

Erfolgsfaktoren in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Masterarbeit

am

Fachhochschul-Masterstudiengang Betriebswirtschaft & Wirtschaftspsychologie
an der Ferdinand Porsche FERNFH

Barbara Nagl, BA

51902626

Begutachter/in: MMag.^a Angelika Werth

Wr. Neustadt, April 2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

14.04.2024

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Berthold Nagel', written in a cursive style.

Unterschrift

Zusammenfassung

Angesichts des demografischen Wandels und den damit verbundenen Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme, wird das Engagement von Unternehmen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden zu sorgen, als immer wichtiger angesehen. Steigende Gesundheitskosten erhöhen die Relevanz der Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung auf sozialer und wirtschaftlicher Ebene (Leoni, Brunner & Mayrhuber, 2020, S.6, Singer & Neumann, 2010, S. 50).

In dieser Masterarbeit wird auf Basis einer Literaturrecherche und einer quantitativen Befragung der Einfluss verschiedener Faktoren auf die Teilnahme an Programmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung analysiert.

Unternehmen und Führungskräften wird empfohlen, alle Beschäftigten in die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen einzubeziehen, um auf ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen. Führungskräfte müssen nicht nur gesundheitsfördernde Programme unterstützen, sondern auch als Vorbilder fungieren. Die Mitarbeiter:innen sind bereit, einen Teil der Kosten selbst zu tragen, wollen aber ein sehr individuelles Programm. Neben dem sozialwirtschaftlichen Nutzen verbessern Betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme auch die Unternehmensleistung und die Produktivität.

Schlüsselbegriffe: Betriebliche Gesundheitsförderung, Nudging, Salutogenese

Abstract

Given the demographic change and the associated challenges for social security systems, the commitment of companies to ensure the health and well-being of their employees through health-promoting programmes is gaining importance. Increasing health cost is increasing the relevance of the health of the working population at a social and economic level (Leoni, Brunner & Mayrhuber, 2020, p.6, Singer & Neumann, 2010, p. 50).

This master's thesis analyses the influence of various factors on participation in workplace health promotion programmes based on a literature review and a quantitative survey.

Companies and leaders are recommended to include all employees in the development of health promotion programmes to respond to their needs. Leaders not only need to support health-promoting programmes, they also act as role-models. Employees are willing to bear part of the costs themselves but want a very individual programme. Besides the social economic benefits workplace health promotion programmes also improves business performance and productivity.

Keywords: Workplace Health Promotion Programme, Nudging, Salutogenesis

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1.	Problemstellung der Forschungsfrage	2
1.2.	Zielsetzung und Forschungsfragen	6
1.3.	Aufbau der Arbeit	8
2	Theoretischer Teil	9
2.1	Begriffsdefinitionen.....	9
2.1.1	Gesundheit	9
2.1.2	Prävention.....	10
2.1.3	Korrelation von Gesundheit und Arbeit.....	10
2.2	Theoretische Konzepte.....	11
2.2.1	Theorie der sozialen Identität nach Tajfel & Turner (1986).....	12
2.2.2	Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen	13
2.2.3	Nudging nach Thaler und Sunstein, 2008	15
2.2.4	Salutogenetischer Ansatz	17
2.3	Entstehung der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	19
2.3.1	Weltgesundheitskonferenzen	19
2.3.2	Ursprung der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	20
2.3.3	Europäische Entwicklung	21
2.3.4	Nationale Entwicklung.....	23
2.4	Das Konzept „Betriebliche Gesundheitsförderung“	25
2.4.1	Handlungsfelder und Maßnahmen	26
2.4.2	Positive und negative Einflussfaktoren.....	29
2.4.3	Planung und Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsförderprojektes	32
2.4.4	Wirtschaftlicher Nutzen und Wirksamkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung	33
3	Empirischer Teil	37

3.1	Hypothesen.....	37
3.2	Material und Instrumente.....	40
3.2.1	Design	40
3.2.2	Fragebogengestaltung	41
3.3	Analysen	44
3.4	Stichprobe.....	46
3.5	Durchführung der empirischen Untersuchung	49
4	Ergebnisse.....	51
4.1	Allgemeine Rahmenbedingungen.....	52
4.2	Verhalten und Unterstützung	55
4.3	Negative Einflussfaktoren.....	56
4.4	Positive Einflussfaktoren	58
4.5	Kommunikation und Design.....	59
4.6	Überprüfung der Hypothesen	62
5	Diskussion und Ausblick.....	69
5.1	Beantwortung der Forschungsfrage.....	69
5.2	Handlungsempfehlung.....	73
5.3	Grenzen der Arbeit	75
	Erklärung über den Einsatz generativer KI und KI-gestützter Technologien in der Masterarbeit.....	77
6	Literaturverzeichnis	78
6.1	Internetquellen	83
	Abbildungsverzeichnis	85
	Tabellenverzeichnis	86
7	Anhang.....	87

1 Einleitung

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Arthur Schopenhauer

In Österreich zeichnet sich eine bemerkenswerte Entwicklung in der Einschätzung der Bevölkerung hinsichtlich ihrer Gesundheit ab. Eine deutliche Verschiebung zeigt sich in der subjektiven Gesundheitseinschätzung, wobei sich die Österreicher:innen gegenwärtig als gesünder wahrnehmen als noch in den 1990er Jahren. Diese sehr positive Entwicklung spiegelt sich nicht nur in der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand wider, sondern wird auch durch die steigende Lebenserwartung untermauert. Besonders Männer neigen dazu ihren Gesundheitszustand positiver zu bewerten als Frauen. Für beide Geschlechter ist die Lebenserwartung bei der Geburt seit 1978 signifikant gestiegen, wobei Männer eine Zunahme von 10,8 Jahren und Frauen von 8,3 Jahren verzeichnen können. Die aktuelle Lebenserwartung (2023) liegt bei Männern bei 79,37 Jahren und bei Frauen bei 84,2 Jahren (<https://de.statista.com>). Diese erfreulichen Statistiken lassen auf eine Gesundheitsentwicklung schließen, die von einer längeren Lebenserwartung und einem längeren Zeitraum in guter Gesundheit geprägt ist (Klimont, 2020, S. 15ff.).

Diese positiven Entwicklungen stehen vor dem Hintergrund, dass sich Österreich auch in einem demografischen Wandel befindet. Anhand der Bevölkerungspyramide ist ersichtlich, dass im Jahr 2024 5,6 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter sind. 1,8 Millionen Personen sind 65 Jahre oder älter. Die Zahl der Erwerbstätigen wird bis ins Jahr 2050 auf 5,2 Millionen sinken und gleichzeitig steigt die Anzahl der über 65-jährigen Personen auf 2,7 Millionen an (<https://www.statistik.at>).

Angesichts der demografischen Alterung und zunehmender Gesundheitskosten gewinnt die Relevanz der Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung auf gesellschaftlicher und wirtschaftspolitischer Ebene erheblich an Bedeutung (Leoni, Brunner & Mayrhuber, 2020, S.6). Bereits im Jahr 2006 hat sich das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer 5. Initiative mit dem Thema Demografischer Wandel befasst. Es wurden vermehrt Strategien präsentiert, die es ermöglichen die Arbeitnehmenden länger in der Erwerbstätigkeit zu halten (BKK Bundesverband / ENWHP, 2009, S. 18).

Besonders im Kontext des demografischen Wandels und den damit verbundenen Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme wird das Engagement von Unternehmen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden durch

gesundheitsfördernde Maßnahmen als immer wichtiger angesehen. Die demografische Alterung der Gesellschaft führt zwangsläufig zu einer älter werdenden Belegschaft. Die Pensionierung erfahrener Fachkräfte wird schrittweise immer schwerer durch annähernd gleichwertig qualifizierte junge Arbeitskräfte zu kompensieren. Das Angebot und die Nachfrage am Arbeitsmarkt haben sich verändert (Singer & Neumann, 2010, S. 50).

Das bedeutet auch, dass eine gesellschaftliche Notwendigkeit besteht, das Arbeitsleben zu verlängern, um ein Gleichgewicht zwischen erwerbsfähigen und nicht erwerbsfähigen Personen zu erhalten und dadurch den Zusammenbruch des Pensionssystems zu vermeiden. Deshalb werden Maßnahmen entwickelt, um den Ausstieg aus dem Berufsleben zu verzögern, beispielsweise durch die Anhebung des Mindestpensionsalters. Solche Lösungen sind jedoch immer unter Bedacht des Wohlergehens der älteren Arbeitnehmer:innen zu implementieren, da sie sonst zu einer Verschlechterung der persönlichen Gesundheit und folglich auch zu einer Verschlechterung der Arbeitsleistung führen können, was wiederum Folgen für das gesamte System hätte (Oberti, Plantamura & Steffan, 2022, S. 199).

Die Betriebliche Gesundheitsförderung kann als moderne Unternehmensstrategie bezeichnet werden, die das Ziel hat, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen. Mit ihr soll Gesundheit gefördert und gestärkt werden und das Wohlbefinden in der Arbeitsumgebung verbessert werden. Die Effektivität Betrieblicher Gesundheitsförderung basiert auf einer interdisziplinären Zusammenarbeit und erfordert die aktive Beteiligung der Mitarbeiter:innen (Partizipation), um erfolgreich zu sein. Die Betriebliche Gesundheitsförderung muss in allen Entscheidungen und Bereichen berücksichtigt werden. Die Maßnahmen müssen systematisch durchgeführt werden und es bedarf verhaltens- sowie verhältnisorientierten Maßnahmen (Luxemburger Deklaration, S. 4).

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit den Faktoren, die erforderlich sind, damit Mitarbeiter:innen an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilnehmen.

1.1. Problemstellung der Forschungsfrage

Es lassen sich sehr viele Studien finden, die beweisen, dass physische Aktivität einen positiven Effekt, sowohl auf die physische Gesundheit als auch auf das generelle Wohlbefinden, hat. Jedoch kann auch festgestellt werden, dass sich eine signifikante Anzahl der europäischen Bevölkerung, ca. 45 %, zu wenig bewegt und somit krankheitsanfälliger ist (<https://www.oecd-ilibrary.org>).

Gemäß einem Gesundheitsbericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2021 zeigt sich, dass die vorherrschenden Todesursachen bei Personen unter 70 Jahren in Europa auf vier nicht ansteckende Krankheitsbilder zurückzuführen sind. Hierzu zählen kardiovaskuläre Krankheiten, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen sowie Diabetes. Die Entstehung dieser Krankheiten wird maßgeblich durch Risikofaktoren beeinflusst, wie etwa Alkoholkonsum und Rauchen. Besorgniserregend ist zudem der zunehmende Anstieg von mentalen Krankheitsbildern (WHO, 2022, S. 18).

Im Vergleich zum europäischen Durchschnitt erfüllen die Österreicher:innen die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene körperliche Aktivität. Fast ein Drittel der Bevölkerung beteiligt sich mindestens zweimal pro Woche an Aktivitäten zur Stärkung der Muskulatur. Die subjektive Gesundheitswahrnehmung der Österreicher:innen dient als aussagekräftiger Indikator für das allgemeine Wohlbefinden. Wie bereits zu Beginn erwähnt, zeigt sich, dass ein Großteil der österreichischen Bevölkerung mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden ist. In diesem Kontext gewinnt das Konzept der gesunden Lebenserwartung an Bedeutung. Trotz einer steigenden Lebenserwartung und verbesserten medizinischen Versorgung spielen chronische Erkrankungen bei den Österreicher:innen eine bedeutende Rolle. Etwa ein Drittel der Bevölkerung fühlt sich aufgrund anhaltender gesundheitlicher Probleme in den alltäglichen Aktivitäten beeinträchtigt. Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen gehören chronische Kreuzschmerzen/Rückenleiden, Allergien, Hypertonie, chronische Nackenschmerzen/Beschwerden der Halswirbelsäule sowie erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette (Klimont, 2020, S.8ff.).

Als entscheidende Einflussfaktoren auf die Gesundheit treten vor allem die allgemeinen Lebensbedingungen sowie individuelle Lebens- und Verhaltensweisen hervor. Hierzu gehören insbesondere eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität. Besorgniserregend ist jedoch, dass 50 % der erwerbsfähigen Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren angeben, ihre Arbeitstätigkeit hauptsächlich im Sitzen oder Stehen zu verbringen, was zu einer erheblichen Inaktivität während eines Großteils des Tages führt. Obwohl die WHO-Richtlinien bezüglich sportlicher Aktivitäten von der Hälfte der österreichischen Bevölkerung erfüllt werden, waren im Jahr 2019 dennoch 3,8 Millionen Personen in Österreich von Übergewicht betroffen. Auch die Zahl der Raucher:innen in Österreich ist erschreckend hoch, 1,5 Millionen Personen, also jede fünfte Person ab 15 Jahren raucht täglich (Klimont, 2020, S. 46).

Die Arbeit kann sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Einige Berufstätige profitieren von optimalen Arbeitsbedingungen, die nicht nur Sicherheit bieten, sondern auch Raum für persönliches Wachstum, eigenverantwortliche

Arbeitsgestaltung und eine gute Work-Life-Balance schaffen. Andererseits sind bestimmte Arbeitsgruppen mit Herausforderungen wie Risiken für Verletzungen und andere Gefahren konfrontiert. Einschränkungen in der Handlungsfreiheit und die Monotonie fremdbestimmter Tätigkeiten können nachweislich die Gesundheit beeinträchtigen (Leoni et al., 2020, S. 6).

Analysen der Statistik Austria, basierend auf den Daten der Krankenstandsstatistik des Dachverbands der Sozialversicherungsträger, zeigen für das Jahr 2022 eine durchschnittliche Anzahl von 14,9 Krankenstandstagen pro erwerbstätige Person (im Vergleich zu 12,3 Tagen im Jahr 2021). Diese erhöhte Anzahl an Krankenstandstagen lässt sich durch mehr Krankenstandstage aufgrund von COVID-19 sowie unklarer Diagnosen im Zusammenhang mit Long-COVID zurückführen. Die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes belief sich im Jahr 2022 auf 9,4 Tage. Die Dauer eines Krankenstandes ist im Vergleich zu 2021 um 8,70 % gesunken. Die Erhebung verdeutlicht zudem, dass Erkrankungen des Atmungssystems und des Muskel-Skelett-Systems am häufigsten auftraten (<https://www.statistik.at>).

Die wirtschaftlichen Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen und arbeitsbedingten Todesfällen werden durch die indirekten Kosten (beinhalten Löhne/Gehälter, Lohnnebenkosten, Anpassungskosten des Arbeitgebers und sonstige Versicherungsverwaltung) ausgedrückt. Die Verluste in der Wertschöpfung für das Jahr 2015 beliefen sich auf über 3,5 Milliarden Euro, was etwa 854 Euro pro erwerbstätige Person entspricht. Betriebe tragen zusätzliche Anpassungskosten aufgrund von Mitarbeiter:innenabsenzen, beispielsweise durch erforderliche Überstunden anderer Arbeitnehmer:innen oder die Notwendigkeit, Leiharbeitskräfte zu rekrutieren. Diese Kosten können nur grob abgeschätzt werden. Die Umsetzung von Maßnahmen zur Minimierung gesundheitlicher Risiken am Arbeitsplatz birgt ein bedeutendes Potential, das von der Steigerung des wirtschaftlichen Outputs bis zur Förderung langfristiger Arbeitsfähigkeit und des Wohlbefindens die Erwerbsbevölkerung reicht (Leoni et al., 2020, S. 12ff.).

Der Arbeitsplatz stellt einen zentralen Kontext dar, der signifikanten Einfluss auf das physische, mentale, wirtschaftliche und soziale Wohlbefinden der Arbeitnehmer:innen ausübt, und somit auch auf die Gesundheit der Familien, der Gemeinschaften und der Gesellschaft wirkt. Er bietet eine optimale Umgebung und Infrastruktur, um die Förderung der Gesundheit einer breiten Bevölkerung zu unterstützen (Chu, Breucker, Harris, Stitzel, Gan, Gu & Dwyer, 2000, S. 155).

Es wäre daher angebracht, die Gesundheitsförderung an den verschiedenen Lebensbereichen auszurichten. Veränderungen im täglichen Leben, sei es im Beruf, im

persönlichen Umfeld oder in der Freizeit, können sich auf die Gesundheit auswirken und sollten daher bei der Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Die Ottawa-Charta fordert unter anderem dazu auf, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass sie förderlich für die Gesundheit der Beschäftigten sind. (Singer, 2010, S. 27).

Das Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung gewinnt an Relevanz, da sowohl private als auch öffentliche Organisationen verstärkt erkennen, dass künftiger Erfolg in einem globalisierten Markt nur durch eine gesunde, qualifizierte und motivierte Belegschaft realisiert werden kann. Die Betriebliche Gesundheitsförderung ermöglicht eine Balance zwischen den Erwartungen der Kund:innen, den organisatorischen Zielen und den Fähigkeiten sowie Gesundheitsbedürfnissen der Mitarbeiter:innen. Diese Ausgewogenheit ist für die Arbeitsorganisation essenziell, um im Wettbewerbsumfeld erfolgreich zu bestehen. Die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Arbeitsplatzes ist die Voraussetzung für nachhaltige soziale und wirtschaftliche Entwicklung (Chu et al, 2000, S. 155f.).

Um erfolgreich zu sein, müssen angebotene Betriebliche Gesundheitsförderprogramme gut durchdacht, professionell und spezifisch auf das Unternehmen abgestimmt werden. Für Unternehmen ist es wichtig, dass die Mitarbeiter:innen positiv der Betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüberstehen. Das wird durch die eigenen persönlichen Werte eines gesunden Lebensstils, die Dauer der Betriebszugehörigkeit und die finanzielle Situation des Unternehmens beeinflusst. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen freiwillig erfolgen sollte, um die individuelle Autonomie zu schützen (Nöhammer, Schusterschitz & Stummer, 2006, S. 102).

Mit spezifisch ist gemeint, dass die Betriebliche Gesundheitsförderung vor allem das Geschlecht, das Alter, den sozioökonomischen sowie ethnischen Hintergrund berücksichtigen sollte, um die Teilnahmechancen an den Maßnahmen zu erhöhen. Da sich die Arbeitstätigkeiten von Frauen und Männern oft unterscheiden, ist es wichtig Betriebliche Gesundheitsförderung auf das Geschlecht abzustimmen, auch kann sich das Thema Gesundheit und Arbeit an sich für die Geschlechter unterschiedlich darstellen. Weiters sollte auch berücksichtigt werden, dass sich ein schlechterer Gesundheitszustand häufiger bei Beschäftigungsgruppen mit einfachen und manuellen Tätigkeiten finden lässt. Vor allem bei erwerbstätigen Personen mit Migrationshintergrund sind die kulturellen Unterschiede in Bezug auf das Erleben von Gesundheit und Arbeit sehr groß. Auch das Alter spielt eine Rolle, es kann festgestellt werden, dass sich die Arbeitsbelastungen bei

den unterschiedlichen Altersgruppen (jüngeren und älteren Personen) gesundheitlich anders auswirken können (Hasselhorn & Müller, nA., S. 192).

Meist werden vor allem Raucherentwöhnungs- oder Ernährungsseminare, die auf einer individuellen Verhaltensänderung aufbauen, angeboten. Es sind jedoch oft nicht die Personen mit Problemen, die an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen, sondern im Gegenteil, diejenigen die gesund sind (Nöhammer et al., 2006, S. 97).

1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen

Nach eingehender Recherche zeigt sich, dass bisher nur begrenzte Erkenntnisse darüber vorliegen, aus welchen Gründen und unter welchen Bedingungen Mitarbeiter:innen aktiv an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen oder warum sie nicht teilnehmen. In der Literatur werden in der Regel lediglich mangelnde Zielgruppenorientierung, potenzielle Motivationsdefizite oder Herausforderungen im Projektmanagement als hindernde oder fördernde Faktoren betrachtet. Aufgrund dieser Lücken setzt sich die vorliegende Masterarbeit mit den entscheidenden Faktoren auseinander, die erforderlich sind, damit Mitarbeiter:innen aktiv an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen, sowie mit den Elementen, die ein Nicht-Teilnehmen begünstigen.

Die meisten Studien zum Thema Erfolgsfaktoren und hemmender Faktoren in der Betrieblichen Gesundheitsförderung stammen aus den USA, was die Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse auf deutsche Unternehmen nur eingeschränkt zulässt (Barthelmes, Bödeker, Sörensen, Kleinlercher & Odoj, 2019, S. 52). Es besteht zunehmendes Bewusstsein für die Faktoren, die den Erfolg eines Betrieblichen Gesundheitsförderprogramms beeinflussen können. Allerdings ist nur begrenztes Wissen darüber vorhanden, welche Faktoren am entscheidendsten sind und ob sie sich innerhalb oder zwischen Organisationen unterscheiden (Terry, Grossmeier, Mangan & Gingerich, 2013, S. 378).

Das Augenmerk dieser Arbeit liegt am Salutogenetischen Grundverständnis (das Schaffen und Erhalten von Gesundheit). Der Pathogenetische Ansatz (ein gesundheitliches Problem besteht bereits; gesundheitsgefährdende Bedingungen sollen beseitigt werden) soll außer Acht gelassen werden.

Folgende Forschungsfrage sollte abschließend beantwortet werden:

Welche Faktoren müssen Unternehmen bieten, um die Teilnahme von Angestellten an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen zu erhöhen?

Abgeleitet aus den theoretischen Erkenntnissen wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

H1: Die Häufigkeit der Kommunikation von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen beeinflusst die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

H2: Gesunde Mitarbeiter:innen nehmen weniger häufig an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teil.

Diese Hypothese untersucht die Annahme, dass Mitarbeiter:innen ohne gesundheitlichen Problemen Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen weniger in Anspruch nehmen als bereits Erkrankte. Diese Neigung wird aufgrund persönlicher Erfahrungen und der damit verbundenen Bedeutung salutogenetischer Ansätze vermutet.

H3: Der soziale Aspekt, also die Unterstützung von der Unternehmensleitung, der Führungskraft und den Kolleg:innen, beeinflusst die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen positiv.

Für eine erfolgreiche Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes ist die Unterstützung der Unternehmensleitung von entscheidender Bedeutung. Die Unternehmensführung muss die Bedeutung der Maßnahme überzeugend an die Belegschaft vermitteln. Außerdem können auch Kolleg:innen einen positiven Einfluss auf die Teilnahme haben, da die soziale Identität bzw. Gruppenzugehörigkeit angesprochen wird. Diese Hypothese zielt darauf ab, zu untersuchen, ob soziale Aspekte einen Einfluss auf die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen haben und inwiefern dadurch positive Effekte erzielt werden können.

H4: Das Alter spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

H5: Das Geschlecht spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

Basierend auf der durchgeführten Recherche lässt sich feststellen, dass üblicherweise Frauen verstärkt an Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen.

H6: Der Selbstkostenanteil an einer Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

Bisher wurde nur begrenzt untersucht, ob der finanzielle Aspekt eine maßgebliche Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen spielt. Diese Hypothese soll dazu Aufschluss geben.

H7: Je mehr Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen angeboten werden, desto höher ist auch die Mitarbeiter:innenbindung an das Betriebliche Gesundheitsförderprogramm.

Um Mitarbeiter:innen nachhaltig an Betriebliche Gesundheitsförderprogramme zu binden, müssen unterschiedliche Maßnahmen angeboten werden.

Das Ziel dieser Masterarbeit besteht darin, die wesentlichen Faktoren für den Erfolg von Maßnahmen zur Förderung der betrieblichen Gesundheit zu identifizieren und dadurch konkrete Empfehlungen für deren Implementierung in Unternehmen abzugeben. Es ist auch von großer Bedeutung, die Bindung der Mitarbeiter:innen an das Unternehmen zu stärken und dabei die Gesundheit zu fördern.

1.3. Aufbau der Arbeit

Im Wesentlichen gliedert sich diese Masterarbeit in zwei Hauptteile: den theoretischen und den empirischen Teil. Im theoretischen Abschnitt wird durch eine eingehende Literaturrecherche der aktuelle Stand der Forschung präsentiert. Es werden wichtige Begriffe im Zusammenhang mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung vorgestellt. Daran anschließend werden theoretische Konzepte darunter die Theorie der sozialen Identität nach Tajfel & Turner, die Theorie des geplanten Handelns nach Ajzen, Nudging nach Thaler & Sunstein sowie der Salutogenetische Ansatz (Antonovsky, 1997) erklärt. Weiters erfolgt die Darstellung der Entwicklung der nationalen und internationalen Betrieblichen Gesundheitsförderung. Es werden außerdem die Handlungsfelder, Maßnahmen, Einflussfaktoren und der Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung umfassend beschrieben. Aufbauend auf dieses theoretische Kapitel folgt im zweiten Teil dieser Arbeit die empirische Untersuchung.

Der zweite wesentliche Abschnitt der Arbeit stellt zunächst die Hypothesen, das Untersuchungsdesign und die Fragebogengestaltung vor. Danach wird die Stichprobe erläutert und die vorbereitenden Analysen durchgeführt. Daran anschließend erfolgt die Auswertung der Befragungsergebnisse. Die Ergebnisse werden anhand der Theorie beschrieben und die Forschungsfrage beantwortet. Im abschließenden Kapitel werden die

Einschränkungen der Studie kritisch betrachtet und es werden Handlungsempfehlungen für weitere Forschungen sowie für die praktische Anwendung gegeben.

2 Theoretischer Teil

Die theoretischen Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden in diesem Teil der Masterarbeit behandelt. Zunächst werden die für die vorliegende Arbeit wesentlichen Schlüsselbegriffe erläutert. Darüber hinaus sollen diese Definitionen eine Abgrenzung von anderen Begriffen darstellen. Danach erfolgt die Präsentation der theoretischen Konzepte und der Entstehungsgeschichte der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

2.1 Begriffsdefinitionen

2.1.1 Gesundheit

Die Gesundheit wird als ein Kontinuum betrachtet, auf dem Menschen sich in verschiedenen Graden von Gesundheit oder Krankheit befinden können. Es wird somit davon ausgegangen, dass Gesundheit nicht als statischer Zustand zu verstehen ist, sondern vielmehr als ein sich stetig verändernder Zustand, der auf einem Kontinuum zwischen mehr oder weniger gesund oder krank liegt (Blattner & Mayer, 2018, S. 26, Ulrich & Wülser, 2018, S. 31ff.).

Die grundlegenden Voraussetzungen und entscheidenden Faktoren für Gesundheit umfassen Frieden, angemessene Wohnverhältnisse, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, verantwortungsbewusste Nutzung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jegliche Verbesserung des Gesundheitszustands ist eng mit diesen grundlegenden Bedingungen verknüpft (WHO, 1986, S.1f.).

Gesundheit kann als ein Ergebnis von Anpassungsprozessen zwischen Individuum und Umwelt betrachtet werden. Verschiedenste Belastungen und Ressourcen aus unterschiedlichen Lebensbereichen wirken gleichzeitig auf den Menschen ein, basierend auf seiner genetischen Veranlagung und persönlichen Lebensweise. Die Fähigkeit, ein Gleichgewicht zwischen diesen Anforderungen und Ressourcen herzustellen, beeinflusst den aktuellen individuellen Gesundheitszustand (Blattner & Mayer, 2018, S. 24).

2.1.2 Prävention

Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung sind Prozesse, um Arbeit für Menschen sicher und gesundheitsförderlicher zu machen. Die Prävention kann primär in den zugrundeliegenden Arbeitnehmer:innenschutzgesetzen gefunden werden (Blattner & Mayer, 2018, S. 28).

Prävention soll Gesundheitsrisiken minimieren und dadurch Krankheiten und Beeinträchtigungen vermeiden. Bei der Gesundheitsförderung hingegen geht es primär um die Stärkung der gesundheitsbezogenen Ressourcen (Faselt, Hoffmann & Hoffmann, 2010, S. 16).

Bei der Prävention werden drei Arten unterschieden. Die primäre Prävention soll Erkrankungen verhindern, das heißt, sie beginnt, wenn noch keine Erkrankung vorhanden ist und soll ursächliche Faktoren ausschalten (z. B. Impfungen, körperliche Aktivität um Diabetes Typ 2 zu verhindern). Die sekundäre Prävention greift, wenn die Gesundheit schon beeinträchtigt ist. Im Mittelpunkt steht dabei Risikofaktoren ehest früh zu erkennen, zu beseitigen oder zu behandeln. Bei der tertiären Prävention handelt es sich um Maßnahmen die Rückfälle oder Folgeerkrankungen, wenn der Mensch bereits erkrankt ist, minimieren (Faselt et al., 2010, S. 16f.)

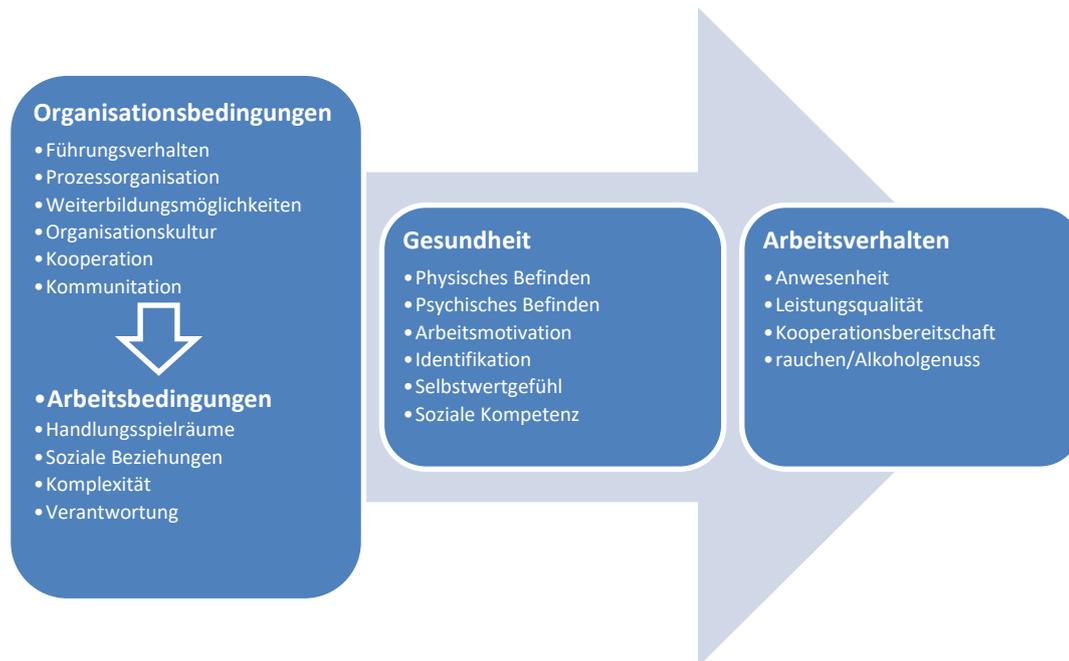
2.1.3 Korrelation von Gesundheit und Arbeit

Arbeit kann positiv und negativ auf die Gesundheit wirken, je nachdem ob vorrangig Belastungen wahrgenommen werden oder nicht. Es spielen auch die Rahmenbedingungen wie die Umgebung oder der Handlungsspielraum sowie die sozialen Beziehungen eine große Rolle. Ein Mensch kann Gesundheit nicht zu 100 % selbst verantworten. In allen Lebensbereichen können beeinflussbare und nicht beeinflussbare Potentiale liegen (Blattner & Mayer, 2018, S. 24ff.).

