

**HOCHSCHULE FÜR ÖFFENTLICHE VERWALTUNG
UND FINANZEN LUDWIGSBURG**

**Betriebliche Gesundheitsförderung: Prävention von Muskel-
Skelett-Erkrankungen und Rückenbeschwerden durch
bewegungsbezogene Interventionen im Arbeitsalltag – Wege zur
sozialen Resonanz**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades
eines Bachelor of Arts (B.A.)

im Studiengang gehobener Verwaltungsdienst
– Public Management

vorgelegt von

Stefan Santner

Studienjahr 2020/2021

Erstbetreuer: Prof. Dr. Martin Sauerland
Zweitbetreuer: Dipl.-Päd. Jan Keppler

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit habe ich im Rahmen des Studiengangs „Gehobener Verwaltungsdienstes – Public Management“ an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen Ludwigsburg verfasst.

Zunächst möchte ich mich bei meinen beiden Betreuern Herrn Prof. Dr. Sauerland und Herrn Keppler für die sehr gute Betreuung und Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit bedanken. Inhaltliche und formale Fragen wurden mir immer sehr rasch beantwortet.

Mein besonderer Dank gilt außerdem allen Interviewpartnern/-innen, die mir durch die Interviews interessante und wertvolle Einblicke in die Praxis ermöglicht haben.

Zu guter Letzt danke ich auch insbesondere meinem Onkel Gunter Kremer und allen anderen, die mich bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit auf ihre Weise begleitet und unterstützt haben.

Bei der Erstellung der Bachelorarbeit habe ich mich an den „Erläuterungen zur Anfertigung einer Bachelorarbeit der HVF Ludwigsburg“ orientiert (Stand Oktober 2019).

In der Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Sprachform gewählt. Dennoch beziehen sich alle entsprechenden Begriffe selbstverständlich immer auf alle Geschlechter, weshalb die Formulierungen als geschlechterneutral aufzufassen sind. Es sollen somit stets alle „mitgedacht“ werden.

Auch wenn das Thema der Arbeit bereits Ende 2019 feststand, fiel die Anfertigung in eine Zeit, in der der Wert von Gesundheit und die gesamtgesellschaftliche Verantwortung jedes Einzelnen für die eigene und die Gesundheit der Mitmenschen deutlicher denn je wurden.

In diesem Sinne: Bleiben Sie gesund!

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Anlagenverzeichnis	IX
1. Einleitung	1
2. Gesundheit und Gesundheitsmanagement	3
2.1. Der Gesundheitsbegriff.....	3
2.2. Der Präventionsgedanke	4
2.3. Die Betriebliche Gesundheitsförderung	4
2.4. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement	6
2.5. Der Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	6
2.6. Der Nutzen und der Umfang des Betrieblichen Gesundheitsmanagements..	7
3. Bewegungsförderung	9
3.1. Das Problem des Bewegungsmangels	9
3.2. Die Relevanz der Bewegung für den Menschen	12
4. Der quantitative Erfolg von Bewegungsförderungsmaßnahmen - die soziale Resonanz	14
4.1. Die Relevanz der Resonanz.....	14
4.2. Eine Bestandsaufnahme der Bewegungssituation im Arbeitsalltag	15
4.3. Komponenten von Motivation und Handlungsfelder im BGM.....	17
4.4. Empowerment und Selbstwirksamkeit	21
4.5. Gesundheitskommunikation	22
4.6. Führungskräfte in der Gesundheitsförderung	29
4.7. Anreizmanagement	34
4.8. Gesundheitskultur	36
5. Der qualitative Erfolg von Bewegungsförderung – die wirksamsten Maßnahmen	38
5.1. Das Problem der Auswahl von Bewegungsinterventionen	38

5.2. Maßnahmenempfehlungen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention.....	41
5.3. Hinweise zu Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen	44
6. Experteninterviews – der Umsetzungsstand in der Praxis	47
6.1. Erläuterungen zur Methodik.....	47
6.2. Vorgehensweise und Hintergründe zum Interviewleitfaden	50
6.3. Die Ergebnisse: Die Umsetzung in den Organisationen	51
7. Diskussion	59
7.1. Der Vergleich zur Theorie.....	59
7.2. Kritik an der Methodik	64
8. Fazit und Ausblick	66
 Literaturverzeichnis	 XI
Erklärung des Verfassers.....	XXVI

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AK	Arbeitskreis
AZ	Arbeitszeit
Anl.	Anlage
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAD	Berufsgenossenschaftlicher Arbeitsmedizinischer und Sicherheitstechnischer Dienst
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BKK	Betriebskrankenkasse
BMI	Body-Mass-Index
ebd.	ebenda
EStG	Einkommenssteuergesetz
EU	Europäische Union
GB	Gefährdungsbeurteilung
i.d.F.v.	in der Fassung von/ vom
i.S.d.	im Sinne des/ im Sinne der
i.S.v.	im Sinne von
k.A.	keine Angabe
KOD	Kommunaler Ordnungsdienst
lfd.	laufend
LOB	Leistungsorientierte Bezahlung
MA	Mitarbeiter
m.E.	meines Erachtens

m.M.	meiner Meinung
mtl.	monatlich
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankung(en)
o. J.	ohne Jahr
PDCA	Plan, Do, Check, Act
ROI	Return on Investment
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt/-e(s)
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
TK	Techniker Krankenkasse
unv.	unveröffentlicht
Verl.	Verlag
VHS	Volkshochschule
VIE	Valenz-Instrumentalität-Erwartung
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
wtl.	wöchentlich
z.T.	zum Teil

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der BGM-Zyklus	7
Abbildung 2: BGM-Aspekte	9
Abbildung 3: Vorgehensweise zur Partizipation	29
Abbildung 4: Effektive Bewegungsförderungsmaßnahmen	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definition von Gesundheit	3
Tabelle 2: Ebenen der Prävention	4
Tabelle 3: Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung	5
Tabelle 4: Kennzeichen eines BGMs	6
Tabelle 5: Vorteile eines BGMs	7
Tabelle 6: Ursachen von Rückenschmerzen.....	11
Tabelle 7: Positive Wirkungen von Bewegung	12
Tabelle 8: Anwendungsmöglichkeiten der Gesundheitskommunikation	23
Tabelle 9: Schritte systematischer Gesundheitskommunikation	24
Tabelle 10: Gesundheitsaufgaben der Top-Managements	30
Tabelle 11: Gesundheitsaufgaben des Mid- und Lower-Managements	31
Tabelle 12: Die Interviewpartner	48
Tabelle 13: Übersicht der Antworten bei Frage 3.7 bzw. 3.3 zu den Kommunikationsmaßnahmen	56

Anlagenverzeichnis

1. Eigene Untersuchungen

- Anlage 1:** Interviewleitfaden
- Anlage 2:** Übersicht der Kurzantworten
- Anlage 3:** Transkript des Interviews mit der Stadt Rendsburg
- Anlage 4:** Einverständniserklärung der Stadt Rendsburg
- Anlage 5:** Transkript des Interviews mit der Stadt Stuttgart
- Anlage 6:** Einverständniserklärung der Stadt Stuttgart
- Anlage 7:** Transkript des Interviews mit der Gemeinde Benningen a.N.
- Anlage 8:** Einverständniserklärung der Gemeinde Benningen a.N.
- Anlage 9:** Transkript des Interviews mit der Stadt Ludwigsburg
- Anlage 10:** Einverständniserklärung der Stadt Ludwigsburg
- Anlage 11:** Transkript des Interviews mit Bosch-Rexroth, Standort Am Löwentor, Stuttgart
- Anlage 12:** Einverständniserklärung von Bosch-Rexroth
- Anlage 13:** Transkript des Interviews mit der Stadt Freiberg a.N.
- Anlage 14:** Einverständniserklärung der Stadt Freiberg a.N.

2. Sonstige, in Fachbibliotheken nicht erhältliche Literatur

(sortiert nach dem Erscheinen im Textteil)

- Anlage 15:** Statement von Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, anlässlich der Pressekonferenz zur Vorstellung des Reports Krankenhaus 2015 der BARMER GEK am 21. Juli 2015 in Berlin
- Anlage 16:** Informationsschreiben der AOK: Gesundheitsförderung: Steuerrechtliche Regelungen nutzen – vom 15.03.2018
- Anlage 17:** Newsletter von Tobias Suntinger, Corpus Motum: 5 Ideen für die betriebliche Gesundheitsförderung – 08/2017

1. Einleitung

Gesunde Mitarbeiter sind leistungsfähiger (Techniker Krankenkasse, 2016c, S. 2). In der heutigen Zeit, in der Geschwindigkeit und Komplexität zunehmen und auch öffentliche Verwaltungen Herausforderungen, wie den technologischen und den demografischen Wandel bewältigen müssen, zählt Leistungsfähigkeit zu den Grundvoraussetzungen eines Mitarbeiters (Hertie School of Governance, 2017, S. 4; vgl. Länger, 2018, S. 68). Ausgehend von 17,4 Arbeitsunfähigkeitstagen je Mitarbeiter werden für 2018 die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle Deutschlands auf 85 Milliarden Euro geschätzt (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2020b, S. 1). Dabei sind die Kosten für Leistungsverluste durch Mitarbeiter, die krank zur Arbeit gehen (Präsentismus) noch nicht mit einberechnet. Mittlerweile übersteigen die Kosten für Präsentismus sogar die Kosten für Arbeitsunfähigkeitstage (Initiative Gesundheit & Arbeit, 2015, S. 64; Wieland, 2010, S. 20). Neben psychischen Erkrankungen zählen Muskel-Skelett-Erkrankungen zu den Hauptursachen für Krankheitstage (Ulich, 2011, S. 535 ff.). Da es sich hierbei um chronische Beschwerden handelt, die im Alter verschärft zunehmen, ist im Kontext des demografischen Wandels hier künftig mit Problemen zu rechnen (AOK, 2019; BKK Dachverband, 2015, S. 174; Uhle & Treier, 2015, S. 22). Da bekannt ist, dass Bewegungsmangel auch Ursache vieler weiterer Krankheiten ist (Sawkowicz, 2015, S. 20), setzen viele Organisationen hier präventiv im Rahmen eines BGMs an (vgl. Badura, 2010, S. 11). Bewegungsfördernde Maßnahmen werden dabei mit am häufigsten eingesetzt (Kaeding, Mayländer & Walden, 2019, S. 10). Da derzeit im deutschsprachigen Raum jedoch kaum wissenschaftlichen Standards genügende Übersichten mit Handlungsempfehlungen für die Praxis existieren, werden häufig noch Maßnahmen eingesetzt, die weder auf die Rahmenbedingungen der Organisation noch auf die Bedürfnisse der Belegschaft zugeschnitten und daher oft unbeliebt sind. Zudem fehlt oftmals sportwissenschaftliches Know-how, um die Qualität der Maßnahmen zu beurteilen (vgl. Kaeding et al., 2019, S. 16).

Um Lösungen für diese Wirksamkeitsproblematiken der Bewegungsförderung zu finden, sollen in dieser Arbeit folgende Forschungsfragen untersucht werden:

1. Wie können Städte und Gemeindeverwaltungen Maßnahmen der Bewegungsförderung einsetzen, die die (Rücken-)Gesundheit der einzelnen Mitarbeiter wirklich effektiv und nachhaltig erhalten bzw. verbessern, also qualitativen Erfolg bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielen?
2. Wie können die angebotenen Maßnahmen zur Bewegungsförderung im Rahmen einer BGF eine hohe Resonanz bei der Belegschaft erzielen, sodass die BGF alle Beschäftigten erreicht, also aus quantitativer Sicht wirksam ist?

Die Untersuchung erfolgt im theoretischen Teil der Arbeit mittels eines Literaturüberblicks und im zweiten Teil mittels einer empirischen Auswertung von Experteninterviews mit Gesundheitsmanagern von Kommunen/ Unternehmen, die den Umsetzungsstand der Praxis zum Vergleich widerspiegeln sollen. Nach einer kurzen Erläuterung zum Rahmen der Arbeit sollen anhand der Literatur wirksame Bewegungsförderungsmaßnahmen sowie Wege zur Erhöhung der Resonanz und der Sicherung der Qualität vorgestellt werden. Dabei wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass nachhaltige Maßnahmen auch effizient sind. Auch wenn die Betrachtung der Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen nicht das primäre Ziel der Arbeit ist, soll der Teilaspekt der Kosten der Implementierung der einzelnen Maßnahmen teilweise mit in die Bewertung der Maßnahmen einfließen, um so auch Kommunen mit weniger Startkapital für eine BGF, Maßnahmen aufzeigen zu können., die prioritär umgesetzt werden sollten.

Anschließend wird im empirischen Teil zunächst die methodische Vorgehensweise erläutert. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse dargelegt und im Kontext der theoretischen Vorarbeit diskutiert. Hierbei sollen auch Handlungsempfehlungen für die interviewten Organisationen erarbeitet werden. Zum Schluss soll ein Ausblick – unter der Reflexion der gewonnenen Ergebnisse – weiteren Forschungs- bzw. Handlungsbedarf aufzeigen.

2. Gesundheit und Gesundheitsmanagement

2.1. Der Gesundheitsbegriff

Üblicherweise beginnen Abhandlungen auf dem Themengebiet der Gesundheitsförderung mit detaillierten Ausführungen zu den zugrundeliegenden Begrifflichkeiten. Folgendes Kapitel soll lediglich kurz der Eröffnung des Rahmens dienen, in dem sich die Diskussion um die präventiv wirksame Bewegungsförderung im Betrieb anschließend vollzieht.

Folgende Eckpunkte für eine weitgehende Definition des Gesundheitsbegriffs konnten anhand der Literatur identifiziert werden:

Tabelle 1: Definition von Gesundheit (<i>eigene Darstellung</i>)
Gesundheit ist subjektiv und abhängig vom Kontext bzw. dem Standpunkt des Betrachters (Lauterbach, 2008, S. 26; vgl. Ziegelmann, 2002, S. 149 f.).
Gesundheit umfasst mehrere Dimensionen, wie die physische, seelische und soziale Komponente von Wohlbefinden (WHO, 1946, S. 1).
Gesundheit ist mehr als ein Zustand, der das Gegenteil von Krankheit beschreibt. Sie kann positiv beschrieben werden (Uhle & Treier, 2015, S. 53; WHO, 1946, S. 1).
Gesundheit eines Menschen ist ein Pol auf einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit (Länger, 2018, S. 6; Lauterbach, 2008, S. 27).
Gesundheit ist eine Entwicklung, ein zu gestaltender Prozess erfolgreicher Bewältigung, der lebenslang andauert (Ducki, 2000, S. 43 f.; Länger, 2018, S. 11 f.; Lauterbach, 2008, S. 25 ff.; Uhle & Treier, 2015, S. 53).
Gesundheit als regulatorische Größe zu erhalten, erfordert Eigenverantwortung und Gestaltungskompetenz, die erlernt und verbessert werden kann (Länger, 2018, S. 11 f.; Uhle & Treier, 2015, S. 116; vgl. Wieland, 2004, S. 170).
Gesundheit zu erhalten benötigt eine Nutzung und Stärkung der eigenen Ressourcen (vgl. Länger, 2018, S. 8 f.; vgl. Lauterbach, 2008, S. 30 f.).

Ein Modell, welches Faktoren identifiziert, die zu mehr Gesundheit führen, ist das

salutogenetische Konzept der Kohärenz, von Antonovsky, 1997, S. 15 f.. Im Zentrum stehen dabei die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit sowie die Bedeutsamkeit, also die Stimmigkeit des eigenen Lebens (Antonovsky, 1997, S. 34 ff.). Sein Konzept schafft damit Orientierung bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Interventionen (vgl. Lauterbach, 2008, S. 39).

2.2. Der Präventionsgedanke

Ein Begriff, der i.S.d. Salutogenese die Gesunderhaltung über die Vermeidung von Krankheit fokussiert, ist der der Prävention (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Hierbei lassen sich drei Ebenen unterscheiden (*Tabelle 2*). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf Maßnahmen der ersten beiden Ebenen.

Tabelle 2: Ebenen der Prävention (<i>eigene Darstellung</i>)
<u>Primärprävention:</u> Hierbei geht es um die Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten, also darum, die Ursachen möglicher Beeinträchtigungen der Gesundheit auszuschalten (Trautner, 2012, S. 124; Uhle & Treier, 2015, S. 516).
<u>Sekundärprävention:</u> Diese fokussiert die Früherkennung symptomloser Krankheitsvor- und Frühstadien bzw. die Verhinderung der Verschlimmerung von sich anbahnenden Krankheiten (Trautner, 2012, S. 124; Uhle & Treier, 2015, S. 516). Nach Kaeding, 2006, S. 16 f. geht es neben der Absenkung des Risikos darum, „gesunde Lebensjahre zu gewinnen“.
<u>Tertiärprävention:</u> Sie wird auch als Rehabilitation verstanden und hat das Ziel, weitere Folgeerkrankungen bzw. Verschlimmerungen im Rahmen eines fortlaufenden Krankheitsprozesses zu verhüten und verloren gegangene Funktionen wiederherzustellen (K. Hurrelmann, Laaser & Richter, 2012, S. 669; Trautner, 2012, S. 124; Uhle & Treier, 2015, S. 516).

2.3. Die Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Erhaltung und Entwicklung der Gesundheit der Mitarbeiter gibt es verschiedene Begriffe, die differenziert betrachtet werden müssen (vgl. Derer, 2012, S. 15).

Der Begriff BGF ist verankert im internationalen und nationalen Gesundheitsrecht, wie z.B. der Ottawa Charta der WHO, der Luxemburger Deklaration der EU oder dem § 20 SGB V (vgl. Derer, 2012, S. 16). BGF umfasst – kurz gesagt – die Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Interventionen am Menschen (Kaeding & Simon, 2018; Uhle & Treier, 2015, S. 36). Allgemein wird darunter die Bereitstellung verhaltensorientierter Angebote zu Bewegung und Ernährung sowie zu Stress verstanden (Kiesche, 2013, S. 174). Neben diesen Maßnahmen, die auf das Verhalten der Mitarbeiter abzielen, enthält BGF auch Maßnahmen, die die Verhältnisse der Arbeitsumgebung betreffen i.S.d. Verhältnisprävention, die alle Maßnahmen, die am organisatorischen/ technischen System ansetzen, bezeichnet (Uhle & Treier, 2015, S. 516).

BGF ist ein fester Bestandteil des BGMs (Kaeding et al., 2019, S. 17) und verfolgt folgende Ziele:

Tabelle 3: Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung <i>(eigene Darstellung)</i>	
-	Gesundheitsrisiken minimieren, Belastungen reduzieren und gesundheitsförderliche Bedingungen stärken (Kiesche, 2013, S. 174; Wienemann, in Lauterbach, 2008, S. 242; Uhle & Treier, 2015, S. 38)
-	Gesundheitsressourcen stärken, -potentiale ausbauen und -kompetenzen stärken, um die Selbstbestimmung zu erhöhen und Verhaltensänderungen herbeizuführen (Kiesche, 2013, S. 174; Wienemann, in Lauterbach, 2008, S. 242; Uhle & Treier, 2015, S. 38)
-	Wohlbefinden, Gesundheit und Leitungsfähigkeit der Menschen allgemein erhöhen und nicht nur erhalten (Bös, Brehm & Gröben, 2004, S. 171; Sawkowicz, 2015, S. 30)
-	Positive Kräfte stärken (Demmer & Kunkel, 1995, S. 8)

2.4. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement

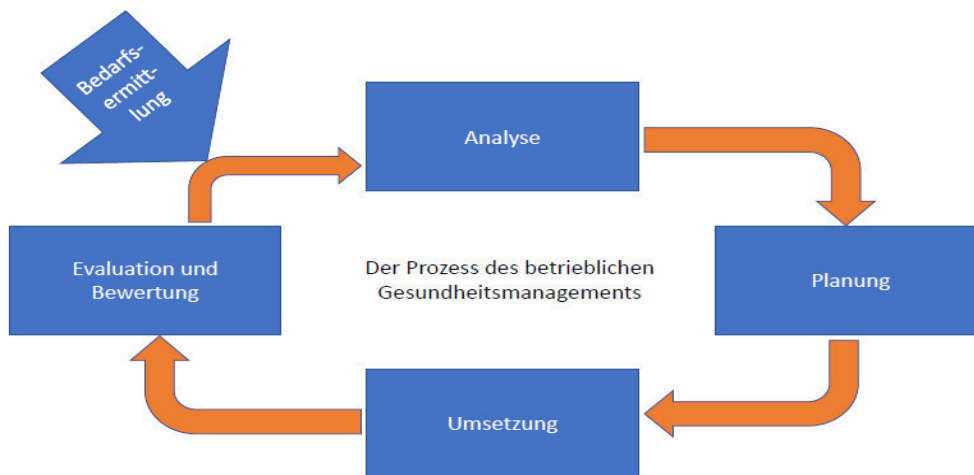
Da sich die Literatur einig ist, dass Einzelaktivitäten im Rahmen einer BGF oft wenig nachhaltig sind (Badura, Ritter & Scherf, 1999, S. 15 ff.; Friczewski, 1991, S. 91 f.; Uhle & Treier, 2015, S. 67), ist ein Steuerungsmodell – das BGM – notwendig. Es zeichnet sich folgendermaßen aus:

Tabelle 4: Kennzeichen eines BGMs (eigene Darstellung)
- BGM kann als Dachorganisation aller Aktivitäten zum Erreichen von gesunder Arbeit verstanden werden, da es klassischerweise mehrere Bereiche (BGF, Arbeitsschutz, BEM) integriert (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2020a; Wienemann, in Lauterbach, 2008, S. 240).
- Im BGM werden zur Verankerung der BGF im Betrieb integrierte Strukturen und Prozesse entwickelt und gestaltet, die das Ziel der Mitarbeitergesundheit als strategischen Faktor verfolgen (Badura et al., 1999, S. 17; Kiesche, 2013, S. 174; Wienemann, in Lauterbach, 2008, S. 240).
- Im BGM wird durch die Anwendung von Managementinstrumenten die Steuerung, Koordination und Bewertung der BGF-Maßnahmen ermöglicht und deren systematische Fortentwicklung durch Controlling nachhaltig gesichert (vgl. Derer, 2012, S. 18; Wienemann, in Lauterbach, 2008, S. 242 f.; Uhle & Treier, 2015, S. 36 ff.).
- BGM verfolgt als übergeordnete, koordinierende Einheit dieselben Ziele wie die BGF: Gesundheitsförderliche Verhaltens- und Gestaltungsweisen der Arbeit, die Beschäftigten und Arbeitgeber gleichermaßen zu Gute kommen (Badura et al., 1999, S. 17; vgl. Kaeding et al., 2019, S. 17).

2.5. Der Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Da BGM mehr als nur das zur Verfügung stellen von Angeboten ist, wird ein BGM optimalerweise unter Einbindung der gesamten Mitarbeiterschaft prozesshaft entwickelt und von wenigen Spezialisten koordiniert. Dieser kontinuierliche Verbesserungsprozess/ -zyklus, über den sich die Literatur weitgehend einig ist, besteht aus in folgender Abbildung dargestellten Phasen:

Abbildung 1: Der BGM-Zyklus:



Eigene Darstellung nach Sawkowicz, 2015, S. 35; Suntinger, 2018, S. 9 ff.; vgl. Zimolong, in Uhle & Treier, 2015, S. 137

Hierbei spielt in allen Phasen ein zu implementierender Arbeitskreis Gesundheit eine Rolle (vgl. Wienemann, in Lauterbach, 2008, S. 243), der nach Walle, 2020 zumindest aus Betriebsarzt, Betriebs- bzw. Verwaltungsleitung und Personalverantwortlichem bzw. dem BGM- Verantwortlichen bestehen sollte. Dieser ist dann mitverantwortlich für die Festlegung von Zielen, die Koordinierung der Maßnahmen und der Evaluation (*Kapitel 5.3*) sowie für die Art der Kommunikation (*Kapitel 4.5*) zur Information und Beteiligung der Mitarbeiter (vgl. Walle, 2020).

2.6. Der Nutzen und der Umfang des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Nachdem nun zentrale Begriffe und der Prozess eines BGMs geklärt sind, stellt sich die Frage, welchen Nutzen ein BGM für wen mit sich bringt bzw. wie hoch dieser ist. Folgende Tabelle stellt die Vorteile für beide Seiten dar:

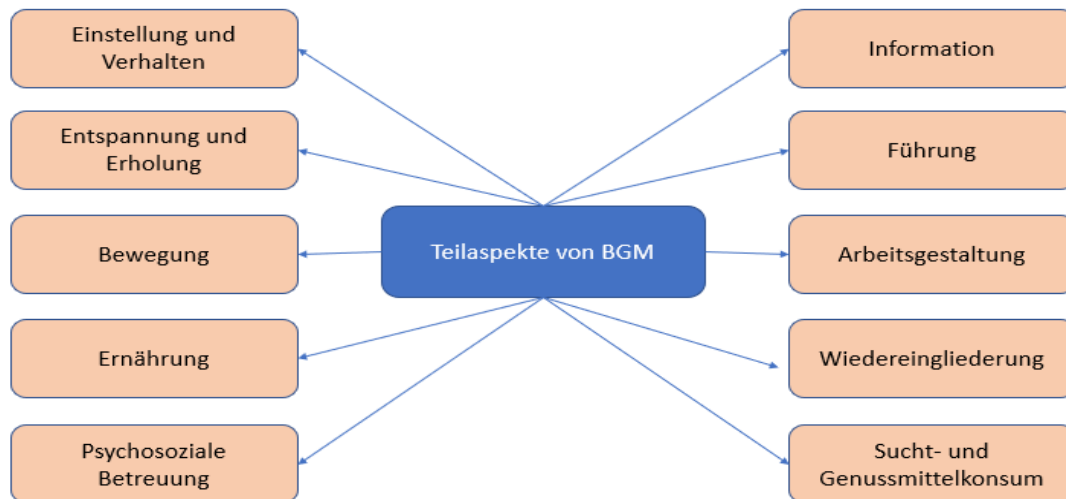
Tabelle 5: Vorteile eines BGMs (eigene Darstellung)	
<u>Vorteile auf Arbeitnehmerseite</u>	<u>Vorteile auf Arbeitgeberseite</u>
Vermeidung von längeren Krankheiten und Arztbesuchen (Suntinger, 2018, S. 8)	Positives Betriebsklima (Suntinger, 2018, S. 7; Ulich & Wülser, 2017, S. 199)

Abbau von beeinflussbaren Risikofaktoren (Uhle & Treier, 2015, S. 422)	Reduktion der Fluktuation (Suntinger, 2018, S. 7; Uhle & Treier, 2015, S. 422)
Steigerung der persönlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter (Suntinger, 2018, S. 8)	Steigerung der Arbeitsproduktivität (Suntinger, 2018, S. 7; Uhle & Treier, 2015, S. 422; Ulich & Wülser, 2017, S. 199)
Steigerung der Lebensqualität – auch im Ruhestand (Tuomi, Huuhtanen, Nykyri & Ilmarinen, 2001, S. 321)	Fach- und Führungskompetenzen werden gesichert im Kontext des demografischen Wandels (Uhle & Treier, 2015, S. 421 f.)
Ermöglichung des Genießens der eigenen Gesundheitsentwicklung (Lauterbach, 2008, S. 202)	Steigerung der Dienstleistungsqualität (Suntinger, 2018, S. 7)
Stärkung von sozialen Ressourcen (Uhle & Treier, 2015, S. 422)	Imageverbesserung als Arbeitsgeber für Employer Branding (Suntinger, 2018, S. 7; Uhle & Treier, 2015, S. 422)
Steigerung der Motivation (Ulich & Wülser, 2017, S. 199)	Kostenreduktion durch weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten (Initiative Gesundheit & Arbeit, 2015, S. 64; Suntinger, 2018, S. 8; Uhle & Treier, 2015, S. 422)
	Berechnungen des ROI von BGM sind immer positiv und schwanken zwischen 1:2 und 1:10 (vgl. Initiative Gesundheit & Arbeit, 2015, S. 64 ff.; Suntinger, 2018, S. 79 f.; Uhle & Treier, 2015, S. 284, 299)

Letztendlich profitieren immer beide Seiten vom BGM (Kaeding et al., 2019, S. 14; Sawkowicz, 2015, S. 27; Uhle & Treier, 2015, S. 183).

Innerhalb der klassischen Säulen des ganzheitlichen BGMs spielt die Bewegungsförderung eine besondere Rolle. Weshalb und welche Wege sinnvoll sind, soll im nachfolgenden Kapitel gezeigt werden.

