Probanden gaben an, dass sie durch die fehlende Anerkennung, das fehlende positive Umfeld, eine Arbeit, die sie als nicht sinnvoll erachten oder fehlender Perspektiven, sich innerlich bereits verabschiedet hätten und dadurch gut abschalten könnten nach der Arbeit. Diese innere Abkehr der Probanden von der Arbeit lässt sich auch im vorherigen Abschnitt erkennen. Hierbei wurde deutlich, dass der Zusammenhang von Befriedigung bei der Arbeit und einer aktiven Gesundheitserhaltung in einigen Fällen erkennbar war. Des Weiteren wurde angegeben, dass die aktive Entspannung in einigen Fällen zwar erwünscht und erkannt wurde, aber nicht immer durchgeführt werden konnte:

„(...) doch, meistens ja. Aber ich merke dann halt, also mein Kopf kann abschalten, aber ich merke, dass mein Körper nicht so richtig abschalten kann, also ich merke dann nach einer stressigen Woche, dass ich mehr Kopfschmerzen plötzlich kriege, weil ich dann irgendwie meine Schulter verkrampfe, aber ich denke dann, während ich so rumsitze, nicht an die Arbeit. Aber mein Körper denkt quasi (I: Ja.) noch dran, also ich, da Sorge ich nicht explizit für Entspannung, sondern ich schalte einfach ab. Und das ist glaube ich nicht immer so ganz hilfreich. (I: Okay.) Eigentlich müsste ich aktiv entspannen.“ (Interview XI, Min. 00:27:48)

Vereinzelt wurden auch private Verbindungen innerhalb des Unternehmens angesprochen und die daraus resultierenden Themen und Interessensüberschneidungen:

„(...) mein Mann ist auch bei Dataport, wir diskutieren viel zu Hause, kannst du dir ja vorstellen und das ist wie bei meiner Schwiegertochter und meinem Co-Sohn, also das sind beides Sportlehrer, Sport und Mathe, die reden nur über ihre Schüler, aber ich kann da schon abschalten (okay).“ (Interview V, Min. 00:19:03)

Ob und in welcher Form die Mitarbeiter nach der Arbeit gut abschalten können, hängt zum einen an der wahrgenommenen Stressbelastung und zum anderen an den Rahmenbedingungen des Arbeitsumfeldes (Interview III, Min. 00:25:46). Auch das familiäre Umfeld und die damit einhergehende Verantwortung und Ablenkung führte bei einigen Probanden zum direkten Loslassen der Arbeitsbelastung. Es wurde angegeben, dass diese Aufgabe sie im Alltag fordern würde und dadurch kaum Raum und Zeit für eine längere Nachbetrachtung der Arbeit bleiben würde (Interview IV, Min. 00:11:26). Ebenfalls wurde deutlich, dass die eigene Fähigkeit stärker davon abhing, inwieweit die Probanden mit ihrem Selbstwertgefühl zurechtkamen und ob sie den Wert der eigenen Arbeit und den Wert des eigenen Potenzials realistisch einschätzen können. Ebenfalls wurde vermehrt darauf hingewiesen, dass die Lernkurve und das erlernte Verhalten hinsichtlich des eigenen Erschöpfungszustandes nach der Arbeit mit den Jahren angewachsen ist:

„(...) es kommt drauf an, wie gut ich mich, ja wie zufrieden ich auch mit mir bin und das hat natürlich auch ganz viel mit meinem eigenen Selbstwertgefühl zu tun, also so wie ich die Qualität meiner Arbeit selber einschätze oder ob ich loslassen kann und mir einfach selber sagen kann, so what ich arbeite vielleicht sowieso viel schneller als andere, also deswegen habe ich auch Bewegungspausen, weil ich auch unglaublich angespannt arbeite, aber auch sehr schnell, ich gehöre auch mit zu den hochbegabten Menschen, habe ich auch von ein paar Jahren erst erfahren, was mir auch nochmal viel erklärt hat und dann mir das auch einfach zu gönnen zu sagen, jetzt habe ich Pause oder jetzt habe ich Feierabend oder wenn solche Gedanken zu Hause hochkommen oder ich meinen Laptop zum Beispiel mitnehme nach Hause und mir dann am Wochenende auch ganz aktiv zu sagen, nö, jetzt ist es egal, auch wenn das in meinem Kopf ist diese Aufgabe schiebe ich jetzt weg, da kann ich am Montag immer noch drüber nachdenken, also dann, wenn ich wieder Arbeitszeit habe, dann wartet die Aufgabe, die läuft mir ja nicht weg (lacht) dass sind aber alles Geschichte, die ich im Laufe meines Lebens lernen musste, hat auch was mit Gesundheitsmanagement zu tun.“ (Interview I, Min. 00:25:18)

Neben der Erfahrung wurde auch eine Fähigkeit genannt, die mit Resignation und Frustration zusammenhängt. Teile der Probanden gaben hierbei an, dass sie eine Abstumpfung im Arbeitsalltag verspüren würden und diese Abstumpfung mit den Jahren angewachsen sei. Es wurde berichtet, dass in den vergangenen Jahren versucht wurde, diesen Zustand zu verändern und ein Umdenken zu erreichen, sie aber an Strukturen, Hierarchien und Personen dabei gescheitert seien:

„(...) man stumpft glaube ich ab (Okay). Also am Anfang, diese Phase wo wir diese, diese Probleme hatten, da hast du manchmal eine ganze Nacht drüber nachgedacht und dann wachst du morgens auf und dann denkst du oh Mensch, ich musst du wieder hin und aber, aus dem Alter würde ich mal sagen, bin ich dann raus.“ (Interview VI, Min. 00:14:20)

Die überwiegende Mehrheit der Probanden gab an, dass sie sich aus gesundheitlichen Gründen keinen anderen Arbeitsplatz wünschen würden. Sie seien zufrieden mit dem Angebot und könnten auch am Arbeitsplatz und in den Verhältnissen, in denen sie arbeiten, etwas für ihre Gesundheit tun (Interview VIII, Min. 00:12:54). Die Einschätzung, dass der Arbeitsplatz für die Mitarbeiter ein gesunder Arbeitsplatz sei, kam aus einigen Interviews hervor, hierbei wurde in einigen Fällen detaillierter darauf eingegangen. Einige Probanden gaben an, dass sie die Möglichkeit schätzen, ihre Tätigkeit im Freien ausüben zu können:

„(...) denke ich so, wenn es schönes Wetter ist und die Bewegungstherapeuten, Sporttherapeuten hier draußen irgendwie mit den Patienten da irgendwie rumspielen oder so, denke ich ist auch eigentlich nett. (lacht) Also, aber im Winter denke ich das dann gar nicht.“ (Interview X, Min. 00:24:16)

Teilweise gaben sie an, dass sie durch die Belastungen, die sie während der Arbeit verspüren, sich einen Ausgleich wünschen würden. Teilweise wurde die Arbeit inhaltlich als zufriedenstellend und befriedigend beschrieben, die Arbeitsplatzgestaltung jedoch als ausbaufähig. Hierbei wurden überwiegend die fehlende frische Luft und die geringe körperliche Beanspruchung genannt (Interview XIII, Min 00:13:50). Im Krankenhausbetrieb wurde der Schichtdienst und die langjährige Zugehörigkeit zum Schichtdienst als zermürend beschrieben (Interview XV, Min. 00:13:55). Auffällig war auch hier, dass die Fähigkeit zur Reflektion hinsichtlich der Arbeitsverhältnisse vorhanden war:

„(...) da tut Dataport schon das was sie tun können. Wir haben höhenverstellbare Schreibtische, ich habe halt jetzt keinen festen Stuhl mehr, sondern so einen Sitzhocker, das ist schon entspannter, also ich kann im Stehen und im Sitzen arbeiten, ich kann auch durch die Gegend gehen, wenn ich möchte, also ich glaube, da ist Dataport schon ziemlich gut aufgestellt.“ (Interview II, Min. 00:19:50)

Die Hauptkategorie 3 zeigte sehr deutlich, die Einstellung der Mitarbeiter zum Thema Gesundheit. Die eigene Gesundheitskompetenz spielte bei der Annahme der Angebote eine entscheidende Rolle. Einige Probanden gaben an, dass sie ihre eigene Gesundheit proaktiv fördern wurden und zeigten ein großes Interesse und eine große Bereitschaft, sich für ihre Gesundheit einzusetzen. Die fehlende frische Luft und die geringe körperliche Beanspruchung wurden dabei häufig als Ursache für einen schlechten Gesundheitszustand genannt. Ebenso gab es im Bereich der Ernährung Probanden, die angaben, dass sie sich erst in den letzten Jahren vermehrt mit dem Thema auseinandersetzten und Interesse zeigten. Gleichzeitig gab es Probanden, die sich ihrer eigenen Verantwortung bewusst waren und dadurch ein gesteigertes Interesse hatten. Es war zu beobachten, dass Probanden, die keinerlei Interesse an ihrer eigenen Gesundheit zeigten und die kein Interesse an Informationen hatte, auch wenig Interesse an der Teilnahme an den Maßnahmen zeigten.

In Bereich der eigenen Gesundheit wurden sehr unterschiedliche Angaben darüber gemacht, was für die eigene Gesundheit relevant ist. Neben den klassischen drei Säulen aus Ernährung, Bewegung und Entspannung wurden viele verschiedene Aspekte angesprochen. Es war zu beobachten, dass die eigenen Erfahrungen dabei eine entscheidende Rolle spielten. Was die Probanden bereits erfahren haben und ihnen zu mehr Wohlbefinden und Gesundheit verhalf, wurde als fördernd beschrieben. Die Hauptkategorie 3 offenbarte an einigen Stellen die Funktionsweise von Gesundheit für Teile der Probanden und stellte deutlich hervor, welche Anforderungen und Erwartungen die Probanden an die eigene Gesundheit stellen und was sie für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit tun.

7.1.4 Hauptkategorie 4: Akzeptanz von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das Thema der Akzeptanz ist ein zentrales Thema dieser Forschungsarbeit. Im Folgenden befasse ich mich mit der Akzeptanz von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus Sicht von Arbeitnehmern. Die Hauptkategorie 4 wurde induktiv aus dem Interviewmaterial herausgearbeitet. Neben der intrinsischen Motivation der Probanden, an den Maßnahmen teilzunehmen und den daraus resultierenden erhofften positiven Aspekten, wurden auch die persönlichen Kontakte angesprochen und die daraus resultierenden Begegnungen mit Kollegen und den Austausch über die direkten Personen in seinem Umfeld hinaus. Der überwiegende Teil der Befragten gab an, dass sie eine positive Einstellung gegenüber dem betrieblichen Gesundheitsmanagement haben:

„Das ist die Zukunft. (lacht) Also genau gerade die Sittingtime oder auch gerade das was mein Eindruck ist gerade weg zu gehen davon halt immer zu sitzen, verstellbare Schreibtische, nicht das Telefon zu nehmen, sondern ein Stockwerk mal nach oben selbst zu gehen. Genau, dass die Betriebe da schon auch jetzt hinterher sind und alles was so - wie ich den Eindruck habe - auch von anderen oder auch von Freunden mitbekomme, dass es dabei ist, also ganz wichtig. (Ja?) Gerade für die Zukunft auch, demographischer Wandel.“ (Interview VII, Min. 00:18:35)

Die grundsätzlich positive Einstellung wurde von den meisten Probanden dahingehend unterstützt, dass sie die Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht selbstverständlich den Unternehmen und Betrieben zuordnen, sondern sich positiv überrascht zeigen, wenn diese von sich aus aktiv werden und Angebot und Maßnahmen den Mitarbeitern zur Verfügung stellen (Interview IX, Min. 00:24:36). Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Akzeptanz der Maßnahmen und des Angebots gesteigert werden kann, wenn die passenden Angebote für alle frei zugänglich gemacht werden:

„Ich nutze das nicht, aber ich finde es vom Prinzip ein gutes Angebot und ich würde es gut finden, wenn es besser funktionieren würde, diese Freizeit sozusagen im Team. Dass man eben zum Beispiel auch mal Sport zusammen machen kann. Gibt es hier nicht so. Ich kenn das aus meiner letzten Klinik. Da gab es eine Volleyballtruppe, eine Lauftruppe. Und das finde ich schon eine schöne Sache., dass man also nicht nur zusammen arbeitet, sondern auch in der

Freizeit was zusammen macht. Ich denke das fördert das Zusammenarbeiten (lacht).“ (Interview XV, Min. 00:14:56)

Die Probanden gaben in diesem Zusammenhang an, dass sie durch den Wegfall der Hierarchiestufen und die Zusammenkunft von Mitarbeitern aus verschiedenen Abteilungen eine stärkere Bindung zum Unternehmen aufbauen würden (Interview XI, Min. 00:28:44). Diese Identifikation mit dem Unternehmen und der Zusammenhalt innerhalb der Belegschaft war für viele Probanden ausschlaggebend für die Teilnahme und dem Interesse an den Angeboten und den Maßnahmen:

„(...) haben so Gesundheitstag, wir haben Rückentag, die Küche macht da manchmal dass sie irgendwie besonders viel Obst hinstellt und so, das finde ich schon gut, dass die da einen Blick drauf haben, weil das, das lässt einen weniger eine Nummer sein, sondern es gibt einem so ein bisschen das Gefühl, der Arbeitgeber interessiert sich für das, für den gesamten Menschen, klar, natürlich auch damit wir gesund sind und nicht so viel Fehlzeiten haben und so, also da steht natürlich auch immer was dahinter, aber es ist irgendwie, also ich mag diese Angebote, so. (I: Okay.) Und der Gesundheitstag, weiß nicht, hast du den mal hier mal miterlebt? Also, da werden dann irgendwelche Messungen gemacht, du kannst genau, deine Leberflecke untersuchen lassen, du kannst dich massieren lassen, du kannst irgendwelche Yoga-Stunden nehmen, also das ist schon ganz schön, das ist dann immer ein Tag, das ist dann manchmal schwierig, wenn man viel zu tun hat, da kann man manchmal gar nicht teilnehmen, ich würde mir wünschen, dass das vielleicht so über drei Tage oder über eine Woche gezogen wird, damit alle eine Chance haben, daran teilzunehmen. Aber an sich finde ich das irgendwie, finde ich das gut (...).“ (Interview XI, Min 00:28:45)

Hierbei zeigte sich sehr deutlich, dass die Akzeptanz der Maßnahmen über das Maß der Angebote hinaus geht. Viele Probanden äußerten, dass sie das ganzheitliche Bild von Gesundheit als wichtig empfinden. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls deutlich, dass die Probanden, die eine positive Einstellung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement haben, ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit zeigten und diese Aspekte auch im betrieblichen Gesundheitsmanagement wiederzufinden erhofften. Auch die Erkenntnis, dass der Arbeitgeber eine Beziehung zum Mitarbeiter aufbauen will und das Interesse an der Gesundheit und dem Wohlergehen seiner Mitarbeiter vorhanden zu sein scheint, wurde als positiv wahrgenommen. Der weiter gefasste Blick über die reine Arbeitsleistung hinaus und die daraus resultierende

Wahrnehmung als Mensch und nicht nur als Humanressource wurde ebenfalls als positiv eingeschätzt (Interview IX, Min. 00:24:46). Der Bindungseffekt, der von Probanden angesprochen wurde, scheint auch in diesem Zusammenhang vorhanden:

„(...) einerseits um den Arbeitnehmer an sich zu binden, andererseits auch um natürlich neueste Trends neueste was auch immer für Entwicklungen an den Arbeitnehmer zu bringen, weil es einem auch einfach gut tut und das vielleicht ein bisschen kurz kommt, im Arbeitsleben und (...) es gleichzeitig auch den kollegialen Zusammenhalt stärken kann, da kommt es dann natürlich darauf an, welche Art und Weise sowas durchgeführt wird (okay) es hat einen positiven Effekt auch für den Arbeitgeber denke ich haben, nicht nur wenn der Gesundheit, sondern auch in dem Bindungseffekt zwischen Unternehmen und Arbeitnehmer.“ (Interview XVII, Min. 00:16:45)

Hierbei ist es entscheidend, dass die Probanden überwiegend angaben, dass sie grundsätzliches Interesse an Maßnahmen und Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagement haben. Sie stellten sich damit hinter die Angebote und wichen nur in der Bewertung der Ausführung und des Angebots voneinander ab:

„(...) hängt ganz stark davon ab wie sie gestaltet sind. Also, wenn das so ist, dass man das einmal im Jahr am Nachmittag macht, dann finde ich das schön, aber nicht wirkungsvoll. Und wenn man das macht, dann sollte man das richtig machen.“ (Interview XVI, Min. 00:16:39).

Auch die Bewertung und Einschätzung der Maßnahmen im Vergleich zu anderen Unternehmen fällt häufig positiv aus. Keiner der Probanden gab an, dass sie auf Grund des Angebots des betrieblichen Gesundheitsmanagements den Arbeitsplatz gewechselt hat, jedoch blickten einige skeptisch zurück:

„Hier ganz gut, ich habe den Eindruck, dass die Klinik hier vergleichsweise viel anbietet, auch an Gesundheitstagen, spezielle Versicherungen, alles was man hier abschließen kann. Aus anderen Häusern kenne ich, dass das völlig nach hinten runterfällt und überhaupt keinen Stellenwert hat, also vom letzten Arbeitsplatz kenne ich das.“ (Interview XIII, Min. 00:15:05)

Bei der Konkretisierung der Fragen nach der Akzeptanz des betrieblichen Gesundheitsmanagement zeigte sich, dass die Probanden häufig von einzelnen Maßnahmen und Angebote

überzeugt sind. Sie gaben an, dass sie sich vorstellen können, an den Angeboten teilzunehmen und waren speziell von einigen Angeboten überzeugt. Besonders der Hinweis der Probanden, dass das BGM richtig ausgeführt zum Erfolg führt, war in dem Ausgangsmaterial zu finden:

„Ja, dass man es regelmäßig, also dass man es den Mitarbeitern regelmäßig und dauerhaft anbietet und vielleicht auch zu Zeiten, wo sie es regelmäßig nutzen können und nicht vor der Arbeit, nach der Arbeit, sondern wirklich auch während der Arbeit.“ (Interview XVI, Min. 00:16:55)

Gefragt nach bestimmten Maßnahmen und Angeboten gaben die Probanden unterschiedliche Antworten. Besonders im Hinblick auf die Motivation zur Teilnahme wurde hierbei explizit gefragt. Es wurde angegeben, dass das Nichtrauchertraining keine besondere Motivation darstellt. Hierbei ist anzumerken, dass der überwiegende Teil der Probanden Nichtraucher ist und dadurch kein Bedürfnis nach diesem Angebot hätte (Interview IV, Min. 00:13:07; Interview VII, 00:19:44; Interview VIII, Min. 00:15:14). Gefragt nach einer Beratung für einen gesunden Rücken wurde angegeben:

„Ja, also wir haben hier so manchmal Gesundheitstage, da war das auch schon mal, aber ja.“ (interview VII, Min. 00:19:35)

Hierbei wurde erkennbar, dass die unterschiedliche Wahrnehmung von Angeboten und den damit zusammenhängenden Aspekten bei den Probanden auseinanderging. Besonders im Hinblick auf die Frage nach einer Arbeitsgruppe, die sich im Unternehmen mit dem Gesundheitsschutz befasst, wurde deutlich, dass das Verständnis und die Einordnung der Aufgaben dieser Arbeitsgruppe sehr unterschiedlich aufgefasst werden:

„Eine Arbeitsgruppe, die sich mit dem Gesundheits (...), das könnte mich mal interessieren, genau, weil das wäre eher so ein analytischer Blick auf Arbeitsplätze. Ja, das würde ich (...), da würde ich dann mal hingehen und was Neues vielleicht lernen. Aber alles andere mache ich halt eben so in meinem eigenen Umfeld, so.“ (Interview XII, Min. 00:24:25)

Ebenso wurden fast durchgehend die Angebote und die Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements von den Probanden als positiv wahrgenommen:

„Finde ich super. Finde ich einfach sehr gut, ich finde, jeder Betrieb, der ab einer bestimmten Größe natürlich das machen kann, sollte das für seine Mitarbeiter tun, damit die eine Chance haben, sich vielleicht ein bisschen gesünder zu verhalten.“ (Interview XIV, Min. 00:19:11)

Bei der Frage nach konkreten Angeboten und Maßnahmen wurde von den Befragten unterschiedlich geantwortet. Einige gaben an, dass sie ganz grundsätzlich Interesse an bestimmten Angeboten hätten und diese auch besuchen würden (Interview VII, Min. 00:19:25). Ebenso wurde angegeben, dass die Verbindung einer Sportmöglichkeit und der Arbeitsstätte einen großen Vorteil darstellt:

„Ist doch schön, wenn man hier Betriebssport machen kann, da drüben, mit der ersten THW-Mannschaft trainieren wir zusammen Dienstagnachmittag, ist schon cool von Eckdal eine Matte zu kriegen (lacht).“ (Interview I, Min, 00:19:52)

Ebenso wurde der Faktor Spaß angesprochen und in Kombination mit der Möglichkeit, ein gesünderes Leben zu führen, als vorteilhaft beschrieben (Interview I, Min, 00:20:21). Dieser Bezug auf die Kollegen und Mitarbeiter im Unternehmen findet sich im Ausgangsmaterial häufiger wieder und zeigt die verschwimmenden Grenzen zwischen Privatleben und Arbeitsumfeld. Die Wahrnehmung, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement über die Angebote von Sportkursen hinaus geht, wurde ebenfalls angegeben:

„Das ist elementar. Also ich finde das so wichtig und ich sage vielen neuen Kollegen, das ist ein Alleinstellungsmerkmal und auch viele die sich bewerben wollen, sage ich, es geht nicht ums Geld. In der Wirtschaft verdient man wesentlich mehr. Aber das was Dataport bietet, gerade im betrieblichen Gesundheitswesen, das ist so wichtig, dass ist Alleinstellungsmerkmal, das ist nicht selbstverständlich, dass ein Arbeitgeber sowas anbietet. Ich habe vor 25 Jahren hier angefangen und wir haben das aufgebaut damals, also eine Kollegin, die ist auch mit mir angefangen, die war Krankenschwester und die fing damit an, weil die sowas in ihrem Krankenhaus auch sowas aufgebaut hatten. Fing wir an mit Reiko, Thai Chi, usw. und dann haben wir das hier etabliert, dass wir das regelmäßig hier eine Morgenroutine gemacht haben, eine Mittagsroutine und daraufhin gab es dann irgendwann so einen Bereich, der jetzt gewachsen ist im Gesundheitsmanagement, also gab es nachher eine Abteilung. Dann hat Dataport, nachdem wir Konzepte erstellt hatten, tatsächlich gesagt ja, da gab es ja auch die Unterstützung von anderen Firmen usw. wo man gemerkt hatte, dass tut den Kollegen gut, den Mitarbeitern.“

Dann habe ich mich irgendwann rausgenommen durch Vollzeitstelle, Karriere usw. und dann habe ich mein Kind bekommen und dann ist mein Mann schwer erkrankt. Und in dieser Phase habe ich festgestellt, wie wichtig der Familienservice ist.“ (Interview III, Min. 00:27:52)

Diese Einstellung und Überzeugung findet sich im Ausgangsmaterial bei einigen Probanden wieder. Auch Priorisierung von Gesundheit vor Geld wurde angegeben (Interview III, Min. 00:28:04). Diese Einstellung wurde bei einigen Probanden erkennbar. Angesprochen auf die Motivation der Mitarbeiter, an den Angeboten und Kursen teilzunehmen, gaben einige an, dass ihnen die Beratung an ihrem Arbeitsplatz für einen gesunden Rücken wichtig sei und die Motivation fördern würde (Interview III, Min. 00:28:40; Interview IX, Min. 00:25:34; Interview XIV, Min. 00:19:44). Gerade in Bezug auf die Angebote zur täglichen Gymnastik war erkennbar, dass einige Probanden dieses Angebot gerne annehmen würden (Interview XIII, Min. 00:15:53). Teilweise gaben die Probanden konkret an, warum sie die Maßnahmen unterstützen und fördern und konnten diese mit Argumenten unterlegen:

„(...) Fitnesszentrum, dass hier in dem Leistungszentrum vom THW drin ist, die ja auch glaube mit dem THW ein bisschen zusammenhängen und die eine Kooperation mit Dataport haben, die bieten seit ungefähr einem Jahr, ich glaube, die werden jetzt ein Jahr alt nächstes Wochenende, für uns diese Morgenroutine an und dieses Fit-Viertel und ich habe gemerkt, ich mache das mit seit dem es das gibt, ich habe auch früher bewegte Mittagspause mitgemacht, als es noch angeboten worden ist und dadurch, dass ich das integrieren kann, in die Arbeit, also bei mir ist es, ich brauche mich ja auch nicht zu fragen, schreibe ich diese Zeit als Arbeitszeit auf, wenn ja, wie kann ich das abrechnen oder nehme ich das als Pausenzeit in die Situation komme ich gar nicht, weil ich kann das als Bewegungspause sozusagen verbuchen und mir tut das unheimlich gut. Also die machen halt auch Übungen für uns, die speziell halt auf IT-Berufe abgestimmt sind, auf diese sitzende Tätigkeit mit dem Bildschirm und dann ist es so, dass ich auch andere gesundheitliche Angebote schon immer gerne angenommen habe, ich habe zum Beispiel auch ein Achtsamkeitstraining zum Beispiel mal mitgemacht, dass ist über mehrere Wochen gelaufen ist, dass war dann für uns zwar hier in den Räumlichkeiten, das war außerhalb der Arbeitszeit, das war schon die private Zeit, aber das war hier in den Räumlichkeiten im Anschluss an den Dienst und wir haben auch weniger bezahlt, durch die Kooperation und solche Sachen finde ich ganz toll. Also man kommt ja vielleicht selber auch gar nicht auf irgendwelche Ideen und hier im FIT zum Beispiel gibt es auch regelmäßig Vorträge zu bestimmten Themen, wo ich auch noch viel mehr über gesunde Ernährung, gesunden Schlaf usw.

erfahren kann, da weiß ich zwar schon viel drüber, aber es gibt ja immer wieder neue Forschungen, wo man vielleicht nichts weiß (lacht).“ (Interview I, Min. 00:26:40)

Besonders die engagierten und motivierten Mitarbeiter gaben an, dass sie die Angebote annehmen würden, die vor der Mittagspause stattfinden. Hierbei wurde erkennbar, dass besonders selbst initiierte Angebote von Kollegen oder durch Selbstengagement von Interesse waren:

„Ergonomische Beratung gab es hier, die ist jetzt eingeschlafen. Keine Ahnung warum, es gab (unv.) das habe ich damals auch begleitet.“ (Interview III, Min. 00:28:31)

Neben den Angeboten zur arbeitsplatzbezogenen Rückenschule wurden die Probanden auch nach der Motivation gefragt, an Kursen zur Suchtprävention und Gewichtsreduktion teilzunehmen. Hierbei wurden unterschiedlichste Angaben getätigt. Einige Probanden zeigten sich von den Angeboten überrascht und positiv angetan. Obwohl kaum ein Proband angab, die Kurse zur Suchtprävention zu benötigen, wurde teilweise jedoch angegeben, dass das Interesse und die Motivation zum Kennenlernen eines solchen Kursen durchaus vorhanden sei:

„(...) um alle Drogen, ich weiß. Aber ich könnte mir vorstellen, ich bin da mit meiner Meinung, also ich glaube die meisten würde das eher außerhalb des Arbeitgebers halten, wenn sie überhaupt so weit sind, das ist halt ein Thema, aber Drogen, egal welche Drogen und Süchte, das ist ein mega mega Thema.“ (Interview II, Min. 00:22:32)

Ähnliche Aussagen lassen sich zum Thema über Kurse zur Gewichtsreduktion finden:

„(...) ich würde das auch machen. Ich bin da halt auch total offen, was das anbelangt. Ich finde das toll, ich kann das einfach nur unterstützen. Weil in der Gemeinschaft ist das glaube ich, gut, vielleicht haben hier manche Kollegen Vorbehalte, weil sie ja mit anderen Kollegen zusammen sind und die nicht wollen, dass man das mitkriegt, aber ich denke gemeinsam ist man stark, man kann sich da auch gegenseitig stützen. Man muss nicht immer nur so, hmm, was denkt der über mich oder wie auch immer, sondern sagen, Mensch, das ist für mich vielleicht auch endlich mal eine Chance, vor meiner Sucht, sozusagen, wegzukommen.“ (Interview II, Min. 00:23:05)

Besonders auffällig war die hohe Zustimmung bezogen auf die Entspannungskurse und die damit einhergehenden Vorteile und wahrgenommenen Verbesserungen im Unternehmen

(Interview XV, Min.00:16:25; Interview XIV, Min. 00:20:10; Interview XIII, Min. 00:16:16). Damit einhergehend kam für einige Probanden auch die Teilnahme an Angeboten zur Kommunikation und Führung in Betracht. Hierbei wurde darauf hingewiesen, dass diese Angebote teilweise bereits angeboten werden würden und auch besucht werden (Interview XI, Min. 00:31:05). Gleichzeitig wurde angegeben, dass das Angebot zeitlich zu spät kommen würde und das Interesse und die Motivation deswegen nicht mehr vorhanden sei (Interview X, Min. 00:28:20). Die Motivation der Mitarbeiter bei Angeboten an der frischen Luft war wahrnehmbar höher als bei Angeboten ausschließlich in geschlossenen Räumen. Gerade die Mitarbeiter, die Tätigkeiten ausschließlich am Schreibtisch ausüben, gaben an, dass sie die Maßnahmen bevorzugen würden:

„(...) aber wir haben ja schon Laufkurse hier gehabt mit einem Laufcoach, mega geil war das, dann eben halt im Sommer auch dieses Tabata-Training, also wirklich toll mit 10-12 Leuten hier drüben auf der Wiese haben wir dann den Sport da gemacht und sowas verbindet ja auch und da kommen auch Kollegen hin, zu denen ich sonst gar keine Berührung habe, weil die aus ganz ganz anderen Bereichen kommen und zu denen hat man heute noch, also privat kommt man nicht zusammen, aber hier im Dienst gestaltet sich dann auch die Zusammenarbeit anders, weil man sich auch schon auf anderer Ebene kennengelernt hat.“ (Interview II, Min. 00:23:02).

Besonders im Fokus stand die Frage nach der Motivation der Mitarbeiter hinsichtlich von Geldleistungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Hierbei gaben die Probanden unterschiedliche Antworten und es ergab sich ein breites Spektrum an Antworten:

„Ich glaube es würde wirklich darauf ankommen was es ist und ob es mir auch Spaß machen würde und dann wahrscheinlich schon ja.“ (Interview XIX, Min. 00:24:10).

Wie oben erkennbar, gaben einige Probanden an, dass sie mehr inhaltlich motiviert seien als monetär:

„Ne, das war bisher auch, ne, irgendwie nicht ne, ich gucke eher nach wirklich nach dem Inhalt des Angebotes.“ (Interview XIV, Min. 00:20:54).