Im Arbeitskontext beeinflussen überwiegend das Führungsverhalten, die Prozessorganisation, die Organisationskultur, das Konfliktmanagement oder die Weiterbildungsmöglichkeiten die Arbeitsbedingungen und daher die Gesundheit der Mitarbeiter:innen. Die Arbeitsbedingungen die wiederum den Gesundheitszustand von Mitarbeiter:innen beeinflussen können beispielsweise Handlungsspielräume, soziale Beziehungen oder aber auch die Verantwortung die ein:e Mitarbeiter:in hat sein. Diese Bedingungen wirken auf das physische Wohlbefinden, die Motivation und auch auf das Selbstwertgefühl einer

Person. Schlussendlich wirken sich diese gesundheitsbedingten Zustände auf das Arbeitsverhalten aus (Huber, 2010, S. 69).

Abbildung 1: Zusammenhang Arbeit & Gesundheit in Anlehnung an Huber, 2010, S. 70



Wenn alle Lebensbereiche gesundheitsförderlich gestaltet werden, kann die Gesundheit von Menschen positiv beeinflusst werden (Blattner & Mayer, 2018, S. 25).

2.2 Theoretische Konzepte

Diese theoretischen Konzepte sollen verständlich machen, wie und warum Menschen Entscheidungen treffen und von welchen Einflussfaktoren Entscheidungen und Handlungen abhängig gemacht werden. Zu Beginn wird die Theorie der sozialen Identität genauer erklärt. Diese soll beim Verständnis helfen, wie Menschen sich im Kontext mit sozialen Normen einer Gruppe zugehörig fühlen. In dieser Masterarbeit soll auch herausgefunden werden, ob die soziale Norm eine Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen fördert und die „Gruppenzugehörigkeit“ daher als ein positiver Einflussfaktor wahrgenommen wird.

Die Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen wurde gewählt, da diese Theorie sowohl Verhaltensänderungen zu erklären, versucht als auch eine Vorhersage zum Verhalten von Individuen in Bezug auf bestimmte Handlungen trifft. Die Intention eine Handlung auch auszuführen wird beeinflusst von der Einstellung der Person gegenüber der

Handlung, der subjektiven Norm, also der sozialen Erwartung von anderen und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle. Das heißt auch, dass Verhaltensänderungen mit Anstrengung verbunden sind. Um eine Handlung auszuführen, müssen Menschen eine entsprechende Motivation aufweisen. Weiters behandelt der theoretische Teil das Thema Nudging von Thaler und Sunstein, in dem es darum geht Menschen mittels kleiner Stupser in die „richtige Richtung“ zu leiten und so Mitarbeiter:innen zu gesünderen Lebensstilen zu befähigen. Abgeschlossen wird der theoretische Teil mit dem Salutogenetischen Ansatz von Antonovsky.

2.2.1 Theorie der sozialen Identität nach Tajfel & Turner (1986)

Diese Theorie stammt von Henri Tajfel und John C. Turner (1986) und postuliert, dass Personen sich je nach Situation als Individuen betrachten oder eine Gruppenzugehörigkeit bevorzugen. Diese Gruppenzugehörigkeit beeinflusst auch die soziale Identität der Person. Die Neigung der Menschen, sich selbst in einem positiven Licht zu sehen, deutet darauf hin, dass eine allgemeine Suche nach positiver Unterscheidung in ihrer Wahrnehmung und Interaktion mit anderen Gruppen stattfindet. Diese Suche nach Unterscheidung kann sich in sozial „überlegenen“ und „unterlegenen“ Gruppen auf unterschiedliche Weise manifestieren, abhängig von verschiedenen sozial-strukturellen Faktoren wie der Durchlässigkeit von Gruppengrenzen, der Stabilität des sozialen Systems und der wahrgenommenen Legitimität der Statusbeziehungen. Als Default-Mode versuchen Menschen die eigene Gruppe zu verlassen und in eine „besser wahrgenommene“ Gruppe zu wechseln. Grundsätzlich bevorzugen Menschen auch die eigene Gruppe gegenüber einer Fremdgruppe. Das heißt, sobald sich Menschen einer Gruppe zugehörig fühlen, wird der eigene Selbstwert vom Status dieser Gruppe abhängig. Des Weiteren fügen Menschen sehr schnell in ihren Köpfen soziale Gruppen aufgrund eines bestimmten Merkmales zusammen (z. B. Fußballfans, Religionen). Meist identifizieren sich solche Gruppen auch durch gemeinsame Ziele und vermitteln den Gleichheitsgedanken (Brown, 2019, S. 2; Tajfel & Turner, 1986, S. 8ff.).

Die Menschen suchen in ihrer Zugehörigkeitsgruppe Rat, um ihre Wahrnehmungen zu bestätigen, gemeinsame Übereinstimmung herzustellen oder die Ansichten anderer zu bewerten. Dabei spielen die anderen Mitglieder der Gruppe eine entscheidende Rolle. Menschen sind Teil verschiedener Gruppen (wie Nationalität, Religion, Hobby, Beruf usw.) und haben auch diverse Identitäten (z. B. ihre Rolle in der Familie oder im Freundeskreis), die durch ihre soziale Umgebung geprägt werden (Spears, 2020, S. 373).

Es gibt auch mehrere Studien, die belegen, dass die körperliche Aktivität von Gruppen beeinflusst werden kann. Identifizieren sich beispielsweise Menschen mit Fitnessgruppen (CrossFit, Laufgruppen, Fußballvereinen etc.), dann wird diese Person motivierter sein, dieser Gruppe anzugehören und deren Ideale, Werte und Normen annehmen (Stevens, Rees, Coffee, Steffens, Haslam & Polman, 2017, S. 3).

Als Exkurs sollen noch Einflussfaktoren der Gruppenidentität nach Deutsch & Gerard (1955) erläutert werden: Es wird zwischen informativen und normativen Einflüssen unterschieden. Der informative Einfluss wird dadurch charakterisiert, dass die vermittelte Botschaft von der Person akzeptiert wird. Normative Einflüsse bezeichnet die Konformität mit den positiven Erwartungen anderer, an die man sich hält, um einen Vorteil daraus zu ziehen oder nicht abgelehnt zu werden. Der normative Einfluss ist sozial motiviert, da er vor allem Anerkennung und Zugehörigkeit des Einzelnen anspricht, jedoch instrumentell verwendet wird (als Machtwerkzeug) (Spears, 2020, S. 371).

2.2.2 Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen

Die Theorie des geplanten Verhaltens ist eine Einstellungs-Verhaltens-Hypothese. Diese besagt, dass sich die Einstellungen von Menschen gegenüber der jeweiligen Verhaltensweise vorhersagen lassen (Faselt & Hoffmann, 2010, S. 65).

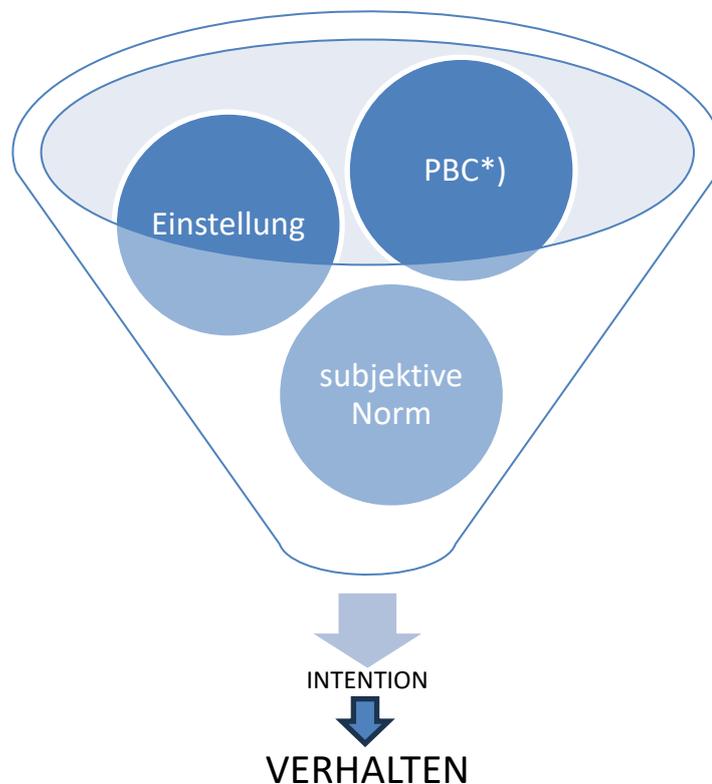
Menschen werden als rationale Wesen ihre Verhaltensentscheidungen auf Basis sorgfältig verarbeiteter verfügbarer Informationen treffen. Eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung oder Unterlassung einer Handlung spielt die Intention. Handlungen werden wahrscheinlicher ausgeführt, wenn die Person eine positive Einstellung dazu hat (Einstellung gegenüber dem Verhalten), positive Ergebnisse erwartet oder sozialer Druck besteht, diese Handlung auszuführen. Dabei wird von der subjektiven oder sozialen Norm zum Verhalten gesprochen. Es geht hier primär um die Gruppe. Neben der Intention und der sozialen Norm ist die wahrgenommene Verhaltenskontrolle die dritte Komponente. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle beschreibt also wie schwierig die Umsetzung ist. Je positiver und höher die Werte dieser drei Komponenten sind, desto eher wird das Verhalten tatsächlich umgesetzt (Ajzen, 1985, S. 12ff.).

Ein zentraler Aspekt der Theorie des geplanten Verhaltens ist die individuelle Absicht, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen. Diese Absichten sollen die motivationalen Faktoren erfassen, die das Verhalten beeinflussen; sie geben an, wie sehr Menschen bereit sind, sich anzustrengen oder wie viel Aufwand sie planen, um das Verhalten auszuführen. Im Allgemeinen gilt: Je stärker die Absicht, ein Verhalten zu zeigen, desto wahrscheinlicher

ist seine Ausführung. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass eine Verhaltensabsicht nur dann in Verhalten umgesetzt werden kann, wenn das betreffende Verhalten unter willentlicher Kontrolle steht, d. h., wenn die Person frei entscheiden kann, das Verhalten auszuführen oder nicht. Obwohl einige Verhaltensweisen möglicherweise gut diesem Erfordernis entsprechen, hängt die Ausführung der meisten Verhaltensweisen zumindest teilweise von nicht-motivationalen Faktoren ab, wie der Verfügbarkeit erforderlicher Gelegenheiten und Ressourcen (z. B. Zeit, Geld, Fähigkeiten, Zusammenarbeit mit anderen Personen). Ein entscheidender weiterer Punkt ist die wahrgenommene Verhaltenskontrolle, hier geht es primär darum, wie leicht oder schwer es sein kann, das gewünschte Verhalten auszuführen (Ajzen, 1991 S. 181f.).

Zudem lässt sich festhalten, dass eine ausgeprägte Verhaltensabsicht in der Regel dazu führt, dass die Person das angestrebte Verhalten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zeigt. Daher kann angenommen werden, dass eine präzisere Spezifikation des Verhaltens und der Intention eine genauere Vorhersage des Verhaltens ermöglicht. Beispielsweise wird eine grob formulierte Verhaltensabsicht („Ich werde mehr Sport machen.“) nur mit geringer Wahrscheinlichkeit zum gewünschten Verhalten führen. Werden die Handlung, das Ziel, der Kontext und der Zeitpunkt genau definiert („Ich werde jeden Morgen 25 Minuten Laufen gehen.“), führt dies eher zum Erfolg. Außerdem sollte auch vergangenes Verhalten miteinbezogen werden, da dieses Verhalten direkt auf die Intention und das Verhalten wirkt (Faselt & Hoffmann, 2010, S. 66f.).

Abbildung 2: Wirkung der Theorie des geplanten Verhaltens in Anlehnung an Armitage & Conner, 2001, S. 472
(Eigene Darstellung)



*) PBC = perceived behavioral control = wahrgenommene Verhaltenskontrolle

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Theorie des geplanten Verhaltens um das Thema Gesundheit erweitert werden sollte (Faselt & Hoffmann, 2010, S. 71).

2.2.3 Nudging nach Thaler und Sunstein, 2008

Richard Thaler und Cass Sunstein haben 2008 mit dem Buch „Nudge – Wie man kluge Entscheidungen anstößt“ beschrieben, wie man Menschen mittels Nudges (auf Deutsch Stupser) helfen kann, bessere Entscheidungen zu treffen.

Thaler und Sunstein (2008) verwenden den Begriff des libertären Paternalismus im Zusammenhang mit Nudging. Dieser Begriff beinhaltet freie Wahl der Entscheidung. Andererseits wird durch den paternalistischen Aspekt, das Verhalten von Personen durch Dritte so beeinflusst, dass diese ihr Leben positiver gestalten können. Institutionen, Behörden und Regierungen sollten gezielt darauf hinarbeiten, die Entscheidungen der Menschen so zu beeinflussen, dass sie im Nachhinein verbesserte Möglichkeiten haben. Menschen neigen dazu, in vielen Situationen Entscheidungen zu treffen, die sie unter

optimalen Bedingungen mit vollständigen Informationen und uneingeschränkten kognitiven Fähigkeiten möglicherweise nicht getroffen hätten. In der Theorie von Thaler & Sunstein wird davon ausgegangen, dass der Idealtyp – der Homo oeconomicus - , ein rational denkender Mensch nicht existiert, daher sollten Nudges in die richtige Richtung lenken (Thaler & Sunstein, 2008, S. 5).

Ein „Nudge“ stellt somit ein Instrument dar, um Menschen zu beeinflussen, ohne auf Anreize zurückzugreifen und ohne auf Verhaltensregulierung zu setzen, was dem Wesen des harten Paternalismus entspricht. Der Begriff „paternalistisch“ wird verwendet, da das Programm darauf abzielt, Menschen zu leiten, und „libertär“, weil keine Entscheidungen eingeschränkt werden. Ziel ist es Menschen vor den kognitiven Urteilsfehlern wie Trägheit und Intuition zu schützen (Gigerenzer, 2015, S. 362).

Personen, welche das Umfeld dahingehend organisieren, in dem Menschen ihre Entscheidungen treffen werden als „Entscheidungsarchitekten“ bezeichnet. Das heißt daher auch, dass es kein „neutrales“ Design für Entscheidungen gibt (Thaler & Sunstein, 2008, S. 3).

Winzige und auf den ersten Blick unbedeutende Details können erheblichen Einfluss darauf haben, wie Menschen handeln. Es ist ratsam, davon auszugehen, dass jede Kleinigkeit von Bedeutung sein kann. Einzelne Faktoren haben die Kraft, die Aufmerksamkeit der Nutzer:innen in eine bestimmte Richtung zu lenken und können daher äußerst wirkungsvoll sein. Ein Beispiel dazu ist, die Herrentoilette am Amsterdamer Flughafen. Um dem Reinigungspersonal die Arbeit zu erleichtern, wurden Fliegen-Sticker in den einzelnen Urinalen der Herrentoiletten angebracht. Dieser Nudge verhilft dazu, dass die Aufmerksamkeit der Toilettenbenutzer auf etwas gerichtet wird und die Toiletten sauberer hinterlassen werden. Es zeigt sich, jede Kleinigkeit zählt. Dieser Umstand kann einschüchtern aber enthält auch sehr große Macht (Thaler & Sunstein, 2008, S. 3ff.).

Das Nudging kann durch Simplifizierung und Framing der Information, Veränderung der physischen Umgebung, Veränderung am Standard oder durch die Verwendung von sozialen Normen erfolgen. Für Menschen ist nicht nur die Menge an Informationen und der Zugang zu diesen wichtig, sondern auch wie Informationen präsentiert werden. Die Vereinfachung von Informationen zielt darauf ab, Informationen so zu präsentieren, dass sie leicht von Menschen verstanden werden können und ihnen bei Entscheidungsprozessen helfen. Menschen prokrastinieren. Das wird vor allem bei sogenannten Default-Regeln genutzt, d. h. es müssen Standardeinstellungen aktiv von Menschen geändert werden. Der Framing-Effekt befasst sich mit der unterschiedlichen Formulierung einer gleichbleibenden Botschaft, dabei handelt es sich entweder um eine Gewinn-Frame oder eine

Verlust-Frame (z. B. 95 % der Menschen werden überleben oder 5 % der Menschen werden sterben). Die Präsentation von Information ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt. Die Information muss lebendig, auffallend und grafisch ansprechend dargestellt sein, damit Aufmerksamkeit generiert wird. Der eigene Lebensstil, Gesundheits- und Risikoverhalten werden immer im Kontext mit der sozialen Gruppe gesehen, besonders wenn die eigene Reputation von der Konformität der Normen der sozialen Gruppe abhängt. Außerdem schätzen Menschen ihr eigenes Gefährdungspotential an Krankheiten zu erkranken als gering ein, wenn jedoch ein schwerer Schicksalsschlag erlitten wurde, dann wird die Wahrscheinlichkeit des Eintrittes bei den Personen im Umfeld überschätzt (Eichhorn & Ott, 2019, S. 10; Lehner, Mont & Heiskanen, 2016, S. 168).

Nudges können vor allem dazu genutzt werden, um Gewohnheiten zu ändern. Gewohnheiten basieren auf häufiger und konsistenter Ausführung. Um Gewohnheiten dahingehend zu ändern, müssen entweder der einzubringende Aufwand für ein ungewünschtes Verhalten erhöht werden, so dass es schwieriger erscheint dies zu erreichen oder der Aufwand für gewünschtes Verhalten verringert werden, damit die Hürde abgebaut wird. In beiden Fällen wird die Umgebung dahingehend entsprechend verändert. Es kann durch kleine Anpassungen einiges bewirkt werden. Beispielsweise konnte bewiesen werden, wenn die Wartezeit für das Schließen einer Aufzugstüre 16 Sekunden mehr Zeit in Anspruch nimmt, wird bevorzugt die Treppe verwendet. Weiters kann auch durch Veränderung von Standardauswahlen und -aktionen (default mode; beispielsweise Voreinstellungen im Handy) einiges verändert werden (Verplanken & Orbell, 2021, S. 343).

Durchaus kritisch wird der libertäre Paternalismus gesehen, denn Institutionen können das Verhalten der Menschen so lenken, dass diese daraus einen Vorteil ziehen können. Weiters suggeriert der libertäre Paternalismus, dass die Menschen durch Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Einsichten nicht lernfähig sind und dies ein eher aussichtsloses Unterfangen ist (Gigerenzer, 2015, S. 363).

2.2.4 Salutogenetischer Ansatz

Als Begründer des salutogenetischen Ansatzes wird Aaron Antonovsky genannt. Aaron Antonovsky, geboren 1923 in Brooklyn, USA, emigrierte 1960 nach Israel. Dort entwickelte er ein Stresskonzept, das Stressoren nicht grundsätzlich als Ursache von Krankheiten betrachtete, sondern als Reize, die einen Zustand der Anspannung auslösen können, ohne zwangsläufig zu Stress führen zu müssen. Antonovsky war der Meinung, dass die Art der Erkrankung von einer individuellen dispositionellen Vulnerabilität abhängt und

nicht von äußeren Einflüssen beeinflusst wird. Durch seine weitere Forschung beschäftigte er sich mit Frauen verschiedener ethnischer Herkunft und deren Erfahrung während der Wechseljahre. Dabei kam er mit Frauen in Kontakt, die in Konzentrationslagern inhaftiert waren und daher einer besonderen gesundheitlichen Belastung ausgesetzt waren. Trotz dieser traumatischen Erlebnisse wiesen diese Frauen eine gute psychische Gesundheit auf. Dies führte ihn zu der Frage, wie es diesen Frauen gelungen ist, trotz der extremen Belastung gesund zu bleiben. Diese Fragestellung bildete die Grundlage für seine weitere Forschung. Antonovsky prägte den Begriff „Salutogenese“, der darauf hinweist, dass Menschen auf unterschiedliche Weise mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank sein können und in verschiedenen Perspektiven betrachtet werden sollten, um zu verstehen, wie ein Mensch gesünder und weniger krank werden kann (Ulrich & Wülser, 2018, S. 39ff.; Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 20ff.).

Als Salutogenese wird der Entwicklungs- und Erhaltungsprozess der Gesundheit verstanden. Die Gesundheit wird als Prozess gesehen, in welchem Krankheit und Gesundheit als fließender Übergang passieren. Antonovsky postuliert, dass jeder Mensch gesunde und kranke Aspekte besitzt (<https://www.gesundheit.gv.at>).

Nach Antonovskys Konzept reagieren Menschen auf Stressoren mit einem Spannungszustand, dessen Auswirkungen je nach ihrer Bewältigungsstrategie entweder gesundheitsschädlich, neutral oder gesundheitsfördernd sein können. Antonovsky unterscheidet zwischen psychosozialen, physischen und biochemischen Stressoren als belastende Faktoren. Die Position einer Person auf dem Kontinuum von Gesundheit zu Krankheit hängt stark von ihren generalisierten Widerstandsressourcen ab, die materielle, körperliche, psychische, soziale, kulturelle und makrostrukturelle Faktoren umfassen. Das Erleben von Kohärenz spielt hierbei eine entscheidende Rolle als Widerstandsressource. Individuen mit einer starken Kohärenz haben die Fähigkeit, mit Anforderungen und Belastungen umzugehen (Handhabbarkeit). Sie empfinden Reize, Ereignisse oder Entwicklungen als verständlich, geordnet und vorhersehbar (Verstehbarkeit). Schließlich betrachten sie ihr Leben als sinnvoll und sehen zumindest einige der gestellten Herausforderungen als positive Anreize, die Engagement und Investitionen wert sind (Sinnhaftigkeit) (Ulrich & Wülser, 2018, S. 40ff.).

2.3 Entstehung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

In der Nachkriegszeit herrschte die Vorstellung, dass die Gesundheitsaufklärung und Belehrung durch Mediziner:innen zu erfolgen hat. Dies gründete sich auf dem biomedizinischen Konzept der Gesundheitsaufklärung, das davon ausging, dass das Individuum aufgrund unangemessener Verhaltensweisen selbst für das Entstehen von Krankheiten verantwortlich sei. In den späten siebziger Jahren zeigte sich, dass dieses Konzept unzureichend war. Es kam zu einem Paradigmenwechsel von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung. Die Kritik am traditionellen Experten-Laien-Verständnis intensivierte sich, da die Menschen autoritär geleitet wurden und nicht aktiv teilnehmen konnten. Es wurde beanstandet, dass die Ursachen für Krankheitsentstehung ausschließlich im individuellen Verhalten und nicht in den Lebensbedingungen und der Umwelt gesucht wurden. Zudem wurde bemängelt, dass der Fokus hauptsächlich auf der Krankheitsverhinderung lag und nicht auf der Förderung der Gesundheit. Erst in den letzten vier Jahrzehnten gewann die Betriebliche Gesundheitsförderung an Bedeutung. In diesem Zeitraum entstanden verschiedene internationale, europäische und nationale Organisationen und Netzwerke, die einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten (Singer, 2010, S. 25f.).

2.3.1 Weltgesundheitskonferenzen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist maßgeblich an der Förderung der Gesundheit beteiligt und spielt eine entscheidende Rolle als Vorreiterin. Die Organisation veranstaltet weltweit Konferenzen zur Förderung der Gesundheit, um in den verschiedensten Lebensbereichen der Menschen gesundheitsfördernde Maßnahmen zu verstärken (<https://www.who.int>).

Im Verlauf der Jahre wurden das Konzept und seine Handlungsbereiche durch weitere internationale Konferenzen stetig differenziert, bilanziert und weiterentwickelt. Diese Konferenzen, die durch Erklärungen und Empfehlungen abgeschlossen wurden und eine stetig wachsende Anzahl von Delegierten aus verschiedenen Ländern und Regionen repräsentieren, haben insbesondere seit der Konferenz von Bangkok im Jahr 2005 einen globalen Fokus angenommen. Dies geschah vor dem Hintergrund des zunehmenden Bewusstseins für die Globalisierung der Gesundheit und dem Übergang von „International (Public) Health“ zu „Global (Public) Health“, wodurch sie als „globale“ Konferenzen konzipiert und bezeichnet wurden. Diese Konferenzen bilden einen grundlegenden Baustein das sogenannte „Erbe“, für die Fortentwicklung von Konzepten und Strategien,

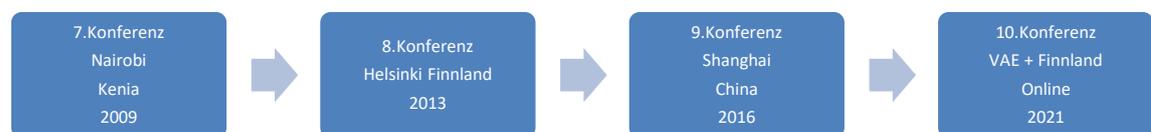
die aufeinander aufbauen. Für die Entwicklung und kontinuierliche Aktualisierung des Konzepts der Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) spielten die Konferenz von Ottawa (1986) und Jakarta (1997) eine entscheidende Rolle. Die damit verbundenen Konferenzdokumente und Chartas haben maßgeblich den Leitbegriff „Gesundheitsförderung“ geprägt, welche die Grundlagen für die weitere Entwicklung bilden (Kaba-Schönstein, 2018, <https://leitbegriffe.bzga.de>).

Die Meilensteine in der Entwicklung der Gesundheitsförderung:

Abbildung 3: Übersicht WHO Konferenzen in Anlehnung an Singer, 2010, S. 26 (Eigene Darstellung)



Abbildung 4: Übersicht WHO Konferenzen (Eigene Darstellung)



Quelle: <https://leitbegriffe.bzga.de>

2.3.2 Ursprung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Im November 1986 fand in Ottawa die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt. Dort wurde zum aktiven Handeln angeregt, um das Ziel „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 zu erreichen (WHO, 1986, S. 1ff.).

Als Ursprung des Begriffs der Betrieblichen Gesundheitsförderung gilt die Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986. Primär geht es darum, den salutogenetischen Ansatz aktiv zu verfolgen (WHO, 1986, S. 1ff.). Die Charta hat sich als zentrales Dokument und Leitlinie für die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsförderung etabliert (Kaba-Schönstein, 2018, <https://leitbegriffe.bzga.de>). Sie kennzeichnet einen Paradigmenwechsel weg von der rein biomedizinischen Perspektive, indem sie Gesundheitsförderung als ein neues Konzept in der Prävention und Gesundheitspolitik einführt. Die Fokussierung reicht nun über

die bloße Identifizierung von Gesundheitsrisiken hinaus und zielt darauf ab, die Ursachen für eine gute Gesundheit zu untersuchen. Die Ottawa-Charta stellt eine strategische Ausarbeitung des Gesundheitsförderungskonzepts dar, das darauf abzielt, die Leitlinien der Alma-Ata-Resolution umzusetzen. (Faller, 2017, S. 27 & 30; Singer, 2010, S. 27).

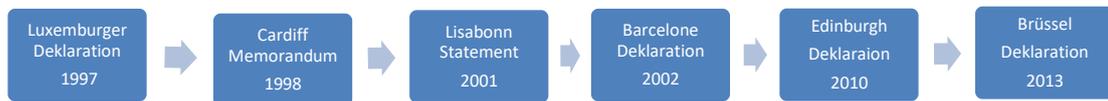
Gesundheitsförderung zielt darauf ab, einen Prozess zu ermöglichen, der es jedem Individuum erlaubt, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über seine Gesundheit zu erlangen und somit die Befähigung zur Stärkung der eigenen Gesundheit bietet. Innerhalb dieses Rahmens sollte Gesundheit als integraler Bestandteil des alltäglichen Lebens betrachtet werden und nicht als alleiniges Lebensziel. Die Verantwortung für die Förderung von Gesundheit liegt daher nicht ausschließlich im Gesundheitssektor, sondern betrifft sämtliche Politikbereiche. Ihr Ziel ist es, nicht nur gesündere Lebensweisen zu fördern, sondern auch das umfassende Wohlbefinden zu unterstützen. Gesundheitsförderung strebt die Herstellung von Chancengleichheit im Gesundheitswesen an, indem sie bestehende soziale Unterschiede im Gesundheitszustand verringert und gleiche Möglichkeiten und Bedingungen schafft. Ihr übergeordnetes Ziel besteht darin, jedem Individuum die Möglichkeit zu bieten, sein maximales Gesundheitspotenzial zu entfalten (WHO, 1986, S. 1f.).