Abbildung 2: BGM-Aspekte



Darstellung nach Huber, 2010, S. 68; Uhle & Treier, 2015, S. 47

3. Bewegungsförderung

3.1. Das Problem des Bewegungsmangels

Während der Mensch früher zum Überleben auf dauernde und vielfältige Bewegung angewiesen war, verbringt der Büroarbeiter heute im Durchschnitt 64.000 Stunden seines Lebens allein bei der Arbeit im Sitzen (Suntinger, 2018, S. 25). Die empfohlenen 150 Minuten Bewegung pro Woche der WHO, 2010, S. 8 erreichen ca. 80% der deutschen Erwachsenen nicht (Uhle & Treier, 2015, S. 22). Selbst wenn diese Zahl erreicht werden würde, sind die Auswirkungen des Sitzens auf die Gesundheit immer noch dramatisch (Froböse, in Buse, 2020). Menschen, die mehr als 6 Stunden im Sitzen verbringen, haben eine 20% niedrigere Lebenserwartung, als Menschen, die maximal 3 Stunden täglich sitzen (Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 34; University of Leicester, 2012). Zurückzuführen ist das darauf, dass der unterforderte Körper die überflüssig gewordenen Ressourcen weitgehend abbaut (vgl. Froböse, in Buse, 2020). In Kombination mit dem ebenfalls

aus dem Bewegungsmangel resultierenden Missverhältnis aus Energieaufnahme und -verbrauch (Lauterbach, 2008, S. 204) führt dies zu typischen in der Zivilisation verbreiteten Krankheiten (Sawkowicz, 2015, S. 20; Suntinger, 2018, S. 25), wie Bluthochdruck, Diabetes, MSE, aber auch zu Problemen mit dem psychischem Wohlbefinden (Uhle & Treier, 2015, S. 169).

Zu der Problematik des Übergewichts sei nur kurz erwähnt, dass ein Zusammenhang mit erhöhten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (0.63 Jahre) bei Menschen mit einem BMI von mehr als 30 bestätigt ist (Visscher et al., 2004, S. 1413), jedoch leichtes Übergewicht (BMI von 25-30) sogar lebensverlängernd wirken kann (Flegal, Kit, Orpana & Graubard, 2013, S. 71). Dennoch ist die Tatsache, dass mittlerweile ca. ein Drittel der jungen Menschen (unter 42) adipös ist, Besorgnis erregend (Uhle & Treier, 2015, S. 27 f.). Angesichts der Tatsache, dass aufgrund der Digitalisierung weitere sitzende Jobs geschaffen werden (Kaeding et al., 2019, S. 15) und die durchschnittliche Nahrungsaufnahme in den letzten Jahren schon zurückgegangen ist (ergo muss es am Bewegungsmangel liegen), ist in den nächsten Jahren mit einer weiteren Verbreitung des mit Fett- und Zuckerstoffwechselproblemen verbundenen „metabolischen Syndroms“ zu rechnen, welches u.a. die Anfälligkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht. (vgl. Lauterbach, 2008, S. 206 f.).

MSE, also Beschwerden des Bewegungsapparates, wovon Rückenleiden den größten Teil ausmachen (Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 8, 35), wirken sich dagegen jetzt schon einschränkender und kostenintensiver auf die Arbeitsfähigkeit aus: Je nach Quelle betrug der Anteil der MSE an den Fehlzeiten in den letzten Jahren meist ein Fünftel bzw. sogar ein Viertel (AOK, 2019; BKK Dachverband, o. J., S. 3). Laut der Studie der Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 11 belief sich der Ausfall von Produktion und Bruttowertschöpfung 2013 bundesweit auf über 163 Milliarden Euro, wovon 16 Milliarden auf Rückenbeschwerden zurückzuführen waren, was für einen Betrieb mit 140 Mitarbeitern 175 rückenbedingte Fehltag (= mehr als eine halbe Stelle) bedeutet. Dem Vorsitzenden der Barmer GEK zufolge, haben 85% der Deutschen mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen (Straub, 2015, S. 2, Anl. 15). Sie zeigen sich heute auch immer

öfter bei Menschen mit Bildschirmarbeitsplätzen (Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 12). Jedoch ist klarzustellen, dass 80% der Rückenschmerzen unspezifisch sind, also nicht nur eine Ursache haben (Länger, 2018, S. 37).

Tabelle 6: Ursachen von Rückenschmerzen <i>(eigene Darstellung, in Anlehnung an AOK, 2019)</i>
- Einseitige körperliche Belastung (AOK, 2019)
- Bewegungsmangel: Überwiegend sitzende Tätigkeit oder langes Stehen (AOK, 2019; Länger, 2018, S. 37)
- Dauerhaft „falsche“ Körperhaltung (Bohns & Wiltermuth, 2012; Meyer, 2016)
- Stress und psychische Belastungen (AOK, 2019; Länger, 2018, S. 37; Ulich, 2011, S. 549)
- Allgemein ungesunder Lebensstil (Länger, 2018, S. 37; vgl. Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 16)

Zu den beiden letztgenannten Punkten der Tabelle ist klarzustellen, dass Gesundheitsschädigungen oft mit anderen Risikofaktoren verbunden sind (vgl. Lauterbach, 2008, S. 204). Wem es bereits in einem gewissen Maß an Wohlbefinden fehlt, der reagiert auch stärker auf Fehlbelastungen und ist auch anfälliger für Krankheiten (vgl. Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 13). Wechselwirkungen scheint es insbesondere zwischen physischen und psychischen Belastungen zu geben (Wieland, 2009, S. 1): Diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als allgemein weniger gut bezeichnen, sind häufiger gestresst (Techniker Krankenkasse, 2016b, S. 10). Gerade auch die Körperhaltung hat nicht nur auf den Rücken sondern auch auf den Hormonhaushalt (Testosteron und Cortisol) und damit letztlich auf die Psyche Einfluss (vgl. Cuddy, Wilmoth & Carney, 2012, S. 5). Erwerbspersonen, die wegen Rückenleiden krankgeschrieben waren, leiden auch deutlich häufiger an psychischen Erkrankungen (Techniker Krankenkasse, 2014, S. 17). Während Stress früher das Überleben gesichert hat, regelmäßig durch Bewegung wieder abgebaut wurde und in einem gewissem Maße

auch gut ist (Länger, 2018, S. 32; Lauterbach, 2008, S. 203 f.), sorgt er im chronischen Maße – wie ihn heutzutage viele Menschen erleben – häufig längerfristig zu psychischen Erkrankungen (Techniker Krankenkasse, 2013, S. 41, 2016b, S. 6). Die Wahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten 12 Monate eine psychische Erkrankung zu erleiden, liegt laut Jacobi et al., 2014, S. 81 bei ca. 30%. Hinter den MSE liegen die psychischen Erkrankungen in den letzten zehn Jahren meist bei einem Anteil von 15% der Fehltage (Länger, 2018, S. 21; Uhle & Treier, 2015, S. 84; Wieland, 2009, S. 1). Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitmedizin, 2016, S. 43 beziffert die Produktionsausfallkosten für 2013 wegen psychischen Erkrankungen auf 8,3 Milliarden Euro.

3.2. Die Relevanz der Bewegung für den Menschen

Bewegung ist die einzige Universalmedizin, die heute bekannt ist (Meyer, in Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 3). Sie hat folgende positive Auswirkungen:

Tabelle 7: Positive Wirkungen von Bewegung (<i>eigene Darstellung</i>)
- Beitrag zur Senkung des Blutdrucks (Länger, 2018, S. 111)
- Prävention von Übergewicht und metabolischem Syndrom, was eine Verringerung des Auftrittsrisikos von Herz-Kreislauf-Beschwerden, wie Herzinfarkt oder Diabetes bedeutet (Länger, 2018, S. 111; Lauterbach, 2008, S. 209; Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 3, 2016b, S. 18)
- Stärkung des Immunsystems und Verringerung der Infektanfälligkeit (Länger, 2018, S. 111)
- Beitrag zur Prävention von MSE und Rückenschmerzen, durch Stärkung der Knochen und der Muskulatur zur Unterstützung des Bewegungsapparates (Lauterbach, 2008, S. 209; Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 3, 2016b, S. 18)
- Abbau von Stress und damit Beitrag zur Verringerung der Auftrettswahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen (Klaperski, Seelig & Fuchs, 2012; Länger, 2018, S. 111; Lauterbach, 2008, S. 209)
- Verbesserung der Erholungsfähigkeit (Gerber, 2010, S. 31; Kaluza, 2015, S. 90 ff.)

- Erhöhung der Aufnahmebereitschaft und Leistungsfähigkeit (vgl. Länger, 2018, S. 94 f.; Streicher, in Ludwigsburger Kreiszeitung, 2018)
- Positive Beeinflussung von Krankheitsverläufen (Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 18)
- Verlängerung eines (gesunden) Lebens (vgl. Länger, 2018, S. 92)

Die optimalen zusätzlichen Energieverbräuche pro Tag liegen Lauterbach, 2008, S. 209 zufolge bei 300 Kilokalorien pro Tag. Hinsichtlich Rückenschmerzen sinkt laut Länger, 2018, S. 92 f. bei zwei bis vier Stunden Freizeitsport pro Woche das Risiko um 22%. Aus der Literatur geht des Weiteren hervor, dass Ausdauerprogramme im besonderen Maße für die Verbesserung der Herz-Kreislauf-Funktionen bzw. der Stressprävention und Kräftigungsübungen sowie Dehnübungen insbesondere für die Verbesserung der Körperhaltung bzw. der Beseitigung von Dysbalancen und Rückenschmerzen empfohlen werden (Meyer, 2016, S. 30; Suntinger, 2018, S. 79 f.; Uhle & Treier, 2015, S. 386 f.). Neben längeren Sporteinheiten wird zusätzlich ein regelmäßiges „Aufwachen“ des Körpers durch kleine Übungen, die in den Alltag integriert werden, empfohlen (Froböse, in Buse, 2020; vgl. Lauterbach, 2008, S. 212 f.). Allerdings kann schon alleine regelmäßiges Spaziergehen positive Auswirkungen auf alle Bereiche haben (Morris & Hardman, 1997).

Auch wenn der Wert von Bewegung für die Prävention unumstritten ist (Uhle & Treier, 2015, S. 179); Ziel ist es nicht, Sport als die Allheilmittel darzustellen (Uhle & Treier, 2015, S. 387), denn zu viele Freizeitverpflichtungen in Kombination mit überzogenen Ansprüchen an sich selbst und straffen Trainingsplänen können für die Gesunderhaltung kontraproduktiv sein (Länger, 2018, S. 22; Techniker Krankenkasse, 2016b, S. 13). Es soll lediglich gezeigt werden, dass eine Veränderung des Lebensstils durch die Aufnahme neuer Bewegungsgewohnheiten – in jedem Alter – die erwähnten positiven Effekte erzielt (Länger, 2018, S. 92). Auf die genannten Probleme hinzuweisen und Lösungsvorschläge anzubieten, kann und sollte der Arbeitgeber verantwortungsbewusst wahrnehmen. Insbesondere deshalb, weil die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz den größten

zusammenhängenden Teil ihres Tages verbringen, ist der Einfluss auf die Gesundheit erheblich (K. Hurrelmann et al., 2012, S. 682; Kaeding et al., 2019, S. 29).

Dabei spielen während dieser Zeit auch auf die Mitarbeiter einwirkende suboptimale Arbeitsbedingungen bei Rückenerkrankungen eine entscheidende Rolle, da sich bis zu 40 % der Fälle reduzieren lassen könnten, wenn psychosoziale Risikofaktoren beseitigt werden würden (Linton, 2001, S. 63) sowie fast ein Drittel der Kosten, die durch MSE entstehen. Motivation und Zufriedenheit drohen bei unzureichenden Arbeitsbedingungen ebenfalls zu sinken (vgl. Initiative Gesundheit & Arbeit, 2015, S. 5). Bei mangelndem Raum für personenbezogene Selbstregulation scheint Stress zuzunehmen. Da löst Bewegung allein das Problem nicht (Uhle & Treier, 2015, S. 377), insbesondere bei quantitativer Überforderung der Mitarbeiter. Hier hilft nur ein Überdenken der Personalpolitik.

Letztendlich verdeutlicht all das noch einmal, dass ganzheitlich bedachtes Wohlbefinden – also zumindest körperliche und psychische Gesundheit – einerseits über Appelle an das (Bewegungs-)Verhalten der Mitarbeiter und andererseits über die Optimierung der Arbeitsverhältnisse beeinflussbar ist. Dieses Verständnis von Wohlbefinden zu fördern, liegt in der Mitverantwortung des Arbeitgebers. Vorschläge, wie Mitarbeiter durch entsprechende Rahmenbedingungen durch das BGM motiviert werden können und eine Übersicht über die besten Maßnahmen zur Bewegungsförderung folgen in den nächsten beiden Kapiteln.

4. Der quantitative Erfolg von Bewegungsförderungsmaßnahmen – die soziale Resonanz

4.1. Die Relevanz der Resonanz

Da alle angebotenen Maßnahmen der Mitarbeitergesundheit dienen sollen, ist hinsichtlich der Gesamtbeurteilung der Wirksamkeit und der Nachhaltigkeit des BGMs von entscheidender Bedeutung, ob und inwiefern diese Maßnahmen auch von der Zielgruppe wahrgenommen und akzeptiert werden (Sawkowicz, 2015,

S. 42 f.; Uhle & Treier, 2015, S. 413). Darüber hinaus ist es erforderlich, dass eine kritische Masse der Mitarbeiter diese Maßnahmen nicht nur als vorhanden hinnimmt sondern auch annimmt, im Sinne einer Teilnahme – oder noch besser: die erhaltenen Impulse durch die Maßnahmen des Arbeitgebers eigenständig fortführt. Nur wenn das BGM mehr als nur ein paar der Mitarbeiter erreicht, kann auch ein Erfolg bezüglich der Gesundheitsprävention in der Breite erzielt werden (Wienemann, in Lauterbach, 2008, S. 243), sonst hätte das BGM keine Möglichkeit, die in Kapitel 2 vorgestellten Ziele zu erreichen (vgl. Sawkowicz, 2015, S. 44). Im Folgenden soll dieser angestrebte Zustand mit „sozialer Resonanz“ umschrieben werden. Dieses Kapitel dient somit der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage nach Wegen zu mehr Resonanz bzw. der „quantitativen Wirksamkeit“ von Bewegungsförderungsmaßnahmen im Rahmen des BGMs, oder kurz gesagt, der Frage: Wie können möglichst alle überzeugt und motiviert werden, sodass gesundheitsorientiertes Handeln im Alltag immer mitbedacht wird (Elke, in Uhle & Treier, 2015, 211 f.)?

4.2. Eine Bestandsaufnahme der Bewegungssituation im Arbeitsalltag

Dieses Ziel der Resonanz zu erreichen ist komplex, da bei den Mitarbeitern individuell an Themen wie Motivation, Einstellung, Werten und Gewohnheiten angesetzt werden muss, um die aktuelle Situation vielerorts zu ändern (Uhle & Treier, 2015, S. 413). Meist ist bei den wenigen Mitarbeitern, die die Angebote bereits wahrnehmen, schon ein grundlegendes Interesse an gesundheitsförderlichen Aktivitäten vorhanden und ausschlaggebend für die Annahme der Maßnahmen sowie der Aufrechterhaltung von gesundheitsförderlichen Gewohnheiten. Dies bestätigt z.B. Sawkowicz in ihrer Arbeit zur Untersuchung der Akzeptanz eines Hinweisschildes zur vermehrten Treppennutzung (Sawkowicz, 2015, S. 68 f.). Häufig ist bei diesen Mitarbeitern die Akzeptanz für weitere Maßnahmen auch besonders hoch (Sawkowicz, 2015, 70 f.). Auch scheinen Frauen im Gegensatz zu Männern mehr auf ihre Gesundheit zu achten und daher eher für Gesundheitsthemen offen zu sein und entsprechende Angebote wahrzunehmen (Länger, 2018, S. 16 ff.). Außerdem ist die Tendenz zu erkennen, dass ältere Mitarbeiter BGF-Maßnahmen am Arbeitsplatz eher ablehnend gegenüber stehen und zum Teil sogar der Meinung sind, dass Appelle an das Bewegungsverhalten

nichts bringen. Möglicherweise, weil bestimmte Verhaltensmuster, bzw. lieb gewonnene Gewohnheiten im Alter schon länger „eingefahren“ sind (Lippke & Renneberg, 2006, S. 45; Sawkowitz, 2015, S. 62, 75), denn Gewohnheiten bestimmen Handlungen, die unter bestimmten Bedingungen immer wieder durchgeführt werden (Höpker, 2019). Wenn dazu noch gruppendynamische Effekte hinzutreten, die eine negative Haltung zu Gesundheitsthemen befürworten, wird das kollektive Commitment für Verhaltensänderungen zunehmend erschwert (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 195). Andererseits bleibt bei einigen im hektischen Alltag aber auch einfach „keine Zeit“ mehr für Sport (vgl. Länger, 2018, S. 111; Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 18, 31). Dies spricht allerdings dagegen, dass bei den Mitarbeitern eher eine Tendenz zur Ablehnung solcher Maßnahmen vorliegen würde. So auch die Tatsache, dass ein Teil der Mitarbeiter sich sogar Gesundheitsangebote wünscht, (also die Intention¹ oder das Motiv² sich mehr zu bewegen vorhanden ist) an diesen allerdings nicht teilnimmt, auch wenn es Angebote gibt (Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 41). Das eigentliche Problem ist nach eigenen Angaben oftmals einfach die fehlende Motivation. Die vorliegende TK-Bewegungsstudie stellt heraus, dass die Zahl der „Unmotivierten“ zugenommen hat und gerade die Risikogruppe der 50-59 jährigen sich schwer tut (Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 18, 31). Wenn es um Verhaltensänderungen geht, muss sich selbst motivieren erst wieder erlernt werden (Uhle & Treier, 2015, S. 172). Obwohl Motivation allgemein in Hinsicht auf die Arbeit für den Unternehmenserfolg enorm wichtig ist (Zipperer, 2019), soll es im Folgenden hauptsächlich um Wege zur Motivationserhöhung hinsichtlich des Ziels der Resonanz von Bewegungsförderung gehen. Jedoch erscheint, auch wenn es nicht „die eine“ Motivationstheorie gibt (Berthel & Becker, 2017, S. 60), ein kurzer Überblick über grundlegende Komponenten der (Arbeits-)Motivation angebracht. Aus diesen sollen Handlungsfelder für das BGM abgeleitet werden.

¹ Intention ist die Absicht bzw. ein Vorsatz, eine bestimmte Handlung durchzuführen bzw. ein bestimmtes Ziel/ Ziele zu erreichen (Dorsch - Lexikon der Psychologie, o. J.a.)

² Ein Motiv ist von einem natürlichem Anreiz ausgehend, eine andauernde Sorge um einen Zielzustand, die Verhalten orientiert, auswählt und antreibt (McClelland, 1987, S. 590)

4.3. Komponenten von Motivation und Handlungsfelder im BGM

Motivation ist der allgemeine Begriff für alle inneren Prozesse, die der Initiierung, der Richtungsgebung und der Aufrechterhaltung von Verhalten hinsichtlich einer Zielorientierung dienen. (vgl. Zimbardo, Gerrig & Graf, 2004, S. 503). Sie erklärt also, wie Handlungsbereitschaft bzw. Antrieb entsteht (Pelz, 2020, S. 4). Aus einer praktischen Sichtweise heraus ist Motivation ein Zusammenspiel aus mehreren Komponenten (vgl. Zipperer, 2019), welche im Folgenden vorgestellt werden.

Die erste Komponente ergibt sich direkt aus der Definition: Es muss zunächst eine Zielrichtung vorhanden sein, die den inneren Bedürfnissen entspricht (vgl. Zipperer, 2019). Ziele sollten nach der allseits bekannten SMART-Formel immer spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminiert sein, sodass Klarheit herrscht über die Wege zum Ziel und deren Bedingungen zur Umsetzung (Lilie, 2020). Zielsetzungstheorien postulieren, dass die bewussten Ziele eines Individuums die wesentlichen kognitiven Leistungsdeterminanten sind, die angestrebt werden, um die eignen Bedürfnisse zu befriedigen, die auch bei Maslow, 1943 eine zentrale Rolle spielen. Es besteht nach Locke & Latham ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Zielen und Leistungs- bzw. Handlungsbereitschaft, also Motivation (Berthel & Becker, 2017, S. 74; Locke & Latham, 1991, S. 213).

Des Weiteren ist in der Motivationspsychologie bekannt, dass die größte Erfolgsmotivation bei mittelschweren, lösbaaren Herausforderungen liegt. Hier sind dementsprechend auch die Erfolgserlebnisse am größten (Rank, 1997, S. 63). Im Zusammenhang mit Komponente 1 lässt sich herleiten, dass (zu) große Ziele in realistische, mittelschwere Teilziele heruntergebrochen werden müssen, um greifbar zu werden. Eine „für ein Individuum selbst überschaubar wahrgenommene Aufgabenkomplexität mit gegebener Zielspezifität trägt zur erwarteten Zielerreichung bei“ und eine zur Qualifikation passende Aufgabenkomplexität erhöht Wollen wie Können (Berthel & Becker, 2017, S. 75). Die Ebene „Bewältigungsfähigkeit“ des Kohärenzgefühls nach Antonovsky, 1997 zielt ebenfalls auf diese Beobachtung ab. Parallelen weist auch das Konzept der Beanspruchungsoptimalität von Wieland & Baggen, 1999 auf. Als zweite Komponente lässt sich also festhalten, dass angemessene und realistische

Herausforderungen benötigt werden, um ein optimales Motivationslevel zu erzielen (Zipperer, 2019).

Die dritte Komponente der Motivation baut auf den ersten beiden auf und ergibt sich aus den Annahmen der sog. Prozesstheorien, die den Motivationsentstehungsprozess erklären (vgl. Berthel & Becker, 2017, S. 60). Eine der bekanntesten ist die Valenz-Instrumentalität-Erwartungs-Theorie nach Vroom, 1964, nach der der rationale Mensch die Handlungsalternative mit dem größten Nutzen wählt. Im Entscheidungsprozess findet eine Bewertung der potentiellen Handlungsergebnisse und Handlungsfolgen statt, wobei insbesondere die Faktoren <persönlicher Wert> sowie die <subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Handlung> bzw. deren Ergebnis(-erwartung) bedacht wird (Vroom, 1964, zitiert in Berthel & Becker, 2017, S. 69 f.). Der Motivationsgrad ergibt sich dann aus dem Produkt dieser Faktoren (vgl. Zipperer, 2019). Die Relevanz von Ergebniserwartungen heben u.a. auch Heckhausen & Heckhausen, 2010, S. 5 hervor. Ein zum Verständnis der VIE-Theorie erläuterndes Beispiel wäre, die Entscheidung eines Mitarbeiters, an einem Rückenfitkurs teilzunehmen: Die Handlung wäre die Kursteilnahme. Das Handlungsergebnis wäre durch die Teilnahme seine Kraft und Beweglichkeit verbessert zu haben, was lediglich instrumentellen Wert hat; denn die positive und attraktive Handlungsfolge wäre die Verringerung der wahrgenommenen Rückenbeschwerden, welcher ein hoher Wert (Valenz) zugeordnet wird. Mit ausschlaggebend für die Handlung wäre die subjektiv positive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Ergebnisses gewesen, bei der u.a. die Wahrnehmung eigener Ressourcen und Qualifikationen eine Rolle spielen (vgl. Kapitel 4.4). Kritisch an der VIE-Theorie kann die Grundannahme gesehen werden, dass jeder Mensch alle Informationen rational in seinen Entscheidungsprozess miteinbezieht (Berthel & Becker, 2017, S. 70). In der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen, 1991, S. 188 und auch bei Bandura, 2004, S. 149 spielt deshalb zusätzlich auch die soziale „Norm“ bzw. Komponente, also der subjektiv erlebte soziale Druck, das erwünschte Verhalten auszuüben, eine Rolle. Um es kurz zu fassen: Motivation wächst, wenn Menschen in Anstrengungen einen Gewinn sehen, also wenn einer Sache Bedeutung beigemessen wird (vgl. Wienemann, in Lauterbach, 2008, S. 243) und dieser valide,

praxistaugliche und umsetzbare Lösungswege gegenüberstehen, die die Wahrscheinlichkeit des Erfolgseintritts erhöhen (Zipperer, 2019) und ihr soziales Umfeld dies unterstützt.

Die vierte Komponente zielt auf die Balance zwischen extrinsischer und intrinsischer Motivation ab, die häufig in einem Mix vorliegen (Zipperer, 2019). Bei extrinsischer Motivation erhofft man sich einen von außen zu gewinnenden Vorteil (Belohnung, Prämie, Anerkennung, Prestige, Gehalt, Aufstieg, Gelegenheit zur Gewinnung von Freunden (Mitchell & Albright, 1972, zitiert in Palmer, 2016, S. 110) oder möchte einen Nachteil, wie negative Folgen für die eigene Person, Ansehensverlust, Probleme oder Strafen vermeiden (Deci & Ryan, 1993, S. 227; Zipperer, 2019). Dagegen bezeichnet „intrinsische Motivation [...] das Bestreben, etwas aus einem inneren Antrieb heraus zu tun, weil es – je nach Charakter – entweder Spaß macht, Interessen befriedigt oder eine Herausforderung darstellt.“ (Zipperer, 2019). Verantwortung übernehmen, Bedeutsames/ Sinnvolles verfolgen, Entscheidungen selbstbestimmt treffen können und eigene Kompetenz anwenden stärken u.a. die intrinsische Motivation (F. Becker, 2020). Zu beobachten ist, dass eine Überbewertung der extrinsischen Motivation das Gegenteil bewirken kann (Zipperer, 2019): Deci & Ryan, 1993, S. 226 weisen in einer Reihe verschiedenen empirischen Studien im Wesentlichen nach, dass je mehr extrinsische Belohnungen als Anreize angeboten werden, die intrinsische Motivation tendenziell umso stärker abnimmt. Die vierte Komponente lautet also: Der Fokus der Motivationssteigerung sollte optimalerweise primär auf der intrinsischen Motivation liegen und extrinsische nur vereinzelt eingesetzt werden.

Nach der sogenannten „2-Faktoren-Theorie“, einer motivationspsychologischen Inhaltstheorie zur Arbeitszufriedenheit, sorgen insbesondere intrinsische Faktoren, wie Verantwortung, Entfaltungsmöglichkeiten, eigenes Vorwärtskommen und Leistungserfolg nach Bewältigung einer Herausforderung aktiv für mehr Zufriedenheit. Auch der extrinsische Faktor „Anerkennung“ wird dazu gezählt. Diese Faktoren werden als Motivatoren bezeichnet (vgl. Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959, zitiert in Berthel & Becker, 2017, S. 66). Jedoch werden die meisten extrinsischen Faktoren zu den sog. „Hygienefaktoren“ (Bezahlung,

Führungsverhalten, Gelegenheit zu Gewinnung von Freunden mit höherem sozialen Status) gezählt, die lediglich Unzufriedenheit verhindern (Herzberg et al., 1959 zitiert in Derer, 2012, S. 37). Langhoff, 2009, S. 172 subsumiert auch das einfache Vorhandensein von Maßnahmen der BGF: (wie Ernährungsberatung, sportliche Aktivitäten und Suchtberatung) zu diesen Hygienefaktoren, die bei Vorhandensein als selbstverständlich wahrgenommen werden. Daher sind diese typischen Maßnahmen nach dem „Gießkannenprinzip“ notwendige, aber nicht hinreichende Maßnahmen des BGM's (vgl. Langhoff, 2009, S. 172). Komponente 5 besagt also: Arbeitszufriedenheit und Motivation müssen über die stärkere Ermöglichung der Motivatoren erlangt werden, sodass sich durch intrinsische Motivation erreichte Erfolgserlebnisse den eigenen Handlungen zurechnen lassen können (vgl. Zipperer, 2019) (vgl. Kapitel 4.4.).

Die sechste Komponente der Motivation ist BGM-spezifisch und knüpft an die Individualität der Mitarbeiter im Umgang mit ihrer Gesundheit an (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 413). Wie oben gezeigt, befinden sich die meisten Mitarbeiter hinsichtlich Gesundheitsaktivitäten in einem konflikthaften Entscheidungs- und Motivationsprozess (Lippke & Renneberg, 2006, S. 56) und befinden sich in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung des Zielverhaltens z.B. im Stadium vor dem Treffen einer Entscheidung, vor der Umsetzung, bei der Umsetzung oder bei der Aufrechterhaltung des Verhaltens. Wichtig wäre, die Mitarbeiter in ihrer jeweiligen Stufe zu erreichen und langfristig dabei zu unterstützen, gesundheitsfördernde Gewohnheiten aufrechtzuerhalten (vgl. Lippke & Renneberg, 2006, S. 48). Dabei kommt es auf die individuelle Besonderheiten berücksichtigende Ansprache an, um das Commitment zu erhöhen (Uhle & Treier, 2015, S. 197).

Auf mindestens eine dieser Komponenten der Motivation können die im folgenden Kapitel vorgestellten Handlungsfelder jeweils zurückgeführt werden. Bevor diese allerdings im Detail erläutert werden, soll kurz auf ein weiteres, für die Motivation im BGM wichtiges Konzept eingegangen werden, welches sich in den Handlungsfeldern widerspiegelt.

