

BGM in Klein(st)betrieben

**Eine quantitative Online-Befragung in
niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben zum
Wissensstand über BGM**

Caterina Carè



Departement: Gesundheit
Institut für Public Health
Studienjahr: 2020
Eingereicht am: 03.05.2023
Begleitende Lehrperson: Regula Neck-Häberli

**Bachelorarbeit
Gesundheits-
förderung und
Prävention**

Abstract

Zur Erhaltung der Gesundheit von Erwerbstätigen trotz komplexer werdender Anforderungen in der Arbeitswelt wird das Betriebliche Gesundheitsmanagement immer populärer. Im Rahmen dieser Arbeit soll ermittelt werden, wie bekannt das Betriebliche Gesundheitsmanagement in Kleinst- und Kleinbetrieben in Niederösterreich, dem österreichischen Bundesland mit den höchsten Krankheitsausfällen, ist. Ausserdem soll die Haltung von Kleinst- und Kleinbetrieben gegenüber dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement ergründet werden.

Hierzu wurde eine quantitative Online-Umfrage bei insgesamt 37 Betrieben mit weniger als 50 Mitarbeitenden durchgeführt. Die Studie enthielt Fragen zu den Firmenmerkmalen, zum Wissensstand und zur Einstellung hinsichtlich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie zum derzeitigen Umsetzungsstand.

Die Mehrheit der Stichprobe schätzte ihr persönliches Wissen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement als mittelmässig ein, wobei die Kenntnisse in Kleinstbetrieben als geringer erachtet wurden. Von den Teilnehmenden hielten 22 % das Betriebliche Gesundheitsmanagement für <wenig wichtig> und 59 % für <wichtig>.

Der Bekanntheitsgrad des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und dessen Relevanz in Kleinst- und Kleinbetrieben sollten erhöht werden, damit es häufiger umgesetzt wird. Obwohl der Staat Österreich bereits entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen hat, ist die Sensibilisierung im Hinblick auf dieses Thema ausbaufähig. Kleinst- und Kleinbetrieben wünschen sich mehr Informationen zu Ansprechpersonen und Unterstützungsangeboten sowie Vorzeigebispiele aus Region oder Branche.

Keywords: Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, KMU, Kleinbetrieb, Kleinstbetrieb

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
1 Einleitung	5
1.1 Einführung in das Thema Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz	5
1.2 Relevanz der Gesundheitsförderung und Prävention	7
1.3 Eingrenzung, Zielsetzung und Forschungsfrage	8
1.4 Struktur der Arbeit	10
2 Theoretischer Hintergrund	11
2.1 Gesundheitsdefinition	11
2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement	12
2.2.1 Definition	13
2.2.2 Rahmenbedingungen in Österreich	15
2.3 Betriebsgrößen	17
2.4 Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt – Grundlagen	19
2.4.1 Ottawa-Charta	19
2.4.2 Luxemburger Deklaration	19
2.4.3 Verhaltens- und Verhältnisprävention	20
3 Methode	23
3.1 Selektive Literaturrecherche	23
3.2 Quantitative Befragung	24
3.2.1 Stichprobe	24
3.2.2 Vorbereitung und Durchführung der Online-Umfrage	24
3.2.3 Erhebungsinstrument	25
3.2.4 Datenaufbereitung und -analyse	26
4 Ergebnisse	27
4.1 Merkmale der teilnehmenden Betriebe	27
4.2 Ergebnisse der univariaten Analyse	29
4.2.1 Einschätzung der BGM-Kenntnisse	29
4.2.2 Haltung gegenüber dem BGM	30

4.2.3	Derzeitige Umsetzung des BGM	31
4.3	Ergebnisse der multivariaten Analyse	32
4.3.1	Grösse des Betriebs und Einschätzung der BGM-Kenntnisse	32
4.3.2	Grösse des Betriebs und Haltung gegenüber dem BGM.....	33
4.3.3	Grösse des Betriebs und derzeitige Umsetzung des BGM.....	34
4.3.4	Einschätzung der BGM-Kenntnisse und Haltung gegenüber dem BGM	34
4.3.5	Branchenunterschiede.....	35
5	Diskussion.....	36
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	36
5.2	Beantwortung der Forschungsfragen	37
5.3	Limitationen.....	42
6	Schlussfolgerung	45
6.1	Fazit	45
6.2	Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie weiterführende Fragen	46
7	Literaturverzeichnis	48
8	Weitere Verzeichnisse.....	56
8.1	Abbildungsverzeichnis	56
8.2	Tabellenverzeichnis	56
9	Eigenständigkeitserklärung	57
10	Anhang	58
	A Dokumentation Literaturrecherche	58
	B Fragebogen	59
	C bereinigter Export der Primärdaten aus Soci-Survey (Excel-Format).....	68

1 Einleitung

Im ersten Kapitel soll in das Thema Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz eingeführt und zugleich dessen Relevanz aufgezeigt werden. In den folgenden Abschnitten wird dargelegt, wie dieser umfangreiche Themenkomplex für die vorliegende Arbeit eingegrenzt wurde und zudem werden die Zielsetzung, die Fragestellungen sowie deren Herleitung aufgeführt. Im letzten Unterkapitel wird ein Ausblick über die Struktur und den inhaltlichen Aufbau der Thesis gegeben.

1.1 Einführung in das Thema Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz

Die Arbeitswelt unterliegt einem rasanten Veränderungsprozess. Durch Megatrends wie Digitalisierung, Globalisierung oder demografischer Wandel wird die Art, zu arbeiten, zusehends modifiziert (OECD, 2019). Die Digitalisierung der Gesellschaft wird durch zunehmend leistungsfähigere Geräte, Netzwerke und Softwares vorangetrieben. Daraus resultiert unter anderem eine örtliche und zeitliche Flexibilisierung der Arbeit, aber auch die Verlagerung von Arbeitsprozessen aus dem Unternehmen heraus – physisch sowie organisatorisch. Die physische Verlagerung von Arbeitsprozessen kann beispielsweise die Möglichkeit, im Home-Office zu arbeiten sein. Mit der organisatorischen Ausgliederung ist zum Beispiel die Übergabe des Kundenservices an ein externes Dienstleistungsunternehmen gemeint. Darüber hinaus sind flexible Karrieremodelle, auch hinsichtlich der Finanzierung (z. B. leistungsorientierte Entlohnung), beobachtbar (Meissner et al., 2016). Ob diese grundlegenden Veränderungen sich zum Positiven oder Negativen entwickeln, ist noch unklar, wodurch es innerhalb der erwerbstätigen Bevölkerung zu Unsicherheiten kommt (Meissner et al., 2016; OECD, 2019). Erwerbstätige befürchten die verschwimmende Grenze zwischen Arbeit und Privatleben. Es besteht ausserdem die Gefahr von steigendem Stress aufgrund der ständigen Erreichbarkeit sowie vermehrte Fälle von psychischen Erkrankungen wie Burnout (Meissner et al., 2016). Auch die immer älter werdende Gesellschaft spielt eine wesentliche Rolle. Durch das hohe Bevölkerungsalter und die tiefen Geburtenraten führt sie dazu, dass ein Arbeitskräftedefizit entsteht. Wie in einigen Branchen bereits erkennbar

ist, geht das mit einer starken Belastung der Erwerbstätigen einher (SECO, 2016). Im Jahr 2021 waren 20,8 % der Bevölkerung der Europäischen Union 65 Jahre alt und älter (Eurostat, 2022).

Durch diese wirtschaftlichen, technologischen und demografischen Umwälzungen sehen sich Betriebe sowie deren Arbeitnehmende mit zunehmend komplexeren Anforderungen konfrontiert (Gesundheitsförderung Schweiz / Arbeitsgruppe BGM-Kriterien, 2017). Dementsprechend ist es für Unternehmen unerlässlich, sowohl ihre Belegschaft so lange wie möglich gesund zu halten als auch für junge Arbeitskräfte attraktiv zu bleiben (Cancelliere et al., 2011; Wu et al., 2017). Eine Möglichkeit zur Steigerung und Erhaltung der Gesundheit der Mitarbeitenden ist die Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb (Lang et al., 2019; Pieper et al., 2015). Dies wird durch den iga.Report 28 verdeutlicht. Dieser Bericht basiert auf über 2300 Publikationen, in denen aufgezeigt wird, dass eine betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention neben der Gesunderhaltung auch ökonomische Vorteile mit sich bringt (Pieper et al., 2015). Der iga.Report 28 ist zu folgendem Schluss gekommen:

«Die Evidenzlage zum ökonomischen Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention ist nach wie vor heterogen. Die herangezogenen Reviews weisen insgesamt auf einen positiven Return on Investment (ROI) hin, z. B. für Einsparungen medizinischer Kosten bei 1:3,27 und für die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten bei 1:2,73.» (Pieper et al., 2015, S. 68)

In diesem Zusammenhang hat sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement bewährt (BGM, vgl. Kapitel 2.2). In den letzten 20 Jahren wurde das BGM besonders in Mittel- und Grossbetrieben (vgl. Kapitel 2.3), aber auch zunehmend in Kleinbetrieben (vgl. Kapitel 2.3) etabliert (Pieper et al., 2015; Rosian-Schikuta et al., 2016). Dennoch berichten in Österreich 13,4 % der noch oder ehemals Erwerbstätigen von mindestens einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem. Darunter fallen körperliche und psychische Erkrankungen, die durch die Arbeit verursacht oder verschlimmert wurden (STATISTIK AUSTRIA, 2022).

1.2 Relevanz der Gesundheitsförderung und Prävention

Gemäss dem Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention sollen die Lebenswelten der Individuen gesundheitsförderlich gestaltet werden. Als Lebenswelt werden soziale Systeme verstanden, innerhalb derer die Individuen ihren Alltag bestreiten. Dazu gehören Kindertagesstätten, Schulen, Pflegeheime und nicht zuletzt die Arbeitsstelle (Hurrelmann et al., 2018). Erwerbstätige Personen verbringen einen beachtlichen Anteil ihres Lebens an ihrem Arbeitsplatz. Dementsprechend werden im Grundlagendokument der Gesundheitsförderung und Prävention, der Ottawa-Charta (vgl. Kapitel 2.4.1), die Arbeit und die Arbeitsbedingungen als bedeutende Einflussfaktoren im Hinblick auf die Gesundheit angesehen (WHO, 1986). Einerseits können Arbeitnehmende ihre Gesundheit durch persönliches Verhalten beeinflussen, beispielsweise mit ausreichender Bewegung und ausgewogener Ernährung. Andererseits spielen auch die Arbeitsbedingungen eine wesentliche Rolle. Auf beiden Ebenen kann der Betrieb mithilfe des BGM ansetzen (Pfannstiel & Mehlich, 2018).

Wie in Kapitel 1.1 erwähnt, berichten 13,4 % der noch oder ehemals erwerbstätigen Menschen in Österreich von mindestens einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem (Leitner & Popov, 2022). Dennoch boten im Jahr 2014 lediglich knapp 23 % der Betriebe in Österreich mit unter 250 Mitarbeitenden eine Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF*, vgl. Kapitel 2.2) an (Mercer, 2014). Bei grösseren Betrieben hingegen lag die Quote bei etwa 92 % (Mercer, 2014). Hier kann davon ausgegangen werden, dass diese Zahl innerhalb aller Betriebsgrössen mittlerweile angestiegen ist. Jedoch stellte die Autorin im Rahmen ihres Berufspraktikums bei einer Unternehmensberatung in Niederösterreich fest, dass das Wissen hierzu besonders in Betrieben mit weniger als 250 Mitarbeitenden noch immer gering ist. Die Autorin hatte die Möglichkeit, Betriebe aller Grössen, insbesondere aber Kleinst- und Kleinbetriebe (vgl. Kapitel 2.3) zu betreuen, die das BGM implementieren wollten. Hierbei wurde deutlich, dass das BGM häufig mit Einzelmassnahmen, beispielsweise dem Angebot von Obst oder einem

* BGF als Synonym für BGM (vgl. Kapitel 2.2.1)

Bewegungsprogramm in Verbindung gebracht wurde, anstatt als Personal-, Führungskräfte- und Organisationsentwicklungsprozess angesehen zu werden (Gollner et al., 2021).

Die Untersuchung der Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention ist insbesondere in Anbetracht der stetig steigenden Gesundheitskosten von kontinuierlicher Relevanz. Einer der Gründe für die Kostenzunahme ist der genannte demografische Wandel (vgl. Kapitel 1.1). Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und somit die Kosten werden in Zukunft steigen, da ältere Menschen oft mehrere Krankheiten und zudem schwere Krankheiten haben (Bundesamt für Gesundheit, 2019).

1.3 Eingrenzung, Zielsetzung und Forschungsfrage

Die Autorin hatte im Rahmen ihres Praktikums hauptsächlich mit Kleinst- und Kleinbetrieben zu tun und konnte feststellen, dass die Kenntnisse zum BGM dort noch nicht weitverbreitet sind. Das könnte der Grund dafür sein, warum der Anteil an Betrieben mit unter 250 Mitarbeitenden, die BGF* bereits umsetzen, auf Basis der zuvor erwähnten Mercer-Studie «Health Management Survey 2014» so gering ausfällt (Mercer, 2014). Gollner et al. (2021) haben eine aktuellere Lage zum Wissen, zur Akzeptanz und zur Umsetzung des BGM in österreichischen Klein- und Mittelbetrieben dargelegt. Sowohl in der Mercer-Studie als auch in der Untersuchung von Gollner et al. wird jedoch nicht auf die Unterschiede zwischen den Bundesländern Österreichs eingegangen. Eine Forschungslücke, der – in Anbetracht des Fehlzeitenreports 2020 des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung – mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Leoni (2020) zeigt im Fehlzeitenreport auf, dass das Bundesland Niederösterreich die meisten Krankheitstage pro erwerbstätiger Person aufweist. In Niederösterreich sind Arbeitnehmende pro Jahr durchschnittlich knapp 15 Tage krankgeschrieben – im Vergleich zum nationalen Durchschnitt von 13,4 Tagen (Leoni, 2020). Daher

* BGF als Synonym für BGM (vgl. Kapitel 2.2.1)

wird in dieser Arbeit der Fokus auf Kleinst- und Kleinbetriebe im Bundesland Niederösterreich gelegt.

Basierend auf diesen Hintergründen soll in dieser Arbeit aufgezeigt werden, wie bekannt das BGM bei Kleinst- und Kleinbetrieben in Niederösterreich ist und mit welcher Haltung diese dem Ansatz gegenüberstehen. Ausserdem soll ermittelt werden, ob die Betriebsgrösse Einfluss auf den Wissensstand sowie die Einstellung der Betriebe zum BGM hat. Des Weiteren soll dargelegt werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Kenntnisse über BGM und der Haltung dessen gegenüber besteht. Das Ziel ist es, den Status quo bezüglich Wissensstands und Einstellung zum BGM darzulegen, sodass in Zukunft erforscht werden kann, ob die BGM Angebote für Kleinst- und Kleinbetriebe angepasst werden müssen. Ausserdem können aus dem Status quo möglicherweise Schlüsse darüber gezogen werden, ob der Wissensstand und die Haltung im Hinblick auf das Thema mit der niedrigen Quote an Kleinst- und Kleinbetrieben mit BGM zusammenhängen. Hier kann zudem eventuell eine Verbindung mit den höheren Krankheitsausfällen in Niederösterreich hergestellt werden. Im Zuge dessen wurden folgende Forschungsfragen erarbeitet:

F1: Inwieweit ist das BGM in niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben bekannt?