2.3.3 Europäische Entwicklung

Das Europäische Netzwerk für Gesundheitsförderung wurde 1996 von der Europäischen Kommission mit dem Aktionsprogramm „Gesundheitsförderung, Aufklärung, Erziehung und Ausbildung“ geschaffen. Die Betonung liegt darauf, den Gesundheitsschutz in Europa zu verbessern. Das Netzwerk hat seit seiner Gründung einige Erfolge verzeichnen können, z. B. die Formulierung eines einheitlichen Verständnisses von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa und die Entwicklung einheitlicher Kriterien für eine qualitativ hochwertige Betriebliche Gesundheitsförderung (BKK Bundesverband / ENWHP Geschäftsstelle, 2009, S. 4).

Abbildung 5: Übersicht der wichtigsten Deklarationen des Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (Eigene Darstellung)

Quelle: <https://www.enwhp.org>



Auf europäischer Ebene wurde mit der Luxemburger Deklaration 1997 eine Regelung geschaffen, die den Fokus auf gemeinsame Maßnahmen aller Stakeholder (Arbeitgebende, Arbeitnehmende, der Gesellschaft und der Politik) zur Verbesserung der Gesundheit sowie dem Wohlbefinden am Arbeitsplatz hat (Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, Fassung 2007, S. 1ff.; <https://www.netzwerk-bgf.at>).

Der europäische Ansatz gründet auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Begriffs Gesundheit. Die Gesundheit wird als ein sozialer Vorgang betrachtet, der durch verschiedene Interessengruppen innerhalb und außerhalb des Unternehmens entsteht. Als positive Einflussfaktoren können hierbei der Führungsstil und die Managementtechniken betrachtet werden, die auf eine kooperative und partnerschaftliche Arbeitskultur ausgerichtet sind. Damit „gesunde“ Arbeit entsteht, müssen verschiedene Parameter zusammenspielen, wie übergreifende Strategien, politische Vorgaben, das Arbeitsumfeld und die Arbeitsorganisation sowie das persönliche Gesundheitsverhalten. Daher unterstützt die Betriebliche Gesundheitsförderung auch die öffentliche Gesundheit. Indem „gesunde“ Arbeitsplätze geschaffen werden, leistet die Betriebliche Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Steigerung der Leistung von Unternehmen und unterstützt die soziale und wirtschaftliche Entwicklung auf nationaler und europäischer Ebene. Es wurden Qualitätskriterien für „Best-Practises“ definiert:

- Die Betriebliche Gesundheitsförderung ist Managementaufgabe.
- Die Mitarbeiter:innen sollen in die Planung und Durchführung der Betrieblichen Gesundheitsförderprogramme eingebunden werden.
- Die Betriebliche Gesundheitsförderung muss auf einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis basieren.

- Der Prozess wird laufend analysiert und es werden iterative Schleifen gezogen, um eine kontinuierliche Verbesserung sicherzustellen.
- Es erfolgt eine kontinuierliche Kommunikation an alle Beteiligten.
- Es werden Key-Performance-Indicators zur Bewertung der Maßnahme verwendet (BKK Bundesverband / ENWHP Geschäftsstelle, 2009, S. 7ff.).

2.3.4 Nationale Entwicklung

Bereits in den späten 1980er Jahren begann Österreich, Netzwerke für Gesundheitsförderung zu etablieren, um den Forderungen der Ottawa-Charta nachzukommen. Heute existieren zahlreiche Gesundheitsförderungsnetzwerke im Land, die allesamt dazu beitragen, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen (<https://www.sozialministerium.at>).

Arbeitnehmer:innenschutzgesetz

Das Arbeitnehmer:innenschutzrecht bildet den ältesten Teilbereich des Arbeitsrechts und entstand als Reaktion auf die Ausbeutung und Verelendung der arbeitenden Bevölkerung zu Beginn der industriellen Entwicklung. Die Ursprünge der Arbeitnehmer:innenschutzgesetzgebung in Österreich liegen in den Maßnahmen zum Schutz jugendlicher Arbeiter:innen. Bis zum Jahr 1973 war der Arbeitnehmer:innenschutz teil der Gewerbeordnung, mit Wirksamkeit des Arbeitnehmer:innenschutzgesetzes wurde der Arbeitnehmer:innenschutz aus der Gewerbeordnung herausgelöst. In den weiteren Jahren sind das Arbeitsinspektionsgesetz (1974), das Nachtschicht-Schwerarbeitsgesetz (1981), arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung für Unternehmen mit über 250 Arbeitnehmer:innen (1982) sowie das Arbeitsruhegesetz (1984) in Kraft getreten. Das Arbeitnehmer:innenschutzgesetz wurde 1994 erneuert, damit wurde die Wichtigkeit der Gesundheit in der Arbeit gefestigt. Seither wurde das Arbeitnehmer:innenschutzgesetz mehrmals novelliert. Beispielsweise wurde im Jahr 2013 die Evaluierung psychischer Arbeitsbelastungen gesetzlich verankert (Heider, 2015, <https://www.gesundearbeit.at>).

Der Geltungsbereich des Arbeitnehmer:innenschutzgesetzes umfasst die Beschäftigung von Arbeitnehmer:innen. Es beinhaltet die gesetzlichen Regelungen zur Arbeitsplatzevaluierung, Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente.

Im Arbeitnehmer:innenschutzgesetz ist im §3 (1) ASchG festgehalten, dass

„Allgemeine Pflichten der Arbeitgeber

§ 3. (1) Arbeitgeber sind verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen. Die Kosten dafür dürfen auf keinen Fall zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Arbeitgeber haben die zum Schutz des Lebens, der Gesundheit sowie der Integrität und Würde erforderlichen Maßnahmen zu treffen, einschließlich der Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gefahren, zur Information und zur Unterweisung sowie der Bereitstellung einer geeigneten Organisation und der erforderlichen Mittel.“ (<https://ris.bka.gv.at/>).

Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)

Das Gesundheitsförderungsgesetz regelt Maßnahmen und Initiativen zur ganzheitlichen Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit sowie zur Aufklärung über vermeidbare Krankheiten und die Auswirkungen von seelischen, geistigen und sozialen Faktoren auf die Gesundheit. Dabei dient die Ottawa-Charta als Leitlinie. Die Durchführung dieser Maßnahmen und Initiativen wurde an die Gesundheit Österreich GmbH übertragen (<https://ris.bka.gv.at/>; <https://www.sozialministerium.at/>).

Österreichisches Netzwerk zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (ÖNBGF)

Die Gründung des österreichischen Netzwerkes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgte im Jahr 2000. Dies ist eine Zweigstelle der Österreichischen Gesundheitskasse, die als österreichische Kontaktstelle des europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung dient (<https://www.arbeitsinspektion.gv.at/>).

Im Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) und dem Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) sind die Gesundheitsförderung und die Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung geregelt. Das Österreichische Netzwerk zur Betrieblichen Gesundheitsförderung ist mit der Umsetzung in Bezug auf die Gesundheitsziele beauftragt. Die Hauptaufgabe ist die qualitativ hochwertige Weiterentwicklung und Verbreitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich. Das Netzwerk hat aufbauend auf der Luxemburger Deklaration umfassende Qualitätsstandards für Österreich ausgearbeitet. Es bietet Unternehmen Projekt- und Prozessbegleitungen, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung an (Blattner & Mayer, 2018 S. 14ff.).

Als Koordinationsstelle für die Organisation von Gemeinschaftsprojekten, Vernetzungstreffen oder auch die Weiterentwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung gilt die

Österreichische Gebietskrankenkasse Oberösterreich. Mehrere Partner:innen wie, die Allgemeine Unfallversicherung, Arbeiterkammer Österreich, Österreichischer Gewerkschaftsbund, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Gesundheit Österreich GmbH, Fonds Gesundes Wien, Dachverband der österreichischen Sozialversicherung, Sozialversicherung für Selbstständige oder die Industriellenvereinigung unterstützen das Netzwerk aktiv (<https://www.netzwerk-bgf.at>).

2.4 Das Konzept „Betriebliche Gesundheitsförderung“

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine moderne Organisationsentwicklungsstrategie mit dem Ziel, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheit zu stärken und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern.“ (<https://www.netzwerk-bgf.at>)

Die Gesundheit und Lebensqualität eines Menschen sind im hohen Maße von den Lebensbedingungen und -weisen abhängig. Um ein möglichst langes und gesundes Leben zu gewährleisten, ist es daher entscheidend, diese Faktoren in eine gesundheitsförderliche Richtung zu lenken. Gesundheitsförderung und Prävention tragen dazu bei, die Gesundheitskapazitäten der Menschen zu stärken. Dies umfasst Bildung und Wissen über Gesundheit, soziale Bindungen, soziale Absicherung sowie gute Lebens- und Arbeitsbedingungen. Prävention zielt darauf ab, das Risiko von Krankheiten zu verringern, sowohl durch die Förderung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen als auch durch die Minimierung schädlicher Einflüsse in Lebens- und Arbeitsumgebungen. Beide umfassen daher Maßnahmen, die sowohl das individuelle Verhalten als auch die strukturellen Rahmenbedingungen berücksichtigen (<https://www.sozialministerium.at>).

Die Betriebliche Gesundheitsförderung sollte daher als eine ganzheitliche Unternehmensstrategie gesehen werden. Es geht um das Minimieren von Belastungen, die Prävention sowie um einen gesundheitsorientierten Führungs- und Lebensstil. Dabei soll der Mensch im Fokus sein, dies kann die Kooperation im Team wachsen lassen sowie Chancen und Potentiale einzelner Mitarbeiter:innen aufzeigen und fördern. Für das Unternehmen bewirkt die Betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur ein positives Image, sondern auch mehr Produktivität und Leistungsfähigkeit (<https://www.gesundheitskasse.at>).

Die Betriebliche Gesundheitsförderung bedient sich des Salutogenetischen Konzepts von Antonovsky, und befasst sich darüber hinaus auch mit dem Pathogenetischen Verständnis, was Menschen krank macht (Blattner & Mayer, 2018, S. 30).

Ein systematisch geplantes Gesundheitsförderungsprojekt wirkt nachhaltig zur Verbesserung des Wohlbefindens und der Steigerung der Gesundheit, wenn es verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen beinhaltet (Blattner & Mayer, 2018, S. 16; Barthelmes et al, 2019, S. 54).

Mit der Unterzeichnung der Betrieblichen Gesundheitsförderungs-Charta setzt das Unternehmen ein nach außen sichtbares Zeichen, dass ein Betriebliches Gesundheitsförderprojekt gestartet wird. In der zweiten Stufe kann das erfolgreich beendete Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekt zur Erreichung des Betrieblichen Gesundheitsförderungs-Gütesiegels eingereicht werden. Das Gütesiegel wird nach erfolgreicher Prüfung durch das Netzwerk zur Betrieblichen Gesundheitsförderung verliehen. Das Gütesiegel gilt drei Jahre und kann für die Stärkung der Arbeitgeber:innenmarke genutzt werden. Als letzte Stufe kann ein BGF-Gütesiegelbetrieb für ein herausragendes Betriebliches Gesundheitsförderprojekt den Betrieblichen Gesundheitsförderungspreis überreicht bekommen, der das Unternehmensimage aufwerten kann (Blattner & Mayer, 2018, S. 16ff.).

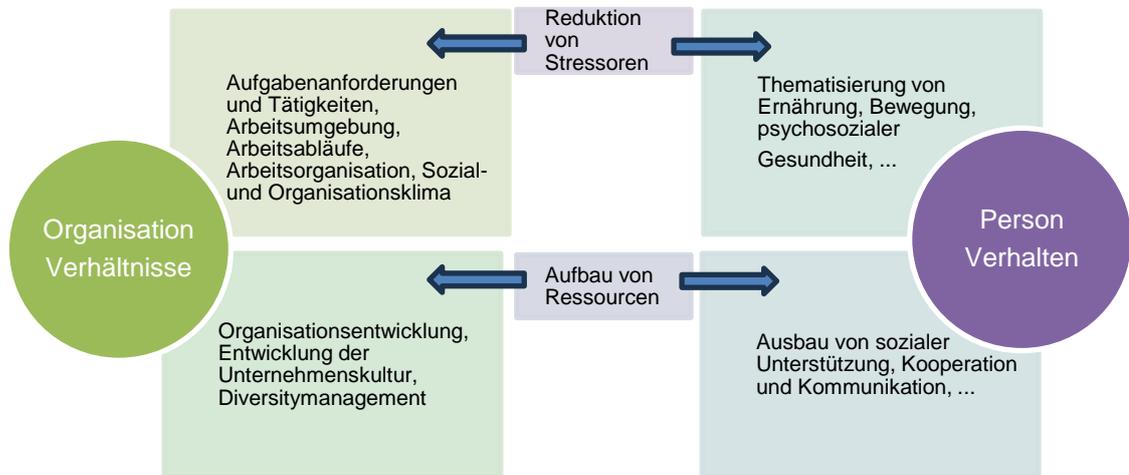
2.4.1 Handlungsfelder und Maßnahmen

Wie bereits erwähnt befasst sich die Betriebliche Gesundheitsförderung mit der Salutogenese und der Pathogenese. Deshalb können sowohl Ressourcen als auch Anforderungen Einfluss auf das Wohlbefinden der Arbeitnehmer:innen haben.

Grundsätzlich werden in der Betrieblichen Gesundheitsförderung zwei Handlungsebenen unterschieden:

- Die erste Ebene ist die Organisation, damit sind die Arbeitssituation, Strukturen, Arbeitsumwelt und soziale Netzwerke gemeint. Die Maßnahmen, welche die Organisation betreffen werden als verhältnisorientierte Maßnahmen bezeichnet.
- Auf der zweiten Ebene wird die Person betrachtet. Dabei geht es primär um die Lebensweise und das persönliche Risikoverhalten. Hier kommen sogenannte verhaltensorientierte Maßnahmen zum Einsatz (Blattner & Mayer, 2018, S. 31).

Abbildung 6: Handlungsebenen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Anlehnung an Scharinger, 2009, Blattner & Mayer, 2018, S. 31 (Eigene Darstellung)



Besonders im Zusammenhang mit dem Personalmanagement kann einiges getan werden, damit Mitarbeiter:innen eine gesunderhaltende Arbeitsumgebung vorfinden. Es stehen dazu arbeitspsychologische Methoden wie die Analyse der Arbeitssituation oder die Implementierung von Gesundheitszirkel zur Verfügung. Die Leistungsfähigkeit und Motivation von Mitarbeiter:innen wird auch sehr stark vom Arbeitsinhalt beeinflusst. Hier geht es vorrangig um Job Rotation (Arbeitsplatzwechsel), Job Enlargement (Aufgabenerweiterung) und Job Enrichment (Arbeitsbereicherung). Auf organisationaler Ebene können Mitarbeiter:innen durch eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung unterstützt werden, um ihre persönlichen und familiären Interessen besser zu vereinbaren. Da auch das Führungsverhalten zur Gesundheit von Mitarbeiter:innen beiträgt, sollte die Personalentwicklung auch die Führungskräfte mit entsprechenden Kompetenzen ausstatten. Das Mitarbeiter:innengespräch kann ebenfalls dazu genutzt werden, um das Stimmungsbild der Mitarbeiter:innen zu erfragen und Entwicklungsmöglichkeiten zu besprechen. Die Personalentwicklung spielt eine tragende Rolle in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, durch gezielte und planmäßige Maßnahmen sollen die individuellen und beruflichen Ressourcen der Mitarbeiter:innen gefördert werden. Durch die Erweiterung der Qualifikationen können Mitarbeiter:innen nicht nur Belastungen besser bewältigen, sondern der:die Arbeitgeber:in kann damit auch die Arbeitszufriedenheit erhöhen, was zu einer Reduzierung der Fluktuationsrate führen kann (Huber, 2010, S. 70ff.).

Durch verhaltensorientierte Maßnahmen kann den Mitarbeiter:innen auch vermittelt werden, dass sich das Unternehmen für sie als Mensch und ihre Gesundheit interessiert. Nicht nur das Schaffen einer angenehmen Atmosphäre in der Küche oder Kantine, sondern auch das Anbieten von diversen Workshops zu Themen wie Ernährung, psychische Belastung, Stress, Suchtprävention oder Bewegungsangebote stellen Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen dar (Huber, 2010, S. 82f.).

Damit im Unternehmen alle Mitarbeitenden von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen erreicht werden, ist es wichtig zielgruppenspezifische Maßnahmen anzubieten. Zudem sollte auch auf die Diversität eines Unternehmens Rücksicht genommen werden (z. B. Geschlecht, altersgerechte Angebote, kulturelle Hintergründe) (Blattner & Mayer, 2018, S. 31).

Vor der Auswahl der Maßnahmen muss zuerst die Erhebung des Bedarfs erfolgen, dies kann mittels unterschiedlichster Methoden und Verfahren passieren. Eine weit verbreitete Methode ist die Mitarbeiter:innenbefragung. Diese kann mittels Fragebogen oder qualitativen Interviews durchgeführt werden. Es können auch krankheitsbedingte Fehlzeiten analysiert werden. Eine weitere Methode, um mögliche Belastungen ausfindig zu machen, ist die Arbeitsanalyse. Bei dieser Art der Beobachtung werden physische, psychische Belastungen sowie die Arbeitsumgebung, in der sich die Arbeitnehmer:innen aufhalten analysiert (Blattner & Mayer, 2018, S. 62ff.).

Im nächsten Schritt werden die Ziele für das Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekt festgelegt und ein Maßnahmenplan wird erstellt. Es werden drei unterschiedliche Arten von Zielen unterschieden:

- Ergebnisziele, sogenannte Outcome- Effektivitäts- oder Wirksamkeitsziele – darunter wird primär die Wirkung der Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme verstanden (z. B. Verbesserung des persönlichen Gesundheitszustandes, erhöhte Mitarbeiter:innenbindung).
- Prozessziele, darunter werden Output- und Effizienzziele verstanden, wie die Teilnahmequote oder die Zufriedenheit mit der Maßnahme.
- Strukturziele, an diesen werden die Rahmenbedingungen geknüpft, damit das Projekt überhaupt umgesetzt werden kann (Budget, Qualifikationen, zeitliche Ressourcen etc.). (Blattner & Mayer, 2018, S. 77ff.).

Es wird zwischen verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen unterschieden: Mit verhaltensorientierten Maßnahmen wird das Verhalten der Mitarbeiter:innen positiv beeinflusst. Solche Maßnahmen könnten Workshops sein (z. B. Stressmanagement,

Raucherentwöhnung, Ernährung, Entspannung, Bewegung). Als verhältnisorientierte Maßnahmen werden Maßnahmen bezeichnet, die die Arbeitsbedingungen positiv beeinflussen (z. B. ergonomische Stühle, höhenverstellbare Schreibtische) (Blattner & Mayer, 2018, S. 93).

2.4.2 Positive und negative Einflussfaktoren

Vor allem kleine und mittlere Unternehmen (KMU) sehen sich mit einigen Problemen bei der Implementierung von Betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen konfrontiert. Einerseits sind die direkten und indirekten Kosten (vor allem durch das Binden von personellen Ressourcen) hoch. Weiters zeigen die Mitarbeiter:innen kein Interesse an der Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme: dies betrifft meist Personen, bei denen das Erkrankungsrisiko bereits höher ist und die, die von einer Teilnahme an entsprechenden Programmen am meisten profitieren könnten. Andererseits fehlt auch die Unterstützung durch die Geschäftsführung. Außerdem stellen die Verfasser fest, dass kleinere Unternehmen häufiger auf die Umsetzung mehrerer Einzelmaßnahmen anstelle eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zurückgreifen. Im Vergleich zu Großbetrieben werden in kleineren Unternehmen seltener verhältnispräventive Prozesse initiiert. Zwei weitere Studien identifizieren als Erfolgsfaktoren neben der Unterstützung durch die Geschäftsführung die Etablierung einer Gesundheitskultur, die Implementierung gesundheitsförderlicher Richtlinien im Unternehmen, den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen der Führungsebene und den Mitarbeitenden sowie die Durchführung von Einführungsveranstaltungen (Barthelmes et al, 2019, S. 53; McCoy, Stinson, Scott, Tenney & Newman, 2014, S. 584).

Chancen, die sich in KMU bei der Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Vergleich zu größeren Unternehmen ergeben, werden nur in wenigen Studien untersucht. Dazu gehören eine reduzierte Bürokratie und eine leichtere Implementierung, eine unkompliziertere Berücksichtigung der Vorschläge der Beschäftigten, eine erhöhte Verantwortlichkeit der Mitarbeitenden, das Potenzial für Teambuilding und eine höhere Beteiligungsbereitschaft (McCoy et al., 2014, S. 586).

Die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität sind vielen Menschen bereits bekannt. Daher sollte der Fokus auf Interventionen zur Verhaltensänderung liegen, wobei den Beschäftigten ein gewisses Maß an Eigenverantwortung ermöglicht werden sollte:

- Die Mitarbeiter:innen sollten in der Lage sein, ihre eigenen Ziele zu setzen.
- Jede:r sollte die Kontrolle über sein Aktivitätslevel haben können.

- Die Rückmeldung zum persönlichen Bewegungsverhalten sollte für alle verfügbar sein.
- Die verschiedenen Übungen sollten klar beschrieben sein.
- Es sollten spezifische Hinweise gegeben werden, beispielsweise wann eine Aktivität angebracht ist.

Gespräche oder ein Belohnungssystem können dazu motivieren und zu einem gesundheitsbewussten Verhalten führen. Bei Interventionen, die die Gesundheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz betreffen, wird daher empfohlen, diese Aspekte in der Interventionsplanung zu berücksichtigen. Die gemeinsame Erfahrung in der Gruppe spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle, da sie die sozialen Bindungen stärkt und gleichzeitig das psychische Wohlbefinden des Einzelnen fördert. Außerdem sollte der motivierende Charakter gemeinsamer Aktivitäten in der Gruppe nicht vernachlässigt werden (Brodersen & Lück, 2018, S. 14f.).

Sind Mitarbeiter:innen von Beginn an in die Planung und Durchführung der Maßnahme eingebunden, dann erhöht sich auch die Teilnehmer:innenquote (Barthelmes et al., 2019, S. 53).

Sinnvoll und erfolgreich kann auch sein, ein Maßnahmenbündel zu erstellen. Dieses sollte verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen zu einem bestimmten Thema beinhalten, so können alle Zielgruppen eingebunden werden und die Ziele der Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme erreicht werden (Blattner & Mayer, 2018, S. 95).

Es gibt auch Hürden, die die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen erschweren können. Dazu zählen zeitliche Aspekte (Maßnahmen finden nicht in der Arbeitszeit statt), soziale Normen (z. B. Yoga für Männer), kulturelle Hintergründe (Ernährungsworkshops sind nicht auf kulturelle Aspekte abgestimmt) oder aber auch die sprachliche Barriere. Deshalb sollten Maßnahmen mittels unterschiedlichen Zugangsniveaus angeboten werden:

- Niederschwellige Maßnahmen sind sehr leicht zugänglich, beispielsweise der Obstkorb, die Teilnahme an Laufbewerben, Vergünstigungen im Fitnesscenter oder Gesundheitsaktionstage.
- Als mittelschwellige Maßnahmen werden Maßnahmen bezeichnet, die auf die Ausbildung von Multiplikator:innen abzielen, wie Seminare die an eine kleinere Gruppe von Mitarbeiter:innen adressiert sind. Hier bedarf es schon mehr Überzeugungsarbeit, daran teilzunehmen.

- Sogenannte hochschwellige Maßnahmen greifen in die Organisationsprozesse ein und können bereits Teil der Organisationsentwicklung sein. Es geht um die Entwicklung von Strukturen und Prozessen, die gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schaffen. Hierfür werden entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen benötigt, außerdem ist die Unterstützung der Geschäftsführung und der Führungskräfte maßgeblich für den Erfolg (Blattner & Mayer, 2018, S. 95f.).

Als negativ werden von den Beschäftigten der Zeitmangel, keine finanziellen Ressourcen des Unternehmens, ein unzureichendes gemeinsames Verständnis, Personalwechsel, keine Bedarfsorientierung und die Nutzer-Unfreundlichkeit der Interventionsmaterialien genannt (Rojatz, Merchant & Nitsch, 2015, S. 4ff.).

Jedes Betriebliche Gesundheitsförderprogramm in Richtung Verhaltensprävention kann nur erfolgreich sein, wenn Mitarbeiter:innen motiviert sind daran teilzunehmen. Vor allem wenn die Teilnahmequote von Hochrisiko-Gruppen sehr niedrig ist, wird die wirkliche Effizienz der Programme geschmälert (Lier, Breuer & Dallmeyer, 2019, S. 2).

Ein Aspekt, der die Teilnahmequote an Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen weiter erhöhen kann, ist das individuelle Design der Maßnahme. Eine „One size fits all“ Lösung ist nicht ratsam. Können Mitarbeiter:innen aktiv mitentscheiden, welche Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen angeboten werden, und wird somit auf ihre individuellen Ansprüche (Maßnahmen für die Art der Tätigkeit, die sie ausüben) eingegangen erhöht sich die Teilnahme an den Programmen. Durch die Mitentscheidung ergibt sich ein Gefühl der Verbindlichkeit (Ferraro, Faghri, Henning, Cherniack, 2013, S. 152).

Letztendlich spielen auch die individuellen Merkmale und Erwartungen der Teilnehmenden eine wesentliche Rolle, darunter die persönliche Einstellung, Motivation, Lebensstil, Lebenssituation und die Adhärenz der Teilnehmenden (Barthelmes et al., 2019, S. 53).

Jene Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen, bei denen insgesamt mehr Hinweise auf Erfolgsfaktoren vorliegen, scheinen eine hohe Intensität der Maßnahmen und zielgruppenspezifisch konzipierte Betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme zu beinhalten. Insbesondere im Bereich körperlicher Aktivität zeigt sich beispielsweise die Überlegenheit von Programmen, die am Arbeitsplatz und während der Arbeitszeit durchgeführt werden. Darüber hinaus werden in der Literatur übergreifend Einflüsse der Prozessgestaltung, wie das Engagement des Managements oder die Einbindung der Führungskräfte und Beschäftigten, als Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit berichtet (Barthelmes et al, 2019, S. 54).

2.4.3 Planung und Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsförderprojektes

Damit Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich ist, müssen die unterschiedlichen Stakeholder (Unternehmensleitung, Projektleitung, externe Expert:innen, Betriebsrat, Präventivfachkräfte, Personalverantwortliche und Mitarbeiter:innen) eingebunden sein und gut zusammenarbeiten (Rath, 2017, S 13).

Die Zusammenarbeit mit externen Anbietern oder Unternehmen mit ähnlicher Struktur und vergleichbaren Herausforderungen hat sich als wirksam für Unternehmen erwiesen. Wenn es gelingt, gemeinsam mit anderen den aktuellen Anforderungen gerecht zu werden und gleichzeitig die Interessen der Arbeitnehmer:innen zu berücksichtigen, demonstriert das Unternehmen nicht nur humanitäre Motive wie Solidarität, sondern übernimmt auch soziale Verantwortung (Singer & Neumann, 2010, S. 51).

In der Literatur findet man in unterschiedlicher Detaillierung die Phasen eines Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes erläutert. Grob finden sich folgende Phasen wieder:

1. Vorprojektphase (Konzept) - Dauer ca. 3-6 Monate
2. Diagnosephase (Bedarfsanalyse) - Dauer ca. 2-3 Monate
3. Planungsphase (Maßnahmen) - Dauer ca. 3-8 Monate
4. Umsetzungsphase (Durchführung) - Dauer ca. 12 Monate
5. Evaluations- und Nachhaltigkeitsphase – Dauer ca. 3-6 Monate

Außerdem ist es wichtig, dass Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte individuell auf das Unternehmen zugeschnitten werden (Blattner & Mayer, 2018, S. 46, S. 57; Brodersen & Lück, 2018, S. 21ff.; Rath, 2017, S. 13).

Für eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes sind überbetriebliche Rahmenbedingungen wie die Jahreszeit/Wetterlage zum Zeitpunkt der Maßnahme (z. B. die Laufgruppe im Winter statt im Frühling; Unwetter bei Outdoor-Sportveranstaltung; Yoga-Angebot im Sommer in einem nicht klimatisierten Raum) und die wirtschaftliche Situation ebenso ausschlaggebend wie strukturelle Aspekte des Projektmanagements (z. B. personelle Änderungen bei den Projektkoordinator:innen) (Rojatz et al., 2015, S. 4).

Auch in einem Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekt müssen die Arbeitnehmer:innen zu Beteiligten gemacht werden. Das bedarf einer guten Information. Wichtig ist vor allem glaubwürdige, motivierende, inspirierende und wertschätzende Kommunikation die laufend erfolgt. Der Kommunikationsplan sollte jedenfalls aus einer Vorinformation (Ankündigung), laufenden Informationen (Update; Stand des Projektes etc.) und

iterativen Schleifen (Feedback, wie wird das Projekt wahrgenommen) bestehen. Es bedarf ein gutes Maß an der Menge der Kommunikation, ein zu viel aber auch ein zu wenig können das Interesse der Arbeitnehmer:innen gefährden. Die richtige Kommunikation von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen und somit das Erreichen der Zielgruppe ist einer dieser Erfolgsfaktoren. Mitarbeiter:innen wollen direkt angesprochen werden und nicht lange nach entsprechenden Angeboten z. B. im Intranet suchen müssen. Die Informationen müssen positiv, motivierend, glaubwürdig, emotional und optisch ansprechend dargestellt sein. Je einfacher der Zugang zu einem interessanten Programm ist, desto eher wird es genutzt (Blattner & Mayer, 2018, S. 55; Nöhammer, Schusterschitz & Stummer, 2013, S. 101f.).

2.4.4 Wirtschaftlicher Nutzen und Wirksamkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Als effektiv werden Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen insbesondere betrachtet, wenn sie eine Verbesserung des gesundheitlichen Befindens oder des gesundheitsbezogenen Verhaltens der involvierten Mitarbeiter:innen bewirken und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken reduzieren. Derartige positive Auswirkungen können sich auch in einer gesteigerten Produktivität des Unternehmens oder geringeren Krankheitskosten widerspiegeln. In diesem Kontext stellt sich die Frage, ob die gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen, die sich als wirksam erwiesen haben, auch wirtschaftliche Vorteile bieten. Ein solcher Nutzen könnte sogar zu Einsparungen führen, wenn der erzielte Nutzen die finanziellen Aufwendungen für die Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen übertrifft (Barthelmes et al, 2019, S. 57).