4.4. Empowerment und Selbstwirksamkeit

Herzberg et al., 1959 haben als einen der zentralen Motivatoren den Faktor Eigenverantwortung herausgestellt (s.o.). Die Wissenschaft hat gezeigt, dass durch das Zulassen von mehr Eigenverantwortung sogar Fehlzeiten reduziert werden können (Brandenburg & Nieder, 2009, 25 f.). Sie ist insgesamt wichtig für mehr Nachhaltigkeit und soziale Akzeptanz, da Verhalten nicht vorgeschrieben werden und somit nur jeder selbst für seine Gesundheit verantwortlich sein kann. Die Akteure im Gesundheitssystem – und so auch der Arbeitgeber – können nur unterstützende Impulse geben (Länger, 2018, S. 13; Uhle & Treier, 2015, S. 413). Zur Förderung eines hohen Grades an Eigenverantwortung kann auf die Prinzipien des Empowerments zurückgegriffen werden (Kaschube, 2006, S. 172). Darunter werden alle professionellen Unterstützungs-, Initiierungs- bzw. Ermöglichungs-Strategien, -Maßnahmen und -Interventionen verstanden, die das Ziel haben, von außen Prozesse im Setting auszulösen, die die Nutzer/ die Mitarbeiter in die Lage versetzen, die eigenen Gestaltungsspielräume und Ressourcen zu nutzen, um die physischen und sozialen Strukturen sowie die Anreize des Settings nach ihren Bedürfnissen und Interessen mitzugestalten und durch die verhaltenswirksame Umsetzung dieser, in der Selbstverantwortung zur Gesunderhaltung, diesen Einfluss auch subjektiv zu erleben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015, S. 3; Uhle & Treier, 2015, S. 184, 214). Nur ein „empowerter“ Mitarbeiter kann auch Selbstwirksamkeit wahrnehmen (Uhle & Treier, 2015, S. 508). Unter dem Begriff der SWE kann die subjektive Gewissheit verstanden werden, mit der neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigt werden können (Schwarzer, 2002, S. 521). SWE ist damit die Voraussetzung für die Umsetzung von Gesundheitsverhalten (Uhle & Treier, 2015, S. 195). Nach O’Leary, 1992 korreliert die Aufnahme von gesundheitsorientiertem Verhalten sowie gesunder Umgang mit Stress positiv mit der SWE. Der Begriff steht also einerseits in Anlehnung an die salutogenetische Kohärenz (Uhle & Treier, 2015, S. 414) und andererseits erhöht SWE die Ergebniserwartung und damit die Motivation nach Motivationskomponente 3. Was bei allen Begriffen mitschwingt, ist Gesundheitskompetenz, die eng mit SWE verbunden ist und die Erwartung beschreibt, Herr über seine Gesundheit zu sein, Vertrauen in seine Möglichkeiten

zu haben und das letztendlich im entsprechenden Handeln widerspiegeln (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 74). Kompetenz umfasst Wissen, Können (Fähigkeiten und Fertigkeiten), und äußert sich vor dem Handeln bereits im Wollen, wie z.B. in der Fähigkeit, sich langfristige Ziele zu setzen (M. Becker, 2008, S. 163; Greiner, 1998, S. 46). Insofern sollte der Arbeitgeber immer wieder an den Arbeitsbedingungen ansetzen, sodass Kompetenzentwicklung und eine Einstellungsänderung überhaupt möglich sind. Suboptimale Arbeitsbedingungen führen zu einer Verkümmern gewisser Handlungsfähigkeiten, was sich erwiesenermaßen im Freizeitverhalten widerspiegeln kann (Greiner, 1998, S. 47). Ein erster Ansatzpunkt für den Arbeitgeber, seiner Pflicht nachzukommen, ist durch Sensibilisierung bzw. Bewusstseinsstärkung, den Mitarbeiter als kompetenten Partner aufzubauen (Uhle & Treier, 2015, S. 74, 414), woran folgendes Unterkapitel ansetzt.

4.5. Gesundheitskommunikation

Blanchard, Carlos & Randolph, 1998, S. 37 sehen in Informationsfluss die erste Bedingung für Empowerment. Informationsdefizit kann aus zwei Gründen ursächlich dafür sein, dass die Resonanz von BGM-Maßnahmen gering ausfällt. Einerseits kann es an schlechter Kommunikation bzw. fehlender Einbeziehung in die Umsetzung liegen, da die Mitarbeiter nur Maßnahmen wahrnehmen können, von denen sie wissen, dass es sie gibt (Sawkowicz, 2015, S. 36). Andererseits könnte es aber auch daran liegen, dass zu wenig über Gesundheitsrisiken und -vorteilen von bestimmten Verhaltensweisen bekannt ist, was nach Bandura, 2004, S. 144 Voraussetzung für Änderungen ist. Die sogenannten „Furchtappelltheorien“ gehen davon aus, dass die Betroffenen für Verhaltensänderungen insbesondere mit dem Schweregrad des Risikos konfrontiert werden müssen, um die Wahrnehmung der eigenen Verwundbarkeit zu erhöhen (Lippke & Renneberg, 2006, 36). Laut Länger, 2018, S. 20 würden insbesondere Männer einen Zugang über harte Fakten benötigen, womit diese entsprechend Komponente 6 besonders erreicht werden könnten. Sollten diese Annahmen generell zutreffen, würde die einfache Faktenvermittlung entsprechend Kapitel 3 dieser Arbeit ausreichen, um eine positive Einstellung zu Gesundheitsaktivitäten hervorzurufen, die sich im Zielverhalten (nach Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 110 f.: Einhaltung der Empfehlungen, in Angeboten eine Chance sehen, Akzeptanz für Kollegen aufbauen

und sich gegenseitig unterstützen) widerspiegelt. Zwar hat Sensibilisierung theoretisch einen hohen Wert, wenn es darum geht, dass Mitarbeiter nach Beendigung einer Maßnahme selbstständig entsprechende Aktivitäten in ihrem Alltag fortführen (Uhle & Treier, 2015, S. 70 f.), jedoch heißt Sensibilisierung leider oftmals nur, dass man sich sein eigenes hinderliches Verhalten bewusst macht, ohne etwas konkret zu ändern (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 194). Deshalb ist in einem wirksamen BGM, welches kompetente Mitarbeiter schulen möchte, auch immer die Vermittlung von Informationen über Methoden zur alltäglichen Anwendung des Wissens nötig (Uhle & Treier, 2015, S. 420; Zipperer, 2019). Aus motivationspsychologischer Sicht kommt es letztendlich auf die Schulung der Willenskraft, der sog. Volition³ an (vgl. Pelz, 2020). In Kapitel 5 soll unter anderem auf die Maßnahme „Coaching“ eingegangen werden, die auf die Vermittlung von Wissen über individuelle Wege zur Umsetzung abzielt. Im Folgenden soll nun das Handlungsfeld, das alle Maßnahmen des Informationsflusses beinhaltet, ausführlicher betrachtet werden: Gesundheitskommunikation.

Gesundheitskommunikation hat neben dem Hauptzweck, zu informieren und aufzuklären auch vor, zu überzeugen und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen anzuregen (Uhle & Treier, 2015, S. 181). Um erfolgreich zu sein, muss dies mit Marketingmaßnahmen erfolgen (Elke, in Uhle & Treier, 2015, S. 212). Sie kann unidirektional oder direktional, also ohne oder mit Partizipationsmöglichkeit ausgestaltet sein (K. Hurrelmann & Leppin, 2001, S. 10). Entsprechend den Adressaten unterscheiden K. Hurrelmann & Leppin, 2001, S. 11 ff. verschiedene Anwendungsmöglichkeiten (*Tabelle 8*):

Tabelle 8: Anwendungsmöglichkeiten der Gesundheitskommunikation

(Darstellung orientiert an K. Hurrelmann & Leppin, 2001, S. 11 ff., mit eigenen Ergänzungen)

Individuelle kompetenzfördernde Präventionsprogramme, Patientenschulungen, gesundheitsrelevante Trainings (*ebd. S. 11*) (vgl. „Coaching“ Kapitel 5.2)

³ Volition bezieht sich auf das erfolgreiche Streben nach gesetzten Zielen (Dorsch - Lexikon der Psychologie, o. J.b.)

Gruppenberatung über Veranstaltung, Kurse, Seminare und Workshops (zielgruppenspezifisch) (ebd. S.13)
Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen über Massenmedien (Zeitschriften, Zeitungen, Rundfunk, <i>Internet und Intranet</i>) (ebd. S. 14)
Zweiseitige Kommunikation über kontrollierende Rückmeldeschleifen, die den Programmplanern eine Beobachtung des Aufnahme- und Verarbeitungsprozesses ermöglichen, um ggf. konzeptionelle Anpassungen bei der Gestaltung weiterer Maßnahmen vorzunehmen (Partizipation) (ebd. S. 15)

Gesundheitskommunikationsmaßnahmen stärken das Kontrollerleben der Mitarbeiter (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 76). Nach Hornik, 2002, zitiert in Bernhardt, 2004, S. 2052 ist Gesundheitskommunikation ein wichtiger Faktor für das Mittragen von Veränderungen. Bei nachhaltiger Implementierung besteht das Potential, Einstellungen und Verhalten zu beeinflussen. Uhle & Treier, 2015, S. 182 f. fassen die wichtigsten Punkte einer nachhaltigen Implementierung zusammen (Tabelle 9).

Tabelle 9: Schritte systematischer Gesundheitskommunikation (Darstellung in Anlehnung an Uhle & Treier, 2015, mit eigenen Ergänzungen)	
1. Schritt: Initiierung des Austausches in der Arbeitsgruppe Gesundheit Wer soll alles in die Planung miteinbezogen werden?	<ul style="list-style-type: none"> - Runder Tisch: Alle Akteure an einen Tisch bringen, zur Ideensammlung für die Gesundheitskommunikation (Suntinger, 2018, S. 52) - Austausch: Verschiedene Meinungen und vernetzte Expertise tragen zum Erfolg der Planung bei (Uhle & Treier, 2015, S. 212, 419). - Vorhandene Struktur nutzen: AK-Gesundheit bietet sich hierzu an, bestehend aus dem Betriebsarzt, der Leitung der Verwaltung, dem Personalverantwortlichen, dem <i>BGM-Verantwortlichen</i> (Walle, 2020), den Akteuren im Arbeitsschutz, einzelnen Betriebsräten (Elke, in Uhle & Treier, 2015, S. 212) sowie dem Öffentlichkeits-/ Marketing-Experten (Suntinger, 2018, S. 52)

<p>2. Schritt: Bestimmung des Kontextes für systematisches Konzept</p> <p>In welchen Rahmenbedingungen vollzieht sich das gemeinsame Vorgehen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kontext betrachten: Auf welche Unternehmenskultur/ Werte/ Einstellungen trifft meine Kampagne? Besteht Konkurrenz zu anderen Projekten? Wo gibt es Hindernisse/ wo fördernde Faktoren? (Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 202) - Denken in Wechselwirkungen: Stimmiges Gesamtkonzept kann nur entstehen, wenn sich Führungskräfte aller Ebenen für das Thema einsetzen wollen. Leider haben Akteure oftmals nur ihre Zielgruppe im Blick, was zu „Ressortegoismen“ führt. Daher: - Vertrauen schaffen durch inhaltliche Integration anderer Themen, die die Einheitlichkeit und Authentizität der vermittelnden Botschaften umfasst (Uhle & Treier, 2015, S. 202 ff., 216 f., 419)
<p>3. Schritt: Definition der Zielgruppen</p> <p>Welche Zielgruppen sollen angesprochen werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intern: Alle Mitarbeiter, Führungskräfte, Betriebsräte, Vertrauensleute - Extern: Potentielle Bewerber für Employer Branding (Uhle & Treier, 2015, S. 183 f., 200)
<p>4. Schritt: Ziele und Inhalte der Kommunikation definieren</p> <p>Welche Ziele sollen inhaltlich mit dem BGM verfolgt werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hauptziel bedenken: Den Wandel zur gesunden Organisation vollziehen (Uhle & Treier, 2015, S. 183 f.) - Vision vermitteln: Oftmals wird die Vision, die mehr zur Überzeugung beitragen kann als reiner Infofluss, nicht richtig vermittelt (Elke, in Uhle & Treier, 2015, S. 212). Besonders wichtig: Vorteile, Nutzen, Notwendigkeit sowie Hintergründe des Ziels für alle Beteiligten vermitteln (Uhle & Treier, 2015, S. 183 f., 212) - Sinn der Maßnahmen bewerben: Zu Inhalten der Kommunikation zählen auch Maßnahmen selbst (Dauerbrenner, Meilensteine, Neuheiten) (Uhle & Treier, 2015, S. 182). Auch hier kann durch Hervorhebung der Attraktivität, die Annahmewahrscheinlichkeit erhöht werden (Blackford, Jancey, Howat, Ledger & Lee, 2012, S. 4).
<p>5. Schritt: Kommunikationskanäle definieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klassische Kanäle: Analoge und digitale Kanäle, klassischerweise: Betriebszeitung, Intranet, Infoveranstaltungen, Anschreiben der Geschäftsführung, Vorträge auf Betriebsversammlungen (Uhle & Treier,

<p>Worüber wird kommuniziert?</p>	<p>2015, S. 183 f.) E-Mail-Rundschreiben, Infotafeln, persönliche Ansprache (Suntinger, 2018, S. 52) sowie Flyer und Plakate können unterstützen, indem darüber Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden (Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 199 f.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formale Integration: Gestaltet man die Kommunikationsmedien einheitlich (Logo/ Design), erleichtert man die Sichtbarkeit, die Wahrnehmung und die Sinnggebung (Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 203). - Extra Ansprache: Führungskräfte über speziell aufbereitete Umdrucke, mit Umsetzungshinweisen angereichert, extra ansprechen; evtl. sogar über Trainings mit Praxisbezug zur Vorbereitung dieser, um als Promotor zu dienen (Uhle & Treier, 2015, S. 183 f.)
<p>6. Schritt: Kommunikationsmaßnahmen definieren</p> <p>Welche Maßnahmen der Kommunikation führen zum Erfolg?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auftaktveranstaltung (mit Anwesenheitspflicht): Hilfreich, alle zu erreichen, indem Nutzen vermittelt wird, klargestellt wird, dass hoher Mitgestaltungsbedarf bei Entscheidungen besteht, über Vorgehen/ Ideen informiert wird (Suntinger, 2018, S. 53) oder indem Success Stories präsentiert werden (Uhle & Treier, 2015, S. 183 f.) - Digitale Medien: Die Gestaltung eines Gesundheitsportals, oder die Verwendung von Social Media (Uhle & Treier, 2015, 183 f.) sowie eine App zum Austausch nutzen; Eine App kann z.B. Gesundheitstipps (wie Kurzentspannungs- oder Bewegungseinheiten), Chat-Funktionen und Tools zur Sammlung von Verbesserungsvorschlägen und zur Erstellung von Umfragen beinhalten (Suntinger, 2018, S. 53). - Gruppenbezogene Ansprache: <i>Präsentationen, Seminare, Workshops, von internen oder externen Anbietern, bei denen gerade auch Umsetzungshinweise vermittelt werden</i> - Personenbezogene Ansprache: Thema im Rahmen von klassischen Arbeitsschutzbelehrungen oder in individuellen Mitarbeiterberatungen seitens des Arbeitsschutz- oder

	Gesundheitsmanagements- Verantwortlichen ansprechen (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 107)
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------

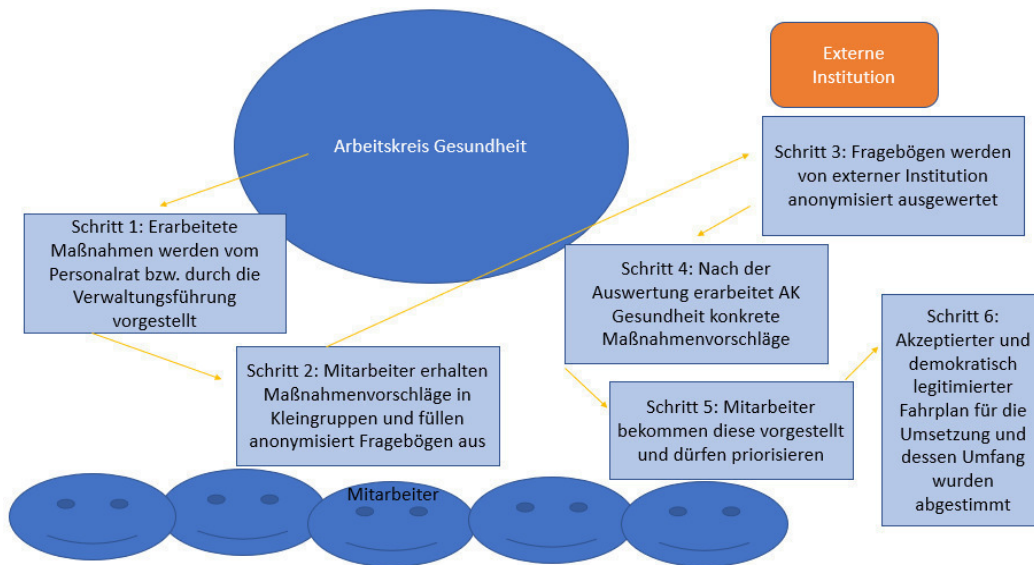
Nach Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 198 ff. ist die emotionale Verpackung der Fakten in Form von Metaphern, Geschichten und dem Teilen von Success Stories mindestens genauso wichtig für die Schaffung einer breiten Fürsprecherbasis, da stellvertretendes Lernen direkt nach „eigenen Erfahrungen“ die Selbstwirksamkeit am meisten erhöht (vgl. Lippke & Renneberg, 2006, S. 44). Wenn der Vorgesetzte informell am Kaffeeautomaten von einem tollen Kurs berichtet, sich Kollegen untereinander regelmäßig über Gesundheitsaktivitäten austauschen, die BGM-Verantwortlichen nicht nur professionell, sondern nett und authentisch auftreten und damit im Zusammenspiel mit einem guten Team-Klima die als sozial verbindlichen erlebten Normen prägen, werden Verhaltensänderungen – nicht zuletzt über erhöhte Ergebniserwartungen (*Komponente 3*) – wahrscheinlicher (vgl. Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 198 ff.).

Wenn die Mitarbeiter für das oft als sehr privat verstandene Thema Gesundheit vollständig sensibilisiert und eingeführt wurden, ist der nächste Schritt, die Mitarbeiter mitzunehmen und möglichst frühzeitig zu beteiligen, da es keinen Sinn hat, wenn sich Führung und Experten zusammensetzen und Fehlzeitenstatistiken studieren, um daraus Maßnahmen abzuleiten, die den Mitarbeitern übergestülpt werden sollen (vgl. Sawkowitz, 2015, S. 36; vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 186 f.). Insbesondere die Risikogruppen sollten einbezogen werden (Sawkowitz, 2015, S. 75). Die eingeräumte Mitverantwortung und der Involvierungsgrad der Mitarbeiter spielen im Kontext des Empowerments eine Schlüsselrolle (Blanchard et al., 1998, S. 61 ff.; Kaschube, 2006, S. 173 f.; vgl. Treier, 2009, S. 338). Nach Brendt & Hühnerbein-Sollmann, 2008, S. 9 steigen auch ökonomische Effekte durch aktive Einbeziehung. Diese sind darin begründet, dass durch die Beteiligung das Kontroll- und Gerechtigkeitsempfinden gesteigert werden kann, Wertschätzung entgegengebracht wird und durch das Mehr an Verantwortungsspielraum letztendlich die Motivatoren (*Komponente 5*) bedient werden. Intrinsische Motivation (*Komponente 4*) entsteht, weil die aktuelle Situation weitgehend als veränderungsbedürftig wahrgenommen wird und die Möglichkeit zur Gestaltung

des Veränderungsprozesses (i.S.v. Belastungsabbau und Ressourcenmehrung) nach eigenen Vorstellungen, Veränderungswiderstände beseitigt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015; Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 74 ff.). Letztendlich muss man damit rechnen, dass die Mitarbeiter, als Experten für Gesundheit vor Ort, natürlich am besten wissen, welche Herausforderungen bezüglich der Gesundheit am Arbeitsplatz zu bewältigen sind (Elke, in Uhle & Treier, 2015, S. 212) und deshalb eventuell Themen ansprechen könnten, die z.B. Führungskräfte aufgrund des systematischen Beurteilungsfehlers, dem sie unterliegen, als nicht so problematisch eingeschätzt hätten (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 55). Um einen neutralen Blick zu wahren, kann aber auch die Hinzuziehung von neutralen Experten in diesem Change Management-Prozess, hilfreich sein (Bundesministerium des Innern, 2009, S. 15). Bei Partizipation im BGM ist nach Thul, 2010, S. 205 aber eine inhaltliche Offenheit und Ausrichtung an den Bedürfnissen des Menschen wichtiger als Expertenwissen. Wenn dann auch Maßnahmen der Bewegungsförderung von den Mitarbeitern selbst gewählt werden, so werden diese nicht als aufoktroziert erlebt. Sollten insgesamt nur wenige Bewegungsförderungsmaßnahmen erwünscht sein, sorgt eine Beteiligung immerhin für ein Klima, in dem weitere Gesundheitsfragen auch hinsichtlich Bewegung künftig thematisiert werden können. Ein ausschließlich zur kostenwirksamen Fehlzeitenreduktion initiiertes Maßnahmenprogramm, mit einem bestimmten Ziel (z.B. MSE-Erkrankungen reduzieren), was die eigentlichen Ursachen der Gesundheitsprobleme (z.B. Führungsstil, Personalmangel) ignoriert, wird von den Mitarbeitern als Alibiaktion interpretiert, die von den wahren Problemen ablenken soll (Thul, 2010, S. 205).

Konkret erscheint die Einbindung der Mitarbeiter – in der Analysephase sowie laufend (Elke, in Uhle & Treier, 2015, S. 212) – über Projektgruppen oder sogenannte „Gesundheitszirkel“ (Badura, Münch & Ritter, 2001, S. 15), in denen u.a. mit geeigneten Fragebögen Probleme (Belastungen, Beanspruchungen, der Führungsstil, die Gesundheitskultur (Zimolong, in Uhle & Treier, 2015, S. 137)), aber auch Wünsche und wirksame Lösungen diskutiert werden, sinnvoll (Walle, 2020). Abbildung 3 gibt einen Überblick über ein praktikables Vorgehen nach Uhle & Treier, 2015, S. 187:

Abbildung 3: Vorgehensweise zur Partizipation



Eigene Darstellung nach Uhle & Treier, 2015, S. 187

Die geschaffenen Gesundheitskommunikationsstrukturen sollten den Mitarbeitern auch weiterhin für Feedback zur Verfügung stehen, da dem BGM-Verantwortlichen nicht alles auffallen kann (vgl. Suntinger, 2018, S. 56 f.). Dieser hat aber die formale Evaluation (*Kapitel 5*) inne (vgl. Walle, 2020). Wie oben aufgrund des Einflusses des sozialen Umfelds begründet, ist die Einbindung von Promotoren, mit Affinität zum BGM (z.B. Mitarbeiter mit Trainerschein, Sportvereinsmitglieder) gerade am Anfang zur Motivation wichtig (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 187). Die Einbindung von Führungskräften wird im Folgenden thematisiert.

4.6. Führungskräfte in der Gesundheitsförderung

In zahlreichen Arbeiten wird festgestellt, dass Führungskräften als Schlüsselpersonen eine erfolgskritische Rolle in Bezug auf das BGM zukommt, da sie die Arbeitsbedingungen, das Betriebsklima, die Motivation und die Mitarbeitergesundheit beeinflussen (Nieder, 2000, S. 156; vgl. Schulte & Bamberg, 2002, S. 369 f.; Suntinger, 2018, S. 35), weshalb sie dringend zuerst gewonnen werden müssen, auch wenn Gesundheit nicht deren primäre Aufgabe ist (Lauterbach, 2008, S. 243 f.). Unter Führung versteht man allgemein eine zielbezogene Verhaltensbeeinflussung (Derer, 2012, S. 21), die nach Weibler,

Endres, Kuhn, Müssigbrodt & Petersen, 2016, S. 22 durch eigenes, sozial akzeptiertes Verhalten, beim Beeinflussten (un-)mittelbar ein intendiertes Verhalten bewirkt. Der Führungserfolg hängt also von der Erreichung eines Ziels ab (vgl. Derer, 2012, S. 27). Auf das Thema der Bewegungsförderung aus dieser Arbeit bezogen, lässt sich der Erfolg von Führung in diesem Bereich daran messen, ob gute Arbeitsbedingungen geschaffen wurden, sodass bestimmte Belastungen gar nicht auftreten (Wilde, Dunkel, Hinrichs & Menz, 2010, S. 154), was sich in gewissen Kennzahlen, die z.B. das allgemeine Bewegungslevel oder die Teilnahmequoten erfassen, widerspiegeln könnte (vgl. Kapitel 5). Doch Führungskräfte gestalten nicht nur Arbeitsbedingungen, sie zählen auch selbst dazu (vgl. Kaschube, 2006, S. 176 f.; Lauterbach, 2008, S. 243 f.; Schulte & Bamberg, 2002, S. 377). Je nach Rang fallen ihnen im BGM unterschiedliche Gesundheitsaufgaben zu. Demnach kann in Anlehnung an Zimmer & Gregersen, 2007, S. 5 zur Einteilung im Folgenden die klassische Verwaltungshierarchie auf die bekannte Einteilung nach Top- (Bürgermeister, Gemeinderat, Stabstellen), Mid- (Amts- bzw. Dezernatsleiter), Lower-Management (Abteilungs-/Sachgebietsleiter) angewendet werden:

Tabelle 10: Gesundheitsaufgaben des Top-Managements

(eigene Darstellung)

- hat strategische Kompetenz (Lauterbach, 2008, S. 246)
- muss hinter BGM stehen (Commitment) (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 212)
- muss von den unteren Führungsebenen die Implementierung von Gesundheit in den Arbeitsalltag einfordern (Uhle & Treier, 2015, S. 154) und sollte mit realistischen Zielvorgaben den Stand der Umsetzung kontrollieren (Derer, 2012, S. 38, f., 49)
- muss für Gesundheit und Sicherheit Rahmenbedingungen schaffen (Zimmer & Gregersen, 2007), also die <i>strukturellen, personellen, finanziellen und formalen Ressourcen bereitstellen</i> (Walter, 2010, S. 147):
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>1. Strukturelle/ Personelle Ressourcenbereitstellung</u>: Schaffung der relevanten Posten und Gremien, wie neben der Fachkraft für Arbeitssicherheit – die aufgrund der gesetzlichen Vorgaben schon vorhanden sein sollte – die des BGM-Koordinators sowie die Einrichtung eines Lenkungsausschusses (Arbeitskreis Gesundheit) (Walter, 2010, S. 147) zur Anregung der Prägung der Gesundheitskommunikation und Kultur (Lauterbach, 2008, S. 246)
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>2. Finanzielle Ressourcenbereitstellung</u>: Einräumung eines BGM-Budgets bzw. ausreichende Mittel dafür im Haushalt, für z.B. Maßnahmen oder Schulungen von Führungskräften zum gesunden Führen, zur Potentialentfaltung (vgl. Derer, 2012, S. 49)

- 3. Formelle Ressourcenbereitstellung: Treffen der entsprechenden schriftlichen Vereinbarungen (mit Krankenkassen, externen Anbietern), wie auch die Vereinbarung zur regelmäßigen Erstellung eines Gesundheitsberichts für die Verwaltung (Walter, 2010, S. 147)

Zur Abgrenzung sollen im Folgenden die Gesundheitsaufgaben der unteren und mittleren Managementebene zur Gesundheitsförderung zusammengefasst werden. Zum einen weisen die Hierarchien kleinerer Kommunen unter der Amtsleitern meist keine weiteren Führungskräfte auf. Zum anderen muss die Gesundheitsaufgabe „Arbeitstätigkeit gesundheitsfördernd gestalten“, die Zimmer und Gregersen dem Mid-Management zuordnen, allen Beschäftigten gemeinsam zukommen und lässt sich nicht nur einer Führungsebene zuordnen. Jedoch ist die untere Führungsebene aufgrund des alltäglichen Kontakts mit den Mitarbeitern besonders relevant (Lenhardt, 1999, S. 131 f.)