F2: Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der Grösse des Betriebs und dessen Einschätzung über die BGM-Kenntnisse?

F3: Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der Grösse des Betriebs und dessen Haltung gegenüber dem BGM?

F4: Inwiefern besteht innerhalb der Betriebe ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der BGM-Kenntnisse und deren Haltung gegenüber dem BGM?

Da das BGM laut Weidinger (2016) in diversen Berufsbranchen unterschiedlich stark verbreitet ist, wurde die nachstehende untergeordnete Frage formuliert.

S1: Welche Unterschiede bestehen zwischen den Branchen bezüglich der Einschätzung über die BGM-Kenntnisse und der Haltung gegenüber dem BGM?

1.4 Struktur der Arbeit

Zunächst werden im Theorieteil der aktuelle Forschungsstand sowie zentrale Begriffe, Modelle und Theorien der Gesundheitsförderung und Prävention im Zusammenhang mit der Arbeitswelt erläutert. Anschliessend wird die Forschungsmethode dargestellt und daraufhin werden die Ergebnisse präsentiert. Als Nächstes werden diese anhand relevanter Literatur diskutiert und es wird näher auf die Limitationen der vorliegenden Arbeit eingegangen. Den Abschluss bilden die Schlussfolgerung sowie Handlungsempfehlungen für die Praxis und gegebenenfalls weiterführende Forschungsfragen.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird der Gesundheitsbegriff definiert und das damit verbundene Modell der Salutogenese vorgestellt. Zudem werden der Begriff BGM und weitere Schlüsselwörter, die für das Verständnis der vorliegenden Arbeit relevant sind, genauer erläutert. Anschliessend wird auf ausgewählte Grundlagendokumente der Gesundheitsförderung und Prävention sowie weitere Modelle, Konzepte und Theorien dieses Fachgebiets eingegangen.

2.1 Gesundheitsdefinition

Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit ist eines der Grundrechte eines jeden Menschen ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung oder der wirtschaftlichen und sozialen Lage. (WHO, 1946, S. 1)

Mit dieser Definition führte die World Health Organization (WHO) ein neues Konzept von Gesundheit ein und wandte sich von der zuvor ausschliesslich biologischen Betrachtungsweise ab. Gesundheit zeichnet sich somit nicht mehr nur durch das Fehlen einer Krankheit aus. Vielmehr wird sie als vollumfassend positiver Zustand betrachtet, bei dem das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden gleichermassen gewichtet werden. Dadurch bezieht sich die Definition nicht mehr nur auf das Individuum, sondern auch auf die Einflüsse der (sozialen) Umwelt (Haring, 2019). Das Individuum gestaltet seine Gesundheit zwar selbstbestimmt, jedoch nur, wenn es die Rahmenbedingungen (beispielsweise die Arbeit) zulassen (Uhle & Treier, 2011). In diesem Zusammenhang betrachtete Aaron Antonovsky erstmals den Einfluss von Arbeits- und Lebensbedingungen sowie individuellen Komponenten auf die Gesundheit aus dem Blickwinkel der Salutogenese (Antonovsky & Franke nach Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Der US-amerikanische Professor der Soziologie entwickelte das Modell der Salutogenese, mithilfe dessen er die Gründe erforschte, aus denen Menschen gesund bleiben oder sich von Erkrankungen wieder erholen. Das Modell steht

somit dem Ansatz der Pathogenese, mittels dessen die Entstehung und Behandlung von Krankheiten untersucht werden, konträr gegenüber (Bengel et al., 2006). In diesem Zusammenhang ist auch das *biopsychosoziale Modell* zu erwähnen. Im Rahmen dessen werden Krankheit und Gesundheit als abhängig von biologischen, körperlichen und psychischen Voraussetzungen und Prozessen sowie sozialen und gesellschaftlichen Einflüssen angesehen. Obwohl dieses Modell mit dem der Salutogenese vereinbar ist, ist es hauptsächlich an den Ansatz der Pathogenese angelehnt – es konzentriert sich dementsprechend eher auf die Entstehung und Behandlung von Krankheit. Demgegenüber wird im Salutogenese-Modell konsequenter die gesundheitsorientierte Perspektive betont (Bengel et al., 2006).

Da Antonovsky die klassische Trennung in gesund und krank kritisierte, beruht die Salutogenese auf einem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum. Die Menschen können sich auf diesem Kontinuum den Endpunkten Gesundheit und Krankheit nähern bzw. sich davon entfernen. Einen positiven oder negativen Einfluss auf die Befindlichkeit haben Reize, durch die ein Spannungszustand herbeigeführt wird. Kann der Organismus den Spannungszustand bewältigen, hat dies eine gesundheitserhaltende oder -fördernde Wirkung. Gelingt die Spannungsbewältigung nicht, entsteht Stress (Bengel et al., 2006). Dass solche Reize durch die Arbeit ausgelöst werden, ist unbestritten. Es gilt demnach, das Modell der Salutogenese im Kontext der Arbeitswelt anzuwenden.

2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Gesundheit von Mitarbeitenden wird seit Ende der 1970er-Jahre durch zunehmende Bemühungen der WHO in den Fokus gerückt. Seither wird versucht, die Aspekte Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt zu etablieren (Pfaff & Zeike, 2019). Obwohl diesbezüglich noch viel Forschungsbedarf besteht, ist belegt, dass die BGF und der betriebliche Arbeitsschutz positive Effekte auf die Gesundheit der Mitarbeitenden sowie einen ökonomischen Nutzen für das Unternehmen haben (Pieper et al., 2015). Diese beiden Bereiche sind Teil eines ganzheitlichen BGM, welches nachfolgend definiert wird (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017).

2.2.1 Definition

Zunächst sollte erwähnt werden, dass die Begrifflichkeit BGM im deutschsprachigen Raum nicht konsistent genutzt wird. In der Schweiz und in Deutschland wird das BGM mehrheitlich wie folgt definiert: «Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) werden alle Aktivitäten der Planung, Durchführung, Evaluation und Steuerung von gesundheitsförderlichen Massnahmen eines Unternehmens verstanden, die das Ziel haben, die individuelle und kollektive Gesundheit der Mitarbeiter*innen dauerhaft zu erhalten oder zu verbessern» (Pfaff & Zeike, 2019, S. 4).

In Österreich wird mehrheitlich von BGF gesprochen, wobei dieser Begriff hinsichtlich seiner Definition dem oben genannten entspricht (Omann, 2014). Im Zusammenhang mit BGM, wie es im Zitat definiert ist, hat BGF jedoch eine andere Bedeutung. Sie bildet einen Teil des ganzheitlichen BGM und wird weiter unten genauer erläutert (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). In der vorliegenden Arbeit wird – basierend auf dem Grossteil der verwendeten Literatur – der Begriff BGM genutzt und die BGF als Teilaspekt davon angesehen. Lediglich wenn in Publikationen explizit der Begriff BGF (als Synonym von BGM) verwendet wird, wird das Wort in dieser Arbeit übernommen und dementsprechend markiert.

Beim BGM handelt es sich um einen strategischen Managementprozess, der folgende Bereiche beinhaltet (vgl. Abbildung 1):

- Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Das BGM betrifft alle Mitarbeitenden in einem Unternehmen und umfasst die gesamte Personal- und Organisationsentwicklung (vgl. Abbildung 1). Im Folgenden werden die Bereiche des BGM erläutert.

Abbildung 1: Aufbau BGM (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017, S. 23)



Der **Arbeits- und Gesundheitsschutz** ist in Österreich im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) geregelt und gilt demnach verpflichtend für alle Arbeitgebenden. Er beinhaltet alle Massnahmen, durch die Unfälle, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen sowie Dauerschäden vermieden werden sollen. Im ASchG sind allgemeine Bestimmungen wie die Arbeitsplatzevaluierung, die Einführung von Sicherheitsvertrauenspersonen und die Instandhaltung/Reinigung der Arbeitsstätten geregelt. Weitere Bereiche, die durch das ASchG reglementiert sind, sind die Ausstattung von Arbeitsstätten, die Anforderungen an Arbeitsmitteln und der Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen. Diese Aufzählung ist jedoch nicht als abschliessend anzusehen (Bundesministerium für Arbeit, 2021).

Die **Betriebliche Gesundheitsförderung** umfasst die Förderung von Ressourcen sowie die Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen durch verhaltens- und verhältnispräventive (vgl. Kapitel 2.4.3) Massnahmen (Pfannstiel & Mehlich, 2018). Ziel ist es, die Verhältnisse am Arbeitsplatz zu optimieren und die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Mögliche Handlungsfelder sind die Arbeitsorganisation und Aufgabengestaltung, Arbeitsplatzgestaltung und infrastrukturelle Gesundheitsangebote,

Unternehmenskultur, Führungsentwicklung, Teamentwicklung, Personalentwicklung und Weiterbildung (Rimbach & Etzer-Hofer, 2019).

Das **Betriebliche Eingliederungsmanagement** ist ein systematisches Verfahren mit dem Ziel, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und Fehlzeiten zu vermeiden (Hahnzog, 2014; Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Kranke Mitarbeitende sollen (re)integriert werden, indem die Arbeitgebenden den Betroffenen eine entsprechende Unterstützung anbieten. Mit Zustimmung der betroffenen Arbeitnehmenden können Wiedereingliederungspläne entworfen und umgesetzt werden, um einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Diese gezielte Wiedereingliederung von arbeitsunfähigen Mitarbeitenden nennt sich auch Case-Management (Rimbach & Etzer-Hofer, 2019). Eine weitere Massnahmen im BEM kann das Absenzen-Management sein, wobei Absenzen dokumentiert werden und nach mehreren Absenzen der Mitarbeitenden das Gespräch aufgesucht wird (Füllemann et al., 2021).

2.2.2 Rahmenbedingungen in Österreich

Gesundheitsziele

Im Jahr 2011 wurde in Österreich mit der Erarbeitung von Gesundheitszielen begonnen, welche bis zum Jahr 2032 den Rahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik bilden sollen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017). Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017) und zahlreiche Vertretende aus Gesellschaft und Politik gaben hierzu Folgendes an: «Die zehn definierten Gesundheitsziele sind ein wichtiger erster Schritt in Richtung einer gemeinsamen Strategie ‹Gesundheit für alle›. Die Gesundheitsziele sollen konkret dazu beitragen, die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre deutlich anzuheben» (S. 82).

Nationale Strategie ‹Gesundheit im Betrieb›

Im Kontext der Arbeitswelt wurde folgendes Gesundheitsziel formuliert:
«gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche

schaffen» (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, S. 7). Zur Erreichung dieses Ziels und zur massgeblichen Verbesserung der Gesundheit in Betrieben aller Grössen und Branchen soll die *Nationale Strategie* «*Gesundheit im Betrieb*» beitragen, die ebenfalls auf den drei Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF und BEM basiert (vgl. Kapitel 2.1.1).

Gesetzliche Grundlagen

Auf Bundesebene sind mit dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, dem Gesundheitsförderungsgesetz, dem Arbeits- und Gesundheitsgesetz sowie dem Wiedereingliederungsteilzeitgesetz mehrere gesetzliche Rahmenbedingungen vorgegeben (Bundesministerium Arbeit, Familie und Jugend, 2020). Durch diese rechtlichen Bestimmungen sind die drei BGM-Bereiche mehr oder weniger abgedeckt. Der *Arbeits- und Gesundheitsschutz* ist mittels der genannten Gesetze vollständig geregelt. Den gesetzlichen Auftrag zur Unfallverhütung und Berufskrankheitenbekämpfung hat gemäss dem Sozialversicherungsgesetz die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt inne (WKO, o. J.). Die *BGF* ist in den Gesetzen insofern geregelt, dass mit dem Gesundheitsförderungsgesetz ein Budgetrahmen von 7,25 Millionen Euro festgelegt ist. Dieses Budget steht dem Fonds Gesundes Österreich (vgl. weiter unten) zur Verfügung, um Gesundheitsförderungs-Aktivitäten, nicht ausschliesslich am Arbeitsplatz, sondern in der gesamten Bevölkerung umzusetzen (Fonds Gesundes Österreich, o. J.). Das Wiedereingliederungsteilzeitgesetz trägt ein Stück weit zum *BEM* bei. Es ermöglicht Arbeitnehmenden nach langer krankheitsbedingter Abwesenheit durch die Reduzierung der wöchentlichen Normalarbeitszeit einen sanften Wiedereinstieg in den Berufsalltag (Bundesarbeitskammer, o. J.). Jedoch beinhaltet *BEM* beispielsweise auch Massnahmen wie die Arbeitnehmendenberatung durch *Fit2work* (vgl. weiter unten), welche für Arbeitgebende freiwillig ist (Pfannstiel & Mehlich, 2018).

Förderungen und Services

Bei *Fit2work* handelt es sich um ein kostenloses Beratungsangebot sowohl für Arbeitnehmende als auch für Arbeitgebende. Personen, deren Arbeitsplatz wegen

eines gesundheitlichen Problems gefährdet ist oder die aufgrund dessen Schwierigkeiten haben, eine Arbeit zu finden, erhalten damit Unterstützung. Unternehmen können von einer Beratung profitieren, wenn sie einen Arbeitsplatz präventiv weiterentwickeln wollen, um künftig das Arbeiten bis zum Pensionsalter zu ermöglichen (Bundesministerium Arbeit und Wirtschaft, o. J.; WKO, o. J.).

Der *Fonds Gesundes Österreich* bildet die bundesweite Kontakt- und Förderstelle für Gesundheitsförderung und Prävention. Die öffentliche Einrichtung unterstützt Betriebe durch BGM-Projektförderungen, -Fortbildungen sowie -Veranstaltungen (WKO, o. J.). Der *Fonds* ist ausserdem Teil des sogenannten *BGF-Netzwerks*. Dieses setzt sich aus weiteren öffentlichen Körperschaften wie den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Sozialpartnern zusammen (Pfannstiel & Mehlich, 2018). Das Netzwerk kann Betrieben ein drei Jahre gültiges BGF*-Gütesiegel erteilen. Dazu müssen sich die Unternehmen bewerben und ein abgeschlossenes BGF*-Projekt bzw. die Implementierung der BGF* im Regelbetrieb vorweisen. Über die Verleihung wird dann mittels einer Jury entschieden (Pfannstiel & Mehlich, 2018).