Die Betriebliche Gesundheitsförderung bringt Unternehmen Vorteile, da die Angestellten durch eine verbesserte Arbeitsatmosphäre gesünder und motivierter werden. Dadurch können krankheitsbedingte Kosten gesenkt und die Qualität der Arbeitsleistung, die Produktivität und die Innovationskraft gesteigert werden. Die Förderung der Betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramme ist auch ein Prestigefaktor, der zur Verbesserung des öffentlichen Images eines Unternehmens beiträgt und die Arbeitgeber:innenattraktivität steigert. Auch erwähnt werden soll, dass durch gesündere Arbeitnehmer:innen auch das soziale Versicherungssystem entlastet wird (<https://www.enwhp.org>).

Wirtschaftlicher Nutzen

In Studien wird der wirtschaftliche Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung oftmals mit dem Return on Investment (ROI) ausgedrückt. Grundsätzlich gibt der ROI das Verhältnis zwischen Gewinn und investiertem Geld wieder. Angenommen werden kann, dass jeder investierte Euro dreifach zurückkommt. Genau genommen beträgt der ROI für krankheitsbedingte Fehlzeiten 1:2,73. Auf das Unternehmen wirken sich aus wirtschaftlicher Sicht vor allem die Unternehmenskultur, die Programmstruktur, mögliche Anreize zur Teilnahme an Programmen auf die investierten Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen aus (Barthelmes et al., 2019, S. 57; Rath, 2017, S. 7).

Weitere mögliche Kennzahlen, die zur Ermittlung des wirtschaftlichen Erfolges herangezogen werden könnten:

Tabelle 1: mögliche Kennzahlen Betrieblicher Gesundheitsförderung in Anlehnung an Rath, 2017, S. 8 (Eigene Darstellung)

Arbeit:	Gesundheit:
Beteiligungsquote an BGF-Maßnahmen	Gesundheitsquote
Fluktuationsquote	Arbeitsunfähigkeitstage/ Anzahl der Fälle
Arbeitszufriedenheit	Körperliche Aktivität
Arbeitsfähigkeit	Subjektiver Gesundheitszustand

Die Kosten für Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen lassen sich eindeutig durch Zielgrößen bestimmen. Jedoch bleibt der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung ungeklärt. Es kann allenfalls nur statistisch ermittelt werden, inwiefern ein Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang zwischen der Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahme und den finanziellen Einsparungen besteht. Darüber hinaus lassen sich beispielsweise eine Veränderung der Krankenstandstage und der Fluktuation nicht als direkte Auswirkung der Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahme nachweisen. Es können gesundheitsförderliche Maßnahmen wirksam sein, ohne dass sich das in den Krankenstandstagen niederschlägt. Als weiterer Kritikpunkt an Studien wird angeführt, dass die Bewertung des wirtschaftlichen Nutzens zumeist nicht nachvollzogen werden kann. Daraus lässt sich jedoch nicht auf die Unwirtschaftlichkeit einer Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahme schließen, sondern die mangelnde Nachweisbarkeit von Wirtschaftlichkeit (Rath, 2017, S. 9ff.).

Die Aussagekraft der einzelnen Studien zum Thema ökonomischer Nutzen im Zusammenhang mit Betrieblicher Gesundheitsförderung ist gering. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass weiterer Forschungsbedarf besteht (Barthelmes et al., 2019, S. 60).

Wirksamkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen haben nicht nur für die Arbeitnehmenden, sondern auch für die Arbeitgebenden Vorteile. Einerseits können sie individuelle gesundheitliche Risikofaktoren sowie Risiken für die Entstehung von chronischen Krankheiten minimieren, steigern das Wohlbefinden und die Resilienz. Die persönliche Lebensqualität kann genauso gesteigert werden, wie das Selbstwertgefühl. Auf Seiten des Unternehmens wirken sich Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen positiv auf das Betriebsklima, die Fluktuationsrate und auf die Verminderung von Krankenständen aus. Außerdem können die Arbeitszufriedenheit und Effizienz gesteigert werden (<https://www.gesundheit.gv.at>).

Es zeigt sich, dass eine Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen eine höhere Wirksamkeit aufweist (Rath, 2017, S. 4).

Tabelle 2: subjektiver Gewinn durch BGF in Anlehnung an Blattner & Mayer, 2018, S. 22 und <https://www.netzwerk-bgf.at> (Eigene Darstellung)

Vorteile Arbeitnehmer:in	Vorteile Arbeitgeber:in
Steigerung Wohlbefinden	Geringere Fluktuation
Positive Wirkung auf eigene Gesundheit	Verbesserung der Kommunikation
Verbesserung des Kontakts zu Arbeitskolleg:innen	Weniger Konflikte
Ausbau der persönlichen Gesundheitskompetenzen	Zufriedenere Arbeitnehmer:innen
Mehr Arbeitszufriedenheit	Imagegewinn
Stärkung der Resilienz und somit erleichterter Umgang mit Belastungen	Fehlzeitenreduktion bzw. Verminderung der Krankenstände
Erhöhtes Selbstwertgefühl	Verhaltensänderung der Beschäftigten

Erwiesenermaßen wirken Gesundheitsprogramme am stärksten unmittelbar nach deren Durchführung. Um jedoch eine nachhaltige Veränderung zu erzeugen, muss das Thema Gesundheit dauerhaft und konsequent weitergetrieben, unterstützt und integriert werden (Blattner & Mayer, 2018, S. 22).

Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen sind dann am erfolgreichsten, wenn sie im Kontext mit der gesamten gesunden Unternehmenskultur stehen. Dazu müssen Führungskräfte die Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen mit den Unternehmenszielen verknüpfen. Darüber hinaus müssen Maßnahmen aktiv von den Führungskräften unterstützt werden, das heißt auch, dass eine Teilnahme vorgelebt werden muss.

Außerdem kann es auch hilfreich sein entsprechende Gesundheitsleitfäden und Richtlinien zu veröffentlichen (Grossmeier, Castle, Pitts, Saringer, Jenkins, Imboden, Mangen, Johnson, Noeldner & Masen, 2020, S. 7).

Die Veränderung im konzeptionellen Verständnis von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention hat offensichtlich dazu geführt, dass Einzelmaßnahmen nicht mehr als Standard in der Betrieblichen Gesundheitsförderung betrachtet werden und daher nur noch selten Evaluationsstudien dazu durchgeführt werden. Dies verursacht jedoch auch, dass im Einzelnen nicht mehr auf die Wirksamkeit geschlossen werden kann (Barthelmes et al, 2019, S. 65).

Die soziale Unterstützung kann ebenso gesundheitsfördernd wirken, indem sie die Verhaltensabsicht stärkt und das Verhalten über einen längeren Zeitraum aufrecht hält. Die soziale Unterstützung kann auch helfen Stress zu bewältigen. Die positive Unterstützung durch die Geschäftsführung und die Führungskraft können den Gesundheitszustand verbessern und Kosten für Gesundheitsmaßnahmen reduzieren (Grossmeier et al., 2020, S. 5; Faselst & Hoffmann, 2010, S. 71).

Wenn Unternehmen nicht nur das Wohlbefinden ihrer Mitarbeitenden am Arbeitsplatz, sondern auch in ihrem persönlichen Leben berücksichtigen, hat dies positive Auswirkungen auf die Organisation (Singer & Neumann, 2010, S. 49).

Jedoch soll hier auch darauf hingewiesen werden, dass die Wirksamkeit von Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zwar immer wieder wissenschaftlich bestätigt wird, jedoch weisen diese Studien oft methodische Schwächen auf. Vor allem Studien, die sich mit der psychischen Gesundheit beschäftigen, können meist nicht miteinander verglichen werden, da dieses Gebiet ein vielschichtiges Maßnahmenangebot bietet. Somit haben Rückschlüsse auf die Ursächlichkeit zwischen Maßnahme und Gesundheit meist nur für das jeweilige Arbeitsumfeld Gültigkeit. Es ist nicht eindeutig, wie subjektive Befindlichkeiten empirisch erfasst werden. Denn beispielsweise könnte ein Bewegungsprogramm zwar wirksam sein und hat auch zu einer Abnahme von Schmerzen geführt, jedoch könnte auch die Beschwerde ganz allgemein abgenommen haben oder die Teilnehmenden mit entsprechenden Beschwerden haben zusätzliche andere therapeutische Maßnahmen in Anspruch genommen. Die meisten Studien zum Thema Wirksamkeit von Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen können zu den Themen „Stress und psychische Störungen“, zur körperlichen Aktivität und dem Sitzverhalten gefunden werden. Einerseits handelt es sich um Studiendesigns mit wenigen Teilnehmer:innen, speziellen Berufsgruppen und andererseits um Querschnittstudien (Barthelmes et al., 2019, S. 14ff., Rath 2018, S. 9).

Die Übertragung von Forschungsergebnissen in die Praxis, insbesondere im Kontext der Umsetzung von bewegungsfördernden Maßnahmen am Arbeitsplatz, ist bisher unzureichend dokumentiert. Es gibt nur begrenzte wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, wie die praktische Implementierung solcher Maßnahmen in betrieblichen Umgebungen erfolgen kann. Insbesondere mangelt es an Informationen zur Praktikabilität und Akzeptanz dieser Maßnahmen unter den Mitarbeitenden. Es fehlen auch ausreichend Erkenntnisse zur konkreten Umsetzung solcher Maßnahmen in der betrieblichen Realität (Brodersen & Lück, 2018, S. 16).

Es wird ebenfalls bemängelt, dass die Umsetzung herkömmlicher, allgemeiner präventiver Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz enttäuschend ist und daher nur marginale Erfolge nachweisen kann (Robroek, Coenen, Oude & Hengel, 2021, S. 563).

Es existieren nur begrenzte wissenschaftliche Belege für die Effektivität von Maßnahmen der Gestaltung der sozialen Arbeitsumgebung in Form von gemeinsamen sozialen Aktivitäten wie (z. B. Teambuilding) wenn es um die Steigerung des Wohlbefindens und der Arbeitsleistung der Mitarbeiter:innen geht (Daniels, Watson & Gedikli, 2017, S. 13f).

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Qualität der bestehenden Studien hauptsächlich gering bis moderat eingestuft werden kann. Die Studien könnten sehr einfach die Evidenzlage verbessern, wenn sie besser dokumentiert werden (Erklärungen und Beschreibungen der Interventionen, Stichprobenwahl, fehlende Kontrollgruppen, Stichprobengröße). Es zeigt sich auch, dass verhaltenspräventive Maßnahmen überwiegen (Barthelmes et al., 2019, S. 65).

3 Empirischer Teil

Der nachfolgende Teil befasst sich mit dem praktischen Teil der Masterarbeit. Dabei wird anhand des theoretischen Teils die Hypothesen entwickelt und das ausgewählte Untersuchungsdesign präsentiert. Weiters werden die vorbereitenden Analysen durchgeführt und die Stichprobe erklärt. Anschließend erfolgt die Durchführung der Auswertung.

3.1 Hypothesen

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den wesentlichen Erfolgsfaktoren, die Unternehmen zur Verfügung stellen müssen, um ihren Mitarbeiter:innen ein attraktives

Betriebliches Gesundheitsförderprogramm anzubieten. Es geht hierbei nicht bloß darum, die Teilnahmequote zu erhöhen, sondern auch um die Erwartungen der Mitarbeiter:innen. Außerdem ist es ein wichtiges Anliegen, die Mitarbeiterbindung an das Unternehmen zu stärken und gleichzeitig die Gesundheit zu fördern. Die Forschungsfrage und die daraus abgeleiteten Hypothesen, die aus dem Theorieteil abgeleitet werden, werden dann noch einmal erwähnt.

Forschungsfrage:

Welche Faktoren müssen Unternehmen bieten, um die Teilnahme von Angestellten an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen zu erhöhen?

Damit ein Betriebliches Gesundheitsförderprogramm zur Verhaltensprävention erfolgreich ist, ist es entscheidend, dass Mitarbeiter:innen motiviert sind, daran teilzunehmen. Insbesondere wenn die Teilnahmequote von Hochrisiko-Gruppen gering ist, wirkt sich dies negativ auf die tatsächliche Effizienz der Programme aus (Lier et al., 2019, S. 2). Dass Betriebliche Gesundheitsförderprogramme nicht angenommen werden, kann sowohl auf die Zielgruppe oder den Inhalt der Programme zurückgeführt werden als auch auf das Fehlen einer eindeutigen Umsetzungsstrategie. Oft fehlt das Wissen über erfolgskritische Faktoren, die eine Teilnahme begünstigen oder behindern können. Weiters mangelt es am Verständnis was, warum und wie Betriebliche Gesundheitsförderprogramme in der Praxis funktionieren (Robroek et al., 2021, S. 562).

Eine entscheidende Komponente für den Erfolg von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen ist die effektive Kommunikation und das Erreichen der Zielgruppe. Mitarbeiter:innen möchten direkt angesprochen werden und nicht mühsam nach relevanten Informationen und Angeboten beispielsweise im Intranet suchen müssen. Die bereitgestellten Informationen sollten positiv, motivierend, glaubwürdig, emotional ansprechend und visuell ansprechend präsentiert werden. Je einfacher der Zugang zu einem interessanten Programm ist, desto eher werden Workshops, Schulungen usw. genutzt (Nöhmer et al., 2013, S. 101f.). Dies soll mittels der Hypothese 1 überprüft werden.

H1: Die Häufigkeit der Kommunikation von Betrieblicher Gesundheitsfördermaßnahmen beeinflusst die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

Es deuten drei Faktoren auf eine erfolgreiche Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen hin einerseits das Geschlecht, ein erhöhtes Krankheitsrisiko und die

Einstellung der Führungskraft. Das heißt jüngere Personen, Frauen und Personen mit gesundheitlichen Problemen sind eher bereit an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilzunehmen (Robroek, van Lenthe, van Empelen & Burdof, 2009, S. NA; Sloan & Gruman, 1988, S. 269). Daher wird vermutet, dass ein Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht in Bezug auf die Inanspruchnahme von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen besteht.

H2: Gesunde Mitarbeiter:innen nehmen weniger häufig an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teil.

Damit Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen effektiv angenommen werden, ist es von Bedeutung, dass die Förderung der Gesundheit als eine Verantwortung des Managements und somit als integraler Bestandteil der Führungsaufgabe betrachtet wird. Die Führungskraft hat einen wesentlichen Einfluss durch ihr Führungsverhalten auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter:innen. Sie haben auch eine Vorbildwirkung und sollten auch frühe Warnzeichen von Überforderung ihrer Mitarbeiter:innen erkennen (Blattner & Mayer, 2018, S. 41f., Cox, Flaspöler, Hassard, Kazenas, Muylaert, Namysl & Wang, 2012, S. 9f., Nöhammer et al., 2013, S. 102).

Die Gruppe, der soziale Aspekt, spielt eine Schlüsselrolle in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die soziale Identität untermauert die Gruppenzugehörigkeit und diese spielt eine Schlüsselrolle bei der Entscheidung ob beispielsweise stressige Situationen ins Negative verändert werden oder ob ein Zusammenschluss mit anderen erfolgt, um die Situation zum Besseren zu verändern (Haslam & van Dick, 2011, S. 5f.). Durch die Gruppenzugehörigkeit ist nicht mehr nur alleine das Individuum für die Gesundheit zuständig, sondern die Gemeinschaften und Gruppen. Eine Person kann nur dann zu einer gesunden Person werden, wenn sich die Gruppe aktiv beteiligt und Pflichten ernst nimmt (Jetten, Haslam, Cruwys, Greenaway & Steffens, 2017, S. 789). Eine hohe Identifikation mit dem Unternehmen, der Arbeitsgruppe und den Arbeitskolleg:innen gehen einher mit besserer Gesundheit (Steffens, Haslam, Schuh, Jetten & van Dick, 2016, S. 306).

H3: Der soziale Aspekt, also die Unterstützung von der Unternehmensleitung, Führungskraft und den Kolleg:innen, beeinflusst die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen positiv.

In der Literatur gibt es unterschiedliche Belege ob das Alter und das Geschlecht überhaupt eine Rolle in der Betrieblichen Gesundheitsförderung spielen. Dazu gibt es

Studien die belegen, dass weibliche Personen sowie ältere Personen öfter an den Programmen teilnehmen als männliche Personen aber auch welche die das Gegenteil belegen (Terry et al. 2013, S. 385ff.).

H4: Das Alter spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

H5: Das Geschlecht spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

H6: Der Selbstkostenanteil an einer Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

H7: Je mehr Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen angeboten werden, desto höher ist auch die Mitarbeiter:innenbindung an das Betriebliche Gesundheitsförderprogramm.

3.2 Material und Instrumente

3.2.1 Design

Die eingangs genannte Forschungsfrage soll anhand der aufgestellten Hypothesen beantwortet werden. Dazu werden die Hypothesen im Zuge dieser Forschung verifiziert oder falsifiziert. Um dafür valide Aussagen treffen zu können, ist es zielführend eine möglichst große Stichprobe zu befragen. Die Forschung wird daher quantitativ mittels Online-Umfrage angelegt.

Die Studie kann als explanative Studie beschrieben werden, die auch deskriptive Statistik enthält. Es sollen vor allem Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge geprüft, also die Hypothesen bestätigt oder verworfen werden. In explanativen Studien ist es wichtig betreffend soziodemografische Variablen eine möglichst homogene Untersuchungsgruppe zu schaffen. Dies ist notwendig um etwaige Störvariablen (personengebunden) auszuklamern und eine hohe interne Validität zu gewährleisten (Döring & Bortz, 2016, S. 192ff.). Diese Studie beschäftigt sich daher mit Angestellten. Als Nachteil muss die externe Validität gesehen werden, denn eine allgemeine Generalisierbarkeit auf andere Personengruppen ist nicht möglich.

Erforscht werden soll, welche Einflussfaktoren Mitarbeiter:innen motivieren an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilzunehmen. Dabei handelt es sich außerdem um

eine Feldforschung und zudem um eine Querschnittstudie. Die Daten werden in Form einer Primäranalyse erhoben.

Mittels vollstandardisierter Online-Fragebögen sollen die Daten erhoben werden. Die Online-Befragung ist mittlerweile eine der wichtigsten Befragungstechniken. Als größter Vorteil wird die Effizienz des Verfahrens gesehen. Online-Befragungen sollen außerdem relativ kurzgehalten werden. Es wird davon ausgegangen, dass 10-15 Minuten nicht überschritten werden sollten. Dauert die Beantwortung der Fragen länger, muss damit gerechnet werden, dass Teilnehmer:innen abbrechen und dass die Datenqualität bei den letzten Fragen sinken kann. Nachteilig wird die Repräsentativität von Online-Umfragen gesehen, da nur Personen mit Internetzugang erreicht werden. Auch bei der Rücklaufquote muss mit höheren Verweigerungs- und Abbruchraten gerechnet werden. Überdies wächst die Zahl an Online-Umfragen, sodass Personen mittlerweile übersättigt sind und deshalb die Teilnahme an Online-Befragungen verweigern (Döring & Bortz, 2016, S. 414f.).

Die Online-Umfrage wurde gewählt um einerseits nicht nur die Teilnehmer:innenzahl zu steigern und eine möglichst breite Stichprobe zu erhalten, sondern auch andererseits um die Anonymität der Teilnehmer:innen zu wahren.

3.2.2 Fragebogengestaltung

Zur Erstellung des Fragebogens wurden zuerst valide Items und Skalen für die Messung der Variablen ausgewählt. Dabei wurden Items aus einem bereits bestehenden Fragebogen von Rongen, Robroek, van Ginkel, Lindeboom, Altink & Burdof (2014), sowie von Kilpatrick, Blizzard, Sanderson, Teale, Jose & Venn (2017) verwendet. Die ausgewählten Items beider Studien beschäftigen sich mit den Einflussfaktoren, die eine Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können.

Damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann, wurde der im Anhang angefügte Onlinefragebogen verwendet. Der Fragebogen umfasst 28 Fragen und gliedert sich in sieben Hauptteilbereiche:

- 1.) Allgemeine Fragen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung,
- 2.) Das Angebot von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Unternehmen,
- 3.) Die eigene Einstellung sowie das Verhalten zur Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen,

- 4.) Persönliche und berufliche Hürden,
- 5.) Die Treiber der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Gesundheit, Arbeit und Überzeugung),
- 6.) Das gewünschte Design von Betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen,
- 7.) Demografische Datenerhebung.

Die erste Seite des Fragebogens enthält eine kurze Einleitung, die den Zweck der Umfrage, die Gewährleistung der Anonymität und die geschätzte Dauer der Befragung umreißt.

Der erste Fragenblock beschäftigt sich mit allgemeinen Fragen zum Thema Betrieblicher Gesundheitsförderung, dabei geht es darum herauszufinden ob Betriebliche Gesundheitsförderung überhaupt in den jeweiligen Unternehmen angeboten wird. Danach soll erhoben werden ob an den Maßnahmen in den letzten 12 Monaten teilgenommen wurde und wie oft teilgenommen wurde. Die vierte Frage ist zukunftsgerichtet und gibt Antwort auf eine zukünftige Absicht an einer Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme teilzunehmen. Der erste Teil wird mit der Frage inwiefern eine etwaige Kostenbeteiligung an den Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen für die Mitarbeiter:innen akzeptabel ist, abgeschlossen.

Im zweiten Teil geht es hauptsächlich um die angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen. Eingangs wird danach gefragt, welche Maßnahmen angeboten werden. Außerdem wird nach der persönlichen Zufriedenheit mit dem Angebot gefragt. Bei Frage acht können mittels Mehrfachauswahl die persönlichen Angebote, die genutzt werden würden, gewählt werden. Als offene Abschlussfrage erfolgt die Begründung, warum keines der angebotenen Angebote in Anspruch genommen wird.

Anschließend werden im dritten Teilbereich mittels Zustimmungsskala die persönliche Wichtigkeit sowie das positive Empfinden der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen abgefragt. Auch die Unterstützung der Geschäftsführung, Führungskraft, Kolleg:innen und Familie soll bewertet werden. Abschließend geht es um die persönliche Einschätzung, ob es die Person schafft an Betrieblicher Gesundheitsfördermaßnahmen teilzunehmen.

Der vierte Teil befasst sich mit den persönlichen und beruflichen Hürden, die eine Teilnahme erschweren können. Die Frage 12 befasst sich damit inwiefern das Privat- und Berufsleben getrennt werden und damit auch gesundheitsfördernde Aktivitäten selbst organisiert werden. Und ob die Person es als Hürde betrachtet an Betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen aufgrund von Familie oder sonstigen Verpflichtungen nicht teilnehmen

zu können. Danach sollen der aktuelle Gesundheitszustand, eventuelle sprachliche Verständnisprobleme, die Arbeitszeit und die generelle Workload eine Teilnahme beeinflussen, bewertet werden.

Im fünften Fragenblock geht es darum die Treiber der Betrieblichen Gesundheitsförderung mittels Zustimmungsskala herauszufinden. Es geht hier um die Motive der Personen warum an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilgenommen wird. Dieser Teil beinhaltet auch Fragen zum persönlichen Empfinden, inwiefern Betriebliche Gesundheitsförderprogramme als Eingriff in die Privatsphäre betrachtet werden und des Weiteren ob Gesundheit als persönliche Angelegenheit betrachtet wird.

Im sechsten Fragenteil wird das Design von Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen hinterfragt, dabei wird mittels Zustimmungsskala angegeben ob individuelle Lösungen oder auch eine One-Size-Fits-All Lösung gewünscht sind. Hier wird nochmals der persönliche Kostenbeitrag sowie eine Teilnahme in der Arbeitszeit bewertet. Außerdem soll angegeben werden, inwiefern die angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen interessant und relevant sind. Und ob an diesen Maßnahmen bequem und einfach teilgenommen werden kann. Dieser Fragenteil wird einerseits durch die Häufigkeit der Information über Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen und andererseits durch die Angabe über welche Medien Personen über Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen informiert werden wollen, abgeschlossen.

Abschließend erfolgt die Abfrage von demografischen Daten wie das Geschlecht, das Geburtsjahr, das Land in dem gearbeitet wird, das Berufsbild, das Beschäftigungsausmaß, die Branche und die Betriebszugehörigkeit.

Die Onlinebefragung wurde mittels dem Online-Tool SoSci Survey erstellt und durchgeführt. Die Entscheidung für das Online-Tool SoSci Survey basiert auf positiven Erfahrungen, die bereits mit dem Tool gemacht wurden, seiner einfachen und unkomplizierten Handhabung sowie der kostenlosen Verfügbarkeit für akademische Forschung.

Die Datenerhebung erfolgte zuerst von 03.12.2023 bis 15.01.2024 dann in einer zweiten Erhebung von 05.02.2024 bis 29.02.2024 und die dritte und letzte Erhebung von 01.03.2024 bis 19.03.2024 um sicherzustellen, dass der Stichprobenumfang von $n=100$ erzielt werden kann. Für das Ausfüllen des Fragebogens mussten maximal zehn Minuten aufgewendet werden. Der Fragebogen wurde im eigenen Netzwerk und auf LinkedIn verteilt. Alle Teilnehmer:innen haben den Fragebogen in derselben Art und Weise präsentiert bekommen.

Fünf Personen nahmen an einem Pretest des Fragebogens teil. Der Schwerpunkt des Pretests lag darauf, die Fragestellungen verständlich zu machen. Die Rückmeldungen wurden in der endgültigen Fragebogenversion einbezogen.

Die Antwortformate im Fragebogen enthalten Mehrfachauswahlen um das größte mögliche Antwortspektrum zu erhalten, vereinzelt wurden offene Textfelder genutzt um Erklärungen der Teilnehmer:innen zu erhalten. Außerdem beinhaltete der Fragebogen auch Drop-Down Menüs, die bereits vorgefertigte Vorschläge zur Auswahl bereitstellten. Der größte Teil der Fragen wurde mittels einer 4-stufigen-Likert Skala beantwortet. Die 4-stufige Likert-Skala reicht von stimme gar nicht zu bis stimme voll zu. Typischerweise wird eine Likert-Skala ab 5-Stufen empfohlen, für diese Masterarbeit ist eine mittlere Auswahlkategorie jedoch nicht erheblich, da die Teilnehmenden sich klar auf eine Richtung positionieren sollen.

3.3 Analysen

Die Datenaufbereitung erfolgt mittels der Statistik Software SPSS (Version 29). Nach Bereinigung und Sortierung der Daten stehen die Datensätze in elektronischer Form für die Datenanalyse bereit. Es werden auch unvollständige, d. h. Datensätze mit fehlenden Werten inkludiert.

Auch zur Datenanalyse wird SPSS verwendet. Da es sich um eine explanative Studie handelt, wird primär die Datenanalyse mittels Signifikanztests erfolgen. Es erfolgt noch die Interpretation der analysierten Daten, die Hypothesen werden mittels unterschiedlicher Signifikanztests geprüft und abschließend wird die Forschungsfrage beantwortet.

Alle Variablen sowie die dazugehörigen Fragestellungen und Antwortformate können im Anhang (Codebuch) nachgeschlagen werden. Anhand der Schiefe und Kurtosis wurde die Normalverteilung überprüft, dies ist Voraussetzung für die Skalenbildung.

Zuerst werden die Daten auf unplausible und fehlerhafte numerische Angaben überprüft und leere Datensätze entfernt, um fehlerhafte Ergebnisse zu vermeiden (Döring & Bortz, 2016, S. 580f).

Alle nominal definierten Items wurden nicht in die explorative Statistik inkludiert (Item AL02, AL05, EN03, SD01, SD04), diese können nicht auf Normalverteilung, Median etc. geprüft werden.

Anschließend wird jede Skala einer Faktoren- sowie einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Mittels der Faktorenanalyse können Beziehungen zwischen Variablen identifiziert und verstanden werden, indem sie diese in gemeinsame Faktoren zusammengefasst werden. Dadurch werden Daten reduziert und vereinfacht, damit Muster und Strukturen in den Daten erkannt werden (Backhaus, Erichson, Gensler, Weiber & Weiber, 2022, S. 410; Döring & Bortz, 2016, S. 271, S. 695, S. 949).

Nach der Überprüfung der Daten auf Normalverteilung stellte sich heraus, dass einige der Daten eine schiefe Verteilung aufwiesen. Es wurde beschlossen, dass eine Schiefe zwischen -1 und +1 als akzeptabel für die Normalverteilung betrachtet wird. Daher wurden alle Daten, die außerhalb dieses Bereichs lagen, ausgeschlossen.

Im nächsten Schritt werden alle benötigten Items einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen. Danach wird die Reliabilitätsanalyse durchgeführt, um festzustellen, in welchem Maße die Items das spezifische Merkmal oder Konstrukt genau messen. Weiters wird das Cronbach's Alpha gerechnet. In der Literatur wird ein Wert für das Cronbach's Alpha von 0.65 bis 0.8 als ein akzeptabler Wert bezeichnet, Werte darunter deuten auf eine nicht reliable Skala hin. Werte ab 0,85 werden als exzellent bezeichnet (Field, 2017, S. 1044; Bonett & Wright, 2014, S. 3).

Skala „Mitarbeiter:innenbindung“

Die Items zur Mitarbeiter:innenbindung wurden mithilfe der Faktorenanalyse, gefolgt von Varimax und rotierter Komponentenmatrix berechnet. Es ist möglich, die Varianz mit einem Faktor von 69,71 % zu erklären, weshalb in der Folge eine Ein-Faktorenlösung verwendet wurde. Durch die Reliabilitätsanalyse ergab sich ein Cronbach Alpha von 0,84. Dieser Wert lässt sich als äußerst gut einstufen. Es wurde festgestellt, dass das Cronbach's Alpha durch den Ausschluss des Items VE01_01 von 0,84 auf 0,90 angehoben werden kann. Daher erfolgte eine Neuberechnung des Cronbach'schen Alphas, um den erhöhten Wert von 0,90 zu erzielen, der als exzellenter Wert bezeichnet werden kann.