Tabelle 11: Gesundheitsaufgaben des Mid- und Lower-Managements
(eigene Darstellung)

Mittlere Führungskräfte müssen im Rahmen des alltäglichen Tagesgeschäfts, bei dem sie klassischerweise auf die Bewältigung der Arbeit (durch Anleitung, Anweisungen, Beantwortung von Rückfragen, Feedback und Vertretung der Abteilung nach außen) Einfluss nehmen, **Wege finden, ihre Mitarbeiter zu motivieren** (Derer, 2012, S. 29 ff.):

- **1. Die Motivatoren Herzbergs aktivieren:**

- **durch „gesundheitsförderliche Interaktion mit den Mitarbeitern“** (Derer, 2012, S. 31) allgemein für mehr Arbeitszufriedenheit und ein gutes Klima sorgen
- **die Voraussetzungen schaffen, für** die Aufnahme und Einbringung von **Anregungen** der Mitarbeiter (vgl. Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 199 f.)
- **positive Einflussfaktoren fokussieren:**
Nyberg, Bernin & Theorell, 2005, S. 31 identifizieren u.a. folgende:
 - Aufgabenorientiert handeln
 - Geistige Anregung unterstützen
 - Wertschätzung entgegenbringen
 - Anregen, einen höheren Sinn zu sehen
 - Chancengleichheit gewährleisten
 - Empowerment bzw. Befähigungsstrukturen stützen, durch Gestaltungsmöglichkeiten und Partizipation (vgl. Walter, 2010, S. 147)

- **2. Die Rolle als Promotor der Gesundheit wahrnehmen:**

- **identifizieren von BGM-Multiplikatoren** (= Mitarbeiter, die dem Thema aufgeschlossen sind) und diese ansprechen sowie dem BGM-Koordinator mitteilen, um sie **gezielt einbinden** zu können (bei z.B. Informationsbeschaffung, oder - verbreitung) (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 187)

- **hinweisen auf die Wichtigkeit der Äußerung der Wünsche** im Rahmen einer Befragung/ in Gesundheitszirkeln zu Beginn der Implementierung des BGMs oder bei der Optimierung eines bestehenden BGMs auf die Relevanz von Verbesserungsanregungen über das betriebliche Vorschlagswesen bzw. über eine persönliche Kontaktaufnahme mit der BGM-Koordinierungsstelle (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 153)
- **ein offenes Ohr haben** für Vorschläge und diese selbst weiterleiten (Uhle & Treier, 2015, S. 206) („Bottum-up-Prinzip“)
- **Beitrag zum internen Marketing leisten**, durch
 1. **Weitergabe von Informationen** („Top-down-Prinzip“) über z.B. den Umsetzungsstand von Maßnahmen oder
 2. **die aktive Bewerbung der Nutzung** (Suntinger, 2018, S. 55 ff.; Walter, 2010, S. 147; Wilde et al., 2010, S. 154), z.B. bei Sachgebietsrunden o.ä. oder bei Gelegenheit informell (Uhle & Treier, 2015, S. 153) unter **Anwendung von „Storytelling“** (Erzählung eigener Erfahrungen, eigener anfänglicher Skepsis, wie nach und nach Vorbehalte durch positive Erfahrungen ersetzt werden konnten) **und Emotionen** (Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 204), zur Inspiration, auch etwas Neues auszuprobieren und herauszufinden, was einem gut tut und was nicht (Länger, 2018, S. 112)
- **Vorbild sein im Umgang mit der eigenen Gesundheit**, um Nachahmung bei der Mitarbeiterschaft zu finden (Spieß & Stadler, 2008, S. 256; Uhle, 2006, S. 166 f.), um Authentizität, Vertrauen und Motivation zu schaffen sowie das Klima positiv zu beeinflussen (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 7; Suntinger, 2018, S. 35). Dazu zählt z.B. wie man zu den Maßnahmen steht, wie oft man im Alltag (Bewegungs-)pausen einlegt oder wie man zur Arbeit kommt.
- **Persönlichen Dialog mit dem Mitarbeiter suchen**, für den Austausch über Fragen der Gesundheit (Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 201 f.), um Hilfe zu geben, Wege aufzuzeigen, die Selbstwirksamkeit zu steigern und um zur Vermeidung einer Gesundheits-Konsumhaltung beizutragen (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 7). Dies kann z.B. im Rahmen von Willkommensgesprächen bei Rückkehrern oder Krisengesprächen bei Überlasteten stattfinden (Gurt, in Uhle & Treier, 2015, S. 201 f.)

Voraussetzung dafür, dass eine Führungskraft die gelisteten Gesundheitsaufgaben wahrnimmt, ist zum einen eine positive Einstellung zu Gesundheitsthemen. Unter einer positiven Einstellung kann man hier die persönliche Einschätzung der Bedeutung von Gesundheit als hohe Auswirkung des innerlich individuellen Bewusstseins verstehen (Derer, 2012, S. 42; Wilde, Hinrichs, Bahamondes, Pavez, Carolina & Schüpbach, 2009, S. 78). Zum anderen ist eine hohe Gesundheitskompetenz der jeweiligen Führungskraft von Nöten (vgl. *Kapitel 4.4*). Leider werden Führungskräfte oft noch nach ihrer reinen fachlichen Qualifikation ausgewählt, wobei Wissen über gesundheitsrelevante Prozesse und Umsetzungsstrategien zur Förderung der Gesundheit oftmals fehlen (Spieß &

Stadler, 2008, S. 256; Suntinger, 2018, S. 35). Spezielle Schulungen für Führungskräfte (Workshops, Seminare, Coachings...) können der Führungskraft helfen, ihr Potential auf dem Gebiet zu entfalten (Derer, 2012, S. 42; vgl. Lauterbach, 2008, S. 245). Auch entsprechende Personalsysteme, bei denen der Stand der Umsetzung von Gesundheits- und Arbeitsschutz einer Abteilung in die Beurteilung einer Führungskraft miteinfließt oder variable Boni damit verknüpft werden, erscheinen erfolgsversprechend (B. Zimolong & Elke, 2001, in Uhle & Treier, 2015, S. 210). Eine kompetente Führungskraft sollte dann auch die Anwendung gesundheitsbezogenen Wissens, wie jedes andere Leistungsverhalten der Mitarbeiter, unterstützen. „Leistungsverhalten wird durch das Setzen oder Vereinbaren von spezifischen, herausfordernden Zielen bedeutsam gesteigert“, was auch für die Förderung von sicherheits- und gesundheitsgerechtem Verhalten gilt (Uhle & Treier, 2015, S. 210). Ziele (*Komponente 1*) machen jedoch nur Sinn, wenn deren Einhaltung auch überwacht, bzw. belohnt wird oder bei Nicht-Einhaltung negative Konsequenzen gezogen werden (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 153). Im Kontext der Bewegungsförderung müssten zur Kontrolle allerdings verhaltensorientierte Ziele gesetzt werden (vgl. Lilie, 2020, S. 3), wie z.B. eine bestimmte Dauer an Bewegung in der Woche, was schwer von einer Führungskraft und den Mitarbeitern verlangt werden kann. Eine solche Praxis birgt die Gefahr der Stigmatisierung der Mitarbeiter aufgrund ihrer derzeitigen Gesundheitssituation, wodurch die wohlmöglich als auferzungen und einschränkend empfundenen Ziele bestenfalls halbherzig verfolgt werden (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 173). Im Tagesgeschäft und auch im Arbeitsschutz mit Zielen zu operieren, kann sicherlich hilfreich sein. Im BGF jedoch sollten diese unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten ausschließlich auf freiwilliger Basis z.B. in Coachings oder Beratungen mit dem BEM-/ BGM-Beauftragten zum Einsatz kommen (*Kapitel 5.2*). Im Maßnahmencontrolling sind Sie dagegen sogar zwingend notwendig (*Kapitel 5.3*). Zur Motivation der Mitarbeiter hinsichtlich Gesundheitsverhalten ist ein vom Arbeitskreis Gesundheit aufgesetztes Anreizmanagement wohl eine bessere Option. (*Kapitel 4.7*). Die Rolle der Führungskraft betreffend, fasst Lauterbach, 2008, S. 245 wie folgt zusammen:

„Gesundheitsorientierte Führung [...] folgt [...] den allgemeinen Grundsätzen guter Führung und ergänzt sie um das Wissen über gesundheitsriskante Bedingungen und Verhaltensweisen am Arbeitsplatz auf der einen und gesundheitsförderliche Faktoren in der Arbeit auf der anderen Seite. Das eigene Führungsverständnis zu einer gesundheitsgerechten Führung weiterzuentwickeln, erfordert [...] Modifikationen im eigenen Kommunikations- und Führungsverhalten.“

4.7. Anreizmanagement

Anreizsysteme bauen grundlegend auf der Theorie des operanten Lernens nach Watson/ Skinner auf, die hier nicht näher betrachtet werden soll (Breitkreuz, 2020). Es handelt sich bei einem Anreiz bzw. Stimulus um einen von einem Individuum wahrgenommen Teil einer Situation, der bestehende Motive aktiviert, Belohnungen verspricht und letzten Endes Verhalten auslösen kann. Die wahrgenommenen Anreize und die individuellen Motive müssen kompatibel sein. Anreize lassen sich klassifizieren, z.B. in materielle/ immaterielle oder extrinsische und intrinsische Anreize (F. G. Becker, 2002, in Personalmanagement.info, o. J.). Entgegen der grundsätzlichen Empfehlung aus Motivationskomponente 4, eher auf intrinsische Anreize zu setzen, sind extrinsische Anreize nicht zwingend schädlich. „Ein Korrumpierungseffekt ist nur gegeben, wenn die beiden Motivkonstellationen miteinander konkurrieren.“ Extrinsische Motivatoren können durch „Internalisierung“ in die eigene Selbstbestimmung integriert werden, wodurch diese „gelernten Motivationen“ einen quasi intrinsischen Auslöser haben. (Berthel & Becker, 2017, S. 76 f.). Auch wenn bisher genannte Methoden sich eher den immateriellen und intrinsischen Anreizen zuordnen lassen, haben materielle, extrinsische also durchaus ihre Berechtigung. Insbesondere unter der Gruppe der Mitarbeiter, die scheinbar hartnäckig an ihren Gewohnheiten festhalten, scheinen materielle/ finanzielle Anreize, (wie z.B. bereits die zur Verfügungstellung von kostenlosen Trainingsmöglichkeiten oder eine Förderung durch die Krankenkasse) – nach eigenen Angaben – zielgruppenspezifische Mittel zu sein, die Begeisterung für Sport auslösen könnten (Techniker Krankenkasse, 2016a, S. 32). Sollte dadurch der ein oder andere tatsächlich etwas Neues durch entsprechende Maßnahmen ausprobieren, steigt die Wahrscheinlichkeit dafür, dass er auch Erfolgserfahrungen macht und damit auch seine SWE stärkt (Lippke & Renneberg, 2006, S. 44). Einige Unternehmen übernehmen daher z.B. einen Teil der Kosten für etwaige

Sportangebote. Hier besteht für die Wirksamkeit der Anreize allerdings die Gefahr, dass häufig genannte Gründe dieser Zielgruppe, wie finanzielle Belastung oder Zeitmangel, eher aus der zugrundeliegenden Einstellung resultieren und solange diese nicht geändert wird, selbst bei Vorhandensein kostenloser, arbeitsplatznaher und während der Arbeitszeit wahrnehmbarer Angebote, wie sie Kaeding et al., 2019, S. 117 ff. empfehlen, einfach neue „Ausreden“ gefunden werden könnten. Dies hätte zur Folge, dass man mit solchen gut gemeinten Maßnahmen, deren Kosteneffektivität sich momentan nur vermuten lässt (Jakobsen et al., 2015, zitiert in Kaeding et al., 2019, S. 41), wieder nur die schon sportaffinen Mitarbeiter erreicht, sofern genannte Maßnahmen zur intrinsischen Motivation nicht gleichermaßen fokussiert werden. Optimalerweise wird mit dem Anreizmanagement für BGF-Maßnahmen nicht nur eine gewisse Attraktivität der Angebote für jeden über eine Kompatibilität mit den individuellen Motiven – über Hervorhebung kurzfristiger Vorteile – hergestellt, sondern dieses auch sinnvoll in das Fehlzeitenmanagement integriert (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 69): Bei Daimler wird einem Mitarbeiter ohne Fehltag im Quartal ein Bonus von 50 Euro gezahlt (und dann gestaffelt weniger, bei entsprechend geringen Fehltagen, um Präsentismus-Gefahr zu vermeiden); bei Facebook steht jedem Mitarbeiter ein gewisses Budget für Gesundheitsaktivitäten pro Jahr zur Verfügung. Die Angebote werden begleitet von betriebsärztlichen Untersuchungen und Beratungsangeboten während der Arbeitszeit, sodass erheblich mehr Mitarbeiter das Angebot nutzen (Suntinger, 2018, S. 64 ff.). Auch zusätzliche Urlaubstage können ein massiver Anreiz sein, wie manche Unternehmen zeigen (vgl. Suntinger, 2018, S. 77). Bei zusätzlichen finanziellen Leistungen im Rahmen des BGMs muss der Arbeitgeber allerdings darauf achten, dass diese nicht als steuerpflichtiger Arbeitslohn aufgefasst werden. Im Arbeitsschutz kann die Voraussetzung des „eigenbetrieblichen Interesses“ für die Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit meist unproblematisch festgestellt werden, da hier der Arbeitgeber seinen gesetzlichen Pflichten nachgeht. Im Gegensatz dazu lässt sich das bei der BGF nicht immer klar herausstellen, weshalb hierfür die Steuerprivilegierung nach § 3 Nr. 34 EstG existiert. Danach darf der Arbeitgeber zusätzlich zum Arbeitslohn jährlich Zusatzleistungen für BGF (die qualitativ, zweckgebunden und zielgerichtet sind

und den Anforderungen der §§ 20 und 20a SGB V genügen⁴) bis zu 600 Euro⁵ je Arbeitnehmer steuer- und sozialversicherungsfrei aufwenden, sofern diese einen möglichen Zuschuss von der Krankenkasse an den Arbeitnehmer, den dieser evtl. für die Inanspruchnahme einer Maßnahme bereits erhalten hat, übersteigen. Dies kann in Form von Dienstleistungen oder Angeboten von externen Anbietern geschehen, die der Arbeitgeber direkt oder im Nachhinein zahlen kann. Da der Arbeitgeber bei Barzuschüssen die Feststellungslast für die zweckgemäße Verwendung trägt, sind solche „Gesundheits-Budgets“ in der Praxis – insbesondere bei öffentlichen Arbeitgebern – rechtlich gut abzusichern. Es muss also immer im Einzelfall geprüft werden, ob die steuerrechtlichen Voraussetzungen (insbesondere das eigenbetriebliche Interesse) für eine bezuschusste Maßnahme im Rahmen des BGMs erfüllt werden können (AOK, 2018, Anl. 16; Esch, 2018).

Einfache oder komplexere App-basierte Gutschein- und Couponsysteme, die für individuelle Freizeitaktivitäten (Wellness, Weiterbildung, Freizeitparks etc.) einlösbar sind, sind weitere wirksame und denkbare Anreizsysteme (Süntinger, 2017, S. 3, Anl. 17; Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 108; Zipperer, 2019). Wie im voran gegangenen Kapitel bereits angedeutet, kann die Aussicht auf Bonuszahlungen für Führungskräfte oder ganze Abteilungen/ Standorte, bei Erreichung der BGM-Ziele, wirksam eingesetzt werden. Daimler setzt dies bereits erfolgreich um (Süntinger, 2018, S. 69). Letztendlich sollen alle verwendeten Anreize „eine Steigerung der Aktivierung und sozialen Unterstützung sowie den Abbau von [...] Gesundheitsbelastungen nahelegen bzw. belohnen“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015), um damit entsprechend Motivationskomponente 6 alle Mitarbeiter individuell anzusprechen.

4.8. Gesundheitskultur

Die „Gesundheitskultur“ als abrundendes bzw. zusammenfassendes Handlungsfeld, wird vom Begriff der Organisationskultur abgeleitet. Organisationskultur beschreibt die Summe gemeinsam gelebter Wert- Norm- und

⁴ Siehe: Präventionsleitfaden, GKV-Spitzenverband (2018).

⁵ Gemäß EStG § 3 i.d.F.v. 29.06.2020

Zielvorstellungen einer Organisation mit den geteilten Verhaltens-, Denk- und Problemlösungsmustern (Uhle & Treier, 2015, S. 207). Gesundheitskultur erweitert den Begriff um die Formen der Kommunikation im Unternehmen und die Grundsätze, nach denen Entscheidungen getroffen werden und nach denen geführt wird (Badura et al., 2001, S. 15). Sie ergibt sich damit aus der Optimierung aller genannten Handlungsfelder. Wichtig ist dabei auch der Stellenwert, dem Gesundheit beigemessen wird; ob sie als Privatsache oder gleichrangiges Leistungsziel verstanden wird (Elke, in Uhle & Treier, 2015, S. 207 f.). Die positiven Zusammenhänge von gesundheitsförderlicher Führung, Gesundheitskultur und gelebtem Gesundheitsverhalten sowie überdurchschnittlich leistungsfähigen Unternehmen machen Uhle, 2006, S. 153, 165 ff. und B. Zimolong & Stapp, 2001, S. 141 f. deutlich. Doch um den ökonomischen Effekt zu erzielen, darf die soziale Komponente nicht verloren gehen. Gesundheitskultur erkennt man vor allem im Zwischenmenschlichen (vgl. Ulich & Wülser, 2017, S. 44); wenn die Mitarbeiter sich gegenseitig wertschätzen, achtsam mit Gesundheit umgehen und auch gerne zur Arbeit kommen (Elke, in Uhle & Treier, 2015, S. 205). Sie kann daher schwer angeordnet oder eingekauft werden (Derer, 2012, S. 44; Uhle & Treier, 2015, S. 63) sondern muss primär von unten gestaltet werden. Mit dem Fokus der Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse erreicht man mehr Mitarbeiter, als wenn man nur die Selbstoptimierungs-Interessierten – meist schon aktiven Mitarbeiter – die nach Maslow, 1943 auf einer höheren Bedürfnisebene operieren würden, bedient. Es braucht auch Spaß bzw. positive Emotionen bei der Vermittlung für die intrinsische Motivation, sodass auch so etwas wie Vorfreude entstehen kann (Suntinger, 2018, S. 56; Zipperer, 2019). Eine gelebte Gesundheitskultur, bei der sich das Bewusstsein und die Eigenverantwortung für Gesundheit im Verhalten jedes Mitarbeiters, in der sozialen Interaktion und im Commitment der höheren Hierarchieebenen widerspiegelt, ist der Schlüssel dafür, dass auch die Maßnahmen gut ankommen (Taylor et al., 2013, S. 414; Walter, 2010, S. 148).

5. Der qualitative Erfolg von Bewegungsförderung – die wirksamsten Maßnahmen

5.1. Das Problem der Auswahl von Bewegungsinterventionen

Die in diesem Kapitel vorgestellten Maßnahmen stellen größtenteils wissenschaftlichen Qualitätsstandards genügenden Best-Practice-Vorschläge dar, die lediglich in der Planungsphase – neben eigenen Anregungen – in Betracht gezogen werden können. Es bleibt dabei unerlässlich, entsprechend den eigenen Rahmenbedingungen Prioritäten zu setzen und eins nach dem anderen umzusetzen, um ein nachhaltiges Maßnahmenportfolio zu entwickeln. Lässt man eine Maßnahme durch einen externen Anbieter durchführen, ist ebenfalls eine fachliche Überprüfung der Maßnahme hinsichtlich Effektivität, Sicherheit und Geeignetheit notwendig (vgl. Kaeding et al., 2019, S. 118, 129). In der Praxis wird leider häufig nur das Fehlzeiten Problem erkannt, woraufhin schnell assoziative Maßnahmen angeboten werden (vgl. Uhle & Treier, 2015, S. 148), wie z.B. Massagen für die Mitarbeiter in der Mittagspause, was leider nur Symptome bekämpft (Suntinger, 2018, S. 39). Um die qualitative Wirksamkeit der hier empfohlenen Maßnahmen zu gewährleisten, stellen der iga.Report28 der Initiative Gesundheit & Arbeit und die Ergebnisse von Kaeding et al., 2019, die in ihrem Werk über 16.000 internationale Studien ausgewertet und zusammengefasst haben, die Grundpfeiler der Empfehlungen dar. Vorneweg sei gesagt, dass Bewegungsprogramme generell bewegungsmehrend und zumindest nicht negativ auf die Fitness wirken; häufig in der Praxis eingesetzte Maßnahmen aber nur auf eingeschränkter Evidenz basieren, was generelle Praxisempfehlungen erschwert (vgl. Initiative Gesundheit & Arbeit, 2015, S. 16; Kaeding et al., 2019, S. 117). Folgende Übersicht (*Abbildung 4*) soll hinsichtlich der Untersuchung von wirksamer Prävention von MSE dennoch insbesondere Maßnahmen zeigen, die nicht nur das Bewegungslevel mehrten, sondern auch die Muskelkraft stärken und/ oder die Verringerung von Schmerzen bewirken. Beiläufig sollen als Ergänzung zu Kapitel 4 potentiell die Resonanz erhöhende Wirkungen erwähnt werden.

Abbildung 4: Effektive Bewegungsförderungsmaßnahmen

➔ *Seite 39/40, Eigene Darstellung*

Aktive Kurzpausen

Fremdbestimmte Kurzpausen

- Kollektive, strukturierte Bewegungseinheiten in die Organisationsroutine integriert
 - Zu festen Zeitpunkten Wendsche et al. 2018 (S. 92 ff.)
- Wenige Minuten, mehrmals in der Woche bis mehrmals täglich Kaeding et al. 2019 (S. 34)
- Belastungskompensatorische Pausengestaltung mit Kraft, Ausdauer und Dehnungselementen Wendsche et al. 2018 (S. 45); Kaeding et al. 2019 (S. 34)

- Während der Arbeitszeit

- Eingeleitet durch zunächst nicht ignorierbare Meldung am PC, bis zur Gewöhnung Wendsche et al. 2018 (S. 98); Cooley et al. 2013
- Von externem Trainer bzw. von MA selbst angeleitet Wendsche et al. 2018 (S. 107 ff.); Suntinger 2018 (S. 28)
- In entsprechendem Gemeinschaftsraum Wendsche et al. 2018 (S. 18)

- + Bessere Nutzung der Arbeitszeit durch Endspurteffekte + Minimierung illegitimer Pausen
- + Mehr Zufriedenheit durch Vorfreude Wendsche et al. 2018 (S. 37 ff.)
 - + Leistungssteigerung Wendsche et al. 2018 (S. 13 f.)
 - + Bewegungsfördernd Michishita et al. 2017 (S. 129)
 - + Reduzierung von Schmerzen Camargo et al. 2009
 - + Prävention von MSE Wendsche et al. 2018 (S. 43 f.)
- + Stärkung des sozialen Miteinanders Uhle et al. 2015 (S. 179 f.); Länger 2018 (S. 63 f.)
- + Minimierung von Selbstkontrollanforderungen Wendsche et al. 2018 (S. 45)
- + Vergleichsweise erhöhte Akzeptanz Barr-Anderson et al. 2011
 - Evtl. Kosten für Trainer/ Schulung der MA
 - Organisatorischer Aufwand

Selbstbestimmte Kurzpausen

- Individuelle, unkoordinierte Bewegungspausen
 - Bei Bedarf
- In Mittagspause oder während der Arbeitszeit (Empfehlung) Wendsche et al. 2018 (S. 62)
- Durch Bereitstellung von Fitnessgeräten/-Raum, Tischtennisplatte etc. Bundesministerium des Innern 2011 (S. 18 f.); AOK o. J.; Länger 2018 (S. 63 f.)
 - Durch Platzierung von Tipps mit Ausgleichsübungen und Anregungen mehr zu Gehen/ Stehen bei Arbeit (*siehe Apps*) Wendsche et al. 2018 (S. 104)
- Durch Vorleben der Führungskraft: nach Mittagspause spazieren AOK o. J., vor Meetings eine Übung vorschlagen Suntinger 2018 (S. 47)

- + Bessere Nutzung der Arbeitszeit durch Endspurteffekte
- + Mehr Zufriedenheit durch Vorfreude Wendsche et al. 2018 (S. 37 ff.)
 - + Leistungssteigerung Wendsche et al. 2018 (S. 13 f.)
 - + Bewegungsfördernd Michishita et al. 2017 (S. 129)
 - + Reduzierung von Schmerzen Camargo et al. 2009
 - + Prävention von MSE Wendsche et al. 2018 (S. 43 f.)
- + Stärkung des sozialen Miteinanders Uhle et al. 2015 (S. 179 f.); Länger 2018 (S. 63 f.)
- + Stärkung des Gefühls, wann sich Pause lohnt** Wendsche et al. 2018 (S. 24); Länger 2018 (S. 107)
 - Evtl. Kosten für Ausstattung

Apps

- Software zur Erinnerung an Bewegungspausen Lauterbach 2008 (S. 212)
- Aufforderung zur Unterbrechung des Sitzens Kaeding et al. 2019 (S. 88)

- Einsatz durch Computer, Textnachrichten, Fitnesstracker Kaeding et al. 2019 (S. 88)
- In Kombination mit Online-Trainingsprogrammen und vielen Angeboten vor Ort
- Anreicherung mit vielfältigen Anreizen (Zielsetzungsstrategien, Punkte- und Level-System, Herausforderungen und Wettkämpfe, Prämien, Feedback) Kaeding et al. 2019 (S. 89)

- + Hohe Akzeptanz Wendsche et al. 2018 (S. 130 f.)
 - + Flexibel, ortsunabhängig, für dezentralen Strukturen
 - + Effektive Bewegungsförderung
- + Dosierte, motivierende Effekte und Verstärkung der Erfolge
- + Verbreitung der lokalen Angebote
- + Stärkung der sozialen Interaktion
- + Nachhaltigkeit, langfristig positive Effekte (Arbeit und Freizeit)
- + Geringer Personalaufwand Kaeding et al. 2019 (S. 88 f.)
 - Kosten für Software

Aktives Pendeln zur Arbeit

- Interventionen (insbesondere Änderungen in der Gestaltung des Arbeitsumfelds), die einen aktiven Arbeitsweg erleichtern
- Duschmöglichkeiten, Umkleiden und sichere, überdachte Fahrradabstellmöglichkeiten bieten Suntinger 2018 (S. 29)
- Sinnvoll, auch die Orientierung und Übersicht über die Umgebung zu stärken
- Relevanz zwischenmenschlicher Komponente (wie Nahestehende zur Arbeit kommen) beachten Kaeding et al. 2019 (S. 106 ff.)
- + Verbesserung der Aktivität und der körperl. Fitness Vuillemin et al. 2011 (S. 487)
- Eingeschränkte Qualität/ Quantität und Aussagekraft der Studien Kaeding et al. 2019 (S. 108)
- Starker Einfluss von individuellem Arbeitsweg Kaeding et al. 2019 (S. 107)

Verhältnispräventive Maßnahmen

Treppennutzung

- Maßnahmen, die die Nutzung von Treppen verstärken sollen
- Anreizgebende und ästhetische Gestaltung des Treppenhauses entscheidend (Symbole wie Fußspuren, Hinweise an Aufzügen, Poster, Musik, Teppichböden, kleine Stufenabstände) Bellicha et al. 2016 (S. 1); Kaeding et al. 2019 (S. 46 ff.); Dugdill et al. 2008 (S. 8); Suntinger 2018 (S.29)
 - Vorbildfunktion von Führungskräften Sawkowicz 2015 (S. 60 f.)
- + Effektivität Meyer et al. 2010 (S. 569–575)
 - + Stärkere subjektiv positive Beeinflussung älterer MA Sawkowicz 2015 (S. 75 f.)
 - + Geringe Kosten
- Abhängig von zu überwindender Streckenlänge Nicoll 2007

Schreibtischlaufbänder

- Täglich wenige Stunden freiwillig nutzbar Suntinger 2018 (S. 71)
- Eingewöhnungsphase nötig Thompson et al. 2011 (S. 473)
- + Produktivitätssteigerung nach einem Jahr Koepp et al. 2013 (S. 705) jedoch kurzfristige Einschränkungen Tudor-Locke et al. 2014
 - + Steigerung tägliche Schritte Bouchard et al. 2016
- + Vorbeugen von Rückenschmerzen Suntinger 2018 (S. 71)
- Langfristige Annahme der MA und Kosteneffektivität fraglich Kaeding et al. 2019 (S. 116)

Multimodale Maßnahmen

- Arbeitsplatzgestaltende Mehrkomponenten-Maßnahmen
- Stehpulte für Meetings u. Telefon Uhle et al. 2015 (S. 180)
 - Schränke, Drucker, Papierkorb außerhalb Sitzreichweite Foley et al. 2016
- Poster zur Erinnerung an Ergonomie Kaeding et al. 2019 (S. 73)
- + Geringere Sitzzeit und Rückenschmerzen Foley et al. 2016

Höhenverstellbare Schreibtische

- Mit Pop-up-Nachrichten zur Erinnerung Donath et al. 2015 (S. 4340)
- + Effektiv zur Reduktion der Sitzzeit Tobin et al. 2016 (S. 359)
 - + Vermutete Kosteneffektivität Gao et al. 2018 (S. 503–511)

Gymnastikbälle

- Als Alternative zum Schreibtischstuhl
- + Verringerung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Schmerzen um 24 %
 - + Verbesserte Körperhaltung (subjektiv) Schult et al. 2012

Arbeitsplatzinterventionen

- Maßnahmen, die regelmäßig am Arbeitsplatz ausgeführt werden können, im Bereich Ausdauer, Kraft, Kraftausdauer und Dehnen oder in Kombination
- Während der Arbeitszeit empfohlen Thiele von Schwarz et al. 2008 (S. 179) bzw. in Pausenzeiten Kaeding et al. 2019 (S. 104)
 - Bereitstellung breiter Palette an Angeboten zur Bedienung verschiedener Vorlieben Kaeding et al. 2019 (S. 37)
- Ausdauer: Halbstündige Trainingseinheiten, 2 – 3x die Woche Kaeding et al. 2019 (S. 31)
 - > z.B. *Lauftraining (im Rahmen von Firmenlauf), Nordic Walking* Suntinger 2018 (S. 41 ff.), *Radfahren, Cardio-Geräte...*
- Kraft: Ganzkörper-Kräftigungsübungen, auch speziell für Schulter, Rücken, Nacken, 3x 20 Minuten pro Woche
 - > z.B. *Eigenkörpergewichtsübungen, Übungen mit Widerstandsband, an Maschinen, Geräten* Kaeding et al. 2019 (S. 31 ff.)
- Kraftausdauer: gemischte Interventionen, ca. 1h die Woche Pedersen et al. 2009
- Dehnen: 3x die Woche bis täglich 10 Minuten Kaeding et al. 2019 (S. 36)

