



Westsächsische Hochschule Zwickau

University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Studiengang: Gesundheitsmanagement

Modul 131
Bachelorprojekt

Empirisch begründete Konzeption eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Volkssolidarität Chemnitz e.V.

Eingereicht von: Marie Petzold
Matrikelnummer: 34233
Seminargruppennummer: 142232
E-Mail: marie.petzold.dy7@fh-zwickau.de

Erstbetreuer: Prof. Dr. phil. Martin Grünendahl
Zweitbetreuer: Dipl.-Kfm. Reinhard Klöppel M.I.Tax

Abgabeort- und
Termin: Zwickau, den 16.08.2017

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	
II.	Abbildungsverzeichnis	
III.	Tabellenverzeichnis	
IV.	Hinweis auf besondere Schreibweise	
1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Begrifflichkeiten	3
2.1.1	Der Gesundheitsbegriff	3
2.1.2	Personalmanagement	5
2.1.3	Betriebliche Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	7
2.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement	8
2.2.1	Relevanz	8
2.2.2	Definition	11
2.2.3	Arbeitsfähigkeit und Belastungen von Beschäftigten	15
2.2.4	Handlungsfelder des BGM	16
2.2.5	Ziele und Nutzen	21
2.2.6	Aktueller Forschungsstand	22
2.2.7	Gesetzliche Rahmenbedingungen	25
3	Ziel der Bachelorarbeit	28
4	Methodik	29
4.1	Literaturrecherche	29
4.2	Vorstellung der Volkssolidarität Chemnitz e.V.	29
4.3	Konzeption	31
4.4	Mitarbeiterbefragung	33
5	Ergebnisse	37
5.1	Auswertung Mitarbeiterbefragung	37
5.2	Konzeption	41
6	Diskussion	47
6.1	Beantwortung der Forschungsfrage	47
6.2	Methodenkritik	48

6.3	Ergebniskritik.....	50
7	Fazit und Ausblick.....	53
8	Literaturverzeichnis.....	54
V.	Anlagen.....	59
	Anlage 1: Mitarbeiterfragebogen Seite 1	59
	Anlage 2: Mitarbeiterbefragung Seite 2	60
	Anlage 3: Mitarbeiterbefragung Seite 3	61
	Anlage 4: Psychische Belastung nach Alter	62
	Anlage 5: Interesse an BGF Angeboten nach Berufsgruppen.....	63
	Anlage 6: gewünschte betriebsinterne Sportgruppen - Freitextfeld	64
	Anlage 7: Gründe, warum bestehende Angebote nicht in Anspruch genommen wurden	64
VI.	Eidesstattliche Erklärung.....	65

I. Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of diseases
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
PrävG	Präventionsgesetz
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unternehmen der Zukunft (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2014, S. 58).....	18
Abbildung 2: Betriebliches Gesundheitsmanagement (Giesert 2012, S. 337) ..	19
Abbildung 3: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien in der betrieblichen Gesundheitsförderung (GKV-Spitzenverband 2014, S. 87).....	22
Abbildung 4: Alter der Beschäftigten in Jahren, Einteilung gemäß Mitarbeiterfragebogen	36
Abbildung 5: Teilnahme nach Berufsgruppe der Mitarbeiterbefragung	43
Abbildung 6: Themenbereiche für Workshops (Esslinger 2010, S. 274)	51

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmeranzahl nach Unternehmenszugehörigkeit in Jahren	44
Tabelle 2: Kenntnisse von bestehenden Angeboten – Anzahl der Freitextangaben	45
Tabelle 3: Wünsche von zusätzlichen Angeboten	46
Tabelle 4: Freitext Wünsche zusätzlicher Angebote.....	46
Tabelle 5: Häufigkeit der Angaben bei aufzubringender Zeit für gesundheitsfördernde Angebote	46
Tabelle 6: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien in der betrieblichen Gesundheitsförderung (GKV-Spitzenverband 2014, S. 87).....	47
Tabelle 7: Zielkriterien (in Anlehnung an Esslinger 2010, S. 58)	49

IV. Hinweis auf besondere Schreibweise

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im nachfolgenden Text bei geschlechtsbezogenen Bezeichnungen die männliche Schreibweise verwendet. Alle maskulinen Personen- und Funktionsbezeichnungen in dieser Bachelorarbeit gelten für Frauen und Männer gleichermaßen.

1 Einleitung

Badura ist als Sozialforscher der Vorreiter des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Bereits 1999 veröffentlichte er zusammen mit Michael Scherf und Wolfgang Ritter das Buch „Betriebliches Gesundheitsmanagement – Ein Leitfaden für die Praxis“. Sie erkannten die Notwendigkeit der Gestaltung neuer Arbeitsstrukturen, um den Unternehmenserfolg trotz demographischer Entwicklungen zu sichern. Ein populäres Zitat von ihm ist: „Es ist nicht die Frage, ob wir uns betriebliche Gesundheitsförderung leisten können. Sondern vielmehr die Frage, ob wir es uns leisten können, kein betriebliches Gesundheitsmanagement zu haben.“ (Professor Bernhard Badura, Bielefeld)

Die Schlagworte „Demografischer Wandel“, „Fachkräftemangel“, „Arbeit bis 67“ sind allgegenwärtig und verdeutlichen die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Thema Mitarbeitergesundheit. Aber nicht nur demografische Entwicklungen verlangen eine gesundheitsfördernde Unternehmenspolitik. Arbeit ist auch eine wesentliche Ursache für gesundheitliche Belastungen und Störungen, die sich auf die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter auswirken können (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 151). In Beschäftigtenumfragen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) werden die zehn häufigsten gesundheitlichen Probleme von mindestens jedem zweiten Befragten in Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz gebracht (vgl. Zok 2010, S. 11).

Früher wirkten vordergründig Belastungsfaktoren physikalischer, physischer, biologischer und chemischer Natur auf die Arbeitnehmer ein. Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit konnten Belastungsfaktoren dieser Art größtenteils reduzieren. Heute belasten zunehmend psychosoziale Faktoren die Arbeitnehmer, ausgelöst durch erhöhten Stress und abverlangter Leistungsfähigkeit. (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 151)

Durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können Gesundheitsrisiken minimiert und zugleich die persönlichen Ressourcen der Beschäftigten gestärkt werden. Das Robert-Koch-Institut (RKI) betont deshalb in der Gesundheitsberichterstattung 2015 „[...] die Stärkung von betrieblicher Gesundheitsförderung und deren Verzahnung mit dem Arbeitsschutz im Präventionsgesetz [...]“ (Robert Koch-Institut 2015, S. 162).

Eine nachhaltige Möglichkeit, Gesundheit in die Strukturen eines Unternehmens zu implementieren, um die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhalten, ist ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Die AOK benennt ein zentrales Gesundheitsmanagement als eine Steuerungs- und Entscheidungsstruktur (vgl. Cholmakow-Bodechtel et al. 2016, S. 27). Eine Organisation soll damit ihre Sichtweise von der pathogenetischen zur salutogenetischen Sichtweise verlagern und als kooperatives System fungieren (vgl. Badura et al. 2010, S. 34).

Zum aktuellen Zeitpunkt existiert jedoch noch Nachholbedarf in der Ausgestaltung und Umsetzung eines BGMS in Unternehmen. Laut der Gesundheitsberichterstattung 2015 des RKI hat nur eine Minderheit von Betrieben eine Strategie zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten festgelegt (vgl. Robert Koch-Institut 2015, S. 162), obwohl ein BGM für das Unternehmen vielseitige Vorteile bereithält. Zum einen hat es eine Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, Kommunikation, Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter zur Folge. Zum anderen wird die Arbeitgeberattraktivität des Unternehmens gesteigert und das Unternehmen kann krankheitsbedingte Kosten reduzieren (vgl. Badura et al. 2010, S. 1). Ein BGM ist dementsprechend eine vielschichtige Lösung zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens.

In der nachfolgenden Arbeit wurde eine Konzeption eines betrieblichen Gesundheitsmanagements für die Volkssolidarität Chemnitz e.V. entwickelt. Dazu wurde eine Mitarbeiterbefragung in den Einrichtungen der Volkssolidarität Chemnitz e.V. durchgeführt, die Handlungsgrundlage für das BGM sein und erste Schritte zur Maßnahmeneinführung vorgeben soll.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Begrifflichkeiten

2.1.1 Der Gesundheitsbegriff

Die Gesundheit und ihre Bedeutung prägen die Gesellschaft und alle wissenschaftlichen Disziplinen seit Jahrtausenden (vgl. Franke 2012, S. 36). Definitionen von dem Gesundheitsbegriff wurden vielseitig aufgestellt, allerdings ist es bis heute nicht gelungen, eine allgemeingültige Gesundheitsdefinition zu finden (vgl. ebd., S. 36). Eine genaue Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit kann nicht eindeutig festgelegt werden, da man sich bisher auch auf keine allgemeingültige Definition von Krankheit einigen konnte (vgl. ebd., S. 24).

Um den Gesundheitsbegriff in seiner Komplexität zu erfassen, teilte Franke 1990 Gesundheit in verschiedene Dimensionen ein. Bedeutsam erscheint dabei das Verständnis von Gesundheit als Gleichgewicht oder Ungleichgewicht. Gesundheit als einen Zustand von Ausgeglichenheit zu definieren, ist die älteste und dauerhafteste Sichtweise der Menschheit (vgl. ebd., S. 45). Bei der sogenannten Homöostase werden personenbedingte und umweltbedingte Veränderungen als Gefahren für das Gleichgewicht und damit für die Gesundheit gesehen (vgl. ebd., S. 46). Ein Modellbeispiel dieser Dimension stellt die Pathogenese dar. In der pathogenetischen Orientierung ist das erstrebenswerte Ziel Gesundheit wieder herzustellen und gegen Krankheit und Tod anzukämpfen (vgl. Lorenz 2005, S. 24). Diese Sichtweise fand vor allem in der Medizin große Unterstützung nach der begründeten Zellulärpathologie von Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert, der Krankheit als Folge von pathologischer Organveränderung beschrieb (vgl. Franke 2012, S. 129).

Bei der Heterostase hingegen erscheinen Krankheiten notwendig, um Stagnation oder Erstarrung des Menschen entgegenzuwirken (vgl. ebd., S. 47). Bei dieser Dimension wird Gesundheit als Flexibilität gesehen, das heißt ein gesunder Mensch ist in der Lage Störungen aktiv zu begegnen und zu überwinden (vgl. ebd., S. 47). Ein Modellbeispiel dieser Dimension ist der salutogene Ansatz von Aaron Antonovsky. In seinem Heterostasemodell konzentriert man sich auf die Frage, welche Faktoren helfen das Leben zu bewältigen und wendet sich von der negativ besetzten Sicht über Stressoren ab (vgl. Lorenz 2005, S. 26). Antonovsky stellt seine gesundheitsorientierte Sichtweise der krankheitsorientierten gegenüber (vgl. ebd., S. 24). Sein Modell beruht auf der Grundannahme, dass Krankheiten keine Abweichungen von der Normalität

sind, sondern normale Erscheinungen (vgl. Franke 2012, S. 170).

Nach seinem bipolaren Modell ist ein Mensch im gewissen Maße auch gesund, obwohl er sich nahe dem Krankheitspol befindet (vgl. ebd., S. 172). Bedeutend für die Platzierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist das Kohärenzgefühl (vgl. ebd., S. 174). Antonovsky versteht unter dem Kohärenzgefühl eine generelle Lebenseinstellung mit der sich der gesunde Mensch im Fluss angemessen zu verhalten weiß (vgl. Lorenz 2005, S. 14).

Dieses salutogene Verständnis von Gesundheit unterstützt auch Badura in seiner Definition. Er beschreibt Gesundheit als eine Kompetenz zur aktiven Lebensbewältigung, durch die „ein positives seelisches und körperliches Befinden und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird“ (Badura et al. 2010, S. 32). Diese Kompetenz soll den Menschen „zur Sinngebung, zum Verstehen und Beeinflussen der eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen“ befähigen (Badura et al. 2010, S. 32). Badura verweist damit auf die drei Teilkomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des Kohärenzgefühls aus dem Salutogenese Modell von Aaron Antonovsky (vgl. Franke 2012, S. 175).

Die Definition der World Health Organization (WHO) von 1946 zeigt eine weitere Dimension von Gesundheit auf. Sie beschreibt Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946, S. 2).

Man bezeichnete damit Gesundheit nicht mehr nur als das Fernbleiben von Krankheit, sondern erweiterte die Bedeutung auf „Gesundheit als Wohlbefinden“. Da der Begriff Wohlbefinden nicht näher in der Verfassung der WHO erläutert wird, trifft diese Definition vor allem in der Medizin auf heftige Ablehnung. Denn *Gesundheit als Wohlbefinden* heißt zugleich subjektive Sichtweisen des Betroffenen zu berücksichtigen und damit die alleinige Entscheidung über Krankheit oder Gesundheit eines Menschen nicht mehr fällen zu können. (vgl. Franke 2012, S. 40)

Das Sich-Wohlfühlen spielt eine stetig wachsende Rolle in der Demokratisierung des Gesundheitswesens (vgl. ebd., S. 41). Auf Grundlage der Ottawa-Charta der WHO von 1986 wird mehr Selbstbestimmung, Verantwortung und Zuständigkeit für die eigene Gesundheit verlangt (vgl. ebd., S. 41). In der Ottawa-Charta wird Gesundheit als Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden und die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont (vgl. Badura et al. 2010, S. 35). „Die

Art und Weise, wie in einer Gesellschaft Arbeit, Familie und Freizeit organisiert sind, sollte eine Quelle für Gesundheit und nicht für Krankheit sein“ (Badura et al. 2010, S. 35). Die Ottawa-Charta setzte damit einen Grundstein für das Verständnis einer gesunden Organisation, in der die Strukturen und Prozesse die Gesundheit der Mitarbeiter fördern soll (vgl. ebd., S. 33).

Mit ethischen Problemen wird man konfrontiert, wenn man sich mit dem Stellenwert der Gesundheit befasst (vgl. Franke 2012, S. 50). Gesundheit kann beispielsweise als relativer Wert gesehen werden. Dabei werden andere Werte wie zum Beispiel Frieden, Freiheit oder Religion höher gewichtet (vgl. ebd., S. 53). Im Sinne der Gesundheitsförderung wird Gesundheit als Leistung gesehen, zu der man selbst beitragen kann (vgl. Franke 2012, S. 54). Demnach beeinflusst das eigene Verhalten die Gesundheit und die damit verbundene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen (vgl. ebd., S. 54). Eine Leistung für seine eigene Gesundheit aufzubringen, wird bedeutender, wenn der Gesundheit ein höherer Stellenwert zugeschrieben wird. Ein Großteil der Menschen bewertet Gesundheit tatsächlich als das höchste Gut (Franke 2012, S. 51). Jedoch entspricht ihr Verhalten dieser Bedeutung des hohen Stellenwertes meist nicht (vgl. ebd., S. 51). Es werden Gesundheitsrisiken in Kauf genommen für Spaß, Genuss, Ansehen oder Geld (vgl. Franke 2012, S. 52).

2.1.2 Personalmanagement

Durch Fachkräftemangel und den demografischen Wandel sind Unternehmen gefordert, „ihre Mitarbeiter als wichtigste Ressource des Unternehmenserfolgs zu pflegen und zu fördern“ (Esslinger 2010, S. 67). Ein betriebliches Gesundheitsmanagement ist demnach aufbauorganisatorisch dem Personalmanagement zuzuordnen (vgl. Esslinger 2010, S. 67).

Das Personalmanagement, auch Human Resource Management genannt, steht für eine Unternehmensstrategie, aus der operative Maßnahmen abgeleitet werden können (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 15). Aufgaben des Personalmanagements setzen sich aus der Gestaltung von Personalmanagementsystemen und der Führung von Mitarbeitern zusammen (vgl. ebd., S. 16). Personalmanagementsysteme umfassen Mitarbeiterflusssysteme und Belohnungssysteme, wie zum Beispiel Bedarfsplanung, Gewinnung, Entwicklung, Freisetzung und Vergütung von Arbeitsleistung (vgl. ebd., S. 17). Ziel aller Handlungen ist stets eine Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit und

Steigerung des Unternehmenserfolgs (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 28). Besonders nachhaltiges Personalmanagement kann diese Ziele langfristig unter Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Anspruchsgruppen erreichen (vgl. Zaugg 2009, S. 61).

Mit Hilfe des klassischen Managementprozesses wird die Einführung von Maßnahmen systematisch gesteuert (vgl. Schreyögg und Koch 2015, S. 9). Die Funktionen Planung, Organisation, Personaleinsatz, Führung und Kontrolle kommen bei allen Managemententscheidungen zum Einsatz und haben eine erfolgreiche Umsetzung von Unternehmensprozessen zum Ziel (vgl. ebd., S. 10).

Den Erfolg eines Personalmanagements kann man mittels Zielgrößen messen (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 28). Untersucht werden dafür beispielsweise die Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterfluktuation, Kosten und Umsätze pro Mitarbeiter. Anhand dieser Zielgrößen kann der Erfolg der Personalmanagement-Strategie kontrolliert und angepasst werden (vgl. ebd., S. 29).

Eine wichtige Rolle für den heutigen Unternehmenserfolg spielt die Mitarbeitermotivation. Sie ist Aufgabe des Personalmanagements und hat durch ein neues Verständnis von Arbeitsverhältnissen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Der Arbeitsplatz wird heute als ein Ort der Bedürfnisbefriedigung gesehen. Eine Erfüllung dieser Erwartungen wirkt sich auf die Leistungsfähigkeit von Unternehmen aus und stellt deshalb Führungskräfte vor neue Herausforderungen. Gründe für die gestiegene Bedeutung der Mitarbeitermotivation sind neue Formen der Unternehmensorganisation. Projektarbeit, Qualitätszirkel, neue Technologien und flache Hierarchien treten immer mehr in den Vordergrund. (vgl. Schreyögg und Koch 2015, S. 326)

Auch haben sich die Anforderungen an die Arbeitnehmer und Führungskräfte durch den Wandel der Arbeitswelt verändert. Erhöhte psychische Belastungen sind die Folge von steigender Flexibilität, Zeitdruck und ständiger Erreichbarkeit (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 772). Dem entgegenzuwirken wird dem Personalmanagement als wichtige Aufgabe die Förderung der Lern- und Veränderungsfähigkeit der Mitarbeiter zugeschrieben (vgl. Zaugg 2009, S. 68). „Vertrauen wirkt dabei als Voraussetzung und Ergebnis eines nachhaltigen Personalmanagements“ (Zaugg 2009, S. 71). Unterstützend für eine höhere Anpassungsfähigkeit der Arbeitsanforderungen kann dafür die Personalentwicklung sein (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 210). Personalentwicklungsmaßnahmen können sowohl Ziele von Arbeitnehmern als auch Ziele des Unternehmens erreichen (vgl. ebd., S. 209). Personalentwicklung zielt darauf ab, Arbeitnehmer mit Hilfe von Bildung und Förderung zu qualifizieren und zu

unterstützen (vgl. ebd., S. 204). Dadurch erhöht sich die Zufriedenheit, Flexibilität, und Produktivität der Mitarbeiter. Außerdem können Kosten durch weniger Fehlentscheidungen, Reibungsverluste und Ausfallkosten aufgrund der Vorbereitung von Nachfolgern minimiert werden (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 2010).