Skala „Selbstkostenanteil“

Die Variablen zum Selbstkostenanteil wurden ebenfalls mittels Faktorenanalyse und anschließender Varimax-Rotation der Komponentenmatrix analysiert. Eine Ein-Faktorenlösung erklärt bereits 86,81 % der Varianz, weshalb diese für weitere Analysen herangezogen wurde.

Die Reliabilitätsanalyse ergab einen Cronbach's Alpha-Wert von 0,74, der als akzeptabel betrachtet wird. Das Entfernen eines Items führte nicht zu einer Verbesserung dieses Werts.

Für die Hypothese 6 wurde eine Skala aus den Items EN02_04 und dem rekodierten AL05 gebildet. Da die Antwortmöglichkeiten des AL05 nominal skaliert waren, wurden die Antworten "1=ja" zu "3 trifft eher zu" und "2=nein" zu "2 trifft eher nicht zu" umkodiert.

Skala „sozialer Aspekt“

Die Skala sozialer Aspekt wurden ebenfalls mittels der Faktorenanalyse sowie der Varimax und rotierenden Komponentenmatrix berechnet. Mit zwei Faktoren können insgesamt 44,54 % der Varianz erklärt werden. Auch hier wurde mit einer Ein-Faktorenanalyse weitergerechnet.

Die Reliabilitätsanalyse ergab ein Cronbach's Alpha von 0,67. Durch das Weglassen von Item FA03_01 kann ein Cronbach's Alpha von maximal 0,68 erreicht werden. Weshalb das Item weggelassen wird.

Abschließend werden die Skalen zusammengefasst und erneut auf Normalverteilung überprüft. Die Skala „Selbstkostenanteil“ ($M=2,63$, $SD=0,70$) weist eine Schiefe von $-0,38$. Bei der Skala „sozialer Aspekt“ ($M=2,51$, $SD=0,64$) liegt die Schiefe bei $-0,18$ und die Skala „Mitarbeiter:innenbindung“ ($M=2,81$, $SD=0,76$) weist eine Schiefe von $-0,486$ auf. Aufgrund der Verwendung einer 4-stufigen-Likert Skala liegt der Median für allen Skalen bei dem Wert 3.

3.4 Stichprobe

In dieser Studie ist eine Vollerhebung nicht möglich, da nicht alle Angestellten, white collar worker weltweit befragt werden können. Daher wird für diese Studie eine Stichprobe festgelegt. Um die Forschungsfrage adäquat beantworten zu können, ist es entscheidend, dass die ausgewählte Stichprobe repräsentativ ist, wofür mindestens 100 ausgefüllte Fragebögen benötigt werden. Um nicht Datenmaterial zu verlieren, werden zunächst alle, einschließlich der nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen, ausgewertet. Bei der Stichprobe handelt es sich um eine kombinierte Stichprobe, da die Fragebögen einerseits im eigenen Netzwerk und andererseits auf LinkedIn verteilt wurden.

Die kombinierte Stichprobenwahl wird deshalb gewählt, um Verzerrungen in der Stichprobenauswahl zu vermeiden. Die Auswahl erfolgt randomisiert, daher kann keine genaue Anzahl an beispielsweise Geschlechterdifferenzen vorhergesagt werden. Die befragten Personen sind unterschiedlichen demografischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Ausbildung, Arbeitsort und Berufserfahrung zuzuordnen und arbeiten in unterschiedlichen Positionen und Branchen. Hauptaugenmerk ist daher eine möglichst große Heterogenität unter den befragten Personen zu sichern. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

In der Forschungsfrage wurde bewusst auf eine regionale Begrenzung der Unternehmen verzichtet, da es im Forschungsgebiet wenig österreichische Studien und Artikel gibt. Um mögliche Parallelen zu internationalen Studien und Ergebnissen zu erkennen, soll die Forschungsfrage dahingehend offenbleiben. Ebenso wurde auf eine Einschränkung auf eine bestimmte Branche verzichtet.

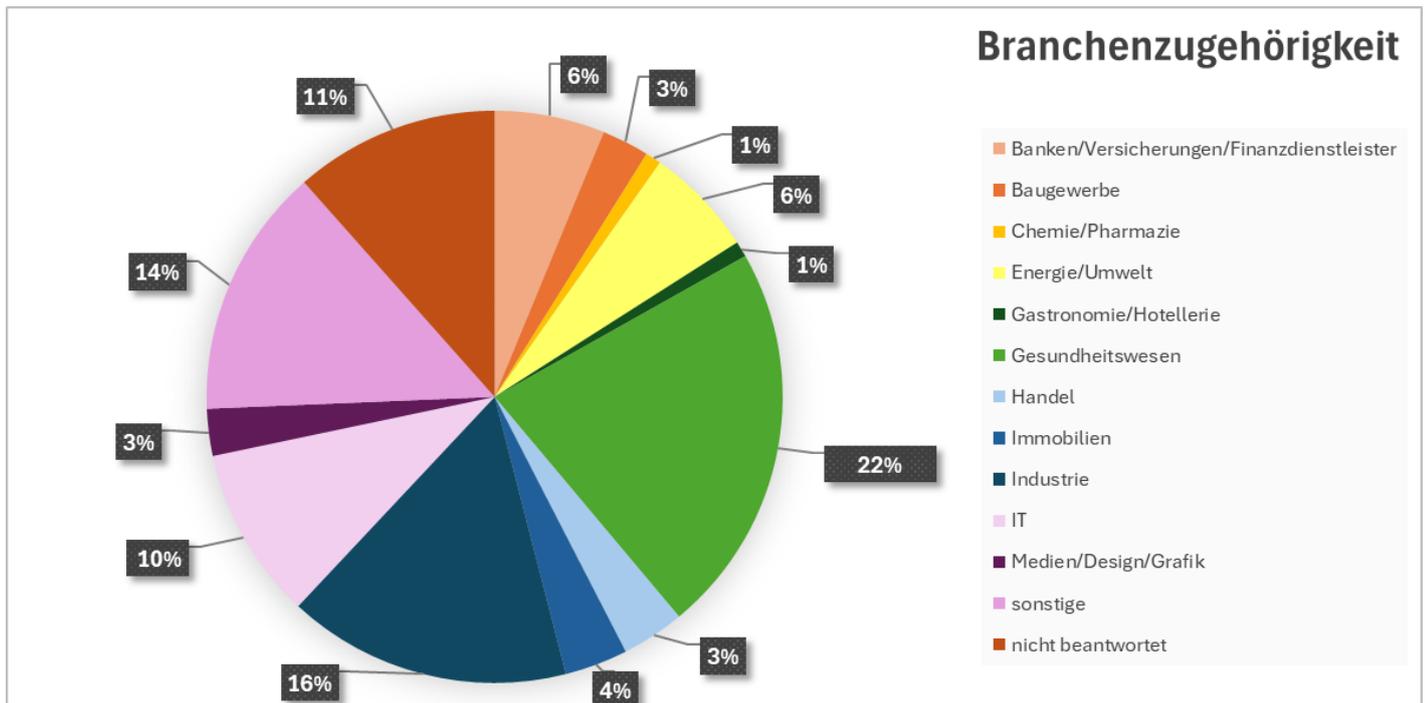
Der Fragebogen wurde von 114 Proband:innen ausgefüllt. 91 Teilnehmer:innen haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. 12 Personen haben den Fragebogen nur teilweise ausgefüllt. Es konnte ausgeschlossen werden, dass Arbeiter:innen und Beamt:innen an der Umfrage teilnehmen, da die Befragung in erster Linie an Angestellte und Führungskräfte gerichtet ist. Grundsätzlich werden alle Datensätze, einschließlich der unvollständig ausgefüllten Fragebögen, in die Auswertung einbezogen, da diese trotzdem wichtige Hinweise für einzelne Teilbereiche liefern können. Eine Person gab an Unternehmer:in zu sein, dieser Datensatz wird aus der Erhebung ausgeschlossen (Datensatz 63). Daher basiert diese Arbeit auf einer Teilnehmer:innenzahl von 113 Personen.

61 (54 %) weibliche und 38 (34 %) männliche Personen nahmen an der Umfrage teil, während von zwei Personen keine Geschlechtsangabe gemacht wurde. Die Geschlechtsverteilung der Teilnehmenden ist daher unausgewogen. Insgesamt wurden 12 Datensätze bezüglich des Alters nicht ausgefüllt. Das durchschnittliche Alter der Befragten liegt bei 38,7 Jahren. Zusätzlich zu diesen Daten wurde auch das Land, in dem die Teilnehmenden arbeiten, erhoben. Von den Befragten gaben 90 Personen an, in Österreich zu arbeiten, 9 in Deutschland und eine Person in den Niederlanden. Von den 113 Teilnehmenden gaben 93 an, Angestellte zu sein, während 20 sich als Führungskräfte identifizierten.

Von den befragten 113 Teilnehmer:innen gaben 66 Personen (66 %) an, in einem Vollzeit-Dienstverhältnis zu stehen. 34 Personen (34 %) sind hingegen in einer Teilzeitbeschäftigung tätig.

Es wurde von 100 Teilnehmer:innen auch die Branche, in der sie arbeiten angegeben.

Abbildung 7: Verteilung der Teilnehmer:innen nach Unternehmensbranche



In Bezug auf die Unternehmensbranche lässt sich erkennen, dass die Mehrheit der Befragten (22 %) im Bereich des Gesundheitswesens tätig ist. Ebenfalls haben 16 % der Teilnehmer:innen einen beruflichen Hintergrund in der Industrie. 14 % der Personen arbeiten in anderen Branchen als den zuvor genannten, während 12 % keine Angaben zur Branche gemacht haben. Von den Befragten gehören 10 % dem IT-Sektor an. Darüber hinaus sind jeweils 6 % in den Bereichen Energie/Umwelt und Banken/Versicherungen/Finanzen tätig. Insgesamt haben jeweils 4 % der Teilnehmer:innen aus dem Handels- und Immobiliensektor den Fragebogen ausgefüllt. 3 % aus dem Baugewerbe sowie dem Bereich Medien/Design/Grafik haben ebenfalls an der Umfrage teilgenommen, und 1 % gehört der Gastronomie/Hotellerie an.

Im letzten Abschnitt der Umfrage wurde die Betriebszugehörigkeit der einzelnen Teilnehmer:innen abgefragt. Die eingegebenen Jahre wurden entsprechend geclustert. Hierbei gaben 31 % der befragten Personen an, zwischen einem und zwei Jahren im Unternehmen beschäftigt zu sein, während 25 % bereits eine Betriebszugehörigkeit von drei bis fünf Jahre aufweisen. Für 13 % der Teilnehmer:innen liegt die Betriebszugehörigkeit zwischen sechs und zehn Jahren, und weitere 12 % sind bereits seit elf bis 15 Jahren für denselben Arbeitgeber tätig. 3 % der befragten Personen haben eine Betriebszugehörigkeit von 16 und 20 Jahren angegeben. Darüber hinaus gaben in der

Umfrage 4 % an, zwischen 26 und 30 Jahren sowie 2 % zwischen 31 und 35 Jahren für das Unternehmen tätig zu sein. Von 12 % der Personen wurden keine Angaben zur Betriebszugehörigkeit gemacht.

3.5 Durchführung der empirischen Untersuchung

Die Hypothesen werden mittels IBM SPSS Statistics (Version 29) berechnet. Um die Hypothesen dieser Masterarbeit zu überprüfen, wird von einem Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ ausgegangen. Die Hypothese wird bestätigt, sofern das Signifikanzniveau $p \leq 0,05$ beträgt, bei einem Signifikanzniveau von $p \geq 0,05$ wird die Hypothese hingegen verworfen. Als höchst signifikant werden Ergebnisse interpretiert die $p \leq 0,01$ aufweisen. Nachfolgend werden nun die Auswertungsmethoden der einzelnen Hypothesen näher erklärt, sowie die Gründe für die Wahl des Verfahrens vorgestellt. Mittels dem Entscheidungsbaum der Fern Universität Schweiz werden die einzelnen Verfahren ausgewählt (<https://etools.fernuni.ch/entscheidungsbaum/main.html>).

Hypothese 1, nimmt an, dass die Häufigkeit der Kommunikation von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen mit einer allgemeinen Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen positiv oder negativ zusammenhängt. Somit handelt es sich um einen gerichteten Zusammenhang. Es soll der Einfluss zwischen der dichotomen und nominal skalierten Variable untersucht werden. Dabei wird angenommen das die unabhängige Variable (Häufigkeit der Teilnahme) einen Einfluss auf die abhängige Variable hat. Der Chi-Quadrat-Test benötigt in jeder Zelle mehr als fünf Nennungen. Da angenommen wird, dass nicht in jeder Zelle fünf Nennungen enthalten sein werden, wird der Fisher-Exact-Test zusätzlich berechnet. Ergibt der Wert einen signifikanten Wert, so deutet das auf einen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen hin. Ein nicht signifikanter Wert bedeutet jedoch nicht, dass es keinen Zusammenhang gibt, es müssen auch andere Gründe in Betracht gezogen werden (z. B. eine zu kleine Stichprobe). Abschließend wird bei einem signifikanten Zusammenhang noch die Effektstärke mittels dem Cramver's V berechnet. Diese Effektstärke kann variieren zwischen 0 (kein Zusammenhang) und 1 (voller Zusammenhang).

Die Hypothese 2, beschäftigt sich damit, ob gesunde Mitarbeiter:innen ohne akute gesundheitliche Probleme, weniger häufig an Betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen teil-

nehmen. Auch diese Hypothese hat einen gerichteten Zusammenhang. Als unabhängige Variable (Testvariable) wird der Gesundheitszustand betrachtet, als abhängige Variable (Gruppenvariable) die Häufigkeit der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

Grundsätzlich sind Menschen entweder gesund oder krank (dichotom). In dem Fragebogen wurde diese Frage jedoch anhand einer Likert Skala abgefragt, daher handelt es sich bei der Testvariable um eine ordinalskalierte Variable. Die Testvariable ist ordinal skaliert und die Gruppierungsvariable ist eine dichotome Variable. Diese Hypothese wird anhand des Mann-Whitney-U-Test geprüft, dieser verlangt auch keine Normalverteilung der Daten.

Die dritte Hypothese befasst sich mit dem Einfluss des Umfeldes auf die Teilnahme an Betrieblicher Gesundheitsfördermaßnahmen. Bei der dritten Hypothese wird eine lineare Regression berechnet. Die abhängige Variable ist die Teilnahme an Betrieblicher Gesundheitsfördermaßnahmen, die unabhängige Variable ist die Skala sozialer Aspekt. Bei der abhängigen Variable handelt es sich um eine dichotome Variable. Die unabhängige Variable ist ordinal skaliert. Mittels einer linearen Regression wird der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen überprüft.

Die Hypothese 4 untersucht, ob das Alter einen Zusammenhang mit der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen hat. Bei dieser Hypothese handelt es sich um eine Unterschiedshypothese. Die abhängige Variable ist die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen und als unabhängige Variable wird das Alter definiert. Da das Alter in Jahren als intervallskalierte Variable vorliegt und die Teilnahme an der Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme mittels ja/nein erhoben wird (somit dichotom ausgeprägt ist), kann hier zur Berechnung der Chi-Quadrat-Test herangezogen werden. Da angenommen wird, dass nicht jede Zelle fünf oder mehr Nennungen aufweisen wird, was eine Voraussetzung für den Chi-Quadrat-Test ist, wird zusätzlich der Fisher-Exact-Test, sowie das Cramer's V berechnet.

Bei der Hypothese 5 soll der Einfluss des Geschlechts auf die Teilnahme an der Betrieblichen Gesundheitsförderung untersucht werden, daher handelt es sich um eine Unterschiedshypothese. Die abhängige Variable (Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen) ist dichotom, die unabhängige Variable (das Geschlecht) ist nominal

skaliert. Dabei handelt es sich um eine Variable, die in sogenannte Kategorien eingeteilt werden kann, die jedoch keiner natürlichen Reihenfolge folgt. Daher kann der Chi-Quadrat-Test bzw. Fisher-Exact-Test sowie das Cramer's V berechnet werden.

Die Hypothese 6 unterstellt einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen (abhängige Variable) und des Selbstkostenanteils (unabhängige Variable). Beide Variablen sind nominal skaliert. Auch zur Prüfung dieser Hypothese kann der Chi-Quadrat-Test sowie der Fisher-Exact-Test herangezogen werden. Abschließend wird auch hier das Cramer's V berechnet.

Die letzte Hypothese beschäftigt sich damit inwiefern ein umfangreiches angebotenes Betriebliches Gesundheitsförderprogramm die Mitarbeiter:innenbindung beeinflusst. Als abhängige Variable wird die Mitarbeiter:innenbindung definiert. Die unabhängige Variable ist die Anzahl an Maßnahmen, die angeboten werden. Da angenommen wird, dass die Anzahl der Angebote einen Einfluss darauf hat, wie stark die Mitarbeiter:innen an die Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen gebunden sind, je mehr Angebote es gibt desto zufriedener sind die Mitarbeiter:innen mit dem Betrieblichen Gesundheitsförderprogramm, wird diese Hypothese mittels einer Korrelation nach Pearson geprüft.

4 Ergebnisse

Dieser Abschnitt der Masterarbeit präsentiert die Ergebnisse, die in verschiedene Kategorien eingeteilt sind und dem Fragebogen entsprechen. Zunächst werden die allgemeinen Rahmenbedingungen, wie die Teilnahmequoten, das Angebot an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen sowie die individuelle Zufriedenheit mit den angebotenen Maßnahmen erläutert. Danach werden die Ergebnisse bezüglich persönlichen Verhaltens und der wahrgenommenen Unterstützung durch verschiedene Stakeholder dargestellt. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den Hindernissen, die eine Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen im Wege stehen könnten. Anschließend werden Faktoren untersucht, die die Teilnahme begünstigen. Abschließend werden die Ergebnisse zum Design von Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen erläutert.

4.1 Allgemeine Rahmenbedingungen

Insgesamt berichteten 77 % der Befragten, dass ihre Unternehmen Betriebliche Gesundheitsförderprogramme anbieten. 19 % der Teilnehmer:innen gaben an, dass solche Angebote in ihren Unternehmen nicht verfügbar sind. Von den insgesamt 109 Befragten, die die Frage nach der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen beantworteten, gaben 49,50 % an, an den angebotenen Maßnahmen teilzunehmen, während 50,50 % keine Angebote in Anspruch nehmen. Für die Zukunft planen 89,60 % der Befragten, Betriebliche Gesundheitsförderprogramme zu nutzen. Dies deutet darauf hin, dass ein Großteil der Mitarbeiter:innen ein Interesse an Betrieblicher Gesundheitsförderung hat und dies auch als wichtig erachtet. Die Teilnehmer:innen wurden nach der Häufigkeit der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen gefragt, dabei nahmen 70 Personen teil und gaben folgende Auskunft:

Tabelle 3: Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten; N= 70

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilgenommen?		
Antwortmöglichkeit	absolut	In %
Regelmäßig (mind. 1x im Monat)	9	13,00 %
alle 2 Monate	6	9,00 %
Quartalsweise	13	19,00 %
2x jährlich	13	19,00 %
1x jährlich	29	41,00 %

Jeweils 19 % der Befragten nehmen quartalsweise oder zwei Mal jährlich an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teil. Die Mehrheit mit 41 % gibt an sogar nur einmal jährlich an entsprechenden Maßnahmen teilzunehmen.

Die Unternehmen bieten eine Vielzahl an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen an, um das Wohlbefinden der Mitarbeiter:innen zu stärken. Dazu gehören Sportangebote, wie Firmenläufe, ermäßigte Fitnesscentermitgliedschaften, die 62 % der Befragten zur Verfügung stehen. 39 % der Teilnehmer:innen haben auch die Möglichkeit eine medizinische Diagnostik mit jährlichen Gesundheitschecks oder Blutspenden in Anspruch zu nehmen. Spezielle Programme wie Yoga, Pilates oder die Rückenschule können von 38 % der Teilnehmenden genutzt werden. 32 % gaben an auch ein Angebot an mentalen Gesundheitsmaßnahmen im Unternehmen bereitgestellt zu bekommen. 28 % der Proband:innen können von Ernährungsworkshops wie beispielsweise Kochkursen oder Vorträge zur gesunden Ernährung profitieren. Raucherentwöhnungsprogramme und

Wellnessangebote werden eher weniger angeboten. Lediglich 6 % der befragten Personen wussten nicht, welche Angebote es im Unternehmen überhaupt gibt. Im Durchschnitt (MW) hat jede Person drei Auswahlmöglichkeiten gewählt. In der nachfolgenden Tabelle 4 werden die absoluten Zahlen sowie die prozentuellen Werte dargestellt.

Tabelle 4: Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen die bereits angeboten werden; N=109

Welche Angebote werden in Ihrem Unternehmen angeboten? Bitte wählen Sie aus. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.		
Antwortmöglichkeit	absolut	in %
Ernährungsworkshops (z. B. Kochkurse, Hilfe bei Gewichtsabnahme, Vorträge zur gesunden Ernährung)	31	28,00 %
Raucherentwöhnung	18	17,00 %
Sportangebote (z. B. Firmenlauf, Fitnesscentermitgliedschaften)	68	62,00 %
Spezielle Programme (z. B. Yoga, Pilates, Rückenschule)	41	38,00 %
Medizinische Diagnostik (z. B. jährlicher Gesundheitscheck, Blutspenden)	42	39,00 %
Wellnessangebote (z. B. Massagen, Fußpflege)	12	11,00 %
Mentale Gesundheit (z. B. Resilienztraining, Atemübungen, Entspannungsübungen)	35	32,00 %
Weiß nicht	7	6,00 %
Sonstige	5	5,00 %

Auch bei der Frage welche Angebote würde die betreffende Person nutzen, stellte sich heraus, dass ein deutliches Interesse der Personen an verschiedenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen besteht. Besonders hervorzuheben ist die Nachfrage nach medizinischer Diagnostik (70 %). Die sportlichen Angebote würden 68 % der Befragten nutzen. Beide Zahlen deuten darauf hin, dass die Teilnehmenden großen Wert auf die Überwachung ihrer Gesundheit und körperlichen Fitness legen. Es würden spezielle Programme wie Yoga, Pilates und die Rückenschule von 63 % und Wellnessangebote (z. B. Massagen, Fußpflege) von 59 % der Befragten genutzt werden. Ebenso würden von 50,50 % Ernährungsworkshops und von 49,50 % Programme zum Erhalt und zur Stärkung der mentalen Gesundheit nutzen. 3 % der Teilnehmer:innen gaben an, keine Betriebliche Gesundheitsmaßnahme nutzen zu wollen. Die Möglichkeit eine Erklärung zu hinterlassen, warum keines der Angebote genutzt werden würde, wurde von sechs Personen genutzt. Interview Nummer 25 erklärte dabei: *„Weil Gesundheit was Persönliches ist und jeder für sich verantwortlich ist... nicht das Unternehmen“*. Interview Nummer 86: *„Hab gesundheitliche Probleme, kann nicht laufen beim Firmenlauf“*. Auch Interview Nummer 184 kommentierte wie folgt: *„uninteressant - mache Sport in Freizeit“*. Interview Nummer 134 ergänzte *„Nicht relevant“*. Weiters gab es auch positives Feedback entgegen der Fragestellung, Interview Nummer 173 schrieb: *„Weil es wichtig ist auf sich*

zu schauen.“ Und Interview Nummer 194 kommentierte: „Sport in der Gruppe macht Spaß! Abwechslung und neue Sportarten kennenlernen.“

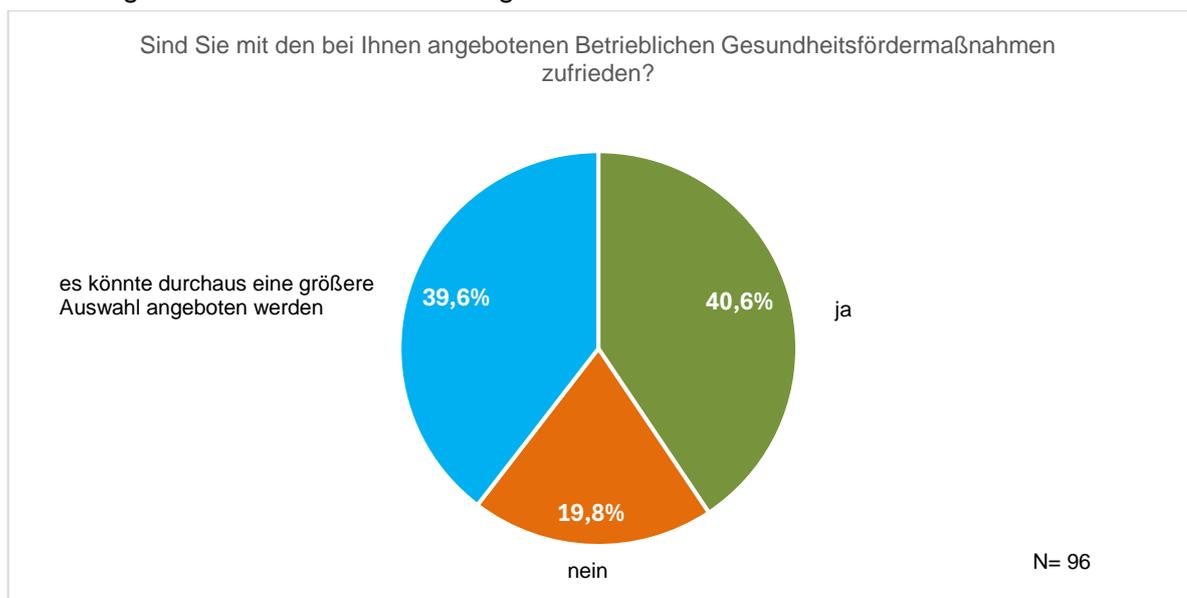
Trotzdem zeigen die Ergebnisse ein starkes Interesse an einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung. In der Tabelle 5 werden die Häufigkeiten der Nennung dargestellt.

Tabelle 5: Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen die genutzt werden würden; N=109

Welche Angebote würden Sie nutzen? Bitte wählen Sie aus. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.		
Antwortmöglichkeit	Absolut	in %
Ernährungsworkshops (z. B. Kochkurse, Hilfe bei Gewichtsabnahme, Vorträge zur gesunden Ernährung)	55	50,50 %
Raucherentwöhnung	1	1,00 %
Sportangebote (z. B. Firmenlauf, Fitnesscentermitgliedschaften)	74	68,00 %
Spezielle Programme (z. B. Yoga, Pilates, Rückenschule)	69	63,00 %
Medizinische Diagnostik (z. B. jährlicher Gesundheitscheck, Blutspenden)	76	70,00 %
Wellnessangebote (z. B. Massagen, Fußpflege)	64	59,00 %
Mentale Gesundheit (z. B. Resilienztraining, Atemübungen, Entspannungsübungen)	54	49,50 %
Keine Angebote	3	3,00 %

Danach wurde in diesem Themenblock noch nach der Zufriedenheit mit den angebotenen Maßnahmen gefragt. Diese Frage wurde von 96 Personen beantwortet. 40,60 % der befragten Personen sind mit dem Angebot an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen zufrieden. Fast genauso viele, nämlich 39,60 %, gaben an das eine größere Auswahl durchaus gewünscht sei. Lediglich 19,80 % sind mit dem Angebot überhaupt nicht zufrieden.

Abbildung 8: Zufriedenheit mit den angebotenen Maßnahmen



Zum Abschluss dieses Fragenblocks wurde noch die Bereitschaft der Teilnehmer:innen erfragt, einen finanziellen Beitrag zu Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen zu leisten. Von den insgesamt 100 Personen, die die Frage beantwortet haben, erklärten sich 60 % der Befragten dazu bereit, einen Teil der Kosten zu übernehmen. Für die verbleibenden 40 % ist jedoch die kostenlose Bereitstellung Betrieblicher Gesundheitsförderprogramme entscheidend. Diese Ergebnisse verdeutlichen die unterschiedliche Einstellungen und Erwartungen der Teilnehmer:innen bezüglich der Finanzierung von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

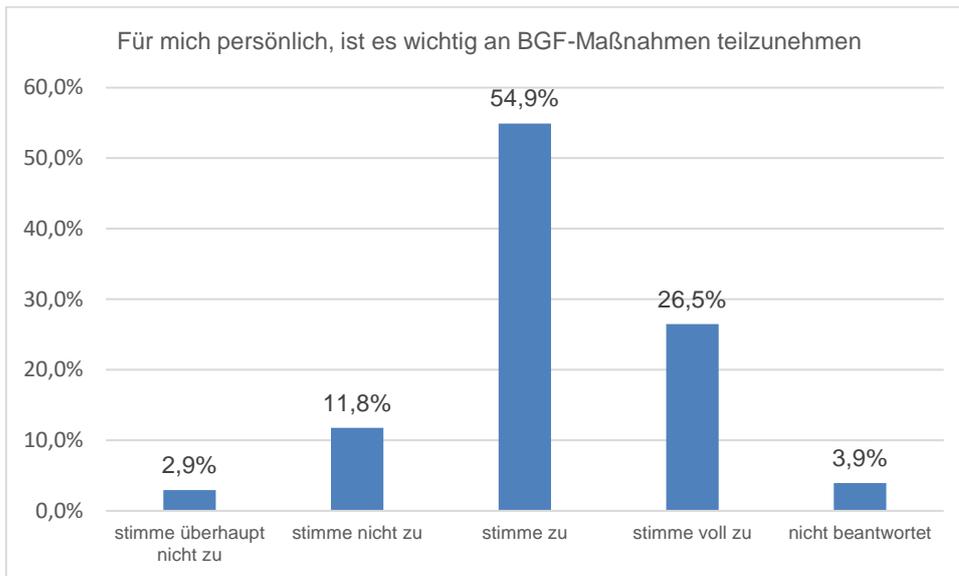
4.2 Verhalten und Unterstützung

Dieses Kapitel untersucht die Rolle der Stakeholder bei der Förderung der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen. Dabei werden insbesondere die Unterstützung der Unternehmensleitung, Führungskräften, Kolleg:innen, Familie und Freunden beleuchtet. Ebenso wird das individuelle Verhalten und die persönliche Einstellung zu Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Teilnahme betrachtet.