- Weniger Barrieren und geringer zeitlicher Ressourceneinsatz Kaeding et al. 2019 (S. 104, 118)
- Ausdauer:
 - + Erfolgreiche Schmerzreduktion Tsai et al. 2011 (S. 311)
- Kraft:
 - + Erfolgreiche Schmerzreduktion Freitas-Swerts et al. 2014 (S. 629)
 - + Signifikante Reduktion von Fehlzeiten: Kosten-Nutzen-Vorteil größer als 10 Gundewall et al. 1993
- Kraftausdauer:
 - Erfolgreiche Schmerzreduktion Pedersen et al. 2009
- Dehnen:
 - + Wenig Zeitaufwand
 - + Kostengünstig Kaeding et al. 2019 (S. 37)
 - + Schmerzreduktion Kaeding et al. 2019 (S. 36)
 - + Reduktion von Fehlzeiten Gartley et al. 2011 (S. 247 ff)

Verhaltenspräventive Maßnahmen

Gehprogramme

- Interventionen, die das Gehen fördern sollen
- Besonders motivierend in Form von Wettbewerb
 - Vorab Überlegung notwendig, inwiefern Programm aufrechterhalten werden kann Kaeding et al. 2019 (S. 48)
 - Unter Einsatz eines Schrittzählers Zielsetzungsstrategien Mansi et al. 2015 (S. 1) und weiterem ergänzendem Informationsfluss Jódice et al. 2015 (S. 1)
- + Leicht und kostengünstig implementierbar
- + Empfehlenswert für in Freizeit weniger aktive MA Kaeding et al. 2019 (S. 48)
- + Effektivität bei Aktivitätssteigerung Abraham et al. 2009 (S. 108) und Arbeitsmotivation Kaeding et al. 2019 (S. 48)
- + Zeit- und ortsunabhängig sowie niederschwellig Morris et al. 1997
- Fraglich in Bezug auf Nachhaltigkeit Skogstad et al. 2018 (S. 10)

Gruppentrainings

- Gezielt einzelne Sportarten in Gruppe anbieten (*Yoga, Pilates, Zumba, Tai Chi, ...*)
- Ein- bis Mehrfach in der Woche Kaeding et al. 2019 (S. 94); Barene et al. 2014 (S. 1)
- Einsatz in multimodalen Interventionen denkbar Kaeding et al. 2019 (S. 123)
- + Erzielung prinzipiell nachhaltig gesundheitswirksamer Effekte Kaeding et al. 2019 (S. 95)
- + Verminderung der Schmerzintensität (Nacken/ Schulter) und signifikant reduzierte Anzahl an Schmerztagen Barene et al. 2014 (S. 1)
- + Verringerung chronischer Rückenbeschwerden Stieglitz et al. 2016 bzw. Muskel-Skelett-Schmerzempfinden Cowen 2010
- + Erhöhung der Flexibilität im Rumpfbereich und der funktionalen Leistungsfähigkeit Cowen 2010
- + Erhöhung der Entspannungsfähigkeit Cowen 2010
- Betreuungsschlüssel begrenzt Teilnehmerzahl

Teamsportarten

- Klassische Teamsportarten als Betriebssporteinheiten (*Fußball, Volleyball...*)
- Einmal bis mehrfach in der Woche Kaeding et al. 2019 (S. 94); Barene et al. 2014 (S. 1)
- Turniere anbieten Bundesministerium des Innern 2011 (S. 19)
- + Erzielen prinzipiell nachhaltig gesundheitswirksame Effekte Kaeding et al. 2019 (S. 95)
- + Verminderung der Schmerzintensität (Nacken/ Schulter) und signifikant reduzierte Anzahl an Schmerztagen Barene et al. 2014 (S. 1)
- + Stärkung des sozialen Miteinanders und des Betriebsklimas Uhle et al. 2015 (S. 179 f.)
 - Potentiell höheres Verletzungsrisiko
 - Kosteneffektivität unklar
- Langfristige Annahme durch MA fraglich Kaeding et al. 2019 (S. 95)

Multimodale Programme

- Mehrkomponenteninterventionen, die meist in Kombination mit BGF-Implementierung Kaeding et al. 2019 (S. 61) mit Anreizen über Abdeckung möglichst vieler BGF Bereiche (Abb. 2) Lebensstilveränderungen bewirken
- Mögliche Maßnahmen: Gruppenkurse, Teamherausforderungen, Motivationsgruppentreffen, Achtsamkeits- und Stressmanagementkurse, Workshops, Seminare, Beratung, Coaching u.a. für Feedback, Wissenstransfer zur SWE-Stärkung Kaeding et al. 2019 (S. 61 ff.)
- Einbeziehung der sozialen Umfelds Arao et al. 2007

- + Ganzheitliche, erfolgreiche Bewegungsförderung mit Verbesserung der Fitness und Beweglichkeit
 - + Bewirkung nachhaltiger Verhaltensmodifikationen
- + Steigerung des Wohlbefindens, der Energie und der Belastbarkeit + Minderung von Stressempfinden
 - + Erfolgreiche Schmerzreduktion (insbesondere bei Risikogruppen) Kaeding et al. 2019 (S. 69)
 - + Steigerung der Teilnahmequote von Männern Wong et al. 2012 (S. 310)

Short & Sharp

- Minimalpräventive, maximal effektive Maßnahmen, die möglichst viele Vorteile vereinen Kaeding et al. 2019 (S. 16);
- Vibrationstraining (Sinusförmige Schwingungen/ stochastische Resonanzvibration), bei dem Effekte mechanischer Schwingungen auf Körpermuskulatur übertragen werden, 15 bis 30 Minuten pro Woche Kaeding et al. 2019 (S. 55, 120)
- Alleinstehende Maßnahme bzw. Komponente multimodaler Programme Kaeding et al. 2019 (S. 59)
- + Anwenderfreundlich: niederschwelliger Zugang, besonders kurze Anwendungsdauer, kein räumliches Problem, keine Sportbekleidung oder Dusche notwendig Kaeding 2017 (S. 1018); Kaeding et al. 2019 (S. 16, 58 f.)
- + Sicherheit und Effektivität gewährleistet
- + Keine ständige Anleitung notwendig Kaeding et al. 2019 (S. 58, 60)
- + Besonders effektiv im Bereich Tertiärprävention, bei chronischem Rückenschmerz Kaeding 2017 (S. 1018)
- + Potentielle Auswirkungen auf Resonanz der MA Kaeding et al. 2019 (S. 120), da auch körperlich inaktive MA an dauerhafte und regelmäßige Teilnahme herangeführt werden könnten
- Im günstigsten Fall vergleichbar mit konventionellen Krafttraining Marin et al. 2010
- Kosteneffektivität beachten Kaeding et al. 2019 (S. 118)

5.2. Maßnahmenempfehlungen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention

Angefangen bei den verhältnispräventiven Maßnahmen, sind die Kurzpausensysteme während der Arbeitszeit direkt ein gutes Beispiel einer starken Maßnahme, die von der Forschung seit längerem empfohlen wird. Gerade Aktivpausen helfen generell besser zum Distanzieren als Passivpausen (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 45, 49 ff., 62 ff.). Beispielsweise in östlichen Ländern, wie Japan oder auch in den meisten westlichen Ländern beim Militär hat gemeinsamer Morgensport Tradition (Rhades, 2008, S. 98; Suntinger, 2018, S. 77). Zwar kann hinsichtlich fremdbestimmter Pausen zurecht argumentiert werden, dass dadurch der Arbeitsfluss gestört werden kann (vgl. Kaeding et al., 2019, S. 88) oder Kundenkontakt ein solches System organisatorisch erschwert, dennoch kann durch feste Pausentermine und Vertretungsregelungen die Einplanbarkeit gewährleistet und Unterbrechungen vorgebeugt werden (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 92 ff.). Forschungsergebnisse belegen, dass eine Verringerung der Selbstkontrollanforderungen zumindest zu Beginn der Implementierung eines Pausensystems durch nicht ignorierbare Mitteilungen sinnvoll erscheint (Cooley & Pedersen, 2013, S. 8; Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 45, 98). Letztendlich müssen Dauer, Lage, Anzahl oder Intervall individuell an die eigene Organisation angepasst werden (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 37, 66).

Bei der Umsetzung eines Pausensystems kann eine App bzw. eine Software – wie in der Übersicht separat aufgeführt – zur Umsetzung genutzt werden. Apps, die im Sinne eines selbstbestimmten Pausensystems, mit einer gewissen Passivität an Pausen erinnern, können laut Kaeding et al., 2019, S. 89 bei richtiger Impulssetzung die intrinsische Motivation und die SWE stärken, wodurch sich durch die neuen Verhältnisse am Arbeitsplatz Verhaltensänderungen über den Arbeitsplatz hinaus auch auf die Freizeit auswirken können. Es bietet sich auch an, sie zur Unterstützung bei verhaltenspräventiven Schrittzählerinterventionen anzubieten.

Bei den höhenverstellbaren Schreibtischen für Arbeitsphasen im Stehen ist anzumerken, dass hierbei – im Gegensatz zu Laufbandschreibtischen – keine Bewegungsförderung im Sinne der notwendigen, häufigen Änderung der Haltung

vorliegt, sich auch hier Fehlhaltungen manifestieren könnten und auch das Herz-Kreislauf-System zu wenig gefördert wird (Suntinger, 2018, S. 70). Stehen ist also nicht immer besser als Sitzen (Meyer, 2016). Deshalb wird im Rahmen dieser Arbeit Arbeitgebern nahegelegt, die Einführung von Laufbandschreibtischen für interessierte Mitarbeiter in Erwägung zu ziehen.

Bei den verhaltenspräventiven Bewegungsangeboten ist anzumerken, dass im Vorhinein festgestellt werden muss, ob gesundheitliche Einschränkungen bei den teilnehmenden Mitarbeitern vorliegen (z.B. über Gesundheitschecks), um Überbelastungen auszuschließen und sich auf den primär- und sekundärpräventiven Bereich zu konzentrieren (Sawkowicz, 2015, S. 40; Walle, 2020). Bei allen Maßnahmen ist eine vorherige Kontaktaufnahme entsprechend der vorgestellten Kommunikationsmaßnahmen für die Annahme einer neuen Maßnahme effektiver, als das reine zur Verfügung stellen von Fitnessangeboten. Es wird sogar eindeutig eine engmaschige Begleitung und Anleitung empfohlen, da dabei mehr gesundheitsförderliche Effekte erzielt werden können (Heirich, Foote, Erfurt & Konopka, 1993; Uhle & Treier, 2015, S. 179 f.). Bei arbeitsplatznahen Interventionen mit Anleitung können diese positiven Effekte auch zur Erhöhung der Motivation genutzt werden (vgl. Kaeding et al., 2019, S. 41). Geklärt werden muss auch, ob die Teilnahme Arbeitszeit oder Freizeit ist. (Uhle & Treier, 2015, S. 179 f.). Da sich das für die Arbeitszeit vorgesehene Arbeitspensum bei der Wahrnehmung von Angeboten während der Arbeitszeit aber nicht verringert, könnte zusätzlicher Stress entstehen, weshalb Interventionen, während der Arbeitszeit zuzulassen, nicht zwangsläufig besser ist. Insbesondere die Kosten eines solchen Vorgehens spielen eine Rolle (vgl. Kaeding et al., 2019, S. 41). Bei allen Interventionen ist eine dauerhafte Fortführung empfehlenswert (Cooley & Pedersen, 2013, S. 5).

Für arbeitsplatzferne, in der Freizeit ausgeführte Aktivitäten, gibt es zahlreiche, flexible und mehr oder weniger effektive Möglichkeiten, ein Training auszuführen, welches insbesondere die Rückengesundheit verbessert (Kaeding et al., 2019, S. 40). Dieser Teil des Alltags bedingt mindestens die anderen 50% der Belastungsmomente, die im BGM meist nicht fokussiert werden (vgl. Uhle &

Treier, 2015, S. 144). Um dennoch als Arbeitgeber hierauf Einfluss zu nehmen, empfehlen Isamaralai et al., 2018 ein wirksames Programm, bei dem in regelmäßigen Schulungen Bewegungsübungen und deren Ausführung für zu Hause behandelt, sowie individuelle Aktivitätsziele im Arbeitsalltag gesetzt werden. In Kombination mit einer anteiligen Regelung, bei der ein Teil der Trainingseinheiten während der Arbeitszeit (in Anschluss an eine der Anleitungen oder mit anderen Mitarbeitern in selbst gebildeten Gruppen) ausgeführt wird, erscheint sinnvoll (vgl. Kaeding et al., 2019, S. 117)

Ein ultimates, wenn auch kostspieliges Mittel, um den bereits motivierten Mitarbeitern (nach Lippke & Renneberg, 2006, S. 47, „in der postdeziionalen Phase“) Wege aufzuzeigen, wie sie ihr Vorhaben auch selbstständig umsetzen und Gewohnheiten ändern können, ist ein Einzel-, Gruppen- oder Führungskräftecoaching. Ein Coaching kann zur Volitionssteigerung beitragen, da durch die persönliche Ansprache eines Experten das Commitment erhöht wird und auch die Motivationskomponente 6 „Individualität“ aufgegriffen wird; denn beim Coaching steht der Gecoachte mit seinen Werten, Zielen und seinen Ressourcen im Mittelpunkt (vgl. Lauterbach, 2008, S. 39, 138, 217 ff.; Uhle & Treier, 2015, S. 156, 197). Hinsichtlich der Wirksamkeit von Beratungseinheiten zur Steigerung der Aktivität besteht nach Dugdill, Brettle, Hulme, McCluskey & Long, 2008, S. 9 starke Evidenz. Ohne Begleitung fällt es zu Beginn oftmals schwer, relevante Informationen zu filtern, die nötige Disziplin zur Umsetzung des Wissens aufzubauen und gleichzeitig die eigene Gesundheitsverbesserung als genussvoll zu erleben, was wiederum auch emotional zur Aufrechterhaltung des Verhaltens beitragen würde. Ein Coach kann an dieser Stelle eine gewisse Verbindlichkeit, Prozesssicherheit sowie eine Struktur gewährleisten, um den Kunden zu seinen Zielen zu führen (Lauterbach, 2008, S. 93 f.; Lippke & Renneberg, 2006, S. 46). Ein Coach sollte immer die Gesundheitskompetenz seines Kunden so lange stärken, bis er selbst langfristig nicht mehr benötigt wird. Im Coachingprozess werden im Kleinen sozusagen dieselben Prozesse durchlaufen, wie im gesamten BGM-Zyklus: Analyse des Ist-Zustandes, Ableitung des Handlungsbedarfs, Festlegung von (Teil-)Zielen und Planung sowie Umsetzung und Feedback – unter Berücksichtigung des individuellen Lebensumfelds (vgl. Lauterbach, 2008, S. 99,

138, 215). Best-Practice Beispiele zeigen immer wieder, dass die individuelle Unterstützung bei einer gesunden Lebensführung – gerade bei Führungskräften mit Vorbildfunktion – den wertvollsten Beitrag für den Einzelnen und die jeweilige Organisation leistet (Lauterbach, 2008, S. 219).

Zu der Übersicht sei noch erwähnt, dass die hier gelisteten Maßnahmen nur einen Überblick darstellen, die die intensivere Betrachtung einer potentiellen Maßnahme über die Beschaffung von Primärliteratur aus beispielsweise Online-Datenbanken und Fachzeitschriften nicht ersetzt (vgl. Kaeding et al., 2019, S. 136 f.).

5.3. Hinweise zu Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen

Evaluation stellt den letzten Baustein des BGM-Zyklus dar und muss laufend betrieben werden, um nachhaltigen Erfolg im Sinn einer qualitativ sicheren, wirksamen Prävention zu generieren (Sawkowicz, 2015, S. 85; Uhle & Treier, 2015, S. 420). Die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen kann nur mit Zahlen und Daten, die echte Erfolg belegen, wirklich rechtfertigt werden und auch die Notwendigkeit von Anpassungen kann sich nur aus einer Datenanalyse herausstellen. Mit Fakten lässt sich auch die Akzeptanz der Maßnahmen erhöhen, sodass auch künftig weitere Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die wiederum nötig sind, um die Verbesserungen und Anpassungen auch vornehmen zu können (Kaeding et al., 2019, S. 138; Thul, 2010, S. 205).

Evaluation kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden. So kann beispielsweise eine Evaluation der Akzeptanz auch schon unmittelbar nach Beendigung oder noch während einer Maßnahme erfolgen (Prozessevaluation) (Walle, 2020). Wie beim Handlungsfeld Partizipation angemerkt, könnte dies beispielsweise über informelles oder formelles Feedback über Fragebögen zum Gefallen/ Nicht-Gefallen oder über „Interviews“ mit einem Teil der Teilnehmer angegangen werden, denn die unmittelbare Rückkoppelung zu den Beschäftigten als Zielgruppe sorgt für Erfolg (Kaeding et al., 2019, S. 139; Sawkowicz, 2015, S. 85; Uhle & Treier, 2015, S. 419).

Will man dagegen die gesundheitlichen Effekte einer Maßnahme erfassen, so eignet sich dafür die „Ergebnisevaluation“. Die Erfassung von Gesundheitsdaten beginnt

hier aber nicht erst nach der Maßnahme, sondern muss wie bei einem Coaching, mit denselben Erhebungsmethoden vor Beginn der Maßnahme erfolgen, um einen Anhaltspunkt für einen Vorher-Nachher-Vergleich zu haben. Sinnvoll ist es auch, die Erhebungen regelmäßig und in sinnvollen Zeitabständen (sodass messbare Veränderungen über einen gewissen Zeitraum möglich sind) durchzuführen (Kaeding et al., 2019, S. 138; Walle, 2020).

Die Erfüllung der Voraussetzung, dass Veränderungen nachweisbar sind, hängt auch von den verwendeten Kennzahlen ab. Wichtig für das gesamte Kennzahlen-Paket wäre insbesondere ein Mix aus zentralen quantitativen und qualitativen Kennzahlen (Fritz, 2006, S. 172). Die Teilnahmequote, die in direkter Verbindung mit der Resonanz zu Gesundheitsthemen der Mitarbeiter und damit zur Verbreitung der erwünschten gesundheitswirksamen Effekte steht, ist eine klassische quantitative Kennzahl. Sie wird am besten laufend in bestimmten Zeitabschnitten (monatlich/ wöchentlich) ermittelt. Insbesondere nachdem die anfänglich verstärkten (Kommunikations-) Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme (teilweise) zurückgefahren werden, ist ihre Entwicklung spannend, um ggf. entsprechend gegensteuern zu können (Kaeding et al., 2019, S. 138). Zur Messung von gesundheitswirksamen, also qualitativen Effekten steht dagegen die gesundheitliche Entwicklung des Individuums im Vordergrund, da der Mensch als Inputgeber das beste Messinstrument ist (Wieland, in Uhle & Treier, 2015, S. 348). Einerseits können hier zum Teil kostenlose Fragebögen (unabhängig von denen im Rahmen der Partizipation bzw. der Prozessevaluation) zur Erfassung „konkret gesundheitswirksamer Aspekte“, die sich in vielen Untersuchungen hinsichtlich ihrer Eignung bereits bewährt haben und damit Benchmarking ermöglichen, eingesetzt werden (Kaeding et al., 2019, S. 139). Dazu zählen u.a. der Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität im Alltag (FfkA) (Frey, Berg, Gratwohl & Keul, 1999), die deutsche Übersetzung des Baecke-Fragebogens (Baecke, Burema & Frytters, 1982) von Wagner & Singer, 2003 oder der neuere Bewegungs- und Sportaktivitäts-Fragebogen (Fuchs, Klaperski, Gerber & Seelig, 2015). Rein auf die Rückengesundheit bezogenen Daten, die sich mithilfe von Fragebögen erfassen lassen, wären z.B. die aktive Gesamtzeit in der Woche, Häufigkeiten bestimmter Tätigkeiten, subjektives Schmerzempfinden oder die

Häufigkeit von Beschwerden (Initiative Gesundheit & Arbeit, 2015, S. 17 ff.). Andererseits können Daten der körperlichen Leistungsfähigkeit über funktionale Testverfahren, wie sportmotorische bzw. -medizinische Untersuchungen ermittelt werden, was jedoch meist mit Zeitaufwand und Kosten verbunden ist (Kaeding et al., 2019, S. 139). Ein Mittelweg wäre es, nur den für die Vorbildfunktion relevanten Führungskräften im Rahmen eines umfangreichend Führungskräftecoachings, eine Untersuchung im Gesamtpaket mitanzubieten. Daten der Rückengesundheit, die sich mit solchen Checks messen lassen, wären z.B. die Dehnbarkeit bzw. die Beweglichkeit oder die Kraft im Ober- und Unterkörper; bei generellen Erhebungen natürlich auch kardiologische Daten (z.B. Sauerstoffaufnahme oder Herzfrequenzvariabilität) oder bei Prävention von Übergewicht Messungen des BMIs, des Energieverbrauch oder der Blutlipide etc. (Initiative Gesundheit & Arbeit, 2015, S. 17 ff.)

Nach einer Evaluation erfolgt nach Walle, 2020 die Nachhaltigkeitsphase, die letztlich wieder an die Analysephase der Einführung des BGMs anknüpft. Das Evaluationsergebnis bestimmt hier jedoch das weitere Vorgehen, denn letztendlich machen nur die Maßnahmen Sinn, welche bereits Effekte und/ oder eine bestimmte Akzeptanz aufzeigen.

Auch die Evaluation der Wirtschaftlichkeit wird im Zuge des Effizienzdrucks im BGM an Bedeutung gewinnen, da die allgemeinen positiven ROIs zahlreicher Studien vielen nicht mehr ausreichen werden. Uhle & Treier, 2015 gehen insbesondere auf die Komponenten eines erfolgreichen Gesundheitscontrollings ein und zeigen z.B. wie der ROI in Bezug auf das eigene Unternehmen prospektiv berechnet werden könnte. Bewusst wurde in dieser Arbeit auch auf die Fehlzeitenanalyse verzichtet; da die krankheitsbedingten Zusatzkosten eines Unternehmens durch Präsentismus mittlerweile die durch Fehlzeiten übersteigen, hat die Fehlzeitenquote ihre Schlagkraft verloren. „Ein fachlich solides BGM muss daher die Ressourcen jedes einzelnen fördern und Belastungen abbauen“ (Steinke & Badura, 2011, S. 113). Die Prioritätensetzung dieser Arbeit beruht v.a. auf der Erkenntnis, dass eine einseitige Fokussierung einzelner Parameter (wie Fehlzeiten oder Kosten) im Rahmen eines Gesundheitscontrollings allein noch kein effektives

und effizientes BGM i.S.v. Nachhaltigkeit erlaubt (Uhle & Treier, 2015, S. 235) und Erfolge (Verbesserungen der Zufriedenheit, der Leistung oder Senkungen von psychosomatischen Beschwerden) sogar übersehen könnte (Fritz, 2006, S. 14). Zusammenfassend manifestiert sich ein erfolgreiches BGM durch die in den letzten beiden Kapiteln im Detail besprochenen, übergeordneten Handlungsfelder der Gesundheitskultur (Information und Kommunikation, Partizipation, Führung) als Beitrag des Empowerments im eigenen Setting „Betrieb“, wodurch Gesundheitsförderung im Arbeitsalltag nicht nur angepriesen, sondern auch gelebt wird. Eine gesundheitsförderliche und motivierende Arbeitsgestaltung und ein ausgewogenes, gemeinsam und kreativ erstelltes Maßnahmenportfolio, das aus bewährtem und neuem, einem Mix aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen besteht (Suntinger, 2018, S. 17), alle Zielgruppen anspricht und sich durch fortlaufende Evaluation stets verbessert, unterstützen die Gesundheitsaktivitäten der Individuen ganzheitlich, wodurch sich tatsächlich etwas „bewegen“ kann (vgl. Zimolong, in Uhle & Treier, 2015, S. 137).

6. Experteninterviews – der Umsetzungsstand in der Praxis

6.1. Erläuterungen zur Methodik

Experteninterviews stellen eine strukturierte Variante des Leitfadenterviews dar (Flick, 2016, S. 115), mit der Informationen in Form von „fachspezifischem Intimwissen“ sowie Handlungs- und Deutungsmuster abgeschöpft werden können. Sie ermöglichen dadurch den direkten Zugang zu Motiven und Deutungen eines konkreten Sachverhaltes, der repräsentativ für andere Konstellationen mit ähnlichen Bedingungen, die Zusammenhänge verständlich macht und gleichzeitig ein allgemeines Problem im Besonderen rekonstruiert (Dürschmidt, 2018, S. 7 ff.). Aufgrund der beschriebenen Merkmale und auch, weil typischerweise nur einige wenige Interviewpartner befragt werden, zählt das Experteninterview zu den qualitativen Erhebungsmethoden (Flick, 2016, S. 115). Hauptziel dieser Untersuchung ist einen Vergleich zwischen Theorie und Umsetzungsstand in der Praxis des BGMs herzustellen und daraus Bereiche mit Verbesserungspotential für

die Praxis abzuleiten. Da ein tiefer Einblick in den tatsächlichen Alltag der Verantwortlichen für einen über die Literaturrecherche hinausgehenden Erkenntnisgewinn notwendig ist – und damit für das Hauptuntersuchungsziel dieser Arbeit – eignet sich diese Art der Erhebung besser als beispielsweise eine Umfrage. Es sollen auch Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen verschiedenen Verwaltungen festgestellt werden, indem Verwaltungen mit unterschiedlichen Beschäftigtenzahlen interviewt werden, da die Größe eine Rolle spielen könnte. Zudem könnte ein Interview mit der BGM-Verantwortlichen von Bosch Rexroth (Am Löwentor, Stuttgart) die Möglichkeit bieten, einen Vergleich mit der Privatwirtschaft herzustellen. Außerdem bietet sich der bestehende Kontakt aus der Praxisphase des Studiums zu einem Interview der Stadt Rendsburg in Schleswig-Holstein an. In der Auswertung können die Ergebnisse analysiert und bewertet sowie Optimierungspotentiale entsprechend der Best-Practice-Beispiel aus der Literaturrecherche identifiziert werden.

Eine zentrale Bedingung für die Interview-Methode ist es, „Experten“ als Interviewpartner zu wählen, welche im Allgemeinen durch Ausbildung oder Wissenserwerb bzw. durch das Ausfüllen einer Expertenrolle in der Lebenswelt als Experten bezeichnet werden können (Dürschmidt, 2018, S. 9). Dieser Bedingung kann einerseits entsprochen werden, da aufgrund der Tatsache, dass in Verwaltungen, die hier Untersuchungsgegenstand sind, klare Aufgabentrennungen herrschen, und andererseits Zuständigkeiten für das BGM meist im Personal- und Organisationsbereich eindeutig vergeben sind. Es konnten im Großraum Stuttgart/ Landkreis Ludwigsburg (aufgrund der Nähe zur Hochschule) und darüber hinaus insgesamt sechs Interviewpartner gewonnen werden:

Tabelle 12: Die Interviewpartner <i>(eigene Darstellung)</i>	
Fr. Jens, Stadt Rendsburg	Fr. Schmid-Leißler, Stadt Ludwigsburg
Hr. Schenk, Gemeinde Benningen a. N.	Fr. Knauer, Bosch Rexroth
Fr. Landis, Landeshauptstadt Stuttgart	Fr. Walker, Stadt Freiberg a. N.

Voraussetzung bei der Auswahl der Experten war neben dem Innehaben der Position auch das Ausfüllen dieser seit ca. einem Jahr vor Beginn der Bachelorarbeit.

Um eine zielgerichtete Auswertung zu gewährleisten, wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt, der möglichst geschlossene Fragen aufweist (*vgl. Kapitel 6.2*). Um die Auswertung des Interviews zu vereinfachen, sollte sich an einer vereinfachten Version der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, 2015 orientiert werden. De facto hieß das einerseits, dass die Fragestellungen vorab genau feststehen mussten, da dies half, die niedergeschriebene Version des Interviews zu untersuchen und andererseits der bei den Interviews jeweils erstellte Transkriptionstext nach relevanten Ausschnitten verdichtet bzw. kodiert (in Kategorien eingeordnet) wurde, wozu zunächst Kategorien gebildet werden mussten (ACAD Write, o. J.; Dürrschmidt, 2018, S. 12). Der erstellte standardisierte Interviewleitfaden, an dem sich hier bei der Auswertung orientiert wurde, stellt entsprechend der theoretischen Vorarbeit die Hypothese auf, dass die interviewten Organisationen einerseits über ihr Maßnahmenportfolio die qualitative Wirksamkeit, andererseits über Aktivitäten auf den motivationsverbessernden Handlungsfeldern die quantitative Wirksamkeit von Bewegungsförderungsmaßnahmen erhöhen können. Dies schließt die Annahme mit ein, dass bei den meisten Organisationen zu wenige Mitarbeiter die Maßnahmen bislang wahrnehmen und Verbesserungspotential bei der Maßnahmenauswahl und -evaluation sowie bei den Strategien zur Resonanzhöhung vorhanden ist. Außerdem könnten Vorbehalte von Entscheidungsträgern Entwicklungen im BGM bremsen. Aus diesen Ausgangsannahmen konnten über den deduktiven Weg Über- und Unterkategorien gebildet werden, die die Einordnung der erhaltenen Informationen ermöglichten (ACAD Write, o. J.). Die einzelnen Fragen zielten hierbei immer auf eine Unterkategorie. Die Kurzantworten aller Interviews wurden dann entsprechend den Kategorien in einer Tabelle (*Anlage 2*) übersichtlich dargestellt. Die anschließende Auswertung konzentriert sich auf a) eine deskriptive Analyse und b) eine Bewertung der zentralen Ergebnisse.

