

**Schwere körperliche Arbeit und Gesundheit:
Subjektive Perspektiven von Handwerkern in der
Schienenfahrzeuginstandhaltung**

Vom Fachbereich
Sozialwissenschaften der
Technischen Universität Kaiserslautern
zur Verleihung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)
genehmigte

D i s s e r t a t i o n

vorgelegt von

Sabine S. Hammer, M.Sc.

Tag der mündlichen Prüfung: 26. April 2017

Dekanin: Prof. Dr. Shanley Allen

Vorsitzender: Prof. Dr. Rolf Arnold

Gutachter: 1. Prof. Dr. Christian Haas

2. Prof. Dr. Arne Güllich

D 386

(2017)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Gesundheit.....	3
2.1.1	Theoretische Modelle und Definitionen von Gesundheit	3
2.1.1.1	Biopsychosoziales Modell	4
2.1.1.2	Salutogenesemodell	4
2.1.1.3	Sozialisationsmodell	5
2.1.1.4	Resilienzmodell.....	6
2.1.2	Laienmodelle der Gesundheit	6
2.1.3	Zusammenfassung Kapitel 2.1.....	7
2.2	Gesundheitsverhalten	7
2.2.1	Modelle des Gesundheitsverhaltens	8
2.2.1.1	Motivationale Modelle.....	8
2.2.1.2	Volitionale Modelle.....	9
2.2.1.3	Stadienmodelle	9
2.2.1.4	Hybridmodell.....	10
2.2.2	Typologien des Gesundheitsverhaltens.....	12
2.2.3	Zusammenfassung Kapitel 2.2.....	14
2.3	Gesundheit am Arbeitsplatz.....	15
2.3.1	Arbeit als Förderfaktor der Gesundheit.....	15
2.3.2	Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz.....	16
2.3.2.1	Belastung und Beanspruchung	17
2.3.2.2	Physische Belastungen am Arbeitsplatz	17
2.3.2.3	Psychische Belastungen am Arbeitsplatz	18
2.3.3	Zusammenfassung Kapitel 2.3.....	20
2.4	Führung und Mitarbeitergesundheit.....	21
2.4.1	Gesundheitsverhalten der Führungskraft.....	21
2.4.2	Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit	22
2.4.3	Führungsstile und Mitarbeitergesundheit.....	22

2.4.3.1	Transaktionale Führung (TAF)	22
2.4.3.2	Transformationale Führung (TFF)	23
2.4.3.3	TAF, TFF und Arbeitseffektivität	23
2.4.3.4	TAF, TFF und Gesundheit	24
2.4.4	Zusammenfassung Kapitel 2.4	24
2.5	Schwere körperliche Arbeit und Gesundheit	24
2.5.1	Körperliche Arbeitsschwere	25
2.5.2	Blue Collar Worker (BCW): Definitionen und Arbeitsbedingungen	25
2.5.3	Belastungen und Beschwerden bei schwerer körperlicher Arbeit	26
2.5.4	Krankenzustände bei schwerer körperlicher Arbeit	27
2.5.5	Zusammenfassung Kapitel 2.5	28
2.6	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	28
2.6.1	Gesetzliche Regelungen zu Gesundheit am Arbeitsplatz	29
2.6.2	Inhalte und Ziele von BGF	29
2.6.2.1	BGF auf Verhaltensebene	30
2.6.2.2	BGF auf Verhältnisebene	30
2.6.3	Maßnahmen und Wirksamkeit von BGF	30
2.6.3.1	Erhöhung physischer Aktivität	32
2.6.3.2	Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten	32
2.6.3.3	Nikotinabstinenz	32
2.6.3.4	Stressbewältigung	33
2.6.4	Investitionsrendite von BGF	33
2.6.5	Mitarbeiteradhärenz bei BGF auf Verhaltensebene	34
2.6.6	Zusammenfassung Kapitel 2.6	34
2.7	Mitarbeiterperspektiven zu Gesundheit und BGF	35
2.7.1	Wahrnehmung arbeitsbezogener Einflüsse auf Gesundheit	36
2.7.2	Wahrnehmung arbeitsbezogener Einflüsse auf Gesundheitsverhalten	36
2.7.3	Annahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation am Arbeitsplatz	37
2.7.4	Einstellungen zu BGF	37

2.7.5	Perspektiven von BCWs zu Gesundheit und BGF.....	38
2.7.5.1	Perspektiven zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten	39
2.7.5.2	Perspektiven zu Arbeit und Gesundheit.....	39
2.7.5.3	Einstellungen zu BGF	41
2.7.6	Zusammenfassung Kapitel 2.7.....	42
3	Forschungsziele, Fragestellung und Relevanz	43
4	Methoden und Ergebnisse.....	45
4.1	Methode Teil 1: Qualitative Interviews und Inhaltsanalyse	45
4.1.1	Vorannahmen und theoretische Vorüberlegungen	46
4.1.2	Ethische Einordnung des Vorgehens.....	47
4.1.3	Feldzugang.....	48
4.1.4	Planung der Datenerhebung	48
4.1.4.1	Interviewleitfaden.....	49
4.1.4.2	Einzel- und Gruppeninterviews.....	50
4.1.4.3	Organisatorische Planung	50
4.1.5	Probanden	51
4.1.6	Datenerhebung.....	51
4.1.6.1	Interviewsituation	52
4.1.6.2	Interviewführung	52
4.1.6.3	Interviewverlauf.....	53
4.1.7	Datenaufbereitung	55
4.1.8	Datenauswertung	55
4.1.8.1	Übersicht über den Auswertungsprozess.....	55
4.1.8.2	Kategorisierung und Codierung.....	57
4.1.8.3	Analysesoftware	58
4.1.8.4	Kategoriensystem.....	59
4.1.9	Datenaufbereitung und Darstellungsform der Ergebnisse.....	61
4.2	Ergebnisse Teil 1	62
4.2.1	Physische Arbeitsbedingungen und Gesundheit	62

4.2.1.1	Biomechanische Belastungen	62
4.2.1.2	Raumklima/ Temperatur	63
4.2.1.3	Luft, Chemikalien	64
4.2.1.4	Lärm, Licht	64
4.2.1.5	Unfallgefahr.....	65
4.2.1.6	Schutzausrüstung	66
4.2.2	Organisatorische Arbeitsbedingungen und Gesundheit	68
4.2.2.1	Zeitdruck	68
4.2.2.2	Bürokratie.....	70
4.2.2.3	Materialfluss.....	70
4.2.2.4	Ordnung.....	71
4.2.2.5	Besprechungen.....	71
4.2.2.6	Gruppenzusammensetzung	71
4.2.2.7	Arbeitszeiten	72
4.2.3	Psychosoziale Faktoren und Gesundheit.....	72
4.2.3.1	Betriebsklima	73
4.2.3.2	Kollegen.....	73
4.2.3.3	Vorgesetzte.....	76
4.2.3.4	Subjektive Faktoren	80
4.2.3.5	Veränderungen	83
4.2.4	Ressourcen.....	84
4.2.4.1	Kollegen.....	84
4.2.4.2	Vorgesetzte.....	85
4.2.4.3	Arbeitsinhalte	86
4.2.4.4	Betrieb.....	87
4.2.5	Gesundheitsverhalten und Einstellungen zu Gesundheit.....	87
4.2.5.1	Verhalten bei der Arbeit.....	88
4.2.5.2	Sport, Bewegung	89
4.2.5.3	Ernährung	90

4.2.5.4	Stressbewältigung	91
4.2.5.5	Umgehen mit Erkrankungen.....	91
4.2.5.6	Betriebliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung	92
4.2.5.7	Gesundheitliche Perspektiven	94
4.2.5.8	Angenommene Ursachen für den erhöhten Krankenstand.....	95
4.2.6	Ideen, Vorschläge.....	96
4.2.7	Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen.....	99
4.3	Methode Teil 2: Empirisch begründete Typenbildung	104
4.3.1	Theoretische Vorüberlegungen.....	104
4.3.2	Identifizierung der Merkmalsausprägungen.....	105
4.3.3	Gruppenbildung	109
4.3.4	Typendefinition	111
4.4	Ergebnisse Teil 2	111
4.4.1	Beschreibung der Typen	112
4.4.1.1	Typus 1: Inaktiv-gelassen.....	112
4.4.1.2	Typus 2: Inaktiv-unzufrieden	114
4.4.1.3	Typus 3: Aktiv-zufrieden	115
4.4.1.4	Typus 4: Aktiv-unzufrieden	117
4.4.2	Zusammenfassung Ergebnisse Teil 2.....	118
4.5	Methode Teil 3: Quantitative Befragung und Clusteranalyse	120
4.5.1	Datenerhebung.....	120
4.5.1.1	Fragebogen zur Mitarbeitergesundheit	121
4.5.1.2	Effort-Reward Imbalance Scale.....	121
4.5.1.3	Erfassung des Aktivitätsstadiums.....	123
4.5.1.4	Personbezogene Angaben	123
4.5.2	Durchführung der Befragung.....	123
4.5.3	Rücklauf und Datenaufbereitung.....	124
4.5.4	Datenauswertung	124
4.5.4.1	Auswahl der Skalen für die Gruppenbildung.....	124

4.5.4.2	Identifizierung latenter Variablen	126
4.5.4.3	Dimensionsreduzierung	127
4.5.4.4	Identifizierung von Ausreißern	128
4.5.4.5	Klassifizierende Analyse	130
4.6	Ergebnisse Teil 3	133
4.6.1	Deskriptive Darstellung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	133
4.6.1.1	Altersverteilung	133
4.6.1.2	Effort-Reward Imbalance	134
4.6.1.3	Aktivitätsstadium	134
4.6.1.4	Muskuloskeletale Beschwerden	135
4.6.1.5	Weitere Beschwerden	135
4.6.1.6	Positive Gefühle	136
4.6.1.7	Negative Gefühle	136
4.6.1.8	Zufriedenheit mit der Führung	137
4.6.1.9	Mitsprache und Beteiligung	137
4.6.1.10	Kollegialität und Arbeitsklima	138
4.6.1.11	Zusammenfassung der Merkmalsverteilungen	138
4.6.2	Mittelwertverteilung zwischen den Gruppen	139
4.6.3	Merkmalsvergleiche zwischen den Gruppen	140
4.6.3.1	Merkmal 1: Muskuloskeletale Beschwerden	140
4.6.3.2	Merkmal 2: Stress und Wohlbefinden	142
4.6.3.3	Merkmal 3: Positive Gefühle	143
4.6.3.4	Merkmal 4: Kollegialität, Klima	144
4.6.3.5	Merkmal 5: Führung und Beteiligung	146
4.6.4	Verteilung weiterer Merkmale zwischen den Gruppen	147
4.6.5	Signifikante Unterschiede der Merkmalsausprägungen	147
4.6.6	Beschreibung der Gruppen	149
4.6.6.1	Cluster 1: Zufriedene mit Beschwerden	149
4.6.6.2	Cluster 2: Neutrale mit Beschwerden	149

4.6.6.3	Cluster 3: Unzufrieden-Gestresste mit Beschwerden	149
4.6.6.4	Cluster 4: Zufriedene Beschwerdefreie	150
4.6.6.5	Cluster 5: Neutrale Beschwerdefreie.....	150
4.6.6.6	Cluster 6: Unzufrieden-Unausgeglichene mit Beschwerden.....	150
4.6.7	Zusammenfassung Ergebnisse Teil 3.....	150
4.6.8	Gegenüberstellung der qualitativen Typologie und der identifizierten Cluster	152
5	Diskussion.....	153
5.1	Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Befragung	153
5.1.1	Physische Belastungen/Beanspruchungen.....	153
5.1.2	Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten	154
5.1.3	Psychosoziale Risikofaktoren.....	155
5.1.4	Ursache erhöhter Krankenstand	158
5.1.5	Praktische Relevanz der Ergebnisse	159
5.2	Typologie und Gruppenbildung.....	160
5.3	Methodenkritische Betrachtung	162
5.3.1	Qualitative Befragung	162
5.3.2	Quantitative Befragung.....	164
5.3.3	Typen- und Gruppenbildung.....	164
5.4	Ausblick.....	166
6	Zusammenfassung	167
	Literaturverzeichnis	XI
	Anhang	XI

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BCW	Blue Collar Worker
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
DIN	Deutsches Institut für Normierung
EN	Europäische Normen
ERI	Effort-Reward Imbalance
EU	Europäische Union
EU-OSHA	Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
GEDA	Gesundheit in Deutschland Aktuell
HAPA	Health Action Process Approach
HBM	Health Belief Model
ICD	Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ISO	International Organisation for Standardization
OC	Overcommitment
OHSMS	Occupational Health and Safety Management Systems
PAL	Physical Activity Level
REFA	Reichsausschuss für Arbeitsstudien
ROI	Return on Investment
SOC	Sense of Coherence
SOEP	Sozialökonomisches Panel
TAF	Transaktionale Führung
TFF	Transformationale Führung
TK	Techniker Krankenkasse
TPB	Theory of Planned Behavior
TRA	Theory of Reasoned Action
TTM	Transtheoretisches Modell
WCW	White Collar Worker
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Health Action Process Approach, modifiziert nach Schwarzer (2008), S. 6	11
Abbildung 2: Übersicht Probandenverteilung nach Funktion, Standort, Alter	51
Abbildung 3: Transkriptionssystem nach Hoffmann- Riem (1984) in Kuckartz, 2007, S. 47	55
Abbildung 4: Prozess der qualitativen Datenerhebung und -analyse.....	56
Abbildung 5: Wahrgenommene Risiko- und Schutzfaktoren	99
Abbildung 6: Krankmeldung bei „indifferentem“ Gesundheitszustand	102
Abbildung 7: Risikofaktoren, Beeinflussbarkeit und Umgang mit Erkrankung	103
Abbildung 8: Merkmalsraum zur Gruppierung der Fälle.....	110
Abbildung 9: Typologie Übersicht	119
Abbildung 10: Eigenwerte der Faktoren.....	126
Abbildung 11: Dendrogramm zur Identifizierung von Ausreißern (Single-Linkage)	129
Abbildung 12: Dendrogramm mit Ward-Verknüpfung.....	131
Abbildung 13: Bestimmung des Elbow-Kriteriums	132
Abbildung 14: Altersverteilung der befragten Mitarbeiter (Mittel der ang. Altersspanne).....	133
Abbildung 15: Verteilung der ERI-Mittelwerte aller Befragten	134
Abbildung 16: Verteilung der angegebenen Aktivitätsstadien (Training).....	134
Abbildung 17: Häufigkeiten muskuloskeletale Beschwerden	135
Abbildung 18: Häufigkeiten weitere Beschwerden	135
Abbildung 19: Häufigkeiten Empfinden positiver Gefühle.....	136
Abbildung 20: Häufigkeiten Empfinden negativer Gefühle	136
Abbildung 21: Häufigkeiten Zufriedenheit mit Führung.....	137
Abbildung 22: Häufigkeiten Bewertung Mitsprache und Beteiligung.....	137
Abbildung 23: Häufigkeiten Bewertung Kollegialität und Arbeitsklima	138
Abbildung 24: Übersicht Merkmalsverteilungen.....	139
Abbildung 25: Mittelwerte der Merkmale je Cluster	140
Abbildung 26: Clusterweise Streuung und Lagemaße (muskuloskeletale Beschwerden).....	141
Abbildung 27: Clusterweise Streuung und Lagemaße (Stress, Wohlbefinden)	142
Abbildung 28: Clusterweise Streuung und Lagemaße (Stress, Wohlbefinden)	143

Abbildung 29: Clusterweise Streuung und Lagemaße (Kollegialität, Klima)	145
Abbildung 30: Clusterweise Streuung und Lagemaße (Führung, Beteiligung)	146
Abbildung 31: Verteilung der Mittelwerte aller Merkmale und homogene Gruppen.....	148
Abbildung 32: Verteilung der Cluster nach Zufriedenheit und Stresswahrnehmung.....	151

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmerübersicht Einzelinterviews.....	53
Tabelle 2: Teilnehmerübersicht Gruppeninterviews	54
Tabelle 3: Beispiel A zu Kategorisierung und Codierung	57
Tabelle 4: Beispiel B zu Kategorisierung und Codierung	58
Tabelle 5: Übersicht Hauptkategorien und Subkategorien erster Ebene	59
Tabelle 6: Typologie: Merkmale und Ausprägungen	106
Tabelle 7: Zur Gruppenbildung verwendete Skalen und Items	125
Tabelle 8: Rotierte Komponentenmatrix	127
Tabelle 9: Maße zentraler Tendenz und Streuung der Faktoren.....	130
Tabelle 10: Korrelationen der Faktorenmittelwerte	130
Tabelle 11: Fehlerquadratsummen der Fusionschritte	132
Tabelle 12: Mittelwerte der Merkmale je Cluster.....	139
Tabelle 13: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für muskuloskeletale Beschwerden.....	141
Tabelle 14: Mittelwerte und homogene Gruppen (muskuloskeletale Beschwerden)	142
Tabelle 15: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für Stress, Wohlbefinden	142
Tabelle 16: Mittelwerte und homogene Gruppen (Stress, Wohlbefinden).....	143
Tabelle 17: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für positive Gefühle.....	144
Tabelle 18: Mittelwerte und homogene Gruppen (positive Gefühle)	144
Tabelle 19: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für Kollegialität, Klima	145
Tabelle 20: Mittelwerte und homogene Gruppen (Kollegialität, Klima)	145
Tabelle 21: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für Führung, Beteiligung	146
Tabelle 22: Mittelwerte und homogene Gruppen (Führung, Beteiligung).....	147
Tabelle 23: Signifikant positive/negative Merkmalsausprägungen.....	149

1 Einleitung

„Für mich persönlich ist Gesundheit das wichtigste Gut, das ich habe. Alles andere kann ich, denke ich mal, ersetzen.“ Klaus, 58, Maschinenschlosser.

Die Arbeit in der Instandhaltung von Schienenfahrzeugen gehört zu den Berufstätigkeiten mit hoher physischer Arbeitslast. Körperliche Dauerbeanspruchungen, beispielsweise durch das Heben oder Tragen schwerer Lasten, Arbeit in Zwangshaltung und eine Exposition gegenüber Staub sowie Lärm sind bedeutsame Risiken für die physische Gesundheit (Bödeker & Barthelmes, 2011).

Arbeitgeber sind nach § 618 BGB verpflichtet, den Arbeitnehmer so weit wie möglich vor Gefahren für Leben und Gesundheit zu schützen. Neben gesetzlichen Vorgaben zu Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit sind Arbeitgeber gehalten, die Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiter mittels betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) zu verbessern bzw. zu erhalten. Bereits gut untersuchte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung reichen von Programmen zu Raucherentwöhnung über Fitnessangebote und Rückenschulen bis hin zu Ernährungsberatung oder Stressmanagement. Ein noch nicht zufriedenstellend untersuchtes bzw. behebbares Problem stellt allerdings die geringe Teilnahme bzw. Adhärenz der Mitarbeiter dar. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass allgemeine Programmangebote im Rahmen von BGF oft nicht die Bedarfe des einzelnen Mitarbeiters treffen, was Adhärenz- und Erfolgsraten deutlich beeinträchtigen kann.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welche gesundheitsbezogenen Risiken und Förderfaktoren der Arbeit Handwerker in der Instandhaltung von Schienenfahrzeugen wahrnehmen und auf welche Weise aus ihrer Perspektive die Mitarbeitergesundheit im Unternehmen gefördert werden kann. Einen weiteren Aspekt bildet die Entwicklung von Mitarbeiterprofilen oder -typen, d.h. eine empirisch begründete Gruppierung von Mitarbeitern anhand gesundheitsbezogener Wahrnehmungen, Einstellungen und Bedürfnisse. Diese Gruppierungen dienen der Rekonstruktion möglicher Sinnzusammenhänge und sollen dahingehend diskutiert werden, inwieweit sich „typengerechte“ Inhalte oder Merkmale gesundheitsfördernder Maßnahmen ableiten lassen.

Theoretisch beleuchtet werden zunächst Definitionen und Modelle von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Es werden arbeits- sowie arbeitsplatzbezogene Einflüsse auf Gesundheit dargestellt sowie Möglichkeiten, die Mitarbeitergesundheit zu fördern bzw. zu erhalten. Es folgt ein Überblick über den Stand der Forschung zur Wirksamkeit von BGF-Maßnahmen, deren ökonomischer Dimensionen, sowie zur Mitarbeiteradhärenz. Forschungsergebnisse zu Mitarbeiterperspektiven bezüglich Gesundheit und Gesundheitsförderung werden zunächst allgemein beschrieben, um anschließend auf Besonderheiten schwerer körperlicher Arbeit und der daraus resultierenden Perspektiven entsprechender Berufsgruppen („Blue Collar Workers“) einzugehen.

Der empirische Teil der Arbeit gliedert sich in drei Komponenten:

Mittels qualitativer Interviews wurden 35 in der Schienenfahrzeuginstandhaltung beschäftigte Handwerker zu ihren Perspektiven bezüglich Gesundheit, Arbeit und Gesundheitsförderung befragt. Die Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und die Ergebnisse deskriptiv in Bezug auf die grundlegenden Fragestellungen der Arbeit dargestellt.

Im zweiten Teil wurden die qualitativen Daten nochmals strukturanalytisch ausgewertet mit dem Ziel, Fallgruppen zu identifizieren, d.h. Mitarbeiter anhand ihrer Angaben zu bestimmten Themen zu gruppieren und daraus empirisch begründete Typen zu bilden. Dieser Teil schließt mit einer Darstellung von vier Prototypen, die anhand des Datenmaterials identifiziert werden konnten.

Der dritte Teil beinhaltet die Sekundäranalyse einer quantitativen Befragung von 156 Mitarbeitern, welche als Eingangsuntersuchung im Auftrag des Unternehmens, in dem das Forschungsprojekt stattfand, durchgeführt wurde. Diese Daten wurden anhand einer Clusteranalyse ebenfalls auf mögliche Fallgruppen untersucht und die identifizierten Gruppen anhand signifikant unterschiedlicher Merkmalsausprägungen beschrieben.

Die Arbeit schließt mit einer übergreifenden Ergebnisdiskussion, einer kritischen Betrachtung der Methoden und möglichen Schlussfolgerungen für die Entwicklung oder Planung von BGF-Maßnahmen sowie für weitere Forschungsarbeiten.

2 Theoretischer Hintergrund

Bei der Beschäftigung mit der Frage, inwieweit eine Arbeitstätigkeit Einfluss auf die Gesundheit nimmt bzw. mittels welcher Maßnahmen es möglich ist, die Gesundheit von Beschäftigten zu fördern, gilt es zunächst zu klären, was Gesundheit überhaupt ist. Neben unterschiedlichen theoretischen Definitionen und Modellen existieren auch sogenannte Laienmodelle, d.h. Vorstellungen über Gesundheit, die sich unter dem Einfluss unterschiedlicher soziokultureller Bedingungen sowie individueller Erfahrungen des Individuums entwickeln. In der Regel sind es diese Alltags-theorien, die darüber entscheiden, wie sich eine Person in Bezug auf die eigene Gesundheit verhält bzw. was sie unternimmt, um gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Arbeit und Beruf als relevante Lebensbereiche nehmen auf Einstellungen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten erheblichen Einfluss, gleichzeitig wirkt das Arbeitsumfeld direkt sowohl physisch als auch psychisch auf die Gesundheit der Beschäftigten. Aus diesen Gründen gilt eine Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz als relevante Ressource für die Gesundheit der Bevölkerung. Ob und inwieweit entsprechende Maßnahmen allerdings zielführend sind, hängt nicht zuletzt davon ab, ob sie die Bedürfnislage der Mitarbeiter treffen sowie von deren Bereitschaft, notwendige Veränderungen mitzutragen oder vorzunehmen.

2.1 Gesundheit

Gesundheit und Krankheit sind Begriffe, die im Alltagsgebrauch präsent sind und in der Regel unter der Voraussetzung der Selbstverständlichkeit kommuniziert werden. Einer Aussage wie „Hauptsache gesund!“ wird in der Regel nicht widersprochen und es ist nicht zu erwarten, dass die Frage folgt, was denn mit „gesund“ gemeint sei. Tatsächlich existiert jedoch bis heute keine konsensuale Definition von Gesundheit und Krankheit. Formal wird das Problem der einheitlichen Begriffsbestimmung bereits dadurch deutlich, dass sich unterschiedliche Bezugswissenschaften damit auseinandersetzen - nicht nur Medizin und Psychologie, sondern auch die Philosophie, die Sozialwissenschaften sowie die Rechts-, Religions- und Geschichtswissenschaften (Franke, 2012; Siegrist, 2005)

2.1.1 Theoretische Modelle und Definitionen von Gesundheit

Aus naturwissenschaftlicher Perspektive liegt der Definition von Gesundheit ein biomedizinisches Modell zugrunde, in welchem sie als Abwesenheit von Krankheit betrachtet wird, d.h. dass auf physiologischer und biochemischer Ebene keine Abweichungen von der Norm vorliegen (Hurrelmann & Klotz, 2013). Bereits 1946 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) diesem Verständnis dahingehend widersprochen, als dass sie die Relevanz des subjektiven und individuellen Erlebens von Gesundheit in den Vordergrund rückt, als „Zustand des völligen körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946). Die WHO hat damit die Basis geschaffen für eine biopsychosoziale Einordnung von Gesundheit.

2.1.1.1 Biopsychosoziales Modell

Auf der Grundlage einer theoretischen Neuverortung des medizinischen Krankheitsbegriffs, in der es in erster Linie darum ging, eine strikte Trennung physischer und psychischer Prozesse aufzuheben (Engel, 1977), entwickelte sich in der medizinischen Bezugsdisziplin ein biopsychosoziales Modell von Gesundheit. Hierbei bewegt sich der Gesundheitsbegriff auf drei Abstraktionsebenen:

Die klassische, biomedizinische Ebene ist die der Außenperspektive, in der Gesundheit als physiologische Funktionsfähigkeit bzw. somatische Unauffälligkeit verstanden wird. Die zweite Ebene ist die Perspektive des Erlebens, d.h. die subjektive Wahrnehmung von Wohlbefinden und Vitalität im Sinne eines „sich gesund Fühlens“. Eine übergeordnete Betrachtung oder Metaperspektive sieht Gesundheit als das Gelingen einer Anpassung an soziale und ökologische Bedingungen des Umfeldes (Egger, 2010; Faltermaier, Kühnlein, & Burda-Viering, 1998). Unter Berücksichtigung dieser drei Ebenen wird Gesundheit verstanden, als „ausreichende Kompetenz des Systems ‚Mensch‘, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die *Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren*“ (Egger, 2005, S. 40).

In 2005 hat die (WHO), in Ergänzung zur Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), die deutschsprachige Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verabschiedet, in welcher die Partizipation, d.h. die Teilhabe des Einzelnen an den für ihn relevanten Lebensbereichen im Zentrum der Betrachtung steht. Als Grundlage gilt ein biopsychosoziales Modell von Gesundheit. In Deutschland ist die Teilhabe als Ziel von Rehabilitationsleistungen im IX. Sozialgesetzbuch (Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, 2001) verankert.

2.1.1.2 Salutogenesemodell

Die Definition von 1946 steht bis heute in der Verfassung der WHO (2014), wird aus verschiedenen Gründen jedoch vielfach in Frage gestellt und entspricht nicht mehr einer aktuellen theoretischen Einordnung (Egger, 2010; Hurrelmann & Richter, 2013). Die Hauptkritik richtet sich gegen die Zielgröße des „völligen ... Wohlbefindens“, die auf der Grundlage sowohl epidemiologischer Daten als auch subjektiver Erfahrungswerte als schwer erreichbar, wenn nicht als utopisch gilt (Huber et al., 2011; Hurrelmann & Richter, 2013). Als ebenso veraltet gilt die Annahme, bei Gesundheit sowie bei Krankheit handele es sich um zwei einander ausschließende, statische Zustände (Gutzwiller & Paccaud, 2011; Raithel, Dollinger, & Hörmann, 2009). Heute werden Gesundheit und Krankheit vielmehr als Endpunkte eines Kontinuums verstanden, zwischen denen sich, als dynamischer Prozess, ein relativer Gesundheits- bzw. Krankheitszustand bewegt (Hurrelmann & Richter, 2013).

Diese Annahme entstammt dem Modell der Salutogenese, welches in der aktuellen Diskussion um den Gesundheitsbegriff nach wie vor große Aufmerksamkeit findet und aufgrund seiner interdisziplinären Ausrichtung, welche Elemente der Stress- Lern- und Verhaltenstheorie verbindet, überwiegend positiv bewertet wird (Hurrelmann & Richter, 2013; Mathe, 2005). Es beschäftigt sich zentral mit der Frage, wie Gesundheit zustande kommt (Gutzwiller & Paccaud, 2011). Entwickelt wurde das Modell in den 1970er Jahren von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. Es basiert im Wesentlichen auf der Annahme, dass Gesundheit nicht in erster Linie davon abhängt, welchen „Bedrohungen“ sie ausgesetzt ist, sondern davon, wie ein Organismus bzw. ein Individuum sich an diese Bedrohungen anpassen kann (Franke, 2012; Hurrelmann & Richter, 2013). Demnach ist der Mensch nahezu beständig potentiellen gesundheitsgefährdenden Faktoren auf biologischer oder psychosozialer Ebene ausgesetzt. Diese sogenannten Stressoren können jedoch auch neutral oder fördernd auf einen Gesundheitszustand wirken, je nachdem, welche generalisierten Widerstandsressourcen (generalized resistance resources, GRR) bestehen und nutzbar sind (Antonovsky, 1972; Blättner, 2007). In diesem Kontext wird Gesundheit nicht als ein von Krankheit abgrenzbarer Zustand angenommen, sondern als ein kontinuierlicher Prozess der Spannungsverarbeitung (Hurrelmann & Richter, 2013).

Das Kernkonstrukt des Salutogenesemodells ist der „Sense of Coherence“ (SOC). Vereinfacht ausgedrückt ist der SOC das Vertrauen eines Menschen darin, die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen nutzen zu können, um interne und externe Anforderungen an seine Gesundheit bewältigen bzw. verarbeiten zu können. Zentrale Komponenten sind hierbei die subjektiv wahrgenommene Bedeutsamkeit einer Anforderung und der Wunsch, sie zu bewältigen, der Glaube daran, diese Anforderungen zu verstehen und daran, dass die Ressourcen zur Bewältigung, im Sinne der Handhabbarkeit, verfügbar sind (Antonovsky, 1993; 1996).

2.1.1.3 Sozialisationsmodell

Aufbauend auf das biopsychosoziale Modell sowie der Salutogenese entwickelte der Sozialwissenschaftler Klaus Hurrelmann das Sozialisationsmodell, welches zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit die individuelle Persönlichkeitsentwicklung im Kontext von physischen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Faktoren in den Vordergrund stellt. Bei seinem Versuch, eine aktuelle, konsensfähige Definition von Gesundheit vorzunehmen, bezieht Hurrelmann entsprechende sozialisationstheoretische Gesichtspunkte ein und schlägt die folgende Definition vor:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147).

2.1.1.4 Resilienzmodell

Ähnlich dem Konzept der Salutogenese beschäftigt sich das Resilienzmodell damit, welche Faktoren dazu führen, dass physische sowie psychische Krisen, Beeinträchtigungen oder Stress bewältigt werden. Resilienz bedeutet dabei das Ergebnis eines Bewältigungsprozesses, im Sinne von erhöhter Stabilität oder Fortschritt (Leipold & Greve, 2009; Zander, 2011). Als wirksam betrachtet werden hierbei kognitive, psychische, soziale und materielle Schutzfaktoren (Siegrist, 2010). Hohe Schutzfaktoren führen bei Konfrontation mit einem Risikofaktor zu einem günstigen Entwicklungsausgang, geringe Schutzfaktoren führen zu einem ungünstigen Entwicklungsausgang, z.B. einer Erkrankung. Im Gegensatz zur Resilienz steht die Vulnerabilität, eine individuelle Anfälligkeit für einen ungünstigen Entwicklungsausgang (Noeker & Petermann, 2008). Eng verbunden mit dem Resilienzmodell ist der Begriff des Coping, der alle Handlungen oder Anstrengungen umfasst, um mit einer belastenden Situation umzugehen, unabhängig davon, wie erfolgreich diese Anstrengungen sind (Beasley, Thompson & Davidson, 2003).

2.1.2 Laienmodelle der Gesundheit

Die Frage nach einer konzeptionellen Einordnung des Gesundheitsbegriffs sowie nach der Entstehung von Gesundheit dient nicht ausschließlich der Begriffsklärung oder einem Verstehen eines Phänomens. Gesundheitstheorien und -modelle sind notwendig, um Grundlagen dafür zu schaffen, Gesundheit in sinnvoller Weise zu erhalten oder zu unterstützen. Neben theoretischen bzw. wissenschaftlichen Theorien existieren sog. Laintheorien, das heißt, subjektive Vorstellungen von Gesundheit, die individuell oder in unterschiedlichen sozialen Gruppen bestehen. Flick nennt diese Theorien das „Ergebnis sozialer und subjektiver Konstruktionen“ (1998, S.9). Diese Vorstellungen nehmen entscheidenden Einfluss auf gesundheitsbezogenes Verhalten (Hughner & Schultz Kleine, 2008). Untersuchungen entsprechender Theorien dienen dazu, gesundheitsbezogenes Verhalten im Alltag zu verstehen und bieten damit eine wichtige Grundlage der Gesundheitsförderung (Faltermaier & Kühnlein, 2000; Franke, 2012; Milburn, 1996; Popay & Williams, 1996).

Laintheorien entstehen in einer Interaktion von kulturellen und sozialen Strukturen und familiären sowie sozialen Beziehungen (Milburn, 1996). Individuell und situativ sind ebenfalls personenbezogene Faktoren wie das Alter, Geschlecht und der Gesundheitszustand wichtige Einflussfaktoren auf subjektive Vorstellungen über Gesundheit (Flick, 1998). Laintheorien zu Gesundheit beinhalten nicht nur ein Begriffsverständnis, sondern gehen einher mit Vorstellungen dazu, wie Gesundheit entsteht, wodurch sie beeinflusst wird, wie sie sich entwickelt und verändert und welchen Stellenwert sie im Leben hat (Bengel & Belz-Merk, 1997; Hughner, 2004). Dabei werden sowohl organische als auch funktionale, psychologische und soziale Ebenen einbezogen (Faltermaier et al., 1998; Flick, 1998; Popay & Williams, 1996). Vorstellungen von Laien über Gesundheit sind nicht nur reine Dichotomien (gesund vs. krank, gut vs. schlecht usw.), sondern komplexe Verflechtungen von Informationen unterschiedlichster Quellen, wie Laienwissen, Volksglaube, Erfahrungen, Religion, Spiritualität und Philosophie (Hughner, 2004), beeinflusst

durch Medien und Expertenwissen (Popay & Williams, 1996). Beispiele laientheoretischer Definitionen von Gesundheit sind die Abwesenheit von Krankheit, eine gelingende Alltagsbewältigung, ein Gleichgewicht, Freiheit, aber auch eine Einschränkung im Sinne eines Zwangs zur Konformität oder eine moralische Verantwortung. Als Ursache oder Quelle von Gesundheit werden beispielsweise positives Denken, genetische Faktoren, das eigene Verhalten (auch im Sinne der Selbstverschuldung im Krankheitsfall), Umwelteinflüsse oder übernatürliche bzw. sakrale Dimensionen angenommen. Verantwortung für die Gesundheit wird sowohl dem Einzelnen sowie der Öffentlichkeit/der Politik zugeschrieben. Dem Erhalt von Gesundheit dienen aus Laiensicht u.a. regelmäßige Untersuchungen, aber auch Rituale, Meditation, Gebete oder die Arbeit und tägliche Aktivitäten (Hughner, 2004).

2.1.3 Zusammenfassung Kapitel 2.1

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass aus medizinischer Sicht eine Einordnung von Gesundheit in Orientierung an „Normen“ sinnvoll und notwendig ist, um Krankheitszustände erkennen, bestimmen und behandeln zu können. Gleichermaßen wichtig ist eine entsprechende Betrachtung von Krankheitsursachen, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Eine biopsychosoziale Einordnung des Gesundheitsbegriffs ergänzt diese Dimension um das subjektive Wohlbefinden, welches unabhängig von medizinischen „Normwerten“ bestehen kann und individuellen Wahrnehmungen, Annahmen und Bedeutungen unterliegt. Gesundheit bewegt sich hierbei auf einem Kontinuum zwischen „absoluter“ Gesundheit bzw. Krankheit. Sie ist ein Prozess, bei dem auf das Individuum Risikofaktoren einwirken, auf welche das Individuum reagiert (Coping). Die Bewältigung der Risiken wird beeinflusst von der Höhe vorliegender Schutzfaktoren und es resultiert ein Grad an Resilienz oder Vulnerabilität, welches die subjektiv wahrgenommene Gesundheit auf physischer, psychischer und sozialer Ebene situativ bestimmt. Neben diesen theoretischen Einordnungen existieren im Alltag subjektive Konzepte dazu, was Gesundheit ist, wie sie entsteht und erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann. Diese Laientheorien nehmen erheblichen Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten und sollten daher bei gesundheitsfördernden Maßnahmen Berücksichtigung finden.

2.2 Gesundheitsverhalten

Fasst man Bedingungen zusammen, unter welchen individuelle Gesundheit entsteht oder besteht, dann lassen sich diese in personale Faktoren, Verhaltensfaktoren und Verhältnisfaktoren untergliedern. Personale Faktoren umfassen z.B. die ethnische Herkunft oder die genetische Disposition, unter Verhältnisfaktoren fallen der sozioökonomische Status, das Bildungsangebot, Hygienebedingungen usw. (Hurrelmann & Richter, 2013). Unter Verhaltensfaktoren summieren sich letztlich all jene Möglichkeiten, die das Individuum besitzt, um Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen. Gochman (1982, S. 169) definiert Gesundheitsverhalten als

those personal attributes such as beliefs, expectations, motives, values, perceptions, and other cognitive elements; personality characteristics, including affective and emotional states and traits; and overt behavior patterns, actions, and habits that relate to health maintenance, to health restoration, and to health improvement /

persönliche Eigenschaften wie Überzeugungen, Erwartungen, Motive, Werte, Wahrnehmungen und andere kognitive Elemente; persönliche Charakteristiken, einschließlich affektiver und emotionaler Zustände und Merkmale, und offensichtliche Verhaltensmuster, Aktivitäten und Gewohnheiten die sich auf Gesunderhaltung, Wiederherstellung von Gesundheit und Gesundheitsverbesserung beziehen.

Die „klassischen“ Domänen von Gesundheitsverhalten beziehen sich auf Konsumverhalten (Ernährungsgewohnheiten, Alkoholgenuss, Drogen- und Nikotinkonsum), auf körperliche Aktivität, Hygiene- und Sexual- und Vorsorgeverhalten sowie Spannungsregulation (Hurrelmann & Richter, 2013)

2.2.1 Modelle des Gesundheitsverhaltens

Modelle des Gesundheitsverhaltens bieten Erklärungen dafür, unter welchen Bedingungen und/oder auf welche Weise Verhaltensänderungen stattfinden, die dem Erhalt, der Förderung oder der Wiederherstellung von Gesundheit dienen sollen (Franke, 2012). Bestehende Modelle der Verhaltensänderung lassen sich unterscheiden in motivationale Modelle, welche die Entstehung von Veränderungsabsicht erklären, in volitionale Modelle, die auf die Umsetzung und Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen fokussieren sowie in Stadienmodelle, die sich mit dem Prozess der Verhaltensänderung beschäftigen. Hybridmodelle verbinden lineare und prozessuale Annahmen (Lippke & Renneberg, 2006).

2.2.1.1 Motivationale Modelle

Motivationale oder Prädiktionsmodelle versuchen, anhand relevanter Faktoren vorherzusagen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine Person beabsichtigt, ihr Verhalten zu ändern (Reuter & Schwarzer, 2009). Zu diesen Modellen gehören das Health Belief Model (HBM) und die Theory of Planned Behavior (TPB).

Das Health Belief Model (HBM, Modell gesundheitlicher Überzeugungen; Lippke, 2006) war eines der ersten Modelle zur Erklärung von Gesundheitsverhalten. Es wurde Anfang der 1950er Jahre entwickelt, um Gründe für die geringe Akzeptanz und Nutzung von Maßnahmen zu Prävention und Vorsorge in der Bevölkerung zu verstehen und wurde später angepasst auf den Umgang mit Symptomen und Patientencompliance (Janz & Becker, 1984). Das Modell versucht, gesundheitsbezogenes Verhalten aufgrund bestimmter individueller Annahmen oder Einstellungen vorherzusagen (Hochbaum et al., 1952 in Lippke, 2006). Grundlage des HBM ist die Annahme, dass Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in Abhängigkeit stehen von

- einer Motivation, die im Wesentlichen aus der Sorge um die eigene Gesundheit besteht und die dem Gesundheitshandeln Relevanz und Priorität zuschreibt,
- einer wahrgenommenen Bedrohung, d.h. dem Glauben, dem Risiko einer ernsthaften Erkrankung oder deren Folgen ausgesetzt zu sein.

Eine Reihe von Untersuchungen zeigen signifikante Korrelationen des Gesundheitsverhaltens mit den Dimensionen Vulnerabilität, Schwere der Erkrankung, Gewinn und Kosten der Verhaltensänderung, allerdings mit nur geringen Effektstärken (Carpenter, 2010; Harrison, Mullen, & Green, 1992). Die Dimensionen des HBM lassen sich bislang nur bedingt als Prädiktoren für Gesundheitsverhalten einordnen.

Die Theory of Planned Behavior ist eine Weiterentwicklung der Theory of Reasoned Action (TRA; Fishbein & Ajzen, 1975). Die TRA geht davon aus, dass die Absicht der entscheidende Prädiktor für eine Verhaltensänderung ist. Diese entsteht bzw. wird beeinflusst durch individuelle Einstellungen und subjektive Normen. Die TPB (Ajzen & Ajzen, 1991) ergänzt dieses Modell durch die wahrgenommene Verhaltenskontrolle als Determinante von Absicht und Verhalten. Tatsächlich konnte die wahrgenommene Verhaltenskontrolle bereits vielfach als direkter Prädiktor von Intention und Verhalten identifiziert werden (Montaño & Kasprzyk, 2008).

2.2.1.2 Volitionale Modelle

Die Voraussetzung für eine Handlung besteht in einer Motivation. Dennoch führt nicht jede Motivation zur Handlung. Volitionale Modelle fokussieren auf die Frage, wann oder warum aus einer Handlungsabsicht tatsächlich auch eine Handlung wird.

Das Rubikon-Modell versucht diese Lücke zwischen Absicht und Handlung theoretisch zu schließen. Hierbei gilt die Stärke der Volition, d.h. des Willens oder der wahrgenommenen Verpflichtung als entscheidend, um ein gewähltes Handlungsziel zu erreichen (Achziger & Gollwitzer, 2010). Das Rubikonmodell geht dabei von unterschiedlichen Phasen der Handlung aus: In der prädeziSIONalen/motivationalen Phase werden unterschiedliche Handlungsziele bedacht und gegeneinander abgewogen. In der postdeziSIONalen (volitionalen) Phase wurde die Entscheidung für ein Ziel getroffen und es werden Handlungspläne entworfen. Mit der Handlungsinitiierung startet die aktionale Phase, postaktional erfolgt eine Bewertung der durchgeführten Handlung (Lippke 2006). Die Ergebnisse einiger experimenteller Studien geben Hinweise darauf, dass zielorientiertes Verhalten diese unterschiedlichen Phänomene (Abwägen, Planen, Ausführen, Bewerten) durchläuft, mit jeweils unterschiedlichen Funktionsprinzipien (Gollwitzer, 1995).

2.2.1.3 Stadienmodelle

Das Rubikonmodell geht von unterschiedlichen Phasen der Verhaltensänderung aus, beschreibt dabei jedoch einen linearen Prozess, der auf dem Weg von der Absicht zum Verhalten durchlaufen wird. Stadienmodelle nehmen darüber hinaus an, dass sich unterschiedliche Handlungsstadien

en anhand bestehender Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen qualitativ voneinander unterscheiden (Lippke 2006).

Das Transtheoretische Modell (Prochaska et al., 1994) beschreibt fünf Stadien der Verhaltensänderung: Im präkontemplativen Stadium besteht keine Absicht zur Verhaltensänderung. Im kontemplativen Stadium wird über eine Verhaltensänderung nachgedacht und eine entsprechende Absicht entsteht. Das Stadium der Präparation ist gekennzeichnet durch erste Schritte der Vorbereitung einer Handlungsveränderung, das aktionale Stadium durch den Beginn der Handlungsveränderung. Im Stadium der Aufrechterhaltung gelingt es, das Verhalten dauerhaft umzusetzen. (Prochaska & Velicer, 1997). Mithilfe eines Algorithmus lassen sich die Stadien in Bezug auf bestimmte (gesundheitsbezogene) Verhaltensweisen ermitteln (Basler, Jäkle, Keller & Baum, 1999). Als Moderatoren des Übergangs von einem Stadium in das nächste sind unterschiedliche sozialkognitive Variablen und Prozesse wirksam. Beispielsweise wird die Steigerung des Problembewusstseins als relevanter Prozess beim Übergang vom präkontemplativen in das kontemplative Stadium beschrieben. Die Wahrnehmung förderlicher Umweltbedingungen gilt als Förderfaktor des Übergangs in die Präparation, Selbstverpflichtung und Selbstverstärkung gelten als Faktoren, welche den Übergang in die Stadien der Aktivität und der Aufrechterhaltung veranlassen (Prochaska et al., 2008). Sozialkognitive Mediatoren sind u.a. das Abwägen von Vor- und Nachteilen der Verhaltensänderung und die Selbstwirksamkeitswahrnehmung. Verschiedene Untersuchungen unterstützen die Annahmen des TTM, dass unterschiedliche Stadien durch die angenommenen unterschiedlichen verhaltensorientierten Prozesse gekennzeichnet sind (Lippke & Kalusche, 2007).

2.2.1.4 Hybridmodell

Das Health Action Process Approach (HAPA) -Modell oder sozialkognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer, 2009) integriert Stadien sowie motivationale und volitionale Faktoren der Verhaltensänderung (s. Abb. 1). Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei dem sog. „Intention-Behavior Gap“ (Sheeran, 2002), d.h. dem Problem, dass der Schritt von der Motivation zur Handlung durch eine Reihe von Barrieren erschwert werden kann und daher häufig nicht stattfindet. Das Modell unterscheidet drei Stadien: Das präintentionale, das intentionale und das aktionale Stadium (Schwarzer, Luszczynska, Ziegelmann, Scholz & Lippke, 2008). Ob ein Wechsel von einem Stadium in das folgende stattfindet, entscheidet die Höhe der Wirksamkeit sozialkognitiver Mediatoren: Bevor eine Verhaltensabsicht entsteht, bedarf es einer Risikowahrnehmung, d.h. der Annahme, dass die Beibehaltung eines Zustandes oder eines Verhaltes ein Gefahrenpotential für die eigene Gesundheit birgt. Eine mögliche Verhaltensänderung sollte dabei mit einer Ergebniserwartung verbunden sein, d.h. der Annahme, dass durch die Verhaltensveränderung eine Verringerung der Risiken bzw. eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann. Weiterhin nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung auf die Intentionsbildung Einfluss, d.h. die Annahme, eine Verhaltensänderung mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigen zu können, trotz möglicher auftretender Barrieren. Die drei Mediatoren stehen in

einer wechselseitigen Beziehung zueinander und gelten als interagierende Prädiktoren der Handlungsabsicht (Schwarzer, 1992; Schwarzer, 2008; Schwarzer & Renner, 2009).

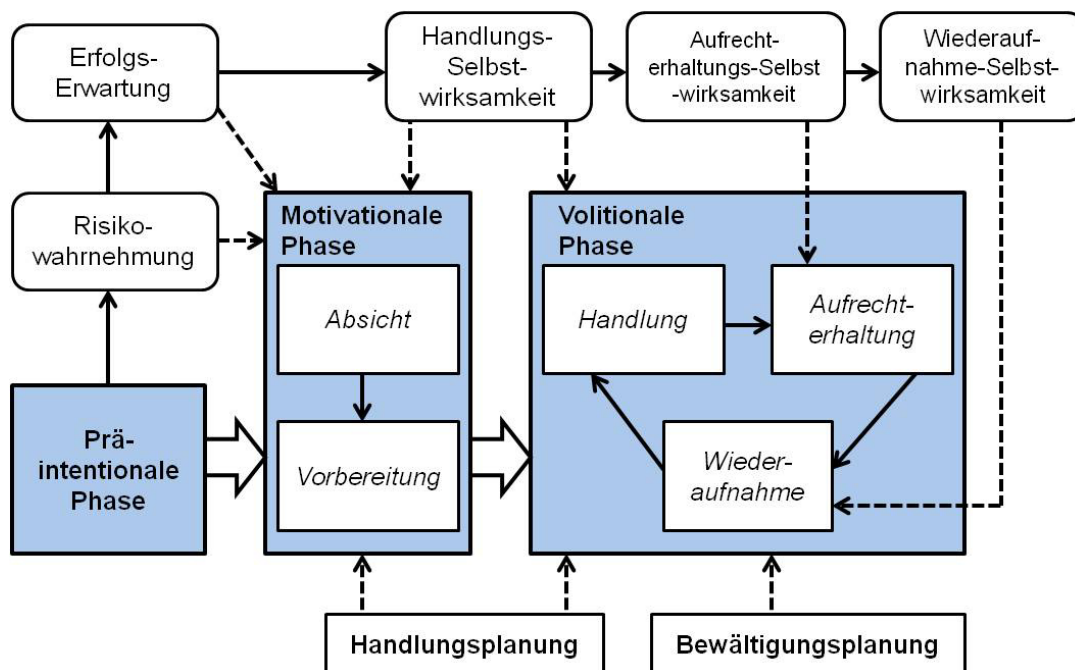


Abbildung 1: Health Action Process Approach, modifiziert nach Schwarzer (2008), S. 6

Damit aus einer Verhaltensabsicht eine Handlung entsteht, bedarf es einer Idee, wie die Handlung genau umgesetzt werden kann. Als Hauptmediator des Übergangs von der Intention in die Handlung gilt eine hohe Handlungs-Selbstwirksamkeitswahrnehmung. Mit dem Beginn der Verhaltensänderung setzt allerdings eine weitere störungsanfällige Phase ein, die der Handlungsaufrechterhaltung. Sie bedarf der Wahrnehmung, dass eine hohe Selbstwirksamkeit in Bezug auf die dauerhafte Beibehaltung der Verhaltensänderung besteht (Aufrechterhaltungs-Selbstwirksamkeit), trotz möglicher Widerstände oder Probleme. Kommt es zu einem Rückfall oder einer Unterbrechung der Handlungsveränderung, besteht die Herausforderung in einer Wiederaufnahme des Verhaltens, mediiert durch eine hohe Wiederaufnahme-Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Luszczynska, 2008).

Gezielt unterstützt werden kann der Übergang von der Intention zur Handlung durch Aufklärung, beispielsweise über die Entstehung eines Gesundheitsproblems, dessen mögliche Folgen und über Möglichkeiten, diese Folgen zu verhindern oder bestmöglich damit umzugehen. Die Entscheidung zur Handlungsveränderung folgt in der Regel dann, wenn der erwartete Nutzen die angenommenen Kosten bzw. den zu erbringenden Aufwand überwiegt (Lippke 2006). Die Initiati-on, Aufrechterhaltung und Wiederaufnahme eines Verhaltens kann durch konkrete Handlungs- und Bewältigungspläne unterstützt werden, unter Berücksichtigung zur Verfügung stehender persönlich, sozialer, finanzieller oder sonstiger Ressourcen (Reuter & Schwarzer, 2009).

Interventionen auf theoretischer Basis des HAPA-Modells wurden bislang nur vereinzelt untersucht. Zur Steigerung körperlicher Aktivität konnten positiven Effekte ermittelt werden (Gaston & Prapavessis, 2012; Ströbl, Knisel, Landgraf & Faller, 2013). Effekte der genannten Mediatoren wurden allerdings bereits recht ausführlich untersucht und in unterschiedlichen Kontexten von Prävention und Rehabilitation (z.B. Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung, physische Aktivität) gefunden:

- Risikowahrnehmung als Prädiktor von Handlungsabsicht (z.B. Caudroit, Stephan & Le Scanff, 2011; Ernsting, Gellert, Schneider & Lippke, 2013; Renner, Spivak, Kwon & Schwarzer, 2007; Williams, Herzog & Simmons, 2011)
- Ergebniserwartung als Prädiktor der Handlungsabsicht (z.B. Chiu, Lynch, Chan & Berven, 2011; Craciun, Schüz, Lippke & Schwarzer, 2012; Payaprom, Bennett, Alabaster & Tantipong, 2011; Renner et al., 2007; Scholz, Nagy, Göhner, Luszczynska & Kliegel, 2009)
- Selbstwirksamkeitswahrnehmung als Prädiktor der Handlungsabsicht (z.B. Caudroit et al., 2011; Chiu et al., 2011; Renner et al., 2007; Williams et al., 2011)
- Selbstwirksamkeitswahrnehmung als direkter Prädiktor der Verhaltensänderung (z.B. Auster et al., 2013; Barg et al., 2012; Caudroit et al., 2011; Chiu et al., 2011; Craciun et al., 2012; Payaprom et al., 2011; Szczepanska, Scholz, Liszewska & Luszczynska, 2013; Teng & Mak, 2011)
- Handlungs- und Bewältigungsplanung als Korrelate der Selbstwirksamkeit und Mediatoren von Intention und Handlung (z.B. Barg et al., 2012; Burkert, Knoll, Scholz, Roigas & Gralla, 2012; Caudroit et al., 2011; Chiu et al., 2011; Craciun et al., 2012; Payaprom et al., 2011; Renner et al., 2007; Scholz et al., 2009; Szczepanska et al., 2013; Teng & Mak, 2011).

Das HAPA-Modell eignet sich aufgrund der Kombination von Stadien, der Einbeziehung motivationaler und volitionaler Prozesse sowie der konkreten Zuordnung der jeweiligen Mediatoren sehr gut als theoretische Grundlage zur Planung der Unterstützung von Veränderungen gesundheitsbezogenen Verhaltens.

2.2.2 Typologien des Gesundheitsverhaltens

Typologien werden in den Sozialwissenschaften entwickelt mit dem Ziel, komplexe (soziale) Phänomene zu strukturieren und verstehbar zu machen. Untersuchte Fälle werden anhand reduzierter Merkmale in der Weise gruppiert, dass eine möglichst große Homogenität innerhalb der Gruppen und eine möglichst große Heterogenität zwischen den Gruppen bestehen. Sie sollen als Denkmodelle dienen, die dabei helfen, sich in einer sozialen Wirklichkeit zu orientieren (Fleiß, 2010; Kelle & Kluge, 2010). Im Folgenden werden Typologien skizziert, die nicht ausschließlich Gesundheitsverhalten beschreiben, aber diesbezügliche Informationen enthalten oder Rückschlüsse ermöglichen.

Godin, Valios & Desharnais entwickelten 2001 unter 22.286 Personen eine Typologie physischer Aktivität in Anlehnung an Stadien der Verhaltensänderung. Entsprechend vier Verhaltensstadien konnten vier Typen konstruiert werden: Die „Unbeteiligten“, die sich wenig bewegen und kein Interesse an körperlicher Aktivität zeigen; die „Ambivalenten“, die sich durch eine nicht eindeutige Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität auszeichnen, wenngleich sie moderat sportlich aktiv sind; die „Optimisten“, die nicht regelmäßig körperlich aktiv sind aber die Absicht haben, dies in naher Zukunft zu tun, sowie die „Aktiven“, die mindestens einmal wöchentlich aktiv sind und planen, es auch zu bleiben.

Im Kontext der Therapiecompliance von Personen mit Bluthochdruck entwickelte Schäfer (2017) eine Patientensegmentierung, die sich anhand von vier Typen darstellen lässt: Der Selbstbewusst-compliant Patient, der über eine hohe Verhaltenskontrolle, geringe Barrierewahrnehmung und eine hohe Gesundheitsmotivation auszeichnet; der engagierte, partiell compliant Patient mit hoher Verhaltenskontrolle, sehr geringer Barrierewahrnehmung und einer mittelgradigen Gesundheitsmotivation; der unmotivierte, partiell compliant Patient, der über eine mäßige Verhaltenskontrolle, eine mittelgradige Barrierewahrnehmung und eine geringe Gesundheitsmotivation verfügt, sowie der unsichere, nicht compliant Patient mit niedriger Verhaltenskontrolle, sehr hoher Barrierewahrnehmung und mäßiger Gesundheitsmotivation.

Vollrath & Torgersen (2002) identifizierten acht unterschiedliche Typen anhand von Daten, die unter ca. 700 Studenten erhoben wurden. Sie orientierten sich hierbei an den Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus, Extraversion und Gewissenhaftigkeit und betrachteten diese im Zusammenhang mit Resilienz/Stressresistenz und Bewältigungskompetenz/Coping. Als Typen identifizierten sie den „Engagierten“, den „Hedonisten“ sowie den „Skeptiker“, die über eine hohe Stressresistenz und wirksame Copingstrategien verfügen. Der „Gleichgültige“ besitzt eine hohe Stressresistenz aber geringe Bewältigungskompetenz. Der „Komplizierte“ und der „Grübler“ zeigen wenig Resistenz gegen Stress, allerdings starke Copingstrategien. Die Kombination von geringer Stressresistenz und geringem Coping findet sich bei dem „Unsicheren“ und dem „Impulsiven“.

Anhand einer Befragung von 35 Erwachsenen entstand 2008 eine qualitative Typologie von Laientheorien (Hughner & Schultz Kleine), die auch Informationen über Gesundheitsverhalten berücksichtigt. Da qualitative Typologien stets komplexe Beschreibungen liefern, handelt es sich im Folgenden um eine sehr reduzierte Darstellung. Es wurden sechs unterschiedliche Typen identifiziert:

- Die meiste Sorge um und die höchste Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen Anhänger alternativer Heilmethoden. Sie sind besonders gut informiert und bewerten Gesundheitsinformationen, insbesondere konventionelle Therapien, sehr kritisch.
- Der disziplinierte Typus sieht Gesundheit als Folge eigenen Verhaltens (Sport und Diät), ist gut informiert, übernimmt Verantwortung für die eigene Gesundheit und zeigt eine hohe Verhaltenskontrolle.

- Beruflich sehr eingebundene und erfolgreiche Personen räumen Gesundheit wenig Priorität ein und halten Arbeit und Aktivität für die beste Prävention. Gesundheit gilt als Normalzustand. Als Ursache von Erkrankungen wird am ehesten Überarbeitung angenommen. Dieser Typus ist gut informiert aber wenig konsequent im Gesundheitsverhalten.
- Geleitet von der Annahme, dass Gesundheit und Krankheit von Gott gegeben sind, übernimmt der gläubige Typus wenig Verantwortung für seine Gesundheit. Zwar wird ungesundes Verhalten als sündhaft eingestuft, es besteht jedoch geringes Wissen über gesundheitsrelevante Themen.
- Körperlich anspruchsvoll arbeitende Personen erheben eher keinen Anspruch darauf, gesund zu sein, Ziel ist hier die Beschwerdefreiheit. Sie sind wenig informiert, besitzen aber differenzierte Vorstellungen über Gesundheit. Gesundheitserhalten beschränkt sich auf das Aufsuchen des Arztes im Beschwerdefall.
- Ein weiterer Typus zeichnet sich aus durch die Annahme, dass Gesundheit rein physisch ist und Medizin dazu da, entstandene Gesundheitsschäden zu „reparieren“. Betreffende Personen zeigen wenig Eigenverantwortung, sind weitgehend passiv, wenig informiert und überfordert durch verfügbare Informationen.

Eine teils ähnliche Struktur fanden Marstedt, Buitkamp & Braun (2007) anhand der Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmannstiftung von 2006. Als relevante Vergleichsdimensionen wurden hier gesundheitsbezogene Informationsbemühung und Medizinvertrauen gewählt. Sie fanden den Typus „Gleichgültiger“, der in beiden Dimensionen eine geringe Ausprägung zeigt. Beide Dimensionen sind bei dem Typus „Cogetherapeut“ hoch ausgeprägt. Als „Arztgläubige“ wurden diejenigen klassifiziert, die ein geringes Informationsverhalten und ein großes Medizinvertrauen zeigen, genau umgekehrt ist es bei den „Arztkritischen“.

2.2.3 Zusammenfassung Kapitel 2.2

Individuelles Gesundheitsverhalten entsteht unter dem Einfluss einer Vielzahl persönlichkeitsbedingter, sozialer, kultureller und biografischer Einflüsse. Gesundheitsmodelle beschreiben, welche Faktoren dazu führen, dass eine Verhaltensabsicht entsteht und ein Verhalten verändert wird bzw. in welchen Stadien Gesundheitsverhalten stattfindet. Stadien des Gesundheitsverhaltens verlaufen über eine Absichtsbildung, eine Verhaltensinitiation und die Verhaltensaufrechterhaltung. Als Auslöser einer Verhaltensabsicht gelten individuelle Annahmen und Einstellungen, als wesentliche Mediatoren der Absichtsbildung sowie der Aktivität und Aufrechterhaltung werden Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeit und Verhaltenskontrolle angenommen.

Typologien des Gesundheitsverhaltens ermöglichen (empirisch begründete) Annahmen dazu, welche Ausprägungen individuelles Gesundheitsverhalten zeigt, inwieweit z.B. Persönlichkeitsstrukturen und/oder Einstellungen gesundheitsbezogenes Verhalten beeinflussen, und welche weiteren Merkmale mit bestimmten Verhaltensweisen assoziiert sein können.

2.3 Gesundheit am Arbeitsplatz

Durchschnittlich 35,5 Stunden/Woche verbrachte ein Erwerbstätiger in Deutschland 2014 mit Arbeit, das heißt, knapp ein Drittel seiner „wachen“ Zeit, Ferien oder Krankheitstage nicht eingerechnet (Statistisches Bundesamt, 2015). Alleine die Menge an Zeit, die mit Arbeit verbracht wird, macht sie zu einem gesundheitsrelevanten Kontextfaktor. Grundsätzlich stellt die Arbeit selbst zunächst eine wesentliche Gesundheitsressource dar, da Menschen ohne Arbeit häufiger an psychischen Erkrankungen leiden und ein höheres Mortalitätsrisiko besitzen als arbeitende Menschen (Hurrelmann 2013, Kroll & Lampert, 2012). Langzeitarbeitslosigkeit zeigt deutlich negative Auswirkungen auf physische, psychische und funktionale Gesundheitsdimensionen, gleichermaßen eine höhere Sterblichkeitsrate der Betroffenen (Waddel & Burton, 2006). Im Jahr 2013 waren Arbeitslose durchschnittlich fast doppelt so häufig krankgemeldet wie Erwerbstätige (Robert-Koch-Institut, 2015). Arbeitslosigkeit ist assoziiert mit einer schlechteren Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands, mit beeinträchtigter Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. Hierbei scheint Arbeitslosigkeit Wirkung und Ursache zugleich zu sein: Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen werden eher arbeitslos, gleichzeitig wirken sich die Erfahrung von Arbeitslosigkeit und bereits die Sorge um einen möglichen Verlust des Arbeitsplatzes negativ auf die Gesundheit aus (Zenger, Hinz, Petermann, Brähler & Stöbel-Richter, 2013).

2.3.1 Arbeit als Förderfaktor der Gesundheit

Regelmäßige Erwerbstätigkeit ist kein Garant für Wohlstand, aber dennoch der wichtigste Faktor, um Armut zu entgehen. Daten des deutschen SOEP (Sozialökonomisches Panel) aus den Jahren 1995 bis 2005 zeigen, dass Menschen, deren Einkommen unterhalb der Armutsgrenze liegt, ein bis zu 2,7-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko besitzen (Lampert & Kroll, 2014, Lampert, Kroll & Dunkelberg, 2007). Chronische Erkrankungen, wie Diabetes, Depressionen, Herz-, Lungen oder Lebererkrankungen treten vermehrt in der Armutsrisikogruppe auf. Personen einer höheren Einkommensgruppe klagten deutlich seltener über krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung (Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005; Lampert & Kroll, 2014) und erfahren häufiger soziale Unterstützung. Auch im Gesundheitsverhalten, insbesondere das Rauchen, körperliche Bewegung und Ernährung betreffend, zeigen sich deutliche Unterschiede (Kroll & Lampert, 2012; Robert Koch-Institut, 2015).

Auch, wenn Erwerbstätigkeit generell mit einer relativ höheren Gesundheit einher geht als Arbeitslosigkeit, sind die Zusammenhänge differenzierter zu betrachten. Neben sozialer Sicherung steigen mit den Einkommensverhältnissen häufig Bildungsniveau und beruflicher Status. Damit verändert sich auch die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu beziehen und korrekt einzuordnen (Hurrelmann 2013; Robert Koch-Institut, 2015). Daten der GEDA (Gesundheit in Deutschland Aktuell) -Studie zeigen, dass ein höherer sozialer Status mit einer gesünderen Lebensweise einher geht, gleichzeitig sinkt die Prävalenz von Depressionen und seelischen Belastungen durch einen gesünderen Lebensstil. Angehörige von Berufsgruppen mit geringem sozialen Status beschreiben ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter und sind häufiger

krankgeschrieben als Angehörige von Berufen mit höherem bzw. hohem sozialen Status (Kroll, Müters & Dragano, 2011, Robert Koch-Institut 2015). Eine prekäre Beschäftigung beeinträchtigt die seelische Gesundheit in ähnlicher Weise wie eine vorübergehende Arbeitslosigkeit (Waddell, 2006; Kroll, 2012).

Arbeit gilt als ein zentrales Element der Verbindung des Individuums mit der Gesellschaft. Neben Familie und Partnerschaft fördert Arbeit die Bildung einer Identität und einer sozialen Rolle (Waddell, 2006). In Abhängigkeit von individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen kann eine berufliche Tätigkeit wesentlich zur Entwicklung von Autonomie und sozialer Integration beitragen. Sie bietet Anlass, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit zu entwickeln oder zu erhalten (Schneider, 2010). Nicht zuletzt strukturiert eine regelmäßige Erwerbstätigkeit nicht nur Tagesabläufe, sondern eine gesamte Lebensbiografie (Hurrelmann & Richter, 2013; Mathe, 2005; Schmitt, 2001). Arbeit hat damit einen bedeutenden Anteil an der Entstehung von Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden, Lebensqualität und sozialer Teilhabe (Busch, Hapke & Mensink, 2011).

2.3.2 Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz

Informationen über gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz werden mehrheitlich aus Befragungen von Beschäftigten gewonnen. Als repräsentativ für Deutschland gelten hierbei Daten aus dem Mikrozensus, Befragungen der Krankenkassen, Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (GEDA-Studie) und der Erwerbstätigenbefragung durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

Im Rahmen des Mikrozensus in 2013 gaben etwa 29% der Erwerbstätigen an, sich durch die Arbeit körperlich belastet zu fühlen, 21% fühlten sich psychisch belastet (Statistisches Bundesamt, 2016). Laut GEDA-Report 2012 gehen rund 20% der Erwerbstätigen von einer starken bis sehr starken Gesundheitsgefährdung durch ihre Berufstätigkeit aus, wobei Männer mit 21,4% etwas stärker betroffen sind als Frauen (19,1%) (Lange & Ziese, 2014). Die häufigsten Gründe für die wahrgenommene Gefährdung sind dabei soziale Konflikte, körperlich schwere Arbeit und Zeitdruck (Kroll & Lampert, 2012; Lampert & Kroll, 2014)

Zwischen 2003 und 2009 befragte das Wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) 28.223 Arbeitnehmer aus 147 Betrieben zu Hauptbelastungsfaktoren am Arbeitsplatz. Genannt wurden ständige Aufmerksamkeit/Konzentration (30,1%), Termin- und Leistungsdruck (29,8%), Störung/Unterbrechung (25%), hohes Arbeitstempo (24%), Lärm (23,8%), hohe Verantwortung (23,8%), zu große Arbeitsmengen (22%), ständiges Sitzen (22%), Sorge um den Arbeitsplatz (21,6%) sowie schlechte Luft/Klimaanlage (21,2%) (Zok, 2011). Aus Unternehmenssicht liegt das häufigste Gesundheitsrisiko hingegen im sozialen Bereich: In einer repräsentativen EU-weiten Befragung gaben 58% der Unternehmen an, dass die Mitarbeitergesundheit besonders durch den Umgang mit schwierigen Personen (Kunden, Schülern, Patienten) gefährdet ist. (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz [EU-OSHA], 2015).

2.3.2.1 Belastung und Beanspruchung

Das Konzept von Belastung und Beanspruchung (Rohmert, 1984, S. 193) definiert Belastungen als „Gesamtheit aller Bedingungen, die bei der Arbeit auf den Menschen einwirken“ (in Roßbach, Löffler, Mayer-Popken, Konietzko & Dupuis, 2007). Im Sinne von Arbeitsbedingungen lassen sich Belastungen einteilen in Arbeitsaufgaben, Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation und Arbeitsplatz (Joiko, Schmauder & Wolff, 2010). Beanspruchungen hingegen bedeuten die Auswirkungen dieser Belastungen auf den einzelnen Menschen, die in Abhängigkeit von dessen individuellen Voraussetzungen entstehen (Nübling, Stößel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2005). Wenn Belastungen am Arbeitsplatz das individuelle Maß an Leistungsfähigkeit dauerhaft überschreiten, kann es zu Beeinträchtigungen der Gesundheit und daraus resultierenden Fehlzeiten kommen, bis hin zu Berufserkrankungen, dauerhafter Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung (Kroll et al., 2011). Untersuchungen zu Arbeitsbelastungen unterscheiden in der Regel zwischen physischen, d.h. umgebungsbedingten Belastungen (z.B. Lärm, Licht), körperlichen Belastungen (z.B. Zwangshaltungen, schweres Heben) und psychischen/psychosozialen Belastungen (Zeitdruck, Konflikte usw.) (Hoffmann, 1998).

2.3.2.2 Physische Belastungen am Arbeitsplatz

Der IGA-Report 2011 listet als besonders bedeutsame physische Risiken der Arbeit biomechanische Belastungsfaktoren auf, wie schwere körperliche Arbeit an sich, Handhabung bzw. das Heben schwerer Lasten, Vibrationen, Zwangshaltungen, repetitive Bewegungen oder statische Belastungen von Schultern/Nacken sowie häufiges Besteigen von Treppen oder Leitern (Bödeker & Barthelmes, 2011). Nach einer Unternehmensbefragung der EU-OSHA in 2015 sind mit knapp 56% anstrengende Arbeitshaltungen, darunter auch langes Sitzen, die am häufigsten auftretenden physischen Risikofaktoren, gefolgt von repetitiven Hand- und Armbewegungen, Unfällen mit Maschinen oder Werkzeugen, Fahrzeugunfällen, chemischen oder biologischen Substanzen, einem erhöhten Sturz-, Rutsch- oder Stolperrisiko, Hitze/Kälte/Zugluft und Lärmbelastung (etwas über 30%).

In der Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Bildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in 2012 wurde nach häufig auftretenden belastenden Arbeitsbedingungen gefragt. An erster Stelle wurde hier Arbeit im Stehen genannt (54,4%), gefolgt von der Arbeit mit den Händen bei besonderen Erfordernissen wie Kraft, Geschicklichkeit, Schnelligkeit (41,8%), das Tragen von Schutzkleidung (25,7%), Lärm (24%) und schweres Heben und Tragen (22,3%). Tatsächlich beansprucht fühlten sich die Befragten jedoch am meisten durch Rauch, Staub, Dämpfe und Gase sowie schlechte Lichtverhältnisse (56% der von Beanspruchungen Betroffenen). Schweres Heben und Tragen, Vibrationen sowie Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft empfanden rund 54% der Betroffenen als beanspruchend, Lärm und Zwangshaltungen rund 50% (Rohrbach-Schmidt & Hall, 2013).

2.3.2.3 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Nach DIN EN ISO 10075 -1 (1a) ist psychische Belastung die „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (Joiko et al., 2010 S. 9). Gemäß dem Belastungs-Beanspruchungskonzept ist psychische Beanspruchung die „unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (Joiko et al., 2010 S. 10). Ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen, die an das Individuum gestellt werden, und dessen Möglichkeiten, diese zu bewältigen, wird gemeinhin als „Stress“ bezeichnet. In diesem Sinn können sowohl eine Überforderung, als auch eine andauernde Unterforderung, zu einer Stressreaktion führen. Auslöser dieser Reaktionen sind sog. Stressoren (Lohmann-Haislah, 2012).

Aus Mitarbeitersicht gehören Beeinträchtigungen im Arbeitsklima, hohe Konzentrationsanforderungen, unsichere Arbeitsverhältnisse, Zeit- und Leistungsdruck, häufige Unterbrechungen, strenge Vorgaben, hohe Verantwortung und mengenmäßig zu hohe Arbeitsbelastung zu den psychischen Hauptstressoren (Kroll et al., 2011; Zok, 2011).

Um die Entstehung und Bewältigung von Stress zu erklären bzw. zu verstehen, gibt es neben dem Belastungs-Beanspruchungskonzept zwei weitere Modelle, die in der Arbeitswelt Berücksichtigung finden: Das Anforderungs-Kontroll-Modell sowie das Modell beruflicher Gratifikationskrisen.

Anforderungs-Kontroll-Modell

Das Anforderungs-Kontroll-Modell erklärt mentalen Stress als Folge einer Interaktion von hohen Arbeitsanforderungen und geringer Entscheidungsfreiheit. Unter Anforderungen fallen hierbei z.B. Arbeitsbelastung, Zeitdruck, Rollenkonflikte oder emotionale und physische Belastungen (Karasek, 1979; 1998). Kontrolle oder Entscheidungsfähigkeit beziehen sich auf das Ausmaß, in dem ein Beschäftigter in der Lage ist, Arbeitsaufgaben und generelle Arbeitsaktivität zu kontrollieren. Dabei zählt einerseits, inwieweit die Gelegenheit besteht, besondere Fähigkeiten in den Arbeitsprozess einzubringen, andererseits, über welche Entscheidungsautorität der Beschäftigte verfügt, d.h. inwieweit er selbst autonom ist in Entscheidungen, beispielsweise bezüglich Methodenkontrolle oder Zeitplanung (Häusser, Mojzisch, Niesel & Schulz-Hardt, 2010). Arbeitstätigkeiten mit hohen Anforderungen aber geringer Kontrolle („high-strain jobs“) führen zu Stressreaktionen und geringer Arbeitszufriedenheit, während der umgekehrte Effekt bei „low-strain jobs“ (geringe Anforderung und hohe Kontrolle) allerdings als unwahrscheinlich gilt (Karasek, 1979).

Im Zusammenhang mit dem Modell werden zwei unterschiedliche Annahmen formuliert: Die sog. „strain-hypothesis“ geht von additiven und interaktiven Effekten hoher Anforderung und geringer Kontrolle aus. Hingegen wird mit der „buffer-hypothesis“ angenommen, dass Kontrolle negative Effekte hoher Anforderungen abschwächt (Van der Doef & Maes, 1999). Johnson & Hall (1988) fanden Hinweise darauf, dass die Dimension des sozialen Supports mit Anforderungen und Kon-

trolle interagiert und mit Gesundheitsbeeinträchtigungen korreliert. Demnach gilt die Kombination aus hohen Anforderungen, geringer Kontrolle und geringem sozialen Support für Beschäftigte als am risikoreichsten.

Van der Doef & Maes (1999) identifizierten für den Zeitraum von 1979 bis 1997 insgesamt 63 Untersuchungen zum Anforderungs-Kontroll-Modell. Deren Ergebnisse zeigten sich konsistent bezogen darauf, dass hohe Arbeitsanforderungen mit einem geringeren arbeitsbezogenen Wohlbefinden einhergehen. Moderierende Effekte von Kontrolle und sozialem Support konnten nicht durchgängig gefunden werden. Anhand einer Analyse von 45 Langzeitstudien fanden De Lange, Taris, Kompier, Houtman & Bongers (2003) 19 Studien angemessener Qualität, die insgesamt allerdings nur moderaten Support für die Strain-Hypothese liefern. Acht der Studien zeigten die Kombination additiver und interaktiver Effekte der Dimensionen Anforderung, Kontrolle und sozialem Support. Häusser et al. (2010) analysierten insgesamt 83 Studien (von 1998 bis 2007) und fanden bei ausreichender Samplegröße durchgängig additive Effekte von Anforderung und Kontrolle sowie sozialem Support, für interaktive Effekte konnten allerdings nur schwache Hinweise gefunden werden. Zusammenfassend gibt es deutliche Hinweise darauf, dass eine hohe Arbeitsanforderungen zu einem reduzierten psychischen Wohlbefinden führt und dass geringe Kontrolle sowie geringer sozialer Support in additivem Sinn verstärkend wirken.

Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Während beim Anforderungs-Kontroll-Modell ausschließlich arbeitsplatzbezogene Merkmale betrachtet werden, befasst sich das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Effort-Reward Imbalance, ERI) mit dem Verhältnis zwischen Verausgabung bei der Arbeit und Entlohnung. Siegrist (1996) beschreibt das Arbeitsleben als eine entscheidende Verknüpfung zwischen Funktionen der Selbstregulation (wie Selbstwert oder Selbstwirksamkeit) und der sozialen Möglichkeiten, und dass ein Arbeitsvertrag per se die Wechselseitigkeit oder Reziprozität einer „Tauschbeziehung“ zwischen Leistung und Entlohnung beinhaltet. Angenommen wird hierbei, dass der geleistete Einsatz nicht nur von äußeren Arbeitsanforderungen abhängt, sondern ebenfalls von der individuellen Disposition, insbesondere bei einer übersteigerten Neigung zur Verausgabung (Siegrist, 2012).

Die Dimension der Entlohnung beinhaltet nicht nur das Gehalt, sondern z.B. auch Chancen beruflichen Aufstiegs, Arbeitsplatzsicherheit und die immaterielle Wertschätzung oder Anerkennung der Leistung (Siegrist & Dragano, 2008). Belohnung lässt sich in drei Transmitter-Systeme gliedern: Geld, Wertschätzung und Karriereoptionen (inklusive Arbeitsplatzsicherheit). Das Modell geht davon aus, dass ein Missverhältnis von hoher Verausgabung und geringer Belohnung emotionalen Distress auslöst. Ein dauerhaftes Empfinden, dass die erbrachten Kosten den erwarteten Nutzen überwiegen, resultiert in der sog. Gratifikationskrise und führt zu anhaltenden Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens (Siegrist 1996; 2012).

Das ERI-Modell beinhaltet drei zentrale Annahmen: Die extrinsische Hypothese geht davon aus, dass hoher Einsatz bei geringer Belohnung das Risiko einer Verschlechterung des Gesundheits-

zustandes erhöht. Die intrinsische Overcommitment- (OC-) Hypothese besagt, dass eine übersteigerte Verausgabung dieses Risiko ebenfalls erhöht. Die Interaktions-Hypothese nimmt an, dass eine Kombination aus extrinsischer Imbalance und OC dieses Risiko nochmals erhöht (Siegrist, 2012). Für die extrinsische Hypothese fanden Van Vegchel, De Jonge, Bosma & Schaufeli (2005) in einer Literauranalyse von 45 Studien aus dem Zeitraum von 1986 bis 2003 deutliche empirische Belege, jedoch nur inkonsistente Hinweise auf Bestätigung der OC-Hypothese. Untersuchungen zur Interaktionshypothese wurden bis dato kaum gefunden.

Die meisten Untersuchungen über Zusammenhänge zwischen ERI und Gesundheitsrisiken wurden zu koronaren Herzerkrankungen durchgeführt (Siegrist, 2012). In 2014 identifizierten Gilbert-Ouimet, Trudel, Brisson, Milot & Vézina zwölf Studien, die negative Effekte von psychosozialen Stress am Arbeitsplatz auf den Blutdruck untersuchten. Vier von sieben Studien fanden einen signifikanten negativen Einfluss einer ERI auf Blutdruck. Sechs Studien untersuchten den Einfluss einer ERI auf Bluthochdruck, fünf Studien fanden signifikante Effekte für eine weitere Erhöhung des Blutdrucks. Zwei von vier Studien fanden signifikante Effekte von OC auf den Blutdruck.

Chandola, Heraclides & Kumari (2010) untersuchten Literatur zu unterschiedlichen stressassoziierten Biomarkern und fanden acht Studien, wobei nur in einer Studie ERI und Stressmarker korrelierten. In vier Untersuchungen zu ERI und ischämische Herzerkrankungen zeigten zwei Studien signifikante Korrelationen, eine weitere einen positiven Trend, die vierte keine Assoziation (Eller et al., 2009). Drei Untersuchungen zu ERI und dem Risiko koronarer Herzerkrankungen zeigten statistisch signifikante Korrelationen (Backé, Seidler, Latza, Rossnagel & Schumann, 2012).

Koch, Schablon, Latza & Nienhaus (2014) fanden in 13 von 19 Studien, die einen Zusammenhang zwischen ERI und muskuloskeletalen Schmerzen untersuchten, statistisch signifikante Zusammenhänge mit insgesamt jedoch nur moderater Evidenz. Die Rolle von OC und der Interaktion mit ERI zeigte sich uneindeutig.

Nieuwenhuijsen, Bruinvels & Frings-Dresen (2010) fanden in einer Übersichtsarbeit von Risiken zur Entwicklung stressassoziiertes Erkrankungen hohe Evidenz für einen Zusammenhang zwischen ERI und Erkrankungsrisiko in vier Studien.

Auch, wenn die Studienlage insgesamt nicht eindeutig ist, überwiegen die Hinweise, dass ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Entlohnung das Erkrankungsrisiko eines Berufstätigen erhöht. Die Effort-Reward Imbalance Scale (Siegrist, Li & Montano, 2014) gilt hierbei als zuverlässiges und gültiges Messinstrument für eine wahrgenommene berufliche Gratifikationskrise (s. auch Kap. 4.5.1.2 „Effort-Reward Imbalance Scale“).

2.3.3 Zusammenfassung Kapitel 2.3

Belastungen am Arbeitsplatz sind dann gesundheitsrelevant, wenn sie zu Beanspruchungen werden, d.h. die individuelle Leistungsfähigkeit besonders stark oder dauerhaft überschreiten. Dies gilt sowohl für physische als auch für psychische Belastungen. Schätzungsweise 20-30%

der Berufstätigen in Deutschland sehen in Belastungen am Arbeitsplatz eine Gefährdung für ihre Gesundheit.

Stress gilt als Beanspruchungsfolge durch psychische Belastungen. Das Anforderungs-Kontroll-Modell nimmt als Ursache für arbeitsbezogenen Stress ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitsanforderungen (physisch, emotional und psychisch) und Arbeitskontrolle (Einbringen von besonderen Fähigkeiten und Entscheidungsfreiheit) an. Als Stress auslösend gilt die Kombination von hohen Anforderungen und geringer Kontrolle. Das Modell beruflicher Gratifikationsrisiken hingegen erklärt Stress als ein Ungleichgewicht in der Wahrnehmung des persönlichen Arbeitseinsatzes im Verhältnis zur wahrgenommenen Entlohnung. Wird die Entlohnung (Wertschätzung, Gehalt, Karrieremöglichkeiten) dauerhaft als zu gering für die erbrachte Verausgabung bewertet, sinkt das Wohlbefinden und das Erkrankungsrisiko steigt.

2.4 Führung und Mitarbeitergesundheit

Mitarbeiterführung wird häufig im Zusammenhang mit Mitarbeitergesundheit beschrieben, und dies in mehrfacher Hinsicht: Sowohl das Gesundheitsverhalten als auch die Gesundheit der Führungskraft selbst scheinen mit der Gesundheit der Mitarbeiter assoziiert. Weiterhin wird angenommen, dass bestimmte Merkmale des Führungsverhaltens und unterschiedliche Führungsstile Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter zeigen.

2.4.1 Gesundheitsverhalten der Führungskraft

Inwieweit die Priorität, die eine Führungskraft ihrer eigenen Gesundheit einräumt, mit der Mitarbeitergesundheit korreliert, ist bislang wenig untersucht. Es gibt jedoch Hinweise, dass Führungskräfte in Bezug auf Gesundheitshandeln für ihre Mitarbeiter eine Vorbildfunktion besitzen. Franke & Felfe (2012) gehen anhand einer Längsschnittuntersuchung von 230 Mitarbeitern und Führungskräften davon aus, dass Führungskräfte, die bei der Arbeit auf ihre eigene Gesundheit achten, ein stärkeres Bewusstsein für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zeigen und häufiger möglichen Gesundheitsrisiken für die Mitarbeiter entgegenwirken. Gleichzeitig zeigten sich deutliche Korrelationen zwischen dem Gesundheitszustand der Mitarbeiter und deren Wahrnehmung bezüglich des Gesundheitsverhaltens ihrer Vorgesetzten. Mitarbeiter, die ihre Vorgesetzten nicht als Vorbild in Sachen Gesundheitsverhalten erleben, entwickelten demnach doppelt so häufig psychosomatische Beschwerden wie Mitarbeiter, die ihre Vorgesetzten dahingehend als Vorbilder sehen.

Personen in Führungspositionen sind üblicherweise aktiv in Veränderungsprozesse eines Unternehmens eingebunden, an Entscheidungen beteiligt und müssen für die Konsequenzen dieser Veränderungen Verantwortung übernehmen. In Verbindung mit grundsätzlicher Unternehmenskonkurrenz und ständig erforderlichen Anpassungsanforderungen an Unternehmen sind Manager dadurch prädestiniert für Stress (Sparks, Faragher & Cooper, 2001). Ein Review zwischen 1980

und 2009 veröffentlichter Literatur (Skakon, Nielsen, Borg & Guzman, 2010) identifizierte vier Studien, die den Zusammenhang zwischen Stress von Führungskräften und Untergebenen untersuchten. Hierbei zeigte sich Stress als Ursache für Verhaltensänderungen seitens der Führung, die wiederum als stresserzeugend aufseiten der Untergebenen erlebt wurden.

2.4.2 Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit

Unabhängig von einem definierten Führungsstil wurden Hinweise gefunden, dass bestimmte Eigenschaften von Führungsverhalten in einem positiven Zusammenhang mit dem Wohlbefinden bzw. der Gesundheit der Mitarbeiter stehen: Unterschiedliche Untersuchungen zeigen positive Korrelationen zwischen sozialer Unterstützung durch die Führung und Wohlbefinden, Fehlzeiten, Stress- sowie Erschöpfungszuständen auf Mitarbeiterseite (Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008; Gregersen, Kuhnert & Nienhaus, 2011). Weitere Faktoren des Führungsverhaltens, denen ein positiver Einfluss auf Mitarbeitergesundheit zugeschrieben wird, sind Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung, Anerkennung/Wertschätzung, Kommunikation, Mitbestimmung und wahrgenommene Gerechtigkeit (Gregersen et al., 2011). Ein als rücksichtsvoll und aufrichtig wahrgenommener Führungsstil zeigt Assoziationen mit dem Wohlbefinden der Mitarbeiter (Kuoppala et al., 2008). Weiterhin wird angenommen, dass Feedback, Vertrauen, Integrität und Rücksichtnahme seitens der Führung mit geringem Stress und affektivem Wohlbefinden der Mitarbeiter korrelieren. Seltener untersucht ist negatives Führungsverhalten, hier gibt es Hinweise, dass Kontrolle, geringe Unterstützung und Missbrauch durch Vorgesetzte zu Stress und Unwohlsein der Mitarbeiter führen (Skakon et al., 2010).

2.4.3 Führungsstile und Mitarbeitergesundheit

Neben allgemeinen Zusammenhängen zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit hat sich die Forschung in den letzten Jahren überwiegend mit den Einflüssen transaktionaler (TAF) und transformationaler Führung (TFF) auf die Gesundheit von Untergebenen beschäftigt (Felfe, 2006; Gregersen et al., 2011; Nyberg, Westerlund, Magnusson Hanson & Theorell, 2008; Sturm, Reiher, Heinitz & Soellner, 2011). Transformationale Führung gilt dabei als das bislang am besten untersuchte Führungskonzept (Kelloway & Barling, 2010).

2.4.3.1 Transaktionale Führung (TAF)

Zentrales Merkmal transaktionaler Führung ist ein Austauschprozess zwischen Führendem und Geführten, im Sinne einer Belohnung guter Arbeit und „Bestrafung“ desjenigen, der nicht gut arbeitet. In der Regel erfolgt dies anhand finanzieller Mittel. Die Führungskraft initialisiert und organisiert die Arbeit mit Konzentration auf das Erfüllen vorliegender Anforderungen. Aufmerksamkeit für bzw. Rücksichtnahme auf Angestellte erfolgt dahingehend, die Interessen derer zu bedienen, die gute Arbeit leisten (Bass, 1990).

2.4.3.2 Transformationale Führung (TFF)

Ein transformationaler Führungsstil ist gekennzeichnet durch Selbstbewusstsein, Entschlossenheit, das Vorleben von Werten, Verständnis für die Bedürfnisse der Mitarbeiter und das Freisein von inneren Konflikten (Bass, 1990). Transaktionale Führer unterstützen durch Inspiration und Stimulation die Arbeitsleistung der Mitarbeiter und begegnen den individuellen Mitarbeiterbedürfnissen, indem sie Befugnisse erteilen und Führungsqualitäten der Mitarbeiter fördern. Sie vereinbaren die Ziele des Mitarbeiters mit den Zielen der Führung, der Gruppe und der Organisation. Damit soll erreicht werden, dass die Mitarbeiter die erwartete Arbeitsleistung erfüllen, sich mit den Zielen des Unternehmens identifizieren, eine hohe Arbeitszufriedenheit entwickeln und „über sich hinauswachsen“ (Burns 1978 in Bass & Riggio, 2005). Angenommen wird, dass die Dynamik transformationaler Führung darin besteht, dass sich Mitarbeiter mit ihrer Führung identifizieren, deren Zukunftsvisionen teilen, sich anstrengen und über ihre eigenen Interessen hinaus engagieren (Nyberg et al., 2008).

Bass (1999) fasst das Konzept der transformationalen Führung in vier Dimensionen zusammen: Idealisierter Einfluss, inspirierende Motivation, intellektuelle Stimulation und individuelle Berücksichtigung. Idealisierter Einfluss entsteht dann, wenn die Führungskraft das „Richtige“ tut und sich damit Respekt und Vertrauen der Mitarbeiter erwirbt. Inspirierende Motivation stellt hohe Ansprüche und motiviert Mitarbeiter, über sich hinaus zu wachsen. Intellektuelle Stimulation bedeutet, die Mitarbeiter zu ermutigen, Dinge in Frage zu stellen und eigene Fragen zu beantworten. Individuelle Berücksichtigung beinhaltet das Pflegen eines persönlichen Umgangs mit jedem Mitarbeiter, unterstützende Beratung und die Wertschätzung individueller Leistungen.

Einer transformationalen Führung wird ein direkter sowie indirekter positiver Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter zugeschrieben (Gregersen et al., 2011). Als moderierende Variablen konnten Vertrauen in die Führung, Selbstwirksamkeit, Teamwirksamkeit, eine eindeutige Rollendefinition, die Bedeutsamkeit der Arbeit, positives Innovationsklima und Entwicklungsmöglichkeiten identifiziert werden (Liu, Siu, & Shi 2010; Nielsen & Randall, 2009; Nielsen, Yarker, Randall & Munir, 2009; Tafvelin, Armelius & Westerberg, 2011).

2.4.3.3 TAF, TFF und Arbeitseffektivität

Eine Metaanalyse von 56 Primärstudien aus dem Zeitraum zwischen 2001 und 2006 kam zu dem Ergebnis, dass sowohl transaktionale als auch transformationale Führungsstile zu außerordentlichen Leistungen der Mitarbeiter führen und demnach als erfolgreiche Führungsstile bewertet werden können (Sturm et al., 2011). Auch Judge & Piccolo (2004) fanden in einer Metaanalyse von insgesamt 87 Untersuchungen deutliche Zusammenhänge von transformationaler sowie transaktionaler Führung und Führungseffektivität. Lowe, Kroeck, & Sivasubramaniam (1996) identifizierten anhand einer Metaanalyse von 76 Studien stärkere Assoziationen transformationaler Führung mit der Effektivität von Arbeitseinheiten.

2.4.3.4 TAF, TFF und Gesundheit

Eine Untersuchung unter 93.576 Mitarbeitern von 11.177 Teams in 16 Ländern fand einen eindeutigen Zusammenhang zwischen transaktionaler sowie transformationaler Führung und Gesundheit. Über alle Kulturen hinweg waren Mitarbeiter entsprechend geführter Teams gesünder als Mitarbeiter unter einer Laissez-faire-Führung. Als Mediatoren zwischen Führungsstil und Gesundheit werden dabei Identifikation, Selbstwirksamkeit, Bedeutsamkeit der Arbeit, sozialer Support und klare Rollendefinitionen angenommen (Zwingmann, 2014). Arnold, Turner, Barling, Kelloway & McKee (2007) fanden einen positiven Einfluss transformationaler Führung auf das psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter, Munir, Nielsen & Gomes Carneiro (2010) eine negative Assoziation mit depressiven Symptomen der Mitarbeiter.

Untersuchungen zum Stresserleben von Mitarbeitern geben aber auch Hinweise darauf, dass ein transformationaler Führungsstil kurzfristig stressreduzierend wirkt, langfristig jedoch zu höherem Stresserleben der Mitarbeiter führen kann. Zu transaktionalem Führungsstil zeigen sich Tendenzen dahingehend, dass er grundsätzlich eher mit einer erhöhten Stresswahrnehmung der Mitarbeiter assoziiert ist (Gregersen et al., 2011; Rowold & Heinitz, 2008).

2.4.4 Zusammenfassung Kapitel 2.4

Kelloway & Barling (2010) gehen davon aus, dass die Studienlage mittlerweile ausreicht, um die eindeutige Schlussfolgerung zu ziehen, dass Führungsstile und -verhalten bezogen auf Mitarbeitergesundheit nicht nur korrelierende, sondern kausale Faktoren sind. Eine Führungskraft besitzt Vorbildfunktion für die Mitarbeiter und nimmt daher mit ihrem eigenen Gesundheitsverhalten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter. „Gesundheitsbewusste“ Vorgesetzte zeigen zudem mehr Aufmerksamkeit für die Gesundheit der Mitarbeiter. Als Kennzeichen eines gesundheitsfördernden Verhaltens gelten, neben allgemeiner Mitarbeiterorientierung, soziale Unterstützung, Anerkennung, Gerechtigkeit, Aufrichtigkeit und Rücksichtnahme. Transaktionale und transformationale Führungsstile zeigen im Vergleich zu Laissez-faire-Führung positive Auswirkungen auf die Mitarbeitergesundheit, hierbei es gibt Hinweise auf eine mögliche Überlegenheit der transformationalen Führung.

2.5 Schwere körperliche Arbeit und Gesundheit

Im Folgenden werden die Besonderheiten der Mitarbeitergesundheit bei schwerer körperlicher Arbeit beschrieben. Zunächst wird auf Klassifizierungen von Arbeitsschwere eingegangen und skizziert, welche Berufsgruppen beispielhaft betroffen sind. Anschließend geht es um besondere Arbeitsbedingungen für sog. „Blue Collar Workers“ (BCWs) und darum, welche Beschwerden oder Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit schwerer körperlicher Arbeit auftreten.

2.5.1 Körperliche Arbeitsschwere

In der Sozialmedizin bezeichnet der Begriff der Arbeitsschwere ausschließlich die körperliche Belastung, die bei der Ausübung einer Tätigkeit entsteht. Die sog. REFA (Reichsausschuss für Arbeitsstudien)-Klassifizierung unterteilt Arbeitsschwere in leichte, leichte bis mittelschwere, mittelschwere und schwere Arbeit. Unter „schwere Arbeit“ fallen Tätigkeiten wie das Tragen von Lasten bis zu 40 kg, das Steigen mit mittelschweren Lasten und das Arbeiten mit Werkzeugen über 3 kg Gewicht. Schaufeln, Graben oder Hacken gehören zu schweren Arbeiten, ebenso wie die Handhabung von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung. Mittelschwere Arbeiten, die in angespannter Körperhaltung durchgeführt werden (z.B. gebückt, kniend), können als schwer eingestuft werden. Das Arbeiten in Zwangshaltung erhöht die Arbeitsschwere um eine Stufe (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009).

Genauer definiert werden kann die Arbeitsschwere über den PAL (Physical Activity Level), ein Maß für den durchschnittlichen täglichen Energiebedarf für körperliche Aktivität. Der PAL-Faktor gibt dabei an, inwieweit der Gesamtenergieverbrauch den Ruheenergieverbrauch übersteigt (Westerterp, 2001). Ein PAL von 1,2 liegt vor bei alten oder gebrechlichen Menschen. Für ausschließlich sitzende Tätigkeiten mit wenig Bewegung in der Freizeit wird ein PAL von 1,4-1,5 angenommen. Körperliche anstrengende berufliche Tätigkeiten liegen bei einem PAL von 2,0-2,4, Tätigkeiten im Bergbau sowie beim Leistungssport noch darüber. Das Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich gibt in der Schwerarbeitsverordnung (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2006) als schwere körperliche Arbeit einen Verbrauch von mindestens 2.000 Arbeitskalorien bei Männern und mindestens 1.400 bei Frauen innerhalb eines achtstündigen Arbeitstages an.

Beispiele für Berufsgruppen, denen ein Arbeitskalorienverbrauch über 2.000 zugeschrieben werden, sind Ackerbauer, Bäcker, Bergarbeiter, Dachdecker, Fleischverarbeiter, Gleisarbeiter, Lagerarbeiter, Maurer, Mechaniker von Schwermaschinen und LKWs, Paketzusteller und Tapezierer (Österreichische Sozialversicherung, 2015).

2.5.2 Blue Collar Worker (BCW): Definitionen und Arbeitsbedingungen

Das Bureau of Labour Statistics des United States Department of Labour definiert „blue collar and service occupations“ wie folgt: „Includes precision production, craft, and repair occupations; machine operators and inspectors; transportation and moving occupations; handlers, equipment cleaners, helpers, and laborers; and service occupations.“ (Bureau of Labor Statistics, 2016). Nach dem Standard Occupational Classification Manual des US Department of Commerce gehören zu den Blue Collar-Berufen Waldarbeiter, Mechaniker, Bauarbeiter, Bauern, Handwerker, Arbeiter im produzierenden Gewerbe, in Transportgewerbe, Haushalt und Dienstleistung. Unter White Collar-Berufe fallen administrativer Support, Professionen, Verkauf und Management. (Office of Federal Statistical Policy and Standards, 2005).

Die Arbeitsbedingungen von BCWs sind im Vergleich zu White Collar Workers (WCWs) grundsätzlich eher geprägt durch ungünstige und prekäre Arbeitsbedingungen. BCWs erhalten weniger Support, sind weniger flexibel in ihrer Arbeit, besitzen weniger Autonomie und Zeitkontrolle. Intellektuelle Anforderungen sind geringer, die Arbeitsaufgaben insgesamt weniger variabel. Die zu erledigenden Arbeiten sind eher körperlich beanspruchend, z.B. durch das Tragen/Heben schwerer Lasten, repetitive Hand- oder Armbewegungen, monotone Tätigkeiten und ungünstige Arbeitshaltungen. BCWs sind häufiger gesundheitsschädlichen Umgebungsbedingungen ausgesetzt wie Vibration, Lärm, hohen oder geringen Temperaturen, Dämpfen, Gasen oder Staub. Häufig wird in unterschiedlichen Schichten gearbeitet (Herr et al., 2015; Toppinen-Tanner, Kalimo & Mutanen, 2002).

2.5.3 Belastungen und Beschwerden bei schwerer körperlicher Arbeit

Grundsätzlich gibt es viele Hinweise, dass in den Branchen mit einem hohen Anteil an schwerer Arbeit die subjektive Beschwerdewahrnehmung höher ist als in anderen Branchen. So fühlten sich 2010 in Deutschland besonders Arbeitnehmer in den Branchen Industrie, Handwerk und Baugewerbe stark bis sehr stark gesundheitlich belastet (Kroll et al., 2011). Die Wahrnehmung von körperlicher Belastung am Arbeitsplatz lag in 2013 unter der gesamten arbeitenden Bevölkerung bei 24%, während 40% der Beschäftigten in Landwirtschaft und Bau sowie 39% der Beschäftigten im Handwerk angaben, körperlich belastet zu sein. Demgegenüber nahmen 17% der Personen mit Bürotätigkeit eine physische Belastung wahr. Als physische Belastung gelten hierbei Chemikalien, Staub, Dämpfe, Rauch oder Gase, Lärm und Vibrationen, schwierige Körperhaltungen, Hantieren mit schweren Lasten, Unfallgefahren und belastende Tätigkeiten für Augen und Sehvermögen (Günther, Körner & Marder-Puch 2015).

Bei der Erfassung arbeitsbedingter gesundheitlicher Beschwerden infolge von körperlich schwerer Arbeit im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) in 147 Betrieben traten bei ausgewählten Belastungsmerkmalen Rücken- und Gelenkschmerzen, Verspannungen, allgemeine Müdigkeit und Erschöpfung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Hautprobleme am häufigsten auf (Zok, 2010).

In einer Untersuchung von Schreuder, Roelen, Koopmans & Groothoff (2008) wurden in den Niederlanden Daten von 280 WCWs und 251 BCWs zu Gesundheit, Arbeit und Arbeitsbedingungen mittels des Basic Occupational Health Questionnaires erhoben. Auf einer sechsstufigen Likert-Skala gaben die WCWs eine physische Belastung durch die Arbeit von 0,4 (+/- 0,9) an, BCWs von 1,6 (+/- 1,9). Die psychische Belastung wurde von WCWs mit 2,1 (+/- 1,4) angegeben, von BCWs mit 1,4 (+/- 1,2). Die Gesundheitsbeschwerden lagen bei WCWs um 2,5 (+/- 2,6), bei BCWs 3,5 (+/- 3,8). In beiden Gruppen war Rückenschmerz am häufigsten vertreten, mit 25% bei WCWs und 37% bei BCWs. BCWs gaben als weitere häufigste Beschwerden Schmerzen in den Extremitäten, Nackenschmerz und Müdigkeit/Schläfrigkeit an. Bei WCWs wurden Nackenschmerzen, Schmerzen in den oberen Extremitäten und Irritationen der Augen am häufigsten berichtet. Sämtliche erfragte Beschwerden wurden von BCWs mit höherer Prävalenz angegeben,

besonders deutlich zeigten sich die Unterschiede bei Schmerzen in den Beinen, Hörproblemen, Schläfrigkeit, Nervosität, Kopfschmerzen, Schmerzen in der Herzregion und unterem Rückenschmerz. Bis auf Schläfrigkeit und unterem Rückenschmerz verringerten sich diese Beschwerden allerdings mit Anstieg des Bildungsgrades der BCWs.

2.5.4 Krankenstände bei schwerer körperlicher Arbeit

Auch die Daten der Krankenkassen geben Hinweise darauf, dass körperliche Belastungen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellen. Unter den Versicherten der AOK lagen in 2013 die Krankenstände in den Branchen, denen viele Berufe mit hoher Arbeitsschwere angehören, vergleichsweise hoch, insbesondere in den Branchen Verkehr und Transport (5,7%) sowie Baugewerbe (6,2%). Der niedrigste Krankenstand wurde in der Branche Banken und Versicherungen mit 3,2% verzeichnet. Besonders deutlich werden Branchenunterschiede anhand des Anteils der Langzeiterkrankungen an allen Arbeitsunfähigkeits- (AU-)Tagen: Hier liegen Land- und Forstwirtschaft, Baugewerbe, Transport und Verkehr sowie verarbeitendes Gewerbe sämtlich über den Branchen öffentliche Verwaltung, Handel, Dienstleistungen, Erziehung und Unterricht sowie Banken und Versicherungen. Dem entspricht die Verteilung von AU-Tagen nach einzelnen Krankheitsarten: Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Verletzungen treten in den Branchen mit erhöhter Arbeitsschwere prozentual am häufigsten auf, dies betrifft allerdings ebenso Herz-Kreislaufkrankungen. Vergleichsweise seltener krankgemeldet sind Arbeitnehmer dieser Branchen laut AOK aufgrund psychischer Beschwerden und Erkrankungen der Atemwege. Bezüglich einzelner Berufsgruppen zeigt sich ebenfalls, dass die Krankenstände mit dem Anteil physischer Belastungen zunehmen: Berufsgruppen aus dem gewerblichen Bereich, an der Spitze Arbeitnehmer im Bereich der Ver- und Entsorgung sowie der industriellen Gießerei, waren 2013 durchschnittlich rund 30 Tage krankgeschrieben, während Ärzte, Softwareentwickler oder Hochschullehrer durchschnittlich rund 4-5 Tage krankheitsbedingt fehlten (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2015).

Unter den Versicherten der Techniker Krankenkasse (TK) meldeten sich Männer im Berufsfeld Verwaltung, Wirtschaft und sozialwissenschaftliche Berufe durchschnittlich an 9,1 Arbeitstagen krank, Erwerbstätige in Metallberufen (Metallerzeugung und -bearbeitung) im Mittel 21,8 Tage. Als weitere Berufsgruppen mit hohen Fehlzeiten werden Chemiarbeiter und Kunststoffverarbeiter, Bauberufe sowie Verkehrs- und Lagerberufe genannt. Vergleichsweise selten fehlten männliche Mitarbeiter in technisch-naturwissenschaftlichen, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen sowie aus der Medienbranche (Grobe, 2014).

In Queensland (Australien) erfassten Hilton, Scuffham, Sheridan, Cleary & Whiteford (2008) die Bedeutung von psychischem Distress unter 60.556 Angestellten (davon 1.411 BCWs) unterschiedlicher Berufsgruppen anhand des Health and Performance at Work Questionnaire. Den niedrigsten Wert bezüglich psychischer Belastung gaben Angestellte in Präzisionsproduktion und Handwerker an, die höchste Rate zeigte sich bei Verkaufspersonal. Hoher psychologischer Distress erzeugte bei WCWs keinen erhöhten Absentismus, unter BCWs erhöhen sich jedoch die

Fehlzeiten um 18%. Präsentismus war infolge Distress in beiden Gruppen um 6% erhöht. Insgesamt ergab sich durch Distress am Arbeitsplatz bei WCWs eine Einschränkung der Arbeitsproduktivität um insgesamt 6%, bei Servicemitarbeitern um 4%, bei Blue Collar Workers jedoch um 25%.

Anhand der Daten des Mikrozensus von 2001 bis 2007 zeigt sich, dass in einfachen sowie qualifizierten manuellen Berufen (z.B. Industriemechaniker oder Bauarbeiter) überdurchschnittlich häufig bereits um das 60. Lebensjahr ein Renteneintritt erfolgt, während beispielsweise leitende Berufsgruppen (Geschäftsführer, Bereichsleiter), aber auch Mitarbeiter in einfachen Dienstleistungsbranchen (z.B. Reinigungskräfte) deutlich länger arbeiten (Brussig, 2010).

2.5.5 Zusammenfassung Kapitel 2.5

BCWs nehmen im Vergleich zu WCWs deutlich häufiger gesundheitliche Beschwerden wahr. In Deutschland beträgt der Krankenstand beispielsweise im Baugewerbe rund das Doppelte des Krankenstandes in der Banken- und Versicherungsbranche. In einzelnen Berufsgruppen zeigen sich bis zu sechsfach erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten von BCWs im Vergleich zu WCWs. Als Ursachen werden nicht nur die hohen körperlichen Beanspruchungen angenommen, sondern auch insgesamt ungünstigere Arbeitsbedingungen wie Schichtarbeit, geringerer Support sowie geringere Autonomie, Kontrolle, Flexibilität und Variabilität der Arbeitsaufgaben. Es gibt Hinweise darauf, dass sich bei BCWs psychischer Distress weit deutlicher auf die Arbeitsproduktivität auswirkt als bei WCWs.

2.6 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Aus Unternehmenssicht ist die Gesundheit von Mitarbeitern eine entscheidende Voraussetzung für Produktivität und das Erreichen von Unternehmenszielen. In Interesse des künftigen ökonomischen Erfolgs der Europäischen Union wurde mit ihrer Unterstützung im Jahr 1997 ein Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (EU) gegründet. In der Luxemburger Deklaration (2007) definiert dieses Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung als „Teil einer Unternehmensstrategie, die darauf abzielt, physischen und psychischen Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.“ Zentral sind dabei Maßnahmen, die organisationale Faktoren der Arbeit sowie allgemeine Arbeitsbedingungen verändern, eine aktive Einbindung der Mitarbeiter ermöglichen und die individuellen gesundheitsbezogenen Kompetenzen der Mitarbeiter stärken.

Die Begriffe „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) werden in der Literatur häufig synonym verwendet. Zur Trennung beider Begriffe definiert die Expertenkommission (2004) BGF als einen zentralen Teil des BGM, zu welchem daneben der Arbeitsschutz sowie die Wiedereingliederung zählen.

2.6.1 Gesetzliche Regelungen zu Gesundheit am Arbeitsplatz

Das deutsche Arbeitsschutzgesetz (zuletzt geändert 2015) setzt die Richtlinie des Europäischen Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit um. Der Arbeitgeber ist dazu verpflichtet, dafür zu sorgen, dass „eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird“ (§4). Individuelle Schutzmaßnahmen haben Vorrang vor anderen Maßnahmen. Dem zugrunde liegt das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1996a).

Als gesetzliche Unfallversicherungsträger haben die Berufsgenossenschaften nach § 14 SGB VII die Aufgabe, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Gesundheitsgefahren für Arbeitnehmer zu verhindern (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1996b). Sie erlassen Vorschriften über Präventionsmaßnahmen, Sicherheitsverhalten, arbeitsmedizinische Maßnahmen, die Sicherstellung von Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie die Anzahl und Ausbildung von Sicherheits- und Gesundheitspersonal in Unternehmen. Bei berufsbedingten Unfällen oder Erkrankungen sind die Berufsgenossenschaften verpflichtet, die Kosten für medizinische Behandlungen und Rehabilitationsleistungen sowie Entschädigungen zu übernehmen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2011).

Paragraph 20b des fünften Sozialgesetzbuches (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988, aktualisiert am 18.7.2016) regelt die Unterstützung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen. Die Krankenkassen fördern laut §20b „den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung“ (Absatz 1). Ab 2016 besteht die finanzielle Kassenleistung pro Versichertem 2 Euro für BGF und Leistungen für „Prävention und gesunde Lebenswelten“ (§ 20a). Die Pflicht zum Anbieten von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung entsteht einem Arbeitgeber hierdurch nicht.

2.6.2 Inhalte und Ziele von BGF

In Orientierung an dem Verständnis von „Gesundheitsförderung“ nach der Ottawa Charta der WHO (1986) berücksichtigt BGF somatische und psychische Belastungen und Ressourcen der Arbeit. Sie ist als ein langfristig angelegtes Konzept zu verstehen, in dessen Gestaltung die Beschäftigten mit einbezogen werden und das darauf zielt, die gesundheitsbezogenen Kompetenzen aller Mitarbeiter zu fördern und umfasst sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen (Gutzwiler & Paccaud, 2011; Steffgen, 2004). Mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung versuchen Unternehmen, das Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter zu unterstützen,

Kosten der Gesundheitsversorgung zu reduzieren, die Produktivität der Belegschaft zu erhöhen und Abwesenheit und Krankheitslast im Unternehmen zu minimieren (DeGroot & Scott Kiker, 2003).

2.6.2.1 BGF auf Verhaltensebene

Im Rahmen einer sogenannten Verhaltensprävention stehen jene Maßnahmen im Vordergrund, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten zielen. Sie beziehen sich überwiegend auf Verhaltensänderungen bezüglich Tabak- oder Alkoholkonsum, körperlicher Aktivität, Ernährungsumstellung und Rückenschule. Grundsätzlich lassen sich hier Einzel- und Mehrkomponentenprogramme unterscheiden. Mehrkomponentenprogramme kommen meist zum Einsatz, um komplexeren Erkrankungen z.B. des kardiovaskulären Systems oder des Bewegungsapparates vorzubeugen, indem sie an unterschiedlichen möglichen Ursachen ansetzen. Mehrkomponentenprogramme können sich aber auch aus Maßnahmen zusammensetzen, die unterschiedliche Angebote zu Wohlbefinden im Allgemeinen umfassen (Seiler, 2009).

2.6.2.2 BGF auf Verhältnissebene

Unter Maßnahmen zur Änderung von Verhältnissen werden primär solche der Arbeitsplatzgestaltung verstanden, wie veränderte ergonomische Bedingungen, Licht- oder Lärmverhältnisse usw. Letztlich fallen jedoch auch alle Veränderungen auf Organisationsebene oder auch im Führungs- oder Managementverhalten, die einen Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit haben können, unter verhältnisbezogene Maßnahmen, (s. auch Kap. 2.4 „Führung und Mitarbeitergesundheit“). Daher sind verhältnisbezogene Maßnahmen meist nicht eindeutig definier- oder eingrenzbar (Kreis & Bödeker, 2003). Sie stützen sich häufig auf salutogenetische, stress- oder handlungstheoretische Konzepte (Steffgen, 2004).

2.6.3 Maßnahmen und Wirksamkeit von BGF

Zur Wirkung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung existiert bereits eine große Zahl von Untersuchungen, Reviews und Metaanalysen. Bei den untersuchten Gesundheitsförderprogrammen handelt es sich in der Regel um Maßnahmen primärer Prävention auf Verhaltensebene, die einzelne oder mehrere Angebote beinhalten, überwiegend zu Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung, Raucherentwöhnung, Ergonomie oder Rückenschule. Sie werden als individuelle Beratungsmaßnahmen oder Gruppenschulungen angeboten und gelten mehrheitlich als wirksam, auch wenn die Ergebnisse hierzu uneinheitlich sind (Cloostermans, Bekkers, Uiters & Proper, 2014; Goldgruber & Ahrens, 2010; Groeneveld, Proper, Van Der Beek, Hildebrandt & Mechelen, 2010; Montano, Hoven & Siegrist, 2014b; Osilla et al., 2012; Rongen, Robroek, van Lenthe & Burdorf, 2013).

Systematische Reviews und Metaanalysen beschreiben als positive Effekte allgemeiner Gesundheitsförderprogramme verringerten wahrgenommenen Arbeitsstress (Montano et al., 2014b) verändertes Ernährungsverhalten (Montano et al., 2014b; Osilla et al., 2012; Rongen et al., 2013),

erhöhte physische Aktivität (Osilla et al., 2012; Rongen et al., 2013) und verringerten Nikotinkonsum (Osilla 2012). Es gibt Hinweise auf Verbesserungen des Wohlbefindens und der subjektiv wahrgenommenen physischen und psychischen Gesundheit (Aust & Ducki, 2004; Osilla et al., 2012), verringerte muskuloskeletale Beschwerden (Montano et al., 2014b), Gewichtsabnahme und verringerten BMI (Groeneveld et al., 2010; Osilla et al., 2012). Positive und bedingte Effekte allgemeiner betrieblicher Gesundheitsförderprogramme werden weiterhin auf Absentismus, Arbeitsleistung und Arbeitszufriedenheit beschrieben (Aust & Ducki, 2004; DeGroot & Scott Kiker, 2003; Osilla et al., 2012).

Der Erfolg der Programme ist dabei von unterschiedlichen Faktoren abhängig. So scheinen jüngere Mitarbeiter mehr von Interventionen zu profitieren als ältere. Auch Frequenz und Art der Interventionen spielen eine Rolle (Rongen et al., 2013). Individuelle und gezielte Programme sowie vorausgehende Untersuchungen von individuellen Gesundheitsrisiken begünstigen die Wirksamkeit (Cancelliere, Cassidy, Ammendolia & Côté, 2011). Eine theoriebasierte Entwicklung und Implementierung der Maßnahmen, die Berücksichtigung evidenzbasierter Praxis und eine Kontrolle durch zuverlässige Messungen gelten als Voraussetzung für nachhaltige Wirksamkeit (Goetzel & Ozminkowski, 2008).

Veränderungen auf Ebene der Arbeitsverhältnisse, z.B. des tangiblen Arbeitsumfeldes, von Regelwerken, Arbeitszeit- und Intensität, Formen der Arbeitsverträge oder der psychosozialen Arbeitssituation zeigen positivere Effekte, wenn sie aus mehreren Komponenten bestehen und wenn parallel Verhaltensprävention angeboten wird (Kahn-Marshall & Gallant, 2012 ; Montano et al., 2014a) Den Erfolg begünstigen weiterhin die Bewertung der Maßnahmen durch die Mitarbeiter selbst sowie die Art und Weise, wie die Beschäftigten in die Planung, Implementierung und Prozesse von Interventionen einbezogen werden. Support durch das Management spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle (Montano et al., 2014b).

Eine systematische Studienbewertung zu Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz im Rahmen von Gesundheits- und Sicherheitsmanagementsystemen (Occupational Health and Safety Management Systems, OHSMS) nahmen Robson et al. (2007) vor. Solche Systeme beinhalten unter anderem konkrete Richtlinien und Verträge, die Formulierung von Zielen, systematische Planung und Entwicklung, eine verbindliche Einbindung des Managements, Teilhabe der Mitarbeiter und eine systematische Kommunikation. Training, Gefahrenkontrolle, präventive und korrektive Maßnahmen werden systematisch und integrativ entwickelt, durchgeführt, evaluiert, kontinuierlich verbessert, gemessen und kontrolliert (Redinger & Levine, 1998). Sowohl unternehmensseitig freiwillige als auch obligatorische OHSMSs zeigen positive Effekte. Entsprechend der Literaturlage führen beide Formen mit der Zeit zu einer Steigerung von Maßnahmenimplementierungen. Obligatorisches OHSMS wirkt mittelfristig positiv auf Wahrnehmung und Beachtung von Gesundheit, Umgebung und Sicherheit sowie auf die Teilnahme der Mitarbeiter an Gesundheits- und Sicherheitsaktivitäten. Beobachtet werden eine Reduzierung von unfallbedingten Ausfallzeiten und eine Erhöhung der Arbeitsleistung. Freiwillige OHSMSs haben mittelfristig positive Effekte

auf Sicherheitsklima und Gefahrenmeldung durch Mitarbeiter. Verletzungsraten sowie erkrankungsbedingte Kosten sinken (Robson et al., 2007).

2.6.3.1 Erhöhung physischer Aktivität

Untersuchte Maßnahmen bzw. in Reviews oder Metaanalysen bewertete Untersuchungen zur Erhöhung körperlicher Aktivität umfassen reine Trainings- oder Übungsmaßnahmen, ergonomische Veränderungen, Schulungen, Kooperationen mit Anbietern von Fitnessprogrammen, die Vermittlung von Strategien zur Verhaltensänderungen und motivationsfördernde Maßnahmen.

Zusammenfassend zeigt sich dabei, dass zur Erhöhung körperlicher Aktivität Einzelmaßnahmen wie Übungs- und Trainingsprogramme, allgemeine Gesundheitsschulungen oder Kooperationen mit Anbietern von Fitnessprogrammen wenig oder nicht wirksam sind (Hutchinson & Wilson, 2012; Taylor, Conner & Lawton, 2012). Deutliche Evidenz für eine Erhöhung körperlicher Aktivität zeigen Mehrkomponentenprogramme, motivationsfördernde Unterstützung und eine theoriegeleitete Entwicklung von Interventionen (Aas et al., 2011; Hutchinson & Wilson, 2012; Marshall, 2004; Taylor et al., 2012). Weiterhin gibt es Hinweise, dass eine Beteiligung der Mitarbeiter bei der Programmentwicklung, ein Zuschnitt der Maßnahmen auf individuelle Bedürfnisse und eine individuelle Begleitung sowie die Vermittlung von Techniken zur Verhaltensänderung die physische Aktivität der Mitarbeiter fördern (Conn, Hafdahl, Cooper, Brown & Lusk, 2009; Marshall, 2004; Taylor et al., 2012). Trainingsmaßnahmen am Arbeitsplatz sowie während bezahlter Arbeitszeit zeigen ebenfalls positivere Effekte als solche, die außerhalb von Arbeitsplatz und Arbeitszeit durchgeführt werden sollen (Conn et al., 2009; Marshall, 2004).

2.6.3.2 Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten

Zur Förderung gesundheitsbewusster Ernährung wurden Schulungs- und Beratungsmaßnahmen untersucht sowie Veränderungen auf Ebene der Verhältnisse, d.h. entsprechende Angebote in der Kantine, Essensbeschriftungen, Videos oder Plakate. Hier zeigen ebenfalls Multikomponentenprogramme positive Effekte, bedingt aber auch reine Schulungsmaßnahmen bzw. Verhältnisänderungen (Engbers, Van Poppel, Paw & Van Mechelen, 2005; Maes et al., 2012). Auch hier gibt es deutliche Hinweise, dass eine zusätzliche Motivationsförderung die Veränderung von Ernährungsverhalten der Mitarbeiter begünstigt (Hutchinson & Wilson, 2012).

2.6.3.3 Nikotinabstinenz

Ein systematischer Review zu Raucherentwöhnungsprogrammen am Arbeitsplatz (Cahill, Moher & Lancaster, 2008) konnte im Vergleich zu keiner Intervention für folgende Programme eine hohe Evidenz für eine erhöhte Abstinenzwahrscheinlichkeit finden: Gruppentherapie, individuelle Beratung, Pharmakotherapie und Mehrkomponentenprogramme. Selbsthilfematerial, sozialer Support und Incentives zeigten geringere Effekte, ebenso Interventionen für eine Rückfallprävention. Auch, wenn infolge effektiver Maßnahmen viele Teilnehmer das Rauchen aufgaben, gibt es wenig Anhaltspunkte für langfristige Effekte.

2.6.3.4 Stressbewältigung

Leitlinien zum betrieblichen Management von Stresssymptomen empfehlen Beratung, Psychotherapie, Wiedereingliederungsmaßnahmen und Kommunikation mit dem Mitarbeiter (Joosen et al., 2015). Stressmanagement am Arbeitsplatz kann auf organisationaler und auf individueller Ebene stattfinden sowie an der Schnittstelle zwischen organisationalen und individuellen Einflüssen ansetzen. Faktoren, die im Sinne von Primärprävention auf Stress wirken, sind Arbeitsinhalte und Karriereentwicklung auf organisationaler Ebene, medizinische Voruntersuchungen und didaktisches Stressmanagement auf individueller Ebene. Zeitmanagement, die Balance zwischen Beruf und Privatleben sowie interpersonelle Fähigkeiten sind mögliche Interventionsebenen an der Schnittstelle zwischen organisationaler und individueller Ebene. Sekundärprävention befasst sich mit Kommunikation, Entscheidungsfindung und Konfliktmanagement (organisationale Ebene), Verhalten und Entspannung (individuelle Ebene) und Peer-Support, Coaching oder Karriereplanung (organisational-individuelle Ebene). Tertiäre Prävention umfasst rehabilitative Maßnahmen auf organisationaler sowie individueller Ebene sowie Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, Case- oder Disabilitymanagement, Unterstützung bei posttraumatischer Belastung usw. (Bhui, Dinos, Stansfeld & White, 2012; Caulfield, Chang, Dollard & Elshaug, 2004)

Die stärksten Hinweise auf Effektivität von Stressbewältigungsprogrammen zeigen sich für verhaltenstherapeutische Interventionen (Bhui et al., 2012; Kreis & Bödeker, 2003; Montano et al., 2014b; Murphy, 1996). Als vergleichbar effektiv werden Maßnahmen bewertet, die auf die Unterstützung von Bewältigungsstrategien für stressige Arbeitssituationen zielen (Montano, Hoven & Siegrist, 2014a) Die Effekte organisationaler und multimodaler Interventionen werden als gering bzw. nicht eindeutig beschrieben (Bhui et al., 2012; Montano et al., 2014a).

2.6.4 Investitionsrendite von BGF

Zielgrößen zur Ermittlung von Einsparungen infolge BGF sind in der Regel Krankheitskosten und krankheitsbedingte Fehlzeiten (Kramer, Sockoll & Bödecker, 2009). Chapman (2012, 2005) berichtet über Daten einer ökonomischen Metaanalyse von 56, respektive 66 Untersuchungen, die starke Evidenz zeigen für eine durchschnittliche Reduktion von Krankheitskosten sowie Fehlzeiten um rund 25% unterhalb derjenigen Mitarbeiter, die an BGF-Maßnahmen teilnehmen. Ein sogenannter Return on Investment (ROI) wird dargestellt anhand des finanziellen Gewinns (infolge reduzierter Krankheitslast) im Verhältnis zur monetären Investition. Im Rahmen systematischer Übersichtsarbeiten konnten ROI-Raten von 1,40 \$ bis 10,10\$ Gewinn pro investiertem Dollar identifiziert werden (Goetzel & Ozminkowski, 2008; Osilla et al., 2012). Van Dongen et al. (2011) ermittelten anhand von 18 Studien zu finanziellen Kosten-Nutzen-Untersuchungen betrieblicher Maßnahmen zu Ernährung und körperlicher Aktivität einen durchschnittlichen ROI von 174%. Hierbei zeigten allerdings sämtliche einbezogenen Studien mit randomisiertem, kontrolliertem Design einen negativen ROI, nicht-randomisierte Studien dagegen einen neutralen oder positiven ROI. Baicker, Cutler & Song (2010) fanden in einer Analyse von 36 Primärstudien, deren Interventionen über 2-3 Jahre liefen, einen durchschnittlichen ROI von 3,27 \$ für medizinische Kosten

und 2,73\$ für Absentismus pro investiertem Dollar in gesundheitsbezogene Prävention am Arbeitsplatz.

2.6.5 Mitarbeiteradhärenz bei BGF auf Verhaltensebene

Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsangebote hängt wesentlich davon ab, ob die Mitarbeiter daran teilnehmen bzw. wie sie selbst Maßnahmen, z.B. Verhaltensänderungen - insbesondere langfristig - umsetzen. Die Mitarbeitercompliance bzw. -adhärenz gilt als die größte Herausforderung für BGF, unabhängig von Berufsgruppen, Branchen oder dem jeweiligen Gesundheitsförderprogramm (Linnan, Sorensen, Colditz, Klar & Emmons, 2001; Pereira, Coombes, Comans & Johnston, 2015; Robroek, van Lenthe, van Empelen & Burdorf, 2009; Seifert, Chapman, Hart & Perez, 2012).

Angaben zu Teilnehmerquoten an BGF liegen zwischen 2% und 97% (Bull, Gillette, Glasgow & Estabrooks, 2003; Glasgow, McCaul & Fisher, 1993; Marshall, 2004; Pereira et al., 2015). Dieses weite Spektrum beruht u.a. darauf, dass „Teilnahme“ nicht eindeutig definiert ist. Mitunter werden als Teilnehmer bereits all jene erfasst, die sich für ein Programm anmelden. Im Durchschnitt wird angenommen, dass 30-50% der Mitarbeiter teilnehmen, hiervon jedoch 30-70% innerhalb der ersten drei Monate wieder aussteigen (Lovato & Green, 1990; Robroek et al., 2009).

Faktoren, welche die Mitarbeiteradhärenz bei BGF beeinflussen, können personbezogen sein, wie Alter, Geschlecht, sozialer Status, Einstellungen, Gesundheitszustand und bisheriges Gesundheitsverhalten (Colkesen et al., 2011; Joslin, Lowe & Peterson, 2006; Middlestadt, Sheats, Geshnizjani, Sullivan & Arvin, 2011; Robroek et al., 2009). Auf Unternehmensebene tragen ein positives Betriebsklima und Managementsupport zu einer erhöhten Mitarbeiteradhärenz bei (Linnan et al., 2001; Mearns, Hope, Ford & Tetrick, 2010; Torp & Grøgaard, 2009). Programmseitig wird eine hohe Mitarbeiteradhärenz begünstigt, wenn der Zugang den Mitarbeitern erleichtert wird, z.B. durch Teilnahmemöglichkeiten während der Arbeitszeit (Glasgow et al., 1993; Lovato & Green, 1990) Mehrkomponentenprogramme zeigen höhere Teilnehmerraten sowie solche Programme, die unter Beteiligung der Mitarbeiter entwickelt wurden (Frick, 2011; Lovato & Green, 1990; Podgórski, 2005; Punnett, Cherniack, Henning, Morse & Faghri, 2009; Robroek et al., 2009). Incentives zeigen mitunter kurzfristig positive Effekte, können langfristig allerdings die Bereitschaft der Mitarbeiter zur Teilnahme verringern (Robroek et al., 2009; Seifert et al., 2012).

2.6.6 Zusammenfassung Kapitel 2.6

BGF lässt sich als Teil des BGM verstehen, welches neben BGF Maßnahmen gesetzlichen Arbeitsschutzes und der Wiedereingliederung umfasst. BGF-Maßnahmen werden bislang überwiegend auf Verhaltensebene angeboten und zielen in den meisten Fällen auf Veränderungen des Gesundheitsverhaltens im Kontext Ernährung, körperlicher Aktivität, Stressbewältigung und Nikotin- oder Alkoholabusus. Anzunehmen ist, dass die Wirksamkeit der Maßnahmen begünstigt wird, wenn sie theoriegeleitet und unter Einbeziehung der Mitarbeiter entwickelt sowie gezielt und individuell angeboten werden. Erfolgversprechender als Einzelprogramme sind Maßnahmen, die

mehrere Komponenten umfassen. Eine sichtbare Unterstützung des Managements sowie die Möglichkeit, Programme am Arbeitsplatz und während der Arbeitszeit durchführen zu können, fördern positive Effekte. Sofern BGF-Maßnahmen entsprechend geplant und umgesetzt werden, können sie attraktive Investitionsrenditen erzeugen. Als Hauptproblem von BGF wird eine geringe Mitarbeiteradhärenz (konsequente Teilnahme und langfristige Umsetzung) beschrieben.

2.7 Mitarbeiterperspektiven zu Gesundheit und BGF

Die Einbeziehung der Mitarbeiter in die Entwicklung von Gesundheitsförderprogrammen gilt als Förderfaktor für eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. 2.6.3 „Maßnahmen und Wirksamkeit von BGF“). Eine Mitarbeiterbeteiligung erhöht die Chance, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung den Bedürfnissen der Mitarbeiter entsprechen. Ein bedürfnisgerechtes Angebot ist eine wesentliche Voraussetzung für die Bereitschaft zur Teilnahme an Programmen sowie für positive Effekte der Interventionen. Gleichzeitig wird unter Betrachtung all jener Faktoren, welche Gesundheit, Annahmen zu Gesundheit und das Gesundheitsverhalten beeinflussen deutlich, dass mögliche Gründe für den Erfolg oder Misserfolg betrieblicher Gesundheitsförderungen nicht ausschließlich vom angebotenen Programm abhängen, sondern individueller betrachtet werden sollten. Forschungsarbeiten zu betrieblicher Gesundheitsförderung berücksichtigen allerdings vergleichsweise selten die Perspektiven, Bedürfnisse und Wahrnehmungen der Mitarbeiter (Garcia, Boix, & Canosa 2004; Jones, Haslam & Haslam, 2016).

Während standardisierte Befragungen in der Regel die Relevanz gängiger Maßnahmen aus Sicht der Befragten erfassen, geben qualitative Analysen Einblick in individuellere und häufig nicht antizipierte Perspektiven. Im Folgenden werden Ergebnisse von quantitativen und qualitativen Befragungen zu Mitarbeiterperspektiven aus dem deutschsprachigen sowie internationalen Raum beschrieben. In den Untersuchungen geht es um wahrgenommene Einflüsse der Arbeit auf die Gesundheit, Angaben zum individuellen Gesundheitsverhalten und das Interesse an und der Wahrnehmung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Perspektiven von BCWs werden im Anschluss nochmals gesondert betrachtet.

Annahmen dazu, was grundsätzlich zur eigenen Gesunderhaltung wichtig ist, wurden in einer Befragung von insgesamt 28.223 Mitarbeitern aus 147 Unternehmen zwischen 2004 und 2009 vom wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) erfasst. Hier gaben 58,9% der Befragten genügend Schlaf an. Rund 55% nannten weiterhin eine ausgewogene und vielseitige Ernährung, gesunde Arbeitsbedingungen und die eigene Zufriedenheit. Viel Bewegung und Nichtraucher folgten in der Häufigkeit, mit 50 bzw. 44%. Soziale Bedingungen am Arbeitsplatz wurden mit 36% als relevanter eingeschätzt als die sozialen privaten Beziehungen (Partnerschaft, Freunde) mit 31,9% (Zok, 2010).

2.7.1 Wahrnehmung arbeitsbezogener Einflüsse auf Gesundheit

In einer repräsentativen Befragung unter 2.112 Angestellten in Kanada ermittelten Lowe, Schellenberg, & Shannon (2003) Faktoren, die aus Mitarbeitersicht ein gesundes Arbeitsumfeld ausmachen. Die stärksten Korrelationen zeigten hierbei gute Kommunikation und sozialer Support. Weiterhin ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen einer als gesund wahrgenommener Arbeitsumgebung und angemessenen Arbeitsanforderungen, wahrgenommenen Ressourcen, extrinsischen Belohnungen und erheblicher Mitgestaltung und Mitbestimmung (Autonomie).

Zu gesundheitsrelevanten Faktoren der Arbeit befragt, gaben 93 ältere Berufstätige (+45 Jahre) in Finnland zu mehr als 90% die Berücksichtigung individueller Faktoren und Ressourcen, ausgeglichene Arbeitsanforderungen sowie eine positive Arbeitsatmosphäre und Zusammenarbeit an. Weiterhin wurden persönliche Führung und Wertschätzung, Kommunikation und Motivation sowie professionelle Schulungen und Fähigkeiten genannt (Naumanen, 2006).

Eine Analyse aus einer Befragung von 5.182 Staatsbediensteten in England identifizierte als Prädiktoren persönlichen Wohlbefindens hohen verlässlichen emotionalen Support, hohe Kontrolle und geringen Arbeitsstress (Stansfeld, Shipley, Head, Fuhrer, & Kivimaki, 2013).

Anhand eines Reviews von 18 qualitativen Untersuchungen in kleinen Unternehmen identifizierten MacEachen et al. (2010) Hinweise darauf, dass die Wahrnehmung berufsbezogener Sicherheit und Gesundheit deutlich von sozialen Beziehungen beeinflusst wird. In kleinen Unternehmen ist der Kontakt der Mitarbeiter zum Arbeitgeber mitunter so eng, dass sie unmittelbaren Einblick in die finanzielle Situation des Unternehmens erhalten. Empathie der Mitarbeiter für den Arbeitgeber bzw. das Verständnis für seine Interessen führen dazu, dass Gefahren am Arbeitsplatz unterschätzt und übertoleriert werden. Diese Einstellung ändert sich jedoch, wenn das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer von letzterem als negativ bewertet wird. Die Aufnahme von Informationen des Arbeitgebers zu Gesundheitsrisiken zeigt sich in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Kontrolle und dem Vertrauen in den Arbeitgeber.

2.7.2 Wahrnehmung arbeitsbezogener Einflüsse auf Gesundheitsverhalten

Inwiefern sich Arbeit und Arbeitsumfeld auf das individuelle Gesundheitsverhalten auswirken, untersuchten Payne, Jones & Harris (2012) anhand einer qualitativen Befragung von 24 Angestellten einer multinationalen Computerfirma in England. Die Befragten gaben an, dass insbesondere kulturelle Normen das Konsumverhalten beeinflussen. Beispielsweise verführen soziale Events zum Konsum von Alkohol. Rauchverbote wurden als sinnvoll angesehen, haben jedoch zur Folge, dass häufiger Rauchpausen im Freien eingelegt werden. Das Erleben „schlechter“ Arbeitstage führt aus Sicht der Befragten dazu, dass sie mehr Alkohol, Essen oder Nikotin konsumieren, aber auch gute Arbeitstage können den Konsum erhöhen, im Sinne einer Belohnung. Eine hohe Arbeitslast kann dazu führen, dass weniger Zeit zum Rauchen, aber auch zum Essen bleibt. Geringe Arbeitslast hingegen verleitet zu mehr Konsum von Zigaretten und Essen. Eben-

falls wird eine Kantine am Arbeitsplatz – wenn auch grundsätzlich positiv bewertet – als „Verführung“ zu ungesunder Ernährung erlebt, wenn dort beispielsweise auch Süßigkeiten angeboten werden. Flexible Arbeitszeiten wurden als Förderfaktoren für körperliche bzw. sportliche Aktivität genannt, aber auch Arbeitsstress, da Sport als Ausgleich erlebt wird. Zu viel Arbeit und Überstunden reduzieren häufig die Bereitschaft zu sportlicher Betätigung, ebenso Dienstreisen, da sie Routinen unterbrechen. Fitnessangebote in Kooperationen mit externen Anbietern werden als unterstützend wahrgenommen, als optimal bewerten die Befragten jedoch Fitnessmöglichkeiten direkt am Arbeitsplatz.

2.7.3 Annahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation am Arbeitsplatz

Auf die Frage, wie die Gesundheit am Arbeitsplatz verbessert werden könnte, nannten die Befragten der WIdO-Erhebung am häufigsten mehr Einsatz der Vorgesetzten für die Mitarbeiter (35,5%), dicht gefolgt von Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas (34,4%). Rund 27% der Befragten gaben einen Bedarf an Informationen zu gesundem Verhalten sowie Gesundheitskursen an, 22% Veränderungen der Arbeitsorganisation und 20% technische Hilfen bzw. Verbesserungen. Rund 18% nannten als hilfreich zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation klärende Gespräche mit Vorgesetzten, veränderte Gestaltung des Arbeitsplatzes und verbesserte hygienische Bedingungen bzgl. der sanitären Anlagen (Zok, 2010).

2.7.4 Einstellungen zu BGF

Im Rahmen einer telefonischen Befragung gaben 51,8% von 2010 Beschäftigten unterschiedlichen Alters und aus unterschiedlichen Branchen in Deutschland an, dass sie den Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung als hoch oder sehr hoch einschätzen. Hierbei fällt die Nutzenbewertung bei denjenigen Befragten höher aus, die bereits an BGF-Maßnahmen teilgenommen haben. Als besonders wichtig bewerteten die Befragten eine gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes (89,7%), Gesundheitsuntersuchungen (85,6%) und Möglichkeiten zur Ermittlung psychischer Probleme (83,8%). Weiterhin als sehr wichtig bzw. wichtig wurden von den Befragten Mitarbeiterbefragungen (78,7%) und Gesundheitszirkel (74,9%) genannt. Im Bereich der Prävention wurde die Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmer als am wichtigsten bewertet (82,9%), gefolgt von Unterstützung bei Mobbing/Konflikten (81,8%), Rückenschule (73,8%), Stressmanagement (68,2%) und gesundem Kantinenessen (64,8%). Betriebliche Sport- und Fitnessangebote wurden als weniger relevant erachtet (ca. 48%) (Zok, 2009).

Interesse an spezifischen Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ermittelten Kruger, Yore, Bauer & Kohl (2007) in einer Befragung von 2.337 Angestellten in den USA. An erster Stelle genannt wurden dort Fitnesscenter (80.6%), Programme zur Gewichtsreduktion (67.1%) und Übungsprogramme am Arbeitsplatz (55.2%). In der Analyse des WIdO (Zok, 2010) nannten die Befragten an erster Stelle Interesse an Rückenschule (47,3%), Maßnahmen zur Stressbewältigung (43,3%), Entspannungskurse (32,8%), Rückenberatung am Arbeitsplatz (31,3%), gesundes

Kantinenessen (25,3%), Gymnastik (22,9%), Programme zur Gewichtsabnahme (21,7%) und Angebote zu Kommunikation/Führung (14,5%).

Eine Befragung bezüglich möglicher Stressmanagementprogramme unter 231 Mitarbeitern im sozialen Dienst (England) zeigte generell positive Einstellungen gegenüber entsprechenden Maßnahmen. Favorisiert wurden hierbei von mehr als 80% der Befragten Maßnahmen für ein Gesundheitsscreening und das Training von Copingstrategien in Einzel- oder Gruppensettings (Bradley & Sutherland, 1994).

Bei einer telefonische Befragung unter 1352 Haushalten in den USA zur Relevanz von Programmen zur Gewichtsreduktion gaben 80% der Befragten an, dass entsprechende Programme von Arbeitgebern angeboten werden sollten, 10% waren der Ansicht, dass solche Programme in die Privatsphäre der Mitarbeiter eingreifen (Gabel et al., 2009).

Determinanten der Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung ermittelten Nöhammer, Schusterschitz & Stummer (2010) anhand einer qualitativen Befragung von 19 Angestellten unterschiedlicher österreichischer Organisationen, die bereits ein ganzheitliches, langfristig angelegtes Gesundheitsförderprogramm implementiert hatten. Als Voraussetzung für eine Teilnahme wurde zunächst der Informationsfluss genannt. Als förderlich beschrieben wurden eine individuelle Ansprache und eine glaubwürdige, positive und motivierende Information, die leicht zugänglich und beständig ist, jedoch nicht in die persönliche Autonomie und Privatheit eingreift. Das Design des Angebotes bzw. der angebotenen Information sollte attraktiv, ästhetisch und emotional ansprechend sein sowie als professionell, spezifisch und gezielt wahrgenommen werden. Die Angebote sollten auf aktuelle Bedürfnisse der Mitarbeiter treffen und glaubhaft Aussichten auf positive Effekte vermitteln. Bei der Programmwahrnehmung spielt Komfort eine bedeutende Rolle: Die Aktivitäten sollten aus Mitarbeitersicht gut in die Arbeit integrierbar und leicht sowie direkt am Arbeitsplatz durchführbar sein. Als bevorzugt wurden Gruppenaktivitäten genannt, als hilfreich ein positiver Gruppendruck, motivierende Kollegen sowie ein Support durch Vorgesetzte. Incentives wurden von den Befragten als sehr hilfreich für den Einstieg in ein Programm bewertet.

Die Untersuchungsergebnisse von Kruger et al. (2007) enthalten ebenfalls Hinweise darauf, dass Incentives aus Mitarbeitersicht eine Motivation zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen darstellen. Als weitere Förderfaktoren wurden günstige Zeiten, günstiger Ort und die Bereitstellung von bezahlter Arbeitszeit für die Teilnahme genannt, deutlich wurde ebenfalls der Wunsch nach gesunden Essensangeboten. Als Hauptbarrieren der Teilnahme gaben die Befragten Zeitmangel während sowie vor oder nach der Arbeit an.

2.7.5 Perspektiven von BCWs zu Gesundheit und BGF

An dieser Stelle werden Ergebnisse von Forschungsarbeiten skizziert, die mittels qualitativer Untersuchungsverfahren (halbstandardisierter Interviews oder Fokusgruppendifkussionen) die Perspektiven von BCWs auf Gesundheit und gesundheitsrelevante Dimensionen der Erwerbstätigkeit erfasst haben. Diese Ergebnisse sind nicht als repräsentativ für die Zielgruppe zu verste-

hen, sondern als Einblicke in individuelle Annahmen und Wahrnehmungen von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen, die ihre Arbeit überwiegend unter schwerer körperlicher Belastung durchführen.

2.7.5.1 Perspektiven zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Eine Untersuchung in Australien (Ritchie, Herscovitch & Norfor, 1994) beschäftigte sich mit Wahrnehmungen und Annahmen von BCWs zu koronarem Risikoverhalten. 115 Handwerker aus verschiedenen Berufsgruppen und zehn Arbeitsstätten nahmen an insgesamt zehn Fokusgruppensitzungen teil. In der Auswertung wurde deutlich, dass die Befragten über ein breites Wissen zu Risikofaktoren und der Entstehung koronarer Erkrankungen verfügen. Diese Risikowahrnehmung reicht aber nicht aus, um präventiv aktiv zu werden. Hierbei ignorieren die Befragten die Risiken nicht einfach sondern setzen andere Prioritäten. Als entscheidende Motivation für Verhaltensänderungen wurde das aktuelle Wohlbefinden angegeben. Dies steht überwiegend im Zusammenhang mit sozialen Kontakten und hat für die Befragten eine weit höhere Bedeutung als terminale Gesundheit. Gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen nehmen sie nur dann vor, wenn lebensbedrohliche Risikofaktoren oder Symptome wahrgenommen werden. Mehrheitlich gelten die „sozialen Kosten“ einer langfristigen Bemühung um Gesundheit als zu hoch. Krankheit wird als ein akzeptables und unvermeidbares Risiko betrachtet. Die Aussicht, durch Verhaltensänderungen tatsächlich relevante Verbesserungen des Gesundheitszustandes zu erreichen, scheint den Befragten zu ungewiss, um dahingehend aktiv zu werden.

2.7.5.2 Perspektiven zu Arbeit und Gesundheit

Im Rahmen einer Untersuchung zu der Frage, was ein „guter Job“ ist, befragten Jones et al. (2016) 80 berufstätige Busfahrer, Reinigungskräfte und Handwerker mittels halbstrukturierter Interviews unter anderem auch dazu, welche Aspekte der Arbeit als die Gesundheit beeinflussend wahrgenommen werden. Häufig wurde hierbei Zeitdruck als negativer Faktor genannt. Handwerker beschrieben überwiegend negative Effekte ungünstiger Arbeitszeiten, Busfahrer gaben an, dass sie langes Sitzen im Rahmen ihrer Arbeit als gesundheitsschädlich wahrnehmen. Insgesamt bestand unter den Befragten eine geringe Erwartung, dass Arbeit auch positive Einflüsse auf die Gesundheit haben kann. Teilweise bewerteten Reinigungskräfte die physischen Anforderungen der Arbeit positiv im Sinne eines Beitrags zu körperlicher Fitness. Einzelne Befragte gaben an, dass Arbeit sie davor schützt, in depressive Stimmungen zu verfallen.

Caban-Martinez et al. befragten 2014 fünf Bauarbeiter in einer Gruppendiskussion zu Arbeitsplatzcharakteristik, Ergonomie, muskuloskeletalen Beschwerden und körperlicher Aktivität. Die Befragten schilderten, dass sie körperliche Schmerzen bei der Arbeit gewohnt sind, ihre Arbeit trotz Schmerzen durchführen und versuchen, die Schmerzen während der Arbeit zu vergessen. Sie äußerten die Erfahrung bzw. Annahme, dass während der Arbeit keine Möglichkeit besteht, etwas gegen die Schmerzen zu tun oder diese zu vermeiden. Die Arbeit selbst wird als physische Aktivität gewertet. Um darüber hinaus körperlich aktiv zu werden, fehlt nach Angaben der Befrag-

ten mehrheitlich die Zeit. Als mögliche Motivation zur Teilnahme an Freizeitsport wurden Incentives, eine Verringerung der Krankenversicherungsbeiträge oder ein Rabatt in einem Fitnesscenter genannt.

Zur subjektiven Wahrnehmung ihrer Gesundheit am Arbeitsplatz wurden 80 Bauarbeiter in England befragt (Eaves, Gyi & Gibb, 2016). Unabhängig vom Alter berichteten alle Arbeiter über eine hohe Prävalenz muskuloskeletaler Beschwerden, die sie mehrheitlich als Folge ihrer Arbeit einordnen. Ältere Arbeiter schilderten insgesamt ausgeprägtere Gesundheitsprobleme als jüngere Kollegen, klagten allerdings weniger über akute Beschwerden. Ebenfalls berichteten sie über eine Neigung zur körperlichen Verausgabung, und dass sie ihre Schutzausrüstung ungern tragen. Die Autoren führen dies auf eine „historische Machokultur“ unter älteren Bauarbeitern zurück die damit einher geht, besonders den jüngeren Kollegen gegenüber wenig Schwäche zeigen zu wollen. Zur Reduzierung muskuloskeletaler Beschwerden am Arbeitsplatz nannten die Befragten in der Untersuchung eine Vielzahl von Vorschlägen (mehr als 250), sowohl bezogen auf die Arbeitsumgebung und Arbeitsverhalten (u.a. verbesserte Ausstattung, Verbesserung der Schutzausrüstung, mehr Supervision für jüngere Mitarbeiter, mehr Zeit für Wissenstransfer, mehr Beachtung von Ordnung und Sicherheit), als auch konkrete Ideen zur Arbeitserleichterung, z.B. die Gestaltung eigener Knieschoner, das Tragen von Wollmützen unter harten Schutzhelmen usw. Anhand der vielen Ideen wurde deutlich, dass die Arbeiter Achtsamkeit gegenüber ihrer Gesundheit, Sicherheit und dem Schutz des Körpers vor Beanspruchung zeigen. Insbesondere jüngere Arbeiter gaben an, außerhalb der Arbeit Sport zu treiben und sich gesund zu ernähren, ältere Arbeiter nannten als Gesundheitsaktivitäten die Inanspruchnahme von Physiotherapie oder die Einnahme von Vitaminen. Insgesamt zeigten Mitarbeiter jeden Alters großen Enthusiasmus und Bereitschaft, ihr Wissen und ihre Erfahrung im Interesse des Arbeitsschutzes einzubringen.

2006 erhoben Baldry & Ellison Daten in Form von Fokusgruppeninterviews mit Arbeitern in der Instandhaltung von Eisenbahnschienen in Nordengland. Zwar lag der Fokus der Befragung auf der Arbeitssicherheit, aber es wurde deutlich, dass aus Sicht der Mitarbeiter die Wahrnehmung von Effizienzdruck einen erheblichen Einfluss auf das Sicherheitsverhalten nimmt und damit das Risiko für Unfälle und damit letztlich für die Gesundheit zunimmt. Als weiterer negativer Einfluss auf Sicherheitsverhalten wurden überlange Arbeitsschichten (bis zu 18 Stunden) genannt, die unter anderem der bestehenden Notwendigkeit geschuldet sind, Arbeiten abzuschließen, um Unterbrechungen des Zugverkehrs gering zu halten. Als ebenfalls problematisch bewerteten die Befragten die zunehmende Mobilität von Arbeitskräften. Sie führt zu einer Zusammensetzung von Arbeitsteams, innerhalb welcher sich die Beschäftigten oft nicht kennen. Dadurch werden Arbeitsroutinen, die in eingespielten Teams herrschen, durchbrochen, das notwendige Vertrauen der Mitarbeiter untereinander fehlt, es treten häufiger Fehler auf und Arbeitsabläufe nehmen mehr Zeit in Anspruch.

2.7.5.3 Einstellungen zu BGF

Zum Thema Ernährung und Bewegung am Arbeitsplatz wurden 39 multiethnische BCWs in Hawaii anhand eines offenen Fragebogens interviewt (Leslie, Braun, Novotny & Mokuau, 2013). 50% der Befragten gaben an, es sei der Gesundheit zuträglich, Essen von zuhause mitzubringen. 28% empfanden Ernährungsinformationen in der Cafeteria als hilfreich. 44% nahmen die körperliche Aktivität im Rahmen ihrer Arbeit als die körperliche Fitness unterstützend wahr. In den Pausen bevorzugten die Befragten soziale Interaktionen mit Kollegen sowie das Ausruhen von körperlicher Arbeit. 85% der Befragten nannten Interesse an Informationen zu chronischen Erkrankungen, 67% zu assoziierten Informationen. Ebenfalls 67% gaben Interesse an Übungs- und Dehnungsprogrammen an, 62% an Entspannungskursen wie Tanz oder Massage. Als sinnvolle Motivationshilfen wurden Incentives in Form von Finessequipment und -kleidung (44%) genannt, Mitgliedschaften in Fitnesscentern (39%) und Essen (33%). 77% der Befragten schlugen vor, zur Einschätzung der Mitarbeitergesundheit Laborwerte und Blutdruck am Arbeitsplatz erheben zu lassen. Als mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeitergesundheit nannten 42% ein besseres Angebot an Gesundheitskursen und 36% ein abwechslungsreiches und gesundes Essensangebot am Arbeitsplatz.

Fletcher et al. beschäftigten sich 2008 in den USA mit unterschiedlichen Wahrnehmung von BCWs und WCWs bezüglich der Teilnahme an Bewegungsprogrammen am Arbeitsplatz. Sie befragten 29 WCWs und 31 BCWs in Fokusgruppen nach deren Sicht auf Barriere- und Förderfaktoren. WCWs gaben als Hauptbarriere lange Arbeitszeiten an, BCWs lange Nachtschichten, abnorme Arbeitszeiten und Arbeit auf Abruf. Barrieren bestehen aus Sicht von WCWs weiterhin darin, dass grundsätzlich die Zeit fehlt, Terminabsprachen mit anderen schwierig sind und andere Prioritäten bestehen. Sie beschrieben die Sorge, sich ggf. durch die Teilnahme an Bewegungsprogrammen zu schaden oder lächerlich zu machen („*looking stupid*“). BCWs nannten als weitere Barrieren Überstunden und grundsätzlich problematische Arbeitszeiten, die Sorge vor Verletzungen durch Sport und negative Annahmen über Training generell bzw. über Angebote des Arbeitgebers (*“I think that the program is more designed for the ladies in the front office or something...”*). Gesundheit und Wohlbefinden gaben beide Gruppen als Hauptmotivation an, um körperlich aktiv zu werden. Erscheinungsbild, schnelle Resultate und Gewichtsreduktion wurden von WCWs als bedeutsamer bewertet als von BCWs. Insgesamt schilderten BCWs einen geringeren Bedarf an durch den Arbeitgeber gesponserten Aktivitäten. Beide Gruppen gaben allerdings an, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme erhöhen würde durch Spaß, interessante Aktivitäten, Wettbewerb und Teams.

In einem kanadischen Handwerksbetrieb wurden neun Fließbandarbeiter zu ihren Erfahrungen mit der Teilnahme an einem partizipatorischen Projekt zur Mitarbeitergesundheit im Bereich Ergonomie befragt (Granzow & Theberge 2009). Hierbei wurde zunächst die Einstellung der Befragten zu ihrer Rolle bei möglichen Veränderungen am Arbeitsplatz deutlich: Sie gaben an, die entscheidende Expertise bezüglich ihrer Arbeit im Betrieb zu besitzen und dass relevante bzw. sinnvolle Veränderungen ihres Arbeitsplatzes ohne ihr Wissen nicht möglich sind. Alle Befragten

zeigten eine kritische Haltung gegenüber Führungspersonen, deren Arbeit sie überwiegend als rein theoretisch und quasi nutzlos wahrnehmen. Dem entsprechend werden Entscheidungen über die handwerkliche Arbeit, die durch das Management getroffen werden, als nicht realistisch und/oder kontraproduktiv bewertet. Wiederholt äußerten die Befragten den Wunsch, dass Vorgesetzte ihnen zuhören. Der Austausch im Rahmen des Ergonomieprojekts (Kurzinterviews, informeller Austausch) wurde dahingehend als nicht zielführend bewertet, ebenso wenig die Möglichkeit, schriftliche Änderungsvorschläge einzureichen. Weiterhin nahmen die Arbeiter wahr, dass ihre Änderungsvorschläge nicht umgesetzt und lediglich der Form halber eingeholt wurden. Deutlich wurde eine wahrgenommene Dichotomie zwischen Arbeitern und Management, die nach Einschätzung der Autoren nicht methodischen Grenzen des Projekts geschuldet waren, sondern auf langjährige Erfahrungen bzw. ein gewachsenes „Klima“ unterhalb der Beschäftigten zurückzuführen sind.

2.7.6 Zusammenfassung Kapitel 2.7

Insgesamt konnten vergleichsweise wenige Artikel identifiziert werden, welche Perspektiven von BCWs zu Arbeit und Gesundheit rekonstruieren. Die beschriebenen Untersuchungen geben jedoch Hinweise darauf, dass unterschiedliche und individuelle Annahmen zu Arbeit und Gesundheit bestehen, welche sich unmittelbar auf das Gesundheitsverhalten auswirken. Deutlich wird weiterhin, dass BCWs häufig sowohl eine differenzierte Einstellung und Wahrnehmung zu ihrer eigenen Gesundheit haben, als auch über eine bedeutsame Expertise verfügen, was gesundheitsbezogene Faktoren ihrer eigenen Arbeit betrifft. BCWs zeigen in Teilen andere Bedürfnisse und Annahmen als WCWs, wenn es um Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sowie darüber hinaus geht. Während der Eindruck entsteht, dass BCWs häufig Wege finden, sich mit der physischen Beanspruchung durch ihre Arbeit zu arrangieren, scheinen sich Leidensdruck und Veränderungsbedarf stärker auf organisationale bzw. psychosoziale Faktoren der Arbeit zu beziehen, wie Zeit- oder Effizienzdruck, Teamzusammensetzung, Kommunikation und Führungsverhalten.

3 Forschungsziele, Fragestellung und Relevanz

Die Initiative für das hier beschriebene Forschungsprojekt entstand im Kontakt mit einem Dienstleister in der Instandhaltung von Schienenfahrzeugen. Trotz unterschiedlicher bereits durchgeführter Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung (Rückenschule, Ernährungsberatung, Aufklärung zu biomechanischen Risiken usw.) verzeichnet der Arbeitgeber in den letzten Jahren steigende Fehlzeiten und aktuell hohe bis sehr hohe Krankenstände unter den unmittelbar mit Instandhaltungsarbeiten beschäftigten Handwerkern. Die Arbeit dieser Handwerker ist von einer erhöhten Verletzungsgefahr und häufig auftretenden physischen Belastungen geprägt, sowohl biomechanischen als auch solchen infolge von Umgebungsfaktoren (Luft, Temperatur, Licht usw., s. Kap. 2.3.2.2: „Physische Belastungen am Arbeitsplatz“). Diesbezüglich haben sich die Arbeitsbedingungen für die Handwerker nach Angaben des Unternehmens in den vergangenen Jahren jedoch nicht grundlegend verändert. Der Auftrag des Unternehmens an die Forschergruppe bestand darin, zunächst mögliche Ursachen der Krankenstandentwicklung zu identifizieren.

Auch, wenn bereits ein breites theoretisches Wissen über gesundheitsbezogene Faktoren von Arbeit sowie die Wirksamkeit von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung vorliegt, gibt die Literatur deutliche Hinweise darauf, dass es individuelle Dimensionen einer beruflichen Tätigkeit sind, die Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit nehmen. Sie liegen je nach Arbeitsaufgaben, Arbeitsumfeld, Organisationsstruktur und Mitarbeiter- sowie Managementverhalten in unterschiedlicher Ausprägung vor und stehen unter wechselseitigen Einflüssen. Es ist anzunehmen, dass die Mitarbeiter selbst die entscheidenden Informationen darüber geben können, welche Belastungsfaktoren im Einzelnen vorliegen und welche Beanspruchungen sie infolge der Arbeit wahrnehmen. Bisherige Forschungsarbeiten geben nur in Ansätzen Einblicke in die soziale Realität von Menschen, deren Erwerbsleben von schwerer körperlicher Arbeit gekennzeichnet ist.

Auf Grundlage dieser Überlegungen wurde als Ziel des Projekts festgelegt, die subjektiven Perspektiven von Handwerkern in der Schienenfahrzeuginstandhaltung bezüglich Arbeit und Gesundheit zu erfassen und zu rekonstruieren. Folgende Fragestellungen wurden als handlungsleitend für die Datenerhebung formuliert:

1. Welche subjektiven Perspektiven zu Gesundheit und Arbeit bestehen unter Handwerkern in der Schienenfahrzeuginstandhaltung?

1.1: Welche Faktoren am Arbeitsplatz erleben die Handwerker als ihre Gesundheit beeinflussend?

1.2: Welche Einstellungen bestehen zu Gesundheit, gesundheitsbezogenem Verhalten und Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung?

1.3: Worin sehen die Handwerker Gründe für den erhöhten Krankenstand?

1.4: Welche Wünsche oder Ideen bestehen zu möglichen Maßnahmen/Veränderungen, um die Mitarbeitergesundheit zu erhalten bzw. zu fördern?

Ein weiteres Forschungsziel lag darin, unter den Mitarbeitern mögliche Gruppen (bzw. Typen) zu identifizieren, die sich innerhalb der Gruppen anhand relevanter Merkmalsausprägungen (Wahrnehmungen, Annahmen und Einstellungen) möglichst ähnlich sind und unterhalb der Gruppen möglichst deutlich unterscheiden.

Wie im theoretischen Hintergrund dargestellt sind Gesundheit und Gesundheitsverhalten komplexe Phänomene, beeinflusst durch eine Vielzahl individueller Faktoren. Aus diesem Grund ist anzunehmen, dass einzelne Maßnahmen der Gesundheitsförderung (z.B. Rückenschule, Ernährungsberatung usw.) nicht die persönlichen Bedürfnisse aller Mitarbeiter treffen. Gleichzeitig können Unternehmen aus zeitlichen und finanziellen Gründen keine optimale individuelle Gesundheitsförderung jedes einzelnen Mitarbeiters leisten. Angenommen wird, dass eine systematische Identifizierung von Mitarbeiterprofilen bzw. -typen in Bezug auf gesundheitsrelevante Merkmale die Möglichkeit bietet, sinnvolle Maßnahmen oder Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung für den jeweiligen Typus abzuleiten. Damit könnten perspektivisch Fehlinvestitionen in Pauschalprogramme, welche nur wenige Mitarbeiter erreichen, vermieden und stattdessen bedarfsgerechtere (typenspezifische) Interventionen angeboten werden. Aus diesen Überlegungen ergab sich folgende weitere Fragestellung:

2. Welche Strukturen im Sinn unterschiedlicher Typen (Fallgruppen) lassen sich anhand der erfassten Mitarbeiterperspektiven rekonstruieren?

4 Methoden und Ergebnisse

Das Forschungsprojekt gliedert sich in drei Teile, die jeweils einzeln anhand der Methode und Ergebnisse dargestellt werden. Abschließend erfolgt eine übergreifende Betrachtung und Diskussion.

Zur Beantwortung von Fragestellung 1 wurden teilstrukturierte Interviews und Gruppendiskussionen mit Handwerkern geführt, die in der Schienenfahrzeuginstandhaltung tätig sind. Die Datenauswertung orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010; Mayring & Gläser-Zikuda, 2008), einzelne Forschungsschritte fanden in Anlehnung an die Grounded Theory statt (Glaser & Strauss, 2010).

Zur Beantwortung von Fragestellung 2 wurde das gesamte Datenmaterial in einem weiteren Auswertungsschritt mit dem Ziel einer Typenbildung strukturiert (Kelle & Kluge, 2010).

Der dritte Teil behandelt eine Sekundäranalyse quantitativer Daten, die im Sinn einer „Eingangsdagnostik“ im Auftrag des Unternehmens zu Beginn des Projektes mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben wurden. Ausgewählte Skalen des Fragebogens wurden einer Clusteranalyse unterzogen, um zu ermitteln, ob sich in diesen Daten Fallgruppen finden lassen, welche der qualitativen Typologie entsprechen oder diese ergänzen.

4.1 Methode Teil 1: Qualitative Interviews und Inhaltsanalyse

Um die Situation der Mitarbeiter aus ihrer Perspektive heraus möglichst realitätsnah zu erfassen, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Auf standardisierte Erhebungsmethoden zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde bewusst verzichtet, da weder Hypothesen zum Untersuchungsgegenstand vorlagen noch beabsichtigt war, mögliche Antworten der Mitarbeiter im Vorfeld zu antizipieren. Die Datenerhebung sollte bewusst offen erfolgen, um allen Befragten die Gelegenheit zu geben, das, was ihnen wichtig ist, möglichst unbeeinflusst und ausführlich zu schildern (Helfferich, 2011; Lamnek & Krell, 2010). Hierzu wurden Einzel- und Gruppeninterviews geführt, die nur insofern vorstrukturiert waren, als dass sie offene Erzählaufforderungen beinhalten, welche sich an den unter 1 formulierten Fragestellungen orientierten. Alle Interviews wurden auf Tonträger aufgezeichnet, vollständig verschriftlicht und anhand der strukturierenden und zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisdarstellung erfolgt deskriptiv, anhand der zusammengefassten Interviewinhalte in thematischen Kategorien (Merkmalen), welche aus den Daten (induktiv) entwickelt wurden. Zitate aus den Interviews dienen dabei der Illustration sowie der Validierung der Zusammenfassungen bzw. Interpretationen (Steinke, 2007).

4.1.1 Vorannahmen und theoretische Vorüberlegungen

Im Vorfeld der Untersuchung bestanden grundsätzliche theoretische Annahmen über mögliche Einflussfaktoren auf Gesundheit, die als ein heuristischer Rahmen für die Datenerhebung genutzt wurden. Die Annahmen bestanden kurz gefasst darin, dass sich arbeitsbezogene Gesundheit nicht getrennt von individuellem Verhalten, auch außerhalb des beruflichen Kontextes, betrachten lässt. Weiterhin besitzt Gesundheit neben objektiv messbaren, physischen oder auch psychischen, sozialen oder emotionalen Ausprägungen stets eine subjektive Dimension im Sinne eines „Erlebens“ des eigenen Wohlbefindens oder Gesundheitszustandes, das in Teilen von einer objektiven Bewertung abweichen kann. Sowohl die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit als auch gesundheitsbezogenes Verhalten sind geprägt von subjektiven Annahmen über Gesundheit, die durch soziokulturelle Einflüsse und individuelle Erfahrungen entstehen (vgl. Kap. 2.1.2 „Laienmodelle der Gesundheit“). Um relevante Informationen über den Zustand und die Entwicklung der Gesundheit von bestimmten Personengruppen bzw. Individuen zu erhalten, bietet ein offenes, nicht (vollständig) vorstrukturiertes Datenerhebungsverfahren die Möglichkeit, das Erleben der Betroffenen zu erfassen und damit den subjektiven Dimensionen von Gesundheit gerecht zu werden (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

Über die Arbeit der Zielgruppe bestand zu Beginn des Projekts wenig Vorwissen. Vor der Datenerhebung konnte ein Werk besichtigt werden, um einen groben Eindruck von Arbeitsumgebung, Arbeitsmitteln und Arbeitsanforderungen zu erhalten. Diese Informationen ermöglichten allerdings keine präzisen Vorannahmen zu der Arbeitssituation der Handwerker. Dies wurde für den Einstieg in die Datenerhebung zunächst als Vorteil gewertet, da ein geringes Vorwissen des Forschers die Chance bietet, sich möglichst unvoreingenommen und offen in das Forschungsfeld zu begeben (Glaser & Strauss, 2010). Diese Unvoreingenommenheit trägt dazu bei, dass im Verlauf der Datenerhebung auch Themen, Dimensionen oder Ausprägungen zugelassen bzw. erfasst werden können, die aus einer externen oder theoretischen Perspektive nicht antizipiert werden, jedoch aus Sicht der Befragten von Relevanz sind. Eine entsprechende „Naivität“ der Untersucher dient einem weiten Aufmerksamkeits- und Beobachtungsradius und erhöht die Wahrscheinlichkeit, Neues, das heißt bislang theoretisch nicht oder in anderer Weise Beschriebenes, zu entdecken (Flick, Von Kardoff, & Steinke, 2007). Von Handwerkerseite sollte der Forscher als neutrale Person wahrgenommen werden, der die Gesprächsinhalte nicht wertet oder auf Grundlage von Vorwissen oder eigener Erfahrungen kommentiert oder lenkt.

Das Ziel der Untersuchung lag nicht darin, objektiv Gesundheit und mögliche gesundheitsrelevante Faktoren zu messen, sondern darin, die Lebensrealität oder soziale Wirklichkeit der Handwerker, d.h. ihr subjektives Erleben und ihre individuellen Annahmen, Wahrnehmungen und Bewertungen zu bzw. von Gesundheit nachvollziehbar und verstehbar zu machen. Um dies zu erreichen, wurde ein zeitlich und thematisch begrenzter Rahmen entworfen, in welchem die Handwerker in Einzel- oder Gruppeninterviews Gelegenheit erhalten sollten, ihre Perspektiven ausführlich und offen zu schildern. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine intensive Betrachtung

einzelner Fälle, die zugunsten der offenen Rekonstruktion subjektiver Perspektiven auf eine Standardisierung und hohe Fallzahlen verzichtet. Qualitative Forschung „...hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick et al., 2007, S. 14).

Für die Auswertung wurde ebenfalls ein weitgehend offenes Verfahren geplant, d.h. eine induktive Entwicklung von relevanten Themen aus den Interviews und eine entsprechende Strukturierung des Datenmaterials (Glaser & Strauss, 2010). Der Prozess von Datenerhebung und Datenauswertung sollte iterativ erfolgen, d.h. dass bereits bei Vorliegen erster Daten die Auswertung beginnt und anhand der Ergebnisse die weitere Erhebung geplant wird in Bezug darauf, welche Probanden als nächstes befragt werden und inwieweit Interviewinhalte anzupassen sind. Dieser Prozess sollte so lange wiederholt bzw. fortgesetzt werden, bis eine Datensättigung eintritt, d.h. die Datenlage so umfassend ist, dass mittels weiterer Erhebungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Strübing, 2004).

Die Datenanalyse war entsprechend der qualitativen Vorgehensweise als Nachvollziehen des „subjektiv gemeinen Sinns“ (Weber 1972 in Flick et al., 2007) geplant, allerdings auf einer vergleichsweise niedrigen Interpretationsebene. Die Aussagen der Handwerker sollten nicht nach einem möglichen latenten Sinn hin gedeutet, sondern thematisch sortiert, gebündelt und so reduziert werden, dass der offenliegende/offensichtliche Sinn möglichst unverfälscht erhalten bleibt (Flick, 2010).

4.1.2 Ethische Einordnung des Vorgehens

Bei den Probanden handelt es sich um erwachsene, mündige und (im Sinn der Arbeitsfähigkeit) gesunde und damit nicht vulnerable Personen. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Die Teilnehmer sowie Gatekeeper (Betriebs- und Werksleitung) wurden vorab mündlich sowie schriftlich ausführlich über Inhalte und Ziele der Befragung informiert (s. Anhang 1). Ihnen wurde zugesichert, dass die Betriebsleitung zwar über allgemeine Ergebnisse informiert wird, aber keine Informationen weitergegeben werden, die Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen. Eine entsprechende informierte Zustimmungserklärung wurde schriftlich eingeholt (s. Anhang 2). Der Betriebsrat wurde ausführlich über das Projekt informiert und gab seine Zustimmung zur Durchführung. Mit der Betriebsleitung besteht die Vereinbarung, dass Veröffentlichungen der Forschungsergebnisse ihrer Zustimmung bedürfen (Orb, Eisenhauer & Wynaden, 2000).

Im Rahmen des Projekts wurden von den Teilnehmern personenbezogene Daten, wie Alter, Dauer der Berufszugehörigkeit, Familienstand usw. erfasst, sofern diese für die spätere Ergebniseinordnung und Interventionsplanung relevant waren. In der Dokumentation wurden sämtliche personenbezogenen Angaben mit einem Verschlüsselungssystem versehen, auf welches ausschließlich die Forschergruppe Zugriff hat. Aus dem zur Analyse verwendeten Datenmaterial sind somit keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich.

Tonaufnahmen, Transkripte, Beobachtungsprotokolle und alle weiteren Dokumentationen wurden auf einem passwortgeschützten Rechner gespeichert, welcher an einem nichtöffentlichen Platz verschlossen aufbewahrt wird. Das Passwort ist ausschließlich den Forschern bekannt und wurde an keiner Stelle schriftlich fixiert. Das o.g. Verschlüsselungssystem wird ebenfalls passwortgeschützt und getrennt von den Daten aufbewahrt (anderer Rechner, anderer Ort). Die Daten werden in der angegebenen verschlüsselten Form in der Hochschule Fresenius für zehn Jahre aufgehoben.

Am 21.5.2013 wurde für das Projekt ein Ethikantrag an die Ethikkommission der Hochschule Fresenius gestellt und am 12.6.2014 ein positives Votum ohne Auflagen erteilt.

4.1.3 Feldzugang

Um die Zielgruppe, Handwerker in der Schienenfahrzeuginstandhaltung, zu erreichen, ermöglichte die Gesamtbetriebsleitung den Kontakt zu drei Werken. Mit der Werksleitung wurde besprochen, zu welchem Zeitpunkt wie viele Mitarbeiter interviewt werden sollten und inwieweit bestimmte Auswahlkriterien bestehen, beispielsweise zum Alter oder zur Position der Mitarbeiter. Die Werksleitung übernahm die entsprechende Auswahl bzw. Rekrutierung der Probanden und die Bereitstellung räumlicher und zeitlicher Ressourcen. Die Werksleitung ermöglichte ebenfalls, dass der gesamten Belegschaft das Projekt vorab durch die Forscher persönlich vorgestellt werden konnte.

4.1.4 Planung der Datenerhebung

Um den interessierenden Gegenstandsbereich angemessen erfassen zu können, wurde das problemzentrierte Interview als Erhebungsmethode gewählt. Es gilt als ein Verfahren zur Theoriegenerierung und zielt „auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“. (Witzel, 2000). Die Hauptbestandteile des Verfahrens sind

1. die Problemzentrierung, d.h. dass sich der Forscher in seiner Fragestellung an einem gesellschaftlich relevanten „Problem“ orientiert, in diesem Fall die Gesundheit von Menschen unter schwerer körperlicher Arbeit,
2. die Gegenstandsangemessenheit, welche Flexibilität in der Wahl der Erhebungsmethoden gewährt, so dass im Verlauf des Forschungsprozesses unterschiedliche Verfahren, in diesem Fall Einzel- und Gruppeninterviews, zum Einsatz kommen können und
3. die Prozessorientierung, die den Gesprächsverlauf kennzeichnet und durch eine Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses und eines offenen, flexiblen Umgangs mit Gesprächsinhalten gekennzeichnet ist (Flick, 2010; Witzel, 2000).

4.1.4.1 Interviewleitfaden

Vor der Datenerhebung wurde ein Interviewleitfaden entworfen, der die interessierenden Hauptthemen im Sinne einer Heuristik beinhalten sollte. Diese Hauptfragen wurden so vorformuliert, dass sie eine offene Antwort ermöglichen und als Erzählaufforderung dienen. Zu allen Hauptthemen wurden, falls nötig, ebenfalls offene Unterfragen formuliert, um den Erzählfluss aufrecht zu erhalten und/oder mögliche Detailspekte genauer zu erfassen (Hopf, 2007). Dieser Leitfaden diente der Gesprächsstrukturierung sowie der Lenkung des Gesprächs auf die zentralen Themen und als eine Erinnerungshilfe für den Interviewer. Der Leitfaden wurde flexibel gehandhabt, d.h. dass die Fragen nicht grundsätzlich in der vorgegebenen Reihenfolge behandelt wurden und während des Interviews thematische Ergänzungen möglich waren (Witzel, 2000). Im Verlauf der gesamten Erhebung wurde der Interviewleitfaden in einem iterativen Prozess entsprechend der jeweils vorliegenden Ergebnisse für die folgenden Befragungen modifiziert. Der Einstieg in die Gespräche fand stets mit einer offenen Erzählaufforderung statt, indem die Befragten gebeten wurden, ihre Gedanken zum Thema Gesundheit zu formulieren. Folgende Hauptthemen wurden als gesprächsleitend definiert:

1. Subjektive Bedeutung von Gesundheit generell: Die Teilnehmer wurden gebeten, zu schildern, was ihnen zu Gesundheit einfällt und welche Bedeutung Gesundheit für sie persönlich hat.
2. Individuelles Gesundheitsverhalten: Erfragt wurde hier, was die Teilnehmer selbst – in der Freizeit, bei der Arbeit – für ihre Gesundheit aktiv tun oder was sie gerne tun würden.
3. Wahrgenommene Einflussfaktoren der Arbeit auf Gesundheit: Hier sollten die Befragten schildern, welche Gesundheitsgefahren sie am Arbeitsplatz sehen oder bereits erlebt haben, ihre gedankliche Beschäftigung mit möglichen Risiken, inwieweit gesundheitliche Beschwerden auf die Arbeit zurückgeführt werden und welche gesundheitsförderlichen Dimensionen der Arbeit wahrgenommen werden. Hierunter fiel auch die Frage nach der angenommenen Ursache für den erhöhten Krankenstand.
4. Einstellung zu Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz: Mit dieser Frage sollten sowohl bisherige Erfahrungen mit möglichen Gesundheitsförderprogrammen erfasst werden als auch Ideen und Bedürfnisse der Mitarbeiter bezugnehmend auf aus ihrer Sicht mögliche Veränderungen, um Gesundheitsrisiken zu verringern bzw. die Arbeit gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Zusätzlich wurde ein Kurzfragebogen erstellt, in welchem die Interviewteilnehmer ihr Alter, ihre Funktion im Betrieb, ihren Berufsabschluss, die Dauer der Berufserfahrung und der Betriebszugehörigkeit in Jahren, ihren Familienstand und (als freiwillige Angabe) Beschwerden, die sie auf ihre Berufstätigkeit zurückführen, angeben sollten. Kurzfragebogen und Interviewleitfaden finden sich im Anhang (Anhang 3).

4.1.4.2 Einzel- und Gruppeninterviews

Die Prinzipien des problemzentrierten Interviews können in Einzel- wie Gruppenbefragungen angewendet werden. Während die Einzelbefragung in der qualitativen Forschung darauf zielt, die Perspektiven einer Person möglichst detailliert, ausführlich und individuell zu erfassen, bieten Fokusgruppen die Möglichkeit, eine natürlichere Gesprächssituation herzustellen, die der „Kultur“ der Befragten eher entspricht bzw. diese auch deutlich werden lässt. Fokusgruppen werden dem entsprechend dann eingesetzt, wenn gewünscht ist, eine situations- oder themenspezifische Meinung von sozialen Gruppen zu rekonstruieren (Flick, 2010; Rabiee, 2004). Die Gruppeninteraktion hilft in dem Fall dabei, nicht nur eine soziale Wirklichkeit nachzuvollziehen, sondern auch warum und wie sie entsteht (Kitzinger, 1995). Gleichermaßen kann in einer Gruppendiskussion die Auseinandersetzung über unterschiedliche Ansichten oder Wahrnehmungen Impulse setzen für die Entwicklung von Ideen, Identifizierung von Standpunkten, die Präzisierung von Gedanken usw. Gruppendiskussionen entwickeln aus diesem Grund häufig eine entsprechende Dynamik und bringen Erkenntnisse hervor, die anhand von Einzelinterviews ggf. nicht gewonnen werden können (Lamnek & Krell, 2010). Fokusgruppeninterviews werden häufig eingesetzt, um Perspektiven auf gesundheits- und arbeitsbezogenes Erleben bestimmter sozialer Gruppen zu ermitteln (Dolan, Cookson & Ferguson, 1999; Ivanoff, 2002; Kitzinger, 1995; Lester, Tait, England & Tritter, 2006).

Die erste Gruppenbefragung wurde, abweichend von allen weiteren Befragungen, als explorative Sondierung geplant und nicht auf Tonträger aufgenommen. Stattdessen wurden die Teilnehmer zu Beginn gebeten, jeder für sich Notizen zu folgenden Fragen anzufertigen:

- Welche Beschwerden oder Probleme treten infolge der Arbeit auf?
- Welche möglichen Ursachen werden angenommen?
- Welche Wünsche und Ideen bestehen zu möglichen Veränderungen?

Im Anschluss wurden die Ergebnisse zusammengetragen, diskutiert, ergänzt, sortiert/strukturiert und schriftlich für alle sichtbar festgehalten.

4.1.4.3 Organisatorische Planung

Geplant war, in drei unterschiedlichen Werken der Schienenfahrzeuginstandhaltung insgesamt mindestens 30 Mitarbeiter zu befragen, um eine möglichst große Heterogenität der Probandengruppe und eine möglichst große Variationsbreite an Antworten auf die interessierenden Fragen zu erhalten (Köhler & Frommer, 2011). Für die Dauer der Befragungen wurden 30-45 Minuten (Einzelinterviews) bzw. 90-120 Minuten (Gruppeninterviews) veranschlagt. Alle Interviews (mit Ausnahme der ersten Gruppenbefragung) sollten auf einen Tonträger aufgezeichnet und anschließend vollständig verschriftlicht werden. Sowohl die Betriebsleitung als auch die Leitung der einzelnen Werke wurden schriftlich und mündlich über Inhalte und Ziele der Befragungen informiert. Es fand eine Vorstellung des Projekts vor der gesamten Belegschaft der einzelnen Werke

statt, in welchem insbesondere darauf hingewiesen wurde, dass die Teilnahme an den Befragungen freiwillig ist und dass den Handwerkern weder aus einer Teilnahme noch aus einer Nicht-Teilnahme irgendwelche Nachteile entstehen. Alle Mitarbeiter erhielten eine schriftliche Vorabinformation, in welchem die Forschergruppe vorgestellt und die Themen der Interviews beschrieben waren (s. Anhang 1). Eine Schweigepflicht gegenüber Kollegen oder Vorgesetzten sowie externen Personen wurde zugesichert. Die Handwerker wurden darüber informiert, dass alle Gespräche auf einen Tonträger aufgenommen und anschließend vollständig verschriftlicht werden, und dass dieses Material verschlossen und unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen aufbewahrt wird.

4.1.5 Probanden

Insgesamt wurden 34 Mitarbeiter aus drei unterschiedlichen Werken befragt, wobei ein Mitarbeiter an zwei Fokusgruppenbefragungen teilnahm (Wulf, s. Tabelle 2). Die Gesamtzahl der handwerklich tätigen Mitarbeiter lag pro Werk zwischen 60 und 90. Die drei unterschiedlichen Werke waren mit acht, zehn bzw. 16 Teilnehmern repräsentiert. Vier der Teilnehmenden waren Meister, die in der Vergangenheit selbst als Handwerker gearbeitet hatten, mittlerweile jedoch überwiegend Bürotätigkeit durchführen. Vier der Befragten waren Vorarbeiter mit überwiegend handwerklicher Tätigkeit und zuständig für die Koordination von Arbeitsgruppen in der Größe von sechs bis acht Mitarbeitern. 26 der Befragten arbeiteten als Handwerker, davon 24 als Schlosser und/oder Schweißer und einer als Schreiner. Das Alter der Befragten lag zwischen 20 und 60 Jahren. Abbildung 2 gibt eine Übersicht über Verteilung des Samples nach Alter, Position im Betrieb und Standort. Alle befragten Mitarbeiter waren männlich, was zwar der Geschlechterverteilung, jedoch nicht der Geschlechterrepräsentativität entspricht (in zwei Werken arbeitete jeweils eine Handwerkerin). Zur Übersicht über das Gesamtsample siehe Tabelle 1 und 2 (Kap. 4.1.6.3).

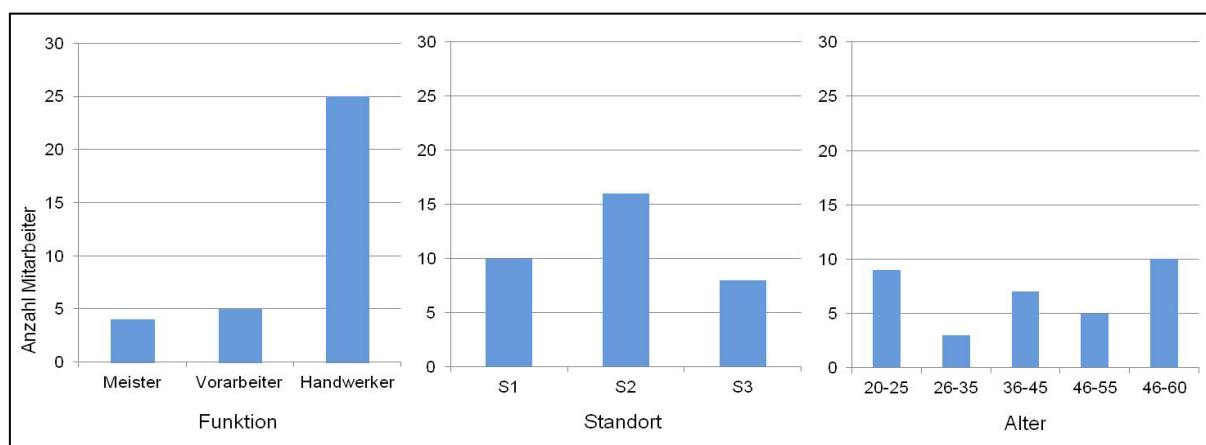


Abbildung 2: Übersicht Probandenverteilung nach Funktion, Standort, Alter

4.1.6 Datenerhebung

Die Daten wurden zwischen Juni 2012 und Februar 2014 in drei Werken des Betriebs erhoben. Insgesamt wurden 13 Einzelinterviews geführt und vier Gruppenbefragungen mit jeweils fünf bis sechs Mitarbeitern.

4.1.6.1 Interviewsituation

Alle Gespräche, d.h. Einzel- sowie Gruppeninterviews, fanden in den jeweiligen Werken während der Arbeitszeit der Handwerker statt. Sie wurden in einem ruhigen und störungsfreien Raum unter Ausschluss Dritter durchgeführt. Die Teilnehmer wurden einleitend nochmals über Inhalte und Ziele der Gespräche sowie den Kontext des Gesamtprojekts informiert. Sie erhielten die Möglichkeit, vorab Fragen zu stellen und das Gespräch jederzeit ohne Angabe von Gründen abzubrechen. Anschließend wurde das Tonaufnahmegerät eingeschaltet und das Interview gestartet. Nach Abschluss des Gesprächs wurde der Kurzfragebogen von den Teilnehmern ausgefüllt, die Zustimmung zur Verwendung der Daten im Rahmen des Projektes eingeholt und sie wurden darum gebeten, die entsprechende Einwilligungserklärung (s. Anhang 2) zu unterschreiben. Sie erhielten die Kontaktadresse des Forschers und wurden ermutigt, im Nachgang bei möglichen Fragen oder dem Wunsch, weitere Informationen zu geben, Kontakt aufzunehmen.

4.1.6.2 Interviewführung

Den Teilnehmenden wurde mitgeteilt, dass es bei der Beantwortung der Fragen nicht um korrekte oder falsche Angaben geht sondern der Wert der Informationen darin liegt, ihre individuelle Sichtweise bestmöglich nachvollziehen zu können und sie sich daher ermutigt fühlen sollten, offen zu sprechen. Dem entsprechend lag die Rolle des Interviewers darin, Fragen erzählgenerierend zu formulieren, den Erzählfluss aufrecht zu erhalten und eine Bewertung von Aussagen oder die Formulierung eigener Meinungen zum Thema zu vermeiden. Um eine entspannte, offene und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre herzustellen, muss der Interviewer signalisieren, dass er die Perspektive des Befragten respektiert und dass das Ziel der Befragung ist, eine subjektive Sichtweise wertfrei nachzuvollziehen. Dabei geht es nicht darum, sich mit dem Befragten in seiner Situation zu verbünden, sondern um ein sichtbares Interesse am sachlichen und unabhängigen Verstehen (Britten, 1995; Hermanns, 2007).

Die Fragen, die von Forscherseite gestellt wurden, orientierten sich an dem vorbereiteten Interviewleitfaden. Gleichzeitig wurde der Gesprächsverlauf, insbesondere anhand der initialen offenen Erzählaufforderung, weitgehend durch die Befragten selbst gesteuert, so dass die Interviews stets einen individuellen Verlauf nahmen. Den Teilnehmern wurde Gelegenheit gegeben, diejenigen Aspekte, die aus ihrer Sicht besonders relevant sind, in angemessener Ausführlichkeit zu schildern. Ebenso wurde an Stellen, die aus Sicht des Interviewers besonders interessant oder neu erscheinen, tiefergehend nachgefragt. Dennoch wurde darauf geachtet, dass die Inhalte nicht vom eigentlichen Thema abweichen und der Befragte gegebenenfalls gebremst und auf die interessierenden Aspekte zurückgelenkt wurde (Flick, 2010; Hermanns, 2007).

Einzel- sowie Gruppeninterviews folgten demselben Leitfaden und dem Prinzip der Offenheit. Die Besonderheit der Gruppensituation bestand darin, dass es sich in Gruppenbefragungen um keine rein dialogische Situation handelt, sondern auch Diskussionen und Lenkungen zwischen den Teilnehmern stattfinden. Das heißt, dass die Meinungsbildung des Einzelnen durch das Grup-

pengespräch, über den Weg der Auseinandersetzung über mögliche Themen, unterstützt und präzisiert werden kann (Lamnek & Krell, 2010). Allerdings beteiligen sich Teilnehmer selten in gleichem Umfang an der Diskussion, so dass Einzelne den Gesprächsfluss und damit auch Verlauf und Inhalte der Befragung dominieren konnten. Die Aufgabe der Interviewleitung bestand entsprechend darin, möglichst alle Gruppenmitglieder in gleichem Maß in das Gespräch einzubeziehen bzw. von allen Aussagen zu den relevanten Themen zu erhalten, gleichzeitig aber den Prozess der Auseinandersetzung innerhalb der Gruppe und eine damit verbundene dynamische Meinungsbildung zu ermöglichen. Dies wurde den Teilnehmern vorab erklärt und darauf hingewiesen, dass die Äußerung individueller Ansichten und Wahrnehmungen ausdrücklich erwünscht und von allen Anwesenden zu respektieren ist (Flick, 2010).

4.1.6.3 Interviewverlauf

Alle Interviews konnten dem geplanten Ablauf folgend durchgeführt werden. Die Teilnehmer zeigten sich weitgehend auskunftsbereit und antworteten ausführlich auf die Fragen des Interviewers. Die Gesprächsatmosphäre wurde von Forscherseite sowohl in den Einzel- als auch in den Gruppenbefragungen als angenehm und offen wahrgenommen. In den Gruppeninterviews gelang es nicht, alle Teilnehmer in gleichem Maß zu Wort kommen zu lassen. Dennoch schien es möglich, die Einstellungen der Einzelnen zu den jeweiligen Themen größtenteils zu erfassen. Die Einzelinterviews dauerten zwischen 31 und 50 Minuten, die Gruppenbefragungen zwischen 1.44 und 1.56 Stunden (s. Tab. 1 und 2). Alle Befragten stimmten der Datenverwendung für das Forschungsprojekt zu.

Tabelle 1: Teilnehmerübersicht Einzelinterviews

Alias	Funktion im Betrieb	Alter (Jahre)	Betriebszugehörigkeit (Jahre)	Dauer Interview (Minuten)
Werner	Handwerker	59	34	47
Samuel	Handwerker	20	4	31
Sven	Handwerker	22	2	46
Walter	Handwerker	44	30	33
Rüdiger	Handwerker	42	16	37
Klaus	Vorarbeiter	56	33	32
Rudolph	Vorarbeiter	54	34	45
Günther	Vorarbeiter	53	37	36
Winfried	Vorarbeiter	52	25	50
Fritz	Meister	42	24	44
Simon	Meister	58	40	46
Josef	Meister	58	42	46
Dieter	Meister	25	8	44

Tabelle 2: Teilnehmerübersicht Gruppeninterviews

Alias	Funktion im Betrieb	Alter (Jahre)	Betriebszugehörigkeit (Jahre)	Dauer Interview (Minuten)
Fokusgruppe 1				154
Reiner	Handwerker	50	33	
Wulf	Handwerker	43	28	
Mike	Handwerker	58	29	
Pierre	Handwerker	21	5	
Roland	Handwerker	55	39	
Fokusgruppe 2				151
Guido	Handwerker	57	34	
Wulf	Handwerker	43	28	
Peter	Handwerker	23	3	
Serge	Handwerker	43	2	
Sepp	Handwerker	59	40	
Fokusgruppe 3				156
Clemens	Handwerker	29	7	
Martin	Handwerker	21	4	
Markus	Handwerker	60	40	
Ralf	Handwerker	30	6	
Knut	Handwerker	58	40	
Heiner	Handwerker	57	43	
Fokusgruppe 4				144
Walter	Handwerker	44	30	
Sören	Handwerker	55	38	
Kai	Handwerker	46	4	
Carsten	Handwerker	24	8	
Jörg	Handwerker	20	4	
Manfred	Handwerker	24	2	

4.1.7 Datenaufbereitung

Die Tonaufnahmen der Interviews wurden vollständig in normalem Schriftdeutsch transkribiert. Auf Angaben zu nonverbaler Kommunikation wurde weitgehend verzichtet. Die Transkripte sind sprachlich geglättet, das heißt, mögliche dialektal bedingte Abweichungen vom Hochdeutschen sowie Sprechunflüssigkeiten in Form von Wort-, Silbenwiederholungen oder Füllwörtern ohne Sinngehalt („em, äh“ usw.) wurden aus der Verschriftlichung entfernt bzw. korrigiert, um die Lesbarkeit der Texte und die Nachvollziehbarkeit der Inhalte zu optimieren (Kuckartz, 2007). Die Transkriptionsregeln orientieren sich an dem System von nach Hoffmann-Riem (1984) in Kuckartz 2007, S.47 (s. Abb. 3).

Zeichen	Bedeutung
..	kurze Pause
...	mittlere Pause
....	lange Pause
.....	Auslassung
/eh/ /ehm/	Planungspausen
((Ereignis))	nicht-sprachliche Handlungen, z.B. ((Schweigen))((zeigt auf ein Bild))
((lachend)) ((erregt)) ((verärgert))	Begleiterscheinungen des Sprechens (die Charakterisierung steht vor den entsprechenden Stellen)
<u>sicher</u>	auffällige Betonung, auch Lautstärke
s i c h e r	gedehntes Sprechen
()	unverständlich
(so schrecklich?)	nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut

Abbildung 3: Transkriptionssystem nach Hoffmann-Riem (1984) in Kuckartz, 2007, S. 47

4.1.8 Datenauswertung

Das Ziel der Datenauswertung bestand darin, die erste eingangs formulierte Hauptfragestellung zu beantworten, d.h., Annahmen, Einstellungen und Wahrnehmungen der Handwerker bzw. Mitarbeiter zum Thema Gesundheit und Arbeit darzustellen. Hierzu musste das gesamte Datenmaterial in Bezug auf die relevanten Themen zunächst strukturiert und dann so reduziert werden, dass die wesentlichen Inhalte erhalten blieben aber eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse möglich war. Das Vorgehen orientierte sich dabei an der strukturierenden und zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Die Auswertung wurde induktiv vorgenommen, das heißt die Struktur wurde sukzessive anhand des vorliegenden Textmaterials entwickelt.

4.1.8.1 Übersicht über den Auswertungsprozess

Die Datenanalyse startete nach Durchführung der ersten vier Einzelinterviews (zwei Meister, ein Vorarbeiter, ein Handwerker) und der ersten Gruppenbefragung (fünf Handwerker). Aus den Er-

gebnissen bzw. den Interviewtranskripte wurde ein erstes Begriffssystem (Code- bzw. Kategoriensystem) zur Strukturierung der gesamten Texte entwickelt (s. Kap. 4.1.8.4 „Kategoriensystem“). Der Interviewleitfaden wurde daraufhin leicht modifiziert und der nächste Schritt der Datenerhebung geplant. Es folgten sechs weitere Einzelinterviews mit zwei Handwerkern, zwei Vorarbeitern und zwei Meistern. Das verschriftlichte Material wurde in das bestehende Kategoriensystem eingeordnet (codiert), währenddessen wurde das Kategoriensystem erweitert und angepasst. Das gesamte Datenmaterial wurde daraufhin nochmals vollständig durchcodiert und eine weitere Gruppendiskussion mit fünf Handwerkern geführt. Die Transkripte wurden ebenfalls sukzessive in das Kategoriensystem eingearbeitet, unter weiterer Anpassung des Kategoriensystems an die Daten. Es folgte eine weitere Gruppendiskussionen mit sechs Handwerkern und drei Einzelinterviews mit zwei Handwerkern und einem Vorarbeiter. Nach abschließender Durchführung einer vierten Gruppendiskussion mit sechs Handwerkern wurde die Datenerhebung abgeschlossen, da in den letzten Interviews keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden konnten und damit eine Datensättigung eingetreten war (Glaser & Strauss, 1998). Das gesamte Datenmaterial wurde anhand des finalen Kategoriensystems nochmals vollständig durchkategorisiert. Abbildung 4 gibt eine Übersicht über den Erhebungs- und Analyseprozess.

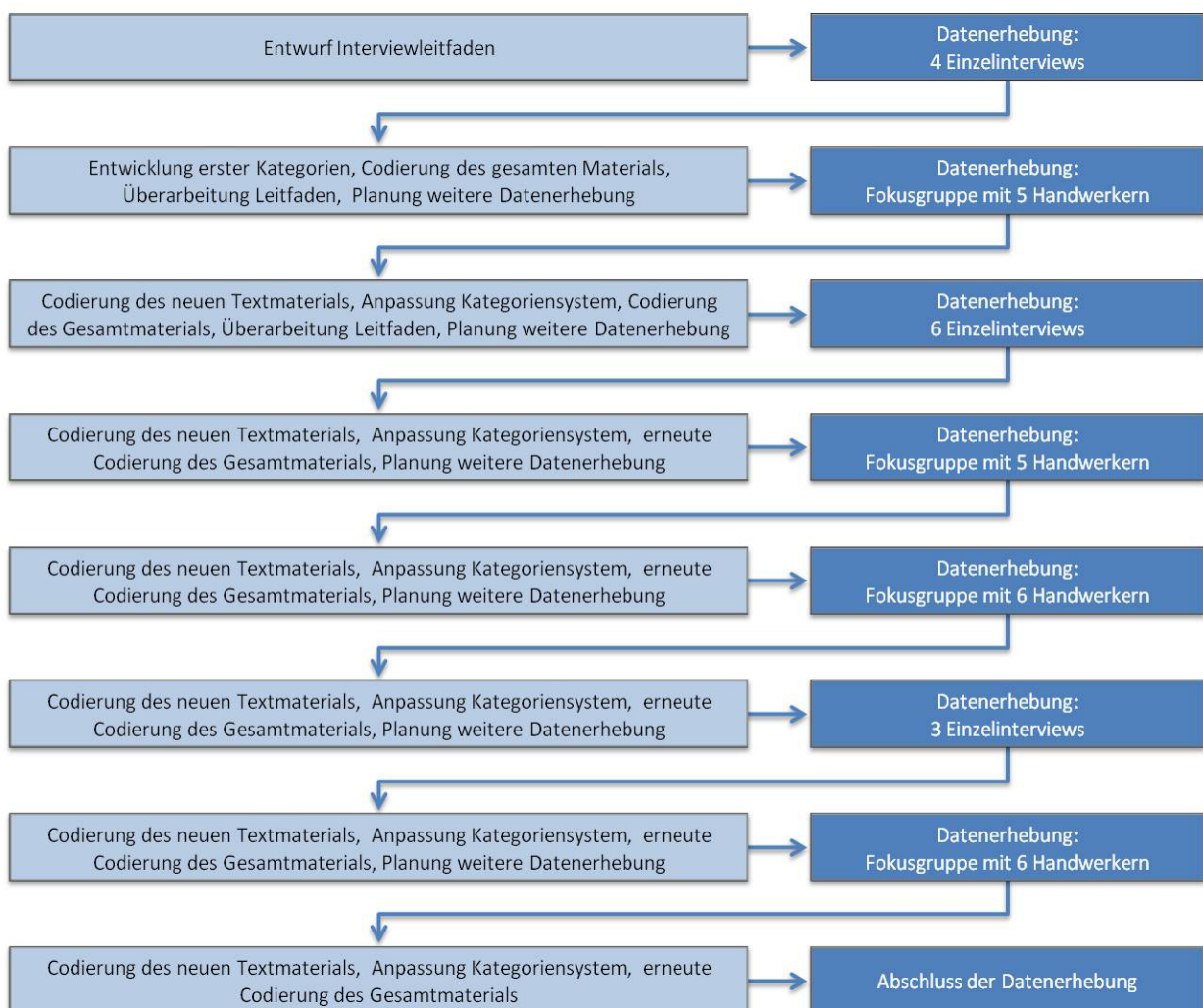


Abbildung 4: Prozess der qualitativen Datenerhebung und -analyse

4.1.8.2 Kategorisierung und Codierung

Zur initialen Textbearbeitung wurden die ersten Transkripte zunächst Zeile für Zeile durchgegangen und die sogenannten Analyseeinheiten, d.h. der Umfang und Inhalt an Text, der mit jeweils einer Codierung versehen bzw. einer Kategorie zugeordnet wird, festgelegt (Mayring, 2010). In diesem Fall wurden als Analyseeinheit Textpassagen definiert, die diejenigen Informationen enthalten, die zum Verstehen der zentralen Bedeutung der darin enthaltenen Aussage notwendig sind. Anhand der im Textverlauf identifizierten Analyseeinheiten wurden zunächst Kategorien entworfen, die das übergeordnete Thema der betreffenden Textstellen erfassen, z.B. Aussagen zu Gesundheitsbeschwerden, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz usw. Im zweiten Durchgang der Textbearbeitung fand das offene Codieren statt. Dazu wurden die Analyseeinheiten zunächst sprachlich reduziert und paraphrasiert, d.h. so gekürzt, dass die inhaltliche Bedeutung erhalten bleibt, aber so knapp wie möglich formuliert ist. Diese Paraphrasen wurden, wenn möglich oder notwendig, auf einem höheren Abstraktionsniveau allgemeiner formuliert (Mayring, 2010). Anhand dieser Generalisierung wurden für jede Textstelle Begriffe im Sinne theoretischer Konzepte entworfen, die beispielsweise verdeutlichen, welche Dimension eines bestimmten Merkmals durch diese Textstelle beschrieben wird (Glaser & Strauss, 1998) oder als übergeordnete Kategorie definiert werden können (Kluge & Kelle, 2010). Tabelle 3 und 4 zeigen anhand von zwei Beispielen das beschriebene Vorgehen.

Tabelle 3: Beispiel A zu Kategorisierung und Codierung

Zitat	Rudolph: <i>Ja, Ernährung, also normal, wie man das so macht in der Familie. Aber nicht jetzt außergewöhnlich, dass wir so sagen, jetzt das und das müssen wir essen. Wir essen so wie's kommt so. (4)</i>
Reduktion	Ernährung normal, essen, wie's kommt
Generalisierung	Normales Ernährungsverhalten
Hauptkategorie	Gesundheit allgemein
Subkategorie 1 (Merkmal)	eigenes Gesundheitsverhalten
Subkategorie 2 (Dimension)	Ernährungsverhalten
Ausprägung	normal

Tabelle 4: Beispiel B zu Kategorisierung und Codierung

Zitat	<i>Werner: Was gut funktioniert ist ähm zum größtenteils, wenn man echt Probleme hat oder Fragen hat unter den Kollegen, dass sie einem weiterhelfen. Also ich hab damit keine Schwierigkeiten. Also vielleicht auch von meinem Alter her, aber wenn man echt mal ne Frage hat oder echt ein Problem hat, wird einem weitergeholfen. (193)</i>
Reduktion	Gut funktioniert größtenteils, dass Kollegen bei Problemen, Fragen weiterhelfen.
Generalisierung	Gegenseitige Unterstützung (Kollegen) funktioniert gut
Hauptkategorie	Ressourcen
Subkategorie 1 (Merkmal)	Soziales
Subkategorie 2 (Dimension)	Soziale Unterstützung unter Kollegen
Ausprägung	gut

Während des gesamten Codierprozesses wurden Notizen zu Codierregeln, Überlegungen und Entscheidungen sowie zu den Definitionen der Kategorien und dem Codierprozess erstellt, um die Nachvollziehbarkeit der Textinterpretation zu gewährleisten (Flick, 2010; Steinke, 2007). Diese Notizen bilden die Grundlage der Darstellungen im Ergebnisteil.

Nach abgeschlossener Codierung aller Interviews wurde anhand des induktiv entwickelten Kategoriensystems das gesamte Material nochmals vollständig durchcodiert. Die Textanalyse wurde durch eine Forscherin durchgeführt, eine Überprüfung der Interpretationsobjektivität fand in Ansätzen statt. Hierzu wurden ausgewählte und als für bestimmte Fragestellungen als relevant identifizierte Textstellen mit einem weiteren Forscher sowie Betriebsangehörigen bezüglich einer möglichen Interpretation diskutiert (Flick, 2010).

4.1.8.3 Analysesoftware

Die Analyse der Daten fand mithilfe des Programms MAX.QDA 11 für computergestützte qualitative Datenanalyse statt. Das Programm diente hierbei einem systematischen Zugang zu den Texten sowie der Strukturierung und Organisation der Daten. Folgende Funktionen wurden zur Textbearbeitung verwendet (Kelle, 2008):

- Zuordnung von Textstellen zu Begriffen, die beschreiben, worum es in den jeweiligen Textstellen geht (Codieren)
- Zusammenfügen und Vergleichen von Textpassagen, die sich auf dasselbe Thema beziehen (Synopsis), ohne diese aus dem Textkontext herauslösen zu müssen
- Erstellen einer hierarchischen Baumstruktur (Codebaum), in welcher die Codes in übergeordnete Konzepte, Kategorien und Subkategorien eingeordnet werden
- Einfaches Wiederfinden von bereits codierten Textsegmenten (Text-Retrieval)
- Erstellung und Zuordnung von schriftlichen Analyseprotokollen (Memos), Code-Notizen
- Handlungsanweisungen für weiteres Vorgehen (Planungs-Notizen) (Glaser & Strauss, 2010)

4.1.8.4 Kategoriensystem

Nach Abschluss der Analyse aller Texte lag ein Kategoriensystem mit bis zu vier Gliederungsebenen und sieben Hauptkategorien vor. Die Hauptkategorien wurden in jeweils zwei bis zehn Subkategorien (Merkmale) untergliedert, einzelne Subkategorien in weitere zwei bis acht Subkategorien (Merkmale oder Ausprägungen), in wenigen Fällen wurden die Subkategorien dritter Ebene nochmals in Ausprägungen untergliedert. Rund 95% des Textmaterials konnten in das Kategoriensystem eingeordnet werden, insgesamt wurden 3.225 Codings vorgenommen, wobei einzelne Textpassagen auch mehrfach, in unterschiedliche Kategorien, einsortiert wurden. Das gesamte Kategoriensystem ist in Anhang 5 abgebildet. Im Folgenden werden die sieben Hauptkategorien, deren Definitionen und die zugehörige Subkategorien erster Ebene beschrieben, Tabelle 5 gibt eine Übersicht über diese Haupt- und Subkategorien sowie die Menge der jeweils zugeordneten Textpassagen bzw. Codes.

Tabelle 5: Übersicht Hauptkategorien und Subkategorien erster Ebene

Gesundheitsprobleme/ Beschwerden 264	Psychosoziale Dimensionen 1376
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewegungsapparat 104 ▪ HNO-Bereich & Atmung 39 ▪ Haut 3 ▪ Psychische/ psychosomatische Beschwerden 18 ▪ Unfälle, Verletzungen 47 ▪ Sonstige 19 ▪ Keine 6 ▪ Nicht vermeidbar 28 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betriebsklima 84 ▪ Kollegen 590 ▪ Vorgesetzte 480 ▪ Subjektive Faktoren 159 ▪ Perspektiven 22
Physische Dimensionen 378	Ressourcen 181
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biomechanische Belastungen 61 ▪ Umfeld 107 ▪ Gefahrenstoffe 31 ▪ Unfallgefahr 39 ▪ Schutzausrüstung, Kleidung 114 ▪ Sonstige 26 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soziales 39 ▪ Arbeit 39 ▪ Betrieb 35 ▪ Veränderungen 33 ▪ Einstellungen 65
Arbeitsorganisation 369	Gesundheitsverhalten & Einstellungen 484
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitdruck 160 ▪ Bürokratie 8 ▪ Materialfluss 15 ▪ Ordnung 13 ▪ Besprechungen 7 ▪ Gruppenzusammensetzung 10 ▪ Arbeitszeiten 25 ▪ Übergeordnete Strukturen 80 ▪ Veränderungen 51 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigenes Gesundheitsverhalten 251 ▪ Gesundheitsförderung 86 ▪ Gesundheitliche Perspektiven 22 ▪ Ursachen Krankenstand 81 ▪ Bedeutung Gesundheit 13 ▪ Annahmen Sonstige 31
	Vorschläge, Ideen, Wünsche 190
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhältnisse 57 ▪ Verhalten 84 ▪ Incentives 40

Hauptkategorie „Gesundheitsprobleme / Beschwerden“

In diese Kategorie wurden all jene Aussagen der Befragten einsortiert, die Informationen über den individuellen Gesundheitszustand, Erkrankungen oder Beschwerden enthalten, inklusive Angaben über wahrgenommene Gesundheitsprobleme von Kollegen. Es wurden Beschwerden des Bewegungsapparates, des Atmungssystems und der Haut angegeben sowie psychische bzw. psychosomatische Beschwerden und Folgen von Unfällen/Verletzungen. Weitere Beschwerden wurden unter „Sonstiges“ kategorisiert. Codiert wurden ebenfalls Angaben zu Beschwerdefreiheit sowie zu den Gesundheitsproblemen, die von den Befragten als nicht vermeidbar eingeordnet werden.

Hauptkategorie „Physische Dimensionen“

Unter physische Dimensionen wurden Aussagen kategorisiert, in welchen die Befragten über Bedingungen des Arbeitsumfeldes oder Arbeitsaufgaben sprachen, infolge derer sie physische Belastungen wahrnehmen. Darunter fallen biomechanische Arbeitsbelastungen, Umweltfaktoren wie Luft, Licht, Temperatur oder Lärm sowie Gefahrenstoffe und Unfall- bzw. Verletzungsrisiken. Zugeordnet wurden ebenfalls Aussagen zur persönlichen Schutzausrüstung, sofern es dabei um Probleme mit oder infolge der Schutzausrüstung ging.

Hauptkategorie „Arbeitsorganisation“

Zugeordnet wurden hier diejenigen Textstellen, aus welchen hervorgeht, wie die Mitarbeiter organisatorische Bedingungen ihrer Arbeit beschreiben und bewerten und welche Einflüsse sie infolge dieser Bedingungen auf ihre Gesundheit oder ihr Wohlbefinden wahrnehmen. Hierunter fallen die Themen Zeitdruck, Bürokratie, Materialfluss, Ordnung, Besprechungen, Gruppenzusammensetzung, Arbeitszeiten, übergeordnete Strukturen (Hierarchien, Gehalt, allgemeine Anforderungen usw.) und Veränderungen.

Hauptkategorie „Psychosoziale Dimensionen“

Diese Kategorie umfasst Aussagen, aus denen hervorgeht, wie die Mitarbeiter psychosoziale Bedingungen am Arbeitsplatz erleben und deren Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden. Untergliedert wurde diese Kategorie in Betriebsklima, Kollegen und Vorgesetzte. Die Subkategorie „subjektive Faktoren“ beinhaltet Angaben zu persönlichen Einstellungen, Sorgen, Motivation, wahrgenommenem Stress und dem Umgang damit. Die Subkategorie „Perspektiven“ erfasst Annahmen zu möglichen künftigen Entwicklungen, die Auswirkungen auf psychosoziale Dimensionen der Arbeit haben können.

Hauptkategorie „Ressourcen“

Als Ressourcen wurden Angaben erfasst, die Aufschluss darüber geben, welche Faktoren der Arbeit die Mitarbeiter als ihrem Wohlbefinden förderlich erleben. Entsprechende Förderfaktoren wurden im sozialen Bereich verortet (durch Kollegen, Vorgesetzte, Festivitäten usw.), die Arbeit

selbst sowie der Betrieb wurden als Förderfaktoren genannt, ebenfalls persönliche Einstellungen wie positives Denken, Zufriedenheit oder Identifikation mit dem Arbeitgeber.

Hauptkategorie „Gesundheitsverhalten und Einstellungen“

Hierunter fallen Aussagen über das persönliche Gesundheitsverhalten, welche Bedeutung der persönlichen Gesundheit zugeschrieben wird sowie Annahmen der Befragten dazu, was gesund ist und was nicht. Gleichmaßen wurden hier Angaben zu betrieblicher Gesundheitsförderung kategorisiert, d.h. Erfahrungen mit und Meinungen zu entsprechenden Maßnahmen. Als gesundheitliche Perspektiven wurden Aussagen erfasst, die Annahmen zu künftigen Entwicklungen der persönlichen Gesundheit enthalten. Die Subkategorie „Ursachen Krankenstand“ enthält die Annahmen der Mitarbeiter zu möglichen Gründen des angestiegenen Krankenstandes im Unternehmen.

Hauptkategorie Vorschläge, Ideen und Wünsche

Diese Kategorie enthält Angaben der befragten Mitarbeiter dazu, was aus ihrer Sicht verändert werden könnte oder sollte, um die Gesundheit und/oder das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu fördern bzw. Gesundheitsrisiken zu vermeiden oder zu minimieren. Enthalten sind Angaben zu Veränderungen auf Verhaltensebene, auf Verhältnisebene sowie Einstellungen zu Incentives.

4.1.9 Datenaufbereitung und Darstellungsform der Ergebnisse

Das Kategoriensystem dient dazu, die Inhalte der Interviews so zu strukturieren, dass eine Übersicht über das gesamte Datenmaterial und das schnelle Auffinden von Textstellen möglich ist. Um die Ergebnisse inhaltlich sinnvoll darzustellen, ist ein weiterer Analyseschritt erforderlich, der darin besteht, die wesentlichen und relevanten Inhalte zu bündeln sowie Zusammenhänge zwischen einzelnen Merkmalen und Ausprägungen herzustellen und diese schlüssig darzulegen (Mayring 2010). Hierzu wurden diejenigen Kategorien und Codes ausgewählt, die Aussagen beinhalten, welche Hinweise zur Beantwortung der Forschungsfragen enthalten.

Der Darstellung der Ergebnisse orientiert sich am Kategoriensystem, auf eine gesonderte Beschreibung der Kategorie Gesundheitsprobleme/Beschwerden wurde jedoch verzichtet, da diese Angaben in Verbindung mit angenommenen Ursachen der Probleme oder Beschwerden erläutert werden. Im Detail beschrieben sind ebenfalls nur diejenigen Subkategorien, die für die interessierenden Fragestellungen relevanten Informationen enthalten, teils werden auch Subkategorien dritter Ebene ausführlicher dargestellt.

Die Ergebnisdarstellung folgt nun den relevanten Kategorien, fasst diese zusammen und gibt an, welche Merkmale und Ausprägungen in der jeweiligen Kategorie enthalten sind. Zur Validierung dieser Angaben, bei welchen es sich letztlich um eine Interpretation handelt, werden Zitate aus den Interviews beigefügt. Sie sollen dem Leser verdeutlichen, in welcher Weise Aussagen der Handwerker interpretiert wurden. Gleichzeitig dienen sie dazu, das subjektive Erleben der Befragten nachvollziehbar zu machen (Przyborski, 2014). Bei den angegebenen Namen der Handwer-

ker handelt es sich um Aliasnamen. Wörtliche Rede ist kursiv gedruckt. Die Zahlen hinter den Zitaten geben die Nummer des Textabschnittes aus den Interviews an.

Abschließend werden die Ergebnisse in Bezug auf die eingangs formulierten Fragestellungen zusammengefasst.

4.2 Ergebnisse Teil 1

Die befragten Handwerker üben eine physisch schwere Arbeit aus, infolge derer unterschiedliche Gesundheitsprobleme auftreten können. Um die Gesamtsituation der Mitarbeiter verstehbar zu machen, werden zunächst die physischen Dimensionen der Arbeit sowie die aus Mitarbeitersicht daraus resultierenden Beschwerden beschrieben. Auf die Frage nach ihrem Gesundheitszustand nannten die Mitarbeiter neben physischen auch psychische Beschwerden, die sie in Teilen auf organisatorische und psychosoziale Arbeitsbedingungen zurückführen. Der Schilderung der Merkmale und Ausprägungen dieser Faktoren und inwieweit sie als gesundheitsrelevant wahrgenommen werden, folgt die Darstellung von Ressourcen, d.h. arbeits- sowie personbezogener Faktoren, die aus Sicht der Befragten einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen. Anschließend werden das von den Mitarbeitern beschriebene eigene Gesundheitsverhalten sowie die damit verbundenen Einstellungen einschließlich der Annahmen zu Gründen für den erhöhten Krankenstand erläutert. Zuletzt erfolgt die Darstellung von Wünschen, Ideen oder Vorschlägen zu Veränderungen, welche aus Sicht der Befragten zu einer Verbesserung der Mitarbeitergesundheit beitragen können.

4.2.1 Physische Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Aus den Befragungen der Mitarbeiter geht hervor, dass die Arbeit in ihrer Wahrnehmung von körperlichen Belastungen und Beanspruchungen, überwiegend des muskuloskeletalen Systems, geprägt ist. Ebenfalls nehmen die Handwerker Einflüsse von Umgebungsfaktoren wie Raumklima/Temperatur, Lärm, Licht, Staub und Dämpfe auf physische Strukturen und Funktionen wahr. Unter anderem aufgrund handwerklicher Tätigkeiten mit schwerem Werkzeug und Materialien sowie Schweiß- und Brennarbeiten beschreiben sie ein gewisses Verletzungsrisiko. Die persönliche Schutzausrüstung (PSA) der Mitarbeiter erfüllt hier eine bedeutende Schutzfunktion, kann den Schilderungen nach aber nicht immer in optimaler Weise eingesetzt werden.

4.2.1.1 Biomechanische Belastungen

Belastungen und Beanspruchungen des Bewegungsapparates entstehen in der Schienenfahrzeuginstandhaltung aus Mitarbeitericht insbesondere durch folgende Tätigkeiten: Heben und Tragen schwerer Lasten, Arbeiten über Kopf und in weiteren Zwangshaltungen, Schieben und Abfangen von Schienenfahrzeugen, häufiges Bücken und Knien auf hartem Boden und Hantieren mit schwerem Werkzeug und Material. Infolgedessen berichten die Mitarbeiter von akuten und chronischen Beschwerden des Rückens sowie der Knie-, Schulter- und Handgelenke. Viele Mit-

arbeiter geben an, Fußschmerzen zu haben, ihren Annahmen nach durch langes Laufen auf hartem Boden.

Sören: Und von der körperlichen Arbeit her ist es auch nicht leicht. Man trägt hier schwere Dinge. Das geht auf die Knochen. So die Älteren, ab 40 hier, fragen Sie mal den, die waren doch alle schon mit dem Rücken unterwegs. Mit Schulter unterwegs. Die über 40, die haben alle Rücken oder Bandscheiben. Oder ne Schulter-OP hinter sich. Das ist hier kein Wunder. (670)

Sven: Also die meisten haben irgendwas, die einen halt mehr mit dem Knie, die anderen mehr mit dem Rücken, die anderen mehr Schulter. (60)

Günther: Ja, wir sind eine Schlosserei, und in jungen Jahren haben wir schon mit dem Vorhammer angefangen zu richten. Das bleibt also nicht aus, dass die Schultergelenke, Handgelenke irgendwann nicht mehr mitmachen. (10)

Die biomechanischen Belastungen betreffend gehen die Mitarbeiter davon aus, dass sie im Regelfall schwer oder gar nicht vermeidbar sind. Beispielsweise ist der Gebrauch schwerer Werkzeuge nicht zu vermeiden und viele Tätigkeiten, die Körperkraft erfordern, sind nicht anders durchführbar.

Ralf: So einen Vorhammer kann man auch nicht ersetzen. Wie? Ja, nein, ich mein jetzt nur das Beispiel jetzt, den Mitarbeiter und sein Werkzeug.

Knut: Es ist halt ne Knochenmühle, man kann nehmen, was man will, ob man jetzt 20 Eichenbretter einbauen muss. [...] Ob man Bremssohlen hochstemmen muss, Steuerventil hochstemmen muss oder die Tür richten muss.

Ralf: Hoch, runter.

Knut: Oder den (unverständlich) muss, das sind halt schwere Arbeiten. (137 ff)

Aufgrund räumlicher Bedingungen unter oder in den Fahrzeugen fehlt den Mitarbeitern der Platz, um beispielsweise mit einem Kran schwere Teile, die verbaut oder gewechselt werden müssen, anzuheben. Auch werden Klettern, Zwangshaltungen und über Kopf-Arbeiten aufgrund der Bauweise der Schienenfahrzeuge als kaum vermeidbar beschrieben.

Peter: Wie zum Beispiel beim Bremshebelverbinder, da steh ich in der Grube und muss den dann über Kopf dann halten, und da kann man nicht rückschonend hochheben, weil ich den über die Achse heben muss, und das ist rückschonend einfach unmöglich. (234)

Walter: Das liegt bisschen an so Zwangshaltung, über Kopf arbeiten. Dann, wir laufen immer Treppe rauf, Treppe runter, Leiter rauf, Leiter runter. Müssen auf den Wagen rauf, wieder runter, in den Kanal rein, wieder raus. Das bleibt nicht nach, dass da irgendwas verschleißt. (91)

4.2.1.2 Raumklima/ Temperatur

Die Instandhaltungsarbeiten an den Fahrzeugen finden in großen Hallen statt, in welche die Fahrzeuge ein- und ausfahren müssen, d.h. die Hallen werden an zwei Seiten regelmäßig geöff-

net. Die Hallen sind beheizt, häufig sind Brenn- und Schweißarbeiten nötig. Hierdurch und aufgrund des hohen körperlichen Einsatzes schwitzen die Handwerker, und ihren Aussagen nach führt insbesondere im Winter beim Öffnen der Tore die kalte Zugluft zu Erkältungskrankheiten oder Muskel- und Gelenkschmerzen.

Ralf: *Und ich mach einen Wagen mit 16, 32 Sohlen, dann ist man erst mal richtig nass geschwitzt, wenn man auch noch so nen Pulli oder ne Jacke anhat. Die man auf jeden Fall anhaben sollte, weil sonst sieht man aus wie Sau. Und dann geht wahrscheinlich noch am Gleis daneben das Tor auf und dann ist ganz vorbei. [...] Also den Zug, den man dann mitkriegt, ne. Wenn man da ein bisschen sensibler ist, dann ist man halt mal so ne Woche zuhause. (87)*

Winfried: *Mach mal auf hier, schön Wind und so, das ist dann für uns nicht so gut. Und wie schnell man da was im Kreuz kriegt, das ist nicht schön. (59)*

4.2.1.3 Luft, Chemikalien

Eine hohe Staubentwicklung in der Halle wird infolge von Schweiß-, Brenn- und Reinigungsarbeiten beschrieben. Die Handwerker sehen hierdurch Gesundheitsgefahren für das Atmungssystem. Auch kommen Lacke und Öle zum Einsatz, deren Dämpfe ihrer Meinung nach ebenfalls Atembeschwerden auslösen oder bei Kontakt zu Hautproblemen führen können.

Ralf: *Wenn die da oben die Sohlen raus kloppen, bildet sich natürlich auch extrem Staub, und das ist, glaube ich, noch schlimmer als das, was in der Halle ist, weil das ist auf engstem Raum, die sind wirklich mit den Köpfen zwischen den Drehgestellen, und kloppen da mit dem Hammer die Keile raus. Wir machen das ja für die Bremse auch ab und zu mal, wenn die Hilfe brauchen. Und da putzt du dir einmal die Nase und das Ding ist schwarz. (26)*

Sören: *Aber jetzt im Winter, wenn da einer mal wirklich einen Gummi verbrennt, das steht die ganze Zeit in der Halle, bis rangiert wird. [...]*

Peter: *Ist meistens so im Winter.*

Sören: *Aber der große Gestank, da ziehen richtige Rauchwolken hier mit. (184ff)*

Fritz: *Das sind diese Öle, Fette halt, wenn ich nen Hydraulikwagen habe, hab ich Hydrauliköl.*

Interviewer: *Und das geht auch nicht immer mit Handschuh, sondern es geht auch mal in die Haut.*

Fritz: *Nee, es geht manchmal auch in die Haut, klar. (92ff)*

4.2.1.4 Lärm, Licht

Auf teils sehr laute Arbeiten (Schweißen, Schleifen, Schlagen usw.) sowie ein akustisches Warnsystem, das beim Rangieren von Fahrzeugen einsetzt, führen Mitarbeiter Gehörprobleme zurück.

Günther: *Na, viel bleibt ja nicht mehr über. Schlecht hören können wir alle gut.*

Interviewer: *Haben Sie schon Hörbeeinträchtigungen in Teilen?*

Günther: *Ja, das rechte Ohr bei mir. Was hat der damals gesagt, der Ohrenarzt, ich glaub 20 Prozent hör ich noch. Oder 25 %.*

Interviewer: *Und das führen Sie auch auf die Arbeit zurück?*

Günther: *Ja, das ist eine Lärmschädigung, das wurde mir auch schon bestätigt.*

Interviewer: *Aber nur auf einem Ohr, das andere ist ok?*

Günther: *Ja, wahrscheinlich, in jungen Jahren, als wir noch keinen Gehörschutz hatten, den ganzen Tag mit der Flamme stehen, anwärmen, schlagen, ich sag mal die rechte Seite, wo dann der höhere Schalldruck dann ist. (143ff)*

Auch die Lichtverhältnisse werden als problematisch wahrgenommen: Fest installierte Beleuchtungen blenden häufig, ebenso warnende Lichtsignale, die bei Rangierarbeiten eingesetzt werden. Arbeiten in und unter den Fahrzeugen angemessen auszuleuchten erscheint schwierig, da die Hände für Werkzeuge gebraucht werden und Kopflampen bei der Arbeit in engen Verhältnissen als störend wahrgenommen werden. Inwieweit hieraus Einschränkungen der Sehfähigkeit resultieren, ist unklar, allerdings nehmen die Mitarbeiter die Lichtverhältnisse grundsätzlich als störend und beeinträchtigend wahr. Lärm und Licht beschreiben einzelne Mitarbeiter auch als ursächlich für psychischen Stress.

Kai: *Wobei die neuen Lampen, die wir jetzt vorne - ich kann's nur von Gleis XY jetzt hauptsächlich sagen, gekriegt haben, die blenden so dermaßen bei der Arbeit, also wenn man da einmal reinguckt, dann ist sowieso vorbei. (255)*

Klaus: *Doch, weil man hat unten den Lärm von der Arbeit, dann das Gehupe und dann wenn das recht lange ist, das geht einem schon richtig auf die Nerven. [...]*

Interviewer: *Aha, Licht auch?*

Klaus: *Ja klar, das blinkt ja alles.*

Interviewer: *Blinken, also das Licht und auch der Lärm, mhm, ok.*

Klaus: *Das sind einmal, wie sagt man, die optischen und einmal die akustischen Signale. (33ff)*

4.2.1.5 Unfallgefahr

Eine weitere Gesundheitsgefahr stellen aus Handwerkersicht Unfälle und Verletzungen dar. Glücklicherweise berichten die Mitarbeiter, dass schwere Unfälle höchst selten passieren. Häufig jedoch werden Handverletzungen durch das Abrutschen oder den ungeschickten Gebrauch von Werkzeugen geschildert, schwere Arbeitsmaterialien können verrutschen oder herunterfallen und dadurch Quetschungen oder Brüche verursachen.

Rüdiger: *Also ich sag immer, hier gibt es viel Möglichkeiten für Aua, das geht ruck zuck irgendwo die Finger da gehabt, wo man sie eigentlich nicht haben sollte oder die Sohle ist gerutscht, wo sie nicht rutschen sollte. (60)*

Handgelenksverletzungen werden durch das Abfangen rollender Wagen beschrieben. Beim Klettern auf, unter oder in Fahrzeugen besteht die Gefahr, sich anzuschlagen, abzurutschen oder zu stürzen. Häufiger wird über Stolperunfälle über Schienen oder herumliegendes Material berichtet.

Klaus: Oder du stolperst da mal unten im Laufgang, weil da Holz drin liegt, oder was. Oder gehst da halt mal lang, und dann liegt da eine Elektrode, auf die du steigst und die dann wegrollt. (56)

Auch hier geben die Mitarbeiter an, dass leichtere Verletzungen bei der Tätigkeit passieren und nicht immer vermieden werden können.

Sven: Man schaut halt, dass halt nix großes passiert, und Kleinigkeiten lassen sich eh nie ganz raus nehmen, haut man sich mal mit dem Hammer auf den Daumen. (239)

4.2.1.6 Schutzausrüstung

Zur Arbeitssicherheit müssen die Mitarbeiter grundsätzlich einen Kopfschutz tragen, Handschuhe, Arbeitshose und -jacke sowie Sicherheitsschuhe. Für unterschiedliche Arbeiten sind weitere Ausrüstungen erforderlich: Schutzbrillen, Atemschutzmasken, Gehörschutz, schwer entflammbare Kleidung für Brennarbeiten, Schweißeranzüge und -handschuhe, Winterjacken oder Westen für Außenarbeiten. Diese Schutzausrüstung hat für die Mitarbeiter eine hohe Bedeutung zur Vermeidung von Verletzungen oder Unfällen.

Samuel: Äh ja, wir sollten bei Schweißarbeiten eine Brille anziehen, den Mantel, so ein Schweißermantel, Schweißhose, Handschuhe. Kommt auf die Arbeitstätigkeit an, bei der man gerade ist. Gehörschutz haben wir dann, Arbeitskappe ist immer Pflicht. Handschuhe sind Pflicht und Schutzkleidung. [...] Da hat sich jemand verletzt, aber so, jetzt also wenn das an der Sicherheitskleidung lag so, das gab's nicht. Also jemand Kappe nicht an hat und auf dem Kopf was gefallen oder sowas.

Interviewer: Also ist schon relativ sicher so.

Samuel: Ja, das mit Sicherheitskleidung, das ist relativ sicher. (157 ff)

Allerdings werden auch eine Reihe von Problemen mit der Kleidung beschrieben: Häufiger wird das Aufsetzen des Helms einfach vergessen, oder er stört bei bestimmten Arbeit bzw. fällt herunter.

Heiner: Obwohl das manchmal auch, für uns Bremser, wir kriechen da rum, dann bleiben wir mit den Helmen - nix anderes hören wir, Mütze muss aufgesetzt werden. Es gibt Arbeiten, wenn ich da mich bück, fällt mir der Helm zehnmal am Tag runter. Ich leg den einmal an die Seite, kommt der Chef vorbei: „Mütze auf, Mütze auf!“ (118)

Die Arbeitskleidung geht nach Angaben der Handwerker durch häufiges Reinigen ein oder reißt schnell, teilweise dauere die Reinigung der Arbeitskleidung sehr lang.

Clemens: Oder Anzüge, wenn ich die tauschen will, ich guck in mein Fach rein - hä? Ich hab schon seit 4 Wochen keinen Anzug mehr zurück gekriegt.

Martin: *Das hatte ich auch schon mal.*

Clemens: *Da sind 3 Anzüge drinne. Da kommt keiner zurück. Damit (zeigt auf Kollegen) läuft der jetzt 14 Tage mit rum. Wenn da einer mit nem Brenner rangeht, der fängt an zu brennen. So ölig ist das Ding. (548ff)*

Da beispielsweise laute Signale oft während des Arbeitstages einsetzen, wäre es aus Handwerkersicht sinnvoll, den Gehörschutz dauerhaft zu tragen. Dadurch nehmen sie jedoch auch ein gewisses Sicherheitsrisiko wahr, beispielsweise dass Warnrufe beim Rangieren überhört werden. Auch beeinträchtigt es die bei der Arbeit notwendige Kommunikation, und die Mitarbeiter berichten, dass Schweißarbeiten teils nach Gehör durchgeführt werden müssen.

Sepp: *Das war schön und gut mit dem Gehörschutz. Man kann den nehmen, man kann ihn aber auch nicht nehmen. Wenn ich jetzt an der Bremse arbeite, und einen Gehörschutz drin hab, dann arbeite ich nicht gescheit. Weil ich nix hör. Wenn man zu zweit arbeitet, muss man sich verständigen können. Nicht dass der eine die Finger drin hat und der andere zieht an. (264)*

Sepp: *Und wenn ich schweiß, ich muss das nicht sehen, wie der schweißen tut, ich muss das hören. Und dann weiß ich genau, die Schweißnaht sitzt oder sitzt nicht. (282)*

Auch die Arbeit mit Atemschutzmasken ist mitunter nicht möglich, da der Atemschutz grundsätzlich die Atmung bei körperlich anstrengender Arbeit behindert. Bei gleichzeitigem Tragen einer Schutzbrille beschlägt diese zudem.

Josef: *Und den ganzen Tag mit einer Schutzstaubmaske rum zu laufen ist auch nicht schön. Ich hab noch eine Brille, dann ist sie ewig beschlagen, weil ja auch die Mütze aufhabe, und dann noch die Maske, da ist nicht viel Platz im Gesicht. Ich müsste ja so nen Kopf haben. (259)*

Bei Brenn- oder Schweißarbeiten muss schwer entflammbare Kleidung getragen werden. Diese Kleidung ist vergleichsweise dicht und erlaubt wenig Bewegungsspielraum und wird als nicht geeignet für die Durchführung einiger anderer handwerklicher Arbeiten beschrieben. Das heißt, dass sich Handwerker auch bei kurzzeitigen Brenn- oder Schweißarbeiten umziehen sollten, allerdings angeben, dies aus Zeit- oder Bequemlichkeitsgründen oft nicht zu tun.

Sepp: *Wenn man Schweißer jetzt ist und man tut jetzt paar Mal man müsste sich theoretisch laut Arbeitsschutz und so weiter und so fort bei jeder Schweißarbeit müsste man normalerweise den Schweißanzug anziehen. Erst mal raufgehen, muss diesen Anzug anziehen. Und wenn man dann nichts mehr zum Schweißen hat, muss man wieder raufgehen und den Schlosseranzug anziehen.*

Peter: *Weil du darfst ihn unten nicht hängen lassen.*

Interviewer: *Ok, also das heißt, Sie müssen sich oben umziehen, Sie dürfen das nicht unten.*

Sepp: *Theoretisch, sag ich jetzt so. Wie wird's in der Praxis gemacht? Wird sich eben nicht umgezogen.*

Interviewer: *Dann zieht man sich lieber nicht um.*

Peter: *Man hat halt dann die Jacke an und schweißst in der Jacke. (116ff)*

4.2.2 Organisatorische Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Im Folgenden sind diejenigen Belastungsfaktoren beschrieben, die aus arbeitsorganisatorischen Bedingungen entstehen und aus Sicht der Befragten direkten oder indirekten Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen. Darunter fallen Merkmale wie Zeitdruck, Arbeitszeiten oder Materialfluss.

4.2.2.1 Zeitdruck

Mit am häufigsten als problematisch und auf die Gesundheit Einfluss nehmend thematisierten die Mitarbeiter Zeitfaktoren. Im Rahmen kontinuierlicher Verbesserungsprozesse ist das Unternehmen bemüht, die Effizienz der Arbeit sukzessive zu erhöhen. Sämtliche Arbeitsprozesse sind aufgrund von Erfahrungen mit bestimmten Zeiten hinterlegt, die als Zielvorgaben für die tägliche Arbeit gelten. Aus Mitarbeitersicht sind diese Zahlen nicht immer realistisch und oft kommt es ihrer Wahrnehmung nach durch fehlendes Material oder ungeplante Zusatzarbeiten zu Verzögerungen.

Peter: Wenn ich über die Arbeit jetzt gerechnet sagen wir mal zehn Minuten krieg ich für die planmäßig. Wenn ich fünf Minuten brauch hab ich fünf Minuten gut gemacht. Wenn ich jetzt drei Stunden brauch krieg ich die nicht. Das hatte ich letztens mit einem Arbeitskollegen, also ist schon länger her, da haben wir einen Steller ausbauen müssen aus deinem Drehgestell, kriegst du 30 Minuten. Glaub ich, oder? 30 Minuten. Wir haben acht Stunden dran rumgebaut. Weil der einfach weil wir den kompletten zerlegen mussten. Aber wir haben nur 30 Minuten bekommen. (563)

Daraus resultiert das Empfinden, häufig unter Zeitdruck arbeiten zu müssen. Dieser Stressfaktor ist aus Mitarbeitersicht ein Hauptfaktor für Verletzungen. Durch Hektik entstehe Unachtsamkeit, die leicht zu Unfällen führt:

Rüdiger: Und dann gab es mal hier so ein schönes großes Plakat Arbeitsschutz: „Hektik ist die Mutter aller Unfälle“, das ist so ein typisches Ding, wenn es dann wirklich mal am Tag zwickt und der / sieht zu, dass er fertig wird, dann wird dann doch schnell gemacht und gerade dann passieren öfters Unfälle, wenn man schnell mal was noch macht, dann geht es manchmal schief. (72)

Ebenso sehen die Mitarbeiter den Zeitdruck als eine Ursache für erhöhte biomechanische Belastungen. Wenn beispielsweise schwere Bauteile gehoben werden müssen, verzichten die Handwerker nach eigenen Angaben wenn es schnell gehen soll mitunter darauf, sich Hilfe von Kollegen zu holen und erledigen den Hebevorgang alleine, auch wenn dies für Rücken oder Gelenke belastend sein kann. Für manche Hebearbeiten stehen Kräne zur Verfügung, teils wird jedoch geschildert, dass aus Platz- oder Zeitgründen auf deren Einsatz verzichtet und die Arbeit mit

Muskelkraft erledigt wird. Ähnliches geben die Befragten an zu mobilen Luftabsauganlagen, die beim Reinigen oder Brennen/Schweißen eingesetzt werden können.

Walter: Staub für sich ist auch ein Problem. Bloß, wenn man unhandliche, da drüben, auf Gleis XY ist alles zugebaut. Das ist in den letzten Jahren passiert. Das ist so eng. Für manche Sachen haben wir auch Absauganlagen. Aber weil es so eng ist, sind die Leute nicht dazu bereit oder in der Lage, sich noch weiter zuzubauen. Dann wird nicht abgesaugt. Das ist sicherlich auch ein Verschulden der Mitarbeiter zum Teil. Bloß, das geht in die Halle, und alle atmen das ein. Die Leute die, vor Ort sind, die haben vielleicht noch einen Atemschutz, dass sie das nicht einatmen. (7)

Aus Zeitgründen beschreiben die Mitarbeiter ebenso, darauf zu verzichten, angemessene Schutzkleidung beim Schweißen, Brennen oder Schneiden anzuziehen (s. auch Kap. 4.2.1.6 „Schutzausrüstung“).

Der Zeitdruck wird auch als unmittelbar psychisch belastend wahrgenommen. Nicht nur Arbeitsschutz, auch die Sorgfalt der Arbeit leidet nach Angaben einiger Handwerker darunter. So ist es aus ihrer Sicht nicht immer möglich, die Ansprüche an die eigene Arbeitsqualität zu erfüllen. Die Folge ist das Gefühl, dass die Arbeit nicht gut genug durchgeführt werden konnte. Die Befragten fürchten weiterhin, für die Konsequenzen unzureichender oder ungenauer Instandhaltungsarbeiten persönlich zur Verantwortung gezogen zu werden. Dies erzeugt bereits während der Arbeit einen Entscheidungszwang zwischen Arbeitsqualität und Einhaltung von Zeitvorgaben und führt mehr oder weniger zwangsläufig zu Unzufriedenheit mit dem Arbeitsergebnis oder der Arbeitsdauer.

Ralf: Also wenn wir gucken, wenn Wagen reinkommen, die woanders gefristet oder gewartet wurden oder instandgesetzt wurden, da musst du die Arbeit eigentlich nochmal machen. Tut mir leid, und da bleibt dir keine Zeit, die Säule auszubrennen. Da gehste da eben nochmal drüber (unverst). Normalerweise müsstest du nach Norm gehen und sagen, hey. Bleibt dir nicht die Zeit, da machst du das so wie die davor es gemacht haben. Damit du kein Stress von hier kriegst, von da kriegst. (651)

Bezüglich der Folgen von gut oder schlecht erbrachten Zeiten besteht aus Sicht der Mitarbeiter eine weitere Diskrepanz: Werden die Zeitvorgaben nicht eingehalten, erhöhen sich Zeit- und Arbeitsdruck. Werden hingegen Aufgaben schneller erledigt als geplant, resultiert ihrer Wahrnehmung nach daraus eine Anpassung der Planzeiten, d.h. die Zeitvorgaben werden enger, der Zeitdruck erhöht sich ebenfalls. Langfristig befürchten einige Mitarbeiter einen Stellenabbau, wenn es gelingt, ihre Arbeit effizienter zu gestalten.

Peter: Letztes Jahr hieß es, (Werk) hat seine Arbeitsleistungen geschafft von dem was gesagt wurde, das ganze Werk muss das schaffen, haben wir geschafft, und dann hieß es wunderbar, ihr habt's geschafft, gut gemacht, jetzt kriegt ihr 35 Prozent mehr Arbeit (lacht). Wurde unsere Arbeitsleistung dann mal 35 Prozent hochgeschraubt, aber gleiches Gehalt, gleiche

Arbeitszeit, und da denk ich mir auch so: Wenn wir jetzt nächstes Jahr wieder die 35 schaffen, dann kommen sie wieder, habe ihr super gemacht, wunderbar, kriegt ihr nochmal 35. (273)

Josef: Ja wir kriegen ja immer für das ganze Jahr eine Planung mit Stunden und Wagenzahl, die müssen wir erarbeiten. So, und wenn wir unsere Wagenzahl und Stunden für dieses Jahr nicht erreichen, kann es passieren, dass es nächstes Jahr eine andere uns abgezogen wird, dass wir nicht so viele Stunden kriegen und nicht so viele Wagen mehr instandsetzen dürfen, das heißt dann im Endeffekt, wir sind zu viel Leute. (161)

4.2.2.2 Bürokratie

Auch bürokratische Anforderungen empfinden die Mitarbeiter als Stressoren. Zum einen gibt es ein Regelwerk, in welchem die Arbeitsschritte bei erforderlichen Reparaturmaßnahmen aufgeführt sind. Durch technische Veränderungen wird dieses Regelwerk kontinuierlich angepasst, so dass die Mitarbeiter vor Instandhaltungsarbeiten prüfen müssen, welche genauen Vorgaben aktuell bestehen. Zum anderen ist eine detaillierte Dokumentation aller Arbeitsschritte notwendig. Auch die Erledigung dieser Anforderungen kostet Zeit und erhöht damit den bestehenden Zeitdruck zusätzlich, gleichzeitig fühlen sich die Mitarbeiter durch diese Aufgaben davon abgehalten, in Ruhe ihre eigentlichen handwerklichen Arbeitsaufgaben erfüllen zu können.

Dieter: Jetzt von meiner Seite, z.B. das Regelwerk. Das ändert sich ja ständig. Und das nervt die Leute doch. Die wollen am liebsten in der Frühe hier herkommen, einen Hammer in die Hand nehmen, acht Stunden lange klopfen, Hammer wieder hinlegen und nach Hause gehen. Bloß da ist es so, speichern, nach zwei Wochen ist es vorbei, wieder löschen, neues speichern. Dafür sind wir nicht da. (133)

4.2.2.3 Materialfluss

Ein weiterer Faktor, der als die Erledigung von Arbeitsaufgaben erschwerend und verzögernd beschrieben wird, sind Probleme im Materialfluss. Grundsätzlich sind nach Angaben der Befragten Details der erforderlichen Instandhaltungsarbeiten nicht langfristig absehbar. Die Handwerker erfahren in der Regel am Beginn eines Arbeitstages, welche Wagen bearbeitet werden müssen. Insbesondere bei Reparaturarbeiten wird ihnen oft erst bei der Wageninspektion deutlich, was genau zu erledigen ist, und häufig werden Ersatzteile benötigt, die nicht vorrätig sind. Wenn Material fehlt, können die Wagen nicht bearbeitet werden, mitunter müssen sie umrangiert werden. Das kann zu erheblichen Verzögerungen führen und dazu, dass der Zeitdruck wiederum erhöht wird und/oder Zielvorgaben nicht erreicht werden.

Walter: Das ist auch so ne Geschichte, dass es vorkommt, dass man so einen Wagen auseinanderbaut und dann feststellt, wir haben kein Material. Und dann bauen wir ihn wieder zusammen, und nächstes Mal, dann kommt er wieder. Dann muss er wieder auseinander gebaut werden, und später heißt es dann: Ihr seid zu teuer. (98)

4.2.2.4 Ordnung

Zu Zeitverzögerungen führt auch das Suchen von Werkzeug oder das Transportieren von schwerem Arbeitsgerät. Einige Mitarbeiter geben an, dass Kollegen benötigtes Arbeitsmaterial nach Gebrauch nicht an den dafür vorgesehenen Platz zurückräumen. Insbesondere bei Schichtwechsel entsteht dieses Problem häufiger.

Rüdiger: [...] *machen wir mal schnell noch und dann wird halt dann doch nicht so wirklich hundertprozentig auf das sicherste und bequemste, wird halt dann doch ganz schnell gemacht weil dann die Vorbereitung, und ehe man eine Leiter gefunden hat, sind eine Viertelstunde herum manchmal, wenn sie wieder irgendwo dasteht, wo sie nicht stehen soll, dann wird doch schnell geguckt, "Ist ne Leiter da? Nee, okay dann geht es auch so". Das sind dann solche Momente. Wenn man es sich dann genauer überlegt, dann sagt man sich auch, wenn man sich dann die Viertelstunde nehmen täte, um eine Leiter zu suchen, dann haben wir aber wieder das Problem mit der Arbeitszeit. (36)*

Kai: *Wo ich gerade bei bin. Ordnung von anderen Mitarbeitern (lachen) aus anderen Schichten, wollen wir mal so sagen, um es vornehm auszudrücken. Weil wir haben nämlich jeden Tag ein Schlachtfeld unten vorzufinden. Wenn die Frühschicht haben, dann räumen wir nachmittags erst mal alles wieder weg, damit wir überhaupt vernünftig arbeiten können. (592)*

4.2.2.5 Besprechungen

Zu Beginn jeder Arbeitsschicht findet eine Besprechung für alle anwesenden Mitarbeiter statt. Hier werden Arbeitsprozesse des vergangenen Tages analysiert und die Planung für den aktuellen Tag besprochen. Das Ziel ist, die Qualität und Effizienz der Arbeit zu erhöhen, indem mögliche Ursachen für Zeitverzögerungen aufgedeckt bzw. in die Planung mit einbezogen werden können. In Teilen verstehen die Handwerker den Sinn dieser Besprechungen, überwiegend wird diese Zeit jedoch als ungenutzte Arbeitszeit wahrgenommen. Die Handwerker geben an, dass sie diese Zeit im Laufe des Tages kompensieren müssen, d.h. entsprechend schneller arbeiten.

Sepp: *Ist nicht schlecht, aber man kriegt es nicht bezahlt, die Zeit. Ich rede davon, dass die 18 Leute vor der Tafel stehen und in den 20 Minuten wird nichts gemacht. (581)*

4.2.2.6 Gruppenzusammensetzung

An einzelnen Standorten werden rotierende Verfahren in der Gruppenbildung eingesetzt mit dem Ziel der Flexibilität. Mitarbeiter sollen für möglichst viele Aufgaben einsetzbar sein und mit allen Mitarbeitern zusammenarbeiten, um nötigenfalls einzuspringen, wenn beispielsweise jemand erkrankt ist. Aus Mitarbeitersicht sind diese Rotationen nicht immer unproblematisch, da Routinen in der gemeinsamen Arbeit durchbrochen werden und die Arbeit damit weniger reibungslos verläuft. Noch problematischer erleben es die Mitarbeiter, wenn externe Kräfte phasenweise eingesetzt werden.

Dieter: *Na gut, jetzt haben wir natürlich das Problem, weil wir Personal von der Lokwerkstatt bekommen haben, und die müssen natürlich auch die Leistung bringen. So, jetzt sind die natürlich unmotiviert, weil sie der Meinung sind, dass sie aus dem Paradies vertrieben wurden, oder die Arbeitsabläufe anders sind; weil da die Lok kommt und dann steht die Lok und dann machen die den ganzen Tag an der Lok rum. Hier ist es so, Wagen raus, Neuen rein und dann geht's weiter. [...] das sind halt solche Faktoren, die dann zusammenwirken. (54)*

4.2.2.7 Arbeitszeiten

Die Handwerker arbeiten in wechselnden Schichten, in Einzelfällen auch nachts oder am Wochenende. Grundsätzlich sind die Handwerker Schichtarbeit gewohnt, einige berichten jedoch infolge des Schichtdienstes von Schlafproblemen und/oder Erschöpfung. Familienväter schildern, aufgrund der Arbeitszeiten wenig am Familienleben teilnehmen zu können.

Kai: *Das ebbt ja eigentlich nicht ab. Da hast du jeden Tag das gleiche, und dann hast du noch diesen Schichtdienst, eigentlich, der kommt noch dazu, also Frühschicht, da bin ich immer tot. Ja ehrlich, weil, ich steh um viertel nach drei auf, morgens, um halb sechs hier anzufangen. (15)*

Sören: *Wie gesagt, ich steh um sieben, halb acht meist dann wieder auf. Mit Spätschicht hab ich keine Probleme, nur das Einschlafen. Frühschicht, da geh ich früher ins Bett. Eigentlich müsst ich bei der Spätschicht auch früher ins Bett gehen, aber das klappt nicht (lacht). Der ganze Körperrhythmus ist durcheinander. Von der Sache her. (74)*

Winfried: *Aber ich seh im Jahr erst mal Familie durch Schichtdienst nur ein halbes Jahr, das ist nun mal so, wenn ich Spätschicht habe. Wenn meine Familie da ist, morgens, dann schlaf ich. Und wenn ich wieder komme, dann schläft meine Familie. Ich seh sie nicht, ich seh meinen Lütten nicht, überhaupt nicht, kein Stück. Ich seh ihn nur am Wochenende, und dann das Wochenende ist dann keine Erholung. Das ist belastend, weil dann er seinen, wie soll ich sagen, seinen, er will ja auch was von mir haben, und das ruft er dann ab. (90)*

Auch erschwert ist dadurch die regelmäßige Ernährung. Gemeinsames Essen mit der Familie ist nur am Wochenende möglich. Als weitere Belastung kommen für einige Mitarbeiter lange Fahrzeiten zum Arbeitsplatz hinzu. In der Vergangenheit wurden mehrere regionale Werke zusammengelegt, was für einzelne Mitarbeiter zu einer erheblichen Ausdehnung der Anreisedauer geführt hat.

4.2.3 Psychosoziale Faktoren und Gesundheit

Soziale Faktoren spielen aus Sicht der Mitarbeiter eine entscheidende Rolle für ihr Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Das Betriebsklima wird teils als gut, teils als schlecht beschrieben. Zusammenhänge sehen die Mitarbeiter hier im Verhalten von Vorgesetzten und Kollegen. Einige Befragte nehmen auch an, dass ihr eigenes Verhalten und ihre Einstellung Einfluss auf die Wahrnehmung psychosozialer Faktoren nehmen.

4.2.3.1 Betriebsklima

Die Aussagen zum Betriebsklima sind insgesamt ambivalent. Mehrheitlich beschreiben die Mitarbeiter ein gutes Arbeitsklima innerhalb ihrer Arbeitsgruppen und unter den Handwerkern generell. Man unterstützt sich gegenseitig und wenn mal etwas schief läuft, wird das von den Kollegen gut abgefangen. Viele äußern, dass die gute Zusammenarbeit ein wichtiger Faktor für die persönliche Arbeitszufriedenheit ist.

Walter: Also so eine Zusammenarbeit oder so einen Zusammenhalt in der Gruppe hab ich in den ganzen anderen Jahren noch nicht erlebt. Aber das bezieht sich jetzt auf unsere Gruppe, unsere Kolonne. Und woanders hör ich momentan auch nichts. (39)

Werner: Was gut funktioniert ist ähm zum größtenteils, wenn man echt Probleme hat oder Fragen hat unter den Kollegen, dass sie einem weiterhelfen. Also ich hab damit keine Schwierigkeiten. Also vielleicht auch von meinem Alter her, aber wenn man echt mal ne Frage hat oder echt ein Problem hat, wird einem weitergeholfen. Die anderen Kollegen, die vielleicht da doch nun ein bisschen besser orientiert sind untereinander, ähh kriegt man das, die nötige Hilfe, die richtig Unterstützung. Das ist schon mal ne gute Sache. (193)

Andererseits sehen die Mitarbeiter auch eine Reihe von Gründen, die zu negativen Veränderungen des Betriebsklimas führen: Zum einen scheint infolge des hohen Zeitdrucks der soziale Austausch mit den Kollegen erschwert. Weiterhin wird, insbesondere vonseiten älterer Mitarbeiter, der Bedarf an Kontakt zwischen den Generationen als gering wahrgenommen (s. auch Kap. 4.2.3.2 „Kollegen/Zusammenhalt“). Auch wird angenommen, dass das Betriebsklima insgesamt unter dem allgemeinen Druck und den Umgangsformen der Vorgesetzten leidet.

Rudolph: Früher lief das alles ein bisschen ruhiger. Ehm, dadurch hat man, wenn ich jetzt, ich bin jetzt in Gleis X und diese Kollegen aus Gleis Y, die jetzt hinten an der Wand arbeiten, früher ist man viel mehr ins Gespräch gekommen. Ich sag mal in diesen alten Werkstätten, sag ich mal so, das ist jetzt hier nicht mehr so gegeben, hat man sieht man hier ist so zum Feierabend, ach hallo, du auch hier, so aus Spaß dann, heute (lacht). (74)

Ralf: Hier stimmt die Kommunikation nicht. Das Betriebsklima wird bestimmt von den Meistern und von den Vorgesetzten. Zu 70% sagt man, 60-70% Pi mal Daumen sagt man, und das stimmt nicht. Ich weiß nicht, wie man das verändern kann. (347)

4.2.3.2 Kollegen

Insgesamt wird die Zusammenarbeit unter den Handwerkerkollegen positiv wahrgenommen. Deutlich wird, dass Mitarbeiter aufgrund der Arbeitsrisiken besonders aufeinander Acht geben. Das betrifft insbesondere die Sicherheit junger und unerfahrener Kollegen. Dabei spielt auch die Weitergabe von Wissen eine große Rolle, nicht nur bezüglich des Sicherheitsverhaltens, sondern auch zu Erfahrungswerten bei der Durchführung bestimmter Arbeiten. Hier scheint innerhalb der Arbeitsgruppen überwiegend eine enge und vertraute Arbeitsatmosphäre zu herrschen.

Rüdiger: *Und das sind dann so Sachen, wo ich mich dann bemühe auf die jungen aufzupassen, dass sie da halt nicht die Hand da wo die Sohle runterkommt, und solche Sachen, das versuche ich weiterzugeben und mir haben da etliche ältere Kollegen auch Tipps gegeben.* (58)

Zusammenhalt

Häufig wird jedoch der Eindruck formuliert, dass der Zusammenhalt unter den Mitarbeitern früher besser war:

Rudolph: *Es ist so ein bisschen, was auf der Strecke bleibt, vielleicht nochmal so von früher, man hat früher mehr diesen Zusammenhalt gehabt in den alten Werkstätten. Das ist hier so ein bisschen verlorengegangen, vielleicht auch weil der Druck ein bisschen höher geworden ist.* (74)

Besonders deutlich wird das aus Sicht der Befragten dadurch, dass vergleichsweise wenige soziale Aktivitäten innerhalb der Belegschaft stattfinden. Nach Angaben vieler älterer Handwerker gab es früher häufiger gemeinsame Feste, vom Betrieb oder den Mitarbeitern selbst organisiert. Sie beschreiben, dass sowohl die Zahl der Aktivitäten als auch das Interesse daran deutlich abgenommen hat. Wenn eine entsprechende Veranstaltung stattfindet, scheinen viele Mitarbeiter nur sporadisch teilzunehmen und die Feier möglichst schnell wieder zu verlassen. Bedauert wird dies hauptsächlich von den älteren Mitarbeitern.

Guido: *[...] halt zwei Stunden für den Betrieb, einfach die Veranstaltung ist, die Veranstaltung ist, hat keiner mehr Zeit. Wenn's außerhalb der Arbeitszeit ist, dann haben viele nichts mehr übrig.*

Peter: *Weil viele denken sich dann, warum soll ich jetzt hier bleiben, ich krieg das ja nicht bezahlt, und zuhause kann ich ja genauso rumsitzen.* (762f)

Jüngere Kollegen berichten indes häufiger, mit einzelnen Kollegen auch in der Freizeit etwas zu unternehmen. Als eine Ursache für den als eher gering erlebten Zusammenhalt wird, wie für das Betriebsklima, die eingeschränkte Kommunikation zwischen den Kollegen infolge fehlender Zeit angenommen. Viele Befragte geben an, dass der gesamte Arbeitsdruck sowie das Verhalten der Vorgesetzten eine negative Auswirkung auf den Zusammenhalt hat, so dass die Lust auf gemeinsamen Veranstaltungen schwindet. Auch unterschiedliche Interessen der Generationen scheinen eine Rolle zu spielen.

Sepp: *Man hat ja nicht mehr die Zeit wie früher, dass man da gestanden ist, erzählt miteinander. Da wird schon wieder geschaut, jetzt redet der wieder mit dem.* (675)

Winfried: *Anscheinend das ist wie, früher, es war ganz anders. Vielleicht haben da die Meister mehr Feinfühligkeit gehabt, ich weiß nicht. Es ist auch alles ein, es kommt eins zum anderen dazu. Auch die Auszubildenden, die wir haben. Wir hatten früher keine Auszubildenden, und die Auszubildenden heute sind sehr schwierig.* (24)

Wulf: *Früher die Feierlichkeiten waren ganz anders. Das ist eben, die Leute sind ganz anders geworden. Ich weiß nicht durch was, was für Einfluss hat.*

Sepp: *Das war früher schön. (767f)*

Konflikte

Grundsätzlich beschreiben die Handwerker, gut bis sehr gut miteinander auszukommen, Ausnahmen scheinen im „normalen“ Bereich zu liegen. Zu deutlichen Konflikten kommt es jedoch zwischen den beiden Schichten. Die Mitarbeiter sind im Regelfall einer Schicht fest zugeordnet. Konflikte entstehen meist dadurch, dass die Schichten wenig Rücksicht aufeinander zu nehmen scheinen: Unliebsame Arbeiten werden der Folgeschicht überlassen, Arbeitsmaterialien werden nicht weggeräumt, Werkzeuge sind nicht an dem dafür vorgesehenen Platz wiederzufinden (s. auch Kap. 4.2.2.4 „Ordnung“).

Werner: *Ich geh gern in die andere Schicht, ich war in der anderen Schicht auch mal gern, mal ne Woche halt ich das aus, aber länger nicht. (162)*

Heiner: *Genau weil der Satz schon kam, die Schicht, die Schicht, die eine Schicht, sagen wir mal, wir sind jetzt Frühschicht, wir schimpfen auf die, nicht alle, aber da laufen welche rum, denen geht das wirklich am Hintern vorbei. (277)*

Sören: *Ist überall so. Die Schichten untereinander. (336)*

Gleichzeitig scheint ein hoher Konkurrenzdruck zwischen den Schichten zu bestehen, da sie bezüglich ihrer Arbeitsleistung in direktem Vergleich zueinander stehen.

Alter der Kollegen

Für die Wahrnehmung sozialer Faktoren im Betrieb scheint auch die Alterszusammensetzung der Mitarbeiter eine Rolle zu spielen. Schätzungsweise jeweils ein Drittel der Belegschaft fällt auf die Altersgruppe unter 30 bzw. über 55 Jahre. Auch, wenn grundsätzlich die Zusammenarbeit eher problemlos zu funktionieren scheint, werden insbesondere zwischen den alten und den jungen Mitarbeitern Unterschiede in der Arbeitshaltung und damit assoziierten Merkmalen beschrieben. Einige ältere Mitarbeiter äußern, dass ihnen die jüngeren weniger belastbar erscheinen, schwierig im Umgang sind und krankheitsbedingt häufiger ausfallen.

Rudolph: *Ich sag mal, manchmal so ein bisschen mit den jüngeren Leuten haben wir das Problem, weil die eine andere Einstellung zur Arbeit haben. [...] und dann kommen die Jungen jetzt, denen fehlt das, so, ach... Sehn das mal nicht so eng, aber man muss halt diese Vorgaben, das Regelwerk alles einhalten. Das ist dann bei den Jüngeren nicht sooo ausgeprägt (lacht), wie ich sagen soll, wie soll ich es beschreiben. (56)*

Winfried: *Ja, aber in so nem Beruf wie bei uns, wo man richtig anpacken muss, wenn man das nicht gewohnt ist und diesen harten Ton, der zuhause überhaupt nicht mehr herrscht. Das ist halt nur so, und hier ist das mal ein harter Ton, dann schlucken die ganz schön. (30)*

Winfried: *Und die sagen sich, hier ist sowieso keine tolle Stimmung und so, da geh ich nicht gerne hin. Und so kommt mir das vor, ich kann das natürlich nicht beweisen, aber das fällt natürlich auf. Normalerweise müssten die Alten krank werden und nicht die Jungen. (186)*

Insbesondere Vorarbeiter oder Meister beschreiben, dass es den Jüngeren an Erfahrung fehlt und ihnen unterschiedliche Risiken nicht immer bewusst sind. Häufig wird angenommen, dass die jungen Mitarbeiter mehrheitlich nicht bereit sind, die Arbeit langfristig auszuüben.

Martin: *Ich glaub nicht, dass jetzt hier die Jungen, die Anfang 20 sind, 40 Jahre hier buckeln wollen. Schwer vorzustellen. (488)*

Die älteren Mitarbeiter werden hingegen teils als resigniert oder stur und wenig motiviert beschrieben. Mitunter besteht der Eindruck, dass die älteren Mitarbeiter nur noch auf die Rente warten und ihre Unzufriedenheit auf die jüngeren übertragen.

Dieter: *Weil es auch von den Alten, die reden permanent: „Ja früher war das besser, ja früher war das besser!“ [...] Davon wird es auch nicht besser. (122)*

Knut: *Die Älteren reden fast nur noch von Vorruhestandsregelung. Die haben wirklich keine Lust mehr. (458)*

Dieter: *Ich denke mal, die Alten, die kann man nicht mehr motivieren. Ich für meine Person, passe nur auf, dass die die ganzen jungen Mitarbeiter nicht mit runterziehen. (132)*

Klaus: *Und das Alter halt auch, weil viele sagen halt auch, nach sieben Stunden geht es nicht mehr so. Und was willst du denn machen? Ich kann nicht einen 58 jährigen antreiben, das geht nicht. (14)*

Vielfach scheint jedoch gegenseitiges Verständnis zu bestehen, sowohl für die "Unbedarftheit" der jungen Mitarbeiter als auch die Erschöpfung der Älteren.

Guido: *Kurz hab ich mir gedacht - wir waren ja auch jung. Wir haben das auch alles miterlebt, wo das herkommt. Früher bei mir, in dem Alter, da bin ich aus dem Waggon rausgesprungen. Da hat es das nicht gegeben, dass wir da eine Leiter an den Waggon [...] weil das geht ja schneller. Wenn dann die Älteren gesagt haben: Stell die eine Leiter hin, das hat [...] Das sind so Sachen [...] im Alter kommt. (398)*

Simon: *Es ist ein Job, der natürlich den körperlichen Einsatz verlangt, wir haben in der Demographie eine Vielzahl von Mitarbeitern, die über 50 Jahre alt sind und den Job schon 40 Jahre machen oder 30 Jahre machen. Und das zehrt natürlich schon an der Substanz und da ist natürlich auch von Ermüdungserscheinungen, Abnutzungerscheinungen, also Gelenke und so weiter ein bestimmter Anteil, der nicht zu verleugnen ist. Kein Zweifel. (10)*

4.2.3.3 Vorgesetzte

Die Handwerker arbeiten in Arbeitsgruppen oder Kolonnen zu etwa vier bis zehn Mitarbeitern. Direkter Vorgesetzter ist ein Vorhandwerker pro Gruppe, der die Arbeit der Gruppe koordiniert

und mit den Handwerkern gemeinsam in der Halle arbeitet. Zwei oder mehrere Gruppen unterstehen einem Meister, der überwiegend Bürotätigkeit ausführt. Ihm übergeordnet sind Schicht- und Werksleitung.

Vorarbeiter

Mit den Vorarbeitern kommen die Handwerker überwiegend gut zurecht. Zwar haben Vorarbeiter unter anderem die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter schnell und effizient arbeiten, hier besteht aus Handwerkersicht jedoch relativ viel Verständnis. So wird wahrgenommen, dass der Vorhandwerker derjenige ist, der die Arbeit der Gruppe gegenüber den Vorgesetzten verantworten muss und auf dem entsprechend der höchste Druck lastet. Die Handwerker können in der Regel nachvollziehen, dass er einen Teil dieses Drucks an sie weitergeben muss.

Ralf: Weil die gehen da rein, geben den Zettel ab, und dann weiß ich nicht, was da für Sprüche kommen. Wie, nur soundso viel, oder warum oder was weiß ich. So stell ich mir das vor. Du gehst raus als Vorarbeiter und denkst dir, jetzt ist der [Meister] mir schon wieder auf den Sack gegangen, der weiß gar nicht, was ich da gemacht, an den Karren. (309)

Übergeordnete Führungsebene

Bezüglich der weiteren Führungsebenen äußern sich die Handwerker häufiger negativ. Hierbei geht es in erster Linie um Kommunikation und Anerkennung. Einzelne Mitarbeiter klagen darüber, von den Vorgesetzten nicht ausreichend oder falsch informiert zu werden und fühlen sich nicht ausreichend ernstgenommen.

Walter: Weiß ich nicht, ob das gesundheitsrelevante Probleme sind, aber wenn man da regelmäßig von den unmittelbaren Vorgesetzten oder anderen Vorgesetzten angelogen wird, dann ist das nicht gut für die Gesundheit, da krieg ich es mit dem Magen bei. Ich möchte ernstgenommen werden, genauso, wie ich die anderen Leute ernstnehmen möchte. (24)

Hier wird deutlich, dass es für die Handwerker von großer Bedeutung ist, durch die Vorgesetzten wahrgenommen, erkannt und mit Respekt behandelt zu werden. Eine besondere Rolle spielt hier beispielsweise der Handschlag zur Begrüßung.

Kai: Wollen wir mal sagen, der Chef, den wir davor hatten, der kannte wenigstens noch unsere Namen.

Sören: Ja.

Kai Und ich glaub nicht, dass der [Name Werksleitung] jetzt weiß, wer wer ist.

Sören: Nee, das glaub ich nicht.

Manfred: Nee.

Kai: Weil der befasst sich da einfach nicht mit.

Sören: Mit den Leuten, die hier unten was tun, befasst der sich nicht.

Kai: Ist ja auch unter seiner Würde, mal guten Tag zu sagen oder so.

Jörg. Ja, das ist mir auch schon.

Manfred: *Das macht ja sogar Herr [Name Schichtleitung].*

Sören: *Ja.*

Kai: *Ja, der reicht dir sogar noch die Hand.*

Manfred *Der gibt dir sogar noch die Hand (lacht).*

Sören: *Der weiß, dass du für ihn arbeitest, bei [Name Werksleitung], ich sag mal so*

Kai: *Der verlangt nur. (293ff)*

Sören: *Ne, und wie gesagt, der Chef, der hat mir noch nie die Hand gegeben. Und die Kommunikation die muss ja nun auch da sein. Ich finde, Wahrung der Menschen, das haben die Meister hier nicht gelernt. (567)*

Oft wird die Art der Kommunikation seitens der Vorgesetzten als unfreundlich beschrieben.

Walter: *Für mich ist hier die Kommunikation schon wichtig, und eben auch Anerkennung. Und wenn da jemand, der hier tüchtig was zu sagen hat, durch die Halle läuft und kann nicht grüßen. Dann denkt man auch, was ist das für ein Verein hier? (109)*

Sören: *Oder wenn man morgens ankommt: Du bleibst heute hier nicht auf dem Gleis, du gehst nach hinten. Mit dieser Strenge, die da ist. Kann doch auch sagen, Hey [Name] pass auf, seh mal zu hier, du musst heute mal da hinten hin, da fehlt einer. Wie sieht's aus? Jo. alles klar, ab. Aber nein, hier gibt's gleich: Du! Du! Du! Weg! (571)*

Bezogen auf die übergeordnete Führung (Meister, Schichtleitung, Werksleitung) zeigen sich allerdings Unterschiede zwischen den drei Werken, insbesondere in einem Werk scheint zum Zeitpunkt der Befragung das Konfliktpotential besonders hoch.

Anerkennung und Wertschätzung

Die Mehrzahl der Befragten aus allen Werken nehmen eine mangelnde Anerkennung und Wertschätzung seitens der Führungskräfte wahr. Das Verhalten gegenüber den Handwerkern scheint dominiert von Effizienzdruck. Wenn die erforderlichen Zeiten nicht erfüllt werden, werden negative Rückmeldungen gegeben. Wenn die Arbeit allerdings gut gelaufen ist, wird nach Angaben der Handwerker selten ein Lob ausgesprochen. Viele haben den Eindruck, einen großen persönlichen Einsatz für das Unternehmen zu bringen, auch, wenn Arbeiten nicht in der erforderlichen Zeit geschafft werden. Eine Anerkennung dieses Einsatzes oder eine allgemeine Wertschätzung wird an vielen Stellen sehr vermisst.

Sepp: *Wenn der Arbeiter ab und zu mal -*

Guido: *Wenn der vom Meister gelobt wird, dann schaut das ganz anders aus weißt du, als wenn da nichts kommt. (613f)*

Sören: *Wie gesagt, das ist eigentlich richtige Knüppelarbeit. Wenn der Meister dann kommt, nu hab dich mal nicht so, oder seh zu, dann mach mal, aber dass einem die Knochen wehtun, das sieht hier keiner. So seh ich das jedenfalls. (14)*

Werner: *Und da wird der Zeitdruck aufgebaut, es wird der Druck aufgebaut, wenn jeden Morgen, die haben jeden Morgen da unten im Büro. Auch unsere Meister haben jeden Tag ihre Statistik an der Wand, so viel haben die geschafft, so viel haben die geschafft. Es kommt nie einer von oben runter oder sonst irgendwann mal und sagt: gut! (112)*

Walter: *Das ist auch so eine Sache, wenn nicht gemeckert wird, dann muss man das eigenständig als großes Lob interpretieren, weil ja sonst nichts kommt. Aber dann steht einer am Fenster, und der sieht, da stehen zwei rum, oder da hat einer seinen Helm nicht auf, und da wird dann ein Donnerwetter gemacht, unter Umständen. Und das kann ich nicht unbedingt nachvollziehen. (40)*

In zwei Werken fand im Gruppengespräch eine ausführliche Diskussion zum Thema Weihnachtsfeier statt. Hierbei entstand der Eindruck, dass ein solches Fest für die Mitarbeiter eine große Bedeutung hat, dass sie jedoch sehr unzufrieden sind mit der Planung seitens der Vorgesetzten. In der Wahrnehmung der Handwerker scheint der Arbeitgeber nicht bereit, ausreichend Geld für eine schöne Weihnachtsfeier zu investieren. Die Mitarbeiter verstehen das als einen Ausdruck für die mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit.

Heiner: *Ist doch jetzt das beste Beispiel mit der Weihnachtsfeier (lachen). Fragen Sie da mal nach. Jetzt haben wir selber gesammelt.*

Ralf: *Das ist eine Beleidigung. Das ist wirklich eine Beleidigung, für uns, für die Leute, was wir hier machen. [...]*

Ralf: *Jemanden rumzuschicken und von jedem einen Euro zu nehmen, als Spende für ne Weihnachtsfeier mit ner kalten Platte. (370ff)*

Ralf: *Schwierig. Muss man aber auch verstehen. (Pause) Aber ja, ist ne Form von Anerkennung, so ne Weihnachtsfeier. (405)*

Deutlich wird die Relevanz persönlicher Anerkennung und Wertschätzung auch dadurch, dass die Handwerker zwar angeben, dass ihr Gehalt durchaus besser sein könnte, dies jedoch aus ihrer Sicht mehrheitlich keine wirklich entscheidende Größe für Arbeitsmotivation oder Wohlbefinden darstellt. Eine finanzielle Belohnung für besondere Einsätze wird zwar hin und wieder als Idee zur Verbesserung genannt, hier scheint für die Handwerker jedoch der symbolische Wert im Vordergrund zu stehen.

Heiner: *Wir werden vergütet, werden bezahlt.*

Ralf: *Geld? Kurzfristige Motivation. Bringt nichts. Weil dann will man immer mehr. (342f)*

Ein weiterer Aspekt beruflicher Anerkennung wird in der Außenperspektive gesehen. Die Handwerker beschreiben, dass sie zwar eine körperlich belastende Tätigkeit ausführen, dass technische Anforderungen allerdings gleichermaßen hoch sind und viel Wissen erfordern. Sie nehmen wahr, dass dies von außen nicht immer ersichtlich ist. Externe Personen (Freunde, Bekannte, Familie) haben häufig wenig Vorstellung davon, welche Aufgaben in der Schienenfahrzeugin-

standhaltung durchzuführen sind und bringen der Berufsgruppe daher keine besondere Anerkennung entgegen.

Sven: Also ich versuch's halt schon immer zu erklären, aber die kapiere es nicht. So was muss man gesehen haben, ich hab das davor, wie das eben mein Kumpel mir erklärt hat, versucht hat zu erklären, so was kannst du dir gar nicht vorstellen, wenn du es nicht gesehen hast. Deswegen weiß ich eben, das hat gar keinen großen Sinn das zu erklären. Ich versuch's zwar immer, aber man merkt das schon immer, er kapiert's oder nicht. (188)

4.2.3.4 Subjektive Faktoren

In dieser Kategorie wurden diejenigen Textstellen eingeordnet, die Informationen darüber enthalten, inwieweit subjektive/persönliche Einstellungen oder Verhaltensweisen das Wohlbefinden bei der Arbeit beeinflussen. Hier wurden die Themen Umgang mit Stress, Sorgen und Motivation genauer betrachtet.

Umgang mit Stress

Einige Handwerker berichten über sich selbst oder andere, dass Stress bei der Arbeit mitunter „selbstgemacht“ ist, d.h. dass der persönliche Umgang mit Druck oder Konflikten die Stresswahrnehmung zusätzlich verstärkt. Sie gehen demnach davon aus, dass die Verantwortung dafür, wie Stress wahrgenommen wird, auch bei jedem selbst liegt, teilweise z.B. in Abhängigkeit von der Tagesform.

Klaus: Man wird immer dünnhäutiger, feinfühlicher und es nervt öfters; die ganzen Diskussionen, die es gibt [...] dann ab und zu baut man sich ja einen Druck auf, den man dann schlecht loswird. (5)

Günther: Den macht man sich doch selber eher, den Stress. Weil man das Ziel nicht erreicht hat, was vorgegeben worden ist. Wir kriegen ja eine Liste zu Schichtbeginn, wie viel Leute wir drauf haben, wie viele Stunden erbracht werden müssen. Und wenn das dann nicht passt, fuchst einen doch ein bisschen. (70)

Sven: Das ist auch wieder von Tag zu Tag unterschiedlich, ja, hängt halt auch ziemlich von den Launen ab, sowohl von den eigenen als auch von den anderen. (245)

So berichten Vereinzelte, dass es ihnen nicht immer gelingt, den Stress nicht an sich heranzulassen, insbesondere mit dem Älterwerden. Andere wiederum beschreiben, dass sie sich nicht aus der Ruhe bringen lassen. Wieder andere reagieren resigniert oder ratlos auf Druck von außen.

Klaus: Dann gibt es halt auch mal eine kurze Auseinandersetzung, ist ja klar. Wir sind eine Werkstatt, das gehört dazu. [...] aber ich denke, je älter man wird, desto schwieriger wird es, dass man da die Ruhe bewahrt, das ist immer so einfach gesagt, „bleib doch ruhig“, das geht nicht immer. (40)

Sven: *Man schaut halt, das man so viel schafft wie es geht, aber mehr als schaffen kann man auch nicht, und wenn's nicht klappt dann klappt's nicht. (113)*

Josef: *Sie können ja auch nicht Kartoffeln in fünf Minuten kochen, wenn jetzt plötzlich Besuch kommt. Die brauchen ja seine 25 Minuten, können auch nicht beschleunigen, die Kartoffeln, wenn Besuch kommt. (160)*

Martin: *Und mit der Wagenzahl, wollte ich noch sagen, wenn es heißt, Wagenzahl stimmt nicht, dann denk ich mir auch manchmal im Hinterkopf: Was soll ich machen? Ich stehe doch nicht den ganzen Tag am Kaffeeautomaten. Ich mach ja schon. Dann kommt das so rüber, als ob, ich weiß nicht. Man denkt sich so, ja dann guck doch mal, mach du doch mal die Arbeit. (287)*

Sorgen

Auch tragen individuelle Sorgen oder Befürchtungen zum Wohlbefinden bei der Arbeit bei. Die meisten jüngeren Mitarbeiter gehen davon aus, durch viele körperliche Beschwerden beeinträchtigt zu sein, wenn sie die Arbeit bis ins Alter durchführen müssen.

Rüdiger: *Naja also wenn man die Arbeit hier wirklich bis zum bitteren Ende machen muss, dann ist sicherlich Knie, Rücken, Arme, also alles was auch so bei den älteren Kollegen alles fertig ist. Also Rücken haben sehr viele, Knie haben etliche und so was so mit Händen und Schultern ist, das ist eigentlich bei vielen. (94)*

Peter: *Also ich weiß, wenn ich jetzt nur weiter arbeite und nichts anderes mach, dass ich bis 50 wahrscheinlich den Job nicht machen kann. Weil so wie mein Körper jetzt schon durch Unfälle, ich hatte schon ein kaputtes [Knie], das hält vielleicht noch, wenn ich so weiter arbeite, 15, 20 Jahre, und dann muss ich auch mir das Knie operieren lassen, weil das ist auch schon kaputt. (392)*

In dem Zusammenhang wird auch wahrgenommen, dass es schwer erscheint, Nachwuchs zu rekrutieren bzw. wird befürchtet, dass viele junge Mitarbeiter das Unternehmen wieder verlassen. Das verunsichert in Bezug darauf, wie sich das Unternehmen entwickelt und damit auch der eigene Arbeitsplatz.

Ralf: *Aber Sie dürfen nicht vergessen: Fachkräftemangel, dann die erfahrenen Fachkräfte gehen, die jüngeren wollen nicht bleiben. Das sind Sachen, da kann ein Unternehmen echt drunter leiden. Und wenn [Arbeitgeber] da nicht gegensteuert, dann tut mir leid. Dann laufen sie in die falsche Richtung. (661)*

Samuel: *Nachwuchs ist mager.*

Interviewer: *Nicht so viele, ne?*

Samuel: *Sechs die wir sind, sieben vielleicht aber sonst.*

Interviewer: *Ja, also sonst.*

Samuel: *Also ich rede von den unter 25-jährigen, also ab 25 haben wir schon welche da, aber unter 25 wenig, sehr wenig. (100ff)*

In Bezug auf die eigene Gesundheit scheint die Belastung durch Staub oder Dämpfe Anlass zu größerer Sorge zu sein, da die Handwerker nicht genau wissen, wie gesundheitsschädlich diese Einwirkungen auf Dauer sein können.

Ralf: *Aber was auch schlimm ist, ist mit dem Staub. Dreck, was sich in der Luft die ganze Zeit sammelt. Im Sommer sieht man da eine Wolke, da kann man so durchschneiden, und das ist das was mir persönlich immer so auf Dauer Angst macht. Was heißt Angst, Sorgen macht. Ich denk mal, so gut kann das auch nicht sein. (24)*

Weiterhin trägt zur Sorge bei, dass die Mitarbeiter einerseits wenig Entscheidungsfreiheit wahrnehmen, andererseits Bedenken haben, dass sie persönlich für Fehler oder unzureichende Arbeiten zur Verantwortung gezogen werden, insbesondere dann, wenn es zu problematischen Folgen kommt, z.B. ein Verunfallen von Fahrzeugen aufgrund nicht sachgerechter Instandhaltungsarbeit.

Ralf: *Die Verantwortung haben wir immer. Die Entscheidungsfreiheit ist eingeschränkt. (584)*

Sven: *Ja also verantwortungsvoll auf jeden Fall. Man unterschreibt ja jede Arbeit, die man macht, das wird ja glaub ich zehn Jahre oder sowas aufgehoben, dass wenn irgendwas passiert, dass man rauskriegt, wer es war. Egal was du machst, du hängst mit deinem Namen dran. Deswegen, Verantwortung an sich hat man auf jeden Fall. (264)*

Motivation

Aus Sicht der Handwerker ist der Faktor Motivation wichtig, wenn es um Wohlbefinden am Arbeitsplatz geht. Teilweise wird die geringe Motivation von Kollegen beklagt, allerdings werden mehrheitlich die Gründe hierfür unternehmensseitig gesehen, und viele Mitarbeiter berichten, dass ihnen selbst aufgrund von Zeitdruck, schlechten Betriebsklima usw. die Arbeitsmotivation fehlt bzw. abhanden gekommen ist.

Clemens: *Und Motivation aufgrund der Arbeiten. Weiß ich nicht, sehe ich auch immer so als Grund noch mit dabei. Wegen des Klimas halt auch so. Betriebsklima, beziehungsweise sonst irgendwie keine Lust noch irgendwas zu reißen weil sowieso nichts passiert oder sonst irgendwo etwas. (454)*

Clemens: *Eigentlich, wie ich das eben schon sagte: Man lernt immer mehr, mehr, man soll immer mehr tun, aber richtig was dafür wiederbekommen, das ist halt die andere Sache. Und dass da die Motivation nicht gerade steigt, und so. (488)*

Auch scheint den Mitarbeitern zu fehlen, deutlicher am Erfolg ihrer Arbeit teil zu haben, beispielsweise durch das Erleben eines zufriedenen Kunden. Gleichzeitig ist ihr Arbeitsergebnis flüchtig, d.h. ein repariertes Fahrzeug, und damit der sichtbare Erfolg der eigenen Arbeit, fährt aus der Halle und ist dann verschwunden.

Winfried: *Man hat hier keinen Kundenkontakt, man sieht auch nicht die Arbeit, die man gemacht hat, weil die immer wieder raus fährt, die fährt einfach weg. Das ist es, wenn man Maurer ist, Haus, dann kann man immer sagen, hier, das hab ich mal gebaut. Es ist, man kann nirgends mehr hingehen, und hier ist das halt, das fährt immer alles raus. (10)*

4.2.3.5 Veränderungen

Eine zentrale Frage der Untersuchung ist die nach den Ursachen für die Erhöhung des Krankenstandes. In diesem Kontext erscheint es relevant, abzubilden, welche Veränderungen die Mitarbeiter innerhalb des Betriebs in der Vergangenheit wahrgenommen haben. Bezogen auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen wurde berichtet, dass sich vieles zum Positiven gewandelt hat. Die Sicherheitsmaßnahmen sind umfangreicher geworden, die Schutzausrüstung besser und es gibt eine Reihe von Erleichterungen, was besonders schwere körperliche Tätigkeiten angeht.

Günther: *Also jede Werkstatt hat schon einiges geändert. Wenn ich an früher denke, [...] die alten Werkstätten. Das waren so die Knochenbuden gewesen. Kranwagen gab es nicht, musste alles geschleppt werden. Und Lärmschutz gab es damals auch nicht. (90)*

Der technische Anspruch an Instandhaltungsarbeiten ist mit den Jahren deutlich gewachsen, die Handwerker beschreiben, dass ihre Kompetenzen dadurch und auch generell mit der Zeit gestiegen sind. Die gestiegenen Arbeitsanforderungen werden sowohl positiv als auch negativ bewertet.

Fritz: *Die Fahrzeuge werden immer anspruchsvoller, die Neubaufahrzeuge, die jetzt auch kommen [...] Also da glänzt man nicht durch Kraft, man muss schon auch bisschen was im Kopf haben. (248)*

Sören: *Die Wagen sind weniger geworden, sagen die Chefs ja auch. Aber die Arbeit ist mehr. Und da können Sie aber rumfragen, wo Sie wollen. Das sagen gerade die Alten. Weil die Arbeit, früher da hast du ruck zuck deine Puzzelei fertig gehabt. Und jetzt sind ja alle diese [Eigennamen]-Wagen, das muss ja alles stimmen da. Da ist ja der Druck auch schon da. Kann ich das erlauben, das Teil drinne zu lassen? Kontrolliert das einer? (324)*

Die älteren Mitarbeiter berichten, dass sie früher mehr Freiheiten wahrgenommen haben und sich z.B. zwischendurch häufiger hinsetzen oder ausruhen konnten.

Winfried: *Und dann hatten wir früher so kleine Kaffeepausen, da hatten wir uns fünf Minuten hingesetzt und haben Kaffee getrunken. Dann hat man bei uns die ganzen Kaffeemaschinen weggenommen vom Gleis und hat gesagt, man muss arbeiten, weil man geglaubt hat, man kriegt dadurch mehr raus. (12)*

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die meisten betrieblichen Veränderungen aufseiten der Handwerker skeptisch beurteilt werden, da sie vermuten, dass sie im Interesse einer allgemeinen Effizienzsteigerung vorgenommen werden und im Endeffekt zu ihren Lasten gehen.

Winfried: *Die Leute verstehen Folgendes nicht: Sie schaffen ihre Arbeit, warum wird dann trotzdem auf denen rumgeklopft? Warum wird immer versucht, noch mehr Profit, noch mehr?* (20)

Wie bereits beschrieben wird Zeitdruck insgesamt deutlich stärker wahrgenommen, infolge dessen weniger Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und weniger sozialer Zusammenhalt. Angenommen wird, dass dies auch eine Folge davon sein kann, dass kleinere Werke zu einzelnen größeren zusammengelegt wurden, oder durch einen Wandel der Altersstruktur. Ältere berichten, der Kontakt zum Betriebsleiter sei früher enger gewesen, ebenso wie die Anerkennung oder die Berücksichtigung persönlicher Interessen oder Probleme. Früher wären die Mitarbeiter daher auch eher bereit gewesen, besonderen Einsatz, zum Beispiel Wochenendarbeit, zu leisten.

Sören: *Doch, das Thema war auch. Wir haben früher, ich glaub, Sonnabends sogar mehr gearbeitet als jetzt. Aber ich sag, so wie es ist. Da hat man gesagt: Ok, Chef. Weil der Chef in Ordnung war. Da gab es auch mal ein Handgeld. Ich hab früher Sonnabend auch gearbeitet hier, da gab's auch was im Umschlag. Oder der Chef kam mal und brachte was zum Mittag. Weil, es ist ja so, bei [Firma Eigennamen], ich weiß das, es bestehen ja Kontingente. Wo gesagt wird: Die Jungs haben gut gearbeitet. Die Jungs sind hier am Sonnabend, wir geben mal was aus für die Jungs. Der alte Chef, das weiß ich noch, es gab früher immer mal ein Hühnchen, ein halbes. Wenn du Sonnabend hier warst, war wunderbar.* (285)

4.2.4 Ressourcen

Unter „Ressourcen“ wurden all jene Textstellen codiert, aus denen hervorgeht, welche arbeitsbezogenen Faktoren aus Sicht der Mitarbeiter in positiver Weise zu ihrem Wohlbefinden beitragen. Besondere Relevanz haben hier soziale Aspekte, insbesondere die Kollegen sowie Anerkennung durch Vorgesetzte spielen eine wichtige Rolle. Die Arbeitsaufgaben selbst stellen eine Ressource für die Mitarbeiter da, ebenso nehmen die Mitarbeiter wahr, dass der Arbeitgeber bzw. Betrieb einen wichtigen Faktor für ihr Wohlbefinden darstellt.

4.2.4.1 Kollegen

Die Mitarbeiter fühlen sich wohl, wenn sie sich gut mit ihren Kollegen verstehen. Besonders häufig wird beschrieben, dass es schön ist, wenn bei der Arbeit gemeinsam gelacht wird, Humor spielt eine große Rolle.

Sepp: *Vor allem wenn sich zwei Kollegen gut verstehen, dann geht alles leichter von der Hand.*

Peter: *Genau.*

Guido: *Wieder ein wenig Spaß haben*

Peter: *Genau, unterhältst dich zwischendurch.*

Sepp: *Solange man, wenn wir noch lachen können auf der Arbeit, dann geht es uns noch gut. Wenn wir nicht mehr lachen können ist Scheiße.* (656ff)

Den Mitarbeitern ist wichtig, Kollegen zu unterstützen und auch von ihnen unterstützt zu werden. Häufig wird über Kollegialität sowie das gute Gruppenklima gesprochen und welche Bedeutung dies für die Handwerker hat (s. auch: Kap. 4.2.3.1: „Betriebsklima“).

Serge: Das kommt jetzt eben auch darauf an, mit wem du zusammenarbeitest. Dein Partner ist auch wichtig in dem Fall. (894)

Ralf: Dass ich auf meine Kollegen aufpasse, dass ich auf mich selber aufpasse, das ist mir wichtig. (293)

Werner: Die anderen Kollegen, die vielleicht da doch nun ein bisschen besser orientiert sind untereinander, äh kriegt man das, die nötige Hilfe, die richtig Unterstützung. Das ist schon mal ne gute Sache. (193)

Dieter: Bei mir war das damals so, ich war persönlich nicht so glücklich, dass ich in der Fahrzeuginstandhaltung gelandet bin, es hat äh, damit zu tun, dass ich in einer guten Gruppe gelandet bin und sehr gut aufgenommen wurde. Dann hat es natürlich auch Spaß gemacht, mit den Leuten zu arbeiten, die hier auch das Wissen haben, zum Beispiel. (89)

Ein Vorhandwerker berichtet, dass in seiner Gruppe die Übernahme von Lehrlingen von einem kleinen Ritual begleitet wird:

Werner: Wir begrüßen unseren neuen Gesellen, wenn wir jetzt Lehrlinge übernommen haben, was man jetzt heutzutage auch in der Kirche sieht, wenn die Konfirmanden begrüßt werden oder ähnliches. Da hab ich mir das wieder abgekuckt und zwar, wir begrüßen sie immer neu. (181)

4.2.4.2 Vorgesetzte

Weiterhin trägt es entscheidend zum Wohlbefinden bei, wenn die Vorarbeiter und Meister zufrieden sind mit der geleisteten Arbeit.

Guido: Zum Beispiel heut ist Freitag. Ich mein, wenn Freitag, und der Vorarbeiter und der Meister sind alle zufrieden, dann geht man doch ganz freudig, entspannter ins Wochenende, wie wenn du am Freitag einen Anschiss kriegst oder. (659)

Die Handwerker freuen sich sehr über Freundlichkeit und Lob der Vorgesetzten, auch, wenn sie persönlich begrüßt werden oder sich ein Vorgesetzter die Zeit für ein kurzes persönliches Gespräch nimmt.

Sepp: Aber die Chefin hat sich jetzt mal bedankt bei mir [...] Die hat sich bedankt bei mir. Die war schon da [...] also es geht doch! (634)

Winfried: Und dann ist er [der Vorgesetzte] auch, die erste Zeit hat er richtig einen auf Kumpel getan, das fanden alles so toll, die haben ihn alle so gemocht. Und dann ist er durch die Halle gegangen, weil er war locker, er ist nicht im Anzug rumgelaufen, er ist in seinem Rollkragenpullover rein gegangen. [...] Dann kam er in die Halle immer rein, „das könnt ihr mir nicht ab-

gewöhnen, ich muss immer einmal in die Halle rein. Ich mag das, ich bin auch gerne Handwerker. Und dann werde ich euch mal ein bisschen auf den Geist gehen, mit euch quatschen und hin und her“, und wow, das fanden wir toll! (140)

Als besondere Auszeichnung erleben es die Mitarbeiter, wenn sie Veränderungsvorschläge einbringen und diese umgesetzt werden, was häufiger der Fall zu sein scheint.

Werner: Ich hab mal Verbesserungsvorschlag gegeben für die Nachtschicht, die war mal von mir und Kribbelkram ne, da hat's mal ne Menge Geld für gegeben. Und dass man das dann honoriert, das ist echt positiv, das ist ne positive Entwicklung. Wo man auch was rausziehen kann. (195)

4.2.4.3 Arbeitsinhalte

Grundsätzlich ist die Arbeit selbst ein Faktor, der den Mitarbeitern Spaß macht und der sie mit Stolz erfüllt. Die Arbeit wird als abwechslungsreich und anspruchsvoll beschrieben. Auf ihre Fähigkeiten, die sie im Zusammenhang mit den Arbeitsanforderungen erworben haben, sind viele Mitarbeiter sehr stolz, das betrifft sowohl handwerklich Fähigkeiten als auch den hohen technischen Sachverstand.

Guido: Mein Beruf, auch privat, wird schon sehr anerkannt. Weil ich mein, hab jetzt das mit dem Dach, ob das Innenausbau ist vom Haus, ich kann halt überall bin halt überall da perfekt und hab überall meine Vorteile und da kriegt man auch Anerkennung. [...] Da bin ich einfach sehr stolz. Weil ich sag ich hab keinen Handwerker gebraucht, das hab ich selber. Und dann denk ich mir erst: Das müssen andere erst verdienen, was ich jetzt für mich selber gemacht hab. // ein anderer, der verdient vielleicht mehr, aber der wenn halt ein Nagel, ein Bild aufhängen will, muss ein Handwerker kommen. [...] Also mir wär das zu dumm, wenn ich jetzt ein Millionär wär, und es müsste jemand kommen, der mir einen Nagel reinhaut. Das sind halt immer so [...]. (828)

Grundsätzlich identifizieren sich die Mitarbeiter stark mit ihrer Arbeit und mit dem, was sie leisten.

Fritz: Technisch vielseitig ist der Beruf schon. Man hat, wie gesagt, mit den verschiedensten Wagenbauern zu tun. Dann gibt es die und die Anforderungen, Pneumatik, Hydraulik, Elektrik an den Fahrzeugen. Das ist die Vielseitigkeit, womit die einzeln sich identifizieren. (226)

Besonders wohl fühlen sie sich bei der Arbeit, wenn sich niemand verletzt, sie in Ruhe arbeiten können, der Materialfluss reibungslos läuft, sie schwierige Anforderungen lösen, die Arbeit in der vorgesehenen Zeit schaffen und währenddessen etwas Gelegenheit bleibt, sich mit Kollegen zu unterhalten oder zu scherzen.

Heiner: Ja erst mal, wenn man wieder gesund nach Hause kommt. Dass man was geschafft gekriegt hat. Ist genau wie zuhause, wenn man sich was vornimmt. In Ruhe, ne, zusammengearbeitet. Kommunikation stimmte. Das ist ein vernünftiger Tag.

Knut: Na, wenn alles geklappt hat, wenn die Arbeit gut von der Hand gegangen ist, mal einen lockeren Spruch über die Kollegen gehabt hat. Bisschen Spaß bei der Arbeit gehabt hat, das war dann ein guter Tag. (689f)

4.2.4.4 Betrieb

Die Mitarbeiter schätzen ihren Arbeitgeber dafür, dass er einen sicheren Arbeitsplatz bietet und für Zuverlässigkeit, was Gehaltszahlungen, Sozialleistungen und Reintegration nach Krankheit angeht.

Ralf: Soziale Aspekte darfst du nicht vergessen.

Heiner: Nein, ist richtig.

Ralf: Die sozialen Aspekte, wenn du jetzt mal wirklich sechs Monate krank bist oder sieben Monate, du kommst wieder zur Arbeit und arbeitest dann auch wieder.

Clemens: Ja, natürlich.

Heiner: Ja eben, es ist ein sicherer Arbeitsplatz. (509)

Teilweise wird beschrieben, der Arbeitgeber habe ein hohes Ansehen, worauf man dann auch stolz ist. Für die jüngeren Kollegen spielen beruflich Perspektiven eine Rolle, diejenigen, die sich beruflich weiter entwickeln möchten, sehen in dem Unternehmen hierfür sehr gute Chancen.

Ralf: Das schöne ist auch, selbst wenn mal ne Tür zu geht, sich in [Unternehmen] eine andere Tür irgendwann mal öffnet. Und dann versucht man es da. Vielleicht kriegt man dann diesen Job, den man da haben muss, oder ne andere Tür. Wenn jetzt für mich kein Meisterposten hier frei wird, wer weiß, vielleicht öffnet sich eine andere Tür. Aber die Möglichkeiten sind da. (547)

4.2.5 Gesundheitsverhalten und Einstellungen zu Gesundheit

Das Thema Gesundheit scheint für alle Befragten von sehr hoher Bedeutung, dies betrifft alle Altersgruppen und Positionen im Betrieb.

Dieter: Also ich denke mal, Gesundheit ist auf jeden Fall hoch angesehen bei uns. (2)

Klaus: Für mich persönlich ist Gesundheit das wichtigste Gut, das ich habe. Alles andere kann ich, denke ich mal, ersetzen. (2)

Die Handwerker beschreiben viele arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken, die ihnen einerseits sehr bewusst sind, die gleichzeitig aber auch als Ursache vieler Beschwerden gesehen werden. Insbesondere bezüglich Unfallgefahr und biomechanischer Belastungen äußern viele, dass man in der Instandhaltung aufeinander aufpasst.

Sepp: Wir sagen das durch die Blume (alle lachen). Setzt mal deine Mütze auf, das sagen wir schon auch. Passen wir schon auf untereinander. (61)

Grundsätzlich aber sehen die Befragten die Verantwortung für Gesundheit bei jedem Einzelnen persönlich, besonders bezogen auf das Gesundheitsverhalten außerhalb der Arbeit, wie Sport, Ernährung oder Stressbewältigung.

Rüdiger: Da muss jeder für sich selber sagen „Jawohl, das ist gut für mich, das mache ich oder das ist nicht gut für mich, ich mache es trotzdem.“ Und das ist eine ganz persönliche Einstellung. (132)

4.2.5.1 Verhalten bei der Arbeit

Zum Schutz vor Verletzungen oder längerfristigen Beanspruchungsfolgen steht an erster Stelle die persönliche Schutzausrüstung. Den Mitarbeitern ist bewusst, dass das Tragen von Helmen, Schutzbrillen, Schutzkleidung usw. zu ihrer Sicherheit notwendig ist und achten deshalb darauf. Wenn es Probleme mit der Ausrüstung gibt, z.B. etwas kaputt geht oder nicht richtig passt, liegt es in der Verantwortung des Einzelnen, Ersatz anzufordern, der in der Regel auch bereitgestellt wird.

Sepp: Erst einmal der persönliche Arbeitsschutz. Dass man seine Schutzausrüstung trägt. Dass die auch nicht verschlissen ist oder irgendwas. Dass man auf sich selber erst mal achtet, dass alles in Ordnung ist. [...] Nich erst mal sagen, das passt schon noch, und dann passt's nicht mehr. Arbeitsschuhe, wenn kaputt sind. Dass man die tauscht oder ... den Meister verständigt, brauch paar neue Schuhe, kriegste paar neue. Das ist erst mal das A und O. Die Grundvoraussetzung. (12)

Infolge von Nachlässigkeit, zeitlichem Druck oder besonderen Arbeitsanforderungen gelingt es jedoch nicht immer, die Schutzausrüstung konsequent zu tragen (s. auch Kap. 4.2.1.6 „Schutzausrüstung“).

Peter: Man kann's theoretisch schnell mal vergessen, wenn man aus der Pause kommt, dann noch kurz am Platz ist und Kaffee kurz trinkt, weil die Pause nicht ganz zu Ende ist, dann klingelt's, dann gehst du wieder ran, dann hab ich auch schon öfters meine, dann bin ich losgelaufen, und erst gemerkt, oh, meine Mütze hab ich ja gar nicht auf, dann zurückgelaufen. (51)

Weiterhin sehen die Mitarbeiter Möglichkeiten, ihre Gesundheit zu schützen, in individuellen Arbeitstechniken, indem sie beispielsweise eine für sie selbst günstige Hebetchnik anwenden oder sich so positionieren, dass eine Tätigkeit möglichst rücken- und gelenksschonend durchgeführt werden kann. Ein weiterer Aspekt individuellen Gesundheitsverhaltens bei der Arbeit ist die Achtsamkeit, das heißt nachzudenken, bevor Arbeiten erledigt werden, sowie in Ruhe, vorausschauend und mit Konzentration zu arbeiten.

Rüdiger: Also sagen wir mal, ich bemühe mich, wenn ich irgendwas mache, dann zu sehen, dass ich bequem stehe. (30)

Sepp: Man versucht es schon, sich selbst die Arbeitsschritte, jeder macht's halt klein wenig anders. Der eine so, der andere so. Und ich bin immer der Meinung, dass man sich nicht (auf-

arbeiten?) muss, dass man erst mal lieber mal ne Sekunde überlegen, wie man es am gescheitesten macht, damit sich nicht selber schadet. Ist meine Meinung.

Sepp: Manche Arbeiten gehen eben nicht schneller. Da könnt ihr auf und nieder hüpfen, die können eben nicht schneller.

Wulf: Dadurch, dass das Unfallrisiko auch wieder erhöht wird.

Sepp: Es soll ja auch keine Hektik aufkommen. Wenn Hektik aufkommt, ist Mist.

Interviewer: Das Umfeld ist gefährlich, da muss man sehr beisammen sein, ganz bestimmt.

Sepp: Und wenn Hektik aufkommt, dann passieren Unfälle. Und die wollen wir ja nicht haben. (242ff)

4.2.5.2 Sport, Bewegung

Sport wird häufig als wohltuend, befreiend und als guter Ausgleich für die Arbeit angesehen und viele Mitarbeiter geben an, dass Freizeitsport dazu führt, dass sie sich bei der Arbeit leistungsfähiger fühlen.

Knut: Weil so, so Sport, das merkt man selber, man geht fitter, man kommt fitter zur Arbeit. Motivierter, fällt einem ein bisschen was einfacher. (59)

Diese Einstellung findet sich häufiger bei den jüngeren Mitarbeitern, während ältere eher angeben, dass es für sie nicht mehr lohnt, Sport zu treiben, oder dass die Arbeit selbst ausreichend physische Fitness erzeugt.

Günther: Hätte man in jungen Jahren machen sollen, glaube ich. Als die Bandscheiben noch in Ordnung waren. (107)

Sepp: Wir haben Fitnesscenter den ganzen Tag hier. (29)

Auch, wenn sich einzelne Befragte skeptisch äußern und viele davon ausgehen, dass die Arbeit selbst sie körperlich fit hält, scheint die Ansicht, Sport sei der Gesundheit förderlich, durchgängig vorhanden. Die jungen Mitarbeiter gehen meist ins Fitnessstudio oder spielen beispielsweise Fußball im Verein. Die Teilnahme an Vereinssport ist wegen des Schichtdienstes allerdings nur eingeschränkt möglich.

Rüdiger: Ich habe mir das einmal angeguckt. Das Problem ist der Schichtdienst. Es ist dann so Sache immer Donnerstag um 16 Uhr, mein Schichtdienst dann alle vierzehn Tage – das ist dann immer so eine Sache, ich muss das ganze Jahr bezahlen, kann aber definitiv nur das halbe hingehen. Das ist wieder so eine Sache, wo ich mir dann sage, nein das ist vielleicht doch nicht das Richtige. (122)

Kollegen mittleren Alters und ältere Kollegen treiben wenn, dann gelegentlich moderat Sport oder bemühen sich um regelmäßige Bewegung an der frischen Luft, wie Fahrradfahren oder Spaziergehen. Regelmäßiger Sport ist für die Älteren oft deshalb schwierig, weil sie sich zu erschöpft von der Arbeit fühlen und/oder lange Anfahrtswege haben und aus diesem Grund keine Zeit investieren möchten.

Heiner: *Aber der Alltag ist, man kommt heim, man ist müde, man haut sich eher hin, dann hat man natürlich vielleicht noch einen anderen Terminkalender was man so - und die Zeit fehlt dann. (67)*

Ein mehrfach genanntes Argument gegen Sport in der Freizeit ist auch, dass die Mitarbeiter die Zeit außerhalb der Arbeit frei gestalten und sich hier keine weiteren Verpflichtungen auferlegen möchten.

Rudolph: *Die Anfahrten sind ja auch, ich glaub, ich bin mit Fuß, oder ich fahr jetzt auch Rad, ich hab das Fahrrad mit im Zug. Fahr dann auch mit dem Fahrrad nach hier. Ich bin dann mindestens schon mal ne Dreiviertelstunden hin und zurück unterwegs, zu der Arbeitszeit, und dann ist auch erst mal gut. Dann möchte ich meine Freizeitgestaltung auch selbst bestimmen. Ob ich dann möchte oder nicht. (126)*

Diejenigen, die aufgrund von Rücken- oder Gelenkserkrankungen bereits in therapeutischer Behandlung waren, sehen einen deutlichen Gewinn durch entsprechende Übungen oder Gymnastik und führen diese teilweise regelmäßig eigenständig durch.

Guido: *Bei mir ist zum Beispiel der Brustwirbel gesplittert. Der vierte. Und der dritte und der fünfte sind auch angebrochen bei mir. Und ich hab damals also im Krankenhaus, haben sie zu mir gesagt, wenn ich Schmerzen hab, muss ich das und das machen. Und das mach ich zuhause. Mach ich in der Früh, abends, und dann macht man Mittag, dann leg ich mich auf den Boden, Schulter in den Boden reindrücken, und dann ist das wieder. (314)*

4.2.5.3 Ernährung

Bezogen auf Ernährung besteht eine grundsätzliche Vorstellung, dass beispielsweise vitaminreiches Essen gesund ist. Den meisten Mitarbeitern ist allerdings die Freiheit, essen zu können was schmeckt wichtiger, als stets auf gesunden Essen zu achten. Dies hat auch den Hintergrund, dass sie durch die körperliche Arbeit einen hohen Kalorienbedarf haben.

Walter: *Aber ich sag oh, körperliche Arbeit, Ernährung, was heißt das? Wenn ich körperlich schwer arbeite - ich soll normalerweise, so wie wir jetzt, 2800 bis 3500 Kalorien zu mir nehmen. Bei dieser körperlich schweren Arbeit. (116)*

Ein weiteres Ernährungsthema ist für die Mitarbeiter warmes Essen. Die Pausen sind ihrer Wahrnehmung nach zu kurz, um irgendwohin essen zu gehen, und einige berichten, dass sie aufgrund der Arbeitszeiten zuhause nicht mit der Familie essen können und daher unter der Woche nichts Warmes zu sich nehmen.

Sören: *Ich sag, das ist halt verschieden. Der eine isst spät oder abends, und wie gesagt, bei mir gibt's schon jahrelang, von Montag bis Freitags wird bei mir gar nicht mehr gekocht. Seitdem die Kinder groß sind, die Frau alleine zuhause, für wen soll ich kochen, sagt sie. Und um halb vier Mittagessen? (140)*

4.2.5.4 Stressbewältigung

Zur eigenen Gesunderhaltung zählt für einige Mitarbeiter auch der Umgang mit Stress. Besonders wichtig ist hierbei, Sorgen von der Arbeit nicht in das Privatleben mitzutragen.

Rüdiger: Aber gut, dann geht man halt abends ein ordentliches Stück spazieren, dann ist die Arbeit wieder raus, also man darf es dann nicht mit nach Hause nehmen. (146)

Klaus: Indem ich mich eigentlich auch, mir denk, was mache ich jetzt zu Hause. Und einfach die Arbeit nicht mehr an mich ran lasse, manchmal schaffe ich das, dann kann ich wunderbar abschalten. [...] Aber das wird auch immer schwerer, das Abschalten. (78)

Anderen gelingt es gut, die Arbeit nicht mit nach Hause zu nehmen bzw. sich durch Freizeit oder Familie von negativen Aspekten der Arbeit abzulenken.

Guido: Und geht vielleicht auch mit einem schlechten Gefühl raus, weil du weißt, der Vorarbeiter oder Meister oder egal wer nicht zufrieden war, dann tu ich mich daheim wieder aufbauen, durch meine Familie. Und dann bin ich wieder stolz mit meinem Sohn. Oder mit der Frau. Und dann ist für mich das praktisch erledigt, dann hab ich das vergessen da in der Arbeit. (912)

Auch positives Denken wird als wichtig genannt, um psychische Belastungen der Arbeit auszugleichen.

Sepp: Wenn der eine Tag blöd gelaufen ist, denkt der Mensch drüber nach, dass das gestern blöd gelaufen ist. Man schaut eben vorwärts. Man muss positiv denken. Es könnt ja mal besser werden. Man darf dem nicht hinterher trauern oder sich irgendwie verrückt machen lassen. (919)

4.2.5.5 Umgehen mit Erkrankungen

Den Umgang mit Beschwerden beschreiben die Befragten unterschiedlich. Rücken- oder Gelenkschmerzen treten bei vielen Handwerkern häufiger auf, manche nehmen Schmerzmittel, andere nehmen die Schmerzen hin, meist gehen sie aber trotz der Schmerzen arbeiten.

Guido: Also man hat schon immer leichte Schmerzen, aber durch die Jahre da kennt man das ja nicht mehr anders. Der andere sagt, wenn ich so Schmerzen hätt. [...] Aber wie gesagt, wenn man sie jahrelang hat, dann gewöhnt man sich auch dran. (316)

Wenn Mitarbeiter trotz Erkältungen zur Arbeit kommen, wird dies von Kollegen aufgrund der Ansteckungsgefahr kritisch gesehen. Auch wird geäußert, dass es genügend Zeit braucht, Infekte auszukurieren und dass die Gefahr der Verschleppung droht, wenn trotzdem gearbeitet wird.

Sepp: Aber was ich nicht einsehe, was bei der ganzen Ding [...] dass sich Leute auf die Arbeit schleppen, die können nicht mal aus den Augen gucken, haben Fieber bis da hinaus, und stecken dadurch andere Kollegen an. Das finde ich so blöd. Das finde ich wirklich so blöd, dass diese Leute nicht daheim bleiben. (499)

Sören: *Pass auf: Erst Woche: Krank. Zweite Woche: Auskurieren. Dritte Woche: Erholen. Hat er [Arzt] mir erklärt. Wenn du nach anderthalb Wochen wieder arbeiten gehst, mit einer Grippe, die hast du mindestens nach sechs Wochen wieder. (657)*

Einige Mitarbeiter geben an, dass es von der Führung nicht gerne gesehen wird, wenn jemand krank ist und fürchten daher Sanktionen oder den Verlust des Arbeitsplatzes, wenn sie zu oft krankheitsbedingt fehlen. Andere bleiben auch bei leichteren Beschwerden zuhause und begründen dies mit einem als schlecht wahrgenommenen Betriebsklima.

Sören: *Ja, aber wenn der Chef schon sagt, wenn einer von der Obrigkeit kommt und sagt, was ihr euch überhaupt Gedanken macht. Ja, dann mach ich mir doch Gedanken: Wie geht es mir am besten, und dann bleib ich mit leichtem Schnupfen mal zuhause drei Wochen. (655)*

Winfried: *Wie gesagt, auf den Finger hauen oder so, das ist hier Standard, man muss nicht unbedingt zum Arzt. Aber wenn man zum Arzt geht, was soll der dann machen? Der guckt sich das an, ja, dann bleiben die erst mal zwei Tage zuhause. [...] Und hier sagt man halt, es tut zwar ein bisschen weh, das ist, wenn das Klima kaputt ist, dann sagt der nöö, jetzt hab ich ja nen Grund. (192)*

4.2.5.6 Betriebliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Betriebsseitig werden die Mitarbeiter regelmäßig zum Betriebsarzt geschickt, das wird insgesamt positiv befunden. Allerdings wird häufiger geäußert, dass Ratschläge des Arztes beispielsweise für ein rückschonendes Arbeiten in der Realität nicht umsetzbar sind.

Sepp: *Da gibt's den berühmten Betriebsarzt der sagt immer, man soll eben schwere Sachen, hat er uns die Hebetchnik erklärt. Theoretisch ok (lachen). Aber praktisch undurchführbar. Weil man manchmal in, zwischen Zwangsposition ist, da kann man das nicht machen. Weil wenn der eine loslässt, wenn man ne Feder jetzt zum Beispiel. (230)*

Regelungen und Vorschriften zum Sicherheitsverhalten vonseiten des Betriebs werden in der Regel als sinnvoll und wichtig betrachtet, auch wenn eine Umsetzung aufgrund der oben beschriebenen Diskrepanzen nicht immer möglich erscheint.

Unterschiedliche Gesundheitsförderprogramme oder Gesundheitstage wurden in der Vergangenheit bereits angeboten. An freiwilligen Programmen nehmen die Mitarbeiter selten oder gar nicht teil.

Fritz: *Die Leute können sich für solche Seminare anmelden.*

Interviewer: *Aha. Wird das genutzt?*

Fritz: *Ich sag mal wenig. (120f)*

Josef: *Kommt drauf an, was sie anbieten würden. Wenn man mir was erzählen würde über Gesundheit würde ich sagen, brauch ich nicht hingehen, weil das weiß ich. (216)*

Rudolph: *Und, ja, man kann, hier es ist ja schon oft man was gemacht worden, es ist auch schon mal was angeboten worden. Rückenschule oder sowas. Ist aber alles relativ schwierig, weil die meisten von außerhalb kommen, lange Anfahrt haben und so weiter und so fort. (6)*

Gesundheitstage werden als nette Abwechslung und unterhaltsam wahrgenommen, aber die Mitarbeiter haben nicht den Eindruck, dass sie gesundheitsförderliche Effekte haben.

Sven: *Wir hatten halt ich glaub vor zwei oder drei Monaten einen Gesundheitstag hier. [...] Da war z.B. einer da, der über Rücken hauptsächlich geredet hat, und dann gesunde Ernährung. Die einen haben dann so irgendwie Betrunkenenbrillen gehabt, wie das dann quasi wäre, wenn man betrunken arbeiten würde oder so in der Art. Und ja Krankenkasse, da hat man da Fitness so verschiedene Stationen durchgemacht, so kleine [...] so.*

Interviewer: *Und wie fanden Sie das?*

Sven: *Ja war ganz gut, besser als Arbeit. (270ff)*

Rüdiger: *Ich bin der Meinung, wenn man fünfzehn Männer – „So macht mal einen Halbkreis, wir machen jetzt einmal Dehnungsübungen“. Dann sagt jeder „Hallo?“ Wir haben Leute, die sind fast 60, die sagen, das habe ich noch nie gemacht und wir haben Leute mit so einem Ranzen, die sehen ihre Füße nicht einmal, geschweige denn kommen sie mit ihren Fingerspitzen bis dahin. Und die sollen dann Dehnübungen machen? Die sagen dann „Hallo?“ Vergesst das, das würde dann mehr in das Lächerliche gehen, dann wird mehr ein riesen Spaß draus gemacht im Großen und Ganzen. Also solche Maßnahmen sind da in der Gruppe mit „ Du gehst jetzt da hin und du machst das“ – das bringt überhaupt nichts. (114)*

Josef: *Da haben sie dann so Bilder gebracht, wo dann die Bäuerinnen aus der Melkanlage dann Sportübungen an der Melkmaschine machen sollten, also das war dann ein Riesenspaß, am Ende war es eine Riesengaudi, aber ansonsten hat es nichts gebracht. (120)*

Bezüglich möglicher Fitness- oder Gymnastikangebote seitens des Arbeitgebers sehen die Mitarbeiter eine Reihe von Barrieren, was die Teilnahme betrifft. Grundsätzlich bewerten sie die eigene sowie die Bereitschaft der Kollegen, an Programmen außerhalb der Arbeitszeit teilzunehmen, als sehr gering. Die meisten möchten ungern über die eigentliche Arbeitszeit hinaus Zeit am Arbeitsplatz bzw. mit den Kollegen verbringen. Möglicherweise würden Angebote während der Arbeitszeit eher angenommen. Grundsätzlich sollte die Teilnahme jedoch freiwillig sein, da die Mitarbeiter eine verpflichtende Teilnahme als Eingriff in ihre persönliche Entscheidungsfreiheit und Selbstverantwortung bewerten.

Rüdiger: *Also etwas Betriebsinternes ist wieder so eine Sache. Will man mit den Kollegen, mit denen man den ganzen Tag gearbeitet hat, dann abends noch in seiner Freizeit Sport machen? Also das halte ich für eher unwahrscheinlich. (128)*

Rudolph: *Naja, das müsste ich ja schon mal während der Arbeitszeit erledigen. Währenddessen muss das schon mal sein. Tja, ob das so verordnet funktioniert? Tja... Das ist schwierig.*

Es geht dann immer so ein bisschen: "Ihr müsst das." Das kommt vielleicht nicht so gut an. (131)

Eine entscheidende Rolle für die Bereitschaft, an möglichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung teilzunehmen, wird der individuellen Risikowahrnehmung zugeschrieben. Häufig wird geäußert, dass diejenigen Mitarbeiter, die wirklich wollen, ohnehin gesundheitsförderliche Aktivitäten durchführen und es weder sinnvoll noch zielführend sei, jemanden zu überreden oder gar zu zwingen:

Rüdiger: Wie gesagt, die, die die Einsicht haben, machen was und die, die keine Einsicht haben, die sind sage ich mal schwer von Arbeitgeberseite zu motivieren. Also ich denke mal, da muss dann aus dem persönlichen Umfeld oder irgendein Arzt sagen, "das darfst du nicht mehr", denn sonst geht's recht bald dem Ende entgegen. [...] Und ich glaube nicht, dass man da mit irgendwelchen guten Worten oder Zwang irgendetwas erreicht. (138)

Josef: Tja, ich sag mal wenn ich irgendwie zum Arzt hingehge und er sagt mir, darfst jetzt nicht mehr rauchen. Ich mein ich rauch nicht, ich sag jetzt nur, wenn ich Raucher wäre und er würde sagen, du hast einen Herzinfarkt, jetzt du darfst nicht mehr rauchen, ja dann würd ich aufgeben zu rauchen. [...] So ist das auch mit, wenn der Arzt mir irgendwie weiß ich nicht sagt, ich hab dadurch hab die und die Krankheit, ich dürfte das nicht mehr essen oder trinken oder weiß ich nicht, dann würd ich auch was dagegen tun. (194)

Häufiger wird geäußert, Angebote seien, wenn überhaupt, dann für die jüngeren Mitarbeiter interessant.

Josef: Bei den Jüngeren sollte man anfangen, bevor die das Leiden haben. (100)

Teilweise wird eine gewisse Skepsis gegenüber dem Arbeitgeber deutlich, was Inhalte möglicher Gesundheitsangebote angeht sowie die Umsetzung bzw. den Nutzen entsprechender Initiativen.

Ralf: Aber uns Handwerkern braucht er [der Arbeitgeber] nicht mit Übungen wie in China vor der Arbeit hier mit gemeinsam (zeigt) sowas und sowas kommen. [...]

Markus: Paar so rhythmische Gymnastik.

Ralf: Das geht in die Hose, das kann er vergessen, da kriegt er keinem einzigen von uns. Also mich nicht, und ich weiß nicht wen noch. (147ff)

Clemens: Wollen wir hoffen, dass solche Gespräche auch was bringen. Das ist es ja immer. Wir haben hier schon so oft mit Gesundheitsproblemen und Gespräche gehabt. Und nichts ist passiert, ne? (678)

4.2.5.7 Gesundheitliche Perspektiven

In der Belegschaft scheint Einigkeit darüber zu herrschen, dass eine langfristige Ausübung der Tätigkeit zu gewissen Gesundheitsbeeinträchtigungen führt. Die älteren Mitarbeiter hoffen, dass nicht noch mehr Beschwerden dazu kommen, die jüngeren, jetzt noch überwiegend beschwerde-

freien Mitarbeiter gehen davon aus, Beschwerden zu entwickeln, wenn sie diese Arbeit länger durchführen.

Ralf: *Beschwerden so noch keine. Nur ich denke mal, wie Knut das schon gesagt hat, mit den Jahren wird man das dann irgendwann merken. Alleine durch die Position die man hat, bei den verschiedenen Arbeiten. (24)*

Rüdiger: *Naja also wenn man die Arbeit hier wirklich bis zum bitteren Ende machen muss, dann ist sicherlich Knie, Rücken, Arme, also alles was auch so bei den älteren Kollegen alles fertig ist. [...] Und wenn man die Arbeit wirklich bis zum Schluss macht, wahrscheinlich, dass sich da etwas entwickelt. Aufgrund der Schwere der Teile, der ungünstigen Position der Teile und so weiter. (94)*

4.2.5.8 Angenommene Ursachen für den erhöhten Krankenstand

Die Mitarbeiter wurden in den Interviews explizit nach ihrer Einschätzung bezüglich möglicher Gründe für den hohen Krankenstand gefragt. Vereinzelt nannten die Mitarbeiter die körperliche Beanspruchung oder jahreszeitbedingt erhöhte Erkältungskrankheiten. Einige gaben an, dass die Altersstruktur eine Ursache ist: Derzeit ist der Anteil älterer bzw. alter Mitarbeiter recht hoch, und es wird angenommen, dass diese Mitarbeiter aufgrund der jahrelangen physischen Belastungen häufiger ausfallen.

Fritz: *Ne Spur weit vielleicht an dem Altersdurchschnitt liegt, das weil der ist hier extrem hoch. [...] Ja und dann [...] ich weiß nicht, vielleicht ein Stück weit mit den Erkältungen jetzt im Herbst, Winter da, geht das los. (75)*

Andere Mitarbeiter widersprechen dem, da sie davon ausgehen, dass eher die jüngeren als die älteren Mitarbeiter häufiger krank sind. Vereinzelt wird vermutet, die jüngeren seien möglicherweise generationsbedingt weniger belastbar.

Josef: *Die Jugendlichen sind ja heute mehr am Kränkeln hier wie die Älteren, die sind ja heute schneller krank oder mit Bandscheibenvorfälle sind ja Jüngere heute ja schneller dran wie die Älteren. (287)*

Häufig nehmen die Mitarbeiter an, dass durch den allgemeinen Zeitdruck Hektik und Unfallgefahr zunehmen, und dass dies eine Ursache für häufige Krankmeldungen infolge Verletzungen ist.

Sören: *Stress und Hektik. Schnell schnell, sieh zu. Also find ich jetzt, ne? Weil Arbeitsunfall früher, ich glaub, war selten. Es gab welche, aber nicht in dieser Häufung wie ich sie eigentlich die letzten vier, fünf Jahre erlebt hab hier. (464)*

In der Wahrnehmung vieler Mitarbeiter hat die Arbeitsmotivation infolge Zeitdruck, geringem Zusammenhalt, schlechtem Betriebsklima und geringer Anerkennung in den letzten Jahren beständig abgenommen. Sie sehen hier den unmittelbaren Zusammenhang mit dem erhöhten Krankenstand. Sie geben an, dass es eine Reihe von Verletzungen oder leichten Erkrankungen gibt, aufgrund derer man sich nicht zwangsläufig krankschreiben lassen muss. Wenn jedoch das Gefühl

da ist, durch Vorgesetzte nicht wertgeschätzt oder unter Druck gesetzt zu werden oder man das Arbeitsklima insgesamt als negativ empfindet, dann geht man auch wegen kleineren Beschwerden zum Arzt und lässt sich krankschreiben.

Walter: *Dass man irgendwelche Sachen mal ansprechen kann, nur so ganz nebenbei mal oder so, oder überhaupt so, das ist für mich eine Missachtung, wenn da jemand kommt und kann nicht mal guten Tag sagen. Und das kommt irgendwann auch wieder zurück, da brauchen sie sich nicht wundern, wenn die Leute im Zweifelsfall sagen, ich hab hier irgendwas. Sonst hätte man sich zur Arbeit gequält, und so sagt man LmaA, ich geh zum Doktor. (111)*

Manfred: *Genau. Genau. Auch bei Kleinigkeiten, mit denen man eigentlich vielleicht noch mit arbeiten gehen könnte, aber man sagt, wozu? Damit ich wieder einen auf den Sack krieg heute und dann, so gut geht es mir eigentlich gar nicht, dann gehe ich doch zum Arzt. (643)*

Winfried: *Genau aber was ich hier für die Krankheit, einfach Betriebsklima, das ist es. (204)*

Serge: *Das ist ein altes Sprichwort, ein gutes Betriebsklima hat wenig Kranke. Schlechtes Betriebsklima hat viele Kranke. (884)*

Winfried: *[...] Schwer, wir haben alles nur schwere Tätigkeiten hier. Wenn man Fehler macht, klemmt man sich sonstiges, quetscht man sich, aber man ist früher nicht zum Arzt gegangen. Man hat gesagt, ach komm, machen wir nen Lappen drum dann ist gut. Und jetzt geht man zum Arzt weil man sagt, nö, der hat ja auch nichts für mich übrig. Der Arbeitgeber hat für mich nichts übrig, also wieso soll ich mich hier quälen? (4)*

4.2.6 Ideen, Vorschläge

Auf die Frage, wie die Gesundheit am Arbeitsplatz gefördert bzw. die Mitarbeitergesundheit verbessert werden könnte, nannten die Befragten nur in geringem Maß Faktoren auf Verhältnisebene. Prinzipiell sehen sie wenige Möglichkeiten, physische Belastungen zu reduzieren. Häufiger genannt wurde die Reinigung der Fahrzeuge bevor sie in die Halle kommen, damit würde Zeit für Instandhaltungsarbeiten gewonnen, die Arbeit erheblich erleichtert und eine Belastung durch Staub und Dämpfe reduziert.

Viele Vorschläge, besonders vonseiten der Gruppenführer, betreffen die Entlastung der älteren Mitarbeiter, beispielsweise dadurch, dass sie grundsätzlich mit jüngeren zusammenarbeiten, damit diese sie bei schwerer körperlicher Arbeit unterstützen bzw. besonders beanspruchende Tätigkeiten übernehmen.

Ralf: *Ja, jetzt fängt es so langsam an, aber da haben wir ja die Möglichkeit, zu sagen, dass man die jüngeren Kollegen zu den erfahrenen Älteren schickt, und dass man die körperliche Arbeit, die da extrem belastet, halt sich entweder aufteilt, weil man zu zweit machen kann, oder die Jüngeren machen lässt, und der Erfahrene halt leitet dann so gesehen. So dass man den ein bisschen außen vorlässt. (72)*

Auch die quasi gegenteilige Vorgehensweise, nämlich der Einsatz von alten und jungen Arbeitsgruppen wurde genannt, bei welchem die Anforderung an Arbeitsgeschwindigkeit und Arbeitslast für die Älteren geringer gehalten werden könnte.

Sören: Es war mal früher, die andere Schicht hatte das mal, da gab es ein Gleis für alte Leute. Fand ich wunderbar. Da haben vier oder fünf alte Leute gearbeitet, die warn 55 oder älter, oder kurz vorm Gehen. Und die haben richtig so, auf Deutsch gesagt, ein Wagen nach dem anderen. Wie sich das gehört. Haben mal gequatscht. Vom Tempo her, das ist nicht mehr da, die haben aber ihre Arbeit gemacht. Wie jeder andere auch. [...] Da braucht man nicht viel Laufen. Alles an einem Fleck. Und man hat meistens immer eine Wagengattung. (511)

Mehrfach wird geäußert, dass es sinnvoll wäre, die älteren Mitarbeiter früher in die Rente zu entlassen.

Klaus: Ich denke einmal, das Geschickteste ist, wenn man den ältesten Menschen mal nach Hause lässt. Sonst war in unserem Beruf spätestens mit 55 Schluss früher, vor 17 Jahren, 15 Jahren. Da sind die Leute in Rente gegangen. Ich denke mal, wenn da Kollegen, was weiß ich, 45 Arbeitsjahre haben oder was, dann müsste das ja auch mal gut sein. (40)

Auf Verhaltensebene nehmen die Mitarbeiter mehrheitlich einen eindeutigen Wert sportlicher Aktivität an, was die Prävention muskuloskeletaler Beschwerden angeht. Eine betriebliche Unterstützung sportlicher Aktivität wird am sinnvollsten in Form finanzieller Unterstützung angenommen, so dass die Autonomie des Mitarbeiters für die Entscheidung, ob und wo er Sport treibt, gewahrt bleibt.

Rüdiger: Was so eine Möglichkeit ist, ist zum Beispiel: Es gibt ja Sportvereine auf den meisten Orten, so Sportgruppen, die bieten ja verschiedene Sportarten an. Ob Rückenschule oder so etwas, wenn [Name Unternehmen] da irgendwie einen zuschüssigen Mitgliedsbeträge gäbe, denke ich, könnte der eine oder andere überlegen: „Mensch, das wäre was!“ (118)

Prämien für geringe Fehlzeiten werden vorgeschlagen, jedoch unter den Mitarbeitern kritisch diskutiert, da dies zu negativem Gesundheitsverhalten oder Unmut innerhalb der Belegschaft führen könnte.

Ralf: Aber es ist für die Motivation aber auch zum Beispiel, wenn jetzt der Mitarbeiter sag ich mal ein Jahr nicht krank war, es dem entsprechend vielleicht sogar noch mal ein bisschen zu belohnen, mit einer Kleinigkeit.

Knut: Das ist der falsche Weg, finde ich.

Ralf: Warum?

Knut: Ganz einfach. Dann verschlepp ich ne Krankheit, [...] (671f)

Sepp: Wenn ab und zu ist ein Kollege, auch mal, der da mal eine Prämie jetzt gekriegt hat, wie der [Name] oder weiß der Kuckuck. Ist ja nu egal, ist ja nur [...] andere Kollegen auch mal was. Aber nicht dass dann nachher meint: „Warum kriegt denn der das und nicht ich?“ (737)

Insbesondere in einem Werk beziehen sich die Vorschläge der Mitarbeiter überwiegend auf ein verändertes Führungsverhalten. Sie wünschen sich eine freundlichere und offene Kommunikation, einen veränderten Umgang seitens der Führung mit Zeitdruck und deutlich mehr Anerkennung. Mehrfach wird die Meinung vertreten, dass alle Führungsebenen, also auch Vorarbeiter und Meister, besser in Personalführung geschult sein bzw. werden sollten.

Guido: Also ich tät sagen, ich tät die Leute mehr loben, und dann wären die mehr motiviert. [...] Das hab ich schon paarmal gesagt, wir wollen ja nicht, dass wir eine Prämie kriegen oder so, aber wir wollen ja mal, wissen mal, eine Anerkennung, dass man es gut gemacht hat. (611)

Winfried: Aber wenn sie entweder sind die, die Führungskräfte nicht richtig geschult, dass man sein Tier da unten ein bisschen streichelt, das ist nun mal so. Der braucht mal Streicheleinheiten, weil wenn man ihn total missachtet und nur immer draufhaut, dass er dann irgendwann sagt: „Wissen Sie was, das ist mir doch egal, ob ich mich hier nun anstrenge oder nicht, das bringt auch nichts.“ (23)

Werner: Ne, ja, das ist ne Aufgabe, ne Gruppe zu führen. Und man muss dann auch für die Gruppe sprechen man muss für die Gruppe sprechen, man muss sagen, im Prinzip, das sind meine Leute und für diese Leute setz ich mich da und da auch ein. Und nicht, dass ich irgendwo ne Besprechung durchgeführt, die sitzen, acht Leute, neun Leute, zehn Leute. Zwei reden sich die Fransen am Mund und der Rest sieht zu, dass er wieder rauskommt. (85)

Unabhängig vom Standort wünschen sich besonders die älteren Mitarbeiter mehr sozialen Zusammenhalt und gehen davon aus, dass gemeinsame soziale Aktivitäten oder Veranstaltungen wie beispielsweise eine Weihnachtsfeier viel zum Betriebsklima und damit zum Wohlbefinden und der Gesundheit der Mitarbeiter beitragen können.

Rudolph: Was uns fehlt hier zum Zusammenhalt fördern ist vielleicht eine Gemeinschaftsveranstaltung, würde ich behaupten. (80)

Werner: Richtig große Weihnachtsfeier, man sollte sowas vielleicht auch mal - im Sommer ist schlecht, mit Urlaubszeit oder sowas, ich kenn sowas von wo ich mal gelernt hab, bei [Name Unternehmen] vor Jahrzehnten. Heutzutage gibt's sowas draußen ja auch kaum noch, aber äh da ist der ganze Betrieb mit Frauen und alles. Da haben sie ein paar Busse gechartert und dann sind wir alle irgendwo hin gefahren zum Feiern. (179)

Guido: Früher war das so, haben wir einen Betriebsausflug gehabt. Zum Beispiel ersten Mai, haben wir auf XX gefahren, // ein ganzer Tag drin ist.

Sepp: Damit die Kollegen sich näher kommen.

Guido: Und dann ist man in eine Wirtschaft hingefahren und dann ist das wirklich ein schöner Tag gewesen. (750ff)

4.2.7 Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen

Es folgt eine Zusammenfassung der aus den Befragungen gewonnenen Erkenntnisse anhand einer vorläufigen Beantwortung der in Kapitel 3 unter 1 formulierten Fragestellungen. Da es sich nicht um eine beweisführende sondern eine explorative Untersuchung handelt, sind die Ergebnisse als Hypothesen zum Untersuchungsgegenstand zu verstehen. Sie werden zum Ende der vorliegenden Arbeit mit weiteren Ergebnissen dieser Forschungsarbeit unter Einbeziehung des aktuellen Forschungsstandes und einer kritischen Betrachtung des methodischen Vorgehens diskutiert.

Frage 1.1: Welche Faktoren am Arbeitsplatz erleben die Befragten als ihre Gesundheit beeinflussend?

Als gesundheitsbeeinflussend nehmen die hier befragten Mitarbeiter Risiko- und Schutzfaktoren wahr. Risikofaktoren bestehen dabei auf physischer, organisatorischer und psychosozialer und individueller/personbezogener Ebene, Schutzfaktoren werden aufseiten des Unternehmens, der Ausstattung, auf psychosozialer und individueller Ebene beschrieben (s. Abb. 5). Bei der Bewertung der hier geschilderten Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich um die subjektive Sicht der Handwerker handelt. Das bedeutet, dass z.B. umgebungsbedingte Risikofaktoren nicht objektiv erhoben wurden, sondern alle Informationen ausschließlich die Wahrnehmungen der Befragten widerspiegeln.

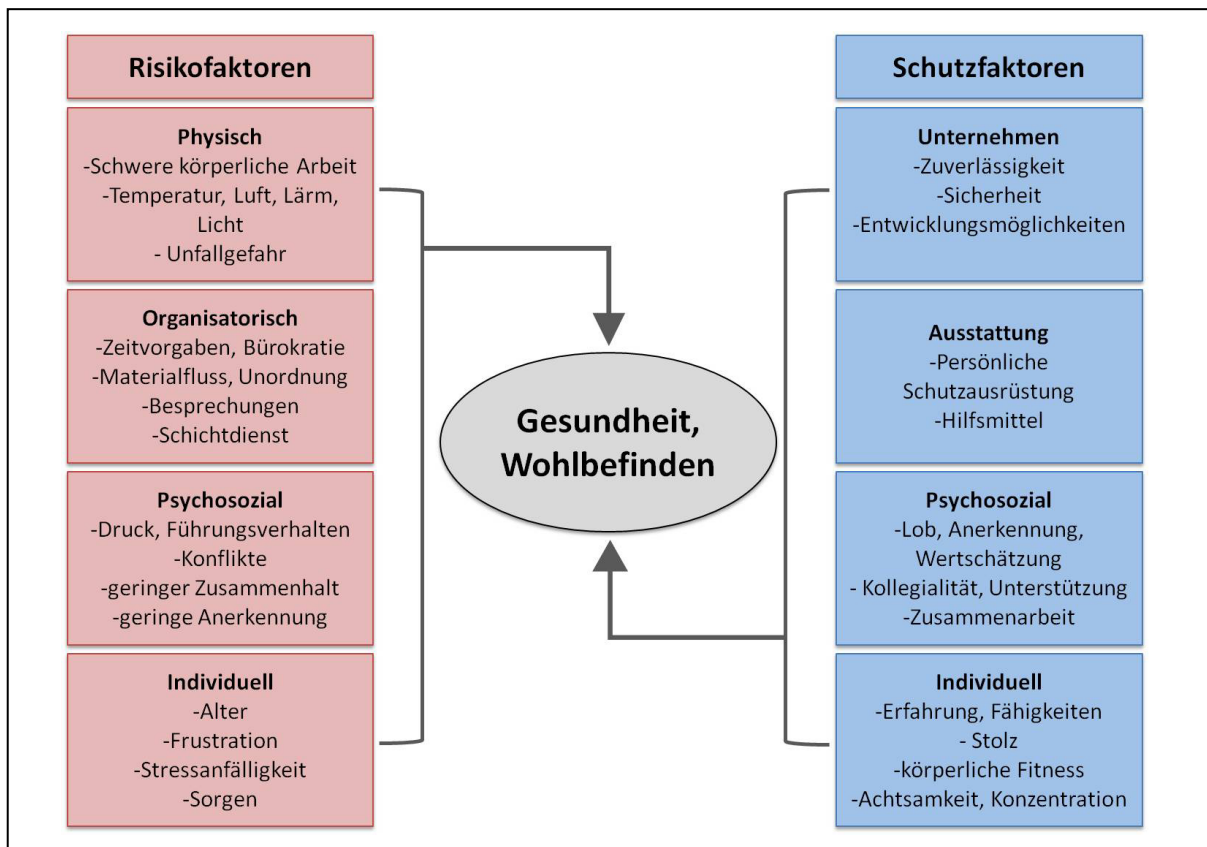


Abbildung 5: Wahrgenommene Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren

Auf physischer Ebene können aus Sicht der Befragten körperlich schwere Arbeit und Umgebungsfaktoren wie Temperatur, Luft, Licht und Lärm zu akuten oder chronischen Einschränkungen bzw. Erkrankungen wie muskuloskeletalen Beschwerden, Erkältungskrankheiten, Hörbeeinträchtigungen oder Verletzungen führen. Während die meisten Belastungsfaktoren weitgehend akzeptiert zu sein scheinen, äußern einige Mitarbeiter Sorge wegen der Staub- und Rauchbelastung in der Halle und fürchten hier eine mögliche Unterschätzung des Gesundheitsrisikos.

Auf organisatorischer Ebene werden als die Gesundheit belastend zu knappe Zeitvorgaben für Arbeitsabläufe genannt. Der daraus entstehende Zeitdruck wird verstärkt durch bürokratische Anforderungen, tägliche Besprechungen, schlechten Materialfluss und fehlende Ordnung. Arbeit unter Zeitdruck führt zu erhöhter Unfallgefahr und erhöhter physischer Beanspruchung durch das Umgehen von Unterstützungs- oder Schutzmaßnahmen.

Auf der psychosozialen Ebene fühlen sich die Handwerker durch Vorgesetzte zusätzlich unter Druck gesetzt. Das Verhalten der Vorgesetzten wird oft erlebt als unfreundlich, wenig wahrnehmend und wertschätzend. Insgesamt nehmen die Befragten eine geringe Anerkennung ihrer Arbeit durch Vorgesetzte sowie von außen (Familie, Freunde) wahr. Zwischen unterschiedlichen Schichten kommt es häufig zu Konflikten, insbesondere durch Unordnung, die der Folgeschicht hinterlassen wird. Der Zusammenhalt unter den Kollegen wird teilweise als gering bewertet, das Betriebsklima häufiger als eher negativ. Die Summe dieser Faktoren führt auf Seiten der betroffenen Mitarbeiter zu Motivationsverlust, Unzufriedenheit und einer allgemeinen Einschränkung des Wohlbefindens bei der Arbeit.

Als bedeutender Risikofaktor auf individueller Ebene wird oft das Alter genannt, da ältere Mitarbeiter infolge der jahrelangen schweren Arbeit häufiger unter chronischen Beschwerden leiden und insgesamt körperlich weniger belastbar sind. Bei vielen Mitarbeitern schränken Frustration und Sorgen um die eigene Gesundheit das Wohlbefinden ein, einer mangelnden Fähigkeit zur Stressverarbeitung wird weiteres Risikopotential zugeschrieben.

Schutzfaktoren

Positiv und das Wohlbefinden fördernd bewerten die Handwerker die Arbeitsplatzsicherheit, die Zuverlässigkeit der Gehaltszahlung und Sozialleistungen sowie Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten, die ihnen das Unternehmen bietet.

Eine bedeutende Schutzfunktion sehen die Mitarbeiter in ihrer persönlichen Schutzausrüstung, d.h. Arbeitskleidung, Sicht- und Gehörschutz usw. Eine Reihe weiterer Ausstattungselemente dient dem Gesundheitsschutz und der Entlastung, z.B. Luftabsauganlagen, Gabelstapler oder Hebevorrichtungen.

Einen wesentlichen Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden leisten aus Handwerkersicht psychosoziale Dimensionen, d.h. Kollegialität, gegenseitige Unterstützung, gute Zusammenarbeit,

Humor und das aufeinander Achten/Aufpassen bei der Arbeit. Lob, Wertschätzung und Anerkennung von Vorgesetzten werden als sehr bedeutend und die Arbeitsmotivation sowie das Wohlbefinden fördernd wahrgenommen. Hohe Symbolkraft haben hier das Angesprochenwerden mit Namen und der Handschlag zur Begrüßung.

Individuelle Schutzfaktoren sehen die Befragten in ihrer persönlichen Erfahrung, ihren beruflichen Kompetenzen und dem Stolz auf ihre Arbeit. Zum Schutz gegen Unfälle und biomechanische Beanspruchungen dienen körperlicher Fitness und das Durchführen der Arbeit mit Konzentration, Achtsamkeit und Ruhe.

Frage 1.2: Welche Einstellungen bestehen zu Gesundheit, gesundheitsbezogenem Verhalten und Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung?

Der Gesundheit wird grundsätzlich eine hohe Relevanz zugeschrieben. Wenngleich aus Sicht der Mitarbeiter die Arbeit mehr oder weniger zwangsläufig zu einer Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens führt, sehen sie die Verantwortung für die eigene Gesundheit und Gesunderhaltung bei jedem Einzelnen persönlich. Individuelle Ziele dabei sind für die älteren Mitarbeiter das Erreichen der Rente ohne zusätzliche Beschwerden, jüngere Mitarbeiter möchten ihre Gesundheit bestmöglich erhalten und planen mehrheitlich einen Wechsel des Arbeitsplatzes oder eine Weiterentwicklung innerhalb des Betriebs, um den physischen Belastungen dauerhaft zu entgegen.

Auf die Frage, was sie selbst für ihre eigene Gesundheit tun oder tun können, thematisieren die Mitarbeiter das Verhalten bei der Arbeit, Sport und Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und das Umgehen mit Erkrankungen. Bei der Arbeit sehen sie als gesundheitsförderlich das konzentrierte, achtsame und ruhige Arbeiten mit entsprechenden Pausenzeiten. Hauptbarriere hierfür ist der wahrgenommene Zeitdruck, als Förderfaktor gilt, sich nicht aus der Ruhe bringen zu lassen. Sport dient dem Erhalt körperliche Fitness, dem Vorbeugen muskuloskeletaler Beschwerden, als Barrieren beschreiben die Handwerker die ohnehin große physische Aktivität bei der Arbeit, Erschöpfung sowie andere Prioritäten in der Freizeitgestaltung. Bewusste Ernährung spielt, wenngleich als gesundheitsrelevant im Bewusstsein der Befragten, eine nachgeordnete Rolle, überwiegend aufgrund des hohen Bedarfs an Kalorien. Im Erkrankungsfall gilt als wichtig, sich ordentlich auszukurieren, eine Barriere entsteht durch die Wahrnehmung, dass Krankheit im Betrieb nicht gern gesehen wird.

Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung wurden bereits angeboten. Grundsätzlich ist die Teilnahmebereitschaft der Mitarbeiter an freiwilligen Kursen wie z.B. Rückenschule gering, Gesundheitstage wurden als unterhaltsam und als nette Abwechslung zur Arbeit erlebt, jedoch nicht als der Gesundheit förderlich. Fitnessangebote von Arbeitgeberseite werden dann als möglicherweise sinnvoll betrachtet, wenn sie während der Arbeitszeit stattfinden oder wohnortnah.

Frage 1.3: Worin sehen die Mitarbeiter Gründe für den erhöhten Krankenstand?

Auch, wenn aus Mitarbeitersicht Jahreszeit, Alterung der Belegschaft oder mangelnde Belastbarkeit der jüngeren Generationen als Grund des erhöhten Krankenstandes in Erwägung gezogen werden, deuten viele Aussagen darauf hin, dass die Mitarbeiter grundsätzlich nicht häufiger oder schwerer krank sind als in der Vergangenheit. Vielmehr führen wahrgenommene psychosoziale Faktoren wie erhöhter Zeit- und Leistungsdruck, fehlende Anerkennung, geringer Zusammenhalt und schlechtes Betriebsklima dazu, dass Mitarbeiter mit derselben Erkrankung, mit der sie früher noch zur Arbeit gegangen wären, jetzt zum Arzt gehen und sich krankschreiben lassen. Abbildung 6 versucht, den Spielraum bei dieser Entscheidung zu veranschaulichen:

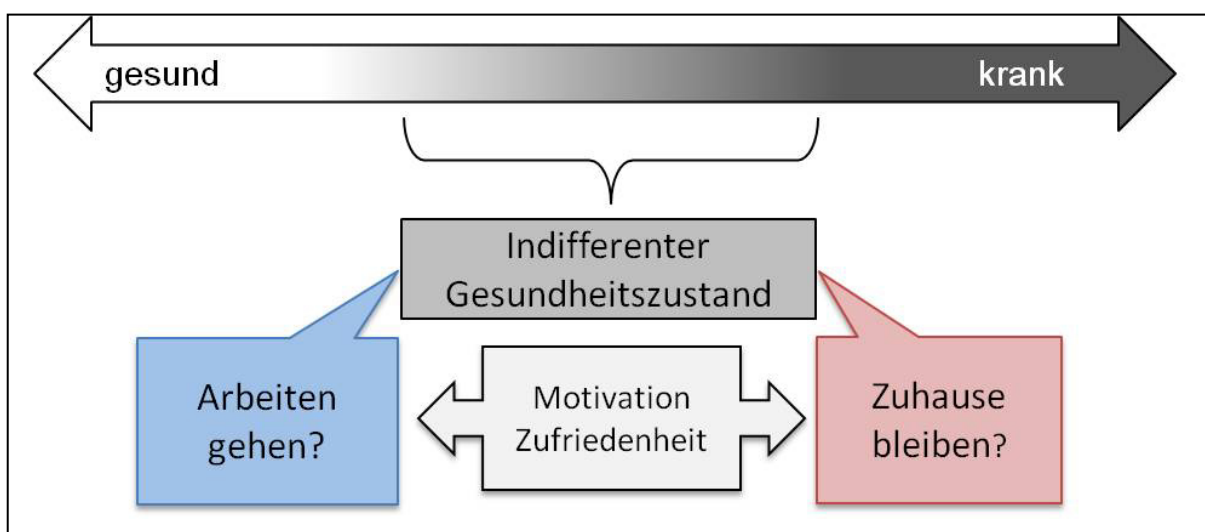


Abbildung 6: Krankmeldung bei „indifferentem“ Gesundheitszustand

Frage 1.4: Welche Wünsche oder Ideen bestehen zu möglichen Maßnahmen/Veränderungen, um die Mitarbeitergesundheit zu erhalten bzw. zu fördern?

Bezogen auf physische Belastungsfaktoren sehen die Mitarbeiter keine oder nur geringfügige Veränderungsmöglichkeiten. Organisatorische Bedingungen wie Zeitvorgaben, Materialfluss, Bürokratie usw. lassen sich aus ihrer Sicht ebenfalls nur schwer verändern. Auf individueller Ebene sehen sie als sinnvolle Maßnahme zur Förderung der physischen Mitarbeitergesundheit in erster Linie die finanzielle Unterstützung bei einer freiwilligen Teilnahme an sportlichen Aktivitäten im privaten Bereich. Häufiger wird über Möglichkeiten der Entlastung älterer Mitarbeiter gesprochen. Die meisten Vorschläge und Wünsche beziehen sich allerdings auf psychosoziale Faktoren der Arbeit, d.h. ein wertschätzenderes Führungsverhalten, ein verbessertes Betriebsklima sowie die Stärkung des Zusammenhaltes in der Belegschaft, beispielsweise durch die Förderung gemeinsamer sozialer Aktivitäten.

Abbildung 7 gibt eine Übersicht über die Annahmen der Befragten zum Einfluss der Risikofaktoren auf die individuelle Gesundheit und den Umgang mit einer Erkrankung, d.h. die Frage, ob sich jemand krankmeldet oder nicht, sowie die wahrgenommene Beeinflussbarkeit der Risikofaktoren.

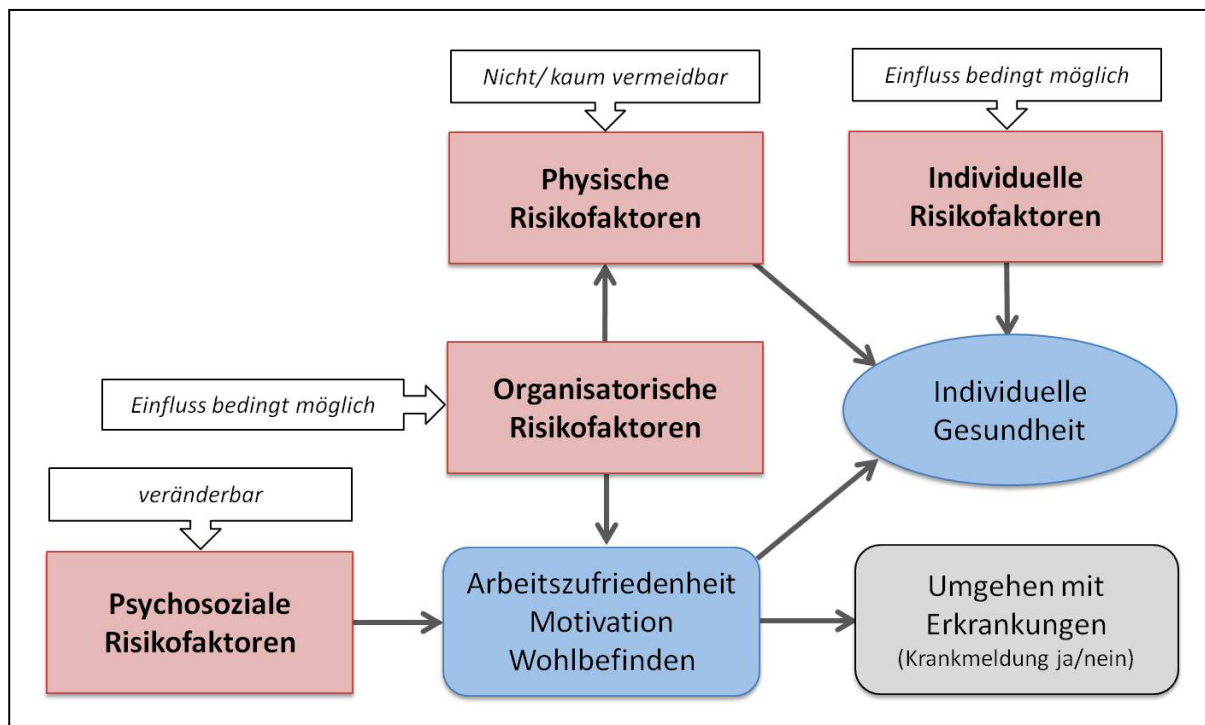


Abbildung 7: Risikofaktoren, Beeinflussbarkeit und Umgang mit Erkrankung

4.3 Methode Teil 2: Empirisch begründete Typenbildung

Die Frage, inwieweit sich in den qualitativen Daten Typen von Fällen identifizieren lassen, wurde anhand einer weiteren strukturierenden Textanalyse mit dem Ziel einer Gruppierung der Fälle (d.h. der Teilnehmer) bearbeitet. Zunächst wurden anhand theoretischer Überlegungen relevante Vergleichsdimensionen definiert. Alle Fälle wurden auf ihre Ausprägungen der jeweiligen Dimensionen hin untersucht und diesen Ausprägungen entsprechend in einem Merkmalsraum aufgespannt. Hierdurch konnten vier Gruppierungen gefunden werden. Anhand einer abschließenden fallübergreifenden Analyse von Regelmäßigkeiten wurden diejenigen Fälle bestimmt, welche die jeweilige Gruppe am deutlichsten repräsentieren. Im Ergebnisteil werden diese „Prototypen“ (Kelle & Kluge 2010) unter Beifügung von Zitaten beschrieben.

Typologien werden in der qualitativen Sozialforschung entwickelt, um komplexe soziale Realität zu strukturieren, empirische Regelmäßigkeiten zu finden und mögliche Sinnzusammenhänge zu entdecken (Bohnsack, 1998, Kluge 2000). Die Darstellung der Daten in Teil 1 zeigt, welche unterschiedlichen oder auch ähnlichen Perspektiven der Mitarbeiter insgesamt zu Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens im Kontext Arbeit bestehen. Eine Typologisierung geht nun der Frage nach, ob sich in den jeweiligen Merkmalsausprägungen empirische Regelmäßigkeiten finden lassen, d.h. ob es Handwerker gibt, die zu unterschiedlichen Themen ähnliche oder gleiche Einstellungen oder Wahrnehmungen haben und sich darin von den anderen unterscheiden. Um die Daten dahingehend zu untersuchen, wurden zunächst Vorüberlegungen angestellt zu der Frage, welche Merkmale relevant bzw. interessant sein könnten.

4.3.1 Theoretische Vorüberlegungen

Aufgrund der physischen Arbeitsschwere, die den Berufsalltag der Handwerker kennzeichnet sowie der Angaben der Befragten, dass viele oder die meisten Mitarbeiter langfristig unter Beschwerden, insbesondere infolge der biomechanischen Belastungen, leiden (vgl. Kap. 4.2.1.1 „Biomechanische Belastungen“), wurde die individuelle Ausprägung der subjektiven Beschwerdewahrnehmung infolge dieser Belastungen als relevant definiert.

Aus Mitarbeitersicht nehmen neben den physischen auch psychosoziale Bedingungen ihrer Arbeit entscheidenden Einfluss auf ihr Wohlbefinden. Die Literatur gibt vielfältige Hinweise darauf, dass sich psychosoziale Faktoren der Arbeit auf die Mitarbeitergesundheit auswirken (vgl. Kap 2.3.2.3 „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“). Psychische Belastungen, die als Beanspruchung wirken, werden als Stressoren bezeichnet (Blättner, 2007; Hurrelmann, 2013). Aus diesem Grund wurde als weitere Vergleichsdimension die individuelle Stresswahrnehmung der Mitarbeiter gewählt.

In der Befragung der Handwerker wurde deutlich, dass eine Reihe organisationaler sowie sozialer Faktoren zu Unzufriedenheit führen, insbesondere eine häufig als fehlend wahrgenommene Anerkennung seitens der Führungskräfte. Auch hier waren die Aussagen jedoch nicht eindeutig, so dass sich Unterschiede darin zeigen, wie zufrieden die Mitarbeiter in Bezug darauf bzw. mit

ihrer Arbeit insgesamt sind. Da Arbeitszufriedenheit Einfluss auf Gesundheit nehmen kann (Faragher, 2005), wurde die Zufriedenheit der Handwerker als dritte relevante Vergleichsdimension definiert.

Mehrheitlich gaben die Mitarbeiter den Einfluss von Verhältnisfaktoren (Organisation, Umfeld, Führung usw.) auf ihre Gesundheit an, aber auch in persönlichen Verhaltensfaktoren sehen die Handwerker wesentliche Einflüsse. Betriebliche Gesundheitsförderung setzt mehrheitlich an Verhaltensfaktoren an, d.h. sie zielt darauf, die Mitarbeiter in ihrem individuellen Gesundheitsverhalten (Fitness, Ernährung, Stressbewältigung usw.) zu unterstützen (s. Kap. 2.6.2.1 „BGF auf Verhaltensstufe“). Für ein Unternehmen, welches betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen anbieten will, stellt sich die Frage, welche Unterstützungsmaßnahmen für die Zielgruppe überhaupt sinnvoll sind. Hierbei ist davon auszugehen, dass sich die Mitarbeiter in ihrem generellen Gesundheitsverhalten bereits deutlich unterscheiden. Es ist anzunehmen, dass in jedem Betrieb Mitarbeiter mit ganz unterschiedlichen Einstellungen, Gewohnheiten und Freizeitbeschäftigungen arbeiten und damit bezogen auf ihre eigene Gesundheit in ganz unterschiedlicher Weise aktiv sind. Dementsprechend sind unterschiedliche Bedürfnisse an Fördermaßnahmen anzunehmen. Einen Hinweis darauf, ob und in welcher Weise jemand einer Unterstützung in Bezug auf sein Gesundheitsverhalten bedarf, geben Stadien des Gesundheitsverhaltens (s. Kap. 2.2.3.1 „Stadienmodelle“). Jemand, der kein aktives Gesundheitsverhalten zeigt, braucht andere Unterstützungsmaßnahmen als jemand, der bereits regelmäßig aktiv ist. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden alle Interviews dahingehend untersucht, ob sich aus den Aussagen eindeutige Hinweise darauf ableiten lassen, in welchem Handlungsstadium sich die betreffende Person befindet. Von den Handwerkern thematisierte Verhaltensweisen waren hierbei sportliche Betätigung/Bewegung in der Freizeit, Ernährungsgewohnheiten oder Umgang mit Stress.

Schließlich erscheint insbesondere aus Unternehmenssicht relevant, welche zukünftigen beruflichen Perspektiven die Mitarbeiter für sich sehen, das heißt, ob und wie lange sie annehmen, die Arbeit bei genau diesem Arbeitgeber langfristig durchzuführen.

Die Fälle wurden also dahingehend untersucht, wie hoch die Wahrnehmung körperlicher Beschwerden, die Stresswahrnehmung sowie die Zufriedenheit mit der Arbeit bzw. dem Arbeitsplatz ist. Aktivitätsstadien bezüglich des individuellen Gesundheitsverhaltens sowie künftige Perspektiven in Bezug auf die Tätigkeit wurden abgeleitet.

4.3.2 Identifizierung der Merkmalsausprägungen

In einem erneuten vollständigen Codierdurchlauf wurden nun alle Fälle nach Textstellen durchsucht, die sich einem der fünf Merkmale zuordnen lassen. Während des Codierens wurden anhand dessen, welche Informationen aus den Zitaten hervorgingen, die Ausprägungen definiert. Tabelle 6 gibt eine Übersicht über die zur Typenbildung herangezogenen Merkmale und Ausprägungen.

Tabelle 6: Typologie: Merkmale und Ausprägungen

Merkmals	Ausprägungen
Aktivitätsstadium	nicht intentional / intentional / bedingt aktiv / aktiv
Beschwerdewahrnehmung	stark / mittel / gering
Stresswahrnehmung	hoch / mittel / gering
Zufriedenheit	hoch / mittel / gering
Perspektiven	Arbeitsplatzwechsel oder Aufstieg / weiter durchhalten / warten auf Rente

Aktivitätsstadium. Aufgrund der skizzierten Praxisrelevanz für mögliche spätere Interventionen wurde das Stadium des individuellen Gesundheitsverhaltens als Hauptmerkmal definiert. Als Ausprägungen konnten in dem Datenmaterial das Stadium der Präintention, der Intention, der bedingten Aktivität und der Aktivität gefunden werden. Als „präintentional“ bzw. „nicht intentional“ wurden die Aussagen eingestuft, die darauf hinweisen, dass Mitarbeiter kein Interesse bzw. keine Absicht haben, ihr Gesundheitsverhalten zu ändern. Als „intentional“ wurden diejenigen Aussagen interpretiert, die darauf schließen ließen, dass jemand gerne mehr für seine Gesundheit tun würde oder davon ausgeht, dass es besser wäre, wenn er mehr tun würde. Unter „bedingt aktiv“ wurden Aussagen hinsichtlich einer gelegentlichen, z.B. jahreszeitlich bedingten gesundheitsbezogenen Aktivität eingeordnet. Als „aktiv“ wurden diejenigen Mitarbeiter eingestuft, die angaben, regelmäßig Sport zu treiben und/oder bewusst auf Ernährung achten. Folgende Beispiele sollen die Interpretation der Aussagen verdeutlichen:

- Nicht intentional:

Josef: *Und so vom Trainieren her an sich ich, mein, wir sind ja den ganzen Tag am Laufen. Wir laufen ja hauptsächlich von da vorne vom einen Ende zum anderen und dann wieder zurück, und dann musst du das wieder holen. Also so trainingsmäßig ist das schon genug, wie würd man denn das, wie viel Kilometer man am Tag so zusammen bringt. (84)*

- Intentional:

Günther: *Ja, vielleicht ein bisschen für den Rücken machen, so Gymnastik. Oder so. Sollte ich tun. Höre ich von meiner Frau auch immer. (97)*

- Bedingt aktiv:

Kai: *Ich fahr in den Sommermonaten Fahrrad, wie die Zeit das so zulässt. Spätschicht weniger, aber in der Frühschicht, da ist man ja früh zuhause. (89)*

- Aktiv:

Dieter: *Fitnessstudio, im Fitnessstudio. Also ich nehme mir wirklich mindestens dreimal die Woche, wenn es klappt, wenn es die Zeit zulässt, dann geh ich schon ins Fitnessstudio und mach mal eine Stunde lang mal ein bisschen was [...] also es ist mir schon wichtig, fit zu bleiben. (182)*

Beschwerdewahrnehmung. Bezüglich Beschwerden konnten Aussagen identifiziert werden, die auf starke, auf mittelstarke sowie auf leichte bzw. keine Beschwerden hinwiesen. Hierunter fielen mehrheitlich Aussagen zu muskuloskeletalen Beschwerden, in geringem Maß zu Beschwerden im Bereich Haut/Augen/Gehör. Einzelne Mitarbeiter berichteten über chronische Gesundheitsprobleme, die nicht direkt mit der Arbeit assoziiert wurden (z.B. Diabetes, Bluthochdruck). Beschwerden infolge solcher Erkrankungen wurden gleichermaßen eingeordnet, da sie zu einer gesamten körperlichen Beanspruchungswahrnehmung beitragen.

- Starke Beschwerden:

Günther: *Gelenke zum Beispiel, habe ich auch Probleme mit Armgelenke, Schultergelenke. Blutdruck sowieso. Das sind so Gebrechen, die Kollegen auch haben. Bandscheiben. (6)*

- Mittelstarke Beschwerden:

Rudolph: *Ja, also im Großen und Ganzen sag ich mal, dafür, dass ich auch über 50 bin geht's mir eigentlich im Vergleich zu anderen noch relativ gut. Ich hab mal hier vielleicht mal Schulter, mal Arm, und auch mal Rücken, aber nicht ständig, nicht als Dauerproblem. (19)*

- Geringe/keine Beschwerden

Serge: *Ja so leicht spüren hab ich schon, aber bis jetzt hab ich nichts unternommen. Wie gesagt, ich bin nicht lang da, ich bin nicht ganz zwei Jahre hier, vielleicht eventuell in späteren Zeiten könnt es mich noch erwischen. (330)*

Stresswahrnehmung. Hierunter wurden Aussagen eingeordnet, die auf wahrgenommenen Stress oder psychische Probleme/Beschwerden infolge der Arbeit hinweisen, z.B. Schlafstörungen, Befindlichkeitsstörungen oder allgemein negative Einstellungen im Zusammenhang mit der Arbeit. Die Ausprägungen konnten auch hier in hoch, mittel oder gering eingestuft werden.

- Hohe Stresswahrnehmung:

Heiner: *Aber hier ist gar nichts, hier ist nur Druck, Druck Druck. [...] es nervt, es nervt. Wenn man wirklich weiß, man hat die Woche wirklich versucht, alles zu bringen, und dann kommt die Statistik wieder und die Statistik haut man nun mal wieder hin, weil die Steuerung nicht funktioniert. (379)*

- Mittelgradige Stresswahrnehmung:

Günther: *Den macht man sich doch selber eher, den Stress. Weil man das Ziel nicht erreicht hat, was vorgegeben worden ist. Wir kriegen ja eine Liste zu Schichtbeginn, wie viel Leute wir drauf haben, wie viele Stunden erbracht werden müssen. Und wenn das dann nicht passt, fuchst einen doch ein bisschen. (70)*

- Geringe Stresswahrnehmung:

Rudolph: *Ja. Das lässt sich nicht verändern. So lange wie das über den Wochenschnitt alles zusammen passt, Stunden- und Wagenzahl, dann geht das eigentlich. Und ansonsten kommt der Herr [Name Werksleitung] wieder zum Schichtleiter, das ist halt so, das geht dann durch. Das ist, glaube ich, dann auch nicht vermeidbar. (49)*

Zufriedenheit. Unter Zufriedenheit fielen all jene Textstellen, aus welchen hervorgeht, ob die Mitarbeiter mit ihrer Arbeit zufrieden, teils zufrieden oder unzufrieden sind. Im Wesentlichen bezogen sich entsprechende Aussagen auf das Betriebsklima, das Führungsverhalten oder die Arbeitsinhalte bzw. Arbeitsbelastungen.

- Zufrieden:

Fritz: *Ich wüsste nicht, dass hier irgendwo, die verstehen sich alle untereinander. Wir sind auch zusammen Fußball spielen gegangen, mit so, auch die Jüngeren, in so ne Soccerhalle gegangen. Also so die Kollegialität untereinander funktioniert. Hat mal jemand nen schlechten Tag oder ist mal nicht ganz gut gelaunt, aber das ist jetzt nicht so das ganz große Problem. (158)*

- Teils zufrieden:

Rudolph: *Ein bisschen mehr Zusammenhalt, das Gemeinschaft, würde ich an erster Stelle setzen. So dass man, dass alle, so dass alles harmonisch läuft. Ich sag mal, es ist nicht unbedingt schlecht, aber es ist auch nicht so, wie ich es von früher kenne halt. Was für mein Verständnis besser war. (150)*

- Unzufrieden:

Clemens: *Und Motivation aufgrund der Arbeiten. Weiß ich nicht, sehe ich auch immer so als Grund noch mit dabei. Wegen des Klimas halt auch so. Betriebsklima, beziehungsweise sonst irgendwie keine Lust noch irgendwas zu reißen weil sowieso nichts passiert oder sonst irgendwo etwas. (454)*

Perspektiven. In Bezug auf ihre persönliche künftige Entwicklung die Arbeit betreffend gaben einige, insbesondere jüngere Mitarbeiter an, dass sie eine Meisterschule besuchen oder zu besuchen planen, und dementsprechend in Zukunft nicht mehr unmittelbar mit Handwerkertätigkeiten beschäftigt sein möchten. Andere gaben an, den Arbeitgeber wechseln zu wollen. Ältere Mit-

arbeiter äußerten sich überwiegend dahingehend, dass sie hoffen, das Rentenalter ohne weitere (ggf. zusätzliche) relevante Beschwerden zu erreichen, Mitarbeiter kurz vor dem Rentenalter zeigten sich meist in positiver Erwartung auf diese Zeit.

- Arbeitsplatzwechsel/Aufstieg:

Sven: *Ich versuch ja schon raus zu kommen, ich versuch Meisterschule, dass ich dann irgendwann dann mal im Büro drinnen hock, aber ich glaub so, ich glaub nicht, das wird ja auch immer schlimmer. (57)*

- Weiter durchhalten:

Carsten: *Ja, also bei mir ist das echt das morgens Aufstehn nicht so schwer fällt irgendwann. Also dieses Wohlbefinden morgens, und auch, dass man bis zur Rente arbeiten kann. (9)*

- Warten auf Rente:

Josef: *Ich wart nur drauf, dass ich unterschreiben darf dass ich nach Hause gehen darf. (384)*

4.3.3 Gruppenbildung

Im Anschluss an die Codierung wurden diejenigen Fälle ausgesucht, bei welchen sich für jedes Merkmal eindeutige Ausprägungen identifizieren ließen, dies war möglich bei 21 der 35 Befragten. Diese Fälle wurden dann in einem Merkmalsraum, d.h. einer Kreuztabelle abgetragen, in der die Ausprägungen des Hauptmerkmals horizontal aufgespannt waren, vertikal die weiteren Merkmale und ihre Ausprägungen (Kelle & Kluge 2010). Die Aliasnamen der Mitarbeiter wurden entsprechend ihrer Merkmalsausprägungen in die jeweiligen Felder eingetragen. Anhand dieses Merkmalsraumes ließen sich die Fälle dahingehend vergleichen, dass innerhalb einer Gruppierung bezogen auf alle relevanten Merkmale eine möglichst große Homogenität besteht und zwischen den Gruppen eine möglichst große Heterogenität, um die Varianz im Datenmaterial möglichst umfassend abzubilden (Kluge 2000). Abbildung 8 zeigt den Merkmalsraum mit den jeweiligen Zuordnungen, Gruppierungen sind durch einen Kreis markiert. Die Namen der Mitarbeiter sind farblich gekennzeichnet in Bezug auf das Alter. Rot steht für Mitarbeiter von 50 Jahren und älter, Blau für Mitarbeiter +/- 40 Jahren und Grün für jene gleich oder kleiner 30 Jahren.

Abbildung (Tabelle) 8: Merkmalsraum zur Gruppierung der Fälle

	nicht intentional	intentional	bedingt aktiv	aktiv
Beschwerden				
hoch	Günter Sepp Sven	Sören Heiner	Guido	
mittel	Josef Markus Knuth	Klaus Kai		
Gering/keine	Rudolph Serge	Peter	Carsten	Manfred Ralf Martin Rüdiger Samuel Jörg
Stressempfinden				
hoch	Günter Serge Sven	Sören Heiner Klaus Kai		Manfred Martin
mittel	Markus		Carsten	Ralf
gering	Josef Sepp Rudolph Knuth	Peter	Guido	Rüdiger Samuel Jörg
Zufriedenheit				
hoch	Rudolph Günter Sven		Guido	Rüdiger Samuel Jörg
mittel	Josef Sepp Markus Knuth	Peter	Carsten	Martin
gering	Serge	Klaus Heiner Sören Kai		Manfred Ralf Martin

Anhand der Tabelle zeigt sich zunächst, dass die älteren Befragten (≥ 50 Jahre) eher in der nicht intentionalen bzw. der intentionalen Gruppe zu finden sind, die jungen Befragten (≤ 30 Jahre) überwiegend in der aktiven Gruppe. Die Gruppierungen (Kreise) geben an, welche Ausprägungen am häufigsten und damit am „typischsten“ in den Daten zu finden waren. Für die nicht-intentionale Gruppe wurde eine mittelgradige Beschwerdewahrnehmung ausgewählt, da zwar auch bei hoher Beschwerdewahrnehmung drei Fälle zu finden waren, hier jedoch ein junger Mitarbeiter darunter war, der entsprechend als „Ausreißer“ betrachtet wurde. Die weiteren Ausprägungen (geringe Stresswahrnehmung, mittlere Zufriedenheit und die Erwartung der Rente als Perspektive) zeigten sich eindeutiger. In der intentionalen Gruppe wurde auch das Merkmal ausgewählt, welches durch ältere Mitarbeiter eindeutiger repräsentiert war, d.h. eine hohe Beschwerdewahrnehmung. Alle weiteren Ausprägungen zeigten sich eindeutig. In die „bedingt aktive“ Gruppe konnten nur zwei der Fälle eingeordnet werden, die sich in den weiteren Merkmalen unterscheiden. Aus diesem Grund wurde hier keine Gruppe identifiziert.

Die „aktive“ Gruppe gab vollständig an, unter keinen oder nur geringen Beschwerden zu leiden. Deutlich wurde jedoch, dass ein Teil der jungen Mitarbeiter ein sehr hohes Stressempfinden so-

wie eine geringe Zufriedenheit angaben, ein anderer Teil eine geringe Stresswahrnehmung und eine hohe Zufriedenheit. Aufgrund dieser deutlichen Diskrepanz wurden hier zwei Subgruppen gebildet: Die „zufrieden-aktiven“ und die „unzufrieden-aktiven“ Mitarbeiter.

Deutlich wird anhand des Merkmalsraumes auch, dass die „typischen“ Mitarbeiter nicht in allen Ausprägungen innerhalb der Gruppierung liegen. In der Gruppe „nicht intentional“ liegt z.B. Markus mit einem mittelgradig ausgeprägten Stressempfinden nicht innerhalb der Gruppierung, ebenfalls liegt Sepp mit einer hohen Beschwerdewahrnehmung außerhalb. Das heißt, dass nur einzelne Fälle sämtliche die für die Gruppe als „typisch“ definierten Merkmalsausprägungen zeigen. Da eine Typologie Annahmen über Merkmalsverteilungen in der sozialen Realität beinhaltet, wäre dies insofern ein Zeichen von „Realitätsnähe“, als dass theoretische Typen, insbesondere Ideal- oder Extremtypen, selten in Reinform real existieren. Abbildungen der Normalität sind in der Regel Mischformen und entsprechend leichte oder auch deutlichere Abweichungen von den entwickelten Typen (Kelle & Kluge, 2010).

4.3.4 Typendefinition

Anhand der vorgenommenen Gruppierungen wurden Prototypen entwickelt, d.h. die Gruppen wurden nochmals fallübergreifend hinsichtlich empirischer Regelmäßigkeiten untersucht und derjenige Fall ausgewählt, der die jeweilige Gruppe am deutlichsten repräsentiert. Überprüft wurde diese Zuordnung, indem sichergestellt wurde, dass seitens des betreffenden Mitarbeiters mehrfache Aussagen vorlagen, welche eine eindeutige Zuordnung zu der jeweiligen Merkmalsausprägung zuließen. Die Beschreibung dieses Falles bezüglich der Ausprägungen der relevanten Merkmale und möglicher weiterer typischer Eigenschaften bildet die Grundlage der Typencharakterisierung (Kluge, 2000; Kluge & Kelle, 2010). Zur Nachvollziehbarkeit werden die Merkmalsausprägungen der vier Typen im Ergebnisteil anhand von Zitaten aus den Befragungen der jeweiligen Mitarbeiter veranschaulicht.

4.4 Ergebnisse Teil 2

Aus der erneuten Analyse der qualitativen Daten entstanden abschließend vier Typen, die sich anhand der Merkmalsausprägungen Gesundheitsverhalten, körperliche Beschwerden, Stresswahrnehmung, Zufriedenheit und berufliche Perspektiven unterscheiden bzw. beschreiben lassen. Nach einer kurzen Übersicht über die Merkmalsausprägungen der vier Typen folgt eine ausführliche Beschreibung der Prototypen Josef, Sören, Samuel und Manfred.

Typus 1 zeigt als Hauptmerkmal keine körperliche/sportliche Aktivität neben der Arbeit und achtet auch sonst nicht in besonderem Maß auf seine Gesundheit. Gleichzeitig hat er auch nicht die Absicht, daran etwas zu ändern. Er ist bedingt zufrieden mit der Arbeit und hat ein geringes Stressempfinden. Er beschreibt mittelschwere gesundheitliche Einschränkungen und wartet auf

die Rente. Eindeutige Vertreter dieser Gruppe sind Josef und Knuth, dieser Typus finden sich eher unter den älteren Mitarbeitern.

Typus 2 achtet ebenso nicht in besonderem Maß auf seine Gesundheit und ist in der Freizeit nicht sportlich aktiv. Dieser Typus würde gerne sportlich oder anderweitig aktiver sein bzw. geht davon aus, dass dies seiner Gesundheit förderlich wäre. Er ist insgesamt mit der Arbeit unzufrieden und beschreibt ein hohes Stressempfinden. Typus 2 klagt über starke körperliche Beschwerden und hofft, dass diese dauerhaft nicht schlimmer werden und er die Arbeit bis zum Renteneintritt durchhält. Dieser Typus ist eher älter und hier eindeutig vertreten durch Heiner und Sören.

Typus 3 ist sportlich aktiv, mit der Arbeit zufrieden und beschreibt ein geringes Stressempfinden. Er hat bislang keine oder nur wenige Beschwerden. Da er jedoch vermutet, bei der Arbeit langfristig Beschwerden zu entwickeln, würde er gerne innerhalb des Unternehmens aufsteigen oder den Arbeitsplatz wechseln. Typus drei ist eher jung und hier vertreten durch Rüdiger, Samuel und Jörg.

Typus 4 ist ebenfalls sportlich aktiv, aber mit der Arbeit unzufrieden und fühlt sich stark unter Stress. Er hat bislang nur geringe oder keine Beschwerden und plant einen Wechsel des Arbeitsplatzes oder hofft auf Aufstiegsmöglichkeiten. Dieser Typus ist eher jung und vertreten durch Manfred und Martin.

4.4.1 Beschreibung der Typen

Die vier Prototypen basieren auf realen Fällen, die sich eindeutig jeweils einem Typus zuordnen lassen. Die Perspektiven der Befragten zu den einzelnen Merkmalen sind beschrieben unter Beifügung der Zitate, aufgrund derer die entsprechenden Zuordnungen vorgenommen wurden. Die Bezeichnung der Typen entstand anhand der Ausprägung des Hauptmerkmals sowie eines Gesamteindrucks von der Haltung/Einstellung des Mitarbeiters zu Arbeit und Gesundheit.

4.4.1.1 Typus 1: Inaktiv-gelassen

Josef ist 59 Jahre alt, Vorarbeiter und seit 42 Jahren im Unternehmen beschäftigt. Er berichtet, dass er Probleme mit den Schultern und den Bandscheiben hat. Wegen Rückenbeschwerden war er bereits in ambulanter Reha. Wenn er Schmerzen hat, geht er trotzdem arbeiten, nimmt Schmerzmittel und führt hin und wieder Rückenübungen durch. Insgesamt fühlt er sich allerdings wohl:

Ja, wenn ich mich wohl fühle bin ich gesund. Wenn ich mich nicht wohl fühle bin ich irgendwo krank, tut mir was weh, sag ich mal. Dann hab ich ja irgendwas, dann bin ich ja nicht gesund [...]. Ich fühl mich eigentlich wohl. (174)

Gesundes Verhalten bezieht er überwiegend auf Ernährung und Sport, dies erscheint ihm jedoch nur dann relevant, wenn dafür ein Grund, z.B. eine Erkrankung vorliegt. Da er sich wohl fühlt sieht er für sich keine Notwendigkeit, aktiv zu werden:

Gesundheit selber zu fördern ist die Ernährung sag ich mal, auch ja Sport, obwohl Sport ist Mord, das kommt immer drauf an, was man dann macht draus. (175)

Nö, ich achte nicht auf meine Gesundheit [...] Ich bin froh, dass ich nicht zuckerkrank bin, dass ich nicht irgendwas anderes habe, dass der Arzt sagt, so das darfst du nicht, das darfst du nicht, und das darfst du nicht so, da bin ich froh. (182)

Ich ess mal auch eine fette Haxe ess ich auch mal, ess auch mal Bauch, und ich grille auch, obwohl ja Grillen auch krebsfördernd ist. Aber ich sag mal auch immer, was ist nicht krebsfördernd? (186)

Bezogen auf seine körperlichen Beschwerden geht Josef davon aus, dass sich daran nichts mehr ändern lässt. Sport ist aus seiner Sicht präventiv sinnvoll, bestehende Schäden können damit jedoch nicht behoben werden. Gleichmaßen fehlen ihm die Lust und teilweise auch die Zeit, Übungen oder Sport zu machen, auch weil ihm die Arbeit bereits viel Bewegung abverlangt.

Ja, denn so fühl ich mich ja wohl, und das, was verschlissen ist, ist verschlissen, das kann auch keiner reparieren, nicht wahr. (196)

So was [Fitnessstudio] hätte man vor 20 Jahren machen sollen, dann wär das einfacher gewesen. [...] Ja, wenn zu spät, wenn alles kaputt ist, brauch ich ja eigentlich nicht machen, oder [...] Wie gesagt, man müsste vorher anfangen, bevor man was hat, ein Leiden [...]. Da kann man dann nur so ein bisschen aufhalten so, sag ich mal, weil das verheilen kann man das ja nicht. (88)

Und irgendwo hab ich auch keine Lust, wenn ich nachmittags um drei Uhr nach Hause komm. Dann ess ich Mittag, ja dann, und wenn man gegessen hat ist man träge. Ich steh um viertel nach vier auf, damit ich pünktlich hier bin bei der Frühschicht. [...] Die Frau ist dann arbeiten, dann fahr ich zur Tochter schon mal hin, oder zum Sohnmann, da sind die Enkelkinder dann. Und wenn ich dann abends nach Hause komm, dann hab ich keine Lust dann irgendwo noch. Ich sag mal immer, ich beweg mich so viel und bück mich und laufe, ich weiß nicht wie viel Kilometer ich hier am Tag hier mache. (84)

Was Stress und Zeitdruck bei der Arbeit angeht beschreibt Josef eine recht große Gelassenheit. Er nimmt den Druck wahr, lässt sich davon jedoch nicht aus der Ruhe bringen. Er gibt an, mit den Kollegen gut zurechtzukommen.

Ich sag mal, Druck gibt's in jedem Betrieb. Ich kenn keinen Betrieb, der irgendwie mal wo kein Druck ist, ne? [...] Nee, joa, es gibt ja, der eine hat damit zu kämpfen, der andere nicht. Ich sag mir, mehr wie arbeiten kann ich nicht, ne [...] und von daher gesehen bin ich nicht unter Druck. (122ff)

Ich sag mal, es gibt ja überall, jeder Mensch ist verschieden. Der eine kommt mit überhaupt keinem klar, der andere kann mit jedem, und ich sag mir immer, ich muss jeden nehmen, wie

er ist. [...] Also ich hab mit keinem Probleme, es kann sein, dass welche mit mir Probleme haben. (349ff)

Die berufliche Perspektive ist für Josef das Erreichen des Renteneintritts.

Ich wart nur drauf, dass ich unterschreiben darf, dass ich nach Hause gehen darf. (384)

4.4.1.2 Typus 2: Inaktiv-unzufrieden

Sören ist 55 Jahre alt und seit 38 Jahren im Betrieb als Schlosser tätig. Sören ist Diabetiker und beschreibt eine Reihe von Beschwerden infolge der Arbeit, neben unterschiedlichen Schmerzen des Bewegungsapparates auch eine große Erschöpfung, die er zum Teil auf die Schichtarbeit zurückführt.

Mir tun die Füße abends weh, das ist eine wahre Pracht. Vom Laufen. Was ich hier am Laufen bin, das geht auf keine Kuhhaut. (517)

Ja, auch beim Gehen. Wir haben auch Kniekissen und alles drum und dran, aber die Knochen tun weh. (145)

Mir tut hier vorne alles. Ich war jetzt zwei Tage hinten, gestern ich: Was ist denn das? Das tut alles richtig weh, von diesem Eingreifen und Reinsetzen. (154)

Schichtarbeit ist richtig belastend, das geht auch an die Substanz. Man muss sagen, wie es ist. Vor zwei, drei Jahren [...] bin ich abends um neun, halb zehn ins Bett gegangen. Konnte ich gar nicht mehr. Wenn ich heute um acht Uhr ins Bett geh, bin ich morgens kaputt. Ich geh jetzt schon um halb acht ins Bett. Sonst komm ich morgens nicht hoch (lacht). Ich hab gedacht, das geht ja überhaupt gar nicht mehr. (30)

Sören fühlt sich psychisch durch die Arbeit sehr belastet infolge schlechter Kommunikation, mangelnder Wertschätzung und starkem Druck, den er insbesondere seitens der Führungskräfte wahrnimmt. Er gibt an, dass ihm von ärztlicher Seite bereits ein Erschöpfungssyndrom attestiert wurde:

Interviewer: *Es geht auch um Kommunikation.*

Sören: *Die ist hier unter aller Sau.*

Interviewer: *Wertschätzung.*

Sören: *Ja, Wertschätzung, die ist hier weg [...] Das war alles mal besser. (316ff)*

Das mit der Kommunikation, das geht ja nun auch an die Psyche. Wenn der nicht vernünftig mit mir redet, dann denk ich auch immer, was soll ich hier? (571)

Und ich mein, wir sind ja alle gewillt zu arbeiten, wir müssen. Aber Druck, der auf einen kommt, der von oben kommt oder von der Meisterbude aus, der ist so unwahrscheinlich groß geworden in letzter Zeit. (336)

Wie gesagt, mit diesen psychischen Faktoren. Ich war letzt mal krank, bin ich zu einem Hausarzt gegangen, ich lag im Krankenhaus. Er guckt mich so an, sagt: „Herr [Nachname], Sie ge-

fallen mir gar nicht!“ sagt er. Ich sag: „Was ist denn?“ „Also Sie sehen aus, als wenn Sie Burn-out hätten.“ Ich sag: „Wie bitte? Ich weiß gar nicht was das ist.“ „Ja“ sagt er, „ich möchte Sie am liebsten auf Kur schicken. Haben sie denn irgendwo Stress, Ärger?“ „Ja“, ich sag, „auf der Arbeit läuft das nicht so wie es mal war. Man hat ja auch einige Vorstellungen hier.“ Und der hat das gleich erkannt. (271)

Zu seinem persönlichen Gesundheitsverhalten beschreibt Sören, dass er früher viel Sport gemacht hat und dies als sehr befreiend empfand, mittlerweile jedoch nur noch gelegentlich Fahrrad fährt. Sorge bereitet ihm, dass er es nicht schafft, sich so zu ernähren, wie er eigentlich sollte:

Sport ist ja auch eine körperlich schwere Sache, aber ist befreiend irgendwie. So war es ja früher bei mir. Ich hab ja früher auch Fußball, Handball gespielt, ich hab ja früher auch Krafttraining gemacht und sowas. Aber das war befreiend. (98)

Jaja, aber es ist schwierig. Ich bin jetzt 5 Jahre schon zuckerkrank, mit Spritzen und allem drum und dran, aber ich krieg das nicht gebacken, meine Ernährung umzustellen. Das ist echt ganz schwer. Und auf Arbeit, du nimmst deine Stullen mit, isst die. Warmes Essen unter der Woche gibt's bei mir gar nicht. (118)

Perspektivisch hofft er, dass er mit der Zeit nicht noch mehr Beschwerden entwickelt:

Für mich ist Gesundheit bis 65 arbeiten und sagen, die Wehwehchen, die ich mit 50 hab, möcht ich mit 65 auch noch haben, aber auch nicht mehr. Ab einem gewissen Alter geht das nämlich los. Also das ist meine Vorstellung so. Genau, dass das, was ich jetzt hab, nicht noch schlimmer wird (lacht). Weil da hängt ja auch von der Arbeit was mit zusammen. (2)

4.4.1.3 Typus 3: Aktiv-zufrieden

Samuel ist 20 Jahre alt und seit vier Jahren im Betrieb als Schlosser tätig. Bislang fühlt er sich gesundheitlich gut und nimmt keine Beschwerden oder Erschöpfung infolge der Arbeit wahr.

Ja äh sagen wir mal, bis jetzt noch nicht so groß, muss ich sagen, also ich fühl mich fit. Ich hab bis jetzt noch nix und ja. [...] Bis jetzt geht's mir gut. (2)

Also ich persönlich find's nicht so schlimm [die Arbeit], ehrlich gesagt, für mich, bis jetzt geht's. [...] Also ich find's nicht so, ich komm nach Hause und voll kaputt bin und nix mehr machen kann ist bei mir nicht so. (5)

Die Arbeit macht Samuel Spaß, er arbeitet gerne in seiner Gruppe. Mit seinen Kollegen unternimmt er auch privat hin und wieder etwas.

Mir macht Spaß in der Gruppe zu arbeiten. [...] Wenn man sich so eingearbeitet hat dann ist es echt cool. (106)

Wochenende so mal weggehen, das haben wir ab und zu schon mal gemacht. Ja so als Gruppe machen wir immer so mal eine Weihnachtsfeier oder so, also immer gemeinsam, nur wir zusammen. (126)

Er schätzt seinen Arbeitgeber für die Sicherheit, die er ihm bietet, und ihm gefällt besonders an seiner Arbeit, dass sie abwechslungsreich ist.

[...] das Arbeiten macht mir ja Spaß. (119)

Samuel: Hier wird schon immer pünktlich Gehalt gezahlt z.B., das wird in anderen Firmen z.B. nicht. Dann die Arbeitszeiten sind nicht schlecht, würd ich sagen, bis auf Spätschicht, das ist nicht so berauschend. Dann ähm, du hast nen festen Arbeitsplatz, das ist eigentlich das Beste. Der wichtigste Grund, warum ich hier anfangen würde, weil du nen sicheren Arbeitsplatz hast.

Interviewer: Und so von der der Art der Arbeit her?

Samuel: Abwechslung das ist eigentlich, ja. [...] Hast nie dieselbe Arbeit, kommt mal ein Wagen mit Bremse, kommt mal ein Wagen mit (?), bist du nie an derselben Tätigkeit. (199ff)

Die Zeitvorgaben hält er insgesamt für angemessen und fühlt sich durch zeitliche oder sonstige Anforderungen nicht gestresst oder unter Druck gesetzt.

Ja ach, das ist mal so mal so, kommt drauf an. Kommt drauf an, was für Wagen rein kommen. Manchmal ist es halt viel Arbeit aber halt eher leichter, manchmal kommt halt wenig aber schwer. (72)

Und dann kommt mal ein Tag in der Woche, in drei Wochen vielleicht ein bis zwei Mal, wo du halt bisschen mehr machen musst, aber sonst hält sich's eigentlich in Grenzen. (87)

Ja, ich hab kein Problem mit der Arbeit, mich stresst das nicht so wirklich. (134)

Also eigentlich passt das. Also die Vorgaben, die sind ja nicht von dem Meister, die sind ja noch von den höheren Chefs, da können auch die Meister nix dran ändern. Wenn's so da drin steht, dass du das so einbauen musst, dann musst halt so einbauen. (184)

Privat hält er sich fit, indem er regelmäßig Krafttraining durchführt.

Ja, also Fitness geh ich ab und zu aber sonst, also eigentlich nur Fitnessstudio. [...] zwei bis dreimal die Woche. [...] Fußball ab und zu aber nur privat aber sonst mach ich. (8)

Für die Zukunft geht er davon aus, dass die Arbeit auch für ihn auf Dauer zu Beschwerden führen würde, aus diesem Grund versucht er, durch Weiterbildung langfristig eine Stelle mit weniger körperlicher Beanspruchung zu bekommen.

Ja klar, wenn ich mir jetzt anschau, die älteren Mitarbeiter, die haben schon einiges an Kniebeschwerden und Rücken, kommt schon einiges zusammen. [...] Bis jetzt seh ich's noch nicht so eng, bin noch nicht so betroffen, sagen wir mal so. Aber wenn man das von anderen so mithört, da Knie, da Gelenke und Rücken und ist schon. (36)

Ja ich mach's besser, ich versuch es besser zu machen in anderer Hinsicht. Also Weiterbildungszeugs, dass ich da nicht mehr so weiter machen muss. (40)

Also mit auch die Arbeit. Also wie gesagt, bevor ich das mir das so denk, das zehn, zwanzig Jahre mach, dann überlegt man sich schon was anderes, also was höheres zu finden, sich zu qualifizieren. (63)

4.4.1.4 Typus 4: Aktiv-unzufrieden

Manfred ist 24 Jahre alt, seit zwei Jahren in der Schienenfahrzeuginstandhaltung und hat vorher fünf Jahre in einer anderen Betriebsabteilung als Schlosser gelernt und gearbeitet. Neben der Arbeit trainiert er sechsmal die Woche in einem Fitnessstudio. Es empfindet die Arbeit als sehr anstrengend und merkt das daran, dass es ihm im Laufe der Woche immer schwerer fällt, nach der Arbeit noch zum Sport zu gehen. Trotz des regelmäßigen Krafttrainings nimmt er die Arbeit als starke körperliche Beanspruchung wahr.

Es geht. Ich bin ja Kraftsportler, ich geh ja noch sechsmal die Woche zum Training nach der Arbeit. Also ich bin auch gegen acht Uhr schlaf ich schon. Weil ich sonst nicht klarkomme. (33)

Es wird auch jedes Mal immer schwerer zum Training zu gehen. Montags geht das noch, Frühschicht vor allem. Ich steh ja dann auch um zehn vor vier auf. Das schlaucht einfach. (35)

Jaaa- von den Muskeln her ja, aber die Gelenke gehen ja trotzdem kaputt. Ich sag mal, das Rumgehocke auf den Knien, oder das Drübergespringe über die Drehgestelle und den ganzen Kram, das ist ja immer eine Stauchung für die Gelenke. Ob man jetzt Sport macht oder nicht, das ist ja Banane. (40)

Das Klima unter den Kollegen beschreibt er als äußerst positiv, fühlt sich jedoch durch die Vorgesetzten unter Druck gesetzt, wenig wahrgenommen und nicht wertgeschätzt. Er nimmt an, dass dies bei vielen Mitarbeitern dazu führt, dass sie sich im Fall einer leichteren Erkrankung lieber krankschreiben lassen als arbeiten zu gehen.

Ich bin seit Juli letzten Jahres erst hier. Und ich empfinde das hier als sehr, sehr angenehm. Ich finde, der Umgang unter den Kollegen untereinander ist mega gut. Auch die Solidarität untereinander. Finde ich ist mega angenehm. Natürlich beschimpft man sich mal, aber alles noch im Rahmen. Ist alles halt auf einer Ebene. (328)

Keiner ist abgehoben, und gleisübergreifend auch. Es ist nicht so, dass es jetzt einzelne Gruppen gibt, sondern es ist einfach, dass man sich in der Halle versteht. (331)

Was mich ganz doll stört ist halt dieser Druck von oben einfach und so Sachen zum Beispiel, das betrifft mich jetzt zum Beispiel nicht, aber ich glaub [Name Kollege], wenn man irgendwelche Lohnforderungen hat oder man müsste schon längst in der Lohngruppe hoch sein. Bei sowas lassen sie sich so Unmengen an Zeit und so'n ganzen Kram. Also einfach diese Bürokratie hier ist zum Kotzen. (361)

Die schlechte Kommunikation und der Druck. Halt einfach. Weil ich glaube, das ist wirklich maßgebend, weil das haben wir ja auch alle fünf gesagt, da sind wir uns auch alle einig, auch

alle in der Halle denk ich mal. Und ich meine, es hat sich nochmal eine ganze Menge an der Arbeitsmotivation durch dieses Weihnachtsding geändert. Danach waren, glaube ich, auch alle ziemlich aufgebracht über den Chef. Und ich denke einfach, das ist der Hauptgrund, warum die Krankheit hoch geht. (633)

Auch bei Kleinigkeiten, mit denen man eigentlich vielleicht noch mit arbeiten gehen könnte, aber man sagt, wozu? Damit ich wieder einen auf den Sack krieg heute und dann, so gut geht es mir eigentlich gar nicht, dann gehe ich doch zum Arzt. (643)

Perspektivisch fürchtet Manfred, dass die Arbeit, die er jetzt durchführt, nicht ohne relevante Einschränkungen bis zum Rentenalter durchführbar ist. Aus dem Grund möchte er sich gerne weiterbilden, um später als Meister die schweren Tätigkeiten nicht mehr durchführen zu müssen. Allerdings erhält er aus seiner Sicht hierzu keine Unterstützung durch den Arbeitgeber.

Ja, also für die Arbeit würde ich mich auch nicht gerne kaputtmachen. Auch, dass man halt bis an die Rente arbeiten kann, das ist ja manchmal bei so einer Arbeit echt schwierig. Also ist man in Rente, dann kann man auch gleich in den Sarg steigen, glaub ich (lacht). (6)

Das [Meisterschule] ist bei mir seit anderthalb Jahren im Gespräch. Da habe ich angefangen in der Ausbildung das noch zu sagen, und bis jetzt wurde ich immer nur vertröstet. Hier muss man glaube ich demjenigen, der dafür zuständig ist, zehnmal am Tag auf den Sack gehen, sonst passiert da gar nichts. (482)

4.4.2 Zusammenfassung Ergebnisse Teil 2

Die vorgestellte Typologie gibt Hinweise darauf, dass körperliche Inaktivität außerhalb der Arbeit nicht eindeutig mit einer hohen Beschwerdewahrnehmung assoziiert sein muss, umgekehrt auch körperlich aktive Mitarbeiter eine höhere Beschwerdewahrnehmung haben können. Die Zufriedenheit des Einzelnen scheint allerdings im Zusammenhang mit der Stresswahrnehmung zu stehen. Die Mitarbeiter, die sich gestresst fühlen, sind ebenfalls unzufrieden mit der Arbeit. Die beruflichen Perspektiven der Mitarbeiter scheinen jedoch in erster Linie abhängig vom Alter: Für ältere Mitarbeiter steht der Ruhestand an, die etwas jüngeren sehen wenig Alternativen zur bisherigen Arbeit. Bei den jungen Beschäftigten besteht der Wunsch oder die Hoffnung, die harte Arbeit nicht ein Leben lang durchführen zu müssen. Die folgende Abbildung gibt eine abschließende Übersicht über die identifizierten Ausprägungen und eine Orientierung der Typen anhand des Gesundheitsverhaltens sowie der Stresswahrnehmung.

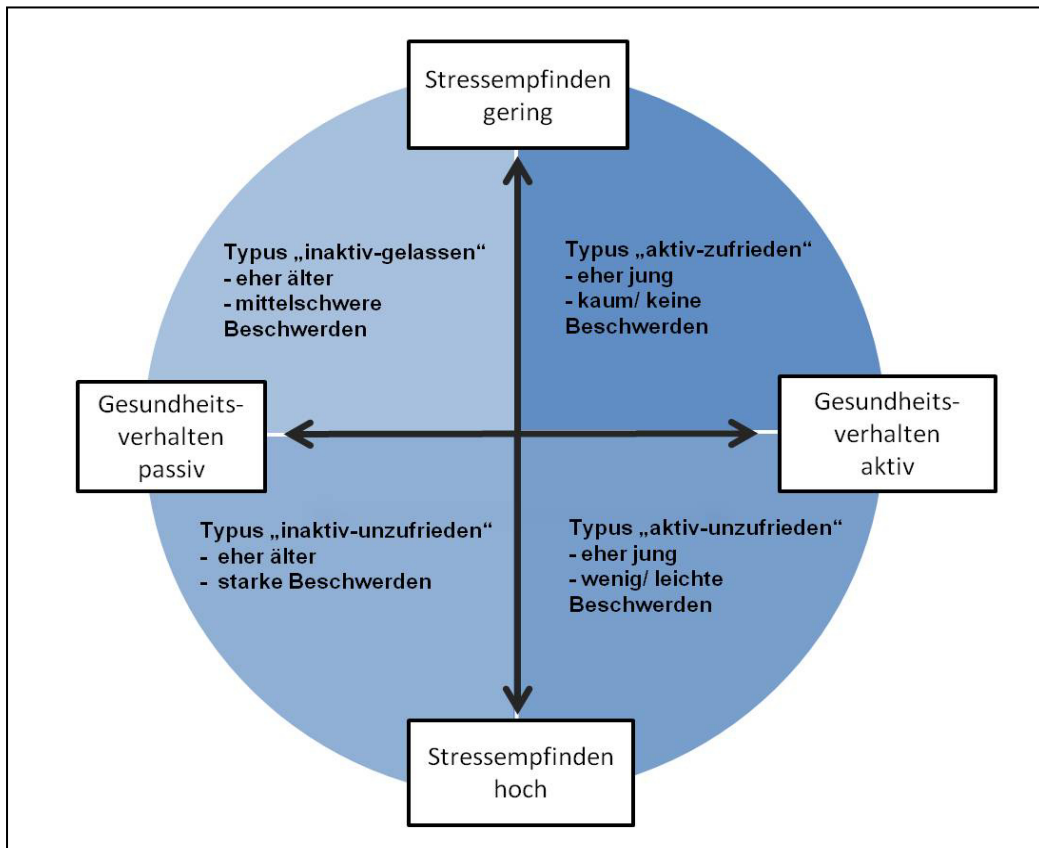


Abbildung 9: Typologie Übersicht

4.5 Methode Teil 3: Quantitative Befragung und Clusteranalyse

Die vorgestellten qualitativen Daten lassen keine zuverlässigen Angaben darüber zu, inwieweit Ausprägungen von Merkmalen innerhalb der Zielgruppe verteilt sind. D.h. auch wenn beispielsweise der Eindruck entsteht, dass das Wohlbefinden vieler Mitarbeiter unter psychosozialen Arbeitsbedingungen leidet, bleibt unklar, wie hoch der Anteil dieser Mitarbeiter ist im Vergleich zu denen, die sich in dieser Hinsicht wohlfühlen. Die Fragen nach der Verteilung bestimmter Wahrnehmungen oder Merkmalsausprägungen innerhalb der Belegschaft ist insbesondere für das beauftragende Unternehmen relevant, da entsprechende Zahlen Hinweise geben auf die Notwendigkeit möglicher zukünftiger Interventions- oder Veränderungsmaßnahmen. Aus diesem Grund wurde zu Beginn des Projektes eine standardisierte schriftliche Befragung der Mitarbeiter in drei Werken durchgeführt. Eine deskriptive Auswertung der Fragebögen wurde dem Unternehmen zur Verfügung gestellt. In einem weiteren Auswertungsschritt wurden diese Daten einer explorativen strukturidentifizierenden Analyse unterzogen, mit dem Ziel, anhand einzelner Merkmale mögliche Gruppen von Fällen zu identifizieren und diese mit der qualitativ entwickelten Typologie zu vergleichen. Das Erhebungsinstrument, das Vorgehen zur Datengewinnung und die Methode der klassifizierenden Analyse werden im Folgenden beschrieben.

4.5.1 Datenerhebung

Um anhand standardisierter Befragungen brauchbare und gültige Ergebnisse zu erhalten, ist es grundsätzlich sinnvoll, auf normierte, reliable und valide Messinstrumente zurückzugreifen. Im Fall einer Erfassung von Mitarbeiterperspektiven zu gesundheitsrelevanten Themen im Kontext Arbeit ist es jedoch notwendig, spezifische Merkmale des Arbeitsplatzes sowie der Arbeitsanforderungen zu berücksichtigen. Entsprechende Instrumente zu Mitarbeiterbefragungen sind aus diesem Grund entweder auf bestimmte Berufsgruppen zugeschnitten (z.B. Universitätsmitarbeiter, Hildebrand & Gröben, 2006), nutzen einzelnen Skalen aus Messinstrumenten zu Teilaspekten, z.B. dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Kristensen et al., 2005) oder werden modular aufgebaut bzw. variiert entsprechend der Bedürfnisse des jeweiligen Unternehmens (Zok, 2010).

Nach Sichtung verfügbarer Instrumente aus dem deutschsprachigen Raum wurde ein Fragebogen ausgewählt, welcher anhand Umfang und Inhalt für die Zielgruppe angemessen erscheint. Das Instrument wurde im Rahmen eines durch das BAMS (Bundeministerium für Arbeit und Soziales) und der BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) geförderten Projektes am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft in Saarbrücken entwickelt (2006). Normdaten oder Angaben zur Güte des Instrumentes sind allerdings nicht verfügbar. Ergänzt wurde der Fragebogen um Angaben zur Person, zu körperlicher Aktivität und der deutschen Version der Effort-Reward Imbalance Scale (Rödel, Siegrist, Hessel & Brähler, 2004).

Der an die Mitarbeiter ausgegebene Fragebogen ist vollständig in Anhang 7 abgebildet.

4.5.1.1 Fragebogen zur Mitarbeitergesundheit

Der eingesetzte Fragebogen umfasst insgesamt 19 Themen bzw. Skalen. Antwortmöglichkeiten sind entweder nominal (ja/nein) oder bestehen aus einer Ratingskala, entweder vierstufig (trifft zu nie / selten / manchmal / immer), fünfstufig (trifft zu ständig / häufig / manchmal / selten / nie) oder sechsstufig (sehr gut / ziemlich gut / es geht so / ziemlich schlecht / sehr schlecht / trifft nicht zu). Die letzte Frage bietet ein offenes Antwortformat. Der Fragebogen enthält insgesamt 110 Items.

Mit elf Items werden zum Einstieg allgemeine Angaben zur Arbeit erfasst, hierbei geht es um die Wahrnehmung von Veränderungen der Arbeitsanstrengung sowie allgemeine positive und negative Wahrnehmungen gegenüber der Arbeit (Freude, Stolz, Erholung, Frustration usw.) Die körperliche Beanspruchung (schweres Heben, lange Laufwege, Zwangshaltung etc.) und die Arbeitsumgebung (Lärm, Staub, Temperatur usw.) sind mit insgesamt 15 Items repräsentiert. Mit acht Items wird die Wahrnehmung der Arbeit bezogen auf bestimmte Merkmale wie Zeitdruck, Taktgebundenheit, Vielfalt oder Verantwortung erfragt, mit drei Items die Wahrnehmung von Arbeitszeit und Freizeit.

Die Bewertung von Unternehmensleistungen wie Qualifizierungsmöglichkeiten, Arbeitsplatzsicherheit und Gehalt umfasst fünf Items. Es folgen die Einschätzung von Informationspolitik und Mitarbeiterbeteiligung (vier Items), die Zufriedenheit mit dem Führungsstil der direkten Vorgesetzten (drei Items) und eine Einschätzung zum Betriebsklima (drei Items). Arbeitsmotivation, Identifikation und Zufriedenheit werden mit jeweils einem Item erfragt. Die Erfassung körperliche Beschwerden in den letzten zwölf Monaten beinhaltet drei Items zu muskuloskeletalen Beschwerden und fünf Items zu weiteren Beschwerden wie Schlaflosigkeit oder Hautproblemen. Der Gefühlszustand wird mit sechs Items erfragt (Zuversicht, Erschöpfung, Selbstvertrauen usw.)

Zur Wahrnehmung der langfristigen Ausübung der Tätigkeit bis zur Rente sind drei Antwortmöglichkeiten gegeben (ja / nein / weiß nicht). Bezüglich Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne eines Abbaus von Arbeitsbelastungen können zehn Vorschläge angekreuzt und eine Ergänzung eigener Vorschläge vorgenommen werden.

4.5.1.2 Effort-Reward Imbalance Scale

Die Effort-Reward Imbalance Scale (ERI-Scale) beinhaltet drei psychometrische Skalen, die die Einschätzung eines Berufstätigen zu seiner Verausgabung („Effort“), der erhaltenen Belohnung („Reward“) und einer übersteigerten Verausgabungsbereitschaft („Overcommitment“) am Arbeitsplatz erfragen. Das Antwortformat für jedes Item ist eine vierstufige Likert-Skala (stimme gar nicht zu / stimme nicht zu / stimme zu / stimme voll zu) (Siegrist et al., 2014).

Items

Die sechs Effort-Items erfassen Zeitdruck, häufige Unterbrechungen, Verantwortung, Überstunden, körperliche Beanspruchung und Steigerung der Arbeitsmenge.

Unter Reward werden mit sechs Items die wahrgenommene Anerkennung, Unterstützung und Gerechtigkeit sowie Aufstiegschancen, perspektivische Veränderungen der Arbeitssituation und Arbeitsplatzsicherheit erfasst, anhand vier weiterer Items die wahrgenommene Angemessenheit von beruflicher Stellung, Anerkennung, Aufstiegschancen und Gehalt.

Sechs Items zum Overcommitment erfragen die Neigung, bei der Arbeit in Zeitdruck zu geraten, häufiges Nachdenken über Probleme am Arbeitsplatz (morgens resp. abends), Probleme, von der Arbeit abzuschalten, von anderen rückgemeldete hohe Aufopferungsbereitschaft und Schlafprobleme bei unerledigten Aufgaben.

Die wahrgenommene Effort-Reward Imbalance wird anhand des Quotienten der Summenscores aus der Effort- und der Reward-Skala berechnet. Zur Korrektur der ungleichen Itemanzahl wird der Quotient mit dem Quotienten aus der Anzahl der Reward-Items und der Effort-Items multipliziert. Ein ERI-Wert von 1 zeigt ein Gleichgewicht zwischen wahrgenommenem Einsatz und Belohnung, bei einem Wert <1 überwiegen die wahrgenommenen Belohnungen den Einsatz, bei einem Wert >1 nimmt der Befragte eine zu geringe Belohnung im Vergleich zu seiner Verausgabung wahr.

Das Modell basiert auf der Annahme, dass mit der Höhe des Ungleichgewichts zwischen wahrgenommenem Einsatz und wahrgenommener Belohnung, d.h. dem Ansteigen des Quotientenwertes, das Erkrankungsrisiko zunimmt (Rödel et al., 2004). Eine Analyse epidemiologischer Studien in fünf europäischen Ländern ($n=18.943$) zeigte ein signifikant erhöhtes Risikoverhältnis für einen schlechten Gesundheitszustand unter denjenigen Berufstätigen, die eine negative Effort-Reward Imbalance angaben (Siegrist et al., 2004).

Montano et al. zitieren 17 Untersuchungen in Unternehmen mit 227 bis 1916 Mitarbeitern, überwiegend aus den Branchen Gesundheit und Handwerk, in welchen ERI-Gesamtmittelwerte von 0,34 bis 1,63 angegeben werden (2014b). Im Zusammenhang mit muskuloskeletalen Beschwerden fanden Koch et al. (2014) zehn Studien mit Teilnehmerzahlen zwischen 165 und 3947 aus unterschiedlichen Branchen, in denen die Prozentzahlen der Befragten mit einem ERI-Wert über 1 zwischen 3 und 66% liegen.

Gütekriterien

Die Reliabilität der Skala wird als zufriedenstellend angegeben (Test-Retest-Reliabilität und interne Konsistenz mit Cronbach's $\alpha > 0,70$), ebenso die faktorielle Struktur. Die Effort-Skala zeigt moderate bis starke Korrelationen zur Demand-Skala des Control-Demand Modells (zwischen $r=0,30$ bis $r=0,60$). In einer Reihe von Untersuchungen konnten signifikante Mittelwertsunterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und anderen soziodemografischen Merkmalen gefunden werden.

Eingesetzt wurde hier die deutsche Version des Fragebogens (Rödel et al., 2004).

4.5.1.3 Erfassung des Aktivitätsstadiums

Die körperliche Aktivität wurde in Bezug auf Sport oder Bewegung von mindestens zweimal 20 Minuten pro Woche anhand von fünf Stadien erfasst: Keine Absicht / Abwägung / feste Absicht / aktiv, aber fällt schwer / aktiv und fällt leicht (McConnaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; Prochaska et al., 1994).

4.5.1.4 Personbezogene Angaben

Abschließend wurden Alter und Tätigkeitsdauer in Vier-Jahres-Spannen und als freiwillige Angabe der Tätigkeitsbereich und sonstige Angaben, die aus Sicht des Mitarbeiters wichtig sind, in einem freien Antwortformat erfragt.

4.5.2 Durchführung der Befragung

Die Erhebung der Daten mittels des quantitativen Fragebogens fand im Juni/Juli 2013 in den drei Werken des Unternehmens, in welchem auch die qualitativen Befragungen durchgeführt wurden, statt. Der Fragebogen wurde zunächst der Unternehmensleitung sowie dem Betriebsrat vorgelegt und deren Einverständnis zur geplanten Erhebung und Auswertung eingeholt. Zeitpunkt und Vorgehen zur Ausgabe der Fragebögen wurden mit den jeweiligen Werksleitungen abgestimmt.

Zum vereinbarten Termin war die gesamte Belegschaft des Unternehmens zum Schichtwechsel in einem Aufenthaltsraum versammelt. Die Forscher gaben zunächst einen kurzen Bericht über den bisherigen Projektverlauf. Anschließend wurden der Fragebogen sowie die Zielstellung der Erhebung kurz vorgestellt und die Mitarbeiter gebeten, den Fragebogen vor Ort auszufüllen. Sie wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist und ihnen keine Nachteile entstehen und keine Begründung notwendig ist, wenn sie nicht an der Befragung teilnehmen. Es folgte der Hinweis, dass die Bögen keine Informationen erfragen, die einen Rückschluss auf einzelne Personen zulassen und keine Namensangaben vorgesehen sind. Den Mitarbeitern wurde versichert, dass Vorgesetzte und Unternehmensleitung lediglich über das Gesamtergebnis informiert werden und nicht über Resultate einzelner Fragebögen. Die Mitarbeiter erhielten die Möglichkeit, Fragen zu stellen, dies wurde in Einzelfällen genutzt und bezog sich im Wesentlichen auf mögliche Konsequenzen, die aus der Befragung gezogen werden sollen. Dazu wurde mitgeteilt, dass es zunächst lediglich um eine Bestandserhebung zu Mitarbeiterperspektiven auf die Gesundheit am Arbeitsplatz geht.

Anschließend wurde der Fragebogen ausgeteilt, alle Mitarbeiter erhielten einen Kugelschreiber und wurden gebeten, nachzufragen, wenn beim Ausfüllen Unklarheiten auftreten sollten. Zu diesem Zeitpunkt verließen die Vorgesetzten den Raum. In zwei der drei Werke erklärten sich insgesamt 5 Mitarbeiter nicht dazu bereit, den Bogen auszufüllen, und verließen dann ebenfalls den Raum. Alle weiteren Mitarbeiter füllten den Bogen innerhalb von 15-20 Minuten aus und legten ihn verdeckt auf einen Stapel, den die Forscher am Schluss an sich nahmen.

4.5.3 Rücklauf und Datenaufbereitung

Insgesamt lagen nach Abschluss der Befragungen 194 ausgefüllte Fragebögen vor. Die Ergebnisse der Befragung wurden in eine Excel-Tabelle eingetragen. Die Antwortskalen wurden in Zahlenwerte transformiert, wobei die jeweils schlechteste Bewertung mit 1 beziffert wurde (z.B. Einschätzung der eigenen Arbeitsmotivation sehr schlecht, Auftreten von Kopfschmerzen in den letzten zwölf Monaten ständig), die beste Bewertung mit 5 bzw. 4. Anschließend wurden all jene Fälle gelöscht, bei welchen mehr als 15 Antworten fehlten und/oder alle Werte einer oder mehrerer Testskalen. Gelöscht wurden ebenfalls Fälle ohne Altersangabe und ohne Angabe des Aktivitätsstadiums. Insgesamt verblieben 162 Fälle. Die Antwortskalen invers formulierte Fragen wurden invertiert, fehlende Werte sowie die Antwort „trifft nicht zu“ durch den Mittelwert aller Antworten des jeweiligen Items ersetzt.

4.5.4 Datenauswertung

Um dem Unternehmen die gewünschten Informationen über die Ergebnisse der Befragung zu liefern, wurden deskriptive Analysen durchgeführt, die in Teilen zur Übersicht über das Datenmaterial im Ergebnisteil dargestellt werden. Für die vorliegende Arbeit wurden die Daten anschließend einer weiteren Analyse unterzogen mit der Fragestellung, ob sich anhand bestimmter Merkmale bzw. Merkmalskombinationen Gruppierungen unterhalb der Fälle finden, die inhaltlich der vorab entwickelten qualitativen Typologie entsprechen. Hierzu wurden zunächst diejenigen Skalen ausgewählt, welche die anhand der qualitativen Daten als relevant identifizierten Merkmale möglichst gut repräsentieren. Bei der Auswahl der Merkmale wurde ebenfalls darauf geachtet, dass Niveau und Breite der Bewertungsskalen sowie die Anzahl der Variablen innerhalb einzelner Merkmale weitgehend homogen sind. Da es sich bei dem Fragebogen nicht um ein validiertes Instrument handelt, wurde eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt und anhand von fünf Faktoren mittels einer hierarchischen Clusteranalyse eine Gruppierung der Fälle vorgenommen. Für die resultierenden Gruppen wurden für jedes Merkmal Gruppenvergleiche und abschließend Korrelationen mit Alter und Aktivitätsstadium berechnet. Wenngleich die Daten im mathematischen Sinn ordinal vorlagen, wurde die Rechnung unter der Annahme des Vorliegens einer Intervallskalierung durchgeführt (vgl. Bortz & Döring, 2010).

4.5.4.1 Auswahl der Skalen für die Gruppenbildung

Die qualitative Typologie bediente sich der Aktivität bezüglich gesundheitsbezogenen Verhaltens als Hauptmerkmal. In dem quantitativen Fragebogen wurde das Stadium der körperlichen Aktivität ebenfalls erfragt. Es wurde allerdings nicht mit in die Clusteranalyse einbezogen, da die Antworten zwar fünfstufig abgebildet wurden, die Angaben dazu, ob ein Mitarbeiter aktiv ist oder nicht, jedoch einen eindeutig nominalen Charakter haben. Allgemeine Fragen zur Arbeit wurden aufgrund der vierstufigen Bewertung ausgeschlossen, aus gleichem Grund die ERI-Skala sowie Angaben zu langfristiger Ausübung der Tätigkeit und Gestaltungsmöglichkeiten, die nominal abgebildet wurden. Körperliche Beanspruchung, Arbeitsaufgaben und -anforderungen, Arbeits-

zeit/Freizeit sowie Unternehmensleistungen blieben gleichermaßen außen vor. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende externe Faktoren für alle Handwerker in vergleichbarer Weise bestehen, da sie alle weitgehend identische Tätigkeiten unter identischen Rahmenbedingungen ausführen. Ausgeschlossen wurde schließlich auch die Skala „Ich und das Unternehmen“, da jedes einzelne Item an sich komplexe Konstrukte erfragt (Arbeitszufriedenheit, Motivation, Identifikation) und angenommen wird, dass diese Items zu unspezifisch sind, um das jeweilige Merkmal zuverlässig zu erfassen. In die Berechnung der Clusteranalyse wurden abschließend diejenigen Skalen einbezogen, die das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Mitarbeiter erfassen: Körperliche Beschwerden und Gefühlszustand, die Wahrnehmung von Führung, Betriebsklima sowie Information und Beteiligung. Den entsprechenden Auszug aus dem Fragebogen zeigt folgende Übersicht:

Tabelle 7: Zur Gruppenbildung verwendete Skalen und Items

Informationspolitik und Mitarbeiterbeteiligung
<p><i>Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information über wichtige Dinge und Vorgänge im Unternehmen ▪ Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern ▪ Mitsprachemöglichkeiten bei betrieblichen Entscheidungen ▪ Einflussmöglichkeit bei Problemen am Arbeitsplatz
Zufriedenheit mit Führungsstil der direkten Vorgesetzten
<p><i>Wie empfinden Sie den Führungsstil des/der direkten Vorgesetzten in Bezug auf:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rückmeldung über die geleistete Arbeit ▪ Anerkennung der persönlichen Leistung ▪ Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz
Betriebsklima
<p><i>Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gegenseitige Unterstützung und Hilfestellung unter den Arbeitskollegen ▪ Konfliktbewältigung unter den Arbeitskollegen ▪ Arbeitsklima im Team
Körperliche Beschwerden
<p><i>Wie oft hatten Sie in den letzten zwölf Monaten folgende Beschwerden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kopfschmerzen ▪ Nacken- oder Schulterschmerzen ▪ Rücken- oder Kreuzschmerzen ▪ Gelenk- oder Gliederschmerzen ▪ Schlaflosigkeit, Schlafstörungen ▪ Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen ▪ Hautprobleme/Hauterkrankungen, Juckreiz ▪ Augenprobleme: Brennen, Rötung, Jucken, Tränen der Augen
Gefühlszustand
<p><i>Wie oft empfanden Sie in letzter Zeit folgende Gefühle und Stimmungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuversicht, Lebensfreude ▪ Energielosigkeit, Erschöpftheit, allgemeine Unlust ▪ Ausgeglichenheit ▪ Nach der Arbeit nicht abschalten können ▪ Selbstvertrauen ▪ Angst vor Fehlern, vor dem Versagen

4.5.4.2 Identifizierung latenter Variablen

Da es sich bei dem Fragebogen um kein validiertes Instrument handelt, sollte zunächst mittels einer explorativen Faktorenanalyse überprüft werden, inwieweit die ausgewählten Items unterschiedliche Dimensionen abbilden und eine Reduktion von Dimensionen vorgenommen werden kann. Berechnet wurde zunächst eine Hauptkomponentenanalyse basierend auf dem Eigenwert größer 1 mit einer nicht rotierten Lösung. Anhand der anfänglichen Eigenwerte nach dem Kaiser-Kriterium sowie des Elbow-Kriteriums (s. Abb.10) ließ sich eine fünffaktorielle Lösung annehmen.

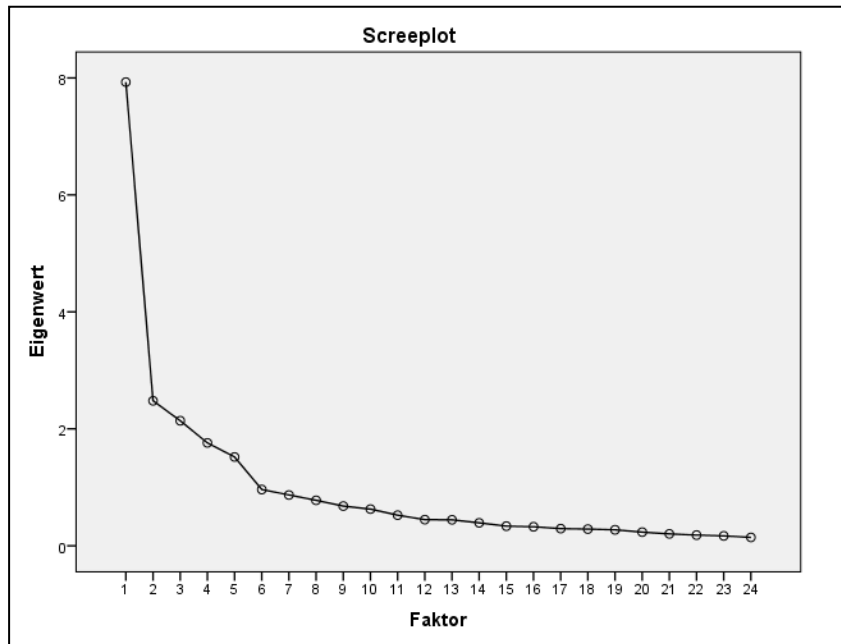


Abbildung 10: Eigenwerte der Faktoren

Nach einer Varimaxrotation und der Extraktion von fünf Faktoren konnten eindeutig fünf Faktoren mit Ladungen über 0,6 identifiziert werden (eine Ladung bei 0,537), wobei sich auf einen Faktor sieben hohe Ladungen ergaben, auf einen weiteren Faktor acht und auf drei Faktoren jeweils drei hohe Ladungen. Auf Faktor 1 laden alle vier Items der Skalen „Informationspolitik und Mitarbeiterbeteiligung“ sowie die drei Items der Skala „Zufriedenheit mit dem Führungsstil der direkten Vorgesetzten“ hoch. Auf Faktor 2 laden fünf Items der Skala „Körperliche Beschwerden“ hoch, und zwar jene, die nicht das muskuloskeletale System betreffen (Kopfschmerz, Schlaf, Verdauung, Haut, Augen) sowie die drei negativ formulierten Items der Skala „Gefühlszustand“ (Erschöpfung, nicht abschalten Können und Versagensängste) hoch. Faktor 3 hat drei hohe Ladungen auf den Items der Skala „Betriebsklima“. Auf Faktor 4 laden die muskuloskeletalen Beschwerden hoch, auf Faktor 5 drei positiv formulierte Items der Skala „Gefühlszustand“ (Zuversicht, Ausgeglichenheit, Selbstvertrauen, s. Tab. 8).

Tabelle 8: Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente				
	1	2	3	4	5
Information	,754	,101	,047	,114	-,123
Kommunikation Vorgesetzte	,799	,178	,037	,072	-,036
Mitspracherecht	,696	,079	-,040	,114	-,132
Einfluss Probleme	,762	,169	,203	,171	-,134
Führung Rückmeldung	,741	,207	,212	,061	,042
Führung Anerkennung	,719	,258	,051	,206	,049
Führung Unterstützung	,757	,257	,146	,081	,004
Unterstützung Kollegen	,124	,205	,904	,104	,018
Konflikte Kollegen	,102	,194	,879	,059	-,037
Arbeitsklima	,178	,217	,831	,166	-,076
Kopfschmerzen	,254	,537	,054	,224	-,151
Nacken-, Schulterschmerzen	,198	,243	,130	,833	-,027
Rücken-, Kreuzschmerzen	,186	,240	,092	,823	,037
Gelenk-, Gliederschmerzen	,198	,204	,095	,829	,077
Schlafstörungen	,031	,768	,162	,100	,069
Appetit Magen Verdauung	,233	,728	,151	,243	-,027
Hautprobleme	,077	,675	,039	,150	-,119
Augenprobleme	,148	,641	,061	,246	-,054
Zuversicht Lebensfreude	,056	,058	-,051	,019	,869
Erschöpfung	,268	,605	,067	,146	,081
Ausgeglichenheit	-,088	-,100	-,166	,101	,819
Abschalten	,228	,689	,146	,057	,022
Selbstvertrauen	-,217	-,062	,137	-,050	,758
Versagensängste	-,168	-,694	-,299	,102	,027

Hohe Faktorladungen sind fett markiert.

4.5.4.3 Dimensionsreduzierung

Zur Reduzierung der Dimensionen wurden die Merkmale, die hoch auf einen Faktor laden, zusammengefasst. Da sie nicht in jedem Fall den Skalen des Fragebogens entsprechen, werden sie im Folgenden expliziert und zur weiteren Bearbeitung mit einer knappen Beschreibung versehen:

Faktor 1. Die zugrunde liegenden Variablen erfassen die Skala zur Wahrnehmung der Mitarbeiter bezogen auf Information und Beteiligung im Betrieb sowie die die Skala zur Zufriedenheit mit dem Führungsstil des direkten Vorgesetzten. Umschrieben wird das Merkmal im Folgenden mit „Beteiligung und Führung“.

Faktor 2. Die Variablen unter Faktor 2 erfragen, in welchem Ausmaß die Mitarbeiter physische und psychische Beschwerden wahrnehmen, welche überwiegend als Reaktionen auf Stress beschrieben werden (Plaumann, 2006). Erfasst wird hier die Häufigkeit des Auftretens von folgenden Beschwerden innerhalb der letzten sechs Monate:

- Schlaflosigkeit, Schlafstörungen,
- Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen,
- Hautprobleme/Hauterkrankungen, Juckreiz,
- Augenprobleme: Brennen, Rötung, Jucken, Tränen der Augen,

sowie die Häufigkeit des Empfindens folgender Gefühle und Stimmungen:

- Energielosigkeit, Erschöpftheit, allgemeine Unlust,
- nach der Arbeit nicht abschalten können,
- Angst vor Fehlern, vor dem Versagen.

Dieses Merkmal wird als „Stresssymptome und Wohlbefinden“ zusammengefasst.

Faktor 3. Hierunter fallen drei Items der Skala „Betriebsklima“, welche erfragen, wie die Mitarbeiter die gegenseitige Unterstützung und Hilfestellung, die Konfliktbewältigung unter den Arbeitskollegen und das Arbeitsklima im Team wahrnehmen. Zusammengefasst wurde diese Dimension unter „Kollegialität und Arbeitsklima“.

Faktor 4. Auf Faktor 4 laden drei Items der Skala „Beschwerden“, welche muskuloskeletale Probleme abbilden, d.h. Nacken- oder Schulterschmerzen, Rücken-oder Kreuzschmerzen sowie Gelenks- oder Gliederschmerzen bzw. die Häufigkeit deren Auftretens in den letzten 12 Monaten. Die Dimension wird als „Muskuloskeletale Beschwerden“ umschrieben.

Faktor 5. Auf den letzten Faktor laden die drei positiv formulierten Items der Skala „Gefühlszustand“ hoch, dies sind das Empfinden von Zuversicht/Lebensfreude, Ausgeglichenheit und Selbstvertrauen in der letzten Zeit, sie wurden reduziert auf die Dimension „Positive Gefühle“.

4.5.4.4 Identifizierung von Ausreißern

Vorbereitend zur eigentlichen Clusteranalyse wurde anhand der hier identifizierten Faktoren eine Klassifizierung anhand der Single-Linkage-Methode (Distanzmaß: quadrierte euklidische Distanz) durchgeführt, um mögliche Ausreißer zu identifizieren. Hierzu wurden zunächst die Mittelwerte der gefundenen Faktoren berechnet und anschließend über die fünf Faktoren die Clusterung vorgenommen. Sechs Fälle zeigten eine späte Verschmelzung und damit eine deutliche Heterogenität zu anderen Fällen (s. Abb. 11). Bei genauer Betrachtung der Fälle wurde deutlich, dass bei den Antworten systematisch invariante Werte, insgesamt oder skalenweise, vergeben wurden, so dass zu vermuten ist, dass es sich um ungültige Fälle handelt. Sie wurden für die weitere Klassifizierung ausgeschlossen, es verblieben damit 156 Fälle.

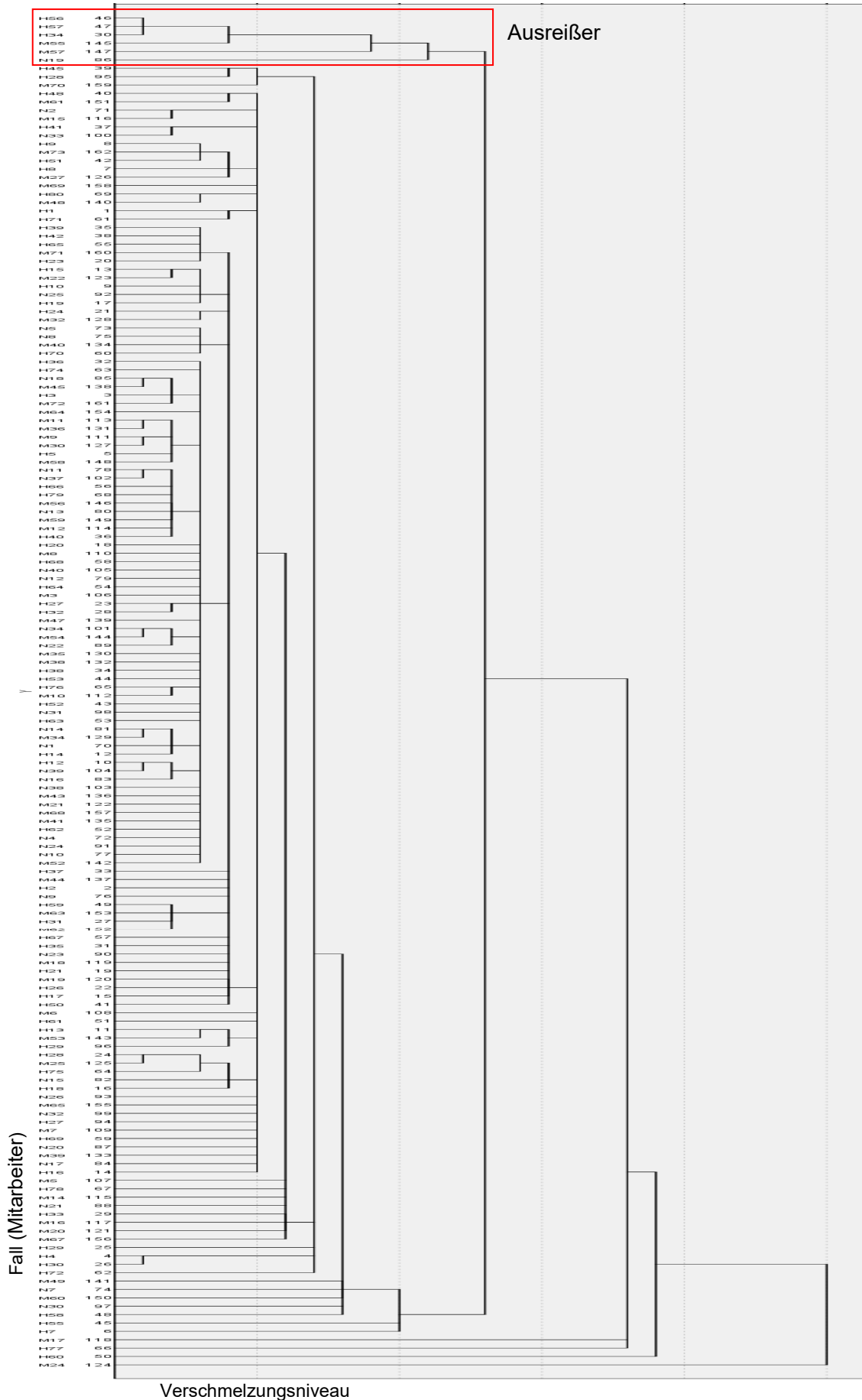


Abbildung 11: Dendrogramm zur Identifizierung von Ausreißern (Single-Linkage)

4.5.4.5 Klassifizierende Analyse

Vor der Clusteranalyse wurden die Mittelwerte der Faktoren auf Normalverteilung geprüft sowie Maße der zentralen Tendenz und der Streuung berechnet (s. Tab. 9). Eine Korrelationsberechnung zeigte geringe Korrelationen ($< 0,5$) zwischen den Mittelwerten der Faktoren (s. Tab.10).

Tabelle 9: Maße zentraler Tendenz und Streuung der Faktoren

	Muskulo- skeletale Beschwerden	Stress Wohlbefinden	Positive Gefühle	Kollegialität Klima	Führung Beteiligung
Mittelwert	2,6	3,3	3,3	3,73	2,73
Standardfehler des Mittelwertes	,08	,05	,06	,07	,06
Median	2,3	3,3	3,3	3,7	2,9
Modus	2	3,7	3,4	3,5	2,9
Standardabweichung	,98	,6	,79	,85	,7

Tabelle 10: Korrelationen der Faktorenmittelwerte

		Muskulo- skeletale Beschwerden	Stress Wohlbefinden	Positive Gefühle	Kollegialität Klima	Führung Beteiligung
Positive Gefühle	Korrelation nach Pearson	,111	,075	1	,126	-,029
	Signifikanz (2-seitig)	,169	,354		,117	,722
	N	156	156	156	156	156
Muskulo- skeletale Beschwerden	Korrelation nach Pearson	1	,457**	,111	,193*	,341**
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,169	,016	,000
	N	156	156	156	156	156
Kollegialität Klima	Korrelation nach Pearson	,193*	,181*	,126	1	,124
	Signifikanz (2-seitig)	,016	,023	,117		,124
	N	156	156	156	156	156
Stress Wohlbefinden	Korrelation nach Pearson	,457**	1	,075	,181*	,358**
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,354	,023	,000
	N	156	156	156	156	156
Führung Beteiligung	Korrelation nach Pearson	,341**	,358**	-,029	,124	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,722	,124	
	N	156	156	156	156	156

Zur finalen Berechnung möglicher Gruppierungen anhand der fünf reduzierten Dimensionen wurde eine hierarchisch-agglomerative Clusteranalyse unter Anwendung der Ward-Methode verwendet, um überlappungsfreie Strukturen und Gruppen mit annähernd gleichen Elementzahlen zu erhalten (Schendera, 2010). Als Proximitätsmaß wurde die Wurzel aus der Summe der quadrierten Differenzwerte (quadrierte euklidische Distanz) gewählt (s. Abb. 12).

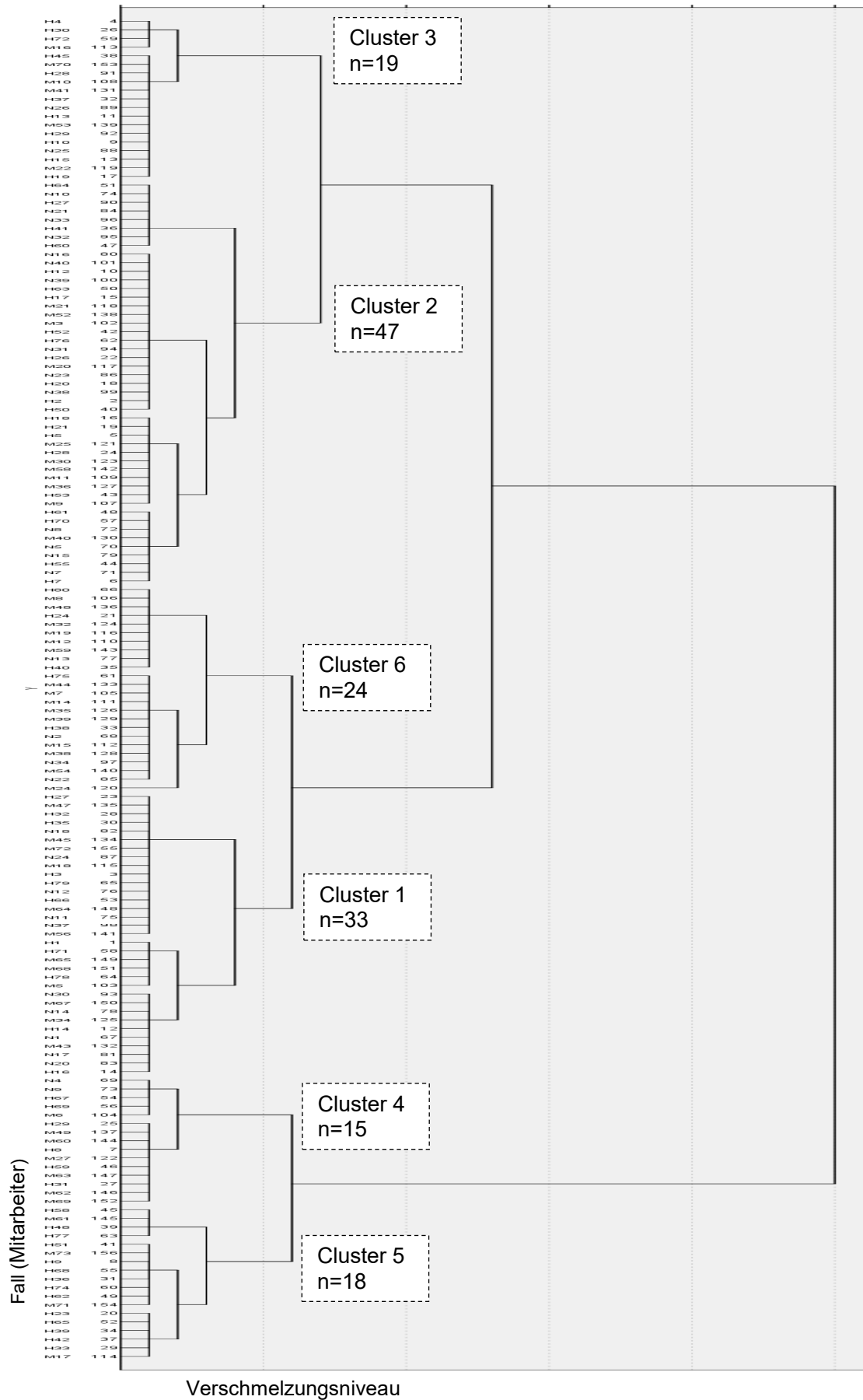


Abbildung 12: Dendrogramm mit Ward-Verknüpfung

Zur Bestimmung der Clusteranzahl wurden die Fehlerquadratsummen bzw. ein Struktogramm (Elbow-Kriterium) herangezogen. Hier zeigten sich anhand der Zunahme der Fehlerquadratsummenwerte allerdings wenig eindeutige Sprünge. Abgebildet sind die Werte für die ersten 15 Cluster (s. Tab. 11, Abb. 13). Ein leichter Knick (Elbow) lässt sich erkennen bei zwei und drei Clustern, erahnen lässt sich ein weitere Knick bei sechs Clustern.

Tabelle 11: Fehlerquadratsummen der Fusionschritte

Anzahl Cluster	Fehler- Quadratsumme
1	487,485
2	369,006
3	311,667
4	281,604
5	255,884
6	231,742
7	214,841
8	198,067
9	185,074
10	174,981
11	165,108
12	156,646
13	148,611
14	141,982

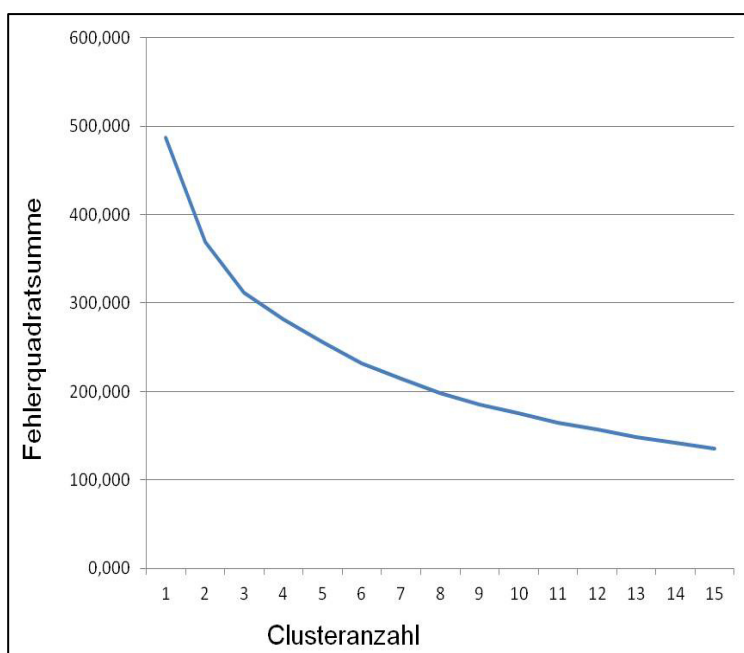


Abbildung 13: Bestimmung des Elbow-Kriteriums

Anhand des Dendrogramms lassen sich zwei, drei oder sechs Gruppen annehmen. Die Gruppenmittelwerte der Faktoren wurden anhand erster grafischer Darstellungen verglichen, hier zeigte sich bei einer Lösung mit sechs Gruppen die Heterogenität deutlicher als bei einer Lösung mit drei bzw. zwei Gruppen. Aus diesem Grund wurde die Entscheidung zur genaueren Betrachtung von sechs Gruppen getroffen (s. auch Abb. 25, Kap. 4.6.2).

4.6 Ergebnisse Teil 3

Bevor auf die Ergebnisse der Clusteranalyse sowie der Mittelwertevergleiche der sechs Merkmale, die der Clusterstruktur zugrunde liegen, eingegangen wird, sind im Folgenden zunächst Daten der quantitativen Befragung deskriptiv dargestellt.

4.6.1 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Um einen Eindruck über die erhobenen Werte insgesamt zu geben, werden die Verteilungen über alle Befragte beschrieben und anhand von Grafiken veranschaulicht. Ausgewählt wurden hierbei all jene Skalen/Items, die später auch zur Clusteranalyse herangezogen wurden sowie die Altersverteilung, die Ergebnisse der ERI-Skala und die körperliche Aktivität.

4.6.1.1 Altersverteilung

Die Altersangaben der Mitarbeiter wurden in Rängen erfasst (unter 20 Jahre / 20-24 Jahre / 25-29 Jahre usw.) Zu Berechnung der Altersgruppen wurden für jeden Rang jeweils theoretische Mittelwerte vergeben, d.h. für die Gruppe 20-24 Jahre der Mittelwert 22, für die Gruppe 25-29 Jahre 27 usw. Da die Mitarbeiter in der Regel im Alter von 16 Jahren ihre Berufsausbildung beginnen und mit 60 oder 61 Jahren in Rente gehen, wurde für die Altersangabe „unter 20 Jahre“ ein Mittelwert von 18 angenommen, für die Angabe „55 oder älter“ der Mittelwert 58. Anhand dieser Werte ergab sich ein Gesamt-Altersmittelwert der Befragten von 41 Jahren. Die Altersverteilung anhand der Rangmittelwerte (Abb. 14) zeigt, dass knapp 25% der Mitarbeiter bereits um die 60 Jahre und ebenso viele unter 25 Jahre alt sind.