Insgesamt beteiligten sich 102 Personen an diesem Teil der Umfrage, indem sie mittels einer Likert-Skala von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“ antworteten. Die erste Frage untersuchte die Bedeutung der Unterstützung und Förderung Betrieblicher Gesundheitsfördermaßnahmen durch die Unternehmensleitung. Dabei stimmten 89,20 % der Befragten dieser Aussage eher zu oder stimmten voll zu. In Bezug auf die Unterstützung durch die Führungskraft konnten jedoch nur 38,20 % der Befragten auf diese zählen, während 44,10 % angaben, keine entsprechende Unterstützung zu erhalten. Die aktive Förderung zur Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen seitens der Kolleg:innen wurde nur von 5,90 % der Teilnehmer:innen festgestellt, während 52,00 % angaben, keine derartige Unterstützung zu erfahren. Für 61,80 % der Teilnehmer:innen hatte die Teilnahme ihrer Kolleg:innen an diesen Programmen keinen Einfluss auf die eigene Entscheidung. Weiterhin ermutigen Familie und Freundeskreis nicht aktiv zur Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen, wie 75,50 % angaben. Jedoch erklärten auch 14,70 % der Teilnehmenden, dass sie von der Familie und Freunden aktiv zur Teilnahme ermutigt werden.

Außerdem gaben mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmer:innen an, dass sie es schaffen würden, an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilzunehmen, wenn sie es wirklich wollen. Für 81,40 % der Befragten ist es persönlich wichtig, an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilzunehmen (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Persönliche Einschätzung der Wichtigkeit der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen



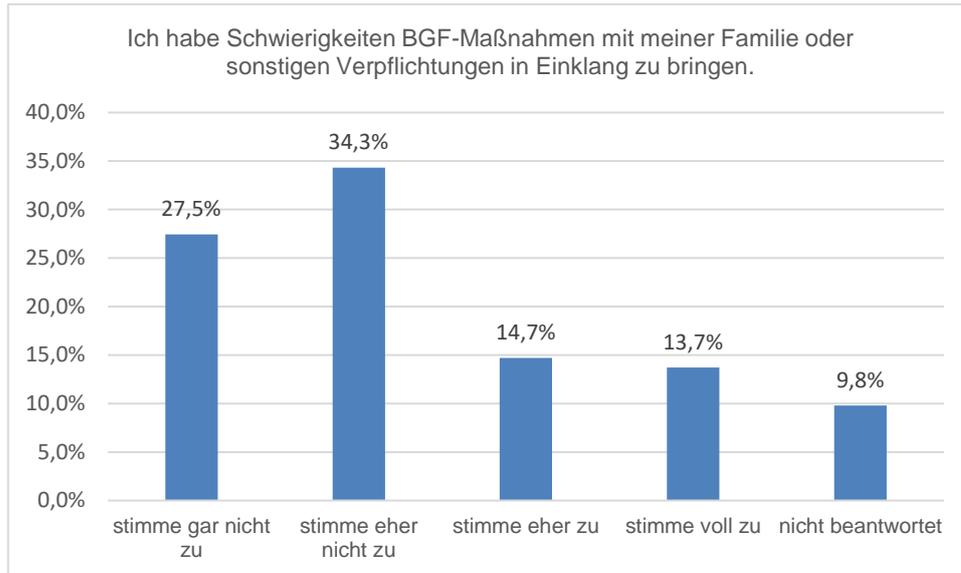
Abschließend wurde nach dem persönlichen Empfinden gefragt, ob Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen angenehm und positiv wahrgenommen werden. Dabei stimmten 82,40 % eher zu sowie voll zu. Lediglich 7,80 % stimmten der Aussage nicht zu.

4.3 Negative Einflussfaktoren

Dieser Abschnitt der Arbeit behandelt die Ergebnisse zu den Barrieren und Hindernissen, die die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen beeinträchtigen können. Dabei werden diese Einflussfaktoren unterteilt in Privat- und Berufsleben, Gesundheit sowie die Arbeit an sich. Auch dieser Abschnitt wurde von 102 Personen mittels einer Likert-Skala von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“ beantwortet.

Mehr als zwei Drittel der Befragten Personen (78,40 %) bevorzugen es das Berufs- und Privatleben zu trennen. 12,70 % der Befragten organisieren sich gesundheitsfördernden Aktivitäten selbst. Allerdings möchte sich ein Drittel der Befragten nicht selbst darum kümmern. 61,80 % der Teilnehmer:innen gaben an, dass sie keine Schwierigkeiten haben private Verpflichtungen und Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen in Einklang zu bringen, während 28,40 % dies als Herausforderung betrachten (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: BGF-Maßnahmen und Verpflichtungen im Einklang



In der folgenden Kategorie wurde der Gesundheitszustand abgefragt. 93,10 % der Teilnehmer:innen gaben an gesund zu sein, während lediglich 6,90 % dieser Aussage nicht oder eher nicht zu stimmten. Der hohe Prozentsatz der als gesund eingestuften Personen lässt vermuten, dass sich nur sehr wenige Personen in ärztlicher Behandlung befinden und dieser Wert daher eher gering ausfällt. 85,30 % gaben an, nicht in ärztlicher Behandlung zu sein. Diese hohen Werte werden nochmals durch die persönliche Einschätzung ihres Wohlbefindens unterstützt, wobei 77,50 % angaben, sich wohlfühlen. 21,60 % bestätigten, dass sie sich eher unwohl fühlten, sich jedoch nicht in ärztlicher Behandlung befinden.

Im letzten Abschnitt dieses Fragenblocks werden primär die Arbeitszeit, sprachliche Barrieren und die Arbeitsbelastung der Teilnehmer im Zusammenhang mit der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen behandelt.

64,70 % der Teilnehmenden können trotz ihrer Arbeitszeiten an Betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen teilnehmen. Im Gegensatz dazu ist es für 27,50 % der Personen eher nicht bis gar nicht möglich, entsprechende Angebote in Anspruch zu nehmen. Für 87,30 % stellen sprachliche Barrieren kein Hindernis zur Teilnahme dar. Allerdings gaben 8,80 % der Befragten an, dass sprachliche Verständnisprobleme sie daran hindern teilzunehmen. Nur 25,50 % der Teilnehmer:innen können aufgrund der hohen Arbeitsbelastung nicht an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilnehmen, aber 67,70 % können trotz ihrer individuellen Arbeitslast problemlos teilnehmen.

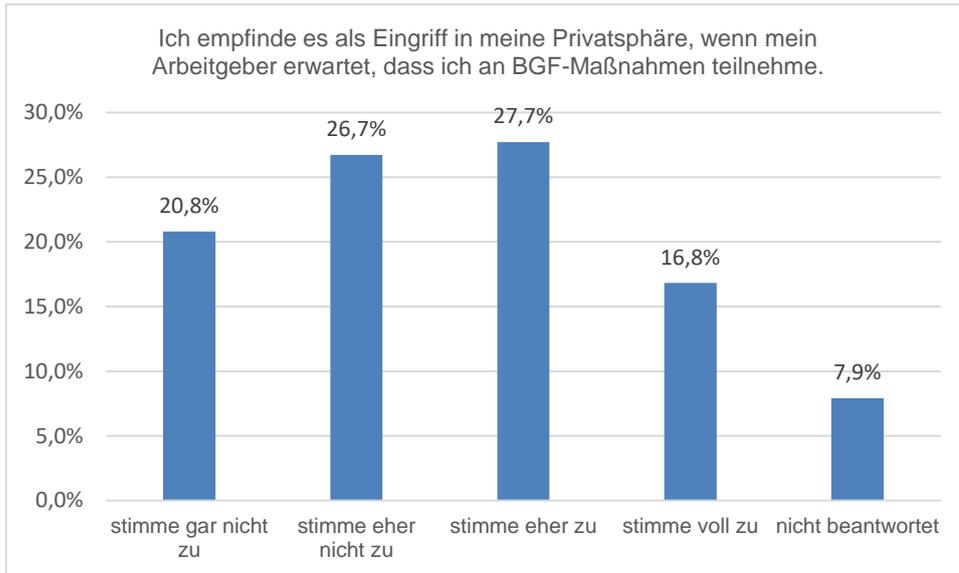
4.4 Positive Einflussfaktoren

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den positiven Einflussfaktoren auf die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen näher dargestellt. Auch hier wurden im Fragebogen Kategorien gebildet, die die Gesundheit, die Arbeit und die eigenen Werte betreffen. Insgesamt haben 101 Personen diesen Teil des Fragebogens ausgefüllt.

98 % der Befragten gaben an, ihren Gesundheitszustand zumindest erhalten zu wollen. 94,10 % wollen ihren persönlichen Gesundheitszustand sogar verbessern und 94,10 % halten Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen für sinnvoll. 57,40 % der Teilnehmer:innen empfinden es als angenehm, gemeinsam mit den Kolleg:innen an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen, während 24,80 % dem überhaupt nicht zustimmen und 17,80 % diese Frage nicht beantworteten. Nur 5,90 % der Befragten gaben an, dass ihre Vorgesetzten erwarten, dass an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilgenommen wird, während 70,30 % dem nicht zustimmten. Auch die Annahmen, dass Kolleg:innen erwarten, dass man persönlich an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnimmt, wurde nur von 6,90 % bestätigt, wohingegen 69,30 % dem widersprachen. Positiv bewerteten 54,50 % der Befragten, dass die Führungskraft versucht, die Gesundheit der Mitarbeitenden durch Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen zu verbessern. Diese Frage wurde jedoch von knapp 34,70 % der Umfrageteilnehmer unbeantwortet.

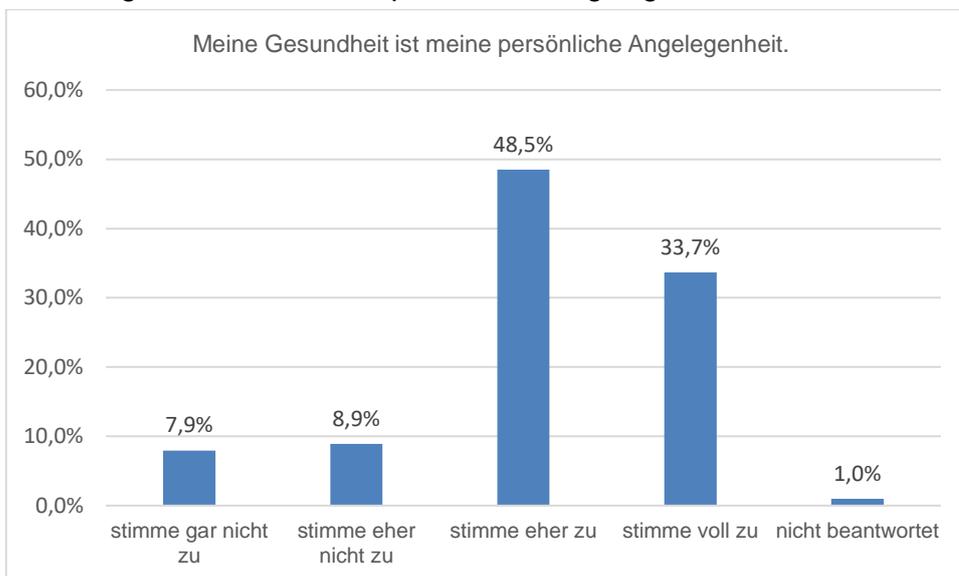
Für 16,80 % ist die Erwartungshaltung des Unternehmens an einer Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme teilzunehmen, ein Eingriff in die Privatsphäre, weitere 27,70 % stimmen dem auch eher zu. Für den Großteil der Befragten Personen ist dies jedoch nicht der Fall (insgesamt 47,50 %) wie aus Abbildung 11 ersichtlich ist.

Abbildung 11: Eingriff in die Privatsphäre



Mehr als zwei Drittel der Befragten geben an, dass die eigene Gesundheit eine persönliche Angelegenheit ist, wohingegen 16,80 % dem nicht zustimmten.

Abbildung 12: Gesundheit ist persönliche Angelegenheit



4.5 Kommunikation und Design

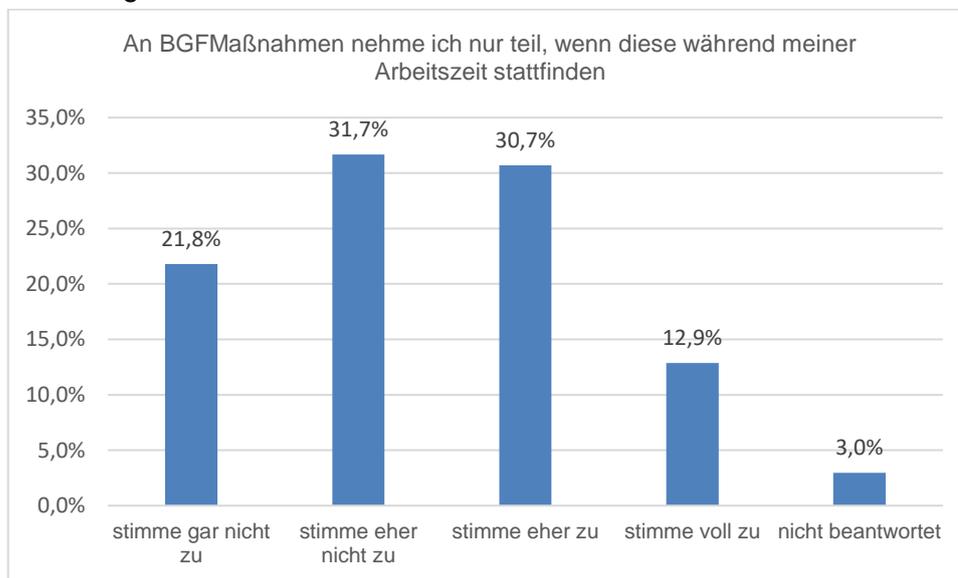
Im abschließenden Abschnitt des Fragebogens wurden die Art und Häufigkeit der Kommunikation von Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen sowie das Design der Maßnahmen untersucht. Beim Design wurde insbesondere untersucht, ob individuelle

Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen gegenüber einer standardisierten Lösung bevorzugt werden und wie die persönliche Einschätzung der bereits angebotenen Maßnahmen ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass 71,30 % der Befragten an der Entscheidung über die angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen beteiligt sein möchten, während dies für 25,70 % nicht relevant ist. Des Weiteren möchten 76,20 % der Teilnehmer:innen individuelle gesundheitsfördernde Maßnahmen in Anspruch nehmen, während 21,80 % dem nicht zustimmen. Bezüglich einer standardisierten Lösung gaben 59,40 % an, dass diese für sie nicht ausreichend sei, während 37,60 % eine solche Lösung als ausreichend betrachten.

Eine große Mehrheit (77,20 %) der Befragten ist der Meinung, dass die angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen die persönliche Gesundheit und das Wohlbefinden positiv beeinflussen. Auch die Mehrheit (70,30 %) bestätigte, dass die angebotenen Maßnahmen die individuelle Gesundheit unterstützen. Hinsichtlich der Bereitschaft, einen Teil der Kosten für Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen selbst zu tragen, zeigten sich 62,40 % der Befragten dazu bereit. In Bezug auf die Teilnahme außerhalb der Arbeitszeit würden 53,50 % der Teilnehmer:innen auch in ihrer Freizeit an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilnehmen, während 43,60 % nur während der Arbeitszeit teilnehmen würden (siehe Abbildung 13).

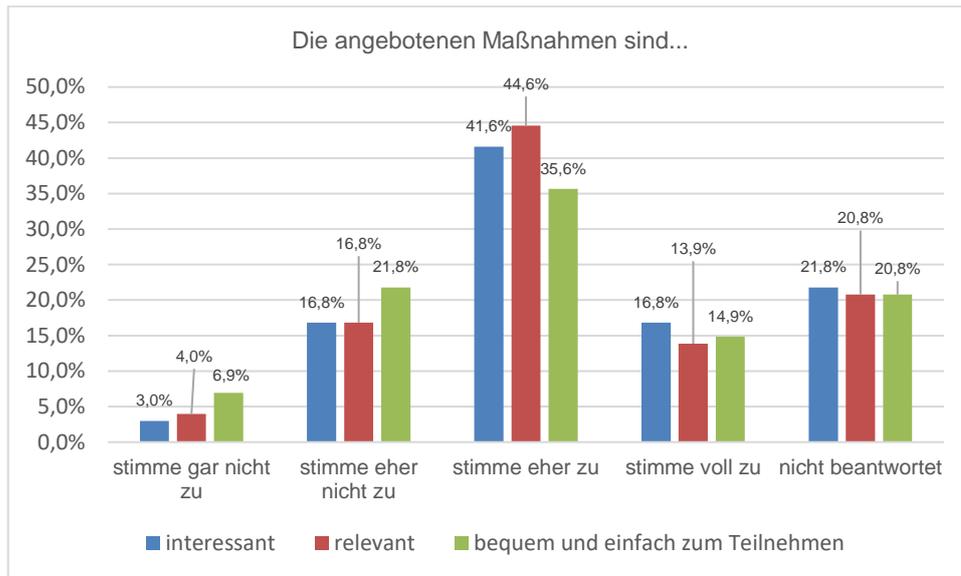
Abbildung 13: Teilnahme während der Arbeitszeit



Der nächste Abschnitt des Fragebogens konzentriert sich auf die vorhandenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen und zielt darauf ab, zu bewerten, wie interessant und relevant diese Maßnahmen für die einzelnen Teilnehmer:innen sind, sowie ob die

Teilnahme bequem und einfach erfolgen kann. Etwa 20 % der Teilnehmer:innen haben diese drei Fragen nicht beantwortet. Von den Befragten bewerteten 58,40 % die vorhandenen Maßnahmen als interessant und relevant. Zusätzlich stimmten 50,50 % der Aussage zu, dass die Teilnahme an den angebotenen Maßnahmen bequem und einfach ist. Genauere Auswertungsdaten sind in Abbildung 14 dargestellt.

Abbildung 14: Bewertung der angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen



Von den befragten Personen bevorzugen 64,40 % eine monatliche Information über die angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen, für 18,80 % könnte die Kommunikation auch zwei-wöchentlich und für 11,90 % der Teilnehmer:innen sogar wöchentlich erfolgen.

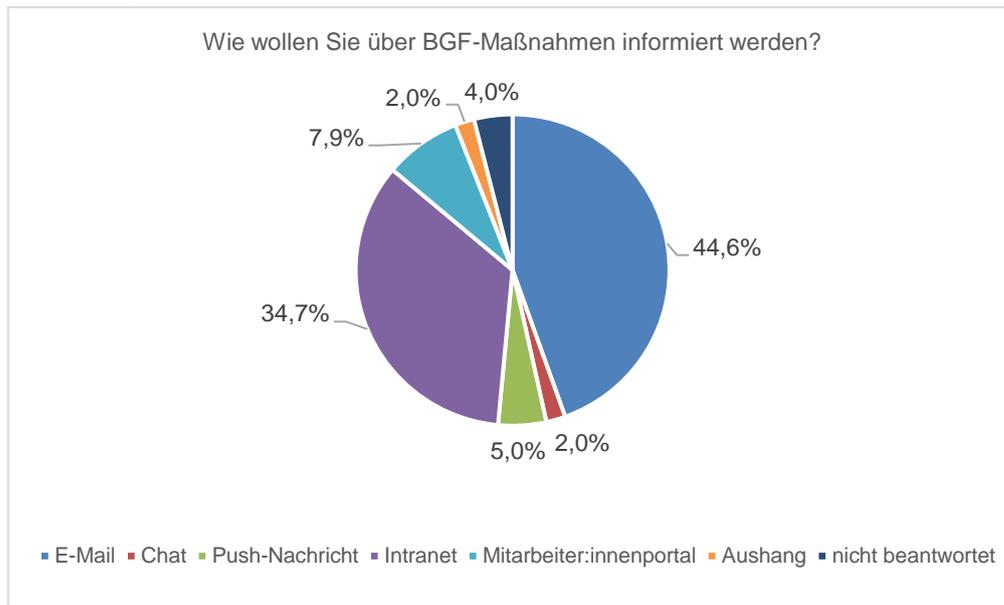
Tabelle 6: Häufigkeit der Kommunikation der Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen; N=101

Wie oft wollen Sie über BGF-Maßnahmen informiert werden?		
Antwortmöglichkeit	Absolut	in %
Täglich	1	1,00 %
1 x wöchentlich	12	11,90 %
2 x wöchentlich	19	18,80 %
Monatlich	65	64,40 %
nicht beantwortet	4	4,00 %

44,60 % der Befragten bevorzugen über E-Mail Neuigkeiten zu Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen zu erhalten. 34,70 % wollen darüber im Intranet informiert werden. Eine Chat-Nachricht, Push-Nachricht, das Mitarbeiter:innenportal oder der Aushang

werden nur von sehr wenigen Personen (jeweils unter 10 %) als Informationsmedium gewünscht. Die Auswertung wird in Abbildung 15 dargestellt.

Abbildung 15: Informationsmedium



4.6 Überprüfung der Hypothesen

H1: Die Häufigkeit der Kommunikation von Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen beeinflusst die Teilnahme an Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen.

Die vorliegende Hypothese (H1) postuliert einen Einfluss der Kommunikationshäufigkeit von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen auf die Teilnahme an eben diesen Maßnahmen. Zur Untersuchung dieser Hypothese wurden die Antworten auf das Item EN03, welches die gewünschte Häufigkeit der Kommunikation erfasst, mit dem Item VAR00001 analysiert. Dieses Item wurde aus den Antworten AL04_01, AL04_02, AL04_03, AL04_04 sowie dem Item AL04_05 gebildet.

Um die Hypothese zu prüfen, wurde zunächst der Chi-Quadrat-Test angewendet. Da jedoch in mehr als 20 % der Zellen eine erwartete Häufigkeit von weniger als fünf auftrat, wurde anschließend der Fisher-Exact-Test durchgeführt. Das Chi-Quadrat ergab einen Wert von 16,76. Das Ergebnis des Fisher-Exact-Test liegt bei 14,318. Dieses Ergebnis zeigt einen Signifikanzwert von 0,210, was darauf hinweist, dass die Hypothese abgelehnt werden muss. Demnach besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen und der Häufigkeit ihrer Kommunikation. Das Cramer's V liegt bei 0,298 und der Phi Wert bei 0,516, was

bedeutet das auch hier kein starker Zusammenhang besteht. Somit muss Hypothese 1 als widerlegt betrachtet werden.

Tabelle 7: Ergebnisse der Hypothese 1 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Pearson-Chi-Quadrat	16,760 ^a	12	0,159	0,153		
Likelihood-Quotient	15,729	12	0,204	0,209		
Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton	14,318			0,210		
Zusammenhang linear-mit-linear	2,038 ^b	1	0,153	0,157	0,088	0,016

Die Stichprobengröße sollte kritisch betrachtet werden und könnte zu klein sein, um einen signifikanten Zusammenhang nachzuweisen.

H2: Gesunde Mitarbeiter:innen nehmen weniger häufig an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teil.

Die zweite Hypothese beschäftigt sich mit der Teilnahme von gesunden Personen an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen. Diese Hypothese wird anhand der Items AL02 (Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen) und dem Item BA02_01 (ich bin gesund) betrachtet. Das Item BA02_01 ist nicht normalverteilt, da rund 93,00 % der Befragten angaben gesund zu sein. Aufgrund der Schiefe dieses Items darf mit keinen parametrischen Verfahren weitergerechnet werden, weshalb der Mann-Whitney-U-Test zur Anwendung kommt. Dieses statistische Verfahren kann auch bei schiefverteilten Daten verwendet werden.

Das Ergebnis des Mann-Whitney-U-Tests zeigt eine Asymptotische Signifikanz von 0,066, was knapp über dem üblichen Signifikanzniveau von 0,05 liegt. Dies deutet darauf hin, dass der Unterschied in der Teilnahme zwischen gesunden und kranken Mitarbeiter:innen nicht signifikant ist.

Um die Effektstärke zu bewerten, wurde r berechnet. $r = Z/\sqrt{N}$. Die Effektstärke r beträgt 0,1839, was auf eine moderate Effektstärke hinweist. Trotz des nicht signifikanten Ergebnisses des Mann-Whitney-U-Tests deutet diese Effektstärke darauf hin, dass ein gewisser Unterschied in der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen zwischen gesunden und kranken Mitarbeiter:innen besteht.

Insgesamt muss die Hypothese 2 aufgrund des nicht signifikanten Ergebnisses und der moderaten Effektstärke verworfen werden.

Tabelle 8: Ergebnisse der Hypothese 2 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)

Mann-Whitney-U- Test				
	Teilnahme	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gesundheitszustand	ja	49	45,72	2240,5
	nein	51	55,09	2809,5
	Gesamt	100		
Teststatistiken ^a				
	BA02_01			
Mann-Whitney-U-Test		1015,5		
Wilcoxon-W		2240,5		
Z		-1,839		
Asymp. Sig. (2-seitig)		0,066		
a Gruppenvariable: AL02				

H3: Der soziale Aspekt, also die Unterstützung von der Unternehmensleitung, Führungskraft und den Kolleg:innen, beeinflusst die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen positiv.

Die abhängige Variable, Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen ist nominal skaliert, während die unabhängige Variable, die Skala „sozialer Aspekt“ ordinal skaliert ist. Da die unabhängige Variable normal verteilt ist, kann mittels parametrischen Verfahrens weitergerechnet werden. Bei der Hypothese 3 wurde mittels einer linearen Regression geprüft, ob die Variable „Teilnahme“ basierend auf der unabhängigen Variable Skala „sozialer Aspekt“ vorhergesagt werden kann.

Die Skala „sozialer Aspekt“ wurde eingehend auf Normalverteilung geprüft, weshalb mit einem parametrischen Verfahren weitergerechnet werden darf. Zur Prüfung der Hypothese wurde eine Regression berechnet.

Der Korrelationskoeffizient R beträgt 0,334, und besagt somit, dass es einen eher schwachen bis moderaten positiven Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen und dem sozialen Aspekt gibt. Das Bestimmtheitsmaß (R-Quadrat) liegt bei 11,10 %, das bedeutet, dass ca. 11,10 % der

Varianz in der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen durch die Variable „sozialer Aspekt“ erklärt werden können. Die ANOVA zeigt, dass die Regression statistisch signifikant ist ($F(1,97) = 12,169$, $p < 0,001$). Der Beta-Wert beträgt $-0,334$. Die Koeffizienten sind statistisch signifikant ($p < 0,001$), und weisen somit darauf hin, dass der soziale Aspekt einen signifikanten, jedoch moderaten negativen Einfluss auf die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen hat.

Die Hypothese 3 wird daher falsifiziert.

Tabelle 9: Ergebnisse der Hypothese 3 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)

Koeffizienten ^a						
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
1	(Konstante)	2,158	0,196		11,008	0,000
	sozialerAspekt_GES	-0,263	0,075	-0,334	-3,488	0,001

a. Abhängige Variable: Teilnahme

H4: Das Alter spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

Zur Prüfung dieser Hypothese wird der Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Als AV (abhängige Variable) wird die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen (Item AL02) definiert. Die UV (unabhängige Variable) bildet das Alter (Item SD04_01). Dieses Item wird neu berechnet, da das Geburtsjahr abgefragt wurde jedoch nicht, das Alter in Jahren.

Da auch bei dieser Auswertung 62 Zellen Werte kleiner 5 enthalten, wird der Fisher-Exact-Test zusätzlich durchgeführt. Dieser zeigt einen Wert von 37,05 und eine Signifikanz von 0,064. Da das Signifikanzniveau mit 0,05 definiert wurde, kann kein Zusammenhang zwischen Alter und Teilnahme angenommen werden. Das Cramer's V liegt bei 0,601 was eine mittlere Effektstärke und somit eine bedeutsame Beziehung zwischen dem Alter und der Teilnahme belegt.

Die Hypothese 4 wird daher abgelehnt.

Tabelle 10: Ergebnisse der Hypothese 4 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Pearson-Chi-Quadrat	39,422 ^a	30	0,117	0,068		
Likelihood-Quotient	51,744	30	0,008	0,066		
Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton	37,105			0,064		
Zusammenhang linear-mit-linear	3,487 ^b	1	0,062	0,062	0,032	0,002

H5: Das Geschlecht spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

Auch bei dieser Hypothese wird die AV (abhängige Variable) als Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen (Item AL02) und die UV (unabhängige Variable) das Geschlecht (Item SD01) definiert. Die Prüfung dieser Hypothese erfolgt mittels Chi-Quadrat Test. Beide Variablen haben jeweils nur zwei Ausprägungen, die Teilnahme wird dichotom mit ja/nein beantwortet und das Geschlecht wurde jeweils mit männlich und weiblich beantwortet. Es gab keine Nennung von „divers“.

Der Chi-Quadrat Test zeigt einen Wert von 0,391 mit einem Freiheitsgrad an. Die Signifikanz beträgt 0,532, die darauf hindeutet, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen gibt. Das Cramer's V liegt bei 0,063 somit liegt nur ein sehr schwacher Zusammenhang zwischen Geschlecht und Teilnahme an einer Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme vor.

Die Hypothese 5 wird daher falsifiziert.

Tabelle 11: Ergebnisse der Hypothese 5 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)

Chi-Quadrat-Tests					
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,391 ^a	1	0,532		
Kontinuitätskorrektur ^b	0,174	1	0,677		
Likelihood-Quotient	0,391	1	0,532		
Exakter Test nach Fisher				0,677	0,339
Zusammenhang linear-mit-linear	0,387	1	0,534		

Auch hier sollte die Stichprobengröße (Geschlechterverteilung) kritisch betrachtet werden.

H6: Der Selbstkostenanteil an einer Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme spielt eine Rolle bei der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen.