Aufgrund der wegen der Covid-19-Pandemie bestehenden Kontaktbeschränkungen wurden die Interviews telefonisch (Dauer: zwischen 20 bis 55 Minuten) geführt; bzw. der Stadt Freiberg der Interviewleitfaden zur schriftlichen Beantwortung vorab geschickt und anschließend 10 Minuten telefonisch besprochen. Zur Einhaltung des Datenschutzes wurden vorab schriftliche Einwilligungserklärungen eingeholt (*siehe Anlagen*).

6.2. Vorgehensweise und Hintergründe zum Interviewleitfaden

Um das Level der Wirksamkeit aller relevanten Aktivitäten, die zur Prävention beitragen können, zu erfassen, wurde der Leitfaden als Erhebungsinstrument in drei Teile gegliedert. Teil 1 dient der Erfassung der vergangenen und aktuellen Maßnahmen der Bewegungsförderung auf der verhaltens- und verhältnispräventiven Ebene. Teil 2 soll die sportmedizinische Qualität dieser anhand von (subjektiven/ objektiv gemessenen) gesundheitlichen Verbesserungen sowie entsprechendes Verbesserungspotential bei der Evaluation und dem Maßnahmenportfolio herausstellen. Im Hauptteil – Teil 3 – sollen ausgehend von der Erfassung der aktuellen Resonanz (über die Teilnehmerzahlen einzelner Maßnahmen als zentral zu erfassender Gesichtspunkt (Kaeding et al., 2019, S. 138)), die aktuellen und geplanten Aktivitäten auf den Handlungsfeldern zur Resonanzerhöhung (*Kapitel 4*) erfasst werden. In Teil 3 sollen abschließend offenere Fragen einen Dialog ermöglichen, wobei die Einstellung der Interviewpartner hinsichtlich der Rolle von Führungskräften im BGM und bezüglich künftiger (neuer) Wege, das Thema zu verfolgen, erfasst werden soll. Der Leitfaden besteht sonst größtenteils aus Exemplifizierungsfragen, wodurch das Interview meist monologisch abgehalten wurde. Die Reihenfolge des Fragebogens sollte aus Auswertungszwecken stets eingehalten werden; bereits beantwortete Fragen dann ggf. übersprungen werden. Bei Unklarheiten sollten spontan Vertiefungsfragen oder Rückfragen gestellt werden. Um bei den abschließenden offenen Fragen (3.8, 3.10 und 3.11) Gesprächspotential zu haben, wurden optionale Anschlussfragen bereit gehalten, um diese je nach Situation anbringen zu können, z.B.: „Wie bewerten Sie die Praxis größerer Unternehmen, den Umsetzungsstand von Arbeits- und Gesundheitsschutzthemen in einer Abteilung in die Bewertung

von Führungskräften einfließen zu lassen bzw. mit variablen Bonuszahlungen zu verknüpfen?“

Der gesamte Interviewleitfaden ist Anlage 1 zu entnehmen.

6.3. Die Ergebnisse: Die Umsetzung in den Organisationen

In der Anlage sind alle ausführlichen Transkripte der Interviews mit Datum und Eckdaten der Verwaltungen vorhanden. Die Tabelle in Anlage 2 enthält eine übersichtliche Kurzübersicht aller Antworten in Stichwortform.

Im Folgenden sollen in einem ersten Schritt der Analyse, in chronologischer Reihenfolge der Fragen, Häufigkeiten sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgestellt werden. Insbesondere die beobachtbaren Größenunterschiede sollen bei Auffälligkeiten thematisiert werden. Zur Vereinfachung werden die Städte Stuttgart (im Folgenden: „*STGT*“; mit 15.000 MA) und Ludwigsburg (im Folgenden: „*LUDW*“; mit 2.100 MA) zu den großen Organisationen, Bosch Rexroth (im Folgenden: „*B-R*“; mit 580 MA) und Rendsburg (im Folgenden: „*REND*“; mit 420 MA) zu den mittelgroßen und Freiberg a.N. (im Folgenden: „*FREI*“; mit 300 MA) und Benningen a.N. (im Folgenden: „*BENN*“; mit 130 MA) zu den kleinen Organisationen gezählt.

Bei vier von sechs Interviewpartnern gibt es bereits seit den frühen 2010er Jahren Maßnahmen im BGM-Bereich; bei vier von sechs wurde das BGM im Laufe des letzten Jahres mit der Schaffung einer neuen Stelle bzw. einer neuen Dienstvereinbarung überarbeitet. Größenunterschiede sind hier nicht zu erkennen.

Hinsichtlich der verhaltenspräventiven Maßnahmen zur Bewegungsförderung ist anzumerken, dass alle befragten Organisationen mehr als zwei Maßnahmen anbieten. Zu den häufigsten Maßnahmen zählen angeleitete Sportkurse, wie z.B. Zirkeltraining mit dem eigenen Körpergewicht (2x), die bewegte Mittagspause (2x), Yoga (2x) oder verschiedene Sportkurse im Rahmen des VHS-Angebots, mit der drei der befragten Organisationen Kooperationen haben, welches auch Rückenfit-Kurse (5x) umfasst. Alle Angebote werden blockweise angeboten. Bei fünf der Befragten wird ein Teil der Kosten übernommen und bei *STGT* fast alle Sportkurse des Weiterbildungszentrums vom Arbeitgeber voll gezahlt. Hier finden

die meisten Maßnahmen auch während der Arbeitszeit statt. Bei den anderen fünf finden die Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit statt. Alle Maßnahmen befinden sich mehr oder weniger in der Nähe des Arbeitsplatzes. Zu den am zweithäufigst angebotenen Maßnahmen zählen einmalige bzw. hin und wieder stattfindende Seminare zu Gesundheitsthemen. Bei drei der fünf Organisationen mit Seminarangeboten laufen diese – wie die Sportkurse – über die VHS und werden bezuschusst. *STGT* und *B-R* bieten über das eigene Weiterbildungszentrum bzw. über die Kooperation mit der Betriebskrankenkasse ihre Seminare kostenlos an. Bei *STGT* finden diese während der Arbeitszeit statt. Kooperationen mit Fitnessstudios aus der Umgebung (3x) bzw. mit Zusammenschlüssen von Sporteinrichtungen (1x) bei denen sich die Kommune an den Beiträgen beteiligt, werden ebenfalls bei fast allen genannt. Bei *LUDW* wurde ebenfalls eine Kooperation mit „Qualitrain“ eingegangen, allerdings lediglich, um den Mitarbeitern Zugang zu den Einrichtungen zu ermöglichen, ohne einen Teil der Beiträge zu übernehmen. Gesundheitstage mit verschiedenen Angeboten für die Mitarbeiter finden schon bei drei Kommunen regelmäßig statt; bei *STGT* sogar jeweils in den einzelnen Ämtern; bei *REND* wurde der erste Termin im März aufgrund von Corona abgesagt. Des Weiteren wird in drei Kommunen der Hallenbadeintritt bezuschusst bzw. bei *REND* komplett übernommen, in zwei Organisationen Startgelder für Firmenläufe gezahlt und in einer Kommune ein Schrittzählwettbewerb veranstaltet.

Bezüglich verhältnispräventiver Maßnahmen der Bewegungsförderung, haben alle Organisationen mindestens teilweise höhenverstellbare Schreibtische in den Büros der Mitarbeiter. *REND* veranlasst dies nur auf Attest oder, wenn dies aus einem BEM-Verfahren hervorgeht, *STGT* und *FREI* bestellen zusätzlich alle neuen Schreibtische höhenverstellbar und *B-R* und *BENN* sind vollständig mit solchen ausgestattet. Neben den der Tabelle zu entnehmenden Maßnahmen zur Unterstützung der Arbeitsplatzergonomie fällt die Maßnahme von *LUDW* auf: hier sind die Drucker dezentral auf den Fluren statt in den Büros platziert, um eine regelmäßige Unterbrechung der Sitzhaltung zu gewährleisten.

Zwar ist an manchen Stellen tendenziell erkennbar, dass größere Organisationen grundsätzlich mehr Budget für ihre Maßnahmen zur Verfügung stellen können, dennoch bieten die kleineren fast genauso viele Maßnahmen an, weshalb es bei einer leichten Tendenz bleibt.

Um bei Teil 2 des Interviews zunächst auf die subjektive Verbesserung der Gesundheit einzugehen, ist festzustellen, dass davon auszugehen ist, dass bei allen Organisationen solche Äußerungen über positive Veränderungen des Gesundheitszustandes von teilnehmenden Mitarbeitern hin und wieder vorkommen. Bei kleineren Organisationen scheint diese persönliche Rückmeldung an den Gesundheitsmanager häufiger vorzukommen. Die Gesundheitsmanagerinnen von *B-R* und *STGT* heben hervor, dass solche Rückmeldungen eher an die Trainer bzw. an den arbeitsmedizinischen Dienst gehen, da diese bislang noch nicht persönlich an sie gerichtet wurden. Objektive Messungen von medizinischen Parametern vor bzw. nach einer Maßnahme haben bislang bei keiner Organisation stattgefunden. *B-R* hat einmalig die Wirkung der Fitnesskurse auf die Mitarbeiter in Form einer Schulnote erfassen lassen und *REND* die selbst wahrgenommene veränderte Häufigkeit der Bewegung der Mitarbeiter. Wenn, dann werden bei den größeren Organisationen Rückmeldungen zur Qualität der Maßnahmen an sich im Rahmen einer Prozessevaluation eingeholt, jedoch nicht zu den daraus resultierenden gesundheitlichen Veränderungen (vgl. Frage 3.4; 3.5).

Bei Betrachtung der erkannten Verbesserungspotentiale der Maßnahmen-Portfolios hinsichtlich der gesundheitlichen Verbesserung des Einzelnen antworteten so gut wie alle in Richtung einer stärkeren Bedarfsorientierung des Angebots. Drei der Organisationen teilten bei der Frage Bereiche mit, bei denen auf Wunsch der Mitarbeiter noch mehr gemacht werden könnte bzw. in Zukunft in Form von konkreten Maßnahmen mehr gemacht werden wird. Die zwei großen Kommunen sehen eher das grundsätzliche Problem der Aufstellung von zielgruppenspezifischen Angeboten und die dafür notwendige Struktur (z.B. zur Maßnahmenevaluation) dahinter und bleiben unkonkret in den Maßnahmenvorschlägen. *FREI* sieht die Antwort in der ständigen Gestaltung neuer Angebote, ebenfalls ohne Beispiele zu nennen.

In Teil 3 sollen zunächst mit den Fragen 3.1 und 3.2 die Teilnehmerzahlen ausgewählter Bewegungsangebote und deren Entwicklung verglichen werden, sofern sie erhoben werden. Zum Zeitpunkt der Interviews waren bei *BENN* und *STGT* keine Teilnehmerzahlen bekannt. Bei den Angeboten von *B-R*, *FREI*, dem Großteil der Angebote von *LUDW* und dem Zirkeltraining von *REND* blieben sie in den letzten Jahren konstant. Die bewegte Mittagspause als eigenständiges Angebot sowie die Mini-Workshops bei den Gesundheitstagen von *LUDW* wurden jedoch so stark nachgefragt, dass ein zweiter Kurs aufgemacht wurde. Bei *REND* ergab sich bei der Schwimmbadnutzung eine höhere Nachfrage im Vergleich zum Vorjahr. *FREI* verzeichnete im Vergleich zur Zeit nach dem ersten Gesundheitstag den Angaben zufolge einen leichten Rückgang in den Teilnehmerzahlen. Größenunterschiede der Organisationen spielen hier keine Rolle.

Bei der Auswertung der Antworten zur Frage 3.3 (welche Maßnahmen zum Erfolg bei Teilnehmerzahlen geführt haben) wurde in der Tabelle einerseits in Kurzform eingetragen, was tatsächlich auf die Frage geantwortet wurde, andererseits auf die Antworten bei den Fragen zu den einzelnen Handlungsfeldern hingewiesen, auf die im Laufe des Interviews danach (*Frage 3.4 – 3.7.2 und 3.9*) geantwortet wurde. Hinsichtlich der tatsächlichen Antworten wurde dreimal eine Angebotsanpassung erwähnt, zweimal auf die Relevanz von Gesundheitskommunikationsmaßnahmen und einmal auf eine stärkere Beteiligung der Mitarbeiter hingewiesen. Bei *LUDW* wurde geantwortet, dass die Teilnehmerzahlen größtenteils konstant geblieben sind und bei *STGT* wurde neben den Kommunikationsmaßnahmen erwähnt, dass Teilnehmerzahlen bei Zielgruppenspezifität der Maßnahmen grundsätzlich kein Problem sein müssten.

Hinsichtlich der von den weiteren Fragen abgedeckten Handlungsfeldern wird deutlich, dass – auch wenn in den unmittelbaren Antworten verschiedene Schwerpunkte gelegt wurden – fast alle die in der Literaturrecherche identifizierten Handlungsfelder abdecken: Alle Organisationen setzen in ihrem BGM auf Gesundheitskommunikation, Partizipation und Anreize in gewisser Form. Fünf von sechs setzen aktuell auf Maßnahmen zur Bewusstseinssteigerung und

Fortbildungen von Führungskräften zu Gesundheitsthemen. Wieder spielen Größenunterschiede der Organisationen keine Rolle.

Bei den Fragen 3.4 und 3.5 zur Partizipation der Mitarbeiter wird deutlich, dass keine der Kommunen, mit Ausnahme von *LUDW* mit ihren Gesundheitswerkstätten, regelmäßig, systematisch Feedback zum BGM von den Mitarbeitern einholt. Die drei größeren Kommunen (*REND*, *STGT*, *LUDW*) gaben an, bereits Feedbackbögen vereinzelt eingesetzt zu haben, meist im Zusammenhang mit neuen Maßnahmen. Die drei kleineren Organisationen *BENN*, *FREI*, und *B-R* haben dargestellt, dass sie jederzeit offen für persönliche Anregungen sind. *LUDW* sucht dagegen hin und wieder aktiv den persönlichen Kontakt zu Teilnehmern für Feedback. *STGT* und *B-R* gaben an, auch Anregungen der Mitarbeiter aus dem Personal- bzw. Betriebsrat anzunehmen. *REND* und *STGT* bzw. nach dem Interview auch *B-R* wollen künftig mehr Beteiligungsmöglichkeiten für Feedback schaffen. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass Größenunterschiede bei der Anwendung von Feedbackbögen u.ä. durchaus eine Rolle spielen, da die befragten kleineren Organisationen diese nicht anwenden, sondern auf persönliches Feedback setzen.

Frage 3.6 sollte ursprünglich dem Vergleich verschiedener Anreizsysteme zur Bewegungsförderung dienen. Die Analyse der Ergebnisse zeigt jedoch, dass fast alle befragten Organisationen lediglich Anreize schaffen, indem sie versuchen, die Schwelle zur Wahrnehmung der Anreize, durch arbeitsplatznahe und kostengünstige bzw. kostenlose Angebote, herabzusetzen. Unter anderem rechtliche und finanzielle Hindernisse werden als Gründe genannt, weshalb darüber hinaus nicht z.B. mit den in Kapitel 4.7 beschriebenen Vorschlägen gearbeitet wird. Teilweise werden Anreizsysteme auch aufgrund der Gefahren der manipulativen Wirkung oder der mangelnden Nachhaltigkeit sogar kritisch betrachtet. Lediglich *B-R* schenkt einem Mitarbeiter, der in einem Jahr keinen Krankheitstag hat, einen Gutschein für einen Kursreihe der Sportkurse. Es fallen kaum Größenunterschiede bei den Organisationen auf. Anzumerken ist hierzu nur, dass *BENN* als die kleinste der befragten Kommunen, keine Maßnahmenkosten komplett übernimmt.

Die Antworten der Frage 3.7 zur Kommunikation der Maßnahmen zeigt folgende Tabelle:

Tabelle 13: Übersicht der Antworten bei Frage 3.7 bzw. 3.3 zu den Kommunikationsmaßnahmen (eigene Darstellung)							
Art	Medium	REND	STGT	BENN	LUDW	B-R	FREI
Elektronische Information	E-Mail	ja	nein	ja	ja	ja	ja
	Intranet	ja	ja	k.A.	ja	k.A.	k.A.
Aushang/ Auslage/ Print	Plakate	ja	nein	nein	ja	ja	nein
	z.B. Flyer	ja	nein	ja	k.A.	k.A.	nein
	Zeitschrift	ja	nein	ja	ja	nein	ja
Persönlicher Kontakt	durch BGM-Koordinator/ Führung/ Personalrat	BGM-Koordinatorin und Führung	Personalrat	k.A.	BGM-Koordinatorin	Führung und Personalrat	k.A.

Unabhängig von ihrer Größe verwenden die meisten der befragten Organisationen die klassischen Kanäle – zumindest über ein Medium. Lediglich bei der persönlichen Ansprache sind nur bei vier der Befragten Angaben gemacht worden. *FREI* fällt in der Gegenüberstellung auf, da sich dort hauptsächlich auf E-Mail-Kommunikation konzentriert wird. Noch auffallender sind die Ergebnisse von *STGT*. Hier befindet sich dieser Bereich, bei dem die dezentrale Verteilung der Ämter über das Stadtgebiet berücksichtigt werden muss, erst noch im Aufbau. Eine der Schwierigkeiten, die auch *LUDW* betont hat, sei dabei die Erreichung von Mitarbeitern ohne E-Mail-Zugang (z.B. beim Bauhof).

Bei den Maßnahmen, die zu mehr Bewusstsein für Bewegung und Gesundheitsaktivitäten im Alltag führen sollen, nennen drei Organisationen Gesundheitstage als Beispiel, da in diesem Rahmen oftmals Vorträge, Workshops u.ä. angeboten werden, wobei der Aspekt Bewusstsein und Achtsamkeit thematisiert wird. Daneben werden VHS-Kurse zu diesen Themen von drei Kommunen bezuschusst. Bei *B-R* finden solche Kurse über das Angebot der BKK kostenlos statt. *REND* plant ebenfalls mit Gesundheitstagen und einem Achtsamkeitskurs. Außerdem könnten dort bald Hinweise an Aufzügen und

Treppen im Rathaus angebracht werden, um verhältnispräventiv das Bewusstsein für Bewegung im Alltag zu schulen. Bei *STGT* kam bei Schreibtischarbeitsplätzen bis zum letzten Update des Betriebssystems eine App zum Einsatz, die in individuellen Abständen an Bewegung erinnert sowie u.a. Ausgleichsübungen vorgeschlagen hat. Unabhängig von der Größe bieten also alle mehr oder weniger etwas zu dem Thema an.

Beim Thema Führungskräftefortbildungen haben fast alle befragten Organisationen einmal Schulungen angeboten. *REND* ist derzeit noch in der Phase der Auswahl. Bei drei Kommunen ist die Wahrnehmung der Angebote auf freiwilliger Basis, bei *B-R* gibt es neben freiwilligen auch verpflichtende Veranstaltungen und bei *FREI* war die Teilnahme an dem einen Seminar, das bisher angeboten wurde, erwünscht. Alle Angebote finden in der Regel während der Arbeitszeit statt. Es finden sich darunter Angebote, die sowohl die psychologische Funktion von Führung bzw. die Wirkung der Führungskraft auf die Mitarbeiter als auch die Führungsrolle beim Gesundheits- bzw. beim Arbeitsschutz behandeln. Aufgrund des umfangreichen Angebots stechen *B-R* und *STGT* heraus. Bei *STGT* gibt es auch Coaching für Führungskräfte. Zwar bezeichnet *LUDW* das eigene Angebot als noch ausbaufähig, dennoch bieten die großen Organisationen in diesem Bereich aber etwas mehr an.

Hinsichtlich der Meinungen zur Rolle von Führungskräften für einen aktiven Alltag der Mitarbeiter, liefert die Tabelle in Anlage 2 eine Übersicht. Nach Häufigkeit gegliedert, antworteten die Interviewpartner mit: Vorleben/ Vorbild sein (5x), Informieren (4x), Verständnis/ Freiraum zulassen (3x), Teilnahme aktiv fördern (3x), positive Einstellung/ dahinter stehen (2x), Achtsamkeit für eigene Gesundheit (2x) sowie Relevanz verdeutlichen (1x) und Berücksichtigung der Aktivitäten der Mitarbeiter bei der Alltagsorganisation (1x).

Bei der Zusatzfrage zur Bewertung der Praxis, Führungskräfte je nach Ausprägung von gesundheitsorientiertem Führen zu belohnen/ zu bestrafen bzw. das in der Beurteilung wiederzuspiegeln, gehen die Meinungen der Interviewpartner auseinander. *FREI* lässt den psychologischen Aspekt in Anbetracht der Folgen von „falschem Führen“ bereits über gewisse Kriterien in das LOB-System miteinfließen. *REND* wäre offen für ein LOB-System, das diese Kriterien

berücksichtigt und *STGT* würde – wenn, dann ein Mallus-System bevorzugen und sieht aber die Praxis mit Boni, ähnlich wie *LUDW*, kritisch. *B-R* und *LUDW* teilen die Ansicht, dass eine Führungskraft grundsätzlich ein Verständnis für gesundheitsorientiertes Führen mitbringen muss. *LUDW* betont, dass eine Einstellung dazu nicht extrinsisch erzeugt werden könne, während *B-R* auch das Anreizpotential sieht, seine Einstellung zu hinterfragen und anders zu arbeiten.

Bei der abschließenden Frage zu weiteren Aktivitäten, die mehr Resonanz erzeugen können, haben die meisten noch einmal auf wichtig Punkte hingewiesen, die bei der eigenen Organisation noch Potential haben, wie Bedarfsorientierung durch Partizipation (3x), meist zusammen mit Erstellung eines vielfältigen Angebots (3x) sowie gute Kommunikation (2x). Außerdem wurde genannt, dass eine positive Stimmung herrschen (1x) und die Angebote Spaß machen sollten (2x) womit der Aspekt der Gesundheitskultur angedeutet wird. Zu diesem Aspekt passt auch, dass eine Verbesserung der „Selbstachtsamkeit“ (1x) für wichtig erachtet wurde und dass alle Führungskräfte das Thema unterstützen sollten (1x). *STGT* hebt noch den Aspekt, der Implementierung eines Lernzyklus hervor, der für ein sich laufend verbesserndes Angebot benötigt wird.

Bei der letzten Frage zu weiteren relevanten Aspekten kristallisiert sich insbesondere aus den Anmerkungen von *STGT* und *LUDW* folgendes Problem heraus: Die Entscheidungsträger sehen in Investitionen in BGM oftmals überwiegend die kurzfristigen, zusätzlichen Ausgaben und erkennen a) den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistung nicht direkt und b) können den langfristigen ROI trotz der wissenschaftlichen Evidenz nicht einschätzen, nicht zuletzt, weil Berechnungen des ROI im Vorhinein sehr komplex sind und keine eindeutige Aussagekraft besitzen. Da nicht klar ist, wie viel bereitgestellt werden muss, um ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen, werden manche Investitionen daher nicht getätigt. Bei *B-R* wurde laut Interviewantwort noch keine BGM-Maßnahme deswegen „gecancelt“; dennoch spielt der finanzielle Aspekt auch hier keine untergeordnete Rolle. Größenvergleiche sind hier mangels Äußerungen der kleineren Organisationen hierzu nicht möglich.

Allgemein erfordert der Vergleich von Größenunterschieden eine differenzierte Betrachtung. Tendenzen, wie z.B. größere Verwaltungen oder privatwirtschaftliche Organisationen setzen grundsätzlich mehr der Empfehlungen um, können durch die geringe Zahl der Interviews nicht untermauert werden.

7. Diskussion

7.1. Der Vergleich zur Theorie

Im Folgenden soll zu den Ergebnissen zum Vorgehen der Organisationen im BGM und den vertreten Meinungen Stellung genommen sowie Optimierungsmöglichkeiten festgestellt werden. Das Vorwissen zum Stand der Forschung soll hier als Maßstab dienen. Andersherum könnten die Ergebnisse die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche erweitern.

Hinsichtlich der Maßnahmenangebote ist festzustellen, dass alle Organisationen zusammen fast das komplette Spektrum der Empfehlungen abdecken. Was zunächst positiv hervorzuheben ist, ist, dass alle Organisationen Kraftausdauer fokussierende, angeleitete Sportkurse bzw. Yoga-Kurse anbieten, die den Empfehlungen zum wöchentlichen Mindestumfang entsprechen. Insbesondere, wenn mehrere zur Auswahl stehen, ist dies hilfreich, um die Motivationskomponenten 2 (angemessener Schwierigkeitsgrad) und 6 (Individualität) zu treffen. Daneben ist das reine, kostengünstige zur Verfügung stellen von Sportmöglichkeiten, durch die bei fast allen vorhandene Kooperation mit Fitnessseinrichtungen, nach der Literatur als weniger effektiv zu bewerten, als Maßnahmen mit direkter Anleitung (Heirich et al., 1993; Uhle & Treier, 2015, S. 179 f.). Das schließt aber die Wirksamkeit dieser Maßnahmen, sofern sie regelmäßig genutzt werden, nicht grundsätzlich aus, gerade auch wegen der Nähe zum Arbeitsplatz der Einrichtungen (Kaeding et al., 2019, S. 41). Bei der Übernahme der Teilnahmegebühren für einen Firmenlauf bleibt es zwar auch den Mitarbeitern überlassen, wie Sie trainieren, jedoch wird hier Motivationskomponente 1 (Ziele setzen) durch den verbindlichen Termin aktiviert, was die Wahrscheinlichkeit, vorher regelmäßig zu trainieren, erhöhen könnte. Optimalerweise bilden sich hier, wie bei *B-R* angemerkt, unter den teilnehmenden

Mitarbeitern vor dem Lauf selbstständige Trainingsgruppen, wodurch gleichzeitig die soziale Erwartung erhöht wird und praxistaugliche Wege (*i.S.v. Komponente 3*) aufgezeigt werden. Ein Schrittzählwettbewerb, wie der von *REND*, erreicht über den Vergleich in der App ähnlich motivationale Effekte und hat den Vorteil, dass auch Mitarbeiter mit gesundheitlichen Einschränkungen, die sie am Joggen hindern, eingebunden werden können. Beide Interventionen haben den Nachteil bezüglich der Nachhaltigkeit, dass sie nur über einen gewissen Zeitraum laufen (Kaeding et al., 2019, S. 48). Dennoch sind sie den anderen Organisationen bei einem Einsatz in regelmäßigen Abständen aufgrund der genannten Effekte zu empfehlen. Sporteinheiten während der Arbeitszeit bzw. aktive Kurzpausen, wie sie z.B. bei der Feuerwehr von *LUDW* vorkommen, die fest in die organisationale Routine eingebunden werden, werden zwar von der Literatur empfohlen (Initiative Gesundheit & Arbeit, 2015, S. 17; Kaeding et al., 2019, S. 34 ff.; Suntinger, 2018, S. 28; Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018, S. 45, 91 f.), aber werden bei Büroarbeitsplätzen mit flexiblen Arbeitszeiten und Kundenkontakt sowie nicht zuletzt aufgrund kultureller Barrieren künftig weiterhin wohl eher selten eingesetzt. Für die Verbreitung bräuchte es entsprechend der japanischen Tradition auch bei uns Vorreiter, die die Empfehlungen der Forschung zu Arbeitspausen umsetzen. Zumindest die Verwendung einer individuell an Bewegung erinnernde App, wie sie *STGT* eingesetzt hatte, wäre eine Lösung, die in die heutige flexible Arbeitswelt passt. Hinsichtlich weiterer verhältnispräventiver Maßnahmen ist die dezentrale Platzierung von Druckern, wie bei *LUDW*, hinsichtlich bewegungsfördernder Effekte zu empfehlen. Weitere Effekte können dadurch, sowie durch das Anbringen von Schildern an Fahrstühlen, wie *REND* es plant oder durch den Ausbau von Fahrradstellplätzen und Duschköglichkeiten (*STGT*) erzielt werden (Kaeding et al., 2019, S. 113). Positiv ist festzuhalten, dass immerhin bei allen Organisationen nach und nach Standarschreibtische durch höhenverstellbare Schreibtische abgelöst werden sollen. Was derzeit niemand anbietet, sind auf Verhältnispräventionsebene Laufbandschreibtische oder Pausenräume mit Sportmöglichkeiten und auf Verhaltenspräventionsebene Teamsportarten, Short & Sharp Interventionen oder multimodale Interventionen. Hierzu wird auf die Empfehlungen im Kapitel 5.2 verwiesen, die den Mitarbeitern zur Umsetzung vorschlagen werden könnten.