2.3 Betriebsgrössen

Zur Definition der Unternehmensgrössen wird in der Literatur häufig auf die «Empfehlung betreffend die Definition der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen» der EU-Kommission zurückgegriffen (EU, 2003). Hierin werden Betriebe mit weniger als 250 beschäftigten Personen als *kleine und mittlere Unternehmen* bezeichnet (KMU, vgl. Abbildung 2). Unternehmen mit mehr als 249 Mitarbeitenden gelten demnach als *Grossbetriebe*. Innerhalb der Rubrik *KMU* werden weitere Unterteilungen vorgenommen. Als *Kleinunternehmen* gilt ein Betrieb, in dem weniger als 50 Personen beschäftigt sind. Bei 50 bis 249 Angestellten handelt es sich demzufolge um ein *mittleres Unternehmen*. In einem *Kleinstunternehmen* sind weniger als zehn Personen beschäftigt. In der EU-

* BGF als Synonym für BGM (vgl. Kapitel 2.2.1)

Kommission-Empfehlung werden zusätzlich der Jahresumsatz bzw. die Jahresbilanzsumme als Schwellenwerte zur Klassifizierung genutzt (EU, 2003). Eine Firma mit weniger als zehn angestellten Personen kann also trotzdem als *Kleinunternehmen* (statt *Kleinstunternehmen*) gelten, wenn ihr Jahresumsatz eine bestimmte Summe übersteigt. Bezüglich dessen wird in dieser Arbeit keine Unterscheidung vorgenommen, da die entsprechenden Werte nicht bekannt sind und nicht erfragt wurden.

Abbildung 2: KMU-Definition der EU-Kommission (IfM Bonn, 2021)

KMU-Definition der EU-Kommission

KMU: bis 249 Beschäftigte und bis 50 Millionen € Umsatz/Jahr

Umsatzgrößenklassen	Beschäftigtengrößenklassen von ... Beschäftigten			
	0 - 9	10 - 49	50 - 249	250 und mehr
bis 2 Mio. €				
über 2 Mio. - 10 Mio. €				
über 10 Mio. - 50 Mio. €				
über 50 Mio. €				

- Kleinstunternehmen
- Kleinunternehmen – sofern kein Kleinstunternehmen
- Mittlere Unternehmen – sofern kein Kleinst- oder Kleinunternehmen
- Kein KMU

Quelle: IfM Bonn.

© IfM Bonn 2021

Aufgrund der Eingrenzung hinsichtlich der Betriebsgröße (vgl. Kapitel 1.3) ist im Rahmen dieser Arbeit besonders der Begriff *Kleinunternehmen bzw. Kleinbetrieb* (Unternehmen mit weniger als 50 Arbeitnehmenden) von Bedeutung. Als *Kleinstunternehmen bzw. Kleinstbetrieb* gelten in dieser Arbeit Betriebe mit weniger als elf Mitarbeitenden (im Gegensatz zur Empfehlung der EU-Kommission: weniger als zehn Mitarbeitende). Grund dafür ist folgendes Frageitem im verwendeten Erhebungsinstrument (vgl. Kapitel 3.2.3): <Wie viele Mitarbeitende

sind momentan in Ihrem Unternehmen tätig?». Die Antwortmöglichkeiten lauten: «Ich habe keine Angestellten», «1–10», «11–25», «26–49» und «mehr als 49».

2.4 Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt – Grundlagen

Wie in Kapitel 2.1 ersichtlich wurde, wird die Gesundheit nicht nur durch individuelles Verhalten, sondern auch durch viele externe Faktoren beeinflusst. Daher gilt es, das Verhalten der Individuen sowie deren Lebensverhältnisse gesundheitsförderlich zu gestalten. Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung und Prävention gibt es einige bedeutende Grundlagendokumente, Modelle und Ansätze, in denen diese Sichtweise vertreten wird.

2.4.1 Ottawa-Charta

Am 21. November 1986 wurde zum Abschluss der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung die *Ottawa-Charta* verabschiedet. Darin wurden fünf Handlungsfelder definiert. Zwei davon heißen: a) «Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen» und b) «persönliche Kompetenzen entwickeln» (WHO, 1986). Handlungsfeld a) umfasst die Wechselwirkung zwischen Mensch und Umwelt (darunter fällt auch die Arbeitswelt), während b) die Entwicklung der Persönlichkeit und sozialer Fähigkeiten des Individuums beinhaltet. Beide Aspekte bilden zentrale Bausteine für die Gesundheit und sind besonders wichtig für die gleiche Chance auf eine gute Gesundheit für alle (WHO, 1986). Die WHO (1986) nutzt in diesem Zusammenhang den Begriff «Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung». Damit ist die Entwicklung fairer Bedingungen gemeint, um allen bzw. möglichst vielen Menschen ein gesundes Leben zu ermöglichen (Blattner & Mayer, 2018).

2.4.2 Luxemburger Deklaration

Gut zehn Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta entstand die *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Europäischen Union*. Dabei handelt es sich um eine Erklärung der Mitglieder des *Europäischen Netzwerkes zur betrieblichen Gesundheitsförderung*. Darin wird präziser auf den bereits in der Ottawa-Charta erwähnten Begriff der

Gesundheitsförderung und den Einfluss der Arbeitswelt und -bedingungen auf die Gesundheit eingegangen (Brehm & Stecher, o. J.). Die Grundlagen für die Luxemburger Deklaration bildeten die EG-Rahmen-Richtlinie 89/391/EWG¹ und die zunehmende Relevanz des Arbeitsplatzes als Handlungsfeld der öffentlichen Gesundheit (EU, 2007).

Die Deklaration beinhaltet Leitlinien, an denen sich Unternehmen, welche diese unterzeichnet haben, bei der Umsetzung von Massnahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz orientieren können. Ausserdem werden darin Aufgaben definiert, die vorrangig erfüllt werden sollten. Dazu gehört beispielsweise, die BGF bekannter zu machen und alle Schlüsselpersonen dazu zu bewegen, mehr Verantwortung für die Gesundheit zu übernehmen. Mit der Unterzeichnung verpflichten sich die Organisationen dazu, die Grundsätze der Deklaration zu teilen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Sinne der Erklärung fortzuführen (EU, 2007).

2.4.3 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Der Ansatz der Verhältnisprävention umfasst das Handlungsfeld a) der Ottawa-Charta. Hierbei geht es um die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen. Ein bedeutsamer Bereich in diesem Zusammenhang ist die gesunde Führung. Die Führungskräfte auf allen Führungsebenen nehmen gegenüber den Mitarbeitenden im Hinblick auf Gesundheit eine Vorbildrolle ein und sollten dementsprechend die eigene Gesundheit reflektieren. Die Führungskraft soll ein Gesundheitsfaktor sein und nicht eine Belastung. Dies kann sichergestellt werden, indem die Führung Über- und Unterforderung bei Mitarbeitenden erkennt und sie zum Thema Gesundheit sensibilisiert und motiviert. Ausserdem sind die Erweiterung des Entscheidungsspielraumes von Mitarbeitenden und die Arbeitsorganisation wesentliche Aspekte der Verhältnisprävention. Zu Letzterer gehören beispielsweise die Arbeitszeitgestaltung, Homeoffice-Arbeitsplätze und Kinderbetreuungsangebote im Sinne der Vereinbarkeit von Familie und Freizeit

¹ Europäische Rahmenrichtlinie, durch die Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitnehmendensicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit definiert werden

bzw. Familie und Pflege. Auch die Arbeitsumgebung mit ergonomisch gestalteten Arbeitsplätzen bzw. die Einrichtung der Pausenräume gehören zu den Rahmenbedingungen bei der Arbeit. Zuletzt kann auch eine lebensphasenorientierte Personalpolitik dazu gehören. Damit sind beispielsweise die Möglichkeit für Aus- und Weiterbildungen sowie Lebensarbeitszeitkonten gemeint (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Mit letzteren sind Konten gemeint, bei denen Arbeitszeit angesammelt wird und nach mehreren Jahren oder am Ende der Erwerbstätigkeit durch bezahlte Freistellung wieder genutzt werden kann (Böker & Lindecke, 2013). Böker und Lindecke (2013) erläutern dazu: «Genutzt werden Langzeitkonten daher aus verschiedenen Motivlagen heraus: Für Beschäftigte eröffnen sich neue Wege für ihre Lebensarbeitszeit- oder Familienplanung...» (S.7).

Die Verhaltensprävention hingegen ist eher an das Handlungsfeld b) der Ottawa-Charta angelehnt. Ziel ist es, gesundheitsriskante Verhaltensweisen der einzelnen Mitarbeitenden zu minimieren sowie deren Gesundheitskompetenz und gesundheitszuträgliches Handeln zu fördern. Mögliche Angebote zur Unterstützung des individuellen Gesundheitsverhaltens umfassen Selbstmanagement, Ernährung, Sport und Bewegung, Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln, Stressmanagement, Resilienzförderung, Erholung und Regeneration sowie Fort- und Weiterbildungsoptionen (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017).

Zu einem ganzheitlichen BGM gehört die strategische Umsetzung verhaltens- UND verhältnispräventiver Massnahmen. Gesundheitsinformationen oder Initiativen zur Steigerung des Gesundheitsbewusstseins sind wenig sinnvoll, wenn belastende Arbeitsverhältnisse nicht im Vorfeld betrachtet und angepasst wurden (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Das heisst, Gesundheit muss zunächst für alle erlebbar werden, damit das individuelle Gesundheitsbewusstsein gestärkt werden kann (Pfannstiel & Mehlich, 2018). In folgendem Zitat wird dieser Zusammenhang deutlich: «Sage es mir und ich werde es vergessen. Zeige es mir und ich werde es vielleicht behalten. Lass es mich tun und ich werde es können» (Konfuzius, 551–479 v. Chr., zitiert nach Pfannstiel & Mehlich, 2018, S. 241).

3 Methode

Im nachfolgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit beschrieben. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde neben einer selektiven Literaturrecherche eine quantitative Datenerhebung mittels Online-Fragebogen vorgenommen. Der gesamte Forschungsablauf wird in diesem Kapitel detailliert geschildert.

3.1 Selektive Literaturrecherche

Zu Beginn wurde eine selektive Literaturrecherche nach Haas et al. (2013) durchgeführt. Diese diente als Einstieg in das Thema und im späteren Verlauf auch zu dessen Vertiefung. Ausserdem kann anhand einer selektiven Literaturrecherche ein Gefühl dafür entwickelt werden, wie viel Literatur zu dieser Thematik vorliegt (Pawson et al., 2005). Des Weiteren wurden auf Basis der selektiven Literaturrecherche die Fragestellungen entwickelt und die theoretischen Grundlagen verfasst. Obwohl die selektive Literaturrecherche keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, ist sie meist effizient und ressourcensparend (Haas et al., 2013).

Zunächst wurde in der Datenbank CINAHL Complete nach passender Literatur gesucht. Dazu wurden im Voraus deutsche sowie englische Keywords definiert und dokumentiert (vgl. Anhang A). Daraufhin wurden die Keywords mittels der booleschen Operatoren <AND> und <OR> miteinander kombiniert.

In einem zweiten Schritt wurde die Recherche mithilfe der Suchmaschine Google Scholar erweitert. Die Keywords mussten dabei auf die Suche in dieser Datenbank angepasst werden (vgl. Anhang A). Sowohl für die Ergebnisse aus CINAHL Complete als auch für diejenigen aus Google Scholar galten vordefinierte Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Anhang A).

Als nächster Schritt wurde das Prinzip der Schneeballsuche angewendet, bevor zum Abschluss eine manuelle Recherche auf Webseiten bedeutender Organisationen durchgeführt wurde. Bei der Schneeballsuche können ausgehend vom Quellenverzeichnis massgeblicher Literatur weiterführende Publikationen

gefunden werden (Schlosser et al., 2006). Aus der gesamten Suche ergaben sich relevante Fachliteraturen, Statistiken und Studien aus Deutschland, Grossbritannien, Österreich und der Schweiz.

3.2 Quantitative Befragung

Um den Bekanntheitsgrad des BGM in niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben zu ermitteln, wurde eine quantitative Querschnittstudie durchgeführt. Dazu wurde eine vollstandardisierte Online-Umfrage versandt. Im Folgenden werden die Stichprobe, deren Rekrutierung, die Vorbereitung und Durchführung der Studie sowie die Datenanalyse beschrieben.

3.2.1 Stichprobe

Die Rekrutierung der Betriebe erfolgte durch den Versand der Online-Umfrage an 701 Firmen-E-Mail-Adressen. Diese wurden über die Webseite www.firmenabc.at ausgewählt. Bei der Suche wurden alle Berufsbranchen mit einbezogen, jedoch wurde ein geografischer Filter für das Bundesland Niederösterreich eingesetzt. Betriebe mit über 49 Mitarbeitenden und solche, von denen keine E-Mail-Adresse vorlag, wurden nicht in die Kontaktliste aufgenommen. In der Anrede wurde jeweils die Führungskraft des Unternehmens angeschrieben. Zehn Adressen waren ungültig, sodass die Umfrage letztendlich an 691 Betriebe versandt wurde.

3.2.2 Vorbereitung und Durchführung der Online-Umfrage

Zur Entwicklung sowie Durchführung der Umfrage wurde die Befragungssoftware SoSci-Survey genutzt. Vor dem Versand des Fragebogens wurde ein Pretest durchgeführt. Zwei externe Personen testeten die Umfrage, auch im Hinblick auf ihre Verständlichkeit. Im Anschluss daran wurden Verbesserungen in Bezug auf die Formulierung der Fragen vorgenommen sowie wenige Antwortmöglichkeiten angepasst oder ergänzt.

Am 17. November 2022 wurde der Link zum Fragebogen versandt: Ab diesem Zeitpunkt war die Umfrage verfügbar. Sie erfolgte anonym und die Betriebe wurden nicht für die Teilnahme entschädigt. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde am 30. November 2022 eine Erinnerungsmail an alle Kontakte versandt. Der

Befragungszeitraum endete am 3. Dezember 2022. Insgesamt nahmen 41 der 691 angeschriebenen Betriebe teil, was einer Rücklaufquote von knapp 6 % entspricht. Es kann davon ausgegangen werden, dass an Umfragen ohne vorherige Beziehung zu den Empfangenden weniger als 10 % der kontaktierten Personen teilnehmen. Welchen Einfluss die geringe Rücklaufquote auf die Ergebnisse haben kann, wird in Kapitel 5.3 erläutert.

3.2.3 Erhebungsinstrument

Schriftliche Befragungen können dazu dienen, Meinungen, Einstellungen und Positionen zu Themen oder Sachverhalten zu erfassen. Der Vorteil einer Online-Umfrage besteht darin, dass grosse, homogene Gruppen kostengünstig und mit geringem Aufwand befragt werden können (Steiner & Benesch, 2021). Ausserdem ist dadurch eine Datenerhebung trotz physischer Distanz möglich. Des Weiteren kann eine hohe externe Validität gegeben sein. Das bedeutet, dass die Ergebnisse auf ähnliche Settings übertragen werden können (Hussy et al., 2013), im Falle dieser Arbeit beispielsweise auf andere österreichische Bundesländer. Aus diesen Gründen wurde zur Beantwortung der Forschungsfragen die Durchführung einer Online-Umfrage als geeignet erachtet.

