

Aus dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und
Versorgungsforschung der Universität Tübingen

**Implementierung und Zufriedenheit mit der Umsetzung des
Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Landkreis
Reutlingen - Ergebnisse einer quantitativen
Unternehmensbefragung**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Hoge, Aileen Cassandra

2020

Dekan:	Professor Dr. B. Pichler
1. Berichterstatter:	Professorin Dr. M. Rieger
2. Berichterstatter:	Professor Dr. A. Nieß
Tag der Disputation:	15.06.2020

Bastian

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Prävention und Gesundheitsförderung.....	1
1.2	Der Betrieb als Setting für Prävention und Gesundheitsförderung	1
1.3	Die Wandlung der Arbeitswelt	2
1.4	Betriebliches Gesundheitsmanagement	5
1.4.1	Betriebliche Gesundheitsförderung	5
1.4.2	Arbeits- und Gesundheitsschutz	6
1.4.3	Personalentwicklung.....	10
1.4.4	Betriebliches Eingliederungsmanagement	10
1.5	Bisherige Studien.....	11
1.6	Landkreis Reutlingen als Ort der Befragung	12
1.7	Ziel der Studie.....	13
2	Methoden.....	14
2.1	Studiendesign.....	14
2.2	Studienpopulation	14
2.3	Fragebogenentwicklung.....	15
2.4	Durchführung der Studie	19
2.5	Datenverarbeitung.....	21
2.5.1	Dateneingabe	21
2.5.2	Datenanalyse.....	22
3	Ergebnisse	27
3.1	Rücklauf, teilnehmende Betriebe und Non-Responder-Analyse	27
3.2	Merkmale der teilnehmenden Betriebe	27
3.3	Missing-Analyse	29

3.4	Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragter.....	30
3.5	Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen.....	31
3.5.1	Umsetzung einzelner Maßnahmen in den vier BGM-Bereichen.....	31
3.5.2	Umsetzungsscores in den vier BGM-Bereichen.....	34
3.5.3	Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen	35
3.6	Einflussfaktoren auf den Implementierungsgrad	37
3.6.1	Betriebliche Gesundheitsförderung	38
3.6.2	Arbeits- und Gesundheitsschutz	39
3.6.3	Personalentwicklung.....	40
3.6.4	Betriebliches Eingliederungsmanagement	41
3.7	Zufriedenheit mit der Implementierung gesundheitsbezogener Maßnahmen in Betrieben.....	43
3.7.1	Assoziation zwischen der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen und der Zufriedenheit mit deren Umsetzung.....	43
3.7.2	Zufriedenheit mit der Umsetzung und Erfüllung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen	46
3.8	Finanzierung möglicher zukünftiger Maßnahmen.....	47
4	Diskussion	52
4.1	Studiendesign, Fragebogen, Rücklauf und Datenqualität.....	52
4.2	Studienpopulation	53
4.3	Beschäftigung bzw. Beauftragung von Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragten	54
4.4	Umsetzung und Einflussfaktoren.....	57
4.5	Zufriedenheit.....	63
4.6	Bereitschaft zur Unterstützung einer erweiterten Prävention im Betrieb	64
4.7	Was ist zu tun?.....	65
4.8	Limitationen der Studie	66

4.9	Schlussfolgerung.....	67
5	Zusammenfassung.....	68
6	Literaturverzeichnis.....	70
7	Erklärung zum Eigenanteil.....	78
8	Veröffentlichungen.....	79
9	Anhang	80
10	Danksagung	92

Abkürzungsverzeichnis

ArbMedVV	Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
M	Median
MW	Mittelwert
PrävG	Präventionsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der befragten Betriebe (Betriebsgröße und Mitarbeiterzahl)	14
Tabelle 2: Definition der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements	23
Tabelle 3: Branchen und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken	24
Tabelle 4: Anzahl der befragten Betriebe und Rücklauf nach Betriebsgröße	27
Tabelle 5: Soziodemographische Daten der antwortenden Personen	28
Tabelle 6: Branchenzugehörigkeit der teilnehmenden Betriebe	29
Tabelle 7: Beauftragung eines Betriebsarztes, einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, eines Sicherheitsbeauftragten und Teilnahme am Unternehmermodell nach Betriebsgröße	31
Tabelle 8: Umsetzung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten zwei Jahren (n= 216-222 Betriebe)	32
Tabelle 9: Umsetzung von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den letzten zwei Jahren (n= 214-220 Betriebe)	33
Tabelle 10: Umsetzung von Maßnahmen der Personalentwicklung in den letzten zwei Jahren (n= 213-219 Betriebe)	33
Tabelle 11: Umsetzung von Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in den letzten zwei Jahren (n= 212-215 Betriebe)	34
Tabelle 12: Umsetzungscore gesundheitsbezogener Maßnahmen in den vier BGM- Bereichen	35
Tabelle 13: Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den letzten zwei Jahren	36
Tabelle 14: Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in den letzten zwei Jahren	37
Tabelle 15: Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung – Ergebnis der mehrfaktoriellen Varianzanalyse ..	39
Tabelle 16: Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung in Abhängigkeit der Beauftragung eines Betriebsarztes und eines Sicherheitsbeauftragten	39

Tabelle 17: Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz – Ergebnis der mehrfaktoriellen Varianzanalyse.....	40
Tabelle 18: Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz in Abhängigkeit des Branchentyps und der Beschäftigung eines Betriebsarztes	40
Tabelle 19: Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement – Ergebnis der mehrfaktoriellen Varianzanalyse.....	42
Tabelle 20: Umsetzung im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement in Abhängigkeit der Beauftragung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Stellung der ausfüllenden Person.....	42
Tabelle 21: Zufriedenheit mit der Implementierung von Maßnahmen nach Bereich	43
Tabelle 22: Zufriedenheit mit der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen nach Bereich – Betriebe, deren Umsetzungsscore im untersten Quartil der Verteilung des jeweiligen bereichsspezifischen Scores lag	45
Tabelle 23: Zufriedenheit mit der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen nach Bereich - Betriebe, deren Umsetzungsscore im obersten Quartil der Verteilung des jeweiligen bereichsspezifischen Scores lag	45
Tabelle 24: Zufriedenheit mit der Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz in Abhängigkeit von der Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen	46
Tabelle 25: Zufriedenheit mit der Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement in Abhängigkeit von der Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen	47
Tabelle 26: Angaben der befragten Unternehmen zur Bereitschaft, Räume des Unternehmens für ausgewählte präventive Maßnahmen zur Verfügung zu stellen (n/%)	48
Tabelle 27: Angaben der befragten Unternehmen zur Bereitschaft, Arbeitszeit für ausgewählte präventive Maßnahmen zur Verfügung zu stellen (n/%).....	49
Tabelle 28: Angaben der Unternehmen zur gewünschten Finanzierung einzelner Maßnahmen	50

1 Einleitung

1.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung beinhalten Methoden und Ziele, die sich teilweise überschneiden. Während die Prävention der Vermeidung von Krankheit und der Minimierung von Risikofaktoren dient und somit einen pathogenetischen Ansatz verfolgt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2018), zielt die Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Gesundheit und Ressourcen und verfolgt einen salutogenetischen Ansatz (Hurrelmann et al. 2014). Maßnahmen der Gesundheitsförderung finden sich im Alltag speziell in der Primärprävention (Robert Koch-Institut 2015).

1.2 Der Betrieb als Setting für Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sollten Empfehlungen der World Health Organization (WHO) zufolge auf mehreren Ebenen ansetzen (World Health Organization 2009). Besonders bedeutend sind hierbei Orte, an denen Menschen viel Lebenszeit verbringen. Eine wichtige Rolle spielt die Prävention in Lebenswelten. Der Begriff „Lebenswelten“ beschreibt nach §20a des fünften Sozialgesetzbuch *„[...] für Gesundheit bedeutsame abgrenzbare soziale Systeme [...]“* (SGB V). Als ein Teil der Lebenswelten spielt auch der Arbeitsplatz eine bedeutende Rolle (World Health Organization 2011). Der Arbeitsplatz als Ort für Gesundheitsförderung kann aus zwei verschiedenen Perspektiven betrachtet werden: Zum einen stellt der Arbeitsplatz ein Setting dar, über das eine große Anzahl an Menschen für gesundheitsbezogene Maßnahmen erreichbar ist. Zum anderen jedoch stellt der Arbeitsplatz auch einen Ort der Risikoexposition dar.

Der Arbeitsplatz als Chance für die Gesundheit

Im Jahr 2017 waren nach Angaben des statistischen Bundesamtes in Deutschland 78,9% der Männer und 71,5% der Frauen im Alter von 15-65 Jahren erwerbstätig. Das ergibt eine Gesamtquote von 75,2%, also insgesamt rund 45 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt 2017). Durch die große Anzahl an erwerbstätigen Menschen bietet der Betrieb das größte Setting für Prävention und Gesundheitsförderung (Letzel 2016; Robert Koch-

Institut 2015). Der Arbeitsplatz bietet also insbesondere die Möglichkeit, junge gesunde Menschen anzusprechen, die für Prävention häufig schwer erreichbar sind (Naidoo und Wills 2003). Darüber hinaus kommt der Arbeit als Ressource eine besondere Bedeutung für den Erhalt der Gesundheit zu, wie Studien zu gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit eindrucksvoll belegen (Le Kroll et al. 2016).

Der Arbeitsplatz als Risiko für die Gesundheit

Die Entstehung von Krankheiten ist ein multifaktorielles Geschehen. Neben nicht beeinflussbaren Faktoren wie dem Alter, dem Geschlecht oder der genetischen Disposition zählen beispielsweise auch individuelle Lebensgewohnheiten, soziale Netzwerke, sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen zu den Faktoren, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen (Bambra et al. 2010; Grieshaber 2006). Betrachtet man den Arbeitsplatz als Einflussfaktor genauer, lassen sich drei Bereiche der Risikoexposition identifizieren: Direkte Gefahren, beispielsweise durch den Umgang mit Gefahrstoffen; Risikoverhalten, etwa durch (nicht sachgerechte) körperliche Belastung, sowie das allgemeine Arbeitsumfeld, das durch die Arbeitsbedingungen einen potentiellen Auslöser für Stress darstellt (Naidoo und Wills 2003). Betrachtet man die Zahlen der gesetzlichen Unfallversicherung, wurden im Jahr 2017 rund 19.000 Krankheitsfälle als Berufskrankheiten anerkannt, sowie weiteren 18.000 Krankheitsfällen eine berufliche Verursachung zugeschrieben. Zudem ereigneten sich rund 873.000, darunter rund 13.000 schwere, meldepflichtige Arbeitsunfälle, sowie rund 190.000 Wegeunfälle. Ausgenommen der Wegeunfälle, deren Anzahl minimal gestiegen ist, sind die Zahlen im Vergleich zum Vorjahr gesunken (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017). Auf die letzten Jahre betrachtet ist der Trend jedoch in allen Bereichen rückläufig. Dies ist nicht zuletzt einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen, unter anderem durch die Einführung gesetzlich verpflichtender Vorgaben des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit geschuldet (Seidel et al. 2007).

1.3 Die Wandlung der Arbeitswelt

Die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts ist gekennzeichnet durch fortlaufende Veränderungen. Diese betreffen sowohl die Beschäftigten als auch Arbeitsstrukturen und Arbeitsanforderungen.

Durch eine zunehmende Alterung der Gesellschaft steigt das Durchschnittsalter der Beschäftigten. Im Jahr 2018 lag das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen bei 44 Jahren und liegt damit rund vier Jahre höher als noch vor 20 Jahren (Statistisches Bundesamt 2018). Mit der Erhöhung des Alters zum Renteneintritt steigt auch die Verweildauer im Erwerbsleben. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts steigt mit zunehmendem Alter die Anzahl derer, die pro Altersklasse an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Während im Alter von 30-44 Jahren 30,1% der Frauen und 26,0% der Männer an mindestens einer chronischen Erkrankung leiden, sind es im Alter von 45-65 Jahre 48,1% der Frauen und 41,1% der Männer. Betrachtet man die Gesamtzahl chronisch kranker Menschen in der Zeitspanne von 2003 bis 2012, zeigt sich eine weitestgehend konstant gebliebene Anzahl chronisch kranker Frauen von durchschnittlich rund 42%. Die Anzahl chronisch kranker Männer ist in diesem Zeitraum von 35% auf 38% gestiegen. Nach vorgenommener Altersstandardisierung zeigte sich jedoch auch eine über die Jahre weitestgehend unveränderte Anzahl chronisch kranker Männer. Dieser Anstieg ist also der demographischen Alterung geschuldet (Robert Koch-Institut 2012).

Auch die Arbeitsbedingungen und -anforderungen haben sich nachhaltig gewandelt. Die Globalisierung und technische Fortschritte bringen neue Herausforderungen mit sich: Durch einen verstärkten Wettbewerb steigt die Konkurrenz, Prozesse zur Herstellung und Kommunikation werden beschleunigt. Ebenso steigen die Anforderungen an Erreichbarkeit und Mobilität der Beschäftigten, was die Grenze zwischen Freizeit und Arbeitsleben zunehmend verschwimmen lässt (GKV Spitzenverband 2018). Zudem werden unbefristete Beschäftigungsverhältnisse seltener, was eine zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit mit sich bringt (Robert Koch-Institut 2015). Durch Arbeitsschutzmaßnahmen, technische Neuerungen und Hilfsmittel sinken die Zahlen der Arbeitsunfälle und Berufserkrankungen. Ebenso werden auch Belastungen durch körperliche Arbeit von Arbeitnehmern subjektiv als geringer wahrgenommen (Beck und Lenhardt 2016). Im Gegenzug jedoch steigen psychische Belastungen. Der Krankheitsschwerpunkt wurde über die Jahre zunehmend verlagert (Hurrelmann et al. 2014). So fühlen sich beispielsweise über die Hälfte der in einer Studie befragten Erwerbstätigen durch ein sehr hohes Arbeitstempo (58%), Arbeiten unter Termindruck (55%) und komplexe Tätigkeiten (72%) psychisch belastet (Paoli und Merllié 2001; Parent-Thirion 2007). Vergleicht man diese Daten aus dem Jahr 2005 mit Daten aus dem

Jahr 2000, zeigt sich ein Anstieg derer, die sich durch die oben genannten Faktoren belastet fühlen (Lenhardt et al. 2010). Metaanalysen zeigen für bestimmte Belastungen wie beispielsweise eine hohe Arbeitsintensität, einen geringen Handlungsspielraum, Arbeitsplatzunsicherheit sowie geringer sozialer Unterstützung potentiell gesundheitsschädliche Auswirkungen (Rau 2015).

Die Bedeutung für den Arbeitgeber

Durch den demographischen Wandel und die sich verändernden Anforderungen an den Arbeitnehmer scheint es wichtiger denn je, die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit des Einzelnen zu erhalten. Durch das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) wird diese Aufgabe dem Arbeitgeber zugeschrieben. Konkrete Ansätze sollten in Abhängigkeit von den Eigenschaften und besonderen Gesundheitsgefahren des Unternehmens sowie der Beschäftigten gewählt werden. Folgende Ansatzpunkte sollen dem Erhalt und der Förderung der Beschäftigungsfähigkeit dienen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2018):

- Eine gesundheitsgerechte Organisation der Arbeit
- Persönliche Wertschätzung, Anerkennung, soziale Integration
- Vorsorge(-untersuchungen)
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Die gesundheitsgerechte Organisation der Arbeit ist bereits seit 1996 im Arbeitsschutzgesetz verankert. Auch eine persönliche Wertschätzung, Anerkennung und soziale Integration stellen keine neuen Werte dar. Im Gegensatz dazu wurden die Zielsetzung und Bedeutung arbeitsmedizinischer Vorsorge(-untersuchungen), die im Jahr 2008 in der Verordnung für arbeitsmedizinische Vorsorge (ArbMedVV) eine einheitliche rechtliche Grundlage erhielten, und die Betriebliche Gesundheitsförderung, die erst nach und nach Einzug in Unternehmen findet, in den vergangenen Jahren neu und differenzierter betrachtet. Mit dem Wandel der Arbeitswelt verändern sich also auch die Anforderungen und Pflichten, denen der Unternehmer in Verantwortung gegenüber seinen Arbeitnehmern nachkommen muss (Badura 2002).

1.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Der Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) wird in der Literatur häufig uneinheitlich für verschiedene gesundheitsbezogene Maßnahmen verwendet. Ebenso gibt es unterschiedliche Verständnisse für die Definition der einzelnen Bestandteile des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Im Folgenden soll der Begriff „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ erläutert und seine einzelnen Bestandteile genauer definiert werden, um ein einheitliches Verständnis zu schaffen. Der Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ wird nachfolgend, als ein Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, genauer erläutert.

Betriebliches Gesundheitsmanagement kann definiert werden als *„die Entwicklung integrierter Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“* (Badura et al. 1999). Dieser ganzheitliche Ansatz kann in vier Handlungsfelder unterteilt werden: Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalentwicklung und Betriebliches Eingliederungsmanagement (Kiesche 2013). Diese Handlungsfelder besitzen untereinander diverse Berührungspunkte und sind teilweise durch verschiedene Gesetze geregelt, sowie teilweise freiwillig. Ebenso gibt es Bereiche, die beispielsweise für den Arbeitgeber verpflichtend sind, für den Arbeitnehmer jedoch auf freiwilliger Basis beruhen. Insgesamt handelt es sich beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement um ein systematisches, auf das Unternehmen abgestimmtes Vorgehen (Bechmann et al. 2011).

1.4.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung hat seinen Ursprung in der Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986 und wurde beschrieben als ein Konzept, um *„Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“* (World Health Organization 1986). Der Begriff der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde durch die Luxemburger Deklaration folgendermaßen definiert: *„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle allgemeinen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“* Dabei sollen die

Maßnahmen „*Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen*“, „*Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung*“ sowie „*Stärkung persönlicher Kompetenzen*“ verknüpft werden (ENWHP 2007). Das Angebot Betrieblicher Gesundheitsförderung ist für den Arbeitgeber, ebenso wie die Inanspruchnahme durch den Arbeitnehmer, freiwillig.

Finanzierung

Neben dem Arbeitgeber stellen die gesetzlichen Krankenkassen den Hauptakteur in der Finanzierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Die Unterstützung durch die Krankenkassen wird durch §20b im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt, ebenso wie die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für Prävention und Gesundheitsförderung lagen im Jahr 2017 bei 519 Millionen Euro, wobei davon 153 Millionen für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten (im Sinne des §20a SGB V), 158 Millionen für die Betriebliche Gesundheitsförderung und 208 Millionen für individuelle Präventionsangebote investiert wurden. Daraus ergibt sich ein Anteil von rund 30% der Gesamtausgaben für die Betriebliche Gesundheitsförderung. Verglichen mit dem Vorjahr stiegen die Ausgaben für die Betriebliche Gesundheitsförderung um 6,4%. Es konnten 35% mehr Betriebe und 29% mehr Beschäftigte als im Vorjahr erreicht werden. Neben den Krankenkassen sind allerdings auch diverse weitere Akteure in der Finanzierung denkbar. Im Jahr 2017 wurden 39% aller Aktivitäten im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung durch weitere Akteure gefördert. Ressourcen wurden beispielsweise von gewerblichen Anbietern und Unternehmen (52%), Betriebsärzten (28%), sowie dem Unfallversicherungsträger (24%) eingebracht (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2018).

1.4.2 Arbeits- und Gesundheitsschutz

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz (im Folgenden kurz „Arbeitsschutz“ genannt) beinhaltet primärpräventive Maßnahmen und stellt einen besonders bedeutsamen Zweig des Betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Deshalb gibt es hier eine Reihe an gesetzlichen Vorschriften, die sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer als verpflichtend gelten. Für den Arbeitsschutz relevante Bestimmungen finden sich im

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) sowie in der Verordnung für arbeitsmedizinische Vorsorge (ArbMedVV). Die Aufgaben der Unfallversicherungsträger werden im Siebten Sozialgesetzbuch (SGB VII) geregelt.

Das Arbeitsschutzgesetz schreibt „[...] Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“ vor (§2 Abs. 1 ArbSchG). Ziel sind die Sicherheit und der Gesundheitsschutz der Beschäftigten. Hierbei gilt es für den Arbeitgeber, unter Berücksichtigung der Umstände (§3 Abs. 1 ArbSchG), Gefährdungen zu vermeiden (§4 Abs. 1 ArbSchG). Maßnahmen hierfür sind unter anderem die Beurteilung von Arbeitsbedingungen und Gesundheitsgefahren (§5 Abs. 1 ArbSchG) sowie die Dokumentation der Beurteilung, der ergriffenen Maßnahmen und der Ergebnisse der Überprüfung (§6 Abs. 1 ArbSchG). Auch Beschäftigte sind verpflichtet, durch die Einhaltung von Regeln für ihre eigene Gesundheit Sorge zu tragen (§15 Abs. 1 ArbSchG). Abgeleitet von den Ergebnissen der Gefährdungsbeurteilung hat der Arbeitgeber auch für angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge(-untersuchungen) zu sorgen. Hierfür soll ein Betriebsarzt beauftragt werden, der diese Vorsorge während der Arbeitszeit der Beschäftigten durchführt (§3 Abs. 1-3 ArbMedVV). Unterschieden wird hierbei in eine Pflichtvorsorge, die vom Arbeitgeber veranlasst und vom Arbeitnehmer wahrgenommen werden muss; eine Angebotsvorsorge, die vom Arbeitgeber angeboten werden muss und vom Arbeitnehmer wahrgenommen werden kann; sowie eine Wunschvorsorge, die vom Arbeitgeber ermöglicht werden muss und vom Arbeitnehmer wahrgenommen werden kann.

1.4.2.1 Akteure im Arbeitsschutz

Arbeitgeber:

Die Verantwortung für die Organisation eines angemessenen Arbeitsschutzes liegt beim Arbeitgeber. Dieser hat Gefährdungen zu vermeiden, zu beurteilen und Maßnahmen daraus abzuleiten (§§4f ArbSchG). Ebenso trägt er die Verantwortung für die Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes und einer Fachkraft für Arbeitssicherheit (§1ASiG) und hat für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge zu sorgen (§3 ArbMedVV).

Betriebsarzt (vgl. ASiG, erster Abschnitt):

Ein Betriebsarzt muss vom Arbeitgeber bestellt werden. Dieser hat erforderliche Aufgaben zur Unfallverhütung und zum Arbeitsschutz zu erfüllen. Die Erforderlichkeit richtet sich dabei nach den möglichen Arbeits- und Gesundheitsgefahren und den Eigenschaften der Beschäftigten. Die Einsatzzeit im Unternehmen wird bestimmt von der Anzahl der Beschäftigten und vom Ausmaß der Gesundheitsgefahren. Im Jahr 2015 wurde das mögliche Handlungsspektrum des Betriebsarztes durch die Erweiterung des SGB V um das Präventionsgesetz (PrävG) ausgeweitet. Der Fokus dieser Erweiterung liegt hauptsächlich auf der Durchführung von Schutzimpfungen und erweiterten Gesundheitsuntersuchungen, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden können.

Fachkraft für Arbeitssicherheit (vgl. ASiG, zweiter Abschnitt):

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit trägt die Qualifikation Sicherheitsingenieur, -techniker oder -meister und ist bei Erforderlichkeit hinsichtlich Gesundheits- und Unfallgefahren vom Arbeitgeber zu bestellen. Diese Fachkraft hat die Aufgabe, den Arbeitgeber bezüglich Gesundheitsgefahren zu beraten und die Arbeitsbedingungen zu beurteilen. Das Gesetz schreibt eine Zusammenarbeit zwischen dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit vor. Der Umfang der Einsatzzeit richtet sich ebenfalls nach der Anzahl der Beschäftigten und den Gesundheitsgefahren.

Sicherheitsbeauftragter (vgl. SGB VII, §22):

Ab einer Anzahl von 20 Mitarbeitern hat das Unternehmen einen Sicherheitsbeauftragten zu bestellen. Die Anzahl der nötigen Sicherheitsbeauftragten richtet sich nach den Gesundheitsgefahren, nach der Anzahl der Beschäftigten und den Strukturen des Unternehmens. Ein Sicherheitsbeauftragter hat in räumlicher, zeitlicher und fachlicher Nähe zu den übrigen Mitarbeitern zu arbeiten, um Gesundheitsgefahren frühzeitig zu erkennen und zu melden (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2013).

Die oben genannten Akteure haben einen sogenannten Arbeitsschutzausschuss (vgl. §11, ASiG) zu bilden. Ab einer Anzahl von 20 Mitarbeitern ist die Bildung eines Arbeitsschutzausschusses vorgeschrieben. Dieser wird gebildet aus dem Arbeitgeber,

zwei Mitgliedern der Personalvertretung, dem Betriebsarzt, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem / den Sicherheitsbeauftragten. Der Arbeitsschutzausschuss muss mindestens einmal in drei Monaten zusammentreten und ist für die Beratung bezüglich des Arbeitsschutzes zuständig.

1.4.2.2 Das Unternehmermodell

Das Unternehmermodell (vgl. DGUV Vorschrift 2, Anlage 3) stellt ein bedarfsorientiertes Konzept dar, das insbesondere auf Unternehmen mit 10-30, je nach Berufsgenossenschaft aber auch auf Unternehmen mit bis zu 50 Mitarbeitern, ausgerichtet ist. Dieses Konzept beinhaltet Informationen und Fortbildungen für den Arbeitgeber, sowie die Inanspruchnahme eines Betriebsarztes oder einer Fachkraft für Arbeitssicherheit bei Bedarf (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2011).