Eine weitere Herausforderung für das Personalmanagement stellt der Umgang mit immer älter werdenden Mitarbeitern dar (vgl. ebd., S. 18). Zum einen begründet durch die gestiegene Lebenserwartung und zum anderen aufgrund des demografischen Wandels (vgl. Badura et al. 2010, S. 20). Das hat große Auswirkungen auf die Personalbeschaffung und Personalbindung. Das Angebot von qualifizierten Nachwuchskräften sinkt und der Anstieg krankheitsbedingter Fehlzeiten wird erhöht (vgl. ebd., S. 22). Kosten, die durch Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmer verursacht werden, können durch Maßnahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements vermindert werden (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 774). Demnach müssen sich künftig Unternehmen verstärkt mit der Gesundheit ihrer Mitarbeiter auseinandersetzen, um langfristigen Unternehmenserfolg sichern und Unternehmensziele erreichen zu können (vgl. ebd., S. 772).

2.1.3 Betriebliche Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung unterstützen uns gleichermaßen dabei, unsere geistige und körperliche Gesundheit zu erhalten, beruhen jedoch auf unterschiedlichen konzeptuellen Ansätzen (vgl. Rössler et al. 2015, S. 62). Präventives Vorgehen ist auf die Vermeidung von Schäden gerichtet, die den Arbeitnehmer krank machen (vgl. Badura et al. 2010, S. 42). Dabei werden Faktoren, die Krankheiten hervorrufen, identifiziert und versucht diese zu eliminieren (vgl. Faller 2012, S. 22). Die betriebliche Prävention beruht auf der Entwicklung des Arbeitsschutzes (vgl. Badura et al. 2010, S. 43). Es sollen laut SGB VII Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung vermieden werden (gemäß §14 SGB VII). Damit Risikofaktoren systematisch eliminiert werden können, greift man auf das System der Verhaltens- und Verhältnisprävention zurück. Das heißt, es wird nicht nur individuelles Verhalten verändert (Verhaltensprävention), sondern auch eine gesundheitsfördernde Lebenswelt am Arbeitsplatz geschaffen (Verhältnisprävention) (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 202).

Außerdem kann man Prävention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilen. Primärprävention richtet sich an Gesunde, mit denen Maßnahmen vor dem ersten Auftreten unerwünschter Symptome durchgeführt werden. Sekundärprävention

dient der Früherkennung von Krankheiten und soll das Voranschreiten der Krankheit verhindern. Tertiärprävention richtet sich hingegen an Kranke mit dem Ziel, Symptome abzuschwächen und Folgeschäden zu vermeiden. (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 258)

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) basiert auf dem neuen Verständnis von betrieblicher Gesundheitspolitik der Ottawa Charta von 1986 (vgl. Esslinger 2010, S. 68). BGF hat eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeit zum Ziel und weniger die Veränderung des individuellen Verhaltens (vgl. Faller 2012, S. 15). Es stehen salutogenetische Denk- und Handlungsweisen im Vordergrund (vgl. Badura et al. 2010, S. 44), die dem Salutogenese Ansatz von Aaron Antonovsky entspringen.

„Handlungsfelder des BGF sind insbesondere die Vermeidung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen, psychische Gesundheit, Ernährung sowie Genuss- und Suchtmittelkonsum“ (Esslinger 2010, S. 68). Gesundheitsförderungsmaßnahmen wirken ergänzend zum gesetzlich festgelegten Arbeits- und Gesundheitsschutz (vgl. ebd., S. 68). Allerdings stellen Gesundheitsförderungsprogramme allein meist nur einen kurzfristigen Aktionismus dar und erreichen auf längere Sicht nicht alle Arbeitnehmer (vgl. Kaminski 2013, S. 26). Erfolgreiches und nachhaltiges Schaffen einer gesunden Unternehmenskultur bedeutet mehr als nur Gesundheitsförderungsmaßnahmen anzubieten (vgl. ebd., S. 25). Gemäß der Definition der WHO wird Gesundheit als psychisches Wohlbefinden verstanden, das vor allem von zwischenmenschlichen Erfahrungen abhängig ist (vgl. Badura et al. 2010, S. 45). Es muss dementsprechend auf beide Fragen *Was erhält gesund?* und *Was macht krank?* eingegangen werden (vgl. ebd., S. 45).

Vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) und chronischen Erkrankungen könnten durch Gesundheitsförderung und Prävention hohe Kosten für Unternehmen verhindert werden (vgl. Gutmann 2016, S. 15).

2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

2.2.1 Relevanz

Über 44 Millionen Menschen in Deutschland waren im Mai 2017 nach aktueller Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes erwerbstätig (Statistisches Bundesamt 30.06.2017, S. 1). Knapp 30 Millionen Erwerbstätige sind vollzeitbeschäftigt und verbringen die meiste Zeit ihres wachen Tages am Arbeitsplatz (vgl. Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 95). Arbeit dient dem Menschen zum einen als Einkommensquelle zur Sicherung des Lebensunterhaltes, birgt zum anderen

jedoch gleichzeitig Gesundheitsrisiken durch Belastung und Beanspruchung (vgl. Robert Koch-Institut 2015, S. 158). Die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland werden auf mehr als 40 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt (vgl. Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 96). Dabei haben Studien gezeigt, dass den Investitionsausgaben eines BGMs signifikante Kosteneinsparungen gegenüberstehen (vgl. Esslinger 2010, S. 55). In diesem Abschnitt wird erläutert, warum sich immer mehr Unternehmen für ein betriebliches Gesundheitsmanagement entscheiden.

Badura geht davon aus, dass gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit von Menschen beeinflussen und dadurch die seelische und körperliche Leistungsfähigkeit bestimmen (vgl. Badura et al. 2010, S. 11). Hinsichtlich dieser Wechselwirkung kommt für die Bedeutung des BGMs sowohl der demografische und wirtschaftliche Wandel als auch der Wandel des Krankheitspanoramas zum Tragen.

Eine entscheidende wirtschaftliche Veränderung ist die Entwicklung der Industriegesellschaft zur Dienstleistungsgesellschaft, die sich seit Anfang der 1970er Jahre in Deutschland abbildet. Körperliche Arbeit wird durch Büroarbeitsplätze ersetzt, die höhere kognitive Leistungen verlangen (vgl. Rössler et al. 2015, S. 56). Damit sank die Zahl der Arbeitsunfälle aber die Zahl der psychischen Erkrankungen stieg an (vgl. ebd., S. 56). Neben klassischen Gefährdungsfaktoren im Sinne des Arbeitsschutzes beeinflussen vermehrt psychosoziale Belastungen, wie Betriebsklima, fehlende Anerkennung und unzureichende Handlungsspielräume die Gesundheit der Arbeitnehmer (vgl. Faller 2012, S. 16). Außerdem sitzt der heutige Arbeitsschwerpunkt im Dienstleistungssektor unter anderem bei der kundenorientierten Prozessoptimierung unter Anwendung eines Qualitätsmanagements (vgl. Rössler et al. 2015, S. 57). „Der zunehmende Druck führt sowohl für die Unternehmen als auch für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Stress“ (Stierle und Vera 2014, S. 395). Laut dem Gesundheitsbericht des Robert-Koch-Instituts sind trotz sinkender Krankenstände psychische Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit gestiegen (vgl. Robert Koch-Institut 2015, S. 159). Psychisches Wohlbefinden ist entscheidend für die Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern und steht eng in Zusammenhang mit Arbeitsmotivation, Kooperation und körperlicher Gesundheit (vgl. Badura et al. 2010, S. 16).

Hinzu kommt die wachsende Bedeutung der Ausgewogenheit zwischen Beruf und Privatleben (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 783). Diese sogenannte Work-Life-Balance wird vor allem für jüngere Generationen relevant. Es besteht zunehmend die Bereitschaft, beruflich kürzer zu treten, um Familie und Freunde nicht vernachlässigen

zu müssen (vgl. Esslinger 2010, S. 49). Dieses Phänomen ist vordergründig bei der Generation Y zu beobachten (vgl. Parment 2013, S. 86). Dieser Trend begründet sich u.a. in der Zunahme ständiger Erreichbarkeit und der damit einhergehenden Problematik, das Arbeits- und Privatleben klar voneinander zu trennen (vgl. Esslinger 2010, S. 49). Studien zufolge stellt die Generation Y unternehmenskulturrelevante Faktoren über monetäre Anreize bei der Beurteilung der Arbeitsattraktivität (vgl. Badura et al. 2016, S. 77). Es sollten deshalb zukunftsorientierte Arbeitsformen gesamthaft im Unternehmen umgesetzt werden, um den Personalbedarf langfristig decken zu können. Auch, wenn sich die Work-Life-Balance Terminologie ursprünglich für erwerbstätige Frauen entwickelt hat, ist es mittlerweile für Erwerbstätige aller Geschlechter von hoher Relevanz (vgl. Stock-Homburg 2013, S. 790).

Ein weiteres steigendes Problem stellt das Verhalten der Beschäftigten im Krankheitsfall dar. Dabei merkt Badura bereits im Fehlzeiten Report 2006 an, dass der Präsentismus den Absentismus als Hauptproblem ablöst. Laut dem Fehlzeiten-Report 2016 haben 46 Prozent der befragten Erwerbstätigen angegeben, dass sie trotz Krankheit auf Arbeit gegangen sind (vgl. Badura et al. 2016, S. 56). Dieses Phänomen wird als Präsentismus bezeichnet und hat hohe Produktivitätsverluste und Gesundheitsrisiken der Mitarbeiter zu Folge (vgl. Badura et al. 2010, S. 47). Eine Sensibilisierung durch Workshops und Weiterbildungen könnten aus Sicht des Autors diesem Problem vorbeugen. Durch gesundheitsfördernde Programme steigt die Gesundheit der Beschäftigten und gleichzeitig die Produktivität im Unternehmen (vgl. ebd., S. 421). „Ohne Gesundheitsinterventionen muss befürchtet werden, dass Absentismus und Präsentismus erheblich zunehmen“ (Badura et al. 2010, S. 423).

Ein Handlungsbedarf des BGMs ergibt sich außerdem aus der Entwicklung des demografischen Wandels. Wegen einer geringen Geburtenrate und steigender Lebenserwartung altert die Gesellschaft in Deutschland (vgl. Badura et al. 2010, S. 20). Dem demografischen Wandel geschuldet, steigt das Durchschnittsalter von Erwerbstätigen und das Angebot junger Nachwuchskräfte sinkt (vgl. ebd., S. 22). „Immer mehr Arbeit muss von immer weniger älter werdenden Beschäftigten bewältigt werden“ (Badura et al. 2010, S. 27). Badura betont die Ablösung der 35 bis 49-Jährigen von den 50 bis 63-Jährigen als stärkste Gruppe der Erwerbstätigen bis zum Jahre 2020 (vgl. ebd., S. 21). Zudem werden laut der Arbeitsmarktprognose des BMAS aus dem Jahr 2016 bis 2030 Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen fehlen (vgl. Vogler-Ludwig et al. 2016, S. 70). „Fördert man folglich den Erhalt des Humankapitals,

sichert man gleichzeitig den unternehmerischen Erfolg, der sich in Kennzahlen wie Qualität, Produktivität und Ertrag darstellen lässt (Esslinger 2010, S. 54). Ein BGM darf dementsprechend weniger als Pflichterfüllung, sondern als erfolgsrelevant für Unternehmen gesehen werden (vgl. ebd., S. 5).

2.2.2 Definition

Badura definiert betriebliches Gesundheitsmanagement als „Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura et al. 2010, S. 33). Es wird deutlich, dass ein BGM die bloße Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen übersteigt. Vielmehr wird BGM als Unternehmensstrategie verstanden, die BGF dauerhaft vorantreiben soll (vgl. Esslinger 2010, S. 69). Als Voraussetzung für ein BGM sollte eine betriebliche Gesundheitspolitik im Unternehmen vorherrschen. Sie soll als Teil der Unternehmenspolitik den Unternehmenszielen und der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter dienen. Eine betriebliche Gesundheitspolitik definiert das Verständnis von und den Umgang mit Gesundheit. Von diesem Verständnis können Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit von Mitarbeitern abgeleitet werden. (vgl. Badura et al. 2010, S. 1)

„Standardisierung ist für die Qualitätsentwicklung unerlässlich [...]“ (Badura et al. 2010, S. 147) und kann eine Hilfe für die Umsetzung eines BGMS darstellen. 2012 erarbeitete der Arbeitskreis des Deutschen Instituts für Normung eine Spezifikation (DIN SPEC 91020) für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Diese Spezifikation gibt Grundlagen für die Struktur und Vorgehensweise eines BGMS vor und soll Unternehmen als Orientierungshilfe dienen. Es werden allgemeingültige Formulierungen getroffen, um eine Einengung des Managementsystems zu vermeiden und die Kreativität bei der Umsetzung eines BGMS nicht zu gefährden (vgl. Gutmann 2016, S. 32). Der Standard betont außerdem, dass ein BGM nicht mit BGF zu verwechseln ist. Es sollen keine punktuellen Verbesserungen, sondern Maßnahmen ressourcenorientiert, das heißt das gesamte Unternehmen betrachtend, eingeführt werden (vgl. Kaminski 2013, S. 27). „Fast 70 Prozent der Unternehmen mit gutem BGM orientieren sich an der DIN SPEC 91020“ (Gutmann 2016, S. 32). Als nachteilig wird der Standard wegen der zusätzlichen Kosten für die Zertifizierung empfunden. Seit 2015 werden die Publikationen über die DIN SPEC 91020 immer geringer (vgl. Gutmann 2016, S. 33).

Die Initiative neue Qualität der Arbeit veröffentlichte 2014 eine Handlungshilfe für betriebliches Gesundheitsmanagement. Diese sieht faire und verlässliche Arbeitsbedingungen als Voraussetzung für erfolgreiche Unternehmen in der Zukunft (siehe Abbildung 1). Das Modell zeigt, dass Gesundheit als Unternehmensstrategie bei



Abbildung 1: Unternehmen der Zukunft (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2014, S. 58)

allen Prozessen ganzheitlich berücksichtigt werden soll, damit Mitarbeiter langfristig arbeits- und leistungsfähig bleiben.

Damit die Integration eines BGMs erfolgreich ist, müssen zunächst die Bestandteile eines BGMs erläutert werden. Das dafür wohl bekannteste Modell ist das 3-Säulen-Modell von Giesert (siehe Abbildung 2). Es gliedert das BGM in Arbeitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und Betriebliche Gesundheitsförderung.

Giesert betont die Pflicht zum Arbeitsschutz und BEM auf Grundlage des Arbeitsschutzgesetzes und dem neunten Sozialgesetzbuch (SGB). Die BGF ist seit 2007 für Krankenkassen eine Pflichtleistung geworden, für den Arbeitgeber allerdings nicht. „Er kann die Leistungen der Krankenkassen nach Sozialgesetzbuch V in Anspruch nehmen, er muss aber nicht“ (Giesert 2012, S. 340). BGF wird in diesem Modell als Chance gesehen, die Mitarbeiter verhaltens- und verhältnisorientiert zu unterstützen, um die eigene Gesundheit zu stärken und nachhaltige Maßnahmen über alle drei Handlungsfelder im Unternehmen zu initiieren. Auch in anderen Modellen

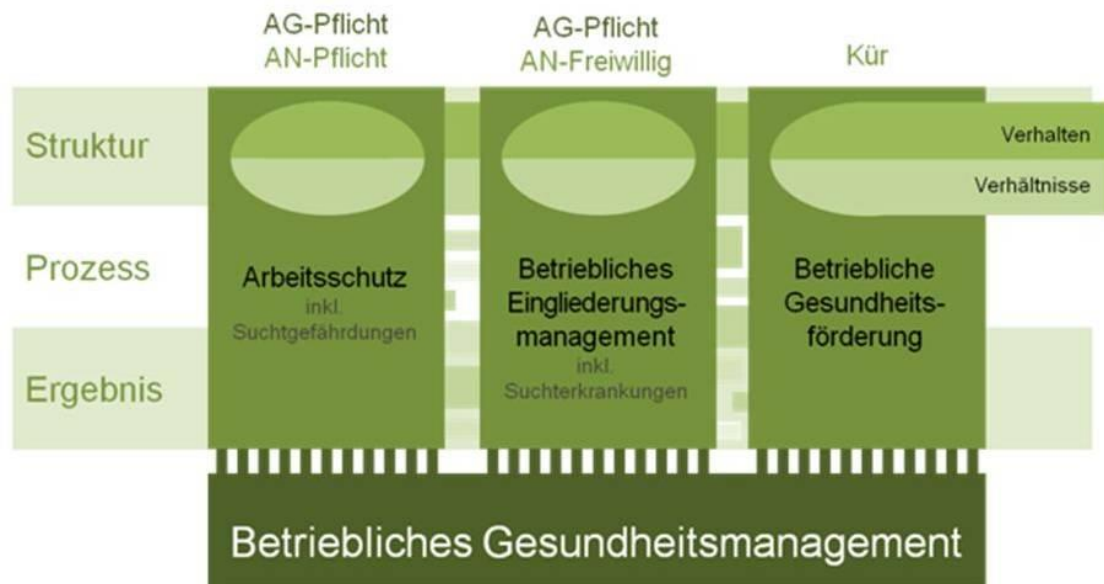


Abbildung 2: Betriebliches Gesundheitsmanagement (Giesert 2012, S. 337)

Damit ein BGM erfolgreich als Unternehmensstrategie umgesetzt werden kann, muss es in alle Unternehmensprozesse integriert werden. Nach dem Modell „Integration der Aufgabe ‘Gesundheit‘ von dem Sozialwissenschaftler Blume sollen folgende Handlungen Gesundheit stets als Unternehmensziel berücksichtigen (vgl. Badura et al. 2010, S. 275):

- Mitbestimmung/ Beteiligung
- Veränderungsprojekte
- Methoden/Verfahren
- Unternehmensführung, -ziele, -kultur
- Managementsysteme
- Daten-/Informationserfassung/ -aufbereitung
- Führungsalltag
- Mitarbeiterverhalten
- Arbeitssystemgestaltung

Dabei ist zu beachten, dass BGM „anschlussfähig für die derzeitigen Akteure der Organisation bleibt“ (Badura et al. 2010, S. 275). Dementsprechend sollte ein Gefühl

von Überforderung für die Beteiligten vermieden werden, damit BGM nicht als Last sondern als Chance empfunden wird. Die Gesundheitswissenschaftlerin Uta Walter nennt in Badura et al. 2010 neben strukturellen Rahmenbedingungen auch betriebspolitische Voraussetzungen für die nachhaltige Integration eines BGMs. Damit gesundheitsförderndes Denken und Handeln im Unternehmen dauerhaft vorangetrieben wird, sollte aus den Unternehmenszielen eine inhaltliche Zielsetzung abgeleitet werden (vgl. Badura et al. 2010, S. 148). Diese dient in der Vorbereitung als Wegweiser aller betriebspolitischen Prozesse. Eine Dienst-/ Betriebsvereinbarung stellt das BGM auf eine verbindliche Basis, die eine Konsensfindung zwischen den Betriebsparteien abbildet. Außerdem wird ein Lenkungsausschuss in Form einer Arbeitsgruppe empfohlen als „[...] treibende Kraft der betrieblichen Gesundheitsarbeit“ (Badura et al. 2010, S. 150). Wie viele Ressourcen der Arbeitsgruppe zugeschrieben werden, muss von der Führung festgelegt werden und entscheidet am Ende über Glaubwürdigkeit und Akzeptanz des BGMs (vgl. ebd., S. 151). Als strukturelle Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches BGM sollen personelle Verantwortlichkeiten geklärt und Gesundheitsexperten bzw. Führungskräfte für bevorstehende Anforderungen qualifiziert werden. Ermittelte Daten und Kennzahlen des BGM sollen regelmäßig in einem betrieblichen Gesundheitsbericht veröffentlicht werden. Ein internes Marketing gilt ebenfalls für ein erfolgreiches BGM als erforderlich, denn dieses bietet eine „systematische und fortlaufende Kommunikation im Unternehmen darüber, was bereits erreicht wurde und für die weitere Zukunft geplant ist“ (Badura et al. 2010, S. 154).