Gerade der Aspekt der intrinsischen Motivation zeigte sich im Ausgangsmaterial vermehrt. Die Maßnahmen wurden häufig auf Grund der gesundheitlichen Wirkung besucht, auf Grund von

sozialen Aspekten oder auf Grund von inneren Überzeugungen und weniger wegen einer möglichen Bezahlung. Die Probanden gaben an, dass sie die Aussicht auf eine Bezahlung am Ende des Monats oder am Ende des Kurses nicht zusätzlich motivieren würde. Teilweise wurde dieser Aspekt wohlwollend zur Kenntnis genommen, jedoch gaben sie überwiegend an, dass sie dieser Anreiz nicht davon überzeugen könnte, an den Kursen teilzunehmen (Interview XI, 00:31:30). Neben dem Angebot von monetären Zahlungen wurde ebenfalls nach der Übernahme von Kosten für ein Fitnessstudio gefragt. Diesen Aspekt bejahte ein Großteil der Probanden und sie verwiesen teilweise auf die bereits bestehenden Regelungen in ihrem Arbeitsvertrag hin (Interview I, Min. 00:30:26). Gerade die Probanden, die im vorherigen Teil bereits Interesse an den Maßnahmen gezeigt hatte, gaben hierbei an, dass sie sich nicht zusätzlich motiviert fühlen würden, wenn sie Geld für die Teilnahme erhalten würden (Interview XVII, Min. 00:20:17). Auch der Aspekt der zeitlichen Umsetzung fand sich im Ausgangsmaterial wieder:

„(.) Glaube ich nicht. Da wären andere Aspekte wichtiger: passt das zeitlich, also Fitnessstudio möchte ich bei mir zu Hause haben, also würde jetzt nicht hier ins Fitnessstudio gehen, auch wenn die das Bezahlen würden, würde ich das nicht machen, würde ich trotzdem lieber das zu Hause, weil ich da dann einfach jederzeit hingehen kann.“ (Interview X, Min. 00:29:11)

Im nächsten Schritt wurden die Frage erweitert und nach der Motivation gefragt, wenn es bei der Teilnahme an Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements Sachleistungen geben würde:

„Das würde ich glaube ich eher machen (I: Ein E-Bike-Sharing, sowas, also Sachleistungen würden dich motivieren?). Würden mich glaube ich eher motivieren, also (I: Ja.) Geld finde ich einfach, also, ist ja was für mich (lacht) (I: (unv.), also), also das fände ich schräg, würde mein Arbeitgeber mich dafür bezahlen tatsächlich, aber wenn man da irgendwie ein Sport-T-Shirt kriegt, würde ich das glaube ich eher machen, hätte ich eher, eher weniger ein schlechtes Gewissen.“ (Interview XI, Min. 00:31:56)

Besonders Sachleistungen waren bei den Probanden ein probates Mittel, um die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen. Einige Probanden gaben an, dass ihnen diese Sachleistungen durchaus die Teilnahme attraktiver machen würde und durch den direkten sichtbaren Mehrwert auch eine dauerhafte Teilnahme durchaus vorstellbar wäre. Besonders im Bereich der Sportbekleidung und der damit einhergehenden Möglichkeit, Kleidung speziell für das Unternehmen und die

Sportgruppe zu organisieren, gab es eine breite Zustimmung (Interview XVI, Min. 00:18:38; Interview XVIII, Min. 00:24:10). Auch hier war die Einstellung zu beobachten, dass die dauerhafte Teilnahme nicht an die Sachleistungen oder wie weiter oben beschrieben an Geldleistungen geknüpft ist, sondern an die grundsätzliche Überzeugung und die intrinsische Motivation (Interview XIX, Min. 00:19:06). Der Bereich des Fitnessstudios und die Möglichkeit zur Kostenübernahme zeigte bei einigen Probanden eine verstärkte Motivation:

„Also, monetär Geld nicht, aber so ein Fitnessclub (...) Wenn ich da sage ich mal, also da (...) habe ich kein Abo, weil das würde ich viel zu wenig nutzen. Aber wenn man da sagt, okay, wenn du da jetzt hingehst und dann kannst du, da drüben ist glaube ich so ein Fitnessclub, der ist sehr teuer, und da kannst du einmal abends vielleicht ein paar Übungen machen, die du zu Hause mit einem Theraband nicht machen kannst. Das würde ich vielleicht machen, aber das wäre nur eine ganz geringe Motivation.“ (Interview XII, Min. 00:25:12)

Wie weiter oben bereits angesprochen ist der Aspekt der Entfernung für die Probanden ein relevanter Punkt. Neben dem Anfahrtsweg zur Arbeit und der damit verbundenen zeitlichen Einschränkung für die Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements gab es für einige Probanden keine Möglichkeit, die Maßnahmen wortortsnah zu absolvieren, und dadurch sank die Motivation:

„(.) Ich glaube dadurch, dass ich so weit weg wohne, ist das irgendwie für mich unattraktiv. Also ich brauche diese Fitnessschiene eher wohnortnah und nicht arbeitsplatznah und wenn ich jetzt hier in der Gegend wohnen würde, würde mich das schon reizen, aber dadurch, dass ich so weit weg wohne, finde ich das - also wir hatten eine Zeit lang hier so eine ganz schöne, sehr lustige Runde Bauch, Beine, Po haben wir das immer spaßeshalber genannt, hat der Sporttherapeut hier angeleitet, aber war eher schon so eine Clique und haben das immer nach der Arbeit gemacht und das war super, aber ich bin - also ich würde jetzt noch eine Stunde hier so in so ein, in so eine Mukkibude gehen, auch wenn das umsonst wäre, weil ich nach der Arbeit wollte ich irgendwie nach Hause sind dann immer lange Tage und so, aber wie gesagt, wenn ich hier in der Nähe wäre und ich könnte das dann auch an meinen freien Tagen nutzen und so dann würde ich das schon attraktiv finden, klar wenn man dann Geld sparen kann, wär schön doof wenn nicht, aber so ist das halt für mich nicht relevant.“ (Interview X, Min. 00:30:05)

Neben der Tatsache, dass einige Probanden nicht durch Geldleistungen und Sachleistungen zu motivieren waren, war ebenfalls nicht von besonderer Bedeutung die Möglichkeit, Maßnahmen während der Arbeitszeit stattfinden zu lassen. Hierbei gaben zwar mehr Probanden an, dass sie diese Möglichkeit als positiv wahrnehmen würden, jedoch war auch hier die Überzeugung stärker, dass die Maßnahmen passend sein müssen (Interview XIX, Min. 00:18:17). Ein weiterer Aspekt, der angegeben wurde, war die Einschätzung der Dauer der Maßnahmen und die Abwägung von Pausenzeiten. Im Ausgangsmaterial war erkennbar, dass die grundsätzliche Bereitschaft zu erkennen war, über die Pausenzeiten hinaus das Angebot des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu besuchen (Interview VIII, Min. 00:16:37; Interview X, Min. 00:30:53). Ebenso war erkennbar, dass die zeitliche Regelung teilweise ein Hindernis darstellte. Die Probanden gaben an, dass die fehlende Freistellung und die fehlende Möglichkeit, die Arbeit zu planen, dass eine Teilnahme möglich ist, einen Grund zur Ablehnung der Maßnahmen darstellt (Interview XI, Min. 00:32:25). Ebenso wurde angegeben, dass der Stressfaktor ansteigen würden, würden die Maßnahmen ausschließlich in der Pausenzeit angeboten, da die verpasste Mittagspause, die verpasste Arbeit und die fehlende Ruhe dann zusätzlich zur Arbeitsbelastung hinzukommen würde:

„Eher nicht. Stresst, weil man dann die anderen Sachen nicht schafft. (lacht) Und alles hinten ran hängen muss.“ (Interview XIII, Min. 00:17:05).

Diese Bedenken kamen in den Interviews vermehrt vor. Die Probanden gaben an, dass sie die grundsätzliche Idee von Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Pausen begrüßen würden, sie jedoch nicht bereit wären, die Arbeit und die Mehrbelastung darüber hinaus nach der Beendigung der Arbeit nachzuholen. Die Attraktivität der Angebote wurde damit in einem direkten Zusammenhang mit der Verfügbarkeit der Angebote und der Möglichkeit der Umsetzung im Arbeitsalltag gleichgesetzt. (Interview XIV, Min. 00:21:10). Ebenso wurde die Verfügbarkeit für die Mitarbeiter gleichgesetzt mit den Angeboten und die Differenzierung fand hierbei nur sekundär statt (Interview XX, Min. 00:28:09). Auch die Auffassung, dass die Arbeit nicht von anderen Kollegen übernommen wird und damit automatisch liegen bleibt, findet sich im Ausgangsmaterial vermehrt wieder:

„(...) die Arbeit muss ja eh gemacht werden, also wenn ich die innerhalb der Arbeitszeit annehmen kann, super, super, aber dann wird es natürlich in alle Seiten gestreckt werden, die Zeit, die ich arbeite. Also das macht ja kein Arbeitgeber mit, dass man während der Arbeit, gut

also dieses Fit-am-Fahrrad, das ist eine Viertelstunde, zwanzig Minuten, das ist okay, andere gehen draußen rauchen und das nimmt auch Zeit in Anspruch, aber ich denke wenn ich hier drüben zum Sport gehe und das dauert irgendwie eineinhalb, zwei Stunden, dann kann ich ja nicht von meinem Arbeitgeber erwarten, dass der das eben halt in meinem Arbeitszeitfenster mit einbringt, also das wäre krass, aber wenn ich diese Flexibilität hätte, ich kann von zwölf bis zwei oder von zwei bis vier Sport machen oder ich kann die Arbeitszeit eben halt dann vorne und nach hinten raus flexibel gestalten, ist doch super, ist doch klasse.“ (Interview II, Min. 00:25:50)

Neben den Geld- und Sachleistungen wurden die Probanden nach Angeboten für Männer und Frauen gleichermaßen gefragt. Hierbei sprach sich eine überwiegende Mehrheit dafür aus, die Angebote für beide gleichermaßen zugänglich zu machen. In einigen wenigen Fällen wurde berichtet, dass die Trennung von Kursen für Männer und Frauen eine Motivation wäre:

„Oh ja, das würde ich auch begrüßen.“ (Interview XIV, Min. 00:21:17)

Hierbei blieb offen, wieso die Probanden dies begrüßen würden. Neben der Tatsache, dass einige Kurse eher bewegungsstark waren, wurden auch Kurse abgefragt, die ausschließlich theoretischen Inhalt hatten, und auch hier wurde der Wunsch geäußert, die Kurse getrennt voneinander stattfinden zu lassen. Darüber hinaus wurden angemerkt, dass die Teilnahme von Männern und Frauen gleichzeitig auch eine Erhöhung der Motivation darstellen könnte und die Effekte der Steigerung der Attraktivität der Kurse eintreten könnte. Neben den gemischten Kursen wurden die Probanden auch nach der Motivation hinsichtlich der Anstrengung der Kurse gefragt und wie sie den Bedarf von Sanitäreinrichtungen im Anschluss einschätzen. Die Probanden gaben an, dass sie den Bedarf nach der Anstrengung der Kurse beurteilen würden:

„Ja, wenn das so mit Schwitzen verbunden wäre, wäre das schon nicht schlecht. (lacht)“ (Interview X, Min. 00:31:08)

Die Probanden gaben an, dass sie die Situation ebenfalls nach der Jahreszeit beurteilen. Bei Kursen, die anstrengend sind und im Sommer stattfinden, wurde angegeben, dass die Sanitäreinrichtungen sehr wichtig sein (Interview II, Min. 00:26:52). Dazu kamen die unterschiedlichen Einschätzungen nach der Ausstattung und der Wichtigkeit von Duschen (Interview XIX, Min.

00:22:03). Einige Probanden nutzen bereits die vorhandenen Anlagen und gaben hierbei ebenfalls an, dass sie dieser Zustand zusätzlich zu den Angeboten motivieren würde:

„Also das haben wir ja alles hier ne. Also wir haben ja ein Schwimmbad hier, das ich auch nutze einmal die Woche. Da gehe ich einmal hin. Das ist großartig. Also wir haben hier Mitarbeiterschwimmen einmal die Woche. Und das ist, das ist toll. Also ich brauche nur eine Etage runter und habe meine Bahn und kann eine Stunde schwimmen. Also das haben wir. Da haben wir Umkleideräume.“ (Interview XII, Min. 00:26:10)

Einige Befragte gaben an, dass ihnen die Betreuung und die Anleitung durch qualifiziertes Personal wichtig ist. Besonders die Kurse, die mit Bewegungselementen zusammenhängen, sollten durch Personal betreut werden, die ausgebildet sind (Interview VII, Min. 00:21:45). Ebenfalls wurde angemerkt, dass die Akzeptanz durch die Kollegen wahrscheinlich höher wäre, wenn das Personal qualifiziert ist und die Kurse somit einen Qualitätsstandard erreichen (Interview II, Min. 00:27:14). Daneben gab es auch direkt Beispiele, die im Unternehmen bereits durchgeführt werden und wo die Probanden die Qualität unmittelbar beurteilen konnten:

„Also ich habe ja jetzt den direkten Vergleich, diese bewegte Mittagspause, dass haben Kolleginnen und Kollegen gemacht, die aber auch Übungsleiter sind, das hat mir gefallen und das ist mit Sicherheit besser als nichts, aber diese FIT-Viertel zum Beispiel oder diese Morgenroutine durch Profis, das sind Sportwissenschaftler, das hat eine ganz andere Qualität. Und mir geht's es wirklich so richtig richtig gut seit dem ich das mache. Also das ist mir schon wichtig.“ (Interview I, Min. 00:31:49)

Die Betonung auf der Qualifikation und der damit verbundenen Erwartung, dass die Qualität der Kurse hoch sei und die Probanden neben der Übungsausführung auch Hinweise zur Umsetzung im privaten Umfeld bekommen würden, fand sich im Ausgangsmaterial wieder (Interview III, Min. 00:30:32). Einige Probanden gaben an, dass es Kollegen im Unternehmen geben würden, die bereits dafür qualifiziert seien und somit die Rolle der Übungsleiter durchaus ausführen können und die Qualität dahingehend stimmen würde:

„Also da wir hier ja qualifizierte Leute haben, also wenn das jetzt ein Kollege hier machen würde, der ein Sporttherapeut, dann wäre das ja ein qualifizierter Kollege, das würde mir

reichen. *(Es muss schon qualifiziertes Personal geben, so die Frage.) Ja.*“ (Interview X, Min. 00:31:26)

Insgesamt lässt sich erkennen, dass die Probanden bei Sportkursen oder bei Kursen zur Entspannung und Regeneration auf qualifiziertes Personal Wert legen, da ihnen neben der Verletzungsprophylaxe auch die korrekte Ausführung für die Umsetzung im privaten Umfeld wichtig ist:

„Ich sag mal ja, es (I: Ja?) kommt ein bisschen auf die Kurse drauf an, wenn ich jetzt eine, keine Ahnung, Fußballsportgruppe brauche, brauche ich keinen (unv.) qualifizierten Trainer (I: Ja.), aber (I: Aber so einen Pilates, Yoga, keine Ahnung, wenn so...), genau, dann (unv.) schon (.) (I: Einer, der es kann, einer, der es gelernt hat...) Dann ja.“ (Interview VIII, Min. 00:17:00)

Angesprochen auf die Möglichkeit die Angebote draußen stattfinden zu lassen, gaben die Probanden durchgehend befürwortende Antworten. Es wurde deutlich, dass das Interesse an den Maßnahmen erhöht werden kann, wenn die Möglichkeit besteht, in der Natur und an der frischen Luft Kurse durchzuführen:

„(...) ja klar. Aber für mich wäre es auch wichtig, wenn es zum Beispiel leise wäre.“ (Interview XX, Min. 00:29:39)

Der Hinweis auf die Lautstärke und die damit einhergehende Stressbelastung findet sich in dem Ausgangsmaterial vermehrt wieder. Besonders die Probanden im Einzelhandel gaben vermehrt an, dass sie unter hoher Lautstärke leiden würden (Interview XIX, Min. 00:07:29; Interview XVII, Min. 00:06:36).

In den letzten Jahren ist die Einführung eines Bonussystems im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements vermehrt vorgekommen (Kaminski, 2013, S. 47). Somit sind auch die Probanden im Ausgangsmaterial mit dieser Frage konfrontiert worden und beurteilten grundsätzlich die Einführung eines Bonussystems im Unternehmen als förderlich. In einigen Fällen gab es Rückfragen und Rücküberprüfungen, da das Thema scheinbar der breiten Öffentlichkeit nicht bekannt ist. Die Umsetzung und die Einführung eines solchen Bonussystems hing stark davon ab, inwieweit die Probanden ihr Interesse an den Maßnahmen angaben. Ebenfalls wurde

angegeben, dass es bereits Versuche in diesem Bereich gegeben hätte und die Erfolge durchaus vorhanden gewesen sein:

„Ja, haben wir auch schon gemacht, wir hatten hier so Fahrradtouren und alles sowas.“ (Interview V, Min. 00:23:09)

Ähnlich zu den Fällen im vorherigen Abschnitt wurde erkennbar, dass die Motivation und die Bereitschaft, Teil dieses Bonussystems zu sein, stark davon abhing, in welcher Beziehung die Probanden zum Thema betriebliches Gesundheitsmanagement standen. Besonders die Befragten, die eine starke intrinsische Motivation zeigten und viele Maßnahmen annahmen, sowie ein großes Interesse an der eigenen Gesundheit zeigten, beurteilten das Bonussystem positiv und antizipierten dabei einen Vorteil für sich.

„Ah bestimmt (lacht). Da könnte ich bestimmte einige Boni einsammeln (lacht).“ (Interview I, Min. 00:32:27)

Gerade die Umsetzung dieses Bonussystems motivierte einige Probanden und gab ihnen das Gefühl, für ihr Engagement, ihre Leistung und die Motivation belohnt zu werden. Der Hinweis auf die ausbleibende Sanktionierung und die ausschließliche Belohnung in Form von Bezahlung, Urlaubstagen oder anderen Annehmlichkeiten schien die Befragten zu motivieren:

„Wenn es so wäre, wäre es natürlich der Hit. Wäre gut ja.“ (Interview II, Min. 00:27:48)

Gerade die Mitarbeiter, die nicht in der Nähe des Unternehmens wohnen, gaben an, dass sie bei der Umsetzung Probleme sehen würden. Durch die Dauer des Fahrtweges und die damit ausbleibende Möglichkeit, am Unternehmen noch Zeit nach der Arbeit zu verbringen, führte zu einer Ablehnung des Systems:

„Also würde ich spannend finden, aber eben wieder nur in dem Zusammenhang mit, wenn ich hier auch in der Nähe wohnen würde und ich das auch noch also irgendwie. (Also für dich wäre das jetzt per se erstmal nichts?) Nein, also es gab ja schon mal sowas, das Fahrradfahren wurde dann irgendwie honoriert, wobei ich weiß gar nicht, ob man dafür dann irgendwas gekriegt hat, aber die Mitarbeiter sollten ihre Kilometer irgendwie sammeln und das ist dann irgendwie mit 70 Kilometern nach Kiel, war ich immer raus bei sowas. (Ja.) Und deswegen ist

es so bei einigen Sachen immer schwierig, weil ich einfach immer noch diesen langen Weg habe, Dreiviertelstunde noch im Auto sitzen und ich fang morgens um halb neun an und ich bin dann immer irgendwie so von viertel nach sieben bis ja viertel nach sechs oder so weg und dann bin ich auch einfach froh, wenn ich zu Hause bin und nicht noch hier noch eine Stunde länger und dann noch irgendwie hier noch Sport mache oder so dann.“ (Interview X, Min. 00:32:00)

Die Hauptkategorie 4 zeigt die Akzeptanz von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement und die damit verbundenen Stellschrauben und Möglichkeiten, die Akzeptanz zu erhöhen. Neben den direkt messbaren und sichtbaren Faktoren gab es auch indirekte Faktoren und Aspekte, die nicht direkt mit dem Unternehmen zusammenhingen. Auch wurde sichtbar, dass die Motivation in unterschiedlichen Ausprägungen vorhanden war und von den individuellen Bedürfnissen der Probanden abhing.

Ein wesentlicher Aspekt war die Identifikation mit dem Unternehmen. Hierbei gaben die Probanden an, dass für sie der Zusammenhalt und das Zugehörigkeitsgefühl ein wichtiger Aspekt bezogen auf die Teilnahme darstellt. Dazu gehört die Wahrnehmung als Mensch und die Abkehr von der reinen Humanressource, parallel dazu wurde aber auch eine offene und ehrliche Kommunikation gewünscht und verlangt. Durch das Verschwimmen der Grenzen zwischen Privatleben und Arbeitsleben wurde erwartet, dass es aktive Verbesserungen hinsichtlich der Trennbarkeit von Beruf und Privatleben geben wird, was die Zeit während der Corona-Pandemie nur noch verdeutlicht hat.

Neben den Anforderungen und Erwartungen wurde deutlich, dass die Priorisierung von Gesundheit vor Geld ein zentraler Aspekt der Arbeit darstellt. Hierbei zeigte sich, dass die unterschiedlichen Angebote und Maßnahmen von den Probanden häufiger angenommen wurden, wenn die Gesundheitsförderung damit bewusst angesteuert wird und es nicht primär um einen finanziellen Anreiz geht. Genauso gaben die Probanden an, dass ihnen die Sachleistungen zwar wichtiger waren als Geldleistungen, aber auch bei den Sachleistungen das Angebot wichtiger ist. Besonders die Aussicht auf Sportkleidung und Wearables aus dem Bereich des dBGM wurden vermehrt als Anreize genannt. Die Fokussierung auf die nicht-monetären Angebote wurde bei einer überwiegenden Mehrheit der Probanden wiedergefunden.

7.1.5 Hauptkategorie 5: Ablehnung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die Hauptkategorie 5 beschäftigt sich mit der Ablehnung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus Sicht von Arbeitnehmern. Die Hauptkategorie 5 wurde induktiv aus dem Ausgangsmaterial herausgearbeitet. Grundsätzlich war zu beobachten, dass die Probanden bei der Ablehnung der Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zwischen Ablehnung der Angebote und Ablehnung der Umsetzung unterschieden haben:

„Ich bin da jetzt nicht so ein Freund von, weil ich auf der einen Seite für mich, (...) da keine Dinge sehe, wo ich sage, das ist jetzt was, das muss ich unbedingt ausprobieren. Wenn ich den Plan so sehe, dann gibt es so irgendwie den Kochkurs "Gesund Backen", dann gibt es "Chi-Gong", sowas mache ich, dann gibt es Yoga, sowas habe ich gemacht, da weiß ich, das ist nichts für mich. Dann gibt es irgendwie Blutdruckgeschichten da, da muss ich auch nicht hingehen und, also da sind so Sachen, wenn ich mir das angucke, dann sage, ich da ist jetzt nichts, was mich besonders anmacht.“ (Interview XII; Min. 00:22:42)

Hierbei war auffällig, dass besonders die Maßnahmen wenig angenommen wurden, wo die Probanden selbstständig für sich sorgten. Hierbei war auffällig, dass die Bereitschaft, die Angebote anzunehmen, auch wenn sie während der Arbeitszeit stattfinden, durchaus gegeben ist:

„Nein. Also, ich würde dann eine Stunde das machen und würde die Stunde hinten dran hängen ein (...).“ (Interview XVI, Min. 00:19:27).

Besonders die intrinsische Motivation der Probanden war hierbei zu erkennen. Das Bekunden von Interesse für die Maßnahmen und die erhöhte Bereitschaft zur Teilnahme wurde so deutlich:

„Das würde mich nicht hemmen, ne. Wenn mich was interessieren würde, würde ich das dann auch machen. Auch nach der Arbeit.“ (Interview XII, Min. 00:27:28)

Neben der Bereitschaft, Mehrarbeit zu leisten, gaben die Probanden auch an, dass sie nicht bereit wären, neben der regulären Arbeitszeit noch länger im Unternehmen zu bleiben:

„Kommt drauf an, wie viel das ist, aber würde mich eher zum Nachdenken bringen, ob ich das jetzt tatsächlich machen (I: Okay.) würde.“ (Interview XI, Min. 00:33:44)

Diese Einstellung ließ sich in einigen Interviews wiederfinden. Die Angaben der Gründe waren sehr unterschiedlich. Zum Teil wurde angegeben, dass die Zeit des Fahrtweges sich dadurch verlängern würde (Interview XI, Min. 00:34:12). Besonders der Hinweis auf den persönlichen Bezug und den Mehrwert der Maßnahmen war in den Interviews herauszulesen:

„Das hängt so ein bisschen davon ab, ob ich für mich persönlich einen Mehrwert daraus ziehen kann, also wenn es jetzt diese Schulung über Suchtverhalten oder Nichtraucher oder Rückenschule wäre, dann würde es mich hemmen, weil es muss immer diesen persönlichen Bezug geben, dass ich meine Freizeit dafür aufbringe.“ (Interview XVIII, Min. 00:25:29)

Eine der zentralen Aussagen der Ablehnung findet sich in der eigenen Beschäftigung mit einem gesunden Lebensstil wieder. Teilweise wurde von den Probanden angegeben, dass sie sich selbstständig mit einem gesunden Lebensstil und der Umsetzung der Empfehlungen beschäftigen würden und für sie dadurch die Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht relevant seien:

„Das ist eine schwierige Frage, dadurch dass ich auch viel selber Sport mache oder sowas, muss ich da nicht extra mehr arbeiten, um dann da Sport machen zu können, weil ich sowieso gern raus gehe für meinen Sport, insofern eher nicht nein.“ (Interview XIX, Min. 00:21:02)

Ebenfalls war zu erkennen, dass die gelernte Fähigkeit und die Erkenntnis, die eigene Gesundheit zu priorisieren, bei den Probanden wiederzufinden war. Teilweise wurden angegeben, dass sie trotz Mehrarbeit die Angebote annehmen würden, da sie überzeugt seien von der Wirkung und der Wichtigkeit:

„Ja für mich ist das ja in meinem Sonderfall Arbeitszeit, durch diese Unterstützungsleistungen vom Integrationsamt, ich kann das ja sozusagen als Bewegungspause einbauen bei mir, aber ich würde das auch annehmen, wenn es nicht Arbeitszeit wäre, weil es ja vorher, bevor es diese Bewegungspausenregelung oder diese Leistungen vom Integrationsamt gab, habe ich das ja auch außerhalb der Arbeitszeit machen müssen und, also für meine Gesundheit sorgen, dass

habe ich ja gemacht, damit es mir gut geht. Jetzt finde ich es natürlich noch besser (...).“ (Interview I, Min. 00:32:54)

Auch war die Erkenntnis vorhanden, dass die Arbeit zu schaffen sein muss und das vorliegende Arbeitspensum und die Arbeitsmenge trotzdem berücksichtigt werden muss. Wie oben bereits zu erkennen ist, wurde bei den Probanden deutlich, dass dieser Spagat häufig bewusst in Kauf genommen wird und die Teilnahme an den Angeboten so möglich gemacht wird. Nichtsdestotrotz war zu erkennen, dass die dadurch anfallende Mehrarbeit als kontraproduktiv wahrgenommen wird und dadurch die Effekte der Angebote geringer ausfallen könnten:

„Ich finde, so kann man das nicht ausdrücken, mehr arbeiten, also ich muss meine Arbeit ja schaffen, so oder so. Ich muss die Arbeit, die ich habe, schaffen, die muss ich dann irgendwie in dieses Arbeitszeitfenster reinkriegen, wenn ich dann noch mehr arbeiten sollte, ist es natürlich kontraproduktiv.“ (Interview II, Min. 00:28:11)

Besonders bezogen auf eine mögliche Flexibilität der Angebote und die flexible Teilnahme der Probanden wurde positiv reagiert. Neben der Wahrnehmung, dass es äußerst schwierig sei, die Angebote für alle Probanden passend anzubieten, bezogen auf das Angebot und die zeitliche Ausgestaltung, gaben die Befragten an, dass sie eine mögliche Flexibilität bevorzugen würden. Trotzdem wurden angegeben, dass ihnen die Flexibilität nur in bestimmten Gründen etwas bringen würde und auch die fehlende Einsicht des Arbeitgebers häufig hemmend wirkte:

„Also ich finde die Flexibilität gut, dass man das halt während der Arbeitszeit machen kann. Ich finde das super, wirklich, dass ist echt toll, dann hat man halt dieses, man ist im Fluss irgendwie man hat von vorne nach hinten raus, jeder hat unheimlich viele Termine, hat einfach ein bisschen mehr Puffer und man hat ja oftmals diese ganzen Fahrzeiten ja dann auch nicht mehr, es findet halt hier im Arbeitsumfeld statt, genauso wie dieses Fit eben halt drüben, ich bin hier vis a vis, also schnall mir meine Sporttasche um und bin dann in fünf Minuten drüben, bin schnell umgezogen, mach da meine halbe Stunde, dreiviertel Stunde Sport, weil es auch richtig knackig ist, dusche schnell und bin dann wieder am Arbeitsplatz und bin ja auch ganz anders drauf. Ich fühle mich ja viel fitter. Also das ist so ein Gewinn, ich finde das total Klasse.“ (Interview II, Min.00:28:31)

Die Probanden gaben ebenfalls in überwiegender Mehrheit an, dass sie die Angebote ebenfalls wählen würden, wenn die Gefahr bestehen würde, dass sie übermäßig schwitzen könnten und die Angebote sehr anstrengend werden könnten (Interview IV, Min. 00:15:5; Interview 00:29:25; Interview XII, Min. 00:27:44). Ebenfalls gaben die Probanden an, dass sie die Angebote annehmen würden, wenn es eine Möglichkeit geben würde, nach den Maßnahmen Sanitäranlagen zu besuchen (Interview XI, Min. 00:34:13). Daneben wurde angegeben, dass die Ablehnung von Angeboten generell vorhanden sei, bei denen die Gefahr besteht, dass es sehr anstrengend werden kann und dadurch der Bedarf entsteht, sich zu duschen:

„Also da reicht mir ein Wasserhahn (okay). Glaube ich nicht, dass ich solch Angebote annehmen würde, wo ich so schwitze, dass ich duschen müsste.“ (Interview VI, Min. 00:19:01)

Auch die Vorstellung davon, wie die Angebote in der Mittagspause ausgestaltet werden könnten und inwieweit die Mitarbeiter sich dabei anstrengen müssen, geht bei den Probanden auseinander:

„Ja, das würde dann davon abhängen, ob ich danach noch wieder weiterarbeite, also wenn ich jetzt mitten am Tag eine Stunde joggen sollte oder so, weiß ich nicht, ob ich das so gut finden würde mit duschen und Haare föhnen und so, das würde mich glaube ich auch eher abhalten. (Okay.) Also ich könnte mir halt eher sowas vorstellen, so eine Viertelstunde, zwanzigminütige kleine Entspannungseinheit oder irgendwie wo man irgendwie nicht hinterher völlig desolat ist und dann erstmal wieder sich wieder zurecht machen muss, also das würde mich glaube ich stressen.“ (Interview X, Min. 00:33:51)

Gerade die Mitarbeiter, die im Einzelhandel arbeiten und dadurch direkten Kundenkontakt haben, gaben an, dass sie die anstrengenden Sporteinheiten lieber nach der Arbeit erledigen würden und sich somit während der Arbeitszeit wohler fühlen würden (Interview XX, Min. 00:31:21; Interview XVIII, Min. 00:25:55). Gerade der Hinweis auf die Möglichkeit, sich zu erfrischen, findet sich in den Interviews mit Mitarbeitern im Einzelhandel vermehrt wieder:

„Also Umkleiden wären schon cool, Sanitär wäre auch cool, um sich die Hände zu waschen, ich bin jetzt nicht jemand, der sich unbedingt duschen muss, wäre natürlich auch schön, wenn man das vor der Arbeit macht, sage ich jetzt mal, aber ja, so Umkleide oder so, Toilette wäre gut.“ (Interview XIX, Min. 00:22:03)

Angesprochen auf die Hemmschwelle bezüglich der Teilnahme der direkt Vorgesetzten gaben die Probanden unterschiedliche Antworten. Teilweise war zu beobachten, dass die Teilnahme kein Problem für die Befragten darstellt. Es wurde sogar das Gegenteil angemerkt und die gesundheitlichen Vorteile für den direkten Vorgesetzten wurden hervorgehoben (Interview V, Min. 00:23:53; Interview I, Min. 00:33:39; Interview VI, Min. 00:19:14). Überwiegend kamen die Antworten von Probanden, die selber überzeugt sind von den Angeboten und gehen einher mit der Wahrnehmung, dass die Maßnahmen ihren Zweck erfüllen und somit auch den direkten Vorgesetzten von Vorteil sein können. Neben den förderlichen Effekten für die Gesundheit gaben die Probanden auch an, dass sie die Faktoren für den Zusammenhalt in der Gruppe dadurch verstärkt sehen würden und der Einbindung des direkten Vorgesetzten positiv gegenüberstehen:

„Das würde mich tatsächlich gar nicht stören. (Okay.) Wir singen nämlich auch zusammen im Chor, der Klinikleiter (lacht) ist da auch mit bei, also das finde ich eher lustig. Da habe ich nicht so eine Chef-Phobie.“ (Interview X, Min. 00:34:39)

Neben den positiven Effekten für den Gruppenzusammenhalt gaben die Probanden an, dass sie die Verbindung mit ihrem direkten Vorgesetzten über den Arbeitsalltag hinaus als erfrischend empfinden würden und sie daraus Motivation ziehen könnten (Interview I, Min. 00:33:39). Gleichzeitig gaben einige Probanden an, dass sie die Teilnahme des direkten Vorgesetzten als sympathisch empfinden würden und sie damit kein Problem hätten:

„Ach bei dem jetzigen nicht (lacht) das wäre okay, dass wäre vielleicht sogar ganz witzig, aber ne, für mich momentan nicht, wäre kein Problem.“ (Interview II, Min. 00:30:08)

Bei der Einbindung von Vorgesetzten aus anderen Bereichen und Zuständigkeiten gaben Teile der Befragten an, dass sie damit eher ein Problem hätten. Es wurde sichtbar, dass die Teilnahme von Personen, die ein Dienstverhältnis mit den Befragten haben, als kritisch betrachtet wird. Auch die besondere Situation, dass Entscheidungen der Vorgesetzten Einfluss auf die berufliche Laufbahn der Probanden haben, schreckte einige ab. Somit gaben sie an, dass die Hemmschwelle erhöht würde, sollten diese Vorgesetzten bei den Angeboten und Maßnahmen ebenfalls teilnehmen und ein direktes Aufeinandertreffen stattfinden:

„Hmmm, das ist eine gute Frage. Nein, auch nicht. Also die Frage kann ich tatsächlich (unverständlich), aber mein direkter Vorgesetzter. Nein. Wir hatten schon mal eine Bauch-Beine-Po-Gruppe, wo es dann nachher darum ging, ob die Personalleitung, die mich kannte, dran teilnehmen dürfte und da haben wir als Gruppe gesagt, wir möchten das nicht, eben aus dem Grund, weil sie die Personalleiterin ist. Ebenso deshalb. Den Konflikt kann ich gut nachvollziehen. Bei meinem direkten Vorgesetzten wäre es aber für mich kein Problem.“ (Interview XVI, Min. 00:19:58)

Gleichzeitig war zu erkennen, dass die Situation für Teile der Befragten als anstrengend empfunden wird, sobald ein direkter Vorgesetzter teilnimmt. Inwieweit dieses Gefühl mit dem sportlichen Aspekt der Angebote zusammenhängt oder inwieweit es sich um Abgrenzungsschwierigkeiten hinsichtlich des Arbeitskontext handelt, blieb unklar:

„Ich sag mal ne, also eigentlich schon, weil ich es ein bisschen, ein bisschen anstrengend finde, aber (I: Ja.) es ist halt nicht die Situation, dass mein Vorgesetzter da ist, also (I: Okay.) (unv.) Chefarzt da, also würde mich das nicht stören.“ (Interview VIII, Min. 00:18:08)

Angesprochen auf die Notwendigkeit von qualifiziertem Personal für die Angebote wurde überwiegend mit Wohlwollen geantwortet. Gerade im Setting des Krankenhauses wurde vermehrt darauf hingewiesen, dass Teile des Kollegiums bereits Erfahrungen im Anleiten von Kursen haben und sie dadurch automatisch qualifiziert seien:

„Kommt bestimmt auch auf die Kurse an, also ich mach halt mit einem Arbeitskollegen, machen wir immer selbst nochmal so ein paar Übungen oder so da sind wir ja in dem Sinne ja auch mehr oder weniger so ein bisschen spaßig unterwegs ebenso eine halbe Stunde, das ist dann auch immer ganz gut. Deshalb würde ich da sagen, also hätte ich auch kein Problem mit.“ (Interview VII, Min. 00:23:34)

Bei der grundlegenden Ablehnung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus Sicht von Arbeitnehmern war wiederholt zu erkennen, dass die zielgruppenspezifische Angebotsgestaltung und die damit einhergehende Festlegung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements häufig nicht das Hauptproblem darstellten. Vielmehr wurde deutlich, dass die fehlende intrinsische Motivation und die damit einhergehende fehlende Kenntnis über die gesundheitsförderlichen Effekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Grund zur Ablehnung war. In Teilen des Ausgangsmaterials wurde sichtbar, dass die Einschätzung der Befragten, inwieweit die Angebote die Mitarbeiter erreichen, unterschiedlich ist. Darüber hinaus gaben die engagierten und motivierten Mitarbeiter an, dass sie die Einsatzmöglichkeiten der Angebote fast durchweg als positiv empfinden, aber die Teilnahme der Mitarbeiter häufig mangelhaft ist:

„Und bei meinen Mitarbeitern habe ich so ein bisschen das Gefühl, wenn ich hinterher Frage, was (...), wer war denn da? Dann sind das die, die sowieso total sportinteressiert sind und die auch alles andere irgendwie mitnehmen und der Übergewichtige, der dann irgendwie an seinem Schreibtisch sitzt, der sagt dann "ist doch doof". Also ich habe jetzt noch nicht erlebt, in den Jahren wo wir das machen, dass da irgendjemand sozusagen "bekehrt" wurde. Und sagt, ah man, da habe ich jetzt endlich was gefunden und da bleiben ich bei. Das habe ich noch nicht erlebt.“ (Interview XII, Min. 00:23:14)