Die Hypothese 6 wird ebenfalls mittels Chi-Quadrat Test geprüft. Als AV (abhängige Variable) bleibt weiterhin die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen (Item AL02) definiert. Als UV (unabhängige Variable) wird die Skala „Selbstkostenanteil“ betrachtet. In die Testung wird der Exact-Fisher-Test inkludiert.

Der Exact-Fisher-Test zeigt einen Wert von 7,782 mit einer Signifikanz von 0,207. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass es keinen signifikanten Zusammenhang, zwischen den selbst getragenen Kosten und einer Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen gibt. Das Cramer's V liegt bei einem Wert von 0,274, was keinen starken Zusammenhang zwischen den beiden Variablen zeigt.

Daher wird auch diese Hypothese verworfen.

Tabelle 12: Ergebnisse der Hypothese 6 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Pearson-Chi-Quadrat	8,045 ^a	6	0,235	0,202		
Likelihood-Quotient	9,069	6	0,170	0,196		
Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton	7,782			0,207		
Zusammenhang linear-mit-linear	1,689 ^b	1	0,194	0,213	0,110	0,024

H7: Je mehr Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen angeboten werden, desto höher ist auch die Mitarbeiter:innenbindung an das Betriebliche Gesundheitsförderprogramm.

Die Skala Mitarbeiter:innenbindung an Betriebliche Gesundheitsförderprogramme wird als abhängige Variable betrachtet. Als unabhängige Variable wird die Anzahl der angebotenen Programme definiert. Die Annahme besteht darin, dass die Häufigkeit der Angebote einen Einfluss darauf hat, wie stark die Mitarbeiter:innen an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen gebunden sind.

Diese Annahme wird mithilfe einer Pearson Korrelation untersucht. Die Pearson Korrelation untersucht, ob die beiden Variablen zusammenhängen.

Die Korrelationsanalyse zeigt eine Pearson-Korrelation von 0,180 zwischen der Anzahl der Maßnahmen (OF01_01) und der Mitarbeiter:innenbindung (Skala Mitarbeiter:innenbindung). Da der Pearson-Korrelationskoeffizient positiv ist, deutet dies auf einen positiven Zusammenhang zwischen den beiden Variablen hin, was bedeutet, dass eine höhere Anzahl von Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit einer höheren Mitarbeiter:innenbindung verbunden ist. Die Signifikanz des Korrelationskoeffizienten beträgt 0,106 (zweiseitig), was über dem üblichen Signifikanzniveau von 0,05 liegt. Dies deutet jedoch darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen nicht signifikant ist.

Die Hypothese 7 kann aufgrund des Signifikanzniveaus nicht bestätigt werden.

Tabelle 13: Ergebnisse der Hypothese 7 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)

Korrelationen			
		OF01_01	MABin- dung_GES
OF01_01	Pearson-Korrelation	1	0,180
	Sig. (2-seitig)		0,106
	N	113	82
MABin- dung_GES	Pearson-Korrelation	0,180	1
	Sig. (2-seitig)	0,106	
	N	82	82

5 Diskussion und Ausblick

Das letzte Kapitel dieser Masterarbeit fasst und interpretiert die Resultate des Theorie- teils und der empirischen Untersuchung zusammen. Daraufhin erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage, die Ableitung praktischer Handlungsempfehlungen und die Darstellung der Einschränkungen der durchgeführten Studie.

In dieser Masterthesis sollten die Erfolgsfaktoren der Betrieblichen Gesundheitsförder- programmen aus Mitarbeiter:innensicht erhoben werden, um daraus für Unternehmen wichtige Handlungsempfehlungen abzuleiten. Des Weiteren wurden die Einflussfaktoren: Alter und Geschlecht sowie der persönliche Gesundheitszustand erhoben und untersucht, ob diese die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen erhöhen können.

5.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage kann anhand der Ergebnisse aus der Umfrage sowie aus den Hypothesen beantwortet werden. Alle Hypothesen mussten verworfen werden.

Zunächst wurde untersucht, ob die Häufigkeit der Kommunikation einen Einfluss auf die Teilnahme an den Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen hat. In der Literatur wird die Kommunikation, als ein erfolgsentscheidender Faktor betrachtet. Dabei sollte die kommunizierte Information für die Mitarbeiter:innen nicht mühsam zum Auffinden sein, denn je einfacher der Zugang zu einem interessanten Betrieblichen

Gesundheitsförderprogramm ist, desto eher werden die Programme auch genutzt (Nöhammer et al., 2013, S. 101f.). Es wird dazu geraten eine zielgruppenorientierte Kommunikation zu verwenden (Grossmeier et al., 2020, S. 7). Diese Studie hat ergeben, dass die Befragungsteilnehmer:innen über Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen monatliche mittels Email oder via Intranet informiert werden möchten. Ein geringer Anteil an Personen hält eine wöchentliche bis zwei-wöchentliche Information auch als angemessen, deshalb kann es auch hier von Vorteil sein, unternehmensspezifisch zu entscheiden. Die Häufigkeit der Kommunikation hat jedoch keinen Einfluss auf die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen per se.

Drei Faktoren weisen auf eine erfolgreiche Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen hin: das Geschlecht, ein erhöhtes Krankheitsrisiko und die Einstellung der Führungskraft. Dies bedeutet, dass jüngere Personen, Frauen und Personen mit gesundheitlichen Problemen eher bereit sind, an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilzunehmen (Robroek et al., 2009, S. NA; Sloan & Gruman, 1988, S. 269).

Dahingehend wurde untersucht ob gesunde Mitarbeiter:innen weniger häufig an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilnehmen. Mehr als 90 % der befragten Personen gaben an gesund und in keiner ärztlichen Behandlung zu sein. Für 98 % der Teilnehmer:innen ist es wichtig den eigenen Gesundheitszustand zumindest zu erhalten, was auch darauf schließen lässt, dass das Thema „Gesundheit“ als relevant empfunden wird. Die angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen beeinflussen die persönliche Gesundheit und das Wohlbefinden positiv und unterstützen somit dabei die eigene Gesundheit zu verbessern oder zu erhalten. Die eigene Gesundheit wird von den Befragten als persönliche Angelegenheit betrachtet. Als kontrovers wird von den Teilnehmer:innen jedoch betrachtet, ob es als Eingriff in die Privatsphäre gesehen werden kann, wenn das Unternehmen erwartet, dass an den Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilgenommen werden soll. Dazu wird in der Literatur empfohlen eine Teilnahme auf freiwilliger Basis zu präferieren (Nöhammer, Schusterschitz & Stummer, 2006, S. 102). Gesunde Mitarbeiter:innen nehmen weniger häufig an Betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen teil, dass kann auch daran liegen, dass der allgemeine Lebensstil bereits gesünder und bewusster ist und entsprechende Programme für diesen Personenkreis daher gar nicht mehr von Interesse sind. Damit Menschen mit gesundheitlichen Problemen an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilnehmen können, ist es wichtig zu erheben, welche Angebote gewünscht werden oder überhaupt möglich sind für Personen die bereits an einer Krankheit leiden.

Im Anschluss daran wurde der Fokus auf den sozialen Aspekt gelegt, das heißt es wurde untersucht, ob die soziale Identität und somit die Gruppenzugehörigkeit mit der Teilnahme an Betrieblicher Gesundheitsförderung korreliert. Menschen definieren sich durch Gruppenzugehörigkeit, dabei geht es nicht unbedingt um das „Ich“, sondern um das „Wir“. Sie sind Teil einer bestimmten Gruppe (z. B. Akademiker:innen, Läufer:innen) und daher unterscheiden sie sich von anderen Gruppen (z. B. Psycholog:innen, Fußballspieler:innen). Dadurch sind Menschen auch motiviert das eigene Verhalten, die Werte und Glaubenssätze an diese Gruppe anzupassen. Die soziale Identität kann sich über die Zeit verändern (Haslam & van Dick, 2011, S. 13ff.). Die Gruppenzugehörigkeit kann bereichern und Menschen durchaus stärker und gesünder machen, denn die Gruppe kann den Selbstwert erhöhen. Das Zugehörigkeitsgefühl wird verstärkt, sie gibt Sinn und Kontrolle (Jetten et al., 2017, S. 793). Die Unterstützung durch das Unternehmen und die Führungskraft wird als einer der stärksten Einflussfaktoren zur Teilnahme betrachtet (Grossmeier et al., 2020, S. 6). Die Hälfte der befragten Personen empfindet es als angenehm mit den Kolleg:innen gemeinsam an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen. Es wird auch von mehr als 50 % als äußerst positiv empfunden, dass die Führungskraft versucht durch Betriebliche Gesundheitsförderprogramme die Gesundheit der Mitarbeiter:innen zu verbessern. Die Erwartungshaltung des Unternehmens, dass Mitarbeiter:innen an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilnehmen, stellt auch für den Großteil der Befragten keinen Eingriff in die Privatsphäre dar. In der vorliegenden Studie konnte jedoch nach Prüfung der Hypothese kein Zusammenhang zwischen dem sozialen Aspekt und einer aktiven Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen gefunden werden.

Danach wurde untersucht, ob das Geschlecht die Teilnahme an Betrieblicher Gesundheitsförderung beeinflusst. Die Literaturrecherche hat ergeben, dass es dazu keine eindeutige Aussage gibt. Es können Studien gefunden werden, die postulieren, dass bestimmte Maßnahmen eher von weiblichen Personen genutzt werden als von Männern (Terry et al. 2013, S.385ff., Zok, 2009, S. 91). Dieser Studie zufolge können jedoch keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

Die Literatur besagt außerdem, dass Unternehmen, die ältere Personen beschäftigen öfter auch sehr umfassende und gut integrierte Betriebliche Gesundheitsförderprogramme anbieten, da angenommen wird, dass der Bedarf an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen bei diesen Personen höher ist (Grossmeier et al., 2020, S. 7). Die Erwerbstätigenquote von älteren Personen (55 bis 64 Jahre) lag im Jahr 2023 bei 57,30 %. Im Vergleich dazu im Jahr 2022 lag der Wert um 0,9 Prozentpunkte darunter (Statistik

Austria, <https://www.statistik.at>). Im Jahr 2040 werden 53,00 % der österreichischen Bevölkerung älter als 45 Jahre sein (Statistik Austria, <https://www.statistik.at>). Durch den Austritt der Generation Babyboomer aus der Erwerbstätigkeit verlieren Unternehmen qualifizierte Mitarbeiter:innen, daher ist es notwendig als Unternehmen auf die Gesundheit von älteren Mitarbeiter:innen zu achten, um diese so lange wie möglich in der Erwerbstätigkeit zu halten. Das Ergebnis dieser Studie legt nahe, dass das Alter keinen relevanten Einfluss auf die Teilnahme an Betrieblicher Gesundheitsförderung hat.

Oft kann beobachtet werden, dass Menschen das Verhalten ihrer Mitmenschen nachahmen. Es wurde jedoch bisher wenig erforscht, ob es einen bestimmten Schwellenwert für die Beteiligungsraten in Unternehmen gibt, bei dem eine kritische Masse von Personen innerhalb einer Alters- oder Geschlechtsgruppe ein schneeballartiges Interesse und eine zunehmende Teilnahme an Programmen auslöst. Der sogenannte Herdeneffekt bei der Teilnahme an Betrieblicher Gesundheitsförderung wird besonders verstärkt, wenn die Belegschaft eines Unternehmens bereits von einer bestimmten Geschlechtsgruppe dominiert wird (Terry et al., 2013, S. 389).

Anschließend wurde untersucht, ob eine Beteiligung an den Kosten für Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen eine Rolle spielt. Die Mitarbeiter:innen sind grundsätzlich bereit einen Teil der Kosten für Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen selbst zu tragen. Dabei ist es wichtig für Mitarbeiter:innen, an der Auswahl des Programmes eingebunden zu sein und ein möglichst individuelles, auf die eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse abgestimmtes Programm geboten zu bekommen.

Abschließend wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Angebote und einer erhöhten Mitarbeiter:innenbindung festgestellt werden kann. Die angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen spielen eine Rolle, denn diese sollten nicht nur relevant für die Mitarbeiter:innen sein, sondern auch einfach zum Teilnehmen. Generell würden 76 % medizinische Diagnostikprogramme nutzen, wenn diese angeboten werden würde. Beliebt sind außerdem Sportangebote und spezielle Programme wie Pilates, Yoga oder Rückenschule. Die Teilnehmer:innen der Studie sind sich nicht einig, ob das angebotene Betriebliche Gesundheitsförderprogramm zufriedenstellend ist oder es noch erweitert werden könnte. Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass eine höhere Anzahl an Angeboten nicht unbedingt mit einer höheren Mitarbeiter:innenbindung einher geht.

Zusammenfassend benötigt es ein individuelles, zielgruppenorientiertes und inklusives Betriebliches Gesundheitsförderprogramm, das eine Auswahl an verschiedenen Angeboten bietet. Die Unterstützung der Unternehmensleitung ist ein unbedingtes Muss, aber

auch die Führungskraft sollte entsprechende gesundheitsfördernde Maßnahmen setzen und sich der eigenen Vorbildrolle bewusst sein. Der soziale Aspekt muss nicht unbedingt vorrangig betrachtet werden, kann aber für Menschen ausschlaggebend sein an Betrieblicher Gesundheitsförderung teilzunehmen. Die Arbeitszeit, sprachliche Barrieren und die Arbeitslast stellen bei den Befragten keinen Grund dar, nicht an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen, d. h., wenn wirklich teilgenommen werden möchte, dann ist das auch machbar. Auch die private Situation, Familie oder sonstige Verpflichtungen stellen kein Hindernis zur Teilnahme dar. Die Studie zeigt außerdem, dass für die Mitarbeiter:innen ein Selbstkostenanteil durchaus in Ordnung ist, es ist auch möglich Betriebliche Gesundheitsförderprogramme außerhalb der Arbeitszeit anzubieten. Das Bewusstsein für die Wichtigkeit der persönlichen Gesundheit ist vorhanden, es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass Gesundheit eine persönliche Angelegenheit ist. Es bedarf jedoch immer einer Verhaltensänderung, um einen Lebensstil oder Gewohnheiten zu Gunsten von gesünderen Lebensweisen aufzugeben. Ajzen und Fishbein stellten fest, dass persuasive Botschaften, die an den Überzeugungen bezüglich spezifischer Verhaltensergebnisse anknüpfen, die geeignete Maßnahmen sind, um Verhalten in die gewünschte Richtung zu lenken (Faselt & Hoffmann, 2010, S. 72).

5.2 Handlungsempfehlung

Bereits bei der Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsförderungs-Konzeptes, ist es wichtig alle Mitarbeiter:innen zu inkludieren, deshalb muss auch das Augenmerk auf die Definition von Zielgruppen gelegt werden. Zu berücksichtigen gilt es den Bildungs- und beruflichen Status aber auch das Alter, Geschlecht und die ethnische Herkunft. Denn Studien zeigen, dass vor allem Personen, die einen geringen sozio-ökonomischen Status haben, häufiger an gesundheitlichen Problemen leiden. Weiters sollte auch die Lebensphase, in der sich die Mitarbeiter:innen befinden berücksichtigt werden, denn beispielsweise auch Teilzeitmitarbeiter:innen sollen die Möglichkeit haben an den Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen teilzunehmen (Blattner & Mayer, 2018, S. 32ff.). Die Vereinbarkeit von Schichtdiensten, Familie und sonstigen privaten Verpflichtungen mit Gesundheitsfördernden Maßnahmen kann herausfordernd sein und sollte von den Unternehmen spezielle Aufmerksamkeit erhalten.

Im Theorieteil wurde bereits näher darauf eingegangen, dass eine Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen einen höheren Wirkungsgrad hat (Blattner & Mayer, 2018, S. 25). Betreffend die Auswahl an Maßnahmen ist es deshalb vor

allem ratsam die Belegschaft mit einzubeziehen und die Wünsche und Bedarfe direkt von den Mitarbeitenden zu erheben. Dies kann speziell für jüngere Mitarbeiter:innen ein wichtiger Faktor zur Teilnahme sein (Terry et al., 2013, S. 390). Wie auch die zugrundeliegende Masterarbeit bestätigt, wollen Mitarbeiter:innen mitentscheiden welche Programme angeboten werden, damit ein möglichst individuelles Programm erstellt werden kann. Außerdem ist eine effektive Kommunikation von Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen von hoher Relevanz.

Weiters kann es auch sinnvoll sein, um die Teilnahme an den Maßnahmen des Betriebliche Gesundheitsförderprogrammes zu erhöhen, diese zu belohnen. Das kann - gegliedert nach Altersgruppen oder nach der Bereitschaft die eigene Einstellung zu ändern, - nach erfolgreicher Teilnahme erfolgen (Terry et al., 2013, S. 390). Dabei können beispielsweise Laufshirts mit Firmenlogo, Handtücher oder ermäßigte Wellnessgutscheine helfen, um die Motivation zur Teilnahme zu steigern.

Die Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung bieten ein geeignetes Anwendungsfeld für Nudging. Denn sowohl das Gesundheitssystem als auch Unternehmen und die handelnden Menschen selbst leiden unter den negativen Folgen gesundheits-schädlichen Verhaltens, wie beispielsweise Arbeitsunfällen und Volkskrankheiten. Die menschlichen Denkfehler wurden bisher bei der Entwicklung von Angeboten, Maßnahmen oder Kampagnen nur unzureichend berücksichtigt. Nudging als Instrument setzt an tatsächlichen Entscheidungsmustern der Beschäftigten an, die im Alltag häufig Entscheidungen für oder gegen ihre Sicherheit und Gesundheit treffen. Dabei wird nicht vom idealtypisch handelnden Menschen ausgegangen. Das Ziel von Nudging im betrieblichen Kontext ist es, die sicherheits- und gesundheitsbewusste Entscheidung zur leichteren Wahl zu machen. Mit dieser Perspektive können Maßnahmen und ihre Gestaltung sinnvoll berücksichtigt werden (Eichhorn & Ott, 2019, S. 2). Mittels kleiner Nudges, wie beispielsweise die Treppen, statt den Lift zu nehmen, oder Snack-Automaten mit gesunden Produkten zu befüllen, können Menschen relativ einfach in eine „gesündere“ Richtung bewegt werden.

Wie aus der Literatur hervorgeht, ist die Unterstützung der Führungskraft enorm wichtig, daher sollten Führungskräfte einerseits geschult werden zum Thema Führungsstil, Stress und Resilienz und andererseits sollte ihnen bewusst sein, dass sie eine Vorbildfunktion einnehmen.

Weiters könnte es auch helfen, dem Betrieblichen Gesundheitsförderprogramm einen animierten, hippen und coolen Namen zu geben und ein frischeres Branding abgestimmt

auf das eigene Unternehmen zu finden, um die Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen zu erhöhen.

Betriebliche Gesundheitsförderung zeigt nicht nur Wertschätzung den Mitarbeitenden gegenüber, sondern auch, dass sich das Unternehmen um die Gesundheit der Mitarbeiter:innen kümmert.

Als Conclusio dieser Arbeit kann mitgenommen werden, dass in Unternehmen mit einer hohen Leistungskultur die Gesundheit fest in der Unternehmenskultur verankert ist. Mitarbeiter:innen zeigen gesunde Verhaltensweisen und haben weniger gesundheitliche Risiken. Diese Unternehmen weisen auch eine höhere Produktivität auf. Die Betriebliche Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Mitarbeiter:innen dabei zu unterstützen, gesunde Verhaltensweisen zu erlernen. Dies erfordert eine Bewusstseinsbildung, Steigerung der Motivation, Entwicklung von Fähigkeiten sowie die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen in der Arbeitsumgebung, um gesundes Verhalten zur einfachsten Wahl zu machen. Ein gut aufgesetztes Betriebliches Gesundheitsförderprogramm ist daher ein Win-Win-Win - für alle Mitarbeitenden, da ihre Gesundheit erhalten wird und ihnen Wertschätzung entgegengebracht wird. Ein Win für das Unternehmen, da Produktivität und Leistungsfähigkeit in den Fokus rücken und ein Win für die Gesellschaft, da Gesundheitskosten gesenkt werden können.

5.3 Grenzen der Arbeit

Im Rahmen dieser Masterarbeit, insbesondere im empirischen Teil, wurden die Daten von 113 Teilnehmer:innen untersucht. Daher muss darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse nur eingeschränkt auf die österreichische Gesamtpopulation übertragen werden können. Die Stichprobe war zu klein, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Für zukünftige Erhebungen sollte daher ein breiteres Publikum angesprochen werden, indem das gesamte verfügbare Netzwerk (beruflich, privat und universitär) einbezogen wird. Die Umfrage wurde über LinkedIn geteilt. Die Teilnahme an der Umfrage könnte durch die Vergabe von niedrigwertigen Geschenkgutscheinen erhöht werden.

Es wurde ein standardisierter Fragebogen verwendet, der hauptsächlich mit Rating-Skalen und Drop-Down-Menüs gestaltet war, um eine einfache und schnelle Teilnahme zu ermöglichen. Freie Textfelder wurden vorwiegend für demografische Daten genutzt. Dennoch haben 12 Personen den Fragebogen nur teilweise ausgefüllt, wobei die

Abbruchrate hauptsächlich auf den Seiten zwei und vier lag. Dies wirft die Frage auf, ob die Fragen missverständlich formuliert waren oder das Thema für diese Personen nicht relevant war. Um solche Probleme zu vermeiden, sollten der Titel und der Einleitungstext der Umfrage präziser formuliert werden. Es könnten auch weitere Filterfragen eingeführt werden, um nicht relevante Personen direkt an das Ende der Umfrage zu leiten.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass Personen, die das Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen oder ablehnen, eher an der Umfrage teilgenommen haben, was die Ergebnisse in eine positive bzw. negative Richtung verzerren könnte. Außerdem könnten auch Personen, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten an den Tag legen, nicht teilgenommen haben, weil Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen für diesen Personenkreis nicht relevant sind.

Die Verwendung einer 4-stufigen Likert-Skala stellte eine Herausforderung dar. In der Literatur wird empfohlen, eine Skala mit fünf bis sieben Abstufungen zu verwenden. Obwohl eine Normalverteilung erreicht werden konnte, führte die 4-stufige Skala zu einer schiefen Verteilung bei einigen Fragen. Dies könnte sowohl auf die Stichprobengröße als auch auf die Formulierung der Fragen zurückzuführen sein. Zukünftig könnte die Verwendung einer anderen Skala erwogen werden, um solche Probleme zu vermeiden.

Die Daten wurden hauptsächlich mit dem Chi-Quadrat-Test ausgewertet, wobei der Fisher-Exact-Test zusätzlich angewendet wurde, da einige Zellenwerte unter fünf lagen. Aufgrund von Verteilungsproblemen konnten daher parametrische Verfahren nicht angewendet werden. Dies könnte darauf hinweisen, dass die Fragestellung nicht optimal war.

Angesichts dieser Einschränkungen sollten die Ergebnisse kritisch betrachtet werden. Für zukünftige Forschung könnte es interessant sein, den Einfluss eines Selbstkostenanteils auf das Image der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu untersuchen. Außerdem könnte geprüft werden, ob die Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen als Benefit wahrgenommen werden und ob sie bei der Jobauswahl eine Rolle spielen. Darüber hinaus könnte die Betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Effekt auf die Arbeitgeber:innenmarke haben. Da das Gesundheitsbewusstsein steigt und die ältere Belegschaft länger im Unternehmen gehalten werden muss, könnte Betriebliche Gesundheitsförderung zukünftig ein Entscheidungskriterium für eine:n Arbeitgeber:in sein.

Erklärung über den Einsatz generativer KI und KI-gestützter Technologien in der Masterarbeit

Während der Vorbereitung dieser Arbeit benutzte ich, Barbara Nagl, das Tool

- ChatGPT Version 3.5, um meine eigenen Texte/Worte umformulieren zu lassen
- ResearchRabbit um mir einen Überblick über die Literatur zu verschaffen.

Nach der Verwendung dieses Tools habe ich den Inhalt sorgfältig überprüft. Ich übernehme die volle Verantwortung für den Inhalt.

6 Literaturverzeichnis

- Ajzen, Icek (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In Kuhl, Julius /Jürgen, Beckmann (Hrsg.). Action control: From cognition to behavior (S. 11-39). Berlin: Springer.
- Ajzen, Icek (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and human decision processes* 50, S. 179-211.
- Armitage, Christopher/Conner, Mark (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytical review. *Journal of Social Psychology* (2001), 40, S. 471-499.
- Backhaus, Klaus/Erichson, Bernd/Gensler, Sonja/Weiber, Rolf/Weiber, Thomas (2022). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 17. Auflage. Springer Gabler Verlag.
- Barthelmes, Ina/Bödeker, Wolfgang/Sörensen, Jelena/Kleinlercher Kai-Michael/Odoy, Jennifer (2019). Iga-Report.40. Hrsg: Initiative Gesundheit und Arbeit (iga).
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovsky Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Hrsg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- BKK Bundesverband/ENWHP Geschäftsstelle (Hrsg.) (2009). *Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung*.
- Blattner, Andrea/Mayer, Martin (2018). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (6. Auflage). Hrsg: Österreichisches Netzwerk für BGF. Wien.
- Bonett, Douglas G./Wright, Thomas A. (2014). Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *Journal of Organizational Behavior*, 36 (1), S. 3-15.
- Brodersen, Sören/Lück, Patricia (2018). *Iga.Wegweiser Bewegte Arbeitswelt*. Hrsg: Initiative Gesundheit und Arbeit (iga).
- Brown, Rupert (2019). The social identity approach: Appraising the Tajfellian legacy. *British Journal of Social Psychology* (NA).
- Chu, Cordia/Breucker, Gregor/Harris, Neil/Stitzel, Andrea/Gan, Xingfa/Gu, Xuegi/Dwyer, Sophie (2000). Health promoting workplaces – international settings development. *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 2, Page 155- 167.

- Cox, Tom/ Flaspöler, Eva/Hassard, Juliet/Kazenas, Anna/Muylaert, Karen/Namysl, Anna/Wang, Dandan (2012). Motivation for employers to carry out workplace health promotion. European Agency for Safety and Health at Work.
- Daniels, Kevin/Watson, David/Gedikli, Cigdem (2017). Well-Being and the Social Environment of Work: A Systematic Review of Intervention Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Döring, Nicola/Bortz, Jürgen (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Eichhorn, Diana/Ott, Ida (2019). Nudging: Gesund Entscheiden leichtgemacht. In: *iga.Aktuell*, 2/2019, Hrsg: BKK DV, DGUV, AOK-BV, vdek.
- Faller, Gudrun (2017). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 3. Auflage. Berlin: Hogrefe Verlag.
- Faselt, Franziska/Hoffmann, Stefan (2010). Theorien des geplanten Verhaltens. In: *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Hrsg: Stefan Hoffmann, Stefan Müller. Verlag Hans Huber.
- Faselt, Franziska/Hoffmann, Stefan/Hoffmann, Sandra (2010). Theorien des Gesundheitsverhaltens. In: *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Hrsg: Stefan Hoffmann, Stefan Müller. Verlag Hans Huber.
- Ferraro, Lindsay/Faghri, Pourn/Henning, Robert/Cherniack, Martin (2013). Workplace-Based Participatory Approach to Weight Loss for Correctional Employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55 (2), S. 147-155.
- Field, Andy (2018). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. Sage Publications Ltd. 5. Edition.
- Gigerenzer, Gerd (2015). On the Supposed Evidence for Libertarian Paternalism. *Review of Philosophy and Psychology* 2015, 6, S. 361-383.
- Grossmeier, Jessica/Castle, Patricia/Pitts, Jennifer/Saringer, Colleen/Jenkins, Kristi/Imboden, Mary/Mangen, David/Johnson, Sara/Noeldner, Steven/Mason, Shawn (2020). Workplace Well-Being Factors That Predict Employee Participation, Health and Medical Cost Impact and Perceived Support. *American Journal of Health Promotion*. DOI:10.1177/0890117119898613.

- Haslam, S. Alexander/van Dick, Rolf (2011). A social identity approach to workplace stress. In D. De Cremer, R. van Dick & K. Murnighan (Eds.) Social psychology and organizations.
- Hasselhorn, H/Müller, B. (kA). Arbeit und Gesundheit – Eine Bilanzierung aus 25 Jahren arbeitsepidemiologischer Forschung.
- Huber, Silke (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement. In Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischen Erfolg. Hrsg: Adelheid Susanne Esslinger, Martin Emmert & Oliver Schöffski.
- Jetten, Jolanda/Haslam, S. Alexander/Cruwys, Tegan/Greenaway, Katharine/Haslam, Catherine/Steffens, Niklas (2017). Advancing the social identity approach to health and well-being: Progressing the social cure research agenda. European Journal of Social Psychology, 47 (7), S. 789 – 802.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2018). Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). [BZgA-Leitbegriff](#) [fe: Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#)
- Kilpatrick, Michelle/Blizzard, Leigh/Sanderson, Kristy/Teale, Brook/Jose, Kim/Venn, Alison (2017). Barriers and facilitators of participation in workplace health promotion (WHP) activities results from a cross-sectional survey of public-sector employees in Tasmania Australia. Health Promotion Journal of Australia. <http://dx.doi.org/10.1071/HE16052>.
- Klimont, Jeannette (2020). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Hrsg: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Statistik Austria.
- Lier, Lisa Marie/Breuer, Christoph/Dallmeyer, Sören (2019). Organizational-level determinants of participation in workplace health promotion programs: a cross-company study. BMC Public Health, 2019, 19:268.
- Lehner, Matthias/Mont, Oksana/Heiskanen, Eva (2016). Nudging: A promising tool for sustainable consumption behaviour? In Journal of Cleaner Production, 134, S. 166-177.