Mittels eines Einführungstextes wurde in den Fragebogen eingeleitet. Darin wurde kurz der Zweck der Befragung beschrieben und über die Anonymität der Teilnahme informiert. Danach folgten fünf Frageitems. Zwischen den Fragen 3 und 4 erschien ein Textfeld mit einer kurzen Erklärung des Begriffes BGM. Dieses war für das weitere Ausfüllen der Umfrage notwendig. Nach der fünften Frage wurde ein Abschlusstext eingeblendet, in dem den befragten Personen für ihre Teilnahme gedankt wurde und ein weiterführender Link zum Thema BGM zu finden war. Die gesamte Umfrage ist in Anhang B dargestellt.

Die Frageitems wurden von der Autorin selbst formuliert. Als Orientierung diente dabei der Fragebogen des BGM-Monitorings der Gesundheitsförderung Schweiz (Füllemann et al., 2021).

Die Umfrage war wie folgt aufgebaut:

Fragen 1–2: Firmenmerkmale

Anzahl Mitarbeitende, Branche

Fragen 3–5: BGM Wissensstand

Einschätzung zu den BGM-Kenntnissen, Meinung zur Relevanz des BGM, Vorhandensein eines BGM

Bei allen Items handelte es sich um geschlossene Fragen – die Antwortmöglichkeiten waren also vorgegeben. Bei deren Formulierung orientierte sich die Autorin an den Richtlinien von Bortz und Döring (2006). Zu den Fragen 1, 2 und 5 gab es Einfachantwortmöglichkeiten. Die Fragen 3 und 4 konnten anhand einer unipolaren Ratingskala (vgl. Anhang B) beantwortet werden. Bei den Fragen 2, 4 und 5 stand die Antwortmöglichkeit «Kann ich nicht beantworten» zur Verfügung (vgl. Anhang B).

3.2.4 Datenaufbereitung und -analyse

Zur Analyse wurden die Rohdaten aus der Befragungssoftware SoSci-Survey in das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel überführt. Dort wurde zunächst eine Datenbereinigung vorgenommen. Nicht vollständig ausgefüllte Fragebogen wurden von der nachfolgenden Auswertung ausgeschlossen ($n = 3$). Ebenso wurde eine Umfrage entfernt ($n = 1$), da der Betrieb mehr als 49 Mitarbeitende umfasste. Dementsprechend wurde bei der Datenauswertung mit einem Datensatz von 37 Fällen ($N = 37$) weitergearbeitet. Um einen Überblick über die Daten zu erhalten, diese zu ordnen und zusammenzufassen, wurden deskriptive Statistiken angefertigt. Es wurden univariate und multivariate Analysen vorgenommen. Um einzelne Merkmale (univariat) auszuwerten, wurden Häufigkeitsverteilungen erstellt und statistische Kennwerte (Mittelwert) berechnet. Um mehrere Merkmale (multivariat) zu kombinieren, wurden teilweise Kreuztabellen genutzt und die Korrelation nach Pearson wurde berechnet. Die Resultate werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

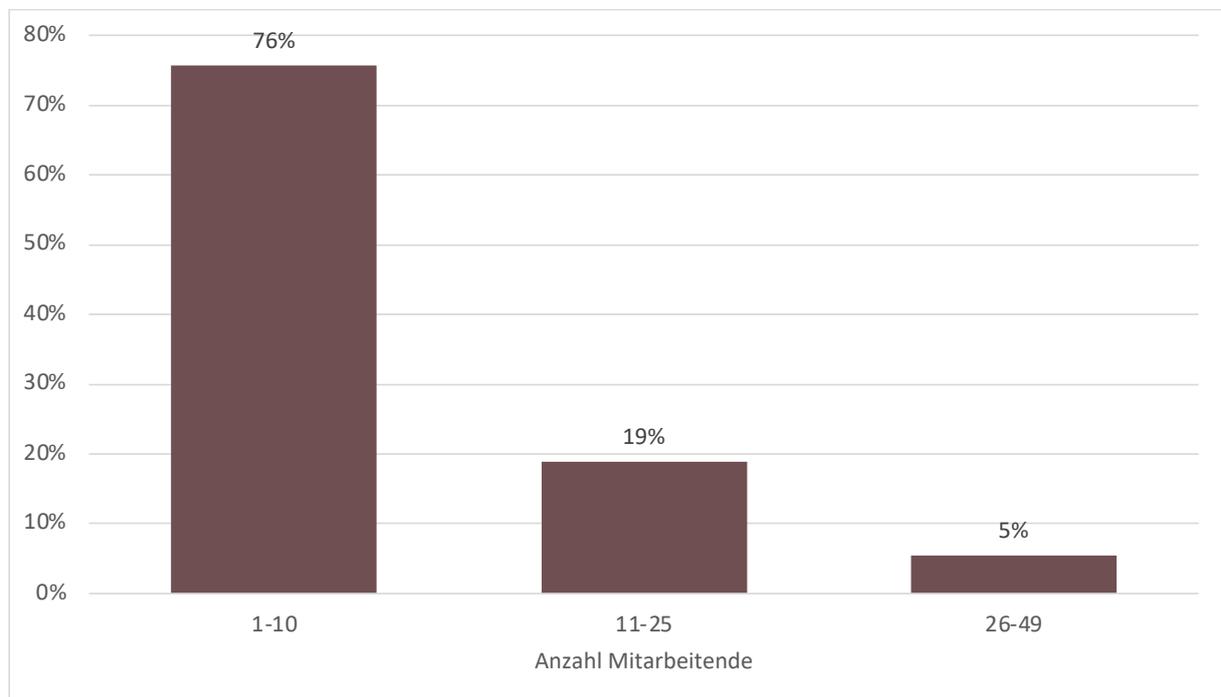
4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse aus der Online-Umfrage mit Bezug zur Fragestellung vorgestellt. Die in der Umfrage erhobenen Primärdaten sind im Anhang C dargelegt. Zunächst werden nun die Merkmale der teilnehmenden Betriebe beschrieben. Anschliessend wird auf die Resultate der einzelnen Frageitems eingegangen und zum Schluss werden die vier Fragekombinationen dargestellt.

4.1 Merkmale der teilnehmenden Betriebe

Von den 37 Betrieben, die an der Umfrage teilgenommen haben, machen die Unternehmen mit <1–10> Mitarbeitenden mit 76 % (n = 28) den grössten Anteil aus. Von den Befragten verfügen 19 % (n = 7) über <11–25> Mitarbeitende und 5 % (n = 2) unterhalten <26–49> Beschäftigte (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Betriebsgrösse nach Anzahl der Mitarbeitenden (N = 37)

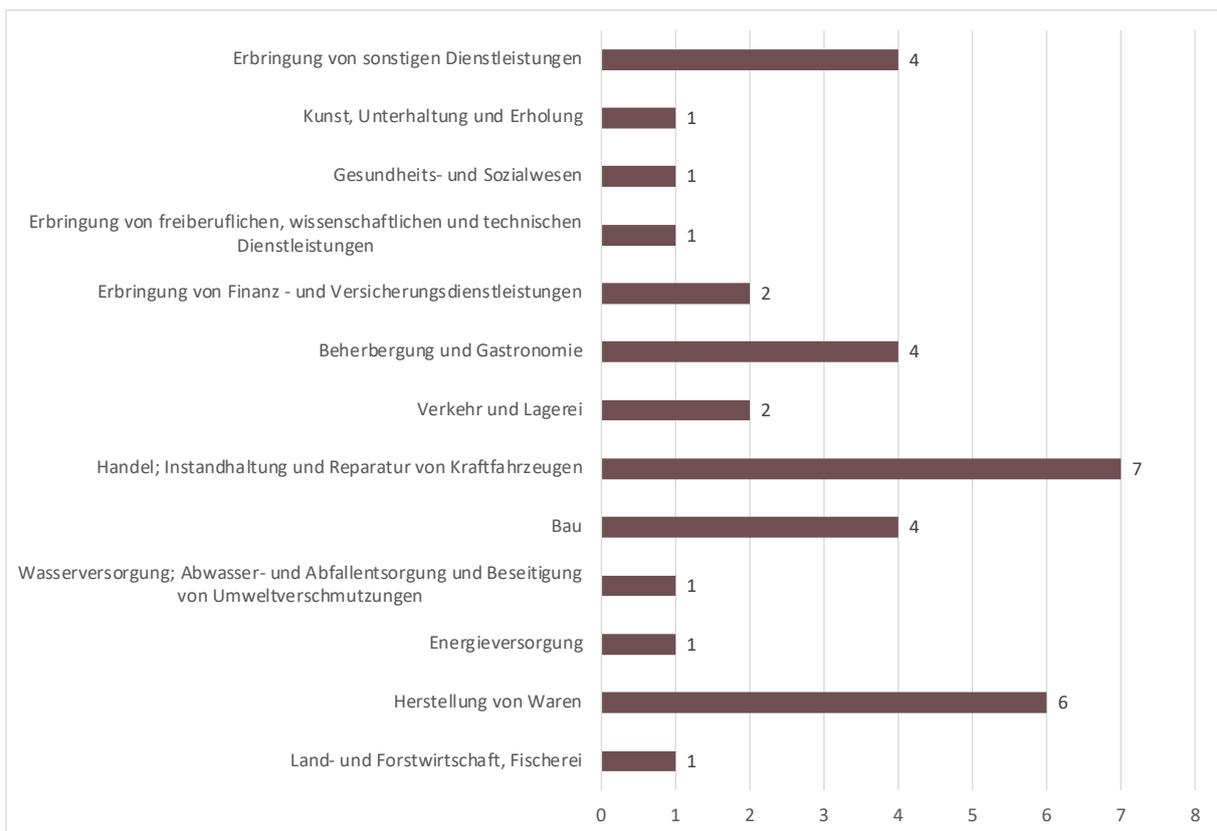


Anmerkung: Eigene Darstellung aus der Umfrage

Sieben der 35 Betriebe sind im Bereich <Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen> tätig. Sechs Unternehmen haben sich der Branche <Herstellung von Waren> zugeordnet. Zu den Sektoren <Erbringung sonstiger Dienstleistungen>,

«Beherbergung und Gastronomie» und «Bau» gehören jeweils vier Betriebe. In den Branchen «Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen» und «Verkehr und Lagerei» sind je zwei Betriebe tätig. In Abbildung 4 wird ersichtlich, aus welchen Branchen jeweils ein Betrieb stammt. Aus den acht Branchen «exterritoriale Organisationen und Körperschaften», «private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt», «Erziehung und Unterricht», «öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung», «Erbringung wirtschaftlicher Dienstleistungen», «Grundstücks- und Wohnungswesen», «Information und Kommunikation» sowie «Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden» haben keine Betriebe teilgenommen.

Abbildung 4: Branchenzugehörigkeit der Betriebe nach ÖNACE-Klassifikation in absoluten Zahlen (n = 35; 2 Missings)



Anmerkung: Eigene Darstellung aus der Umfrage. Die Branchen, die von keinem der Befragten ausgewählt wurden, sind in dieser Grafik nicht abgebildet

4.2 Ergebnisse der univariaten Analyse

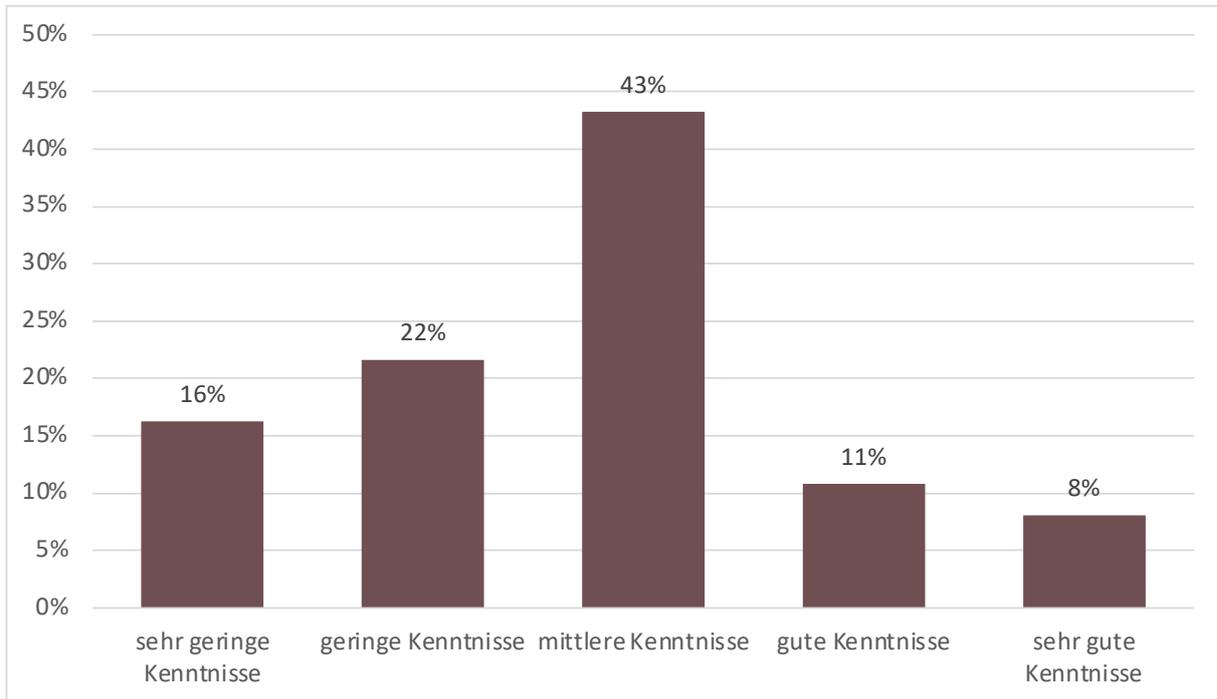
In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Frageitems der Online-Umfrage beschrieben. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Resultate teilweise grafisch dargestellt.

4.2.1 Einschätzung der BGM-Kenntnisse

Die nachfolgenden Ergebnisse stehen in Bezug zur Forschungsfrage *F1: <Inwieweit ist das BGM in niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben bekannt?>*. Ausserdem werden die Resultate in späteren Abschnitten mit anderen erhobenen Merkmalen kombiniert, sodass eine Verbindung zu den Forschungsfragen *F2: <Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der Grösse des Betriebs und dessen Einschätzung über die BGM-Kenntnisse?>* und *F4: <Inwiefern besteht innerhalb der Betriebe ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der BGM-Kenntnisse und deren Haltung gegenüber dem BGM?>* hergestellt werden kann.