Um festzustellen ob gesetzte Ziele im Unternehmen erreicht wurden, ist eine Evaluation im betrieblichen Gesundheitsmanagement notwendig (vgl. Badura et al. 2010, S. 160). Es werden Effektivität und Effizienz von BGM Maßnahmen ermittelt und zugleich die Wirtschaftlichkeit gesteuert und gesichert (vgl. Esslinger 2010, S. 57). Neben „harten“ Messgrößen wie zum Beispiel Krankenstände und Unfallquoten sollten auch „weiche“ Größen wie die Mitarbeiterzufriedenheit und das Betriebsklima erfasst werden (vgl. ebd., S. 58). Dabei sollten stets valide und zuverlässige Methoden angewendet werden. Es wird empfohlen, die gleiche Methode bei der Evaluation anzuwenden, die schon bei der Ist-Analyse verwendet wurde (vgl. Badura et al. 2010, S. 160). Abschließend sollte die Art und Weise festgelegt werden, wie die Ergebnisse im Unternehmen kommuniziert und rückgemeldet werden sollten (vgl. ebd., S. 160).

2.2.3 Arbeitsfähigkeit und Belastungen von Beschäftigten

Aus der zuvor beschriebenen Relevanz des Themas lässt sich schlussfolgern, dass für die Herausforderungen, die der demografische Wandel mit sich bringt, vielseitige Lösungen gefunden werden müssen, um die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu stärken. Den Arbeitsphysiologen Ilmarinen und Lehtinen zufolge bildet die Arbeitsfähigkeit die Grundlage, eine auszuführende Aufgabe zu einem bestimmten Zeitpunkt zu bewältigen (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 349). Ilmarinen untersuchte, welche Faktoren die Arbeitsfähigkeit eines Menschen beeinflussen. Er entwickelte zu seinem Konzept das Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“, welches in vielen Publikationen aufgegriffen und in Zusammenhang mit BGM gebracht wird. Das Haus besteht aus den Stockwerken Gesundheit, Kompetenz, Werte und Arbeit. Die Gesundheit des Beschäftigten bildet dabei das Fundament der Arbeitsfähigkeit und sollte im besonderen Maße geschützt werden. Die darauffolgenden Etagen „[...] tragen bei zur betrieblichen Arbeitskultur und zur Entwicklung eines persönlichen Konzepts, sich in das Arbeitsleben einzubringen“ (Stierle und Vera 2014, S. 350). Die vorhandenen Arbeitsbedingungen sind dementsprechend nicht alleinig davon abhängig, ob der Beschäftigte arbeitsfähig ist. Alle Stockwerke müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen, damit die Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben kann (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 349).

Durch die sich stetig ändernden Anforderungen der Arbeitswelt steigt die Bedeutung der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit fachlicher und sozialer Kompetenz der Arbeitnehmer (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 350).

Arbeit ist heute eine wesentliche Ursache für gesundheitliche Probleme und kann die Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers gefährden. Die Anforderungen für Berufstätige haben sich in den letzten Jahren geändert. Einerseits konnten körperliche Belastungen und von außen einwirkende Risiken, wie Lärm, Hitze und Gefahrenstoffe reduziert werden. „Andererseits haben psychosoziale Belastungen, Risiken und Störungen des sozialen Wohlbefindens zugenommen“. (Stierle und Vera 2014, S. 151)

Die gesundheitliche Auswirkung von Belastungen wird als Beanspruchung bezeichnet (vgl. Esslinger 2010, S. 180). Der Umgang mit Belastungen hängt von individuellen Faktoren wie Alter, Gesundheitszustand und Bewältigungsmöglichkeiten ab (vgl. Esslinger 2010, S. 180). Deshalb empfinden manche Menschen gewisse Arbeitsanforderungen als Belastung und andere nicht. Eine zu hohe Beanspruchung

durch Leistungsdruck und Mobbing kann sich in einem Burn-out-Syndrom und Existenzängsten niederschlagen. Ausreichende Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeiter sind deshalb erforderlich, um nicht gestresst auf neue Arbeitsformen und Anforderungen zu reagieren (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 152).

2.2.4 Handlungsfelder des BGM

Wie zuvor definiert, bildet BGF eine von drei Handlungssäulen des BGMs. Der GKV (gesetzliche Krankenversicherung) Spitzenverband veröffentlichte 2014 einen Leitfaden zur Prävention. Er soll der Umsetzung hinsichtlich der Paragraphen 20, 20a und 20b im SGB V der „Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ dienen. Dieser unterteilt die Handlungsfelder der BGF in verhaltens- (Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil) und verhältnisbezogene (Gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitstätigkeit) Maßnahmen (siehe Abbildung 3) (vgl. GKV-Spitzenverband 2014, S. 87).



Abbildung 3: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien in der betrieblichen Gesundheitsförderung (GKV-Spitzenverband 2014, S. 87)

Im Sinne der Verhältnisprävention sind vor allem gesundheitsgerechte Führung und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung von großer Bedeutung, die im Folgenden näher erläutert werden.

Führung

Die wohl bedeutendste Einflussgröße für ein erfolgreiches BGM ist die Führung. Die Implementierung einer betrieblichen Gesundheitspolitik und Festlegung von Unternehmenszielen ist Aufgabe der Führung (vgl. Badura et al. 2010, S. 51). Dabei hat wertschätzendes Führungsverhalten einen maßgeblichen Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit (vgl. Gutmann 2016, S. 59). Es gilt deshalb festzustellen, wie die Führungsperson im Unternehmen erlebt wird (vgl. Esslinger 2010, S. 75). Die Sozialwissenschaftlerin Silke Huber empfiehlt dazu in Esslinger 2010 Mitarbeitergespräche und Mitarbeiterbefragungen als wichtige BGF Werkzeuge. Für eine erfolgreiche Implementierung eines BGMS trägt die Führungsperson Verantwortung als Vorbild gesundheitsbewussten Verhaltens (vgl. Gutmann 2016, S. 60). Laut einer Befragung von Betriebssportlern und Nichtbetriebssportlern „[...] gab ein Drittel der Befragten an, dass sie am Betriebssport teilnehmen würden, wenn der direkte Vorgesetzte dies auch täte“ (Badura et al. 2016, S. 154). Die Führungsebene legt außerdem die für das BGM bereitgestellten Ressourcen fest und entscheidet damit über Erfolg oder Misserfolg eines BGMS.

Ein weiterer bedeutsamer Faktor ist die Einbeziehung der Mitarbeiter. Denn der Erfolg von Interventionen ist abhängig von der Teilnahme bzw. Akzeptanz der Beschäftigten (vgl. Badura et al. 2010, S. 51). Durch Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen kann das Vertrauen zwischen der Führung und Beschäftigten vergrößert werden (vgl. ebd., S. 53). Die Deutsche Gesellschaft für Personalführung betont außerdem, das Führungsverhalten alternsflexibler und altersgerechter werden zu lassen als Bewältigungsstrategie des demografischen Wandels (vgl. DGFP 2017).

Gesundheitsfördernde Arbeitsplatzgestaltung

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit der Beschäftigten ist die Arbeitsplatzgestaltung, die mehr ist als nur ergonomische Hilfsmittel bereitzustellen. Ein ungünstig gestalteter Arbeitsplatz kann zu Fehlbeanspruchungen und damit zu verbundenen Folgekosten für das Unternehmen kommen (vgl. GKV-Spitzenverband 2014, S. 89). Als Bestandteile der Arbeitsgestaltung werden Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation, Ausgestaltung der Aufgabe selbst und soziale Beziehungen am Arbeitsplatz genannt. Psychische Belastungen treten vermehrt in der heutigen Arbeitswelt auf und können durch eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung vorgebeugt werden. Beispielsweise durch die Reduzierung von

Arbeitsunterbrechungen, Arbeitsdichte und Leistungsdruck (vgl. ebd., S. 89). Handlungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsräume des Arbeitsinhaltes wirken sich dabei positiv auf Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Motivation des Beschäftigten aus (vgl. Esslinger 2010, S. 72). Soziale Beziehungen auf Arbeit können auch psychische Belastungen hervorrufen, beispielsweise durch Mobbing. Es stehen den sozialen Belastungen jedoch die positiven gesundheitsförderlichen Potenziale von sozialen Beziehungen gegenüber (vgl. Badura et al. 2010, S. 339). Soziale Unterstützung kann gleichzeitig bei der Bewältigung von sozialen Belastungen helfen und sollte deshalb nicht in den privaten Bereich verwiesen werden (vgl. ebd., S. 345).

Die Schwerpunkte der individuellen verhaltensbezogenen Prävention sind nach dem GKV-Leitfaden in Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum einzuteilen. In Anlehnung an diese Einteilung wird im Folgenden näher auf die Bedeutung der einzelnen Handlungsfelder eingegangen.

Bewegung

Betriebssport kann zahlreiche positive Effekte für Beschäftigte und das Unternehmen haben. Empirisch nachgewiesene Effekte sind die Verbesserung des Gesundheitszustandes und des subjektiven Wohlbefindens (vgl. Badura et al. 2016, S. 154). Der Deutsche Betriebssport-Verband nennt außerdem eine wachsende Leistungsbereitschaft, die Förderung sozialer Kontakte, eine höhere Identifikation mit dem Unternehmen, die Verstärkung abteilungsübergreifender Kommunikation und eine verringerte Unfallhäufigkeit am Arbeitsplatz als weitere positive Effekte von Betriebssport (vgl. Badura et al. 2016, S. 149). Der Fehlzeiten-Report 2016 merkt allerdings an, dass die aktuelle Forschungslage noch zu indifferent erscheint, um tatsächlich eintretende Effekte von Betriebssport zu beurteilen. Dass Gesundheitseffekte eintreten, hängt von der Qualität der Interventionen ab, die dementsprechend individuelle Voraussetzungen und eine angemessene Dosierung der Belastung berücksichtigen sollten (vgl. GKV-Spitzenverband 2017, S. 53). Der Präventions-Leitfaden der GKV nennt für Bewegungsgewohnheiten zwei Handlungsschwerpunkte:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Zielgruppen sollten Beschäftigte im Unternehmen sein, die bewegungsarme Arbeitstätigkeiten ausführen, die bereits Beschwerden des Bewegungsapparates aufweisen und Beschäftigte, die in Bereichen mit arbeitsplatzbedingten Chronifizierungsrisiken arbeiten (vgl. GKV-Spitzenverband 2014, S. 102).

Ernährung

Gesunde Ernährung ist bedeutend für den Erhalt der Gesundheit und wirkt vorbeugend gegenüber der Entstehung bestimmter Krankheiten (vgl. GKV-Spitzenverband 2017, S. 59). Sie spielt zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten und somit zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens eine entscheidende Rolle. Einflussfaktoren für Ernährung am Arbeitsplatz können strukturelle Bedingungen des Arbeitsplatzes, individuelles Handeln sowie soziale Ungleichheiten der Beschäftigten sein (vgl. Badura et al. 2016, S. 140). So haben beispielweise Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten einen Einfluss auf das Ernährungshandeln von Beschäftigten (vgl. ebd., S. 144). Termindruck und erhöhte Arbeitsdichte werden als Hindernisse für gesundes Ernährungshandeln benannt (vgl. ebd., S. 146). Es konnte bewiesen werden, dass sowohl Frauen als auch Angehörige der oberen Schichten sich nach den Empfehlungen gesunder Ernährung besser ernähren als Männer und Angehörige der unteren Schichten (vgl. ebd., S. 142).

Der Leitfaden des GKV Spitzenverbandes sieht folgende Handlungsschwerpunkte für die BGF hinsichtlich der Ernährung vor:

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Auch hier sollen Maßnahmen gemäß der Verhaltens- und Verhältnisprävention eingeführt werden. „Sowohl klassische Schulungen über eine gesunde Ernährung als auch das Schaffen eines gesundheitsförderlichen Umfelds durch Produktkennzeichnung und gesunde Angebote in Kantinen und Automaten führten zu einer gesünderen Ernährungsweise der Beschäftigten“ (Bräunig et al. 2015, S. 19).

Stressmanagement

Es gibt verschiedene Ursachen, aufgrund derer sich Beschäftigte gestresst fühlen können. Fakt ist, „[...] dass die psychische Beanspruchung zwischen 2006 und 2012 über alle Berufsgruppen hinweg stark zugenommen hat“ (Badura et al. 2016, S. 13). Aus Unternehmenssicht sind manchmal erhöhte Leistungsverausgabungen von Nöten,

um betriebliche Leistungsversprechen einlösen zu können (vgl. Badura et al. 2016, S. 25). Länger andauernder Zeit- und Leistungsdruck kann jedoch negative Folgen für Beschäftigte haben. Eine Befragung im Rahmen des Fehlzeiten-Reports 2016 liefert die Ergebnisse, dass es neben Qualitätsverlusten, Motivationsproblemen und negativen Folgen für die Gesundheit der Beschäftigten zu Problemen mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf kommen kann (vgl. ebd., S. 25).

Folgende Handlungsschwerpunkte der BGF empfiehlt der GKV Leitfadens Prävention:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Es haben sich multimodale Programme des Stressmanagements bewährt, die „sowohl das Stressbewältigungsverhalten, das Stresserleben als auch die psychophysischen Reaktionen gesundheitsförderlich verändern können“ (GKV-Spitzenverband 2017, S. 65).

Eine erfolgreiche Bewältigung von Stress kann zu Erfolgserlebnissen, Lernerfahrungen und persönlicher Weiterentwicklung führen (vgl. Badura et al. 2010, S. 363). Das Ziel sollte für Führungskräfte und Beschäftigte dementsprechend eine Reduzierung von Stress sein.

Suchtmittelkonsum

Suchtprobleme der Mitarbeiter können nicht nur gesundheitliche Folgen für den Beschäftigten haben, sondern auch die Qualität der Arbeit im Unternehmen beeinflussen. Alkohol stellt dabei das Hauptsuchtmittel in der Bevölkerung dar (vgl. Badura et al. 2010, S. 401). Darauf folgt der Tabakkonsum als zweithäufigstes Suchtmittel. Circa 30% der Erwachsenen Bevölkerung in Deutschland rauchen (vgl. GKV-Spitzenverband 2017, S. 70).

Aus diesen Zahlen ergeben sich die Handlungsfelder der BGF nach GKV Leitfadens hinsichtlich des Suchtmittelkonsums:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln kann gesundheitliche Gefährdungen reduzieren, Erkrankungen vorbeugen und trägt zum Erhalt des Wohlbefindens und der körperlichen und seelischen Gesundheit bei (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 44). Nach Teupe und Stierle bedeutet betriebliche Suchtprävention „Verantwortliches Handeln

durch Information, Aufklärung, und Beratung fördern und Hilfe zur Selbsthilfe leisten“ (Stierle und Vera 2014, S. 44). Maßnahmen der Suchtprävention sollten der Sensibilisierung der Beschäftigten und der Stärkung der Motivation zum bedarfsgerechten Umgang mit Suchtmitteln dienen (vgl. GKV-Spitzenverband 2014, S. 103).

2.2.5 Ziele und Nutzen

Aus Arbeitgebersicht hat ein BGM den Vorteil, dass die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens gesichert und ein höheres Erfolgspotenzial durch leistungsfähigere Mitarbeiter erreicht wird. Für den Arbeitnehmer bietet ein BGM die Vorteile der Reduktion von Gesundheitsrisiken, Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Verbesserung der persönlichen Lebensqualität. (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 162)

Das BGM kann nicht nur für ein Unternehmen und seine Mitarbeiter einen hohen Nutzen bringen, sondern überträgt seine Vorteile auch auf Familienangehörige und die gesamte Volkswirtschaft (vgl. Esslinger 2010, S. 54). So können Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung durch weniger Krankheitsausfälle entlastet werden und Familienangehörige von einem gestiegenen Wohlbefinden der Beschäftigten profitieren.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen bringen außerdem einen ökonomischen Nutzen für Unternehmen hervor. So konnte durch Studien belegt werden, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten reduziert und gleichzeitig Krankheitskosten verringert werden konnten (vgl. Bräunig et al. 2015, S. 64). Die Studie der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse von 2012 hat gezeigt, dass jeder Euro, der in betriebliche Präventionsarbeit investiert wird, sich durch ein ökonomisches Erfolgspotenzial von 2,20 Euro auszahlt (vgl. Initiative Neue Qualität der Arbeit 2014, S. 15).

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der Alterung der Gesellschaft erhöht ein BGM die Arbeitgeberattraktivität eines Unternehmens. Denn ein Unternehmen sollte sowohl für potenzielle Bewerber als auch für Beschäftigte attraktiv organisiert sein (vgl. Badura et al. 2016, S. 225). Umfragen zufolge zeichnet sich gute Arbeit für die Mehrheit der Befragten u.a. durch Schutz der Gesundheit aus (vgl. ebd., S. 227).

Als erstrebenswerte Gesundheitskompetenz der Beschäftigten erwähnt Stierle in seinem Buch die Mitarbeiterkompetenz Resilienz.

Resilienz stammt ursprünglich aus der Werkstoffkunde und beschreibt den Zustand

von Materialien trotz extremer Belastung wieder in ihren Ausgangszustand zurückzukehren. Angewendet auf das Arbeitsverhältnis ist es die Widerstandsfähigkeit von Beschäftigten gegenüber belastenden Situationen, wie zum Beispiel Krankheiten und Niederlagen. Durch Werkzeuge für Stress- und Konfliktbewältigung kann die Resilienz von Mitarbeitern gestärkt werden. Folge einer Resilienzfähigkeit der Beschäftigten ist die erhöhte Zufriedenheit und der davon abhängigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit. (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 348)

Ziel eines Unternehmens sollte es grundlegend sein, BGM als ganzheitliche Strategie zu verstehen (vgl. Esslinger 2010, S. 55). Dabei sollten krankmachende Faktoren im Unternehmen vermieden und gesundmachende Faktoren gefördert werden. Dennoch ist zu beachten, dass auch, wenn das BGM pathogene Risikofaktoren vermeiden will, letztlich jeder Mitarbeiter selbst für sein Wohlergehen verantwortlich ist. Es ist deshalb erfolgsrelevant für das BGM, die heutige Kluft zwischen Mitarbeiter und Unternehmen durch eine Vertrauensbasis zu überwinden. (vgl. Kaminski 2013, S. 30f)

Um den Erfolg von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Unternehmen zu messen, empfiehlt Badura die Beachtung des Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) nach Deming. Er gewährleistet eine kontinuierliche Verbesserung der Organisation durch die Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation (vgl. Badura et al. 2010, S. 155). Auch wenn der PDCA-Zyklus vorrangig zur Theorie des Qualitätsmanagements zählt, stellt er eine Handlungshilfe zur Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen dar. „Gesundheit im Unternehmen entsteht und muss jeden Tag analysiert, adressiert und verbessert werden“ (Kaminski 2013, S. 30). Als Instrument zur Diagnose der Ausgangssituation im Unternehmen wird beispielsweise eine periodische Mitarbeiterbefragung empfohlen (vgl. Kaminski 2013, S. 31). Badura sieht als entscheidendes Ziel des BGMs nicht nur die Verringerung von krankheitsbedingten Arbeitsausfällen, sondern die Förderung des Wohlbefindens und physischer Fitness der Beschäftigten (vgl. Badura et al. 2010, S. 46). Damit sinkt das Risiko für Frustration, Demotivation und psychischen Krankheiten und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter wird erhöht (vgl. Kaminski 2013, S. 29).