- Leoni, Thomas/Brunner, Anna/Mayrhuber, Christine (2020). Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankung in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- McCoy, Kira/Stinson, Kaylan/Scott, Kenneth/Tenney, Liliana/Newmann, Lee S. (2014). Health Promotion in Small Business. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 566 (6), S. 579 – 587.
- Nöhammer, Elisabeth/Schusterschitz, Claudia/Stummer, Harald (2013). Employee perceived effects of workplace health promotion. *International Journal of Workplace Health Management*, Vol 6 (1), S. 38-53.
- Nöhammer, Elisabeth/Schusterschitz, Claudia/Stummer, Harald (2006). Determinants of employee participation in workplace health promotion. *International Journal of Workplace Health Management*, Vol 3 (2), S. 97-110.
- Oberti, Ilaria/Plantamura, Francesca/Steffan, Isabella (2023). Nudging Joyful and Active Ageing in Workplace: Framework and Dissemination. In: *Ergonomics and Nudging for Health, Safety and Happiness (2022)*.
- Rath, Stefanie (2017). Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung. *Argumentarium*. Hrsg: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger & Fonds Gesundheit Österreich. Wien.
- Robroek, Suzan JW/van Lenthe, Frank J/van Empelen, Pepijn/Burdorf, Alex (2009). Determinantes of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 6:26.
- Robroek, Suzan JW/Coenen, P/Oude Hendel, KM (2021). Decades of workplace health promotion research: marginal gains or a bright future ahead. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 2021; 47(8). S. 561-564.
- Rojatz, Daniela/Merchant, Almas/Nitsch, Martina (2015). Zentrale Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung. In *Prävention und Gesundheitsförderung* (10/2).
- Rongen, Anne/Robroek, Suzan JW/van Ginkel, Wouter/Lindeboom, Dennis/Altink, Biëlle/Burdorf, Alex (2014). Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six month follow-up study. *BMC Public Health* 2014; 14:573

- Singer, Stefanie (2010). Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischen Erfolg. Hrsg: Adelheid Susanne Esslinger, Martin Emmert & Oliver Schöffski.
- Singer, Stefanie/Neumann, Anett (2010). Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration. In Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischen Erfolg. Hrsg: Adelheid Susanne Esslinger, Martin Emmert & Oliver Schöffski.
- Sloan, Richard P./Gruman, Jessie C. Participation in Workplace Health Promotion Programs: The Contribution of Health and Organizational Factors (1988). Health Education Quarterly, Vol 15(3), S. 269-288.
- Spears, Russell (2020). Social Influence and Group Identity. In: Annual Review of Psychology, 2021, 72, S. 367 – 390.
- Steffens, Nikolas/Haslam, S. Alexander/Schuh, Sebastian/Jetten, Jolanda/van Dick, Rolf (2016). A Meta-Analytic Review of Social Identification and Health in Organizational Contexts. In: Personality and Social Psychology Review, 21 (4), S. 303 – 335.
- Stevens, Mark/Rees, Tim/Coffee, Pete/Steffens, Niklas/Haslam, Alexander/Polman, Remco (2017). A Social Identity Approach to Understanding and Promoting Physical Activity. In Sports Medicine, 47 (10), S. 1911-1918.
- Tajfel, Henri/Turner, John C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In Worchel, Stephen/Austin, William G. (Hrsg.). Psychology of Intergroup Relations (2. Auflage). Monterey: Brooks-Cole. S. 33-47.
- Terry, Paul/Grossmeier, Jessica/Mangen, David/Gingerich, Stefan (2013). Analyzing Best Practices in Employee Health Management. In: Journal of Occupational and Environmental Medicine, 55 (4), S. 378-392.
- Thaler, Richard/Sunstein, Cass (2008). Nudge – Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness.
- Ulrich, Eberhard/Wülser, Marc (2018). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven, 7. Auflage. Springer Gabler.
- Verplanken, Bas/Orbell, Sheina (2021). Attitudes, Habits, and Behavior Change. In: The Annual Review of Psychology, 2022, 73, S. 327 – 352.

The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

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

6.1 Internetquellen

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [Gesundheitsförderung und Prävention \(sozialministerium.at\)](https://www.gesundheitsfoerderung.at) [Abruf: 26.02.2024].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. [BZgA-Leitbegriffe: Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](https://www.bzga.at/leitbegriffe) [Abruf: 22.02.2024].

European Network for Workplace Health Promotion [The Case for WHP | ENWHP](https://www.enwhp.eu/) [Abruf: 25.04.2024]

Fern Universität Schweiz [Entscheidungsbaum statistischer Testverfahren \(fernuni.ch\)](https://www.fernuni.ch/entscheidungsbaum) [Abruf: 24.03.2024].

Gesunde Arbeit Österreich. [Gesunde Arbeit - Die historische Entwicklung des ArbeitnehmerInnenschutzes in Österreich](https://www.gesundearbeit.at/geschichte) [Abruf: 23.02.2024].

Heider, Alexander (2015). https://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02_7.12.3.a/1342559347921/service/aktuelles/2015/die-historische-entwicklung-des-arbeitnehmerinnenschutzes-in-oesterreich.

N.A. 2007. Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Fassung 2007. [load \(netzwerk-bgf.at\)](https://www.netzwerk-bgf.at/) [Abruf am: 22.07.2023].

OECD, iLibrary [Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org/) [Abruf: 01.10.2023].

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs [Salutogenese | Gesundheitsportal](https://www.salutogenese.at/) [Abruf: 04.08.2023].

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs [Betriebliche Gesundheitsförderung - bewährt & wirksam | Gesundheitsportal](https://www.gesundheitsportal.at/) [Abruf am: 29.08.2023].

Österreichische Arbeitsinspektion [Betriebliche Gesundheitsförderung \(arbeitsinspektion.gv.at\)](https://arbeitsinspektion.gv.at) [Abruf: 19.02.2024].

Österreichisches Netzwerk BGF [Netzwerk BGF Betriebliche Gesundheitsförderung \(netzwerk-bgf.at\)](https://netzwerk-bgf.at) [Abruf: 26.02.2024].

Österreichische Gesundheitskasse [Gesundheitsförderung und Prävention \(sozialministerium.at\)](https://sozialministerium.at) [Abruf: 07.03.2024].

Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS - ArbeitnehmerInnenschutzgesetz § 3 - Bundesrecht konsolidiert \(bka.gv.at\)](https://bka.gv.at) [Abruf: 04.08.2023].

Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS - Gesundheitsförderungsgesetz § 0, ... - Bundesrecht konsolidiert \(bka.gv.at\)](https://bka.gv.at) [Abruf: 26.02.2024].

Statistik Austria [Krankenzustände - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager](https://statistik.at) [Abruf am: 27.07.2023].

Statistik Austria [Bevölkerungsprognosen für Österreich und die Bundesländer - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager](https://statistik.at) [Abruf: 26.02.2024].

Statistik Austria [Bevölkerungspyramide 1952 - 2100 Österreich \(statistik.at\)](https://statistik.at) [Abruf: 09.04.2024].

Statistik Austria [Erwerbstätige - Merkmale - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager](https://statistik.at) [Abruf: 09.04.2024].

Statista [Lebenserwartung Österreich Männer Frauen 2023 | Statista](https://www.statista.com) [Abruf: 24.04.2024].

Weltgesundheitsorganisation WHO - World Health Organization [Constitution of the World Health Organization \(who.int\)](https://www.who.int) [Abruf: 04.08.2023].

Weltgesundheitsorganisation WHO – World Health Organization. Regionalbüro für Europa. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349654> [Abruf: 24.07.2023].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhang Arbeit & Gesundheit in Anlehnung an Huber, 2010, S. 70	11
Abbildung 2: Wirkung der Theorie des geplanten Verhaltens in Anlehnung an Armitage & Conner, 2001, S. 472.....	15
Abbildung 3: Übersicht WHO Konferenzen in Anlehnung an Singer, 2010, S. 26	20
Abbildung 4: Übersicht WHO Konferenzen (Eigene Darstellung).....	20
Abbildung 5: Übersicht der wichtigsten Deklarationen des Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (Eigene Darstellung)	22
Abbildung 6: Handlungsebenen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Anlehnung an Scharinger, 2009, Blattner & Mayer, 2018, S. 31 (Eigene Darstellung).....	27
Abbildung 7: Verteilung der Teilnehmer:innen nach Unternehmensbranche	48
Abbildung 8: Zufriedenheit mit den angebotenen Maßnahmen.....	54
Abbildung 9: Persönliche Einschätzung der Wichtigkeit der Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen	56
Abbildung 10: BGF-Maßnahmen und Verpflichtungen im Einklang	57
Abbildung 11: Eingriff in die Privatsphäre	59
Abbildung 12: Gesundheit ist persönliche Angelegenheit	59
Abbildung 13: Teilnahme während der Arbeitszeit.....	60
Abbildung 14: Bewertung der angebotenen Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen	61
Abbildung 15: Informationsmedium	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: mögliche Kennzahlen Betrieblicher Gesundheitsförderung in Anlehnung an Rath, 2017, S. 8 (Eigene Darstellung)	34
Tabelle 2: subjektiver Gewinn durch BGF in Anlehnung an Blattner & Mayer, 2018, S. 22 und https://www.netzwerk-bgf.at (Eigene Darstellung)	35
Tabelle 3: Teilnahme an Betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten; N= 70.....	52
Tabelle 4: Betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen die bereits angeboten werden; N=109	53
Tabelle 5: Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen die genutzt werden würden; N=109	54
Tabelle 6: Häufigkeit der Kommunikation der Betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen; N=101	61
Tabelle 7: Ergebnisse der Hypothese 1 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)	63
Tabelle 8: Ergebnisse der Hypothese 2 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)	64
Tabelle 9: Ergebnisse der Hypothese 3 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)	65
Tabelle 10: Ergebnisse der Hypothese 4 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)	66
Tabelle 11: Ergebnisse der Hypothese 5 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)	67
Tabelle 12: Ergebnisse der Hypothese 6 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)	68
Tabelle 13: Ergebnisse der Hypothese 7 (in Anlehnung an SPSS, Eigene Darstellung)	69

7 Anhang

A) Fragebogen

Seite 01

Liebe Teilnehmer:innen,

im Rahmen meiner Masterarbeit zum Thema "Erfolgsfaktoren in der Betrieblichen Gesundheitsförderung", beschäftige ich mich mit den Faktoren die für Sie, als Mitarbeiter:innen wichtig sind, um entsprechende BGF-Maßnahmen bei Ihren Arbeitgebern überhaupt in Anspruch zu nehmen.

Für den Fragebogen benötigen Sie max. 10 Minuten Zeit.

Zur Beantwortung der Fragen, gibt es keine richtige oder falsche Antwort.

Es freut mich sehr, dass Sie sich die Zeit nehmen, um mich bei meiner Masterarbeit zu unterstützen.

Ich erhebe keinerlei personenbezogenen Daten, die Erhebung erfolgt vollkommen anonym.

Vielen Dank!

Barbara Nagl-Haas, BA

Ferdinand Porsche FernFH 2023

Seite 02
ALL

1. Werden in Ihrem Unternehmen, für das Sie momentan tätig sind, betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen (Sportprogramme, Programme zur Ernährung, mentaler Gesundheit, Stressprävention, Resilienz/Ressourcenstärkung etc) angeboten? AL01

[Bitte auswählen] ▾

2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer BGF-Maßnahme teilgenommen? AL02

[Bitte auswählen] ▾

3. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten an BGF-Maßnahmen teilgenommen? AL04

- regelmäßig (mind. 1x im Monat)
- alle 2 Monate
- Quartalsweise
- 2x jährlich
- 1x jährlich

4. Haben Sie die Absicht zukünftig an einer BGF-Maßnahme teilzunehmen?

AL03

[Bitte auswählen] ▾

5. „Alles was nichts kostet, ist nichts wert“ – es ist völlig in Ordnung, dass der Arbeitgeber nur einen Teil der Kosten für einzelne Angebote trägt und der Rest selbst bezahlt werden muss, damit eine Teilnahme auch gewährleistet ist

AL05

- Ja, einen Teil der Kosten kann ich selbst übernehmen.
- Nein, für mich müssen BGF-Programme kostenlos sein.
- kann ich nicht beurteilen

Seite 03

6. Welche Angebote werden in Ihrem Unternehmen angeboten? Bitte wählen Sie aus. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

OF01

- Ernährungsworkshops (zB Kochkurse, Hilfe bei Gewichtsabnahme, Vorträge zur gesunden Ernährung)
- Raucherentwöhnung
- Sportangebote (zB Firmenlauf, ermäßigte Fitnesscentermitgliedschaften)
- spezielle Programme (zB Yoga, Pilates, Rückenschule)
- medizinische Diagnostik (zB jährlicher Gesundheitscheck, Blutspende-Aktionen, Wirbelsäulenchek-ups, Leistungsdiagnostik)
- Wellnessangebote (zB Massagen, Fußpflege)
- mentale Gesundheit (zB Resilienztraining, Atemübungen, Entspannungsübungen, Zeitmanagement, Stressmanagement)
- es gibt keine Angebote
- weiß nicht
- sonstige

7. Sind Sie mit den bei Ihnen angebotenen BGF-Maßnahmen zufrieden?

OF04

- ja
- nein
- es könnte durchaus eine größere Auswahl angeboten werden

8. Welche Angebote würden Sie nutzen?

OF02

- Ernährungsworkshops (zB Kochkurse, Hilfe bei Gewichtsabnahme, Vorträge zur gesunden Ernährung)
- Raucherentwöhnung
- Sportangebote (zB Lauftreffs, Nordic Walking, Firmenlauf, ermäßigte Fitnesscentermitgliedschaften)
- spezielle Programme (zB Yoga, Pilates, Rückenschule)
- medizinische Diagnostik (zB jährlicher Gesundheitscheck, Blutspende-Aktionen, Wirbelsäulenchek-ups, Leistungsdiagnostik)
- Wellnessangebote (zB Massagen, Fußpflege)
- mentale Gesundheit (zB Resilienztraining, Atemübungen, Entspannungstechniken, Zeitmanagement, Stressmanagement)
- keine

9. Warum würden Sie keines der Angebote in Anspruch nehmen?

OF03

VE01

10. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Für mich persönlich, ist es wichtig an BGF-Maßnahmen teilzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich empfinde es als angenehm und positiv an BGF Maßnahmen teilzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

SU01

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Meine Führungskraft unterstützt aktiv die Teilnahme an BGF-Maßnahmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Kolleg:innen regen aktiv zur Teilnahme an BGF-Maßnahmen an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme an BGF-Maßnahmen teil, da auch meine Kolleg:innen teilnehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Familie und Freunde regen aktiv zur Teilnahme an BGF-Maßnahmen an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich es wirklich möchte, dann schaffe ich es auch an BGF-Maßnahmen teilzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist wichtig, dass die Unternehmensleitung BGF-Maßnahmen unterstützt und fördert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

BA01

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Ich bevorzuge es mein Privat- und Berufsleben zu trennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bevorzuge meine gesundheitsfördernden Aktivitäten selbst zu organisieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schwierigkeiten BGF-Maßnahmen mit meiner Familie oder sonstigen Verpflichtungen in Einklang zu bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Welche Aussage trifft am ehesten auf Sie zu?

BA02

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Ich bin gesund.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich befinde mich derzeit in ärztlicher Behandlung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich seit einiger Zeit nicht wohl, bin aber nicht in ärztlicher Behandlung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

BA03

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Aufgrund meiner Arbeitszeiten kann ich an BGF-Maßnahmen teilnehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe keine sprachlichen Verständnisprobleme und kann an BGF-Maßnahmen teilnehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann trotz meiner Workload an BGF-Maßnahmen teilnehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

FA01

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Ich möchte meinen Gesundheitszustand verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte meinen Gesundheitszustand zumindest erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke, dass BGF-Maßnahmen sinnvoll sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

FA02

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Ich empfinde es als angenehm, mit meinen Kolleg:innen gemeinsam an BGF-Maßnahmen teilzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Vorgesetzten erwarten, dass ich an BGF-Maßnahmen teilnehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Kolleg:innen erwarten, dass ich an BGF-Maßnahmen teilnehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

FA03

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Es ist sehr gut, dass meine Führungskraft versucht die Gesundheit der Mitarbeitenden durch BGF-Maßnahmen zu verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich empfinde es als Eingriff in meine Privatsphäre, wenn mein Arbeitgeber erwartet, dass ich an BGF-Maßnahmen teilnehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gesundheit ist meine persönliche Angelegenheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

EN01

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Ich möchte mitentscheiden, welche BGF-Maßnahmen angeboten werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte individuelle BGF-Maßnahmen in Anspruch nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine One-Size-Fits-All Lösung an BGF-Maßnahmen ist für mich völlig ausreichend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die angebotenen BGF-Maßnahmen können meine Gesundheit und mein Wohlbefinden positiv beeinflussen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Inwiefern stimmen Sie den Aussagen zu

EN02

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	kann ich nicht beurteilen
Ich bin bereit für BGF-Maßnahmen auch selbst einen Kostenanteil zu tragen.	<input type="radio"/>				
An BGF-Maßnahmen nehme ich nur teil, wenn diese während meiner Arbeitszeit stattfinden.	<input type="radio"/>				
Die angebotenen BGF-Maßnahmen sind für mich interessant.	<input type="radio"/>				
Die angebotenen BGF-Maßnahmen sind für mich relevant.	<input type="radio"/>				
Die angebotenen BGF-Maßnahmen sind für mich bequem und einfach zum Teilnehmen.	<input type="radio"/>				
Die angebotenen BGF-Maßnahmen unterstützen meine Gesundheit.	<input type="radio"/>				

20. Wie oft wollen Sie über BGF-Maßnahmen informiert werden?

EN03

[Bitte auswählen] ▾

21. Wie wollen Sie über BGF-Maßnahmen informiert werden?

EN04

[Bitte auswählen] ▾

Seite 08
Demografische Daten

22. Welches Geschlecht haben Sie?

SD01

- weiblich
- männlich
- divers
- keine Angabe

23. In welchem Jahr sind Sie geboren?

SD04

Geburtsjahr:

24. In welchem Land arbeiten Sie derzeit?

SD07

- Deutschland
- Österreich
- Schweiz
- Anderes Land:

25. Was machen Sie beruflich?

SD14

- In Ausbildung – kaufmännische Lehre
- Angestellter
- Arbeiter:in
- Beamter
- Führungskraft
- Unternehmer:in

26. In welchem Beschäftigungsausmaß sind Sie momentan angestellt?

SD15

[Bitte auswählen]

27. In welcher Branche sind Sie tätig:

SD16

[Bitte auswählen]

28. Wie lange arbeiten Sie bereits bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber?

SD17

Jahre

Letzte Seite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich herzlich für Ihre Zeit bedanken.

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

B) Codebuch

Allgemeine Fragen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung

AL01	Werden in Ihrem Unternehmen, in dem Sie momentan tätig sind, betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen (Sportprogramme, Programme zur Ernährung, mentaler Gesundheit, Stressprävention, Resilienz/Ressourcenstärkung etc.) angeboten?	1 Ja 2 Nein 3 weiß nicht -9 nicht beantwortet
AL02	Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer BGF-Maßnahme teilgenommen?	1 ja 2 nein -9 nicht beantwortet
AL03	Haben Sie die Absicht zukünftig an einer BGF-Maßnahme teilzunehmen?	1 ja 2 nein -9 nicht beantwortet
AL04	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten an BGF-Maßnahmen teilgenommen?	
AL04_01	Teilnahme wie oft: regelmäßig (mind. 1x im Monat)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
AL04_02	Teilnahme wie oft: alle 2 Monate	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
AL04_03	Teilnahme wie oft: Quartalsweise	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
AL04_04	Teilnahme wie oft: 2x jährlich	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
AL04_05	Teilnahme wie oft: 1x jährlich	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
AL05	„Alles was nichts kostet, ist nichts wert“ – es ist völlig in Ordnung, dass der Arbeitgeber nur einen Teil der Kosten für einzelne Angebote trägt und der Rest selbst bezahlt werden muss, damit eine Teilnahme auch gewährleistet ist	Ja, einen Teil der Kosten kann ich selbst übernehmen. Nein, für mich müssen BGF-Programme kostenlos sein. -9 nicht beantwortet

Das Angebot von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Unternehmen

OF01	Welche Angebote werden in Ihrem Unternehmen angeboten?	
OF01_01	Angebot: Ernährungsworkshops (zB Kochkurse, Hilfe bei Gewichtsabnahme, Vorträge zur gesunden Ernährung)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF01_07	Angebot: Raucherentwöhnung	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF01_02	Angebot: Sportangebote (zB Firmenlauf, ermäßigte Fitnesscentermitgliedschaften)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF01_03	Angebot: spezielle Programme (zB Yoga, Pilates, Rückenschule)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF01_04	Angebot: medizinische Diagnostik (zB jährlicher Gesundheitscheck, Blutspende-Aktionen, Wirbelsäulencheck-ups, Leistungsdiagnostik)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF01_05	Angebot: Wellnessangebote (zB Massagen, Fußpflege)	1 nicht gewählt

		2 ausgewählt
OF01_06	Angebot: mentale Gesundheit (zB Resilienztraining, Atemübungen, Entspannungsübungen, Zeitmanagement, Stressmanagement)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF01_08	Angebot: es gibt keine Angebote	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF01_09	Angebot: weiß nicht	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF01_10	Angebot: sonstige	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF02	Welche Angebote würden Sie nutzen?	
OF02_01	Future: Ernährungsworkshops (zB Kochkurse, Hilfe bei Gewichtsabnahme, Vorträge zur gesunden Ernährung)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF02_07	Future: Raucherentwöhnung	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF02_02	Future: Sportangebote (zB Lauftreffs, Nordic Walking, Firmenlauf, ermäßigte Fitnesscentermitgliedschaften)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF02_03	Future: spezielle Programme (zB Yoga, Pilates, Rückenschule)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF02_04	Future: medizinische Diagnostik (zB jährlicher Gesundheitscheck, Blutspende-Aktionen, Wirbelsäulencheck-ups, Leistungsdiagnostik)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF02_05	Future: Wellnessangebote (zB Massagen, Fußpflege)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF02_06	Future: mentale Gesundheit (zB Resilienztraining, Atemübungen, Entspannungstechniken, Zeitmanagement, Stressmanagement)	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF02_08	Future: keine	1 nicht gewählt 2 ausgewählt
OF03_01	Warum würden Sie keines der Angebote in Anspruch nehmen?	
OF04	Sind Sie mit den bei Ihnen angebotenen BGF-Maßnahmen zufrieden?	1 Ja 2 nein 3 es könnte durchaus eine größere Auswahl angeboten werden -9 nicht beantwortet

Die eigene Einstellung sowie das Verhalten zur Betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen

SU01_01	Support: Meine Führungskraft unterstützt aktiv die Teilnahme an BGF-Maßnahmen.	
SU01_02	Support: Meine Kolleg:innen regen aktiv zur Teilnahme an BGF-Maßnahmen an.	
SU01_03	Support: Ich nehme an BGF-Maßnahmen teil, da auch meine Kolleg:innen teilnehmen.	1 stimme gar nicht zu
SU01_04	Support: Meine Familie und Freunde regen aktiv zur Teilnahme an BGF-Maßnahmen an.	2 stimme eher nicht zu
SU01_05	Support: Wenn ich es wirklich möchte, dann schaffe ich es auch an BGF-Maßnahmen teilzunehmen.	3 stimme eher zu
SU01_06	Support: Es ist wichtig, dass die Unternehmensleitung BGF-Maßnahmen unterstützt und fördert.	4 stimme voll zu
VE01_01	persönlichwichtig: Für mich persönlich, ist es wichtig an BGF-Maßnahmen teilzunehmen.	-1 kann ich nicht beurteilen
VE01_02	persönlichwichtig: Ich empfinde es als angenehm und positiv an BGF-Maßnahmen teilzunehmen.	-9 nicht beantwortet

Persönliche und berufliche Hürden

BA01_01	Privat/Beruf: Ich bevorzuge es mein Privat- und Berufsleben zu trennen.	1 stimme gar nicht zu
BA01_02	Privat/Beruf: Ich bevorzuge meine gesundheitsfördernden Aktivitäten selbst zu organisieren.	2 stimme eher nicht zu
BA01_03	Privat/Beruf: Ich habe Schwierigkeiten BGF-Maßnahmen mit meiner Familie oder sonstigen Verpflichtungen in Einklang zu bringen.	3 stimme eher zu
BA02_01	health: Ich bin gesund.	4 stimme voll zu
BA02_02	health: Ich befinde mich derzeit in ärztlicher Behandlung.	-1 kann ich nicht beurteilen
BA02_03	health: Ich fühle mich seit einiger Zeit nicht wohl, bin aber nicht in ärztlicher Behandlung.	-9 nicht beantwortet
BA03_01	work: Aufgrund meiner Arbeitszeiten kann ich an BGF-Maßnahmen teilnehmen.	
BA03_02	work: Ich habe keine sprachlichen Verständnisprobleme und kann an BGF-Maßnahmen teilnehmen.	
BA03_03	work: Ich kann trotz meiner Workload an BGF-Maßnahmen teilnehmen.	

Die Treiber der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Gesundheit, Arbeit und Überzeugung)

FA01_01	Health: Ich möchte meinen Gesundheitszustand verbessern.	
FA01_02	Health: Ich möchte meinen Gesundheitszustand zumindest erhalten.	
FA01_03	Health: Ich denke, dass BGF-Maßnahmen sinnvoll sind.	
FA02_01	Work: Ich empfinde es als angenehm, mit meinen Kolleg:innen gemeinsam an BGF-Maßnahmen teilzunehmen.	1 stimme gar nicht zu
FA02_02	Work: Meine Vorgesetzten erwarten, dass ich an BGF-Maßnahmen teilnehme.	2 stimme eher nicht zu
FA02_03	Work: Meine Kolleg:innen erwarten, dass ich an BGF-Maßnahmen teilnehme.	3 stimme eher zu
FA03_01	Beliefs: Es ist sehr gut, dass meine Führungskraft versucht die Gesundheit der Mitarbeitenden durch BGF-Maßnahmen zu verbessern.	4 stimme voll zu
FA03_02	Beliefs: Ich empfinde es als Eingriff in meine Privatsphäre, wenn mein Arbeitgeber erwartet, dass ich an BGF-Maßnahmen teilnehme.	-1 kann ich nicht beurteilen
FA03_03	Beliefs: Meine Gesundheit ist meine persönliche Angelegenheit.	-9 nicht beantwortet

Das gewünschte Design von Betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen

EN01_03	BGF ALLG: Ich möchte mitentscheiden, welche BGF-Maßnahmen angeboten werden.
EN01_01	BGF ALLG: Ich möchte individuelle BGF-Maßnahmen in Anspruch nehmen.
EN01_02	BGF ALLG: Eine One-Size-Fits-All Lösung an BGF-Maßnahmen ist für mich völlig ausreichend.
EN01_04	BGF ALLG: Die angebotenen BGF-Maßnahmen können meine Gesundheit und mein Wohlbefinden verbessern.
EN02_04	Design: Ich bin bereit für BGF-Maßnahmen auch selbst einen Kostenanteil zu tragen.
EN02_05	Design: An BGF-Maßnahmen nehme ich nur teil, wenn diese während meiner Arbeitszeit stattfinden.
EN02_07	Design: Die angebotenen BGF-Maßnahmen sind für mich interessant.
EN02_08	Design: Die angebotenen BGF-Maßnahmen sind für mich relevant.
EN02_09	Design: Die angebotenen BGF-Maßnahmen sind für mich bequem und einfach zum Teilnehmen.

EN02_10 Design: Die angebotenen BGF-Maßnahmen unterstützen meine Gesundheit.

EN03	Häufigkeit	1 täglich
EN03	Häufigkeit	2 1 x wöchentlich
EN03	Häufigkeit	3 2 x pro Monat
EN03	Häufigkeit	4 monatlich
EN03	Häufigkeit	-9 nicht beantwortet
EN04	Medium	1 E-Mail
EN04	Medium	2 Chat
EN04	Medium	3 Push-Nachricht
EN04	Medium	4 Intranet
EN04	Medium	5 Mitarbeiter:innenportal
EN04	Medium	6 Aushang
EN04	Medium	-9 nicht beantwortet

Demografische Datenerhebung

SD01	Geschlecht	1 weiblich
SD01	Geschlecht	2 männlich
SD01	Geschlecht	3 divers
SD01	Geschlecht	4 keine Angabe
SD01	Geschlecht	-9 nicht beantwortet
SD04_01	Alter (Geburtsjahr): Geburtsjahr	
SD07	Land (D/A/CH)	1 Deutschland
SD07	Land (D/A/CH)	2 Österreich
SD07	Land (D/A/CH)	3 Schweiz
SD07	Land (D/A/CH)	4 Anderes Land:
SD07	Land (D/A/CH)	-9 nicht beantwortet

SD07_04	Land (D/A/CH): Anderes Land	
SD14	Beschäftigung	2 In Ausbildung - kaufmännische Lehre
SD14	Beschäftigung	4 Angestellte:r
SD14	Beschäftigung	10 Arbeiter:in
SD14	Beschäftigung	5 Beamte:r
SD14	Beschäftigung	8 Führungskraft
SD14	Beschäftigung	9 Unternehmer:in
SD14	Beschäftigung	-9 nicht beantwortet
SD15	Arbeitsverhältnis	1 Vollzeit-Beschäftigung
SD15	Arbeitsverhältnis	2 Teilzeit-Beschäftigung
SD15	Arbeitsverhältnis	3 Karenz
SD15	Arbeitsverhältnis	-9 nicht beantwortet
SD16	Branche	1 Banken/Versicherungen/Finanzdienstleister
SD16	Branche	2 Baugewerbe
SD16	Branche	3 Chemie/Pharmazie
SD16	Branche	4 Energie/Umwelt
SD16	Branche	5 Gastronomie/Hotellerie
SD16	Branche	6 Gesundheitswesen
SD16	Branche	7 Handel
SD16	Branche	8 Immobilien
SD16	Branche	9 Industrie
SD16	Branche	10 IT
SD16	Branche	11 Medien/Design/Grafik
SD16	Branche	12 sonstige
SD16	Branche	-9 nicht beantwortet
SD17_01	Betriebszugehörigkeit: Jahre	