Um den Wissensstand niederösterreichischer Kleinst- und Kleinbetriebe zur BGM zu ermitteln, wurde eine Frage zur Selbsteinschätzung gestellt. Auf die Frage, wie die persönlichen BGM-Kenntnisse auf einer Skala von 1–5 eingeschätzt werden (von 1 = <Ich habe noch nie von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gehört> bis 5 = <Ich kann jemandem gut erklären, was Betriebliches Gesundheitsmanagement ist>), gab die Mehrheit der Teilnehmenden <3> an. Wie in Abbildung 5 ersichtlich, handelt es sich dabei um 43 % (n = 16). Knapp 20 % (n = 7) haben mit <4> oder <5> geantwortet. Mehr als ein Drittel (n = 14) hat <1> oder <2> ausgewählt; sechs Personen davon haben als Antwortmöglichkeit 1 <Ich habe noch nie von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gehört> angegeben. Der Mittelwert lag bei 2,73 (N = 37), mit einer Standardabweichung von 1,09.

Abbildung 5: Einschätzung der BGM-Kenntnisse (N = 37)



Anmerkung: Eigene Darstellung aus der Umfrage. Bezeichnungen für die Darstellung geändert. Ursprüngliche Auswahl in der Umfrage v.l.n.r.: <1 Ich habe noch nie von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gehört>; <2>; <3>; <4>; <5 Ich kann jemandem gut erklären, was Betriebliches Gesundheitsmanagement ist>.

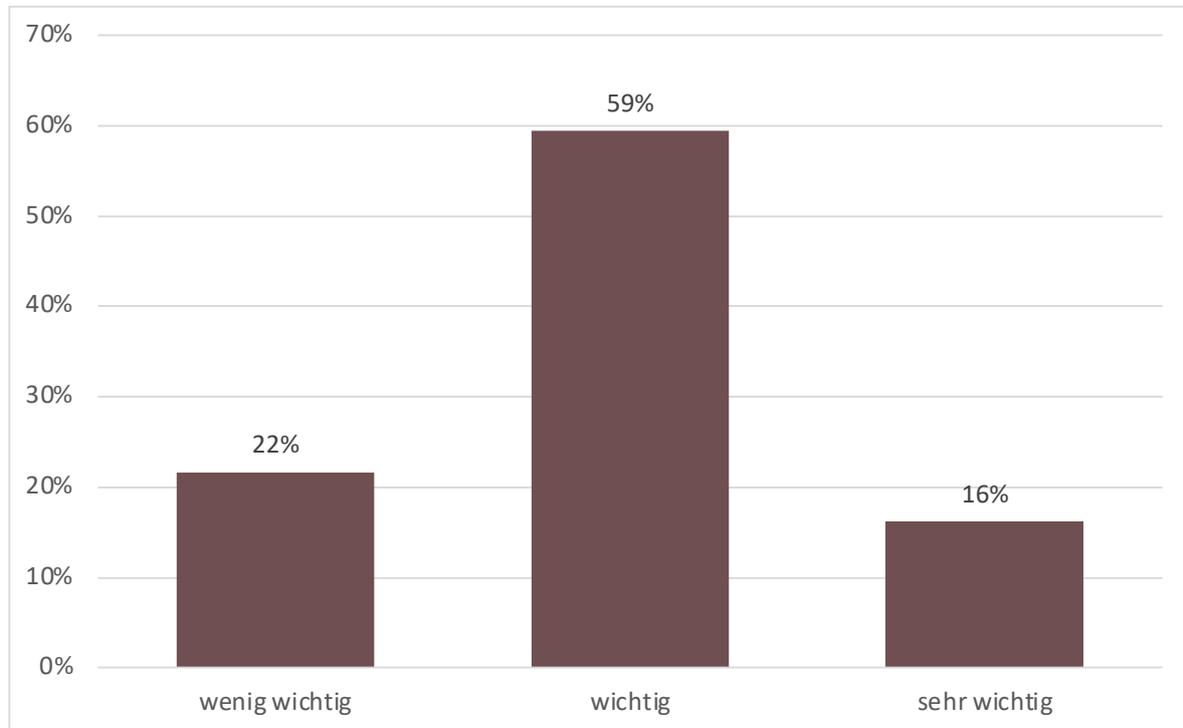
4.2.2 Haltung gegenüber dem BGM

Die Einstellung der Betriebe gegenüber dem BGM wurde mit der Frage nach dessen Relevanz ermittelt. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4.3 mit anderen Merkmalen kombiniert und betreffen die Forschungsfragen F3: <Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der Grösse des Betriebs und dessen Haltung gegenüber dem BGM?> und F4: <Inwiefern besteht innerhalb der Betriebe ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der BGM-Kenntnisse und deren Haltung gegenüber dem BGM?>.

Die Mehrheit der für die Betriebe teilnehmenden Personen, sprich 59 % (n = 22), gab an, das BGM für <wichtig> zu halten. Demgegenüber haben 16 % (n = 6) die Antwortmöglichkeit <sehr wichtig> gewählt und 22 % (n = 8) als Antwort <wenig wichtig> angegeben. Keine der befragten Personen hat die Option <gar nicht wichtig> gewählt (vgl. Abbildung 6). Der Mittelwert lag bei 2,95 (N = 37, 1 = <gar

nicht wichtig; 2 = <wenig wichtig>; 3 = <wichtig>; 4 = <sehr wichtig>) mit einer Standardabweichung von 0,70.

Abbildung 6: Bewertung der Relevanz des BGM (n = 36; 1 Missing)

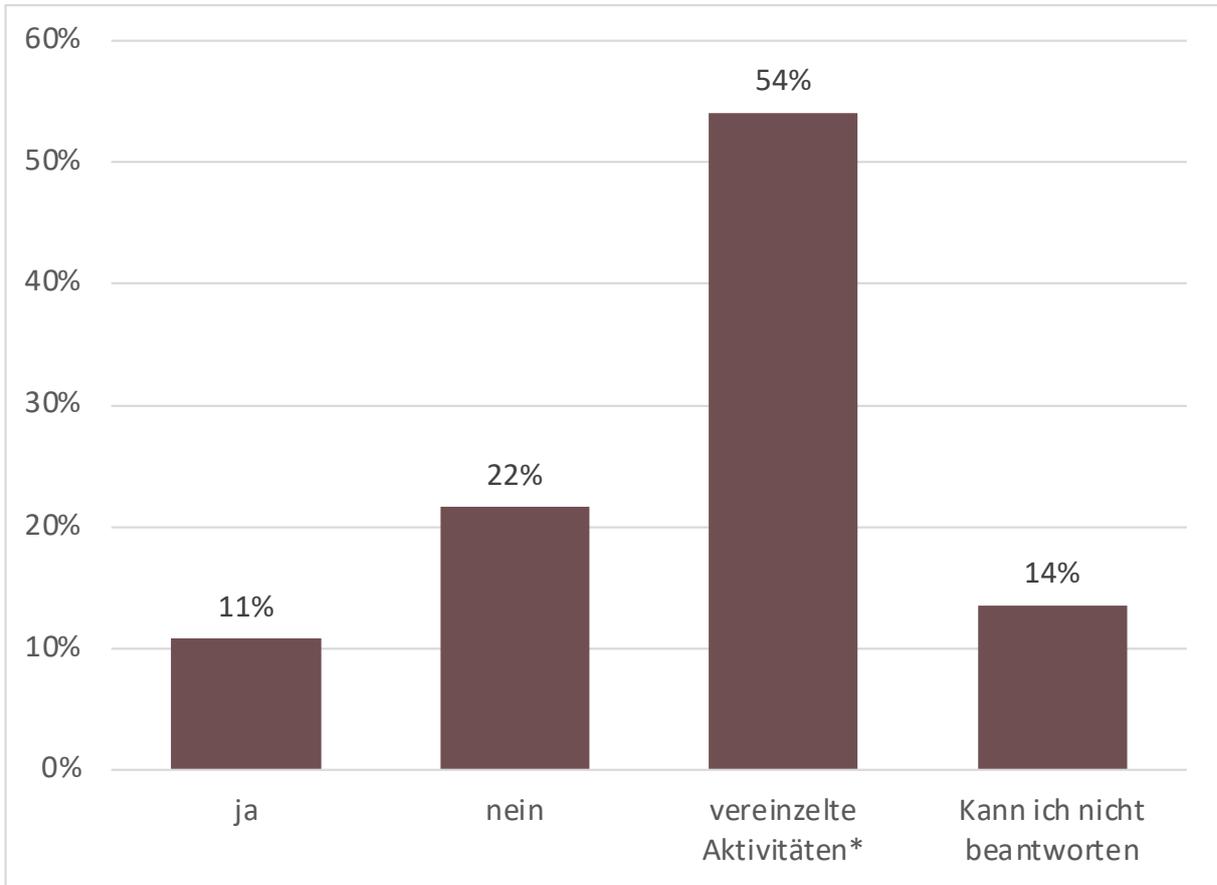


Anmerkung: Eigene Darstellung aus der Umfrage. Ursprüngliche Auswahl in der Umfrage: <gar nicht wichtig>, <wenig wichtig>, <wichtig>, <sehr wichtig>

4.2.3 Derzeitige Umsetzung des BGM

Die Ergebnisse der Frage nach dem derzeitigen Stand der Umsetzung eines BGM im Betrieb stehen in Bezug zur Forschungsfrage F1: <Inwieweit ist das BGM in niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben bekannt?>. Aus den Daten geht hervor, dass über die Hälfte der Betriebe <vereinzelte Aktivitäten (z. B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)> umsetzen (n = 20). Von den Teilnehmenden gaben 22 % (n = 8) an, dass kein BGM vorhanden sei und 14 % (n = 5) haben die Option <kann ich nicht beantworten> gewählt. Bei 11 % (n = 4) der Befragten lautete die Antwort <ja> (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: derzeitige Umsetzung des BGM in den Betrieben (N = 37)



Anmerkung: Eigene Darstellung aus der Umfrage. *(z. B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)

4.3 Ergebnisse der multivariaten Analyse

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden verschiedene Merkmale in Bezug zueinander gesetzt. Im Folgenden werden die daraus resultierenden Ergebnisse dargestellt.

4.3.1 Grösse des Betriebs und Einschätzung der BGM-Kenntnisse

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen der Betriebsgrösse und der Einschätzung über die BGM-Kenntnisse herauszuarbeiten, wurden die Mittelwerte der Antworten auf die Frage zur Beurteilung des BGM-Wissensstandes berechnet (vgl. Tabelle 1). Kleinstbetriebe mit <1–10> Mitarbeitenden weisen einen Mittelwert von 2,5 (n = 28) auf. Hinsichtlich der Antworten tendierten die Befragten demnach zu <Ich habe noch nie von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gehört>.

Angehörige von Unternehmen mit <11–25> (n = 7) sowie <26–49> (n = 2) Mitarbeitenden antworteten gleichermassen mit <Ich habe noch nie von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gehört> und <Ich kann jemandem gut erklären, was Betriebliches Gesundheitsmanagement ist> (vgl. Tabelle 1). Die Kombination dieser Merkmale soll zur Beantwortung der Forschungsfrage F2: <Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der Grösse des Betriebs und dessen Einschätzung über die BGM-Kenntnisse?> beitragen.

Tabelle 1: Mittelwerte der Selbsteinschätzung über BGM-Kenntnisse nach Betriebsgrösse (nach Anzahl Mitarbeitende)

	Betriebsgrösse nach Anzahl Mitarbeitende			Gesamtergebnis (n= 37)
	1-10 (n= 28)	11-25 (n=7)	26-49 (n=2)	
Einschätzung BGM Kenntnisse	2.5	3.1	3.0	2.6

Anmerkung: Eigene Darstellung aus der Umfrage. 1 = <Ich habe noch nie von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gehört>; <2>; <3>; <4>; 5 = <Ich kann jemandem gut erklären, was Betriebliches Gesundheitsmanagement ist>.

4.3.2 Grösse des Betriebs und Haltung gegenüber dem BGM

Gleichermassen wurde auch zur Beantwortung der Forschungsfrage F3: <Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der Grösse des Betriebs und dessen Haltung gegenüber dem BGM?> vorgegangen. Betriebe mit <1–10> (n = 27) und <11–25> (n = 7) Mitarbeitenden gaben mit einem Mittelwert von 2,9 an, das BGM für <wichtig> zu halten (vgl. Tabelle 2). Bei Unternehmen mit <26–40> Beschäftigten (n = 2) beträgt der Mittelwert 3,5 und ist somit zwischen den Antwortmöglichkeiten <wichtig> und <sehr wichtig> angesiedelt.

Tabelle 2: Mittelwerte zur Beurteilung der Relevanz des BGM nach Betriebsgrösse (nach Anzahl der Mitarbeitenden)

	Betriebsgrösse nach Anzahl Mitarbeitende			Gesamtergebnis (n= 36)
	1-10 (n= 27)	11-25 (n=7)	26-49 (n=2)	
Beurteilung der Relevanz des BGM	2.9	2.9	3.5	2.9

Anmerkung: Eigene Darstellung aus der Umfrage. 1 = <gar nicht wichtig>; 2 = <wenig wichtig>; 3 = <wichtig>; 4 = <sehr wichtig>

4.3.3 Grösse des Betriebs und derzeitige Umsetzung des BGM

Die Erstellung einer Kreuztabelle mit den Variablen *Anzahl Mitarbeitende pro Betrieb* und *derzeitige Umsetzung von BGM* sollte zur Beantwortung der Forschungsfrage *F1: <Inwieweit ist BGM in niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben bekannt?>* dienen. Hierbei wurde deutlich, dass die vier Betriebe, die bereits ein BGM umsetzen, hinsichtlich ihrer Grösse <1–10> oder <11–25> Mitarbeitende beschäftigen (vgl. Tabelle 3). Die fünf teilnehmenden Personen, welche die Frage, ob der Betrieb bereits über ein BGM verfüge, nicht beantworten konnten, stammten aus Unternehmen mit <1–10> Mitarbeitenden. Die Antwortmöglichkeit <vereinzelte Aktivitäten (z. B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)> wurde grösstenteils (n = 14) von Betrieben mit <1–10> Mitarbeitenden ausgewählt.

Tabelle 3: derzeitige Umsetzung des BGM nach Betriebsgrösse (nach Anzahl der Mitarbeitenden) in absoluten Zahlen

Anzahl MA	Derzeitige Umsetzung BGM				Gesamt
	ja	Kann ich nicht beantworten	nein	vereinzelte Aktivitäten*	
1-10	2	5	7	14	28
11-25	2	0	1	4	7
26-49	0	0	0	2	2
Gesamt	4	5	8	20	37

*Anmerkung: Eigene Darstellung aus der Umfrage. *(z. B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)*

4.3.4 Einschätzung der BGM-Kenntnisse und Haltung gegenüber dem BGM

Um die Forschungsfrage *F4: <Inwiefern besteht innerhalb der Betriebe ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der BGM-Kenntnisse und deren Haltung gegenüber dem BGM?>* zu beantworten, wurde eine Pearson-Korrelation berechnet. Dabei ergab sich eine geringe Korrelation ($r = 0,26$) zwischen der Beurteilung des Wissensstandes zum BGM und der Einschätzung im Hinblick auf dessen Relevanz.