1.4.2.3 Überwachung des Arbeitsschutzes

Beratung und Überwachung des Arbeitsschutzes sind gemäß dem Arbeitsschutzgesetz (vgl. ArbSchG, sechster Abschnitt) in Deutschland eine staatliche Aufgabe und haben durch die zuständige Landesbehörde in enger Zusammenarbeit mit dem Unfallversicherungsträger zu erfolgen. Der Arbeitgeber hat hierbei eine Auskunftspflicht und muss eine Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung und der daraus ergriffenen Maßnahmen auf Aufforderung vorlegen. Bei Bedarf können Maßnahmen durch die zuständige Behörde verordnet werden. Verstöße können mit Bußgeldern, Geld- oder Freiheitsstrafen geahndet werden. Ordnungswidrig handelt nach §10 der ArbMedVV, wer keine arbeitsmedizinische Vorsorge(-untersuchung) durchführt oder keine ordnungsgemäße Vorsorgekartei führt. Die zuständigen Behörden unterscheiden sich in den einzelnen Bundesländern. In Baden-Württemberg handelt es sich bei den staatlichen Behörden um das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau in Stuttgart; das Ministerium für Umwelt, Klima und Energiewirtschaft in Stuttgart sowie um die Abteilung Umwelt der Regierungspräsidien Stuttgart, Tübingen, Karlsruhe und Freiburg (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2019).

1.4.3 Personalentwicklung

Der technische Fortschritt und die Digitalisierung stellen sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer vor neue Herausforderungen. Diese Veränderung der Arbeitswelt erfordert die ständige Anpassung und Erweiterung von Wissen und Kompetenzen (Stettes 2016). Hier setzen die Maßnahmen der Personalentwicklung an. Durch eine strategische und systematische Förderung sollen Kompetenzen gefördert (Ryschka 2011) und die Mitarbeiterbindung an das Unternehmen gesteigert (Marahrens 2015) werden. Durch Maßnahmen der Personalentwicklung können Handlungskompetenzen gestärkt und Arbeitsbelastungen reduziert werden (Zimber et al. 2010). Somit dienen diese Maßnahmen auch der Reduktion potenziell gesundheitsgefährdender Belastungen. Der Einsatz von Maßnahmen aus der Personalentwicklung stieg in den letzten Jahren leicht. Als häufigstes Instrument kamen Mitarbeitergespräche zum Einsatz (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016).

1.4.4 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist seit dem Jahr 2004 im Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) verankert. Ist ein Arbeitnehmer innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig erkrankt, muss der Arbeitgeber gemäß §167 SGB IX Maßnahmen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement treffen. Hierbei sind keine konkreten Maßnahmen vorgeschrieben, jedoch sind die Ziele dieser Maßnahmen folgendermaßen definiert: Die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit, die Vorbeugung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit, sowie der Erhalt des Arbeitsplatzes. Falls es notwendig ist, soll ein Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen werden. Voraussetzung zur Einleitung eines solchen Verfahrens ist die Zustimmung des betroffenen Arbeitnehmers, die freiwillig ist. Des Weiteren hat der Arbeitgeber dem Betroffenen Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen und Unterweisungen anzubieten, um eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen (§84, SGB IX). Auch außerbetriebliche Akteure spielen eine Rolle. Wichtig zu nennen sind hier die gesetzlichen Krankenkassen, die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung. Integrationsämter haben die Aufgabe, Betriebe über Betriebliches Eingliederungsmanagement zu informieren (Knoche und Sochert 2013). Außerdem können diese, ebenso wie Rehabilitationsträger, Prämien oder Bonuszahlungen für Betriebliches Eingliederungsmanagement an Arbeitgeber leisten.

1.5 Bisherige Studien

Prävention im Betrieb wird ein Nutzen sowohl für den Arbeitgeber, als auch für den Arbeitnehmer zugeschrieben (Badura et al. 1999). Hierbei werden positive Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit des Arbeitnehmers und eine Senkung der Kosten durch eine Reduktion von Fehlzeiten für den Arbeitgeber beschrieben (Bräunig et al. 2015). Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass die Anzahl der Unternehmen, die Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements anbieten, steigt (Beck und Lenhardt 2016; Holleederer und Wießner 2015; Matyssek 2012). Diverse Studien beschäftigten sich bereits mit der Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement, sowie mit der Identifizierung von Einflussfaktoren darauf. Als wichtigster Einflussfaktor zeigte sich die Betriebsgröße. Die Mehrheit der bisherigen Studien bestätigte, dass größere Betriebe signifikant häufiger Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements anbieten. Dementsprechend findet sich eine geringere Umsetzung in kleinen Unternehmen. (Schaefer et al. 2016; Podniece und Hassard 2012; Bechmann et al. 2011). Speziell in Unternehmen mit weniger als 50 Mitarbeitern finden sich auch Defizite bezüglich der Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Beck 2011). Hinsichtlich der Bedeutung weiterer Einflussfaktoren fanden sich jedoch heterogenere Ergebnisse. Durch einige Studien als Einflussfaktoren identifiziert wurden die Branchenzugehörigkeit, das Bestehen einer Beschäftigtenvertretung, die Beauftragung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, eines Betriebsarztes und die Beschäftigung eines Gesundheitskoordinators (Faller 2018). Auch dem Standort des Unternehmens wird eine Bedeutung zugeschrieben. Unter den in einer Studie befragten Unternehmen gaben 47% der Unternehmen aus den neuen Bundesländern an, BGM Maßnahmen anzubieten, während in Westdeutschland nur 33% der befragten Unternehmen angaben, BGM Maßnahmen anzubieten. Ebenso existieren Studien zu Motiven und Hemmnissen für die Einführung von BGM. Als Motive wurden beispielsweise die Verantwortung gegenüber dem Mitarbeiter, die Unterstützung durch die Krankenkassen und hohe Fehlzeiten durch Krankheiten genannt. Als Hemmnisse berichtet wurden beispielsweise der Vorrang des Tagesgeschäfts, mangelnde personelle und finanzielle Ressourcen, sowie fehlendes Wissen zur Implementierung von BGM. Die Angabe der vorrangigen Hürden

unterschied sich jedoch zwischen kleinen und großen Unternehmen. Während kleinere Unternehmen mit 50-99 Mitarbeitern als vorrangige Hürde das Fehlen von Wissen zum Angebot und zur Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen angaben, fanden sich bei Unternehmen mit 200-499 Mitarbeitern die hauptsächlichen Hürden im Vorrang des Tagesgeschäfts und in der Finanzierung. Auch hinsichtlich erwünschter Hilfestellungen fanden sich unterschiedliche Angaben. Diese Angaben unterschieden sich in Betrieben unterschiedlicher Größe und in Betrieben unterschiedlicher regionaler Standorte, wobei Vergleiche zwischen Unternehmen in neuen Bundesländern und in Westdeutschland angestellt wurden (Bechmann et al. 2011).

1.6 Landkreis Reutlingen als Ort der Befragung

Als Örtlichkeit für die dieser Studie zu Grunde liegenden Befragung wurde der Landkreis Reutlingen gewählt. Charakteristika und Besonderheiten dieses Landkreises sollen im Folgenden erläutert werden.

Der Landkreis Reutlingen liegt in Baden-Württemberg nahe der Landeshauptstadt Stuttgart am Fuße der Schwäbischen Alb. Der Landkreis hat 279.000 Einwohner (Stand Ende 2015) und verfügt über mehrere Besonderheiten: In der wirtschaftsstarken Region haben neben traditionellen Handwerksunternehmen auch weltweit bekannte große Unternehmen ihren Standort (Landratsamt Reutlingen 2019). Insbesondere zeichnet sich Reutlingen durch seine wirtschaftliche und soziale Stärke aus. Mit 3,7% lag die Arbeitslosigkeit in Reutlingen im Jahr 2015 deutlich unter dem deutschen Durchschnitt (6,4%), das monatliche Einkommen pro Haushalt lag bei 1946 Euro (deutscher Durchschnitt 1787 Euro) und auch die Lebenserwartung lag mit 82,69 Jahren knapp zwei Jahre über dem deutschen Durchschnitt (80,89 Jahre) (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2018). Im Jahr 2012 hielt ein besonderes Konzept der Gesundheitsförderung Einzug in den Landkreis Reutlingen. Mit dem Ziel der Prävention in Lebenswelten (nach SGB V §20a) wurden Gemeinden zu sogenannten „Gesunden Gemeinden“ zertifiziert. Eine Gesunde Gemeinde zeichnet sich beispielsweise durch die besondere Stellung der Gesundheit in dieser Gemeinde und durch die Schaffung von Netzwerken und Ansprechpartnern für Gesundheit aus. Sieben der 26 Städte und Gemeinden des Landkreises Reutlingen waren zum Zeitpunkt der Befragung bereits zertifiziert oder befanden sich im Zertifizierungsprozess. Dieser Landkreis zeichnet sich

also nicht nur durch seine überdurchschnittliche wirtschaftliche Situation aus, sondern auch durch die besondere Beachtung von Gesundheitsförderung. Die Auswahl des Landkreises Reutlingen als Ort dieser Befragung wurde unter folgender Annahme getätigt: Zeigt sich die Umsetzung gesundheitsbezogener Angebote in diesem überdurchschnittlichen Landkreis als schwach oder gar defizitär, kann darauf geschlossen werden, dass die Umsetzung in anderen Regionen Deutschlands mindestens genau so schwach oder schwächer ist. Im Gegenzug dazu lässt sich jedoch eine ausreichende oder gute Umsetzung nicht automatisch auf Deutschland im Allgemeinen übertragen.

1.7 Ziel der Studie

Ziel der Studie war es, die Umsetzung betrieblicher gesundheitsbezogener Maßnahmen zu erheben, die den oben genannten vier Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Kiesche 2013) zuzuordnen sind. Die Erhebung sollte den Status quo in den Betrieben möglichst scharf, ganzheitlich und differenziert abbilden. Ein besonderer Fokus lag hierbei auch auf der Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben in den Bereichen Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement. Diese Studie sollte neben der Erfassung des aktuellen Standes und möglicher Einflussfaktoren auch zur Klärung möglicher Potenziale bezüglich einer Erweiterung der bereits angebotenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen dienen. Als Indikatoren hierfür sollten sowohl die Zufriedenheit mit der aktuellen Umsetzung als auch die konkrete Erfragung einer möglichen Bereitschaft zur Unterstützung der Einführung einzelner Maßnahmen dienen.

2 Methoden

2.1 Studiendesign

Bei dieser Studie handelte es sich um eine Querschnittsstudie. Die hier gewählte quantitative Befragung diente der Erfassung von Häufigkeiten und Einflussgrößen (Held 2010). Es handelte sich also um einen explorativen Forschungsansatz mit dem Ziel, Beziehungen zu erkennen und zu evaluieren (Röhrig et al. 2009).

2.2 Studienpopulation

Ziel war es zunächst, alle Unternehmen ab 20 Mitarbeitern im Landkreis Reutlingen zu befragen. Der Adressdatensatz der Handwerksbetriebe wurde durch die Handwerkskammer Reutlingen bereitgestellt (N=277). Der für diese Studie zur Verfügung gestellte Datensatz war bereits pseudonymisiert. Ebenfalls enthalten waren folgende Zusatzinformationen: Die Betriebsgröße, eingeteilt in fünf Gruppen (10-50, 51-100, 101-200, 201-500 und >500 Mitarbeiter), sowie die jeweilige Branche des Unternehmens. Entsprechend beinhaltete dieser Datensatz alle Unternehmen ab zehn Mitarbeitern. Die Adressen der Nicht-Handwerksbetriebe wurden bei der Firma Creditreform käuflich erworben (N=632). Hierbei handelte es sich um Unternehmen ab 20 Mitarbeitern. Auch dieser Datensatz beinhaltete weitere Zusatzinformationen: Den Namen eines Ansprechpartners inklusive dessen Stellung im Unternehmen (beispielsweise Geschäftsführer, Inhaber oder Vorstand), Adressen, Kontaktdaten, die Mitarbeiterzahl, den letzten Jahresumsatz sowie die Branche. Dieser Adressdatensatz wurde durch die Doktorandin pseudonymisiert, d.h. Adressen und Firmennamen wurden getrennt von Zusatzinformationen aufbewahrt.

Insgesamt 909 Unternehmen erhielten einen Fragebogen. Da drei Fragebögen nicht zustellbar waren, ergab sich eine Studienpopulation von N = 906. Die Anzahl der befragten Unternehmen, aufgelistet nach Mitarbeiterzahl, findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Anzahl der befragten Betriebe (Betriebsgröße und Mitarbeiterzahl)

	Mitarbeiterzahl				
	10-50	51-100	101-200	201-500	>500
Anzahl befragte Betriebe	570	159	89	62	26

2.3 Fragebogenentwicklung

Mitarbeiter

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte in gemeinsamer Arbeit durch Frau Prof. Dr. Monika A. Rieger (Ärztliche Direktorin, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen), Herrn Dr. Achim Siegel (Leiter der Studie, Leiter Forschungsschwerpunkt Gesundheitsversorgung für Menschen im Erwerbsalter am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen) und Aileen Hoge (Medizinstudentin und Doktorandin).

Grundlagen

Die Erstellung des weitgehend standardisierten Fragebogens erfolgte im Zeitraum Februar 2017 bis Juli 2017, basierend auf aktueller Literatur (Rieger et al. 2016) sowie auf Studien, die sich bereits mit ähnlichen Themenkomplexen befasst haben. Bei diesen Studien handelte es sich sowohl um externe Studien (Bechmann et al. 2011; Knoche und Sochert 2013), als auch um ähnliche Befragungen, die bereits durch das Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung durchgeführt wurden. Insbesondere diente eine im Jahr 2015 durchgeführte Befragung im Landkreis Konstanz als Grundlage für die Erhebung der in den Unternehmen angebotenen Maßnahmen (Michaelis und Rieger 2017). Ziel der dieser Studie zugrundeliegenden Befragung war es, ein möglichst ganzheitliches Bild über den Stand des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Betrieben zu gewinnen. Darüber hinaus sollten aber auch subjektive Aspekte, wie die Zufriedenheit oder Einstellungen zu ausgewählten Aussagen zu Themen aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement, erhoben werden. Hierfür wurde ein explorativer Forschungsansatz gewählt.

Inhalt des Fragebogens

Der siebenseitige Fragebogen beinhaltete folgende Themenkomplexe:

Frage 1-6: Durchführung von ausgewählten Maßnahmen in den letzten zwei Jahren in den Bereichen

- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Personalentwicklung

- Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Weitere Elemente des Betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Sonstige präventive Maßnahmen

Frage 7: Zufriedenheit mit dem aktuellen Stand in den Bereichen Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz, Personalentwicklung und Betriebliches Eingliederungsmanagement

Frage 8: Haltungen zu 26 verschiedenen Aussagen zu den Themenbereichen Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement, sowie zu Aussagen zur Einstellung zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement

Frage 9: Bereitschaft zur Bereitstellung von Räumen des Unternehmens, Arbeitszeit und finanziellen Mitteln zur Durchführung ausgewählter präventiver Maßnahmen

Frage 10: Soziodemographische Daten der ausfüllenden Person und Strukturdaten zum Betrieb

- Geschlecht
- Alter
- Stellung im Betrieb
- Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes / einer Fachkraft für Arbeitssicherheit / eines Sicherheitsbeauftragten
- Teilnahme am Unternehmermodell
- Betriebsgröße
- Branche (Statistisches Bundesamt 2008)
- Lage des Unternehmens in einer „Gesunden Gemeinde“

Für die Durchführung von ausgewählten Maßnahmen in den oben aufgeführten Bereichen (Frage 1-6) wurde eine verbalisierte Ordinalskala gewählt. Die Antwortmöglichkeiten auf die Frage, ob eine Maßnahme in den letzten zwei Jahren im Unternehmen stattgefunden hat, lauteten: 2 = „ja“, 1 = „nein, aber in konkreter Planung“ und 0 = „nein“. Für alle sechs Kategorien wurde mit einem Freitextfeld („sonstiges“) Raum für nicht aufgelistete Maßnahmen geboten, um ein vollständiges Bild zu erhalten.

Die Zufriedenheit (Frage 7) wurde mit einer 4-stufigen Likert-Skala (3 = „sehr zufrieden“, 2 = „eher zufrieden“, 1 = „eher unzufrieden“ und 0 = „sehr unzufrieden“) erfragt.

Zur Erfassung der Haltungen (Frage 8) wurden 26 verschiedene Aussagen zum Thema BGM aufgelistet (beispielsweise „Unternehmen müssen arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren der Beschäftigten vermeiden“). Diese Aussagen wurden teils von bereits aus anderen Studien bekannten Motiven und Hemmnissen zur Einführung von BGM (Bechmann et al. 2011) abgeleitet und teils basierend auf eigenen Ideen formuliert. Auch hier wurde ebenfalls eine 4-stufige Likert-Skala (3 = „stimme voll und ganz zu“, 2 = „stimme eher zu“, 1 = „stimme eher nicht zu“ und 0 = „stimme überhaupt nicht zu“) verwendet.

Zusätzlich wurde hier die Antwortmöglichkeit „weiß ich nicht“ aufgelistet. Empfehlungen zufolge sollte die Entscheidung, eine nicht-inhaltliche Kategorie anzubieten, unter anderem von der Zielgruppe abhängig gemacht werden (Menold und Bogner 2015). Da bei dieser Befragung davon auszugehen war, dass der Fragebogen neben Geschäftsführern beispielsweise auch von Mitgliedern der Personalabteilung ausgefüllt wird, diente diese zusätzliche Kategorie der Vermeidung möglicher falscher Antworten durch Personen, die sich zur erfragten Thematik noch keine Meinung bilden konnten. Dadurch sollte die Datenqualität verbessert und die Anzahl fehlender Werte reduziert werden.

Zur Bewertung der Finanzaspekte für verschiedene präventive Maßnahmen (Frage 9) konnte zwischen „ja“ und „nein“, jeweils für die Bereitstellung von Räumen des Unternehmens und Arbeitszeit, gewählt werden. Zudem wurde erfragt, ob die jeweilige Maßnahme durch Beschäftigte, die Krankenkasse, oder das Unternehmen finanziert werden soll. Hier waren Mehrfachantworten möglich.

Für die Angabe der Branchenzugehörigkeit wurde zusätzlich ein Freitextfeld bereitgestellt, in dem eine genaue Spezialisierung angegeben werden konnte.

Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang (S. 80-86).

Pretest

Am 25.04.2017 wurde durch Herrn Dr. Siegel bei einer Fortbildung für Personalreferenten aus Unternehmen der Metall- und Elektroindustrie in Freiburg ein Pretest durchgeführt. Dieser bestand aus dem Ausfüllen des vorläufigen Fragebogens, sowie aus einer anschließenden Diskussion mit dem Plenum der Ausfüllenden über den Inhalt und die Verständlichkeit der Fragen und Antwortmöglichkeiten. Ebenfalls

diskutiert wurde die Frage, an wen das Ausfüllen der Fragebögen in den teilnehmenden Betrieben am besten delegiert werden sollte. Die Teilnehmerzahl des Pretests betrug N=24. Relevante Anmerkungen, die nach dem Pretest im Fragebogen umgesetzt wurden, waren:

- Änderung der Formatierung: Ging eine Frage über zwei Seiten, wurden die Erklärungen der Antwortmöglichkeiten auf der nächsten Seite nochmals abgedruckt.
- Bei verneinten Aussagen wurde „nicht“ unterstrichen.
- In den Haltungsfragen wurde zwischen Impfungen gegen arbeitsbezogene Erkrankungen, Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen und Impfungen bei Privatreisen differenziert.
- Frage zur Bereitschaft zur Finanzierung ausgewählter Maßnahmen: Übersichtlichere Gestaltung dieser Frage, Aufnahme der Option „keine der genannten Antwortmöglichkeiten trifft zu“.
- Das Anschreiben, das später mit dem Fragebogen an die Betriebe verschickt wurde, wurde zunächst an die Geschäftsführung gerichtet; diese wurde jedoch gebeten, den Fragebogen zum Ausfüllen an die Personalabteilung weiterzuleiten, falls eine solche existierte.

Als Antwortmöglichkeiten für die Bereitschaft zur Finanzierung ausgewählter präventiver Maßnahmen (Frage 9) waren Kombinationsantwortsets vorgegeben (z.B. „der Unternehmer bezahlt das Angebot, das außerhalb der Arbeitszeit stattfindet“). Da diese Darstellung von vielen Pretest-Teilnehmern als zu kompliziert bewertet wurde, erfolgte eine Aufteilung in zwei Spalten („Nutzung von Arbeitszeit“, „Keine Nutzung von Arbeitszeit“). In der zutreffenden Spalte konnte die Kostenübernahme der Maßnahme gewählt werden. Da die Darstellung dieser Frage komplett überarbeitet wurde, wurde hierfür erneut ein Pretest durchgeführt. Die Teilnehmer (N=6) waren Geschäftsführer von Unternehmen unterschiedlicher Branchenzugehörigkeit aus Kleinstunternehmen im Landkreis Reutlingen. Trotz der nach dem ersten Pretest erfolgten Überarbeitung wurde die Fragestellung in diesem zweiten Pretest als zu kompliziert bewertet. Zudem wurde Unklarheit bei der Anzahl der zu setzenden Kreuze angegeben. Daraufhin wurde die Fragestellung erneut komplett überarbeitet. Über die Bildung von drei Spalten konnte für jede präventive Maßnahme nun separat gewählt

werden, ob die Maßnahme in Räumen des Unternehmens oder in der Arbeitszeit stattfinden soll („ja“, „nein“), sowie durch wen die Maßnahme finanziert werden soll („Beschäftigter“, „Krankenkasse“, „Unternehmen“).

2.4 Durchführung der Studie

906 Betriebe im Landkreis Reutlingen erhielten einen siebenseitigen, in Farbe gedruckten, DIN-A4-Fragebogen. Der Versand der Fragebögen an die Handwerksbetriebe erfolgte Mitte Juli 2017. Die Handwerkskammer übermittelte die Adressen zu den zugehörigen Pseudonymen direkt an die Druckerei, um den Datenschutz zu wahren. Aufgrund einer Verzögerung des Erhalts der Adressen erfolgte der Versand an Nicht-Handwerksbetriebe leicht zeitversetzt Anfang August 2017. Die Übermittlung der Adressen dieser Unternehmen wurde selbst durchgeführt. Durch die vorausgegangene Pseudonymisierung und die getrennte Übermittlung von Pseudonymisierungs-codes und Adressen waren auch hier im Rahmen der Datenauswertung keine Rückschlüsse auf einzelne Unternehmen möglich. Jeder Brief beinhaltete einen Fragebogen, ein Anschreiben, eine einseitige Information zur Studie, sowie einen vorfrankierten DIN-A5-Rückumschlag, der an das Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung adressiert war. Druck und Versand wurden durch die Druckerei Maier in Rottenburg durchgeführt. Durch die Unterzeichnung einer Datenschutzerklärung durch die Druckerei sowie durch die getrennte Aufbewahrung von Adressen und Firmennamen von zusätzlichen Informationen zu den Unternehmen, wurde der Datenschutz zu jedem Zeitpunkt gewahrt. Alle Unternehmen erhielten zwei beziehungsweise drei Wochen nach Aussendung des Fragebogens ein Erinnerungsschreiben, um den Rücklauf zu erhöhen. Die Eingabe der Daten erfolgte im Zeitraum Mitte Juli bis Anfang November 2017 durch die Doktorandin im Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung in Tübingen.

Anschreiben

Das Anschreiben an die Handwerksbetriebe wurde durch die Handwerkskammer Reutlingen erstellt. Es beinhaltete die Empfehlung der Handwerkskammer zur Teilnahme an dieser Studie. Das Anschreiben für Nicht-Handwerksbetriebe wurde selbst erstellt.

Neben einer kurzen Skizzierung der Studie beinhaltete es die Aufforderung, den Fragebogen nicht nochmals auszufüllen, falls das schon im Rahmen des Versands der Fragebögen durch die Handwerkskammer geschehen sein sollte. Alle Anschreiben waren personalisiert und an Geschäftsführer adressiert. Das Anschreiben befindet sich im Anhang (S. 87 und 88).

Information zur Studie

Das Informationsblatt beinhaltete die Vorstellung des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, eine kurze Erläuterung der Studie, Informationen zum Ausfüllen und zum Rückversand des Fragebogens sowie Informationen zum Datenschutz. Zudem wurde eine Emailadresse für mögliche Rückfragen angegeben. Die zum Ausfüllen des Fragebogens benötigte Zeit wurde hier mit 15-20 Minuten angegeben. Geschäftsführer wurden gebeten den Fragebogen zum Ausfüllen an eine Personalabteilung weiterzuleiten, falls eine solche existierte. Ebenso beinhaltete dieses Schreiben die Bitte, den Fragebogen innerhalb von 14 Tagen zurückzusenden. Die Information zur Studie befindet sich im Anhang (S. 89).

Erinnerungsschreiben

Alle Unternehmen erhielten, ungeachtet der Tatsache, ob sie bereits einen Fragebogen zurückgesendet hatten, ein Erinnerungsschreiben. Dieses enthielt ein einseitiges Schreiben zur Erinnerung an den Rückversand des Fragebogens. Zudem waren in dem Brief nochmals die Information zur Studie, der Fragebogen, sowie ein vorfrankierter Rückumschlag enthalten. Die Betriebe wurden darauf hingewiesen, den Fragebogen, im Falle einer bereits erfolgten Teilnahme an der Studie, nicht nochmals auszufüllen. Das Erinnerungsschreiben für die Handwerksbetriebe wurde durch die Handwerkskammer verfasst und zwei Wochen nach der ersten Aussendung versandt. Das Erinnerungsschreiben für die Nicht-Handwerksbetriebe wurde selbst verfasst und wurde aufgrund der Sommerferien, die in diesen Zeitraum fielen, drei Wochen nach der ersten Aussendung versandt. Ziel dieses Erinnerungsschreiben war es, den Rücklauf zu erhöhen. Das Erinnerungsschreiben befindet sich im Anhang (S. 90 und 91).