Im weiteren Verlauf der Sichtung des Ausgangsmaterials wurde deutlich, dass besonders die Ausgestaltung von Aktionstagen und Maßnahmen, die singulär durchgeführt wurden, kritisch betrachtet werden. Die Probanden gaben an, dass sie neben dem fehlenden Effekt für die Gesundheit auch nicht von der Umsetzung überzeugt seien:

„(...) so wie es hier jetzt manchmal läuft, finde ich es nicht so gut. (lacht) Soll ich das jetzt schon erzählen? (...) Weil - es gibt hier immer so Tage, wo dann so irgendein Thema ist, meinetwegen Rückentag oder sowas und es werden dann viele Angebote aus den also von den Kollegen angeboten und ich finde das widerspricht sich irgendwie, also ich finde entweder müssen dann alle mitmachen können, aber es kann nicht sein, dass wir dann - also, dass sozusagen für andere - also vielleicht in der Massageabteilung müssen die dann arbeiten (Ja.) um ihren Kollegen, etwas Gutes zu tun. Das finde ich irgendwie schräg und es ist halt auch so zeitlich auch manchmal so schwierig, dann wird so ein ganzer Tag etwas Tolles angeboten, aber wenn ich da eine Gruppe habe, dann kann ich ja nicht sagen, okay dann gehe ich jetzt mal nicht zur Gruppe, ich mach da jetzt irgendwie so ein Qigongkurs oder sowas. Das finde ich manchmal so ein bisschen schade, aber grundsätzlich finde ich das gut.“ (Interview X, Min. 00:25:34)

Neben der Auffassung, dass die Angebote freiwillig sein sollten und somit jedem freizugänglich, gab es auch abweichende Meinungen. Teile der Befragten zeigten sich optimistisch

bezüglich der Effekte eines verpflichtenden betrieblichen Gesundheitsmanagements und gaben an, dass sie davon überzeugt seien, dass die Mitarbeiter so nachhaltig gesünder werden. Ebenfalls wurde angegeben, dass sie zwar die rechtlichen und moralischen Bedenken erkennen und akzeptieren können, sie aber trotzdem die Grundidee begrüßen würden:

„Ja klar, nur das kann Dataport ja nicht machen. Wegen meiner schon, es gibt viele die ich sehe, die nie was machen, wo ich jetzt sage, wenn die jetzt gezwungen wären, würden die auch was tun.“ (Interview V, Min. 00:20:05)

Ähnliche Effekte und Einschätzungen lassen sich bezogen auf das Bonussystem im Ausgangsmaterial finden. Die Probanden zeigten sich nur im geringen Maße motiviert, an einem Bonussystem teilzunehmen und äußerten auch hier ihre Bedenken. Die Einführung eines solchen Bonussystems schien für die Probanden keine Motivation, sondern eher eine Hemmschwelle, weil sie nicht nachvollziehbar verstehen konnten, inwieweit sie die Teilnahme gesünder machen würde und wie die Umsetzung fair und transparent erfolgen sollte:

„Deswegen würde ich nichts mitmachen, wo ich eigentlich kein Interesse habe, ne (I: Okay.), ne.“ (Interview XIV, Min. 00:21:55)

Eine reine Motivation über das Geld zeigte sich als nicht wirksame. Zwar wurde keine Hemmschwelle dahingehend ausgemacht, aber nur über monetäre Anreize schien kein Proband an den Angeboten teilnehmen zu wollen. Auch Sachleistungen schienen keine Hemmschwelle, aber auch keine starke Motivation. Vereinzelt wurde angemerkt, dass die Auszahlung von Geld die Teilnahme eher unwahrscheinlicher machen würde und die Motivation eher über andere Anreize funktionieren könnte:

„Also, Geld alleine denke ich, ist es nicht, aber jetzt, wenn man irgendwas anderes kriegt, das wäre schon, ja...“ (Interview VI, Min. 00:18:17)

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Hemmschwellen zur Teilnahme an den Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus Sicht der Arbeitnehmer vielschichtig sind. Neben den offensichtlichen Hemmschwellen der Umsetzung im Rahmen der Arbeitszeit und der damit kollidierenden Interessen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer wurden auch unpassende und mangelhafte Angebote genannt. Dazu kamen Probleme bei der Besetzung des Personals

zur Durchführung der Kurse. Ebenfalls wurde deutlich, dass die Hemmschwelle bei der Akzeptanz der Maßnahmen abhängig davon ist, inwieweit die Maßnahmen als sinnvoll erachtet werden und ob sie einen nachvollziehbaren Effekt für die Probanden haben. Neben diesen Aspekten zeigte sich, dass die Teilnahme häufig mit der eigenen Motivation zusammenhing. Durch Gruppeneffekte und die Förderung durch den Vorgesetzten konnten diese in Einzelfällen erhöht werden, jedoch offensichtlich nicht langfristig und über einen längeren Zeitraum hinaus. Besonders die Gesundheitstage oder die Familienevents waren bei den Probanden aus verschiedenen Gründen selten motivationsstiftend. Häufiger wurden die Angebote abgelehnt und es wurde kein Interesse daran gezeigt. Hintergrund war die singuläre Durchführung und kritische Betrachtung der Sinnhaftigkeit dieser Tage.

Wie in Abbildung 23 veranschaulicht ist, besteht die Ablehnung von Angeboten im BGM aus verschiedenen Ebenen. Auf der ersten Ebene finden sich die Aspekte der angegebenen Ablehnungsfaktoren wieder. Hierbei gilt es zu beachten, dass die Aspekte von den Probanden selbst angegeben wurden und einen Querschnitt über die Ablehnungsgründe darstellen. In der zweiten Ebene finden sich die vertieften Aspekte wieder. Diese wurden teilweise aus dem Ausgangsmaterial direkt herausgearbeitet, teilweise wurden die Gründe aus dem Kontext heraus aufgenommen. In der dritten Ebene fanden sich weitere Ablehnungsgründe und die Erklärung für die Ablehnung aus Ebene eins und zwei. Interessant war bei der Ausarbeitung der Ebenen, dass diese in vielen Fällen Bezug aufeinander nehmen. Im Bereich der fehlenden Flexibilität konnten Aspekte der zeitlichen Verfügbarkeit und der ortsabhängigen Angebote festgemacht werden. Die Ebene der unpassenden Angebote ging einher mit der fehlenden Motivation und der Priorisierung der Familie. Bei der genauen Betrachtung von Abbildung 23 wird die Ambivalenz der Ablehnungsgründe deutlich. Teile der Maßnahmen ließen sich alternativ durchführen und hätten die angegebenen Gründe erübrigt.



Abbildung 23: Ablehnungsstruktur (eigene Darstellung)

7.1.6 Hauptkategorie 6: Probleme und Lösungsansätze

Die Hauptkategorie 6 beschäftigt sich mit den Problemen und den Lösungsansätzen zur Teilnahme an Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus Sicht von Arbeitnehmern. Diese Hauptkategorie wurde ebenfalls induktiv aus dem Interviewmaterial herausgearbeitet. Die Probanden machten sehr unterschiedliche Angaben, wieso sie glauben, dass die Angebote teilweise nicht besucht werden oder worin die Schwierigkeiten liegen, Teilnehmer für eine längere Zeit an die Maßnahmen zu binden. Gerade hinsichtlich der Motivation, selbstständig einen Beitrag zur Förderung der Gruppendynamik zu leisten, wurde deutlich, dass die Probanden hier aktiv wurden. Der Hinweis auf die Einbeziehung der Familie und der daraus resultierenden Familienevents wurde bei den Befragten positiv aufgenommen:

„Also, dass ich wirklich nach Hause fahre, mittags oder meistens so gegen zwei und dann wieder herkommen muss. (Okay.) Und dann ist halt Kind zu Hause so das ist halt auch, die muss dann halt auch irgendwie unterbringen, deswegen wären so Familienangebote halt nicht schlecht, wo er dann einfach mitkönnte.“ (Interview IV, Min. 00:17:18)

Es wurde deutlich, dass die unterschiedlichen Anforderungen hinsichtlich der Belastung bezogen auf das Familienleben einen entscheidenden Punkt bei der Annahme oder Ablehnung der Angebote spielte. Die Probanden gaben an, dass sie durch die mangelhafte Vereinbarkeit von Familie und Beruf und in diesem Fall des betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht an den Angeboten teilnehmen können. Bezogen auf die Angebote außerhalb der Betreuung von Kindern wurde sichtbar, dass nicht nur die Versorgung von Kindern mit dem Familienservice in Verbindung gebracht wird, sondern das Angebot darüber hinaus reicht:

„(...) arbeite sehr gerne hier bei Dataport. (...) Gerade auf Grund des (...) Angebots des Gesundheitsmanagements, betriebliches Gesundheitswesen und alles was hier so, wie so des Familienservices. (Okay) Das ist für mich wirklich ein ausschlaggebender Grund und das (unv.) berichten, aber das ist für mich wirklich ein sehr guter Arbeitgeber aus der Perspektive.“ (Interview III, Min. 00:00:22)

Gerade im Bereich der KMU mit Mitarbeitern unter zehn Personen wurde sichtbar, dass die Finanzierung von dauerhaften Angeboten und externen Anbietern als schwierig betrachtet wird. Der Hinweis auf die Verbindung von Zahlungen von betrieblichen Gesundheitsangeboten und

anstehenden Gehaltsrunden scheint ein Teil der gängigen Praxis zu sein und wurde wiederholt im Ausgangsmaterial wiedergefunden:

„Ich glaube wirklich, dass es bei uns in der Unternehmensgröße oftmals daran hapert, dass es ein Mangel an Angeboten gibt, die für uns zusammenbringen, die gesundheitlichen Interessen, die wir natürlich haben, dass unsere Mitarbeiter die bekommen, gerade weil wir einen körperlich anspruchsvollen Beruf haben, weil unserer Mitarbeiter den ganzen Tag stehen, im Kundengespräch sind, was auch zu Rückenbeschwerden oder sowas führen kann und andererseits den finanziellen Aspekten, oftmals sind solche Angebote zum Beispiel ein Yoga-Lehrer ran holen oder was weiß ich, eine Vorsorge eine betriebliche, erst dann sinnvoll, wenn du 10-20 Mitarbeiter hast, weil du sonst pro Kopf viel zu viel dafür ausgibst. Also dass ist glaube ich der Hauptgrund, warum es hapert. Wir haben es immer wieder natürlich aufgenommen zum Beispiel im letzten Gehaltsrunde, mit meiner einen Storemanagerin, war die Idee auch, das Fitnessstudio mitbezahlen, weil es natürlich als Unternehmen auch abzurechnen geht, aber da ist es letztendlich aus Ihrer Perspektive nicht dazugekommen.“ (Interview XVII, Min. 00:25:05)

Gerade hinsichtlich der Möglichkeiten der steuerlichen Vorteile, wie in Kapitel 5.3.2 angesprochen, setzen viele Unternehmen auf die Kooperation mit externen Anbietern und lagern so ihr Angebot aus. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit der Nutzung neben der Umsetzbarkeit der Maßnahmen ein entscheidender Faktor sei:

„Also wie gesagt es wird ja schon viel gemacht zum Beispiel auch mit dem Gympass wurde hier, oder ist auch eine Kooperation und da hätte ich auch echt Lust zu, nur das Problem bei dem Gympass ist ja mit Fitnessstudios -kennst du wahrscheinlich? (Ja.) - deshalb hier in Henstedt-Ulzburg gibt es nichts. Also in Hamburg ist das nächste und so vom Konzept macht das schon Sinn, gerade dadurch, dass man die ganzen Verträge nicht hat oder halt überall mal hingehen könnte, da wo es sich anbietet. Ist natürlich dann auch verständlich, wieso viele dann nicht teilnehmen, daran, aber genau einfach das Angebot im Umkreis. Also ich würde halt jetzt nicht in der Woche oder nicht jede Woche direkt nach Hamburg fahren nur um ins Fitnessstudio dann mach ich dann lieber ohne Geräte etwas. Genau, die Erreichbarkeit, die Standortspezifität vielleicht, was das angeht, dass man halt auch wirklich die Möglichkeiten hat.“ (Interview VII, Min. 00:25:48)

Bezogen auf das Angebot gaben Teile der Probanden an, dass sie die Entscheidung zur Teilnahme abhängig vom persönlichen Empfinden machen. Neben den inhaltlichen Angeboten und den daraus resultierenden Maßnahmen, gaben sie auch an, dass die Akzeptanz oder die Ablehnung davon abhingen, inwieweit sie Freude und Gefallen an den Angeboten finden:

„Kommt drauf an. Also wie gesagt, ausprobieren, aber ich bin immer jemand, ich muss ausprobieren und dann gucken, ob es mir gefällt oder nicht, also ja.“ (Interview XIX, Min.00:22:47)

Speziell bei Angeboten mit sportlichen Aspekten wurde vermehrt darauf hingewiesen, dass diese selten besucht werden. Teilweise wurde angemerkt, dass die Umsetzung in der Mittagspause schwierig sei. Dazu kam, dass der Leistungsgedanken beim Sport für Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht brauchbar sei und dadurch abschreckend wirkte:

„Nein, ich bin nicht so ein Lauf - (...) Also wir haben mal so Tischtennisturniere früher gehabt, da war ich immer mit dabei, kann ich zwar nicht gut aber (lacht) es hat trotzdem Spaß gemacht. Genau also Läufe eben nicht, aber das liegt daran - ich mag nicht gerne zu einer bestimmten Zeit laufen, das ist nicht so mein Ding.“ (Interview X, Min. 00:35:35)

Besonders die Ansprache von Mitarbeitern, die selten oder wenig an den Angeboten teilnehmen, wurde angemerkt. Hierbei wurde deutlich, dass die Auffassung vorhanden sei, dass die Ansprache verstärkt werden muss, damit die entsprechenden Mitarbeiter Zugang zu den Angeboten bekommen würde:

„Ich glaube man müsste die stärker ansprechen und man müsste auch einen Weg finden die anzusprechen (okay). Ja, ich glaube, dass ist echt ein Thema.“ (Interview II, Min. 00:34:44)

Besonders im Bereich der Zeiteinteilung kam es vermehrt zu unterschiedlichen Antworten. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Annahme der Angebote stark davon abhing, inwieweit die Probanden in der Lage waren, ihre Arbeitszeit flexibel und variabel einzuteilen. Die unterschiedlichen Arbeitszeitmodelle waren bezeichnend für die Akzeptanz und die Ablehnung der Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements:

„Also wenn ich jetzt - ich kann das ja nur aus dieser Sicht hier beurteilen, ich glaube dass die - sagen wir mal so, wenn solche Maßnahmen hier bei uns angeboten werden, dann fällt immer auf, dass alle aus der Verwaltung sich da dann ganz wild eintragen und die Stationen, die Psychologen, die Ärzte, die auf Station arbeiten, die Kurtherapeuten, die eigentlich den Hauptstress hier haben, die schaffen das gar nicht, die kommen gar nicht auf solche Ideen, die machen da total wenig mit, das sehe ich immer so an den Namen, wer sich da so einträgt, wenn irgendwie so Angebote sind und das ist einfach, weil da der dauerhafte, fast dauerhaft eine zu hohe Belastung ist und ich glaube so lange da nicht das Arbeitspensum ein bisschen niedriger ist, haben die gar nicht die Zeit dazu das zu machen. Deswegen also die Verwaltung, die eher so büromäßig arbeiten, ich sag jetzt mal so blöd, die Akten, die bleiben dann da vielleicht nochmal einen halben Tag länger liegen oder so, also da ist nicht ganz so viel Zeitdruck, Krisenkontakte, Einzelgespräche, Gruppen, Dokumentation, also was die auf der Station alles machen müssen, also da das sehe ich eher so. Jetzt habe ich den Faden verloren. Was war noch die Frage? (lacht) (...) Ja, genau. Das ist so, was ich vermute. Oder man müsste auch richtig Freistellungen veranlassen. Also es gibt hier auch so, also so Einführungsveranstaltungen, wenn jemand hier neu ist, dann muss er die Einführungsveranstaltung von der Ernährungstherapie oder von der Sporttherapie da muss er hin und dafür wird er auch freigestellt von den Stationen und wenn das dem Betrieb wichtig ist, müsste er das eigentlich mit diesen Gesundheitsmanagement-sachen auch machen, also dass er wirklich sagt, ihr könnt dafür auch mal eine Gruppe ausfallen lassen oder so. Also, das ist - wir arbeiten hier mit Menschen und nicht mit Akten oder so, deswegen ist das halt so ein bisschen schwieriger. (Okay.) Und wie gesagt, ich glaube ich würde mich mehr dafür interessieren, wenn es nicht so viel von Kollegen gemacht werden würde, also nicht, weil ich da ein Problem mithabe, dass die mich jetzt meinetwegen irgendwie behandeln, sondern weil ich es einfach irgendwie unfair finde, dass die dann arbeiten müssen für mich. Also das finde ich irgendwie komisch.“ (Interview X, Min. 00:38:06)

Wie im vorherigen Zitat deutlich wurde, gehen die Befragten auch vermehrt auf die Situation mit ihren Arbeitskollegen ein. Dabei gaben sie an, dass die Beteiligung an den Angeboten für alle Mitarbeiter gleich möglich sein sollte und äußerten Unverständnis für die ungleiche Behandlung im Unternehmen. Daneben wurde ebenfalls der Ausfall von Mitarbeiter im Krankheitsfall thematisiert und der daraus resultierende Engpass vom Personal:

„Ja, genau. Also wenn man, wenn jetzt gesagt wird, okay wir machen mittags von 13 bis 13.30 Uhr Rückenschule, ich glaube schon, dass dann viele Kollegen das auch machen würden, (...)“

ja, wenn sie Zeit haben. (Ja.) Gut wenn man, wenn drei Kollegen im Team noch krank sind, dann geht es halt nicht, aber die würden es glaube ich schon annehmen.“ (Interview IV, Min. 00:19:25)

Wie weiter oben bereits angesprochen, stellen auch der Fahrtweg und die Entfernung vom Unternehmen zum Wohnort einen entscheidenden Faktor dar. Die Probanden gaben an, dass die Umsetzung daran scheitert, dass die Arbeitszeit in der Zeit der Angebote liegt und somit es keine Möglichkeit geschaffen wird, teilzunehmen:

„Ich glaube einfach, dass es hier schwierig ist, dass ganz viele pendeln und ab 5 hier mit der Fahrgemeinschaft wegfahren, ich glaube, dadurch ist die (.) Resonanz aber bei der Frühschicht, beim Schwimmen quasi glaube ich relativ gering, weil das halt danach ist, man dann verschiedene Arbeitszeiten hat, dass das vielleicht (unv.) von 4 bis 5 geht, und ich glaube, dass man wirklich nur eine Stunde vielleicht freigestellt wird, (I: Ja.) aber ich glaube, das ist nicht möglich.“ (Interview VIII, Min. 00:19:59)

Der Hinweis auf die Berufsgruppe und in diesem Fall der Bezug auf die therapeutischen Aufgaben und die Verantwortung den Patienten gegenüber stellte ebenfalls ein Hindernis dar.

„Ja, ähmm, genauso also, mhm (..) Ja, mhm (...). Ja genau, und das zur Arbeitszeitregelung habe ich ja schon gesagt. Dass das für meine Berufsgruppe nicht geht, sonst könnte man sich auch eher mal was vorstellen. Wenn ich weiß, ich habe noch genug Erholungszeit, dann könnte man sich auch theoretisch solche Maßnahmen besser vorstellen. Ja.“ (Interview IX, Min. 00:33:43)

Deutlich wurde es bei Probanden, die angaben, in ihrer Kernarbeitszeit eine Pause dringend zu benötigen, dass sie nicht bereit seien, auf diese zu verzichten. Im Ausgangsmaterial wurde somit deutlich, dass die Angebote dahingehend ausgearbeitet werden müssen, dass sie in die Pausenregelung der Mitarbeiter integrierbar ist. Somit wurde ebenfalls deutlich, dass die Wahrnehmung der Angebote nicht als Pausenersatz stattfindet. Die Probanden waren sich hierbei einig, dass Maßnahmen rund um die Mittagszeit angenehm sind, jedoch keine Pausen ersetzen:

„Wenn ich deswegen mein, wie sagt man das, so mein Mittagessen sparen muss, dann Nein.“ (Interview XX, Min. 00:32:18)

Besonders bezüglich der Essenszeiten und der Zeit mit den Kollegen wurde angegeben, dass diese vor der Teilnahme an Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements stehen würde:

„Ja. Wobei in den Pausen, also wenn dann trotzdem noch Zeit zum Mittag essen bleiben würde dann ja. (Okay.) Wenn das Essen dafür rausfällt, dann nicht. (lacht) Mittagpause ist wichtig.“
(Interview XIII, Min. 00:18:57)

Wie im vorherigen Abschnitt erkennbar, gaben die Probanden an, dass sie davon ausgehen, dass die Angebote häufig zu Lasten der Arbeitszeit fallen. Dies bedeutet für sie gleichzeitig, dass sie diese Zeit vor oder nach den Maßnahmen nachholen müssen und länger vor Ort bleiben müssen. Gerade der Aspekt der Bezahlung der Angebote und die damit einhergehenden Kosten für externe Anbieter oder Mitarbeiter aus dem Unternehmen wurde von den Probanden als Hemmschwelle gesehen:

„Ich glaube, weil es entweder immer zu Lasten der Arbeitszeit geht, also wenn man irgendwas während der Arbeitszeit anbieten würde, bedeutet das immer, dass in dem Fall weniger geschaffen wird. Und es ist immer aufwendig für den, der es anbietet, also für uns wäre es ja immer toll das in Anspruch zu nehmen, aber es muss immer jemand organisieren, es muss sich jemand drum kümmern, es muss im Zweifelsfall ja auch jemand bezahlen, das trifft dann natürlich irgendwie immer die Chefs, Geschäftsführung, was auch immer. Und ich glaube, dass das wirklich von der Motivation abhängt, wirklich von denen, die es Initiieren müssen. Ja und wie gesagt, hier ist es schon ganz gut, aber von anderen Arbeitsplätzen kenne ich es so, da war einfach keine Motivation, also da irgendwie Zeit, Energie, Geld reinzustecken, das ist dann woanders reingeflossen, aber nicht in die Mitarbeiter.“ (Interview XIII, Min. 00:20:32)

Die Wahrnehmung bezogen auf die Gestaltung der Freizeit geht bei den Probanden teilweise weit auseinander. Teile der Befragten gaben an, dass sie kein Problem damit hätten, ihre Freizeit ebenfalls im Unternehmen zu verbringen, sollten sie die Zeit als sinnvoll erachten. Die Wahrnehmung von Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagement über die Arbeitszeit hinaus wurde damit explizit genannt. Besonders wurde die Trennung von Arbeit und Freizeit bei einigen deutlich. Inwieweit dieser Zusammenhang mit dem Unternehmensklima

zusammenhängt oder es keine passenden Angebote gibt, bleibt ungeklärt. Auch hier war zu beobachten, dass die Teilnahme vom direkten Vorgesetzten ambivalent wahrgenommen wird:

„((Störgeräusch)) Ich, ich, also ich persönlich habe ja schon einiges mitgemacht und würde auch weiterhin mitmachen, wenn es das gäbe, sowas wie morgendliches Schwimmen hier im Schwimmbad oder auch der Klinikchor, das sind so Sachen, die ich gerne mitgemacht habe. Ich weiß aber von Kollegen, dass die zum Beispiel sagen, Arbeit ist Arbeit und Freizeit ist Freizeit, ich will in meiner Freizeit nicht an meinem Arbeitsplatz sein, weil der, ne, dann muss ich da weg, weil die sind vielleicht auch grundunzufrieden oder sowas, ich weiß es nicht, mich persönlich hat es nie gestört, in der Freizeit auch hier zu sein, wenn wir hier was Tolles gemacht haben oder machen, aber ich glaube, das ist bei einigen so etwas, dass dieser, und dieses Frühschwimmen, ja gut, das ist morgens um 7 und da sagen natürlich viele Kollegen, ne, so früh kriegt mich hier kein Mensch her, da nutze ich lieber die Stunde länger (I: Ja.) Schlaf. Das ist natürlich auch vielleicht so etwas, und ich weiß auch von Kollegen, dass die sagen, also ich könnte mir nie vorstellen, der Chefarzt, ich schwimme da und der Chefarzt schwimmt da, auch, habe ich auch schon erlebt, oh Herr (unv.) ist da, ach gut, ich schwimme da trotzdem (I: Ja.), das war mir dann auch egal, aber gerade so die jüngeren Kollegen, das kann ich mir gar nicht vorstellen, das wäre mir hochgradig unangenehm (I: Ja.), das möchte ich vermeiden. Das sind so die Sachen, die ich gehört habe von Kollegen, dass, warum die das eine oder andere nicht mitmachen.“ (Interview XIV, Min. 00:25:28)

Schlussendlich lässt sich feststellen, dass die Angebote für die Mitarbeiter dahingehend gelegt werden müssen, dass sie für die Probanden zeitlich erreichbar sind und umsetzbar sind. Die Probanden gaben fast durchgehend an, dass die Motivation verstärkt werden kann durch die flexible Gestaltung der Angebote und die Möglichkeit, auch im Schichtdienst oder in arbeitsintensiven Zeiten an den Maßnahmen teilnehmen zu können.

Einen weiteren interessanten Aspekt stellte die Generationsfrage dar. Wie in Kapitel 5.3.2 angesprochen, treffen im aktuellen Arbeitsmarkt verschiedene Generationen aufeinander. Ein ähnliches Bild ergab sich bei der Auswertung des Ausgangsmaterials und ein Teil der jüngeren Probanden gab an, dass sie die Angebote unter einem anderen Aspekt wahrnehmen würden:

„Selbstbewusst, also Offenheit. Aber ich glaube, dass hängt von der Generation ab. Ich glaube, die jüngeren Leute haben weniger Probleme damit.“ (Interview XX, Min. 00:35:37)

Es wurde offensichtlich, dass die nachkommenden Generationen den Wert der Gesundheit und den Wert der Arbeit unterschiedlich einschätzen. Der Bezug auf die Elterngeneration und die der Großeltern war zu erkennen. Ebenso der Hinweis auf die Wahrnehmung, dass die Gesundheit und die Selbstfürsorge bei der nachkommenden Generation einen anderen Stellenwert haben. Daneben wurde angegeben, dass die Bildungschancen heutzutage einen größeren Stellenwert einnehmen und die daraus resultierende Gesundheitsbildung auf die Generation einwirkt. Neben dem Verständnis für Gesundheit wurde auch das Schamgefühl als unterschiedlich beschrieben. Teile der Probanden gaben an, dass sie bei den jüngeren Mitarbeitern ein verändertes Schamgefühl wahrnehmen würden und keinerlei Berührungängste verspüren würden:

„Ich glaube, dass das daran liegt, dass (...) jetzt auch ein Generationswechsel herrscht, also ich glaube, dass die Generation meiner Eltern, vielleicht sich weniger damit beschäftigt hat sondern einfach glücklich war einen Job zu haben, also ich sehe das etwas so aus dieser Generationssicht, psychologisch gesehen, also meine Großeltern sind ja aus der Kriegsgeneration, die Generation von unseren Eltern haben ja dann auch diese Einflüsse bekommen, dass es wichtig ist, einen Job zu haben, einen festen Job einen unbefristeten Vertrag, die bleiben lange in einem Unternehmen, wollen Sicherheit, weil sie auch diese Ängste quasi von ihren Eltern haben mitbekommen, aber unsere Generation ist wir haben viel mehr Freiräume über solche Sachen nachzudenken und wir haben den Luxus, uns mit Gesundheit zu beschäftigen und ich glaube, daran liegt das, dass wir jetzt anfangen über Homeoffice nachzudenken oder dass wir häufiger den Job wechseln, weil wir diesen Luxus haben, dass es diese Möglichkeiten gibt und jeder kann studieren, jeder kann das und das machen, jeder kann ins Ausland gehen, jeder Abschluss wird anerkannt, dass gab es ja früher alles gar nicht so in dem Bereich. Also ich meine, dass wenn man daran denkt, dass bei meinem Vater irgendwie fünf Leute Abitur gemacht haben und drei zum Medizinstudium zugelassen wurden, dann sieht man ja schon so eine Relation, heutzutage macht jeder Abitur und viele studieren oder fast jeder und ich glaube, dass dieses Gesundheitsthema deswegen ein Luxusthema ist, was wir uns jetzt leisten können, weil wir diesen Luxus haben oder diese Bequemlichkeit haben und auch uns um Dinge kümmern können, die auch wichtig sind für uns (unv.).“ (Interview XVIII, Min. 00:28:02)

Auch wurde der Zuwachs an jungen Mitarbeitern im Unternehmen als Zugewinn beschrieben und die damit einhergehende Möglichkeit, alte und bekannte Strukturen aufzubrechen und neue Abläufe zu integrieren als bereichernd beschrieben. Daneben wurde angegeben, dass die lange

Zugehörigkeit zum Unternehmen die Gefahr beinhaltet, bestehende Prozesse als negativ einzustufen und dadurch eine Ablehnung zu erfahren:

„Ich glaube, das ist so eher oft der Gesundheitsstand, (unv.) oder (unv.) oft (unv.) (.) schlechtere (unv.) wenn man oft finde ich, wenn man lange da ist, dann ja oft nicht mehr so das sieht, was gut ist, sondern dann oft das (I: (unv.)) also jetzt bei mir vielleicht nicht so (I: Ja.), aber ich glaube, es gibt viele, die lange hier arbeiten und alles dann so schlecht sehen, (I: Okay.) finde ich. Und wenn mal Neue da ist, sieht man ja oft noch so den Unterschied zu den alten (unv.), ist dann motivierter (...) Oder man ist motiviert, neue Leute kennenzulernen, deswegen geht man zum Betriebssport, also das glaube ich schon noch ein bisschen... (.) Ja, (unv.) nicht so unentscheidend.“ (Interview VIII, Min. 00:20:56)

Einen wichtigen Aspekt bei der Akzeptanz und der Ablehnung von Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagement stellen die Faktoren Arbeitsbelastung und Arbeitsklima dar. In Fällen wo das Arbeitsklima als schlecht beschrieben wird, gaben die Probanden an, dass sie keinerlei Motivation spüren würden, an den Angeboten teilzunehmen:

„(...) und dann das Arbeitsklima. Wenn man irgendwelche Probleme mit jemanden hat, dann wird man wahrscheinlich nicht mitmachen wollen.“ (Interview XX, Min. 00:36:03)

Besonders in den Bereichen der Unternehmen, wo die Mitarbeiter von einem hohen Arbeitspensum berichten und angaben, dass sie durch die Arbeit sehr belastet seien, wurde deutlich, dass die Teilnahme nur schwer umzusetzen ist. Neben der grundsätzlichen Bereitschaft wurde auch angemerkt, dass faktisch die Möglichkeit der Teilnahme kaum vorhanden sei. Wie im vorherigen Abschnitt aufgezeigt, wurde auch hier angemerkt, dass die anfallende Pause dann anderweitig genutzt wird und nicht mit Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements gefüllt:

„(...) Die durchschnittliche Arbeitsbelastung, würde ich denken, ist da die größte Hemmschwelle, weil aus meiner Erfahrung es immer wieder Phasen gibt, in denen man kaum Zeit hat, zwischen zwei Terminen klaren Gedanken zu fassen. Und die Vorstellung dann, eine aktive Pause einzulegen, obwohl man noch einen Stapel an Sachen zu erledigen hat, wenig attraktiv erscheint. (...).“ (Interview IX, Min. 00:33:01)

Der direkte Vergleich der Probanden mit anderen Standorten des Unternehmens zeigt, dass die Einschätzung der Angebote differenziert erfolgt. Die Befragten stellten fest, dass die Ausstattung am Arbeitsplatz und die Möglichkeit der Umsetzung von Maßnahmen im Vergleich zu anderen Standorten vorteilhaft ist. Trotz der hohen Arbeitsbelastung wurde deutlich, dass es eine spürbare Wahrnehmung von Unterschieden in der Angebotsgestaltung gibt:

„Ich glaube an der Arbeitsbelastung, viele haben einfach nicht die Zeit. Wir haben unterschiedlichste Standorte, die sind nicht hier alle in Altenholz und (...) tja und Altenholz ist sowieso vorbildlich, die anderen Standorte wird das so nicht angeboten. Da sind wir hier auf der Insel der Glückseligen, dass wir solche Möglichkeiten haben.“ (Interview III, Min. 00:33:29)

Angesprochen auf die Möglichkeiten, Angebote und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zusammen mit den Kollegen zu organisieren, wurde angegeben, dass diese Art des Miteinanders positiven Einfluss auf die Motivation der Mitarbeiter hat. Die Zufriedenheit wurde als höher angegeben und eine Steigerung der Motivation war erkennbar. In welchem Rahmen die Angebote durchgeführt wurden, ob sie während der Arbeitszeit oder in der Freizeit angeboten wurden, blieb unklar. Erkennbar war jedoch, dass die Tatsache, dass die Angebote von den Mitarbeitern für die Mitarbeiter gestaltet worden sind, als positiv wahrgenommen wurde:

„Nein, ich finde das gut mit dem Sport mit mehreren Kollegen, finde ich gut. Ich habe das auch mal gemessen, also nur für die Auswertung, wir sind ja unsere Zehnkampf Gruppe haben wir, die haben früher, als ich noch nicht dabei war, sich zum Zehnkampf getroffen und sind dann nach Hause gegangen, als ich dann da war, haben wir dann Glühwein trinken gemacht einen Grillabend im Sommer und dann sind da immer mehr Leute gekommen, die Zufriedenheit, die war viel größer, also wenn man solche Sportevents koppelt mit irgendwelchen Familienevents und so, finde ich gut. Dann sind die Leute viel motivierter.“ (Interview V, Min. 00:26:92)

Das Vertrauen und das Miteinander der Probanden waren schlussendlich ein entscheidender Faktor bei der Umsetzung und Annahme der Angebote. Probanden, die angaben, dass sie sich bei der Arbeit nicht wertgeschätzt fühlten, standen auch im Verlauf der Sichtung des Ausgangsmaterials dem Arbeitgeber und den Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements kritischer gegenüber:

„Also wir könnten halt zu dem Vorgesetzten gehen, also wenn irgendetwas ist. (...). Also wenn irgendetwas ist, können wir uns hier an jeden, der hier im Haus arbeitet, wenden.“ (Interview IV, Min. 00:16:51)