2.2.6 Aktueller Forschungsstand

Stetig mehr Unternehmen erkennen die Notwendigkeit in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu investieren (Stierle und Vera 2014, S. 129). Entscheidungsrelevante Informationen bieten dafür die jährlich veröffentlichten Gesundheitsreports der

Krankenkassen. Diese spiegeln die aktuelle gesundheitliche Lage in Deutschland wider und geben eine Übersicht der Krankenkassenleistungen. Da Leistungen zur BGF für Krankenkassen gesetzlich verankert sind, erheben diese die gesundheitliche Situation auch in Betrieben. Die AOK investierte beispielsweise laut Präventionsbericht 2016 36,8% der GKV-weiten Gesamtausgaben in Leistungen der BGF (vgl. Cholmakow-Bodechtel et al. 2016, S. 20). Durch das neue Präventionsgesetz sollen zukünftig 300 Millionen Euro jährlich von Kranken- und Pflegekassen in Gesundheitsförderung und Prävention u.a. in Betrieben investiert werden. Im Folgenden wird durch aktuelle Zahlen der Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit verdeutlicht.

Zunächst ist festzuhalten, dass psychische Belastungen in der Gesellschaft zunehmen (vgl. Wohlers und Hombrecher 2016, S. 6). In der Stressstudie der Techniker Krankenkasse 2016 gaben über 60% der Befragten an, gestresst zu sein. 23% davon gaben sogar an, häufig gestresst zu sein (vgl. ebd., S. 6). Als Ursache für Stress nannten 46% der Befragten die Kategorie „Schule, Studium und Beruf“ (vgl. Wohlers und Hombrecher 2016, S. 12).

„Ein Viertel der Befragungsteilnehmer benennt einen direkten Zusammenhang zwischen den eigenen Beschwerden und den Arbeitsbedingungen“ (Zok 2010, S. 87). Gründe für Beschwerden und Belastungen am Arbeitsplatz liefern die Ergebnisse aus Beschäftigtenbefragungen des WIdO. Diese zeigen, dass sich fast ein Drittel der Beschäftigten von ständiger Aufmerksamkeit und Termin- bzw. Leistungsdruck psychisch belastet fühlt (vgl. Zok 2010, S. 59). Als stark belastend werden Unterbrechungen bei der Arbeit, hohes Arbeitstempo, hohe Verantwortung und große Arbeitsmengen empfunden (vgl. ebd., S. 59). Als Hauptursache von Arbeitsunfähigkeit werden dabei Muskel-Skeletterkrankungen genannt, gefolgt von Atemwegserkrankungen und psychischen Störungen. „Diese drei Hauptdiagnosen sind für mehr als die Hälfte aller AU-Tage der BKK Mitglieder verantwortlich“ (Knieps und Pfaff 2016, S. 44). Die meisten Fehltage aufgrund von psychischen Problemen treten in der Altenpflege auf (vgl. ebd., S. 109). Außerdem fallen ältere Beschäftigte zwar weniger häufig, jedoch deutlich länger krankheitsbedingt aus (vgl. Knieps und Pfaff 2016, S. 51).

Den Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit der Beschäftigten erforschten Beckmann, Meschede und Zok im Fehlzeitenreport 2016. Die Befragung zeigte, dass die Beschäftigten weniger zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand waren, wenn die Unternehmenskultur weniger positiv erlebt wurde. Eine häufigere Benennung

von körperlichen und psychischen Symptomen der Befragten, wenn die Unternehmenskultur als negativ empfunden wurde, verdeutlichte dieses Erkenntnis. Die Dimension Arbeitsklima zeigte dabei die deutlichsten Zusammenhänge zwischen psychischen Beschwerden mit der beruflichen Tätigkeit. Je schlechter das Arbeitsklima im Unternehmen empfunden wurde, desto mehr Beschäftigte fielen länger als 15 Tage krankheitsbedingt aus und gaben häufiger psychische Beschwerden aufgrund der beruflichen Tätigkeit an. Außerdem zeigte die Befragung, dass Beschäftigte häufiger entgegen dem ärztlichen Rat krank auf Arbeit gehen, wenn die Unternehmenskultur als negativ empfunden wird. (vgl. Badura et al. 2016, S. 58)

Den Zusammenhang von Unternehmenskultur, Gesundheit und Mitarbeiterbindung untersuchten Badura und Ehresmann in 17 Organisationen zwischen 2006 und 2014. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Organisationskultur und emotionale Bindung rund 30 Prozent der Varianz der Mitarbeitergesundheit erklären. Das bedeutet, je besser die Qualität einer Organisationskultur ausgeprägt ist, desto stärker ist die Bindung der Mitarbeiter an die Organisation, was gleichzeitig ein höheres Wohlbefinden und geringeres Ausmaß an Depressivität der Beschäftigten zur Folge hat. (vgl. Badura et al. 2016, S. 91)

Neben dem Anstieg der psychischen Erkrankungen und der Adipositasprävalenz bei Frauen und Männern (vgl. RKI 2014, S. 24) sind auch gesellschaftliche Entwicklungen festzustellen, die eine Einführung eines BGMS erleichtern könnten. Beispielsweise wurde eine Abnahme der AU-Tage nicht nur im Gesundheitsreport 2016 der BKK, sondern auch in dem des RKI bestätigt. Außerdem ist die Sportbeteiligung von Frauen und Männern seit dem Jahr 2003 deutlich gestiegen (vgl. ebd., S. 27). Es sind auch rückläufige Rauchquoten bei Frauen und Männern zu verzeichnen (vgl. ebd., S. 28). In Untersuchungen des WIdO konnten Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens Maßnahmen vorschlagen, die die gesundheitliche Situation am Arbeitsplatz verbessern könnten. Die Ergebnisse zeigten, dass mehr Einsatz der Vorgesetzten für die Mitarbeiter, Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas, Informationen über gesundes Verhalten und Gesundheitskurse für Mitarbeiter verlangt wurden, damit die eigene gesundheitliche Situation am Arbeitsplatz verbessert wird (vgl. Zok 2010, S. 90).

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin veröffentlichte eine Übersicht volkswirtschaftlicher Kosten, die durch Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2015 entstanden sind. Der Produktionsausfall je Arbeitsunfähigkeitstag wird auf 109 Euro und der

Produktionsausfall je Arbeitnehmer wird auf 1.650 Euro für das Jahr 2015 geschätzt (vgl. BAUA 2017, S. 1). Eine Übersicht der Produktionsausfallkosten nach Diagnosegruppen mit Hilfe der Einteilung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wurde ebenfalls vorgenommen. Der größte Anteil von Arbeitsunfähigkeitstagen begründete sich mit 22% durch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (vgl. BAUA 2017, S. 2). Die zweithäufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit waren mit 14,8% Psychische und Verhaltensstörungen (vgl. ebd., S. 2). Diese Ergebnisse stimmen mit den Krankheitshäufigkeiten in den Gesundheitsreports der Krankenkassen überein. Vor dem Hintergrund, dass im Jahr 2015 Kosten in Höhe von 64 Milliarden Euro wegen volkswirtschaftlichen Produktionsausfällen durch AU-Tage entstanden sind, sollte es für Unternehmen ein Ziel sein, Gesundheitsrisiken abzubauen und gesundheitsförderliche Potenziale der Beschäftigten zu stärken.

2.2.7 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Eine Grundlage für die Fürsorgepflicht des Arbeitnehmers im Sinne des BGMs bilden „verschiedene EU-Richtlinien, die in den einzelnen Staaten durch Gesetze und Verordnungen umgesetzt, national geltendes Arbeitsschutzrecht werden sollten“ (Esslinger 2010, S. 37). Den rechtlichen Rahmen zur Pflicht des Arbeitgebers, die Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen, bildet das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB). Nach § 618 Abs. 1 BGB ist der Arbeitgeber verpflichtet die Arbeitsumgebung und Dienstleistungen so zu regeln, dass der Beschäftigte vor Lebens- und Gesundheitsgefahren geschützt ist. „Dieser Rahmen wird durch das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) sowie das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) konkretisiert“ (Gutmann 2016, S. 105). Das Arbeitsrecht schützt die Rechte und Pflichten des Arbeitgebers und Arbeitnehmers, deren persönliche sowie wirtschaftliche Abhängigkeit einem besonderen Schutz bedarf (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 112).

Als eine Grundpflicht des Arbeitgebers wird im ArbSchG die Einführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes genannt, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten beeinflussen können (gemäß § 3 Abs. 1 ArbSchG). „Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben.“ (§ 3 Abs. 1 ArbSchG). Die Vermeidung von Gefährdungen physischer und psychischer Gesundheit ist der erste Grundsatz des Arbeitsschutzgesetzes (gemäß § 4 Abs.1 ArbSchG). Auch ist der Arbeitgeber verpflichtet den Beschäftigten eine arbeitsmedizinische Untersuchung zu gewährleisten (gemäß § 11 ArbSchG). Des

Weiteren stellt das Arbeitssicherheitsgesetz die Pflicht des Arbeitgebers dar, als Schutzmaßnahme gegenüber seinen Arbeitnehmern Betriebsärzte und Fachkräfte für die Arbeitssicherheit zu bestellen (gemäß § 1 ASiG). Diese sollen Maßnahmen einführen, die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erkenntnisse zur Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung berücksichtigen (gemäß § 1 Abs. 1 ASiG).

Neben Arbeitgebern haben auch Arbeitnehmer die Pflicht, für ihre Sicherheit und Gesundheit Sorge zu tragen (gemäß § 15 Abs. 1 ArbSchG). Beschäftigte sind außerdem berechtigt, dem Arbeitgeber eigene Vorschläge zum Gesundheits- und Arbeitsschutz vorzulegen (gemäß § 17 Abs. 1 ArbSchG). Diese Möglichkeit der Zusammenarbeit bietet beispielweise ein betriebliches Eingliederungsmanagement. Arbeitgeber und Arbeitnehmer legen dabei Maßnahmen fest, mit denen eine vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit des Beschäftigten überwunden oder vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX). Im SGB IX wird festgeschrieben, dass Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, Leistungen eines BEMs durch den Arbeitgeber angeboten werden müssen (gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX).

Zur Umsetzung der europäischen Richtlinien zum Arbeitsschutz folgten außerdem verschiedene Einzelverordnungen, wie zum Beispiel die Gefahrenstoffverordnung, Arbeitsstättenverordnung oder Bildschirmarbeitsverordnung (vgl. Esslinger 2010, S. 43). Unterstützung für den Gesundheitsschutz in Betrieben bieten die gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen in Deutschland. Die gesetzliche Unfallversicherung soll gemäß den Grundsätzen dafür sorgen, dass Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren vermieden werden (gemäß § 14 Abs. 1 SGB VII). „Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen“ (§ 14 Abs. 1 SGB VII). Zur Sicherung der Erwerbstätigkeit erbringen die Träger der Rentenversicherung medizinische Leistungen bei Versicherten, die gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen und deren Beschäftigung dadurch gefährdet ist (gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI). Wie schon erwähnt, sind Krankenkassen gesetzlich dazu verpflichtet, Leistungen für BGF anzubieten. Im Allgemeinen begründet sich diese Pflicht aus dem Gesetz der primären Prävention und Gesundheitsförderung (gemäß § 20 SGB V). Dieses besagt, dass die Leistungen der Krankenkassen „zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ dienen sollten (§ 20 Abs. 1 SGB V). Ein Ziel dabei sollte es

sein, den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten zu stärken (gemäß § 20a SGB V). Die Paragraphen 20b und 20c des fünften Gesetzbuches beschreiben genauer die Ziele der arbeitsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Als Leistung der BGF wird die gesundheitliche Situation im Betrieb erhoben und Vorschläge zur Verbesserung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten im Unternehmen entwickelt (gemäß § 20b Abs. 1 SGB V). Als präventive Aufgabe unterstützen die Krankenkassen die gesetzliche Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (gemäß § 20c Abs. 1 SGB V). Die Zuständigkeiten der gesetzlichen Krankenkassen greifen im Normalfall erst, wenn es zur Erkrankung des Versicherten gekommen ist (vgl. Stierle und Vera 2014, S. 101). Zuvor liegt die Gesundheit in der Eigenverantwortung eines Versicherten. Da es jedoch im Sinne der Krankenkassen ist, die Entstehung von Krankheiten und damit den Eintritt eines Versicherungsfalles zu vermeiden, werden Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin ausgebaut. Ein Meilenstein für diesen Ausbau stellt das Präventionsgesetz (PrävG) dar. Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz soll den steigenden Gesundheitsausgaben und Fehlzeiten der Arbeitswelt entgegenwirken (vgl. Gutmann 2016, S. 14). Es verspricht eine Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung und einen vereinfachten Zugang zu Leistungen der Krankenkassen für Unternehmen (vgl. ebd., S. 18). Außerdem soll laut dem Bundesministerium für Gesundheit der Schwerpunkt auf die Ermittlung individueller Belastungen und Risikofaktoren gelegt werden, um potenzielle Krankheitsrisiken früher zu erkennen.

Die Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung wurde in den Bundesrahmenempfehlungen der nationalen Präventionskonferenz bestimmt. Diese sieht einen wechselseitigen Informationsaustausch und die Abstimmung der Leistungen der Träger durch Absprachen vor (vgl. NPK 2016, S. 8). Die gesetzliche Grundlage für die Zusammenarbeit der Träger bilden die Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V.

3 Ziel der Bachelorarbeit

Das Interesse des Autors am Thema Mitarbeitergesundheit in Unternehmen, bildete sich während des Studiums heraus. Nachdem zu mehreren Unternehmen Kontakt aufgenommen wurde, um einen Kooperationspartner zur Bearbeitung dieses Themas im Rahmen einer Bachelorarbeit zu gewinnen, stimmte die Volkssolidarität Chemnitz e.V. dem Vorschlag zu. Das Anliegen des Vereins ist es, sich im Jahr 2017 näher mit dem Themenfeld eines BGMs zu beschäftigen und erste Handlungshilfen zur Umsetzung eines BGMs einzuholen.

Ziel der Arbeit soll es sein, eine Konzeption für ein betriebliches Gesundheitsmanagement für die Volkssolidarität Chemnitz e.V. zu erstellen. Mit Hilfe dieser Handlungsleitlinie soll die Implementierung des BGMs in dem Unternehmen erleichtert und die Umsetzung strukturiert vorbereitet werden. Die zentrale Forschungsfrage soll dementsprechend lauten:

Wie kann ein BGM in die Strukturen der Volkssolidarität Chemnitz implementiert und umgesetzt werden?

Es wurde zur Bestandsaufnahme der Ausgangssituation im Unternehmen eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Forschungsfragen für den Mitarbeiterfragebogen lauteten:

Wie hoch ist die gesundheitliche Gefährdung der Mitarbeiter der Volkssolidarität Chemnitz e.V.?

Wie werden bestehende Angebote im Rahmen der BGF der Volkssolidarität Chemnitz e.V. von den Mitarbeitern bewertet?

Welche zusätzlichen Angebote werden zukünftig in der Volkssolidarität Chemnitz e.V. von den Mitarbeitern gewünscht?

Die Konzeption soll zur Implementierung eines ganzheitlichen und langfristig erfolgreichen BGMs der Volkssolidarität Chemnitz e.V. dienen.

4 Methodik

4.1 Literaturrecherche

Damit eine Konzeption für ein BGM der Volkssolidarität Chemnitz e.V. erstellt werden konnte, erfolgte eine umfassende Literaturrecherche. Folgende Schlagwörter dienten der Literaturrecherche:

- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Betriebliche Gesundheitspolitik
- Personalmanagement
- Forschungsmethoden
- Fragebogenerstellung

Es wurde vorwiegend mit Fachliteratur der Bibliothek der Westsächsischen Hochschule Zwickau gearbeitet. Das Repertoire der verfügbaren Bücher beinhaltete ausreichend aktuelle Literatur für alle Themenbereiche. Für die Abbildung der aktuellen Gesundheit in der Bevölkerung und deren Forschungsstand wurden Gesundheitsreports der Krankenkassen über die Suchmaschine ‚Google‘ gesucht und verwendet. Von der Volkssolidarität Chemnitz e.V. wurden Handlungshilfen der Initiative Neue Qualität der Arbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Verfügung gestellt. Durch das Schneeballsystem wurden zusätzliche Quellen herangezogen, wenn diese in der Fachliteratur besondere Erwähnung fanden, wie zum Beispiel der Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes.

Nach Sichten der Literatur wurde zunächst nach einem Modell zur Umsetzung eines BGMs für die Volkssolidarität Chemnitz e.V. gesucht. Die „Schritte zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements“ von Ute Stähr in Esslinger 2010 sollten den Inhalt des theoretischen Hintergrundes bestimmen.

4.2 Vorstellung der Volkssolidarität Chemnitz e.V.

Die Volkssolidarität Chemnitz e.V. entstand aus den Nachkriegszuständen des Jahres 1945. Mit dem Aufruf „Volkssolidarität gegen Wintersnot“ der antifaschistischen demokratischen Parteien, der Landeskirche und dem Landesausschuss im Oktober 1945 entstand ein Zusammenschluss zur Bekämpfung von Hunger, Unterversorgung und Obdachlosigkeit (vgl. Volkssolidarität Stadtverband Chemnitz e.V. 2011, S.3). Die

entstandene Volkssolidarität machte es sich zur Aufgabe, hilfsbedürftigen Kindern, Obdachlosen und alten Menschen zu helfen. Trotz der turbulenten Zeiten in der DDR, in denen der Verein kurz vor der Auflösung stand, konnte die Volkssolidarität Chemnitz e.V. durch einige Umstrukturierungen erhalten bleiben.

Die Dienstleistungen der Volkssolidarität Chemnitz sind bis heute vielfältig und umfassen Betreuung von Kindern/ Hort- und Integrationskindern, Betreuung von Demenzkranken, Essen auf Rädern, häusliche Kranken- und Altenpflege, Hausnotrufdienst, Hauswirtschaftsdienste, Mitgliederbetreuung, Nachbarschaftshilfe, Partyservice, Reisen, Sozialberatung, stationäre Altenpflege, Soziale und Kulturelle Betreuung und Betreutes Wohnen. Den Personalzahlen vom April 2017 zufolge sind 396 Mitarbeiter bei der Volkssolidarität Chemnitz e.V. angestellt. Davon sind 323 weiblichen und 73 männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter der Beschäftigten beträgt 47 Jahre. In Abbildung 4 ist die Altersverteilung nach der Altersgruppierung des Fragebogens dargestellt.