4.3.5 Branchenunterschiede

In Kapitel 4.1 wurde zusammengefasst, aus welchen Branchen die teilnehmenden Betriebe stammten. Da sechs der Bereiche nur durch einen einzigen und acht Sektoren durch keinen Betrieb vertreten waren, wurde die Variable ‹Branchenzugehörigkeit› nicht mit den anderen Variablen kombiniert. Im folgenden Kapitel 5.3 wird darüber diskutiert, was das für die untergeordnete Frage S1: *‹Welche Unterschiede bestehen zwischen den Branchen bezüglich der Einschätzung über die BGM-Kenntnisse und der Haltung gegenüber dem BGM?›* bedeutet.

5 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte der Bekanntheitsgrad von BGM in niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben und deren Einstellung dazu erörtert werden. In diesem Kapitel werden die relevantesten Ergebnisse der hierfür durchgeführten Studie zusammengefasst und die Forschungsfragen beantwortet. Die Resultate werden dabei anhand der verwendeten Literatur diskutiert. Zum Abschluss werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt.

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

An der Umfrage haben 28 Personen aus einem Kleinstbetrieb (1–10 Mitarbeitende) teilgenommen. Sieben Teilnehmende stammten aus einem Betrieb mit <11–25> Beschäftigten und zwei aus einem Unternehmen mit <26–49> Mitarbeitenden.

Die meisten Personen schätzten die eigenen Kenntnisse zum BGM als mittelmässig ein. Dennoch gaben mehr als ein Drittel der Teilnehmenden nur Werte von 1–2 auf einer Skala von 1–5 an. Von den Beschäftigten in Kleinstbetrieben ordnete sich die Mehrzahl auf der Skala näher bei <1>, also bei der Bezeichnung <Ich habe noch nie von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gehört>, ein. Dies im Vergleich zu Betrieben mit 11–49 Mitarbeitenden, welche sich auf der Skala in der Mitte zwischen <Ich habe noch nie von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gehört> und <Ich kann jemandem gut erklären, was Betriebliches Gesundheitsmanagement ist> befanden.

Bezüglich der Haltung gegenüber dem BGM gab die Mehrheit der Teilnehmenden an, dieses für <wichtig> zu erachten. Auch wenn niemand das BGM als <gar nicht wichtig> ansah, wählte gut ein Fünftel der Befragten die Antwortmöglichkeit <wenig wichtig>. Im Hinblick auf die Betriebsgrösse konnten keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der Haltung gegenüber dem BGM ausgemacht werden. Jedoch neigten Teilnehmende aus Betrieben mit <26–49> Mitarbeitenden eher zu der Antwort <sehr wichtig>.

Zwischen den Aspekten Selbsteinschätzung der Kenntnisse zum BGM und Bewertung der Relevanz konnte mittels der Berechnung nach Pearson eine geringe Korrelation festgestellt werden.

Über die Hälfte der Teilnehmenden gaben an, dass ihr Betrieb ‹vereinzelte Aktivitäten (z. B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)› anbiete. Fünf Personen konnten die Frage, ob ihr Betrieb BGM umsetze, nicht beantworten. Diese fünf Teilnehmenden stammten aus Kleinstbetrieben. Die vier Personen, die erklärten, ihr Betrieb habe bereits ein BGM etabliert, stammten zur Hälfte aus Kleinstbetrieben und zur Hälfte aus Kleinbetrieben mit ‹11–25› Mitarbeitenden.

5.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Die **Forschungsfrage F1: ‹Inwieweit ist das BGM in niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben bekannt?›** kann nicht abschliessend beantwortet werden. Im Durchschnitt schätzten die teilnehmenden Personen ihren persönlichen Wissensstand zu diesem Thema als mittelmässig ein. Aus diesem Ergebnis kann geschlussfolgert werden, dass die Kenntnisse über BGM in Kleinst- und Kleinbetrieben ausbaufähig sind. Jedoch spiegelt diese Selbsteinschätzung nicht zweifelsfrei den tatsächlichen Wissensstand wider. Laut Dunning-Kruger-Effekt neigen Menschen dazu, die eigenen Fähigkeiten und ihr persönliches Wissen zu überschätzen, um sich als kompetent darzustellen (Voss, 2022). Nichtsdestotrotz werden hier Analogien zu den Ergebnissen aus einer Untersuchung in Deutschland von Lück und Meisel (2020) deutlich. Diese qualitative Studie hat ergeben, dass Arbeitgebende oder andere Personen, die in Kleinst- und Kleinunternehmen für das Thema Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz zuständig sind, nur unzureichende Kenntnisse über BGM vorweisen können. Das Thema wird im Allgemeinen lediglich mit Kursen für die Rückengesundheit, der Finanzierung von Fitnessabonnements u. Ä. in Verbindung gebracht. Dabei werden jedoch verhältnispräventive Massnahmen vernachlässigt (Lück & Meisel, 2020).

Mittels des Frageitems «Setzt Ihr Unternehmen Betriebliches Gesundheitsmanagement um?» sollte eine Erkenntnis im Hinblick auf das tatsächliche Wissen zum BGM gewonnen werden. Fünf Personen gaben auf diese Frage «Kann ich nicht beantworten» an. Es wird davon ausgegangen, dass die entsprechenden Teilnehmenden, nicht wussten, was BGM ist. Ob die 32 % der Befragten, die mit «ja» oder «nein» geantwortet haben, tatsächliche Kenntnisse über das BGM haben, kann nicht geklärt werden. Über die Hälfte der Teilnehmenden gaben an, ihr Unternehmen biete «vereinzelte Aktivitäten (z. B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)» an. Hier führten möglicherweise die aufgezählten Beispiele im Frageitem dazu, dass die Teilnehmenden Aspekte erkannten, die in ihrem Betrieb umgesetzt werden. Daraus könnte die hohe Anzahl an Antworten resultieren, ohne dass die Befragten wirklich wussten, welche Aktivitäten ein BGM umfassen kann. Insgesamt decken sich die Ergebnisse jedoch mit der oben erwähnten Publikation von Lück und Meisel (2020), die zu dem Schluss kommen, dass in Kleinst- und Kleinbetrieben häufig einzelne Massnahmen ergriffen und seltener strukturierte, zielgerichtete BGM-Prozesse umgesetzt werden.

In diesem Zusammenhang gilt es, den grundsätzlichen Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention nochmals zu erwähnen: die Verhaltens- und Verhältnisprävention (vgl. Kapitel 2.4.3). Vereinzelte – insbesondere verhaltenspräventive – Massnahmen zeigen wenig Erfolg, wenn im Vorfeld nicht die Arbeitsverhältnisse betrachtet und Belastungen reduziert werden (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Dieser Aspekt wurde auch in der Ottawa-Charta (vgl. Kapitel 2.4.1) festgehalten, wobei das Ziel darin besteht für alle Menschen gleiche Chancen auf ein gesundes Leben sicherzustellen (WHO, 1986). Demzufolge kann wohl argumentiert werden, dass auch Erwerbstätige, die in einem Kleinst- oder Kleinbetrieb angestellt sind, das Recht auf einen gesundheitsförderlichen Arbeitsplatz und die Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen haben.

Anhand der verwendeten Literatur konnte keine direkte Wechselbeziehung zwischen der Grösse des Betriebs und der Anzahl der BGM-Massnahmen ermittelt

werden. Vielmehr wird die Umsetzung einer BGF* von Alaze et al. (2015) mit der Branchenzugehörigkeit in Verbindung gebracht. So gibt es beispielsweise im Handwerks- und Gastgewerbe bisher nur wenige BGF*-Initiativen. Zum Grossteil bestehen diese Branche aus Kleinst- und Kleinunternehmen (Alaze et al., 2015). Ob die Branche, die Grösse des Betriebs oder vielmehr ein Zusammenspiel aus beiden Merkmalen ausschlaggebend für die Umsetzung von BGM ist, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden und sollte daher Gegenstand weiterer Forschung sein.

Zur Forschungsfrage F2: *«Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der Grösse des Betriebs und dessen Einschätzung über die BGM-Kenntnisse?»*

kann festgehalten werden, dass Personen aus Kleinstbetrieben ihre Kenntnisse zum BGM mit einem Mittelwert von 2,5 am niedrigsten einschätzten. Dies im Vergleich zu Betrieben mit <11–25> bzw. <26–49> Mitarbeitenden, welche einen Mittelwert von 3,1 bzw. 3,0 aufwiesen und ihre BGM-Kenntnisse somit als mittelmässig einstufen. Die Aussage ist jedoch besonders im Hinblick auf die Betriebe mit <26–49> Mitarbeitenden nicht signifikant, da lediglich zwei Personen aus dieser Gruppe an der Umfrage teilgenommen haben. Dennoch kann wohl gesagt werden, dass das Wissen über das Thema sowohl in Kleinst- als auch in Kleinbetrieben ausbaufähig ist.

Im deutschen iga.Report 20 werden als bedeutendste Hürden bei der Einführung eines BGM der Vorrang des Tagesgeschäfts, fehlende Ressourcen und mangelndes Wissen bezüglich der Umsetzung genannt (Bechmann et al., 2011). Zumindest um den letzten Aspekt zu erleichtern, hat das Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (2020) mit der 2020 verabreichten Nationalen Strategie «Gesundheit im Betrieb» bereits wesentliche Rahmenbedingungen in Österreich geschaffen (vgl. Kapitel 2.2.2). Eine Massnahme besteht dabei in der einheitlichen und übersichtlichen Öffentlichkeitsarbeit und der Kommunikation zur Sensibilisierung von Betrieben und Beschäftigten (Bundesministerium Arbeit, Familie und Jugend, 2020). Die Relevanz dieser Initiativen zeigt sich auch in der

* BGF als Synonym für BGM (vgl. Kapitel 2.2.1)

Publikation von Bechmann et al. (2011): «Krankenkassen und Unfallversicherungsträger können und sollen ihre Informationspolitik verstärken und zielgruppenspezifisch (z. B. für kleine und/oder mittlere Unternehmen) ausbauen» (Bechmann et al., 2011, S. 28). Auch in der Luxemburger Deklaration (vgl. Kapitel 2.4.2) wurden diesbezüglich Prioritäten formuliert: Die BGF bekannter zu machen wird neben anderen Aufgaben als vordringlich erachtet (EU, 2007).

Im Hinblick auf die **Forschungsfrage F3: *«Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der Grösse des Betriebs und dessen Haltung gegenüber dem BGM?»*** zeigten sich keine auffälligen Ergebnisse. Lediglich in Betrieben mit «26–49» Mitarbeitenden wird das BGM tendenziell als relevanter erachtet als in kleineren Unternehmen. Insgesamt hielten die Angehörigen der meisten Betriebe das Thema für «wichtig». Dennoch wurde anhand der Erhebung deutlich, dass in einigen Unternehmen das BGM als «wenig wichtig» empfunden wird. In Anbetracht der in der Einleitung erwähnten Umwälzungen in der Arbeitswelt gewinnt das BGM in Zukunft jedoch zunehmend an Bedeutung. Die BGF spielt laut der Luxemburger Deklaration eine entscheidende Rolle bei der Vorbereitung von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitenden auf die Herausforderungen in der Arbeitswelt (EU, 2007).

Es sollte jedoch in Betracht gezogen werden, dass nicht die Betriebsgrösse für das Wissen und die Ansicht über das BGM und demzufolge auch für dessen Umsetzung ausschlaggebend ist, sondern die Berufsbranche (Alaze et al., 2015). Aus diesem Grund müssen Konzepte zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz auch auf besondere Rahmenbedingungen einer Branche abgestimmt sein (Alaze et al., 2015). Eine Möglichkeit, um auf die spezifischen Bedarfe von Betrieben einzugehen, sei es aufgrund der Betriebsgrösse oder der Branche, ist das aufsuchende Beratungsgespräch. Dabei gehen Fachpersonen aus eigener Initiative beispielsweise mittels Flyer-Versand oder Telefonanrufen auf Betriebe zu. Krankenkassen und Unfallversicherungsträger bieten bereits solche Beratungsgespräche an, sollten ihre Initiative jedoch noch ausweiten (Bechmann et al., 2011). Zudem sind betriebsübergreifende Ansätze und Kooperationen zwischen Anbietern von BGM-Beratungsangeboten notwendig (Alaze et al., 2015).

Auch Bechmann et al. (2011) kommen in ihrem Report zu dieser Schlussfolgerung. Um Betriebe zu erreichen, die nicht aus eigener Initiative heraus Beratungsangebote zum Thema BGM in Anspruch nehmen, beispielsweise weil sie dessen Relevanz noch nicht erkennen, sollten Berufsverbände, regionale Medien und Branchenzeitschriften genutzt werden. Auch vorhandene oder neue Netzwerke können zur Aufklärung von Klein- und Mittelbetrieben über das BGM dienen (Bechmann et al., 2011). Diese könnten Vorzeigebispiele aus der Region oder Branche vermitteln, da dies von Kleinst- und Kleinbetrieben gewünscht wird (Lück & Meisel, 2020).

Die Forschungsfrage F4: *«Inwiefern besteht innerhalb der Betriebe ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der BGM-Kenntnisse und deren Haltung gegenüber dem BGM?»* kann anhand der Ergebnisse aus der quantitativen Erhebung wie folgt beantwortet werden. Zwischen der Selbsteinschätzung zum Wissen über das BGM und die Beurteilung der Relevanz dieses Themas besteht eine geringe Korrelation. Dabei gilt es jedoch, die Limitationen (vgl. Kapitel 5.3) zu beachten.

Es wurde keine Studie gefunden, in welcher der Zusammenhang zwischen dem BGM-Wissensstand und der Einschätzung der Bedeutung dieses Themas analysiert wird. Die Forschenden sind sich jedoch darüber einig, dass in Kleinst- und Kleinbetrieben für die Umsetzung eines BGM insbesondere die Haltung und die Kenntnisse der Führungskräfte relevant sind. Der Erfolg von BGF*-Massnahmen ist von den Ansichten und der Kompetenz der Führungskräfte gegenüber des Gesundheitsthemas abhängig (Pröll, 2012). Gemäss der Luxemburger Deklaration genügt es nicht, gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen zu beseitigen. Zur Verbesserung der Gesundheit von Mitarbeitenden sollten im Sinne der Salutogenese auch Möglichkeiten zur persönlichen und beruflichen Entwicklung der Beschäftigten geschaffen werden (EU, 2007). Die Basis hierfür scheint bereits gegeben, denn Führungskräfte in Kleinst- und Kleinbetrieben zeichnen sich häufig durch ein hohes

* BGF als Synonym für BGM (vgl. Kapitel 2.2.1)

Verantwortungsgefühl gegenüber der eigenen Belegschaft aus. Jedoch scheint hier das Wissen hinsichtlich der entsprechenden Ansprechpersonen und Unterstützungsangebote zu fehlen (Lück & Meisel, 2020).