Bezüglich der Ergebnisse zur Evaluation der qualitativen Wirksamkeit war zu erwarten, dass aufgrund der damit verbundenen Kosten bei wenigen Organisationen sportmedizinische Messungen durchgeführt werden. Die kostengünstige Variante über Gesundheitsfragebögen gesundheitliche Wirkungen der Maßnahmen zu erfassen, wurde jedoch bisher leider auch nur vereinzelt, bei *B-R* und *REND* angewendet. Vor der Tatsache, dass nur zahlenbasierte Nachweise über gesundheitliche Wirkungen, wie hier z.B. die prozentual erhöhte Bewegung, Grundlage für das Ableiten von nötigen Angebotsänderungen und für die Einforderung von Ressourcen sein können, besteht hier bei allen Befragten erhebliches Verbesserungspotential. Rein mündliche Rückmeldungen über die Wirksamkeit sind Entscheidungsträgern auf Dauer nicht ausreichend (vgl. Kapitel 5.3).

Dass Evaluation ein wichtiges Thema ist, bringen zumindest die großen Kommunen *LUDW* und *STGT* bei der Frage zu dem Verbesserungspotential hinsichtlich der qualitativen Wirksamkeit des Maßnahmenportfolios zum Ausdruck. Erfreulich ist, dass praktisch alle mit einer stärkeren Orientierung der Angebote auf den individuellen Bedarf ihrer Mitarbeiter reagieren wollen, womit das zentrale Handlungsfeld „Partizipation“ zur Aktivierung der Mitarbeiter fokussiert wird, wodurch sowohl individuelle gesundheitliche Beschwerden angegangen als auch die Resonanz gestärkt werden kann.

Die Ergebnisse bei der Frage zur zentralen Kennzahl Teilnehmerzahlen zur Erhebung der Resonanz bzw. quantitativen Wirksamkeit wirken dagegen etwas ernüchternd. Dort, wo sie erhoben werden, sind die meisten Kursangebote zwar erfreulicherweise ausgebucht, allerdings bleiben die Teilnehmerzahlen dadurch konstant – auf den ersten Blick, weil die Kapazitäten des Trainers und der Räumlichkeiten eine limitierende Rolle spielen. Jedoch scheint es sich aufgrund der geringen Nachfrage in der Regel auch bisher nicht gelohnt zu haben, einen weiteren Kurs aufzumachen, mit Ausnahmen bei *LUDW*. Aufgrund der lückenhaften Datenlage kann der Anteil der am BGM beteiligten Mitarbeiter nicht individuell berechnet werden. In der Gesamtschau dürften aber nur wenige der interviewten Organisationen eine Einbindungsquote von 50% der Mitarbeiter erreicht haben, wie

sie von Uhle & Treier, 2015, S. 187 nach zwei Jahren empfohlen wird. Lediglich *REND* schafft es alleine mit der kostenlosen Schwimmbadnutzung etwas über 40% der Belegschaft zu erreichen, wobei sich die Frage stellt, wie oft die Mitarbeiter das Angebot jeweils tatsächlich nutzen. Da den Auswertungen zu bisherigen Wegen zur Resonanzhöhung (*Frage 3.3*) zufolge aber schon alle auf den identifizierten Handlungsfeldern aktiv sind, lohnt sich ein genauerer Blick auf die einzelnen Handlungsfelder (*Frage 3.4-3.7, 3.9*):

Beim Thema Partizipation zur Entwicklung und Verbesserung eines bedarfsorientierten Angebots ist es positiv hervorzuheben, dass immerhin überall persönliche Anregungen entgegengenommen werden, was insbesondere bei *BENN* noch als ausreichend betrachtet werden kann. Grundsätzlich ist aber zumindest bei der Implementierung eines systematischen BGMs bei allen Organisationen eine Bedarfserhebung (z.B. angelehnt, an die in Abbildung 3 empfohlene Vorgehensweise) Voraussetzung für einen priorisierten Maßnahmeneinsatz. Zwar führen alle befragten Organisationen seit längerem BGF Maßnahmen durch, jedoch hat sich mit Ausnahme von *STGT* kein Interviewpartner dazu geäußert. Wenn, dann wird im Rahmen der Prozessevaluation vereinzelt, meist mit Fragebögen zu aktuellen Maßnahmen evaluiert. Dies könnte – wie von dem ein oder anderen selbst festgestellt – noch regelmäßiger (z.B. jährlich) geschehen. Einzig die Gesundheitswerkstätten von *LUDW*, bei der auch Risikogruppen beteiligt werden, entsprechen voll und ganz den Empfehlungen der Literatur.

Beim Thema Anreize sehen fast alle Organisationen es als ausreichend an, die Schwelle zur Wahrnehmung der Angebote herabzusetzen. Zwar kann dies die gewünschten Effekte erzielen, aber nur, wenn die Mitarbeiter dementsprechend auch die entsprechende Einstellung, Motivation und SWE besitzen, um die Angebote dann auch dauerhaft wahrzunehmen. Der Kritikpunkt von *LUDW* in Bezug auf die Nachhaltigkeit ist demnach berechtigt, da er auch auf Gutscheinsysteme u.a. Anreize zutrifft. Auch die von *STGT* befürchtete manipulative Wirkung kann eintreten bei Anreizsystemen, wie z.B. dem Gutschein-Belohnungssystem für Mitarbeiter ohne Krankheitstage von *B-R*, da hierin auch ein Fehlanreiz, sich auch krank zur Arbeit zu begeben, gesehen werden könnte. Jedoch

sollte m.M. nach auch immer die Chance gesehen werden, dass Mitarbeiter durch solche Anreizsysteme etwas Neues ausprobieren und möglicherweise Gefallen daran finden. (Die Diskussion um die Sinnhaftigkeit solcher extrinsischen Motivationsmaßnahmen für Führungskräfte – entsprechend der Zusatzfrage – würde ähnlich verlaufen, weshalb sie hier ausgespart wird.)

In der Praxis hindern rechtliche Beschränkungen Kommunen z.T. bei der Einführung von Anreizsystemen⁶; finanzielle Beschränkungen hängen aber eher an den Entscheidungsträgern. Ein Blick zu erfolgreichen Vorreitern im BGM kann hier evtl. auch ermutigend wirken, da es möglich ist, entsprechende Wege zu finden.

Zur Bewertung der zweigeteilten Frage nach den bewusstseinsfördernden Maßnahmen ist festzuhalten, dass die Befragten größtenteils Massenmedien und gruppenspezifische Kommunikation zumindest in einem Mindestumfang einsetzen; dennoch ihrer Kommunikation durch die in Kapitel 4.5 gelisteten Maßnahmen einen Feinschliff verpassen könnten. Ein wichtiger Punkt wäre dabei insbesondere die stärkere persönliche Ansprache durch Einbindung aller Führungskräfte, um gruppendynamische Motivationseffekte zu erzielen sowie eine stärkere Orientierung an Marketing-Konzepten (Storytelling etc.).

Bei den Führungskräftebildungen zum gesunden Führen zeichnet sich ebenfalls ein positives Bild ab. Hier könnten bislang lediglich einmalig stattgefundene Maßnahmen in Zukunft regelmäßig angeboten werden. Zudem wären mehr längerfristige Führungskräftecoachings wünschenswert.

Die Antworten bei der Frage zur Rolle von Führung im BGM zeigen, dass allen Organisationen die Bedeutung von Führungskräften bewusst ist, auch, wenn an der ein oder anderen Stelle in den Interviews deutlich wird, dass eine Beeinflussung der Mitarbeiter als grundsätzlich schwierig angesehen wird.

⁶ Der Aspekten der Beachtung der steuerlichen Komponente bei Zusatzleistungen wurde aufgrund der Hinweise der Gemeinde Benningen a.N. und der Stadt Freiberg a.N. in das Kapitel 4.7 Anreize eingearbeitet.

Bei den Ergebnissen zur Frage zu weiteren Wegen, die Teilnehmerzahlen positiv beeinflussen bzw. Verhaltensveränderungen herbeiführen könnten, ist erfreulich, dass insgesamt alle Handlungsfelder genannt werden und sogar der Aspekt Gesundheitskultur angedeutet wird. Zwar erwähnt nur *STGT*, dass die Implementierung eines Lernzyklus von Bedeutung ist für ein bedarfsorientiertes, sich laufend verbesserndes und vielfältiges Angebot; dennoch handeln alle – zumindest im Kleinen – bereits nach diesem Grundprinzip, obgleich die kleinen Kommunen weniger umfangreich auf die Frage antworteten. Zwar klingt hier und da durch, dass tatsächliche Verhaltensänderungen nur sehr schwer herbeizuführen seien, dennoch scheint bei fast allen aber eine Offenheit für die Auseinandersetzung mit den Wegen zu mehr Resonanz in der Zukunft vorhanden zu sein.

Hinsichtlich der Problematik der Glaubwürdigkeit des BGMs bezüglich der Ressourcenbereitstellung durch die Entscheidungsträger ist hier noch einmal auf die Relevanz von Ergebnisevaluation im Rahmen eines PDCA-Zyklus hinzuweisen, da nur diese, wenn schon kein ROI errechnet werden kann, Grund zur wirksamen Fortführung des BGMs liefert.

Im Gegensatz zu den erwarteten, starken Einflüssen der Größenunterschiede wurde die Forschungshypothese hinsichtlich des Verbesserungspotentials bzw. wurden die damit verbundenen Annahmen (*vgl. Kapitel 6.1, S. 49*) alle bestätigt.

7.2. Kritik an der Methodik

Im Folgenden sollen Limitationen und Kritikpunkte an der vorliegenden Untersuchung aufgezeigt werden.

Zunächst stellt sich die Frage, ob die Wahl einer anderen Forschungsmethodik sinnvoller gewesen wäre. Da es hier das primäre Ziel war, aus der Betrachtung von Einzelfällen Tendenzen abzuleiten, für die Verbesserungspotential ausgelotet werden kann, war das Experteninterview die geeignete Methode. Dennoch hätte ein Fragebogen an viele Organisationen gewisse Tendenzen manifestieren und somit die Verallgemeinbarkeit erhöhen können.

Weitere kritisch zu betrachtende Fragen sind, ob die wichtigsten Gütekriterien qualitativer Forschung – Transparenz, Intersubjektivität und Reichweite – gewahrt wurden (vgl. Flick, 2010, S. 395 ff.).

Transparenz ist gewährleistet, wenn der Prozess bzw. das Vorgehen nachvollziehbar gemacht wird. Da in Kapitel 6.1 zur Methodik das Vorgehen und die Intention dokumentiert werden, ist dieses Kriterium hinreichend erfüllt.

Intersubjektivität ist vorhanden, wenn bei der Diskussion der Ergebnisse verschiedene Sichtweisen berücksichtigt und reflektiert werden. Wenn es bei einzelnen Fragen um Meinungen ging, wurde versucht, diese in angemessenem Umfang zur Diskussion zu stellen. Da es bei den Interviews aber meist um Fakten bzw. Handlungen ging, die entweder dem Ziel der effektiven BGF laut Literatur dienlich sind oder nicht, konnte hier nur bewertet werden, ob der Status quo bereits dem Optimalzustand entspricht oder, ob noch Potential besteht. Hier und da fällt die Bewertung vielleicht auch ein wenig „hart“ aus, wenn individuelle Umstände – wie z.B. personeller, finanzieller, zeitlicher Ressourcenmangel – die notwendigen Aktivitäten zur Schaffung von Voraussetzungen für eine Verbesserung (wie z.B. Evaluation) gar nicht erst zulassen. Deshalb muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass hier immer von dem (vielleicht auch utopischen) optimalen BGM ausgegangen wird. Damit wird auch schon das Gütekriterium „Reichweite“ angedeutet.

Reichweite ist vorhanden, wenn ein ähnliches Interview, ähnliche Ergebnisse erbringen würde. Hier liegt ein Kritikpunkt darin, dass manche Interviewpartner vor dem Gespräch den Fragenkatalog erhalten haben (Freiberg a.N. hat ihn vorab sogar schriftlich ausgefüllt!) und sich daher besser vorbereiten konnten, als die, die nur den groben Aufbau kannten. Auch hätte man die Antwort- und Rückfragemöglichkeiten genauer durchdenken können, um z.B. bei den Kommunikationsmaßnahmen überall eindeutige Angaben zu erhalten. Außerdem wurde die Interviewauswertung nicht von einer zweiten Person für eine Reliabilitätsprüfung erneut durchgeführt.

Der Fragebogen selbst wurde zudem bereits in der Einarbeitungsphase konzipiert, sodass ein zentraler Aspekt, nämlich ob eine koordinierende Instanz – wie ein Arbeitskreis Gesundheit – bei der Organisation existiert, nicht abgefragt wurde. Dies hätte auch noch einmal einen Einblick in die Einbindung von Führungskräften und die zentralen Akteure ermöglicht.

Trotz der leichten methodischen Ungenauigkeiten haben die Interviews einen angemessenen Vergleich unter den interviewten Organisationen sowie mit den Best-Practice-Empfehlungen der Theorie ermöglicht.

8. Fazit und Ausblick

Die Beantwortung der Frage nach der quantitativen Wirksamkeit – nach den Wegen zur sozialen Resonanz – lässt sich aus den Kapiteln 2 und 4 folgendermaßen zusammenfassen: Die Resonanz der Mitarbeiter zur aktiven Teilnahme und zur Fortentwicklung einer nachhaltigen, wirkungsvollen BGF geht einher mit der Wandlung der Organisationskultur zu einer auf Empowerment basierenden Gesundheitskultur, die Motivation, SWE und Kompetenz stärkt. Dies geschieht vor dem Verständnis, dass Gesundheit ein zu gestaltender, regulierbarer und beeinflussbarer Prozess ist, der individuelle Kompetenz und Ressourcen benötigt. Motivation entsteht nach arbeitspsychologischen Erkenntnissen insbesondere durch die Hervorhebung des Wertes einer Handlung oder eines Motivs für die eigenen Bedürfnisse, durch Aufzeigen von machbaren Strategien zur Bewältigung und durch die Ermöglichung, eigene Ziele aus innerem Antrieb individuell zu verfolgen. Gesundheitskultur umfasst Sensibilisierung, einen Ausgleich des Defizits von gesundheitsbezogenem Wissen durch gezielte Gesundheitskommunikation, Beteiligungsmöglichkeiten bzw. offenen Gestaltungsspielraum für die Mitarbeiter als Basis sowie ggf. eine belohnenden Anreizgestaltung. Führungskräfte spielen hierbei ebenso eine besondere Rolle, wie positive Emotionen rund um das Thema Gesundheit sowie gegenseitige soziale Unterstützung.

Hinsichtlich der Beantwortung der Frage der qualitativen Wirksamkeit, lässt sich aus Kapitel 3 und 5 folgendes Fazit ziehen: Mitarbeiter, die sich eher entsprechend

dem natürlichen Bewegungsverhalten des menschlichen Körpers bewegen und für einen körperlichen Ausgleich für das übermäßige Sitzen im Alltag durch Kräftigungs- und Dehnungsübungen einerseits sorgen und sich andererseits zur Kompensation der langen Zeiten der Inaktivität allgemein mehr bewegen (z.B. durch Ausdauersport), haben neben einer besseren Körperhaltung ein geringeres Risiko für Erkrankungen der Skelettmuskulatur und anderen „Zivilisationskrankheiten“ und sind deshalb gesünder. Außerdem wirkt sich die vermehrte Aktivität auf das Stressempfinden und damit auf das psychische Wohlbefinden aus. Der Arbeitgeber kann und sollte Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeiter und insbesondere auf die Arbeitsverhältnisse nehmen. Bei dauerhaften Fehlbelastungen aufgrund einer mangelnden Arbeitsgestaltung hilft Bewegung allein aber nicht. Ein breiter Maßnahmenmix aus den effektivsten verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen, die die Mitarbeiter tatsächlich mehr und vielseitiger bewegen, bringt die qualitativ nachhaltigsten Gesundheitsverbesserungen. Insbesondere regelmäßige Bewegungspausen können ein Schlüssel zur Veränderung sein. Hohe Ausgaben sind dafür nicht immer nötig.

Hinsichtlich der Evaluation und Sicherung beider Aspekte der Wirksamkeit muss sowohl Prozessevaluation der Maßnahmen aber auch v.a. Ergebnisevaluation stattfinden, um eine Rückkoppelung an die Beschäftigten zu gewährleisten. Letztere muss die quantitative Wirksamkeit über die Teilnehmerzahlen und die qualitative Wirksamkeit über Gesundheitsdaten überprüfen, um im Sinne des BGM-Zyklus Anpassungen an den Maßnahmen vornehmen zu können und Investitionen vor den Entscheidungsträgern zu rechtfertigen. Ein systematisches BGM gewährleistet beides zur Zielverwirklichung der BGF über einen Regelkreis und eine koordinierende Instanz.

Bezüglich des aus dem Vergleich von Theorie und Praxis abgeleiteten Verbesserungsbedarfs ist festzuhalten, dass Organisationen mit einer BGF im klassischen Bereich der Bewegungsförderung (neben dem immer wichtiger werdenden Aspekt der Förderung der psychischen Gesundheit) folgendes Verbesserungspotential haben: Ihre Maßnahmen könnten a) noch weiter gehen und b) wäre über die Basis regelmäßiger Prozess- und Ergebnisevaluation hinaus ein

konstanter Austausch mit der Wissenschaft und anderen Organisationen, die ein BGM eingeführt haben, notwendig, um eine Reflektion des eigenen Maßnahmenportfolios, zur laufenden Verbesserung anzustellen.

Neben der Evaluation bzw. dem PDCA-Zyklus besteht insbesondere auf den Gebieten Kommunikation/ Gesundheitsmarketing, Partizipation/ Gesundheitszirkel, ggf. bei Anreizsystemen und vereinzelt auch bei der Unterstützung der Entwicklung von Führungskräften (z.B. über Coachings) noch Potential.

Für künftige Forschungsprojekte wäre es denkbar, eine ähnliche Befragung bei weiteren Organisationen durchzuführen, um weitere Vergleiche – auch vertiefend zwischen Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst oder verschiedenen Bundesländern – anstellen zu können. Auch könnten dieselben Organisationen z.B. in drei Jahren erneut befragt werden, um Entwicklungen herauszuarbeiten und zu vergleichen.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung und Flexibilisierung der Arbeitswelt, die zuletzt im Zuge der Hygienevorkehrungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie flächendeckend einen großen Schritt vorangeschritten ist, ist eine Untersuchung von wirksamen Maßnahmen der Bewegungsförderung, die ortsunabhängig ausgeführt werden können und über das Internet angeboten werden (Sport-Kurse per Videotelefonie, App-basierte Aktivitätswettbewerbe, ...) auch hinsichtlich der alters- und zielgruppenspezifischen Annahme der Mitarbeiter, ein weiteres spannendes Untersuchungsfeld.

Auch könnten künftig beim Thema der Wirksamkeit von BGF-Maßnahmen noch konkreter einzelne Faktoren untersucht werden, wie z.B. die Auswirkungen des Commitments einzelner Mitarbeiter zu ihrem Arbeitgeber auf die Teilnahmequote von BGF Maßnahmen.

Weiterführender Forschungsbedarf wurde auch schon hinsichtlich der Berechnung des individuellen ROIs – also der Wirtschaftlichkeit – von Investitionen in BGM festgestellt. Bestehende Ansätze sind weiterzuentwickeln, um für Entscheidungsträger greifbarer und für BGM-Verantwortliche auf die Praxis anwendbarer zu machen.

Generalisierend bleibt festzuhalten, dass die Fokussierung auf übergeordnete koordinierende Instanzen, Systeme und Netzwerke zur Gesundheitsförderung im Sinne des Salutogenese, die in direkter Kommunikation mit den Betroffenen in ihren Settings – ob Betrieb, Schule oder Region – stehen, weiterhin gestärkt werden müssen, um die Menschen zu erreichen – eben nicht nur aufgrund wirtschaftlicher Interessen, wie der Leistungserhöhung der Menschen und der Kostenreduktion – sondern schon allein aufgrund der Verbreitung des humanitären Wertes der Verantwortung für unsere eigene Gesundheit und die unserer Mitmenschen, als Basis für unser Miteinander. Denn letztendlich besteht im Miteinander das entscheidende Potential, dass einst von oben angeregte Veränderungen, von unten ausgestaltet werden und somit Gesundheit in der Organisationskultur verankert wird. Die gegenseitige Unterstützung und die Beziehungen der Mitarbeiter untereinander entscheiden, ob die Maßnahmen in der Breite angenommen werden, denn Menschen sind nach meinem Erachten eben nicht rein rationale, sondern vielmehr soziale Wesen. Der sich daraus ergebende, oben angesprochene, benötigte Mehrwert für das Individuum durch die Wahrnehmung des BGMs ist vor allem die Integration in einer gesunden Gemeinschaft.

9. Literaturverzeichnis

- Abraham, C. & Graham-Rowe, E. (2009). Are worksite interventions effective in increasing physical activity? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 3(1), 108–144.
- ACAD Write. (o. J.). *Das Experteninterview: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring*. Zugriff am 05.07.2020. Verfügbar unter <https://www.acad-write.com/ratgeber/tipps/experteninterview-inhaltsanalyse-mayring/>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, (50), 179–211.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Aus dem Amerikanischen übersetzt von Alexa Franke und Nicola Schulte) (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36, Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- AOK. (2018). *Gesundheitsförderung: steuerrechtliche Regelungen nutzen*. Verfügbar unter Anlage 16
- AOK. (2019). *Überblick: Gesunder Rücken*. Zugriff am 10.08.2020. Verfügbar unter <https://www.aok.de/fk/plus/betriebliche-gesundheit/gesunder-ruecken/ueberblick-gesunder-ruecken/>
- Arao, T., Oida, Y., Maruyama, C., Mutou, T., Sawada, S., Matsuzuki, H. et al. (2007). Impact of lifestyle intervention on physical activity and diet of Japanese workers. *Preventive Medicine*, 45(2-3), 146–152. Verfügbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743507001910?via%3Dihub>
- Badura, B. (2010). Unternehmerischer Erfolg durch betriebliches Sozialvermögen: Ein thematischer Einstieg. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (1. Aufl., S. 11–12). Bern: Verlag Hans Huber.
- Badura, B., Münch, E. & Ritter, W. (2001). *Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Fehlzeiten durch Motivationsverlust?* (5. Aufl.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis* (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 17). Berlin: Ed. Sigma.
- Baecke, J., Burema, J. & Frytters, E. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *American Journal of Clinical Nutrition*, 36(5), 936–942. Verfügbar unter <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/36/5/936/4693663?redirectedFrom=fulltext>
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164.

- Barene, S., Krstrup, P. & Holtermann, A. (2014). Effects on the Workplace Health Promotion Activities Soccer and Zumba on Muscle Pain, Work Ability and Perceived Physical Exertion among Female Hospital Employees. *PLoS One*, 9(12), 1–14. Verfügbar unter DOI:10.1371/journal.pone.0115059
- Barr-Anderson, D. J., AuYoung, M., Whitt-Glover, M. C., Glenn, B. A. & Yancey, A. K. (2011). Integration of short bouts of physical activity into organizational routine. A systematic review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(1), 76–93. Verfügbar unter [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(10\)00558-1/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(10)00558-1/fulltext)
- Becker, F. (2020). *Intrinsische Motivation und extrinsische Motivation*, Wirtschaftspsychologische Gesellschaft. Mitarbeitermotivation. Zugriff am 13.08.2020. Verfügbar unter <https://wpgs.de/fachtexte/motivation/intrinsische-motivation-und-extrinsische-motivation/>
- Becker, F. G. (2002). *Lexikon des Personalmanagements. Über 1000 Begriffe zu Instrumenten, Methoden und rechtlichen Grundlagen betrieblicher Personalarbeit* (2. Aufl.). München: DTV-Beck.
- Becker, M. (2008). *Messung und Bewertung von Humanressourcen: Konzepte und Instrumente für die betriebliche Praxis*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Bellicha, A., Kieusseian, A., Frontvielle, A. M., Tataranni, A., Copin, N., Charreire, H. et al. (2016). A multistage controlled intervention to increase stair climbing at work: effectiveness and process evaluation. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 13(47), 1–9. Verfügbar unter <https://ijbnpa.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12966-016-0371-0>
- Bernhardt, J. M. (2004). Communication at the core of effective public health. *American journal of public health*, 94(12), 2051–2053.
- Berthel, J. & Becker, F. G. (2017). *Personal-Management: Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit* (11. Aufl.): Schäffer-Poeschel. Verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hs-ludwigsburg/detail.action?docID=4917723>
- BKK Dachverband. (o. J.). *Muskel-Skelett-Erkrankungen in der Arbeitswelt wirksam vorbeugen*. Verfügbar unter https://www.bgm-bkk.de/uploads/media/MSE_Präsentation.pdf
- BKK Dachverband. (2015). *BKK Gesundheitsreport 2015. Langzeiterkrankungen - Zahlen, Daten, Fakten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2015/BKK_Gesundheitsreport_2015.pdf
- Blackford, K., Jancey, J., Howat, P., Ledger, M. & Lee, A. (2012). Office-Based Physical Activity and Nutrition Intervention: Barriers, Enablers, and Preferred Strategies for Workplace Obesity Prevention, Perth, Western Australia. *Preventing Chronic Disease*, (10), 1–11. Verfügbar unter https://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/pdf/13_0029.pdf
- Blanchard, K., Carlos, J. P. & Randolph, A. (1998). *Das neue Führungskonzept: Mitarbeiter bringen mehr, wenn Sie mehr dürfen*. Hamburg: Rowohlt.