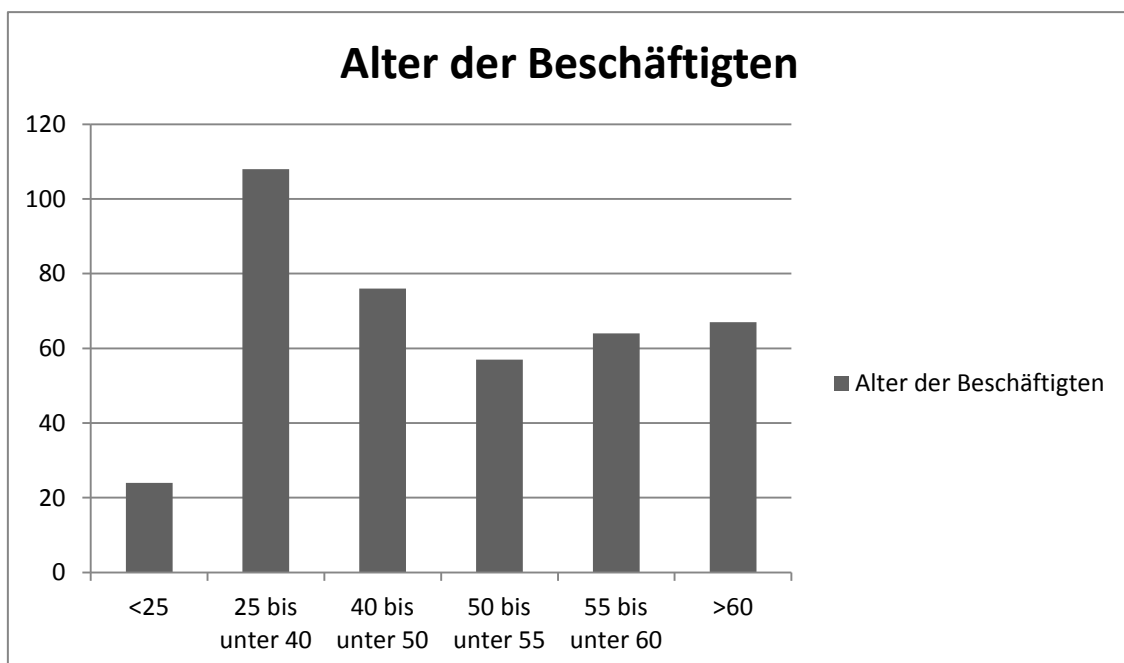


Abbildung 4: Alter der Beschäftigten in Jahren, Einteilung gemäß Mitarbeiterfragebogen

24 Beschäftigte sind unter 25 Jahre alt. 108 Beschäftigte lassen sich in die Altersspanne 25 bis unter 40 Jahre einordnen. 76 Mitarbeiter sind 40 bis unter 50 Jahre alt. 50 bis unter 55 Jahre alt sind 57 Beschäftigte. 64 Mitarbeiter haben das Alter 55 bis unter 60 und 67 Beschäftigte der Volkssolidarität Chemnitz e.V. sind über 60 Jahre alt.

Die Unternehmenszugehörigkeit der Beschäftigten variiert ebenfalls sehr stark. 216 Angestellte arbeiten bis zu fünf Jahre bei der Volkssolidarität Chemnitz e.V.. Zwischen 5 und 10 Jahre sind 49 Mitarbeiter bei dem Unternehmen angestellt. Seit 10 bis unter 20 Jahren sind 61 Mitarbeiter dem Unternehmen zugehörig. 70 Mitarbeiter sind schon über 20 Jahre bei der Volkssolidarität beschäftigt. Der gemeinnützige Verein ist bis heute Träger von vier Kindergarteneinrichtungen, vier Sozialstationen, elf Begegnungsstätten, acht Seniorenresidenzen, einer Zentralküche, einem Reisebüro und einem Sozio-kulturellen Zentrum.

Davon sind sieben Seniorenresidenzen, das Reisebüro, der Hausnotrufservice und die Servicegesellschaft für Soziales den Tochterunternehmen der Volkssolidarität Chemnitz e.V. angegliedert. Diese wurden aus dem Forschungsfeld ausgeschlossen.

4.3 Konzeption

Die Bildung des theoretischen Konzepts entstand durch eine induktive Verfahrenstechnik. Die induktive Bildung theoretischer Konzepte bedeutet „auf der Basis von empirischen Daten werden durch Abstraktion übergeordnete theoretische Begriffe gebildet“ (Döring und Bortz 2016, S. 222). Auf empirischer Ebene erfolgte eine Datenerhebung mithilfe eines teil-standardisierten Fragebogens. Er diente der Bestandsaufnahme der Ist-Situation im Unternehmen und soll die Grundlage der Theoriebildung und des Maßnahmenkatalogs für das BGM sein.

Die Konzeption für ein BGM in der Volkssolidarität Chemnitz e.V. wurde mittels einer Bedeutungsanalyse entwickelt. Das heißt, es wurden bereits vorliegende Definitionen und Begriffsverwendungen in der Literatur vergleichend näher beleuchtet (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 226). „Ein Gesamtkonzept bildet die Grundlage für längerfristig angelegte und ganzheitlich konzipierte Projekte“ (Esslinger 2010, S. 271). Die Konzeption lehnt sich an die „Schritte zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ von der Unternehmensberaterin Ute Stähr in Esslinger 2010:

1) Analyse der Ausgangssituation
- Zur Gewinnung von Daten, die Grundlage für die Entstehung des BGMS sein sollen - Sensibilisierung der Mitarbeiter - Siehe Mitarbeiterbefragung
2) Aktionsplanung, insb. Gründung einer Arbeitsgruppe und Durchführung von

Workshops, Seminaren und praktischen Angeboten
- Konkrete Arbeitsschritte anhand der Bestandsanalyse - Arbeitsgruppe mit internen Mitarbeitern trifft wirksamere und nachhaltigere Entscheidungen als externe Berater - Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe in der alle Ebenen des Unternehmens vertreten sind - Handlungsrahmen der Arbeitsgruppe festlegen - Leitung, Rollen, Aufgaben und Struktur sind zu definieren - Arbeitsgruppe soll Teil der Unternehmensaufgabe „Work Life Balance“ sein - Arbeitsgruppe entwickelt gemäß des Bedarfes Workshops, Seminare und praktische Angebote an
3) Einführung von moderierten Gesundheitszirkeln
- Arbeitsgruppe initiiert Gesundheitszirkel in Pilotabteilungen - Austausch von gesundheitlichen Themen, Problemen und Interventionsmöglichkeiten - Ziele von Gesundheitszirkeln: - o Reduzierung von Fehlzeiten und Verhaltens bedingten Arbeitsunfällen - o Verbesserung der Arbeits-/Produktqualität, der AufbauAblauforganisation, der Kommunikation und Kooperation - Mitarbeiter können Expertenwissen für mögliche gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung einbringen - Ergebnisse der Zirkelarbeit werden der Arbeitsgruppe vorgestellt
4) Seminare für Führungskräfte und Coaching
- Gelebte Unternehmenskultur wirkt sich auf Lebens- und Gestaltungsweisen der Mitarbeiter aus - Führungspersonen sollen Schlüsselqualifikationen, kommunikative und soziale Kompetenzen und emotionale Intelligenz stärken - Ein gutes Betriebsklima ist das Fundament für Gesundheit, Motivation, Kreativität und Produktivität
5) Gesundheitstage
- Geeignet als Einstiegsveranstaltung - Dient als Kommunikationsplattform - Angebote werden vorgestellt, Vorträge zu gesundheitlichen Themen gehalten und Informationsmaterial ausgelegt - Bieten Möglichkeit des Meinungsaustausches

- Sollten in regelmäßigen Abständen stattfinden
6) Aufbau eines Netzwerkes mit Kooperationspartnern
- Netzwerk zur Unterstützung des BGMS notwendig - Austausch mit Dienstleistern, anderen Unternehmen und Kooperationspartnern - Kann Entscheidungswege verkürzen - Schafft neue Ideen und Anregungen für Maßnahmen oder Strategien
7) Durchführung, Controlling und Evaluation
- Arbeitsgruppe für Weiterentwicklung, ggf. Veränderung und Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen verantwortlich - Aufrechterhaltung der Qualität der Angebote - Mitarbeitergespräche dienen der Evaluation und Kommunikation des BGMS

Diese Handlungsschritte konnten am besten auf die Strukturen der Volkssolidarität Chemnitz e.V. übertragen werden. Durch die Konzeption soll das Unternehmen die Ausgangslage systematisch reflektieren und bei der Entwicklung eines eigenen Steuerungsmodells für den Veränderungsprozess unterstützt werden (vgl. Faller 2012, S.127).

4.4 Mitarbeiterbefragung

Für die Erstellung der Konzeption war zunächst eine Analyse der Ausgangssituation im Unternehmen notwendig. Eine Organisationsanalyse kann dabei mehrere Vorteile vereinen. Sie schafft die Grundlage für nachfolgende Interventionen, ermöglicht eine Ableitung prioritärer Handlungsschwerpunkte und einen Anhaltspunkt für eine spätere Evaluation (vgl. Badura et al. 2010, S. 156). Man entschied sich für einen teilstandardisierten Fragebogen (siehe Anlage 1-3), weil möglichst alle Beschäftigten der Volkssolidarität Chemnitz e.V. Beteiligung in der Bestandsaufnahme finden sollten. Eine Mitarbeiterbefragung hat den Vorteil, dass sie zugleich Planungs-, Steuerungs- und Evaluationsinstrument ist (vgl. Rössler et al. 2015, S. 50). Diese ist außerdem gut geeignet zur Erfassung des subjektiven Erlebens und des privaten Verhaltens der Beschäftigten (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 398). Der Mitarbeiterfragebogen wurde nach den Wünschen des Unternehmens und nach aktuellen wissenschaftlichen Anforderungen entwickelt. Dieser sollte die Sicht der Beschäftigten über die BGF abbilden und Wünsche über zukünftige Angebote einholen. Die Befragung fand ausschließlich schriftlich statt.

Nach einer ersten Literaturrecherche zur Fragebogenerstellung und dem Einlesen in die BGM Thematik entstanden erste Entwürfe eines Mitarbeiterfragebogens. „Der vorläufige Prototyp des Fragebogens ist zunächst von Personen einer möglichen Zielgruppe auf Verständlichkeit zu prüfen“ (Kallus 2016, S. 89). Ein solcher Pretest wurde insgesamt dreimal mit neun Beschäftigten der Personalabteilung durchgeführt. Nach Ausfüllen der Fragebögen konnten Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge von allen Teilnehmern abgegeben werden. Es wurden jeweils Formulierungen und Skalenniveaus geändert bis keine Unverständlichkeiten mehr geäußert wurden. Nachdem auch die Geschäftsführung einverstanden mit dem Fragebogen war, wurde der Fragebogen gemäß des aktuellen Personalbestandes vervielfältigt.

Die Auswahl der Stichprobe wurde mit Hilfe der Personalleiterin der Volkssolidarität Chemnitz e.V. eingegrenzt. Es sollten alle Mitarbeiter der Volkssolidarität Chemnitz e.V. die Möglichkeit haben, an der Befragung teilzunehmen. Ausgeschlossen wurden ehrenamtliche Mitarbeiter und Einrichtungen der Tochterunternehmen der Volkssolidarität. Die Fragebögen wurden gemäß der aktiven Stichprobenziehung (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 400) nur in den Einrichtungen verteilt, die den Einschlusskriterien entsprachen. Die Fragebögen wurden im März 2017 persönlich in allen ausgewählten Einrichtungen der Volkssolidarität Chemnitz e.V. ausgeteilt. Damit wurde sichergestellt, dass alle Mitarbeiter von der Umfrage erfuhren und genügend Exemplare pro Einrichtung ausgehändigt wurden. Es wurden insgesamt 24 Einrichtungen in die Befragung einbezogen, darunter vier Kindergärten, vier Sozialstationen, ein Seniorenpflegeheim, die Zentralküche, elf Begegnungsstätten bzw. Stadtteiltreffs, die Geschäftsstelle und das Sozio-kulturelle Zentrum. Die Fragebögen wurden den Einrichtungsleitern übergeben, die dafür Sorge zu tragen hatten, dass alle Mitarbeiter der Einrichtung Zugang zu den Fragebögen erhielten. Nach zwei Wochen in den Einrichtungen wurden die Fragebögen entweder persönlich wieder abgeholt oder per Hauspost an die Geschäftsstelle zurückgesendet.

Die aufgenommenen Themen im Fragebogen orientierten sich an den Empfehlungen der Psychologen Brendt und Sollmann (vgl. Brendt und Sollmann 2017, S. 7). Ihrer Meinung nach sollten die Aspekte Bewertung der Situation im Arbeitsbereich, Belastungen, Arbeitsklima, Sport, Gesundheit und Psychisches Wohlbefinden im Fragebogen aufgegriffen werden (vgl. ebd., S. 7). Der Aspekt Arbeitsklima wurde nicht berücksichtigt, weil die Volkssolidarität dieses Themengebiet in dieser Befragung nicht aufnehmen wollte. Durch vorhandene offene Fragen wird der Fragebogen als

teilstandardisiert bezeichnet (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 399).

Es wird eine Fragebogenanschrift empfohlen, wenn man bei dem Ausfüllen der Fragebögen von Teilnehmern nicht persönlich vor Ort ist (vgl. ebd., S. 413). Der Fragebogen beginnt dementsprechend mit einem kurzen Anschreiben an die Teilnehmer. Es wurde dabei die Forschungsperson kurz vorgestellt und das Anliegen der Mitarbeiterbefragung verdeutlicht. Es sollte durch Betonung der Anonymität zur Teilnahme motiviert werden, da das Ausfüllen auf Freiwilligkeit basierte. Die darauffolgenden Fragen wurden in inhaltliche Fragenblöcke unterteilt. Diese vermeiden ständige gedankliche Sprünge für die Teilnehmer (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 406). Der Einstieg wurde durch Faktenfragen zum Geschlecht, Alter, Berufsgruppe und Unternehmenszugehörigkeit in Jahren erleichtert (vgl. ebd., S. 403). Durch die Unterscheidung nach soziodemografischen Daten sollte der Einsatz von Maßnahmen eindeutiger zugeordnet werden.

Danach folgen Fragen zur Selbsteinschätzung über das eigene Gesundheitsverhalten und den eigenen Gesundheitszustand. Außerdem sollten die Beschäftigten eine Aussage mittels einer fünfstufigen Rating-Skala darüber treffen, wie sie ihre durchschnittliche psychische und körperliche Belastung auf Arbeit einschätzen. Die Selbsteinschätzung sollte das Gesundheitsverständnis der Beschäftigten abbilden und mögliche Handlungsschwerpunkte darstellen. Danach nahm man Bezug auf gesundheitsförderliche Angebote im Unternehmen. Neben der Kenntnis und Teilnahme über bereits bestehende Angebote sollten Gründe erfasst werden, warum an bestehenden Angeboten nicht teilgenommen wird. Mittels einer Bewertung nach Schulnoten sollte anschließend das gesundheitsförderliche Angebot in seiner Gesamtheit im Unternehmen bewertet werden. Es wurde anschließend das Interesse an zukünftigen gesundheitsförderlichen Angeboten anhand einer gegebenen Auswahl aufgenommen. Die Möglichkeit, eigene Ideen zu äußern, wurde durch Freitextfelder ermöglicht. Die Angebotsauswahl wurde in Zusammenarbeit mit dem Personalmanagement der Volkssolidarität Chemnitz e.V. erstellt. Damit der Umfang der BGF-Angebote dem Interesse der Beschäftigten angepasst werden kann, wurde anschließend nach dem zeitlichen Umfang gefragt, den man bereit wäre für gesundheitsförderliche Angebote im Unternehmen zu investieren. Abschließend erfolgte eine Danksagung für die Teilnahme an der Befragung. Es wurde bei dem Aufbau des Fragebogens und der Auswahl der Items darauf geachtet, dass die Gütekriterien Objektivität (Neutralität), Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Anwendbarkeit) eingehalten wurden (vgl. Kallus 2016, S. 15). Die Fragebögen wurden

mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 20 ausgewertet. Für die Auswertung der Ergebnisse wurde die Methode der deskriptiven Statistik herangezogen. Diese hat den Vorteil „einen Überblick über die Merkmalsausprägungen einzelner Variablen“ durch Tabellen und Grafiken zu geben (Raab-Steiner und Benesch 2015, S. 17). Die offenen Fragen wurden mittels Microsoft Office Excel 2007 ausgewertet. Nach der Auswertung sollten die Ergebnisse zeitnah und in passender Art und Weise im Unternehmen vorgestellt werden (vgl. Brendt und Sollmann 2017, S. 12). Die Vorstellung der Ergebnisse fand zum Treffen der Fachgebietsleiter im Mai statt.

5 Ergebnisse

Da die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung die Grundlage für das theoretische Konzept bilden, folgt zunächst die deskriptive Auswertung der Fragebögen. Anschließend wird die Konzeption zur Implementierung eines BGMs in der Volkssolidarität Chemnitz e.V. vorgestellt.

5.1 Auswertung Mitarbeiterbefragung

Insgesamt wurden 420 Fragebögen in den Einrichtungen verteilt. Davon wurden 177 ausgefüllte Fragebögen wieder eingesammelt. Die Rücklaufquote entsprach demnach 42 %. Es füllten 145 Frauen (83,3 %) und 29 Männer (16,7 %) den Fragebogen aus.

Mitarbeiter aller Altersgruppen haben teilgenommen, wobei die Altersgruppe 25 bis unter 40 mit 30,68 % am stärksten vertreten war. In Abbildung 5 sind die Häufigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen zu sehen. Deutlicher Vorreiter ist mit 45 abgegebenen Fragebögen die Kinderbetreuung. Danach folgen Verwaltung/Sozialarbeit/ Mitgliederbetreuung mit 35 Fragebögen und die ambulante Pflege/Betreuung mit 30 ausgefüllten Fragebögen.

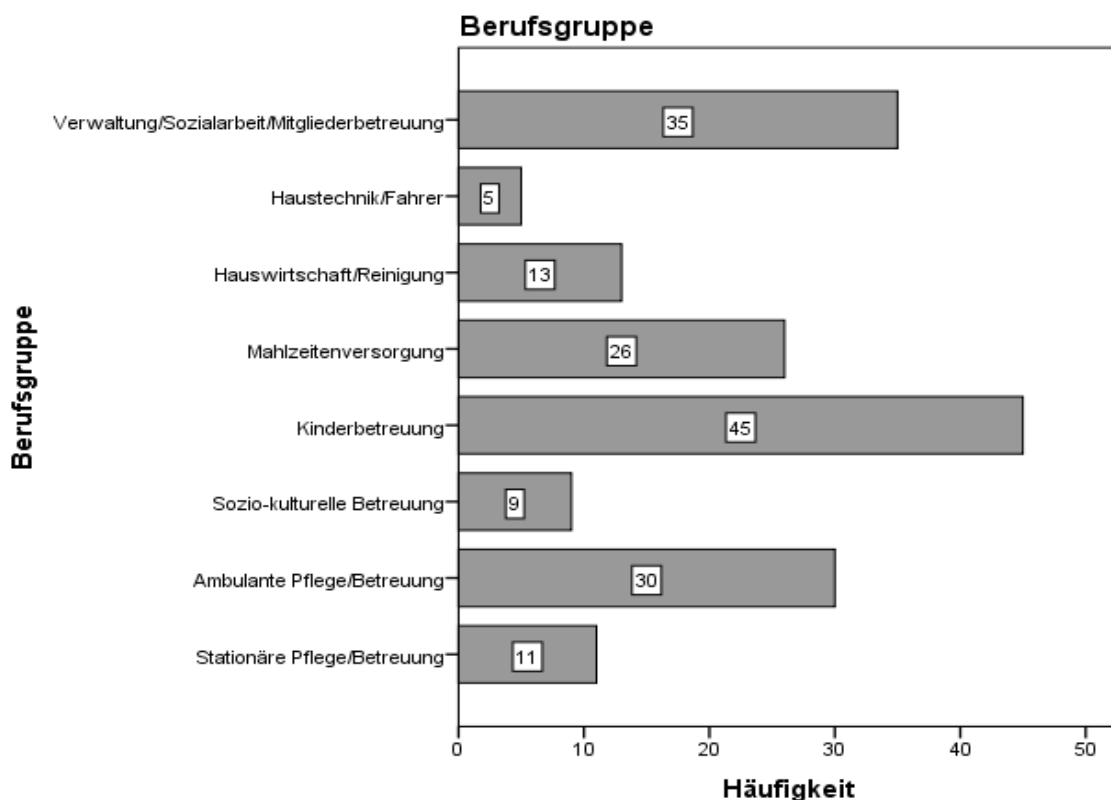


Abbildung 5: Teilnahme nach Berufsgruppe der Mitarbeiterbefragung

Am wenigstens vertreten war die Berufsgruppe Haustechnik/Fahrer mit fünf Fragebögen und die Sozio-kulturelle Betreuung mit neun Fragebögen.