Die untergeordnete Frage **S1: «Welche Unterschiede bestehen zwischen den Branchen bezüglich der Einschätzung über die BGM-Kenntnisse und der Haltung gegenüber dem BGM?»** kann nicht beantwortet werden, da die Datenlage aus der Erhebung unzureichend ist. Aus einigen Branchen haben keine oder nur wenige Personen an der Befragung teilgenommen, sodass das Analysieren der Daten in Kombination mit anderen Merkmalen aus der Befragung wenig Sinn gemacht hätte und nicht repräsentativ gewesen wäre. Aufgrund der Ergebnisse der Studie von Alaze et al. (2015), die darauf hinweist, dass vielmehr die Berufsbranche als die Betriebsgrösse ausschlaggebend für die Umsetzung des BGM ist, sollte diesem Aspekt in zukünftiger Forschung Rechnung getragen werden.

5.3 Limitationen

Bei der Interpretation der Resultate gibt es einige Einschränkungen, die im Folgenden aufgezeigt werden.

Durch die niedrige Stichprobengrösse der Studie ist keine Repräsentativität für das Bundesland Niederösterreich gegeben, da es dort rund 350'000 Kleinst- und Kleinbetriebe gibt (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2022). Angesichts dieser Zahl hätte der minimale Stichprobenumfang bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0,5$ nach Häder und Häder (2014) mindestens 380 Betriebe umfassen müssen. Insbesondere auf die untergeordnete Frage **S1: «Welche Unterschiede bestehen zwischen den Branchen bezüglich der Einschätzung über die BGM-Kenntnisse und der Haltung gegenüber dem BGM?»** hat die geringe Stichprobengrösse eine erhebliche Wirkung. Da aus einigen Branchen keine oder nur wenige Personen teilgenommen haben, konnte diese Frage weder analysiert noch beantwortet werden.

Des Weiteren kann die interne Validität einer Online-Erhebung insofern eingeschränkt sein, dass die Studienleitung kaum Kontrolle über die Umstände hat, unter denen die Teilnehmenden den Fragebogen ausfüllen (Hussy et al., 2013). Es kann beispielsweise nicht nachvollzogen werden, ob die Befragung unter grossem Zeitdruck durchgeführt wird oder wer die Person ist, die teilnimmt. Dies trifft auch auf die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführte Erhebung zu. Insbesondere kann nicht nachvollzogen werden, wer an der Online-Umfrage teilgenommen hat. Obwohl in der E-Mail mit dem Umfrage-Link stets die jeweilige Führungsperson angesprochen wurde, wurde der Fragebogen zumeist an allgemeine Firmen-E-Mail-Adressen versandt. Dementsprechend konnte nicht sichergestellt werden, dass die entsprechende Führungskraft den Fragebogen ausfüllt. Möglich ist auch, dass eine andere beschäftigte Person (z. B. im Sekretariat) die Umfrage bearbeitet hat. Dies ist insofern relevant, da – wie in Kapitel 5.2 beschrieben – für die Umsetzung eines BGM zwingend die Unterstützung und das Commitment der Führungskräfte benötigt wird. Insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben kommt den Führungspersonen in Bezug auf die Etablierung eines BGM eine Schlüsselfunktion zu (Weidinger, 2016). Aus diesem Grund ist es unerlässlich, zu ermitteln, wie bekannt das BGM unter den Führungskräften ist. Jedoch wurden die Forschungsfragen nicht explizit in Bezug auf die Vorgesetzten gestellt. Dieser Aspekt hätte zu Beginn spezifiziert werden müssen. Bei der Entwicklung der Erhebungsmethode hätte die Studienleitung bereits präzisieren müssen, wer hinsichtlich des Bekanntheitsgrads des BGM und der Haltung gegenüber diesem Thema befragt werden soll.

Zudem kann im Hinblick auf die Studie keine Objektivität gewährleistet werden, obwohl es sich beim Erhebungsinstrument um einen standardisierten Fragebogen handelte. Die Teilnehmenden könnten die Fragen verschiedenartig aufgefasst haben, da davon auszugehen ist, dass die Befragten über ein unterschiedliches Vorwissen zum Thema verfügten. Mittels eines im Laufe der Befragung eingebauten Textfeldes mit einer kurzen Erläuterung des BGM, sollte diesem Umstand entgegengewirkt werden. Bezüglich der Reliabilität der Erhebungsmethode muss hinterfragt werden, ob anhand der Frageitems der

tatsächliche Wissensstand ermittelt werden kann, da in der Online-Umfrage keine Frage gestellt wurde, mit der das tatsächliche Wissen erhoben werden konnte.

6 Schlussfolgerung

In diesem Kapitel werden die Schlüsselerkenntnisse aus der Diskussion aufgeführt und daraus resultierende Empfehlungen für das Berufsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt. Im Anschluss werden Empfehlungen für die weiterführende Forschung gegeben.

6.1 Fazit

Ziel dieser Arbeit war es, den Bekanntheitsgrad des BGM in Kleinst- und Kleinbetrieben sowie deren Haltung gegenüber dem Thema zu ermitteln. Ausserdem sollte dargelegt werden, ob die Grösse der Unternehmen (nach Anzahl der Mitarbeitenden) mit diesen Aspekten in Verbindung gebracht werden kann. Aus den Ergebnissen sollten sich möglicherweise auch Hinweise darüber herausstellen, ob die Merkmale Kenntnisse und Ansicht über das BGM mit dessen geringer Umsetzungsquote in Kleinst- und Kleinbetrieben zusammenhängen und, ob die Quote wiederum mit den höheren Krankheitsausfällen von Erwerbstätigen im Bundesland Niederösterreich in Verbindung steht.

Anhand der Resultate aus der Online-Umfrage wird das Verbesserungspotenzial im Hinblick auf die Sensibilisierung von Kleinst- und Kleinbetrieben zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement deutlich. Mitarbeitende in niederösterreichischen Kleinst- und Kleinbetrieben schätzen ihr Wissen zu diesem Thema als mittelmässig ein, halten es jedoch grösstenteils für relevant. Hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention – basierend auf der Ottawa-Charta – sollten die Arbeit und die Arbeitsbedingungen eine Quelle der Gesundheit sein (WHO, 1986). Dementsprechend sollten das BGM bzw. zumindest Einzelaktivitäten der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz von jedem Betrieb mit Mitarbeitenden als essenziell betrachtet werden. Hierzu kann festgehalten werden, dass viele Kleinst- und Kleinbetriebe bereits vereinzelt Massnahmen umsetzen. Dennoch gibt es in einigen Unternehmen noch immer Führungskräfte und/oder Mitarbeitende, die noch nie vom BGM gehört haben oder dieses als wenig relevant erachten.

Hinsichtlich der Betriebsgrößen zeigen sich teilweise Unterschiede, wobei nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass diese Abweichungen aufgrund der Anzahl der Mitarbeitenden pro Betrieb zustande kommen. Möglicherweise liegt es vielmehr an den Branchen, welche zum Teil mehrheitlich aus Kleinst- und Kleinbetrieben bestehen.

Im Hinblick auf die Ergebnisse gilt es, insbesondere die Limitation durch die geringe Stichprobengröße zu beachten. Die Stichprobe der Erhebung ist zu klein, um für das Bundesland Niederösterreich repräsentativ zu sein.

Um zu ermitteln, ob die hohe Anzahl der Krankheitsausfälle in Niederösterreich mit dem Umsetzungsstand des BGM in Verbindung steht, bedarf es anderer Untersuchungsmethoden. Hierfür genügten die zeitlichen sowie finanziellen Ressourcen dieser Untersuchung nicht.

Anhand der Literatur konnte herausgearbeitet werden, dass Kleinst- und Kleinbetriebe sich mehr Informationen zum Thema, aber auch zu Unterstützungsangeboten und Ansprechpersonen wünschen. Ausserdem fehlt aus Sicht der Unternehmen der Einblick in Vorzeigebetriebe aus der Region oder der Branche.

6.2 Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie weiterführende Fragen

Die Gesundheit am Arbeitsplatz bildet einen bedeutenden Teilaspekt innerhalb der Gesundheitsförderung und Prävention und wird in der heutigen Zeit immer relevanter. Besonders im Sinne der Chancengerechtigkeit sollte jede erwerbstätige Person die Möglichkeit haben, an einem gesundheitsförderlichen Arbeitsplatz tätig zu sein. Hierfür müssen sich die Betriebe, insbesondere die Führungskräfte, offen für das Thema Gesundheit zeigen.

Um alle Unternehmen zu erreichen, sollten bestehende Strukturen genutzt werden. Dabei kann es sich beispielsweise um Organisationen handeln, die ohnehin bereits in Kontakt mit den Betrieben stehen. In Österreich könnten z. B. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt oder die jeweiligen Arbeitgebendenverbände diese

Aufgabe übernehmen. Das Aufzeigen von Good-Practice-Beispielen aus der Region oder Branche könnte eine adäquate Möglichkeit darstellen, um den Betrieben das Thema näherzubringen. Insbesondere auf Unternehmen bzw. Führungskräfte, die sich der Thematik gegenüber abgeneigt zeigen, sollte hierbei der Fokus gelegt werden. Anhand einer qualitativen Erhebung, beispielsweise mittels Telefon-Interviews, könnten die Gründe für die Ablehnung ermittelt werden oder es kann mit der passenden interpersonellen Kommunikation versucht werden, die Haltung dem Thema gegenüber positiv zu beeinflussen. Eine weitere Möglichkeit, um die Betriebe zu erreichen, ist die Verstärkung der aktiv aufsuchenden Beratungsgespräche, z. B. durch den Fonds Gesundes Österreich bzw. das BGF-Netzwerk.

Es bleibt offen, ob die Kenntnisse über das BGM in einigen Unternehmen aufgrund deren Branchenzugehörigkeit oder Betriebsgrösse schwerer zu vermitteln sind. Zur Verbesserung der zielgruppenspezifischen Kommunikation bedarf es einer weiterführenden Forschung. Aus der Studienlage wird ersichtlich, dass durch betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention krankheitsbedingte Fehlzeiten reduziert werden können (Pieper et al., 2015). Aus diesem Grund sollte der mögliche Zusammenhang zwischen dem BGM-Wissens- bzw. -Umsetzungsstand in Niederösterreich und den höheren Krankheitsausfällen im Vergleich zu anderen Bundesländern untersucht werden.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement wird zunehmend populärer, bildet jedoch weiterhin einen Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, der Verbesserungspotenzial besitzt.

7 Literaturverzeichnis

- Alaze, F., Goedicke, A., Brandt, M., Kunze, D., Seiler, K., & Ducki, A. (2015). Gesundheitsförderung bei Führungskräften und Beschäftigten in Klein(st)betrieben des Gastgewerbes und des Handwerks. In S. Jeschke, A. Richert, C. Jooß, & F. Hees (Hrsg.), *Exploring Demographics Transdisziplinäre Perspektiven zur Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel* (1. Aufl., S. 311–332). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-08791-3>
- Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P., & Herdegen, R. (2011). *Iga.Report 20 Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)*. Initiative Gesundheit und Arbeit. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2006). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 6, 172.
- Blattner, A., & Mayer, M. (2018). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (6. Aufl.). Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.665140&version=1543568094>
- Böker, K.-H., & Lindecke, C. (2013). *Flexible Arbeitszeit—Langzeitkonten* (2. Aufl.). Bund-Verlag. https://www.boeckler.de/pdf/mbf_bvd_flexible_arbeitszeit_langzeitkonten.pdf
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-540-33306-7.pdf?pdf=button>

Bundesamt für Gesundheit. (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030*. Bundesamt für Gesundheit.

<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheit-2030/strategie-gesundheit2030.pdf.download.pdf/strategie-gesundheit-2030.pdf>

Bundesarbeitskammer. (o. J.). *Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ)*.

<https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundrecht/krankheitundpflege/krankheit/Wiedereingliederungsteilzeit.html>

Bundesministerium Arbeit, Familie und Jugend. (2020). *Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“*. Bundesministerium Arbeit, Familie und Jugend.

https://www.gesundheit-im-betrieb.at/fileadmin/user_upload/06022020_Gesundheit_im_Betrieb_Strategiepapier.pdf

Bundesministerium Arbeit und Wirtschaft. (o. J.). *Betriebliches*

Eingliederungsmanagement. <https://www.gesundheit-im-betrieb.at/gesundheits-im-betrieb/betriebliches-eingliederungsmanagement>

Bundesministerium für Arbeit. (2021). *Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz—Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz*. Bundesministerium für Arbeit.

https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Zentrale_Dokumente/Uebergreifende_Themen/aschg_b.pdf

Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort. (2022). *KMU im Fokus 2021—Bericht über die Situation und Entwicklung kleiner und mittlerer Unternehmen der österreichischen Wirtschaft*. Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort.

https://www.bmdw.gv.at/dam/bmdwgvat/content/Themen/Wirtschaftsstandort-Österreich/KMU-Politik/KMU-im-Fokus-2021_-barrierefrei.pdf

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2017). *Gesundheitsziele Österreich*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf

Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C., & Côté, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*, 11(395), 1–11. <https://doi.org/doi:10.1186/1471-2458-11-395>

EU. (2003). *Empfehlung der Kommission vom 6. Mai 2003 betreffend die Definition der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen*. EU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003H0361&from=EN>

EU. (2007). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. EU. https://bg-elim.de/files/bg_elim/pdf/Luxemburger_Deklaration.pdf

Eurostat. (2022, März). *Europäische Union: Altersstruktur von 2011 bis 2021*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248980/umfrage/altersstruktur-in-der-europaeischen-union-eu/>

Fonds Gesundes Österreich. (o. J.). *Gesundheitsförderungsgesetz*. <https://fgoe.org/glossar/gesundheitsfoerderungsgesetz>

Füllemann, D., Schönholzer, T., Flükiger, N., Nauser, O., Jenny, G., Jensen, R., & Krause, A. (2021). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Schweiz: Monitoring-Ergebnisse 2020* (Arbeitspapier 54). Gesundheitsförderung Schweiz.

Gesundheitsförderung Schweiz / Arbeitsgruppe BGM-Kriterien. (2017). *Wegleitung Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement* (Friendly Work Space). Gesundheitsförderung Schweiz.