Finanzierung der Studie

Die Studie wurde aus Eigenmitteln finanziert. Das Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen erhält eine institutionelle Förderung durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall).

Ethikvotum und Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung

Die Einholung eines Ethikvotums war aufgrund der Auskunft der Ethik-Kommission am Universitätsklinikum Tübingen vom 25. November 2014 (Projekt-Nummer 697/2014VF) nicht erforderlich. Im Anschreiben wurde auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung hingewiesen.

2.5 Datenverarbeitung

2.5.1 Dateneingabe

Die Auswertung der Daten wurde mithilfe der Statistiksoftware SPSS 24 für Windows durchgeführt. Zunächst wurden die Daten numerisch kodiert in eine SPSS-Datenmatrix eingegeben. Alle versendeten Fragebögen wurden vor dem Versand mit einer fortlaufenden Nummer versehen. Dieser Pseudonymisierungscode wurde zusätzlich zu den erhobenen Daten gespeichert, um eine Non-Responder Analyse möglich zu machen und doppelt zurück gesendete Fragebögen zu identifizieren. Dadurch konnten acht Fragebögen als doppelt identifiziert werden. In all diesen Fällen wurde der Fragebogen, dessen Angaben weniger fehlende Werte aufwies, in die Auswertung miteinbezogen. Teilnehmende und nicht-teilnehmende Betriebe wurden hinsichtlich ihrer Betriebsgröße miteinander verglichen. Hierfür wurden zunächst die exakt angegebenen Mitarbeiterzahlen der Nicht-Handwerksbetriebe in die von der Handwerkskammer angegebenen Größengruppierungen umkodiert, um zwei vergleichbare Datensätze zu schaffen. Sowohl fehlende als auch nicht den Vorgaben entsprechende und damit nicht auswertbare Angaben wurden als fehlende Werte kodiert. Insgesamt N=21 Betriebe gaben zwei Branchenzugehörigkeiten an. In diesen Fällen wurde mit der Branche gearbeitet, die entsprechend der Angabe im zugehörigen Freitextfeld als passender erachtet wurde.

2.5.2 Datenanalyse

Die Auswertung der erhobenen Daten wurde durch Aileen Hoge und Anna Ehmann (M. sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen), unterstützt durch Dr. Achim Siegel und Prof. Dr. Monika A. Rieger, durchgeführt.

In den Fragen 1-6 (Umsetzung von Maßnahmen in verschiedenen Bereichen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements) wurden jeweils unterschiedliche Anzahlen an gesundheitsbezogenen Maßnahmen aufgelistet. Um die Umsetzung dieser aufgelisteten Maßnahmen zu quantifizieren und die Untersuchung von Zusammenhängen zu erleichtern, wurde jeweils für alle in den Fragen 1-6 erfragten Bereiche ein Score berechnet, der als Maß für die Umsetzung dienen sollte. Dieser ergab sich aus den vergebenen Punkten für die jeweiligen Antworten auf die Frage der aktuellen Implementierung der verschiedenen im Fragebogen aufgeführten Maßnahmen. Hierbei entsprachen 0 Punkte der Antwort „nein“, d.h. keiner Implementierung, 1 Punkt der Antwort „nein, aber in konkreter Planung“ und 2 Punkte der Antwort „ja“, d.h. der Implementierung der Maßnahme in den letzten zwei Jahren.

Aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der aufgeführten Items in den Fragen 1-6 wurde der berechnete Score für alle vier Bereiche durch die Formel

$$(\text{Item}(1)+\text{Item}(2)+\text{Item}(3)\dots+\text{Item}(n)) \times 10/2n$$

auf einen Wertebereich von 0-10 genormt. Hierbei entsprach ein Score von 0 der Umsetzung von keinerlei aufgeführten Maßnahmen in einem erfragten Bereich, während ein Score von 10 der Umsetzung aller aufgeführten Maßnahmen in einem Bereich entsprach. Voraussetzung für die Berechnung eines Scores war maximal ein fehlender Wert im jeweiligen Bereich. Um eine genauere deskriptive Analyse der Scores durchführen zu können, wurden zusätzlich Quartile berechnet.

Um eine Beurteilung zur Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen vornehmen zu können, wurden in den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement einzelne Maßnahmen als gesetzlich verpflichtend eingestuft. Diese Einstufung wurde anhand von verschiedenen Gesetzen vorgenommen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Definition der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

Im Fragebogen aufgeführte Maßnahme	Gesetzliche Grundlage	Quelle
Arbeitsmedizinische Vorsorge(-untersuchungen)	„Der Arbeitgeber hat [...] für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge zu sorgen.“	ArbMedVV §3 Abs. 1
Umsetzung von Arbeitsschutzregeln (z.B. Gefährdungsbeurteilung v. Tätigkeiten / Arbeitsplätzen, regelmäßige Unterweisung von Beschäftigten nach dem Arbeitsschutzgesetz)	1. „Der Arbeitgeber ist verpflichtet, erforderliche Maßnahmen des Arbeitsschutzes [...] zu treffen [...].“ 2. „Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.“ 3. „Den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen [...].“	1. ArbSchG §3 Abs. 1 2. ArbSchG §5 Abs.1 3. ArbSchG §4 Abs. 7
Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen (z.B. Anpassung der Arbeitsumgebung, ergonomische Verbesserung von Arbeitsplätzen, Verbesserung von Arbeitsabläufen, Arbeitszeitgestaltung, Einhaltung von Arbeitszeiten)	„Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und psychische Gesundheit möglichst vermieden [...] wird.“	ArbSchG §4 Abs. 1
Ursachenanalyse von Arbeits- und Wegeunfällen Ableitung von Schutzmaßnahmen aufgrund analysierter Arbeitsunfälle	1. „Unfälle in seinem Betrieb [...] hat der Arbeitgeber zu erfassen.“ 2. „Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.“	1. ArbSchG §6 Abs. 2 2. ArbSchG §5 Abs.1
Ursachenanalyse von arbeitsbedingten Beschwerden der Beschäftigten Ableitung von Maßnahmen aufgrund von arbeitsbedingten Beschwerden der Beschäftigten	„Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.“	ArbSchG §5 Abs.1
Beobachtung der Dauer von Krankschreibungen, um längere und wiederholte Arbeitsunfähigkeit zu bemerken Verfahren zur Ansprache von Beschäftigten mit langen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeiten	„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung [...] die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann [...].“	SGB IX §167 Abs. 3

Für die Auswertung metrischer Variablen wurden zunächst deskriptive Verfahren gewählt. Diese beinhalteten die Angabe von Mittelwerten (MW), Median (M) und Standardabweichung (SD). Zur Untersuchung von Zusammenhängen unter metrischen und kategorialen Variablen wurden Korrelationen nach Pearson und Spearman berechnet. Darüber hinaus diente die Berechnung partieller Korrelationen zur Neutralisierung des Einflusses, den möglicherweise Drittvariablen auf die Korrelation zweier Variablen haben. Hierbei entspricht $r < 0,3$ einem schwachen Effekt; $r = 0,3$ bis $0,5$ einem mittleren und $r > 0,5$ einem starken Effekt (Cohen 1988).

Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0,05$ festgelegt. Für kategoriale Variablen wurden Häufigkeiten innerhalb einzelner Gruppen angegeben. Zur Untersuchung von Zusammenhängen kategorialer Variablen zwischen unabhängigen Gruppen wurde der Chi²-Test verwendet (Du Prel et al. 2010). Als Effektstärkemaß für den Chi²-Test diente CramersV, wobei CramersV $< 0,3$ als schwach; CramersV $= 0,3$ bis $0,5$ als mittel und CramersV $> 0,5$ als stark bewertet wurde (Cohen 1988).

Aus den soziodemographischen Daten wurden Gruppen gebildet, um über die Zusammenfassung von Variablenausprägungen eine Vereinfachung zu erreichen. Hierbei handelt es sich um die Gruppen:

- Stellung der ausfüllenden Person: Gruppe 1 = Geschäftsführer oder Betriebsinhaber, Gruppe 2 = Mitglieder der Personalabteilung und „sonstige“
- Branchen mit / ohne erhöhtem Gesundheitsrisiko (siehe Tabelle 3)

Tabelle 3: Branchen und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken

Branchen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko (N=131)	Branchen ohne erhöhtes Gesundheitsrisiko (N=82)
– Land- und Forstwirtschaft	– Energie- und Wasserversorgung
– Fischerei und Fischzucht	– Handel
– Bergbau, Steine, Erden	– Gastgewerbe
– Produktion / verarbeitendes Gewerbe	– Verkehr- und Nachrichtenübermittlung
– Baugewerbe	– Banken und Versicherungen
– Instandhaltung / Reparatur	– Grundstücks- und Wohnungswesen
– Gesundheits- und Sozialwesen	– Öffentliche Verwaltung
	– Erziehung und Unterricht
	– Dienstleistungen

Zur Identifikation möglicher Einflussfaktoren auf die Umsetzung in den vier Bereichen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements - gemessen anhand der oben genannten Score-Werte in den vier Bereichen - und zur Untersuchung von Interaktionen unter diesen Einflussfaktoren wurde eine mehrfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Diese wurde in mehreren, im Folgenden näher erläuterten Schritten, ausgeführt (Schwarz und Bruderer Enzler 2019). Unterstützt wurden diese Analysen durch methodische Beratung durch das Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie des Universitätsklinikums Tübingen (Fr. Lina Maria Serna Higueta).

1. Zunächst wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse für alle Faktoren, für die ein Zusammenhang mit der abhängigen Variablen (Umsetzungsscore in den einzelnen Bereichen) vermutet wurde, durchgeführt. Bei fehlender Voraussetzung der Varianzhomogenität wurden zusätzlich Korrelationen nach Pearson und Spearman berechnet. Hierbei handelte es sich um folgende Faktoren: Betriebsgröße, Stellung der ausfüllenden Person (Gruppe 1: Geschäftsführer, Gruppe 2: Mitglieder der Personalabteilung und sonstige), Branche (Gruppe 1: Branche ohne erhöhtes arbeitsbedingtes Gesundheitsrisiko, Gruppe 2: Branche mit erhöhtem arbeitsbedingtem Gesundheitsrisiko), Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes, einer Fachkraft für Arbeitssicherheit und eines Sicherheitsbeauftragten, Teilnahme am Unternehmermodell.
Bei diesen Variablen handelte es sich mit einer Ausnahme um kategoriale Variablen. Die Ausnahme bildete die Betriebsgröße. Hier wurden die exakten, durch die Unternehmen selbst angegebenen, Mitarbeiterzahlen verwendet.
2. Für die Faktoren, die sich in Schritt 1 auf dem Niveau $p < 0,05$ als signifikant erwiesen, wurde nun eine mehrfaktorielle Varianzanalyse (SPSS-Funktion UNIANOVA) durchgeführt.
3. Nicht signifikante Interaktionen unter den Faktoren, die sich aus Schritt 2 ergaben, wurden aus dem Modell entfernt. Es erfolgte eine erneute Analyse und Berechnung eines Modells.
4. Anschließend wurden die Voraussetzungen für die Durchführung einer Varianzanalyse geprüft. Hierbei handelte es sich um die Normalverteilung der abhängigen Variablen innerhalb der einzelnen Gruppen, die Unabhängigkeit der durch die Faktoren gebildeten Gruppen und die Homogenität der Varianzen. Falls

die Voraussetzung normalverteilter Variablen nicht erfüllt war, wurde dies vernachlässigt, wenn die Analysestichprobe ausreichend groß war (Riffenburgh 2012). Zur Beurteilung der Varianzhomogenität wurde ein Levene-Test durchgeführt. Im Falle einer nicht vorliegenden Varianzhomogenität wurde eine logarithmische Transformation als varianzstabilisierendes Verfahren durchgeführt.

5. Für das endgültige Modell wurde ein F-Test durchgeführt. Dieser prüfte, ob das Modell auf dem Niveau $p < 0,05$ signifikant war. Das korrigierte R^2 diente als Maß für die Modellgüte und beschrieb die Aufklärung der Gesamtvarianz durch das berechnete Modell. Das partielle Eta^2 diente als Effektgröße und beschrieb, welchen Anteil ein Faktor an der Aufklärung der Gesamtvarianz einnahm. Hierbei wurde $\text{Eta}^2 < 0,06$ als schwacher, $\text{Eta}^2 = 0,06$ bis $0,14$ als mittlerer und $\text{Eta}^2 > 0,14$ als starker Effekt bewertet (Keller 2015).

Die Durchführung multipler Vergleiche bietet folgende Vorteile: Effekte von mehreren unabhängigen Variablen, die einen Einfluss auf die abhängige Variable haben, können berücksichtigt werden. Zusätzlich wird die Verzerrung vermindert und die statistische Power erhöht (Bender et al. 2007).

Für eine Analyse der in Frage 8 erhobenen Haltungen wurde eine explorative Faktorenanalyse durch Anna Ehmman durchgeführt. Diese Analyse ist nicht Thema der vorliegenden Dissertation. Deshalb sollen ihre methodischen Grundlagen hier nicht vertieft werden.

3 Ergebnisse

3.1 Rücklauf, teilnehmende Betriebe und Non-Responder-Analyse

Der Gesamtrücklauf betrug 24,5% (N=222). Innerhalb der Handwerksbetriebe lag der Rücklauf bei 27,1% (n=75), innerhalb der Nicht-Handwerksbetriebe bei 23,4% (n=147). Der Rücklauf unter den Handwerksbetrieben und den Nicht-Handwerksbetrieben zeigte keinen signifikanten Unterschied (Chi²-Test: p=.232). Es bestand ein umgekehrt U-förmiger Zusammenhang zwischen der Unternehmensgröße und der Teilnahme an der Studie. Während die Teilnahme in mittelgroßen Unternehmen mit 51 bis 100 (25,8%), 101 bis 200 (31,5%), sowie mit 201 bis 500 Mitarbeitern (32,3%) über dem Durchschnitt lag, lag die Teilnahme von kleinen Unternehmen mit 10 bis 50 Mitarbeitern (22,1%), sowie großen Unternehmen mit über 500 Mitarbeitern (23,1%) unter dem Durchschnitt (Tabelle 4). Betrachtete man den Rücklauf zwischen kleinen Unternehmen (10-50 Mitarbeiter) und großen Unternehmen (>500 Mitarbeiter) auf der einen Seite und den Rücklauf der mittelgroßen Unternehmen (51-500 Mitarbeiter) auf der anderen Seite, zeigte sich der Unterschied des Rücklaufs zwischen diesen beiden Gruppen als signifikant (Chi²-Test: p=.034; CramersV=.07). Für die Branchenzugehörigkeit der Unternehmen konnte keine Non-Responder-Analyse vorgenommen werden, da keine verwertbaren Vergleichsdaten für die Non-Responder vorlagen.

Tabelle 4: Anzahl der befragten Betriebe und Rücklauf nach Betriebsgröße

	Betriebsgröße				
	10-50 Mitarbeiter	51-100 Mitarbeiter	101-200 Mitarbeiter	201-500 Mitarbeiter	>500 Mitarbeiter
Anzahl befragte Betriebe	N=570	N=159	N=89	N=62	N=26
Rücklauf (% / n)	22,3% n=127	25,8% n=41	31,5% n=28	32,3% n=20	23,1% n=6

3.2 Merkmale der teilnehmenden Betriebe

Bei etwa der Hälfte der ausfüllenden Personen handelte es sich um Betriebsinhaber oder Geschäftsführer (52,7%; n=117). Weitere 34,7% (n=77) stellten Mitglieder der Personalabteilung dar und 11,7% (n=26) nutzten zur Angabe ihrer Stellung im Unternehmen das Freitextfeld „Sonstiges“ (Tabelle 5). Genauere Angaben zur Stellung waren hier beispielsweise „Betriebsarzt“, „Fachkraft für Arbeitssicherheit“ oder „Ehefrau

des Geschäftsführers“. Relativ ausgeglichen war das Verhältnis zwischen männlichen (54,1%; n=120) und weiblichen (45,0%; n=100) ausfüllenden Personen (Tabelle 5). Betrachtete man das Geschlecht jedoch in Anhängigkeit von der Stellung im Unternehmen genauer, zeigte sich, dass 78,6% (n=92) der Geschäftsführer/innen männlich und nur 21,4% (n=25) weiblich waren. Innerhalb der Mitglieder der Personalabteilung waren Frauen mit einem Anteil von 75,3% (n=58) im Vergleich zu Männern mit 24,7% (n=19) stärker vertreten. Das galt auch für ausfüllende Personen mit „sonstiger“ Qualifikation (Frauen: 65,4%, n=17; Männer: 34,6%, n=9). Das Alter der ausfüllenden Person (Tabelle 5) lag bei einem Mittelwert von 50,2 und einem Median von 52 Jahren. Die Spanne reichte hier von einem minimalen Alter von 25 Jahren bis zu einem maximalen Alter von 82 Jahren. Die Berechnung einer Korrelation zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Betriebsgröße und der Stellung der ausfüllenden Person: Während der Fragebogen in kleineren Unternehmen häufiger durch den Geschäftsführer ausgefüllt wurde, waren die ausfüllenden Personen in größeren Unternehmen häufiger Mitglieder der Personalabteilung oder sonstige Personen (Spearman's $r=.30$; $p<.001$).

Tabelle 5: Soziodemographische Daten der antwortenden Personen

Stellung im Unternehmen	Geschäftsführer	52,7% (n=117)
	Mitglied der Personalabteilung	34,7% (n=77)
	Sonstiges	11,7% (n=26)
	Keine Angabe	0,9% (n=2)
Geschlecht	Männlich	54,1% (n=120)
	Weiblich	45,0% (n=100)
	Keine Angabe	0,9% (n=2)
Alter (in Jahren)	Mittelwert	50,3
	Median	52,0
	Standardabweichung	10,6
	Min-Max	25-82

Übersetzt aus Hoge et al.: Caring for Workers' Health: Do German Employers Follow a Comprehensive Approach Similar to the Total Worker Health Concept? Results of a Survey in an Economically Powerful Region in Germany. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16 (5), 726.

Die Branchenverteilung der teilnehmenden Betriebe setzte sich wie folgt zusammen: Am stärksten repräsentiert waren Unternehmen aus dem Sektor Produktion / verarbeitendes Gewerbe mit 30,2% (n=67), gefolgt vom Baugewerbe mit 16,7% (n=37), dem Dienstleistungssektor mit 15,3% (n=34), dem Sektor Handel mit 14,2% (n=31) und dem

Gesundheits- und Sozialwesen mit 7,2% (n=16). Eine Auflistung aller Branchen lässt sich Tabelle 6 entnehmen.

Tabelle 6: Branchenzugehörigkeit der teilnehmenden Betriebe

Branche	Anteil in %	n=
Produktion / verarbeitendes Gewerbe	30,2	67
Baugewerbe	16,7	37
Dienstleistungen	15,3	34
Handel	14,0	31
Gesundheits- und Sozialwesen	7,2	16
Gastgewerbe	3,2	7
Land- und Forstwirtschaft	2,3	5
Instandhaltung / Reparatur (Kfz, Gebrauchsgüter)	1,8	4
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	1,4	3
Banken und Versicherungen	1,4	3
Bergbau, Steine, Erden	0,9	2
Öffentliche Verwaltung	0,9	2
Energie- und Wasserversorgung	0,5	1
Erziehung und Unterricht	0,5	1
Fischerei- und Fischzucht	0,0	0
Keine Angabe	4,1	9

3.3 Missing-Analyse

Alle ausgefüllten Fragebögen wiesen durchschnittlich 2,7% fehlende Werte auf. Bei einer Gesamtanzahl von 107 Items pro Fragebogen betrug die maximale Anzahl der fehlenden Werte 46 Items, die minimale Anzahl der fehlenden Items null. Bei den Angaben zur Implementierung gesundheitsbezogener Angebote in den Betrieben (Frage 1-6) konnten weniger als 5% fehlende Werte verzeichnet werden. Ebenfalls weniger als 5% fehlende Werte fanden sich bei den Angaben zur Zufriedenheit mit der Implementierung (Frage 7). Eine Ausnahme bildete hier die Zufriedenheit mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement mit 10% fehlenden Werten. Sowohl die Haltungsfragen (Frage 8), als auch die Frage der Bereitschaft zur Finanzierung (Frage 9) wiesen durchschnittlich 5% fehlende Werte auf. Die soziodemographischen Daten (Frage 10) wurden mit einer Vollständigkeit von >99% angegeben. Eine Ausnahme bildeten hier die Teilnahme am Unternehmermodell und die Branchenzugehörigkeit mit 3,8% bzw. 4,1%

fehlenden Angaben. Betrachtete man die Anzahl der fehlenden Werte nach Unternehmensgrößen aufgeteilt, zeigte sich kein nennenswerter Einfluss der Betriebsgröße auf die Vollständigkeit des ausgefüllten Fragebogens.

3.4 Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragter

Etwas weniger als die Hälfte (48,2%, n=107) der befragten Unternehmen gab an, dass das Unternehmen über einen Betriebsarzt verfügte bzw. einen Betriebsarzt beauftragt hatte, während 76,1% (n=169) eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und ebenfalls 76,1% (n=169) einen Sicherheitsbeauftragten beschäftigten bzw. beauftragt hatten (Tabelle 7). Am Unternehmermodell nahmen 18,5% (n=41) der befragten Unternehmen teil. Unter den Unternehmen, auf die das Unternehmermodell ausgerichtet ist (hier entsprechend der Gruppe 10-50 Mitarbeiter), nahmen 25,2% (n=32) am Unternehmermodell teil (Tabelle 7). Die Anzahl der Unternehmen, die einen Betriebsarzt, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder einen Sicherheitsbeauftragten beschäftigten bzw. beauftragt hatten, stieg mit der Anzahl der im Unternehmen beschäftigten Mitarbeiter. Es bestand jeweils ein mittelstarker Zusammenhang zwischen der Betriebsgröße und der Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes (Chi²-Test: p<.001; CramersV=.46), einer Fachkraft für Arbeitssicherheit (Chi²-Test: p<.001; CramersV=.37) und eines Sicherheitsbeauftragten (Chi²-Test: p<.001; CramersV=.33). Die Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes ging mit einer häufigeren Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Sicherheitsbeauftragten (Chi²-Test: p<.001; CramersV=.37) sowie einer Fachkraft für Arbeitssicherheit (Chi²-Test: p<.001; CramersV=.43) einher. Hierbei handelte es sich in beiden Fällen um einen mittelstarken Effekt.

Tabelle 7: Beauftragung eines Betriebsarztes, einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, eines Sicherheitsbeauftragten und Teilnahme am Unternehmermodell nach Betriebsgröße

	Betriebsgröße				
	10-50 Mitarbeiter (n=127)	51-100 Mitarbeiter (n=41)	101-200 Mitarbeiter (n=28)	201-500 Mitarbeiter (n=20)	>500 Mitarbeiter (n=6)
Beauftragung eines Betriebsarztes (% / n)	29,1% n=37	63,4% n=26	78,6% n=22	85,0% n=17	83,3% n=5
Beauftragung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit (% / n)	63,0% n=80	85,4% n=35	100,0% n=28	100,0% n=20	100,0% n=6
Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten (% / n)	64,6% n=82	82,9% n=32	96,4% n=27	100,0% n=20	100,0% n=6
Teilnahme am Unternehmermodell (% / n)	25,2% n=32	9,8% n=5	3,6% n=1	15,0% n=3	16,7% n=1

Übersetzt und erweitert nach Hoge et al.: Caring for Workers' Health: Do German Employers Follow a Comprehensive Approach Similar to the Total Worker Health Concept? Results of a Survey in an Economically Powerful Region in Germany. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16 (5), 726.

3.5 Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen

3.5.1 Umsetzung einzelner Maßnahmen in den vier BGM-Bereichen

Als die am häufigsten umgesetzten Maßnahmen im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung (Tabelle 8) zeigten sich in dieser Befragung die Maßnahmen „Info-Material / Broschüren zur arbeitsbezogenen Gesundheit“, gefolgt von „Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung arbeitsplatzbezogener Gesundheit“ und „Info-Material / Broschüren zur Gesundheit ohne besonderen Arbeitsbezug“. Die niedrigste Umsetzung unter den im Fragebogen aufgelisteten Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zeigte sich für die Maßnahmen „Einleitung von präventiven Maßnahmen der Deutschen Rentenversicherung“ und „Mitarbeiterberatung bei psychischen Beschwerden“. Im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz (Tabelle 9) gaben die teilnehmenden Betriebe am häufigsten eine Umsetzung der Maßnahmen „Umsetzung von Arbeitsschutzregeln“ und „Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen“ an. Unter den aufgelisteten Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz am geringsten umgesetzt wurden die Maßnahmen „Ableitung von Schutzmaßnahmen aufgrund analysierter Arbeitsunfälle“ und „Ursachenanalyse von

Arbeits- und Wegeunfällen“. Bei den am häufigsten umgesetzten Maßnahmen im Bereich Personalentwicklung (Tabelle 10) handelte es sich um die Maßnahmen „Regelmäßige Mitarbeitergespräche“ und „Systematische Fortbildung von Beschäftigten“. Die geringste Umsetzung unter den erfragten Maßnahmen zeigte sich im Bereich Personalentwicklung für die Maßnahme „Inanspruchnahme einer Demographie-Beratung“. Im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement (Tabelle 11) handelte es sich bei den am häufigsten umgesetzten Maßnahmen um die „Beobachtung der Dauer von Krankschreibungen, um längere und wiederholte Arbeitsunfähigkeit zu bemerken“, gefolgt von der Maßnahme „Strukturiertes Vorgehen zur Planung der Betrieblichen Wiedereingliederung im Falle von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit“. Die niedrigste Umsetzung zeigte sich im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement für die Maßnahmen „Kontakt zur gemeinsamen Reha-Service-Stelle“ und „Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“.