Von den 177 teilnehmenden Mitarbeitern gaben 40 an, Leitungsverantwortung zu tragen. Hinsichtlich der Unternehmenszugehörigkeit waren die Kategorien „1 bis unter 5“ und „>20 Jahre“ mit jeweils 46 Fragebögen am stärksten vertreten (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Teilnehmeranzahl nach Unternehmenszugehörigkeit in Jahren

<1Jahr	1 bis unter 5	5 bis unter 10	10 bis unter 20	>20Jahre
22	46	33	28	46

In der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens ordnete sich die Mehrheit (60 %) der Aussage „Ich schaffe mir einen Ausgleich in meiner Freizeit aber gesundheitsfördernde Aktivitäten stehen nicht an oberster Stelle“ zu. Siebzehn Teilnehmer (9,6 %) wählten für sich die Aussage: „Solange ich nicht krank bin, setze ich mich nicht weiter mit meiner Gesundheit auseinander“. 24,9 % der teilnehmenden Mitarbeiter entschieden sich für die gesundheitsbewusste Aussage: „Ich stärke meine Gesundheit vorbeugend und richte meine Freizeitaktivitäten bewusst danach aus“. Der eigene Gesundheitszustand wurde insgesamt von allen Teilnehmern nach Schulnotensystem mit einem Mittelwert von 2,4 bewertet. Die durchschnittliche psychische Belastung wurde im Mittelwert als hoch und die körperliche Belastung auf Arbeit wurde als mittel belastend bewertet. Man sieht in der kombinierten Auswertung hinsichtlich der Berufsgruppen (siehe Anhang), dass von der Mehrheit der Mitarbeiter der stationäre Pflege/Betreuung die psychische Belastung als sehr hoch empfunden wird. Eine hohe psychische Belastung auf Arbeit gibt die Mehrheit der ambulanten Pflege/Betreuung, Sozio-kulturellen Betreuung, Kinderbetreuung, Mahlzeitenversorgung und Verwaltung/Sozialarbeit/Mitgliederbetreuung an. Die körperliche Belastung auf Arbeit wird von der Mehrheit der stationären Pflege und Hauswirtschaft/Reinigung als hoch empfunden. Berücksichtigt man die angegebene psychische Belastung hinsichtlich der Altersgruppen, geben 66,7 % der Mitarbeiter unter 25 Jahren eine als hoch empfundene psychische Belastung an. Bei den über 60 Jährigen geben 44 % eine hohe psychische Belastung auf Arbeit an (siehe Anlage 4). Von den 40 Mitarbeitern mit Leitungsverantwortung bewerten 21 ihre psychische Belastung ebenfalls als hoch.

Ob gesundheitsförderliche Angebote in der Einrichtung bekannt sind, bejahten 51 (36,2 %) teilnehmende Mitarbeiter der Volkssolidarität Chemnitz e.V. (siehe Anhang). Von diesen Mitarbeitern nehmen laut Angaben 34 Mitarbeiter an den bestehenden

Angeboten teil. Am häufigsten wurde mit 19mal der Gesundheitstag als bekanntes gesundheitsförderndes Angebot der Einrichtung genannt (siehe Tabelle 2). Hitzegetränke, Pilates, Wandertag und Firmenlauf wurden mehrfach aufgeschrieben. 47,5 % der Teilnehmer sind hingegen keine Angebote der Einrichtung bekannt.

Tabelle 2: Kenntnisse von bestehenden Angeboten – Anzahl der Freitextangaben

Gesundheitstag	19	Teambildung-WB	3
Hitzegetränke	15	Gesunde Ernährung - WB	2
Pilates	13	Medi-Mouse	2
Wandertag	10	Gesundheitscheck BA	2
Firmenlauf	7	BEM	1
Gemein. Sportaktivitäten	5	Rückenschule	1
Sportzirkel in BGST	3	Autogenes Training	1
Massagen	3	Arbeitsschutzbelehrung	1
Ergon. Arbeitsplatz	3	Qualitätszirkel	1

Aus der Auswahl von Gründen, warum Angebote der Einrichtung nicht von den Mitarbeitern genutzt werden, wurde am häufigsten „Privat ausreichend aktiv“ angegeben (siehe Anlage 7). Danach folgten „Ich fühle mich nicht ausreichend informiert“, „Nicht mit Arbeitszeit zu vereinbaren“ und „Für mich ist noch nicht das passende Angebot dabei“. Im Freitextfeld wurden folgende Gründe genannt: „Ich bin ständig in einer anderen Einrichtung“, „kompliziert mit Dienstplan“ und „wenig Zeit“.

Das bestehende gesundheitsförderliche Angebot der Volkssolidarität Chemnitz e.V. wurde in seiner Gesamtheit mit einem Mittelwert von 3,8 nach Schulnotensystem bewertet.

Nachdem gefragt wurde, welche zusätzlichen Angebote die Mitarbeiter wahrnehmen würden, zeigte sich das meiste Interesse an frischem Obst, Mitarbeiterwasser und Entspannungstechniken (siehe Tabelle 3). Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Sportangebote der Krankenkassen und Vorträge/Workshops über beispielsweise gesunde Lebensweise wurden ebenfalls von über 20 % der teilnehmenden Mitarbeiter ausgewählt. Es wurde eine Übersicht erstellt, die zeigt, welche Berufsgruppe sich für welche gesundheitsfördernden Angebote besonders interessiert (siehe Anlage 5). Ein Häkchen wurde dann gesetzt, wenn mindestens die Hälfte der jeweiligen Berufsgruppe sich dafür interessierte.

Tabelle 3: Wünsche von zusätzlichen Angeboten

Vorträge/Workshops	36 (20,5 %)	Betriebsin. Sportgruppe	27 (15,3 %)
MA-Wasser	74 (42 %)	Entspannungstechniken	70 (39,8 %)
Teambildungsmaßnahmen	23 (13,1 %)	Ergon. Arbeitsplatz	43 (24,4 %)
Sportangebote der KK	43 (24,4 %)	Weiterbildung	34 (19,3 %)
Frisches Obst	86 (48,9 %)	Beratungsdienst	29 (16,5 %)
Kommunikationstraining	14 (8 %)	Arbeitsgruppen zur BGF	10 (16,5 %)

Für die Auswahl „betriebsinterne Sportgruppen“ gab es zusätzlich die Möglichkeit, mittels eines Freitextfeldes seine gewünschte Sportgruppe zu äußern. Am häufigsten wurde sich als betriebsinterne Sportgruppe Rückenschule gewünscht (siehe Anlage 6). Danach folgen die Wünsche einer Lauf-, Volleyball- und Aquafitnessgruppe. Die genannten Wünsche zusätzlicher Angebote, die durch das Freitextfeld „Andere“ aufgeschrieben werden konnten, sind in Tabelle 4 aufgelistet. Die Wünsche reichten von Massagen und Zuschuss des Arbeitgebers für das Fitnessstudio bis hin zu möglichen Workshop-Themen, wie zum Beispiel Deeskalationstraining oder Kinästhetik.

Tabelle 4: Freitext Wünsche zusätzlicher Angebote

• Massagen • Physiotherapie • Gutschein von AG für Gesundheitsleistungen • Zuschuss für Fitnessstudio • Kinästhetik • Autogenes Training	• Rückgerechter Arbeitsplatz • Weniger Doppeldienste • Deeskalationstraining • Schallschutz in den Räumen (KITA) • Fahrtraining (Mahlzeitenversorgung) • Nutzung Sportraum • Familienoffene Sportgruppen
---	--

In der letzten Frage wurde nach der Zeit gefragt, die man bereit wäre, für gesundheitsfördernde Angebote zu investieren (siehe Tabelle 5). Über 40 % der teilnehmenden Mitarbeiter entschieden sich für eine Zeitspanne von 30 bis 60 Minuten. 14,7 % der Befragten sind nicht bereit, Zeit für gesundheitsfördernde Angebote in ihrer Einrichtung zu investieren.

Tabelle 5: Häufigkeit der Angaben bei aufzubringender Zeit für gesundheitsfördernde Angebote

Keine	15-30min	>30min-1h	>1h
14,7 %	24,3 %	40,1 %	18,1 %

5.2 Konzeption

Die Konzeption basiert zum einen auf den Leitfaden Prävention der GKV und den Schritten zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements von Ute Stähr. Die Einteilung der Handlungsfelder für das BGM in gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil wurde übernommen (siehe Tabelle 6). Die Erläuterungen zum jeweiligen Handlungsfeld orientieren sich ebenfalls an den Vorgaben des Präventionsleitfadens der GKV (vgl. GKV-Spitzenverband 2014, S. 88). Außerdem wurden Handlungsempfehlungen gemäß der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung für die Konzeption entwickelt.

Handlungsfelder des BGM

Tabelle 6: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien in der betrieblichen Gesundheitsförderung (GKV-Spitzenverband 2014, S. 87)

<u>Gesundheitsförderliche</u> <u>Arbeitsgestaltung</u>	<u>Gesundheitsförderlicher Arbeits- und</u> <u>Lebensstil</u>
Arbeitsumgebung	Bewegung
Ausgestaltung der Aufgabe selbst	Ernährung
Arbeitsorganisation	Stressbewältigung
Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz	Suchtprävention

Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung

Arbeitsumgebung:

Welche physikalischen Faktoren beeinflussen die Beschäftigten am Arbeitsplatz (Hitze, Lärm...)? Würden die Beschäftigten von einer ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung profitieren? Welche gesundheitsförderlichen Arbeitsmittel könnten den Beschäftigten zur Verfügung gestellt werden? Beeinflussen betriebliche Rahmenbedingungen womöglich die Gesundheit von Beschäftigten und sollten diese geändert werden?

Ausgestaltung der Aufgabe selbst:

Wie viel Handlungsspielraum haben die verschiedenen beruflichen Disziplinen? Sind die Aufgaben den Qualifikationen der Beschäftigten angepasst oder besteht Gefahr zu Unter- bzw. Überforderung? Birgt die Aufgabe in seiner Gesamtheit gesundheitliche Gefahren für den Beschäftigten?

Arbeitsorganisation:

Welchen Arbeitszeitmodellen folgen die verschiedenen Berufsbilder und sollte man diese evaluieren? Sollten Arbeitsablauf/-organisation gesundheitsförderlicher gestaltet werden? Könnten mögliche Kooperationen die Gesundheit der Beschäftigten stärken?

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz:

Unterstützt die Führungsebene das BGM? Erfüllen Vorgesetzte ihre Vorbildfunktion hinsichtlich gesundheitsförderlichen Verhaltens gegenüber Ihren Mitarbeitern? Wie wird das allgemeine Betriebsklima empfunden (nach Einrichtungen, beruflichen Disziplinen, Hierarchien...)? Wie wirkt sich die Zusammenarbeit mit Kunden und Klienten auf Beschäftigte aus?

Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil

Bewegung:

Wie können Bewegungsprogramme in den Arbeitsalltag integriert werden? Welche Berufsgruppen sind vor Bewegungsmangel besonders gefährdet? Wie kann Bewegungsmangel im Unternehmen vorgebeugt werden? Wie können Mitarbeiter für gesundheitssportliche Aktivitäten sensibilisiert werden?

Ernährung:

Wie kann gesunde Ernährung in den Arbeitsalltag integriert werden? Welche Berufsgruppen sind besonders von Übergewicht betroffen? Welche Maßnahmen dienen der Sensibilisierung der Beschäftigten hinsichtlich gesunder Ernährung?

Stressbewältigung:

Welche Berufsgruppen stehen laut Angaben vorwiegend unter Stress? Wie können Stressbewältigungskompetenzen gefördert werden? Wie kann man Entspannungsprogramme für die Beschäftigten in den Arbeitsalltag integrieren?

Suchtprävention:

Welche Berufsgruppen sind vorwiegend suchtgefährdet? Welche Maßnahmen helfen das Rauchverhalten der Beschäftigten zu reduzieren? Wie können die Beschäftigten für einen gesundheitsgerechten Umgang mit Drogen (v.a. Alkohol und Nikotin) sensibilisiert werden?

Ziele

Es müssen zunächst Ziele für das BGM festgelegt werden. Die BGM Ziele sollten den Unternehmenszielen entsprechen, damit diese auch erreicht werden können. Diese Ziele sind Orientierungspunkte und Handlungswegweiser für das BGM. Folgende weiche und harte Zielkriterien könnten beispielsweise unterschieden werden (siehe Tabelle 7):

Tabelle 7: Zielkriterien (in Anlehnung an Esslinger 2010, S. 58)

Weiche Zielkriterien	- Mitarbeiter-&Arbeitszufriedenheit - Befähigung der Beschäftigten zum eigenen Umgang mit der Thematik Gesundheit - Betriebsklimas - Unternehmensimage
Harte Zielkriterien	- Krankenstände - Fluktuation - Fehlzeiten - Produktivität

Aufgaben der Führung

Der Führung wird als Entscheidungsträger eine bedeutende Rolle für den Erfolg eines BGMs im Unternehmen zugeschrieben. Die Führung legt Budget, Zeit, Entscheidungs- und Handlungskompetenz der BGM-Arbeitsgruppe fest. Die Führung sollte Veranstaltungen und Maßnahmen des BGMs unterstützen und durch Teilnahme an diesen ihre Vorbildfunktion erfüllen. Die Führung ist der Sensibilisierung für gesundheitsförderndes Verhalten verpflichtet, die eine steigende Akzeptanz der Mitarbeiter zum Ziel haben sollte. Kommunikationswege müssen klar definiert werden. Besonders zwischen Führung und BGM-Arbeitsgruppe.

Handlungsschritte zur Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Volkssolidarität Chemnitz e.V. (in Anlehnung an die Schritte zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements von Ute Stähr)

Gründung einer Arbeitsgruppe:

Für ein stetiges und nachhaltiges BGM bilden ausgesuchte Verantwortliche eine BGM-

Arbeitsgruppe. Die Mitglieder sollten alle Ebenen/Abteilungen des Unternehmens vertreten. Da die Volkssolidarität Chemnitz e.V. verschiedene berufliche Disziplinen vereinigt, sollten aus allen Berufsbildern Vertreter gefunden werden. Die Arbeitsgruppe entwickelt Maßnahmen und Angebote hinsichtlich gesundheitsfördernden Verhaltens in Hinblick auf die Erreichung der BGM Ziele. Damit Maßnahmen nachhaltig erfolgreich im Unternehmen sind, sollten diese nach PDCA-Zyklus stetig evaluiert und verbessert werden. Die Arbeitsgruppe sollte stets ihr Vorgehen in enger Zusammenarbeit mit der Führungsebene besprechen. Die eingeführten Maßnahmen sollten die Handlungsfelder des BGMs berücksichtigen und Mitarbeiter aller Ebenen sensibilisieren. Die Arbeitsgruppe ist außerdem für eine jährliche Gesundheitsberichterstattung des Unternehmens verantwortlich. Als BGM-Arbeitsgruppe kann beispielsweise der gesetzlich vorgeschriebene Arbeitsausschuss dienen.

Gesundheitszirkel:

Aufgabe der BGM Arbeitsgruppe ist es, in verschiedenen Abteilungen bzw. Einrichtungen der Volkssolidarität Chemnitz e.V. Gesundheitszirkel zu initiieren und zu moderieren. Ziel ist es gesundheitliche Gefahren und Ressourcen der Mitarbeiter in allen Settings genauer zu beleuchten und mögliche Maßnahmen abzuleiten. Die erarbeiteten Ergebnisse werden der BGM Arbeitsgruppe vorgestellt, die wiederum die Umsetzung der Maßnahmen prüft und der Führungsebene weiterleitet. Gesundheitszirkel können nach verschiedenen Modellen zusammengesetzt werden. In gemischten Gruppen sind neben Mitarbeitern auch Betriebsarzt, BEM-Beauftragter, Sozialberater, Gleichstellungsbeauftragter und Vertreter des Personal- und Betriebsrats einbezogen. In homogenen Gruppen setzen sich ausschließlich Mitarbeiter und Moderator zusammen. Vor der Zusammenarbeit müssen Regeln zur Regelmäßigkeit der Treffen, Kommunikation und Verschwiegenheit festgelegt werden. (vgl. Stähr in Esslinger 2010, S.276)

Aufbau eines Netzwerkes:

Damit Maßnahmen umgesetzt werden können, braucht das Unternehmen Kooperationspartner und Dienstleister. Kooperationspartner können beispielsweise Krankenkassen, Vereine oder Gesundheitszentren sein. Dienstleister sind beispielweise Ärzte, Physio- und Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Köche, Coachs oder Fitnesstrainer. Kooperationspartner und Dienstleister werden durch Gesundheitstage vorgestellt und mit den Mitarbeitern vernetzt. Es ist außerdem empfehlenswert sich mit anderen Unternehmen und ihren Erfahrungen auszutauschen.

Themen für Workshops und Seminare:

Workshops, Vorträge und Seminare sollten immer nach Bedarf und gemäß der BGM Handlungsfelder angeboten und gestaltet werden. Für welche Themen Interesse bzw. Handlungsbedarf im Unternehmen besteht, ist durch Gesundheitszirkel oder Mitarbeiterbefragungen herauszufinden. Mögliche Themen für praktische Angebote nach Stähr sind in Abbildung 6 aufgelistet. Da der Erfolg eines BGMs auf den Kompetenzen der Führung aufbaut, werden auch Coachings für Führungskräfte empfohlen. Mögliche Inhalte solcher Seminare sind beispielsweise Zeitmanagement, Delegation, Reflexion des eigenen Führungsverhaltens oder Entspannungstechniken.