Bei der Angebotsgestaltung ist wie in Kapitel 5.4.3 erkennbar, dass ein Hauptgrund der Akzeptanz oder Ablehnung vom betrieblichen Gesundheitsmanagement die Kostenfrage ist. Die Probanden gaben hierbei unterschiedliche Antworten und gingen auf unterschiedliche Kostenarten ein. Bei der Frage nach Lohnfortzahlungen und der Teilnahme während der Arbeitszeit gab es ebenso differenzierte Wahrnehmungen wie bei der Frage nach den Anbietern. Teilweise wurde angemerkt, dass die kostendeckende Bereitstellung von externen Anbietern bei KMU nicht möglich sei und die daraus resultierende Schlussfolgerung, dass die Mitarbeiter für ihre Angebote und die Teilnahme selbst zahlen müssen, ist auf Unverständnis gestoßen. Die kostenlose Teilnahme war für viele Beteiligte Grundvoraussetzung, um motiviert zu sein:

„Naja, weil immer der Konflikt da ist: Wer zahlt's. Und dass die Arbeitgeber nicht bereit sind, dafür Arbeitszeit zur Verfügung zu stellen (..) genau. Und natürlich auch die ganzen Sachen, die du abgefragt hast. Weil es halt immer so ist, dass, dass ... genau ... der eine mag mit dem anderen nicht, also das ist ja multifaktoriell. Aber bei uns finde ich wirklich, dass der Arbeitgeber, dass wir es noch nicht hinbekommen haben, dass derjenige, der es anbietet, dass in seiner Freizeit macht oder auch in seiner Arbeitszeit macht, dass das als volle Arbeitszeit gilt, dass das für die Mitarbeiter die volle Arbeitszeit ist, daran hängt's.“ (Interview XVI, Min. 00:22:18)

Selbst bei den Angeboten, die eine Eigenbeteiligung voraussetzen, gaben die Probanden teilweise an, dass sie keine Bedenken bezüglich einer Teilnahme hätten. Die daraus resultierenden Vorteile würden für sie überwiegen. Neben der Bereitstellung der Angebote wurde auch die Möglichkeit der Informationsweitergabe durch den Arbeitgeber angemerkt. Durch die Möglichkeit von externen Anbietern Informationen zu generieren, gaben die Probanden an, dass sie dadurch mit Trends und Entwicklungen rund um das Thema Gesundheit und Sport versorgt werden:

„Ja also (..) was ich richtig richtig toll hier in Altenholz finde, das hatte mir in Hamburg gefehlt, (...) das finde ich nicht so schön, aber auch da habe ich schon in der BSG-Kanu mitgemacht und auf den Kanälen ist es dann schon ganz anders gewesen, ich finde das schön, dass hier

einfach eine schöne und angenehme, ruhigere Umgebung ist und diese betrieblichen Angebote vom Gesundheitsmanagement, also alles was so, was ich hier wahrnehmen kann, dass muss ich ja nicht extern einplanen. Und deswegen weiß ich das sehr zu schätzen und bin da echt dankbar für. Und gerade diese aktiven Geschichten oder auch MSR (unv.) microwave stress reduction genau, Achtsamkeitstraining und eigentlich, ich nehme viel an was hier angeboten wird, wenn ich das irgendwie einbauen kann, auch wenn es Geld kostet, aber ich da dankbar für, weil das oftmals Sachen sind, wo ich so gar nicht selber drauf komme.“ (Interview I, Min. 00:36:41)

Im weiteren Verlauf der Interviews wurde deutlich, dass die Wahrnehmung von Beratungen und Angeboten eines arbeitspsychologischen Dienstes von einigen Probanden positiv bewertet wurde. Besonders im Setting des Krankenhauses gab es hierbei positive Rückmeldung. Ob dies mit der Ausbildung und den damit einhergehenden Vorteilen einer psychologischen Betreuung zu tun hat oder ob dieses Verhalten mit der Zeit erlernt wurde, konnte nicht abschließend geklärt werden:

„(unv.) Vor einem Haufen von Psychologen ist das schwierig (unv.) (lacht), ich, wenn man aber wirklich was hat, also irgendeine Vertrauensperson, das muss, ja das ist schwierig, weil wir das, wir, wir haben sowas, also beziehungsweise wir Psychologen, wir haben ja sowieso Selbst-erfahrung und wenn es besonders belastend irgendwie ist gerade, zahlt unser Arbeitgeber auch extra Einzelstunden. Und ich glaube, ich würde das in Anspruch nehmen. (I: Okay.) Möchte ich das, ja.“ (Interview XI, Min. 00:36:24)

Besonders die Informationsweitergabe der Angebote innerhalb der Unternehmen wurde von einigen Probanden negativ bewertet. Die Informationen wurden teilweise von den Probanden selber verfasst und publiziert und führten zu unterschiedlichen Reaktionen innerhalb der Unternehmen. Besonders die Befragten, die angaben, dass sie motiviert seien, an den Angeboten teilzunehmen, zeigten sich negativ eingestellt über fehlende Informationen hinsichtlich der Gesundheitsangebote im Unternehmen:

„Bisschen mehr Publikation. Also gerade die Morgenroutine, die finde ich total interessant und entspannt mich auch, das sind 20 Minuten, da machen wir hier auch Neuro-Übungen, die großen Fußzehen bewegen oder wie auch immer und es wird zu wenig publiziert. Wir sind hier als Multiplikatoren dafür zu sagen, dass ist toll, dass bringt uns richtig viel und diese 20 Minuten oder dieser Fit-Viertel, diese 15 Minuten, die kann man gut investieren. Und es geht einem

wirklich besser über die Zeit, ich mache das jetzt eine ganze Zeit lang und merke die Beweglichkeit, es tut gut und man vernetzt sich, man trifft jedes Mal Kollegen, aber da kommt nichts im Intranet, sonst wären wir die, die viel Veröffentlichen und habe selber einen Artikel geschrieben, aber das ist irgendwo so platziert worden, das fällt nicht auf der Artikel und der ist nicht gleich hier präsent auf der ersten Seite, sondern irgendwo, die die sowieso auf Gesundheit gehen oder Sport, die lesen dann den Artikel. Ja leider schade, dass das nicht ganz so angenommen wird.“ (Interview III, Min. 00:32:17)

Die Bewertung der Ausgestaltung und Angebote von Gesundheitstagen und Angeboten rund um die Gesundheitsförderung war im Ausgangsmaterial ambivalent. Teile der Probanden gaben an, dass sie zum einen kein Interesse an den Gesundheitstagen haben und den Mehrwert nicht erkennen würden, sie Freizeit und Arbeit trennen würden und die Aktionen häufig nur einen Tag oder eine Woche laufen würden und nur einem bestimmten Teil der Belegschaft gegenüber offenstehen würden. Der andere Teil der Probanden zeigte sich positiv eingestellt gegenüber Gesundheitstagen und betonte den Mehrwert und die daraus resultierende Möglichkeit, mit Kollegen aus anderen Abteilungen am Arbeitsplatz zusammenzukommen:

„Was ich toll fand, hatten wir auch eine Zeit lang. Wir hatten so Gesundheitstage und da wurde, also das fand jetzt, das ist auch irgendwie etwas zu kurz gekommen und da konnte man sich eben halt auch über vernünftige Ernährung, gesunde Ernährung erkundigen oder es wurde eben halt mal so eine Koch-Werkstatt gemacht, also das sowas in dem, sowas öfters oder häufiger stattfindet, also zumindest einmal im Jahr. Also wo halt in den dienstlichen Räumen, das ist halt super gut angenommen worden, da kam oft die TK oder AOK in Person, da konnte man halt ein bisschen dieses auf der Linie gehen, wo man in so eine Situation versetzt wurde, dass man also halt Alkohol getrunken hat und wie das halt eben wirkt und wie der Körper reagiert, im nüchternen Zustand eben halt alkoholisiert, also sowas finde ich total interessant, also einfach mehr so, mehr Informationen wieder zur Verfügung stellen und das auch am Arbeitsplatz, ich glaube auch da kommen die Kollegen dann auch wieder zusammen und dann wird ein bisschen erzählt und gemacht und getan, ich glaube das kann schon auch ein Gewinn sein.“ (Interview II, Min. 00:33:21)

Eine der größten Hemmschwellen und Faktoren zur Ablehnung von Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagement stellte die intrinsische Motivation der Befragten dar. Dabei gingen die Probanden auf unterschiedliche Hemmschwellen ein. Grundsätzlich ließ sich

feststellen, dass die generelle Teilnahme stark davon abhing, inwieweit die Probanden positiv gegenüber Bewegung, Sport und Gesundheit eingestellt sind. Ebenso wichtig waren Aspekte wie Entfernung zum Unternehmen vom Wohnort und die zeitliche Gestaltung der Angebote:

„Und auch der innere Schweinehund, wenn man erstmal zu Hause auf der Couch sitzt. (Also abends meinen Sie dann jetzt?) Ja (unv.) die Kollegen arbeiten bis 17 Uhr und dann würden die Sachen Zumba zum Beispiel halt erst danach stattgefunden, (Okay.) also 17.15 Uhr oder irgendwie sowas. So und dann müsste ich halt dann wieder herfahren. (Okay.) Und das ist halt immer so ein bisschen blöd, also deswegen, wäre es halt gleich im Anschluss, würde ich halt eine Stunde länger bleiben und dann wäre gut.“ (Interview IV, Min. 00:17:52)

Ein Teil der Befragten gab an, dass sie durch die Möglichkeit, Sport und Bewegung in den Arbeitsalltag zu integrieren, motiviert seien. Ihnen würde aber die Umsetzung schwerfallen und die daraus resultierende Ablehnung der Maßnahmen ist das Resultat. In einigen Fällen war die Arbeitsbelastung zu hoch und die Anstrengung dadurch zu hoch und es würde an Energie fehlen, nach der Arbeit sich sportlich zu betätigen:

„Ich glaube, dass der Beruf einfach viel Energie braucht, sozusagen. Dass da viel Energie flöten geht und dass man da einfach in der Freizeit oder nach der Arbeit oder so keine Energie mehr hat. Ich habe mir eigentlich vorgenommen, ich bin jetzt ein bisschen über ein Jahr hier angestellt, und, wie gesagt, nebenan können wir das Fitnessstudio nutzen und ich hab gesagt: Gleich nach der Frühschicht, dann gehe ich da rüber, mach mein Fitnessprogramm, geh duschen, fahre nach Hause, dann ist das erledigt, mach ich nicht (lacht).“ (Interview XV, Min. 00:21:15)

Betrachtet man die untenstehende Aussage, so wird das Problem einiger Probanden deutlich. Die fehlende Energie nach der Arbeit und die fehlende Motivation vor der Arbeit sind für Teile der Befragten ein Ausschlusskriterium. Die Ablehnung der Zeiten rund um die Kernarbeitszeit sind damit ein Hauptgrund, warum die Angebote in einigen Fällen nur wenig angenommen werden. Besonders gravierend wird dieser Effekt, wenn zur fehlenden intrinsischen Motivation noch ein langer Anfahrtsweg hinzukommt:

„Ja, nach dem Frühdienst bin ich sowas von ausgepowert, dann erst Mal nach Hause, kleinen Mittagsschlaf, bisschen powernapping und dann kann ich wieder was machen. Aber so direkt?

Und dann fahre ich aber nicht wieder hierher. Ich wohne in Itzehoe, das lohnt sich eben wenig. Und Spätschicht ist eben schwierig. Also vor der Spätschicht. Das ist überhaupt nicht mein Ding. Weil dann müsste ich total früh aufstehen, dann ins Fitnessstudio, duschen, dann hier zur Arbeit, dann muss ich das alles irgendwie mit meinem Essen koordinieren, das stresst mich. Und nach der Spätschicht ist genau das Gleiche. Halb 9 ist ja noch nicht so spät, ich habe auch junge Kollegen, die noch ins Fitnessstudio gehen, aber das schaffe ich nicht mehr. Das ist mir einfach zu anstrengend. Also ich denke, das zieht schon viel Energie, dieser Beruf.“ (Interview XV, Min. 00:21:46)

Ein entscheidender Punkt bei der Annahme der Angebote ist das Schamgefühl der Beteiligten. Wie im oberen Abschnitt angesprochen, gaben Teile der jüngeren Probanden an, dass sie einen Generationswechsel bemerken würden und das Schamgefühl der jüngeren Generation geringer sei. Hierbei zeigte sich jedoch auch, dass die Wahrnehmung der Probanden teilweise ein anderes Bild vermittelte. Die Angst und das Schamgefühl wurde von einigen als bestimmend bei der Ablehnung der Angebote beschrieben und stellte somit ein entscheidendes Kriterium für die Mitarbeiter dar:

„Ich glaube viele haben Angst, sich zu blamieren.“ (Interview VI, Min. 00:21:50)

Die Wahrnehmung und die Diskrepanz zwischen den anbietenden Mitarbeitern und den Mitarbeiter, welche die Angebote annehmen, ging weit auseinander. Es wurde angegeben, dass die Schwierigkeiten und das Schamgefühl von den Mitarbeitern selbst heraus entwickelt wird und dadurch Hemmschwellen entstehen. Ebenso wurde der Einfluss der Gesundheitsangebote bezogen auf das Suchtverhalten kritisch gesehen. Die Teilnahme der Kurse wurde als stigmatisierend wahrgenommen und hatte damit keinen positiven Effekt auf die Belegschaft:

„Ja. Also ich habe in (..) bin ja beim THW auch noch Trainer und da sind immer welche dabei, die das nicht so können, aber die sollen es da ja üben. Ich sage ja, muss ja nicht jeder gleich perfekt sein. Und dann weiß ich, es hat nochmal ein Gesundheitsangebot, da ging es um Alkoholsucht, (..) da haben viele Angst gehabt hinzugehen, weil sie dann in die Ecke geschoben wurden, gleich oder weil sie das Gefühl hatten sie werden in die Ecke geschoben, dass sie das Angebot annehmen müssen.“ (Interview VI, Min. 00:22:21)

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Schwierigkeiten und das Schamgefühl besonders hinsichtlich von Angeboten rund um sportliche Aktivitäten und Kurse zum Suchtverhalten aufgetreten sind. Diese beiden Dimensionen gaben den Probanden das Gefühl, dass sie in keiner sicheren Umgebung den Angeboten nachkommen können. Sie stehen somit ablehnend den Angeboten gegenüber:

„Weil sie dann einfach (.), also gerade weil (...) bei den sportlichen Sachen, dass sie dann Angst haben, dass sie da die Übungen nicht so machen können und (..) vor anderen irgendwas machen, das (...) weiß ich nicht, da haben glaube ich viele Schwierigkeiten.“ (Interview VI, Min. 00:21:54)

Ein wichtiger Baustein zur Akzeptanz vom betrieblichen Gesundheitsmanagement ist das Thema Flexibilität. Die Befragten gaben in großer Zahl wieder, dass ihnen die Flexibilität der Angebote wichtig sei und sie dahingehend die Entscheidung über Teilnahme oder Absage treffen. Häufig wurde angegeben, dass zwar das Interesse durchaus vorhanden sei, jedoch die zeitliche und räumliche Flexibilität nicht gegeben sei und dadurch eine Teilnahme unmöglich sei. Gerade die Mitarbeiter, die in Teilzeit arbeiten, gaben an, dass ihnen die Möglichkeit nicht gegeben sei, die Angebote anzunehmen:

„Ja. (..) Flexibler machen, also ja flexibler, dass mehr Kollegen die Möglichkeit haben, das wahrzunehmen, weil wir halt wirklich viele Teilzeitkollegen haben und wenn die Angebote erst nach 17 Uhr ist, kommen die einfach nicht. Also wir haben zum Beispiel montags ist die Schwimmhalle gesperrt, da können wir dann auch rein, (Mhm.) aber ich glaub auch erst ab 17 Uhr.“ (Interview IV, Min. 00:18:56)

Auch der Wunsch, vom Arbeitgeber eine Freistellung zu erhalten und die Arbeitszeit entweder nachzuholen oder ausfallen zu lassen, wurde angegeben. Hierbei ist zu erwähnen, dass dieser Vorschlag in unterschiedlicher Form in anderen Bereichen der Interviews auch wiederzufinden ist und häufig mit der Aussage zusammentrifft, dass man dies vom Arbeitgeber jedoch nicht erwarten kann. Auch die entschuldigte Fehlzeit und dadurch die Möglichkeit, an den Angeboten teilzunehmen, wurde angemerkt:

„Also mehr zeitliche Flexibilität, das heißt, die Sachen, die angeboten werden, nicht an einem Termin, sondern drei Termine. Und dass man, (.) ja, vielleicht doch so etwas wie man darf pro

Jahr so und so viel Stunden dafür sich freinehmen quasi, also dass es in der Arbeitszeit stattfinden kann. Und dass man quasi entschuldigt fehlt, weißt du, was ich meine? (I: Ja.) Also dass das wirklich, dass der Arbeitgeber das OK dafür gibt. Und vielleicht auf der anderen Seite irgendwas entfallen lässt, also dass man das, zum Beispiel man während der Teamsitzung gehen darf oder so. (I: Ja.) Oder sowas fände ich glaube ich ganz gut.“ (Interview XI, Min. 00:37:51)

Probanden, die keine positive Assoziation mit Sport und Bewegung hätten, könnten auch nicht durch ein unternehmensgeleitetes Programm dazu motiviert werden:

„(..) Die größten Hemmschwellen? Also ich glaube, das ist das mangelnde Interesse an Sport überhaupt. Also ich glaube das, ich persönlich habe zu Beispiel so ein bisschen Hemmungen, wenn ich mir jetzt vorstelle, ich, es ist ja nur (...), dass ich da nicht teilnehme, ist ja nicht nur, weil ich da nichts finde, außer das Schwimmen für mich, sondern für mich ist das auch irgendwie doof so mit den Kollegen, dann irgendwie. Und das glaube ich ist dann aber für wenige Mitarbeiter. Ich glaube für viele Mitarbeiter ist das so, dass sie sagen, ich habe eh keinen Bock mich zu bewegen. Ich habe keinen Bock auf Sport und auf diese Sachen. Und das zieht mich dann auch nicht vom Schreibtisch weg, wenn dann hier der große Gesundheitstag ist oder wenn dann irgendwie gesagt wird, wir haben hier auch für Mitarbeiter irgendein Angebot. Das ist die Hemmung glaube ich für die Mitarbeiter. Weil die sowieso keinen Bezug dazu haben. Und die kriegt man dann meiner Meinung nach dann mit solchen Tagen dann nicht davon weg.“ (Interview XII, Min. 00:30:36)

Es wurde deutlich, dass die Probanden in bestimmten Bereichen selbstständig für sich sorgten und keinen Bedarf angaben. Neben der eigenständigen Versorgung wurde auch deutlich, dass auf Grund der begrenzten Ressourcen von Zeit und Energie die Probanden antworteten, dass sie ihre Freizeit lieber mit Freunden und Gleichgesinnten beim Sport verbringen wollen und keinerlei Bedarf an Angeboten im Unternehmen hätten. Ebenfalls wurde deutlich, dass die Kombination aus Arbeit und Freizeit bei den Probanden auf unterschiedliche Emotionen traf. Hierbei fiel auf, dass gerade die stark intrinsisch motivierten Befragten häufiger angaben, dass sie selber ihren Bedarf decken würden und die Angebote im Unternehmen als nichtzutreffend, zeitraubend und wenig effektiv einschätzen:

„Von Mitarbeitern jetzt? Also ich glaube, ich weiß es nicht, aber viele sind auch so wie ich, dass sie sich selber sozusagen in einem Fitnessstudio angemeldet haben oder in irgendwelchen Kursen sind und dann sagen, ja warum soll ich noch meine Arbeitszeit noch meine Zeit verschwenden, um dahinzugehen, wenn ich auch zum Fitness oder zu den Kursen mit meinen Freunden gehen kann, ja. Sonst weiß ich nicht, vielleicht finden es viele auch nicht angenehm mit ihren Kollegen noch Sport zu machen oder da so auch diese intime, also nicht jeder sieht ja beim Sport toll aus, also vielleicht will man bei der Arbeit auch so dieses Bild von sich aufrechterhalten, also ich bin chic und angezogen und so ja, sonst. Gute Frage, ich kann darüber noch gar nicht so viel sagen, weil ich nicht so richtig gearbeitet habe bis jetzt.“ (Interview XIX Min. 00:24:53)

Gerade im Bereich der Familienangebote gaben Teile der Befragten an, dass sie eine strikte Trennung von Familie und Beruf begrüßen. Es wurde offensichtlich, dass die Kombination aus Familienevents und Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagement teilweise zu Ablehnung führte und die Mitarbeiter sich unter Druck gesetzt fühlten oder eine Ablehnung gegenüber dem Arbeitgeber verspürten:

„Ne, ja haben wir auch, aber (..), das haben wir ja alles ne, aber da das ist nichts für mich, also ich trenne das immer. Das ist mein Arbeitsplatz und das ist meine Familie und das, das möchte ich nicht, das kann ich nicht haben.“ (Interview XII, Min. 00:28:39)

Abschließend lassen sich die Aussagen aus dem Ausgangsmaterial im Bereich der Ablehnung dem mangelnden Interesse an Sport und Bewegung und der eigenständigen Versorgung mit Sport und gesundheitsförderlichem Verhalten zusammenfassen. Das mangelnde Interesse an Sport lässt sich nicht mit Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagement auffangen oder erhöhen und so wurde angegeben, dass die fehlende intrinsische Motivation in der Freizeit sich im Unternehmen gleichwertig niederschlägt. Ebenso wie die fehlende Motivation wurde auch die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf angemerkt. Die unterschiedlichen Angebote und Maßnahmen wurden zwar teilweise begrüßt und auch als sinnvoll erachtet und eingeschätzt, konnten aber nicht besucht werden, da die fehlende Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein Problem darstellt.

Im weiteren Verlauf der Interviews wurde auch der Leistungsgedanke im Sport als Hemmschwelle und damit als motivationshemmend beschrieben. Die Fokussierung auf Leistung und

quantifizierbare Daten und Zahlen gaben einigen Probanden das Gefühl, dass der angebotene Sport nicht den gesundheitsfördernden Charakter annahm, sondern einen Leistungsgedanken innerhalb der Belegschaft fördern würde. Dieser Aspekt wirkte verstärkt bei Sportarten, die im klassischen Sinne Wettkampfsportarten sind und deren Ausübung im Gegeneinander ausgeübt wird. Ebenfalls wurde der Kostenpunkt vermehrt angesprochen und die Gegensätzlichkeit wurden sichtbar. Teile der Probanden gab an, dass ein kostenfreies Angebot die Motivation fördern würde, der andere Teil fühlte sich bei Angeboten, die vom Arbeitgeber bezahlt werden, unter Druck gesetzt und reagierte mit Ablehnung auf die Angebote.

7.2 Quantitative Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse im Überblick dargestellt. Es erfolgt eine Übersicht über relevante Fragestellungen und deren Antworten. Die Relevanz wurde hinsichtlich Fragestellung Problemstellung ausgewählt. Es erfolgt eine deskriptive Statistik, wobei hierbei das Augenmerk auf den für die Fragestellung relevanten Ergebnissen liegt. Neben den soziodemografischen Erhebungen wird es einen Einblick in die verschiedenen Themenblöcke geben.

Insgesamt haben 20 Probanden an der Befragung teilgenommen. Darunter waren 14 Frauen und 6 Männer. Das bedeutet, dass 70 % Frauen und 30 % Männer an der Befragung teilgenommen haben. Damit waren etwas mehr als zweimal so viele Frauen wie Männer an der Umfrage beteiligt. Aufgrund der Tätigkeitsschwerpunkte in den verschiedenen Branchen und der körperlich unterschiedlichen Arbeit ist diese Zahl überraschend. Ob dieses Ergebnis repräsentativ für die gesamten Unternehmensgruppen ist, lässt sich nicht sagen.

Bei dem Alter streuen sich die Probanden. So ist der jüngste Proband 21 Jahre und der älteste Proband 62 Jahre alt. Damit beträgt die Altersspannweite der Teilnehmer 41 Jahre. Das Durchschnittsalter liegt bei 45,5 Jahren. Beim Thema Berufsausbildung ist zu erkennen, dass 85 % der Befragten über einen abgeschlossenen Hochschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss verfügt. Insgesamt 15 % der Probanden gaben an, dass sie das Abitur als höchsten Bildungsabschluss vorzuweisen haben. Bei der Frage nach dem Arbeitsverhältnis gaben alle 20 Befragte an, dass sie unbefristet angestellt sind und keiner, dass er befristet im Unternehmen angestellt ist.

In Tabelle 10 ist zu erkennen, wie die Angestellten ins Unternehmen kommen. Es konnten Mehrfachantworten angegeben werden. Einige Personen gaben mehrere Antworten. Es gaben 14 Befragten an, dass sie mit dem Auto oder mit dem Motorrad zur Arbeit kommen. Von den Befragten kommen 4 mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit und 8 kommen mit dem Fahrrad. Kein Proband kam zu Fuß zur Arbeit.

Tabelle 10: Anfahrt zur Arbeit (eigene Darstellung)

	N	Prozent	Prozent der Fälle
Auto oder Motorrad	14	53,8%	70,0%
Öffentlichen Verkehrsmitteln	4	15,4%	20,0%
Fahrrad	8	30,8%	40,0%
Zu Fuß	0	0,0%	0,0%
Gesamt	26	100,0%	130,0%

Die letzte Frage bezog sich auf die Dauer des Anfahrtswegs zum Arbeitgeber. In Tabelle 11 ist zu erkennen, dass 6 Probanden höchstens 15 Minuten zur Arbeit brauchen. 11 Angestellte brauchen bis zu 30 Minuten zum Arbeitsplatz. 6 Personen brauchen bis zu 60 Minuten in den Betrieb. Und 1 Beschäftigter benötigt mehr als eine Stunde zur Arbeit.

Tabelle 11: Dauer der Anfahrt (eigene Darstellung)

	N	Prozent	Prozent der Fälle
bis 15 Minuten	6	25,0%	54,5%
bis 30 Minuten	11	45,8%	100,0%
bis 1 Stunde	6	25,0%	54,5%
mehr als 1 Stunde	1	4,2%	9,1%
Gesamt	24	100,0%	218,2%

Wie in Abbildung 24 zu erkennen ist, gaben 90 % Probanden an, dass sie am wenigstens an den Nichtraucher-Trainings und an den Angeboten zur Suchtberatung teilnehmen würden mit insgesamt 18 Nennungen. Darauf folgten die Kurse zur Gewichtsreduktion mit 80 %. Die Kurse zur Entspannung wurden mit 85 % und 17 Nennungen am häufigsten genannt als Maßnahmen, die von Interesse sein, gefolgt von den Kursen der arbeitsplatzbezogenen Rückenschule mit 80 % und Stressbewältigung durch Entspannung ebenfalls mit 80 %, also 16 Nennungen. Die tägliche Gymnastik am Arbeitsplatz und die Arbeitsgruppe, die sich mit dem Gesundheitsschutz im Betrieb befasst, wurden mit 75 % genannt. Angebote zur Kommunikation und Führung wurden mit 70 % genannt und die Beratung am Arbeitsplatz für einen gesunden Rücken mit 65 %. Insgesamt wurde deutlich, dass außer den drei oben genannten Angeboten alle Probanden mehr Angebote annehmen als ablehnen würden. In Abbildung 24 lässt sich deutlich die Bereitschaft zur Teilnahme an Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagement ablesen.

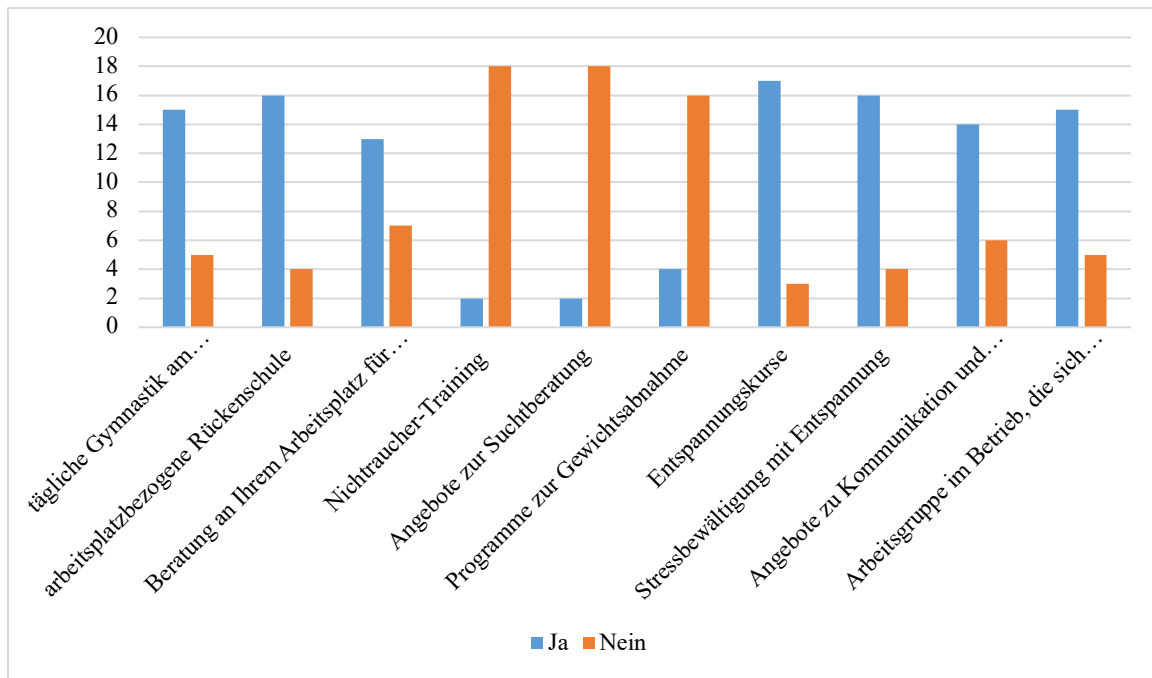


Abbildung 24: Welche der folgenden Gesundheitsangebote wären für Sie von Interesse? (eigene Darstellung)

Die Abbildung 25 beschäftigt sich mit der Motivation der Probanden, an den Angeboten und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements teilzunehmen. Offensichtlich wurde, dass 95 % der Probanden angaben, dass sie nicht zusätzlich motiviert sein würden, wenn Frauen und Männer getrennt voneinander teilnehmen würden. Nur ein Proband gab an, dass ihn dieser Zustand motivieren würde. Insgesamt 18 Nennungen gab es bei dem Wunsch nach Duschen und Umkleieräumen und damit 90 %. Ebenfalls gab es 18 Nennungen für den Aspekt von qualifiziertem Personal und der Betreuung von ausgebildeten Trainern und Übungsleitern. Angesprochen auf die Frage, ob den Befragten Sachleistungen als Motivation dienen würde, gaben 80 % an, dass sie diese motivieren würden, genauso viele gaben an, dass sie die Angebote draußen bevorzugen würden, insgesamt jeweils 16 Nennungen. Die Probanden gaben an, dass Geldleistungen, Angebote, welche während der Arbeitszeit stattfinden und ein Bonussystem in der Firma, sie ebenfalls motivieren würden. Alle drei Aspekte kamen auf jeweils 70 %. Offensichtlich war, wie aus der Abbildung 25 zu entnehmen, da besonders die Aspekte Sachleistungen und Geldleistungen nicht auf den ersten Plätzen zu finden waren. Die Probanden gaben vielmehr an, dass sie inhaltlich motiviert sind und durch monetäre Anreize nicht ausschließlich zu motivieren sein.

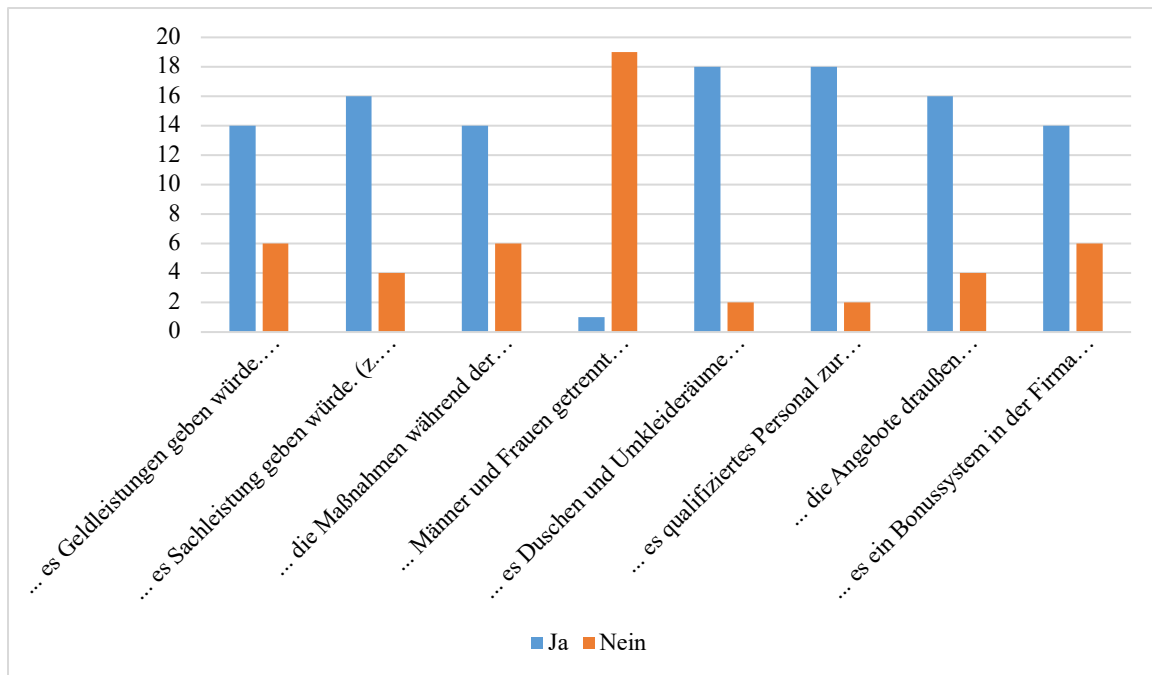


Abbildung 25: Was könnte Sie motivieren, an den Angeboten teilzunehmen? (eigene Darstellung)

Die Abbildung 26 beschäftigt sich mit den Hemmschwellen der Probanden, an den Angeboten und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements teilzunehmen. Ähnlich wie beim vorherigen Block war auffällig, dass die gleichzeitige Teilnahme von Frauen und Männern kein Hindernis zur Teilnahme darstellte. Ebenfalls gaben 80 % der Befragten an, dass sie die Teilnahme des Vorgesetzten nicht hemmen würde. Dies entspricht 16 Nennungen. Angesprochen auf die Möglichkeit, bei den Kursen stark zu schwitzen, gaben 75 % der Probanden an, dass sie das nicht hemmen würde, 25 % gaben jedoch an, dass sie dieser Zustand abhalten würde, an den Kursen teilzunehmen. Die Befragten gaben gleichermaßen mit jeweils 50 % an, dass sie Maßnahmen, welche vor oder nach der Arbeit stattfinden würden, besuchen würden. Hierbei zeigte sich recht deutlich, dass die unterschiedlichen Angebotsstrukturen stark auf die Motivation oder Hemmschwellen der Mitarbeiter einwirken können. Die Mehrheit der Befragten gaben an, dass sie von den Angeboten Abstand nehmen würden, wenn es sein könnte, dass sie dadurch mehr arbeiten müssten. Insgesamt gaben hier 55 % der Probanden an, dass sie dies hemmen würde, was 11 Nennungen entspricht. Noch stärker war die Ablehnung bei den Sanitäranlagen, hier gaben 60 % der Probanden an, dass sie die Maßnahmen nicht annehmen würden, wenn sie keine Sanitäranlagen und Umkleieräumen hätten.