Tabelle 8: Umsetzung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten zwei Jahren (n= 216-222 Betriebe)

	Median	Mittelwert	Standard- abweichung	Min- Max
Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung arbeitsbezogener Gesundheit (z.B. Stressbewältigung, Rückengesundheit, Kurse oder Beratung zu allgemeinen arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsthemen)	1	0,96	0,94	0 - 2
Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit, die über die arbeitsplatzbezogene Gesundheit hinausgehen (z.B. Suchtprävention, Sport und Bewegung, gesunde Ernährung)	0	0,76	0,91	0 – 2
Mitarbeiterberatung bei psychischen Beschwerden	0	0,57	0,87	0 – 2
Einleitung von präventiven Maßnahmen der deutschen Rentenversicherung (z.B. Betsi, Balance Plus)	0	0,20	0,55	0 – 2
Info-Material / Broschüren zur arbeitsbezogenen Gesundheit	2	1,08	0,96	0 – 2
Info-Material / Broschüren zur Gesundheit ohne besonderen Arbeitsbezug	0	0,82	0,97	0 – 2

Antworten zum Angebot der Maßnahme im Unternehmen basierend auf einer 3-stufigen verbalisierten Ordinalskala. 2 = „ja“, 1 = „nein, aber in konkreter Planung“; 0 = „nein, auch nicht geplant“.

Tabelle 9: Umsetzung von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den letzten zwei Jahren (n= 214-220 Betriebe)

	Median	Mittelwert	Standard- abweichung	Min- Max
Arbeitsmedizinische Vorsorge (-untersuchungen)	2	1,34	0,92	0 – 2
Umsetzung von Arbeitsschutzregeln (z.B. Gefährdungsbeurteilung v. Tätigkeiten / Arbeitsplätzen, regelmäßige Unterweisung von Beschäftigten nach dem Arbeitsschutzgesetz)	2	1,89	0,40	0 – 2
Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen (z.B. Anpassung der Arbeitsumgebung, ergonomische Verbesserung von Arbeitsplätzen, Verbesserung von Arbeitsabläufen, Arbeitszeitgestaltung, Einhaltung von Arbeitszeiten)	2	1,85	0,47	0 – 2
Ursachenanalyse von Arbeits- und Wegeunfällen	2	1,06	0,98	0 – 2
Ableitung von Schutzmaßnahmen aufgrund analysierter Arbeitsunfälle	1	1,05	0,96	0 – 2
Ursachenanalyse von arbeitsbedingten Beschwerden der Beschäftigten	2	1,13	0,95	0 – 2
Ableitung von Maßnahmen aufgrund von arbeitsbedingten Beschwerden der Beschäftigten	2	1,18	0,93	0 – 2

Antworten zum Angebot der Maßnahme im Unternehmen basierend auf einer 3-stufigen verbalisierten Ordinalskala.
2 = „ja“, 1 = „nein, aber in konkreter Planung“; 0 = „nein, auch nicht geplant“.

Tabelle 10: Umsetzung von Maßnahmen der Personalentwicklung in den letzten zwei Jahren (n= 213-219 Betriebe)

	Median	Mittelwert	Standard- abweichung	Min- Max
Schulung von Führungskräften / Supervision / Coaching / Beratung (z.B. zu Mobbing, Kommunikation, Konfliktmanagement)	2	1,28	0,89	0 – 2
Systematische Fortbildung von Beschäftigten	2	1,64	0,71	0 – 2
Regelmäßige Mitarbeitergespräche (z.B. zur Personalentwicklung)	2	1,77	0,54	0 – 2
Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf (z.B. Homeoffice, Betriebskindergarten)	2	1,19	0,96	0 – 2
Inanspruchnahme einer Demographie- Beratung (z.B. Erhebung zur Altersstruktur von Beschäftigten, zur Planung von Strategien zur Gesunderhaltung älterer Beschäftigter etc.)	0	0,28	0,63	0 – 2

Antworten zum Angebot der Maßnahme im Unternehmen basierend auf einer 3-stufigen verbalisierten Ordinalskala.
2 = „ja“, 1 = „nein, aber in konkreter Planung“; 0 = „nein, auch nicht geplant“.

Tabelle 11: Umsetzung von Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in den letzten zwei Jahren (n= 212-215 Betriebe)

	Median	Mittelwert	Standard- abweichung	Min- Max
Beobachtung der Dauer von Krankschreibungen, um längere und wiederholte Arbeitsunfähigkeit zu bemerken	2	1,58	0,79	0 – 2
Verfahren zur Ansprache von Beschäftigten mit langen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeiten	2	1,22	0,90	0 – 2
Verfahren zur Einbeziehung der Krankenkasse im Fall von langen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeiten	0	0,71	0,90	0 – 2
Strukturiertes Vorgehen zur Planung der Betrieblichen Wiedereingliederung im Falle von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit	2	1,21	0,93	0 – 2
Beauftragter für BEM im Betrieb	0	0,58	0,84	0 – 2
Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	0	0,42	0,79	0 – 2
Kooperation mit der Agentur für Arbeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	0	0,58	0,88	0 – 2
Kontakt zur gemeinsamen Reha-Service-Stelle	0	0,24	0,59	0 – 2

Antworten zum Angebot der Maßnahme im Unternehmen basierend auf einer 3-stufigen verbalisierten Ordinalskala. 2 = „ja“, 1= „nein, aber in konkreter Planung“; 0= „nein, auch nicht geplant“.

3.5.2 Umsetzungsscores in den vier BGM-Bereichen

Für den Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz konnte der höchste Scorewert (6,75 von 10) berechnet werden, gefolgt von den Bereichen Personalentwicklung (6,11 von 10), Betriebliches Eingliederungsmanagement (4,06 von 10) und Betriebliche Gesundheitsförderung (3,36 von 10) (Tabelle 12).

Tabelle 12: Umsetzungscore gesundheitsbezogener Maßnahmen in den vier BGM-Bereichen

	Score-Wert: Statistische Kennziffer				
	MW	SD	Min	Max	N
Betriebliche Gesundheitsförderung	3,36	2,87	0	10	217
Arbeits- und Gesundheitsschutz	6,75	2,81	0	10	215
Personalentwicklung	6,11	2,40	0	10	217
Betriebliches Eingliederungsmanagement	4,06	2,75	0	10	213

20,3% (n=44) der Unternehmen gaben an, im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung weder aktuell Maßnahmen anzubieten noch ein zukünftiges Angebot zu planen, entsprechend einem Score von 0. Im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz boten 1,4% (n=3) der Unternehmen keine der erfragten Maßnahmen an, während im Bereich Personalentwicklung 3,2% (n=7) und Betriebliches Eingliederungsmanagement 11,3% (n=24) einen Score von 0 erreichten.

In allen vier Bereichen bestand eine signifikante positive Korrelation zwischen dem Umsetzungscore und der Unternehmensgröße. Der stärkste Zusammenhang zeigte sich im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement (Pearson's $r=.35$; $p<.001$), gefolgt von der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Pearson's $r=.26$; $p<.001$), dem Arbeits- und Gesundheitsschutz (Pearson's $r=.23$; $p=.001$) und zuletzt der Personalentwicklung (Pearson's $r=.21$; $p=.002$).

3.5.3 Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen

Wie oben aufgeführt basieren die Bereiche Arbeits- und Gesundheitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement auf gesetzlichen Vorgaben. Alle gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz wurden von 23,9% (n=53) der Unternehmen erfüllt. 50,9% (n=113) der Unternehmen erfüllten alle gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement. Im Folgenden finden sich Häufigkeitsangaben zur Implementierung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Tabelle 13) und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (Tabelle 14).

Tabelle 13: Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den letzten zwei Jahren

	Angaben zur Implementierung einzelner Maßnahmen (n/%)			
	Ja	Nein, aber in konkreter Planung	Nein, auch nicht geplant	Keine Angabe
Arbeitsmedizinische Vorsorge (-untersuchungen)	142 (64,0)	10 (4,5)	67 (30,2)	3 (1,4)
Umsetzung von Arbeitsschutzregeln (z.B. Gefährdungsbeurteilung v. Tätigkeiten / Arbeitsplätzen, regelmäßige Unterweisung von Beschäftigten nach dem Arbeitsschutzgesetz)	201 (90,5)	13 (5,9)	6 (2,7)	2 (0,9)
Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen (z.B. Anpassung der Arbeitsumgebung, ergonomische Verbesserung von Arbeitsplätzen, Verbesserung von Arbeitsabläufen, Arbeitszeitgestaltung, Einhaltung von Arbeitszeiten)	196 (88,3)	14 (6,3)	10 (4,5)	2 (0,9)
Ursachenanalyse von Arbeits- und Wegeunfällen	108 (48,6)	10 (4,5)	96 (43,2)	8 (3,6)
Ableitung von Schutzmaßnahmen aufgrund analysierter Arbeitsunfälle	104 (46,8)	19 (8,6)	93 (41,9)	6 (2,7)
Ursachenanalyse von arbeitsbedingten Beschwerden der Beschäftigten	112 (50,5)	19 (8,6)	85 (38,3)	6 (2,7)
Ableitung von Maßnahmen aufgrund von arbeitsbedingten Beschwerden der Beschäftigten	115 (51,8)	22 (9,9)	77 (34,7)	8 (3,6)

Antworten zum Angebot der Maßnahme im Unternehmen basierend auf einer 3-stufigen verbalisierten Ordinalskala. 2 = „ja“, 1 = „nein, aber in konkreter Planung“; 0 = „nein, auch nicht geplant“.

Tabelle 14: Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in den letzten zwei Jahren

	Angaben zur Implementierung einzelner Maßnahmen (n/%)			
	Ja	Nein, aber in konkreter Planung	Nein, auch nicht geplant	Keine Angabe
Beobachtung der Dauer von Krankschreibungen, um längere und wiederholte Arbeitsunfähigkeit zu bemerken	165 (74,3)	10 (4,5)	40 (18,0)	7 (3,2)
Verfahren zur Ansprache von Beschäftigten mit langen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeiten	115 (51,8)	31 (14,0)	68 (30,6)	8 (3,6)

Antworten zum Angebot der Maßnahme im Unternehmen basierend auf einer 3-stufigen verbalisierten Ordinalskala. 2 = „ja“, 1 = „nein, aber in konkreter Planung“; 0 = „nein, auch nicht geplant“.

Die Berechnung einer Korrelation zeigte, dass die Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen mit der Unternehmensgröße stieg (Arbeits- und Gesundheitsschutz: Spearman's $r=.35$; $p<.001$; Betriebliches Eingliederungsmanagement: Spearman's $r=.38$; $p<.001$).

3.6 Einflussfaktoren auf den Implementierungsgrad

Einflussfaktoren auf den Implementierungsgrad wurden jeweils für die Bereiche Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalentwicklung und Betriebliches Eingliederungsmanagement separat untersucht. Für alle diese Bereiche bestand eine positive Korrelation zwischen der Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen - gemessen anhand der oben dargestellten Scores - und der Unternehmensgröße. Im Folgenden werden die Modelle der mehrfaktoriellen Varianzanalyse dargestellt. Alle hier aufgeführten analysierten Faktoren zeigten in der einfaktoriellen Varianzanalyse und durch die Berechnung von Korrelationen eine auf dem Niveau $p<.05$ signifikante Interaktion mit der getesteten abhängigen Variablen (siehe Schritt 1). Nicht signifikante Interaktionen unter den ins Modell aufgenommenen Faktoren wurden aus den Modellen entfernt (siehe Schritt 2 und 3).

3.6.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Für die abhängige Variable „Umsetzungsscore Betriebliche Gesundheitsförderung“ konnte ein signifikantes Modell berechnet werden ($F(5/200) = 7,67$; $p < .001$, partielles $\eta^2 = .16$) (Tabelle 15). Dieses Modell erklärte 14,0% (korrigiertes $R^2 = .14$) der Gesamtvarianz der Umsetzung im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung durch die Faktoren Betriebsgröße ($F(1/200) = 9,48$; $p = .002$; partielles $\eta^2 = .05$), Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes ($F(1/200) = 7,03$; $p = .009$; partielles $\eta^2 = .03$) und eines Sicherheitsbeauftragten ($F(1/200) = 5,62$; $p = .019$; partielles $\eta^2 = .03$). Für die Faktoren Beschäftigung bzw. Beauftragung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit ($F(1/200) = 0,20$; $p = .654$) und Stellung der ausfüllenden Person ($F(1/200) = 0,14$; $p = .710$) konnte in der mehrfaktoriellen Varianzanalyse kein signifikanter Einfluss gefunden werden.

Unternehmen, die angaben, einen Betriebsarzt zu beschäftigen bzw. zu beauftragen, erreichten einen signifikant höheren Umsetzungsscore im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung ($MW = 4,46$; $SD = 2,79$) als Unternehmen, die angaben, über keinen Betriebsarzt zu verfügen ($MW = 2,79$; $SD = 2,51$). Ebenso erreichten Unternehmen, die angaben, über einen Sicherheitsbeauftragten zu verfügen, einen signifikant höheren Umsetzungsscore ($MW = 4,10$; $SD = 2,89$) als Unternehmen, die angaben, über keinen Sicherheitsbeauftragten zu verfügen ($MW = 2,17$; $SD = 2,33$) (Tabelle 16). Die Voraussetzung der Normalverteilung der abhängigen Variablen wurde innerhalb der Gruppen „Betriebsarzt“, „Sicherheitsbeauftragter“ und „Stellung der ausfüllenden Person“ nicht erfüllt. Dies wurde aufgrund einer ausreichend großen Stichprobe vernachlässigt.

Tabelle 15: Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung – Ergebnis der mehrfaktoriellen Varianzanalyse

	p=	Partielles Eta ²
Betriebsgröße	0,002	0,05
Betriebsarzt	0,009	0,03
Sicherheitsbeauftragter	0,019	0,03
Fachkraft für Arbeitssicherheit	0,654	0,00
Stellung der ausfüllenden Person	0,710	0,00
Korrigiertes Modell	0,000	0,16
Korrigiertes R² = 0,14		
Modellerstellung durch eine mehrfaktorielle Varianzanalyse. Alle aufgenommenen Faktoren (fettgedruckt) zeigten signifikante Korrelationen mit der abhängigen Variablen (Umsetzungsscore BGF). Nicht signifikante Interaktionen unter den Variablen wurden aus dem Modell entfernt.		

Tabelle 16: Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung in Abhängigkeit der Beauftragung eines Betriebsarztes und eines Sicherheitsbeauftragten

		MW	SD	N
Betriebsarzt	Ja	4,46	2,98	104
	Nein	2,79	2,51	111
Sicherheitsbeauftragter	Ja	4,10	2,89	164
	Nein	2,17	2,33	51

3.6.2 Arbeits- und Gesundheitsschutz

Für die Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes konnte ein signifikantes Modell berechnet werden ($F(7/186) = 9,80$; $p < .001$; partielles $\eta^2 = .27$) (Tabelle 17).

Durch dieses Modell konnten 24,2% (korrigiertes $R^2 = .24$) der Gesamtvarianz der Umsetzung im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz durch die Branchenzugehörigkeit ($F(1/186) = 13,14$; $p < .001$; partielles $\eta^2 = .07$), die Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes ($F(1/186) = 4,76$; $p = .030$; partielles $\eta^2 = .03$) und die Betriebsgröße ($F(1/186) = 4,70$; $p = .031$; partielles $\eta^2 = .03$) erklärt werden. Die Beschäftigung bzw. Beauftragung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit ($F(1/186) = 2,83$; $p = .094$) und eines Sicherheitsbeauftragten ($F(1/186) = 1,88$; $p = .173$) zeigten, ebenso wie die Stellung der ausfüllenden Person ($F(1/186) = 0,27$; $p = .602$), keinen signifikanten Einfluss. Unternehmen aus Branchen mit erhöhtem arbeitsbedingtem Gesundheitsrisiko erreichten einen signifikant höheren Umsetzungsscore (MW=7,41; SD=2,70) als Unternehmen aus

Branchen ohne erhöhtes arbeitsbedingtes Gesundheitsrisiko (MW=5,67; SD=2,64). Ebenso zeigten Unternehmen, die angaben, einen Betriebsarzt zu beschäftigen bzw. einen Betriebsarzt beauftragt zu haben, einen signifikant höheren Scorewert (MW=7,70; SD=2,53) als Unternehmen, die angaben, über keinen Betriebsarzt zu verfügen (MW=5,85; SD=2,79) (Tabelle 18). Die Voraussetzung der Normalverteilung der abhängigen Variablen wurde innerhalb der Gruppen aller ins Modell aufgenommenen Faktoren nicht erfüllt. Dies wurde aufgrund einer ausreichend großen Stichprobe vernachlässigt.

Tabelle 17: Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz – Ergebnis der mehrfaktoriellen Varianzanalyse

	p=	Partielles Eta ²
Branchentyp	0,000	0,07
Betriebsarzt	0,030	0,03
Betriebsgröße	0,031	0,03
Fachkraft für Arbeitssicherheit	0,094	0,02
Sicherheitsbeauftragter	0,173	0,01
Stellung der ausfüllenden Person	0,602	0,00
Betriebsarzt*Sicherheitsbeauftragter	0,215	0,08
Korrigiertes Modell	0,000	0,27
Korrigiertes R² = 0,24		
Modellerstellung durch eine mehrfaktorielle Varianzanalyse. Alle aufgenommenen Faktoren (fettgedruckt) zeigten signifikante Korrelationen mit der abhängigen Variablen (Umsetzungsscore Arbeits- und Gesundheitsschutz). Nicht signifikante Interaktionen unter den Variablen wurden aus dem Modell entfernt. Interaktionen unter den Faktoren werden mit Faktor1*Faktor2 dargestellt.		

Tabelle 18: Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz in Abhängigkeit des Branchentyps und der Beschäftigung eines Betriebsarztes

		MW	SD	N
Branchentyp	Mit erhöhtem Gesundheitsrisiko	7,41	2,70	126
	Ohne erhöhtes Gesundheitsrisiko	5,67	2,64	80
Betriebsarzt	Ja	7,70	2,53	105
	Nein	5,85	2,79	108

3.6.3 Personalentwicklung

Durch die Berechnung einer Korrelation zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Umsetzung im Bereich Personalentwicklung und der Betriebsgröße sowie

der Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten. Da hier lediglich eine kategoriale Variable einen signifikanten Zusammenhang mit der abhängigen Variablen (Umsetzungsscore im Bereich Personalentwicklung) zeigte, wurde hier eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Betriebsgröße als Kovariate durchgeführt. Da die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen bei dieser Analyse verletzt wurde, wurde die Variable Betriebsgröße zur Varianzstabilisierung logarithmisch transformiert. Da auch durch dieses Verfahren keine Varianzhomogenität erreicht werden konnte und so Ergebnisverzerrungen möglich sind, werden hier die Ergebnisse der Korrelationsberechnung berichtet. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Umsetzungsscore im Bereich Personalentwicklung und der Betriebsgröße (Pearson's $r=.21$; $p=.002$) sowie der Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten (Spearman's $r=.18$; $p=.007$). Betriebe, die angaben, über einen Sicherheitsbeauftragten zu verfügen, zeigten einen signifikant höheren Umsetzungsscore ($MW=6,40$; $SD=2,16$) als Unternehmen, die angaben, über keinen Sicherheitsbeauftragten zu verfügen ($MW=5,23$; $SD=2,82$). Dieser signifikante Zusammenhang zwischen dem Umsetzungsscore im Bereich Personalentwicklung und der Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten zeigte sich auch nach Kontrolle des Faktors „Betriebsgröße“ durch die Berechnung einer partiellen Korrelation ($p=.007$).

3.6.4 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das berechnete Modell zeigte sich als signifikant ($F(6/185) = 71,90$; $p < .001$; partielles $\eta^2 = .30$) (Tabelle 19). Dieses Modell erklärte 27,8% (korrigiertes $R^2 = .28$) der Gesamtvarianz der Umsetzung im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement durch die Faktoren Betriebsgröße

($F(1/185) = 16,85$; $p < .001$, partielles $\eta^2 = .08$), die Beschäftigung oder Beauftragung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit ($F(1/185) = 7,75$; $p = .006$; partielles $\eta^2 = .04$) sowie durch die Stellung der ausfüllenden Person ($F(1/185) = 4,80$; $p = .030$; partielles $\eta^2 = .03$).

Die Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten ($F(1/185) = 3,38$; $p = .068$), die Branchenzugehörigkeit ($F(1/185) = 1,79$; $p = .183$) und die Beschäftigung oder Beauftragung eines Betriebsarztes ($F(1/185) = 0,24$; $p = .626$) zeigten in der mehrfaktoriellen Varianzanalyse keinen signifikanten Einfluss. Unternehmen, die angaben, über eine Fachkraft für Arbeitssicherheit zu verfügen, erreichten einen signifikant höheren Scorewert ($MW=4,67$; $SD=2,74$) als Unternehmen, die angaben, über

keine Fachkraft für Arbeitssicherheit zu verfügen (MW=2,21; SD=1,82). Ebenso zeigten Unternehmen, in denen der Fragebogen durch den Geschäftsführer bzw. Betriebsinhaber ausgefüllt wurde, einen signifikant niedrigeren Umsetzungsscore (MW=3,44; SD=2,54) als Unternehmen, in denen der Fragebogen durch Personen in einer anderen Stellung, wie beispielsweise Mitglieder der Personalabteilung, ausgefüllt wurde (MW=4,72; SD=2,80) (Tabelle 20). Die Voraussetzung der Normalverteilung der abhängigen Variablen wurde innerhalb der Gruppen „Branchentyp“ und „Fachkraft für Arbeitssicherheit“ nicht erfüllt. Dies wurde aufgrund einer ausreichend großen Stichprobe vernachlässigt.

Tabelle 19: Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement – Ergebnis der mehrfaktoriellen Varianzanalyse

	p=	Partielles Eta ²
Betriebsgröße	0,000	0,08
Fachkraft für Arbeitssicherheit	0,006	0,04
Stellung der ausfüllenden Person	0,030	0,03
Sicherheitsbeauftragter	0,068	0,02
Branchentyp	0,183	0,01
Betriebsarzt	0,626	0,00
Korrigiertes Modell	0,000	0,30
Korrigiertes R² = 0,28		
Modellerstellung durch eine mehrfaktorielle Varianzanalyse. Alle aufgenommenen Faktoren (fettgedruckt) zeigten signifikante Korrelationen mit der abhängigen Variablen (Umsetzungsscore Betriebliches Eingliederungsmanagement). Nicht signifikante Interaktionen unter den Variablen wurden aus dem Modell entfernt.		

Tabelle 20: Umsetzung im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement in Abhängigkeit der Beauftragung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Stellung der ausfüllenden Person

		MW	SD	N
Fachkraft für Arbeitssicherheit	Ja	4,67	2,74	161
	Nein	2,21	1,82	50
Stellung der ausfüllenden Person	Geschäftsführer	3,44	2,54	109
	Sonstige	4,72	2,80	102

3.7 Zufriedenheit mit der Implementierung gesundheitsbezogener Maßnahmen in Betrieben

Die Zufriedenheit mit der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen wurde für die vier Bereiche des Betrieblichen Gesundheitsmanagements durch eine 4-stufige Likert-Skala erfragt. Im Folgenden werden die Antwortmöglichkeiten „eher zufrieden“ und „sehr zufrieden“ als „zufrieden“ und die Antwortmöglichkeiten „eher unzufrieden“ und „sehr unzufrieden“ als „unzufrieden“ zusammengefasst. Eine detaillierte Darstellung der Zufriedenheit mit der Umsetzung - basierend auf den Angaben über die 4-stufige Likert-Skala - findet sich in Tabelle 21. Die höchste Zufriedenheit fand sich im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz. Hier gaben 92,6% (n=206) der Unternehmen an, mit der Umsetzung zufrieden zu sein, gefolgt von den Bereichen Personalentwicklung mit 79,7% (n=177), Betriebliches Eingliederungsmanagement mit 66,7% (n=148) und zuletzt der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit 66,3% (n=147).

Tabelle 21: Zufriedenheit mit der Implementierung von Maßnahmen nach Bereich

	Betriebliche Gesundheitsförderung	Arbeits- und Gesundheitsschutz	Personalentwicklung	Betriebliches Eingliederungsmanagement
Anzahl gültiger Antworten	n=211	n=219	n=220	n=200
Sehr zufrieden: n (%)	31 (14,0)	101 (45,5)	50 (22,5)	39 (17,6)
Eher zufrieden: n (%)	116 (52,3)	105 (47,3)	127 (57,2)	109 (49, 1)
Eher unzufrieden: n (%)	59 (26,6)	12 (5,4)	38 (17,1)	41 (18,5)
Sehr unzufrieden: n (%)	5 (2,3)	1 (0,5)	5 (2,3)	11 (5,0)
Fehlend: n (%)	11 (5,0)	3 (1,4)	2 (0,9)	22 (9,9)

Keine Angaben in den Bereichen Betriebliche Gesundheitsförderung: 11 (5,0%); Arbeits- und Gesundheitsschutz: 3 (1,4%); Personalentwicklung: 2 (0,9%); Betriebliches Eingliederungsmanagement: 22 (9,9%).

3.7.1 Assoziation zwischen der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen und der Zufriedenheit mit deren Umsetzung

Die Assoziation zwischen der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen und der Zufriedenheit mit dieser Umsetzung wurde über eine Korrelationsanalyse untersucht. Die

Berechnung einer Korrelation zeigte den stärksten Zusammenhang zwischen der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen und der Zufriedenheit mit der Umsetzung im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung (Spearman's $r=.34$; $p<.001$), gefolgt von dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (Spearman's $r=.26$; $p<.001$), der Personalentwicklung (Spearman's $r=.21$; $p=.002$) und dem Arbeits- und Gesundheitsschutz (Spearman's $r=.16$; $p=.022$).

Da ein positiver Zusammenhang zwischen dem Implementierungsgrad und der Zufriedenheit mit der Umsetzung bestand und die Zufriedenheit mit der Umsetzung sich als generell hoch zeigte, sollte im Folgenden die Zufriedenheit zweier Gruppen genauer betrachtet werden: Unternehmen, die eine unterdurchschnittliche Anzahl an Maßnahmen anboten sowie Unternehmen, die überdurchschnittlich viele Maßnahmen anboten. Hierfür wurden Unternehmen aus dem untersten und aus dem obersten Umsetzungsquartil ausgewählt. Diese Betrachtung zeigte, dass insgesamt 40,7% ($n=33$) der Unternehmen, die sich bei der Implementierung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung im untersten Quartil befanden, mit der Umsetzung zufrieden waren. Mit der Umsetzung im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz waren 88,7% ($n=55$) der Unternehmen, die sich im untersten Quartil befanden, zufrieden. Für die Personalentwicklung gaben 67,2% ($n=39$) der Unternehmen im untersten Quartil an, mit der Umsetzung zufrieden zu sein, während im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement 43,8% ($n=25$) der Unternehmen im untersten Quartil angaben, mit der Umsetzung zufrieden zu sein.

Unter den Unternehmen, die sich im obersten Umsetzungsquartil befanden, gaben 88,1% ($n=52$) an, mit der Umsetzung im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung zufrieden zu sein. Mit der Umsetzung im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz waren 96,3% ($n=52$) der Unternehmen im obersten Quartil und im Bereich Personalentwicklung 86,0% ($n=74$) zufrieden. Bezüglich der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gaben 84,9% ($n=45$) der Unternehmen im obersten Quartil an, zufrieden zu sein.

Eine detaillierte Darstellung der Zufriedenheit mit der Umsetzung in den einzelnen Bereichen - basierend auf den Angaben über die 4-stufige Likert-Skala - findet sich in Tabelle 22 (unterstes Umsetzungsquartil) und Tabelle 23 (oberstes Umsetzungsquartil).

Tabelle 22: Zufriedenheit mit der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen nach Bereich – Betriebe, deren Umsetzungsscore im untersten Quartil der Verteilung des jeweiligen bereichsspezifischen Scores lag

	Betriebliche Gesundheitsförderung	Arbeits- und Gesundheitsschutz	Personalentwicklung	Betriebliches Eingliederungsmanagement
Anzahl gültiger Antworten	n=81	n=62	n=58	n=57
Sehr zufrieden: n (%)	6 (7,4)	23 (37,1)	10 (17,2)	6 (10,5)
Eher zufrieden: n (%)	27 (33,3)	32 (51,6)	29 (50,0)	19 (33,3)
Eher unzufrieden: n (%)	33 (40,7)	5 (8,1)	13 (22,4)	13 (22,8)
Sehr unzufrieden: n (%)	5 (6,2)	1 (1,6)	5 (8,6)	7 (12,3)
Keine Angaben in den Bereichen Betriebliche Gesundheitsförderung: 10 (12,3%); Arbeits- und Gesundheitsschutz: 1 (2,8%); Personalentwicklung: 1 (1,7%); Betriebliches Eingliederungsmanagement: 12 (21,1%).				

Tabelle 23: Zufriedenheit mit der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen nach Bereich - Betriebe, deren Umsetzungsscore im obersten Quartil der Verteilung des jeweiligen bereichsspezifischen Scores lag

	Betriebliche Gesundheitsförderung	Arbeits- und Gesundheitsschutz	Personalentwicklung	Betriebliches Eingliederungsmanagement
Anzahl gültiger Antworten	n=59	n=54	n=86	n=53
Sehr zufrieden: n (%)	12 (20,3)	31 (57,4)	26 (30,2)	16 (30,2)
Eher zufrieden: n (%)	40 (67,8)	21 (38,9)	48 (55,8)	29 (54,7)
Eher unzufrieden: n (%)	7 (11,9)	2 (3,7)	12 (14,0)	7 (13,2)
Sehr unzufrieden: n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Keine Angaben im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung: 0 (0,0%); Arbeits- und Gesundheitsschutz: 0 (0,0%); Personalentwicklung: 0 (0,0%); Betriebliches Eingliederungsmanagement 0 (0,0%).				

Die Berechnung einer Korrelation zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Umsetzungsquartil (einbezogen wurden Betriebe im untersten und obersten Umsetzungsquartil) und der Zufriedenheit (anhand der 4-stufigen Likert-Skala) für die Bereiche Betriebliche Gesundheitsförderung (Spearman's $r=.42$; $p<.001$) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (Spearman's $r=.34$; $p=.001$). In den Bereichen

Arbeits- und Gesundheitsschutz ($p=.185$) und Personalentwicklung ($p=.059$) konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Umsetzungsquartil und der Zufriedenheit gefunden werden.

3.7.2 Zufriedenheit mit der Umsetzung und Erfüllung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen

Etwa drei Viertel aller an der Befragung teilnehmenden Unternehmen (69,8%, $n=155$) erfüllten nicht die Gesamtheit der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz (zur Definition vgl. Tabelle 2). Dennoch gaben 92,2% ($n=143$) der Unternehmen, die die Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht erfüllten, an, mit ihrer Umsetzung in diesem Bereich zufrieden zu sein. Unter den Unternehmen, die alle gesetzlichen Vorgaben in diesem Bereich erfüllten, gaben 96,2% ($n=51$) an, mit der Umsetzung zufrieden zu sein (Tabelle 24).

Tabelle 24: Zufriedenheit mit der Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz in Abhängigkeit von der Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen

	Unternehmen, die alle gesetzlichen Vorgaben erfüllten ($N=53$)	Unternehmen, die nicht alle gesetzlichen Vorgaben erfüllten ($N=155$)
Sehr zufrieden: n (%)	30 (56,6)	67 (43,2)
Eher zufrieden: n (%)	21 (39,6)	76 (49,0)
Eher unzufrieden: n (%)	2 (3,8)	10 (6,5)
Sehr unzufrieden: n (%)	0 (0,0)	1 (0,6)
Fehlend: n (%)	0 (0,0)	1 (0,6)

Zur Definition der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen vgl. Tabelle 2.

Im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement erfüllten laut der vorliegenden Daten 45,5% ($n=101$) die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen nicht vollständig. Unter diesen Unternehmen gaben dennoch 53,5% ($n=54$) an, mit der Umsetzung in diesem Bereich zufrieden zu sein. Unter den Unternehmen, die alle gesetzlich vorgegebenen Maßnahmen erfüllten, gaben 79,6% ($n=90$) an, mit ihrer Umsetzung zufrieden zu sein (Tabelle 25).

Tabelle 25: Zufriedenheit mit der Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement in Abhängigkeit von der Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen

	Unternehmen, die alle gesetzlichen Vorgaben erfüllen (N=113)	Unternehmen, die nicht alle gesetzlichen Vorgaben erfüllen (N=101)
Sehr zufrieden: n (%)	27 (23,9)	12 (11,9)
Eher zufrieden: n (%)	63 (55,8)	42 (41,6)
Eher unzufrieden: n (%)	16 (14,2)	24 (23,8)
Sehr unzufrieden: n (%)	3 (2,7)	8 (7,9)
Fehlend: n (%)	4 (3,5)	15 (14,9)

Zur Definition der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen vgl. Tabelle 2.

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen und der Zufriedenheit (basierend auf den Angaben über die 4-stufige Likert-Skala) wurden zwei Gruppen gebildet: „Unternehmen, die die Gesamtheit der gesetzlichen Vorgaben erfüllten“ und „Unternehmen, die die gesetzlichen Vorgaben nicht bzw. nicht vollständig erfüllten“. Der Vergleich dieser beiden Gruppen erfolgte über eine Korrelationsanalyse. Hier zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($p=.086$) im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz. Für den Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement zeigte die Korrelationsanalyse einen schwach positiven Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen auf (Spearman’s $r=.23$; $p=.001$).

3.8 Finanzierung möglicher zukünftiger Maßnahmen

Die Unternehmen wurden zu ihrer Bereitschaft befragt, die Einführung von sieben präventiven Maßnahmen zu unterstützen und sich an deren Finanzierung zu beteiligen (Frage 9 im Fragebogen). Hierbei konnten jeweils separate Angaben für die Bereitschaft der Bereitstellung von Räumen des Unternehmens, Arbeitszeit und direkten finanziellen Mitteln für die jeweilige Maßnahme gemacht werden. Unter den teilnehmenden Betrieben zeigten sich 43,7% ($n=97$) bereit, Räume des Unternehmens für die Durchführung von Gesundheitsförderungsangeboten (wie z.B. Bewegung und Sport, Stressbewältigungsangebote) zur Verfügung zu stellen. Ebenfalls eine Bereitschaft zeigten 39,6% ($n=88$) für die Durchführung von arbeitsbezogenen Impfungen in den Räumen des Unternehmens. Eine nennenswerte Bereitschaft bezüglich der Nutzung von Arbeitszeit zeigten 55,4% ($n=123$) der Unternehmen für die Durchführung

arbeitsbezogener Impfungen. Hinsichtlich der Unterstützung der Einführung von Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen, Impfungen bei Privatreisen, Krankheitsfrüherkennung, Krebsfrüherkennung und Kontrolluntersuchungen bei chronischen Erkrankungen zeigten die befragten Unternehmen nur eine sehr geringe Bereitschaft. Die große Mehrheit der Unternehmen zeigte sich weder bereit, Räume des Unternehmens für die oben genannten Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, noch diese Maßnahmen in der Arbeitszeit stattfinden zu lassen. Diese Ergebnisse lassen sich Tabelle 26 und Tabelle 27 entnehmen.

Tabelle 26: Angaben der befragten Unternehmen zur Bereitschaft, Räume des Unternehmens für ausgewählte präventive Maßnahmen zur Verfügung zu stellen (n/%)

	Ja	Nein	Keine Angabe
Arbeitsbezogene Impfungen	88 (39,6)	120 (54,1)	14 (6,3)
Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen	41 (18,5)	173 (77,9)	8 (3,6)
Impfungen bei Privatreisen	8 (3,6)	207 (93,2)	7 (3,2)
Gesundheitsförderungsangebote	97 (43,7)	114 (51,4)	11 (5,0)
Krankheitsfrüherkennung	43 (19,4)	168 (84,2)	11 (5,0)
Krebsfrüherkennung	25 (11,3)	187 (84,2)	10 (4,5)
Kontrollen bei chronischen Erkrankungen	28 (12,6)	184 (82,9)	10 (4,5)

Tabelle 27: Angaben der befragten Unternehmen zur Bereitschaft, Arbeitszeit für ausgewählte präventive Maßnahmen zur Verfügung zu stellen (n/%)

	Ja	Nein	Keine Angabe
Arbeitsbezogene Impfungen	123 (55,4)	82 (36,9)	17 (7,7)
Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen	26 (11,7)	186 (83,8)	10 (4,5)
Impfungen bei Privatreisen	4 (1,8)	209 (94,1)	9 (4,1)
Gesundheitsförderungsangebote	40 (18,0)	167 (75,2)	15 (6,8)
Krankheitsfrüherkennung	27 (12,2)	182 (82,0)	13 (5,9)
Krebsfrüherkennung	13 (5,9)	196 (88,3)	13 (5,9)
Kontrollen bei chronischen Erkrankungen	15 (6,8)	194 (87,4)	13 (5,9)

Auf die Frage, durch wen die jeweilige Maßnahme finanziert werden soll, konnte zwischen den Antwortmöglichkeiten „Beschäftigte“, „Krankenkasse“ und „Unternehmen“ gewählt werden. Hier waren Mehrfachantworten möglich. Bezüglich des Wunsches der direkten Finanzierung lag der Fokus bei allen Maßnahmen klar auf einer Finanzierung durch die Krankenkassen. Eine Bereitschaft zur (Mit)Finanzierung durch das Unternehmen gaben 52,4% (n=111) der Unternehmen für Gesundheitsförderungsangebote und 45,9% (n=96) für arbeitsbezogene Impfungen an (Tabelle 28).

Tabelle 28: Angaben der Unternehmen zur gewünschten Finanzierung einzelner Maßnahmen

	Gewünschte Kostenübernahme der jeweiligen Maßnahme durch...		
	Beschäftigte n (%)	Krankenkasse n (%)	Unternehmen n (%)
Arbeitsbezogene Impfungen (n=209, keine Angabe: 13 (5,9%))	14 (6,7)	153 (73,2)	96 (45,9)
Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen (n=211, keine Angabe: 11 (5,0%))	41 (19,4)	194 (91,9)	4 (1,9)
Impfungen bei Privatreisen (n=210, keine Angabe: 12 (5,4%))	130 (61,9)	125 (59,5)	3 (1,4)
Gesundheitsförderungsangebote (n=212, keine Angabe: 10 (4,5%))	86 (40,6)	134 (63,2)	111 (52,4)
Krankheitsfrüherkennung (n=208, keine Angabe: 14 (6,3%))	34 (16,3)	196 (94,2)	23 (11,1)
Krebsfrüherkennung (n=213, keine Angabe: 9 (4,1%))	30 (14,1)	204 (95,8)	11 (5,2)
Kontrolle bei chronischen Erkrankungen (n=212, keine Angabe: 10 (4,5%))	36 (17,0)	198 (93,4)	5 (2,4)

Bei dieser Fragestellung waren Mehrfachantworten möglich. Entsprechend können die Antworten bzw. die Prozentangaben in einer Zeile höher ausfallen als die Zahl der befragten Unternehmen bzw. höher als 100%.

Wie Abschnitt 3.6 darstellt, zeigte die Unternehmensgröße bereits einen signifikanten Einfluss auf die Umsetzung in den Bereichen Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalentwicklung sowie Betriebliches Eingliederungsmanagement.

Im Folgenden soll betrachtet werden, ob sich auch eine über die bislang angebotenen Maßnahmen hinausgehende Bereitschaft für zusätzliche präventive Maßnahmen in Abhängigkeit von der Unternehmensgröße beobachten lässt: Hinsichtlich der Bereitschaft zur Finanzierung ausgewählter präventiver Maßnahmen bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bereitschaft und der Unternehmensgröße. Eine Bereitschaft, Räume des Unternehmens zur Verfügung zu stellen, zeigte sich in größeren Unternehmen tendenziell häufiger als in kleineren Unternehmen. Dies galt für die Maßnahmen „arbeitsbezogene Impfungen“ (Spearman’s $r=.34$; $p<.001$), „Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen“ (Spearman’s $r=.28$; $p<.001$), „Impfungen bei Privatreisen“ (Spearman’s $r=.14$; $p=.040$), „Angebot von

Gesundheitsförderungsangeboten“ (Spearman's $r=.17$; $p=.016$) sowie „Krankheitsfrüherkennung“ (Spearman's $r=.19$; $p<.000$).

Die Bereitschaft, arbeitsbezogene Impfungen während der Arbeitszeit durchführen zu lassen, fand sich bei den Vertretern größerer Unternehmen tendenziell häufiger als bei Vertretern kleinerer Unternehmen (Spearman's $r=.23$; $p=.001$). Ebenso fand sich in größeren Unternehmen häufiger eine Bereitschaft, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen während der Arbeitszeit durchzuführen (Spearman's $r=.16$; $p=.024$).

Einen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft des Unternehmens, die Einführung von Maßnahmen (mit) zu finanzieren und der Unternehmensgröße fand sich für „arbeitsbezogene Impfungen“ (Spearman's $r=.18$; $p=.009$) und „Gesundheitsförderungsangebote“ (Spearman's $r=.23$; $p=.001$).

Die Unternehmensgröße hatte also einen mittelstarken positiven Effekt auf die Bereitschaft, arbeitsbezogene Impfungen in den Räumen des Unternehmens anzubieten, sowie einen schwachen positiven Effekt auf die Bereitschaft, Räume des Unternehmens für Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen, Impfungen bei Privatreisen, Gesundheitsförderungsangebote und Krankheitsfrüherkennung zur Verfügung zu stellen. Ebenso zeigte die Unternehmensgröße einen schwachen positiven Effekt auf die Bereitschaft, arbeitsbezogene Impfungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen während der Arbeitszeit stattfinden zu lassen. Auch für Bereitschaft der (Mit)Finanzierung von arbeitsbezogenen Impfungen und Gesundheitsförderungsangeboten handelte es sich um einen schwachen Effekt.

4 Diskussion

Aufgrund des Wandels in der Arbeitswelt kommt dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement eine besondere Bedeutung zu. Durch die vorliegend dargestellte quantitative Befragung konnte die Umsetzung aller vier Bereiche des Betrieblichen Gesundheitsmanagements systematisch und gleichzeitig erfasst sowie Einflussfaktoren auf die Umsetzung identifiziert werden. Neuartig an dieser Studie ist auch der besondere Fokus auf die Zufriedenheit mit der Umsetzung. Die Durchführung der Befragung in einer Region, die nicht nur wirtschaftlich stark ist, sondern darüber hinaus auf der Ebene der Lokalpolitik den Themen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ ein besonderes Augenmerk gilt, ermöglicht eine besondere Fokussierung im Rahmen der Ergebnisdiskussion.

4.1 Studiendesign, Fragebogen, Rücklauf und Datenqualität

Die Auswahl einer Querschnittsstudie in Form einer quantitativen Befragung ist als sinnvoll und effektiv zu werten, da Häufigkeiten so systematisch erfasst werden konnten, woraus ein hoher Informationsgewinn resultierte. Fragestellungen wurden hierbei explorativ mit einem hypothesengenerierenden Ansatz untersucht. So konnten neben Häufigkeiten der Umsetzung einzelner gesundheitsbezogener Maßnahmen auch Annahmen zu möglichen Einflussfaktoren generiert und explorativ überprüft werden. Der Einsatz eines standardisierten Fragebogens als Messinstrument diente der detaillierten und ganzheitlichen Erfassung von Häufigkeiten. Zur Gewährleistung der Erfassung eines vollständigen Bildes wurde am Ende jeder Kategorie ein Freitextfeld („Sonstiges“) offeriert, um den an der Studie teilnehmenden Personen die Möglichkeit zu bieten, im Fragebogen nicht aufgelistete Maßnahmen hinzuzufügen. Die sehr geringe Inanspruchnahme dieses Freitextfeldes lässt auf eine hohe Vollständigkeit der aufgelisteten Maßnahmen schließen. In der Mehrheit der Fälle wurde dieses Feld für Maßnahmen genutzt, die im Fragebogen einer an anderer Stelle genannten Kategorie zugeordnet waren. Der Pretest wurde nach wissenschaftlichen Empfehlungen mehrfach durchgeführt, um das Verständnis und die technische Handhabbarkeit des Fragebogens zu optimieren (Lenzner et al. 2015; Weichbold 2014; Mohler und Porst 1996). Mit insgesamt durchschnittlich 2,7% fehlenden Werten wurden die Fragebögen mit einer zufriedenstellenden Vollständigkeit ausgefüllt, was auf eine gute Handhabbarkeit

schließen lässt. Um einen möglichst hohen Rücklauf zu generieren, wurden verschiedene Faktoren beachtet, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu dienen, den Rücklauf zu erhöhen: Der Fragebogen wurde in Farbe gedruckt (Edwards et al. 2002). Im Brief enthalten waren ein personalisiertes Anschreiben, ein Brief mit einer Erläuterung zur Studie und ein vorfrankierter Rückumschlag (Menold 2015). Ebenso erhielten alle Unternehmen ein Erinnerungsschreiben (Porst 2001). So konnte ein Gesamtrücklauf von 24,5% generiert werden, wobei der Rücklauf unter den Handwerksbetrieben bei 27,1% und unter den Nicht-Handwerksbetrieben bei 23,4% lag. Der Rücklauf unterschied sich zwischen diesen zwei Gruppen nicht signifikant. Daraus kann geschlossen werden, dass Unternehmen aus diesen zwei Gruppen, trotz unterschiedlicher Anschreiben bzw. Ansprache (Handwerker über die Handwerkskammer, übrige Betriebe direkt durch das Institut) für die Befragung, gleichermaßen erreicht wurden. Der durch diese Befragung generierte Rücklauf ist als ein für diese Art Studiendesign üblicher bis guter Rücklauf einzuordnen (Völter-Mahlknecht et al. 2015; Rothermund et al. 2018; Junne et al. 2018). Unter den N=222 teilnehmenden Betrieben war der Rücklauf der mittelgroßen Unternehmen mit 101-200 Mitarbeitern (31,5%) und 201-500 Mitarbeitern (32,3%) am höchsten, gefolgt von Unternehmen mit 51-100 Mitarbeitern, deren Rücklauf ebenfalls über dem Durchschnitt lag. Unter dem durchschnittlichen Rücklauf in dieser Studie lagen große Unternehmen mit >500 Mitarbeitern (23,1%) sowie kleine Unternehmen mit 10-50 Mitarbeitern (22,3%). Der Rücklauf stieg also bis zu einer Betriebsgröße von 201-500 Mitarbeitern, und fiel schlussendlich im Sinne einer umgekehrten U-förmigen Kurve wieder ab.

4.2 Studienpopulation

Für diese Studie wurden Unternehmen im Landkreis Reutlingen ab 10 bzw. 20 Mitarbeitern befragt. Dieses nicht einheitliche Einschlusskriterium kam dadurch zustande, dass die Ansprache der Unternehmen auf zwei Wegen erfolgte. Während der von der Handwerkskammer zur Verfügung gestellte Datensatz bereits in verschiedene Größengruppen kodierte Unternehmensgruppen beinhaltete, waren im Datensatz der Firma Creditreform absolute Mitarbeiterzahlen für alle Unternehmen angegeben. Durch die Gruppierung der Mitarbeiterzahl der Handwerksbetriebe in die Gruppe 10-50 Mitarbeiter beinhaltete dieser Datensatz also auch Unternehmen ab 10 Mitarbeitern. Kleinstbetriebe mit Mitarbeiterzahlen unter 10 bzw. 20 Mitarbeitern wurden von dieser

Studie ausgeschlossen. Diesem Ausschluss liegt folgende Annahme zugrunde: Die Unternehmensgröße hat einen bedeutenden Einfluss auf die Umsetzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (Faller 2018; Bechmann et al. 2011). Defizite finden sich vor allem in kleinen und Kleinstunternehmen (Beck 2011). Zeigt sich in der vorliegenden Studie die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen in Unternehmen ab 10 bzw. 20 Mitarbeitern als gering oder gar defizitär, kann davon ausgegangen werden, dass die Umsetzung in den Kleinstunternehmen noch geringer ist. Einen Nachteil dieses a-priori Ausschlusses von Kleinstunternehmen stellt die Tatsache dar, dass in der vorliegenden Studie nur eine Mutmaßung bezüglich der Umsetzung in Kleinstunternehmen getroffen werden kann, ohne diese tatsächlich zu erfassen.

Die Geschlechterverteilung der ausfüllenden Personen (Männer: 54,1%; Frauen 45,0%) entspricht der Geschlechterverteilung sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in Deutschland (Männer: 56%; Frauen: 44%) (Bundesagentur für Arbeit 2018). Auch die Geschlechterverteilung unter den Geschäftsführern, die den Fragebogen beantwortet haben (Männer: 78,6%; Frauen 21,4%), ist vergleichbar mit der Geschlechterverteilung von Beschäftigten mit Führungspositionen in Deutschland (Männer: 71%; Frauen 29%) (Statistisches Bundesamt 2014). Bezüglich der Repräsentativität der Branchenzugehörigkeit der teilnehmenden Unternehmen kann durch fehlende Vergleichsdaten aus dem Landkreis Reutlingen keine Aussage getroffen werden. Zwar wurden durch die beiden Adressgeber jeweils Angaben zur Branchenzugehörigkeit der Betriebe zur Verfügung gestellt, doch konnte kein Abgleich mit der im Fragebogen erhobenen Branchenzugehörigkeit durchgeführt werden, da hierzu ein anderes Kategoriensystem (Statistisches Bundesamt 2008) verwendet wurde und diese Daten somit nicht für eine Non-Responder-Analyse verwendet werden konnten.

4.3 Beschäftigung bzw. Beauftragung von Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragten

Niedrige Zahlen bezüglich der Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes fanden sich insbesondere in kleinen Unternehmen. Kleinbetriebe mit 10-50 Mitarbeitern gaben nur in 29,1% der Fälle an, einen Betriebsarzt zu beschäftigen bzw. einen Betriebsarzt beauftragt zu haben. Dies lässt sich jedoch teilweise durch das bedarfsorientierte „Unternehmermodell“ erklären, durch das es Betrieben ermöglicht

wird, Dienste eines Betriebsarztes nur dann zu beanspruchen, falls dies entsprechend der durch den Unternehmer erstellten Gefährdungsbeurteilung oder aufgrund von Regelungen der ArbMedVV notwendig wird. Jedoch zeigten sich in der Befragung hinsichtlich der betriebsärztlichen Versorgung auch Lücken, die bis in die großen Betriebe mit 201-500 und >500 Mitarbeitern zu reichen schienen, da diese nur in 85,0% bzw. 83,3% angaben, einen Betriebsarzt zu beschäftigen bzw. beauftragt zu haben. Hierfür sind folgende Gründe denkbar:

- Unkenntnis der ausfüllenden Person über die tatsächliche betriebsärztliche Versorgung im Unternehmen
- Mangel an Betriebsärzten (Barth et al. 2014; Eichendorf und Bell 2015)
- Finanzielle Hürden
- Zu wenige Kontrollen durch die zuständigen Behörden

Die Betreuungslücke durch Betriebsärzte ist bereits seit Jahren bekannt. Berechnungen zu Bedarf und Kapazität betriebsärztlicher Betreuung zeigten, dass der Bedarf knapp über der Kapazität liegt (Barth et al. 2014). Diese Versorgungslücke spiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Studie wider. Ein Ausblick zeigt, dass die betriebsärztliche Versorgung in Unternehmen auch in der Zukunft ein kritisches Thema darstellen wird. In Deutschland sind etwas über die Hälfte der Betriebsärzte über 60 Jahre alt. Obwohl die Zahl der Neuanerkennungen von Betriebsärzten steigt (Schoeller 2014), scheint der Nachwuchs noch nicht auszureichen, um den zukünftigen Bedarf zu decken (Eichendorf und Bell 2015). Als mögliche Maßnahmen zur Verbesserung dieser Situation sind die Nachwuchsförderung, beispielsweise durch eine bessere Integration dieses Themenkomplexes ins Medizinstudium, sowie eine bessere Ausschöpfung vorhandener Potentiale, beispielsweise durch Rekrutierung von Ärzten mit der Bezeichnung Arbeitsmediziner, die jedoch nicht in diesem Beruf arbeiten, denkbar. Ableiten lässt sich aus diesen Ergebnissen ein Handlungsbedarf, da die Anzahl der Betriebsärzte trotz der steigenden Bedeutung von Prävention sinken wird (Barth et al. 2014).

Ein Mangel an Fachkräften für Arbeitssicherheit lässt sich in der vorliegenden Studie hingegen nur in kleinen und mittleren Betrieben beobachten. Unternehmen mit 10-50 Mitarbeitern beschäftigen nach eigenen Angaben in 63,0% der Fälle eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, Unternehmen mit 51-100 Mitarbeitern zu 85,4%. Allerdings

beschäftigen alle befragten Unternehmen mit über 100 Mitarbeitern eine Fachkraft für Arbeitssicherheit. In einer Befragung aus dem Jahr 2015 gaben 68% der Unternehmen mit 10-49 Mitarbeitern, 93% der Unternehmen mit 50-249 Mitarbeitern und 96% der Unternehmen mit >250 Mitarbeitern an, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit zu beschäftigen (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie 2017). Diese Zahlen ähneln den Angaben der an der vorliegenden Studie teilnehmenden Unternehmen. Die Gründe für die niedrigeren Zahlen in kleinen Unternehmen sind vergleichbar mit den Gründen zur Erklärung der geringen Beschäftigung bzw. Beauftragung von Betriebsärzten. Die Teilnahme am Unternehmermodell ermöglicht auch einen bedarfsgerechten Einsatz einer Fachkraft für Arbeitssicherheit im Unternehmen. Berechnungen zu Bedarf und Kapazität von Fachkräften für Arbeitssicherheit zeigten eine ausreichende Deckung des Bedarfs in Deutschland (Barth et al. 2017). Durch Ergreifen von effektiven Maßnahmen zur Nachwuchsgenerierung soll auch in Zukunft keine Betreuungslücke entstehen. Während die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit früher an Ingenieursstudiengänge gebunden war, besteht heute die Möglichkeit des Erwerbs einer sicherheitstechnischen Fachkunde auch für andere Personen mit hinreichender Qualifikation. So können sich beispielsweise Techniker oder Meister über eine Ausbildung, die auch berufsbegleitend absolviert werden kann, zur Fachkraft für Arbeitssicherheit qualifizieren (Barth et al. 2017).

Auch Sicherheitsbeauftragte wurden in kleinen Unternehmen seltener beschäftigt bzw. beauftragt als in größeren Unternehmen. Ab einer Mitarbeiterzahl von 20 Mitarbeitern ist gemäß der DGUV Vorschrift 1 die Bestellung mindestens eines Sicherheitsbeauftragten vorgeschrieben (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2013). In der Gruppe von Unternehmen mit 10-50 Mitarbeitern beschäftigten nach eigenen Angaben 64,6% einen Sicherheitsbeauftragten. Geringe Defizite zeigten sich jedoch auch in den Unternehmen mit 51-100 Mitarbeitern (82,9%) und 101-200 Mitarbeitern (96,4%). Alle Unternehmen mit über 200 Mitarbeitern gaben an, mindestens einen Sicherheitsbeauftragten bestellt zu haben. Ein möglicher Erklärungsansatz für dieses Defizit ist, dass vor allem Arbeitgeber in kleinen Betrieben nicht ausreichend über ihre Pflichten informiert sind. Ebenfalls möglich ist, dass kleinere Betriebe die Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten nicht als notwendig erachten.

4.4 Umsetzung und Einflussfaktoren

Die Umsetzung verschiedener Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde entlang der vier Säulen Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalentwicklung und Betriebliches Eingliederungsmanagement erfragt. Dies erfolgte entsprechend des Vorgehens in einem zurückliegenden Forschungsvorhaben des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung (Michaelis und Rieger 2017). Für alle vier Bereiche des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zeigte sich eine signifikante und relevante Korrelation zwischen dem entsprechenden Umsetzungsscore und der Betriebsgröße. Dies deckt sich mit den Ergebnissen zahlreicher Studien, die die Betriebsgröße bereits als wichtigsten Einflussfaktor für die Umsetzung ermittelt haben (Faller 2018). Ebenso konnte gezeigt werden, dass der Anteil an Unternehmen, die alle gesetzlichen Vorgaben in den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement erfüllten, mit der Betriebsgröße stieg.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Mit einem mittleren Score von 3,36 von 10 möglichen Punkten war die Betriebliche Gesundheitsförderung der Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in dem - relativ zu allen im Fragebogen gelisteten Maßnahmen in einem Bereich - am wenigsten Maßnahmen umgesetzt wurden. Dies mag unter anderem daran liegen, dass sowohl das Angebot durch den Arbeitgeber als auch die Teilnahme durch den Arbeitnehmer auf freiwilliger Basis beruhen. Vergleiche des Umfangs der Umsetzung mit anderen Studien wurden hier durch die uneinheitliche Verwendung des Begriffs „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und der uneinheitlichen Zuordnung von Maßnahmen erschwert. Dennoch zeigte sich ein weiterer Bedarf der Ausweitung der Gesundheitsförderung in Unternehmen. Dieser wurde auch von den gesetzlichen Krankenkassen wahrgenommen. Diese definierten als Ziele für die nächsten fünf Jahre unter anderem eine Steigerung der Anzahl der erreichten Betriebe (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2018). In der Varianzanalyse zeigten in der vorliegenden Studie neben der Betriebsgröße auch die Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes sowie die Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten eine signifikante schwache Assoziation mit der Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung. Unternehmen, die angaben, einen Betriebsarzt und einen

Sicherheitsbeauftragten zu beschäftigen bzw. beauftragt zu haben, erreichten in diesem Bereich einen signifikant und relevant höheren Umsetzungsscore als Unternehmen, die angaben, dies nicht zu tun (vgl. Tabelle 15 und 16). Eine Erklärung liefert das mögliche Aufgabenspektrum des Betriebsarztes, das unter anderem die Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung beinhaltet. Dementsprechend ist eine stärkere Implementierung von Maßnahmen aus dem Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung durch den Einfluss und die Präsenz eines Betriebsarztes denkbar. Ebenso denkbar ist, dass sich ein Verantwortungsbewusstsein des Arbeitgebers für die Gesundheit seiner Beschäftigten sowohl im Angebot von Maßnahmen der Gesundheitsförderung als auch in der Bestellung bzw. Beschäftigung eines Betriebsarztes und eines Sicherheitsbeauftragten niederschlägt.

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz lag der mittlere Umsetzungsscore bei 6,75 von 10 möglichen Punkten – dies ist der höchste Wert in den vier Bereichen. Dies ist sicherlich nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass alle der im Fragebogen aufgelisteten Maßnahmen in diesem Bereich eine gesetzliche Grundlage haben. Auch war dies der Bereich, in dem die wenigsten Unternehmen keinerlei Maßnahmen anboten (1,4%, n=3). Genauer betrachtet war, trotz des vergleichsweise hoch erscheinenden Scores, die Anzahl der Unternehmen, die alle gesetzlichen Vorschriften umsetzten, mit 23,9% (n=53) allerdings sehr gering. Hierfür können folgende Ursachen in Frage kommen:

- Die Arbeitgeber sind unzureichend über gesetzliche Vorgaben informiert und kennen ihre Pflichten nicht.
- Maßnahmen werden nicht für nötig gehalten oder waren bislang noch nicht nötig (beispielsweise die Analyse von Arbeitsunfällen).
- Maßnahmen, die nur bei Bedarf ergriffen werden (z.B. die Ableitung von Schutzmaßnahmen aufgrund analysierter Arbeitsunfälle), wurden von der ausfüllenden Person nicht als etabliert wahrgenommen.
- Wird kein Betriebsarzt beschäftigt bzw. beauftragt, können Maßnahmen des Arbeitsschutzes (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) nicht durchgeführt werden. Auch fehlt dessen beratende Funktion zum Arbeitsschutz.
- Die Einhaltung des Arbeitsschutzes wird nicht ausreichend kontrolliert.

- Maßnahmen werden zwar implizit umgesetzt, dies erfolgt aber so wenig explizit, dass ihre Umsetzung im Rahmen der Befragung nicht angegeben wurde.

Diese Annahmen sind angelehnt an eine Studie, die die Ausführung der Gefährdungsbeurteilung und die Umsetzung von Schutzmaßnahmen in Abhängigkeit von ihrer Notwendigkeit beurteilte. Hier wurde eine angemessene Gefährdungsbeurteilung in 63,7% der Unternehmen dokumentiert. 66,0% der Unternehmen setzten Arbeitsschutzmaßnahmen angemessen um (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie 2014). Auch hier zeigten sich folglich wie in der vorliegenden Studie Defizite. Allerdings erreichten die Werte in der zitierten Untersuchung nicht so geringe Werte wie in der vorliegenden Studie für den Fall, dass die Umsetzung aller gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen als „angemessene Umsetzung des Arbeitsschutzes“ gewertet wird. Bei dieser Betrachtung wurde der Arbeitsschutz nur in 23,9% der in dieser Studie befragten Unternehmen „angemessen“ umgesetzt. In der Varianzanalyse konnte neben der Betriebsgröße auch die Branchenzugehörigkeit als mittelstarker signifikanter Einflussfaktor identifiziert werden. Unternehmen aus Branchen mit einem erhöhten arbeitsbedingten Gesundheitsrisiko gaben das Angebot von signifikant und relevant mehr Arbeitsschutzmaßnahmen an als Unternehmen aus Branchen ohne erhöhtes arbeitsbedingtes Gesundheitsrisiko (vgl. Tabelle 17 und 18). Diese Ergebnisse stimmen überein mit dem bisherigen Forschungsstand. Dieser besagt, dass eine erhöhte Exposition gegenüber Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz auch mit einem erhöhten Arbeitsschutz einhergeht (Cardás 2017). Auch die Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes erwies sich in der Varianzanalyse der vorliegenden Daten als schwach signifikant. Arbeitsmedizinische Maßnahmen, wie beispielsweise eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung, sind an die Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes gebunden. Ebenso kann dessen beratende Tätigkeit durchaus zu einem höheren Angebot und einer Erkennung des Bedarfs an weiteren Arbeitsschutz- und Sicherheitsmaßnahmen führen.

Personalentwicklung

Auch im Bereich Personalentwicklung wurden mit einem mittleren Score von 6,11 von 10 möglichen Punkten vergleichsweise viele Maßnahmen angeboten. Gründe hierfür

können zum einen der überwiegende Nutzen für das Unternehmen selbst durch Effizienzsteigerung durch gut geschultes Personal und Mitarbeiterbindung sein, als auch eine einfachere Umsetzung in diesem Bereich verglichen mit anderen Bereichen. Beispielsweise lassen sich Mitarbeitergespräche einfacher in den Arbeitsalltag integrieren, da sie, verglichen mit anderen Maßnahmen, keine zusätzlichen Fachkräfte erfordern. In dieser Befragung zeigten sich Mitarbeitergespräche als die am häufigsten durchgeführte Maßnahme der Personalentwicklung. Unter den in dieser Studie befragten Unternehmen gaben 78,8% an, regelmäßig Mitarbeitergespräche durchzuführen. Auch in einer Befragung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales stellten sich regelmäßige Mitarbeitergespräche als die am häufigsten angebotene Maßnahme der Personalentwicklung dar. Hier gaben 72,0% an, regelmäßig Mitarbeitergespräche durchzuführen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016). Als schwacher Einflussfaktor auf die Umsetzung im Bereich Personalentwicklung konnte in der vorliegenden Studie neben der Betriebsgröße die Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten identifiziert werden. Hier zeigte sich eine signifikant höhere Umsetzung in Unternehmen, die angaben, einen Sicherheitsbeauftragten bestellt zu haben. Diese Assoziation zwischen der Umsetzung von Maßnahmen der Personalentwicklung mit der Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten ist inhaltlich weniger stringent zu erklären als die Assoziation mit der Betriebsgröße. Eine mögliche Erklärung stellt die Etablierung von Gesundheit im Unternehmen sowie ein Verantwortungsbewusstsein für die Gesundheit der Beschäftigten dar. Diese Faktoren können sowohl zur Etablierung von Maßnahmen der Personalentwicklung als auch zur Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten beitragen. Darüber hinaus könnte es sich hier aber auch vor allem um einen Effekt der Betriebsgröße handeln, da Sicherheitsbeauftragte erst ab einer Größe von 20 Mitarbeitern bestellt werden müssen. Eine Kausalität kann jedoch mit dem vorliegenden Studienansatz nicht empirisch belegt werden.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Deutlich mehr Defizite zeigten sich im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement mit einem mittleren Score von 4,06 von 10 möglichen Punkten. Trotz gesetzlicher Vorgaben, deren Implementierung in zwei von insgesamt acht Items abgefragt wurde, gaben hier 11,3% (n=24) der Unternehmen an, keinerlei Maßnahmen anzubieten. Nur

etwa die Hälfte der Unternehmen (50,9%; n=113) erfüllte hier alle gesetzlichen Vorgaben. Mögliche Gründe für diese Defizite ähneln denen der mangelnden Umsetzung des Arbeitsschutzes:

- Arbeitgeber kennen möglicherweise die gesetzlichen Grundlagen nicht.
- Betriebliches Eingliederungsmanagement war bislang noch nicht nötig.
- Das Konzept des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist in vielen, vor allem in kleinen, Unternehmen noch unbekannt oder wurde noch nicht thematisiert (Knoche und Sochert 2013).
- Die ausfüllende Person weiß nicht um alle entsprechenden Maßnahmen im Betrieb.

In der Varianzanalyse zeigten hier neben der Betriebsgröße die Beschäftigung bzw. Beauftragung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie die Stellung der ausfüllenden Person einen schwach signifikanten Einfluss auf die Umsetzung (vgl. Tabelle 19 und 20). Der Umsetzungsscore war signifikant und relevant höher in Unternehmen, die angaben, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit zu beschäftigen bzw. beauftragt zu haben. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Unternehmen, die einen besonderen Fokus auf Gesundheit und Sicherheit legen, ihre gesetzlichen Pflichten kennen und deshalb eine Fachkraft für Arbeitssicherheit beschäftigen bzw. beauftragt haben, auch einen höheren Umsetzungsscore für das Betriebliche Eingliederungsmanagement erreichen. Ebenso erreichten Unternehmen, in denen der Fragebogen durch einen Geschäftsführer oder Betriebsinhaber ausgefüllt wurde, einen schwach signifikant niedrigeren Umsetzungsscore als Unternehmen, in denen der Fragebogen durch andere Personen, wie beispielsweise Mitglieder der Personalabteilung, ausgefüllt wurde. Einen möglichen Grund hierfür stellt die Tatsache dar, dass der Fragebogen in größeren Unternehmen signifikant häufiger durch Mitglieder der Personalabteilung oder sonstige Personen ausgefüllt wurde, da diese Strukturen in größeren Unternehmen häufiger vorhanden sind. Ebenso zeigte die Unternehmensgröße einen signifikanten Einfluss auf die Umsetzung. Auch der Umsetzungsscore stieg mit der Unternehmensgröße.

Fazit zur Umsetzung

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass mit der vorliegenden Studie in allen Bereichen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Defizite aufgezeigt werden konnten.

Insbesondere konnten Defizite auch bei der Erfüllung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen gezeigt werden. Zwar konnten für alle Bereiche Einflussfaktoren identifiziert werden, jedoch trugen diese nur zu einer geringen Aufklärung der Gesamtvarianz bei. Einen wichtigen Einflussfaktor jedoch, dessen Bedeutung bereits durch mehrere Studien belegt wurde, stellte über alle Maßnahmen hinweg die Betriebsgröße dar. Je größer das Unternehmen, desto mehr gesundheitsbezogene Maßnahmen wurden umgesetzt. Dies galt auch für die Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen. Eine geringe oder auch defizitäre Umsetzung fand sich also insbesondere in kleinen Unternehmen. In diese Studie wurden Unternehmen ab 10 bzw. 20 Mitarbeitern eingeschlossen. Durch die positive Korrelation der Betriebsgröße mit der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen ist also davon auszugehen, dass über die vorliegende Studie hinaus die tatsächliche Umsetzung und die Erfüllung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen noch mehr Defizite aufweisen, als es durch diese Studie deutlich wird, da Kleinstunternehmen in dieser Studie nicht erfasst wurden. Ein weiterer Faktor, der auf eine - im Hinblick auf Gesamtdeutschland betrachtet - möglicherweise schlechtere Umsetzung schließen lässt, ist die Wahl des Landkreises Reutlingen als Ort der Befragung. Es handelt sich hier um eine wirtschaftlich überdurchschnittlich starke Region. Zudem besitzt das Konzept der Gesundheitsförderung durch die Einführung der Zertifizierung zu „Gesunden Gemeinden“ hier einen besonderen Stellenwert. Durch diese beiden Faktoren ist eine höhere Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen in Betrieben des Landkreises Reutlingen denkbar. Die Erhebung von Daten zur Durchführung stellt jedoch nur einen Teil zur Erfassung eines ganzheitlichen Bildes dar. Dies zeigte eine Studie zu Angebot und Inanspruchnahme Betrieblicher Gesundheitsförderung. Während das Angebot zwischen den Jahren 2006 und 2012 um 6% stieg, sank gleichzeitig die Inanspruchnahme durch die Beschäftigten um 3% (Beck und Lenhardt 2016). Es ist also nicht nur wichtig zu erheben, was in Unternehmen getan wird, sondern auch wie es getan wird. Hierbei kann sich das „wie“ beispielsweise auf die korrekte Durchführung, die Effektivität oder auch die Nutzerfreundlichkeit von angebotenen Maßnahmen beziehen. Das reine Angebot einer Maßnahme lässt also weder gleichzeitig auf eine Inanspruchnahme durch die Zielgruppe noch auf eine korrekte oder nutzerfreundliche Durchführung schließen.

4.5 Zufriedenheit

Diese Studie konnte eine signifikante, im Bereich Betriebliches Gesundheitsförderung mittelstarke und in den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalentwicklung und Betriebliches Eingliederungsmanagement schwache, Assoziation zwischen der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen und der Zufriedenheit mit der Umsetzung zeigen. Je mehr Maßnahmen umgesetzt wurden, desto zufriedener zeigten sich die Befragten mit dem Status quo im jeweiligen Bereich. Deshalb wurde die Zufriedenheit mit der Umsetzung genauer beleuchtet. Verglichen wurden hier Unternehmen im untersten und im obersten Umsetzungsquartil in allen vier Bereichen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In den Bereichen Betriebliche Gesundheitsförderung, Personalentwicklung und Betriebliches Eingliederungsmanagement zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen diesen Gruppen. Ein geringer Unterschied zeigte sich jedoch im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz mit 88,7% Zufriedenheit (darunter 37,1% „sehr zufrieden“ und 51,6% „eher zufrieden“) im untersten und 96,3% Zufriedenheit (darunter 57,4% „sehr zufrieden“ und 38,9% „eher zufrieden“) im obersten Quartil. Vergleicht man Unternehmen, die angaben, alle gesetzlichen Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement zu erfüllen mit solchen, die angaben, das nicht tun, fanden sich für den Arbeits- und Gesundheitsschutz ähnliche Ergebnisse. Unter den Unternehmen, die nicht alle gesetzlichen Vorgaben erfüllten, gaben 92,2% (darunter 43,2% „sehr zufrieden“ und 49,0% „eher zufrieden“) an, zufrieden zu sein, während 96,3% (darunter 56,6% „sehr zufrieden“ und 39,6% „eher zufrieden“) der Unternehmen, die alle gesetzlichen Vorgaben erfüllten, angaben zufrieden zu sein. Diese sehr hohe Zufriedenheit lässt vermuten, dass die Unternehmer sich nicht über die Defizite der Umsetzung oder über ihre gesetzlichen Pflichten bewusst sind. Anscheinend wurden die Maßnahmen des Arbeitsschutzes von der großen Mehrheit als erfüllt oder zumindest als weitestgehend erfüllt wahrgenommen. Anders sieht es bei der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus. Zunächst wiesen neben dem niedrigen Umsetzungsscore (4,06 von 10 möglichen Punkten) und der - verglichen mit der Zufriedenheit mit der Umsetzung in den anderen Bereichen des BGM - niedrigeren Zufriedenheit (Unternehmen, die nicht alle gesetzlichen Vorgaben erfüllten: 11,9% „sehr zufrieden“; 41,6% „eher zufrieden“ vs. Unternehmen, die alle gesetzlichen Vorgaben erfüllten: 23,9% „sehr zufrieden“ und

55,8% „eher zufrieden“) auch die für diesen Fragebogen vergleichsweise hohe Anzahl fehlender Werte auf Defizite in diesem Bereich hin. Knapp 10% aller ausfüllenden Personen konnten keine Angabe zur Zufriedenheit machen. Dies lässt vermuten, dass BEM in diesen Betrieben bislang noch nicht (explizit) thematisiert wurde. Allgemein lässt sich sagen, dass die Zufriedenheit trotz einer geringen Umsetzung in allen Bereichen hoch war. Am stärksten ausgeprägt war das im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz. Hier gaben die befragten Unternehmen trotz Defiziten, auch bei der Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen, eine hohe Zufriedenheit an.

4.6 Bereitschaft zur Unterstützung einer erweiterten Prävention im Betrieb

Nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 liegen bislang noch keine ausreichenden Daten zur Evaluation der Umsetzung vor (Rosenbrock 2018). Dieses Gesetz richtet sich primär nicht an Unternehmen, sondern vielmehr an die Krankenkassen. Hier werden also keine Pflichten der Unternehmer, sondern finanzielle Aspekte für Krankenkassen geregelt. Deshalb sollte diese Studie auch die generelle Bereitschaft zur Aufnahme der im Präventionsgesetz beinhalteten Maßnahmen in die Betriebe abklären. Etwa die Hälfte der Unternehmen erklärte sich bereit, sich finanziell an Impfungen gegen arbeitsbezogene Erkrankungen und an Gesundheitsförderungsangeboten zu beteiligen. Da die Finanzierung durch das Präventionsgesetz ohnehin durch die Krankenkassen erfolgen soll, stellt eine mangelnde Bereitschaft zur finanziellen Beteiligung durch das Unternehmen zunächst kein Hindernis zur Implementierung verschiedener Präventionsmaßnahmen in Unternehmen dar. Einige Unternehmen zeigten sich zusätzlich bereit, Räume des Unternehmens für Gesundheitsförderungsmaßnahmen (43,7%) und arbeitsbezogene Impfungen (39,6%) sowie Arbeitszeit für arbeitsbezogene Impfungen (55,4%) zur Verfügung zu stellen. Auch hier zeigte sich wieder ein Zusammenhang zwischen der Betriebsgröße und der Bereitschaft. Die Anzahl der Unternehmen, die eine Bereitschaft zur Unterstützung von arbeitsbezogenen Impfungen, Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen, Gesundheitsförderungsangeboten und Krankheitsfrüherkennung angaben, stieg mit der Betriebsgröße. Dennoch zeigte sich die Bereitschaft, diese Maßnahmen zu unterstützen, als insgesamt gering. Da Impfungen gegen arbeitsbezogene Erkrankungen ohnehin durch den Betriebsarzt durchgeführt werden sollen, bleiben letzten Endes nur einige

Unternehmen, die eine Bereitschaft zur Unterstützung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Unternehmen zeigten.

4.7 Was ist zu tun?

Diese Studie zeigte einige Defizite, auch bezüglich der Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen. Überraschenderweise gab dennoch eine große Anzahl an Betrieben an, mit dem Status quo „eher zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ zu sein. Deshalb sollte zur Erhöhung der Umsetzung von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ein erster Fokus auf die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben gelegt werden. Da diese, ebenso wie die Umsetzung von BGM-Maßnahmen allgemein, mit der Unternehmensgröße zusammenhängt, scheint besonders bei kleinen Unternehmen Unterstützungsbedarf zu bestehen. Die hohe Zufriedenheit weist auf eine mögliche Unkenntnis der Pflichten der Arbeitgeber hin. Da der Arbeitgeber verantwortlich für die Erfüllung dieser Pflichten ist, stellen Arbeitgeber die erste Zielgruppe notwendiger Interventionen dar. Denkbar sind hier an erster Stelle die Vermittlung von Informationen über die Pflichten des Arbeitgebers und Möglichkeiten, diese zu erfüllen. Speziell für kleine Unternehmen gibt es durch das Unternehmermodell eine gute Möglichkeit der bedarfsgerechten Beauftragung von Betriebsärzten oder Fachkräften für Arbeitssicherheit. Da diese Möglichkeit aber nur von der Minderheit der an dieser Studie teilnehmenden Unternehmen in Anspruch genommen wurde, scheint auch hier die gezielte Information dieser Unternehmen sinnvoll. Insgesamt zeigte sich die Etablierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement sehr heterogen. Deshalb sollten Informationen und Hilfestellung an den Stand der Implementierung und den Bedarf des einzelnen Unternehmens angepasst sein. Kleine Unternehmen, die BGM noch nicht in ihrem Betrieb etabliert haben, sollten beispielsweise über den Nutzen von BGM oder die Zahlung von Prämien an ausgewählte Betriebe als Auszeichnung für die Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements informiert werden (Giesert und Wendt-Danigel 2011). So können bereits identifizierte Hindernisse, wie mangelnde finanzielle Ressourcen, überwunden werden (Knoche und Sochert 2013). Große Unternehmen, die BGM bereits im Betrieb etabliert haben, haben einen anderen Bedarf an Informationen und Hilfestellungen. Informationen sollten also bedarfsgerecht sein, um Unternehmen dort abzuholen, wo sie stehen. Mögliche Akteure der Informationsvermittlung stellen die gesetzlichen Krankenkassen und die Unfallversicherungsträger dar. Die in der

vorliegenden Studie ermittelte geringe Bereitschaft zur Unterstützung einer erweiterten gesundheitlichen Prävention im Betrieb spricht ebenfalls dafür, Ansatzpunkte auf einer niedrigeren Ebene zu wählen, um zuerst für eine ausreichende Primärprävention, beispielsweise im Rahmen des Arbeitsschutzes, zu sorgen, bevor erweiterte Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention ergriffen werden. Eine Ausnahme bilden hier Unternehmen, die BGM bereits gut im Betrieb etabliert haben und eine Erweiterung wünschen. Auch für diese Betriebe sollten Informationen und Anlaufstellen geschaffen werden.

4.8 Limitationen der Studie

Durch diese Studie konnte ein detailliertes Bild der Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement im Landkreis Reutlingen dargestellt werden. Neuartig waren hier eine gesonderte Betrachtung der vier Bereiche des BGM sowie die Untersuchung der Zufriedenheit mit dem Grad der Umsetzung von BGM-Maßnahmen. Allerdings lassen diese Ergebnisse keine eindeutigen Rückschlüsse auf die tatsächliche Implementierung von BGM im Landkreis Reutlingen zu. Zum einen bleibt unklar, inwiefern die Angaben der tatsächlichen Situation in den Unternehmen entsprechen. Zudem besteht die Möglichkeit der Unkenntnis der ausfüllenden Person über die tatsächliche Durchführung möglicherweise nicht offensichtlicher Maßnahmen. Ebenso ist durch die Freiwilligkeit der Teilnahme eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch die verstärkte Teilnahme von Unternehmen, die sich bereits mit dem Thema Gesundheit befassen, in Form eines Selektionsbias möglich (Hammer et al. 2009). Inwieweit die soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragen eine Rolle spielte, kann an dieser Stelle nicht sicher beantwortet werden. Gegen eine sozial erwünschte Beantwortung des Fragebogens spricht jedoch, dass viele Unternehmen angaben, wenig oder keine Maßnahmen anzubieten. Ebenfalls trägt die Anonymität dieser Befragung dazu bei, soziale Erwünschtheit zu reduzieren. Zwar wurden durch diese Studie neue Einflussfaktoren auf die Umsetzung von BGM ermittelt, jedoch trugen diese nur zu einer geringen Aufklärung der Gesamtvarianz bei. Als Verfahren zur Identifikation der Einflussfaktoren auf die Umsetzung der vier BGM-Bereiche wurde eine mehrfaktorielle Varianzanalyse gewählt. Voraussetzung für dieses Verfahren ist die Unabhängigkeit der Faktoren untereinander. Die Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes und einer Fachkraft für Arbeitssicherheit muss dann erfolgen, wenn der Arbeitgeber dies für nötig hält und richtet

sich neben den Gefährdungen in einem Betrieb auch nach der Anzahl der Beschäftigten. Ebenso ist die Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten erst ab einer Anzahl von 20 Beschäftigten vorgeschrieben. Somit sind die Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes und einer Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie die Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten nicht grundsätzlich unabhängig von dem Faktor Betriebsgröße. Da es sich in der hier vorliegenden Studie um einen explorativen Forschungsansatz handelt, wurde dieses, im Vergleich zu anderen Verfahren, weniger strenge und robuste Verfahren (Bortz und Weber 2005) dennoch gewählt, um alle möglichen Einflussfaktoren identifizieren zu können. Durch die Auswahl von Unternehmen ab 10 bzw. 20 Mitarbeitern wurden Kleinstunternehmen nicht erfasst. Somit kann keine sichere Aussage zur tatsächlichen Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen bezogen auf alle Unternehmen im Landkreis Reutlingen getroffen werden. Ebenso war durch fehlende Vergleichsdaten keine Non-Responder-Analyse unter Berücksichtigung der Branchenverteilung möglich. So bleibt unklar, ob und welche Branchen in dieser Befragung unter- oder überrepräsentiert waren.

4.9 Schlussfolgerung

Durch diese flächendeckende Befragung konnte ein Bild zum Stand des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Landkreis Reutlingen gewonnen werden, einer wirtschaftlich starken Region, in der dem Thema Gesundheit bereits seit mehreren Jahren ein besonderer Stellenwert zukommt. In den erhobenen Daten zeigten sich Defizite in der Erfüllung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen. Auch für den Arbeitgeber freiwillige Maßnahmen scheinen in viele Unternehmen noch keinen Einzug gefunden zu haben. Trotz dieser Defizite gaben viele Unternehmen an, mit der Umsetzung der erfragten Maßnahmen im eigenen Betrieb zufrieden zu sein. Die Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen stieg mit der Betriebsgröße, weshalb die Betriebsgröße als wichtiger Einflussfaktor identifiziert werden konnte. Ebenso stieg die Zufriedenheit mit der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen mit der Höhe des Umsetzungsscores in den einzelnen Bereichen. Die ermittelten Defizite aus dieser Studie sollten als Ansatzpunkte für die Verbesserung und Ausweitung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements genutzt werden.

5 Zusammenfassung

Betriebliches Gesundheitsmanagement gilt als Erfolgskonzept in vielen Unternehmen. Während viele Regeln zum Arbeitsschutz bereits seit Jahrzehnten bestehen, halten Gesundheitsförderung und Prävention immer mehr Einzug in das Setting Betrieb. Die Bedeutung der Gesunderhaltung der Beschäftigten steigt auch im Rahmen des demographischen Wandels. Zentrales Thema vieler Studien war bisher die Betriebliche Gesundheitsförderung. Diese Studie jedoch untersuchte die Umsetzung der vier Bereiche des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalentwicklung und Betriebliches Eingliederungsmanagement) getrennt. Hierfür wurde eine standardisierte postalische Befragung von N=906 Unternehmen ab zehn Mitarbeitern in dem wirtschaftsstarken Landkreis Reutlingen in Baden-Württemberg durchgeführt. Diese Befragung erreichte eine Teilnahme von n=222 Unternehmen und somit einen Rücklauf von 24,5%. Aus den Befragungsdaten resultierte ein ganzheitliches Bild über den Stand der Umsetzung von BGM. Es zeigten sich Defizite in der Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Auch die Anzahl der freiwilligen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention war im Allgemeinen gering. Diese Defizite waren in kleineren Unternehmen signifikant stärker zu beobachten als in größeren. Somit bildete der Faktor Betriebsgröße einen signifikanten, je nach Bereich schwachen bis mittelstarken, Einflussfaktor auf die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben und auf das Angebot weiterer Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Weitere Defizite fanden sich in der Beschäftigung bzw. Beauftragung eines Betriebsarztes, einer Fachkraft für Arbeitssicherheit und eines Sicherheitsbeauftragten. Auch hier konnte in kleinen und mittleren Betrieben verstärkt ein Mangel beobachtet werden. Ein weiterer Zusammenhang konnte für die Umsetzung in den einzelnen Bereichen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und die Zufriedenheit damit gefunden werden. Unternehmen gaben bei einer stärkeren Umsetzung auch eine höhere Zufriedenheit mit den Maßnahmenbereichen an. Dennoch gaben viele Unternehmen trotz einer niedrigen Umsetzung (insbesondere auch trotz einer Nichtumsetzung der gesetzlichen Vorgaben) an, mit dem Status quo in dem betreffenden Bereich „eher zufrieden“ oder gar „sehr zufrieden“ zu sein. Am stärksten war dies für den Arbeits- und Gesundheitsschutz zu

beobachten, obwohl sich in diesem Bereich deutliche Defizite bezüglich der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben befanden. Ein Ausblick zur möglichen Beteiligung von Unternehmen an erweiterten präventiven Maßnahmen zeigte eine in der Regel geringe Bereitschaft der Unternehmen, diese Maßnahmen finanziell oder auch in Form der Bereitstellung von Arbeitszeit oder Räumen des Unternehmens zu unterstützen. Lediglich die Maßnahmen „arbeitsbezogene Impfungen“ und „Gesundheitsförderungsangebote“ fanden in einigen Unternehmen Unterstützungsbereitschaft. Diese Ergebnisse liefern Ansatzpunkte zur Optimierung der Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Ebenso dient diese Studie als Ausgangspunkt für weitere Forschung, die auch die Sicht der Beschäftigten und weiterer Akteure als Teil des Unternehmens erfassen sollte, um ein ganzheitliches Bild zu gewinnen.

6 Literaturverzeichnis

ArbMedVV (2008): Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/arbmedvv/> [Zugriff 23.04.2019]

ArbSchG (1996): Arbeitsschutzgesetz. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/> [Zugriff 23.04.2019]

ASiG (1973): Arbeitssicherheitsgesetz. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/asig/ASiG.pdf> [Zugriff 23.04.2019]

Badura, B. (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein neues Forschungs- und Praxisfeld für Gesundheitswissenschaftler. *J Public Health* 10 (2), S. 100–118

Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis. Edition Sigma, Berlin

Bambra, C.; Gibson, M.; Sowden, A.; Wright, K.; Whitehead, M.; Petticrew, M. (2010): Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of epidemiology and community health* 64 (4), S. 284–291

Barth, C.; Eickholt, C.; Hamacher, W.; Schmauder, M. (2017): Bedarf an Fachkräften für Arbeitssicherheit in Deutschland. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden. Online verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2388.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Zugriff 03.05.2019]

Barth, C.; Hamacher, W.; Eickholt, C. (2014): Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden. Online verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2326.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Zugriff 03.05.2019]

Bechmann, S.; Jäckle, R.; Lück, P.; Herdegen, R. (2011): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). *iga-Report 20*. AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin, Essen

Beck, D. (2011): Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben: Hemmende und fördernde Bedingungen. Edition Sigma, Berlin

Beck, D.; Lenhardt, U. (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Das Gesundheitswesen* 78 (1), S. 56–62

Bender, R.; Ziegler, A.; Lange, S. (2007): Varianzanalyse. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132, S. 57-60

Bortz, J.; Weber, R. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Mit 242 Tabellen. 6. Auflage. Springer, Heidelberg

Bräunig, D.; Haupt, J.; Kohstall, T.; Kramer, I.; Pieper, C.; Schröder, S. (2015): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. *iga-Report 28*. AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin, Essen

Bundesagentur für Arbeit (2018): Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2017. Nürnberg. Online verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Personengruppen/generische-Publikationen/Frauen-Maenner-Arbeitsmarkt.pdf> [Zugriff 03.05.2019]

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2019): Adressen der für den Arbeitsschutz zuständigen staatlichen Behörden. Online verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Branchen/Bauwirtschaft/Baustellenverordnung/pdf/Arbeitsschutzbehoerden.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff 18.06.2019]

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2018): Inkar. Online verfügbar unter www.inkar.de [Zugriff 20.08.2018]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Personalentwicklung und Weiterbildung. Aktuelle Ergebnisse einer Betriebs- und Beschäftigtenbefragung. Online verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a876-monitor-personalentwicklung.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Zugriff 30.04.2019]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Arbeitsmedizinische Empfehlungen. Online verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a452-erhalt-beschaefigungsfaehigkeit.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff 25.04.2019]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. E-Book, Kön.

Cardás, T. (2017): Health and safety risks at the workplace – A joint analysis of three major surveys. European Agency for Safety and Health at Work, Luxemburg

Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. ed., Erlbaum, Hillsdale

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011): DGUV Vorschrift 2, Betriebsärzte und Fächkräfte für Arbeitssicherheit. DGUV. Online verfügbar unter <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/v2-bghw.pdf> [Zugriff 30.04.2019]

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2013): DGUV Vorschrift 1, Grundsätze der Prävention. DGUV. Online verfügbar unter <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/1.pdf> [Zugriff 30.04.2019]

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2017): Zahlen und Fakten. Arbeits- und Wegeunfallgeschehen; Berufskrankheitsgeschehen. Online verfügbar unter <https://www.dguv.de/de/zahlen-fakten/au-wu-geschehen/index.jsp> [Zugriff 25.04.2019]

Du Prel, J.; Röhrig, B.; Hommel, G.; Blettner, M. (2010): Choosing statistical tests: part 12 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Ärzteblatt international* 107 (19), S. 343–348

Edwards, P.; Roberts, I.; Clarke, M.; DiGuseppi, C.; Pratap, S.; Wentz, R.; Kwan, I. (2002): Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)* 324 (7347), S. 1183

Eichendorf, W.; Bell, F. (2015): Ärztinnen und Ärzte im Betrieb – Phänomen mit Seltenheitswert? *DGUV Forum* (4), S. 10–11. Online verfügbar unter http://www.dguv-forum.de/files/594/4_2015_Standard.pdf [Zugriff 03.05.2019]

ENWHP (2007): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Online verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/luxemburger_deklaration/Luxemburger_Deklaration.pdf [Zugriff 25.04.2019]

Faller, G. (2018): Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung. *Das Gesundheitswesen* 80 (3), S. 278–285

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2014): Arbeitsschutz auf dem Prüfstand. Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Online verfügbar unter http://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/GDA-Dachevaluation_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff 03.05.2018]

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2017): GDA-Betriebs- und Beschäftigtenbefragung. Grundausswertung der Betriebsbefragung 2015 und 2011. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gdaportal.de/DE/Downloads/pdf/GrundausswertungEvaluation.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff 24.09.2019]

Giesert, M.; Wendt-Danigel, C. (2011): Arbeitspapier 199. Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. 2. Auflage. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

GKV Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf [Zugriff 24.04.2019]

Grieshaber, R. (2006): Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. 12. Erfurter Tage [Dokumentation der 12. Erfurter Tage der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten und des Kompetenzzentrums für Interdisziplinäre Prävention an der Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU) Dezember 2005]. Bussert und Stadeler, Jena

Hammer, G. P.; Du Prel, J.; Blettner, M. (2009): Avoiding bias in observational studies: part 8 in a series of articles on evaluation of scientific publications. *Deutsches Ärzteblatt international* 106 (41), S. 664–668

Held, U. (2010): Welche Arten von Studiendesigns gibt es und wie werden sie korrekt eingesetzt? *Swiss Med Forum* 10 (41), S. 712-714

Hoge, A.; Ehmman, A.T.; Rieger, M.A.; Siegel, A. (2019): Caring for Workers' Health: Do German Employers Follow a Comprehensive Approach Similar to the Total Worker Health Concept? Results of a Survey in an Economically Powerful Region in Germany. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 16 (5), 726

Holleder, A.; Wießner, F. (2015): Prevalence and development of workplace health promotion in Germany: results of the IAB Establishment Panel 2012. *International archives of occupational and environmental health* 88 (7), S. 861–873

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern

Junne, F.; Michaelis, M.; Rothermund, E.; Stuber, F.; Gündel, H.; Zipfel, S.; Rieger, M. A. (2018): The Role of Work-Related Factors in the Development of Psychological Distress and Associated Mental Disorders: Differential Views of Human Resource Managers, Occupational Physicians, Primary Care Physicians and Psychotherapists in Germany. *International journal of environmental research and public health* 15 (3), 558

Keller, D. (2015): Effektstärke. Analyse von Unterschieden, Analyse von Zusammenhängen. Online verfügbar unter <https://www.statistik-und-beratung.de/2015/07/effektstaerke/> [Zugriff 20.08.2018]

Kiesche, E. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Hans-Böckler-Stiftung. Bund-Verlag, Frankfurt am Main

Knoche, K.; Sochert, R. (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement. *iga-Report*. AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin, Essen

Landratsamt Reutlingen (2019): Landkreis Reutlingen. Online verfügbar unter <https://www.kreis-reutlingen.de/willkommen> [Zugriff 30.04.2019]

Le Kroll; Müters, S.; Lampert, T. (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit : Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (2), S. 228–237

Lenhardt, U.; Ertel, M.; Morschhäuser, M. (2010): Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen. *WSI Mitteilungen* (07/2019) S. 335–342

Lenzner, T.; Neuert, C.; Otto, W. (2015): Kognitives Pretesting. GESIS - Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines), Mannheim

Letzel, S. (2016): Historische Entwicklung. S. 17–23. In M. A. Rieger, S. Hildenbrand, T. Nessler, S. Letzel und D. Nowak: Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin. Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Ecomed Medizin, Landsberg am Lech

Marahrens, T. (2015): Personalentwicklung als Instrument der Mitarbeiterbindung: Fluktuationskosten vermeiden. Diplomica Verlag GmbH, Hamburg

Matyssek, A. K. (2012): Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe in der öffentlichen Verwaltung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (2), S. 205–210

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2018): Präventionsbericht. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2018_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf [Zugriff 24.04.2019]

Menold, N. (2015): Schriftlich-postalische Befragung. GESIS - Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM – Survey Guidelines), Mannheim

Menold, N.; Bogner, K. (2015): Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen. GESIS - Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM – Survey Guidelines), Mannheim

Michaelis, M.; Rieger, M. A. (2017): Unveröffentlichter Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben „Wissenschaftliche Begleitung der Modellphase I Dialog Arbeit und Gesundheit“ zur Vorlage beim Referat "Arbeit und Gesundheit", Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg

- Mohler, P.; Porst, R. (1996):** Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen. Statistisches Bundesamt, Metzler-Poeschel, Stuttgart
- Naidoo, J.; Wills, J. (2003):** Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. 1. Auflage, BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Paoli, P.; Merllié, D. (2001):** Third European survey on working conditions 2000. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Loughlinstown
- Parent-Thirion, A. (2007):** Fourth European working conditions survey. Office for Official Publ. of the European Communities, Luxembourg
- Podniece, Z.; Hassard, J. (2012):** Motivation for employers to carry out workplace health promotion; literature review. Publ. Off. of the Europ. Union, Luxembourg
- Porst, R. (2001):** Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), Mannheim
- Rau, R. (2015):** Risikobereiche für psychische Belastungen. *iga-Report 31*. AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin
- Rieger, M. A.; Hildenbrand, S.; Nesseler, T.; Letzel, S.; Nowak, D. (2016):** Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin. Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Ecomed Medizin, Landsberg am Lech
- Riffenburgh, R. (2012):** Statistics in medicine. 3rd ed. Elsevier/Academic Press, Amsterdam
- Robert Koch-Institut (2012):** Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Robert Koch-Institut, Berlin
- Robert Koch-Institut (2015):** Gesundheit in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/04_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff 23.04.2019]
- Röhrig, B.; Du Prel, J.; Blettner, M. (2009):** Study design in medical research: part 2 of a series on the evaluation of scientific publications. *Deutsches Ärzteblatt International* 106 (11), S. 184–189
- Rosenbrock, R. (2018):** Präventionsgesetz 2015 – Herausforderungen der Umsetzung. *Public Health Forum* 26 (2), S. 80–82

Rothermund, E.; Michaelis, M.; Jarczok, M. N.; Balint, E. M.; Lange, R.; Zipfel, S. et al. (2018): Prevention of Common Mental Disorders in Employees. Perspectives on Collaboration from Three Health Care Professions. *International journal of environmental research and public health* 15 (2), 278

Ryschka, J. (2011): Praxishandbuch Personalentwicklung. Springer Fachmedien, Wiesbaden

Schaefer, E.; Drexler, H.; Kiesel, J. (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors - Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. *Das Gesundheitswesen*, 78 (3), S. 161–165

Schoeller, A. (2014): Arbeitsmedizin: Trendwende beim Nachwuchs. *Deutsches Ärzteblatt* (41), S. 1746–1747

Schwarz, J.; Bruderer Enzler, H. (2019): Methodenberatung. Universität Zürich. Online verfügbar unter <https://www.methodenberatung.uzh.ch/de.html> [Zugriff 12.07.2019]

Seidel, D.; Solbach, T.; Fehse, R.; Bonker, L.; Elliehausen, H. (2007): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 38 "Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten". Robert Koch-Institut.

SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__20b.html [Zugriff 25.04.2019]

SGB IX: Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/ [Zugriff am 23.04.2019]

SGB VII: Sozialgesetzbuch Siebtes Buch. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/ [Zugriff am 26.04.2019]

Statistisches Bundesamt (2008): Klassifikation der Wirtschaftszweige. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Gueter-Wirtschaftsklassifikationen/Downloads/klassifikation-wz-2008-3100100089004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 24.09.2019]

Statistisches Bundesamt (2014): Frauenanteil in Führungsetagen unverändert bei 29 %. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/03/PD16_075_122.html [Zugriff 03.05.2019]

Statistisches Bundesamt (2017): Erwerbstätigenquoten 1991 bis 2018. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetigenquoten-gebietsstand-geschlecht-altergruppe-mikrozensus.html> [Zugriff 25.04.2019]

Statistisches Bundesamt (2018): Erwerbstätige sind im Durchschnitt 44 Jahre alt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/11/PD18_448_122.html [Zugriff 25.04.2019]

Stettes, O. (2016): Arbeitswelt der Zukunft. Wie die Digitalisierung den Arbeitsmarkt verändert. Institut der deutschen Wirtschaft Medien GmbH, Köln

Völter-Mahlknecht, S.; Michaelis, M.; Preiser, C; Blomberg, N.; Rieger, M. A. (2015): Forschungsbericht 448. Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen in der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Weichbold, M. (2014): Pretest. S. 299–304. In N. Baur und J. Blasius: Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden

World Health Organization (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Zugriff 24.04.2019]

World Health Organization (2009): Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report. Online verfügbar unter <https://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks-environment/en/> [Zugriff 25.04.2019]

World Health Organization (2011): Workplace Health Promotion. Online verfügbar unter https://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/ [Zugriff 25.04.2019]

Zimber, A.; Gregersen, S.; Kuhnert, S.; Nienhaus, A. (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung Teil I: Entwicklung und Evaluation eines Qualifizierungsprogramms zur Prävention psychischer Belastungen. *Das Gesundheitswesen* 72 (4), S. 209–215

7 Erklärung zum Eigenanteil

Diese Dissertationsschrift wurde von der Doktorandin Aileen Hoge verfasst. Hierbei wurden keine weiteren als die angegebenen Quellen verwendet.

Das Design der Studie wurde durch Frau Prof. Dr. Rieger (Ärztliche Direktorin, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen) konzipiert. Die Weiterentwicklung dieses Konzepts und die Entwicklung des Fragebogens erfolgten in gemeinsamer Arbeit durch Frau Prof. Dr. Rieger, Herrn Dr. Siegel als Leiter der Studie (Leitung Forschungsschwerpunkt Gesundheitsversorgung für Menschen im Erwerbsalter am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen) und Aileen Hoge (Doktorandin). Die Doktorandin beteiligte sich ebenfalls an der Rekrutierung der Unternehmen und dem Versand der Fragebögen. Die Eingabe der Daten erfolgte ebenfalls durch die Doktorandin, angeleitet durch Herrn Dr. Siegel. Die Analyse der erhobenen Daten wurde durch Aileen Hoge und M. sc. Anna Ehmann als wissenschaftliche Mitarbeiterin (Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen) durchgeführt. Hierzu erfolgte auch eine statistische Beratung durch Frau Lina Maria Serna Higueta (Institut für angewandte Biometrie und klinische Epidemiologie der Medizinischen Fakultät Tübingen). Diese Analysen wurden unterstützt von Frau Prof. Dr. Rieger und Herr Dr. Siegel. Zum selbstständig verfassten Manuskript der Dissertationsschrift erhielt die Doktorandin Aileen Hoge Rückmeldung durch Herrn Dr. Siegel und Frau Prof. Dr. Rieger.

8 Veröffentlichungen

Inhalte dieser Dissertation wurden bereits wie folgt veröffentlicht:

Zeitschriftenartikel

Hoge, A. †; Ehmann, A.T. †; Rieger, M.A. ‡; Siegel, A. ‡ (2019): Caring for Workers' Health: Do German Employers Follow a Comprehensive Approach Similar to the Total Worker Health Concept? Results of a Survey in an Economically Powerful Region in Germany. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 726. (Impact Faktor 2,468)
(† shared first, ‡ shared last)

Abstract zu Vorträgen und Postern

Hoge, A.; Rieger, M.A.; Siegel, A. (2018): Betriebliche Gesundheitsförderung im Landkreis Reutlingen – erste Ergebnisse einer flächendeckenden Befragung. *Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.*, 58. Wissenschaftliche Jahrestagung 2018, Programm und Abstracts der Vorträge und Poster, S. 73

Hoge, A.; Rieger, M.A.; Siegel, A. (2018): Betriebliche Gesundheitsförderung im Landkreis Reutlingen – erste Ergebnisse einer flächendeckenden Befragung. In: *Dokumentation der 58. Jahrestagung, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.*, 07.-09. März 2018, München. Hrsg. Peter Angerer, Thomas Muth: 191-200. ISBN: 9 78-3-9817007-6-3;
https://www.dgaum.de/fileadmin/pdf/Jahrestagung/Jahrestagung_Archiv/DGAUM_2018_Kongressdokumentation.pdf

Das Poster, das auf der DGAUM-Jahrestagung 2018 gezeigt wurde, wurde ebenfalls in der Posterausstellung des Symposiums „Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung – Mehrwert durch Vernetzung“ am 02.10.2019 am Universitätsklinikum Tübingen präsentiert.

9 Anhang

Fragebogen Seite 1



Fragebogen zu gesundheitsbezogenen Angeboten im Betrieb im Landkreis Reutlingen

Die Fragen 1-4 beziehen sich auf die vier "Säulen" des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM): Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalentwicklung und Betriebliches Eingliederungsmanagement. Bitte denken Sie bei allen Aspekten an die letzten zwei Jahre (24 Monate).

1 Welche der aufgeführten Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung haben in den letzten zwei Jahren in Ihrem Betrieb stattgefunden? (bitte berücksichtigen Sie auch Angebote, die außerhalb des Betriebs stattgefunden haben, aber durch den Betrieb (mit)finanziert wurden)

	ja	nein, aber in konkreter Planung	nein, auch nicht geplant
1. Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung arbeitsbezogener Gesundheit <small>(z.B. Stressbewältigung, Rückengesundheit, Kurse oder Beratung zu allgemeinen arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsthemen)</small>	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit, die über die arbeitsplatzbezogene Gesundheit hinausgehen <small>(z.B. Suchtprävention, Sport und Bewegung, gesunde Ernährung)</small>	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Mitarbeiterberatung bei psychischen Beschwerden	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Einleitung von präventiven Maßnahmen der deutschen Rentenversicherung <small>(z.B. Betsi, Balance Plus)</small>	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Info-Material / Broschüren zur arbeitsbezogenen Gesundheit	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Info-Material / Broschüren zu Gesundheit ohne besonderen Arbeitsbezug	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Sonstiges:			

2 Welche der aufgeführten Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz haben in den letzten zwei Jahren in Ihrem Betrieb stattgefunden?

	ja	nein, aber in konkreter Planung	nein, auch nicht geplant
1. Arbeitsmedizinische Vorsorge(-untersuchungen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Umsetzung von Arbeitsschutzregeln <small>(z.B. Gefährdungsbeurteilung v. Tätigkeiten / Arbeitsplätzen, regelmäßige Unterweisung von Beschäftigten nach dem Arbeitsschutzgesetz)</small>	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen <small>(z. B. Anpassung der Arbeitsumgebung, ergonomische Verbesserung von Arbeitsplätzen, Verbesserung von Arbeitsabläufen, Arbeitszeitgestaltung, Einhaltung von Arbeitszeiten)</small>	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Ursachenanalyse von Arbeits- und Wegeunfällen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Ableitung von Schutzmaßnahmen aufgrund analysierter Arbeitsunfälle	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Ursachenanalyse von arbeitsbedingten Beschwerden der Beschäftigten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Ableitung von Maßnahmen aufgrund von arbeitsbedingten Beschwerden der Beschäftigten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Sonstiges:			

Fragebogen Seite 2

3 Welche der aufgeführten Maßnahmen zur Personalentwicklung haben in den letzten zwei Jahren in Ihrem Betrieb stattgefunden?

	ja	nein, aber in konkreter Planung	nein, auch nicht geplant
1. Schulung von Führungskräften / Supervision / Coaching / Beratung (z.B. zu Mobbing, Kommunikation, Konfliktmanagement)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Systematische Fortbildung von Beschäftigten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Regelmäßige Mitarbeitergespräche (z.B. zur Personalentwicklung)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf (z.B. Home-Office, Betriebskindergarten)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Inanspruchnahme einer Demografie-Beratung (z. B. Erhebung zur Altersstruktur von Beschäftigten, zur Planung von Strategien zur Gesunderhaltung älterer Beschäftigter etc.)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Sonstiges:			

4 Welche der folgenden Aspekte des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) gab es in den letzten zwei Jahren in Ihrem Betrieb?

	ja	nein, aber in konkreter Planung	nein, auch nicht geplant
1. Beobachtung der Dauer von Krankschreibungen, um längere und wiederholte Arbeitsunfähigkeit zu bemerken	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Verfahren zur Ansprache von Beschäftigten mit langen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeiten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Verfahren zur Einbeziehung der Krankenkasse im Fall von langen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeiten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Strukturiertes Vorgehen zur Planung der Betrieblichen Wiedereingliederung im Falle von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Beauftragter für BEM im Betrieb	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Kooperation mit der Agentur für Arbeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Kontakt zur gemeinsamen Reha-Service-Stelle	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. Sonstiges:			

Fragebogen Seite 3

5 Welche der folgenden Elemente für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) gab es in den letzten zwei Jahren in Ihrem Betrieb?

	ja	nein, aber in konkreter Planung	nein, auch nicht geplant
1. Koordinator für BGM im Betrieb	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Steuerkreis (z.B. Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel etc.)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Mitarbeiterbefragungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Fehlzeiten-/Unfallanalyse	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Teilnahme an einem Netzwerk zum Thema BGM	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Kontakt mit Krankenkasse(n) bei gesundheitsbezogenen Angeboten für Beschäftigte	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Kontakt zum Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Kontakt zum Präventionsdienst der zuständigen Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. Erstellung eines Gesundheitsberichts für die Beschäftigten durch eine oder mehrere Krankenkassen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10. Verwendung von Kennzahlen mit Bezug zur Mitarbeitergesundheit	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11. Sonstiges:			

6 Welche präventiven Maßnahmen wurden in den letzten zwei Jahren in Ihrem Betrieb durchgeführt?

	ja	nein, aber in konkreter Planung	nein, auch nicht geplant
1. Impfungen gegen arbeitsbedingte Erkrankungen (z.B. Dienstreisen ins Ausland)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen (z.B. Tetanus, Grippe)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Allgemeine Gesundheitsuntersuchungen (z.B. Gesundheits-Checkup)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Früherkennung von Krebs (z.B. Hämocult-Test, Muttermal-Screening etc.)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Früherkennung von allgemeinen Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Blutzucker)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Kontrolle chronischer Erkrankungen (z.B. Laborkontrollen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Gesundheitstage oder ähnliches	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. Sonstiges:			

Fragebogen Seite 4

7 Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen Stand der folgenden Bereiche in Ihrem Betrieb?

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
1. Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Arbeitsschutz	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Personalentwicklung	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

8 Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Aussagen?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
1. Es reicht aus, wenn Unternehmen die gesetzlichen Vorgaben zu Arbeitsschutz und Betrieblichem Eingliederungsmanagement erfüllen.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
2. Über gesetzliche Anforderungen hinausgehende Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bringt einen Mehrwert für das Unternehmen.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
3. Ein umfassendes, strukturiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist eine Investition, die sich rechnet.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
4. Gesundheit ist Privatsache jedes Beschäftigten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
5. Bedarfsgerechte Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) hilft, Mitarbeiter zu binden.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
6. Eine gute Umsetzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) erhöht die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
7. BGM dient eher dem Image des Unternehmens als der Gesundheit der Beschäftigten.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
8. BGM ist in der betrieblichen Praxis schwer umsetzbar.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
9. Umfassendes BGM kann nur in größeren Betrieben funktionieren.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
10. Unternehmen tragen durch gute Arbeitsbedingungen zum Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten bei.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
11. Unternehmen müssen arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren der Beschäftigten vermeiden.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
12. Unternehmen sollten sich nicht nur um arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, sondern auch um die allgemeine Gesundheit der Beschäftigten kümmern.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
13. Durch ein umfassendes BGM übernehmen die Unternehmen gesellschaftliche Verantwortung.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
14. Bevor die Gesellschaft mehr Engagement der Unternehmen fordert, sollte die allgemeine Gesundheitsversorgung verbessert werden.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5

Fragebogen Seite 5

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
15. Gute BGF-Angebote können Defizite in der Gesundheitsversorgung (z.B. lange Wartezeiten) ausgleichen.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
16. Der Betrieb ist der ideale Ort, um Beschäftigte für Gesundheit anzusprechen.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
17. Der Betrieb ist besonders gut geeignet, um die Eigenverantwortung der Beschäftigten für ihre Gesundheit zu stärken.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
18. Nachhaltige Gesundheitsförderung muss die Eigenverantwortung der Beschäftigten für ihre Gesundheit stärken.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
19. Allen Beschäftigten sollten Impfungen gegen nicht-arbeitsbedingte allgemeine Krankheiten (z.B. Tetanus) im Betrieb angeboten werden.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
20. Allen Beschäftigten sollten Impfungen für Privatreisen im Betrieb angeboten werden.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
21. Angebote zur Krebsfrüherkennung (z.B. Darmkrebs) gehören <u>nicht</u> in den Betrieb.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
22. Angebote zur Krankheitsfrüherkennung (z.B. Risikofaktoren für Herzinfarkt) sollten <u>nicht</u> im Betrieb gemacht werden.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
23. Früherkennungsuntersuchungen für Krankheiten, die häufig schon vor dem Rentenalter auftreten, sollten im Betrieb angeboten werden.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
24. Früherkennungsuntersuchungen für Krankheiten, die meistens erst im Rentenalter auftreten, gehören <u>nicht</u> in den Betrieb.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
25. Chronisch kranke Beschäftigte sollten notwendige Labor-Kontrolluntersuchungen auch beim Betriebsarzt durchführen lassen können.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
26. Wer regelmäßig Blutdruck messen muss, sollte das auch beim Betriebsarzt machen können.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5

Fragebogen Seite 6

9 Gesundheitsbezogene Maßnahmen für Beschäftigte können hinsichtlich ihrer Finanzierung unterschiedlich ausgestaltet werden. Bitte bewerten Sie nachfolgend für die aufgeführten Maßnahmen die unterschiedlichen Finanzaspekte.

	Soll die Maßnahme in den Räumen des Unternehmens stattfinden?	Soll die Maßnahme in der Arbeitszeit stattfinden?	Durch wen soll die Maßnahme finanziert werden? (Mehrfachantworten sind möglich)
1. Arbeitsbezogene Impfungen (z.B. Tätigkeit mit Infektionsgefährdung, Dienstreisen)	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₁ Beschäftigte <input type="checkbox"/> ₂ Krankenkasse <input type="checkbox"/> ₃ Unternehmen
2. Impfungen gegen allgemeine Erkrankungen (z.B. Tetanus)	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₁ Beschäftigte <input type="checkbox"/> ₂ Krankenkasse <input type="checkbox"/> ₃ Unternehmen
3. Impfungen bei Privatreisen	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₁ Beschäftigte <input type="checkbox"/> ₂ Krankenkasse <input type="checkbox"/> ₃ Unternehmen
4. Gesundheitsförderungsangebote (z.B. Sport und Bewegung, Stressbewältigung)	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₁ Beschäftigte <input type="checkbox"/> ₂ Krankenkasse <input type="checkbox"/> ₃ Unternehmen
5. Krankheitsfrüherkennung (z.B. Risikofaktoren für Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₁ Beschäftigte <input type="checkbox"/> ₂ Krankenkasse <input type="checkbox"/> ₃ Unternehmen
6. Krebsfrüherkennung	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₁ Beschäftigte <input type="checkbox"/> ₂ Krankenkasse <input type="checkbox"/> ₃ Unternehmen
7. Kontrollen bei chronischen Krankheiten (z.B. Labor, Blutdruck)	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₀ Nein <input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₁ Beschäftigte <input type="checkbox"/> ₂ Krankenkasse <input type="checkbox"/> ₃ Unternehmen

10 **Zu Ihrer Person / Ihrer Tätigkeit / Ihrem Unternehmen**

1. Ihr Geschlecht und Ihr Alter

Geschlecht ₁ männlich ₂ weiblich Alter _____ (Jahre)

2. Ihre Stellung im Betrieb

- ₁ Geschäftsführer/Betriebsinhaber seit _____ (Jahr)
₂ Mitglied der Personalabteilung seit _____ (Jahr)
₃ Sonstiges (bitte genau): _____ seit _____ (Jahr)

3. Verfügt Ihr Betrieb über einen Betriebsarzt bzw. haben Sie einen Betriebsarzt beauftragt?

- ₀ Nein
₁ Ja Name und Kontaktdaten: _____

4. Verfügt Ihr Betrieb über eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. haben Sie eine Fachkraft beauftragt?

- ₀ Nein ₁ Ja

Fragebogen Seite 7

5. Nimmt Ihr Unternehmen am sog. Unternehmermodell teil?

- ₀ Nein
₁ Ja

6. Verfügt Ihr Unternehmen über einen / mehrere Sicherheitsbeauftragte?

- ₀ Nein
₁ Ja

7. Betriebsgröße: Anzahl der Beschäftigten Ihres Betriebes

...insgesamt (wenn mehrere Standorte: bitte Gesamtzahl) _____ Personen
...für die Sie Personalverantwortung tragen _____ Personen

8. Wie viele BEM-Fälle hatten Sie in den letzten zwei Jahren?

_____ Personen ₉₉₉₉₉ weiß ich nicht

9. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Land- & Forstwirtschaft | <input type="checkbox"/> ₉ Gastgewerbe |
| <input type="checkbox"/> ₂ Fischerei & Fischzucht | <input type="checkbox"/> ₁₀ Verkehr & Nachrichtenübermittlung |
| <input type="checkbox"/> ₃ Bergbau, Steine, Erden | <input type="checkbox"/> ₁₁ Banken, Versicherungen |
| <input type="checkbox"/> ₄ Produktion/verarbeitendes Gewerbe | <input type="checkbox"/> ₁₂ Grundstücks- & Wohnungswesen |
| <input type="checkbox"/> ₅ Energie- & Wasserversorgung | <input type="checkbox"/> ₁₃ Öffentliche Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> ₆ Baugewerbe | <input type="checkbox"/> ₁₄ Erziehung & Unterricht |
| <input type="checkbox"/> ₇ Handel | <input type="checkbox"/> ₁₅ Gesundheits- & Sozialwesen |
| <input type="checkbox"/> ₈ Instandhaltung/ Rep. (Kfz, Gebrauchsgüter) | <input type="checkbox"/> ₁₆ Dienstleistungen |

10. Welcher Art ist Ihr Betrieb? Ggf. welche Spezialisierung?

(Bitte so genau wie möglich)

11. Liegt Ihr Betrieb in einer der folgenden Gemeinden? (bei mehreren Unternehmensstandorten, beziehen Sie die Frage bitte auf den Sitz des Unternehmens)

Eningen u.A., Dettingen, Grafenberg, Hohenstein, Hülben, Walddorfhäslach, Wannweil
₀ Nein
₁ Ja

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Anschreiben für Handwerksbetriebe



Handwerkskammer Reutlingen · Postfach 17 43 · 72707 Reutlingen

**Geschäftsbereich
Gebäudemanagement,
IT und Personal**

Empfehlung: Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Tübingen

Sehr geehrte Damen und Herren,

heute wollen wir Ihre Aufmerksamkeit auf eine Befragung der Universitätsklinik Tübingen lenken, zu der die Handwerkskammer um Mithilfe gebeten wurde und die wir für sehr interessant halten. Es geht darum herauszufinden, wie stark gesundheitsbezogene Angebote in Unternehmen im Landkreis Reutlingen verbreitet sind.

Die Umfrage passt auch in das aktuelle Strategiekonzept „Handwerk 2025“ der baden-württembergischen Handwerkskammern, bei dem es darum geht, die Herausforderungen, Chancen und Potenziale für die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung in allen Facetten für die nächsten zehn Jahre zu beleuchten.

Wir halten Ihr Unternehmen für besonders geeignet, die Wissenschaft hierbei praxisnah zu unterstützen und somit die eine oder andere wertvolle Information zu geben. Für den Datenschutz und Anonymität ist bei diesem Projekt gesorgt, und außer dem Einsatz Ihrer Zeit entstehen Ihnen keine weiteren Kosten. Einzelheiten können Sie dem beigefügten ausführlichen Papier entnehmen.

Die Projektbetreuer der Uni Tübingen würden sich wie wir sehr freuen, Sie könnten bei dieser Umfrage mitmachen. Eine Verpflichtung zur Mitwirkung besteht natürlich nicht.

Beste Grüße

+++ Die Imagekampagne des Handwerks: www.hwk-reutlingen.de/kampagne +++

Anschreiben für Nicht-Handwerksbetriebe



Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung
Wilhelmstraße 27 · 72074 Tübingen



Universitätsklinikum Tübingen
INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN, SOZIALMEDIZIN
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG
unrestricted growth by SÜDWESTFAHLE

Ärztliche Direktorin
Universitätsprofessorin Dr. med. Monika A. Rieger

Dr. phil. Achim Siegel, MPH
Leiter des Forschungsschwerpunkts
*Gesundheitsversorgung für Menschen im
Erwerbsalter*
Wilhelmstraße 27, · 72074 Tübingen
Telefon 07071 29-86812 · Fax 07071 29-4362
achim.siegel@med.uni-tuebingen.de

Befragung zu gesundheitsbezogenen Angeboten im Betrieb

im Rahmen einer Studie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen führen wir eine Befragung zu gesundheitsbezogenen Angeboten in Betrieben im Landkreis Reutlingen durch.

Eine derartige Studie ist im Landkreis Reutlingen bislang einzigartig. Nur wenn möglichst viele Befragte an der Studie teilnehmen, können wir ein aussagekräftiges Bild der Situation im Landkreis Reutlingen gewinnen. Deshalb bitten wir Sie um Ihre Teilnahme. Außer der Zeit, die Sie für das Ausfüllen des Fragebogens benötigen, entstehen Ihnen keine Kosten.

Detaillierte Informationen – auch zum Datenschutz – entnehmen Sie bitten dem beiliegenden Informationsblatt.

Vor kurzer Zeit haben wir mit unserem Kooperationspartner, der Handwerkskammer Reutlingen, bereits Fragebögen versandt. Sollten Sie auf diesem Weg bereits einen Fragebogen bekommen und ausgefüllt haben, ignorieren Sie bitte diesen Brief und füllen den Fragebogen nicht noch einmal aus.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Achim Siegel, MPH
Studienleitung

Information zur Studie

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN



Befragung zu gesundheitsbezogenen Angeboten im Betrieb -Information zur Studie-

Wer sind wir?

Das Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Tübingen beschäftigt sich mit Gesundheitsförderung und der Verhütung von Krankheiten bei Menschen im Erwerbsalter. In diesem Zusammenhang führen wir im Rahmen einer Studie zu gesundheitsbezogenen Angeboten im Betrieb eine Befragung von Arbeitgebern durch.

Diese Studie wird von der Handwerkskammer (HWK) unterstützt, indem sie den anhängenden Fragebogen an Unternehmen versendet. Wir als Forschungsinstitut hingegen erfahren keine firmenbezogenen Details (z.B. Firmennamen oder Adressen). Zudem achten wir bei der Ergebnispräsentation darauf, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Firmen möglich sind. Dadurch bleibt der Datenschutz gewahrt.

Worum geht es in der Befragung?

Wir möchten herausfinden, wie verbreitet verschiedene gesundheitsbezogene Angebote in Firmen im Landkreis Reutlingen sind (Frage 1-6), welche Haltung Unternehmensvertreter hierzu und zur Frage der Kostenübernahme haben (Frage 7-9). Über Frage 10 können wir die erhobenen Daten in Bezug setzen zu Größe, Branche und anderen Merkmale der Unternehmen. Diese Angaben sind für die Analyse und den Vergleich mit anderen Regionen wichtig.

Erstmals wird in dieser Studie eine Vollerhebung in allen Firmen eines Landkreises durchgeführt.

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Bitte kreuzen Sie pro Frage immer nur eine Antwort an. Wählen Sie hierbei die Kategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Die zum Ausfüllen benötigte Zeit beträgt etwa 15-20 Minuten.

Wer sollte den Fragebogen ausfüllen?

Es handelt sich hierbei um eine Befragung von Arbeitgebern. Deshalb ist die Geschäftsführung ein wichtiger Ansprechpartner. Falls Ihr Unternehmen über eine Personalabteilung verfügt, leiten Sie diesen Fragebogen bitte an die Personalabteilung weiter.

Was tun mit dem ausgefüllten Fragebogen?

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen auf jeden Fall aus. Nur durch Ihre Mitarbeit können wir ein aussagekräftiges Bild von der Situation im Landkreis Reutlingen erhalten.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen spätestens **14 Tage** nach Erhalt in dem beiliegenden vorfrankierten Rückumschlag ohne Angabe Ihrer Adresse an uns zurück.

Datenschutz

Alle Anforderungen an den Datenschutz werden eingehalten und streng kontrolliert. Es handelt sich um eine vollständig anonymisierte Befragung.

Wir bitten Sie, Name und Kontaktdaten Ihres Betriebsarztes anzugeben, da wir die Betriebsärzte, die im Landkreis Reutlingen tätig sind, im Anschluss an diese Arbeitgeberbefragung ebenfalls um die Teilnahme an einer Befragung bitten wollen. Die von den Unternehmen im Landkreis Reutlingen gemachten Angaben zu den Betriebsärzten werden getrennt von den übrigen Angaben im Fragebogen gespeichert.

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Für Rückfragen stehen wir gerne bereit.

Kontakt: aileen.hoge@student.uni-tuebingen.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Achim Siegel, MPH
Studienleitung

Aileen Hoge
Medizinstudentin, Doktorandin

Prof. Dr. Monika A. Rieger
Institutsleitung

Erinnerungsschreiben Handwerksbetriebe

Handwerkskammer Reutlingen · Postfach 17 43 · 72707 Reutlingen

**Geschäftsbereich
Gebäudemanagement,
IT und Personal**

Danke und Erinnerung: Mitwirkung an einer Befragung des Universitätsklinikums Tübingen

«Briefanrede»,

vor knapp zwei Wochen sandten wir Ihnen einen Fragebogen des Universitätsklinikums Tübingen zu, den wir für sehr interessant halten. Das wissenschaftliche Projektteam hat bereits viele ausgefüllte Fragebögen erhalten – dafür möchten wir uns bei Ihnen bedanken!

Diejenigen, die bisher noch nicht dazu kamen, den Fragebogen auszufüllen, erhalten hiermit die Befragungsunterlagen nochmals zugesandt.

Von Seiten der Handwerkskammer würden wir uns freuen, wenn sich möglichst viele der von uns angeschriebenen Betriebe an der Befragung beteiligen. So können die Wissenschaftler möglichst aussagekräftige Ergebnisse erhalten. Bei der Befragung sind die Einhaltung des Datenschutzes und die Wahrung der Anonymität sichergestellt: weder haben die Wissenschaftler Kenntnis von den Namen oder Adressen der teilnehmenden Betriebe noch erhält die Handwerkskammer Befragungsergebnisse einzelner Unternehmen.

Details zur Befragung können Sie der beiliegenden Information entnehmen. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie im vorfrankierten Rückumschlag kostenfrei zurücksenden.

An dieser Stelle nochmals herzlichen Dank an die Betriebe, die den Fragebogen bereits zurückgesandt haben, verbunden mit dem Wunsch, dass auch möglichst viele der übrigen Betriebe Interesse an einer Teilnahme haben!

Beste Grüße

+++ Die Imagekampagne des Handwerks: www.hwk-reutlingen.de/kampagne +++

Erinnerungsschreiben Nicht-Handwerksbetriebe



Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung
Wilhelmstraße 27 · 72074 Tübingen



Universitätsklinikum Tübingen
INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN, SOZIALMEDIZIN
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG
unrestricted growth by SÜDWESTFAHLE

Ärztliche Direktorin
Universitätsprofessorin Dr. med. Monika A. Rieger

Dr. phil. Achim Siegel, MPH
Leiter des Forschungsschwerpunkts
*Gesundheitsversorgung für Menschen im
Erwerbsalter*
Wilhelmstraße 27, · 72074 Tübingen
Telefon 07071 29-86812 · Fax 07071 29-4362
achim.siegel@med.uni-tuebingen.de

Danke und Erinnerung: Befragung zu gesundheitsbezogenen Angeboten im Betrieb

vor knapp zwei Wochen sandten wir Ihnen einen Fragebogen zu, mit dem wir im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie gesundheitsbezogene Angebote in Betrieben im Landkreis Reutlingen erheben.

Wir haben bereits viele ausgefüllte Fragebögen erhalten – dafür möchten wir uns bei Ihnen bedanken!

Diejenigen, die bisher noch nicht dazu kamen, den Fragebogen auszufüllen, erhalten hiermit die Befragungsunterlagen nochmals zugesandt. Sie können den ausgefüllten Fragebogen über einen vorfrankierten Rückumschlag kostenlos an uns zurücksenden.

Alle weiteren Informationen zur Studie - auch zum Datenschutz – entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Informationsblatt.

An dieser Stelle nochmals herzlichen Dank an die Betriebe, die den Fragebogen bereits zurückgesandt haben. Alle anderen Betriebe bitten wir nochmals um die Teilnahme an dieser Studie. Nur durch ihre Unterstützung können wir ein aussagekräftiges Bild der Situation im Landkreis Reutlingen erhalten.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Achim Siegel, MPH
Studienleitung

10 Danksagung

Ein besonderer Dank gilt allen, die zur Entstehung dieses Projekts beigetragen haben. In erster Linie möchte ich Frau Prof. Dr. Rieger für die Idee, die Überlassung des Projekts und die immer zuverlässige Unterstützung danken. Danke für die Hilfe bei der Planung und bei der Umsetzung dieses Projekts, für die vielen Rückmeldungen auf offene Fragen und für die immer freundliche Umgangsweise.

Ebenso möchte ich Herrn Dr. Siegel für die Betreuung danken. Seine Unterstützung, seine wertvollen Ratschläge und seine ständige Erreichbarkeit haben dieses Projekt immer vorangetrieben. Vielen Dank für die Zuverlässigkeit und die Geduld.

Ein herzlicher Dank geht auch an Frau Anna Ehmman, die dieses Projekt ebenfalls mit wertvollen Ideen und statistischen Ratschlägen unterstützt hat.

Danken möchte ich auch der Handwerkskammer Reutlingen für die Bereitstellung des Adressdatensatzes und der Beteiligung an der Ansprache der Betriebe.

Ebenso danke ich meinem Freund Bastian für seine Unterstützung.

Zuletzt geht auch ein Dank an alle Unternehmen, die sich an dieser Befragung beteiligt und somit zum Erfolg des Projekts beigetragen haben.