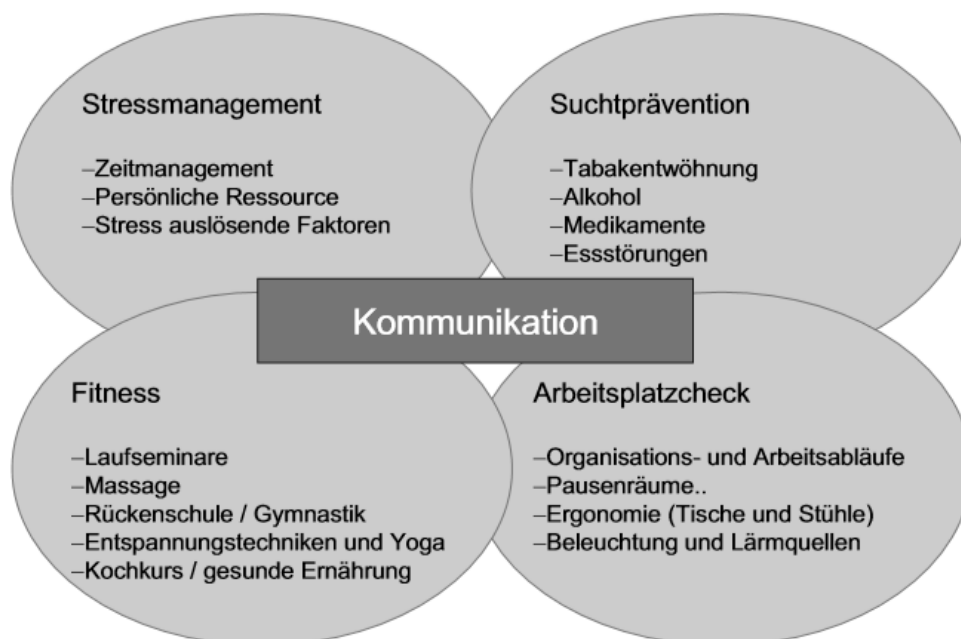


Abbildung 6: Themenbereiche für Workshops (Esslinger 2010, S. 274)

Folgende Handlungsempfehlungen ergeben sich aus den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung

Erfolgsrelevant für das BGM im Unternehmen ist die Beständigkeit der Arbeitsgruppe. Sie sollte stets gesundheitsfördernde Veränderungen zum Ziel haben und gesundheitsfördernde Maßnahmen in das Unternehmen implementieren. Durch Kontrolle und Evaluation sollen geschaffene Angebote verbessert und dadurch kontinuierlich mehr Mitarbeiter in das BGM des Unternehmens integriert werden. Die Arbeit des BGMs sollte im gesamten Unternehmen kommuniziert werden, um die

Akzeptanz bei den Beschäftigten zu steigern und die Teilnahme an Maßnahmen des BGMs zu fördern. Allen Beschäftigten der Volkssolidarität Chemnitz e.V. sollte die Möglichkeit gegeben sein an gesundheitsförderlichen Angeboten teilzunehmen. Die Nichtvereinbarkeit von Arbeitszeit der Beschäftigten und gesundheitsförderlichen Angeboten sollte durch Evaluation von bestehenden Arbeitszeitmodellen eliminiert werden. Zunächst sollten die genannten Interessen an BGF Maßnahmen der Beschäftigten, die in der Mitarbeiterbefragung erhoben wurden, berücksichtigt werden. Vorwiegend besteht das Interesse an Mitarbeiter-Wasser, frischem Obst, Entspannungstechniken, Rückenschule, Massagen und Physiotherapie. Außerdem sollte die vermehrte Kenntnis über einen Gesundheitstag im Unternehmen genutzt werden, indem die Veranstaltung mit Dienstleistern und Vorträgen nach den Wünschen der Beschäftigten ausgestaltet wird. Gesundheitsförderliche Angebote sollten in einem zeitlichen Rahmen von 30 bis 60 Minuten durchgeführt werden.

Da eine erhöhte psychische Belastung von den Mitarbeitern angegeben wurde, sollte man den Schwerpunkt der Maßnahmen auf diesen Themenbereich legen. Beispielsweise könnten Workshops oder Entspannungsangebote zur Stressbewältigung geschaffen werden und Gesundheitszirkel der verschiedenen Abteilungen mögliche Stressursachen gemeinschaftlich herausarbeiten. Allerdings könnten auch konkrete Angebote für einzelne Einrichtungen oder Berufsgruppen nach weiteren Bedarfsanalysen entwickelt werden. Beispielsweise zeichnet sich nach der im Rahmen dieser Bachelorarbeit durchgeführten Mitarbeiterbefragung der Bedarf nach einem Bewegungsangebot für Hauswirtschaftskräfte/ Reinigungskräfte ab, da diese Berufsgruppe eine höhere körperliche Belastung empfindet.

Damit die Arbeit des BGM kontinuierlich verbessert und ausgebaut werden kann, müssen weitere Analysen im Unternehmen durchgeführt werden. Unterstützend wirkt sich dabei eine hohe Anteilnahme von Beschäftigten an diesen Analysen aus. Mitarbeiter sollten dementsprechend für die Teilnahme an Fragebögen motiviert und sensibilisiert werden.

6 Diskussion

Dieser Abschnitt widmet sich der kritischen Reflexion der gewählten Methodik und der erarbeiteten Ergebnisse. Vorerst sollen die Forschungsfragen mit den dazugehörigen Subfragen beantwortet werden.

6.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage einschließlich ihrer Nebenforschungsfragen konnten im Rahmen der Bachelorarbeit beantwortet werden. Es konnte eine erste Bestandsanalyse im Unternehmen durchgeführt werden, deren Ergebnisse die Grundlage für die Konzeption zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements bilden.

Sie soll für die Volkssolidarität Chemnitz e.V. die Einführung von BGM Strukturen erleichtern. Die Erstellung der Konzeption erfolgte unter Berücksichtigung der zentralen Forschungsfrage: *Wie kann ein BGM in die Strukturen der Volkssolidarität Chemnitz implementiert und umgesetzt werden?*

Da die Volkssolidarität Chemnitz e.V. Träger verschiedener Einrichtungen ist und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsbilder beschäftigt, baut die Konzeption hauptsächlich auf das Engagement der Führung und einer BGM Arbeitsgruppe. Diese sollen schrittweise Gesundheit in die Unternehmenskultur einbringen und mitarbeiterorientierte Gesundheitsangebote für alle beruflichen Disziplinen schaffen. Grundsätzlich soll die BGM Arbeitsgruppe den Schwerpunkt ihres Handelns auf die Arbeitsgestaltung und den Arbeits- bzw. Lebensstil der Beschäftigten legen. Ziele werden in der Konzeption ebenfalls beschrieben und anhand der Mitarbeiterbefragung begründet. Die Mitarbeiterbefragung, die unter allen Beschäftigten der Volkssolidarität Chemnitz e.V. durchgeführt wurde, liefert erste Daten für das BGM.

Die Frage, inwiefern die Beschäftigten gesundheitlich gefährdet sind, wurde mit dem Fragenblock zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der Befragten beantwortet. Nur 9,6 % der Befragungsteilnehmer gaben an, dass sie sich nicht weiter mit Ihrer Gesundheit auseinandersetzen würden, solange sie nicht krank sind. Sogar 24,9 % stärken ihre Gesundheit vorbeugend und richten ihre Freizeitaktivitäten bewusst danach aus. Mit einer Gesamtbewertung von 2,4 nach Schulnotensystem ist der allgemeine Gesundheitszustand der Beschäftigten zunächst unbedenklich. Auch wenn die Beschäftigten Angaben zufolge stärker psychisch als körperlich belastet sind.

Die gesundheitsförderlichen Angebote im Unternehmen werden hingegen wesentlich schlechter mit einer Durchschnittsnote von 3,8 nach Schulnotensystem bewertet. Als häufigster Grund für die fehlende Inanspruchnahme bestehender gesundheitsförderlicher Angebote des Unternehmens, wird angegeben, dass man privat ausreichend aktiv sei. Das muss jedoch nicht hinderlich für die Akzeptanz des BGMs sein. Beschäftigte die sich mit dem Thema Gesundheit auch in ihrer Freizeit auseinander setzen, sind positiv auf gesundheitsförderliche Angebote des Unternehmens eingestimmt (vgl. Esslinger 2010, S. 272).

Abschließend sollte die Befragung Antwort auf die Frage geben, welche zusätzlichen Angebote zukünftig von den Mitarbeitern der Volkssolidarität Chemnitz e.V. gewünscht werden. Gesundheitsfördernde Angebote wie Mitarbeiter-Wasser, Entspannungstechniken und frisches Obst wurden am häufigsten von den vorgegebenen Möglichkeiten gewählt. In den Freitextfeldern äußerten die Befragten am häufigsten Rückenschule, Massagen und Physiotherapie als gesundheitsförderliche Wunschangebote. Für die weiterführende Planung der Maßnahmen wurde abschließend nach der gewünschten Dauer der gesundheitsförderlichen Angebote gefragt.

Diese Mitarbeiterbefragung sollte regelmäßig wiederholt werden, um das gesundheitliche Entwicklungsverhalten im Unternehmen zu dokumentieren. Da bisher nur vereinzelte gesundheitsfördernde Maßnahmen unstrukturiert und unregelmäßig in den Einrichtungen der Volkssolidarität Chemnitz e.V. angeboten wurden, braucht ein nachhaltig erfolgreiches BGM geschultes Personal. Zu dem Zeitpunkt der Ausarbeitung der Bachelorarbeit sind noch keine BGM Experten im Unternehmen beschäftigt. Die Mitarbeiterbefragung zielt auf die Ausgestaltung von BGF ab und sollte nicht der alleinige Arbeitsauftrag der BGM Arbeitsgruppe bleiben.

6.2 Methodenkritik

Da die Volkssolidarität Chemnitz e.V. Träger verschiedener Einrichtungen ist und unterschiedliche Berufsbilder beschäftigt, wurde eine Einführungsstrategie gewählt, die am besten auf den Unternehmensaufbau zu übertragen war. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde sich an den Schritten zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements von Ute Stähr orientiert. Diese Implementierungsschritte geben eindeutige Handlungsanweisungen vor und wurden deshalb als praktikabel für

die Anwendung auf die Volkssolidarität Chemnitz e.V. bewertet. Kritisieren könnte man die Quelle aufgrund ihrer Aktualität. Da dieses Modell 2010 veröffentlicht wurde, könnten Unternehmensberater bereits andere Modelle entwickelt haben, die gleichzeitig die Berücksichtigung gesetzlicher Grundlagen beinhalten. Da der Arbeitsschutz und das BEM der Volkssolidarität Chemnitz e.V. allerdings von externen Firmen betreut wird, sollten diese Handlungsfelder keine Berücksichtigung in der Konzeption finden. Es wurden auch betriebswirtschaftliche Aspekte in der Konzeption nicht aufgegriffen. Welche Maßnahmen angeboten werden können und welche Partner zur gemeinsamen Kooperation herangezogen werden, bleibt eine Entscheidung der Führung der Volkssolidarität Chemnitz e.V..

Zur Bestimmung der Handlungsfelder wurde der Präventionsleitfaden der GKV herangezogen. Dieser Leitfaden bildet die Grundlage zur Erfüllung des Präventionsgesetzes und wird deshalb auch als Orientierungshilfe zum Aufbau eines BGMS von den Krankenkassen empfohlen.

Es stellte sich als günstig heraus, als Erhebungsinstrument den teilstandardisierten Fragebogen zur Beantwortung der Subfragen zu wählen. Dieser konnte innerhalb kürzester Zeit allen Mitarbeitern der Volkssolidarität Chemnitz e.V. eine Teilnahme an der Befragung ermöglichen. Auch die Durchführung eines Pretests erwies sich als hilfreich. Der Fragebogen wurde dadurch auf Verständlichkeit und Aufbau geprüft. Auch die Einteilung der beruflichen Qualifikationen konnten mit den Mitarbeitern der Personalabteilung eindeutiger herausgearbeitet werden.

Die Vorstellung des Fragebogens gegenüber den Einrichtungsleitern übernahm die Personalleiterin, da der Forscher bei dem Einrichtungsleitertreffen nicht teilnehmen konnte. Eine Hinführung zum Thema für alle Befragungsteilnehmer wird als effektivster und effizientester Weg für die Analyse der Ausgangssituation im Unternehmen betrachtet (vgl. Esslinger 2010, S. 272). Dieses persönliche Gespräch konnte zwischen dem Forscher und den Mitarbeitern der Volkssolidarität Chemnitz e.V. nicht gewährleistet werden. Jedoch konnten die Fragebögen persönlich von dem Forscher in den Einrichtungen verteilt werden. Das hatte den Vorteil, dass die Leiter der teilnehmenden Einrichtungen sofort mit dem Forscher Unklarheiten besprechen konnten, wenn diese bezüglich der Befragung auftraten. Außerdem erhöhte sich mit dem persönlichen Kennenlernen das Pflichtbewusstsein der Leiter zur Teilnahme an der Befragung. Für den Forscher selbst hatte es den Vorteil, die Einrichtungen und Strukturen der Volkssolidarität Chemnitz e.V. näher kennenzulernen.

Es ergeben sich auch Nachteile aus der Fragebogenmethode. Der Fragebogen bietet

nicht die Möglichkeit für umfangreiche und komplexe Antworten der Teilnehmer. Außerdem können keine unmittelbaren Rückfragen der Befragungspersonen von dem Forscher beantwortet werden. Die Fragebogenmethode macht es dem Forscher darüber hinaus nicht möglich, auf die Befragungsperson individuell einzugehen. Die Datenerhebung ist demnach weniger transparent als bei einem Interview. (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 398)

Es gilt zu bemängeln, dass die Themenbereiche Belastungen und Arbeitsklima am Arbeitsplatz im Fragebogen kaum beziehungsweise gar nicht aufgegriffen wurden. Auch wenn diese Aspekte in einer Befragung zur BGF aufgenommen werden sollten (vgl. Brendt und Sollmann 2017, S. 7), entschied man sich, diese Themen in späteren Befragungen ausführlicher zu behandeln. Außerdem war es im Interesse der Volkssolidarität Chemnitz e.V. die Mitarbeiter mit dem ersten Fragebogen zunächst zu sensibilisieren und deshalb den Umfang möglichst kurz zu halten.

6.3 Ergebniskritik

Mit einer Rücklaufquote von 42 % liegt die Beteiligung an der Befragung der Mitarbeiter im Normalbereich (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 412). Es können verschiedene Gründe vorliegen, weswegen an der Befragung nicht teilgenommen wurde. Da der Fragebogen nur an die Einrichtungsleiter verteilt wurde und diese für die Teilnahme an der Befragung ihrer Beschäftigten verantwortlich waren, besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Mitarbeiter der Volkssolidarität Chemnitz e.V. darüber informiert wurden. Außerdem ist Neues immer mit Unsicherheiten verbunden (vgl. Esslinger 2010, S. 272) und kann als Hindernis für die Teilnahme an der Befragung gesehen werden.

In einem Fachgebietsleiter-Treffen stellte der Forscher die Ergebnisse der Befragung vor. Anschließend fragte der Forscher die Fachgebietsleiter und die Führung nach möglichen Gründen für erhobene Ergebnisse und regte einen Meinungsaustausch untereinander an. Es wurde nach Gründen für die geringe Teilnahme von Beschäftigten der stationären Pflege gefragt. Erfahrungen zufolge wirke der Heimleiter nicht motivierend auf die Mitarbeiter und das Teamklima in dieser Einrichtung solle ein Grund für Angst vor Veränderung sein. Außerdem nannte man einen fehlenden Bezug der Geschäftsstelle zu den Mitarbeitern, weil die Einrichtung erst später (1994) von der Volkssolidarität Chemnitz e.V. als Träger übernommen wurde. Weswegen es eine geringe Teilnahme von Beschäftigten der Mahlzeitenversorgung gab, wurde mit der Tatsache begründet, dass ein räumlicher Umzug des Leiterteams im Zeitraum der

Befragung stattfand und die Verteilung der Fragebögen deshalb vernachlässigt wurde. Als Grund für den hohen Anteil von ausgefüllten Fragebögen von Beschäftigten aus der Kinderbetreuung wurde die allgemeine Aufgeschlossenheit der Mitarbeiter genannt. Außerdem machte man die soziale Nähe dieses Berufsbildes dafür verantwortlich, dass Interesse an der Unterstützung der Bachelorarbeit bestand.

Die Belastungen für Mitarbeiter der Kinderbetreuung sind wegen des schlechten Personalschlüssels gestiegen und verstärken vermutlich auch den Wunsch nach Veränderung. Der hohe Anteil von Mitarbeitern der Kinderbetreuung sei außerdem ein Grund dafür, dass in der Befragung viele ältere Mitarbeiter teilgenommen haben. Der hohe Anteil ausgefüllter Fragebögen älterer Mitarbeiter und Mitarbeiter mit einer langen Betriebszugehörigkeit der Volkssolidarität Chemnitz e.V. ist als positives Ergebnis für die Befragung festzuhalten. Es bildet die Bereitschaft für Veränderungen und das Interesse an gesundheitsförderlichen Maßnahmen der Mitarbeiter im Unternehmen ab.

Die Mitarbeiter der Volkssolidarität Chemnitz e.V. bewerten ihre psychische Belastung durchschnittlich als hoch. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen der Stressstudie der Techniker Krankenkasse (vgl. Wohlers und Hombrecher 2016, S. 6) und dem Gesundheitsbericht des RKIs (vgl. Robert Koch-Institut 2015, S. 112). Im Fachgebietsleiter-Treffen wurde nach Gründen gefragt, warum jüngere Mitarbeiter die psychische Belastung höher bewerten als ältere Mitarbeiter des Unternehmens. Zum einen betonte man die allgemein höhere Belastung der jüngeren Generationen durch Technologie und ständige Erreichbarkeit. Auch müsse man den Spagat zwischen Familie und Beruf jüngerer Mitarbeiter berücksichtigen. Belastend für junge Arbeitnehmer sei außerdem der Wechsel von Ausbildung oder Studium in den Berufsalltag und das Ankommen in gestandene Teams auf Arbeit. Außerdem könnten ältere Mitarbeiter Stress und Konflikte durch ihre Lebenserfahrung besser bewältigen.

Auf die Frage, warum Beschäftigte der stationären Pflege ihre psychische Belastung als sehr hoch bewerten, wurden unterschiedliche Antworten gefunden. Probleme würde der hohe Krankenstand machen und die Unbeständigkeit des Dienstplans. Ein vermehrter Umgang mit Demenzpatienten und der gestiegene Dokumentationsaufwand sollen ebenfalls zu einer steigenden Belastung der Mitarbeiter führen. Auch meinten die Fachgebietsleiter könne das schlechte Image der (stationären) Pflege und der schlechte Personalschlüssel Gründe für eine höhere Belastung sein.

Freitextfelder wurden hinsichtlich der Fragebogenanzahl wenig genutzt. Möglicherweise wussten die teilnehmenden Mitarbeiter nicht, welche bestehenden Maßnahmen zu gesundheitsförderlichen Angeboten des Unternehmens zugeordnet werden und nutzten deshalb das Freitextfeld in Frage 11) nur wenig.

Auswertungen von Mitarbeiterbefragungen des AOK-Service „Gesunde Unternehmen“ ergaben, dass Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens arbeitsplatzbezogene Rückenschule und Angebote zur Stressbewältigung bzw. Entspannung als Gesundheitsangebote zur Verbesserung der Arbeitsplatzgesundheit bevorzugen würden (vgl. Zok 2010, S. 97). Das gleiche Interesse ergibt sich für die Mitarbeiter der Volkssolidarität Chemnitz e.V. aus den Ergebnissen der Befragung.