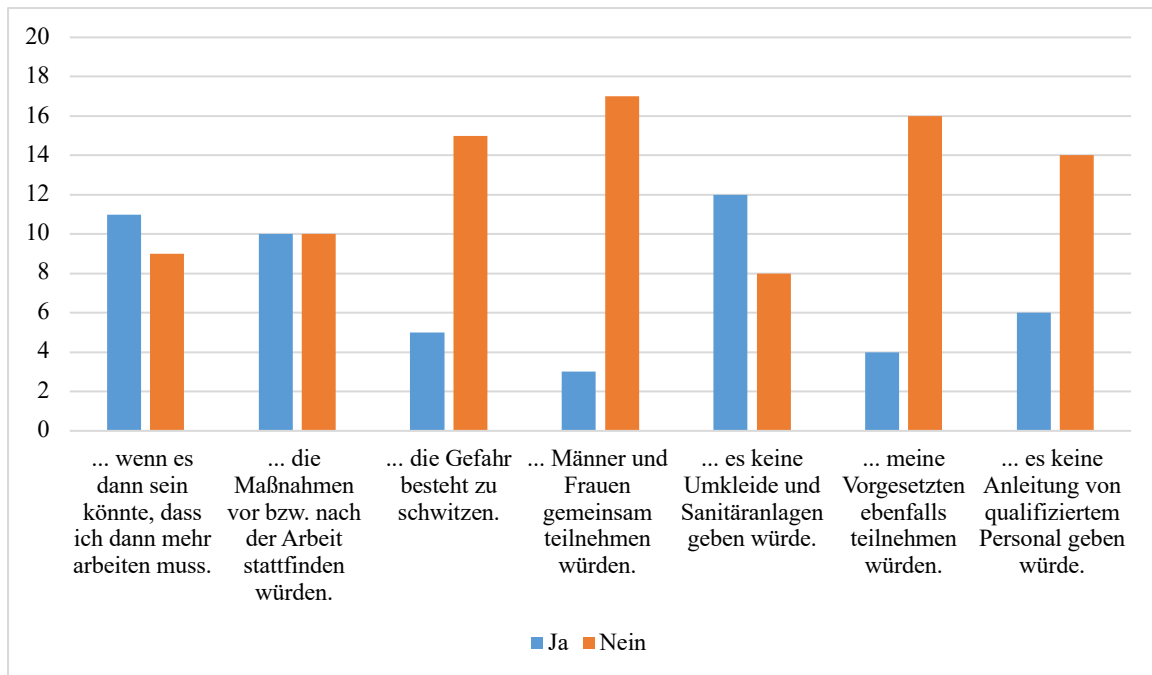


Abbildung 26: Was würde Sie hemmen, die Maßnahmen anzunehmen und/oder an ihnen teilzunehmen? (eigene Darstellung)

Die Abbildung 27 beschäftigt sich mit konkreten Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Probanden wurden ganz konkret nach speziellen Angeboten gefragt und konnten durch Mehrfachantworten ihr Interesse bekunden. Von besonderem Interesse waren hierbei die Firmen-Fitness-Events und die aktive Pause mit jeweils 85 % und 17 Nennungen. Darauf folgten die Kooperationen mit Fitnessstudios und die betrieblichen Vorsorgeuntersuchungen mit 80 %. Als nächsten gaben die Probanden an, dass sie die Präventionskurse der gesetzlichen Krankenkassen und die Familien-Events annehmen würden. Hierbei gaben jeweils 75 % der Befragten an, dass sie die Kurse besuchen würden. Die Möglichkeit zu Büromassagen und der arbeitspsychologische Dienst wurden mit jeweils 65 % genannt und erhielten 13 Nennungen. Besonders beim Thema Büromassage war auffällig, dass die Hemmschwelle am größten war. Hierbei gaben die Probanden an, dass sie zwei Beobachtungen gemacht hätten. Zum einen wurden Mitarbeiter des eigenen Unternehmens dafür eingesetzt, an Gesundheitstagen die Mitarbeiter zu massieren, was die Probanden als ungerecht empfanden (Interview X, Min. 00:25:34). Zum zweiten wurde angegeben, dass sie die Massage am Arbeitsplatz als unangenehm empfinden würden, da sie sich nicht entspannen können (Interview XII, Min. 00:28:37).

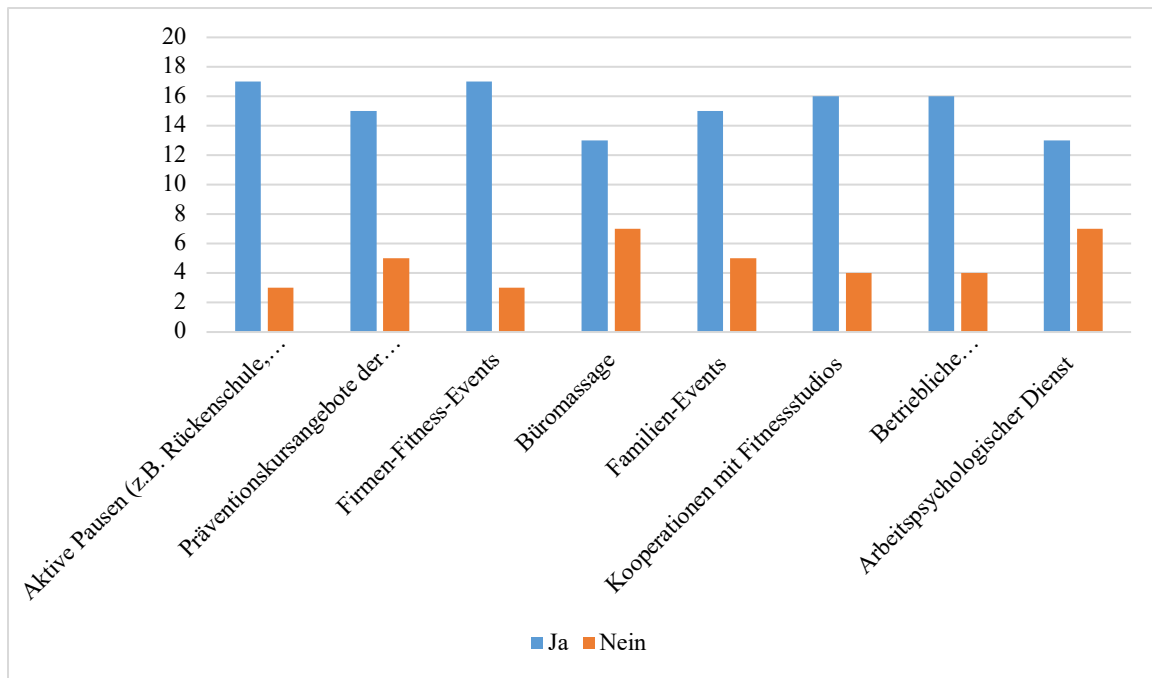


Abbildung 27: Welche dieser konkreten Maßnahmen würden Sie annehmen, wenn sie angeboten würden? (eigene Darstellung)

Zum Schluss wurden die Probanden nach ihrem Familienstatus gefragt. Hierbei gaben 8 Probanden an, dass sie ledig sein, damit insgesamt 40 %. Verheiratet sind ebenfalls 8 Probanden, also auch 40 % und 4 Probanden gaben an, dass sie geschieden sein, damit insgesamt 20 %.

8. Diskussion

Das folgende Kapitel dient dazu, die Aussagen des Ergebnisteils zu bewerten und übergreifend mit der Theorie in Verbindung zu bringen. Dafür werden die einzelnen Ergebnisse des vorherigen Kapitels noch einmal aufgegriffen, kritisch betrachtet und diskutiert. Daneben findet eine Methodendiskussion statt und die Limitationen und die Vulnerabilität der Untersuchungen werden vorgestellt.

Grundsätzlich zeigt sich, dass bei der Befragung in den Unternehmen mittels der Interviews die Vorteile des Befragungsinstruments aufgedeckt wurden. Die Interviews umfassen selbstverständlich nicht alle Bereiche im Unternehmen, konnten aber aufzeigen, welche Motivation die Befragten hinsichtlich der Teilnahme in Gänze haben. So wurde zum Beispiel klar, dass die Teilnahme an den Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements stark von der intrinsischen Motivation der Mitarbeiter abhing. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Befragten entweder kein Interesse an den Maßnahmen hatten oder sich in ihrer Freizeit so intensiv mit der Thematik Sport und Gesundheit auseinandersetzen, dass die innerbetrieblichen Angebote für sie nicht von Relevanz waren.

8.1 Ergebnisdiskussion

Bei der Frage nach den Gesundheitsangeboten konnte somit deutlich herausgearbeitet werden, dass eine Nicht-Teilnahme mit einem generellen Desinteresse an Sport und Gesundheit in Verbindung zu bringen ist. Bezogen auf die Fragestellung und die Vorüberlegungen, abgeleitet aus der Literatur und der Theorie, ergibt sich ein vielfältiges Bild. Die Anreize zur Teilnahme an einer BGM-Maßnahme und die Bereitschaft zur Teilnahme an einer BGM-Maßnahme stehen in Bezug zueinander. Dieses Ergebnis zeigt, dass ein wichtiger Fokus für BGM-Maßnahmen die Ausarbeitung von entsprechenden Anreizen sein muss. Motivierte und engagierte Mitarbeiter können langfristig zu einem verbesserten Gesundheitszustand im Unternehmen beitragen und somit den Unternehmenserfolg steigern. Gleichzeitig können und sollten die Unternehmen mehr gesundheitsfördernde Maßnahmen anbieten und sollten die Maßnahmen attraktiver gestalten. Bei Probanden, die eine hohe Eigenmotivation zeigen, Sport zu treiben, können somit Ressourcen gespart werden. Daneben wären die Mitarbeiter gesund und leistungsfähig.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass der Zusammenhang zwischen der selbsteingeschätzten Gesundheit und dem Interesse an Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden ist. Wie zu erwarten, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Interesse an den Angeboten und lässt den Rückschluss zu, dass Mitarbeiter mit einem schlechteren Gesundheitszustand weniger an den Angeboten teilnehmen. Dies verdeutlicht die Bedeutung und Chancen eines funktionierenden BGMs und offenbart die Möglichkeit nach der Implementierung zum allgemeinen Wohlbefinden wie auch zum Unternehmenserfolg beizutragen. Sollten die weniger intrinsisch motivierten Mitarbeiter durch die Maßnahmen gesünder werden, würden sie somit auch häufiger an den Angeboten teilnehmen. Ebenfalls zeigte sich, dass Mitarbeiter, die angaben, dass ihr Gesundheitszustand nicht zufriedenstellend war und die angaben, dass sie ein geringes gesundheitsförderliches Verhalten an den Tag legten, weniger Interesse an konkreten Angeboten hatten und weniger die Vorteile der Angebote wahrnahmen.

Interessant war ebenfalls der herausgefundene Zusammenhang zwischen den Anreizen in Form von Geld- und Sachleistungen und allen anderen Anreizen. Hierbei gab es für die Befragten die Möglichkeit, neben den Geld- und Sachleistungen auf der einen Seite, den Anreizen, dass die Maßnahmen während der Arbeitszeit stattfinden würden, Männer und Frauen getrennt voneinander teilnehmen würden, Duschen und Umkleieräume zur Verfügung stünden, qualifiziertes Personal zur Anleitung engagiert würde, die Angebote draußen stattfinden würden und es ein Bonussystem in der Firma geben würde, auszuwählen. Ausgehend von einem rein rational handelnden Menschen könnte angenommen werden, dass die Befragten die Geld- und Sachleistungen vor die anderen Anreize setzen würden. Dieses Bild des Nutzenmaximierers, auch Homo oeconomicus genannt, findet sich jedoch im Ausgangsmaterial nicht wieder. Inwiefern die gute Bezahlung der Mitarbeiter die Anreize von Geldleistungen senkt, lässt sich nicht abschließend klären. Es wurde davon ausgegangen, dass die Angestellten angetrieben von rein wirtschaftlichen Interessen eine größere Motivation zur Teilnahme bei Geld- und Sachleistungen zeigen würden. Prof. Badura stellt hierzu fest:

„(...) da kommen wir da nicht weit, mit so einer Philosophie, also wir müssen Abschied nehmen von der Auffassung, Menschen durch Geld zu motivieren, so ein Quatsch, da hat keiner echt dran geglaubt früher, glaube ich, (.) außer die Leute in der Betriebswirtschaftslehre, die haben immer daran geglaubt, ja, glauben heute teilweise noch daran, aber das ist nicht der entscheidende Punkt, sondern der Mensch möchte gerne eine sinnhafte Arbeit haben, man möchte gerne was lernen, man möchte mit Menschen zusammenkommen, die irgendwie vertraut sind und

denen wir vertrauen, vertraulich zusammenarbeiten können, ganz banal einfach, so ist das.“
(Prof. Bernhard Badura, Min. 00:49:15)

In den Interviews hat sich jedoch bewahrheitet, dass die Befragten, mit einer deutlichen Mehrheit angaben, andere Anreize vor den Geld- und Sachleistungen auszuwählen. Somit können Rückschlüsse auf die Anreizstruktur bei Angestellten geführt werden und der Fokus sollte eher bei der Bereitstellung der aufgelisteten Angebote liegen als bei der Befriedigung von rein materiellen und wirtschaftlichen Bedürfnissen.

Auch die Annahme, dass der Bildungsabschluss etwas mit dem Gesundheitszustand zu tun hat, hat sich nicht bewahrheitet. In dieser Befragung besteht kein Zusammenhang zwischen einem höheren Bildungsabschluss und einer besseren Gesundheit. Dieses Ergebnis steht jedoch im Gegensatz zu anderen Studien und lässt verschiedene Interpretationsspielräume offen (Bertelsmann Stiftung, 2012). Grundsätzlich gilt zu beachten, dass die Stichprobe von $N = 20$ nicht repräsentativ für die gesamten Unternehmen ist und auch nicht repräsentativ für den Tätigkeitsschwerpunkt in der Branche, da dafür die Stichprobe zu klein ist. Somit lässt sich auch nicht feststellen, ob in anderen Unternehmen der Branche mit den gleichen Tätigkeiten ein ähnlicher Bildungsdurchschnitt vorherrscht. Teile der Mitarbeiter in den Unternehmen haben zwar grundsätzlich Interesse an Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung gezeigt, aber ihnen fehlt das Wissen über den Wert von Gesundheit, Ernährung und Sport. Somit ist auch nicht final festzustellen, ob die Ergebnisse in den Unternehmen damit zu tun haben, dass die Auswahl an Probanden keine Rückschlüsse zulässt bezüglich Bildungsabschlusses und Gesundheitszustand oder ob es ein Phänomen einer recht homogenen Gruppe an Probanden ist, die an dem Thema kein Interesse hat.

Im Einzelhandel ist die körperliche Belastung höher als bei den Probanden im Büro oder im Krankenhaus. Dies ist ein Ergebnis der Befragung und bestätigt die zuvor getroffene Annahme. Daraus folgt, dass es sinnvoll und angebracht wäre, wenn die Angebote zur Förderung der Gesundheit besonders in diesem Bereich auf die körperlichen Beanspruchungen zielen sollten. Das wurde deutlich, da das Interesse der Befragten aus dem Einzelhandel an Angeboten zur sportlichen Betätigung geringer war. Dies wird mit dem Hintergrund erklärbar, dass die Mitarbeiter im Einzelhandel eine körperlich schwerere Arbeit verrichten und daher kein Interesse an weiteren sportlichen Betätigungen haben. Dieses Phänomen lässt sich auf die Frage nach den Angeboten der Beratung für einen gesunden Rücken deutlicher erklären, denn je stärker die

körperliche Belastung, desto eher besteht ein Interesse an Beratung zur Rückenschule. Das gleiche gilt für die Mitarbeiter im Krankenhaus. Auch bei ihnen steigt das Interesse an einer Rückenschule, wenn die Beschwerden stärker werden. Es empfiehlt sich, diese Erkenntnisse als Grundlage für Präventionsmaßnahmen zu verwenden.

Anhand der geführten Interviews stellt sich die Frage, inwieweit die Mitarbeiter die angebotenen Maßnahmen in der Umfrage realistisch bewerten können. Da die Unternehmen in der Vergangenheit kaum Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement angeboten haben, sind die Fragen in den Interviews rein theoretisch. Somit kann sich kaum ein Angestellter, es sei denn, er hat vorher in einem Betrieb gearbeitet, die Angebote zum BGM hatten, etwas unter den Maßnahmen vorstellen und kann auch keinerlei Konsequenzen abschätzen. Es fehlt ihm an Wissen bezüglich BGM und BGF und das muss bei Antworten auch berücksichtigt werden. In Teilen des Ausgangsmaterials waren eben diese Antworten zu finden.

Auf der Seite des Unternehmens ist zu beachten, dass auch hier wenig Vorkenntnisse vorhanden sind und die Möglichkeiten zur Unterstützung, wie in Kapitel 4.7 angesprochen, bisher wenig in Anspruch genommen wurden. Auch die indirekten Kosten können nicht abgeschätzt werden, wenn die Mitarbeiter an den Maßnahmen teilnehmen und nicht ihrer Arbeit nachgehen. Daneben können aber auch keine Effekte nach der Teilnahme beachtet werden, da hier Datenmaterial fehlt.

Angesprochen auf die Angebote zur Suchtberatung wurde darauf hingewiesen, dass es keinen akuten Bedarf gibt, jedoch die Angebote aus Interesse besucht werden könnten. Ein Grund hierfür könnte die hohe Arbeitsplatzsicherheit sein. Die Angst vor Arbeitslosigkeit konnte in der SHIP-Studie (Völzke & et. al., 2010) N = 4.210 anhand klinischer Untersuchungen nachgewiesen werden. Vermutlich interpretieren einige Angestellte ihr unbefristetes Arbeitsverhältnis als Sicherheit. Von 20 Befragten gaben 20 an, dass sie unbefristet angestellt sind. Die unbefristeten Arbeitsverhältnisse könnten als Sicherheit vor Arbeitslosigkeit interpretiert werden. Ebenso kann als Erklärung die Verantwortung im Unternehmen herangezogen werden. Dies ist als positives Signal zu bewerten, da dieses Gefühl Sicherheit und Ruhe gibt und die Arbeitsleistung der Mitarbeiter steigt. Personen mit Arbeitsplatzunsicherheit trinken signifikant häufiger Alkohol, rauchen häufiger, ernähren sich ungesünder und nehmen mehr Medikamente als Personen ohne Arbeitsplatzunsicherheit. Diese Reaktion kann als ein Versuch der Stresskompensation interpretiert werden. Angesichts dieser Tatsachen lässt sich in Unternehmen der

Zusammenhang zwischen Kündigungen und dem Risiko von Missbrauch von Genussmitteln erklären. Auch hier kann das befragte Unternehmen Einfluss nehmen und die Angebote zur Suchtberatung weiter im Auge behalten. In der vorliegenden Arbeit könnte es sein, dass sich bestimmte Mitarbeiter als unersetzlich oder als Person mit einer hohen Verantwortung wahrnehmen und daher das Risiko zur Arbeitslosigkeit geringschätzen. Hinsichtlich der Krankheitszahlen in den Unternehmen liegen dem Autor keine Zahlen vor, jedoch ist zu bemerken, dass bei einer angedrohten Kündigungswelle die Krankheitszahlen kurzfristig aus Angst vor Kündigung sinken. Langfristig wird die Zahl jedoch höher sein, da erhöhte Arbeitsanforderungen und Arbeitsverdichtung zu Krankheit führen und damit zu Ausfällen.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen den Angeboten und dem Interesse an der Teilnahme und bezieht dies auf die Fragestellung nach Anreizstrukturen, so wird deutlich, dass die Anreize nicht unbedingt vom Unternehmen kommen müssen. Gesundheitliche Beschwerden und bestimmte Typen von Arbeitsformen motivieren die Angestellten zur Teilnahme an den Maßnahmen. Es wurde gefragt, inwieweit bestimmte Anreize gesetzt werden können, und je nach selbst eingeschätztem Gesundheitszustand gab es mehr oder weniger Interesse. Es wurden verschiedene Maßnahmen vorgestellt und angeboten und damit einhergehend die Anreize zur Teilnahme abgefragt. Kurse zur Entspannung wurden mit 85 % am häufigsten genannt, gefolgt von einer arbeitsplatzbezogenen Rückenschule mit 80 % und Stressbewältigung durch Entspannung ebenfalls mit 80 %. Ebenso wurde deutlich, dass eine große Motivation die Anleitung durch qualifiziertes Personal darstellt. Damit wird deutlich, dass zur Anleitung von Maßnahmen unabdingbar ist, dass entweder interne Angestellte geschult werden oder externe Firmen engagiert werden.

Daneben stellen Punkte wie die Teilnahme des Vorgesetzten, die gleichzeitige Teilnahme von Männern und Frauen und die Gefahr des Schwitzens keine Hemmschwellen dar. Auch die Belastung durch Mehrarbeit war in etwa gleich verteilt. Es wird deutlich, dass auch hier eine Bereitschaft besteht und die Angebote zur Teilnahme an den Maßnahmen angepasst werden können. Es wurde offensichtlich, dass die Angebote des Nichtraucher-Trainings und der Suchtberatung mit 90 % am wenigsten gefragt wurden. Die Kurse zur Gewichtsreduktion wurden mit 80 % ebenfalls wenig genannt. Diese Werte machen deutlich, an welchen Stellschrauben die Unternehmen ansetzen können und womit positive Effekte erzielt und Anreize für die Mitarbeiter geschaffen werden können und welche Bereiche vernachlässigbar sind.

Nach Auswertung der Interviews wird deutlich, dass die Mitarbeiter und Befragten des Unternehmens grundsätzlich positiv eingestellt sind gegenüber der Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Maßnahmen nur gezielt und fachmännisch angeleitet werden müssen. Trotz einiger abgefragter Hemmschwellen können die Anreize dahingehend gesetzt werden, dass die Befragten Interesse an den Angeboten bekundeten. In diesem Zusammenhang ist die Kombination aus intrinsischer Motivation und der Teilnahme an den Angeboten interessant. Mitarbeiter, die angaben, selbstständig und regelmäßig organisiert Sport zu treiben waren grundsätzlich weniger bereit, an den Angeboten teilzunehmen und zeigten ein geringeres Interesse sowie eine geringere Motivation für die Angebote. Hierfür wurden unterschiedliche Aspekte angeführt.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Angebote im Unternehmen häufig nicht zielgerichtet genug waren, dem Interesse und dem Leistungsstand nicht entsprochen haben oder die Probanden selbstständig an einem organisierten Sport teilnahmen. Daneben war auffällig, dass Teile der Probanden, die keinerlei Interesse an den Maßnahmen hatten, dafür unterschiedliche Gründe angeführt haben. Sie gaben an, dass die geringe Flexibilität, ein unpassendes Angebot, ein erhöhtes Schamgefühl sowie ein generelles Desinteresse an Sport der Grund dafür seien. Interessant war jedoch, dass die Probanden, die sagten, Interesse an Sport und Gesundheit zu haben und gleichzeitig Interesse an den Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements hatten, angaben, dass sie häufig diejenigen bei den Maßnahmen antreffen würden, mit denen sie auch über das Arbeits- und Unternehmensumfeld hinaus Kontakt haben. Teile der Probanden gaben in diesem Zusammenhang an, dass sie für sich selbst genug Sport treiben würden und genug auf ihre Gesundheit achten würden, sie keinerlei Vorteile aus den Maßnahmen ziehen können und ihnen die Zusammenstellung der Gruppen und die Zusammenstellung der Angebote nicht zusagen würde. Die Ausübung von organisiertem Sport in der Freizeit stellt für sie somit einen höheren Wert dar als die Teilnahme an Angeboten im Unternehmen. Gleichzeitig wurde klar, dass unterschiedlich Unternehmen mit verschiedenen körperlichen und psychischen Anforderungsprofilen unterschiedliche Maßnahmen bevorzugen. Dies zeigte sich im Antwortverhalten der Mitarbeiter und dem Interesse an den Angeboten.

Wie im Kapitel 3.4 bereits angesprochen, befindet sich der Arbeitsmarkt aktuell im Wandel. Eine Entgrenzung von Arbeits- und Privatleben ist zu beobachten. Auch das betriebliche Gesundheitsmanagement ist davon betroffen und das Verschwimmen von Zuständigkeiten und zeitlichen Beanspruchungen trifft hierbei die Mitarbeiter (Andersen, 2013, S. 65). Teile der

Probanden gaben an, dass sie keinerlei Probleme haben, in ihrer Freizeit und über die Arbeitszeit hinaus im Unternehmen zu sein. Es wurde jedoch ebenso deutlich, dass diese Bereitschaft stark mit den angebotenen Maßnahmen zusammenhängt. Hemmnisse und Ablehnung der Mitarbeiter gegenüber den Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Einführung der Maßnahmen. Aus den Interviews und der Literatur wurde deutlich, dass die unterschiedlichen Ebenen von Organisationen, Gruppen und den Individuen unterschiedliche Zeitpunkte und Gründe zur Ablehnung bestehen. Betrachtet man die Hindernisse auf der organisationalen Ebene, fielen Aspekte der räumlichen und terminlichen Schwierigkeiten besonders auf. Hier wurde angegeben, dass die Erschwernisse hinsichtlich der Rahmenbedingungen besonders die Motivation einschränken. So wurde deutlich, dass die Hemmschwellen bei der grundlegenden Sinnhaftigkeit liegen. Die Probanden argumentierten, dass sie keinen persönlichen Nutzen aus den Maßnahmen ziehen würden und dahingehend keinerlei Erwartungen hätten. Betrachtet man die Auswirkungen des sozialen Einflusses auf die Akzeptanz der Angebote durch die Mitarbeiter, so fällt auf, dass das Hemmpotenzial stärker steigt, wenn es keine Unterstützung und Zuspruch durch das soziale Umfeld wie der Familie gibt.

Alle oben genannten Ebenen führen zur Erkenntnis, dass ein bedeutsamer und ganzheitlicher Ansatz bei der Wahl der Angebote und Maßnahmen getroffen werden sollte. Die Probanden nahmen eher an den Angeboten teil, wenn die Maßnahmen zielgruppenspezifisch passend waren und neben einer transparenten Kommunikation auch von einem ansprechenden Inhalt und einer attraktiven Durchführung kennzeichnend waren. (Breucker, 2000).

Trotz der durchschnittlich hohen Bereitschaft, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, und der gesundheitlichen Fürsorge waren die Mitarbeiter bei der Akzeptanz der Maßnahmen von externen wie internen Faktoren abhängig. Die aktive Unterstützung der Vorgesetzten war eine Grundvoraussetzung der Akzeptanz der Maßnahmen durch die Mitarbeiter. Ebenso waren zeitliche und räumliche Faktoren eine entscheidende Komponente bei der Akzeptanz der Angebote. Es war zu erkennen, dass die Entscheidung für hochwertige und aus den Augen der Mitarbeiter als sinnvoll erachtete Angebote von größerem Nutzen für die Mitarbeiter waren. Die Qualität stand hierbei für die meisten vor der Quantität und hierbei spiegelten sich die Faktoren der Umsetzbarkeit und der Planbarkeit wider. Wie Badura und Hehlmann schon festgestellt haben, ist die Grundvoraussetzung zum Gelingen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements die salutogene Ausrichtung der Arbeitsumfeldes. Die Einbindung der Mitarbeiter in

Entscheidungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, eine vertrauensvolle und wertschätzende Kommunikation untereinander und die Kombination aus unterstützenden und fördernden Maßnahmen sind hierbei essenziell (Badura & Hehlmann, 2003). Neben den fördernden Maßnahmen für die Mitarbeiter im Unternehmen sollte verstärkt darauf geachtet werden, dass die Glaubwürdigkeit der Unternehmenskommunikation zu jeder Zeit aufrecht erhalten bleibt. Ein beidseitiges Profitieren sollte von Beginn an kommuniziert werden und Vorbehalte auf Seiten der Mitarbeiter offen und ehrlich gehört werden.

Neben den ökonomischen Faktoren für die Unternehmen stehen auch gesundheitserhaltende Maßnahmen auf der Agenda der Unternehmen. Ein positiver ROI kann beidseitig positiven Einfluss haben. Hierbei ist die Kommunikation entscheidend. Zum einen ist es wichtig für die Mitarbeiter, dass ihnen die Vorteile von gesundheitserhaltenden Maßnahmen für das private Umfeld aufgezeigt werden, zum anderen ist es im Sinne der Transparenz und der Annahme der Angebote von Seiten der Angestellten entscheidend, dass ihnen die Vorteile und das Interesse des Unternehmens nicht vorenthalten wird.

Alles in allem kann festgestellt werden, dass für viele Mitarbeiter der private Sport über den Angeboten des Unternehmens steht. Er ist effizienter, besser geplant und besser organisiert und häufig haben die Teilnehmer vor Ort eine ähnliche Leistungsdichte. Somit stehen die Angebote im Unternehmen sinnbildlich für die Hemmung der Leistungsentwicklung. Daneben gaben Teile der Probanden an, dass sie durch die fehlende Vereinbarkeit von Familie und Beruf den Angeboten nicht nachkommen können.

8.2 Methodendiskussion

Die Interviews wurden mit 20 Angestellten in drei verschiedenen Firmen geführt. Davon waren 14 Frauen und 6 Männer. Da Frauen generell mehr auf ihre Gesundheit achten als Männer, müssen die Ergebnisse mit dieser Tatsache im Hintergrund diskutiert werden (Sieverding, 2005). So könnte davon ausgegangen werden, dass die Belegschaft eines Unternehmens umso gesünder ist, desto höher der Frauenanteil ist. Eingeschränkt wurde das Forschungsvorhaben durch die spezifische Suche nach Probanden. Es ergaben sich Probleme bei der Probandensuche und die Rekrutierung von Freiwilligen stellte eine große Herausforderung dar. Die Gründe waren hierfür vielfältig. Zum einen gaben die angefragten Personen an, keine Zeit zu haben. Zum anderen wurde ein generelles Desinteresse am Themengebiet Betriebliches

Gesundheitsmanagement geäußert. Darüber hinaus gaben Teile der Personen an, dass sie keinen Wert auf die Themen Gesundheit, Sport, Organisationsentwicklung und Gesundheitsmanagement legen würden und sie somit keinen Bezug zur Forschungsfrage aufbauen können. Ebenfalls wurde angegeben, dass das Thema eine negative Assoziation in den Personen hervorrufen würde, da sie vermuten würden, dass die Unternehmensleitung die Ergebnisse für eine Bewertung der Mitarbeiterperformance heranziehen könnte und sie kein Vertrauen in die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ausschließlich für die Mitarbeiter hätten. Auf Grund der freiwilligen Teilnahme und selbst mit Einbindung eines Gatekeepers war die Stichprobe vorselektiert. Die Teilnehmer wiesen ein erhöhtes Interesse für die Themengebiete Sport, Gesundheit und Bewegung auf. Es nahmen auch diejenigen teil, die sportlich aktiv sind, Interesse an Sport haben, die Angebote des BGM nutzen oder selbst anbieten und bei der Befragung Zeit zur Verfügung gestellt haben.

Besonders im Fokus dieser Arbeit stand die Herstellung der Intersubjektivität und die eigenständige Reflexion des methodischen Vorgehens (Strübing, Hirschauer, Ayaß, Krähnke, & Scheffer, 2018). Auf Grund der subjektiven Wahrnehmung von Gesundheit, Stress, Belastungen, Motivation und Ablehnung wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Hierbei wurde besonders darauf geachtet, dass es sich um eine explorative Forschung handelt und die Probanden den nötigen Freiraum bekommen haben, ihre eigenen subjektiven Wahrnehmungen zu äußern. Besonders die Themengebiete Gesundheit, Akzeptanz und Ablehnung können hierbei gut aufgenommen werden mittels qualitativer Methoden (vgl. Kapitel 6.5). Möglicherweise hätte die Wahl eines quantitativen Forschungsansatzes auf Grund der größeren Stichprobenmenge ein repräsentativeres Ergebnis geliefert, jedoch kann das Feld des bisher wenig untersuchten Akzeptanz und Ablehnungsverhaltens von Mitarbeitern in KMU durch einen qualitativer Forschungsansatz gut exploriert werden kann. Gerade hinsichtlich der gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen und der subjektiven Wahrnehmung der Angebote wurden so tiefergehende Erkenntnisse erhoben.

Durch das Sampling (vgl. Kapitel 6.1) und die Kriterien zur Studienteilnahme, besonders durch die Hinzunahme eines Gatekeepers, konnte eine gewisse Heterogenität der Probanden erreicht werden. Die unterschiedlichen Tätigkeiten reichten von vorwiegend sitzenden Tätigkeiten am Schreibtisch, mit langen Phasen der Konzentration und wissensintensiven Aufgaben, bis hin zu sitzenden und laufenden Tätigkeiten mit hohen psychischen Anforderungen. Besonders bei der Beantwortung der Fragen nach Hemmschwellen und Hindernissen zeigte sich der Vorteil des

qualitativen Forschungsansatzes mit Hilfe von Interviews durch die Möglichkeit der Erhebung von subjektiven Bewertungen von Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Wie weiter oben angesprochen ist die Sicherung und Herstellung der Intersubjektivität ein wichtiges Anliegen dieser Arbeit. Durch die Aktualität des Themas und dem direkten Praxisbezug ist es wichtig, den gesamten Forschungsprozess für Dritte rekonstruierbar und verständlich zu machen. Hierfür wurde neben der detaillierten Beschreibung des Forschungsvorhabens und einer ausführlichen Dokumentation der Ergebnisse auf die Meinung von sieben renommierten Wissenschaftlern zurückgegriffen.