Gollner, E., Schnabel, F., & Braun, C. (2021). *Gesundheitsmanagement in österreichischen Unternehmen—eine empirische Status Quo Erhebung*. FH

Oberösterreich. http://ffhoarep.fh-ooe.at/bitstream/123456789/1442/1/FFH2021_155.pdf

Haas, S., Breyer, E., Knaller, C., & Weigl, M. (2013). *Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung* (Bd. 10). Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/2013-06-12.pdf>

Häder, M., & Häder, S. (2014). Stichprobenziehung in der quantitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>

Hahnzog, S. (Hrsg.). (2014). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Das Praxishandbuch für den Mittelstand*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02962-3>

Halbe-Haenschke, B., & Reck-Hog, U. (2017). *Die Erfolgsstrategie für Ihr BGM: Methoden und Umsetzung eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15491-2>

Haring, R. (Hrsg.). (2019). *Gesundheitswissenschaften*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2>

Hurrelmann, K., Matthias Richter, Klotz, T., & Stock, S. (Hrsg.). (2018). *Grundlagen und Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung* (5. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85590-000>

Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9>

Brehm, J., & Stecher, T. (o. J.). *Rahmenbedingungen für ein BGM / 1.4 Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung*.

https://www.haufe.de/personal/haufe-personal-office-platin/rahmenbedingungen-fuer-ein-bgm-14-luxemburger-deklaration-zur-betrieblichen-gesundheitsfoerderung_idesk_PI42323_HI9214213.html

Lang, G., Heigl, C., & Jiménez, P. (2019). Quality assurance for workplace health promotion. Validation of the quality criteria for WHP in the Austrian quality management system. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 27(6), 695–706. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-1005-6>

Leoni, T. (2020). *Fehlzeitenreport 2020. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. <https://news.wko.at/news/oesterreich/FZR-2020-Fehlzeitenreport.pdf>

Lück, P., & Meisel, P. (2020). *Iga.Report 42 Gesund im Kleinbetrieb*. Initiative Gesundheit und Arbeit. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_42_Gesund_im_Kleinbetrieb.pdf

Meissner, J. O., Weichbrodt, J., Hübscher, B., Baumann, S., Klotz, U., Pekruhl, U., Gisin, L., & Gisler, A. (2016). *Flexible neue Arbeitswelt: Eine Bestandsaufnahme auf gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Ebene*. vdf Hochschulverlag AG ETH Zürich. <https://doi.org/10.3929/ETHZ-A-010659566>

Mercer. (2014). *Neue Mercer-Studie zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement*. <https://www.mercer.at/newsroom/mercer-health-management-survey-2014.html>

OECD. (2019). *OECD Beschäftigungsausblick 2019: Die Zukunft der Arbeit*. OECD. <https://www.oecd.org/employment/Employment-Outlook-2019-Highlight-DE.pdf>

Omann, M. (2014). *Betriebliches Gesundheitsmanagement- Eine interdisziplinäre Analyse unter Anwendung des St. Galler Management Modells*

[Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz]. <https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/content/titleinfo/242656/full.pdf>

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review—A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1), 21–34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>

Pfaff, H., & Zeike, S. (2019). *Controlling im Betrieblichen Gesundheitsmanagement: Das 7-Schritte-Modell*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-16525-3>

Pfannstiel, M. A., & Mehlich, H. (Hrsg.). (2018). *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22738-8>

Pieper, C., Schröer, S., Bräunig, D., Kohstall, T., Haupt, J., & Kramer, I. (2015). *Iga.Report 28 Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention*. Initiative Gesundheit und Arbeit. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf

Pröll, U. (2012). Prävention in kleinen Unternehmen: Potenziale des Kammerwesens für die Etablierung eines pragmatischen kleinbetrieblichen Gesundheitsmanagements / Health prevention in small firms: How can chambers of commerce assist the implementation of a basic management of health and safety? *Arbeit*, 21(1), 52–64. <https://doi.org/10.1515/arbeit-2009-0405>

Rimbach, A., & Etzer-Hofer, I. (2019). Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). *Pflegerecht*, 2019(2). <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/19589>

Rosian-Schikuta, I., Horvath, I., Juraszovich, B., Renner, A.-T., Langmann, H., & Atzler, B. (2016). *Institutionelle Betriebliche Gesundheitsförderung und*

Prävention: Internationale Evidenz. Bestandsaufnahme Österreich. Perspektiven. Gesundheit Österreich.

https://jasmin.goeg.at/81/1/Institutionelle%20Betriebliche%20Gesundheitsförderung%20und%20Prävention_2017.pdf

Schlosser, R. W., Wendt, O., Bhavnani, S., & Nail-Chiwetalu, B. (2006). Use of information-seeking strategies for developing systematic reviews and engaging in evidence-based practice: The application of traditional and comprehensive Pearl Growing. A review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(5), 567–582.

<https://doi.org/10.1080/13682820600742190>

SECO. (2016, März 15). *Demografischer Wandel und seine Folgen.*

<https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/Aeltere-Arbeitnehmende/Betriebliches-Altersmanagement/Demografischer-Wandel-und-seine-Folgen.html>

STATISTIK AUSTRIA. (2022). *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene*

Gesundheitsprobleme: Modul der Arbeitskräfteerhebung 2020. STATISTIK AUSTRIA.

https://www.statistik.at/fileadmin/publications/arbeitsunfaelle_und_arbeitsbezogene_gesundheitsprobleme_2020.pdf

Steiner, E., & Benesch, M. (2021). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (5. Aufl.). utb. <https://doi.org/10.36198/9783838587882>

Uhle, T., & Treier, M. (2011). *Betriebliches Gesundheitsmanagement:*

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Springer.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-540-95934-2.pdf?pdf=button>

Voss, J. (2022, Februar 18). *Dunning-Kruger-Effekt: Warum sich Halbwissende für besonders klug halten.*

<https://www.nationalgeographic.de/wissenschaft/2020/06/dunning-kruger-effekt-warum-sich-halbwissende-fuer-besonders-klug-halten>

Weidinger, N.-E. (2016). *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen im deutschsprachigen Raum* [Diplomarbeit, Johannes Kepler Universität Linz].

<https://epub.jku.at/obvulihs/download/pdf/1436082?originalFilename=true>

WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. WHO.

https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf

WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. WHO.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WKO. (o. J.). *Förderungen und Services*. <https://www.wko.at/site/Plattform-Gesundheitswirtschaft/Foerderungen-und-Services.html>

Wu, C.-H., Chen, I.-S., & Chen, J.-C. (2017). A STUDY INTO THE IMPACT OF EMPLOYEE WELLNESS AND JOB SATISFACTION ON JOB PERFORMANCE. *The International Journal of Organizational Innovation*, 10(2), 252–269.

<https://www.proquest.com/docview/1975986834/fulltextPDF/FEB6013351784F1FPQ/1?accountid=143299>

8 Weitere Verzeichnisse

8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau BGM (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017, S. 23).....	14
Abbildung 2: KMU-Definition der EU-Kommission (IfM Bonn, 2021)	18
Abbildung 3: Betriebsgrösse nach Anzahl der Mitarbeitenden (N = 37)	27
Abbildung 4: Branchenzugehörigkeit der Betriebe nach ÖNACE-Klassifikation in absoluten Zahlen (n = 35; 2 Missings)	28
Abbildung 5: Einschätzung der BGM-Kenntnisse (N = 37)	30
Abbildung 6: Bewertung der Relevanz des BGM (n = 36; 1 Missing).....	31
Abbildung 7: derzeitige Umsetzung des BGM in den Betrieben (N = 37).....	32

8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwerte der Selbsteinschätzung über BGM-Kenntnisse nach Betriebsgrösse (nach Anzahl Mitarbeitende)	33
Tabelle 2: Mittelwerte zur Beurteilung der Relevanz des BGM nach Betriebsgrösse (nach Anzahl der Mitarbeitenden)	33
Tabelle 3: derzeitige Umsetzung des BGM nach Betriebsgrösse (nach Anzahl der Mitarbeitenden) in absoluten Zahlen	34

9 Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Berücksichtigung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Unterschrift:

Ort/ Datum:

Wortzahl

Abstract: 197

Arbeit (exkl. Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 9'084

10 Anhang

A Dokumentation Literaturrecherche

Intervention	Thema	Zielgruppe	Setting
CINAHL Complete			
Bekanntheit	"Betriebliche Gesundheitsförderung"	NOT owner	KMU
Wissen	"Betriebliches Gesundheitsmanagement"	NOT leader	SME
awareness	"occupational health"	NOT manager	"kleine und mittlere Unternehmen"
knowledge	"workplace health promotion"		"small and medium enterprise**"
	"workplace health"		kleinbetrieb*
	"job health"		small enterprise*
			kleinstbetrieb*
			microentit*
			Grossbetrieb*
			"large enterprise**"
Google Scholar			
Bekanntheit	Betriebliches Gesundheitsmanagement		Betriebe Österreich
Wissen	Betriebliche Gesundheitsförderung		Kleinunternehmen Österreich
			Kleinstunternehmen Österreich
			KMU

Einschlusskriterien

Ausschlusskriterien

Österreich, Schweiz, Deutschland, Grossbritannien	Alle anderen Länder
Deutsch, Englisch	Alle anderen Sprachen
Klein-, Mittel- und Grossunternehmen	Studien, die NUR Grossunternehmen thematisieren
	Studien über spezifische Berufsgruppen (z.B. Pflegefachkräfte im Spital)

B Fragebogen



0% ausgefüllt

Aufwand: weniger als 5 Minuten

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich mehr darüber erfahren, wie bekannt das Betriebliche Gesundheitsmanagement in niederösterreichischen Kleinbetrieben ist. Auch wenn Ihnen der Begriff Betriebliches Gesundheitsmanagement nichts sagt, ist Ihr Ausfüllen der Befragung sehr wertvoll. Alle Daten werden anonym erhoben und streng vertraulich behandelt.

Weiter

Caterina Carè, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften – 2022

1. Wie viele Mitarbeitende sind momentan in Ihrem Unternehmen tätig?

- Ich habe keine Angestellten
- 1-10
- 11-25
- 26-49
- mehr als 49

Zurück

Weiter

2. Zu welcher Branche laut ÖNACE gehört Ihr Unternehmen?

- Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
- Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
- Herstellung von Waren
- Energieversorgung
- Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
- Bau
- Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
- Verkehr und Lagerei
- Beherbergung und Gastronomie
- Information und Kommunikation
- Erbringung von Finanz – und Versicherungsdienstleistungen
- Grundstücks- und Wohnungswesen
- Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
- Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
- öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
- Erziehung und Unterricht
- Gesundheits- und Sozialwesen
- Kunst, Unterhaltung und Erholung
- Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
- Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
- Exterritoriale Organisationen und Körperschaften
- Kann ich nicht beantworten

Zurück

Weiter

3. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse über Betriebliches Gesundheitsmanagement ein?



Zurück

Weiter

Was ist nun Betriebliches Gesundheitsmanagement?

Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement geht es um die Gestaltung und (Weiter-)Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse. Das Ziel ist es, den Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten. Dabei werden die strukturellen Arbeitsbedingungen des Unternehmens ebenso ins Blickfeld gerückt wie die persönliche Gesundheitssituation der Beschäftigten. Zu einem umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagement gehören drei Disziplinen:

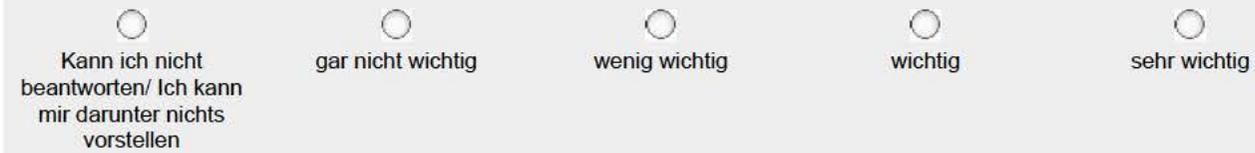
- Arbeitnehmerschutz
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement

Badura & Steinke. (2009). Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. https://www.boeckler.de/pdf_fof/96676.pdf

Zurück

Weiter

4. Für wie wichtig halten Sie Betriebliches Gesundheitsmanagement?



Zurück

Weiter

5. Setzt Ihr Unternehmen Betriebliches Gesundheitsmanagement um?

- ja
- nein
- vereinzelte Aktivitäten (z.B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)
- Kann ich nicht beantworten

Zurück

Weiter

Falls Sie mehr über Betriebliches Gesundheitsmanagement und die Angebote in Österreich erfahren möchten, empfehle ich Ihnen, die Webseite des Bundesministeriums Arbeit und Wirtschaft unter folgendem Link zu besuchen: <https://www.gesundheit-im-betrieb.at>

Zurück

Weiter



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Zeit und Mithilfe bedanken.

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

Caterina Carè, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften – 2022

C bereinigter Export der Primärdaten aus Sosci-Survey (Excel-Format)

CASE	BW01	BW04	BW03	F 01	FI02
Interview-Nummer	Einschätzung BGM Kennnisse	Meinung über Wichtigkeit BGM	Vorhandensein BGM	Anzahl MA	ÖNACE
66	3	sehr wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement Obstkorb ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Energieversorgung
67	2	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Verkehr und Lagerei
70	3	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	26-49	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
71	1	wenig wichtig	nein	1-10	Kann ich nicht beantworten
72	3	wichtig	nein	1-10	Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
74	2	wenig wichtig	Kann ich nicht beantworten	1-10	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
75	1	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Bau
76	3	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Herstellung von Waren
77	2	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
78	3	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement Obstkorb ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Herstellung von Waren
82	3	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement Obstkorb ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Erbringung von Finanz - und Versicherungsdienstleistungen
83	3	sehr wichtig	ja	1-25	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
84	3	wenig wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement Obstkorb ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-25	Herstellung von Waren
86	3	wenig wichtig	nein	1-10	Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
89	1	wichtig	Kann ich nicht beantworten	1-10	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
90	3	wichtig	nein	1-10	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
92	5	sehr wichtig	Kann ich nicht beantworten	1-10	Kann ich nicht beantworten
93	2	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
94	2	wenig wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Beherbergung und Gastronomie
95	2	wichtig	nein	1-10	Bau
98	4	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
99	1	wenig wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement Obstkorb ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Kunst Unterhaltung und Erholung
100	3	sehr wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement Obstkorb ergonomische Arbeitsplätze usw.)	26-49	Verkehr und Lagerei
105	5	sehr wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement Obstkorb ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-25	Beherbergung und Gastronomie
106	3	wichtig	Kann ich nicht beantworten	1-10	Herstellung von Waren
107	1	Kann ich nicht beantworten	Kann ich nicht beantworten	1-10	Bau
108	1	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Bau
109	2	wenig wichtig	nein	1-10	Herstellung von Waren
112	3	wichtig	nein	1-25	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
113	3	wenig wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-25	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
114	2	wichtig	nein	1-10	Beherbergung und Gastronomie
115	3	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Erbringung von Finanz - und Versicherungsdienstleistungen
116	3	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement Obstkorb ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-25	Beherbergung und Gastronomie
118	4	sehr wichtig	ja	1-10	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
119	4	wichtig	ja	1-25	Gesundheits- und Sozialwesen
121	4	wichtig	ja	1-10	Herstellung von Waren
122	5	wichtig	vereinzelte Aktivitäten (z B. Absenzenmanagement, Obstkorb, ergonomische Arbeitsplätze usw.)	1-10	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen