



Schriften zur Allgemeinen Inneren Verwaltung

22

Karin Johanna Sawkowicz

Betriebliches Gesundheitsmanagement- Gesundheitsförderung durch Bewegung

Eine Untersuchung zur Wahrnehmung und Akzeptanz in
der Bundesverwaltung am Beispiel ausgewählter
Bundesbehörden

Schriften zur Allgemeinen Inneren Verwaltung, Band 22

Karin Johanna Sawkowicz

**Betriebliches Gesundheitsmanagement –
Gesundheitsförderung durch Bewegung**
**Eine Untersuchung zu Wahrnehmung und Akzeptanz
in der Bundesverwaltung am Beispiel ausgewählter
Bundesbehörden**

Brühl/Rheinland 2015

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Brühl; Hochschule des Bundes
für öffentliche Verwaltung, Diplomarbeit, 2014.

ISBN 978-3-938407-70-7
ISSN 000948-0617

Druck: Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn

Impressum:

Hochschule des Bundes
für öffentliche Verwaltung
Willy-Brandt-Str. 1
50321 Brühl
www.hsbund.de

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Darstellungen	7
Abkürzungsverzeichnis	9
1. Einleitung	11
2. Definitionen	13
2.1 Gesundheit	13
2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement	15
2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung	16
2.3.1 Verhältnisprävention	18
2.3.2 Verhaltensprävention	19
3. Gesundheitsförderung durch Bewegung als Maßnahme der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung	20
3.1 Bewegung und Gesundheit	20
3.2 Historische Entwicklung der Gesundheitsförderung und aktueller Stand in Deutschland	22
3.3 Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Betrieblichen Gesundheitsförderung	25
3.3.1 Rechtliche Grundlagen auf Bundesebene	25
3.3.2 Ziele und Nutzen	27
3.3.3 Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung	31
3.3.4 Beispiele für Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung	32
3.3.5 Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	34
3.4 Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung - Die Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte	36
3.4.1 Hintergrund	36
3.4.2 Die Gesundheitspolitik des Bundes	38
3.4.3 Aufbau der Krankenstand- und Gesundheits förderungsberichte	38
3.4.4 Inhalt	40
3.4.4.1 Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung	40

3.4.4.2 Evaluationsfunktion der Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte	41
3.5 Herleitung der Forschungsfrage	42
4. Empirische Untersuchung	44
4.1 Methodisches Vorgehen	44
4.1.1 Untersuchungsziel	44
4.1.2 Untersuchungsgegenstand	44
4.1.3 Forschungshypothesen	45
4.1.4 Auswahl der Forschungsmethode	46
4.2 Entwicklung des Fragebogens als Erhebungsinstrument	47
4.2.1 Art des Fragebogens	47
4.2.2 Datenschutz	47
4.2.3 Differenzierung zwischen Geschlecht und Alter	48
4.2.4 Die Fragestellungen	48
4.3 Verfahren der Datenerhebung	51
4.4 Auswertung	54
5. Ergebnisdarstellung	55
6. Ergebnisdiskussion	67
6.1 Zusammenfassung der Hauptaussagen	67
6.2 Analyse der Ergebnisse	68
6.3 Einschränkung der Untersuchungsergebnisse	76
6.4 Vergleich mit den Ergebnissen bisheriger Studien	78
7. Fazit	83
7.1 Weiterer Forschungsbedarf	83
7.2 Schlussfolgerung und Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Praxis	84
Literaturverzeichnis	86
Anlage Schriftliches Kurzinterview	98

Verzeichnis der Darstellungen (D)

D 1: Zusammenführung der innerbetrieblichen Bereiche für ein ganzheitliches BGM [UKB (2009), S. 5]	16
D 2: Gegenüberstellung des Betrieblichen Arbeitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung [Ulich (2011), S. 547]	18
D 3: Übersicht Verhältnis- und Verhaltensprävention [UKB (2009), S. 10]	19
D 4: Übersicht über die gesundheitlichen Folgen von Bewegungsarmut und Fehlhaltungen; eigene Darstellung [vgl. Gretz (1997), S. 176 nach: Otte (1994)]	21
D 5: „Positiv-Spirale des BGM“; eigene Darstellung [vgl. Kaminskin (2013), S.32 nach: Badura (2010)]	28
D 6: Vorteile eines systematischen Gesundheitsmanagements; eigene Darstellung [vgl. Becker-Lerchner/ Markatou (2012), S. 15; Singer/Neumann (2010), S. 63 nach: Lück (2000), S. 307]	31
D 7: „StairTalk project“ [Froböse (2012), S. 25]	34
D 8: Hinweisschild im Dienstgebäude der BfDI	45
D 9: Altersgruppenspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 1; in Prozent; eigene Darstellung	55
D 10: Ergebnisse zu Frage 3b als Diagramm; absolute Zahlen; eigene Darstellung	58
D 11: Altersgruppenspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 5; in Prozent; eigene Darstellung	61
D 12: Altersgruppenspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 6; in Prozent; eigene Darstellung	63
D 13: Geschlechtsspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 6; in Prozent; eigene Darstellung	64
D 14: Altersgruppenspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 6; in Prozent; eigene Darstellung	65
D 15: Geschlechtsspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 7; in Prozent; eigene Darstellung	65

D 16: Ergebnisse zu Frage 1 von Personen, welche „sehr oft“ sportlich aktiv sind; absolute Zahlen; eigene Darstellung	66
Darstellung 17: Ergebnisse zu Frage 3a von Personen, welche „sehr oft“ sportlich aktiv sind; absolute Zahlen; eigene Darstellung	66

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BfDI	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMI	Bundesministerium des Innern
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMUB	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit
bzw.	beziehungsweise
DNGBF	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
d.h.	das heißt
ebd.	ebenda
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion (Europäisches Netzwerk für Gesundheitsförderung)
et al.	et alii/et aliae (und andere)
etc.	et cetera
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls

Hrsg.	Herausgeber
Nr.	Nummer
S.	Seite
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB VII	Siebttes Buch Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte/-r/-n
u.a.	unter anderem
UKB	Unfallkasse des Bundes
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

„Zu unserer Natur gehört die Bewegung. Die vollkommene Ruhe ist der Tod.“ (Blaise Pascal, 1623-1662)

Bewegungsmangel ist ein zentrales Problem der modernen Zivilisationsgesellschaften.¹ In diesen ist die Lebensweise sowohl im beruflichen Alltag - heutzutage gehen 43,6 % aller Beschäftigten einer Bürotätigkeit nach - als auch in der Freizeit zunehmend bewegungsarm.² Um die verringerten Aktivitätsmöglichkeiten im Alltag auszugleichen, muss diesem Bewegungsmangel durch sportliche Aktivitäten bewusst und regelmäßig entgegengewirkt werden.³

Die Computernutzung am Arbeitsplatz ist auch in den Behörden der (Bundes-)Verwaltung aufgrund der fortschreitenden und überwiegend elektronischen Datenverarbeitung unabdingbar geworden. Die Bearbeitung vieler Aufgaben erfolgt infolgedessen in einer sitzenden und bewegungsarmen Position vor dem Computer. Folge davon sind u.a. gesundheitliche Beschwerden wie z.B. Augenprobleme, Rücken- und Nackenschmerzen sowie Kopfschmerzen. Dies ist insofern problematisch, als dass physische und psychische Gesundheit und Wohlbefinden wichtige Voraussetzungen für Leistungsfähigkeit und Motivation darstellen.⁴ Die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und darüber hinaus zu fördern ist somit unerlässlich. Eine Möglichkeit dies zu erreichen, stellt die Bündelung und Koordinierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in einem systematischen BGM dar.

Seit einigen Jahren steht die Einführung und Verankerung eines BGM auch in der Bundesverwaltung im Fokus und gewinnt auf politischer Ebene zunehmend an Bedeutung.⁵ Dies wird ebenfalls daran deutlich, dass das BMI jährlich Berichte zum Stand der Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung veröffentlicht.

Fraglich ist jedoch, inwiefern die Maßnahmen des BGM von den

¹ Vgl. Bös/Brehm/Gröben (2004), S. 171.

² Vgl. BMI (2012), S. 6.

³ Vgl. Krug et al. (2013), S. 765.

⁴ Vgl. BMI (2012), S. 6.

⁵ Vgl. BMI (2009), S. 5.

Mitarbeitern⁶ als Zielgruppe dieser Maßnahmen registriert und angenommen werden.

Dieser Frage wird in der vorliegenden Arbeit auf empirischer Basis nachgegangen. Ziel dieser Arbeit ist es somit, die Wahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen der BGF durch die Beschäftigten der Bundesverwaltung zu untersuchen. Diese Untersuchung erfolgt mittels einer Befragung bei der BfDI, welche hier beispielhaft für eine Behörde der Bundesverwaltung ausgewählt wurde. Der Forschungsschwerpunkt liegt hierbei auf Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch Bewegung.

Der inhaltliche Aufbau der Arbeit lässt sich wie folgt skizzieren: Im theoretischen Teil erfolgt nach Klärung der zentralen Begrifflichkeiten als Heranführung an den Forschungsschwerpunkt zunächst eine zusammenfassende Darstellung der Zusammenhänge zwischen körperlicher Bewegung und Gesundheit. Darüber hinaus werden die Grundlagen der BGF, u.a. unter rechtlichen und maßnahmen- und zielbezogenen Aspekten, erläutert. Ziel ist es hier nicht, eine umfassende Diskussion dieses Themenkomplexes vorzunehmen, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen und den Kontext der empirischen Untersuchung zu verdeutlichen. Zum Abschluss des theoretischen Teils und gleichzeitig zur Herleitung der Forschungsfrage wird der aktuelle Stand der Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung auf Grundlage der Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte betrachtet.

Anschließend erfolgen als Einstieg in den empirischen Teil der Arbeit zunächst die Ableitung der Forschungshypothesen und die Darstellung des methodischen Vorgehens. Nachfolgend werden die Ergebnisse des schriftlichen Kurzinterviews dargelegt und im Kontext des derzeitigen Forschungsstandes diskutiert und analysiert.

Zum Abschluss wird ein resümierendes Fazit, verbunden mit einem Ausblick zum weiteren Forschungsbedarf und einer Betrachtung der Relevanz der gewonnenen Ergebnisse für die Praxis, gezogen.

⁶ Die in dieser Arbeit verwendete maskuline Form dient der leichteren Lesbarkeit und meint immer auch das andere Geschlecht. Dies impliziert keinesfalls eine Diskriminierung.

2. Definitionen

In diesem Kapitel werden die für die Arbeit zentralen Begriffe definiert. Wichtig für das weitere Verständnis ist zunächst die grundsätzliche Klärung des Begriffs Gesundheit. Weiterhin werden das BGM und die BGF definiert und voneinander abgegrenzt.

2.1 Gesundheit

Zunächst stellt sich die Frage, was genau unter dem Begriff der Gesundheit zu verstehen ist. Jeder Mensch hat seine persönlichen Vorstellungen davon, was Gesundheit für ihn bedeutet und wann er „gesund“ ist bzw. sich „gesund“ fühlt. Für die einen bedeutet Gesundheit schlicht die Abwesenheit von Krankheiten, für die anderen geht der Begriff der Gesundheit darüber hinaus und setzt z.B. körperliche Fitness voraus.

In ihrer am 22. Juli 1946 unterzeichneten Verfassung definiert die WHO Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“.⁷ Gesundheit ist demnach definiert als eine erweiterte Form des Wohlbefindens.

Badura versteht Gesundheit als eine Fähigkeit, weniger als einen Zustand, und ergänzt die Definition der WHO dahingehend, dass für ihn Gesundheit „eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild, ein positives seelisches und körperliches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird“, darstellt.⁸

Hier lässt sich erkennen, dass Gesundheit nicht nur das körperliche, sondern auch das psychische und soziale Wohlbefinden umfasst.⁹ Die körperliche Gesundheit stellt somit nur einen Anteil an der „vollkommenen“ Gesundheit dar. Folglich erweitert sich auch der Krankheitsbegriff bei Zugrundelegung des mehrdimensionalen Gesundheitsbegriffs. Krankheit umfasst damit nicht nur körperliche, sondern auch psychische Beschwerden wie z.B. anhaltende negative Gefühle von

⁷ WHO (1946), S. 1.

⁸ Vgl. Badura in: Pelikan/Demmer/Hurrelmann (1993), S. 24 f.

⁹ Vgl. Badura/Münch/Ritter (1998), S. 11.

Angst oder Hilflosigkeit.¹⁰

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Gesundheit insgesamt wohl am besten deskriptiv mit den folgenden Charakteristika beschrieben werden kann:

- Schmerz- und Beschwerdefreiheit, Resistenz gegenüber Belastungen,
- Fähigkeit, Umwelt- und soziale Anforderungen und Krisen zu bewältigen,
- Abwesenheit von Krankheit oder Behinderungen,
- Balance zwischen den persönlichen Leistungsvoraussetzungen und den aktuellen Lebens- und Arbeitsanforderungen,
- Prägung durch subjektives Empfinden,
- Positive Einstellung zum Selbst,
- Soziale Integration und
- Selbstverwirklichung.¹¹

Diese Merkmale werden durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsempfinden kann z.B. das Erleben von Zufriedenheit und Verantwortung ausüben.¹²

Im beruflichen Umfeld werden hohe geistige Anforderungen, welche die Beschäftigten aber gleichzeitig nicht überfordern und damit belasten, als „bedeutsame Quelle von Gesundheit“ angesehen.¹³ Übermäßige Belastungen hingegen gelten als gesundheitsschädlich und hinderlich für die Aufgabenerfüllung.¹⁴

Neben der Sicherung der psychischen Gesundheit ist aber selbstverständlich auch die Erhaltung der körperlichen Gesundheit der Beschäftigten von großer Bedeutung. Dies stellt das wesentliche Ziel des BGM dar.

¹⁰Ebd.

¹¹Vgl. BBGM (2012), S. 3; Greiner (1998), S. 40 nach: Udris (1992), S. 13.

¹²Vgl. KGSt (2005), S.14 nach: Badura (2004).

¹³Ulich (2011), S. 553 nach: Leitner (1999), S. 80.

¹⁴Ebd.; für die Wirkungsmodelle/Konzepte von Arbeitsbedingungen und Gesundheit siehe: Ulich/Wülser (2012), S. 82-99; für den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit siehe auch: Huber (2010), S. 69 f.

2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Der Definition des ArbSchG folgend, soll in dieser Arbeit der Begriff des Betriebs nicht nur privatwirtschaftliche Unternehmen, sondern auch (Bundes-)Behörden, also Betriebe im Bereich des öffentlichen Dienstes, umfassen.¹⁵ Daher wird im Folgenden davon ausgegangen, dass Ausführungen über Unternehmen gleichermaßen für Behörden gelten, bzw. entsprechend auf sie anwendbar sind. Sowohl bei Unternehmen als auch bei Behörden handelt es sich um Betriebe im Sinne des § 2 Abs. 5 ArbSchG.

Nach *Wegner* und *Hetmeier* ist unter BGM “die systematische, zielorientierte und kontinuierliche Steuerung aller betrieblichen Prozesse, mit dem Ziel Gesundheit, Leistung und Erfolg für den Betrieb und alle seine Beschäftigten zu erhalten und zu fördern“ zu verstehen.¹⁶ BGM meint somit die gezielte Koordination und Ausrichtung aller in einer Organisation geleisteten Arbeitsprozesse zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten.

Auch *Becker-Lerchner* und *Markatou* heben hervor, dass das BGM als ganzheitliches System durch ein langfristig in der Organisation verankertes systematisches Vorgehen gekennzeichnet ist. Als BGM wird demnach „ein ganzheitliches System, das in erster Linie der Prävention von gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten dient“ bezeichnet. „Kennzeichnend [für dieses System] ist ein systematisches Vorgehen, das langfristig in der Organisation der Dienststelle verankert sein muss“.¹⁷

Oftmals wird der Begriff BGM als Synonym für BGF verwendet. Die Begrifflichkeit des BGM ist jedoch vielmehr als übergeordnetes System zu verstehen. So kann dann von einem Gesundheitsmanagement gesprochen werden, wenn nachhaltige Strukturen in Betrieben vorhanden sind, die BGF dauerhaft vorantreiben. BGM bezeichnet in diesem Verständnis „alle Managementtätigkeiten mit dem Ziel, eine festgelegte betriebliche Gesundheitspolitik durch die Planung, Organisation, Durchführung und Überprüfung von Maßnahmen sowie Programmen der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes zu

¹⁵Vgl. § 2 Abs. 5 ArbSchG.

¹⁶Vgl. UKB (2009), S. 13.

¹⁷Becker-Lerchner/Markatou (2012), S. 13.

realisieren“.¹⁸

Die folgende Darstellung verdeutlicht noch einmal, dass die BGF als ein Teil eines BGM zu verstehen ist.¹⁹ Sie ist gleichwertig mit anderen Maßnahmen, wie beispielsweise dem Eingliederungsmanagement oder dem Arbeitsschutz. Erst die Gesamtheit und das Zusammenspiel all dieser Maßnahmen formt das BGM in seiner Vollständigkeit.



Darstellung 1: Zusammenführung der innerbetrieblichen Bereiche für ein ganzheitliches BGM [UKB (2009), S. 5]

2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Ebenso wie in der Verfassung der WHO eine Definition für den Begriff der Gesundheit zu finden ist, wird in einem weiteren Dokument der WHO, der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“, u.a. festgehalten, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist. Diese Charta wurde am 21. November 1986 von der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, welche in Ottawa (Kanada) stattfand, verabschiedet:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermögli-

¹⁸Vgl. Huber (2010), S. 69 nach: Pfaff (2001), S. 32, 35.

¹⁹So auch: Allmann/Walle (2011), S. 5 und Gohritz (2012), S. 6.

chen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“.²⁰

Eine weitere Definition für Gesundheitsförderung, bzw. hier ausdrücklich für Betriebliche Gesundheitsförderung, enthält die Luxemburger Deklaration zur BGF in der Europäischen Union.

Demnach umfasst die „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) [...] alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern²¹ und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen“²²

Diese Definition der BGF legt den Schwerpunkt der Gesundheitsförderung auf das Arbeitsumfeld und verdeutlicht damit, dass die BGF einen Spezialfall der allgemeinen Gesundheitsförderung darstellt.

In diesem Zusammenhang abzugrenzen ist die BGF von der Begrifflichkeit des klassischen „Betrieblichen Arbeitsschutzes“. Der Unterschied zwischen Betrieblichem Arbeitsschutz und BGF wird in der

²⁰Vgl. WHO (1986).

²¹In Bezug auf die Beschäftigten der Bundesverwaltung erfolgt keine Unterscheidung zwischen Beamten und Tarifbeschäftigten als Arbeitnehmern und damit auch keine Differenzierung zwischen den Begrifflichkeiten „Arbeitgeber“ und „Dienstherrn“.

²²Vgl. ENWHP (1997).

folgenden Tabelle verdeutlicht:

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als:	Schutzbedürftiges Wesen ➤ Defizitmodell ➤ Schwächenorientiert	Autonom handelndes Subjekt ➤ Potenzialmodell ➤ Stärkenorientiert

Darstellung 2: Gegenüberstellung des Betrieblichen Arbeitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung [Ulich (2011), S. 547]

Während innerhalb des Betrieblichen Arbeitsschutzes der Mensch als schutzbedürftiges und passives Wesen, welches auf Hilfe von außen angewiesen ist, gesehen wird, setzt die BGF einen Menschen als autonom handelndes Subjekt voraus, welches Fähigkeiten, die es zu fördern gilt, besitzt. Somit hat es die BGF zum Ziel, die bei jedem Menschen vorhandenen Fähigkeiten zur Gesunderhaltung zu stärken.

Innerhalb der BGF kann zudem zwischen verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen, bzw. der Verhältnis- und der Verhaltensprävention, unterschieden werden.

2.3.1 Verhältnisprävention

Verhältnisprävention beschreibt den „Versuch, Gefahren durch indirekte Einflussnahme über die Arbeitsverhältnisse zu mindern.“²³ Das bedeutet, dass die Rahmenbedingungen, wie z.B. Arbeitsplatz und Arbeitsablauf, in gesundheitsförderlicher Weise an den Beschäftigten angepasst werden.²⁴ Eine gesundheitsfördernde Mitarbeiterführung, die Erweiterung von Handlungsspielräumen, die Förderung von Gruppenarbeit, eine flexible Arbeitszeitgestaltung, die Förderung der Transparenz des Betriebsgeschehens und die Möglichkeiten des Einbringens eigener Ideen zur Mitgestaltung der Arbeitsprozesse sind beispielhafte Maßnahmen. Ansatzpunkt für diese Art der Gesundheitsförderung ist die nachhaltige Veränderung bzw. Verbesserung der (Arbeits-)Umwelt des Menschen.²⁵

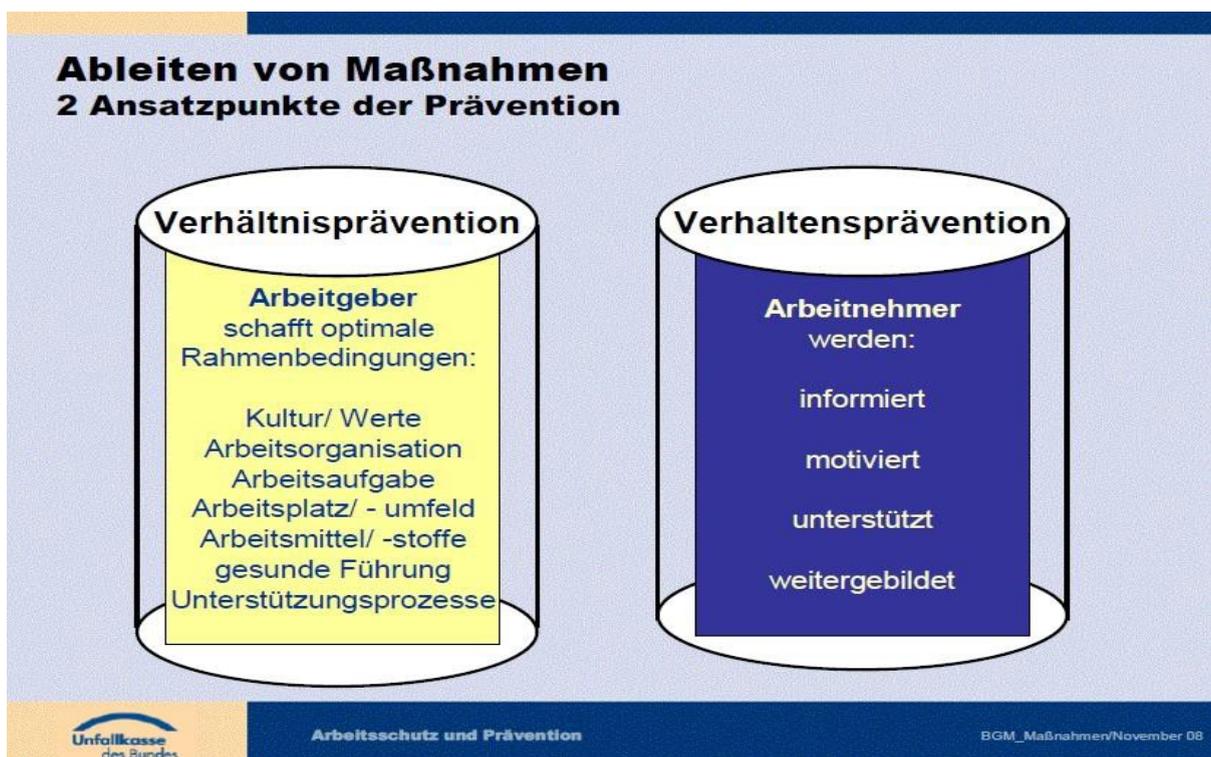
²³Gretz (1997), S. 3.

²⁴Vgl. Gretz (1997), S. 3; UKB (2009), S. 14.

²⁵Vgl. Badura/Münch/Ritter (1998), S. 12; Stoffel/Amstad/Steinmann (2012),

2.3.2 Verhaltensprävention

Während die Verhältnisprävention auf die Veränderung der Rahmenbedingungen abzielt, hat die Verhaltensprävention die Förderung von gesundheitsgerechten Verhaltensweisen der Beschäftigten zum Ziel.²⁶ Sie setzt somit unmittelbar bei den Mitarbeitern als Individuen und nicht bei den Arbeitsbedingungen an. Maßnahmen der Verhaltensprävention können etwa Bewegungsangebote (vom Betriebssport über die Rückenschule bis zum eigenen Fitnessraum) und Beratungsangebote (zu Zeitmanagement, Sucht, Stressvermeidung etc.) darstellen.²⁷ Die Sensibilität und auch das Bewusstsein der Beschäftigten für gesundheitsförderliches Verhalten soll durch verhaltensorientierte Maßnahmen gesteigert werden.²⁸ Die unterschiedlichen Schwerpunkte der Verhältnis- und Verhaltensprävention werden in der folgenden Darstellung hervorgehoben.



Darstellung 3: Übersicht Verhältnis- und Verhaltensprävention [UKB (2009), S. 10]

S. 14.

²⁶Vgl. UKB (2009), S. 14.

²⁷Vgl. Rogge-Strang in: Kießler/Dahms/Rogge-Strang (2013), S. 121.

²⁸Vgl. Ulich (2011), S. 545 f. u.a. nach: Breucker (2000).

3. Gesundheitsförderung durch Bewegung als Maßnahme der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung

Im folgenden Abschnitt wird zunächst der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bewegung als Kernelement des Forschungsgegenstandes dieser Arbeit geklärt. Daneben erfolgt ein kurzer Überblick über die historische Entwicklung und den aktuellen Stand der Gesundheitsförderung in Deutschland, sowie die Darstellung der Grundlagen des BGM und der BGF. Abschließend wird die Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung anhand der Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte des BMI genauer betrachtet.

3.1 Bewegung und Gesundheit

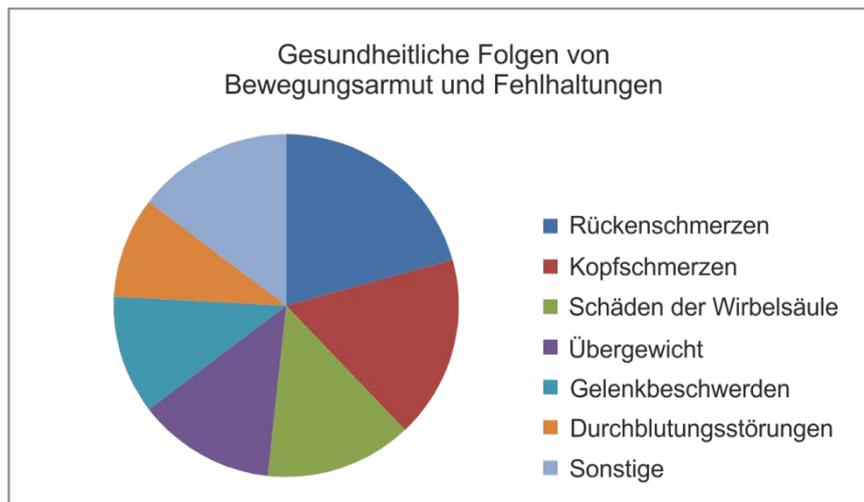
Die Gesundheit des Menschen ist eng mit dem Ausmaß an der von diesem ausgeführten körperlichen Bewegung verbunden. Ein Mangel an Bewegung wird oftmals als eine der Ursachen für eine Vielzahl von Krankheiten angesehen.

So führen z.B. *Pfeifer et al.* an, dass das Auftreten und die Häufigkeit heutiger vorherrschender chronischer Erkrankungen in einem engem Zusammenhang mit dem Ausmaß der körperlichen Aktivität (also aller durch die Skelettmuskulatur erzeugten Bewegungen in Freizeit, Arbeit und Sport) des Menschen stehen.²⁹

Diese Zusammenhänge sind das Ergebnis einer Vielzahl von Studien, „welche die ausgeprägte präventive Wirkung regelmäßiger körperlicher Aktivität zeigen“.³⁰ Regelmäßige Bewegung kann das Entstehen chronischer Erkrankungen verhindern und ist daher in besonderem Maße der Gesundheit förderlich. Bewegungsmangel hingegen kann u.a. die in der unten stehenden Abbildung dargestellten negativen gesundheitlichen Folgen haben.

²⁹Pfeifer et al. in: Schüle/Huber (2012), S. 45 f.

³⁰Ebd., S. 46; Pieper/Schröer (2013), S.109.



Darstellung 4: Übersicht über die gesundheitlichen Folgen von Bewegungsarmut und Fehlhaltungen; eigene Darstellung [vgl. Gretz (1997), S. 176 nach: Otte (1994)]

Regelmäßige körperliche Aktivität fördert die körperliche und seelische Gesundheit, da sie nicht nur dazu beitragen kann, das Risiko für z.B. Beschwerden am Muskel- und Skelettsystem zu reduzieren und damit auch die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen, krankheitsbedingten Todes zu senken, sondern darüber hinaus auch dazu führt, dass das psychische Wohlbefinden gestärkt und die allgemeine Fitness verbessert werden kann.³¹ Auch *Bös/Gröben/Woll* und *Bellwinkel* stellen fest, dass Bewegungsmangel einen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt und körperliche Aktivität bzw. Bewegung ein wesentlicher Bestandteil der Krankheitsprävention ist.³²

Die Bedeutung von Bewegung, Sport und körperlicher Aktivität für die Gesundheit wird hier deutlich. Um eine Gesundheitsförderung zu erreichen, ist somit eine Herbeiführung von Maßnahmen notwendig, die dazu führen, dass sich die Menschen mehr bewegen.

Da die meisten Menschen einen Großteil ihres Alltags an ihrer Arbeitsstätte verbringen, ist es sinnvoll gerade dort Maßnahmen durchzuführen, um die körperliche Aktivität der Beschäftigten zu fördern. Dabei können bereits kleine Maßnahmen wie z.B. das Treppensteigen anstatt der Aufzugnutzung ein Schritt in die richtige Richtung, hin zu mehr körperlicher Aktivität und damit zu besserer Gesundheit sein. Dies zu erreichen ist das Ziel der BGF.

³¹Krug et al. (2013), S. 765.

³²Bös/Gröben/Woll (2002), S. 150; Bellwinkel (2013), S. 111 f.

3.2 Historische Entwicklung der Gesundheitsförderung und aktueller Stand in Deutschland

Die Idee eines BGM hat sich in Deutschland im Laufe der letzten 30 Jahre entwickelt.³³ Insbesondere die WHO und die ENWHP haben durch ihre Aktivitäten in diesem Bereich zum Fortschritt der Gesundheitsförderung und der Verbreitung gesundheitsfördernder Maßnahmen beigetragen.³⁴ Daher wird im Folgenden die Entwicklung des BGM anhand zentraler Dokumente dieser Organisationen kurz dargestellt.

Kerkau führt an, dass „wesentliche Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung“ bereits in der Erklärung zur WHO-Konferenz in Alma-Ata im Jahre 1978 erkennbar seien.³⁵ In dieser wurde festgehalten, dass die primäre Gesundheitsversorgung, welche u.a. die Bereitstellung von erforderlichen Gesundheitsförderungsangeboten beinhaltet, der Schlüssel zur Führung eines gesellschaftlich aktiven und wirtschaftlich produktiven Lebens sei.³⁶ Die Deklaration von Alma-Ata, welche als Grundlage der Gesundheitsförderung angesehen werden kann, enthält die Forderung nach primärer Gesundheitsförderung, also „...eine[r] grundlegende[n] Gesundheitsversorgung [...], die für Einzelpersonen und Familien [...] zu für die Gesellschaft und das Land in jeder Phase ihrer Entwicklung bezahlbaren Kosten flächendeckend bereitgestellt wird“.³⁷ Diese Forderung stellt gleichzeitig den Beginn des WHO-Zieles „Gesundheit für alle bis 2000“ dar.³⁸

In einem weiteren Dokument der WHO, der Dokumentation der Konferenz der WHO in Ottawa von 1986 („Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“), sieht *Seibert* die Verankerung der Gesundheitsförderung als Teil eines systematischen Gesundheitsmanagements im betrieblichen Kontext begründet. Darauf basierend folgte die Fixie-

³³Vgl. Seibert (2012), S. 260 vgl. Seibert (2012), S. 260.

³⁴Vgl. Singer (2010), S. 26 nach: Lenhardt (1997), S. 4.

³⁵Vgl. Kerkau (1997), S. 46.

³⁶Vgl. WHO (1978).

³⁷Ebd.

³⁸Singer (2010), S. 26 f. nach: Franzkowiak/Sabo (1998), S. 21 f.; *Ulich* bemerkt unter Berücksichtigung der Entwicklung der durch arbeitsbedingte Erkrankungen verursachten Kosten, dass dieses Ziel („Gesundheit für alle“) nicht erreicht wurde. [Ulich (2011) S. 534 ff.]

rung der „gesetzlichen Rahmenbedingungen für Krankenkassen, Unfallversicherungen und den Arbeitsschutz“.³⁹

Im Gegensatz zu der oben dargestellten Meinung sieht *Singer* in der Ottawa-Charta zwar nicht die betriebliche Verankerung der Gesundheitsförderung, sie stellt aber ebenso die Bedeutung der Definition des Begriffs der Gesundheitsförderung in der selbigen fest.

Dieser Ansicht folgt ebenfalls *Kerkau*, die in der Ottawa-Charta ein zentrales Leitdokument der Gesundheitsförderung sieht.⁴⁰

Der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung hat sich damit von der Suche nach Risikofaktoren für die Gesundheit hin zur Suche nach den Ursachen für Gesundheit verschoben.⁴¹ Im Rahmen der Gesundheitsförderung wurde der sog. „Settingansatz“ als wichtige Strategie festgelegt. Demnach ist die Berücksichtigung der alltäglichen Lebensumstände und der damit verbundenen „Veränderungen im Lebens-, Arbeits-, und Freizeitumwelt“, welche Auswirkungen auf die Gesundheit haben können, für die Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.⁴²

Ähnlich der Formulierung in der Ottawa-Charta, in der die besondere Bedeutung der Arbeitsorganisation und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Rahmen der Gesundheitsförderung, betont wird, stellt das ENWHP in seiner „Barcelona-Deklaration“ aus dem Jahr 2002 fest: „Die Arbeitswelt und die Art, wie das Arbeitsleben in unseren Gesellschaften heutzutage organisiert ist, sind ein wesentlicher, vielleicht sogar der stärkste einzelne Bestimmungsfaktor für Gesundheit“.⁴³

Als bedeutsam für die Entwicklung der BGF als Bestandteil des BGM kann außerdem die Luxemburger Deklaration aus dem Jahr 1997 (aktualisiert im Juni 2005 und im Januar 2007), ein weiteres von der ENWHP verabschiedetes Dokument, angesehen werden. Sie enthält eine Definition der BGF, welche europaweit anerkannt ist und ein

³⁹Vgl. Seibert (2012), S. 260.

⁴⁰Vgl. Kerkau (1997), S. 47; so auch: Singer (2010), S. 27 („Ottawa-Charta als Schlüsseldokument der Gesundheitsförderung“)

⁴¹Vgl. Singer (2010), S. 27; Dresel/Remark/Froböse (2013), S. 81.

⁴²Vgl. Singer (2010), S. 27.

⁴³Vgl. Ulich (2011), S. 533; Ulich/Wülser (2012), S. 3.

paneuropäisch weitestgehend einheitliches Grundverständnis dieser zur Folge hat (vgl. 2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung).

Die Arbeit des ENWHP kann in ihrer Gesamtheit als grundlegend für das moderne Verständnis der BGF in Europa betrachtet werden. Es wurde auf Initiative der Europäischen Kommission gegründet und stellt eine Vereinigung von Mitgliedern u.a. der Sozialversicherungen und Institutionen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes dar, welche das ENWHP auch als Forum für den interdisziplinären Erfahrungsaustausch über BGF nutzen.⁴⁴ Eines der Ziele ist auch der Aufbau nationaler Netzwerke, um zu einer weiteren Verbreitung der BGF in Europa beizutragen.

So wurde auf Grundlage dieser Initiative das DNBGF gegründet, welches vom BMAS und vom BMG gefördert wird. Die Hauptaufgabe des DNBGF besteht darin, die Kooperation zwischen nationalen BGF-Stellen zu unterstützen, auszuweiten und zu verbessern und damit ebenfalls die Verbreitung der BGF auf nationaler Ebene zu fördern.⁴⁵

Es wird deutlich, dass die Bedeutung der BGF in Deutschland zunehmend steigt und ihre Fortentwicklung und Förderung auch Eingang in die politische Diskussion gefunden hat.⁴⁶ So wurden wichtige Grundsätze in diversen gesetzlichen Regelwerken festgelegt (vgl. 3.3.1 Rechtliche Grundlagen auf Bundesebene) und die BGF damit in Teilen institutionalisiert, was ihre Bedeutung abermals unterstreicht. Auch die zahlreichen nationalen Initiativen wie z.B. die Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ und die „Initiative Gesundheit und Arbeit“ nehmen bei der Fortentwicklung der BGF in Deutschland eine bedeutende Rolle ein.⁴⁷

Zum derzeitigen Stand der Verbreitung der BGF in der Bundesverwaltung stellte das BMI für das Jahr 2009 in seinem jährlich erscheinenden Gesundheitsförderungsbericht fest, dass Angebote der BGF zwar etabliert seien, die systematische Einbindung jedoch oft fehle. Weniger als die Hälfte der 177 befragten Behörden verfüge außerdem über

⁴⁴Vgl. Singer (2010), S. 30 f.; Tschorn (2010), S. 4 f.; ENWHP (2014).

⁴⁵Vgl. Singer (2010), S. 34; DNBGF (2014).

⁴⁶Vgl. Dresel/Remark/Froböse (2013), S. 80.

⁴⁷Vgl. Singer (2010), S. 35 f.

die notwendigen finanziellen und personellen Mittel zur Einführung eines Gesundheitsmanagements.⁴⁸ Dies verdeutlicht, dass weiterhin Handlungsbedarf dahingehend besteht, ein systematisches BGM und als Teil dessen auch die BGF nachhaltig in der Bundesverwaltung zu verankern.

3.3 Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Betrieblichen Gesundheitsförderung

3.3.1 Rechtliche Grundlagen auf Bundesebene

Auf Ebene der Europäischen Union existieren zahlreiche Richtlinien und Durchführungsrichtlinien, welche Regelungen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes treffen. Da der Forschungsschwerpunkt der vorliegenden Arbeit jedoch auf der deutschen Bundesverwaltung liegt, stehen hier auch die nationalen rechtlichen Regelungen im Vordergrund der Betrachtung. Über diese wird im Folgenden eine Übersicht gegeben.

Das ArbSchG aus dem Jahr 1996 ist das Ergebnis der Umsetzung der Richtlinie 89/391/EWG vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (EU-Arbeitsschutz-Richtlinie).⁴⁹ Regelungsziel dieses Gesetzes ist es, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern.⁵⁰ Die Regelungen des ArbSchG betreffen die grundlegenden Arbeitsschutzpflichten des Arbeitgebers (§§ 3 – 14 ArbSchG, z.B. die Pflicht, die notwendigen Maßnahmen zur Gewährleistung und Verbesserung des Gesundheitsschutzes zu treffen) die Pflichten und die Rechte der Beschäftigten (§§ 15 – 17 ArbSchG, z.B. Pflicht zur Beachtung der Arbeitsschutzanweisungen des Arbeitgebers) sowie die Überwachung des Arbeitsschutzes durch die zuständigen Behörden.⁵¹ Außerdem wird durch den § 5 ArbSchG „die Heranziehung von Standardbeurteilungen für typische

⁴⁸Vgl. BMI (2010), S. 4 f.

⁴⁹Vgl. Gohritz (2012), S. 27 f.

⁵⁰Vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1 ArbSchG.

⁵¹Vgl. BMAS (2014).

Arbeitsbereiche [...] ermöglicht“ (sog. Gefährdungsbeurteilung).⁵² Auch für die Behörden der Bundesverwaltung entfaltet das ArbSchG eine unmittelbare Wirkung und stellt damit eine wichtige Grundlage für Maßnahmen der BGF dar.

Ein weiteres den Arbeitsschutz betreffendes Gesetz ist das ASiG, welches u.a. den Arbeitgeber dazu verpflichtet Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen, die ihn bei der Ausgestaltung des Arbeitsschutzes und bei der Unfallverhütung unterstützen.⁵³ Das ASiG trifft also hauptsächlich Regelungen bezüglich der „personellen Organisation des Arbeitsschutzes“.⁵⁴ Im Gegensatz zum ArbSchG gilt das ASiG nicht unmittelbar für die öffentliche Verwaltung. Das bedeutet aber nicht, dass Beschäftigte im öffentlichen Dienst nicht im gleichen Maße vor gesundheitlichen Gefährdungen bei der Arbeit zu schützen seien wie Beschäftigte in der Privatwirtschaft. Gemäß § 16 ASiG ist in Verwaltungen und Betrieben des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der sonstigen Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ein den Grundsätzen dieses Gesetzes gleichwertiger arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Arbeitsschutz zu gewährleisten (sog. Gleichwertigkeitsklausel).⁵⁵

Weitere die Gesundheitsförderung betreffende Vorschriften sind in den Sozialgesetzbüchern festgeschrieben. Die entsprechenden Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung finden sich im SGB V, insbesondere in den §§ 20 – 20b SGB V. Mit diesen Vorschriften haben die Krankenkassen insgesamt einen „umfassenden Auftrag zur Gesundheitsförderung erhalten“.⁵⁶ Beispielsweise erbringen sie gemäß § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben, um die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung dieser sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. Der § 65a Abs. 2 SGB V erteilt den Krankenkassen weiterhin die Befugnis, einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten bei Maßnahmen der

⁵²Deutscher Bundestag (1996), S. 17.

⁵³Vgl. § 1 Satz 1 ASiG.

⁵⁴Gohritz (2012), S. 45.

⁵⁵Vgl. Gohritz (2012), S. 46.

⁵⁶Ebd., S. 47.

BGF an Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte zu vergeben.

Das SGB VII enthält die entsprechenden Vorschriften für die gesetzliche Unfallversicherung. Gemäß § 1 SGB VII ist es ihre Aufgabe u.a. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen. Herauszuheben ist an dieser Stelle der § 14 SGB VII, welcher die Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen im Rahmen der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren regelt.⁵⁷ Mit allen geeigneten Mitteln ist für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und sonstigen Gefährdungen im Arbeitsumfeld zu sorgen und eine wirksame Erste Hilfe ist sicher zu stellen. Dabei sollen die Unfallversicherungsträger auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.⁵⁸ Hier wird deutlich, dass der Präventionsaufgabe eine besondere Bedeutung zukommt.

Zusätzlich zu den genannten Gesetzen enthalten zahlreiche Verordnungen Vorschriften zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Dazu gehören beispielsweise die Arbeitsstättenverordnung und die Bildschirmarbeitsverordnung.⁵⁹

Weiterhin ergibt sich die Pflicht zur Gesundheitsförderung der Beamtinnen und Beamten des Bundes aus der allgemeinen Fürsorgepflicht des Dienstherrn gemäß § 78 Bundesbeamtengesetz.

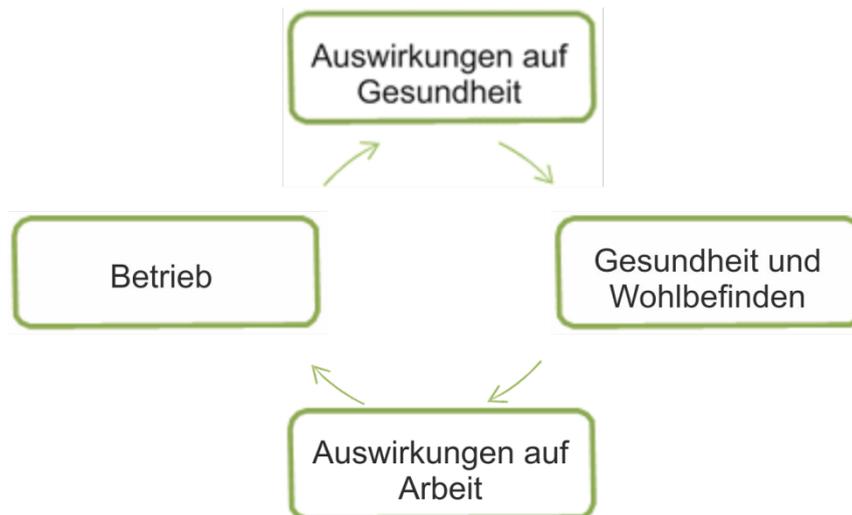
3.3.2 Ziele und Nutzen

Die unten stehende Darstellung verdeutlicht den Nutzen eines erfolgreichen BGM. Maßnahmen des BGM wirken sich demnach positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten aus, was wiederum positive Auswirkungen auf deren Arbeit hat. Von diesem positiven Effekt profitiert der gesamte Betrieb, in dem Maßnahmen des BGM umgesetzt werden.

⁵⁷ Vgl. § 14 Abs. 2 SGB VII.

⁵⁸ Vgl. § 14 Abs. 1 SGB VII.

⁵⁹ Vgl. BMI (2012), S. 12.



Darstellung 5: „Positiv-Spirale des BGM“; eigene Darstellung[vgl. Kamin-ski (2013), S.32 nach: Badura (2010)]

Einen weiteren positiven Aspekt des BGM stellt die Verbesserung des Images eines Betriebs als Arbeitgeber dar. Verfügt der Arbeitgeber über ein systematisches BGM, kann er mit entsprechendem Marketing sein Image in der Öffentlichkeit verbessern und damit auch seine Attraktivität für potenzielle Bewerber erhöhen. Der Wettbewerb um qualifizierte Nachwuchskräfte wird durch den demografischen Wandel zugespitzt. Um die Konkurrenzfähigkeit gegenüber der Privatwirtschaft weiter zu steigern, bieten sich hier auch für die öffentliche Verwaltung wertvolle Chancen.

Das Hauptziel der BGF als eines der Kernelemente des ganzheitlichen BGM leiten sich bereits aus dem Begriff selbst ab. Im Zentrum steht die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten im Betrieb. Übertragen auf die Bundesverwaltung könnte man so auch von einer „behördlichen Gesundheitsförderung“ sprechen.⁶⁰ Das Ziel der Gesundheitsförderung wiederum ist es, das physische und psychische Wohlbefinden der Menschen durch die Befähigung, Kontrolle über die Gesundheit auszuüben, zu verbessern.⁶¹

Mit diesem Ziel verbunden lässt sich durch eine effektive BGF ein vielfältiger positiver Nutzen sowohl für die Organisation als auch für die Beschäftigten generieren. Einen besonders gewichtigen Faktor stellt hier die mögliche Kostenersparnis dar: Arbeitsbedingte Erkran-

⁶⁰Vgl. BMI (2009), S. 3.

⁶¹Vgl. Bös/Brehm/Gröben (2004), S. 171.

kungen stellen immer ein Problem dar, sowohl im familiären als auch im individuellen und im betrieblichen Sinne. Darüber hinaus sind die volkswirtschaftlichen Kosten arbeitsbedingter, vorübergehender Krankheiten und arbeitsbedingter Frühverrentung nicht zu vernachlässigen.⁶² Der BKK-Bundesverband stellte fest, dass die jährlichen Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland bei 43,9 Milliarden Euro liegen.⁶³ Die Internationale Arbeitsorganisation veranschlagt weltweit ca. 4 % des gesamten Bruttosozialprodukts für entsprechende Verluste.⁶⁴

Bei der Betrachtung der Entwicklung dieser volkswirtschaftlichen Kosten ist festzustellen, dass die registrierten Tage der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von „Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ stets den größten Anteil der volkswirtschaftlichen Ausfälle ausmachten, wobei in den letzten Jahren ein Rückgang der Diagnosegruppe der „Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ und eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund der Gruppe der „Psychische[r] und Verhaltensstörungen“ zu verzeichnen ist. Als ursächlich hierfür werden neben einer tatsächlichen Fallzunahme auch eine veränderte „Diagnosepraxis“, d.h. eine Veränderung in der Bereitschaft und Fähigkeit von Ärzten eine psychische Störung als solche zu diagnostizieren, und die gesteigerte Bereitschaft bei Patienten wegen psychischer Probleme einen Arzt aufzusuchen, angesehen.⁶⁵

Die Bedeutung und das große Potential der Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten, auch unter betriebswirtschaftlichen Aspekten, werden hier deutlich. Muskel-Skelett-Erkrankungen sind in Deutschland trotz der gerade beschriebenen Entwicklung Hauptursache für krankheitsbedingte Abwesenheitszeiten.⁶⁶ Die Häufigkeit dieser Krankheiten steigt mit zunehmendem Alter an.⁶⁷ Daher ist eine

⁶²Vgl. Ulich (2011), S. 535; zur Entwicklung der volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland von 2001 bis 2007 siehe auch: Ulich (2011), S. 535.

⁶³BKK (2008), S. 6.

⁶⁴Vgl. Dorman (2000).

⁶⁵Vgl. Ulich (2011), S. 535 ff.

⁶⁶Vgl. Ulich (2011), S. 548 f. u.a. nach: Thiehoff (2002); so auch: Dressel/Remark/Froböse (2013), S. 80.

⁶⁷Vgl. Wieland/Meierjürgen (2005), S. 117.

präventive Vorsorge durch gezielte Gesundheitsförderung insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmend älteren Bevölkerung und dem damit einhergehenden steigenden Alter der Erwerbsbevölkerung (demografischer Wandel) auch im öffentlichen Dienst besonders wichtig.

Hauptursachen für Krankheiten der Muskeln und des Skeletts sind mangelnde **Bewegung** und monotone körperliche Haltungen, wie z.B. bei der Arbeit vor einem Computerbildschirm.⁶⁸ Durch eine gezielte Bewegungsförderung kann somit den Ursachen dieser Krankheitsbilder entgegengewirkt werden (vgl. 3.1. Gesundheit und Bewegung) und die oben beschriebenen, durch einen Arbeitsausfall bedingten Kosten können in nicht unerheblichem Maße eingespart werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es BGF zum Ziel hat, die Gesundheit der Beschäftigten nicht nur zu erhalten, sondern diese darüber hinaus zu fördern und damit auch die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu verbessern. Von der Gesundheitsförderung profitieren nicht nur die Beschäftigten, sondern gleichermaßen auch der Betrieb. Die nachfolgende Übersicht veranschaulicht noch einmal die wich

⁶⁸Vgl. Ulich (2011), S. 549 nach: Lenhardt/Elkeles/Rosenbrock (1997).

tigste Vorteile für beide Seiten:

Vorteile für den Arbeitgeber/ Dienstherrn	Vorteile für die Beschäftigten
Wachsendes Bewusstsein bei den Beschäftigten für gesundheitsförderndes Verhalten bei der Arbeit	Sensibilisierung für ein gesundheitsförderndes Verhalten bei der Arbeit und in der Freizeit
Reduzierung der Fehlzeitenquote, Senkung der Kosten arbeitsbedingter Fehlzeiten	Verringerung der gesundheitlichen Beschwerden, Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands
Senkung der Fluktuationsquote und Erhöhung der Mitarbeiterbindung	Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Motivation
Verbesserung des Betriebsimage und der Corporate Identity	Einsparung von Kosten für Gesundheitsmaßnahmen, die sie ansonsten ggf. selbst zu tragen hätten (z.B. Sportkurse)
Gesunde Arbeitnehmer die leistungsfähiger und motivierter sind	

Darstellung 6: Vorteile eines systematischen Gesundheitsmanagements; eigene Darstellung [vgl. Becker-Lerchner/Markatou (2012), S. 15; Singer / Neumann (2010), S. 63 nach: Lück (2000), S. 307]

3.3.3 Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Laut *Huber* stellen insbesondere

- die Vermeidung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen,
- die psychische Gesundheit der Mitarbeiter (Stressmanagement und Mitarbeiterführung),
- Ernährung und
- Genuss- und Suchtmittelkonsum

Handlungsfelder der BGF dar.⁶⁹

Eine ähnliche Einteilung erfolgt durch die UKB. Sie ordnet Maßnahmen für Gesundheitsförderung vier unterschiedlichen Handlungsfeldern zu:

- Bewegung [Muskel-Skelett-System (Bewegungsapparat)]

⁶⁹Huber (2010), S. 68.

und Herz-Kreislauf-System (Kardiovaskuläres System)]

- Ernährung
- Stressbewältigung und Entspannung
- Sucht⁷⁰

Im Vergleich erscheint die zweite Übersicht insgesamt überzeugender und präziser, da hier die Einteilung nach einheitlichen und in einem logischen Verhältnis zueinander stehenden Kriterien erfolgt, welche auch untereinander klar gegeneinander abgrenzbar sind. *Huber* unterscheidet beispielsweise zwischen „Ernährung“ und „Genussmittelkonsum“. Es ist jedoch eine Vielzahl von Fällen denkbar, in denen beide Kategorien tangiert werden, wie z.B. bei dem Genuss alkoholischer Getränke oder dem extensiven Konsum von Fast-Food.

Der Einteilung der UKB folgend, liegt der Fokus der vorliegenden Arbeit auf dem Handlungsfeld „Bewegung“. Daher wird im Folgenden näher auf Beispiele für konkrete Maßnahmen und die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in diesem Handlungsfeld eingegangen.

3.3.4 Beispiele für Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung

Zahlreiche Beispiele für konkrete Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit durch Bewegung bei Beschäftigten liefert, entsprechend ihrer Einteilung der Handlungsfelder der BGF, ebenfalls die UKB. Für jedes der Handlungsfelder werden sowohl Maßnahmen der Verhaltensprävention als auch der Verhältnisprävention aufgeführt (zu dieser Unterscheidung vgl. 2.3.1 Verhältnisprävention und 2.3.2 Verhaltensprävention).

Unterschieden wird innerhalb des Handlungsfeldes Bewegung zusätzlich zwischen Maßnahmen, die eine Kräftigung des Muskel-Skelettsystems zum Ziel haben und solchen Maßnahmen, die auf eine Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems abzielen. Dabei wird innerhalb dieser Unterebenen wiederum eine Unterteilung zwischen verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen vorgenommen. Einige dieser Beispiele werden im Folgenden exemplarisch dargestellt.⁷¹

Zum einen werden die Durchführung von Seminaren bzw. Kursen zu

⁷⁰UKB (2014a).

⁷¹Für weitere Beispiele siehe: UKB (2014a).

den Themen Rückenschule und Wirbelsäulengymnastik sowie die Kooperation mit Fitnesscentern vorgeschlagen. Zum anderen kann eine Beratung der Beschäftigten bezüglich Arbeitsplatzbegehungen, Untersuchungen und Bewegungspausen stattfinden. Diese Beratung kann sowohl mit Hilfe von Broschüren, dem Intranet oder im Rahmen von Vorträgen erfolgen. Im Rahmen der Verhältnisprävention schlägt die UKB weiterhin die gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes (ergonomische Bildschirmarbeitsplätze etc.), die Beschaffung von geeigneten Arbeitsmitteln und Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangshaltungen vor.

Ein Beispiel für eine diese Maßnahmenvorschläge umsetzende Aktion zur Gesundheitsförderung durch Bewegung ist das sogenannte „StairTalk project“. Hierbei wurde die alltägliche Umgebung der Versuchsteilnehmer derart modifiziert, dass Anreize entstanden, sich „gesünder“ zu verhalten, in diesem Fall Treppen zu steigen anstatt den Aufzug zu nutzen und dadurch körperlich aktiver zu werden. Im Verlaufe dieses Projekts wurde erkennbar, dass bereits mit kleinen Veränderungen der Umgebung das Gesundheitsverhalten des Menschen verbessert werden kann. Hierbei erwiesen sich visuelle Anregungen als besonders effektiv.⁷²

Vor Beginn des Projekts wurden durch Interviews und „Bewegungstagebücher“ die Beweggründe für die Benutzung des Aufzugs anstatt der Treppen ermittelt. Genannt wurden dabei folgende Gründe:

- Der Aufzug sei immer schneller als die Treppen (zu benutzen)
- Der Aufzug biete, mehr als die Treppen, auch Raum für soziale Kontakte und informelle Gespräche mit Kollegen
- Die gesundheitlichen Vorteile seien die Mühe des Treppensteigens nicht wert

⁷²Vgl. Lockton (2013), S. 220 ff.; Deutsche Sporthochschule Köln (2013).

StairTalk is based on a variety of relevant behavioral & cognitive psychology and design frameworks, such as the fun theory and the design toolkit, "Design with Intent: 101 Patterns for Influencing Behaviour Through Design" by D. Lockton with D. Harrison & N.A. Stanton.



Stairtalk was first tested at KISD. In the first of four phases, visual elements direct focus to the stairs.



Next, social elements create a fun, entertaining environment on the stairs.

when will i get there?			
I am going to the...	2 nd floor	3 rd floor	4 th floor
the elevator is at E	50 seconds	59 seconds	68 seconds
	68	17	

Then, time charts frame users' choice by showing the elevator is slower than the stairs.



In the last phase, cognitive elements such as stickers and a public wall of signed stickers use emotional engagement and social pressure to encourage stair use for a week.

Darstellung 7: „StairTalk project“ [Froböse (2012), S. 25]

Wie in der Darstellung erkennbar ist, wurden während des „Stair-Talk project“ beispielsweise Richtungspfeile, die in Richtung der Treppen und vorbei am Aufzug führten, auf dem Boden angebracht, sowie Poster im Treppenhaus installiert, welche Informationen zu Gesundheitsthemen beinhalteten. Außerdem wurden Sprechblasen aus Papier im Treppenhaus angebracht, welche von den „Treppensteigern“ für Mitteilungen oder Ideen ausgefüllt werden konnten. Diese Möglichkeit war dabei offensichtlich nur für diejenigen eröffnet, die die Treppen und nicht den Fahrstuhl benutzen. Insgesamt zielte jede dieser Maßnahmen darauf ab, Anreize für die Treppennutzung zu schaffen und sich damit körperlich zu betätigen.⁷³

3.3.5 Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wie dargelegt stellt die BGF einen gewichtigen Teil eines systematischen BGM dar. Um die Effektivität der Maßnahmen der BGF weiter zu erhöhen ist es erforderlich, diese nicht nur isoliert und punktuell einzusetzen, sondern sie in ein Gesamtsystem zu integrieren. Für die vollumfängliche Ausschöpfung des oben dargestellten Nutzens der Gesundheitsförderung ist daher zunächst die Einführung eines syste-

⁷³Vgl. Lockton (2013), S. 220 ff.; Deutsche Sporthochschule Köln (2013).

matischen BGM notwendig. Nach der grundsätzlichen Entscheidung für die Einführung eines BGM ist vor allem auf dessen zielgerichtete Umsetzung ein besonderer Schwerpunkt zu legen. Angestrebt wird die dauerhafte Verankerung der gesundheitsförderlichen Inhalte innerhalb des Betriebs.⁷⁴

Daher werden im Folgenden die wichtigsten Eckpunkte der erfolgreichen Umsetzung eines systematischen BGM dargestellt. Die folgenden Elemente sind hierfür von zentraler Bedeutung:

- **Festlegung von Zielen**

Zunächst sollte entschieden werden, welche Ziele durch die Umsetzung des BGM im Betrieb erfüllt werden sollen.

- **Durchführung einer Ist-Analyse**

Vor dem Hintergrund der zu erreichenden Ziele ist es notwendig, eine Ist-Analyse durchzuführen um einen Überblick über die aktuelle Situation im Betrieb zu erhalten.

- **Entwicklung, Planung und Durchführung von konkreten Maßnahmen**

Schließlich werden auf Grundlage dieser Analyse entsprechende Maßnahmen entwickelt um die festgelegten Ziele zu erreichen. Der Entwicklung der Maßnahmen schließt sich die organisatorische Planung und letztendlich die Durchführung der Maßnahmen an.

- **Evaluation und ggf. Verfeinerung der Ziele**

Um den Erfolg der umgesetzten Maßnahmen zu kontrollieren, wird der neue Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand abgeglichen. Das bedeutet, dass ein Vergleich zwischen der aktuellen Situation und der „gewünschten“ Situation durchgeführt wird. Sind keine Abweichungen festzustellen, wurden die festgelegten Ziele erreicht. Weicht der Ist-Zustand jedoch vom Soll-Zustand ab, ist eine Verfeinerung oder Modifizierung der zuvor festgelegten „Grobziele“ notwendig. Auf Basis dieser „neuen“ Ziele wird die Umsetzung mit den beschriebenen Schritten erneut durchgeführt. Somit kann das BGM kontinuierlich verbessert werden.⁷⁵

⁷⁴Seibert (2012), S. 263 nach: Huber (2010), S. 68; Zink/Thul (2006), S. 7-6 f.

⁷⁵Vgl. UKB (2009); ZWW (2014); BKK (2007), S. 8 f.; Ducki/Bamberg/Metz (2011), S. 144 ff.

Darüber hinaus ist es für den Erfolg der Gesundheitsförderung entscheidend, dass diese nicht lediglich „von oben herab“ verordnet wird, sondern vielmehr, besonders von den Führungspersönlichkeiten, vorgelebt wird. Gleichzeitig sollten betriebsspezifische geeignete Maßnahmen von allen Beschäftigten, beispielsweise innerhalb von Projektgruppen, „bottom-up“ erarbeitet werden.⁷⁶

So befindet auch *Seibert*, dass bei der Verankerung eines systematischen Gesundheitsmanagements die Führungskräfte eine besonders wichtige Position einnehmen, da sie durch ihre Kompetenz die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen können und gleichzeitig auch eine Vorbildfunktion innehaben.⁷⁷ „Erst wenn der Gesundheitsgedanke in den Köpfen der Führungskräfte verankert ist, können diese [!] auf die Mitarbeiter übertragen werden“⁷⁸

Dieser Ansatz korrespondiert mit den Grundsätzen des Change-Managements. Bei der Implementierung einer Veränderung, in diesem Falle der Etablierung eines systematischen BGM, kommt zum einen der Führungskraft eine exponierte Bedeutung als Schlüsselfigur für die Durchsetzung der Veränderung zu. Zum anderen ist es ebenso wichtig, dass der Veränderungsgedanke auch von den Beschäftigten mitgetragen wird.

Dabei stellt auch die umfassende Information der Beschäftigten einen entscheidenden Erfolgsfaktor des BGM dar.⁷⁹ Nur wenn all diejenigen, an die sich die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung richten, auch über diese informiert und in die Umsetzung einbezogen werden, kann die Wahrnehmung und Akzeptanz dieser Maßnahmen sichergestellt werden.

3.4 Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung - Die Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte

3.4.1 Hintergrund

Vor dem Hintergrund des Strukturwandels in der Arbeitswelt, den

⁷⁶Vgl. Badura/Münch/Ritter (1998), S. 15.

⁷⁷Vgl. Seibert (2012), S. 264.

⁷⁸Schenk/Stromberg/Dauer (2010), S. 188.

⁷⁹Ebd., S. 186.

knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen und besonders der demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland (Rückgang der Erwerbsbevölkerung und Zunahme des Anteils älterer Beschäftigter⁸⁰), werden an ein wirksames BGM in den Bundesbehörden hohe Anforderungen gestellt. Die zu bewältigenden Aufgaben werden zunehmend komplexer und der technische Fortschritt führt zu einer Beschleunigung des Arbeitstempos. Von den Beschäftigten werden gleichzeitig eine hohe Eigenverantwortung und ein hohes Maß an Flexibilität, sowohl zeitlich als auch räumlich, erwartet.⁸¹ Damit kommt der Einführung und Fortentwicklung eines systematischen BGM auch im Bereich der Bundesverwaltung eine immer größer werdende Bedeutung zu.

Um die Etablierung eines BGM in den Behörden der unmittelbaren Bundesverwaltung⁸² zu dokumentieren, veröffentlicht das BMI jährlich den Krankenstands- und Gesundheitsförderungsbericht. Die Grundlage hierfür bildet ein Kabinettsbeschluss vom 14. Januar 1997.⁸³

Die betriebliche Gesundheitspolitik des Bundes betrifft eine Vielzahl von Menschen, vor allem die rund 243 000 Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung. Diese waren im Jahr 2012 im Durchschnitt an 19,25 Arbeitstagen wegen Krankheit abwesend, was 7,67 % der gesamten Arbeitstage (251 Tage) entspricht.⁸⁴

Vor dem Hintergrund dieser krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten und unter Berücksichtigung der steigenden Leistungsanforderungen ist es von entscheidender Bedeutung, die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten, also deren Fähigkeit, ihre Gesundheit selbstverantwortlich zu erhalten und zu stärken, zu fördern.⁸⁵

Für die Behörden kann der Gesundheitsförderungsbericht eine Unter-

⁸⁰BMI (2009), S. 3.

⁸¹Vgl. BMI (2010), S. 8; Hasselhorn/Rauch (2013), S. 339 nach: Lenardt/Ertel/Morschhäuser (2010); KGSt (2005), S. 13.

⁸²Hiermit sind die obersten Bundesbehörden (z.B. Bundesministerien, Bundeskanzleramt etc.) und ihre Geschäftsbereichsbehörden gemeint.

⁸³Vgl. BMI (2009), S. 3.

⁸⁴Vgl. BMI (2013), S. 4.

⁸⁵Vgl. KGSt (2005), S. 13.

stützung bei der Einführung eines systematischen Gesundheitsmanagements sein, da er einen aktuellen Überblick über den Stand der Gesundheitsförderung in der unmittelbaren Bundesverwaltung bietet und konkrete Umsetzungsbeispiele aus der Praxis enthält.⁸⁶ Daher werden diese im folgenden Teil der Arbeit näher betrachtet.

3.4.2 Die Gesundheitspolitik des Bundes

Sowohl im Rahmen des Regierungsprogramms „Zukunftsorientierte Verwaltung durch Innovation“, als auch im Rahmen des Programms „Vernetzte und Transparente Verwaltung“ war und ist die Einführung eines ganzheitlichen BGM in der Bundesverwaltung vorgesehen. Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, „die Initiativen für eine systematische betriebliche Gesundheitsförderung in den Ressorts zu verstärken“ und das Gesundheitsmanagement in den Behörden einzurichten und dauerhaft zu verankern.⁸⁷

Diese Absichten unterstreicht auch der Beschluss einer „Gemeinsamen Initiative zur Förderung des Gesundheitsmanagements in der Bundesverwaltung“ vom 10. Dezember 2009 durch die Bundesregierung, gemeinsam mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund und dem dbb beamtenbund und tarifunion.⁸⁸

Die Vielzahl dieser Initiativen und Kabinettsbeschlüsse und die Dokumentation der durch diese erzielten Erfolge in den Gesundheitsförderungsberichten unterstreichen die Aufmerksamkeit, die der Gesundheitsförderung auch auf politischer Ebene zukommt.

3.4.3 Aufbau der Krankenstand- und Gesundheitsförderungsberichte

Die Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte werden jährlich erstellt und sind inhaltlich in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt stellt den Stand der Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung am Beispiel von verschiedenen Projekten, Regierungsprogrammen und Initiativen der Bundesregierung dar. Der Kranken-

⁸⁶Vgl. BMI (2010), S. 4.

⁸⁷BMI (2010), S. 4.

⁸⁸Ebd., S. 9.

stands- und Gesundheitsförderungsbericht für das Jahr 2012 behandelt in diesem Teil beispielsweise das Betriebliche Eingliederungsmanagement als Teil des Gesundheitsmanagements in der Bundesverwaltung als Schwerpunktthema.

Der zweite Teil enthält die Fehlzeitenstatistik der unmittelbaren Bundesverwaltung, in welcher die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten erfasst werden, sowie weitere Statistiken zu den Arbeits- bzw. Dienstunfällen und Wegeunfällen. Der Präsentismus (Beschäftigte sind trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung bzw. Krankheit anwesend, aber nicht voll leistungsfähig) in den Behörden kann in der Fehlzeitenstatistik nicht berücksichtigt werden.⁸⁹

Außerdem wird erstmals im Bericht für das Jahr 2011 die Fehlzeitenentwicklung der letzten fünf Jahre aufgeschlüsselt nach Laufbahn- und Altersgruppen dargestellt.⁹⁰

Als Element der betrieblichen Gesundheitspolitik des Bundes ermöglicht es die regelmäßige Erhebung und Auswertung der krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten, die mittel- und langfristige Entwicklung des Krankenstands in der unmittelbaren Bundesverwaltung abzubilden und zu veranschaulichen.

Darüber hinaus erfolgt eine Gegenüberstellung der Fehlzeiten der unmittelbaren Bundesverwaltung mit den von der AOK erhobenen Daten.⁹¹

Zu einem ganzheitlichen und umfassenden Gesundheitsmanagement gehört außer der quantitativen Erhebung der Fehlzeiten auch eine qualitative Analyse der arbeitsbedingten Krankheitsursachen. Hier kann die Fehlzeitenstatistik einen Beitrag dazu leisten, diese Ursachen zu identifizieren und anschließend geeignete Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Die hierfür erforderlichen Daten werden kategorisiert nach bestimmten Merkmalen wie z.B. Geschlecht, Alter, Krankheitsdauer usw. erhoben.⁹²

⁸⁹Zum Problem des Präsentismus siehe u.a.: Ulich (2011) S. 557 f., Badura (2010) S. 8.

⁹⁰Vgl. BMI (2012), S. 7.

⁹¹Ebd., S. 64 ff.

⁹²Vgl. BMI (2010), S. 37.

3.4.4 Inhalt

3.4.4.1 Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung

Im Rahmen des Gesundheitsmanagements steht den Behörden der Bundesverwaltung eine Vielzahl präventiver Maßnahmen zur Verfügung. Einige davon werden im Krankenstand- und Gesundheitsförderungsbericht 2011 vorgestellt. Neben Maßnahmen des klassischen Arbeitsschutzes (z.B. Arbeitsplatz- bzw. Gefährdungsbeurteilung) können den Beschäftigten z.B. regelmäßige Gesundheitschecks, mit deren Hilfe frühzeitig gesundheitliche Beeinträchtigungen erkannt und entsprechende präventive Maßnahmen ergriffen werden können, angeboten werden. Ebenso kann das Angebot Gesundheitscoachings, durch die den Beschäftigten die negativen Auswirkungen von beispielsweise mangelnder Bewegung vermittelt werden können und andere gesundheitsfördernde Leistungen, wie z.B. ein breites Betriebssportangebot und Massagen am Arbeitsplatz, beinhalten.⁹³

Diese Maßnahmen können das Gesundheitsbewusstsein und damit einhergehend die Gesundheit und schließlich auch die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten verbessern. Die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten über deren bloße Erhaltung hinaus ist von hoher Bedeutung, da gesunde und motivierte Mitarbeiter die Grundvoraussetzung für eine leistungsfähige Verwaltung darstellen (zu den Zielen und Nutzen des BGM siehe auch 3.3.2).

Als Hilfestellung und Anregung finden sich auf der Intranetplattform des Bundes zahlreiche Beispiele konkreter Maßnahmen, welche Behörden im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt haben. Zu nennen sind hier z.B. Rücken- und Koordinationstraining, Tabakentwöhnung, Sucht, Stressbewältigung, Gesundheitstage, Betriebssport, „Bike and Business“, Arbeitsschutz, „Fitness in der Mittagspause“ und Führungskräftefortbildungen. Darüber hinaus bietet die Intranetplattform Vorlagen für Dienstvereinbarungen z.B. für den Betriebssport.⁹⁴

Im Rahmen der Verhaltensprävention haben die Bundesbehörden verschiedene Maßnahmen, u.a. zur Gesundheitsförderung durch Bewe-

⁹³Vgl. BMI (2012), S. 11 f.

⁹⁴Vgl. BMI (2009), S. 17 f.

gung, durchgeführt. Wie das BMI im Krankenstands- und Gesundheitsförderungsbericht 2010 feststellt, hat beispielsweise das Auswärtige Amt das Pilotprojekt „Bewegte Pausen“ initiiert. Es wurde kleine Sportgeräte (Jonglierbälle, Therabänder, Balanceboards) für die Beschäftigten bereitgestellt, welche diese für Bewegungspausen am Arbeitsplatz kostenfrei in der sog. „Mobilithek“ ausleihen konnten. Außerdem erfolgte die Anschaffung von Dienstfahrrädern, welche für Dienstgänge innerhalb Berlins genutzt werden konnten. Das BMAS bietet ebenfalls Fitnessangebote an, darunter z.B. Yoga, Firmenläufe, Fußball- und Volleyballturniere. Auch durch die Nutzung von Fitnessgeräten im Fitnessraum der Dienststelle soll die körperliche Aktivität der Beschäftigten gesteigert werden. Die Teilnahme am Betriebssport, z.B. an Firmenläufen, Kurse zur Rückenschule und Massage wird von mehreren Bundesbehörden (z.B. BMG, BMUB, BMF) angeboten und gefördert.⁹⁵

Ein weiteres Beispiel für eine Maßnahme zur Gesundheitsförderung, welche auch von den Dienststellen der Bundesverwaltung unterstützt wird, ist die Präventionskampagne "Denk an mich. Dein Rücken"⁹⁶ Für die Einführung eines umfassenden BGM ist das Pilotprojekt „KoGA“ („Kompetenz“, „Gesundheit“ und „Arbeit“) beispielhaft, welches von der UKB entwickelt wurde und z.B. im Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft umgesetzt wurde.⁹⁷

Dies verdeutlicht, dass eine Vielzahl verschiedener Ansätze existiert, um Maßnahmen der BGF in den Behörden der Bundesverwaltung zu implementieren.

3.4.4.2 Evaluationsfunktion der Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte

Neben der oben dargestellten Dokumentationsfunktion erfüllen die Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte auch eine Funktion als Evaluationsinstrument für die Verbreitung des BGM in der

⁹⁵Vgl. BMI (2011), S. 18 ff.

⁹⁶Vgl. BMI (2013), S. 23; UKB (2014b).

⁹⁷Vgl. BMI (2010), S. 37.

Bundesverwaltung. So wurde im Bericht 2009 festgestellt, dass:

1. „Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Juni 2010 nur in einem Drittel der Behörden systematisch und zielorientiert geplant, umgesetzt, kontrolliert und verbessert wurden.
2. Weniger als die Hälfte der Behörden über konzeptionelle Grundlagen oder die notwendigen finanziellen bzw. personellen Ressourcen zur Einführung eines Gesundheitsmanagements verfügte.
3. Lediglich die Hälfte der Behörden die betriebliche Gesundheitsförderung mit den Aufgaben des betrieblichen Eingliederungsmanagements und des Arbeitsschutzes vernetzte.“⁹⁸

Somit liefern die Gesundheitsförderungsberichte einen Überblick über die Verbreitung des BGM in der Bundesverwaltung. An dieser Stelle wird deutlich, dass in der unmittelbaren Bundesverwaltung bereits zahlreiche konstruktive Ansätze zur Verankerung der Gesundheitsförderung in der Behördenstruktur vorhanden sind. Gleichzeitig besteht aber auch weiterhin Optimierungspotential, besonders hinsichtlich der Verknüpfung und Gesamtkoordination der einzelnen Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Rahmen eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements.

3.5 Herleitung der Forschungsfrage

Die vorangegangene Darstellung der theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung hat gezeigt, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, die Gesundheit der Mitarbeiter durch mehr Bewegung im Arbeitsalltag zu fördern. Eine Vielzahl der vorhandenen Forschungsarbeiten, ebenso die Krankenstands- und Gesundheitsförderungsberichte, konzentrieren sich hauptsächlich auf die Konzeption und die Erarbeitung theoretischer Perspektiven und Chancen eines ganzheitlichen BGM und als Teil dieses auch der BGF.

Da alle Maßnahmen der BGF auf die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter ausgerichtet sind, ist jedoch vor allem auch die Beurteilung der Frage, ob und inwiefern diese Maßnahmen von den Be-

⁹⁸Vgl. BMI (2010), S. 8.

beschäftigten als Zielgruppe wahrgenommen werden, für eine Gesamtbeurteilung der Wirksamkeit von besonderer Bedeutung. Daran anschließend stellt sich die Frage, ob diese Maßnahmen auch akzeptiert, d.h. von den Mitarbeitern angenommen und umgesetzt werden. Nur wenn dies der Fall ist, kann eine Maßnahme der BGF erfolgreich sein.

Daher wird im folgenden Teil der vorliegenden Arbeit auf empirischer Basis der Frage nachgegangen, inwiefern Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Bewegung von den Mitarbeitern der Bundesverwaltung wahrgenommen und akzeptiert werden. Die Untersuchung erfolgt am Beispiel eines bei der Dienststelle der BfDI in Bonn angebrachten Hinweisschildes, welches die Beschäftigten zur Nutzung der Treppen anstelle des Aufzugs motivieren soll.

4. Empirische Untersuchung

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der vorgenommenen empirischen Untersuchung dargestellt. Dabei werden zunächst das Untersuchungsziel, der Untersuchungsgegenstand und die Forschungshypothesen vorgestellt sowie die Entwicklung des verwendeten Erhebungsinstrumentes erläutert. Anschließend erfolgt die Verfahrensbeschreibung der Datenerhebung und der Auswertung der Daten.

4.1 Methodisches Vorgehen

4.1.1 Untersuchungsziel

Wie bereits dargelegt hatte die Untersuchung zum Ziel herauszufinden, ob Maßnahmen der BGF in Behörden von den Beschäftigten überhaupt wahrgenommen werden und inwieweit diese Akzeptanz finden. Insbesondere sollte untersucht werden, ob Maßnahmen der BGF, die auf eine Gesundheitsförderung durch Bewegung zielen, angenommen werden. Finden sie keinen Zuspruch unter den Beschäftigten, haben die Maßnahmen ihr Ziel verfehlt und die Gesundheitsförderung kann keinen Erfolg haben. Erreichen sie die Beschäftigten, können sie einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter und schließlich auch zur Leistungs- und Effizienzsteigerung der Organisation als Ganzes leisten. Im Ergebnis der Untersuchung sollten die sich an die Forschungsfrage anschließenden Forschungshypothesen bestätigt oder widerlegt werden können.

4.1.2 Untersuchungsgegenstand

Zunächst war für diese Untersuchung eine geeignete Behörde auszuwählen. Die Dienststelle der BfDI in Bonn erschien hier insofern geeignet, als dass sie als Bundesbehörde exemplarisch als Vertreterin der Gesamtheit aller Bundesbehörden für diesen Vergleich herangezogen werden konnte. Weiterhin ist dort innerhalb des Dienstgebäudes ein Hinweisschild vor dem Fahrstuhl angebracht (vgl. Darstellung 8 auf der nächsten Seite), das die Beschäftigten motivieren soll, anstelle des Fahrstuhls die Treppen zu benutzen (Aufschrift „Gesundheit – wir tun was!“). Dabei handelt es sich um eine verhaltensorien-

tierte Maßnahme der BGF.



Darstellung 8: Hinweisschild im Dienstgebäude der BfDI

Im Anschluss an die Auswahl einer geeigneten Behörde stellte sich die Frage, *wer* befragt werden sollte, d.h. welcher Personenkreis die Zielgruppe der Befragung bilden sollte. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Wahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen der BGF durch alle Beschäftigten der Bundesverwaltung, ohne Beschränkung auf einen speziellen Personenkreis. Somit sollten alle Beschäftigten der BfDI in die Untersuchung mit einbezogen werden. Es wurde nicht zwischen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten oder Beamten und Tarifbeschäftigten unterschieden.

4.1.3 Forschungshypothesen

Die hergeleitete Forschungsfrage sollte auf verschiedenen Ebenen untersucht werden. Um eine systematische Untersuchung zu ermöglichen, wurden aus dieser Forschungsfrage mehrere Arbeitshypothesen abgeleitet. Diese konzentrierten sich auf verschiedene, für den Forschungsgegenstand dieser Arbeit als relevant erscheinende Aspekte der Wahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Bewegung.

So lag aufgrund des allgemeinen Trends zur Bewegungsarmut in der modernen Gesellschaft (vgl. 1. Einleitung) die hypothetische Vermutung nahe, dass dies auch für das Arbeitsleben zutrefte und die **meisten Beschäftigten der BfDI nicht sonderlich bewegungsfreudig seien und daher lieber die „bequemere“ Variante des Aufzugs nutzen, anstatt die Treppen zu steigen.**

Außerdem wurde aufgrund des Umstandes, dass es sich bei dem angebrachten Schild um eine relativ „dezente“ Maßnahme handelt, deren Konzeption (vgl. Darstellung 8) und Positionierung eher zu rückhaltend erfolgte, vermutet dass **lediglich ein geringer Teil der Beschäftigten dieses Schild bereits wahrgenommen hat.**

Ebenfalls aufgrund der angenommenen, grundsätzlich eher bewegungsskeptisch geprägten Einstellung der Beschäftigten, wurde die Hypothese aufgestellt, dass **die kleine Gruppe der eher „bewegungsfreudigen“ Beschäftigten, welche die Treppen anstatt des Aufzugs benutzen, dies vor allem aufgrund des Hinweisschildes, welches zur Treppennutzung motivieren soll, tun.**

Darüber hinaus konnte aufgrund eines vermuteten Zusammenhangs zwischen dem Ausmaß an körperlicher Aktivität außerhalb des Arbeitsplatzes und der Häufigkeit der Treppennutzung davon ausgegangen werden, dass **alle Beschäftigten, welche körperlich sehr aktiv sind, auch regelmäßig die Treppen benutzen.**

Neben diesen Arbeitshypothesen sollte ebenfalls der Frage nachgegangen werden, ob **das Alter und die Geschlechtszugehörigkeit der Interviewteilnehmer einen Einfluss auf die Ergebnisse der Befragung haben.**

4.1.4 Auswahl der Forschungsmethode

Um die Wahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen der BGF bei der BfDI empirisch untersuchen zu können, wurden auswertbare Daten benötigt. Da für diese erstmalige Untersuchung bei der BfDI keine geeigneten Daten vorlagen, wurden die erforderlichen Daten, die die Grundlage einer späteren Auswertung und Analyse bilden sollten, durch die Verfasserin selbst erhoben.

Die Datenerhebung erfolgte in Form einer Mitarbeiterbefragung, also durch eine Befragung der relevanten Personengruppe zur Forschungsfrage. Da alle Mitarbeiter für die Untersuchung relevante Personen waren, wurde hier das Mittel der Totalerhebung, der Befragung aller Beschäftigten der BfDI⁹⁹, gewählt. Dies geschah bei der vorliegen-

⁹⁹Mit „alle Beschäftigten der BfDI“ sind alle Beschäftigten der BfDI am Dienstort Bonn gemeint, siehe dazu auch: 4.3 Verfahren der Datenerhebung.

den Untersuchung mittels eines schriftlich zu beantwortenden Fragebogens. Die Entwicklung und der Aufbau dieses Fragebogens werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

4.2 Entwicklung des Fragebogens als Erhebungsinstrument

4.2.1 Art des Fragebogens

Zunächst war die grundlegende Entscheidung nach der Art des zu verwendenden Fragebogens zu treffen. Hier ist zwischen bereits vorgefertigten Fragebögen und individuell entwickelten und zusammengestellten Fragebögen zu unterscheiden. Entscheidendes Auswahlkriterium war, dass der Fragebogen derartige Fragen beinhaltet, welche geeignet waren, die Forschungsfrage zu untersuchen.

Zum Zeitpunkt der Konzeptionierung der Untersuchung war kein den Forschungsgegenstand dieser Arbeit hinreichend erfassender Fragebogen vorhanden. So existieren zwar Fragebögen, welche beispielsweise auf eine Erfassung des Gesundheitszustandes der Befragten abzielen (Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36). Diese beziehen jedoch nicht explizit Faktoren der BGF ein und gehen auch nicht auf organisationsspezifische Besonderheiten, wie im vorliegenden Fall das Hinweisschild, ein. Somit wurde entschieden, einen individuellen Fragebogen für die Durchführung der Untersuchung zu entwickeln (vgl. Anlage 1). So war es möglich, den Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit in den Mittelpunkt der Befragung zu stellen und den Befragten auch Raum für individuelle Meinungsäußerungen zu eröffnen. Dies bot außerdem die Gelegenheit, erläuternde Informationen über die Befragung selbst unmittelbar auf dem Fragebogen bereitzustellen und die Versuchsteilnehmer damit umfassend über den Zweck der Befragung zu informieren. Außerdem wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Untersuchung betont.

4.2.2 Datenschutz

Da bei einer Mitarbeiterbefragung personenbezogene Daten abgefragt werden, sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Um die personenbezogenen Daten der Beschäftigten zu schützen, erfolgte die Befragung in anonymisierter Form. Dies bedeutete zunächst,

dass der Name der Beschäftigten nicht abgefragt wurde. Darüber hinaus wurde auch auf die Frage nach Angaben, welche die Anonymisierung indirekt aufheben könnten wie z.B. Alter, Voll- oder Teilzeitbeschäftigung etc. verzichtet. Besonders in kleineren Organisationseinheiten mit einer überschaubaren Mitarbeiterzahl, wie der BfDI, ist die Möglichkeit des Rückschlusses auf bestimmte Personen durch entsprechende Fragen eher gegeben als in größeren Organisationen.¹⁰⁰

4.2.3 Differenzierung zwischen Geschlecht und Alter

Um die oben formulierte Forschungshypothese nach einem Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Ergebnisse der Befragung überprüfen zu können, wurden bei den Interviewteilnehmern auch diese Merkmale erfragt. Hier waren in besonderem Maße die bereits dargestellten Erfordernisse des Datenschutzes zu beachten.

Um eine Personenbeziehbarkeit zu vermeiden, wurden zwei Altersgruppen gebildet: „unter 40 Jahre alt“ und „über 40 Jahre alt“. Die Kombination einer der Altersgruppen mit dem Geschlecht ermöglicht keinen Rückschluss auf eine bestimmte Person, da z.B. mehrere Personen dem Kreis der „weiblichen Beschäftigten unter 40 Jahre“ angehören. Entsprechendes gilt für die anderen drei weiteren Kombinationen („weibliche Beschäftigte über 40 Jahre“; „männliche Beschäftigte über 40 Jahre“; „männliche Beschäftigte unter 40 Jahre“). Eine Kombination des exakten Alters oder einer weiter differenzierten Altersgruppe („30 bis 40 Jahre alt“, „40 bis 50 Jahre alt“ etc.) mit der Angabe des Geschlechts des Beschäftigten hingegen hätte einen Rückschluss auf die betroffene Person ermöglichen können.

4.2.4 Die Fragestellungen

Unmittelbar aus der Hypothese, dass die Beschäftigten lieber die „bequemere“ Variante des Aufzugs nutzten, anstatt die Treppen zu steigen, leitete sich die erste Frage des schriftlichen Kurzinterviews ab, in welcher eben diese Häufigkeit der Treppennutzung abgefragt wurde (**Frage 1: „Nutzen Sie regelmäßig die Treppe anstatt des**

¹⁰⁰ Vgl. Gohritz (2012), S. 73; für weitere Hinweise bezüglich des Datenschutzes bei BGM-Maßnahmen siehe auch: Gohritz (2012), S. 70 ff.

Aufzugs?“).

Um von dieser als Einstieg in die Thematik gewählten Fragestellung hin zum Forschungsgegenstand dieser Arbeit, der Wahrnehmung und Akzeptanz von Maßnahmen der BGF, hinzuleiten, wurde im Anschluss die Wahrnehmung der Maßnahme erfragt (**Frage 2: „Haben Sie dieses Schild bereits wahrgenommen?“**). Damit sollte in einem ersten Schritt untersucht werden, wie effektiv die Maßnahme im Hinblick auf die Wahrnehmung durch die Beschäftigten wirkt.

Im nächsten Schritt stellte sich zwangsläufig die Frage, ob die Maßnahme tatsächlich ein gesundheitsförderliches Verhalten der Beschäftigten durch häufigeres Treppensteigen bewirkt. Um dieser Frage nachzugehen, wurde erhoben, ob die Beschäftigten die Treppe anstatt des Aufzugs aufgrund des Schildes nutzten, oder ob sie dies ohnehin schon taten (**Frage 3a: „Haben Sie aufgrund dieses Schildes bereits einmal die Treppe anstatt des Aufzugs benutzt?“**).

Verfeinert wird diese Untersuchungsfrage durch zwei ergänzende Fragen. Wurde die vorherige Frage mit „Ja“ beantwortet, sollte zudem angegeben werden, **wie häufig der Beschäftigte die Treppe aufgrund des Schildes benutzt (Frage 3b)** und ob dabei der Anteil der Treppennutzung den Anteil der Aufzugnutzung übersteigt (**Frage 3c: „Nutzen Sie dabei regelmäßig die Treppe?“**). Mithilfe dieser detaillierteren Fragestellungen sollte untersucht werden, in welchem Maße das Verhalten der Beschäftigten durch das Schild als Maßnahme der BGF beeinflusst wird, bzw. wie stark dessen Wirkung ist.

Der erste Teil des Fragebogens enthielt hauptsächlich geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, bei Frage 3a mit der Möglichkeit die Antwort zu begründen.

Der zweite Teil des Fragebogens (Frage 4 bis 7) bestand ebenfalls überwiegend aus geschlossenen Fragen, zum Teil ebenso mit der Möglichkeit die Antwort zu begründen, aber auch aus einer offen formulierten Fragestellung. Mittels dieser wurde abgefragt, was aus Sicht der Beschäftigten neben der bereits angewandten Maßnahme in Form des Schildes zu einer weiteren Motivation für das Treppensteigen führen könnte (**Frage 4: „Was könnte Sie sonst/auch zum Treppensteigen motivieren?“**). Ziel dieser Frage war es zu untersuchen, ob nach Meinung der Beschäftigten grundsätzlich Maßnahmen zur Be-

wegungsförderung im Arbeitsumfeld wirksam sein könnten und wenn ja, welche konkreten Maßnahmen die Beschäftigten ansprechen und motivieren würden.

Weiterhin wurde erhoben, ob sich die Beschäftigten durch die **regelmäßige Bewegung beim Treppensteigen gesünder bzw. wohler fühlen (Frage 5)**, d.h. ob tatsächlich eine Verbesserung der Gesundheit durch gesteigerte körperliche Aktivität zu verzeichnen ist. Dies war insbesondere dahingehend von Interesse um nachvollziehen zu können, ob das Ziel der ergriffenen Maßnahme, also die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter, tatsächlich erreicht wurde.

Bei der darauffolgenden Frage nach der Einschätzung der Befragungsteilnehmer zu einer potentiellen Wirksamkeit weiterer Anreize zur Treppennutzung (**Frage 6: „Sind Sie der Meinung, dass mehr solcher Hinweise dazu beitragen könnten, dass noch mehr Mitarbeiter öfters die Treppe anstatt des Aufzugs benutzen würden?“**) bestand die Möglichkeit die jeweilige Antwort (Zustimmung/Ablehnung) zu erläutern. Durch diese Option einer frei formulierbaren Begründung der Antworten wurde den Mitarbeitern die Möglichkeit geboten, ihre persönlichen Einschätzungen und Wünsche auszudrücken. Aus diesen könnten im Anschluss Rückschlüsse über eine eventuelle weitere Optimierung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Beschäftigten der BfDI gezogen werden.

Abschließend werden die Mitarbeiter zur **Häufigkeit der von ihnen ausgeübten sportlichen Aktivität** befragt (**Frage 7**). Diese Fragestellung erfolgte mit dem Ziel, die Angaben über die Regelmäßigkeit der Treppennutzung vor dem Hintergrund der Häufigkeit sonstiger sportlicher Aktivität einordnen zu können. Damit sollte der oben formulierten Forschungshypothese nach einem Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an körperlicher Aktivität außerhalb des Arbeitsplatzes und der Häufigkeit der Treppennutzung nachgegangen werden.

Der Interviewbogen beinhaltete somit 7 inhaltliche Fragen, wobei die 3. Frage noch um 2 „Detail-Fragen“ erweitert wurde. Insgesamt enthielt der Fragebogen sechs geschlossene Fragen (Fragen 1; 2; 3b; 3c; 5; 7), zwei geschlossene Fragen mit der Möglichkeit die Begründung der Antwort in einem Textfeld zu formulieren (Fragen 3a; 6) und eine offene Fragestellung (Frage 4). Darüber hinaus wurden

das Alter und das Geschlecht der Befragungsteilnehmer erfragt (vgl. 4.2.3 Differenzierung zwischen Geschlecht und Alter).

Der zeitliche Aufwand für die Beantwortung der Fragen betrug ca. 3 bis 10 Minuten, abhängig davon, wie intensiv die Textfelder für ausführliche Antworten ausgefüllt wurden.

Um eine möglichst große Akzeptanz unter den Beschäftigten der BfDI für eine Teilnahme an der Befragung zu erreichen, sollte die Beantwortung des Interviews mit einem geringen zeitlichen Aufwand durchführbar sein. Daher wurden kurze und leicht verständliche Fragen mit gebräuchlichen Begrifflichkeiten formuliert. Unbestimmte Begriffe wurden definiert, um bei allen Probanden ein einheitliches Verständnis der Fragestellungen sicherzustellen. So wurde z.B. bei Frage 3c der unbestimmte Begriff „regelmäßig“ als „Anteil der Treppennutzung übersteigt den Anteil der Aufzugnutzung“ definiert. Auch die Antwortmöglichkeiten beispielsweise bei Frage 7 wurden näher erläutert. So ist dort unter der unbestimmten Angabe „sehr oft“ ca. 1-mal pro Tag zu verstehen. Dadurch sollten Unsicherheiten beim Verständnis der Frage und bei deren Beantwortung vermieden werden und eine bestmögliche Vergleichbarkeit der Antworten aller Beschäftigten sichergestellt werden. Um den Interviewbogen ausfüllen zu können sollte kein zusätzlicher Aufwand, etwa durch das Nachschlagen von Fachbegriffen, entstehen. Insgesamt erfolgte die Konzeption des Fragebogens also auch mit dem Ziel, diesen kompakt und verständlich zu halten.

4.3 Verfahren der Datenerhebung

Auf die Entwicklung des Fragebogens als Erhebungsinstrument folgten im nächsten Schritt die Planung und die organisatorische Vorbereitung der Datenerhebung.

Wie bereits aufgezeigt, waren zunächst die datenschutzrechtlichen Bestimmungen im Hinblick auf eine Anonymisierung der zu erhebenden Daten zu beachten. Die hierfür erforderlichen Maßnahmen wurden vor Beginn der Befragung in Zusammenarbeit mit dem behördlichen Datenschutzbeauftragten der BfDI abgestimmt.

Im nächsten Schritt wurde die für die Befragung erforderliche Zustimmung der Hausleitung der BfDI auf dem Schriftweg beantragt. Nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung wurden anschließend die organisatorischen Rahmenbedingungen in Zusammenarbeit mit dem Referat Zentrale Aufgaben geklärt. Zunächst war zu entscheiden, wie groß die Anzahl der zu druckenden Interviewbögen sein müsste, damit alle Beschäftigten der BfDI einen Bogen und damit die Möglichkeit an der Teilnahme an der Befragung erhalten würden. In der Dienststelle der BfDI in Bonn sind 70 Personen beschäftigt. Weitere 15 Mitarbeiter sind im Verbindungsbüro in Berlin eingesetzt. Diese Mitarbeiter nahmen aufgrund der in der Dienststelle Berlin nicht vorhandenen identischen Voraussetzungen (keine entsprechende BGF-Maßnahme) nicht an der Befragung teil. Somit wurden 70 Fragebögen an die Beschäftigten verteilt.

Weiterhin musste ein geeigneter Ort für die Platzierung einer Sammelbox, d.h. eines Behältnisses, in welchem die ausgefüllten Interviewbögen gesammelt werden sollten, ausgewählt werden. An dieser Stelle war die Thematik des Datenschutzes erneut von Bedeutung.

Das Dienstgebäude der BfDI in Bonn hat mehrere Etagen, auf welche die Büros der Beschäftigten verteilt sind. Theoretisch besteht also die Möglichkeit, auf jeder dieser Etagen jeweils eine Sammelbox zu platzieren, um möglicherweise auch durch die kurze Distanz vom Büro des einzelnen Beschäftigten zur etageneigenen Box die Bereitschaft einer Teilnahme an der Befragung zu erhöhen.

Für einzelne Mitarbeiter könnte es einen Hemmungsgrund für die Teilnahme an der Befragung darstellen, wenn sie innerhalb der Arbeitszeit einen bestimmten Raum aufsuchen müssten, „nur“ um den Interviewbogen dort abgeben zu können. Trotz dieses eventuellen Hemmungselementes war es für die Einhaltung des Datenschutzes erforderlich, einen einzigen Sammelbehälter an einem bestimmten Ort aufzustellen, anstatt für jede Etage einen eigenen Behälter zu installieren.

Das Aufstellen eines einzigen Sammelbehälters ermöglicht keine „etagenspezifische“ Auswertung der Interviewbögen und damit auch keine Rückschlüsse auf eine bestimmte Person mittels der gesammelten Bögen. Durch die Platzierung einer Sammelbox auf jeder Etage

bestünde eben diese Möglichkeit. Ein konkretes Beispiel: Auf der 2. Etage des Dienstgebäudes haben mehrere Beschäftigte ein Büro. Davon sind 4 Personen der Kategorie „weiblich – unter 40 Jahre alt“ und 7 Personen der Kategorie „männlich – unter 40 Jahre alt“ zuzuordnen. Die Kategorie „weiblich – über 40“ ist hingegen durch keine Mitarbeiterin vertreten, aber eine Person gehört der Gruppe „männlich – über 40“ an. Erfolgt nun eine Auswertung der Interview-Bögen „Box für Box“ nach Etagen getrennt, könnte festzustellen sein, welche Person den Interviewbogen mit den Angaben „männlich“ und „über 40“ ausgefüllt hat, da dafür auf der 2. Etage (für die Sammelbox der 2. Etage) nur eine Person in Frage kommt.

Als „Sammelort“ für die Fragebögen wurde also ein „neutraler“ Raum (Kopiererraum) gewählt und die Sammelbox wurde dort nach Verteilung der Bögen aufgestellt.

Für die Beantwortung und Abgabe des Interviewbogens wurde ein Zeitraum von 10 Kalendertagen eingeräumt. Auch Mitarbeitern, die durch krankheitsbedingte Abwesenheit oder durch Abwesenheit wegen Erholungsurlaubs an der Teilnahme an der Befragung gehindert gewesen sein könnten, sollte durch diese Frist eine Teilnahme ermöglicht werden. Ebenfalls unter dem Gesichtspunkt einer eventuellen Repräsentativität der Ergebnisse war es von Bedeutung, möglichst vielen Beschäftigten die Gelegenheit einer Teilnahme zu bieten.

Um nach Verteilung der Interviewbögen an alle Beschäftigten zusätzlich auf die Befragung aufmerksam zu machen und Informationen wie beispielsweise die Frist zur Abgabe und den „Sammelort“ bekannt zu geben, wurde eine die diesbezüglichen Informationen enthaltende E-Mail an alle für die Untersuchung relevante Personen versandt. Kurz vor Ablauf der Frist zur Abgabe der Fragebögen erfolgte ebenfalls eine Erinnerung auf elektronischem Wege, um die Teilnahmequote noch weiter zu steigern.

Nach Fristende wurde die Sammelbox mit den eingeworfenen und in verschlossenen Briefumschlägen abgegebenen Interviewbögen abgeholt. Im nächsten Schritt erfolgte die Auswertung der abgegebenen Bögen.

4.4 Auswertung

Die abgegebenen Interviewbögen wurden zunächst der Sammelbox und den Briefumschlägen entnommen und mit fortlaufenden Nummerierungen versehen, welche zum einen als Unterscheidungsmerkmal und zum anderen als Bearbeitungsvermerk fungierten.

Anschließend wurde mithilfe des Programms Microsoft Excel ein Datenblatt erstellt und die Antworten auf die geschlossenen Fragen in dieses Datenblatt übertragen. Somit entstand eine Gesamtübersicht aller Antworten der Interviewteilnehmer, welche für die Analyse und Ergebnisdarstellung notwendig war. In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls fehlerhafte oder unvollständige Antworten entfernt. Die auf diese Art und Weise dargestellten Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet.

Die Antworten zu den Fragen, welche die Möglichkeit zur offenen Antwortformulierung boten (Fragen 3, 4 und 6) wurden zunächst in einer Übersicht zusammengetragen und anschließend thematisch geordnet. Die so entstandenen Themenblöcke ermöglichten einerseits eine bestmögliche Übersicht über die Ergebnisse, stellten aber andererseits auch die für eine Detailanalyse notwendigen Informationen, auch über die ggf. wiederholte Nennung bestimmter Aspekte, bereit. Auf Grundlage dieser Antworten und der Ergebnisse zu den geschlossenen formulierten Fragen wurden die oben formulierten Forschungshypothesen kritisch überprüft.

Nach einer detaillierten Einzelanalyse der zentralen Befragungsergebnisse wurden diese mit den Ergebnissen bisheriger Studien verglichen, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufzeigen zu können.

5. Ergebnisdarstellung

Die durch die Auswertung der Interviewbögen gewonnenen Ergebnisse der Befragung werden im Folgenden dargestellt. Dabei werden für jede Frage an erster Stelle die Gesamtergebnisse genannt und anschließend die altersgruppen- und geschlechtsabhängige Verteilung aufgezeigt. Aus Transparenzgründen erfolgt bei jeder Frage sowohl die Darstellung der relativen als auch die der absoluten Häufigkeiten.

Die Teilnahmequote an der Befragung lag bei 71,43 %. Von den 70 ausgeteilten Interviewbögen wurden 50 Stück als Rückläufer in die Sammelbox eingeworfen. 4 Exemplare dieser 50 Rückläufe kamen jedoch „blanko“, d.h. nicht ausgefüllt, zurück und konnten somit nicht verwertet werden. Insgesamt sind also 46 von 70 Interviewbögen (65,71 %) als Grundlage für die Auswertung geeignet. Die Gruppe der Befragungsteilnehmer setzte sich aus 31 Mitarbeitern und 15 Mitarbeiterinnen zusammen.

Die als Einstieg in das Interview abgefragte grundsätzliche Nutzung der Treppen anstelle der Nutzung des Aufzugs (**1. Frage:** „Nutzen Sie regelmäßig die Treppe anstatt des Aufzugs?“) wurde von 73,91 % (n=34, N=46) der befragten Beschäftigten bejaht und von 26,09 % (n=12) verneint.

Altersgruppenspezifisch stellte sich dieses Ergebnis wie folgt dar: Während 68,97 % (n=20, N=29) der „über 40 Jährigen“ die Frage bejahten, gaben von den „unter 40 Jährigen“ 82,35% (n=14, N=17) an, die Treppe regelmäßig zu nutzen. Nicht regelmäßig nutzen nach eigenen Angaben 31,03% (n=9) der „über 40 Jährigen“ und 17,65% (n=3) der „unter 40 Jährigen“ die Treppe.

Regelmäßiges Treppensteigen?	Über 40 Jahre alt	Unter 40 Jahre alt
Zustimmung	68,97 %	82,35 %
Ablehnung	31,03 %	17,65 %
Keine Angabe	0 %	0 %
Gesamt	100 %	100 %

Darstellung 9: altersgruppenspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 1; in Prozent; eigene Darstellung

Von den männlichen Beschäftigten gaben 67,74 % (n=21, N=31) an, dass sie regelmäßig die Treppe anstatt des Aufzugs nutzten. 32,26 % (n=10) der männlichen Befragten verneinten diese Frage. Außerdem nutzen nach eigenen Angaben 86,67 % (n=13, N=15) der weiblichen Befragten regelmäßig die Treppe, während 13,33 % (n=2) dies verneinten.

Die anschließende **2. Frage** nach der Wahrnehmung des Schildes durch die Versuchspersonen („Haben Sie dieses Schild bereits wahrgenommen?“) wurde von 80,43 % (n=37, N=46) der an der Umfrage teilnehmenden Beschäftigten mit „Ja“ beantwortet, mit „Nein“ antworteten 19,57 % der befragten Personen (n=9).

Aus der Gruppe der Befragten, welche das Merkmal „über 40 Jahre alt“ besitzen, gaben 82,76 % (n=24, N=29) an, dass sie das Schild bereits wahrgenommen haben. 17,24% (n=5) der Beschäftigten „über 40“ verneinten dies. Während 76,47 % (n=13, N=17) der „unter 40 Jährigen“ angaben, dass sie das Schild bereits wahrgenommen haben, verneinten 23,53 % (n=4) der befragten Personen „unter 40“ die Frage.

80 % (n=12, N=15) der weiblichen Beschäftigten und 80,65 % (n=25, N=31) der männlichen Beschäftigten haben das Schild nach eigenen Angaben bereits wahrgenommen. Nicht wahrgenommen haben es demnach 20 % (n=3) der befragten Mitarbeiterinnen und 19,35 % (n=6) der befragten Mitarbeiter.

Die Frage, ob die Maßnahme (das Schild) tatsächlich ein verändertes Verhalten der Beschäftigten in Bezug auf das Treppensteigen bewirkt (**Frage 3a:** Haben Sie aufgrund dieses Schildes bereits einmal die Treppe anstatt des Aufzugs benutzt?) wurde von 13,04 % (n=6, N=46) mit „Ja“ und von 21,74 % (n=10) mit „Nein“ beantwortet. Mit 60,87 % (n=28) gaben mehr als der Hälfte der Beschäftigten an, die Treppen sowieso bzw. schon immer regelmäßig zu nutzen. Insgesamt, also egal ob aufgrund des Schildes oder aus sonstigen Gründen, nutzen 73,91 % (n=34) der Beschäftigten die Treppen anstatt des Aufzugs. Dieses Ergebnis ist deckungsgleich mit dem Ergebnis der ersten Frage.

Als Begründung, warum sie aufgrund des Schildes die Treppen anstatt des Aufzugs benutzten, gaben die Befragten beispielsweise das durch

das Schild hervorgerufene, bzw. in Erinnerung gerufene „schlechte Gewissen“ an. Außerdem waren einige der Interviewteilnehmer der Meinung, dass das Treppensteigen für sie gesundheitsförderlich sei. 4,35 % der Befragten (n=2) machten keine Angaben zu dieser Frage.

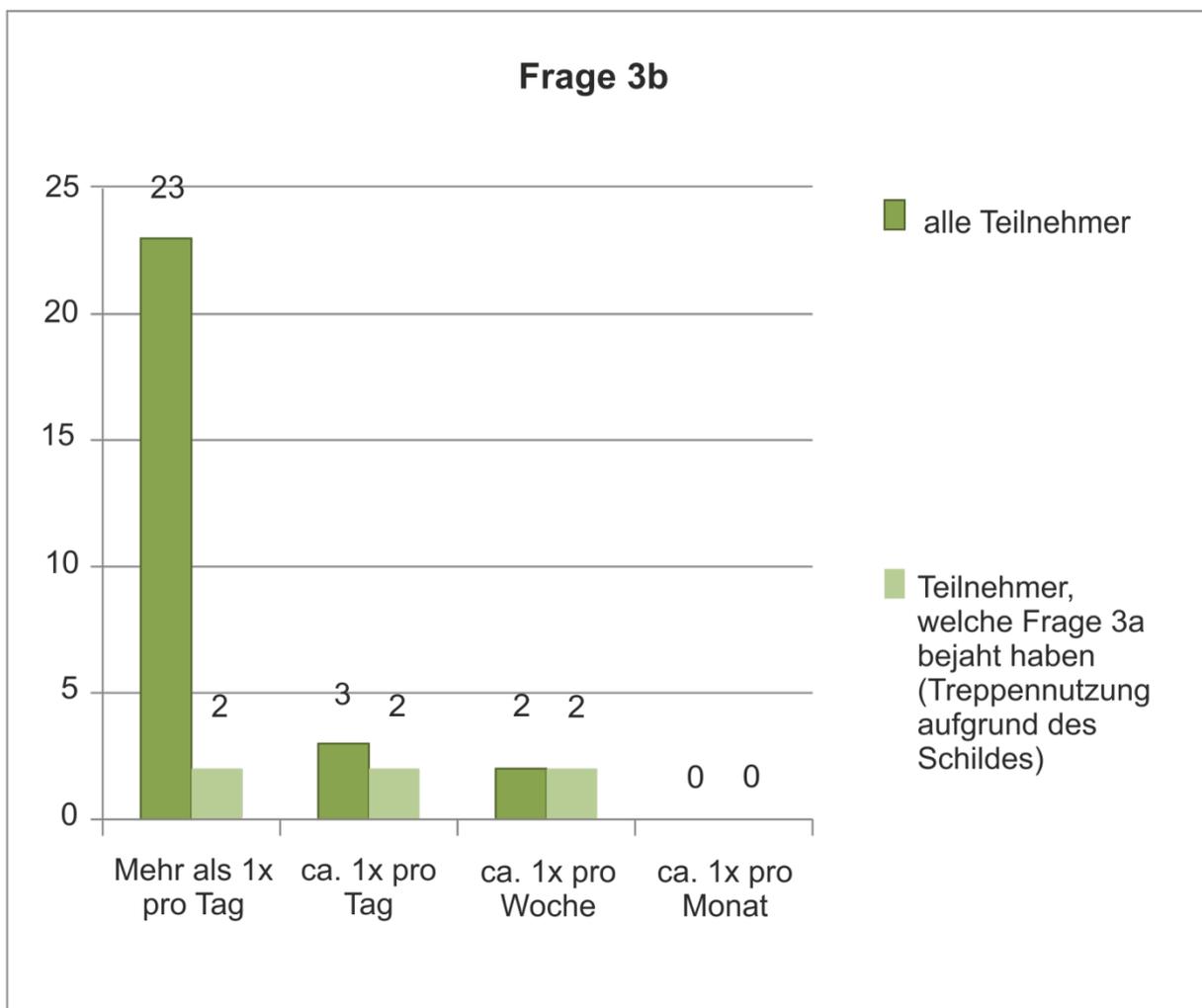
Diejenigen Beschäftigten, welche nicht aufgrund des Schildes bereits einmal die Treppe dem Aufzug vorgezogen haben, sind z.B. der Meinung, dass bei ausreichender sportlicher Betätigung während der Freizeit das Treppensteigen keinen zusätzlichen positiven Nutzen für die Gesundheit darstelle. Eine andere Person gab an, dass es aus gesundheitlichen Gründen notwendig sei den Aufzug zu nutzen, da die Bewegung während des Treppensteigens aufgrund einer Erkrankung negative Folgen für die Person habe und somit schädlich für die Gesundheit sei. Als weitere Gründe, die Treppen nicht aufgrund des Schildes zu nutzen, wurde zum einen die Zeitersparnis genannt, die die Aufzugsnutzung im Gegensatz zur Treppennutzung mit sich bringe. Zum anderen sei das Schild noch nicht wahrgenommen worden.

Die altersgruppenspezifische Auswertung ergab, dass 13,79 % (n=4, N=29) der „über 40 Jährigen“ nach eigenen Angaben die Treppe aufgrund des Schildes benutzen. 27,59 % (n=8) der Beschäftigten „über 40“ beantworteten die Frage mit „Nein“ und 58,62 % (n=17) mit „sowieso“. Von den Beschäftigten die an der Befragung teilnahmen und das Merkmal „unter 40 Jahre“ angaben, benutzen 11,76 % (n=2, N=17) nach eigenen Angaben die Treppe aufgrund des Schildes. „Sowieso“ benutzen 64,71 % (n=11) der „unter 40 Jährigen“ die Treppe. 11,76 % (n=2) verneinten die Frage und ebenfalls 11,76 % (n=2) machten keine Angaben.

Die nach Geschlecht getrennte Auswertung ergab, dass 16,13 % (n=5, N=31) der befragten männlichen Beschäftigten die Treppe aufgrund des Schildes benutzen. Dass sie die Treppe „sowieso“ bzw. „ohnehin“ nutzen, gaben 58,06 % (n=18) dieser Personengruppe an; 19,35 % (n=6) benutzen nach eigenen Angaben die Treppe statt des Aufzugs ausdrücklich nicht aufgrund des Schildes. Keine Angaben zu der Frage machten 6,45% (n=2). Von den weiblichen Beschäftigten gaben 6,67% (n=1, N=15) an, die Treppe aufgrund des Schildes zu benutzen. 26,67% (n=4) der Mitarbeiterinnen verneinten dies und 66,67% (n=10) nutzt die Treppe nach eigenen Angaben „sowieso“.

Bezüglich der Häufigkeit der Treppennutzung (**Frage 3b**) gaben 67,65 % der Beschäftigten (n=23, N=34), welche die vorherige Frage 3) mit „Ja“, bzw. „ich nutze die Treppe sowieso/ schon immer regelmäßig“, beantwortet hatten an, die Treppe „mehr als 1-mal pro Tag“ zu benutzen. 8,82 % der die Treppen nutzenden Beschäftigten (n=3) gaben an „ca. 1-mal pro Tag“ die Treppen anstatt des Aufzugs zu nutzen. Während die Antwortmöglichkeit „ca. 1-mal pro Woche“ von 5,88 % (n=2) der Personen gewählt wurde, beantwortete niemand die Frage mit „ca. 1-mal pro Monat“.

Diese Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung zur Veranschaulichung noch einmal dargestellt. In dieser finden sich zum Vergleich auch die Antworten der Beschäftigten, welche zuvor angaben, die Treppe aufgrund des Schildes zu nutzen.



Darstellung 10: Ergebnisse zu Frage 3b als Diagramm; absolute Zahlen; eigene Darstellung

Von den Beschäftigten, welche die vorherige Frage mit „Ja“ bzw. „ich nutze die Treppe sowieso/ schon immer regelmäßig“ beantwortet hatten und der Altersgruppe „unter 40 Jahre“ angehörten (N=13), benutzen 46,15 % (n=6) die Treppe „mehr als 1-mal pro Tag“. 15,38 % (n=2) benutzen sie nach eigenen Angaben „ca. 1-mal pro Tag“, 7,69 % (n=1) nutzten die Treppe „ca. 1-mal pro Woche“. Die übrigen Interviewteilnehmer aus dieser Gruppe (30,77 %, n=4) machten keine Angaben. Aus der Gruppe der „über 40- Jährigen“ (N=21) gaben 80,95 % (n=17) an, die Treppe „mehr als 1-mal pro Tag“ zu nutzen. 4,76 % (n=1) nutzen die Treppe nach eigenen Angaben „ca. 1-mal pro Tag“ und 4,76 % (n=1) benutzen sie „ca. 1-mal pro Woche“. 9,52 % (n=2) machten keine Angaben.

Aus der Gruppe der an der Befragung teilnehmenden weiblichen Beschäftigten, welche die vorherige Frage mit „Ja“ bzw. „ich nutze die Treppe sowieso/ schon immer regelmäßig“ beantwortet hatten (N=11), gaben 54,55 % (n=6) an, diese „mehr als 1-mal pro Tag“ zu benutzen. 18,18 % (n=2) benutzen die Treppe nach eigenen Angaben „ca. 1-mal pro Tag“, die Übrigen 27,27 % (n=3) machten keine Angaben. Bei den männlichen Beschäftigten, von denen 23 Mitarbeiter die vorherige Frage mit „Ja“ beantworteten, verhielt es sich folgendermaßen: 73,91 % (n=17, N=23) gaben an, die Treppe „mehr als 1-mal pro Tag“ zu benutzen, 4,35 % (n=1) nutzen sie „ca. 1-mal pro Tag“ und 8,70 % (n=2) benutzen „ca. 1-mal pro Woche“ die Treppe. 13,04 % (n=3) dieser Gruppe machte keine Angaben zu der Frage.

Die Frage nach der Regelmäßigkeit der Treppennutzung (regelmäßig = Anteil der Treppennutzung übersteigt den Anteil der Aufzugnutzung, **Frage 3c**) wurde von 30 Personen beantwortet (Die Frage 3a wurde von 34 Personen mit „Ja“ bzw. „ich nutze die Treppe sowieso/ schon immer regelmäßig“ beantwortet). 14,71 % (n=5, N=34) der Personen machten keine Angaben zur Frage 3c, 70,59 % der Beschäftigten (n=24, N=34) bejahten die Frage und 14,71 % (n=5, N=34) gaben an, die Treppe nicht regelmäßig zu nutzen.

Das altersgruppenspezifische Ergebnis stellte sich wie folgt dar: 71,43 % (n=15, N=21) der Beschäftigten „über 40“, welche aufgrund des Schildes oder sowieso die Treppe nutzen (Frage 3a mit „Ja“ beantwortet), gaben an, dies regelmäßig zu tun. Nicht regelmäßig nutzen nach eigenen Angaben 19,05 % (n=4) der „über 40-Jährigen“ die

Treppe und 9,52 % (n=2) machten keine Angaben. Von den „unter 40-Jährigen“ nutzen, eigenen Angaben zufolge, 69,23 % (n=9, N=13) die Treppe regelmäßig. 7,69 % (n=1) der Angehörigen dieser Altersgruppe verneinten die Frage und 23,08 % (n=3) wählten keine der Antwortmöglichkeiten.

Die nach dem Geschlecht der Befragten aufgeschlüsselte Auswertung der Frage 3c ergab, dass 69,57 % (n=16, N=23) der männlichen Beschäftigten angaben, die Treppe regelmäßig zu nutzen. 21,74 % (n=5) der Mitarbeiter nutzen die Treppe nach eigenen Angaben nicht regelmäßig und 8,70 % (n=2) machten keine Angaben. Von den weiblichen Beschäftigten gaben 72,73 % (n=8, N=11) an, die Treppe regelmäßig zu nutzen. Die übrigen 27,27 % (n=3) machten keine Angaben zu der Frage.

Zwei Drittel der Personen (n=4, N=6), welche die Treppe aufgrund des Schildes benutzten (Frage 3a mit „Ja“ beantwortet), tun dies nicht regelmäßig. Ein Sechstel der Personen (n=1, N=6) nutzt die Treppe regelmäßig und 1 Person machte keine Angabe.

Die offene Fragestellung nach sonstigen Motivationsfaktoren für eine Treppennutzung (**Frage 4:** Was könnte Sie sonst/auch zum Treppensteigen motivieren?) wurde von mehreren Beschäftigten mit dem Vorschlag beantwortet, dass eine Umgestaltung des Treppenhauses, beispielsweise durch die Dekoration mit Blumen, Bildern an den Wänden (z.B. von Menschen in Bewegung) oder auf dem Boden angebrachten Aufklebern in Form von Fußabdrücken, die Motivation die Treppe zu nutzen erhöhen könnte. Insgesamt solle das Treppenhaus „gepflegter“ und „freundlicher“ gestaltet werden. Ebenfalls wurde angemerkt, dass der im Aufzug angebrachte Spiegel eine Gelegenheit z.B. zur kurzfristigen Herrichtung der Frisur oder der Krawatte biete und deshalb durch das Anbringen eines weiteren Spiegels im Treppenhaus eine weitere Motivation zur Treppennutzung entstehen könne, da das „Alleinstellungsmerkmal“ des Aufzugs damit wegfiere. Außerdem wurde die Platzierung von Sitzgelegenheiten im Treppenhaus als Motivationsfaktor genannt, um auch kleinere Erholungspausen während des Treppensteigens einlegen zu können. Ebenso könne nach Ansicht der Befragten das Anbringen weiterer Schilder, ähnlich dem bereits bestehenden, einen weitergehenden Anreiz zur Treppennutzung bieten. Die Einführung eines „Datenschutzquiz“ mit Fragestellungen

und Antworten nur innerhalb der Räume des Treppenhauses wurde ebenfalls als mögliche Motivation für das Treppensteigen genannt. Dabei soll die Teilnahme an dem Quiz nur durch das Treppensteigen möglich sein und mit einer Preisverleihung am Ende des Jahres belohnt werden. Außerdem wird dabei eine Unterstützung durch die Hausleitung gewünscht. Dieser Aspekt der Vorbildfunktion insbesondere der Führungspersonen, aber auch der anderen Kollegen, wurde darüber hinaus ebenfalls von mehreren Befragten genannt. Zudem gab eine Person an, dass die Förderung der eigenen Gesundheit sie ausreichend zum Treppensteigen motiviere.

Ob sich die Beschäftigten durch die regelmäßige Bewegung des Treppensteigens gesünder oder wohler fühlten war der Inhalt der **5. Frage** des Interviews. 60,87 % der Beschäftigten (n=28, N=46) gaben an, sich durch das regelmäßige Treppensteigen gesünder/wohler zu fühlen. Nicht gesünder oder wohler fühlen sich nach eigenen Angaben 32,61 % der Befragten (n=15), 6,52 % (n=3) machten zu der Frage keine Angaben.

Die nach Altersgruppen getrennte	Über 40 Jahre alt	Unter 40 Jahre alt
Zustimmung	72,41 %	41,18 %
Ablehnung	17,24 %	58,82 %
Keine Angabe	10,34 %	0 %
Gesamt	99,99 %	100 %

Darstellung 11: altersgruppenspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 5; in Prozent; eigene Darstellung

Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigte sich das folgende Ergebnis: Dass sie sich durch das Treppensteigen gesünder fühlten, gaben 61,29 % (n=19, N=31) der männlichen Beschäftigten und 60 % (n=9, N=15) der weiblichen Beschäftigten an. Während sich 40 % (n=6) der Mitarbeiterinnen durch die regelmäßige Bewegung beim Treppensteigen nicht gesünder fühlten, sind es bei den Mitarbeitern 29,03 % (n=9). Die übrigen 9,68 % (n=3) der männlichen Beschäftigten machten keine Angabe.

50 % (n=3, N=6) der Personen, welche die Treppe aufgrund des

Schildes benutzen (Frage 3a mit „Ja“ beantwortet), gaben an, sich durch die regelmäßige Bewegung des Treppensteigens gesünder zu fühlen. Die andere Hälfte fühlte sich dadurch nicht gesünder bzw. wohler.

Im Übrigen (**Frage 6**) waren 39,13 % der an dem Interview teilnehmenden Mitarbeiter (n=18, N=46) der Meinung, dass mehr Hinweise in der Art des vor dem Aufzug angebrachten Schildes dazu beitragen könnten, dass noch mehr Mitarbeiter öfter die Treppe anstatt des Aufzugs benutzen. Als Gründe hierfür führten diese Personen hauptsächlich an, dass es in der Natur des Menschen liege „bequem“ zu sein, und dass es deshalb erforderlich sei, ihn mit Hinweisen wie diesem daran zu erinnern, sich mehr zu bewegen. Dabei werde Druck, aber auch Motivation, aufgebaut und an das schlechte Gewissen jedes Einzelnen appelliert. Impulse und Denkanstöße, welche die Menschen gelegentlich benötigten, würden mit Hinweisen dieser Art geliefert. Ebenso wurde vorgeschlagen, diese Hinweise auf jeder einzelnen Etage zu platzieren (gegenwärtig ist nur ein Schild vor dem Aufzug auf der Erdgeschoss-Ebene angebracht). Weiterhin wurde empfohlen zusätzliche visuelle Anreize auch im Eingangsbereich des Gebäudes und insbesondere auch vor dem Treppenhaus und nicht ausschließlich vor dem Fahrstuhl anzubringen.

54,35 % (n=25) der Teilnehmer waren hingegen der Auffassung, dass mehr Hinweise, z.B. in Form von Schildern, nicht dazu führen könnten, dass mehr Kollegen die Treppen nutzten. Angeführt wurde hier beispielsweise das Argument, dass Hinweise dieser Art keinen Einfluss auf das Verhalten des Menschen hätten und dieses somit auch nicht verändern könnten. Es komme bei der bewussten Entscheidung für oder gegen das Treppensteigen und die damit verbundene körperliche Bewegung auf die Gewohnheit und persönliche Einstellung jedes Einzelnen an, welche auch nicht bzw. in keiner Weise durch ein Hinweisschild beeinflusst werden könne. Wer die grundsätzliche Bereitschaft zum Treppensteigen nicht besitze, lasse sich ihrer Meinung nach auch nicht von solch einem Hinweis „beeindrucken“. Außerdem gaben die Befragten an, dass mehr solcher Hinweise nicht wirkungsvoll seien, da diese nicht deutlich genug seien. Durch die tägliche Reizüberflutung und die Regelmäßigkeit der Abläufe würden die Hinweise keine ausreichende Beachtung finden. 6,52 % (n=3) der an

der Befragung teilnehmenden Beschäftigten machten zu dieser Frage keine Angaben.

Die nach Altersgruppen getrennte Auswertung der Ergebnisse ist in der folgenden Tabelle dargestellt. In der Gruppe der „unter 40-Jährigen“ hielten 41,18 % (n=7, N=17) das Anbringen von mehr Hinweisschilden für sinnvoll, 47,06 % (n=8) lehnten dies ab.

11,76 % (n=2) der Beschäftigten „unter 40“ machten keine Angaben dazu. Von den Beschäftigten „über 40“, die an der Befragung teilnahmen, hielten 37,93 % (n=11, N=29) das Anbringen von mehr Hinweisen für sinnvoll. 58,62 % (n=17) der Teilnehmer lehnten dies ab und 3,45 % (n=1) dieser Gruppe machten keine Angaben.

Mehr Hinweise sinnvoll?	Über 40 Jahre alt	Unter 40 Jahre alt
Zustimmung	37,93 %	41,18 %
Ablehnung	58,62 %	47,06 %
Keine Angabe	3,45 %	11,76 %
Gesamt	100 %	100 %

Darstellung 12: altersgruppenspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 6; in Prozent; eigene Darstellung

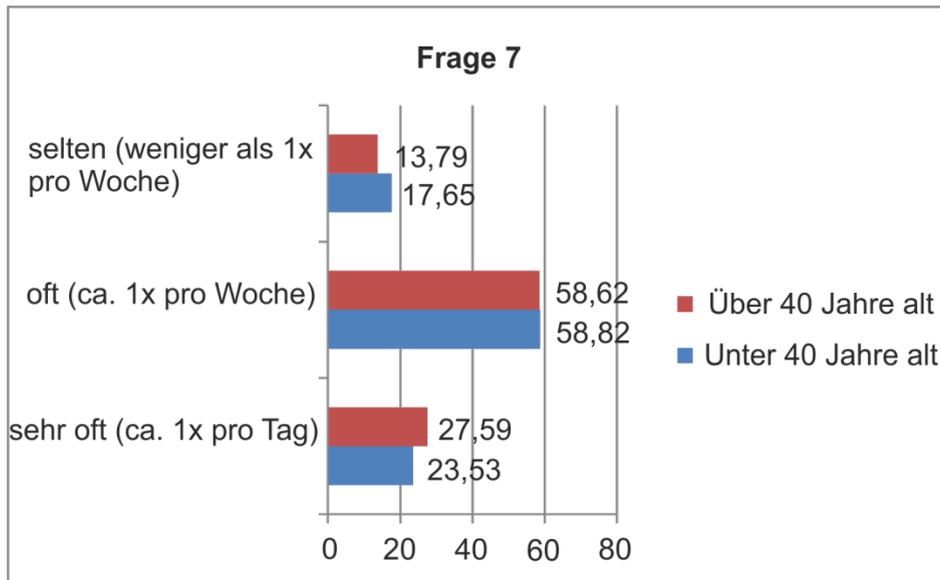
Tabellarisch dargestellt ergab sich die folgende Verteilung nach Geschlechtern. Von den weiblichen Befragten bejahten 40% (n=6, N=15) die 6. Frage, 53,33 % (n=8) antworteten mit „Nein“ und 6,67 % (n=1) machten keine Angaben. Die männlichen Beschäftigten antworteten folgendermaßen: 38,71 % (n=12, N=31) hielten das Anbringen von mehr Hinweisen für sinnvoll, 54,84 % (n=17) lehnten dies ab und 6,45 % (n=2) machten keine Angaben.

Mehr Hinweise sinnvoll?	Männlich	Weiblich
Zustimmung	38,71 %	40 %
Ablehnung	54,84 %	53,33 %
Keine Angabe	6,45 %	6,67 %
Gesamt	100 %	100 %

Darstellung 13: geschlechtsspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 6; in Prozent; eigene Darstellung

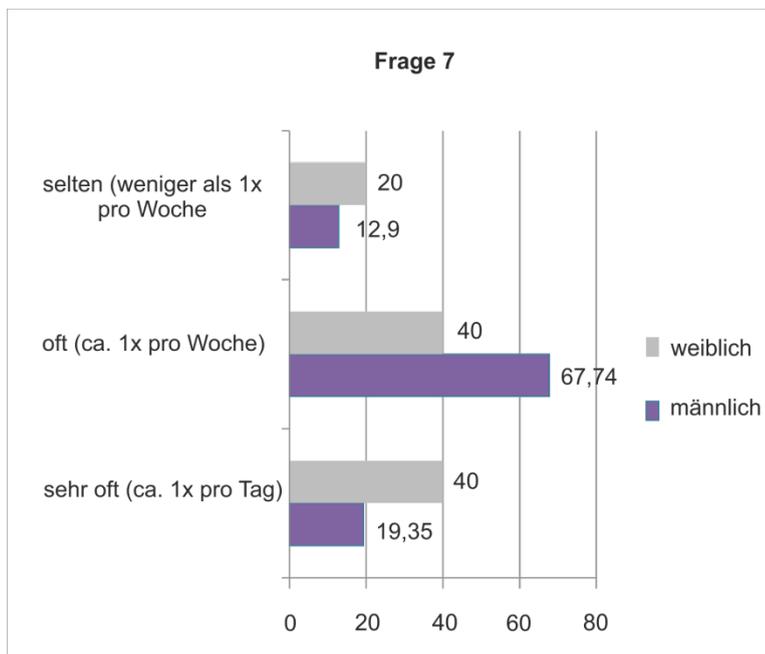
Die **letzte Frage** (Wie oft sind Sie sportlich aktiv?) wurde folgendermaßen beantwortet: 15,22 % der befragten Beschäftigten (n=7, N=46) gaben an, „selten“, d.h. weniger als 1-mal pro Woche, sportlich aktiv zu sein. Der mit 58,70 % größte Teil der Teilnehmer (n=27) ist nach eigenen Angaben „oft“, also etwa 1-mal wöchentlich, sportlich aktiv. „Sehr oft“ sportlich aktiv, also ca. 1-mal pro Tag, sind nach eigenen Angaben 26,09 % der an der Umfrage teilnehmenden Beschäftigten (n=12).

Die nach Altersgruppen getrennte Auswertung der Ergebnisse ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Selten sportlich aktiv sind 13,79 % (n=4, N=29) der älteren Beschäftigten und 17,65 % (n=3, N=17) der jüngeren Beschäftigten. 58,62% (n=17) der „über 40 Jährigen“ und 58,82 % (n=10) der „unter 40 Jährigen“ sind oft aktiv und 27,59 % (n=8) der Beschäftigten „über 40“ und 23,53 % (n=4) der Beschäftigten „unter 40“ sind sehr oft sportlich aktiv.



Darstellung 14: altersspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 6; in Prozent; eigene Darstellung

Die Verteilung nach Geschlechtern ist im folgenden Diagramm dargestellt. Selten sportlich aktiv sind 20 % (n=3, N=15) der Mitarbeiterinnen und 12,90 % (n=4, N=31) der Mitarbeiter. 40,00% (n=6) der weiblichen Beschäftigten und 67,74 % (n=21) der männlichen Beschäftigten sind oft aktiv und 40,00 % (n=6) der weiblichen Beschäftigten und 19,35 % (n=6) der männlichen Beschäftigten sind sehr oft sportlich aktiv.



Darstellung 15: geschlechtsspezifisch dargestellte Ergebnisse zu Frage 7; in Prozent; eigene Darstellung

Von den Personen, welche „sehr oft“ sportlich aktiv sind (N=12), benutzen zwei Drittel regelmäßig die Treppen (75 %, n=9) und ein Drittel (n=3) nicht.

Regelmäßige Treppennutzung?	Ja	Nein	Insgesamt
Sehr oft sportlich aktiv	9	3	12

Darstellung 16: Ergebnisse zu Frage 1 von Personen, welche „sehr oft“ sportlich aktiv sind; absolute Zahlen; eigene Darstellung

Aus der Gruppe der Personen, welche „sehr oft“ sportlich aktiv sind, benutzen ein Drittel die Treppe nicht aufgrund des Schildes und zwei Drittel gaben an, die Treppe sowieso bzw. schon immer dem Fahrstuhl vorzuziehen. Keiner der sehr oft sportlich aktiven Befragten gab an, die Treppen aufgrund des Schildes zu benutzen.

Treppennutzung aufgrund des Schildes?	Nein	„sowieso“	Insgesamt
Sehr oft sportlich aktiv	4	8	12

Darstellung 17: Ergebnisse zu Frage 3a von Personen, welche sehr oft“ sportlich aktiv sind; absolute Zahlen; eigene Darstellung

6. Ergebnisdiskussion

Im folgenden Teil der Arbeit wird zunächst eine zusammenfassende Übersicht zu den Hauptaussagen der Untersuchung gegeben. Anschließend werden die gewonnenen Ergebnisse, auch im Vergleich zu Ergebnissen anderer Studien analysiert und interpretiert. Ebenso werden die Limitationen der vorliegenden Untersuchung dargestellt.

6.1 Zusammenfassung der Hauptaussagen

Unabhängig von den Ergebnissen der Befragung deutet die hohe Rücklaufquote von 71,43 % möglicherweise darauf hin, dass unter den Beschäftigten der BfDI ein großes Interesse am BGM generell und insbesondere an der Gesundheitsförderung durch Bewegung besteht. Dies könnte auch als Hinweis für die Notwendigkeit der Konzeption weiterer Maßnahmen gewertet werden, sollten die Antworten der Beschäftigten darauf hindeuten, dass an dieser Stelle ein Bedarf besteht.

Die Ergebnisse betrachtend lässt sich zunächst einmal festhalten, dass der Großteil (73,91 %) der an der Umfrage teilnehmenden Beschäftigten nach eigenen Angaben regelmäßig die Treppe benutzt und sich damit körperlich betätigt.

Außerdem haben die meisten Beschäftigten (80,43 %) das Hinweisschild vor dem Aufzug, welches zum Treppensteigen ermuntern soll, auch bereits tatsächlich wahrgenommen. Von diesen Personen benutzt aber nur ein kleiner Teil (13,04 %) die Treppen aufgrund des vor dem Aufzug angebrachten Hinweises. 60,87 % der Befragten benutzen die Treppe nach eigenen Angaben ohnehin, d.h. nicht explizit aufgrund des Schildes.

Aus der Gruppe der Beschäftigten, welche die Treppe benutzen, unabhängig davon, ob aufgrund des Schildes oder nicht, nutzt der Großteil (67,65 %) die Treppe mehr als 1-mal pro Tag. Auch fühlen sich die meisten Beschäftigten, die an der Befragung teilnahmen, (60,87 %) durch das regelmäßige Treppensteigen gesünder bzw. wohler.

Das Anbringen von mehr Hinweisen, welche zum Treppensteigen und damit zu mehr Bewegung motivieren sollen, befürwortet weniger als die Hälfte der befragten Personen (39,13 %). Als nicht sinnvoll wird dies von 54,35 % der Teilnehmer erachtet. Außerdem sind die meisten

der befragten Beschäftigten (58,67 %) nach eigenen Angaben „oft“, also weder „selten“ noch „sehr oft“, sportlich aktiv.

6.2 Analyse der Ergebnisse

Bereits das Ergebnis der Beantwortung der ersten Frage des Interviewbogens war überraschend. Entgegen der aus der Forschung abgeleiteten Annahme, dass die meisten Beschäftigten nicht sonderlich bewegungsfreudig seien und deshalb die „bequemere“ Variante des Aufzugs benutzen würden anstatt die Treppen zu steigen, gaben die meisten Befragungsteilnehmer an, regelmäßig die Treppe anstatt des Aufzugs zu benutzen. Unabhängig von einem eventuellen Einfluss der BGF-Maßnahme in Form des Hinweisschildes auf dieses Verhalten, könnte eine andere Erklärung dafür, dass so viele Beschäftigten nach eigenen Angaben die Treppe und nicht den Aufzug benutzen, ihre positive Grundeinstellung zu Bewegung und Sport und ihr gesteigertes Gesundheitsbewusstsein darstellen. Diejenigen Mitarbeiter, welchen bewusst ist, dass ausreichend Bewegung und körperliche Aktivität gesundheitsförderlich sind (vgl. 3.1 Gesundheit und Bewegung), sind möglicherweise eher zum Treppensteigen und damit zu körperlicher Bewegung bereit. Die hier betrachtete Forschungshypothese muss damit als widerlegt angesehen werden. Es kann nicht generell von einer geringen Bereitschaft zu körperlicher Bewegung ausgegangen werden.

Auch die Forschungshypothese, dass die diejenigen Mitarbeiter, welche die Treppen anstatt des Aufzugs benutzen, dies vor allem wegen des Hinweisschildes tun, wurde durch die Untersuchung nicht bestätigt. Von den Personen, welche regelmäßig die Treppe anstatt des Aufzugs nutzen, gaben 28 Personen an, dies unabhängig von dem Hinweisschild zu tun und nur 6 Personen gaben an, die Treppe aufgrund des Schildes dem Aufzug vorzuziehen. Das bedeutet, dass die meisten Beschäftigten, welche die Treppe benutzen, dies nicht wegen des Hinweisschildes tun, sondern weil sie es ohnehin bzw. schon immer so getan haben. Es scheint also unter einem Großteil der Beschäftigten Gewohnheit zu sein, die Treppen zu steigen anstatt mit dem Aufzug zu fahren. Fraglich ist, ob diejenigen Versuchspersonen, die angaben, dass sie die Treppe ohnehin nutzen würden, trotzdem auch durch das Hinweisschild ein Stück motiviert werden bzw. ob ihre Mo-

tivation die Treppen zu benutzen durch das Schild verstärkt wird. Diese Frage kann an dieser Stelle jedoch nicht abschließend beantwortet werden. Hierfür wäre eine weitergehende Fragestellung notwendig gewesen, die bei dem angewandten Studiendesign nicht erfolgen sollte (vgl. 6.3 Einschränkungen der Untersuchungsergebnisse).

Diejenigen, die die Treppe tatsächlich aufgrund des Hinweisschildes benutzen, führten als Begründung an, dass der Hinweis ihnen dabei helfe, sich mehr zu bewegen und damit auch etwas für die Gesundheit zu tun. Durch das tatsächliche Treppensteigen entstehe ein „gutes Gefühl“. Außerdem bestärke das Hinweisschild sie in der Meinung, dass das Treppensteigen für sie gesundheitsfördernd sei. Diese Aussagen treffen den Kern der Ideen der BGF. Die beschriebenen Effekte, die durch die Beschäftigten wahrgenommen werden, sind das Ziel jeder Maßnahme der BGF, hier im Rahmen der Verhaltensprävention. Diese stellen auf die positive Veränderung des Verhaltens der Beschäftigten in Bezug auf ihre Gesundheit ab (vgl. 2.3.2 Verhaltensprävention).

Als Grund, die Treppen nicht aufgrund des Schildes zu nutzen, wurde u.a. genannt, dass das Schild noch nicht wahrgenommen wurde. In diesem Falle können die gerade beschriebenen Anreizfaktoren folglich nicht wirken. Dies kann darauf hindeuten, dass der Hinweis möglicherweise nicht auffallend genug gestaltet oder platziert ist, um von allen Beschäftigten wahrgenommen zu werden. Anhand dieser Antworten ist jedoch keine Ablehnung des Inhalts der Maßnahme und damit auch nicht der Inhalte der BGF im Allgemeinen festzustellen. Der relativ geringe Grad der durch das Schild hervorgerufenen Auswirkungen auf das Verhalten der Beschäftigten scheint somit einerseits vielmehr durch die eher ungünstige Platzierung des Schildes als durch ein Desinteresse an gesundheitsförderlicher Bewegung gekennzeichnet zu sein. Darüber hinaus sind die durch das Hinweisschild generierten Effekte eher gering, da bereits ein großer Teil der Beschäftigten die Treppen nutzt und damit keine zusätzliche Motivation mehr erforderlich ist. Bei BGF-Maßnahmen, die eine andere Schwerpunktsetzung haben, wie z.B. im Handlungsfeld Ernährung (vgl. 3.3.3 Handlungsfelder der BGF), könnte sich daher ein anderes Wirkungsbild ergeben.

In diesem Zusammenhang sind auch die Antworten auf die Frage nach der Beurteilung des Nutzens weiterer derartiger Hinweise zu betrach-

ten. Dass der Anteil der befürwortenden und der Anteil der ablehnenden Stimmen, mit einem leichten Übergewicht bei den ablehnenden, relativ ausgeglichen sind, zeigt, dass hier kein klares Meinungsbild besteht. Eine negative Einstellung könnte darin begründet liegen, dass weitere Hinweisschilder als überflüssig erachtet werden, weil die betreffenden Mitarbeiter ohnehin die Treppen nutzen. Andererseits könnte aber ebenso eine skeptische Haltung gegenüber der generellen Wirksamkeit derartiger Maßnahmen bestehen. Ein eindeutiger Zusammenhang, beispielsweise in die Richtung, dass alle Mitarbeiter, die ohnehin die Treppen nutzen, weitere Hinweisschilder ablehnen, ist nicht zu erkennen. Diese Bedenken, bezogen auf die Effektivität und die Wirkung der Maßnahme, deuten möglicherweise auf eine derzeit noch ausbaufähige Akzeptanz dieser Maßnahme unter einem nicht zu vernachlässigenden Anteil der Mitarbeiter hin. Eine Erkundung der Faktoren, die geeignet wären, eine größere Akzeptanz derartiger Maßnahmen herbeizuführen, könnte Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten sein.

Ebenso ist jedoch auch der Umstand zu würdigen, dass 39,13 % der befragten Beschäftigten davon überzeugt sind, dass die Häufigkeit der Treppennutzung gesteigert werden könnte, wenn es mehr Hinweise gäbe. Die angeführten Argumente (u.a., dass die „Bequemlichkeit“ in der Natur des Menschen liege und dass es deshalb erforderlich sei, ihn mit Hinweisen daran zu erinnern und dazu zu motivieren, sich mehr zu bewegen) verdeutlichen abermals, dass hier die Wirkung der verhaltensorientierten Maßnahme der BGF erkannt wird und eine nicht geringe Akzeptanzbasis für mögliche weitere Maßnahmen besteht.

Auch die Tatsache, dass zwei Drittel der Versuchsteilnehmer, welche die Treppe aufgrund des Schildes benutzen, dies nicht regelmäßig tun, deutet darauf hin, dass zwar keine vollständige Verhaltensänderung herbeigeführt wurde, die Ideen der BGF bei den Mitarbeitern aber durchaus präsent sind und somit durch die Anwendung weiterer Maßnahmen möglicherweise ein noch größerer Effekt erzielt werden könnte. Diese Möglichkeit einer Intensivierung der Positiveffekte der BGF durch die Anwendung weiterer Maßnahmen wird auch von der Gruppe der Befragten gesehen, welche die Treppen bereits jetzt aufgrund des Schildes nutzen. So hielten zwei Drittel dieser Gruppe das Anbringen weiterer Hinweise für sinnvoll. Dies belegt, dass die Akzep-

tanz und die positive Einstellung zu dieser und zu weiteren Maßnahmen der BGF bei den Versuchsteilnehmern besonders hoch ist, welche zum jetzigen Zeitpunkt bereits aktiv die Ideen der Gesundheitsförderung durch Bewegung umsetzen, d.h. hier die Treppen aufgrund des Schildes nutzen.

Zusammenfassend betrachtet deuten diese Ergebnisse einerseits zwar absolut betrachtet auf eine derzeit eher geringe Wirkung des Hinweisschildes hin, da nur 13,04 % der befragten Beschäftigten angaben, sich durch das Schild beeinflussen zu lassen und deshalb die Treppen anstatt des Aufzugs zu nutzen. Andererseits wurde das Anbringen von weiteren Schildern als weiterer potentieller Motivationsfaktor für die Treppennutzung genannt. Dies kann als Akzeptanz und Befürwortung des Hinweisschildes als BGF-Maßnahme gedeutet werden. Die bestehende Maßnahme wird hier nicht nur wahrgenommen, sondern auch akzeptiert in dem Sinne, dass sie eine Wirkung auf die Beschäftigten ausübt und sogar der Wunsch nach einer Verstärkung dieser Maßnahme durch eine Ausweitung der Hinweise geäußert wird.

Gleichzeitig hat sich auch gezeigt, dass die allgemeine Bereitschaft zur Bewegung durch die Nutzung der Treppen deutlich höher als erwartet ist. Es kann somit entgegen der oben formulierten Forschungshypothese nicht von einer grundsätzlich „bewegungsskeptischen“ Einstellung der Beschäftigten ausgegangen werden.

Über die Beurteilung der Akzeptanz der Maßnahme hinaus zeigt sich, dass das eigentliche Ziel der BGF, die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter (vgl. 3.3.2 Ziele und Nutzen), der Selbstbeurteilung dieser nach bei der Hälfte der Mitarbeiter, welche die Treppe aufgrund des Schildes benutzen, erreicht wurde. Während die eine Hälfte dieser Teilnehmergruppe angab, sich durch die Bewegung gesünder zu fühlen, wurde dies von der anderen Hälfte verneint. Möglicherweise hängt dieses ausgeglichene Ergebnis mit der Tatsache zusammen, dass eines der Kriterien für die Einschätzung der eigenen Gesundheit das subjektive Empfinden darstellt (vgl. 2.1 Gesundheit). Ob man sich durch das Treppensteigen und die Bewegung gesünder fühlt, hängt demnach in hohem Maße vom persönlichen Empfinden jedes Einzelnen ab. Dieses Empfinden kann nur in sehr begrenztem Maße extern beeinflusst werden und basiert nicht zwangsläufig auf objektiven Maßstäben. Demnach ist es nicht auszuschließen, dass obwohl die ge-

sundheitsförderliche Wirkung des Treppensteigens nicht unmittelbar von dem Beteiligten selbst erkannt wird, diese dennoch vorhanden ist. So könnten positive Auswirkungen auf die Gesundheit möglicherweise erst verzögert wahrgenommen werden.

Da wie aufgezeigt nur ein kleiner Teil der Beschäftigten ausschließlich aufgrund des Schildes die Treppen nutzt, ist es interessant zu erfahren, was die Mitarbeiter neben der Platzierung weiterer Schilder zum Treppensteigen motivieren könnte. Mehrere Personen gaben an, dass eine Umgestaltung des Treppenhauses sie zu einer häufigeren Treppennutzung motivieren könne. Dabei wurden viele einzelne Veränderungen genannt, die durch wenig Aufwand erreicht werden können wie z.B. das Anbringen von Spiegeln oder die Dekoration mit Pflanzen oder Bildern. Der Wunsch nach einem „gepflegteren“ und „freundlicheren“ Treppenhaus deutet darauf hin, dass die gegenwärtige Situation nicht zufriedenstellend für die Beschäftigten ist. Die Räumlichkeiten scheinen nicht als besonders einladend zum Treppensteigen empfunden zu werden. Die Einführung eines „Datenschutzquiz“ wurde ebenfalls als mögliche Motivation für das Treppensteigen angeführt. Hierbei sind Parallelen zum „StairTalk project“ (vgl. 3.3.4 Beispiele für Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung und ausführlich 6.4 Vergleich mit den Ergebnissen bisheriger Studien) erkennbar.

Weiterhin gaben die Beschäftigten an, dass die Unterstützung durch die Hausleitung einen wichtigen Motivationsfaktor für sie darstelle. Auch könnten andere Kollegen, die ebenfalls die Treppen benutzen, als Vorbilder dienen. Die herausgehobene Stellung der Führungspersonen hinsichtlich ihrer Vorbildfunktion bei der Verankerung eines systematischen Gesundheitsmanagements wird auch von *Seibert* betont (vgl. 3.3.5 Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements). Führungskräfte sind demnach die „Schlüselfiguren“ der Veränderung und können als Akzeptanzpromotoren für die übrigen Beschäftigten fungieren.¹⁰¹ Dass dieser in der theoretischen Forschung erarbeitete Aspekt ebenfalls von den Teilnehmern der hier vorgenommenen Befragung genannt wurde, verdeutlicht noch einmal seine Bedeutung. Insbesondere in der in hohem Maße hierarchiegeprägten öf-

¹⁰¹ Vgl. *Seibert* (2012), S. 264.

fentlichen Verwaltung nehmen die Führungskräfte bei der Einführung und Verbreitung einer Veränderung, hier der Maßnahmen der BGF, eine zentrale Rolle ein. Mit einer aktiven Unterstützung durch die Führungskräfte kann hier eine bedeutsame „Hebelwirkung“ hinsichtlich der Akzeptanz der ergriffenen Maßnahmen bei den Beschäftigten erreicht werden.

Eine weitere zu überprüfende Forschungshypothese zielte darauf ab, einen eventuellen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der körperlichen Aktivität der Beschäftigten und deren Treppennutzung aufzuzeigen. Die Annahme, dass diejenigen Mitarbeiter, welche auch in ihrer Freizeit sehr oft körperlich aktiv sind und z.B. regelmäßig Sport treiben, auch immer die Treppen steigen anstatt mit dem Aufzug zu fahren, liegt nahe, da diese Personen mutmaßlich über eine bessere Fitness verfügen als diejenigen, die sich nur selten bewegen und darüber hinaus auch motiviert sind diese Fitness aufrecht zu erhalten. Das Treppensteigen auf der Arbeit kann einen Teil zu dieser Erhaltung beitragen.

Diese hypothetische Annahme wurde insofern bestätigt, als dass tatsächlich ein Großteil der Beschäftigten (75 %), die nach eigenen Angaben „sehr oft“ körperlich aktiv sind, regelmäßig die Treppen benutzt (vgl. Darstellung 16). Allerdings benutzt niemand aus dieser Gruppe nach eigenen Angaben die Treppen aufgrund des Schildes (vgl. Darstellung 17). Dies deutet darauf hin, dass Hinweise dieser Art und möglicherweise auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Bewegung im Allgemeinen wenig Einfluss auf Personen haben, die ohnehin sehr oft, d.h. mehr als 1-mal pro Woche, körperlich aktiv sind. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass dieser Personenkreis ohnehin nicht in erster Linie die Zielgruppe derartiger Maßnahmen darstellt. Um auch hier eine noch weitergehende Verbesserung des Gesundheitszustandes der betreffenden Personen zu erreichen, ist eine Kombination mit Maßnahmen aus anderen Handlungsfeldern der BGF (vgl. 3.3.3 Grundlagen des BGM und der BGF) erforderlich.

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit wurde außerdem angenommen, dass das Alter und die Geschlechtszugehörigkeit der Interviewteilnehmer einen Einfluss auf die Ergebnisse der Untersuchung haben. Bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit konnte diese Vermutung für einen Großteil der Ergebnisse nicht bestätigt werden. Exemp-

larisch hingewiesen sei an dieser Stelle auf die Antworten zu **Frage 6** (vgl. Darstellung 13). Ebenso ausgeglichen zeigte sich die geschlechtliche Verteilung der Antworten beispielsweise bei der Frage nach dem Einfluss der Treppennutzung auf das persönliche Gesundheitsempfinden (vgl. Ergebnisse zu Frage 5). Ein eindeutiger geschlechtsspezifischer Trend konnte hier nicht ausgemacht werden.

Leichte Unterschiede zwischen den Geschlechtsgruppen ließen sich bei den Antworten auf die Fragen 1, 3b und 7 ausmachen. Die Differenzen zwischen den Antworten der weiblichen und männlichen Versuchsteilnehmer bewegen sich jedoch bei all diesen Fragen in einem eher geringfügigen Rahmen von bis zu 20 Prozentpunkten. Vor dem Hintergrund der relativ geringen Größe der Untersuchungsgruppe und des Umstandes, dass regelmäßig einige der Befragten keine Angaben zu den entsprechenden Fragen machten, kann jedoch auch hier nicht von einer eindeutig geschlechtsbegründeten Antworttendenz gesprochen werden. Die Ursachen für die geringen Unterschiede zwischen den Geschlechtsgruppen könnten ebenfalls in Faktoren begründet liegen, die weniger geschlechts- als vielmehr persönlichkeitspezifisch sind. So ist beispielsweise die Häufigkeit der Treppennutzung in hohem Maße von der persönlichen Bereitschaft zu körperlicher Bewegung abhängig (siehe oben). Im Ergebnis ist somit die Hypothese eines eindeutigen Einflusses der Geschlechtszugehörigkeit der Interviewteilnehmer auf die Ergebnisse der Befragung zurückzuweisen.

Differenzierter stellte sich dies hinsichtlich der Vermutung eines Einflusses des Alters der Befragten auf diese Ergebnisse dar. Überwiegend waren analog zu der geschlechtsvergleichenden Ergebnisanalyse nur leichte Differenzen festzustellen. Ein Beispiel für eine lediglich geringfügige Differenz zeigt sich bei der altersgruppenspezifischen Auswertung der Antworten zu Frage 6 (vgl. Darstellung 12). Gegenstand dieser Frage war die Notwendigkeit bzw. der Wunsch nach mehr Hinweisen, ähnlich dem bereits vorhandenen. Während in der Gruppe der „unter 40-Jährigen“ die Meinungen für oder gegen das Anbringen weiterer Hinweise sehr ausgeglichen waren, zeigte sich in der Altersgruppe „über 40 Jahre“ eine zwar immer noch relativ geringe, aber im Vergleich zu der ausgeglichenen Verteilung in der jüngeren Altersgruppe doch nennenswerte Tendenz zu einer ablehnenden Meinung.

Dass also unter den Personen, die über 40 Jahre alt sind, eher eine ablehnende Haltung gegenüber der Anbringung von mehr Hinweisen vorherrscht, könnte daran liegen, dass mit zunehmendem Alter auch die Bereitschaft Veränderungen anzunehmen, sinkt. Womöglich ist die Bedeutung von alltäglich wiederkehrenden Rhythmen und Gewohnheiten bei älteren Personen größer als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist. Dadurch könnte gewissermaßen die „Resistenz“ gegenüber neuen und unbekanntem Dingen höher sein, weshalb neue Hinweisschilder, die dazu ermutigen sollen, die Gewohnheit der „Aufzugnutzung“ aufzugeben und stattdessen mehr Treppen zu steigen, eher auf Ablehnung stoßen. Daher ist besonderes Augenmerk darauf zu legen, diese Personengruppe aktiv in den Veränderungsprozess miteinzubeziehen, um eine größtmögliche Akzeptanz der Veränderung sicherzustellen (vgl. zu der Bedeutung eines erfolgreichen Change-Managements bei der Umsetzung eines BGM auch 3.3.5).

Auch bei der Frage nach der Nutzung der Treppen anstelle des Aufzugs ergaben sich eher geringe Abweichungen zwischen den Altersgruppen (vgl. Darstellung 9). Dass diese Nutzung von mehr jüngeren als älteren Beschäftigten bejaht wurde, könnte sich u.a. damit begründen lassen, dass mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen steigt, die eine Treppennutzung erschweren bzw. unmöglich machen können.¹⁰² Dies korrespondiert mit der Angabe eines Befragungsteilnehmers, welcher die Treppennutzung ebenfalls aus gesundheitlichen Gründen ablehnte (vgl. Ergebnisse zu Frage 3a).

Eine deutlichere Differenz zwischen den Altersgruppen zeigte sich hingegen bei der Beantwortung der Frage nach einem positiven Einfluss des Treppensteigens auf das Gesundheitsempfinden der Befragten. Während die jüngeren Versuchsteilnehmer einen solchen Einfluss in der Mehrzahl ablehnten, wurde dieser von ca. 75 % der Befragten über 40 bejaht. Dieser Wahrnehmungsunterschied könnte darin begründet liegen, dass sich mit zunehmendem Alter möglicherweise die positiven Einflüsse gesteigerter körperlicher Aktivität auf die eigene Gesundheit eher bemerkbar machen, selbst wenn die Häufigkeit der sportlichen Aktivität in der Freizeit altersgruppenübergreifend sehr ähnlich ist (vgl. Darstellung 14). Dies würde erklären, warum sich ein

¹⁰² Vgl. BMI (2006), S. 5.

Großteil der älteren Untersuchungsteilnehmer im Gegensatz zu ihren jüngeren Kollegen durch das Treppensteigen gesünder fühlt. Es wird deutlich, dass neben dem persönlich-subjektiven Gesundheitsempfinden auch das Alter einen Einfluss auf die Wahrnehmung einer gesundheitsförderlichen Wirkung des Treppensteigens haben kann.

Die Befunde der Ergebnisanalyse zusammenfassend ist festzustellen, dass entgegen der Annahme, dass die meisten Beschäftigten nicht sonderlich bewegungsfreudig seien, der Großteil der Beschäftigten die Treppen steigt, anstatt die „bequemere“ Variante, nämlich den Aufzug, zu benutzen.

Die hieran anschließende Vermutung, dass diejenigen, die die Treppen anstatt des Aufzugs benutzen, dies vor allem wegen des Hinweisschildes tun, konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Nur ein kleiner Teil der Beschäftigten, die die Treppen anstatt des Aufzugs nutzen, tut dies vor allem wegen des Hinweisschildes. Der Großteil der befragten Beschäftigten gab an, die Treppen „sowieso bzw. schon immer“ zu benutzen.

Weiterhin ergab die Untersuchung, dass ein großer Teil der Mitarbeiter, die körperlich sehr aktiv sind, tatsächlich regelmäßig die Treppen benutzt.

Die Forschungshypothese bezüglich des Einflusses des Alters und der Geschlechtszugehörigkeit auf die Ergebnisse der Befragung erfordert eine differenziertere Betrachtung. Hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit kann ein eindeutiger Einfluss nicht bestätigt werden. Einige der Untersuchungsergebnisse lassen jedoch einen altersabhängigen Einfluss erkennen.

6.3 Einschränkung der Untersuchungsergebnisse

Wie bereits aufgezeigt war die Berücksichtigung des Datenschutzes bei der Untersuchung unabdingbar (vgl. 4.2.2 Datenschutz). Um die Möglichkeit eines eventuellen Rückschlusses auf bestimmte Personen zu verhindern, wurde die Altersabfrage in zwei Kategorien unterteilt. Eine weitere Differenzierung beispielsweise der Alterskategorien wäre zwar für die Möglichkeit einer noch genaueren Ergebnisanalyse wünschenswert gewesen, war aber aus datenschutzrechtlichen Erwägungen

nicht möglich. Die konkrete Ausprägung der Umsetzung der datenschutzrechtlichen Vorschriften ist in hohem Maße abhängig von der Personalstruktur der betroffenen Organisation. In der vorliegenden Untersuchung konnte aus den oben beschriebenen Gründen nur eine Einteilung in zwei Altersgruppen vorgenommen werden. Je nach Personalzusammensetzung könnte die Abfrage des Alters der Interview-Teilnehmer auch in stärker differenzierten Alterskategorien mit angemessen großen Spannen („30 bis 40 Jahre alt“, „40 bis 50 Jahre alt“ etc.), wodurch unterschiedlich „genaue“ bzw. altersgruppenspezifische Auswertungen möglich wären.

Weiterhin zeigt die durchgeführte Untersuchung, dass eine Ergänzung des Interviewbogens um weitere Fragen für die Möglichkeit einer noch genaueren Auswertung hilfreich gewesen wäre.

So hätte beispielsweise durch die Möglichkeit einer Begründung der Antworten zur Frage nach dem Einfluss des Treppensteigens auf das eigene Gesundheitsempfinden eine dahingehend spezifizierte Auswertung erfolgen können. Diese war jedoch im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit nicht zu leisten, da eine detaillierte Betrachtung des zu erwartenden weitreichenden Antwortspektrums den Forschungsgegenstand der angestellten Untersuchung, die Wahrnehmung und Akzeptanz der BGF-Maßnahme, überschritten hätte. Hier bieten sich Anknüpfungspunkte für weitergehende Forschungsarbeiten.

Insgesamt stellen die Ergebnisse den Stand der Wahrnehmung und Akzeptanz einer Maßnahme der Betrieblichen Gesundheitsförderung in ausschließlich einer Bundesbehörde dar und sind damit beispielhaft, aber nicht stellvertretend für die Bundesverwaltung zu werten. Die Ergebnisse können wegen unterschiedlicher Faktoren nicht als repräsentativ für die gesamte Bundesverwaltung angesehen werden. Die Untersuchung wurde an einer speziellen BGF-Maßnahme ausgerichtet, welche in Verbindung mit den örtlichen Verhältnissen und der Personalstruktur der ausgewählten Behörde als einzigartig in der Bundesverwaltung gewertet werden kann. Somit sind an anderer Stelle, d.h. in anderen Behörden, auch andere Bedingungen und Voraussetzungen für Maßnahmen der BGF gegeben, was die Wahrnehmung und Akzeptanz dieser Maßnahmen beeinflussen kann.

Weiterhin war zwar in Bezug auf die untersuchte Behörde eine hohe Rücklaufquote zu verzeichnen, weshalb diese Untersuchung für die BfDI als repräsentativ zu werten ist. Dennoch ist die Anzahl der Beschäftigten, die an der Befragung teilnahmen, nicht hoch genug, um von dieser Stichprobe auf die Grundgesamtheit, d.h. alle Beschäftigten der Bundesverwaltung, schließen zu können. Die vorliegende Arbeit kann somit nur einen ersten Beitrag zur Erkundung des umfangreichen und komplexen Forschungsfeldes der Wahrnehmung und Akzeptanz von Maßnahmen der BGF in der Bundesverwaltung leisten.

6.4 Vergleich mit den Ergebnissen bisheriger Studien

Aktuell sind kaum Studien vorhanden, welche für einen inhaltlichen Vergleich mit der vorliegenden Arbeit als geeignet erscheinen. Es existieren zwar diverse Untersuchungen zu möglichen Handlungsfeldern und Maßnahmen der BGF sowie zu deren Verbreitung in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Bereich wie z.B. die „Wiederholungsbefragung bei Führungskräften zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen“¹⁰³. Diese Studien enthalten jedoch keine Evaluierung zu der **Akzeptanz** dieser ergriffenen Maßnahmen durch die Mitarbeiter und können aufgrund dieser Divergenz der Forschungsgegenstände kaum als Vergleichsmaßstab herangezogen werden.

Eine Ausnahme bildet hier das „StairTalk project“ (vgl. 3.3.4 Beispiele für Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung). Dieses Projekt hat grundsätzlich einen ähnlichen Aufbau wie die Maßnahme zur Betrieblichen Gesundheitsförderung bei der BfDI. Die Gemeinsamkeiten beziehen sich hauptsächlich auf das Ziel beider Maßnahmen (die Menschen dazu zu bewegen häufiger die Treppen anstatt des Aufzugs zu nutzen) und auf den Umstand, dass in beiden „Projekten“ dieses Ziel bereits durch kleine Veränderungen in der Umgebung (Hinweisschilder, Richtungspfeile auf dem Boden etc.) erreicht werden sollte.

In der Auswertung des „StairTalk project“ wurde festgestellt, dass der Anteil derjenigen Versuchsteilnehmer, die die Treppe benutzen, um in das dritte bzw. vierte Stockwerk des Gebäudes zu gelangen, erhöht

¹⁰³ Vgl. Wenninger/Gröben (2006).

werden konnte. Während vorher 28 % der untersuchten Personen-Gruppe die Treppe benutzten, um in die dritte Etage zu gelangen, waren es nach Durchführung des Projekts 45 %. Für die vierte Etage konnte der Anteil von 12 % der Personengruppe auf 23 % erhöht werden. Dieser „Vorher-Nachher-Vergleich“ konnte bei der hier vorliegenden Forschungsarbeit nicht durchgeführt werden, da das Hinweisschild zu Beginn der Untersuchung bereits seit längerer Zeit angebracht war. Somit waren keine identischen Voraussetzungen für einen derartigen Vergleich im Rahmen der hier angestellten Untersuchung gegeben.

Eine Grundlage für einen Vergleich zwischen dem „StairTalk project“ und der hier vorliegenden Forschungsarbeit bieten jedoch die von den Versuchsteilnehmern genannten Gründe für die Aufzugnutzung anstelle der Treppennutzung. Im Rahmen des „StairTalk project“ wurde erfasst, dass ein Beweggrund für die Nutzung des Aufzugs seine Geschwindigkeit ist. Demnach gelange man schneller in die gewünschte Etage, wenn man den Aufzug und nicht die Treppe benutze. Dieses Argument wurde ebenfalls im Rahmen des schriftlichen Kurzinterviews genannt (vgl. 5. Ergebnisdarstellung – Frage 3a). Die befragte Person gab hier an, die Treppe nicht bereits einmal aufgrund des Hinweisschildes benutzt zu haben und führte als Begründung an, dass sie es „eilig“ habe.

Fraglich ist an dieser Stelle, ob es sich bei diesem Argument nicht eher um einen Vorwand handelt, weil die Aufzugsnutzung möglicherweise keine tatsächliche Zeitersparnis bringt. Diese Frage kann hier jedoch nicht abschließend geklärt werden, da zum einen konkret für beide „Projekte“ keine Kennzahlen vorliegen, d.h. die jeweilige Dauer nicht gemessen wurde und zum anderen, weil diese Aussage nicht generell getroffen werden kann, da die für das Treppensteigen benötigte Zeit abhängig von der Fitness, Motivation, Gesundheit etc. jedes einzelnen ist. So kann es bei jemandem, der gesundheitliche Probleme hat und deshalb beim Treppensteigen häufigere Pausen einlegen muss, beispielsweise tatsächlich länger dauern, die Treppe anstatt des Aufzugs zu benutzen. Ebenso kann jemand, der ohnehin körperlich sehr aktiv und „fit“ ist und deshalb die Treppen in einem schnellen Tempo überwinden kann, möglicherweise so „schneller“ als bei Nutzung des Aufzugs sein.

Festgehalten werden kann, dass die Begründung für die Aufzugsnutzung mit „Eiligkeit“ in beiden Projekten vorzufinden ist.

Die „Sozialfunktion“ der Aufzugsnutzung, also der Aspekts des Aufzugs als Raum für informelle Gespräche und für ein Zusammentreffen mit den Kollegen, welcher im Rahmen des „StairTalk project“ als Grund für die Aufzugsnutzung genannt wurde, wurde beim hier durchgeführten Kurzinterview nicht thematisiert, d.h. er wurde weder als Grund für, noch als Grund gegen die Aufzugsnutzung genannt.

Außerdem wurde innerhalb des „StairTalk project“ ermittelt, dass als weiterer Grund für eine Benutzung des Aufzugs anstatt der Treppen die Unerheblichkeit des gesundheitlichen Nutzens des Treppensteigens genannt wurde. Die gesundheitlichen Vorteile seien demnach nicht spürbar gewesen, weshalb es die Mühe des Treppensteigens nicht wert sei, bzw. es sei im Hinblick auf die Gesundheit nicht besonders lohnenswert die Treppen dem Aufzug vorzuziehen.

Diese Aussage kann mit den Ergebnissen der 5. Frage des Kurzinterviews („Fühlen Sie sich durch diese regelmäßige Bewegung des Treppensteigens gesünder/wohler?“) verglichen werden. Insgesamt betrachtet, d.h. von der altersgruppen- bzw. geschlechtsspezifischen Auswertung unabhängig, fühlen sich mehr als die Hälfte der befragten Beschäftigten der BfDI nach eigenen Angaben durch das Treppensteigen gesünder bzw. wohler. Nicht spürbar gesünder fühlen sich eigenen Angaben zufolge lediglich 32,61 % der Befragten. Innerhalb der altersgruppenspezifischen Auswertung war das Ergebnis zweigeteilt (vgl. 6.2 Analyse der Ergebnisse). Auffallend ist hier, dass die jüngeren Befragten eher keinen Nutzen für ihre Gesundheit durch das Treppensteigen verzeichnen. Dies korrespondiert mit dem innerhalb des „StairTalk project“ genannten Argument der Unerheblichkeit des gesundheitlichen Nutzens des Treppensteigens.

Eine mögliche Erklärung für diese Argumentation könnte darin liegen, dass im Rahmen des „StairTalk project“ überwiegend Personen jüngeren Alters befragt wurden. Diese könnten nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung im Vergleich zu älteren Personen gegebenenfalls weniger sensibel in Hinblick auf die Wahrnehmung eventueller positiver gesundheitlicher Effekte des Treppensteigens sein.

Gemeinsam haben die beiden Untersuchungen, dass es eine Gruppe von

Personen gibt, welche sich durch das Treppensteigen nicht merklich gesünder fühlen. Anders formuliert: Nicht alle Befragten fühlen sich durch die Bewegung des Treppensteigens zwangsläufig gesünder bzw. wohler.

Einen weiteren Vergleichspunkt zwischen dem „StairTalk project“ und der hier vorliegenden Forschungsarbeit stellen die eingesetzten bzw. von den Beschäftigten gewünschten Maßnahmen dar. Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden die Mitarbeiter danach befragt, was sie zum Treppensteigen motivieren könnte (**Frage 4**). Abgesehen von der Forderung nach einer (stärkeren) Unterstützung durch Führungspersonen lag der Schwerpunkt der abgegebenen Antworten auf der Veränderung der Umgebung, insbesondere der Umgestaltung des Treppenbereichs des Dienstgebäudes. Diese genannten Aspekte lassen Parallelen zu den eingesetzten Mitteln im „StairTalk project“ erkennen. Als Beispiel kann hier das Mittel des auf dem Boden angebrachten farbigen Richtungspfeils, welcher in Richtung der Treppe und vorbei am Aufzug führt, genannt werden.

Dieses Mittel ist von seiner Intention und seinem Design her deckungsgleich mit der Anmerkung einer bei der BfDI befragten Person, dass auf dem Boden im Treppenhaus angebrachte Fußabdrücke sie zum Treppensteigen motivieren könnten. Da der Erfolg des „StairTalk project“ wie oben beschrieben empirisch belegt ist, besteht berechtigter Grund zu der Annahme, dass es sich bei diesem speziellen Mittel um eines der für eben diesen Erfolg mitverantwortlichen Elemente handelt und auch eine Übertragung dieser Maßnahme in das Umfeld der BfDI positive Effekte zur Folge haben könnte.

Ähnlich verhält es sich mit den weiteren Vorschlägen wie beispielweise dem Anbringen von Bildern, auf denen Menschen in Bewegung zu sehen sind oder der Einführung eines „Datenschutzquiz“. Die diesen Vorschlägen „entsprechenden“ Mittel sind im „StairTalk project“ einerseits Poster mit Informationen zu Gesundheitsthemen und andererseits Sprechblasen aus Papier im Treppenhaus, welche von den „Treppensteigern“ für Mitteilungen oder Ideen ausgefüllt werden können. Hier liegt aufgrund des nachgewiesenen Erfolgs des „StairTalk project“ ebenfalls die Vermutung nahe, dass diese Mittel tatsächlich eine gesundheitsförderliche Veränderung des menschlichen Verhaltens herbeiführen können.

Insgesamt sind also mehrere Parallelen zwischen der vorliegenden Untersuchung und dem „StairTalk project“ erkennbar. Obwohl der Schwerpunkt beim „StairTalk project“ auf dem Design der Maßnahmen, welche eine Verhaltensänderung auslösen sollen, lag, wurde der Erfolg dieser Maßnahmen evaluiert. Durch die Integration dieser Mittel in Maßnahmen der BGF, ist eventuell auch eine „Übernahme“ des beim „StairTalk project“ erzielten Erfolges möglich.

7. Fazit

In diesem Teil der Arbeit wird zunächst der weitere Forschungsbedarf zu der hier behandelten Problematik skizziert. Abschließend wird ein Fazit zu den gewonnenen Erkenntnissen gezogen und kurz eine eventuelle Übertragbarkeit dieser Erkenntnisse in die Praxis erläutert.

7.1 Weiterer Forschungsbedarf

Ein weiterer Forschungsbedarf lässt sich bereits aus dem Vergleich dieser Arbeit mit dem „StairTalk project“ ableiten. Da im Ergebnis dieses Vergleichs die Vermutung aufgestellt wurde, dass bei der Übertragung der in diesem Projekt eingesetzten Mittel in BGF-Maßnahmen der dort erzielte Erfolg ebenfalls übertragen werden könnte, besteht für die Forschung an dieser Stelle die Möglichkeit, diese Hypothese zu überprüfen.

Außerdem ist es denkbar zu erforschen, welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Bewegung die speziellen Personengruppen ansprechen (ältere bzw. jüngere Beschäftigte, weibliche bzw. männliche Beschäftigte) bzw. am erfolgversprechendsten für die jeweilige Gruppe sind. Ausgehend von der Personalstruktur eines Betriebs wäre dadurch eine Optimierung der BGF möglich. Die zwischen den Personengruppen erkennbaren Unterschiede in der Wahrnehmung der untersuchten BGF-Maßnahme sind in dieser Arbeit herausgearbeitet worden.

Ebenso erscheint es als ein untersuchungswürdiger Forschungsansatz, die Gründe für die unterschiedliche Empfindung des Einflusses körperlicher Aktivität (hier in Form des Treppensteigens), auf die eigene Gesundheit zu untersuchen.

Insgesamt besteht auch die Möglichkeit, die hier durchgeführte Befragung mit einem ähnlichen Untersuchungsdesign in weiteren Behörden der Bundesverwaltung, in denen vergleichbare Voraussetzungen (Vorhandensein sowohl eines Treppenhauses als auch eines Aufzugs) gegeben sind, durchzuführen. Insbesondere besteht bei Behörden, welche noch keine Maßnahme der Gesundheitsförderung durch Bewegung eingesetzt haben, die Möglichkeit eines „Vorher-Nachher-Vergleichs“ (wie beim „StairTalk project“) um zusätzlich die Wirksam-

keit der ergriffenen Maßnahmen evaluieren zu können.

7.2 Schlussfolgerung und Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Praxis

Ausgangspunkt für die vorliegende Forschungsarbeit war die Frage, in welchem Maße die bei der BfDI ergriffenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von den betroffenen Mitarbeitern wahrgenommen und akzeptiert werden. Angesichts der hohen Wahrnehmungsquote von ca. 80 % kann im Hinblick auf den Aspekt der Wahrnehmung zunächst ein positives Zwischenfazit gezogen werden. Das Hinweisschild scheint einen Großteil der Mitarbeiter zu erreichen.

Differenzierter ist das Ergebnis in Bezug auf die Akzeptanz der Maßnahme zu betrachten. Obwohl nur wenige Mitarbeiter regelmäßig die Treppen aufgrund des Schildes nutzen, ist der Gesamtanteil der treppensteigenden Mitarbeiter mit ca. 70 % hoch. Somit liegt der relativ niedrige Anteil der Beschäftigten, welche die hier analysierte BGF-Maßnahme aktiv umsetzen (d.h. die Treppen anstatt des Aufzugs benutzen) letztendlich schlicht darin begründet, dass der Anteil der treppensteigenden Mitarbeiter bereits vor Beginn der Einführung der Maßnahme hoch war.

Dies könnte darauf hindeuten, dass bei den Beschäftigten der BfDI ein gesteigertes Bewusstsein dafür vorhanden ist, dass Bewegung einen positiven Einfluss auf die Gesundheit hat. Der Umstand, dass bereits viele Mitarbeiter regelmäßig die Treppen benutzen, hat zur Folge, dass in diesem Aspekt die Möglichkeiten der Herbeiführung einer Verhaltensänderung durch Maßnahmen der BGF in dem Handlungsfeld Bewegung eher gering sind. Obwohl die Akzeptanz des Schildes somit eher gering ausfällt, wird das zugrundeliegende Ziel der BGF, die Gesundheitsförderung der Mitarbeiter durch Bewegung, dennoch erreicht.

Die hohe Beteiligungsquote der Mitarbeiter an der Befragung erlaubt außerdem die Schlussfolgerung, dass das Themengebiet der BGF mit dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Mitarbeiter in gesteigertem Maße im Interesse der Beschäftigten der BfDI liegt und in den Möglichkeiten einer solchen Gesundheitsförderung ein großes Potential gesehen wird.

Ebenso stellt sich jedoch die Frage, wie dieses Potential in der Praxis möglichst vollumfänglich ausgeschöpft werden kann.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung lassen sich zunächst einmal Handlungsmöglichkeiten für die Organisation, deren Beschäftigte an der Befragung teilnahmen, ableiten. Sowohl die kritischen als auch die befürwortenden Äußerungen der Beschäftigten bezüglich des bereits vorhandenen Hinweisschildes können wertvolle Hinweise für eine weitere Optimierung der BGF-Maßnahmen bieten. So könnte u.a. der wiederholt genannte Vorschlag, noch weitere Hinweise dieser Art auch an anderen Stellen des Gebäudes wie z.B. im Eingangsbereich oder im Bereich des Treppenhauses anzubringen, relativ problemlos und mit geringem Mitteleinsatz umgesetzt und so ggf. noch mehr Mitarbeiter erreicht werden.

Die oben dargelegte Vermutung, dass ältere Beschäftigte möglicherweise eher resistent gegenüber Veränderungen sind, erhält vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine besondere Bedeutung. Aufgrund der Tatsache, dass in Zukunft das Durchschnittsalter der in der Bundesverwaltung Beschäftigten steigen wird, und demzufolge die „älteren Beschäftigte“ (hier über 40) einen immer größeren Anteil am gesamten Personal einnehmen werden, sollte dieser Beschäftigtengruppe besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Maßnahmen der BGF müssen in einer Art und Weise eingeführt werden, dass sie auch von dieser Personengruppe zunächst positiv wahrgenommen und dann auch akzeptiert werden, sodass sie auch dort ihre Wirkung entfalten können.¹⁰⁴

Generalisierend ist abschließend festzuhalten, dass es nicht ausreicht, den Fokus lediglich auf die Konzeption und Implementierung von Maßnahmen der BGF zu richten. Für den Erfolg der Maßnahmen und damit für zufriedenstellende Ergebnisse auf Seiten der Beschäftigten und des Arbeitgebers sind eine kontinuierliche Evaluation der Maßnahmen und eine unmittelbare Rückkopplung zu der Zielgruppe, also den Beschäftigten selbst, erforderlich.

Es ist zu hoffen, dass es mit dieser Arbeit gelungen ist, einen kleinen Beitrag zur Erforschung der Wahrnehmung und Akzeptanz von Maßnahmen der BGF in der Bundesverwaltung zu leisten.

¹⁰⁴ Zum „Age Management“ siehe: Esslinger/Singer (2010), S.101 ff.

Literaturverzeichnis

- Allmann, Bernhard;** Gesundheit im Betrieb selbst gestalten in:
Walle, Oliver Leistung und Lohn, Zeitschrift für Arbeitswirtschaft, 2011
- Badura, Bernhard** Wege aus der Krise. In: Badura, Bernhard;
Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren, Wohlbefinden fördern, 2010, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, S. 3-12
- Badura, Bernhard;** Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor
Schellschmidt, Henner; Work-Life-Balance. Zahlen, Daten, Analysen aus
Vetter, Christian allen Branchen der Wirtschaft, 2004, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag
(Hrsg.)
- Badura, Bernhard;** Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Fehlzeiten durch
Münch, Eckhard; Motivationsverlust? 4. Auflage, 2001, Gütersloh:
Ritter, Wolfgang Verlag Bertelsmann Stiftung
- Badura, Bernhard;** Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik: Fehlzeiten durch
Münch, Eckhard; Motivationsverlust?, 2. Auflage, 1998, Gütersloh:
Ritter, Wolfgang Verlag Bertelsmann Stiftung
- Badura, Bernhard** Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung - Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In: Pelikan, Jürgen;
Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, 1993, Weinheim / München: Juventa-Verlag, S.20-33

- Becker-Lerchner,** Friederike;
Markatou, Maria
Gesundheitsmanagement für Arbeitnehmervertretungen. Ihre Mitbestimmungsrechte für einen gesunden Arbeitsalltag, 2012, Bonn: VNR Verlag für die Deutsche Wirtschaft
- Bellwinkel,** Michael
Vermeidung von MSE und Maßnahmen der Krankenkassen. In: BKK Gesundheitsreport 2013. Gesundheit in Bewegung. Schwerpunkt Muskel- und Skeletterkrankungen, 2013, S. 111-114, Zugriff am 24.03.14 unter: <http://www.bkk-nord-west.de/pressecenter/publikationen/download/bkkgesundheitsreport2013druckversion.pdf>
- BKK Bundesverband** (Hrsg.)
Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland, 2008, Zugriff am 10.04.2014 unter: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokument/2008/BKK_Broschuere_arbeitsbedingteGesundheitskosten_RZ_web.pdf, *zitiert als: BKK (2008)*
- BKK Bundesverband**
Gesunde Führung - Führungskräfte als Zielgruppe der BGF. Workshop im Rahmen der Veranstaltung: „Gesund im Bund- Von der Vision zur Wirklichkeit“ der Unfallkasse des Bundes, 2007, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://www.uk-bund.de/downloads/WS_Westerhoff_Folien_Fuehrung_BMI_Nov07.pdf
- BMAS** (Hrsg.)
Service: Gesetze: Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), 2014, Zugriff am 30.03.2014 unter: <http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/arbschg.html>

- BMI (Hrsg.)** Gesundheitsförderungsbericht 2012 der unmittelbaren Bundesverwaltung - einschließlich Statistik der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten -, 2013, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Bundesbedienstete/Krankenstand2012.pdf?__blob=publicationFile, *zitiert als: BMI (2013)*
- BMI (Hrsg.)** Gesundheitsförderungsbericht 2011 der unmittelbaren Bundesverwaltung – einschließlich Fehlzeitenstatistik -, 2012, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Bundesbedienstete/Krankenstand2011.pdf?__blob=publicationFile, *zitiert als: BMI (2012)*
- BMI (Hrsg.)** Gesundheitsförderungsbericht 2010 der unmittelbaren Bundesverwaltung – einschließlich Fehlzeitenstatistik -, 2011, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Bundesbedienstete/Krankenstand2010.pdf?__blob=publicationFile, *zitiert als: BMI (2011)*
- BMI (Hrsg.)** Gesundheitsförderungsbericht 2009 der unmittelbaren Bundesverwaltung – einschließlich Fehlzeitenstatistik -, 2010, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Bundesbedienstete/Krankenstand2009.pdf?__blob=publicationFile, *zitiert als: BMI (2010)*

- BMI** (Hrsg.) Gesundheitsförderungsbericht - 2008 - (einschließlich Krankenstand in der unmittelbaren Bundesverwaltung), 2009, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Bundesbedienstete/Krankenstand2008.pdf?__blob=publicationFile, zitiert als: *BMI (2009)*
- BMI** (Hrsg.) Krankenstand in der Bundesverwaltung. Erhebung 2004, 2006, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Bundesbedienstete/Krankenstand2004.pdf?__blob=publicationFile, zitiert als: *BMI (2006)*
- Bös, Klaus; Brehm, Walter; Gröben, Ferdinand** Sportliche Aktivierung. In: Steffgen, Georges (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Problembezogene psychologische Interventionen, 2004, Göttingen: Hogrefe Verlag
- Bös, Klaus; Gröben, Ferdinand; Woll, Alexander** Gesundheitsförderung im Betrieb – Was kann die Sportwissenschaft beitragen? In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (Journal of public health), 2002, S. 144-163
- Breucker, Gregor** (Hrsg.) Towards Better Health at Work. Successful European Strategies, 2000, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement (BBGM) e.V.** (Hrsg.) Zentrale Begriffe und ihre Verwendung. Zusammenfassung und Ergebnisse der Recherche, Literaturstudie und Diskussion in der Arbeitsgruppe 1 „Fachliche Grundlagen und Methoden“ des BBGM, 2012, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://www.bgm-bv.de/fileadmin/dokumente/BBGM/120918_Paper_Begriffe_AG1.pdf, zitiert als: *BBGM (2012)*

- Deutsche Sport-**
hochschule Köln IMPULSE. Das Wissenschaftsmagazin der Deutschen Sporthochschule Köln, 2013, Zugriff am 3.05.2014 unter: http://web.dshs-koeln.de/fileadmin/mounts/red_presse/IMPULSE_01_2013_web.pdf
- Deutscher**
Bundestag Bundestagsdrucksache 13/3540, Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und weiterer Arbeitsschutz-Richtlinien, 1996, Zugriff am 30.03.2014 unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/035/1303540.pdf>
- DNBGF** Startseite: BGF-Aktuell, 2014, Zugriff am 27.03.2014 unter: <http://www.dnbgf.de/>
- Dorman, Peter** The Economics of Safety, Health, and Well-Being at Work: An Overview, 2000, Geneva: International Labour Organisation, Zugriff am 28.04.2014 unter: http://oit.org/wcmstp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_110382.pdf
- Dresel, Uwe; Remark, Cornelia; Froböse, Ingo** „Fit am Arbeitsplatz“ – ein ICF-orientiertes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung der DAK-Gesundheit. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 2013, S. 80-84
- Ducki, Antje; Bamberg, Eva; Metz, Anna-Marie** Prozessmerkmale von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In: Bamberg, Eva; Ducki, Antje; Metz, Anna-Marie (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch, 2011, Göttingen: Hogrefe-Verlag, S. 135 - 153
- ENWHP** National Contact Offices/Members of the ENWHP, 2014, Zugriff am 25.04.2014 unter: <http://www.enwhp.org/the-enwhp/members-nco.html>

- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung** - Nationale Kontaktstelle Deutschland - BKK Bundesverband GbR
Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, 1997 (2005 und 2007 aktualisiert), Zugriff am 24.03.14 unter: http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration_09-12.pdf, zitiert als: *ENWHP (1997)*
- Franzkowiak, Peter;**
Sabo, Peter
Dokumente der Gesundheitsförderung, 2. Auflage, 1998, Mainz: Fachverlag Peter Sabo
- Froböse, Ingo**
Besser weniger als gar nicht. Vortrag am Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2012, Zugriff am 24.03.14 unter: http://www.bgf-institut.de/fileadmin/redaktion/downloads/Aktuelles/Vortrag_Prof._Froboese_01.pdf
- Gohritz, Tatjana**
Rechtssicherheit im BGM – rechtliche Grundlagen. In: Euroforum-Lehrgang in 7 schriftlichen Lektionen „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, 2012, Düsseldorf: Euroforum Verlag
- Greiner, Birgit**
Der Gesundheitsbegriff. In: Bamberg, Eva; Ducki, Antje; Metz, Anna-Marie (Hrsg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 1998,
- Gretz, Cornelia**
Betriebliche Gesundheitsförderung durch Verhältnisprävention, Dissertation Universität Göttingen, 1997, Lohmar: Josef Eul Verlag
- Hasselhorn,**
Hans Martin;
Rauch, Angela
Perspektiven von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2013, Band 56, Heft 3, S. 339-348

- Huber, Silke** Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement. In: Esslinger, Adelheid Susanne; Emmert, Martin; Schöffski, Oliver. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, 2010, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag, S. 67-87
- Kaminski, Martin** Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis. Ein Leitfadensystem zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020, 2013, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag
- Kerkau, Katja** Betriebliche Gesundheitsförderung – Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts in Unternehmen, Dissertation Universität St. Gallen, 1997, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Kommunale** Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe, Bericht Nr. 1/2005, 2005, Köln: KGSt, *zitiert als: KGST (2005)*
- Gemeinschaftsstelle für Ver-**
waltungsvereinfach-
ung (KGSt)
- Krug, Susanne; Jordan, Susanne; Mensink, Gert; Müters, Stephan; Finger, Jonas; Lampert, Thomas** Körperliche Aktivität – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2013, Band 56, Heft 5-6, S. 765-771
- Leitner, Konrad** Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit – Was schädigt, was fördert die Gesundheit? In: Oesterreich, Rainer; Volpert, Walter (Hrsg.): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung, 1999, Bern: Huber, S. 63–139

- Lenhardt, Uwe;**
Ertel, Michael;
Morschhäuser,
Martina
Psychische Arbeitsbelastung in Deutschland; Schwerpunkt, Trends, betriebliche Umgangsweisen. WSI Nachrichten, 2010, S. 335-342, Zugriff am 02.04.2014 unter: http://www.boeckler.de/wsimit_2010_07_lenhardt.pdf
- Lenhardt, Uwe**
Zehn Jahre „Betriebliche Gesundheitsförderung“, 1997, Berlin, Zugriff am 15.04.2014 unter: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/1997/p97-201.pdf>
- Lenhardt, Uwe;**
Elkeles, Thomas;
Rosenbrock, Rolf
Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Verursachung, Verbreitung und Verhütung, 1997, Weinheim/München: Juventa-Verlag
- Lockton, Daniel**
Design with Intent. A design pattern toolkit for environmental & social behaviour change, 2013, Zugriff am 02.04.2014 unter: http://thesis.danlockton.co.uk/danlockton_thesis.pdf
- Lück, Patricia**
Betriebliche Gesundheitsförderung bei multiplen Belastungen der Mitarbeiter eines Transportdienstleisters. In: Badura, Bernhard; Litsch, Martin; Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeitenreport 1999 – Psychische Belastungen am Arbeitsplatz , 2000, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, S. 300-311
- Otte, Rainer**
Gesundheit im Betrieb. Leistung durch Wohlbefinden, 1994, Frankfurt a.M.: Frankfurter Allgemeine Zeitung Wirtschaftsbücher Verlag
- Pfaff, Holger**
Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pfaff, Holger; Slesina, Wolfgang (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, 2001, Weinheim/München: Juventa-Verlag, S. 75-95

- Pfeifer, Klaus;**
Sudeck, Gordon;
Brüggemann, Silke;
Huber, Gerhard
- Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. In: Schüle, Klaus; Huber, Gerhard (Hrsg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie, 3. Auflage, 2012, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Pieper, Claudia;**
Schröer, Sarah
- Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen. In: BKK Gesundheitsreport 2013. Gesundheit in Bewegung. Schwerpunkt Muskel- und Skeletterkrankungen, 2013, S. 108-110, Zugriff am 24.03.14 unter: <http://www.bkk-nord-west.de/pressecenter/publikationen/download/bkkgesundheitsreport2013druckversion.pdf>
- Rogge-Strang,**
Carsten
- Erfolgsfaktor Gesundheit. Warum Banken gut daran tun, sich um die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu kümmern – mit Maßnahmen, die zum Unternehmen passen. In: Kießler, Birgit; Dahms, Rainer; Rogge-Strang, Carsten (Hrsg.): Wechsel auf die Zukunft. Demografischer, gesellschaftlicher und technologischer Wandel: worauf sich die Personalarbeit in Banken einstellen muss, 2013, Köln: Bank-Verlag, S. 115-124,
- Schenk, Andrea;**
Stromberg, Jan;
Dauer, Andreas
- Konzept und Umsetzungsoptionen eines BGM in der Halbleiterindustrie In: Esslinger, Adelheid Susanne; Emmert, Martin; Schöffski, Oliver. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, 2010, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag, S. 176- 194
- Seibert, Sven**
- Arbeitswissenschaftliche Handlungsfelder bei der Steuerung und Bewertung der Leistung einer Organisation aus Stakeholderperspektive, Dissertation Technische Universität Kaiserslautern, 2012, Hamburg: Verlag Dr. Kovač

- Singer, Stefanie** Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Esslinger, Adelheid Susanne; Emmert, Martin; Schöffski, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, 2010, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag, S. 25-48
- Singer, Stefanie;**
Neumann, Anett Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration. In: Esslinger, Adelheid Susanne; Emmert, Martin; Schöffski, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, 2010, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag, S. 49-66
- Stoffel, Sonja;**
Amstad, Fabienne;
Steinmann, Ralph Baukasten für Betriebliche Gesundheitsförderung. Module für Gesundheit und Leistungsfähigkeit im (Berufs-)Leben, 2012, Aachen: Meyer & Meyer Verlag
- Thiehoff, Rainer** Wirtschaftliche Bewertung der Arbeitsunfähigkeit durch muskuloskelettale Erkrankungen. In: Der Orthopäde, 2002, 10, 949 - 956
- Tschorn, Dennis** Gesundheitsmanagement in Unternehmen, 2010, Troisdorf; VPRM Verlag
- Udris, Ivars; Kraft,**
Ueli; Mussmann, Ca-
rin; Rimann, Martin Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: Psychosozial, 1992, S. 9–22
- UKB** Maßnahmenmatrix Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), 2014a, Zugriff am 1.04.2014 unter: http://www.uk-bund.de/downloads/Gesundheitsfoerderung/090116_Ma%C3%9Fnahmenmatrix_BGF.pdf

- UKB** Denk an mich. Dein Rücken, 2014b, Zugriff am 4.04.2014 unter: <http://www.uk-bund.de/?bereich=AGS&sizeadd=0&images=1&uknid=527>
- UKB** Leitfaden „Betriebliches Gesundheitsmanagement – in 6 Schritten zum Erfolg“, 2009, Zugriff am 24.03.14 unter: http://www.uk-bund.de/downloads/Fachinformationen%20AP/Leitfaden_BGM1_pdf_Datei.pdf
- Ulich, Eberhard; Wülser, Marc** Gesundheitsmanagement in Unternehmen - arbeitspsychologische Perspektiven, 5. Auflage, 2012, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag
- Ulich, Eberhard** Arbeitspsychologie, 7. Auflage, 2011, Stuttgart: Schäffer- Poeschel Verlag
- Wenninger, Silke; Gröben, Ferdinand** Sport- und Bewegungsprogramme in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 2006, Band 22, S. 142-145
- WHO** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, Zugriff am 22.03.2014 unter: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534
- WHO** Erklärung von Alma-Ata, 1978, Zugriff am 30.03.2014 unter: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf
- WHO** Verfassung der WHO, 1946, Zugriff am 22.03.2014 unter: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

- Wieland, Rainer;**
Meierjürgen, Rüdiger Vom Gesundheitsreport zur Gesunden Organisation – Krankheitsbedingte Fehlzeitenanalyse als Grundlage betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.): Personalmanagement und Arbeitsgestaltung. Bericht zum 51. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft, 2005, Dortmund: GfA-Press, S. 169–172
- Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld (ZWW)** Kernelemente des Betrieblichen Gesundheitsmanagement[s], 2014, Zugriff am 03.04.2014 unter: <http://www.bgm-bielefeld.de/index.php?page=23>, *zitiert als: ZWW (2014)*
"Betriebliches Gesundheitsmanagement"
- Zink, Klaus;**
Thul, Martin Corporate Health Management: Designing and Evaluating Health in Organizations. In: Marras, W.S.; Karwowski, W. (Hrsg.): The Occupational Ergonomics Handbook. Interventions, Controls and Applications in Occupational Ergonomics. Second Edition Boca Raton, 2006, FL: CRC Press, 7-1-7-39

Anlage Schriftliches Kurzinterview

Schriftliches Kurzinterview

bei der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Thema meiner Diplomarbeit: Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gesundheitsförderung durch Bewegung

Erläuterung:

Mein Name ist Karin Sawkowicz und ich bin Studentin der Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung im Studiengang Verwaltungsmanagement. Momentan absolviere ich mein zweites Praxissemester bei der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Unmittelbar im Anschluss an dieses Semester werde ich meine Diplomarbeit verfassen. In meiner Arbeit möchte ich untersuchen, wie stark die Ideen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und besonders der Gesundheitsförderung durch Bewegung in der Bundesverwaltung bereits verbreitet sind und wie ergriffene Maßnahmen angenommen/akzeptiert werden.

Um mir bei meiner Untersuchung zu helfen, bitte ich Sie freundlichst, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Auswertung erfolgt anonym unter Berücksichtigung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Der Interviewbogen ist von der Hausleitung genehmigt und mit dem behördlichen Datenschutzbeauftragten der BfDI abgestimmt. Die Ergebnisse meiner Untersuchung, über die ich die BfDI auch selbstverständlich in geeigneter Weise informieren werde, werden wie die gesamte Arbeit an der FH Bund vertraulich behandelt.

1. Nutzen Sie regelmäßig die Treppe anstatt des Aufzugs?

ja

nein

2. Haben Sie dieses Schild bereits wahrgenommen?

Ja

nein



bitte siehe auch Seite 2

3. a) Haben Sie aufgrund dieses Schildes bereits einmal die Treppe anstand des Aufzugs benutzt?

ja, weil....

nein, weil...

ich nutze die Treppe sowieso/ schon immer regelmäßig

b) Wenn ja, wie häufig?

Mehr als 1x pro Tag

Ca. 1x pro Tag

Ca. 1x pro Woche

Ca. 1x pro Monat

c) Nutzen Sie dabei regelmäßig die Treppe (Anteil der Treppennutzung übersteigt den Anteil der Aufzugnutzung)?

ja

nein

4. Was könnte Sie sonst/auch zum Treppensteigen motivieren?

bitte auch Seite 3

5. Fühlen Sie sich durch diese regelmäßige Bewegung (Treppensteigen) gesünder/wohler?

ja

nein

6. Sind Sie der Meinung, dass mehr solcher Hinweise dazu beitragen könnten, dass noch mehr Mitarbeiter öfters die Treppe anstatt des Aufzugs benutzen würden?

ja, weil...

nein, weil...

7. Wie oft sind Sie sportlich aktiv?

sehr oft
(ca. 1x pro Tag)

oft
(ca. 1x pro
Woche)

selten
(weniger als 1x
pro Woche)

Bitte geben Sie noch Ihr Geschlecht und Ihre Altersgruppe an:

weiblich

männlich

unter 40 Jahre

über 40 Jahre

*Vielen Dank für die Zeit, die Sie sich für meinen Interviewbogen genommen haben.
Herzliche Grüße*

Karin Sawkowicz

Veröffentlichungen der Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung

Schriften zur Allgemeinen Inneren Verwaltung

(Bis Band 13: Arbeiten zu Verwaltungsstudium und –praxis)

ISSN 00948-0617.

1. 1987. Jürgen Schüler: Das Verhältnis der SR 2 y BAT zum Beschäftigungsförderungsgesetz. Peter Zajonz: Das Beamtentum - eine Elite. Lydia Orth: Der preußische Verfassungskonflikt von 1862. Matina Danowski: Vergleichen Sie die Ablegeleistung verschiedener Registraturverfahren anhand von modellhaften Aufgabenstellungen. Vergriffen.
2. 1988. Lothar Krebs: Trunkenheit im Straßenverkehr als Erstdelikt - Entlassungsgrund für Beamte auf Widerruf. Thomas Wauters: Die hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums - dargestellt an sechs frei ausgewählten Beispielen. Sabine Keese: § 29 Abs. 2 BBG und das EG-Niederlassungsrecht - ein unlösbarer Konflikt? Vergriffen.
3. 1988. Eckhard Marx: Personale Aspekte der Entbürokratisierung, dargestellt anhand der aktuellen Diskussion in den Zeitschriften "Die Personalvertretung, Die Verwaltung, VOP, VR" (1980-1987). Edgar Borchers: Wahlrecht für Ausländer. Vergriffen.
4. 1989. Ulrike Baumgartner: Karrierechancen von Frauen im öffentlichen Dienst untersucht im Bundesverwaltungsamt. Anett Onischke: Die Bedeutung bürokratischer Herrschaft unter besonderer Beachtung der Theorien Max Webers. Gabriele Sauermann: Die Förderung von Frauen in der öffentlichen Verwaltung. Vergriffen.
5. 1990. Henning Ohrendorf: Das Assessment-Center als Instrument der qualitativen Personalarbeit. Kirsten Schippmann: Zusage und Zusicherung im Verwaltungsrecht. Carl-Peter Blumenthal: Verzicht auf Grundrechte? Vergriffen.
6. 1992. Karl Aust: Ist der sog. "Berlin-Beschluß" des Deutschen Bundestages vom 20. 6. 1991 rechtswidrig? Gabriele Bruker-Malinowski: Frauenbeauftragte in der Bundesverwaltung. Karsten

- Hettling: Der Gesamthaushaltsplan der Europäischen Gemeinschaften - Aufstellung, Feststellung, Aufbau. Vergriffen.
7. 1994. Barbara Smaka: Trends im Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik. Anja-Doreen Seyfarth: Das Selbstverwaltungsrecht der Gemeinden (Art. 28 II GG). Renate Abelen-Auer: Die verwaltungsprozessualen Klagearten. Vergriffen.
 8. 1995. Peter Glinder: Fürstenenteignung (Gesetzentwurf von 1926). Axel Schad: Beamtenrecht in den Bundesländern, rahmenrechtliche Vorgaben und bundesrechtliches Vorbild, dargestellt am Beispiel des Sächsischen Beamtengesetzes. Silke Ollenburg: Politische Entwicklung im Winter 1932/33. War die Ernennung Adolf Hitlers zum Reichskanzler unvermeidlich? Tamara Langen: Psychosoziale und psychosomatische Folgen moderner Bürotechnologie am Beispiel von PC-Arbeitsplätzen, derzeitiger Forschungs- und Entwicklungsstand, praktische Konsequenzen. Vergriffen.
 9. 1997. Harald Heitmeir: Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Bettina Linke: Psycho-soziale Folgen der Dauerarbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern - ein bisher „nicht“ bekanntes Phänomen. Jens Stecher: Die Grenzen der Mitbestimmung im öffentlichen Dienst. Christian Würker: Die Abmahnung des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber. Vergriffen.
 10. 1997. Nicole Gehrke: Staat und Minderheiten - Diskriminierung am Beispiel der Hexenprozesse. Wolfgang Kampa: Der Beitritt der Deutschen Demokratischen Republik zum Geltungsbereich der Bundesrepublik Deutschland nach Art. 23 GG - Pro und Contra. Ute Kellner: Der/Die Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages. Peter Wächter: Die Beziehung des Menschen zum Wald am Beispiel der Großstadt Frankfurt am Main im Ballungsgebiet Rhein-Main. Vergriffen.
 11. 1999. Thorsten Blanke: Ein kleiner Einblick in das Betreuungsrecht. Nadine Yvette Blüm: Mobbing: Übergriffe am Arbeitsplatz. Nadine Böhmert: Das Behindertentestament. Sabine Najib: Zur Standortbestimmung der Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung des soziologischen Staatsbegriffs nach Max We-

- ber. Sabine Weigelt-Russo: Ausgewählte Maßnahmen zur Fehlzeitenreduzierung.
12. **Heinrich**, Juliane: Gleicher Lohn für gleiche Arbeit. Entgeltgleichheit als Kriterium in der öffentlichen Auftragsvergabe des Bundes. 2009. 93 S. ISBN 978-3-938407-34-9.
 13. **Schmitt**, Markus: Erfolgsfaktoren für Shared Services in der Bundesverwaltung am Beispiel IT-gestützter Personalarbeit. 2010. 134 S. ISBN 978-3-938407-37-0.
 14. **Heidemann**, Stefan: Bürgerschaftliches Engagement in Deutschland und seine Förderung durch Politik und Verwaltung. Ein Blick auf die Bundesebene. 2010. 95 S. ISBN 978-3-938407-40-0.
 15. **Porscha**, Sonja: Auswirkungen von Patenten auf die Nutztierproduktion in Europa unter besonderer Berücksichtigung der Art. 52 ff. des Europäischen Patentübereinkommens. 2011. 92 S. ISBN 978-3-938407-46-2.
 16. **Mutschke**, Daniel: Ist Deutschland bereit für eine Flat-Tax? 2012. 118 S. ISBN 978-3-938407-51-6.
 17. **Schmidt**, Dorothea: Die Berücksichtigung der Schwerbehinderung nach dem Recht des öffentlichen Dienstes und im Personalmanagement. 2012. 112 S. ISBN 978-3-938407-55-4.
 18. **Steinfurth**, Mario: Die Bundesverwaltung als Spiegelbild der Gesellschaft? Relevanz, Rechtmäßigkeit und Perspektiven einer Quote zur Erhöhung des Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesverwaltung. 2012. 105 S. ISBN 978-3-938407-56-1.
 19. **Neuhaus**, Judith D.: Gesundheitserhaltende Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als ein Element des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im öffentlichen Dienst der Bundesrepublik Deutschland. 2014. 87 S. ISBN 978-3-938407-63-9.
 20. **Hottenrott**, Sarah: Werkverträge als Instrument zum Lohndumping. 2014. 105 S. ISBN 978-3-938407-64-6.
 21. **Meier**, Barbara Christiane: Europäische Rechtsprechung und deutsches Glücksspielrecht. Die Auswirkungen der EuGH-Recht-

sprechung auf Rechtsetzung und Rechtsanwendung in Deutschland am Beispiel des Glücksspielrechts. 2014. 117 S. ISBN 978-3-938407-65-3.