Auf Grund der Tatsache, dass diese Arbeit Fachrichtungen der Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, aber auch der Psychologie und der Betriebswirtschaftslehre kombiniert, war die Integration der interdisziplinären Wissenschaftler gewinnbringend. Die angewendete Methode erlaubte es, die subjektiven Wahrnehmungen der Probanden in ihrer Gänze zu erfassen und erlaubte es ebenfalls, auch non-verbale Äußerungen wahrzunehmen und diese interpretativ einzuordnen. Durch die nahe Interviewsituation und die teilweise große Altersspanne vom Interviewer zum Befragten kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Vulnerabilität bei den Probanden vorhanden war. Durch die Annäherung des Themas der Gesundheitskompetenz und die Vergewisserung der Anonymität wurde versucht, die Vulnerabilität zu reduzieren. Inwieweit dies geglückt ist, kann nicht abschließend geklärt werden. Ein Missverhältnis von eher sportlichen zu eher unsportlichen Probanden ergab sich offensichtlich bezogen auf die Unternehmen.

Die gewonnenen Ergebnisse sind daher nicht repräsentativ und lassen sich nur bedingt auf alle Branchen übertragen. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf Unternehmen in ähnlichen Branchen lässt sich auf Grund von postmodernen Arbeitsbedingungen anwenden. Besonders in wissensintensiven Berufen und Arbeitsbedingungen, die einen hohen kognitiven Anteil haben, sind Angebote zur Stressreduktion und zur Minderung der akuten Arbeitsbelastung sinnvoll. Die Forschungsarbeit hat sich zum Ziel gesetzt, in den angesprochenen Unternehmen die Akzeptanz und Ablehnung von betrieblichem Gesundheitsmanagement zu erfassen. Hierbei wurden neben der Intersubjektivität auch die Transparenz und die Reichweite beachtet. Zwar gibt es keine festgeschriebenen und standardisierten Gütekriterien in der qualitativen Forschung, anders als in der quantitativen Forschung, trotzdem erscheinen die oben genannten Kriterien als sinnvoll.

Wie oben angesprochen, wurde bei der Intersubjektivität darauf geachtet, dass die Forschungsarbeit für Dritte verständlich und nachvollziehbar ist. Für Transparenz wurde gesorgt, indem alle relevanten und wichtigen Schritte der Forschung dokumentiert und plausibel erklärt wurde. Der Ablauf des Forschungsvorgangs ist einsehbar. Die Reichweite ist vorhanden, da bei einer Wiederholung der Interviews die Ergebnisse ähnlich sein könnten. Bei der Reichweite gilt es jedoch zu beachten, dass die Rahmenbedingungen der Forschungsfrage ähnlich denen der beschriebenen Forschungsfrage sein müssen. Somit ist die Wahl der Probanden entscheidend (Flick U. , 2014).

9. Zusammenfassung

Grundlegend lässt sich festhalten, dass die Motivation und die Bereitschaft, an den Maßnahmen teilzunehmen, stark von der eigenen Motivation abhing und damit einherging, inwieweit die Maßnahmen als sinnvoll erachtet werden und inwieweit sie zur eigenen Gesundheitserhaltung und Gesundheitswiederherstellung dienen. Gleichzeitig wurden die Maßnahmen unterschiedlich bewertet und nach ihrem Zielerreichungsgrad von den Probanden eingeordnet. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Angebote in Großunternehmen geschaffen. Die Abdeckung in KMU an BGM ist bislang noch nicht vollständig gegeben. Hilfreich könnte der Aufbau von weiteren Netzwerken sein, zur Unterstützung der Entwicklung von geeigneten Konzepten und Methoden. Auch der Austausch mit anderen Betrieben und Unternehmen kann bei der Beseitigung von Hindernissen behilflich sein. Anhand der großen Beschäftigungsanteile von Angestellten in KMU birgt dieser Bereich noch erhebliches Potenzial. Krankenkassen, interne Mitarbeiter und private Unternehmen können in diesem Bereich noch aufholen.

Möchte man der von der WHO aufgestellten Definition von Gesundheit näherkommen und dieses Ziel allen Menschen zugänglich machen, müssen noch weitere Bemühungen unternommen werden. Der Veränderungen in der Arbeitswelt, der demografische Wandel und die Zunahme psychischer Erkrankungen tun ihr übriges und offenbaren, dass hier Handlungsbedarf besteht. Um seine Mitarbeiter weiterzuentwickeln, zu fördern und vor der Konkurrenz zu schützen, richten immer mehr Unternehmen eigene Abteilungen ein oder bedienen sich externer Anbieter. Aufgrund der oben angeführten Thematiken wird das Thema Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz in der Gesellschaft und der Politik weiterhin an Bedeutung gewinnen. So ist davon auszugehen, dass in Zukunft KMU, wollen sie wettbewerbsfähig bleiben, ein professionelles Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorlegen müssen. Auch bei der Zielsetzung vom BGM lassen sich verschiedene Bereiche herausstellen.

Es wurde deutlich, dass ein Oberziel darin besteht, die Fluktuation der Mitarbeiter durch Steigerung der emotionalen Bindung an das Unternehmen zu senken und durch ein funktionierendes BGM eine Verbesserung des Betriebsergebnisses und Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit zu erreichen. Ebenso geht es um die Erhöhung der Leistungsfähigkeit und der Leistungsbereitschaft der Belegschaft und die damit einhergehende bessere Performance in allen Bereichen des Betriebes. Auch ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie der Gesundheit der Beschäftigten ein erklärtes Ziel und geht einher mit der Steigerung der Attraktivität des

Unternehmens als Arbeitgeber und einer besseren Positionierung auf dem Arbeitsmarkt für Nachwuchskräfte.

In Zukunft wird das Thema Demografiemanagement weiter an Bedeutung gewinnen. Der Bereich beschäftigt sich mit Altersstrukturanalysen. Die Themengebiete BGM und Wissensmanagement, Führung und Personalentwicklung sowie -beschaffung sind betroffen. Das Demografiemanagement stimmt jeden einzelnen Aspekt davon untereinander ab (Uhle & Treier, 2011, S. 226). Hierbei ist besonders darauf zu achten, dass neben den sportlichen Angeboten die individualpsychologisch ausgerichtete Maßnahmengestaltung nicht vernachlässigt wird. Jedoch sollte man sich nicht der Illusion hingeben, dass durch ein effektives BGM die Krankenzustände massiv gesenkt werden können. Sie hängen von vielen verschiedenen Faktoren ab und sind nur durch ein BGM nicht gänzlich einzudämmen. Vielmehr sollte es Ziel sein, die grundsätzliche Haltung in den Betrieben zu verändern und einen gesundheitsbewussten Betrieb aufzubauen.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die erfolgreiche Einführung, Umsetzung und Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements von mehreren Faktoren abhängig ist. Gerade in KMU sind die Überzeugung und Mitnahme des Geschäftsführers essenziell wichtig. Besteht der Bedarf nach einer betrieblichen Gesundheitsförderung, so ist es sinnvoll, diese planmäßig und schrittweise durchzuführen. Die Kernprozesse vom BGM werden in die Phasen Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation aufgeteilt. Durch eine genaue Analyse des Zustandes können entsprechende Maßnahmen zielgerichtet durchgeführt werden. Grundsätzlich gilt die Annahme, dass Angestellte das Berufsleben über das Privatleben stellen, als überholt, und durch den Wandel der Arbeitswelt rücken neue Perspektiven und Herausforderungen in den Fokus. Der demografische Wandel ist ein erheblicher Antreiber für das betriebliche Gesundheitsmanagement und führt unweigerlich zu Strukturveränderungen in den Betrieben.

Im Laufe der Untersuchung ist deutlich geworden, dass BGF-Maßnahmen die Strukturen und vorhandene Gestaltungsansätze verändern können. Grundsätzlich ist eine Konzentration auf die Organisation vor Ort unumgänglich, da die Rahmenbedingungen in den Organisationen immer unterschiedlich sind. Hierzu zählen die Größe des Unternehmens, die Beziehungen zwischen Interessenvertretungen sowie die Ressourcen. Durch diese Unsicherheit ist der Wandel vom pathogenetischen zum salutogenetischen Leitbild nicht gänzlich in den Betrieben angekommen und bisher stechen nur einzelne Leuchtturmprojekte hervor.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Befragung in den Unternehmen einige interessante Aspekte zum Vorschein gebracht hat und die Gewichtung und der Fokus der Befragten unterschiedlicher ausgefallen ist, als im Vorhinein angenommen. Es existiert eine Belegschaft, die in der Altersstruktur sehr verschieden ist, jedoch in der Bildung recht homogen. Die Angestellten haben ihr Interesse grundsätzlich geäußert, verschiedene Maßnahmen wurden stärker ausgewählt als andere, und der Faktor Gesundheit in Beziehung zu den einzelnen Maßnahmen hat eine große Rolle gespielt.

Auch sind soziodemografische Faktoren geringer einzuschätzen als angenommen, das Alter, das Geschlecht und der Bildungsabschluss haben keine so entscheidende Rolle gespielt bei der Akzeptanz der Maßnahmen wie die Anreizstruktur oder die eigene Gesundheit. Wieder einmal wurde deutlich, wie zentral der Beruf für das Selbstverständnis der Menschen bezogen auf seine Identität ist. Besonders deutlich wurde dies bei den Angaben der gesundheitsschädlichen Arbeitsbelastung, um den Status im Unternehmen und den angestrebten oder erlangten Lebensstandard zu erreichen oder zu halten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Interesse an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zentral sind hierbei Persönlichkeitseigenschaften wie intrinsische Motivation, Selbstfürsorge und die Fähigkeit der Resilienz. Ebenfalls stellen Bereiche außerhalb des Berufes einen entscheidenden Faktor bei der Akzeptanz der Maßnahmen dar. So helfen ausgleichende Lebensbereiche und Quellen des menschlichen Glückes bei der Bewältigung von Anforderungen im Arbeitsalltag und steigern die Motivation. Dieser Zusammenhang lässt sich auch im Arbeitsmarkt und in der modernen Arbeitswelt wiederfinden. Das Paradigma der nachkommenden Generation, in denen die Work-Life-Balance und die soft skills einen wichtigen Faktor darstellen, stehen somit bezeichnend für das betriebliche Gesundheitsmanagement.

Bei der Erfassung von Akzeptanz und Ablehnung von betrieblichen Gesundheitsmanagement zeigt sich eine Parallele zur aktuellen Arbeitsweise. Werden gesundheitsschädliche Arbeitsweisen über eine lange Zeit akzeptiert, so lässt nicht nur die Performance nach. Gleichzeitig sinkt auch die Zufriedenheit in anderen Lebensbereichen nachweislich. Das Aushalten von geforderten und notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und

den teilweise vorhandenen gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen bedarf einer wirksamen Strategie.

In den Interviews ist die Veränderung der Wahrnehmung des Arbeitsplatzes deutlich zu erkennen. Die Probanden waren durchweg davon überzeugt, dass die Gesundheitsförderung sinnvoll ist und einen Mehrwert bietet. In welcher Form dieser Mehrwert spürbar sein kann, schien unterschiedlich wahrgenommen zu werden. Auch die Unternehmen sind merklich in diesen Prozess eingebunden und werden in Zukunft allein aus egoistischer Sicht den Bereich Human Resources intensiver verfolgen müssen.

10. Ausblick

Die vorliegende Studie ist als Vorarbeit zu verstehen für weitere relevante Untersuchungen zum Thema. Basierend auf den hier angeführten Ergebnissen gilt es weitere Themenfelder zu bearbeiten. Die vorgelegte Forschungsarbeit machte deutlich, welche Forschungslücken zum Thema Gesundheitsmanagement bestehen. Die Gründe für Akzeptanz und Ablehnung im BGM wurden aufgezeigt, nun gilt es diese zu bearbeiten. In Zukunft wird das Thema des betrieblichen Gesundheitsmanagements einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Hinsichtlich des demografischen Wandels und dem Wandel der Arbeitswelt werden weitere Betriebe und Unternehmen in den Bereich investieren müssen.

Weitere Forschungsergebnisse und Erkenntnisse zur Gesundheitserhaltung am Arbeitsplatz werden publiziert werden und der Anspruch der Bewerber im umkämpften Arbeitsmarkt wird weiter steigen. Zur genaueren Erfassung von arbeitsbedingten Belastungen könnte im Bereich der Evaluationsforschung noch vertieft geforscht werden. Besonders der Fokus auf Anwendungsforschung und der Fokus auf die Praxis macht die Evaluationsforschung im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements interessant. Da im BGM Betroffenengruppen und Kontextfaktoren eine wichtige Rolle spielen, ist die Evaluationsforschung besonders zur Betrachtung des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter prädestiniert (Döring, 2019).

Zur Steigerung und Erhöhung der Wirksamkeit der Maßnahmen bedarf es in Zukunft besonders im Bereich der zielgruppenspezifischen Intervention zwei grundlegende Pfeiler. Zum einen ist in der Konzeptionsphase ein theoretisches Konstrukt unumgänglich. Wie in den vorherigen Kapiteln angesprochen, ist eine Festlegung auf ein Gesundheitsverständnis sowie eine theoriegeleitete Abfolge der Schritte unbedingt nötig. Zur Vermeidung von Fehlern und zur planmäßigen Durchführung der Maßnahmen bedarf es also einer theoriegestützten Intervention. Zum anderen sind langfristige Maßnahmen zu unterstützen, die einen cross-over Ansatz verfolgen. Nur so können Wirksamkeit und Praktikabilität nachgewiesen werden. Ebenso empfiehlt es sich, eine Unterscheidung bei der Probandenauswahl hinsichtlich der sportlichen Aktivität und dem Gesundheitszustand vorzunehmen. Dann können differenziertere Aussagen getroffen werden und eine Vorselektion hinsichtlich der körperlichen Voraussetzungen wäre getroffen. Ebenso wären die Probanden vor Beginn der Untersuchung bereits in intrinsisch Motivierte und weniger Motivierte eingeteilt und eine Beurteilung der Aktivität im Alltag wäre klarer zu erkennen.

Neben den Analysen zur Effektivität im Betrieb wäre es sicherlich hilfreich, in kommenden Untersuchungen die Angestellten stärker nach inner- und überbetrieblichen Hindernissen hinsichtlich Gesundheitsmaßnahmen zu befragen. Der Nutzen für die Angestellten müsste hierbei vermehrt in den Vordergrund gerückt werden und ein rein betriebswirtschaftlicher Hintergrund vermieden werden. Hierbei spielen verschiedene Forschungsbereiche eine Rolle, neben der Medizin müssen auch Organisationswissenschaftler und Arbeitswissenschaftler eingebunden werden. Die intensive Betrachtung von Belastungs- und Beanspruchungskonzept ist hierbei ein interessanter Aspekt. Besonders Organisationswissenschaftler können im Bereich dieser Konzepte entscheidende Impulse geben. Die Vertiefung des Verständnisses von unterschiedlichen Belastungsbereichen in Unternehmen stellt einen ganz wesentlichen Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Zu verstehen, welche Beanspruchungen die Mitarbeiter erfahren, kann bei der Ausarbeitung von Methoden und bei der Auswahl der Maßnahmen entscheidend sein. Darüber hinaus stellen Arbeitswissenschaftler im Bereich der transformationalen Führung ihr Wissen zu Verfügung.

Betrachtet man die Entwicklung am Arbeitsmarkt und die veränderten Anforderungen der Arbeitnehmer an die Arbeitgeber, besonders hinsichtlich der unterschiedlichen Generationen, wie in Kapitel 5.3.2 angesprochen, so wird deutlich, dass die Umformung und Umgestaltung von Führungsstilen einen wichtigen Aspekt im zukünftigen Arbeitskontext darstellt. Gerade der Bereich der Werte und Einstellungen der Mitarbeiter ist hierbei ein Schlüssel zum Erfolg. Gelingt es, die Mitarbeiter an ein langfristiges und übergeordnetes Ziel zu binden, und schaffen die Unternehmen es, die Loyalität und das Zugehörigkeitsgefühl zu steigern, reagieren die Mitarbeiter nicht nur mit einer Leistungssteigerung, sondern nehmen auch an den Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements regelmäßiger teil.

Ebenfalls können Organisationswissenschaftler bei der Erarbeitung von Modellen zur Erholungsfähigkeit Hand in Hand mit Medizinern arbeiten und das Modell der Salutogenese auch hierbei anwenden. Gerade aktuelle Stressmodelle und die daraus resultierenden Erkenntnisse lassen sich hervorragend bei der Ausgestaltung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements nutzen. Blickt man über den aktuellen Status quo hinaus, fällt auf, dass das aktuelle BGM häufig für Risikogruppen ausgestaltet ist. Die hierbei getroffene Annahme, dass diese Gruppen besonders vom BGM profitieren, ist grundsätzlich nicht verkehrt, verkennt aber die Situation im Arbeitskontext. Die zielgruppenspezifische Ausdifferenzierung der Angebote bedeutet im

konkreten Arbeitsumfeld, dass die Gruppen zu einem Becken an kranken und gesundheitlich angeschlagenen Mitarbeitern werden. Dies hat zur Folge, dass die Motivation zur Teilnahme abnimmt. Es hat sich besonders in den zurückliegenden Interviews gezeigt, dass die Durchmischung von gesunden und engagierten Mitarbeitern mit weniger motivierten einen Anziehungseffekt haben kann.

Ebenso ist das partizipative Vorgehen ein wichtiger Baustein in Zukunft. Nach wie vor wird das BGM häufig als bottom-up Maßnahme angekündigt und als top-down Maßnahme durchgeführt. Hierbei werden zwei Fehler begangen. Zum einen wird die Kraft und Innovationsfähigkeit von Mitarbeitern verschenkt, zum anderen wird auf die Teilhabe und die damit einhergehende Akzeptanz der Mitarbeiter verzichtet.

Ebenfalls könnten Betriebe und Unternehmen untersucht werden, die bereits ein BGM eingeführt, dort jedoch nicht das erwünschte Ergebnis erzielt haben. Hierbei würde der Fokus auf der Gestaltung und Umsetzung der Maßnahmen liegen. Wieso konnten sich das Programm nicht bewähren und wo lagen die Probleme? Auch im Bereich der Digitalisierung können im BGM Chancen genutzt werden. Die verschiedenen Anforderungen, die an ein BGM gestellt werden, sind vielfältig. Hierzu zählen überall verfügbare und individuelle Nutzungsmöglichkeiten, eine bedarfsorientierte und ansprechende Aufbereitung der Maßnahmen sowie eine messbare Erfolgskontrolle (Hasselmann, 2018). Diese Bausteine kann ein digitales BGM erreichen. Gerade die nachkommende Generation ist im digitalen Zeitalter aufgewachsen und dadurch leichter erreichbar, was onlinebasierte Angebote angeht (Matusiewicz & Kaiser, 2018). Der Ansatz von digitalen und analogen BGM bietet die Chance, verschiedene Gruppen von Angestellten im Unternehmen zu erreichen. Die Implementierung und Umsetzung von digitalem BGM steckt noch in den Anfängen und bietet einiges an Forschungsmöglichkeiten.

Besonders im Bereich der Wearables steckt viel Potenzial. Auf Grund der leichten Handhabbarkeit und der einfachen Einrichtung sind Wearables ein effektiver Weg, um gesicherte und konstante Daten in guter Qualität zu liefern. Diese Gesundheitsdaten können vielfältig genutzt werden und bieten auch den Nutzern einfache und schnelle Anwendungsmöglichkeiten. Auch der Gamification-Ansatz ist in den letzten Jahren massiv ausgebaut worden. Durch eine höhere Motivation für Gesundheitsthemen können unterschiedliche Anreize gezielt gesetzt werden. Damit verschwimmt das Berufsleben und das Privatleben immer weiter und eine genaue Abgrenzung, besonders im digitalen Gesundheitsmanagement, ist kaum mehr möglich. Schaffen

es die Firmen, diesen Spagat datenschutzrechtlich kompatibel umzusetzen, können Mitarbeiter und Unternehmen davon profitieren (Ghadiri & Peters, 2020). Schaut man auf die aktuelle Situation rund um die Krankenkassen, besonders im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, so wird deutlich, dass die Ausarbeitung und Verbreitung von Bonusprogrammen weiter voranschreitet. Durch diese Anreizstrukturen werden nicht nur gesundheitsförderliche Maßnahmen unterstützt, sondern auch ähnliche Verfahren wie in den Unternehmen genutzt. Auch hier steckt noch viel Potenzial bei der Verbesserung der Programme.

Besonders die verhaltenspräventiven Maßnahmen für die Mitarbeiter in den angesprochenen Branchen zeigten Wirkungen. Neben dem zielgruppenspezifischen Ansatz und dem damit einhergehenden individuellen Ansatz für Mitarbeiter mit diesen Belastungsprofilen lohnte sich auch ein unternehmensübergreifendes Programm. Die Vorab-Einstufung der Mitarbeiter wäre hinsichtlich der Akzeptanz der Maßnahmen sicherlich vorteilhaft, hierbei waren jedoch datenschutzrechtliche Problematiken eine entscheidende Hürde. Ebenso sollten auf die unterschiedlichen Belastungsprofile Rücksicht genommen werden. Bei Menschen in sitzenden Tätigkeiten zeigte sich, dass die Angebote mit Arbeitsplatzbezug vor Maßnahmen mit arbeitsplatzfernen Angeboten bevorzugt werden.

Des Weiteren könnte rund um die Dokumentation der Effektivität und Effizienz im BGM weiter geforscht werden. Die Analyse und Evaluation der eingesetzten Konzepte sollte dabei im Vordergrund stehen. Im Fokus könnten dabei verschiedene quantitative und qualitative Nutzen für die Unternehmen stehen, welche durch den Einsatz eines BGM entstehen würden. Die quantitativen Nutzenziele eines BGM-Projekts sind häufig gut monetär messbar und liegen im Falle der befragten Unternehmen in der Effizienzsteigerung durch Optimierung. Ebenso können die Abläufe dank verbesserter Prozesse und IT-technischer Unterstützung professionalisiert werden. Die qualitativen Vorteile können von der Verkürzung der Bearbeitungszeiten bis zur Erhöhung der Qualität der Mitarbeiterförderung reichen. Auch ist die Stärkung der Marktposition oder die Verbesserung des Unternehmensauftritts ein mögliches Ziel.

Eine entsprechende Dokumentation würde mittels der Kennzahlen erfolgen, die ein nachhaltiges und erfolgreiches BGM ausmachen. Zum Beispiel bietet die Health Balanced Scorecard ein Konzept zur Messung und Steuerung der Gesundheitsaktivitäten eines Unternehmens. Damit wurde ein Tool entwickelt, was als Instrumentarium genutzt werden kann, um die

wirtschaftlichen Effekte von Maßnahmen des Gesundheitsmanagements und deren kontinuierliche Steuerung abzuschätzen (Horváth, et al., 2009).

Bei diesem Schritt sind verschiedene Nutzenkriterien ausschlaggebend und sollten ebenfalls mitberücksichtigt werden. Dazu gehören nicht-monetäre Erfolgsfaktoren ebenso wie monetäre. Nicht-monetäre Faktoren wären die Schritte Integration, Partizipation, Ganzheitlichkeit und systematisches Vorgehen. Ebenfalls gehört zur Wahrheit, dass auf Grund des steigenden Wettbewerbsdruck in spezifischen Branchen die Gesundheit der Mitarbeiter neben sozialen Faktoren auch einen gesteigerten Produktionsfaktor nach sich zieht. Die körperliche und geistige Gesundheit der Bewerber und Angestellten hat sicherlich einen fragwürdigen Hintergrund, gehört sie doch häufig zu beruflicher Mindestqualifikationen. Somit gilt die Gesundheit zumeist zum Bestandteil des Unternehmens und spiegelt sich auch häufig in der Unternehmenskultur wider. Ebenfalls wäre eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik des Mitwirkens von Führungskräften bei der Implementierung eines BGMs in Unternehmen interessant. Wie in Kapitel 4.6.1 angesprochen, hat der Geschäftsführer eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung einer BGM-Maßnahme. Auf der einen Seite beeinflusst sein eigenes Gesundheitsverhalten das Verhalten der Mitarbeiter. Auf der anderen Seite sind sie in der Lage, einen essenziellen Beitrag für die Umsetzung einer Gesundheitskultur zu leisten.

Eine Messung und Bewertung der Qualität von Führung und deren Auswirkung auf die Performance und das Wohlbefinden der Mitarbeiter wäre eine weitere interessante Fragestellung. Betrachtet man nun, wie weiter oben bereits angesprochen, die Evaluationsforschung und zieht diese direkt in das Forschungsfeld des betrieblichen Gesundheitsmanagements hinein, so wird deutlich, dass die weiteren Forschungsfragen vielseitig sein können. Durch die explorative Annäherung an das Forschungsfeld konnte ein Überblick gewonnen werden, jedoch konnten einzelne Teilbereiche nur oberflächlich betrachtet werden. Besonders die Entwicklung und die Evaluation von einzelnen Maßnahmen stellt hierbei ein besonders interessantes Feld dar. Die Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen könnte hierbei besonders im Fokus liegen. Durch Methoden der quantitativen Forschung könnten hierbei große Datenmengen gesammelt, ausgewertet und angewandt werden und die einzelnen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Annahme überprüft werden. Besonders die Weiterentwicklung und Vertiefung von Kennzahlen des betrieblichen Gesundheitsmanagements wären dabei interessant. Ausgehend von Krankheitszahlen und Zahlen zur Fluktuation könnte das Augenmerk mehr zu weicheeren Faktoren gelenkt werden, ohne die Messbarkeit aus den Augen zu verlieren. Besonders das

Problem der homogenen Stichprobe könnten durch die Wahl von quantitativen Methoden umgangen werden.

Schaut man nun zusammenfassend in die Zukunft und betrachtet die Trends für die kommenden Jahre, so fallen insgesamt verschiedene Richtungen besonders auf. Besonders im Fokus werden die digitalen Angebote stehen und die damit einhergehende Etablierung jeweiliger Angebote. Ebenso wird das Handlungsfeld der mentalen Gesundheit noch weiter in den Vordergrund rücken. Besonders der Anstieg der hybriden oder mobilen Arbeitsmodelle und die damit einhergehende Isolation fördern die Entwicklung von Ängsten, Zwängen oder Depressionen, wie die weltweite Corona Pandemie gezeigt hat. Bei der Umsetzung der Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements wird es in Zukunft auf die Anpassung und Ausgestaltung im richtigen Format ankommen. Hybride und analoge Maßnahmen werden dabei Hand in Hand gehen und sich auf die Stärken des jeweiligen Angebots stützen. Auf Grund dieser Ausgestaltung sollte das Ziel sein, alle Mitarbeiter im Unternehmen zu erreichen und gesteckte Ziele und Wünsche umzusetzen. Betrachtet man die Entwicklung der digitalen Angebote im betrieblichen Gesundheitsmanagement und die in diesem Zusammenhang erhobenen Raum Key Performance Indicators (KPIs), so wird deutlich, dass neben einem starken und euphorischen Anstieg zu Beginn der Pandemie die Angebote stark abflachten. Vergleichbar sind diese Entwicklungen mit dem Angebot nach Trainingsmöglichkeiten zu Hause.

Für Unternehmen wird es also wichtig sein, die digitalen Angebote mit einem persönlichen Kontakt zu verknüpfen und somit eine Bindung herzustellen. Daneben werden die bereits angesprochenen Blended-Learning-Lösungen weiter interessant sein, um die Mitarbeiter so ganzheitlich anzusprechen. Der Faktor des betrieblichen Gesundheitsmanagements im war of talents wurde bereits weiter oben besprochen, darüber hinaus findet sich im Employer Branding ebenfalls Bausteine eines wirksamen und nachvollziehbaren BGMs wieder. Neben den klassischen Säulen der Mitarbeitergewinnung werden auch hier Verbesserungen stattfinden müssen. Daneben zeigt sich, dass Mitarbeiter vermehrt nach einer auf sie zugeschnittenen Gesundheitsberatung fragen und die Felder der mentalen Gesundheit und der Suchtprävention, besonders der Suchtprävention hinsichtlich sozialer Medien nach den Jahren der Pandemie, stark nachgefragt sind. Die Ausfallzeiten in Folge von psychischen Erkrankungen ist besonders hoch und gefährdet nicht nur die Mitarbeiter, sondern auch Unternehmen (Kolthoff, 2022).

Wie bereits zu Beginn angesprochen, steht die Arbeitswelt vor großen Herausforderungen. Der demografischen Wandel ist nicht mehr aufzuhalten und das BGM darauf abzustimmen und gezielt weiterzuentwickeln, dürfte eine der größten Hürden und Aufgaben für Unternehmen und externe Anbieter sein. Dabei bleibt das Hauptziel die Gesundheitserhaltung der vorhandenen Mitarbeiter und dem eintretenden Fachkräftemangel entgegenzutreten (Deller, Kern, Hausmann, & Diederichs, 2008).

Ob und wie ein betriebliches Gesundheitsmanagement akzeptiert und angenommen werden kann und wo die Hemmschwellen und Hindernisse liegen, hat die vorliegende Arbeit offengelegt. Die Förderung von geeigneten Angeboten im Bereich der Verhaltens- und Verhältnisprävention gilt es voranzutreiben, wie es die vorliegende Arbeit zeigt. Auch in Zukunft wird es eine zentrale Fragestellung sein, wie Unternehmen und Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement Mitarbeiter zur Teilnahme an Maßnahmen motiviert bekommen. Hierbei ist nicht nur die zielgerichtete Ausgestaltung der Maßnahmen ein wichtiger Aspekt, sondern auch ein qualitätsorientiertes Gesundheitsmanagement. Die Erarbeitung von Kennzahlen und die damit einhergehende Möglichkeit zur Abbildung von Erfolg, steht dabei im Mittelpunkt.

Literaturverzeichnis

- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Andersen, N. (2013). *Managing intensity and play at work transient relationships*. Cheltenham, UK.: Edward Elgar Pub.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass.
- AOK. (2011). <https://www.inqa.de>. Retrieved Juni 17, 2019, from https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/geza-einfuehrung-bgm-zeitarbeit.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- AOK. (2018). *Fehlzeiten-Report*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Argyris, C., & Schon, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Addison-Wesley.
- Armbruster, A. (2018, 11 03). <https://www.faz.net>. Retrieved 03 10, 2021, from <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/digitec/die-arbeit-geht-uns-sicher-nicht-aus-15872194.html>
- Aust, B. (2002). *Gesundheitsförderung in Verkehrsunternehmen*. Hamburg: BG Bahnen.
- Böhle, F., Wachtler, G., & Voß, G. (2010). *Handbuch Arbeitssoziologie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhm, B. (2022). Sport als Prävention und Therapie bei kardiovaskulären Erkrankungen. (U. & Fischer, Ed.) *Sportwissenschaft*, pp. 343-349.
- Bös, K., & Brehm, W. (1998). *Gesundheitssport*. Schorndorf: Hofmann.
- Bär, C., Grädler, T., & Mayr, R. (2018). *Digitalisierung im Spannungsfeld von Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Recht*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B. (2009). <https://www.wfmo.de>. Retrieved from <https://www.wfmo.de/archiv/was-bringt-ein-systematisches-betriebliches-gesundheitsmanagement/>
- Badura, B. (2017). *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., & Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., & Steinke, M. (2019). Vom Taylorismus zur Selbstorganisation – Wie Betriebliches Gesundheitsmanagement zur Gestaltung der Digitalisierung beitragen kann. In B. Badura, A. Ducki, & H. Schröder, *Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen* (pp. 367–382). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2014). *Fehlzeiten-Report 2014 Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2015). *Fehlzeiten-Report 2015*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2017). *Fehlzeiten-Report 2018*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Behr, M., & Ueberle, M. (2013). *Betriebliches Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Auflage ed.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M., & Behr, M. (2008). *Betriebliches Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (1. Auflage ed.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Ritter, W., & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Ed. Sigma.
- Badura, B., Walter, U., & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Balderjahn, I., & Specht, G. (2016). *Einführung in die Betriebswirtschaftslehre*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Balmer, R. (2000). *Innovation im Unternehmen: Leitfaden zur Selbstbewertung für KMU*. Zürich: vdf Hochschulverlag AG.
- Bamberg, E., Ducki, A., & Metz, A.-M. (2011). *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt: Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. N.J.: Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer, *Self-Efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Barmer. (2017). *Gesundheitsreport 2018 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. Siegburg: Müller Verlagsservice e. K.
- Bartel, S. (2018). *Arbeit - Gesundheit - Biographie: Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben*. Bielefeld: Transcript Verlag.

- Bartel, S. (2018). *Arbeit - Gesundheit - Biographie: Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- BAuA. (2021, 02). *www.baua.de*. Retrieved from https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- Bauer, J. (2006). *Prinzip Menschlichkeit: Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.
- Bauer, J. (2013). *Arbeit: Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht*. München: Karl Blessing Verlag.
- Bauernhansl, T., ten Hompel, M., & Vogel-Heuser, B. (2014). *Industrie 4.0 in Produktion, Automatisierung und Logistik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P., & Herdegen, R. (2011). *Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)*. Retrieved 02 03, 2022, from https://www.iga-info.de: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf
- Bechtel, P., Smerdka-Arhelger, I., & Lipp, K. (2017). *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Beck, D. (2011). *Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben*. Berlin: Ed. Sigma Verlag.
- Becker, P. (1991). Wohlbefinden. Theoretische Grundlagen. In A. Abele, & P. Becker, *Wohlbefinden. Theorie - Empirie – Diagnostik* (pp. 13–51). Weinheim: Juventa.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Beise, U., Heimes, S., & Schwarz, W. (2013). *Gesundheits- und Krankheitslehre*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bellmann, L. (2014). Soziologische Sicht auf den Wandel in der Arbeitswelt. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer, *Fehlzeiten-Report 2014 Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten* (p. 575). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bengel, J., & Jerusalem, M. (2009). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Bentner, A. (2018). Unterstützung und Subventionen für die gesunde Organisation. In A. Bentner, *Gesundheitsmanagement für Einsteiger* (pp. 37-38). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Berg, A. (2003). Körperliche Aktivität und Übergewicht - was können Sport und Bewegung leisten? *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 28(5), pp. 292-299. Retrieved from <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2003-42515>
- Bergmann, C., Büttner, K., Connelly, A., Kühne, A., Rieger, V., & Huttenlocher, M. (2020). *Psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz*. Hamburg: Books on Demand.
- Bergner, T. (2016). *Burnout-Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Bernatzeder, P. (2017). *Erfolgsfaktor Wohlbefinden am Arbeitsplatz: Praxisleitfaden für das Management psychischer Gesundheit*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Berninger-Schäfer, E. (2014). *Gesundheitskompetenzen für Führungskräfte*. Stuttgart: Richard Boorberg.
- Bertelsmann Stiftung. (2012). *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bertelsmann Stiftung, & Hans-Böckler-Stiftung. (2011). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik – Vorschläge der Expertenkommission* (4. Auflage ed.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bialecki, M. (2016, April 18). <https://www.welt.de>. Retrieved Juni 26, 2019, from <https://www.welt.de/wissenschaft/article154474479/Welche-Jobs-und-Berufe-kuenftig-ueberfluessig-werden.html>
- bitkom. (2020, 6 16). <https://www.bitkom.org>. Retrieved 3 11, 2021, from <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Digitalisierung-findet-mehr-Zuspruch>
- BMJV. (2019, 11 20). <https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/ArbSchG>. Retrieved Juni 18, 2020, from <https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/ArbSchG.pdf>
- Boese, S. (2010). *Sportliche Aktivität als Ressource der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Hamburg: Kovac.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: eine praxisorientierte Einführung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Brücker, H. (2009). Aspekte des Führungsverhaltens und gesundheitliches Wohlbefinden im sozialen Dienstleistungsbereich – Ergebnisse empirischer Untersuchungen in Krankenhäusern. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter, *Fehlzeitenreport 2008 -*

- Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen* (pp. 43-54). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Brandenburg, U. (2000). Gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit. In U. Brandenburg, B. Susen, & P. Nieder, *Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Grundlagen, Konzepte und Evaluation* (pp. 131–147). Weinheim, München: Juventa.
- Breucker, G. (2000). Gesundheitsförderung – Zum Wohle von Unternehmen und Mitarbeitern. *Arbeit und Arbeitsrecht*, 6, pp. 240–246.
- Bruch, H., Kunze, F., & Böhm, S. (2009). *Generationen erfolgreich führen: Konzepte und Praxiserfahrungen zum Management des demographischen Wandels*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bujard, M., Inga, L., Diabaté, S., Sulak, H., & Schneider, N. (2020, 7 14). *Eltern während der Corona Krise*. Retrieved 02 03, 2022, from <https://www.bib.bund.de>:
<https://www.bib.bund.de/Publication/2020/pdf/Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.html?nn=9755140>
- Bundesagentur für Arbeit. (2019, Mai April). <https://statistik.arbeitsagentur.de>. Retrieved Mai 16, 2019, from <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html>
- Bundesagentur für Arbeit. (2022, 01 04). *Die Lage am Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland*. Retrieved from Bundesagentur für Arbeit:
https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202112/arbeitsmarktberichte/monatsbericht-monatsbericht/monatsbericht-d-0-202112-pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Bundesamt, S. (2019, 6 27). <https://www.destatis.de>. Retrieved Februar 20., 2020, from https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/06/PD19_242_12411.html
1
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz. (2014, Juli). <https://www.inqa.de>. Retrieved Juli 1, 2019, from https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/psyga-gesundemitarbeiter-gesundesunternehmen.pdf;jsessionid=33D77E40EF227C5ED63F90C9B3395B11?__blob=publicationFile&v=2
- Bundesministerium für Gesundheit. (2018, Oktober). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>. Retrieved Mai 13, 2019, from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/vorteile.html>

- Bundesregierung. (2018, August 30). <https://www.bundesregierung.de>. Retrieved Mai 20, 2019, from <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/lage-auf-dem-arbeitsmarkt-bleibt-gut-1526894>
- Chapman, L. (2005). Meta evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. 2005 Update. *The Art of Health Promotion*, 1-11.
- Comelli, G., & von Rosenstiel, L. (2003). *Führung durch Motivation. Mitarbeiter für Organisationsziele gewinnen*. München: Vahlen.
- Dördelmann, J. (2018). Finanzierungshilfen. In M. Mohokum, & J. Dördelmann, *Betriebliche Gesundheitsförderung Ein Leitfaden für Physiotherapeuten* (pp. 155-174). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Döring, N. (2019). Evaluationsforschung. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 173–189). Wiesbaden: Springer VS.
- DAK-Gesundheit. (2018). *DAK-Gesundheitsreport 2018*. Berlin: DAK-Gesundheit.
- Dederich, M., & Jantzen, W. (2009). *Behinderung und Anerkennung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Deller, J., Kern, S., Hausmann, E., & Diederichs, Y. (2008). *Personalmanagement im demografischen Wandel. Ein Handbuch für den Veränderungsprozess*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Demmer, H., & Stein, M. (1995). Qualitätskriterien betrieblicher Gesundheitsförderung. *Betriebskrankenkasse, 10*, pp. 602–605.
- Dengler, K., & Matthes, B. (2021). *Folgen des technologischen Wandels für den Arbeitsmarkt: Auch komplexere Tätigkeiten könnten zunehmend automatisiert werden*. Retrieved 02 01, 2022, from Econstor: <https://www.econstor.eu/handle/10419/240181>
- Dettmers, J., Vahle-Hinz, T., Friedrich, N., Keller, M., Schulz, A., & Bamberg, E. (2012). *Entgrenzung der täglichen Arbeitszeit – Beeinträchtigungen durch ständige Erreichbarkeit bei Rufbereitschaft*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V. (2015). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Checkheft für kleine und mittlere Unternehmen*. Berlin: Köllen Druck & Verlag GmbH.
- Diener, E., Lucas, R., & Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*(61), pp. 305–314.
- DNBGF. (2015, Mai 7). <http://www.dnbgf.de>. Retrieved Juni 28, 2019, from http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/DNGF_Positionspapier_KMU.pdf

- DNBGF. (2019). <http://www.dnbgf.de>. Retrieved Juni 28, 2019, from <http://www.dnbgf.de>
- DPA. (2011, September). <https://www.manager-magazin.de>. Retrieved Mai 14, 2019, from <https://www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/a-788851.html>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8 ed.). Marburg: Eigenverlag.
- Dunz, K. (2020, 7 20). <https://rp-online.de>. Retrieved 7 22, 2020, from https://rp-online.de/politik/deutschland/linksparteivorsitzende-katja-kipping-vier-tage-woche-mit-neuem-kurzarbeitgeld_aid-52282111
- Egger, J. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), pp. 3-12.
- Eichhorst, W., & Buhlmann, F. (2015, Februar). Die Zukunft der Arbeit und der Wandel der Arbeitswelt. *IZA Standpunkte Nr. 77*.
- Eichhorst, W., Profit, S., & Thode, E. (2013). *Benchmarking Deutschland: Arbeitsmarkt und Beschäftigung: Bericht der Arbeitsgruppe*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Elke, G. (2000). *Management des Arbeitsschutzes*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Emmermacher, A. (2008). *Gesundheitsmanagement und Weiterbildung: Eine praxisorientierte Methodik zur Steuerung, Qualitätssicherung und Nutzenbestimmung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- ENBGF. (2007, Januar). *Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung*. Retrieved Mai 10, 2019, from http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/Luxemburger_Deklaration_09_11.pdf
- Esslinger, A. (2018). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Berlin, Heidelberg: Springer. Retrieved from https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-54179-1_67-1.pdf
- Europäische Kommission. (2013). <https://eur-lex.europa.eu>. Retrieved Juni 13, 2019, from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003H0361&from=EN>
- Falk, S. (2007). Personalentwicklung, Wissensmanagement und lernende Organisation in der Praxis – Zusammenhänge – Synergien – Gestaltungsempfehlungen. In M. Müller-Vorbrüggen, *Personal- und Organisationsentwicklung*. München: Rainer Hampp.
- Faller, G. (2017). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage ed.). Bern: Hogrefe Verlag.

- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*.
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie, Band 21, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage*.
- Faltermaier, T. (2020). *www.leitbegriffe.bzga.de*. Retrieved Oktober 13, 2020, from <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>
- Flick, U. (2005). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch.
- Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 411–423). Wiesbaden: Springer VS.
- Flick, U., Kardorff, E., & Steinke, I. (2009). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (13 ed.). Reinbek: Rowohlt.
- Frank, R. (2011). *Therapieziel Wohlbefinden*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Franke, A. (2019). *Hirndoping & Co*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Franzkowiak, P. (2018, 06 13). <https://www.leitbegriffe.bzga.de>. Retrieved 7 30, 2020, from <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/biomedizinische-perspektive/>
- Franzkowiak, P., & Hurrelmann, K. (2018, Juni). <https://www.leitbegriffe.bzga.de>. Retrieved Mai 12, 2019, from <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/>
- Frevel, B. (2013). *Herausforderung demografischer Wandel*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Frey, C., & Osborne, M. (2013, September). <https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk>. Retrieved Mai 16, 2019, from https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf
- Fritz, S. (2005). Nützt betriebliche Gesundheitsförderung? Neue Wege in der Evaluation. *Wirtschaftspsychologie Aktuell, 1*, pp. 19-22.
- Fritz, S., & Richter, P. (2011, 12 22). Effektivität und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung - Wie lässt sich beides sinnvoll messen? *Prävention und Gesundheitsförderung*(6), pp. 124-130.
- Froböse, I., & Wallmann-Sperlich, B. (2016). *Der DKV Report „Wie gesund lebt Deutschland?“*. Düsseldorf: DKV Deutsche Krankenversicherung AG.

- Froböse, I., Wilke, C., & Biallas, B. (2011, Dezember).
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de>. Retrieved Mai 15, 2019, from
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Unternehmen_unternehmen_Gesundheit_-_Betriebliche_Gesundheitsfoerderung_in_kleinen_und_mittleren_Unternehmen.pdf
- Froschauer, U., & Lueger, M. (2020). *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: facultas.
- Ärzteblatt, D. (2009). <https://www.aerzteblatt.de>. Retrieved Juli 17, 2019, from
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/64332/Wirtschaftskrise-Krankenstand-auf-Rekordtief>
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*(88), pp. 158–164.
- Fust, A., & Fueglistaller, U. (2015). KMU und Innovationen: der Einfluss des Unternehmers. In C. Hoffmann, S. Lennerts, C. Schmitz, W. Stölzle, & F. Uebernickel, *Business Innovation: Das St. Galler Modell* (pp. 55-78). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Göckenjan, G. (1991). Stichwort Gesundheit. *Öffentliche Gesundheit - Public Health*, pp. 15-24.
- Göhner, W., & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.
- Gallup Institut. (2013). <http://www.gallup.com>. Retrieved April 7, 2020, from
<http://www.gallup.com/strategicconsulting/158162/gallup-engagement-index.aspx>
- Gericke, U., Koch, H., & Koufen, K. (2020). *101x Wirtschaft*. Berlin: Peter Delius Verlag.
- Gerlinger, T. (2014). Gesundheitsreform in Deutschland. In A. Manzei, & R. Schmiede, *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Gesundheit und Gesellschaft* (pp. 35-69). Wiesbaden: Springer VS.
- Gerlmaier, A. (2005). *Projektarbeit – terra incognita für den Arbeits- und Gesundheitsschutz?* Retrieved 05 03, 2022, from <https://www.wsi.de>:
https://www.wsi.de/data/wsimit_2005_09_gerlmaier.pdf
- Ghadiri, A., & Peters, T. (2020). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in digitalen Zeiten*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ghadiri, A., & Peters, T. (2020). Betriebliches Gesundheitsmanagement – geht das auch digital? In A. Ghadiri, & T. Peters, *Betriebliches Gesundheitsmanagement – geht das*

- auch digital?. In: *Betriebliches Gesundheitsmanagement in digitalen Zeiten*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ghadiri, A., Ternes, A., & Peters, T. (2016). *Trends im betrieblichen Gesundheitsmanagement : Ansätze aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Glöde, D. (2010). *Betriebliche Gesundheitsförderung und wirtschaftliche Effizienz: Entwicklungsstand und Perspektiven der Wirtschaftlichkeitsevaluation in der Präventionsforschung*. Retrieved 05 03, 2022, from Glöde, D.
- Gohm, A. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Konzeptionelle Überlegungen zur Einführung in kleinen und mittleren Unternehmen*. Hamburg: Igel Verlag RWS.
- Grünewald, C., & Winter, C. (2016). BGM als Stellschraube von Arbeitgeberattraktivität. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer, *Fehlzeiten-Report 2016. Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen* (pp. 225-235). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Graßl, W., & Simmel, M. (2020). Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einführung. In *Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System* (pp. 7-12). Berlin, Wiesbaden: Springer.
- Groll, T. (2010, 7 30). <https://www.zeit.de>. Retrieved Juni 19, 2019, from <https://www.zeit.de/karriere/beruf/2010-07/freundschaft-kollegen-buero>
- Gronau, A., Stender, S., & Fenn, S. (2019). Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer, *Fehlzeiten-Report 2019 Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen* (pp. 319-330). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Haase, K. (2018, Juni 28). <https://www.workinprocess.de>. Retrieved Juli 16, 2019, from <https://www.workinprocess.de/blog/post/11354-wieviel-lebenszeit-verbringen-wir-mit-dem-arbeiten/>
- Halbe-Haenschke, B. (2017). Motivieren: Erfolgreich mit BGM. In B. Halbe-Haenschke, & U. Reck-Hog, *Die Erfolgsstrategie für Ihr BGM* (pp. 65-92). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hanke, J., Walter, U., & Mess, F. (2018). <https://www.researchgate.net>. Retrieved 4 15, 2021, from https://www.researchgate.net/profile/Filip-Mess/publication/310109051_Technologieorientierte_Entwicklungen_im_Betrieblichen_Gesundheitsmanagement_digitales_BGM_-_Chance_oder_Risiko/links/5a43e22e458515f6b052d738/Technologieorientierte-Entwicklungen-im-Bet

- Hardes, H.-D., & Holzträger, D. (2009). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis: Strategien zur Förderung der Arbeitsfähigkeit von älter werdenden Beschäftigten*. Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Harlaá, S. (2011). *Leitfaden für Betriebliches Gesundheitsmanagement: Hinweise und Arbeitsvorlagen für eine erfolgreiche Umsetzung*. Hamburg: Diplomica.
- Hasselmann, O. (2018). Digitales BGM für die Arbeitswelt 4.0. In D. Matusiewicz, & L. Kaiser, *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (pp. 57-71). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hausmann, A. (2009). *Demografischer Wandel und Kultur*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heaney, C., & Goetzel, R. (1997). A review of health related outcomes of multi component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 11(4), 290-307.
- Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (2 ed.). Wiesbaden: Springer VS.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Springer VS: Wiesbaden.
- Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 669-686). Wiesbaden: Springer VS.
- Helmenstein, C., Hofmarcher, M., Kleissner, A., Riedel, M., Röhring, G., & Schnabl, A. (2004). *Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung*. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Herder-Dorneich, P. (2013). *Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen: Die Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Herrmann, N., Kraneis, M., & Rennhak, C. (2005). *Humankapital als Wettbewerbsfaktor–Wie wählen High Potentials ihre Arbeitgeber*. München: Munich Business School Working Paper.
- Hoffmann, M. (2019, Juli 29). <https://www.spiegel.de>. Retrieved Juli 29, 2019, from <https://www.spiegel.de/karriere/dak-psychoreport-2019-wo-die-probleme-im-berufsalltag-liegen-a-1279108.html>
- Hofmann, J., Piele, A., & Piele, C. (2020). *Arbeiten in der Corona-Pandemie - Auf dem Weg zum New Normal*. (W. Bauer, O. Riedel, & S. Rief, Eds.) Retrieved 06 03, 2022, from

- <https://www.iao.fraunhofer.de/de/forschung/organisationsentwicklung-und-arbeitsgestaltung/befragungsreihe-arbeiten-im-new-normal.html>
- Hofmann, J., Piele, A., & Piele, C. (2021). <https://www.iao.fraunhofer.de>. Retrieved 11 19, 2021, from Arbeiten in der Corona-Pandemie – Entgrenzungseffekte durch mobiles Arbeiten, und deren Vermeidung. Folgeergebnisse:
<https://www.iao.fraunhofer.de/content/dam/iao/images/iao-news/arbeiten-in-der-corona-pandemie-folgeergebnisse-entgrenzungseffekte-durch-mobiles-arbeiten.pdf>
- Hofmann, P., & Matusiewicz, D. (2020). <https://www.dna4good.com>. Retrieved 4 27, 2021, from https://www.dna4good.com/wp-content/uploads/2020/07/New-Corporate_Hofmann-Matusiewicz_WhitepaperCorona-1.pdf
- Hohmann, C. (2005, 10 17). *Zivilisationskrankheiten in der Dritten Welt*. Retrieved 01 31, 2022, from Pharmazeutische Zeitung: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/inhalt-42-2005/medizin7-42-2005/>
- Horváth, P., Gamm, N., Möller, K., Kastner, M., Schmidt, B., Iserloh, B., . . . Köper, B. (2009). *Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Burkhard-Schmidt-4/publication/242462569_Betriebliches_Gesundheitsmanagement_mit_Hilfe_der_Balanced_Scorecard/links/00b7d53216add50e94000000/Betriebliches-Gesundheitsmanagement-mit-Hilfe-der-Balanced-Scorecard.pdf
- Huber, A. (2014). Das Betriebliche Eingliederungsmanagement. In S. Hahnzog, *Betriebliche Gesundheitsförderung* (pp. 59-73). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Huber, G. (2004, Juli 22). Zur Kosten-Nutzen-Analyse der Betrieblichen Gesundheitsförderung. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20, pp. 52-55.
- Huber, G., & Weiß, K. (2015)). Betriebliche Gesundheitsförderung - Trends und Forschungsupdate. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31(1), pp. 6-9.
- Huber, S. (2010). *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit. (2004). *Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen*. Berlin: Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit.

- iwd. (2021, 7 22). *Der Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft*. Retrieved 5 10, 2022, from Das Homeoffice wird bleiben: <https://www.iwd.de/artikel/das-homeoffice-wird-bleiben-516170/>
- Jancik, J. (2002). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kaiser, H., & Jastrow, B. (2011). Gesunde Arbeit im regionalen Netzwerk – ein zusätzlicher Standortfaktor. In M. Bachinger, H. Pechlaner, & W. Widuckel, *Regionen und Netzwerke* (pp. 265-284). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Kaminski, M. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kauffeld, S. (2014). *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kemmer, F., Halle, M., Stumvoll, M., Thur, U., & Zimmer, P. (2007). Diabetes, Sport und Bewegung. *Diabetologie und Stoffwechsel*(2), pp. 207-210.
- Kempf, H.-D. (2010). Verhältnisprävention und Verhaltensprävention. In H.-D. Kempf, *Die Neue Rückenschule* (pp. 203-221). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kergel, D. (2018). *Qualitative Bildungsforschung - Ein integrativer Ansatz*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kerstin, R., & Rösler, J. (2015). Betriebliches Gesundheits- und Sozialmanagement. In L. Mülheims, K. Hummel, S. Peters-Lange, E. Toepler, & I. Schuhmann, *Handbuch Sozialversicherungswissenschaft* (p. 1174). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kesting, M., & Meifert, M. (2004). Strategien zur Implementierung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen. In M. Kesting, & M. T. Meifert, *Gesundheitsmanagement im Unternehmen* (p. 36). Berlin, Heidelberg: Springer.
- KfW. (2022, 05 24). *Trotz Pandemie und Ukraine-Krieg: Wachsende Nachfrage verstärkt Fachkräftemangel*. Retrieved from <https://www.kfw.de>: https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-KfW-ifo-Fachkräftebarometer/KfW-ifo-Fachkraeftebarometer_2022-05.pdf
- Kiesche, E. (2013). *Betriebs- und Dienstvereinbarungen Analyse und Handlungsempfehlungen*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag GmbH.
- Kieselbach, T., & Offe, H. (2013). *Arbeitslosigkeit: Individuelle Verarbeitung Gesellschaftlicher Hintergrund*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Klingbeil-Döring, W. (2020, 9 1). *Bundeszentrale für politische Bildung*. Retrieved 3 11, 2021, from <https://m.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/316908/digitalisierung-und-arbeitsmarkt>
- Knoche, K., & Sochert, D. (2013). *Gegenstand und Ziel des iga-Reports*. Berlin: AOK-Bundesverband.
- Koch, E. (2014). *Globalisierung: Wirtschaft und Politik Chancen – Risiken – Antworten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Koch, E., & Speise, S. (2008). *Interkulturelles Management: Neue Ansätze – Erfahrungen – Erkenntnisse*. München: Rainer Hampp.
- Kolthoff, J.-F. (2022, 02 01). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: 5 Trends für 2022*. Retrieved 05 19, 2022, from <https://www.humanresourcesmanager.de>: <https://www.humanresourcesmanager.de/employer-branding/betriebliches-gesundheitsmanagement-5-trends-fuer-2022/>
- Kovarik, M. (2013). *Der Ruf der Generation Y nach "Easy Economy": Wie eine neue Arbeitnehmergeneration den österreichischen Arbeitsmarkt auf den Kopf stellen wird*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Kramer, B. (2019, Mai 9). <https://www.zeit.de/arbeit>. Retrieved Juni 26, 2019, from <https://www.zeit.de/arbeit/2019-05/stress-arbeitsplatz-leistungsdruck-job-studien>
- Kreis, J., & Bödeker, W. (2003). *IGA-Report 3. Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. Essen/Dresden: BKK BV & HVBG.
- Kriener, B. (2005). Bei uns geht's ums Überleben. Charakteristika kleiner Unternehmen und ihre Bedeutung für die Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung. In O. Meggeneder, K. Pelster, & R. Sochert, *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen* (pp. 181-188). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kromm, W., & Frank, G. (2009). *Unternehmensressource Gesundheit – Weshalb die Folgen schlechter Führung kein Arzt heilen kann*. Düsseldorf: Symposium Publishing.
- Kuhn, D., & Sommer, D. (2004). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Ausgangspunkte - Widerstände - Wirkungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kuhn, K. (2001). *Gesunde MitarbeiterInnen in gesunden Unternehmen: Das Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung*. Retrieved 2 4, 2022, from [256](https://medical-</p>
</div>
<div data-bbox=)

reward.com/onewebmedia/Europäisches%20Netzwerk%20für%20Gesundheitsförderung%20und%20Arbeitsmedizin.pdf

- Lück, P., Eberle, G., & Bonitz, D. (2009). Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter, *Fehlzeiten-Report 2008* (p. 77.84). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lühmann, D., & Zimolong, B. (2007). Prävention chronischer Krankheiten im Betrieb. In B. Badura, H. Schellschmidt, & C. Vetter, *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten* (p. 78). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5 ed.). Weinheim & Basel: Beltz.
- Leibniz-Fachhochschule. (2016). <http://www.leibniz-fh.de>. Retrieved Juni 28, 2019, from http://www.leibniz-fh.de/fileadmin/Redaktion/pdf/FH/Arbeitspapiere/16._Arbeitspapier_Kennzahlen_im_betrieblichen_Gesundheitsmanagement.pdf
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation: Modellbildung zur Gesundheitskompetenz unter besonderer Berücksichtigung selbstregulativer Kompetenzen*. Göttingen: V&R unipres.
- Lenhardt, U. (2003, März 01). Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, p. 21.
- Lenhardt, U. (2017). Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Interessenslagen - Handlungsbedingungen - Sichtweisen. In G. Faller, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (pp. 203-214). Bern: Hogrefe.
- Leone, L., & Ward, D. (2013). A mixed methods comparison of perceived benefits and barriers to exercise between obese and nonobese women. *Journal of Physical Activity and Health*(10), pp. 461–469.
- Liebhart, C. (2009). *Mitarbeiterbindung: Employee Retention Management und die Handlungsfelder der Mitarbeiterbindung*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Lindner, D. (2019). *KMU im digitalen Wandel Ergebnisse empirischer Studien zu Arbeit, Führung und Organisation*. Wiesbaden: Springer Fachmedien .
- Lischetzke, T., & Eid, M. (2005). Wohlbefinden. In H. Weber, & T. Rammsayer, *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (pp. 413–422). Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, D., & Habermann, W. (2018). *Präsentismus: Krank zur Arbeit – Ursachen, Folgen, Kosten und Maßnahmen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Müller, K. (2002). *Globalisierung*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

- MachFit. (2017, September 28). <https://blog.machfit.de>. Retrieved Juli 1, 2019, from <https://blog.machfit.de/blog/2017/09/28/was-kostet-die-einfuehrung-eines-betrieblichen-gesundheitsmanagements-eine-kostennutzen-analyse/>
- Maikranz, F., & Mäkinen, M. (2008). *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Generation 50: Wandlung, Anpassung, neue Chancen?!* Norderstedt: BoD – Books on Demand.
- Marchwacka, M. (2013). *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Marmot, M., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., . . . Davey, G. (1991, 7 8). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet, Volume 337*(Issue 8754), pp. 1387-1393.
- Matusiewicz, D., & Kaiser, L. (2018). *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden : Springer Fachmedien.
- Matusiewicz, D., & Kaiser, L. (2018). *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement: Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Matyssek, A. (2012). *Führung und Gesundheit: Ein praktischer Ratgeber zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im Betrieb*. Hamburg: Books on Demand.
- Matyssek, A. (2013). *BGM voranbringen: Praxistipps für betriebliches Gesundheitsmanagement: Fallstricke vermeiden - Stolperfallen umgehen - Menschen gewinnen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Mayer, J., Görlich, P., & Eberspächer, H. (2003). Das biomedizinische Krankheitsmodell hinter sich lassen. In J. Mayer, P. Görlich, & H. Eberspächer, *Mentales Gehtraining* (pp. 3-8). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (4 ed.). Weinheim & Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11 ed.). Weinheim & Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (12 ed.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Meggeneder, O., & Hirtenlehner, H. (2006). *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand - Strukturen - Entwicklungen*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Meifert, M., & Kesting, M. (2004). *Gesundheitsmanagement im Unternehmen*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Merkens, H. (2012). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke, *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (9 ed., pp. 286-299). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mey, G., & Mruck, K. (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, J.-A., & Tirpitz, A. (2008). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU*. Köln: Josef Eul Verlag.
- Moldaschl, M. (2010). Erkenntnisbarrieren und Erkenntnisverhütungsmittel - Warum siebzig Prozent der Changeprojekte scheitern. In J. Kramer, H. Stark, & F. von Ameln, *Organisationsberatung - blinde Flecken in organisationalen Veränderungsprozessen* (pp. 301-312). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mugler, J. (1998). *Betriebswirtschaftslehre der Klein- und Mittelbetriebe Bd. 1*. Wien/New York: Springer.
- Nöhammer, E., Eitzinger, C., Schaffenrath, M., & Stummer, H. (2009, 1 15). Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung Angebotsgestaltung als Nutzungshemmnis betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Mitarbeiterperspektive. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, pp. 77-82.
- Nöllnheidt, C., & Brenscheidt, S. (2014). *Arbeitswelt im Wandel. Zahlen-Daten-Fakten* (Ausgabe 2014).
- Naidoo, J., & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Neuner, R. (2016). *Psychische Gesundheit bei der Arbeit* (2 ed.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Neuner, R. (2019). *Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung bei der Arbeit*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Nolten, A., & Berger, H. (2019). Rahmenbedingungen des BGM: gesundheitspolitische und betriebswirtschaftliche Grundlagen. In E.-C. Reinfelder, R. Jahn, & S. Gingel, *Supervision und psychische Gesundheit* (p. 176). Berlin, Wiesbaden: Springer.
- North, D. (1992). *Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung*. Heidelberg: Mohr Siebeck Verlag.
- Oppolzer, A. (2006). *Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Osterhammel, J., & Petersson, N. (2003). *Geschichte der Globalisierung: Dimensionen, Prozesse, Epochen*. München: C.H.Beck.

- Pech, E., Rose, U., & Freude, G. (2010, Juli). Zum Verständnis mentaler Gesundheit - eine erweiterte Perspektive. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, pp. 234 – 243.
- Pelikan, J. (2007). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. *Prävention Gesundheitsförderung*, 2, pp. 74–81.
- Pelletier, K. (2001). A review and analysis of the clinical and cost effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 update. *American Journal of Health Promotion*, 16(2), 107-116.
- Pelster, K. (2011). Führung und Gesundheit in klein- und mittelständischen Unternehmen. In B. Badura, A. Ducki, J. Klose, K. Macco , & H. Schröder, *Fehlzeiten-Report 2011* (pp. 97-102). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pelster, K., & Sochert, R. (2005). Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Ländern. In O. Meggeneder, K. Pelster, & R. Sochert, *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen* (pp. 18-29). Bern: Verlag Hans Huber.
- Perwiss. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Was ist BGM?* Retrieved 03 17, 2022, from <https://www.perwiss.de/gesundheitsmanagement.html>
- Petzold, T. (2011). *Praxisbuch Salutogenese: Warum Gesundheit ansteckend ist*. München: Südwest Verlag.
- Pfeil, S. (2017). *Werteorientierung und Arbeitgeberwahl im Wandel der Generationen Eine empirisch fundierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Generation Y*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Prager, J., & Schleiter, A. (2010). *Länger leben, arbeiten und sich engagieren: Chancen werteschaftender Beschäftigung bis ins Alter*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Preißing, D. (2014). *Erfolgreiches Personalmanagement im demografischen Wandel*. Berlin: Walter de Gruyter.
- PWC (Ed.). (2016). Der Einfluss der Digitalisierung auf die Arbeitskräftesituation in Deutschland. Berufs- und branchenspezifische Analyse bis zum Jahr 2030.
- Rössler, W., Keller, H., & Mook, J. (2016). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Herausforderung und Chance*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32(5)(8), pp. 221-232.
- Rädiker, S., & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Reinhard, F. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Renkhoff-Mücke, A. (2015). Herausforderungen und Potenziale einer neuen Arbeitskultur aus Sicht eines mittelständischen Familienunternehmens. In W. Widuckel, K. de Molina, M. Ringlstetter, & D. Frey, *Arbeitskultur 2020 - Herausforderungen und Best Practices der Arbeitswelt der Zukunft* (pp. 200-212). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Resch, F., & Westhoff, K. (2013). Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion. *I*(1), pp. 32-46.
- Reuben, A., & Schaefer, J. (2017, Oktober 27). <https://www.spektrum.de>. Retrieved Juni 26, 2019, from <https://www.spektrum.de/news/nur-eine-minderheit-bleibt-ein-leben-lang-psychisch-gesund/1513775>
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Richter, R., & Habib, E. (2011). *Das Betriebliche Eingliederungsmanagement*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Rieländer, M., & Brücher-Albers, C. (1999). *Zukunftsorientierte psychologische Mitarbeit*. Bonn: Deutschen Psychologen Verlag.
- Ritter, W. (2003). *Betriebliches Gesundheitsmanagement "erlernen" durch Leitfäden? Organisationstheoretische und betriebspraktische Anforderungsdimensionen an Verfahrenswege im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- RKI. (2014). *Übergewicht und Adipositas*. Retrieved 01 31, 2022, from RKI: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Uebergewicht_Adipositas/Uebergewicht_Adipositas_node.html
- Robert-Koch-Institut. (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI und Destatis.
- Robert-Koch-Institut. (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rolfes, B. (2020, 04 02). <http://www.wirtschaftslexikon24.com>. Retrieved 2 24, 2021, from www.gabler-banklexikon.de: <https://www.gabler-banklexikon.de/definition/return-investment-roi-60969/version-376560>
- Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.

- Rothe, I., & Beermann, B. (2014). Arbeitsschutz: Zukünftige Herausforderungen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer, *Fehlzeiten-Report 2014* (pp. 177-186). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R. (2012). *Themenreport Pflege 2030*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Rudolph, S. (2013). *"Fit im Forst": Eine bewegungsbezogene Intervention für Forstwirte*. Göttingen: Universitätsverlag.
- Rudow, B. (2010). *Das gesunde Unternehmen: Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Rump, J., & Brandt, M. (2020). *Zoom-Fatigue. Eine Studie des Instituts für Beschäftigung und Employability*. Ludwigshafen: Institut für Employability. Retrieved from Zoom-Fatigue. Eine Studie des Instituts für Beschäftigung und Employability. IBE, Ludwigshafen.
- Sachverständigenrat. (2020). *Die gesamtwirtschaftliche Lage angesichts der Corona-Pandemie*. Wiesbaden: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.
- Sass, E. (2019). Was ein Arbeitgeber neben dem Gehalt fördern sollte. In E. Sass, *Mitarbeitermotivation, Mitarbeiterbindung* (pp. 39-50). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Sauer, D. (2010). Vermarktlichung und Vernetzung der Unternehmens- und Betriebsorganisation. In F. Böhle, G. Voß, & G. Wachtler, *Handbuch Arbeitssoziologie* (pp. 545–568). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scheibner, N., & Hapkemeyer, J. (2012, September 27). Des Burn-outs unbekannte Schwester. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*.
- Schempp, N., & Strippel, H. (2017, Januar 29). *Präventionsbericht 2016: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung*. Retrieved Juni 28, 2019, from www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2016_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf
- Schlicht, W., & Zinsmeister, M. (2015). *Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schmidt, J., & Schröder, H. (2009). Präsentismus - Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2009* (pp. 93-100). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Schmidt, R., Müller, M., Bühren, S., Neuber, N., Malinka, J., Sakris, J., & Kraußlach, H. (2015). *Praxisleitfaden zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. Jena: Verlag Ernst-Abbe-Hochschule Jena.
- Schneider, C. (2012). *Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz*. Bern: Hans Huber.
- Schneider, C. (2018). *Praxis-Guide Betriebliches Gesundheitsmanagement* (3. Auflage ed.). Bern: hogrefe.
- Schneiderei-Mauth, H. (2015). *Ressourcenorientierte Seelsorge: Salutogenese als Modell für seelsorgerliches Handeln*. Gütersloh, München: Gütersloher Verlagshaus.
- Scholz, C. (2014). *Generation Z: wie sie tickt, was sie verändert und warum sie uns alle ansteckt*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Schopenhauer, A. (1851). *Schopenhauers Werke* (Vols. Aphorismen zur Lebensweisheit. Kapitel 2: Von dem, was einer ist). Zürich, Schweiz: Diogenes.
- Schulte, M., & Bamberg, E. (2002, September 01). Ansatzpunkte und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Führungskräften. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie*, pp. 369-370.
- Schwarz, W. (2013). Antonovskys Gesundheitsmodell. In W. Schwarz, *Gesundheits- und Krankheitslehre* (pp. 415-422). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schwenker, B., & Wittig, M. (2012). *Betriebliches gesundheitsmanagement (BgM) ist eine Investition mit mehrfacher Rendite*. Retrieved from www.rolandberger.com
- Schwuchow, K., & Gutmann, J. (2014). *Personalentwicklung - mit Special Demografie-Management*. Freiburg: Haufe-Lexware.
- Seyfried, B. (2011). *Ältere Beschäftigte: zu jung, um alt zu sein: Konzepte - Forschungsergebnisse - Instrumente*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Sheldon, K., & Elliot, A. (1999). Goal Striving, Need Satisfaction, and Longitudinal Well-Being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), pp. 482-497.
- Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Sieverding, M. (2005). Geschlecht und Gesundheit. In R. Schwarzer, *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C, Theorie und Forschung* (pp. 55-70). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Simon, D., Heger, G., & Reszies, S. (2011). *Praxishandbuch Betriebliche Gesundheitsförderung: Ein Leitfaden für kleine und mittlere Unternehmen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Sockoll, I., Kramer, I., & Bödeker, W. (2008, 7 19). Retrieved 2 24, 2021, from Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006: http://www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga_report_13.pdf
- Sommer, D. (2004). Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen. In D. Kuhn, & D. Sommer, *Betriebliche Gesundheitsförderung - Ausgangspunkte - Widerstände - Wirkungen* (pp. 167-177). Wiesbaden: Gabler.
- Spicker, I., & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Spiegel. (2009, April 11). <https://www.spiegel.de>. Retrieved Juli 17, 2019, from <https://www.spiegel.de/wirtschaft/jobangst-wirtschaftskrise-drueckt-krankenstand-auf-rekordtief-a-618611.html>
- Stößel, U., & Pfaff, H. (2008). Bilanz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In W. Kirch, B. Badura, & H. Pfaff, *Prävention und Versorgungsforschung* (p. 416). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Statista. (2019, Mai). <https://de.statista.com>. Retrieved Mai 09, 2019, from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5520/umfrage/durchschnittlicher-krankenstand-in-der-gkv-seit-1991/>
- Statistisches Bundesamt. (2018). <https://www.destatis.de>. Retrieved Mai 20, 2019, from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/aktuell-beschaeftigte.html;jsessionid=E5FCEB49E86EC6759E726AF0724869BA.internet731>
- Statistisches Bundesamt. (2022, 03 02). *Erwerbstätige mit Wohnort in Deutschland*. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22_083_132.html
- Steckl, M., Simshäuser, U., & Niederber, M. (2019). Arbeitgeberattraktivität aus Sicht der Generation Z. *Prävention und Gesundheitsförderung*(3).
- Steffgen, G. (2004). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Problembezogene psychologische Interventionen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1997). *Grounded Theory in Practice*. Newbury Park: SAGE.
- Struhs-Wehr, K. (2017). *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung*. Wiesbaden: Springer Gabler.

- Stummer, H., Innreiter-Moser, C., Schaffenrath-Resi, M., Moldaschl, K., & Eitzinger, C. (2008, 10). Partizipatives Gesundheitslernen in Organisationen. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 39(3), pp. 351-365.
- Stumpf, S. (2021). *Gesundheitsmanagement durch Netzwerke: Wie auch kleinen und mittelständischen Unternehmen Betriebliches Gesundheitsmanagement zugänglich gemacht werden kann*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Team Gesundheit. (n.d.). *Was ist BGM*. Retrieved 05 03, 2022, from <https://teamgesundheit.de/unternehmen/was-ist-bgm/betriebliches-gesundheitsmanagement/>
- Techniker Krankenkasse. (2008). *Gesundheit in KMU – Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen - Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Techniker Krankenkasse. (2017). *Gesundheitsreport*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Techniker Krankenkasse. (2019). *Gesundheitsreport*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Techniker Krankenkasse. (2019, Januar 11). <https://www.tk.de>. Retrieved from <https://www.tk.de/firmenkunden/gesund-arbeiten/betriebliche-gesundheitsfoerderung/betriebliches-gesundheitsmanagement/warum-bgm-2035798>
- Techniker Krankenkasse. (2021). *Entspann dich, Deutschland! – TK-Stressstudie 2021*. Retrieved 12 8, 2021, from <https://www.tk.de/resource/blob/2118106/626a9a9c255b5ece9da170a5f2cf5647/stressstudie-2021-pdf-zum-download-data.pdf>
- Ternès, A., & Hagemes, H.-P. (2018). „Was ihr wollt“ 4.0 – Studien zu Gen Y und Z. In A. Ternès, & H.-P. Hagemes, *Die Digitalisierung frisst ihre User* (pp. 231–259). Wiesbaden: Springer.
- Tintor, M. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in Restrukturierungsprozessen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Treier, M. (2016). *Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Treier, M. (2019). *Wirtschaftspsychologische Grundlagen für Personalmanagement: Fach- und Lehrbuch zur modernen Personalarbeit*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Uhle, T., & Treier, M. (2011). *Betriebliches Gesundheitsmanagement - Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- UKE. (2021). <https://www.uke.de>. Retrieved 11 19, 2021, from COPSY-Studie: Kinder und Jugendliche leiden psychisch weiterhin stark unter Corona-Pandemie: https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_104081.html.
- Ulich, E., & Nido, M. (2016). *Präsentismus - Auch ein Ergebnis persönlichkeitsfördernder Arbeitsgestaltung*. Zürich: VDF Hochschulverlag.
- Ulich, E., & Wülser, M. (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven* (3 ed.). Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E., & Wülser, M. (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven* (6 ed.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ulich, E., & Wülser, M. (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven* (6 ed.). Wiesbaden: Gabler.
- Unfallkasse des Bundes. (2009, 11). <https://www.uv-bund-bahn.de>. Retrieved Juni 29, 2020, from https://www.uv-bund-bahn.de/fileadmin/Dokumente/Fachthemen_Prävention_Dokumente/In_6_Schritten_zum_Erfolg_-Unser_Leitfaden_für_mehr_Gesundheit.pdf
- Völzke, H., & et. al. (2010, Februar 18). Cohort Profile: The Study of Health in Pomerania. *International Journal of Epidemiology*(Volume 40, Issue 2), pp. 294–307.
- van Dick, R. (2017). *Identifikation und Commitment fördern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Vater, G. (2003). War for talents!?. In H. Lobnig, J. Schwendenwein, & L. Zvacek, *Beratung in der Veränderung* (pp. 245-255). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Vogelgesang, W., Kopp, J., Hahn, A., & Rüdiger, J. (2018). *Stadt – Land – Fluss*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Vogler-Ludwig, K., & Kriechel, B. (2013). *Arbeitsmarkt 2030 Eine strategische Vorausschau auf die Entwicklung von Angebot und Nachfrage in Deutschland Arbeitskräftebedarf kleiner, mittlerer und großer Betriebe*. Retrieved 02 01, 2022, from Economix - Research & Consulting: https://economix.org/a55ets/publications/ERC_Arbeitsmarkt_2030_GK.pdf
- Vogt, L., & Töpfer, A. (2011). *Sport in der Prävention: Handbuch für Übungsleiter, Sportlehrer, Physiotherapeuten und Trainer*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Voigt, S., & Seidel, H. (2009). Herausforderung für Unternehmen. In K. Mertins, & H. Seidel, *Wissensmanagement im Mittelstand* (pp. 9-13). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Waddington, I., & Rütten, A. (1998). Sport und Gesundheit: Eine soziologische Analyse. (A. Rütten, Ed.) *Public Health und Sport*, pp. 91–114.

- Walle, O. (2018). Der Einsatz digitaler Lösungen zum Erreichen und zur Motivation von Beschäftigten in einem BGM. In D. Matusiewicz, & L. Kaiser, *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (pp. 83-97). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Walter, N., Fischer, H., Hausmann, P., Klös, H.-P., Lobinger, T., Raffelhüschen, B., . . . Vassiliadis, M. (2013). *Die Zukunft der Arbeitswelt Auf dem Weg ins Jahr 2030*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.
- Walter, U. (2003). Vorgehensweise und Erfolgsfaktoren. In B. Badura, & T. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (pp. 73-110). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Walter, U., Plaumann, M., & Lehmann, F. (2014). Qualitätsmanagement in der Prävention und Gesundheitsförderung. *Public Health Forum*, 22(2), pp. 29-30.
- Warburton, D., Nicol, C., & Bredin, S. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*(174), pp. 801–809.
- Werder, P., & Rothlin, P. (2007). *Diagnose Boreout: Warum Unterforderung im Job krank macht*. Heidelberg: Redline Wirtschaft.
- WHO. (1986). <http://www.euro.who.int>. Retrieved Februar 20, 2020, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- WHO. (2013). Retrieved Juni 25, 2019, from <http://www.euro.who.int>: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1
- WHO. (2019). <https://www.who.int>. Retrieved Juni 13, 2019, from <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- WHO. (2020). <https://www.euro.who.int>. Retrieved 11 19, 2021, from WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
- Wichmann, A. (2019). *Quantitative und Qualitative Forschung im Vergleich. Denkweisen Zielsetzungen und Arbeitsprozesse*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wien, A., & Franzke, N. (2013). *Systematische Personalentwicklung 18 Strategien zur Implementierung eines erfolgreichen Personalentwicklungskonzepts*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Woll, A., & Bös, K. (2004). Wirkungen von Gesundheitssport. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20(2), pp. 1-10.

- Zapf, D., & Semmer, N. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. (H. Schuler, Ed.) *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, 3(3)*, p. 1007–1112.
- Zieringer, R., & Wehr, P. (2022). *Externe Mitarbeiterberatung - BGM im Unternehmen*. Wiesbaden : Springer.
- Ziert, J., & Schrage, S. (2009). Qualitative Forschung in der Sportwissenschaft. *Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge, 50(1)*, p. 201.
- Zika, G., Schneemann, C., Grossman, A., Kalinowski, M., Maier, T., Mönnig, A., . . . Wolter, M. (2019). BMAS-Prognose "Digitalisierte Arbeitswelt". *IAB- Forschungsbericht, 5*.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U., & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung: Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie, 47(2)*, pp. 83–100.

Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden



Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Institut für Sportwissenschaft

bgm_doktorarbeit → AA

09.03.2020, 11:53

Seite 01
AA

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Till Gericke. Ich bin wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sportwissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Im Rahmen meiner Doktorarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Betriebliches Gesundheitsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung sind ein wichtiger Baustein im Unternehmen und daher von großer Bedeutung im Arbeitsleben. Durch meine Interviews möchte ich von Ihnen Ihre Meinung erfahren. Mein Forschungsprojekt zielt auf die Akzeptanz und die Annahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen der Mitarbeiter ab.

Hierbei bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen!

Das Interview wird voraussichtlich 15-20 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Gleichzeitig möchte ich Sie bitten, alle meine Fragen sorgfältig und ehrlich zu beantworten, nur so habe ich die Möglichkeit wissenschaftlich fundierte Aussagen zu treffen.

Die Untersuchung wird unter der Leitung von Professor Jens Flatau am Institut für Sportwissenschaft der Kieler Universität durchgeführt. **Ihre Teilnahme erfolgt freiwillig und Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt.** Keine Ihrer Informationen werden in irgendeiner Form gewinnbringend verarbeitet oder Dritten zugänglich gemacht.

Ich hoffe auf Ihre Mitarbeit und bedanke mich bereits im Voraus für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Till Gericke

Das folgende Interview ist aufgeteilt in acht Blöcke. Er werden unterschiedliche Themenbereiche untersucht und ich bitte Sie, alle Fragen gewissenhaft und ehrlich zu beantworten.

Im Folgenden werde ich Ihnen in den Blöcken ...

1. Allgemeines
2. Arbeitsmenge und -zeit
3. Kolleginnen und Kollegen
4. Verhältnis zu Vorgesetzten
5. Arbeitsablauf und -organisation
6. Gesundheitskompetenz
7. Interesse an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung
8. Soziodemografische Fragen

... Fragen stellen und bitte Sie, die Fragen zu beantworten.

1. Allgemeines

Im ersten Abschnitt des Interviews möchte ich von Ihnen erfahren, wie Sie Ihre Arbeit im Allgemeinen einschätzen. In insgesamt zwölf Fragen wird die Situation näher betrachtet.

Bitte beachten Sie:

Alle Angaben werden 100 % anonym und vertraulich behandelt.

1. Wie gefällt Ihnen Ihre Arbeit insgesamt?

2. Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Aspekten Ihrer Arbeit?

Art und Inhalt Ihrer Tätigkeit

sehr unzufrieden
eher unzufrieden
im Großen und Ganzen zufrieden
sehr zufrieden

Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten anzuwenden

sehr unzufrieden
eher unzufrieden
im Großen und Ganzen zufrieden
sehr zufrieden

Möglichkeit, selbständig zu arbeiten

sehr unzufrieden
eher unzufrieden
im Großen und Ganzen zufrieden
sehr zufrieden

Anerkennung der Leistung

sehr unzufrieden
eher unzufrieden
im Großen und Ganzen zufrieden
sehr zufrieden

Aufstiegsmöglichkeiten

sehr unzufrieden
eher unzufrieden
im Großen und Ganzen zufrieden
sehr zufrieden

Arbeitszeitregelung

sehr unzufrieden
eher unzufrieden
im Großen und Ganzen zufrieden
sehr zufrieden

Räumliche Verhältnisse, Umfeld des Arbeitsplatzes

sehr unzufrieden
eher unzufrieden
im Großen und Ganzen zufrieden
sehr zufrieden

Arbeitsdruck und Arbeitsbelastung

sehr unzufrieden
eher unzufrieden
im Großen und Ganzen zufrieden
sehr zufrieden

Betriebsklima

<input type="radio"/> sehr unzufrieden
<input type="radio"/> eher unzufrieden
<input type="radio"/> im Großen und Ganzen zufrieden
<input type="radio"/> sehr zufrieden

Einkommen

<input type="radio"/> sehr unzufrieden
<input type="radio"/> eher unzufrieden
<input type="radio"/> im Großen und Ganzen zufrieden
<input type="radio"/> sehr zufrieden

3. Fühlen Sie sich durch Ihre Tätigkeiten/Aufgaben körperlich und geistig angemessen gefordert?

4. Wie oft können Sie bei Ihrer Arbeit Ihr Wissen und Können einsetzen?

sehr häufig häufig teilweise/manchmal selten sehr selten

5. Wie oft erleben Sie Ihre Arbeit als abwechslungsreich?

sehr häufig häufig teilweise selten sehr selten

6. Wie oft haben Sie bei Ihrer Arbeit Erfolgserlebnisse?

sehr häufig häufig manchmal selten sehr selten

7. Wie häufig empfinden sie Ihren Arbeitsplatz als wichtig für die Qualität der Dienstleistung Ihrer Firma?

sehr häufig häufig teilweise/manchmal selten sehr selten

8. Können Sie Ihre Arbeit selbständig planen und einteilen?

sehr häufig häufig teilweise selten sehr selten

9. Haben Sie Angst, bei der Arbeit Fehler zu machen?

sehr häufig häufig teilweise selten sehr selten

10. Wie gehen Vorgesetzte damit um, wenn sie Fehler machen?

--

Seite 04
DD

2. Arbeitsmenge und -zeit

Im nächsten Abschnitt möchte ich von Ihnen erfahren, wie sie Ihre Arbeitsmenge und Arbeitszeit wahrnehmen.

Bitte beachten Sie:

Alle Angaben werden 100 % anonym und vertraulich behandelt.

11. Mein Arbeitsplatz befindet sich überwiegend ...

- in einem Büro für mehrere Personen. (2-9 Personen)
- in einem Großraumbüro. (10-99 Personen)
- im Außendienst
- im Home-Office
- sonstiges:

12. Fühlen Sie sich durch folgende Faktoren an Ihrem Arbeitsplatz belastet?

ständiges Sitzen

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

Bewegungsmangel bei der Arbeit

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

beengte Platzverhältnisse

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

Lärm

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

Ärger mit Kunden

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

komplizierte Aufgaben/schwierige Entscheidungen

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

hohe Fehlerwahrscheinlichkeit

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

Termin- oder Leistungsdruck

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

große Arbeitsmengen

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

ständige Aufmerksamkeit/Konzentration

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

hohe Verantwortung

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

das Risiko, arbeitslos zu werden

wenig
etwas
stark
<i>trifft nicht zu</i>

13. Arbeiten Sie ...

	regelmäßig	gelegentlich	nie
... zwischen 23:00 und 5:00 Uhr nachts?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... an Samstagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... an Sonn- und Feiertagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 05
EE

3. Kolleginnen und Kollegen

Im Block drei geht es um Ihr Verhältnis mit Ihren Kolleginnen und Kollegen. In insgesamt sechs Fragen werden unterschiedliche Aspekte abgefragt und unterschieden zwischen der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen Ihrer Abteilung und anderer Abteilungen.

Bitte beachten Sie:

Alle Angaben werden 100 % anonym und vertraulich behandelt.

14. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Kollegen Ihrer Abteilung/Gruppe?

15. Wie oft kommt es zwischen Ihnen und Ihren Kollegen Ihrer Abteilungen/Gruppe zu Spannungen wegen der Arbeit?

- sehr häufig
- häufig
- teilweise/manchmal
- selten
- sehr selten

16. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Kollegen anderer Abteilungen/Gruppen?

17. Wie oft kommt es zwischen Ihnen und Ihren Kollegen anderer Abteilungen/Gruppe zu Spannungen wegen der Arbeit?

- sehr häufig
- häufig
- teilweise/manchmal
- selten
- sehr selten

18. Fühlen Sie sich von Ihren Kollegen am Arbeitsplatz anerkannt?

4. Verhältnis zu Vorgesetzten

Im Block vier geht es um Ihr zu ihrem direkten Vorgesetzten. In insgesamt acht Fragen werden unterschiedliche Aspekte abgefragt. Hierbei gilt nur die Zusammenarbeit mit Ihrem direkten Vorgesetzten.

Bitte beachten Sie:

Alle Angaben werden 100 % anonym und vertraulich behandelt.

19. Ist Ihr Vorgesetzter auf Ihre Schwierigkeiten/Probleme bei der Arbeit ansprechbar?

20. Erkennt Ihr Vorgesetzter gute Leistung lobend an?

21. Bekommen Sie von Ihrem Vorgesetzten Rückmeldung über die Qualität Ihrer Arbeit?

22. Fühlen Sie sich durch Ihren Vorgesetzten gefördert?

5. Arbeitsablauf und -organisation

Im Block fünf geht es um den Arbeitsablauf und die Organisation Ihrer Arbeit. Der Block umfasst vier Fragen.

Bitte beachten Sie:

Alle Angaben werden 100 % anonym und vertraulich behandelt.

23. Wie schätzen Sie die Kundenzufriedenheit in Ihrem Arbeitsbereich ein?

24. Ist Ihrer Meinung nach Ihre Abteilung ausreichend besetzt?

25. Wie wurden Sie am Arbeitsplatz eingewiesen?

26. Erwartet man von Ihnen Verbesserungsvorschläge?

6. Gesundheitskompetenz

Im folgenden Block geht es um Ihre Gesundheitskompetenz und wie Sie sich aktuell selbst einschätzen würden. Mit insgesamt sieben Fragen ist der Block übersichtlich gehalten und in der Frage 36 möchte ich Sie bitten, eine Priorisierung vorzunehmen und die Felder entsprechend zuzuordnen.

Bitte beachten Sie:

Alle Angaben werden 100 % anonym und vertraulich behandelt.

27. Wie beurteilen Sie im allgemeinen Ihren Gesundheitszustand? Skala 1-5



Wie oft haben Sie die gesundheitlichen Beschwerden?

28. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

29. Was halten sie für besonders wichtig für Ihre Gesundheit?

0

30. Informieren Sie sich über Möglichkeiten, gesund zu leben?

31. Würden Sie sich aus gesundheitlichen Gründen einen anderen Arbeitsplatz wünschen?

- ja
 nein

32. Können Sie nach der Arbeit gut abschalten?

Seite 09
JJ

7. Interesse an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

In diesem Block geht es um Ihr Interesse an Maßnahmen zu betrieblichen Gesundheitsförderung. Ich möchte Sie bitten, die Fragen gewissenhaft zu lesen und ehrlich zu beantworten. Insgesamt gibt es hier fünf Fragen und ich habe die Fragen in Anreize und Hemmschwellen unterteilt.

Bitte beachten Sie:

Alle Angaben werden 100 % anonym und vertraulich behandelt.

33. Was halten Sie von betrieblichen Gesundheitsangeboten? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

Betriebliche Gesundheitsangebote finde ich ...

34. Welche der folgenden Gesundheitsangebote wären für Sie von Interesse? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

- tägliche Gymnastik am Arbeitsplatz (Bewegungspausen)
- arbeitsplatzbezogene Rückenschule
- Beratung an Ihrem Arbeitsplatz für einen gesunden Rücken
- Nichtraucher-Training
- Angebote zur Suchtberatung
- Programme zur Gewichtsabnahme
- Entspannungskurse
- Stressbewältigung mit Entspannung
- Angebote zu Kommunikation und Führung
- Arbeitsgruppe im Betrieb, die sich mit Gesundheitsschutz befasst
- Sonstiges

35. Was könnte Sie motivieren, an den Angeboten teilzunehmen? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

Mich würde es motivieren, an den Maßnahmen teilzunehmen, wenn ...

- ... es Geldleistungen geben würde. (z. B. vergünstigte Mitgliedschaft im Fitnessstudio)
- ... es Sachleistung geben würde. (z. B. einen eingerichteten Fitnessraum)
- ... die Maßnahmen während der Arbeitszeit stattfinden würden.
- ... Männer und Frauen getrennt voneinander teilnehmen würden.
- ... es Duschen und Umkleieräume geben würde.
- ... es qualifiziertes Personal zur Anleitung geben würde.
- ... die Angebote draußen stattfinden würden.
- ... es ein Bonussystem in der Firma geben würde.
- ... sonstiges

36. Was würde Sie hemmen, die Maßnahmen anzunehmen und/oder an ihnen teilzunehmen? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

Mich würde hemmen, an den Maßnahmen teilzunehmen, wenn ...

- ... wenn es dann sein könnte, dass ich dann mehr arbeiten muss.
- ... die Maßnahmen vor bzw. nach der Arbeit stattfinden würden.
- ... die Gefahr besteht zu Schwitzen.
- ... Männer und Frauen gemeinsam teilnehmen würden.
- ... es keine Umkleide und Sanitäreinrichtungen geben würde.
- ... meine Vorgesetzten ebenfalls teilnehmen würden.
- ... es keine Anleitung von qualifiziertem Personal geben würde.
- ... sonstiges

37. Welche dieser konkreten Maßnahmen würden Sie annehmen, wenn sie angeboten werden würden? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

- Aktive Pausen (z.B. Rückenschule, Fit am Arbeitsplatz, Entspannungsgruppen, Businessyoga, Walking- oder Laufgruppen)
- Präventionskursangebote der gesetzlichen Krankenkassen
- Firmen-Fitness-Events
- Büromassage
- Familien-Events
- Kooperationen mit Fitnessstudios
- Einstellung eines Feelgood-Managers
- Betriebliche Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Hautkrebscreenings, Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen, Blutwerte-Check)
- Arbeitspsychologischer Dienst
- sonstiges

Seite 10
KK

8. Soziodemografische Fragen

Zum Abschluss möchte ich Sie bitten, mir einige kurze Angaben zu Ihrer Person zu machen. Ich kann Ihnen versichern, dass alle Angaben anonym verarbeitet werden und keine Daten an das Unternehmen weitergegeben werden. Ich werte die Daten ausschließlich für meine Masterarbeit aus!

Bitte beachten Sie:

Alle Angaben werden 100 % anonym und vertraulich behandelt.

38. Welches Geschlecht haben sie?

weiblich

männlich

divers

39. In welchem Jahr sind Sie geboren?

Ich bin im Jahr geboren.

40. Wie ist Ihr Familienstatus?

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

41. Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- kein Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschule (Mittlere Reife)
- Gymnasium (Abitur)
- Abgeschlossene Ausbildung
- Hochschulabschluss

42. Sind Sie gegenwärtig in einem befristeten oder in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis?

- befristet
- unbefristet
- weiß nicht

43. Wie kommen Sie in der Regel zu Ihrem Arbeitsplatz?

- mit dem Auto oder Motorrad
- mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- mit dem Fahrrad
- zu Fuß

44. Wie viel Zeit brauchen Sie für den Weg von Ihrer Wohnung zu Ihrem Arbeitsplatz?

- bis 15 Minuten
- bis 30 Minuten
- bis 1 Stunde
- mehr als 1 Stunde

Seite 11
LL

An dieser Stelle haben Sie die Möglichkeit, weitere Anmerkungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und der Befragung zu machen:

Ich bedanke mich herzlich bei Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Letzte Seite

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

Möchten Sie in Zukunft an interessanten und spannenden Online-Befragungen teilnehmen?

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse für das SoSci Panel anmelden und damit wissenschaftliche Forschungsprojekte unterstützen.

E-Mail:

Am Panel teilnehmen

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig, unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden.

Das SoSci Panel speichert Ihre E-Mail-Adresse nicht ohne Ihr Einverständnis, sendet keine Werbung und gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Anhang 2: Transkriptionsregeln

Inhaltlich-semantische Transkription (Dresing & Pehl, 2018, S. 21 f.)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdopplungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch Versalien gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.

14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).

15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview_04022011.rtf oder Interview_schmitt.rtf.

Anhang 3: Interviews (siehe digitales Forschungsdatenrepositorium)

Interview 1

Interview 2

Interview 3

Interview 4

Interview 5

Interview 6

Interview 7

Interview 8

Interview 9

Interview 10

Interview 11

Interview 12

Interview 13

Interview 14

Interview 15

Interview 16

Interview 17

Interview 18

Interview 19

Interview 20

Anhang 4: Inhaltsanalyse (siehe digitales Forschungsdatenrepositorium)

Inhaltsanalyse Interview 1

Inhaltsanalyse Interview 2

Inhaltsanalyse Interview 3

Inhaltsanalyse Interview 4

Inhaltsanalyse Interview 5

Inhaltsanalyse Interview 6

Inhaltsanalyse Interview 7

Inhaltsanalyse Interview 8

Inhaltsanalyse Interview 9

Inhaltsanalyse Interview 10

Inhaltsanalyse Interview 11

Inhaltsanalyse Interview 12

Inhaltsanalyse Interview 13

Inhaltsanalyse Interview 14

Inhaltsanalyse Interview 15

Inhaltsanalyse Interview 16

Inhaltsanalyse Interview 17

Inhaltsanalyse Interview 18

Inhaltsanalyse Interview 19

Inhaltsanalyse Interview 20

Anhang 5: Experteninterviews (siehe digitales Forschungsdatenrepositorium)

Prof. Bernhard Badura

Prof. Antje Ducki

Prof. Klaus Hurrelmann

Prof. Karlheinz Sonntag

Dr. Wenke Klingbeil-Döring

Prof. Dr. Toni Faltermaier

Cornelia Schneider

Anhang 6: Formale Strukturierung

Tabelle 12: Formale Strukturierung der Kategorien (eigene Darstellung)

Hauptkategorie	I:1	I:2	I:3	I:4	I:5
Arbeitsbedingungen	Einführung	Arbeitszufriedenheit	Situation im Unternehmen	Arbeitssituation	Arbeitgeber
Verhältnis zu Kollegen & Vorgesetzte	Arbeitsmenge und -Zeit	Arbeitsanforderung	Arbeitsbedingungen	Arbeitsdruck	Arbeitsprozess
Gesundheitseinstellung	Kolleginnen und Kollegen	Persönliches Empfinden	Sicht auf Arbeitsbereich	Kollegium	Arbeitsplatz
BGM Akzeptanz	Verhältnis zu Vorgesetzten	Fehlermanagement	Vorgesetzte	Vorgesetzte	Kundenbetreuung
BGM Ablehnung	Arbeitsablauf und Organisation	Belastungen im Arbeitskontext	Kollegen	Fehlerkultur	Teamgefüge
Probleme und Lösungsansätze	Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz	Feedbackkultur	Belastungen am Arbeitsplatz	Vorgesetzte
	Interesse an Maßnahmen zum BGF	Akzeptanz von BGM	Gesundheitsförderung im Unternehmen	Gesundheitszustand	Familiäre Situation
		Ablehnung von BGM	Individuelle Gesundheitskompetenz	Akzeptanz von BGM	Gesundheitsbewusstsein
			Akzeptanz von BGM	Ablehnung von BGM	Sozialwert von Interaktion
			Hemmfaktoren für die Annahme von BGM	Ausbesserungsbedarf	Sicht auf BGM
			Lösungsansätze		Arbeitsbelastung
					Gesundheitsförderung im Betrieb

I: 6	I: 7	I: 8	I: 9	I: 10
Zufriedenheit mit der Arbeit	Einführung	Einführung und Allgemeines	Einführung und Allgemeines	Einführung und Allgemeines
Herausforderungen	Arbeitssituation und -Anforderungen	Anforderungen am Arbeitsplatz	Aufgabenbereich	Arbeitsinhalt und -Ablauf
Fehlerkultur	Arbeitsplatz	Verhältnis zum Kollegium	Arbeitsablauf und -struktur	Arbeitsumgebung
Kollegen und Kolleginnen	Belastungen am Arbeitsplatz	Verhältnis zu den/dem Vorgesetzten	Organisation	Selbstbestimmung in der Arbeitsinhaltsgestaltung
Vorgesetzte	Verhältnis zum Kollegium	Verhältnis zum Patienten	Anforderungen am Arbeitsplatz	Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung
Gesundheitszustand	Verhältnis zu den Vorgesetzten	Einarbeitung und Besetzung im Betrieb	Fehler Management	Bewertung der Arbeitsanforderungen
Möglichkeiten der Gesunderhaltung	Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz	Feedbackkultur	Verhältnis zum Kollegium
Akzeptanz von BGM	Angebote	Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	Verhältnis zu Vorgesetzten	Verhältnis zu Vorgesetzten
Ablehnung von BGM	Situation im Unternehmen	Hemmungen an der Teilnahme an Maßnahmen zum BGM	Verhältnis zum Kollegium	Verhältnis zum Patienten
Möglichkeiten der Verbesserung	Akzeptanz von BGM		Verhältnis zu den Patienten	Gesundheitskompetenz
Problemdiagnostik	Ablehnung von BGM		Gesundheitskompetenz	Beurteilung von Maßnahmen des BGM
			Arbeitsplatz in Bezug auf eigene Gesundheit	Probleme bei der Umsetzung von Maßnahmen des BGM
			Maßnahmen des BGM	
			Verbesserungsvorschläge	

I: 11	I: 12	I: 13	I: 14	I: 15
Bewertung der Arbeitssituation	Situation am Arbeitsplatz	Situation im Unternehmen	Jobbeschreibung	Tätigkeitsbeschreibung
Struktur im Unternehmen	Vorgesetzter	Organisation	Aktuelle Situation	Wertschätzung
Stressoren der Arbeit	Kollegen	Kollegen	Kollegen	Fehlerkultur
Gesundheit am Arbeitsplatz	Optimierungsbedarf	Vorgesetzte	Vorgesetzte	Kollegen
Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz	Feedbackkultur	Fehlerkultur	Vorgesetzte
BGM Akzeptanz	Interesse an BGM Angeboten	Gesundheitliche Anforderungen im Beruf	Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz
Ablehnung von BGM	Ablehnung von BGM Angeboten	Eigene Gesundheitskompetenz	Selbstfürsorge	Gesundheitsaspekte
Vorschläge zur Verbesserung	Lösungsstrategien	Angebote im BGM	BGM Angebote	Akzeptanz von BGM Angeboten
	Mögliche Ursachen	Akzeptanz der Angebote	BGM Akzeptanz	Ablehnung von BGM Angeboten
		Hemmschwellen	BGM Ablehnung	Eigene Zielsetzung
		Lösungsstrategien	Evaluation	Verbesserungsbedarf

I: 16	I: 17	I: 18	I: 19	I: 20
Arbeitsplatzzufriedenheit	Arbeitssituation	Arbeitssituation	Situation am Arbeitsplatz	Allgemeines und Einführung
Aufgabenbereiche	Aufgabenbereich	Arbeitsaufgaben	Anforderungen	Arbeitsinhalte und -umfang
Kollegen	Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen	Belastung am Arbeitsplatz	Kollegen	Anforderungen im Arbeitsalltag
Vorgesetzte	Feedbackkultur	Anforderungen am Arbeitsplatz	Verhältnis zum Vorgesetzten	Räumliche Verhältnisse am Arbeitsplatz
Fehlermanagement	Fehlerkultur	Personal	Fehlermanagement	Verhältnis zum Kollegium
Gesundheitszustand	Gesundheitszustand	Geschäftsführer	Arbeitssituation	Verhältnis zum Vorgesetzten
BGM Akzeptanz	Annahme von BGM Angeboten	Unternehmenskultur	Gesundheitszustand	Umgang mit Fehlern im Betrieb
BGM Ablehnung	Ablehnung von BGM Angeboten	Allgemeine Gesundheitskompetenz	Akzeptanz von BGM Angeboten	Verhältnis zu Kunden
Umsetzungsfehler im BGM	Lösungsansätze	Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen	Ablehnung von BGM Angeboten	Gesundheitskompetenz
Verbesserungsvorschläge	Verbesserungsvorschläge	Sicht auf BGM	Verbesserungsvorschläge	Arbeitsplatz in Bezug auf eigenes Gesundheitsempfinden
		Annahme von Angeboten	Hemmschwellen	Allgemeine Bewertung von Maßnahmen des BGM
		Ablehnung von Angeboten		Voraussetzungen für die Integration der Angebote des BGM in den Arbeitsalltag
		Generationsvergleich		Sonstige Voraussetzungen und Motivationen für die Teilnahme an Angeboten des BGM

Lebenslauf

Persönliche Daten

Vor- und Nachname: Till Gericke
Geburtsdatum und -ort: 04. September 1990, Berlin
Staatsangehörigkeit: deutsch

Akademischer Werdegang

11.2022 Abschluss des Promotionsvorhabens
2019 – aktuell Doktorand und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sportwissenschaft der CAU zu Kiel, Arbeitsbereich Sportökonomie und Sportsoziologie
08.2019 Beginn des Promotionsvorhabens
2017 – 2019 Wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Sportwissenschaft der CAU zu Kiel, Arbeitsbereich Sportökonomie und Sportsoziologie
2017 – 2019 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, M.A. Sportwissenschaft
WiSe 2013/2014 Auslandssemester Universität Valencia
2012 - 2017 Universität Potsdam, B.A. Sportmanagement
2011 Wald Oberschule, Berlin-Charlottenburg – Abitur