Es gaben 14,7 % der befragten Teilnehmer an, nicht bereit zu sein, Zeit in gesundheitsförderliche Angebote des Unternehmens zu investieren. Im Fachgebietsleiter-Treffen wurden mögliche Gründe dafür diskutiert. Mitarbeiter würden ihre Erholung zu Hause bei Freunden und Familie suchen, vor allem wenn Probleme im Teamklima auf Arbeit herrschten. Besonders in der Pflege sei wenig Zeit für gesundheitsförderliche Maßnahmen, unter anderem durch das Drei-Schicht-System. Außerdem wurde die vermehrte Pflegebedürftigkeit von Eltern der Mitarbeiter als Grund dafür genannt, dass keine Zeit für gesundheitsförderliche Angebote des Unternehmens aufgebracht wird.

Im Allgemeinen ist zu beachten, dass die Ergebnisse des Fragebogens nicht für jede Berufsgruppe der Volkssolidarität Chemnitz e.V. repräsentativ sind. Beispielsweise haben nur 11 von 74 Beschäftigten der stationären Pflege an der Befragung teilgenommen. Es können diese Ergebnisse deshalb zunächst nur im Allgemeinen ausgewertet und angewendet werden. Es bleiben darauffolgende Befragungen notwendig, um ergänzende Daten zu erheben und den Maßnahmenkatalog auszubauen.

Auch wenn sich in der Konzeption die ersten Handlungsschritte des BGMs an den Ergebnissen der Befragung orientieren, ist zu beachten, dass als Grundlage des Konzeptionsaufbaus theoretische Modelle aus der Literatur verwendet wurden. Außerdem stand für die Erstellung der Konzeption kein Mitarbeiter der Volkssolidarität Chemnitz e.V. mit BGM Kenntnissen zur Verfügung. Deshalb wird sich die Praktikabilität der Konzeption erst mit der Anwendung im Unternehmen zeigen.

7 Fazit und Ausblick

Bezüglich der Mitarbeiterbefragung sollte es für das BGM langfristig das Ziel sein, dass das bestehende Angebot des BGMs in seiner Gesamtheit besser bewertet wird. Zudem sollten sich Mitarbeiter nicht mehr unzureichend über bestehende Angebote informiert fühlen und zunehmend mit dem Thema Gesundheit im Unternehmen konfrontiert werden. Dass einige Mitarbeiter eine ausreichende Aktivität in ihrer Freizeit angegeben haben, sollte als Chance für das BGM gesehen werden, das Interesse an gesundheitsfördernden Maßnahmen der Mitarbeiter aufzugreifen.

In der Fachgebietsleitersitzung entwickelten die Fachgebietsleiter und die Führung der Volkssolidarität Chemnitz e.V. erste Umsetzungsschritte für gewünschte gesundheitsfördernde Maßnahmen. Es soll zunächst das Interesse nach frischem Obst und Wasser für Mitarbeiter berücksichtigt werden. Für beides sollte die betriebseigene Küche Kostenvoranschläge vorbereiten. Das BGM der Volkssolidarität Chemnitz e.V. sollte ihre Handlungen jedoch nicht nur auf die Ersterhebung, die im Rahmen dieser Bachelorarbeit durchgeführt wurde, stützen. Es sind weitere Analysen im Unternehmen notwendig, um den Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten aufzunehmen und abzubilden. Die Ergebnisse der Befragung sollen mit Hilfe eines Artikels des Forschers in der unternehmenseigenen Zeitschrift „VS Aktuell“ allen Mitarbeitern der Volkssolidarität Chemnitz e.V. übermittelt werden.

Es wird voraussichtlich einige Zeit in Anspruch nehmen, bis BGM Maßnahmen von allen Beschäftigten angenommen werden und nachhaltig erfolgreich für die Volkssolidarität Chemnitz e.V. wirken. Es wird notwendig sein, eigene Mitarbeiter hinsichtlich des BGMs weiterzubilden oder Fachkräfte für das BGM einzustellen. Es ist außerdem zu überlegen, den Arbeitsschutz und das BEM in das interne Management zu integrieren und als Säulen des BGMs aufzunehmen.

Ein BGM ist eine aktive Maßnahme gegen die Probleme des demografischen Wandels und ein Erfolgsfaktor für langfristig gesicherte Wettbewerbsfähigkeit für Unternehmen. Es werden sich zukünftig stetig mehr Unternehmen mit der Unterstützung eines BGMs auseinandersetzen müssen. Die Volkssolidarität Chemnitz e.V. geht mit gutem Beispiel voran und ist der Umsetzung eines integrierten BGMs mit Hilfe dieser Arbeit einen Schritt näher gekommen.

8 Literaturverzeichnis

Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hrg.) (2016): Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Mit 130 Abbildungen und 253 Tabellen. Springer-Verlag GmbH. Berlin, Heidelberg: Springer (Fehlzeiten-Report, 2016). Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/tubraunschweig/detail.action?docID=11261850>.

Badura, Bernhard; Walter, Uta; Hehlmann, Thomas (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2., vollständig überarb. Aufl. Heidelberg: Springer.

BAUA (2017): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2015. Hrg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Online verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2015.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

Bräunig, Dietmar; Pieper, Claudia; Schröer, Sarah; Kohstall, Thomas (2015): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention : Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012. 1. Aufl. Berlin: AOK-Bundesverb. [u.a.] (IGA-Report / Initiative Gesundheit und Arbeit, 28).

Brendt, Dieter; Sollmann, Christoph (2017): Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe. Effektive Mittel und effiziente Wege zur betrieblichen Gesundheitsförderung. 2. neu bearbeitete Auflage. Renningen: expert verlag.

Cholmakow-Bodechtel, Constanze; Nguyen, PhuongLoan; Scharf, Linda; Schieferstein, Tabea (2016): AOK-Präventionsbericht. Die Leistungen der AOK - Die Gesundheitskasse in der Prävention und Gesundheitsförderung. Hrg. v. AOK-Bundesverband. Berlin.

DGFP (2017): Personalarbeit und Führung im demografischen Wandel. Beschäftigungsfähigkeit, gesundheitliche Potenziale und alternsflexibles Führen. Hrg. v. Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. Online verfügbar unter <http://www.dgfp.de/wissen/themen/personalbetreuung-und-mitarbeiterbindung/personalarbeit-und-fuehrung-im-demografischen-wandel>.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>.

Esslinger, Adelheid Susanne (Hrg.) (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler.

Faller, Gudrun (Hrg.) (2012): Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit).

Franke, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Giesert, Marianne (2012): Arbeitsfähigkeit und Gesundheit erhalten. Fördermöglichkeiten im ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: *AiB - Arbeitsrecht im Betrieb* (5), S. 336–340.

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Kapitel 6: Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a [neu: 20b] SGB V. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2017_3/Leitfaden_Praevention_Teilaktualisierung_P170009_02_VI.pdf.

GKV-Spitzenverband (2017): Leitfaden Prävention. Kapitel 5: Leistungen zur individuellen Verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2017_3/Leitfaden_Praevention_Teilaktualisierung_P170009_02_V.pdf.

Gutmann, Joachim (2016): Betriebliche Gesundheit managen - ein Praxisleitfaden. München: Haufe Lexware (Haufe Fachbuch). Online verfügbar unter <http://gbv.ebibli.com/patron/FullRecord.aspx?p=4751949>.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrg.) (2014): Gesunde Mitarbeiter - gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Unter Mitarbeit von neues Handeln GmbH. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Online verfügbar unter

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

Kallus, Konrad Wolfgang (2016): Erstellung von Fragebogen. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas (utb-studi-e-book, 4465). Online verfügbar unter <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838544656>.

Kaminski, Martin (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis. Ein Leitfaden zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020. Wiesbaden, s.l.: Springer Fachmedien Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-01274-8>.

Knieps, Franz; Pfaff, Holger (Hrg.) (2016): Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten ; mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges. mbH & Co. KG. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsreport, 40.2016).

Lorenz, Rüdiger (2005): Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits - und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt Verlag.

NPK (Hrg.) (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Online verfügbar unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praev ention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf.

Parment, Anders (2013): Die Generation Y: Mitarbeiter der Zukunft motivieren. s.l.: Gabler Verlag. Online verfügbar unter <http://lib.mylibrary.com/detail.asp?id=547190>.

Raab-Steiner, Elisabeth; Benesch, Michael (2015): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 4., aktualisierte und überarb. Aufl. Wien: Facultas (UTB, 8607).

RKI (2014): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hrg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.

Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber.

Rössler, Wulf; Keller, Holm; Moock, Jörn (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderung und Chance. s.l.: W. Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170248199.

Schreyögg, Georg; Koch, Jochen (2015): Grundlagen des Managements. Basiswissen für Studium und Praxis. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler (Lehrbuch).

Statistisches Bundesamt (30.06.2017): Über 44 Millionen Erwerbstätige im Mai 2017. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/06/PD17_226_132pdf.pdf?__blob=publicationFile.

Stierle, Jürgen; Vera, Antonio (2014): Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling. 1. Aufl. s.l.: Schäffer-Poeschel verlag. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1863974>.

Stock-Homburg, Ruth (2013): Personalmanagement. Theorien - Konzepte - Instrumente. 3., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden: Springer Gabler (Lehrbuch).

Vogler-Ludwig, Kurt; Düll, Nicola; Kriechel, Ben (2016): Arbeitsmarkt 2030 - Wirtschaft und Arbeitsmarkt im digitalen Zeitalter. Prognose 2016. [1. Auflage]. Bielefeld: wbv.

Volkssolidarität Stadtverband Chemnitz e.V. (Hrg.) (2011): Seit 1945 in Chemnitz für Chemnitz: Die Volkssolidarität. Chronik.

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Hrg. v. World Health Organization (WHO). Online verfügbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>, zuletzt aktualisiert am 08.05.2014.

Wohlers, Katja; Hombrecher, Michaela (2016): Entspann dich, Deutschland -TK-Stressstudie 2016. Hrg. v. Techniker Krankenkasse. Hamburg.

Zaugg, Robert J. (2009): Nachhaltiges Personalmanagement. Eine neue Perspektive und empirische Exploration des Human Resource Management. Zugl.: Bern, Univ., Habil.-Schr., 2009. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler (Neue betriebswirtschaftliche Forschung, nbf, Bd. 375). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-8349-8443-2>.

Zok, Klaus (2010): Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen am Arbeitsplatz. Ergebnisse aus Beschäftigtenbefragungen. Berlin: KomPart-Verl.-Ges (WidO-Reihe).

Verwendete Gesetze

Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 427 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist

Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 6. Juni 2017 (BGBl. I S. 1495) geändert worden ist

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 4 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) geändert worden ist

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 165 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 12. Mai 2017 (BGBl. I S. 1121) geändert worden ist

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 1b des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) geändert worden ist

Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1885), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 5 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) geändert worden ist

V. Anlagen

Anlage 1: Mitarbeiterfragebogen Seite 1

Bachelorprojekt

Volkssolidarität Stadtverband Chemnitz e. V.



Mitarbeiterbefragung zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Liebe/r Teilnehmer/in,

ich heiße Marie Petzold und studiere Gesundheitsmanagement an der Westsächsischen Hochschule in Zwickau. Für meine Bachelorarbeit in der Geschäftsstelle der Volkssolidarität zum Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ bitte ich um Ihre Unterstützung. Der Fragebogen soll die Vorzüge und Wünsche der Mitarbeiter erfassen, um das Angebot bezüglich der Mitarbeitergesundheit in der Volkssolidarität auszubauen. Bitte wählen Sie die für Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten nach bestem Gewissen aus und füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Fragebögen werden anonymisiert für alle Einrichtungen der Volkssolidarität Chemnitz ausgewertet und können demzufolge nicht auf Sie zurückgeführt werden. Bitte füllen Sie den Fragebogen bis zum 24.03.2017 aus.

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Teilnahme!

Ihre Marie Petzold

Allgemein

1) Geschlecht

- ☐ Weiblich ☐ Männlich

2) Alter

- ☐ <25 ☐ 40 bis unter 50 ☐ 55 bis unter 60
☐ 25 bis unter 40 ☐ 50 bis unter 55 ☐ >60

3) In welcher Berufsgruppe der Volkssolidarität arbeiten Sie?

(Bitte nur eine Aussage auswählen)

- ☐ Stationäre Pflege/
Betreuung ☐ Sozio-kulturelle
Betreuung ☐ Hauswirtschaft/
Reinigung
☐ Ambulante Pflege/
Betreuung ☐ Kinderbetreuung ☐ Haustechnik/ Fahrer
☐ Mahlzeitenversorgung ☐ Verwaltung/
Sozialarbeit/
Mitgliederbetreuung

4) Tragen Sie Leitungsverantwortung für Mitarbeiter?

- ☐ Ja ☐ Nein

5) Wie viele Jahre sind Sie schon in der Volkssolidarität tätig?

- ☐ < 1 Jahr ☐ 1 bis unter
5 Jahre ☐ 5 bis unter
10 Jahre ☐ 10 bis
unter 20
Jahre ☐ >20 Jahre

24.02.2017

1



Selbsteinschätzung

6) Inwieweit setzen Sie sich mit Ihrer Gesundheit auseinander?

(Bitte nur eine Aussage auswählen)

- ☐ Ich stärke meine Gesundheit vorbeugend und richte meine Freizeitaktivitäten bewusst danach aus
 ☐ Ich schaffe mir einen Ausgleich in meiner Freizeit, aber gesundheitsfördernde Aktivitäten stehen nicht an oberster Stelle
 ☐ Solange ich nicht krank bin, setze ich mich nicht weiter mit meiner Gesundheit auseinander

7) Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?

(Bitte nur eine Aussage auswählen)

☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend

8) Wie hoch schätzen Sie Ihre durchschnittliche psychische Belastung auf Arbeit ein?

☐	☐	☐	☐	☐
Sehr hoch	Hoch	Mittel	Gering	Sehr gering

9) Wie hoch schätzen Sie Ihre durchschnittliche körperliche Belastung auf Arbeit ein?

☐	☐	☐	☐	☐
Sehr hoch	Hoch	Mittel	Gering	Sehr gering

Gesundheitsförderliche Angebote

10) Kennen Sie gesundheitsfördernde Angebote in Ihrer Einrichtung?

- ☐ Ja
 ☐ Nein
 ☐ Es gibt keine Angebote in meiner Einrichtung

11) Wenn Ja, welche Angebote in Ihrer Einrichtung kennen Sie? (z.B. Gesundheitszirkel...)

Bitte leserlich schreiben!

12) Nehmen Sie an bestehenden Angeboten Ihrer Einrichtung teil?

- ☐ Ja
 ☐ Nein



13) Wenn Angebote in Ihrer Einrichtung bestehen, warum nehmen Sie diese nicht in Anspruch?
(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Es ist nicht mit meiner Arbeitszeit zu vereinbaren.
- ☐ Ich fühle mich nicht ausreichend informiert.
- ☐ Für mich ist noch nicht das passende Angebot dabei.
- ☐ Ich bin privat ausreichend aktiv.
- ☐ Mein Wohnort ist zu weit von der Arbeitsstelle entfernt.
- ☐ Ich habe kein Interesse.
- ☐ Andere Gründe:

.....

14) Wie schätzen Sie das bestehende gesundheitsfördernde Angebot in seiner Gesamtheit in Ihrer Einrichtung ein?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Nicht vorhanden

15) Welche Angebote würden Sie zusätzlich wahrnehmen wollen?
(Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ Vorträge / Workshops (gesunde Lebensweise, Stressausgleich...) ☐ Mitarbeiter-Wasser ☐ Teambuildingmaßnahmen ☐ Sportangebote der Krankenkassen ☐ Frisches Obst ☐ Kommunikationstraining ☐ Betriebsinterne Sportgruppen | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Entspannungstechniken (Bsp.: Yoga, Pilates) ☐ Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung ☐ Weiterbildung ☐ Beratungsdienst (Ernährung, psychologischer Dienst) ☐ Arbeitsgruppen zur Gesundheitsförderung (Gesundheitszirkel) ☐ Andere: |
|---|--|

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16) Wie viel Zeit in der Woche wären Sie bereit zusätzlich zu investieren, um gesundheitsfördernde Angebote in Ihrer Einrichtung in Anspruch zu nehmen?
(Bitte nur eine Aussage wählen)

- ☐ Keine
 ☐ 15-30min
 ☐ > 30min bis 1 Stunde
 ☐ > 1 Stunde

Vielen Dank für Ihre Unterstützung bei meiner Bachelorarbeit!

Anlage 4: Psychische Belastung nach Alter

Alter * Einschätzung psychische Belastung auf Arbeit Kreuztabelle

		Einschätzung psychische Belastung auf Arbeit					Gesamt
		sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr gering	
Alter	Anzahl	1	6	1	1	0	9
	<25						
	% innerhalb von Alter	11,1%	66,7%	11,1%	11,1%	0,0%	100,0%
	Anzahl	5	31	13	4	0	53
	25 bis unter 40						
	% innerhalb von Alter	9,4%	58,5%	24,5%	7,5%	0,0%	100,0%
	Anzahl	4	17	9	0	0	30
	40 bis unter 50						
	% innerhalb von Alter	13,3%	56,7%	30,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Anzahl	5	10	10	2	0	27
	50 bis unter 55						
	% innerhalb von Alter	18,5%	37,0%	37,0%	7,4%	0,0%	100,0%
	Anzahl	6	9	9	3	0	27
	55 bis unter 60						
	% innerhalb von Alter	22,2%	33,3%	33,3%	11,1%	0,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	1	11	8	3	2	25
	>60						
	% innerhalb von Alter	4,0%	44,0%	32,0%	12,0%	8,0%	100,0%
	Anzahl	22	84	50	13	2	171
Gesamt	% innerhalb von Alter	12,9%	49,1%	29,2%	7,6%	1,2%	100,0%

Anlage 5: Interesse an BGF Angeboten nach Berufsgruppen

	Vorträge/Workshops	MA-Wasser	Teambildungsmaßnahmen	Sportangebote der KK	Frisches Obst	Kommunikationstraining	Betriebsinterne Sportgruppen	Entspannungstechniken	Ergon. Arbeitsplatzgestaltung	Weiterbildung	Beratungsdienst (Ernährung, psycholog. Dienst)	Arbeitsgruppen BGF
Stationäre Pflege	✓	✓		✓	✓			✓		✓		
Ambulante Pflege	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			✓	
Sozio-kulturelle Betreuung	✓	✓			✓							
Kinderbetreuung	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	
Mahlzeitenversorgung		✓			✓			✓	✓	✓		
Hauswirtschaft/Reinigung					✓							
Haustechnik/Fahrer					✓							
Verwaltung/Sozialarbeit/Mitgliederbetreuung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Anlage 6: gewünschte betriebsinterne Sportgruppen - Freitextfeld

Wünsche geäußert	Sportgruppe
9mal	Rückenschule
5mal	Laufgruppe
4mal	Volleyball, Aquafitness
3mal	Zumba, Yoga, Walkinggruppe
2mal	Schwimmen, Faszientraining, Fahrradtour
1mal	Fußball, Bowling, Schach, Gymnastik, Wandern, Spaziergang in Mittagspause, Selbstverteidigungskurs, versch. Ballsport

Anlage 7: Gründe, warum bestehende Angebote nicht in Anspruch genommen wurden

Nicht mit Arbeitszeit zu vereinbaren	20 (11,3%)
Ich fühle mich nicht ausreichend informiert	21 (11,9%)
Für mich ist noch nicht das passende Angebot dabei	19 (10,7%)
Privat ausreichend aktiv	31 (17,5%)
Wohnort zu weit entfernt von Arbeitsstelle	17 (9,6%)
Kein Interesse	6 (3,4%)
Insgesamt	114 (64,4)

VI. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben, verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Zwickau, den 16.08.2017