- Bohns, V. K. & Wiltermuth, S. S. (2012). It hurts when I do this (or you do that): Posture and pain tolerance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(1), 341–345.
Verfügbar unter
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022103111001612?via%3Dihub>
- Bös, K., Brehm, W. & Gröben, F. (2004). Sportliche Aktivierung. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung. Problembezogene psychologische Interventionen* (S. 171–198). Göttingen: Hogrefe.
- Bouchard, D. R., Strachan, S., Johnson, L., Moola, F., Chitkara, R., McMillan, D. et al. (2016). Using shared treadmill workstations to promote less time spent in daily low intensity physical activities: A pilot study. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(1), 111–118. Verfügbar unter
<https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/13/1/article-p111.xml>
- Brandenburg, U. & Nieder, P. (2009). *Betriebliches Fehlzeiten-Management: Instrumente und Praxisbeispiele für erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement* (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler; Springer Fachmedien.
- Breitkreuz, G. (2020). *Personalentwicklung und Lernpsychologie: Operantes Konditionieren (Teil 1)*. Zugriff am 15.08.2020. Verfügbar unter
<https://www.experto.de/businessstipps/personalentwicklung-und-lernpsychologie-operantes-konditionieren-teil-1.html>
- Brendt, D. & Hühnerbein-Sollmann, C. (2008). *Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe. Effektive Mittel und effiziente Wege zur betrieblichen Gesundheitsförderung* (1. Aufl.). Renningen: expert.
- Bruch, H. & Kowalevski, S. (2013). *Gesunde Führung - Wie Unternehmen eine gesunde Performancekultur entwickeln*. Überlingen: compamedia. Verfügbar unter
https://www.compasso.ch/cm_data/de_Gesunde_Fuehrung_-_Wie_Unternehmen_eines_gesunde_Performancelkultur_entwickeln.pdf
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2016). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. Unfallverhütungsbericht Arbeit* (2. Aufl.). Dortmund: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Verfügbar unter
https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2014.pdf?__blob=publicationFile&v=19
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2020a). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Verfügbar unter
https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Betriebliches-Gesundheitsmanagement/_functions/BereichsPublikationssuche_Formular.html?sortOrder=score+asc
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2020b). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2018*. Dortmund. Verfügbar unter
https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3

- Bundesministerium des Innern. (2009). *Change Management: Anwendungshilfe zu Veränderungsprozessen in der öffentlichen Verwaltung*. Berlin. Verfügbar unter https://www.verwaltung-innovativ.de/SharedDocs/Publikationen/Presse__Archiv/20100224_anwendungshilfe_change_management.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Bundesministerium des Innern. (2011). *Gesundheitsförderungsbericht 2010 der unmittelbaren Bundesverwaltung - einschließlich Fehlzeitenstatistik*. Berlin. Verfügbar unter https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/oeffentlicher-dienst/gesundheitsmanagement/gesundheitsfoerederungsbericht-2010.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Prävention*. Zugriff am 11.08.2020. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2015). *Settingansatz/ Lebensweltansatz*. (Rosenbrock, R., Hartung, S.). Zugriff am 13.08.2020. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/settingansatz-lebensweltansatz/>
- Buse, U. (2020). *So werden Sie im Alltag schlank und fit*, Spiegel Online. Zugriff am 12.08.2020. Verfügbar unter <https://www.spiegel.de/fitness/fitter-im-alltag-liegestuetze-am-schreibtisch-und-kniebeugen-beim-telefonieren-a-7128ce71-941f-4f1b-b648-66b3823dae66>
- Camargo, P. R., Haik, M. N., Ludewig, P. M., Filho, R. B., Mattiello-Rosa, S. M. G. & Salvini, T. F. (2009). Effects of strengthening and stretching exercises applied during working hours on pain and physical impairment in workers with subacromial impingement syndrome. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(7), 463–475. Zugriff am <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09593980802662145>.
- Cooley, D. & Pedersen, S. (2013). A pilot study of increasing nonpurposeful movement breaks at work as a means of reducing prolonged sitting. *Journal of environmental and public health*, (ID 128376), 1–8. Verfügbar unter <http://downloads.hindawi.com/journals/jep/2013/128376.pdf>
- Cowen, V. S. (2010). Functional fitness improvements after a worksite-based yoga initiative. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(1), 50–54. Verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20006289/>
- Cuddy, A. J. C., Wilmuth, C. A. & Carney, D. R. (2012). *The Benefit of Power Posing Before a High-Stakes Social Evaluation*: Harvard Business School Working Paper No. 13-027. Verfügbar unter <https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/9547823/13-027.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39(2), 223–238. Verfügbar unter https://www.pedocs.de/volltexte/2017/11173/pdf/ZfPaed_1993_2_Deci_Ryan_Die_Selbstbestimmungstheorie_der_Motivation.pdf

- Demmer, H. & Kunkel, K. (1995). *Betriebliche Gesundheitsförderung - von der Idee zur Tat* (Europäische Serie zur Gesundheitsförderung, Bd. 4). Essen: Europäisches Informationszentrum Gesundheitsförderung im Betrieb.
- Derer, P. J. (2012). *Gesundheitsförderliche Personalführung. Das integrale Modell als Schlüssel zum Erfolg* (Bachelor + Master Publishing). Hamburg: Diplomica Verlag.
- Donath, L., Faude, O., Schefer, Y., Roth, R. & Zahner, L. (2015). Repetitive daily point of choice prompts and occupational sit-stand transfers, concentration and neuromuscular performance in office workers: An RCT. *International journal of environmental research and public health*, 12(4), 4340–4353.
- Dorsch - Lexikon der Psychologie. (o. J.a). *Intention*. Zugriff am 16.08.2020. Verfügbar unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/intention>
- Dorsch - Lexikon der Psychologie. (o. J.b). *Volition*. Zugriff am 16.08.2020. Verfügbar unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/volition>
- Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse* (Mensch, Technik, Organisation, Bd. 25). Zürich: vdf.
- Dugdill, L., Brettell, A., Hulme, C., McCluskey, S. & Long, A. F. (2008). Workplace physical activity preventions: a systematic review. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(1), 1–16. Verfügbar unter <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/6052/1/McCluskeyWorkplace.pdf>
- Dürschmidt, J. (2018). *Einführung in die Methoden der empirischen Sozialforschung*. [unv. Manuskript]. Ludwigsburg: Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen.
- Esch, K. (2018). *Mit geschickter Gestaltung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung Steuern sparen*, IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft. Zugriff am 18.08.2020. Verfügbar unter <https://www.iww.de/lgp/archiv/arbeitgeberleistungen-mit-geschickter-gestaltung-bei-der-betrieblichen-gesundheitsfoerderung-steuern-sparen-f110791>
- Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H. & Graubard, B. I. (2013). Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 309(1), 71–82. Verfügbar unter doi:10.1001/jama.2012.113905
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 395–407). Wiesbaden: Springer.
- Flick, U. (2016). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge* (3. Aufl.). Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.
- Foley, B., Engelen, L., Gale, J., Bauman, A. & Mackey, M. (2016). Sedentary Behavior and Musculoskeletal Discomfort are Reduced When Office Workers Trial an Activity-Based Work Environment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(9), 24–31. Verfügbar unter https://journals.lww.com/joem/Abstract/2016/09000/Sedentary_Behavior_and_Musculoskeletal_Discomfort.12.aspx

- Freitas-Swerts, F. C. T. de & Carmo Cruz Robazzi, M. L. do. (2014). The effects of compensatory workplace exercises to reduce work-related stress and musculoskeletal pain. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(4), 629–636. Verfügbar unter <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/0104-1169-rlae-22-04-00629.pdf>
- Frey, I., Berg, A., Gratwohl, D. & Keul, J. (1999). Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität. *Sozial- und Präventivmedizin*, (44), 55–64. Verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01667127>
- Friczewski, F. (1991). Arbeit und Gesundheit - zur betrieblichen Gesundheitsförderung. In K. Jork, B. Kauffmann, Lobo Rocque & E. Schuchardt (Hrsg.), *Was macht den Menschen krank? 18 kritische Analysen* (S. 81-93). Basel: Birkhäuser.
- Fritz, S. (2006). *Ökonomischer Nutzen "weicher" Kennzahlen. (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit* (2. Aufl.). Zürich: vdf.
- Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M. & Seelig, H. (2015). Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(2), 60–76. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000137>
- Gao, L., Flego, A., Dunstan, D. W., Winkler, E. A. H., Healy, G. N., Eakin, E. G. et al. (2018). Economic evaluation of a randomized controlled trial of an intervention to reduce office workers' sitting time: the "Stand Up Victoria" trial. *Scandinavian Journal Work, Environment and Health*, 44(5), 503–511. Verfügbar unter doi:10.5271/sjweh.3740
- Gartley, R. M. & Prosser, J. L. (2011). Stretching to prevent musculoskeletal injuries. An approach to workplace wellness. *AAOHN Journal: official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 59(6), 247–252. Verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/216507991105900603>
- Gerber, M. (2010). Sport als Stresskiller: Faktot oder Fiktion? *Druckpunkt - Zeitschrift der deutschen Hochdruckliga e.V.*, 4(2), 30–31. Verfügbar unter https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/druckpunkt/2010-2/dp-2010-02.pdf
- GKV-Spitzenverband. (2018). *Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 1. Oktober 2018*. Berlin: AOK-Bundesverband; BKK Dachverband; IKK; SVLFG; Knappschaft; Verband der Ersatzkassen. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf
- Greiner, B. A. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (Schriftenreihe Psychologie und innovatives Management, 39-56). Göttingen: Hogrefe; Verl. für Angewandte Psychologie.
- Gundewall, B., Liljeqvist, M. & Hansson, T. (1993). Primary Prevention of Back Symptoms and Absence from Work: A Prospective Randomized Study Among Hospital Employees. *Spine*, 18(5), 587–594. Verfügbar unter https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/1993/04000/Primary_Prevention_of_Back_Symptoms_and_Absence.11.aspx

- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2010). Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (4. Aufl., S. 1–9). Berlin: Springer. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/226473402_Motivation_und_Handeln_Einfuehrung_und_Ueberblick
- Heirich, M. A., Foote, A., Erfurt, J. C. & Konopka, B. (1993). Work-Site Physical Fitness Programs: Comparing the Impact of Different Program Designs on Cardiovascular Risks. *JOM*, 35(5), 510–517. Verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8515323/>
- Hertie School of Governance. (2017). *Zukunftspanel Staat & Verwaltung 2017. Digital Government und Verwaltungsmodernisierung in Deutschland: Status Quo, Herausforderungen und Umsetzungserfahrungen Ergebnisse einer deutschlandweiten Behördenbefragung*. Berlin: Wegweiser. Verfügbar unter https://www.hertie-school.org/fileadmin/4_Debate/Debate_Photos_Downloads/2017/2017_General_news_items/Zukunftspanel_2017.compressed.pdf
- Herzberg, F. H., Mausner, B. & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: Routledge.
- Höpker, J. (2019). *Gewohnheiten ändern in vier Schritten*. Zugriff am 06.04.2020. Verfügbar unter <https://www.habitym.de/gewohnheiten-aendern/>
- Hornik, R. C. (2002). *Public health communication: Evidence for behavior change*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Huber, S. (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg* (S. 67–87). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. & Richter, M. (2012). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5. Aufl., S. 661–691). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K. & Leppin, A. (2001). Moderne Gesundheitskommunikation - eine Einführung. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-health*. (S. 9–21). Bern: Hans Huber.
- Initiative Gesundheit & Arbeit. (2015). *iga.Report 28 - Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. Teil 1: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention - Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012*. Berlin: AOK-Bundesverband; BKK Dachverband e.V.; Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung; Verband der Ersatzkassen e. V. Verfügbar unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf
- Isamaralai, S. A., Honsri, K., Kongkamol, C., Wattanapitkul, P., Tangadrulrat, N., Kaewmanee, T. et al. (2018). Integrating participatory ergonomic management in non-weight-bearing exercise and progressive resistance exercise on self-care and

- functional ability in aged farmers with knee osteoarthritis: a clustered randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*, 13, 101–108. Verfügbar unter <https://www.dovepress.com/integrating-participatory-ergonomic-management-in-non-weight-bearing-e-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. Verfügbar unter https://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2019/07/jacobi-degs-praevalenzen-nervenarzt_2014_incl-erratum.pdf
- Jakobsen, M. D., Sundstrub, E., Brandt, M., Jay, K., Aagaard, P. & Andersen, L. L. (2015). Physical exercise at the workplace reduces perceived physical exertion during healthcare work: cluster randomized controlled trial. *Scandinavian journal of public health*, 43(7), 713–720. Verfügbar unter https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494815590936?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- Júdice, P. B., Hamilton, M. T., Sadinha, L. B. & Silva, A. M. (2015). Randomized controlled pilot of an intervention to reduce and break-up overweight/obese adults' overall sitting time. *Trials*, 16(490), 1–11. Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631103/pdf/13063_2015_Article_1015.pdf
- Kaeding, T. S. (2017). Whole-Body Vibration Training in Workplace-Health Promotion: A Promising Intervention? *Austin Sports Medicine*, 2(2), 1018. Verfügbar unter <https://austinpublishinggroup.com/sports-medicine/fulltext/asm-v2-id1018.php>
- Kaeding, T. S. & Simon, W. (2018). Betriebliche Gesundheitsförderung: ein potentielles Betätigungsfeld für Trainer? *Leistungslust*, 3(2), 41–43. Verfügbar unter <https://leistungslust.de/artikel/betriebliche-gesundheitsfoerderung-ein-potenzielles-betaetigungsfeld-fuer-trainer/>
- Kaeding, T. S. (2006). *Krafttraining als präventive Maßnahme bei älteren Menschen. Praxisorientierte Theorien und Konzepte*. Marburg: Tectum.
- Kaeding, T. S., Mayländer, S. & Walden, M. (2019). *Die vitale Firma. So bringen Sie Ihre Mitarbeiter in Bewegung* (1. Auflage). München: Richard Pflaum.
- Kaluza, G. (2015). *Gelassen und Sicher Im Stress : Das Stresskompetenz-Buch: Stress Erkennen, Verstehen, Bewältigen*. Berlin, Heidelberg: Springer. Verfügbar unter <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hs-ludwigsburg/detail.action?docID=3567484>
- Kaschube, J. (2006). *Eigenverantwortung - eine neue berufliche Leistung. Chance oder Bedrohung für Organisationen?* (Psychologie und Beruf, Bd. 4). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kiesche, E. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Analyse und Handlungsempfehlungen* (Betriebs- und Dienstvereinbarungen der Hans-Böckler-Stiftung). Frankfurt a. M.: Bund.

- Klaperski, S., Seelig, H. & Fuchs, R. (2012). Sportaktivität als Stresspuffer. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 19, 80–90. Verfügbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1026/1612-5010/a000061>
- Koepf, G. A., Manohar, C. U., McCrady-Spitzer, S. K., Ben-Ner, A., Hamann, D. J., Runge, C. F. et al. (2013). Treadmill Desks: A 1-Year Prospective Trial. *Obesity*, 21(4), 705–711. Verfügbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/oby.20121>
- Länger, A. (2018). *Gesund und leistungsfähig im Job. Die besten Strategien und Übungen für den Arbeitsalltag* (Haufe TaschenGuide, Bd. 315). Freiburg: Haufe.
- Langhoff, T. (2009). *Den demografischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten. Eine Zwischenbilanz aus arbeitswissenschaftlicher Sicht*. Berlin: Springer.
- Lauterbach, M. (2008). *Gesundheitscoaching. Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf* (Management, 2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Lenhardt, U. (1999). *Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen - Angebotsstrategien - Umsetzung* (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 18). Berlin: Ed. Sigma.
- Lilie, O. (2020). *Zielvereinbarungen in der Personalarbeit und in der Personalentwicklung*, Personalmanagementwissen Online. Zugriff am 13.08.2020. Verfügbar unter <https://www.perwiss.de/zielvereinbarungen.html>
- Linton, S. J. (2001). Occupational Psychological Factors Increase the Risk for Back Pain: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11(1), 53–66. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/11647808_Occupational_Psychological_Factors_Increase_the_Risk_for_Back_Pain_A_Systematic_Review
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (Springer-Lehrbuch, 35-60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1991). Self regulation through goal setting. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 212–247. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/232501090_A_Theory_of_Goal_Setting_Task_Performance
- Ludwigsburger Kreiszeitung. (2018). *Verein fördert Gesundheit von Lehrlingen* (22.09.2018). Verfügbar unter https://www.lkz.de/lokales/landkreis-ludwigsburg_artikel,-verein-foerdert-gesundheit-von-lehrlingen-_arid,498170.html
- Mansi, S., Milosavljevic, S., Tumilty, S., Hendrick, P., Higgs, C. & Baxter, D. G. (2015). Investigating the effect of a 3-month workplace-based pedometer-driven walking programme on health-related quality of life in meat processing workers: a feasibility study within randomized controlled trial. *BMC public health*, 15(410), 1–12. Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431031/pdf/12889_2015_Article_1736.pdf
- Marin, P. J. & Rhea, M. R. (2010). Effects of Vibration Training on Muscle Power: A meta-analysis. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 24(2), 548–556. Verfügbar unter <https://journals.lww.com/nsca->

jscr/Fulltext/2010/02000/Effects_of_Vibration_Training_on_Muscle_Strength_.36.aspx

- Maslow, A. H. (1943). *A Theory of Human Motivation*. (zitiert nach der auf dem Originalartikel im *Psychological Review* basierenden E-Book-Ausgabe von 2014 von Sublime Books): Psychological Review. Verfügbar unter https://www.amazon.de/Theory-Human-Motivation-English-ebook/dp/B00J96VLDQ/ref=nav_signin?_encoding=UTF8&qid=&sr=&
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Beltz Pädagogik, 12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McClelland, D. C. (1987). *Human Motivation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Meyer, M. (2016). *Körperhaltung verbessern: 10 simple Wege zu mehr Attraktivität*. Zugriff am 12.08.2020. Verfügbar unter <https://www.marathonfitness.de/koerperhaltung-verbessern/>
- Michishita, R., Jiang, Y., Ariyoshi, D., Yoshida, M., Moriyama, H. & Yamato, H. (2017). The practice of active rest by workplace units improves personal relationships, mental health, and physical activity among workers. *Journal of occupational health*, 59(2), 122–130. Verfügbar unter doi: 10.1539/joh.16-0182-OA
- Mitchell, T. R. & Albright, D. W. (1972). Expectancy theory predictions of the satisfaction, effort, performance, and retention of naval aviation officers. *Organizational Behavior and Human Performance*, 8(1), 1–20. Verfügbar unter [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(72\)90033-5](https://doi.org/10.1016/0030-5073(72)90033-5)
- Morris, J. N. & Hardman, A. E. (1997). Walking to health. *Sports Medicine*, 23(5), 306–332. Verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.2165%2F00007256-199723050-00004>
- Nicoll, G. (2007). Spatial measures associated with stair use. *American journal of health promotion*, 21(4), 346–352. Verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/0890-1171-21.4s.346>
- Nieder, P. (2000). Führung und Gesundheit. In U. Brandenburg, P. Nieder & B. Susen (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation* (S. 149–161). Weinheim: Juventa.
- Nyberg, A., Bernin, P. & Theorell, T. (2005). *The impact of leadership on the health of subordinates* (Report No 1:2005). Stockholm: National Institute for Working Life. Verfügbar unter http://www.su.se/polopoly_fs/1.51750.1321891474!/P2456_AN.pdf
- O`Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229–245. Verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01173490>
- Palmer, C. (2016). *Berufsbezogene Kreativitätsdiagnostik: Beschreibung und Messung der personalen Voraussetzungen von Innovationen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=YSSFCwAAQBAJ>
- Pedersen, M. T., Blangsted, A. K., Andersen, L. L., Jorgensen, M. B., Hansen, E. A. & Sjogaard, G. (2009). The effect of worksite physical activity intervention on physical capacity, health, and productivity: a 1-year randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(7), 759–770. Verfügbar unter

- https://journals.lww.com/joem/Abstract/2009/07000/The_Effect_of_Worksite_Physical_Activity.2.aspx
- Pelz, W. (2020). *Von der Motivation zur Volition. Motive in Resultate (Erfolge) umsetzen. Volition und Motivation: Definition, Zusammenhang und Test*, Institut für Management-Innovation. Zugriff am 10.06.2020. Verfügbar unter <http://www.volition-motivation.de/>
- Personalmanagement.info. (o. J.). *Anreize*. Zugriff am 15.08.2020. Verfügbar unter <https://www.personalmanagement.info/hr-know-how/glossar/detail/anreize/>
- Rank, B. (1997). *Erwartungs-Wert-Theorien: Ein Theoriekonzept der Wirtschaftspsychologie und seine Anwendung auf eine berufsbiographische Entscheidung*. München: Rainer Hampp. Verfügbar unter <https://www.econstor.eu/handle/10419/116846>
- Rhades, J. (2008). *Schulschiff Deutschland* (2. Auflage). Koblenz: Bernard & Graefe.
- Sawkowicz, K. J. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement - Gesundheitsförderung durch Bewegung. Eine Untersuchung zur Wahrnehmung und Akzeptanz in der Bundesverwaltung am Beispiel ausgewählter Bundesbehörden* (Schriften zur allgemeinen inneren Verwaltung, Bd. 22). Brühl: Fachhochschule des Bundes für Öffentliche Verwaltung.
- Schult, T. M., Awosika, E. R., Schmunk, S. K., Hodgson, M. J., Heymach, B. L. & Parker, C. D. (2012). Sitting on Stability Balls: Biomechanics Evaluation in a Workplace Setting. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 10, 55–63. Verfügbar unter <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15459624.2012.748324?scroll=top&needAccess=true>
- Schulte, M. & Bamberg, E. (2002). Ansatzpunkte und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Führungskräften. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 33(4), 369–384.
- Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 521–524). Göttingen: Hogrefe.
- Skogstad, M., Lunde, L.-K., Ulvestad, B., Aass, H. C. D., Clemm, T., Mamen, A. et al. (2018). The effect of a Leisure Time Physical Activity Intervention Delivered via a Workplace: 15-Month Follow-Up Study. *International journal of environmental research and public health*, 15(264), 1-13. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858333/pdf/ijerph-15-00264.pdf>
- Spieß, E. & Stadler, P. (2008). Gesundheitsförderliches Führen - Defizite erkennen und Fehlbelastungen der Mitarbeiter reduzieren. In A. Weber, G. Hörmann & Y. Ferreira (Hrsg.), *Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft* (1. Aufl., 255-264). Stuttgart: Gentner.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Gd60.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Stieglitz, D. D., Vinson, D. R. & Coux Hampton, M. de. (2016). Equipment-based Pilates reduces work-related chronic low back pain and disability: a pilot study. *Journal of*

- Bodywork and Movement Therapies*, (20), 74–82. Verfügbar unter [https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592\(15\)00161-8/fulltext](https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592(15)00161-8/fulltext)
- Straub, C. (2015). *Statement von Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, anlässlich der Pressekonferenz zur Vorstellung des Reports Krankenhaus 2015 der BARMER GEK*. Berlin: Barmer GEK. Verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/37830/eff1be2c3e2bc8c109aca4e27d739c89/data/pdf-pressemappe-report-krankenhaus-2015.pdf>, Anlage 15
- Suntinger, T. (2017). *5 Ideen für die betriebliche Gesundheitsförderung*, Corpus Motum. Zugriff am 12.04.2020. Verfügbar unter <https://www.corpusmotum.com/wp-content/uploads/2017/08/Betriebliche-Gesundheitsförderung-5-Ideen.pdf>, Anlage 17
- Suntinger, T. (2018). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Der Praxisguide für Unternehmen*. Leipzig: CreateSpace.
- Taylor, W. C., King, K. E., Shegog, R., Paxton, R. J., Evans-Hudnall, G. L., Rempel, D. M. et al. (2013). Booster Breaks in the workplace: participants' perspectives on health-promoting work breaks. *Health Education Research*, 28(3), 414–425. <https://doi.org/10.1093/her/cyt001>
- Techniker Krankenkasse. (2014). *Gesundheitsreport 2014 der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Risiko Rücken*. Hamburg. Verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2034306/6a6a173e065bc8de4cd64d4013e5c371/gesundheitsreport-2014-data.pdf>
- Techniker Krankenkasse. (2013). *Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Hamburg. Verfügbar unter https://www.sucht-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/pdf/TK_Bleib_locker_Deutschland.pdf
- Techniker Krankenkasse. (2016a). *Beweg Dich, Deutschland! TK Bewegungsstudie 2016*. Verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2026646/0aa4b08bf5b67b8495dce9b24b2c3bac/tk-bewegungsstudie-2016-data.pdf>
- Techniker Krankenkasse. (2016b). *Entspann dich, Deutschland - TK-Stressstudie 2016*. Hamburg. Verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2026630/9154e4c71766c410dc859916aa798217/tk-stressstudie-2016-data.pdf>
- Techniker Krankenkasse. (2016c). *Lebenswelt Betrieb. Mit leistungsfähigen Mitarbeitern in eine erfolgreiche Zukunft*. Hamburg. Verfügbar unter <https://docplayer.org/35291783-Gesunde-mitarbeiter-sind-leistungsfahiger.html>
- Thiele von Schwarz, U., Lindfors, P. & Lundberg, U. (2008). Health related effects of worksite interventions involving physical exercise and reduced workhours. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 34(3), 179–188. Verfügbar unter https://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=1227

- Thompson, W. G. & Levine, J. A. (2011). Productivity of transcriptionists using a treadmill desk. *Work*, 40(4), 473–477. Verfügbar unter <https://content.iospress.com/download/work/wor01258?id=work%2Fwor01258>
- Thul, M. J. (2010). Qualitäts- und Betriebliches Gesundheitsmanagement: Integration, Ergänzung oder Gegensatz? In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (1. Aufl., S. 198–209). Bern: Verlag Hans Huber.
- Tobin, R., Leavy, J. & Jancey, J. (2016). Uprising: An examination of sit-stand workstations, mental health and work ability in sedentary office workers, in Western Australia. *Work*, 55(2), 359–371. Verfügbar unter <https://content.iospress.com/articles/work/wor2410>
- Trautner, C. (2012). Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5. Aufl., S. 123–150). Weinheim: Beltz Juventa.
- Treier, M. (2009). *Personalpsychologie im Unternehmen*. München: Oldenbourg.
- Tsai, H. H., Peng, S. M., Yeh, C. Y., Chen, C. J. & Chen, R. Y. (2011). An Effective Physical Fitness Programm for Small and Medium-sized Enterprises. *Ind Health*, 49(3), 311–320. Verfügbar unter https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/49/3/49_MS1152/_pdf/-char/en
- Tudor-Locke, C., Hendrick, C. A., Duet, M. T., Swift, D. L., Schuna [JR.], J. M., Martin, C. K. et al. (2014). Implementation and adherence issues in a workplace treadmill desk intervention. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 39(10), 1104–1111. Verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24993352/>
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E. & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup Med*, 51(5), 318–324. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1093/occmed/51.5.318>
- Uhle, T. (2006). Der Einfluss der Präventionsprozesse. In B. Zimolong & W. Kohte (Hrsg.), *Integrativer und kooperativer Arbeits- und Umweltschutz in der Metallindustrie IKARUS. Organisatorische, rechtliche und psychologische Perspektiven* (151–176). Kröning: Asanger.
- Uhle, T. & Treier, M. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie* (7. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2017). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Gabler. Verfügbar unter <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hs-ludwigsburg/detail.action?docID=5117940>
- University of Leicester. (2012). *New study finds that sitting for protracted periods increases the risk of diabetes, heart disease and death*. Zugriff am 12.08.2020. Verfügbar unter <https://www2.le.ac.uk/offices/press/press-releases/2012/october/new-study-finds-that-sitting-for-protracted-periods-increases-the-risk-of-diabetes-heart-disease-and-death>
- Visser, T. L. S., Rissanen, A., Seidell, J. C., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A. et al. (2004). Obesity and Unhealthy Life-Years in Adult Finns: An Empirical Approach. *Arch*

- Intern Med.*, 164(13), 1413–1420. Verfügbar unter DOI: 10.1001/archinte.164.13.1413
- Vroom, V. H. (1964). *Work and Motivation*. New York: John Wiley & Sons.
- Vuillemin, A., Rostami, C., Maes, L., van Cauwenberghe, E., van Lenthe, F. J., Brug, J. et al. (2011). Worksite physical activity interventions and obesity: a review of European studies (the HOPE project). *Obesity Facts*, 4(6), 479–488. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/221751156_Worksite_Physical_Activity_Interventions_and_Obesity_A_Review_of_European_Studies_the_HOPE_Project
- Wagner, P. & Singer, R. (2003). Ein Fragebogen zur Erfassung der habituellen körperlichen Aktivität verschiedener Bevölkerungsgruppen, *Sportwissenschaft*(33), 385–397. Verfügbar unter <https://www.bisp-surf.de/Record/PU200403000848>
- Walle, O. (2020). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Einführung in 6 Phasen*. Zugriff am 14.08.2020. Verfügbar unter https://www.haufe.de/arbeitschutz/gesundheit-umwelt/die-6-phasen-zur-einfuehrung-eines-bgm_94_282458.html
- Walter, U. (2010). Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In B. Badura, T. Hehlmann & U. Walter (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg Zur Gesunden Organisation* (2. Aufl., S. 147–148). Berlin: Springer.
- Weibler, J., Endres, S., Kuhn, T., Müssigbrodt, M. & Petersen, M. (2016). *Personalführung*. München: Franz Vahlen.
- Wendsche, J. & Lohmann-Haislah, A. (2018). *Arbeitspausen gesundheits- und leistungsförderlich gestalten* (Managementpsychologie, Band 3). Göttingen: Hogrefe.
- WHO. (1946). *Constitution of the world health organization*. New York. Verfügbar unter <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Genf: WHO Press. Verfügbar unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=D672119735AA7E82873B5A918CA10F57?sequence=1
- Wieland, R. (2004). Arbeitsgestaltung, Selbstregulationskompetenz und berufliche Kompetenzentwicklung. In B. S. Wiese (Hrsg.), *Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung. Kernkompetenzen in der modernen Arbeitswelt* (S. 169–196). Frankfurt: Campus.
- Wieland, R. (2009). *Barmer Gesundheitsreport 2009: Psychische Gesundheit und psychische Belastungen*, Barmer Ersatzkasse. Zugriff am 21.05.2020. Verfügbar unter <https://www.yumpu.com/de/document/read/7374760/gesundheitsreport-2009-haward>
- Wieland, R. (2010). *Gesundheitsreport 2010 Teil 1. Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern*. Berlin: Barmer GEK. Verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/38604/6dd4cc42fd1d4acc9aa9d8201bec2b75/data/gesundheitsreport-2010-pdf.pdf>
- Wieland, R. & Baggen, R. (1999). Bewertung und Gestaltung der Arbeit auf der Grundlage psychophysiologischer Beanspruchungsanalysen. *Wuppertaler Psychologische Berichte*, 1, 2–19.

- Wilde, B., Dunkel, W., Hinrichs, S. & Menz, W. (2010). Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen. In B. Badura, J. Klose, K. Macco & H. Schröder (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern* (Fehlzeiten-Report, Bd. 2009, S. 154). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wilde, B., Hinrichs, S., Bahamondes, Pavez, Carolina & Schüpbach, H. (2009). Führungskräfte und ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter – Eine empirische Untersuchung zu den Bedingungsfaktoren gesundheitsförderlichen Führens. *Wirtschaftspsychologie*, (2), 74–89. Verfügbar unter https://www.wiso-net.de/document/WPSY__20092017
- Wong, J. Y. L., Gilson, N. D., van Uffelen, J. G. Z. & Brown, W. J. (2012). The Effects of Workplace Physical Activity Interventions in Men: A Systematic Review. *American Journal of Mens Health*, 6(4), 303–313. Verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988312436575>
- Ziegelmann, J. P. (2002). Gesundheits- und Krankheitsbegriffe. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 149–152). Göttingen: Hogrefe.
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J. & Graf, R. (2004). *Psychologie* (ps psychologie, 7. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Zimber, A. & Gregersen, S. (2007). *"Gesundheitsfördernd führen": eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Mitgliedbetrieben. Bisherige Entwicklungsschritte mit Testmaterialien - Projektdokumentation*. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW.
- Zimolong, B. & Elke, G. (2001). Die erfolgreichen Strategien und Praktiken der Unternehmer. In B. Zimolong (Hrsg.), *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen* (S. 235–268). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Zimolong, B. & Stapp, M. (2001). Psychosoziale Gesundheitsförderung. In B. Zimolong (Hrsg.), *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen* (S. 141–169). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Zipperer, S. (2019). *Mitarbeitermotivation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)*. Zugriff am 13.08.2020. Verfügbar unter <https://www.gesundheitsbewegt.com/mitarbeitermotivation-im-betrieblichen-gesundheitsmanagement/>

Erklärung des Verfassers

„Ich versichere, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass meine Abschlussarbeit von Seiten der Hochschule mit einer Plagiatssoftware überprüft werden kann.“

Pleidelsheim, im September 2020

S. Santner
Stefan Santner