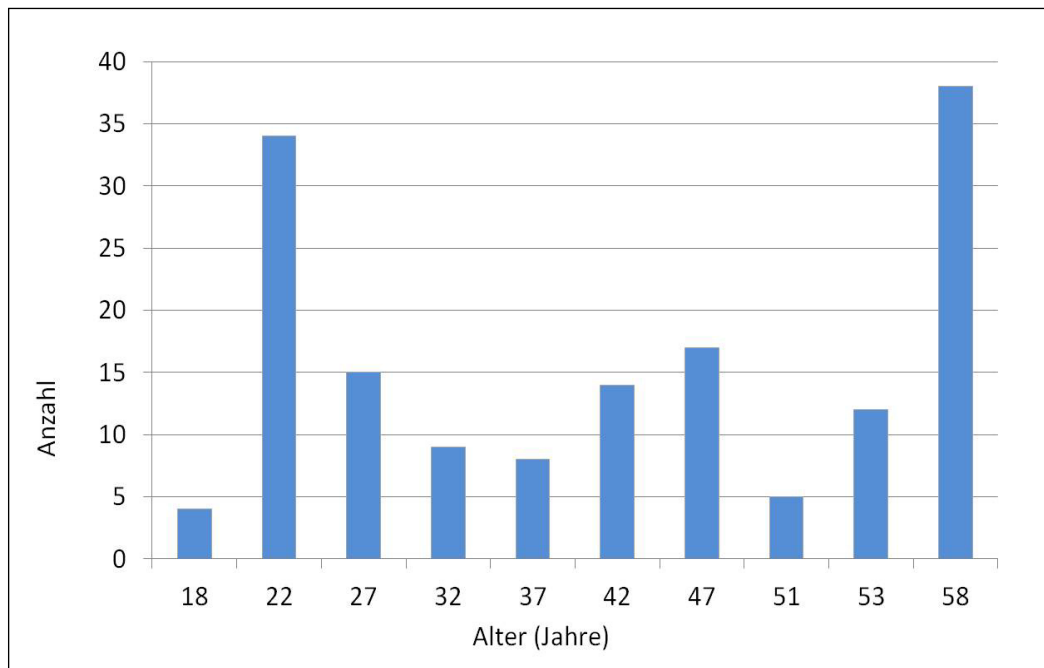


Abbildung 14: Altersverteilung der befragten Mitarbeiter (Mittel der angegebenen Altersspanne)

4.6.1.2 Effort-Reward Imbalance

Insgesamt ergibt sich über alle Fälle (befragte Mitarbeiter) im Mittel ein ERI-Quotient von 1.25, also ein negatives Verhältnis von Einsatz/Verausgabung zu wahrgenommener Belohnung. 18 Mitarbeiter nehmen eine höhere Belohnung wahr im Vergleich zum erbrachten Einsatz, 3 ein ausgeglichenes Verhältnis ($ERI = 1$) und 135 Mitarbeiter (87%) eine höhere Verausgabung im Vergleich zur Belohnung. Der positivste Wert liegt bei 0.83, der negativste bei 1.98 (s. Abb. 15).

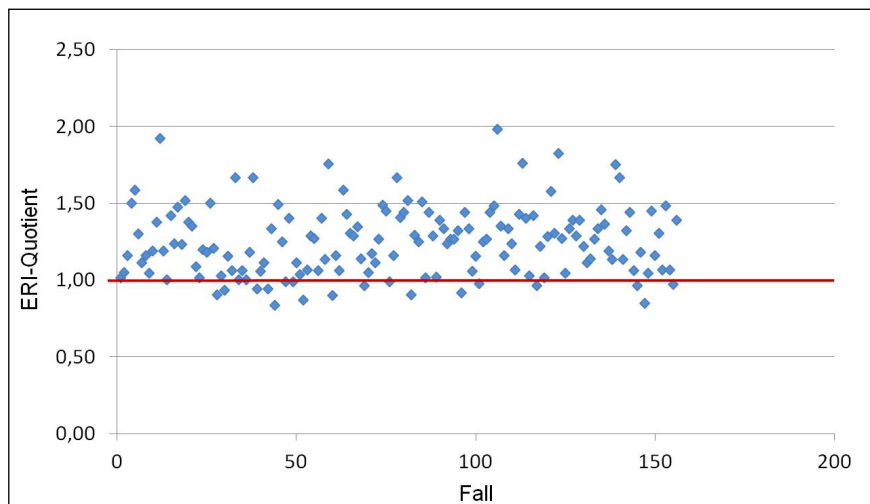


Abbildung 15: Verteilung der ERI-Mittelwerte aller Befragten

4.6.1.3 Aktivitätsstadium

Die körperliche Aktivität der Mitarbeiter wurde in Bezug auf die Durchführung eines Trainings zur körperlichen Fitness/Muskelkraft an zwei oder mehr Tagen pro Woche für mindestens 20 Minuten erfragt. 40 Befragte (25,6%) gaben an, dass sie nicht trainieren und es auch nicht vorhaben (nicht intentional). 26 Mitarbeiter (17%) sind nicht aktiv, denken aber darüber nach (intentional), 19 Mitarbeiter (12,2%) sind nicht aktiv, haben aber die feste Absicht, es zu werden (Vorbereitung). 38 (24,4%) Mitarbeiter sind körperlich aktiv, aber es fällt ihnen schwer, 33 (21,2%) sind aktiv und es fällt ihnen leicht (s. Abb. 16).

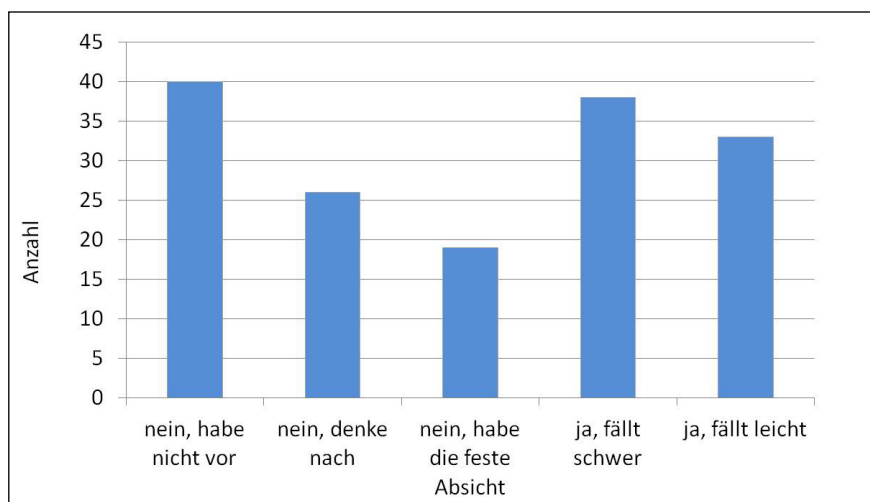


Abbildung 16: Verteilung der angegebenen Aktivitätsstadien (Training)

4.6.1.4 Muskuloskeletale Beschwerden

Anhand der Grafik (Abb. 17) wird deutlich, dass die Mitarbeiter mehrheitlich häufig unter muskuloskeletale Beschwerden leiden. Im Durchschnitt haben etwa 66 Mitarbeiter (42%) häufig Schmerzen im Bereich Nacken, Schulter, Rücken, Kreuz, Gelenke oder Glieder. Im Mittel haben 20 Mitarbeiter (13%) ständig entsprechende Beschwerden, 12 Mitarbeiter nie (8%).

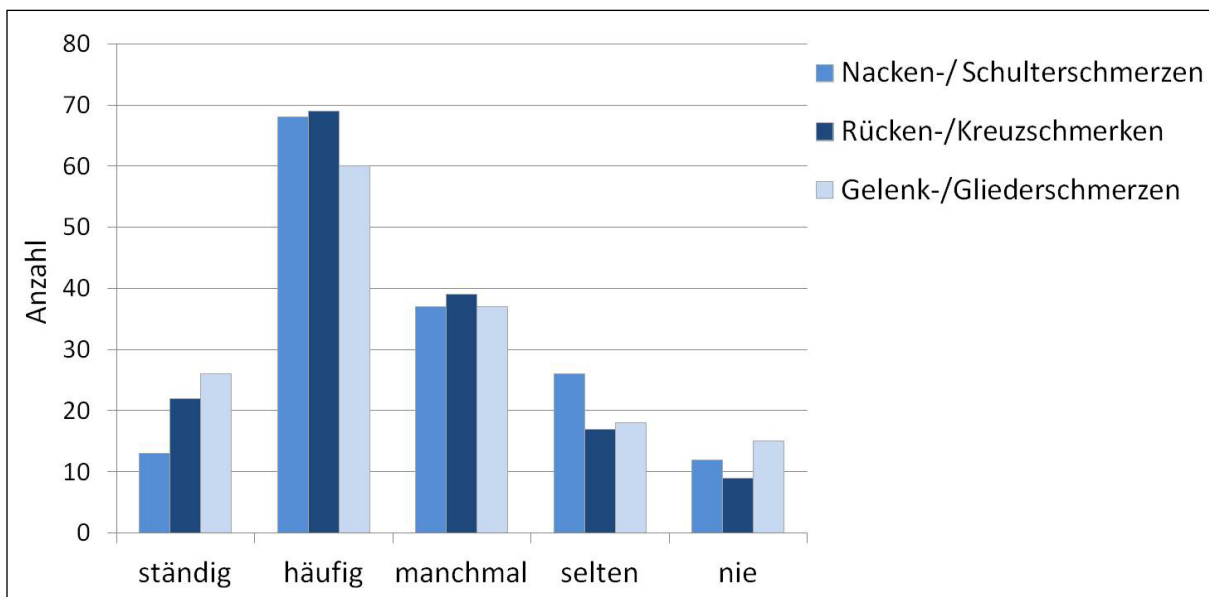


Abbildung 17: Häufigkeiten muskuloskeletale Beschwerden

4.6.1.5 Weitere Beschwerden

Weitere körperliche Beschwerden treten insgesamt seltener auf. Nur rund 5 Mitarbeiter (3%) leiden ständig an Kopfschmerzen, Hautproblemen oder Schlafstörungen, etwa 25 Mitarbeiter (16%) häufig. Im Schnitt geben 41 Mitarbeiter (26,3%) an, nie entsprechende Probleme zu haben. Appetit- und Verdauungsstörung treten vergleichsweise seltener auf, etwas häufiger Kopfschmerzen und Schlafstörungen (s. Abb.18).

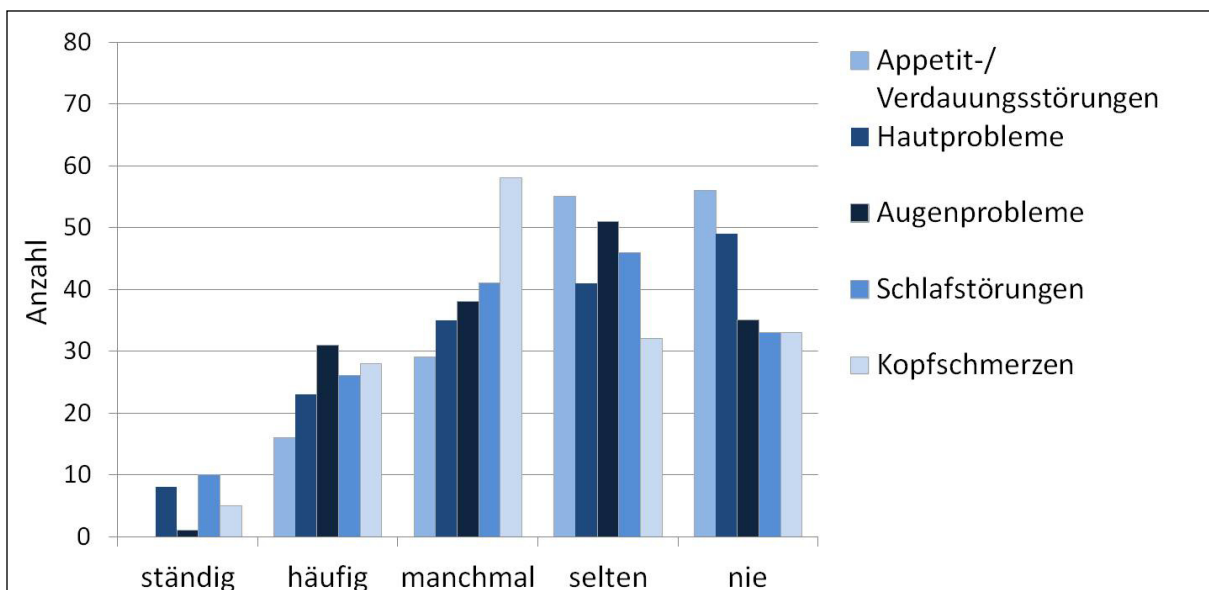


Abbildung 18: Häufigkeiten weitere Beschwerden

4.6.1.6 Positive Gefühle

Bezogen auf das Empfinden von Lebensfreude und Zuversicht, Ausgeglichenheit und Selbstvertrauen schneidet Selbstvertrauen in der Bewertung insgesamt am positivsten ab: 82 der Befragten (52,6%) geben an, häufig oder ständig Selbstvertrauen wahrzunehmen, bei 63 Befragten (40,4%) trifft dies für Zuversicht/Lebensfreude zu und bei 47 (30%) für Ausgeglichenheit. 43 der Befragten (27,6%) geben an, selten oder nie ausgeglichen zu sein, jeweils 29 (18,6%) berichten negativ über Selbstvertrauen und Zuversicht/Lebensfreude (s. Abb. 19).

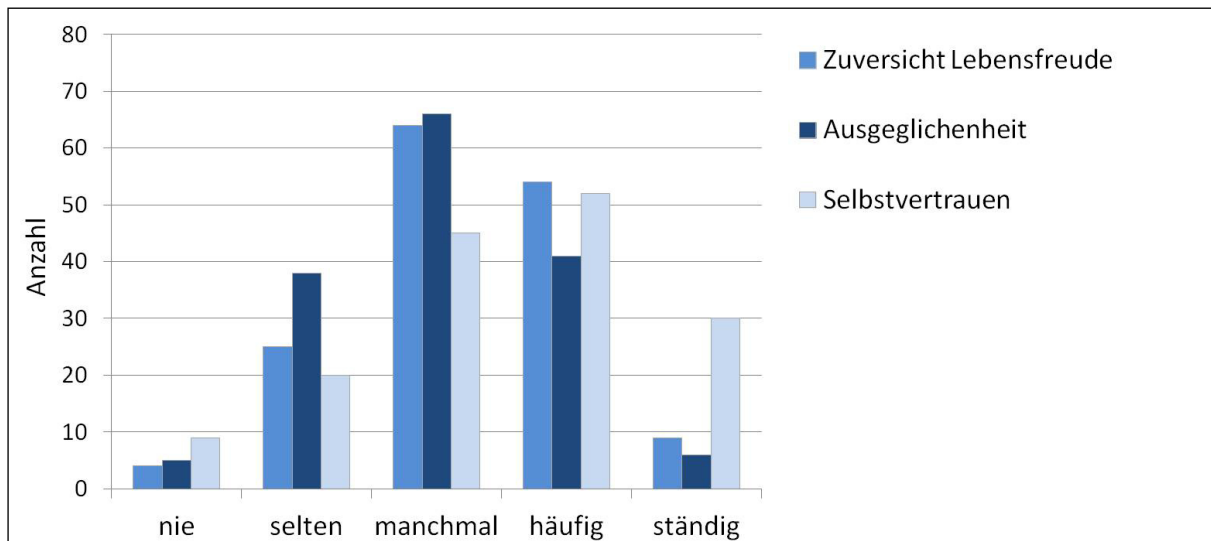


Abbildung 19: Häufigkeiten Empfinden positiver Gefühle

4.6.1.7 Negative Gefühle

109 Mitarbeiter geben an, ständig oder häufig unter Versagensängsten zu leiden, das sind fast 70% aller Befragten. Ständiges oder häufiges Erschöpftsein geben 66 Befragte an (42,3%), 51 (32,7%) können schwer von der Arbeit abschalten. 63 (40,4%) Befragte haben selten oder nie das Problem, nicht abschalten zu können, bei 33 (21,2%) trifft dies für Erschöpfung zu, bei 20 (12,8%) für Versagensängste (s. Abb. 20).

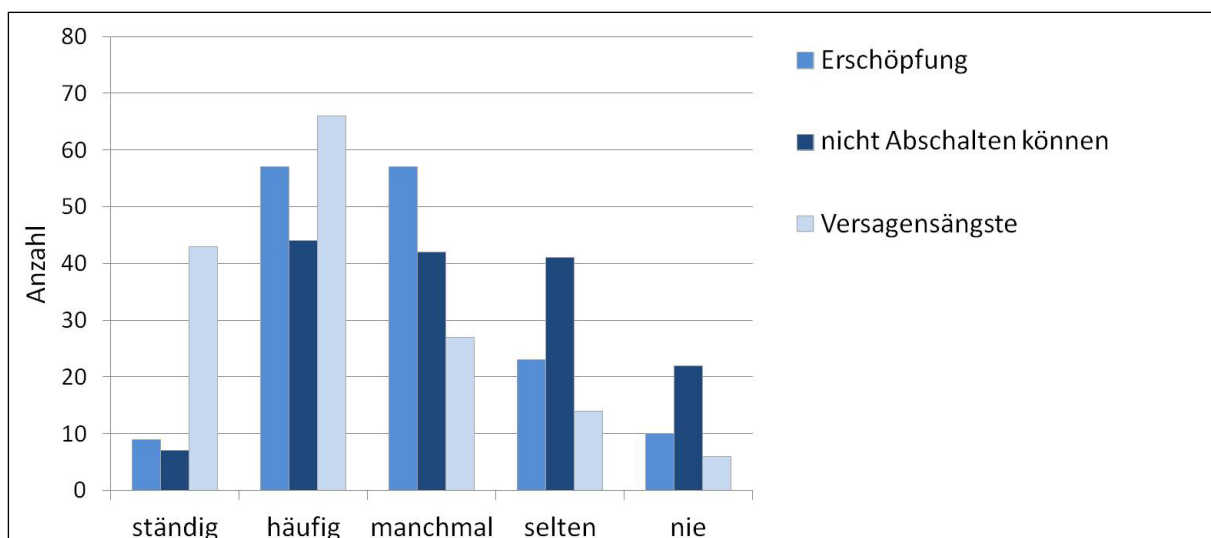


Abbildung 20: Häufigkeiten Empfinden negativer Gefühle

4.6.1.8 Zufriedenheit mit der Führung

Mit durchschnittlich 46% (n=72) liegt bei fast der Hälfte der Befragten die Zufriedenheit mit dem Führungsstil der unmittelbaren Vorgesetzten im neutralen Bereich, während etwa 50 Befragte (32%) unzufrieden mit dem Führungsstil sind, rund 34 Befragte zufrieden (21,8%). Insgesamt fällt die Bewertung der wahrgenommenen Anerkennung seitens der Führung (im Vergleich zu Rückmeldung und Unterstützung) am schlechtesten aus (s. Abb. 21).

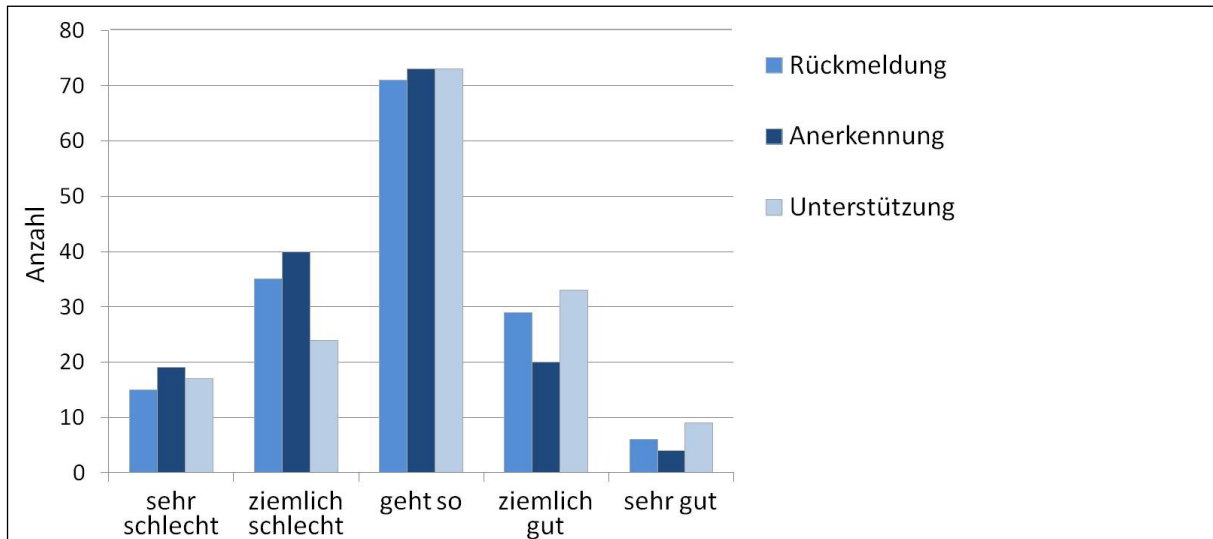


Abbildung 21: Häufigkeiten Zufriedenheit mit Führung

4.6.1.9 Mitsprache und Beteiligung

Mitsprachemöglichkeiten bei betrieblichen Entscheidungen bewerten 88 Befragte (56,4%) schlecht oder sehr schlecht, lediglich zwölf der Befragten (7,7%) als gut bzw. sehr gut. Die Information über wichtige Dinge und Vorgänge im Unternehmen, die Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern sowie Einflussmöglichkeiten bei Problemen am Arbeitsplatz werden mit durchschnittlich 70 (ca. 45%) Stimmen neutral bewertet, negative Bewertungen liegen im Mittel bei rund 50 Stimmen (ca. 32%), positive bei etwa 20 (ca. 13%, s. Abb.22).

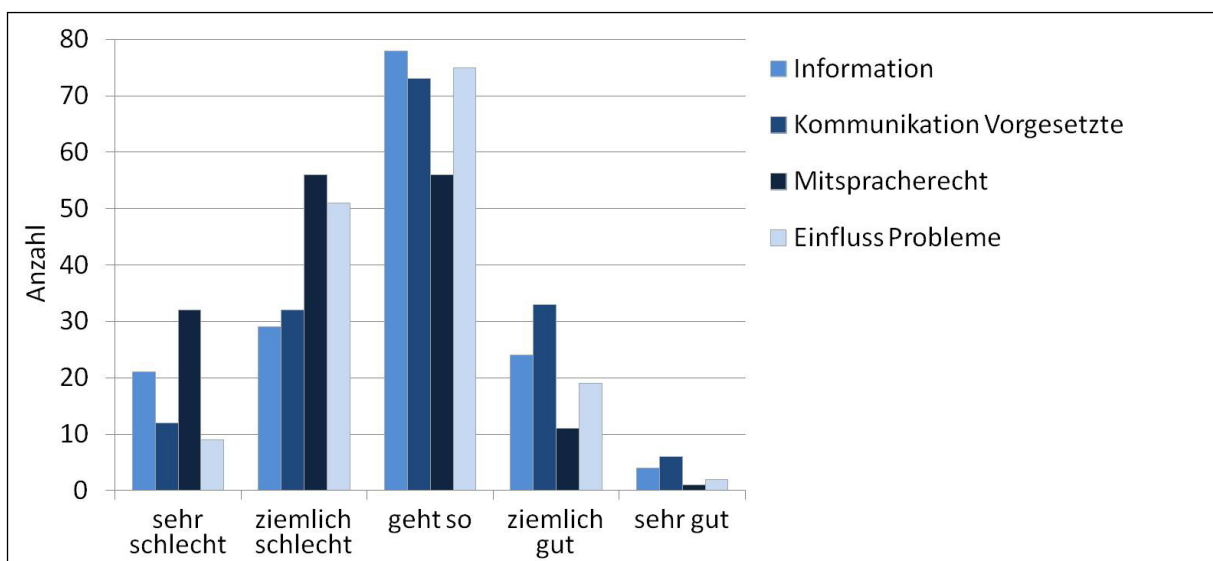


Abbildung 22: Häufigkeiten Bewertung Mitsprache und Beteiligung

4.6.1.10 Kollegialität und Arbeitsklima

Kollegialität und Arbeitsklima werden insgesamt vergleichsweise positiv bewertet. 96 Befragte (61,5%) nehmen das Arbeitsklima unter den Kollegen als gut oder sehr gut wahr, lediglich 14 (9%) als schlecht oder sehr schlecht. Die Bewertung der Konfliktbewältigung unter den Kollegen fällt mit 79 positiven und 18 negativen Bewertungen (50,7% bzw. 11,5%) etwas schlechter aus. Die Unterstützung durch die Kollegen wird von 103 Befragten (66%) gut bis sehr gut bewertet, von 12 Befragten (7,7%) schlecht oder sehr schlecht (s. Abb. 23).

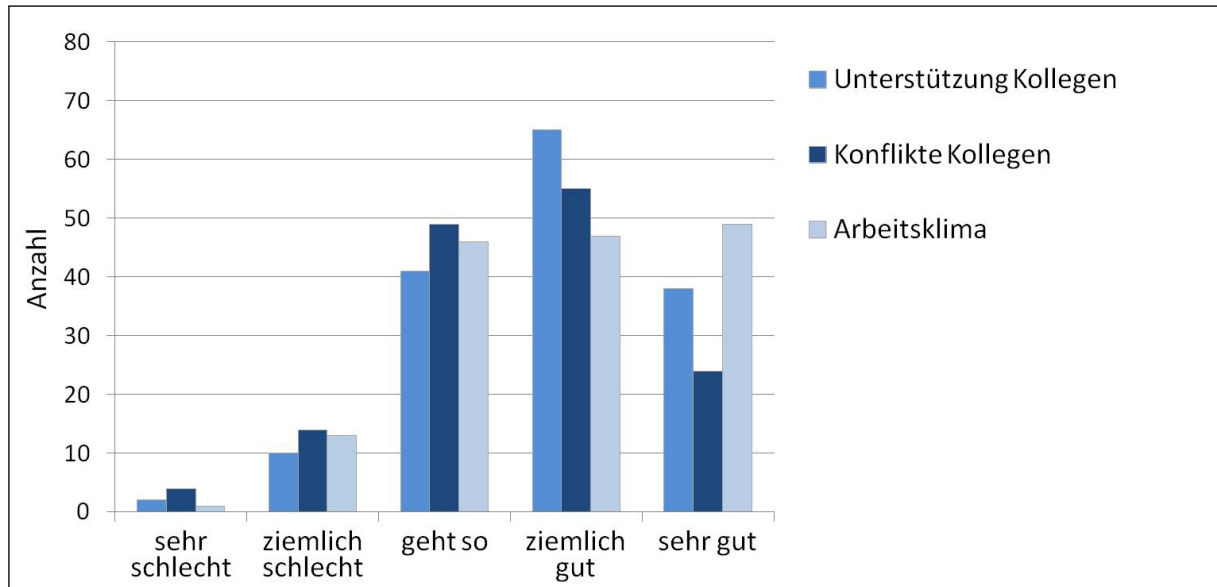


Abbildung 23: Häufigkeiten Bewertung Kollegialität und Arbeitsklima

4.6.1.11 Zusammenfassung der Merkmalsverteilungen

Die folgende Abbildung stellt die Bewertungen zu Beschwerden, Gefühlen und Arbeitsklima anhand der Gesamtmittelwerte nochmals vergleichend dar. Hierbei wurde die mittlere Bewertung (geht so / manchmal) in einen neutralen Wert (0) transformiert, um zu verdeutlichen, in welchem Bereich die Gesamtbewertungen eher positiv oder eher negativ ausfallen. Dabei wird deutlich, dass am negativsten muskuloskeletale Beschwerden sowie Mitsprache/Beteiligung wahrgenommen werden, gefolgt von negativen Gefühlen und Zufriedenheit mit der Führung. Am positivsten werden Kollegialität und Klima bewertet, weitere Beschwerden und an dritter Stelle positive Gefühle (s. Abb. 24).

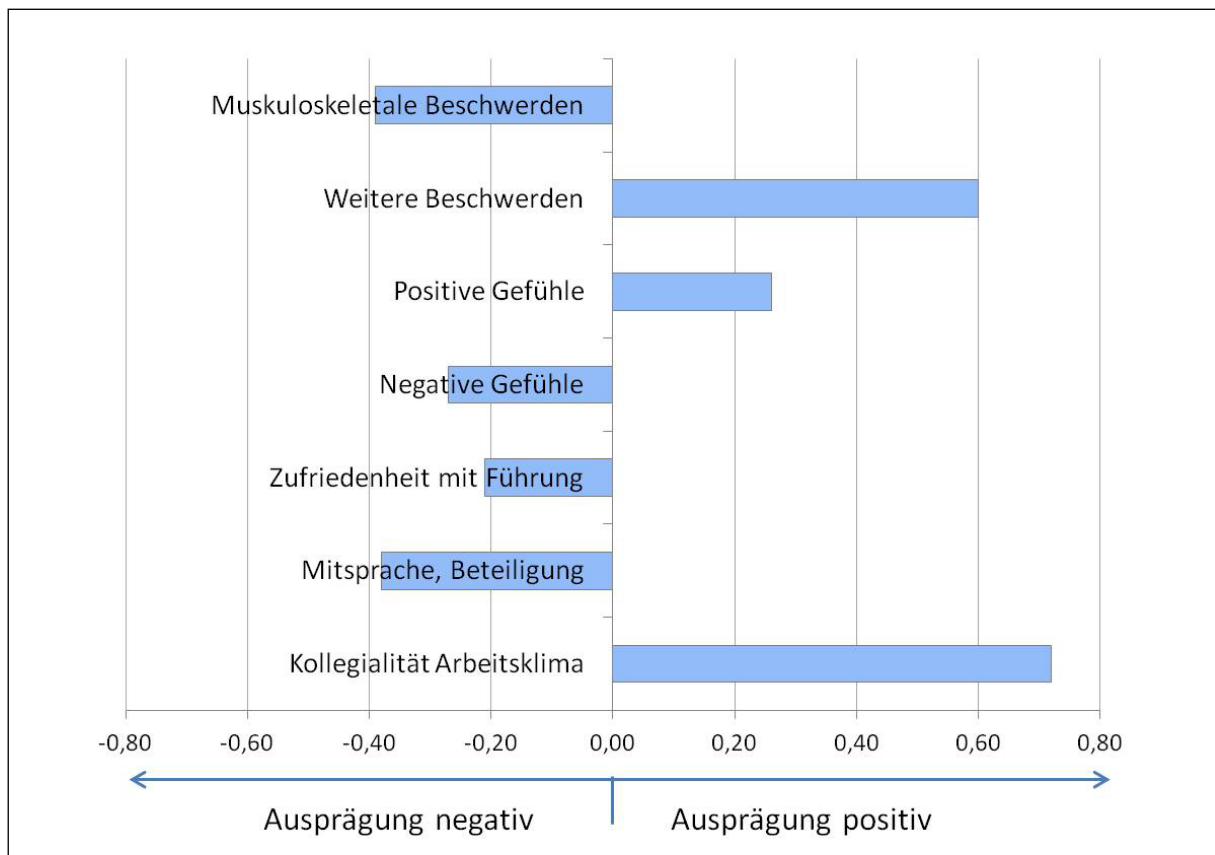


Abbildung 24: Übersicht Merkmalsverteilungen

4.6.2 Mittelwerteverteilung zwischen den Gruppen

Tabelle 12 zeigt die Clustermittelwerte für die einzelnen reduzierten Merkmale, Abbildung 25 gibt erste Anhaltspunkte für die Mittelwerteverteilung unterhalb der sechs Cluster, hohe Werte geben eine positive Bewertung wieder, niedrige Werte eine negative bei einem theoretische Maximum von 5 und einem theoretisches Minimum von 1.

Tabelle 12: Mittelwerte der Merkmale je Cluster

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6
Anzahl Fälle	33	47	19	15	18	24
Muskuloskeletale Beschwerden	2,4	2,0	2,0	4,1	4,1	2,4
Stress Wohlbefinden	3,3	3,2	2,7	4,0	3,7	3,0
Positive Gefühle	3,9	2,9	3,3	4,3	3,0	2,6
Kollegialität Klima	4,3	3,2	2,9	4,5	3,4	4,4
Führung Beteiligung	2,9	2,9	1,7	3,1	3,3	2,4

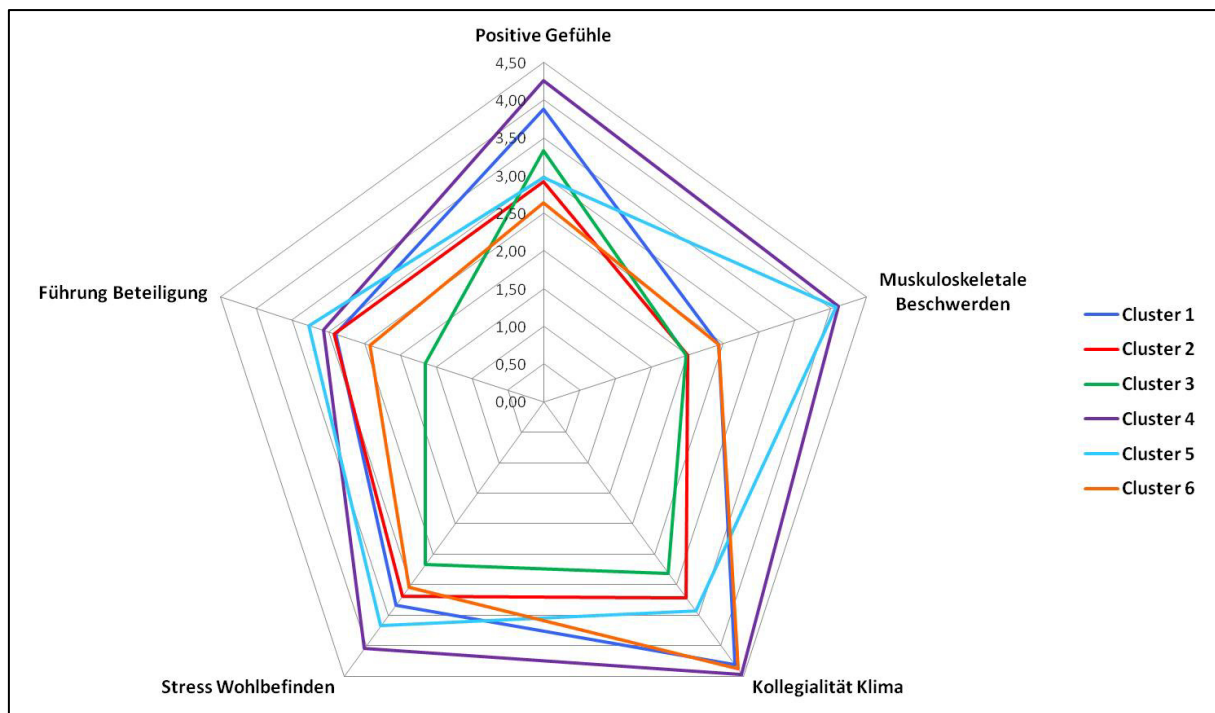


Abbildung 25: Mittelwerte der Merkmale je Cluster

4.6.3 Merkmalsvergleiche zwischen den Gruppen

Zur Identifizierung der Merkmalsausprägungen, welche die Cluster voneinander unterscheiden, wurden Varianzanalysen für jedes der fünf Merkmale berechnet. Alle Merkmale wurden vorab positiv auf Normalverteilung getestet (asymptotische Signifikanz von .00 bis .07). Abbildungen 26-30 zeigen je Merkmal die Verteilung von Median, Interquartilsabständen, Minimum, Maximum und Ausreißern der sechs Cluster. Post-hoc wurden die statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Cluster pro Merkmal bestimmt (Tukey-Test), die Tabellen 13-22 geben jeweils eine Übersicht. Diese Unterschiede werden abschließend herangezogen, um die einzelnen Cluster anhand ihrer jeweiligen Merkmalsausprägungen zu beschreiben.

4.6.3.1 Merkmal 1: Muskuloskeletale Beschwerden

Der Mittelwert bei der Angabe muskuloskeletaler Beschwerden beträgt für alle 156 Fälle 2,6 (SD 0.98). Die Mittelwerte der sechs Cluster reichen von 2,0 (SD 0.57) bis 4,1 (SD 0.63). Für die sechs Cluster liegt eine Varianzhomogenität vor ($p=.37$). Eine Übersicht über Lagemaße und Streuung gibt Abbildung 26. Der Unterschied der Mittelwerte zwischen den Clustern ist signifikant: $F(5,15)=58.41$, $p=.00$, welche Cluster sich signifikant voneinander unterscheiden zeigt Tabelle 13.

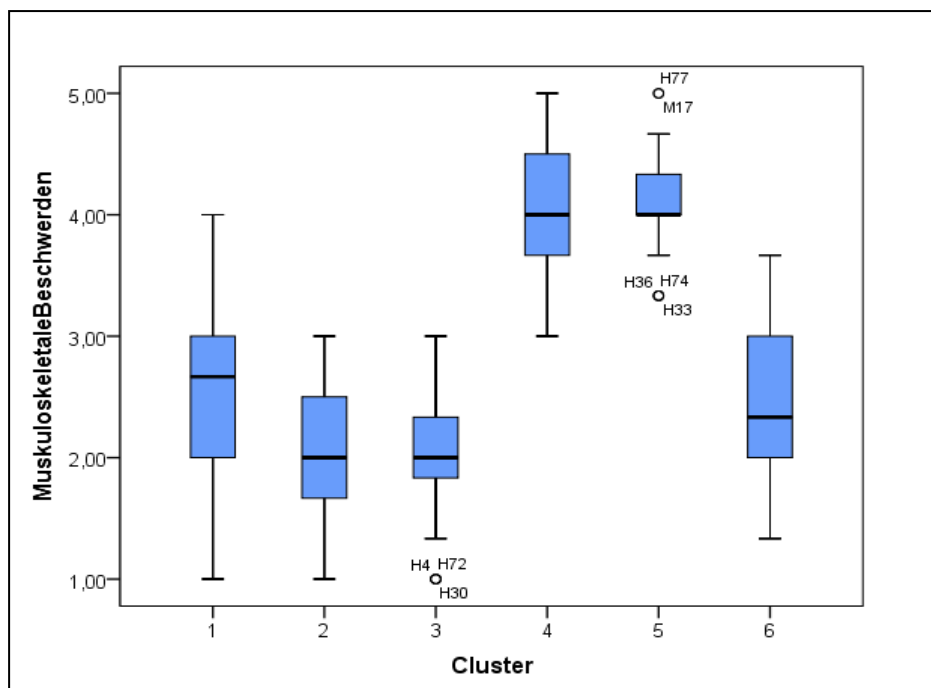


Abbildung 26: Clusterweise Streuung und Lagemaße (muskuloskeletale Beschwerden)

Tabelle 13: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für muskuloskeletale Beschwerden

Cluster	1	2	3	4	5	6
1		*	n.s.	**	**	n.s.
2	*		n.s.	**	**	*
3	n.s.	n.s.		**	**	n.s.
4	**	**	**		n.s.	**
5	**	**	**	n.s.		**
6	n.s.	*	n.s.	**	**	

Nach dem Post-hoc-Test existieren zwei homogene Untergruppen: Cluster 4 und 5 zeigen einen (annähernd) identischen Mittelwert und eine hochsignifikante Differenz zu den Clustern 1,2,3 und 6. Hier bestehen zusätzlich signifikante Unterschiede zwischen Cluster 1 und 2 sowie zwischen Cluster 2 und 6. Tabelle 14 zeigt die Cluster in der Reihenfolge der Mittelwerte sowie die homogenen Gruppen (Klammer). Ausgehend von den zugrundeliegenden Merkmalsausprägungen kann davon ausgegangen werden, dass Cluster 4 und 5 im Mittel angeben, in den letzten zwölf Wochen nur selten muskuloskeletale Beschwerden wahrgenommen zu haben und sich damit signifikant von den anderen Clustern unterscheiden, die ein (eher) häufiges Auftreten der Beschwerden angeben.

Tabelle 14: Mittelwerte und homogene Gruppen (muskuloskeletale Beschwerden)

	Cluster 3	Cluster 2	Cluster 1	Cluster 6	Cluster 5	Cluster 4
Muskuloskeletale Beschwerden	2,0	2,0	2,4	2,4	4,1	4,1

4.6.3.2 Merkmal 2: Stress und Wohlbefinden

Der Mittelwert bei dem Merkmal „Stress und Wohlbefinden“ beträgt für alle 156 Fälle 3,3 (SD 0.59). Die Mittelwerte der sechs Cluster reichen von 2,7 (SD 0.45) bis 4,0 (SD 0.45). Für die sechs Cluster liegt eine Varianzhomogenität vor ($p=.61$). Eine Übersicht über Lagemaße und Streuung gibt Abbildung 27. Der Unterschied der Mittelwerte zwischen den Clustern ist signifikant: $F(5,15)=17.77$, $p=.00$, welche Cluster sich signifikant voneinander unterscheiden, zeigt Tabelle 15.

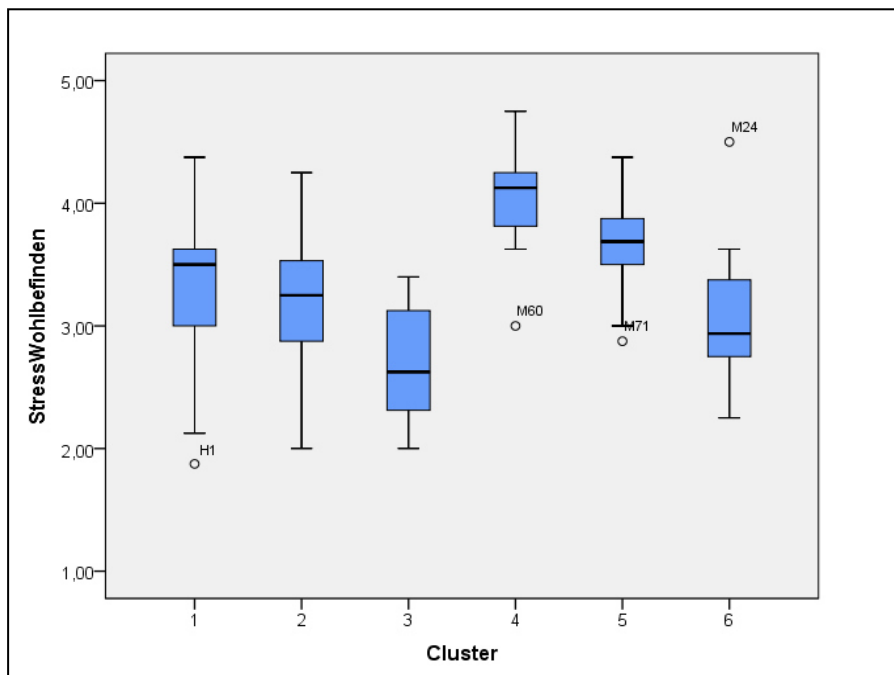


Abbildung 27: Clusterweise Streuung und Lagemaße (Stress, Wohlbefinden)

Tabelle 15: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für Stress, Wohlbefinden

Cluster	1	2	3	4	5	6
1		n.s.	**	**	n.s.	n.s.
2	n.s.		**	**	**	n.s.
3	**	**		**	**	n.s.
4	**	**	**		n.s.	**
5	n.s.	**	**	n.s.		**
6	n.s.	n.s.	n.s.	**	**	

Die Interpretation der homogenen Gruppen ist hier nicht so einfach wie bei den muskuloskeletalen Beschwerden, da sich Cluster 3 und 6 nicht signifikant unterscheiden, gleichzeitig aber auch Cluster 6, 2 und 1 nicht, die ebenfalls eine homogene Gruppe bilden. Cluster 1 und 5 wiederum unterscheiden sich nicht signifikant, ebenso Cluster 4 und 5. Auch ist die Distanz zwischen niedrigstem und höchstem Clustermittelwert bei diesem Merkmal nicht so deutlich (s. Tab. 16). Eindeutig lässt sich hieraus zunächst ableiten, dass sich Cluster 3 mit dem niedrigsten Mittelwert signifikant von allen anderen (außer Cluster 6) unterscheidet, Cluster 4 unterscheidet sich mit dem höchsten Mittelwert signifikant von allen anderen, außer von Cluster 5. Das würde bedeuten, dass Cluster 3 signifikant häufiger Stresssymptome und negative Gefühle wahrnimmt als zumindest vier weitere Cluster, Cluster 4 gibt signifikant seltener entsprechende Symptome an als vier weitere Cluster.

Tabelle 16: Mittelwerte und homogene Gruppen (Stress, Wohlbefinden)

	Cluster 3	Cluster 6	Cluster 2	Cluster 1	Cluster 5	Cluster 4
Stress Wohlbefinden	2,7	3,0	3,2	3,3	3,7	4,0

4.6.3.3 Merkmal 3: Positive Gefühle

Der Mittelwert bei dem Merkmal „Positive Gefühle“ beträgt für alle 156 Fälle 3,3 (SD 0.79). Die Mittelwerte der sechs Cluster reichen von 2,6 (SD 0.49) bis 4,3 (SD 0.53). Für die sechs Cluster liegt eine Varianzhomogenität vor ($p=0.26$). Eine Übersicht über Lagemaße und Streuung gibt Abbildung 28. Der Unterschied der Mittelwerte zwischen den Clustern ist signifikant: $F(5,15)=25.59$, $p=0.00$, welche Cluster sich signifikant voneinander unterscheiden, zeigt Tabelle 17.

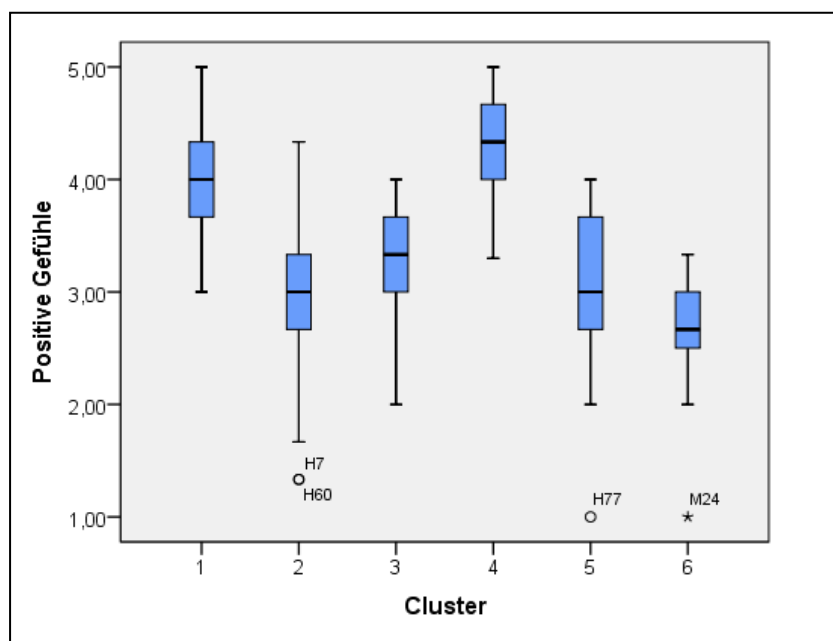


Abbildung 28: Clusterweise Streuung und Lagemaße (Stress, Wohlbefinden)

Tabelle 17: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für positive Gefühle

Cluster	1	2	3	4	5	6
1		**	*	n.s.	**	**
2	**		n.s.	**	n.s.	n.s.
3	*	n.s.		**	n.s.	**
4	n.s.	**	**		**	**
5	**	n.s.	n.s.	**		
6	**	n.s.	**	**	n.s.	n.s.

Bei dem Merkmal „Positive Gefühle“ zeigt sich eine homogene Gruppe aus Cluster 1 und 4, die sich mit positiven Werten signifikant von den anderen beiden Gruppen unterscheidet. Weiterhin bilden Cluster 6, 2 und 5 eine homogene Gruppe mit niedrigeren Werten, und Cluster 2, 5, 3 sind ebenfalls homogen (s. Tab. 18). Aus den Gruppenbildungen lässt sich ableiten, dass Cluster 1 und 4 eindeutig positivere Gefühle wahrnehmen (häufig) als die anderen vier Cluster (manchmal).

Tabelle 18: Mittelwerte und homogene Gruppen (positive Gefühle)

	Cluster 6	Cluster 2	Cluster 5	Cluster 3	Cluster 1	Cluster 4
Positive Gefühle	2,6	2,9	3,0	3,3	3,9	4,3

4.6.3.4 Merkmal 4: Kollegialität, Klima

Der Mittelwert bei dem Merkmal „Kollegialität, Klima“ beträgt für alle 156 Fälle 3,7 (SD 0.85). Die Mittelwerte der sechs Cluster reichen von 2,8 (SD 0.55) bis 4,5 (SD 0.55). Für die sechs Cluster liegt eine Varianzhomogenität vor ($p=.51$). Eine Übersicht über Lagemaße und Streuung gibt Abbildung 29. Der Unterschied der Mittelwerte zwischen den Clustern ist signifikant: $F(5,15)=33.93$, $p=.00$, welche Cluster sich signifikant voneinander unterscheiden, zeigt Tabelle 19.

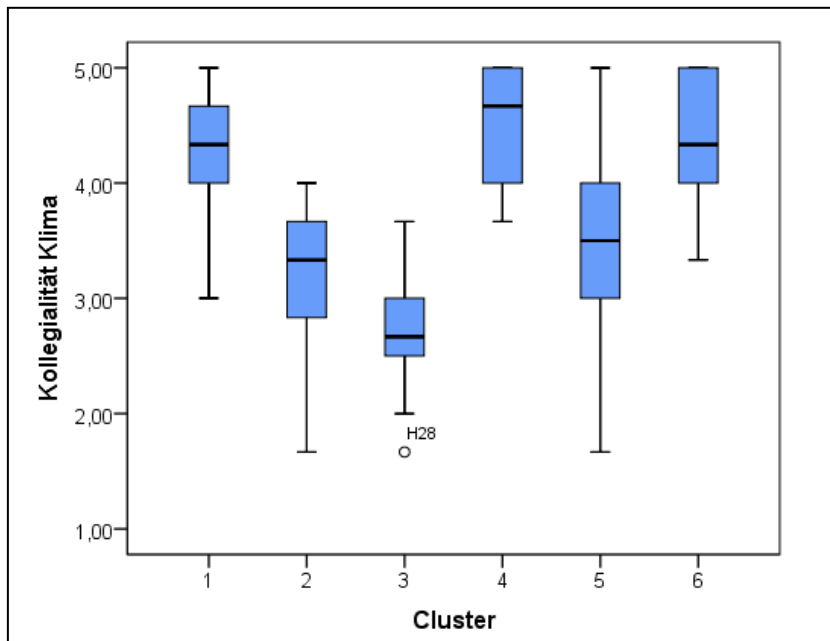


Abbildung 29: Clusterweise Streuung und Lagemaße (Kollegialität, Klima)

Tabelle 19: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für Kollegialität, Klima

Cluster	1	2	3	4	5	6
1		**	**	n.s.	**	n.s.
2	**		n.s.	**	n.s.	**
3	**	n.s.		**	*	**
4	n.s.	**	**		**	n.s.
5	**	n.s.	*	**		**
6	n.s.	**	**	n.s.	**	

Hier bilden Cluster 3 und 2 eine homogene Gruppe, Cluster 2 und 5 sowie Cluster 1,6 und 4 (s. Tab. 20). Alle Cluster aus der letzten Gruppe unterscheiden sich signifikant von allen anderen Clustern und liegen in ihrer Einschätzung von Kollegialität und Klima damit eindeutig positiver. Während Cluster 2,3 und 5 Kollegialität und Klima mit im Mittel „es geht so“ bewerten, liegen die Mittelwerte von Cluster 1,6 und 4 bei „ziemlich gut“.

Tabelle 20: Mittelwerte und homogene Gruppen (Kollegialität, Klima)

	Cluster 3	Cluster 2	Cluster 5	Cluster 1	Cluster 6	Cluster 4
Kollegialität Klima	2,8	3,2	3,4	4,3	4,4	4,5

4.6.3.5 Merkmal 5: Führung und Beteiligung

Der Mittelwert bei dem Merkmal „Führung und Beteiligung“ beträgt für alle 156 Fälle 2,7 (SD 0.70). Die Mittelwerte der sechs Cluster reichen von 1,7 (SD 0.53) bis 3,3 (SD 0.39). Für die sechs Cluster liegt eine Varianzhomogenität vor ($p=.81$). Eine Übersicht über Lagemaße und Streuung gibt Abbildung 30. Der Unterschied der Mittelwerte zwischen den Clustern ist signifikant: $F(5,15)=23.63$, $p=.00$, welche Cluster sich signifikant voneinander unterscheiden, zeigt Tabelle 21.

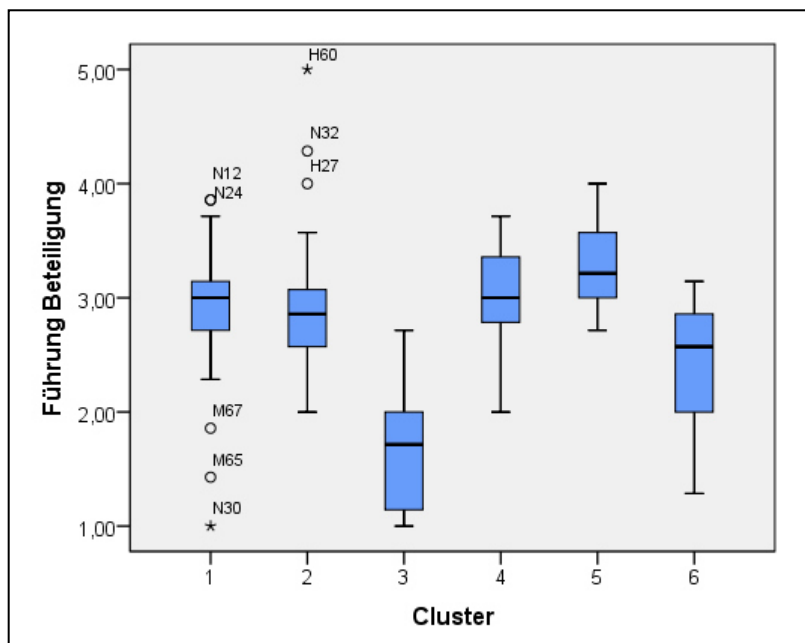


Abbildung 30: Clusterweise Streuung und Lagemaße (Führung, Beteiligung)

Tabelle 21: Signifikanzen der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern für Führung, Beteiligung

Cluster	1	2	3	4	5	6
1		n.s.	**	n.s.	n.s.	*
2	n.s.		**	n.s.	n.s.	**
3	**	**		**	**	**
4	n.s.	n.s.	**		n.s.	**
5	n.s.	n.s.	**	n.s.		**
6	*	**	**	**	**	

Zu diesem Merkmal bilden Cluster 2,4 und 5 eine homogene Gruppe, Cluster 3 und Cluster 6 unterscheiden sich jeweils signifikant von allen anderen Clustern (s. Tab. 22). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Bewertung des Merkmals Führung und Beteiligung in Cluster 3 am negativsten ist (sehr schlecht), in Cluster 6 ebenfalls negativ, allerdings besser als in Cluster 3 (schlecht). Cluster 2, 4 und 5 bewerten dieses Merkmal im Mittel mit „es geht so“.

Tabelle 22: Mittelwerte und homogene Gruppen (Führung, Beteiligung)

	Cluster 3	Cluster 6	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 4	Cluster 5
Führung Beteiligung	1,7	2,4	2,9	2,9	3,1	3,2

4.6.4 Verteilung weiterer Merkmale zwischen den Gruppen

Um zu ermitteln, ob sich die Gruppen, wie nach der qualitativen Analyse angenommen, anhand des Stadiums körperlicher Aktivität unterscheiden, wurde anhand des Kruskal-Wallis Tests geprüft, ob sich die Varianzen zwischen den Gruppen bezogen auf körperliche Aktivität unterscheiden. Die asymptotische Signifikanz liegt bei $p=.58$, so dass die Annahme, dass zwischen den sechs Clustern diesbezüglich Gruppenunterschiede bestehen, verworfen wird.

Eine Prüfung auf Varianzunterschiede für das Merkmal Alter (normalverteilt) ergab anhand einer einfaktoriellen ANOVA ebenfalls keine signifikanten Gruppenunterschiede: $F(5,150)=1.382$, $p=.234$.

Eine Varianzanalyse wurde auch für den ERI-Mittelwert berechnet, hier gibt es Hinweise auf Gruppenunterschiede $F(5,15)=3.51$, $p=.005$, die nach Durchführung des Post-hoc-Tests allerdings nur zwischen Cluster 4 und 6 ($p=.07$) bestehen.

4.6.5 Signifikante Unterschiede der Merkmalsausprägungen

Die folgende Abbildung (Abb. 31) zeigt nochmals die Verteilung der Clustermittelwerte bezogen auf die untersuchten Merkmale. Markiert sind hierbei diejenigen Ausprägungen eines Clusters, welche entsprechend der Ergebnisse der Varianzanalyse mit dem jeweiligen Extremwert (positiv bzw. negativ) eines Merkmals eine homogene Gruppe bilden (bzw. diesen Extremwert darstellen) und nicht gleichzeitig einer weiteren homogenen Gruppe angehören.

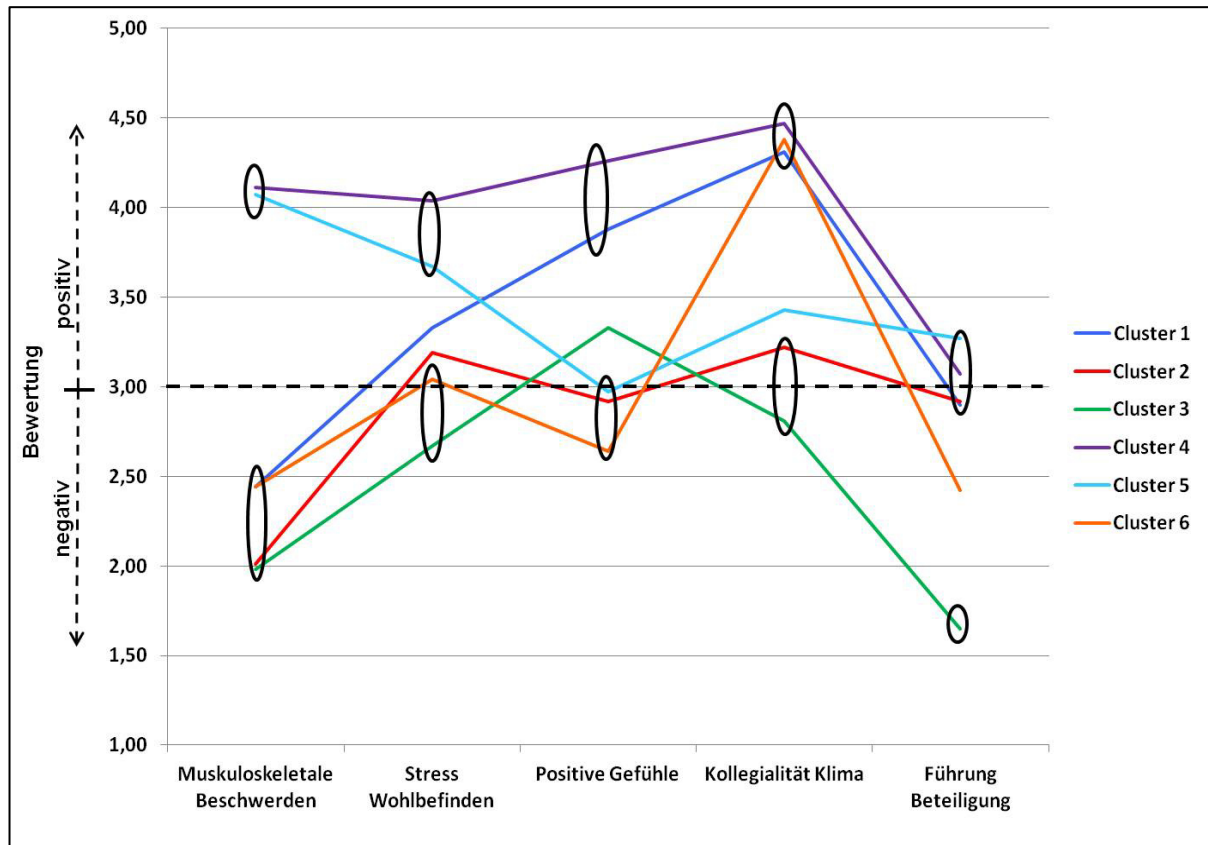


Abbildung 31: Verteilung der Mittelwerte aller Merkmale und homogene Gruppen

Das Merkmal „muskuloskeletale Beschwerden“ trennt die Cluster eindeutig, hier liegen Cluster 4 und 5 deutlich im positiven Bereich (seltenes Auftreten), Cluster 1,2,3 und 6 im negativen Bereich (häufiges Auftreten). Unter Stress und Wohlbefinden geben Cluster 4 und 5 eine positive Ausprägung an, Cluster 3 eine eindeutig negative. Die Wahrnehmung positiver Gefühle zeigt bei Cluster 5 und 1 eine positive Ausprägung, bei Cluster 6 eine negative. Kollegialität und Klima nehmen Cluster 1, 4 und 6 positiv wahr, Cluster 3 negativ. Die Wahrnehmung von Führung und Beteiligung ist in Cluster 3 deutlich negativ ausgeprägt. Auch, wenn der Unterschied zu Cluster 6 signifikant ist, liegt Cluster 6 ebenfalls im negativen Bereich, mit einem signifikanten Unterscheid zu Cluster 1, 2, 4 und 5.

Vereinfacht dargestellt ergeben sich dadurch für die einzelnen Cluster in Relation zueinander die folgenden (signifikant unterschiedlichen) Merkmalsausprägungen (Tab. 23):

Tabelle 23: Signifikant positive/negative Merkmalsausprägungen

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6
Anzahl Fälle	33	47	19	15	18	24
Muskuloskeletale Beschwerden	negativ	negativ	negativ	positiv	positiv	negativ
Stress Wohlbefinden			negativ	positiv	positiv	
Positive Gefühle	positiv			positiv		negativ
Kollegialität Klima	positiv		negativ	positiv		positiv
Führung Beteiligung			negativ			negativ

4.6.6 Beschreibung der Gruppen

Für die Beschreibung der Cluster werden diejenigen Merkmale herangezogen, deren Ausprägungen im Vergleich zu den anderen Clustern am „positivsten“ oder „negativsten“ sind und sich gleichzeitig signifikant von anderen Clustern unterscheiden. Nicht eindeutige Zuordnungen werden als „neutral“ bewertet.

4.6.6.1 Cluster 1: Zufriedene mit Beschwerden

Cluster 1 ist mit 33 Fällen und 21% aller Befragten die zweitgrößte Gruppe. Sie zeichnet sich aus durch die Wahrnehmung häufiger muskuloskeletaler Beschwerden in den letzten zwölf Monaten, gleichzeitig werden positive Gefühle und Stimmungen (Zuversicht, Lebensfreude, Ausgeglichenheit, Selbstvertrauen) häufig wahrgenommen. Die Mitarbeiter in dieser Gruppe empfinden das Arbeitsklima im Team, gegenseitige Unterstützung, Hilfestellung und Konfliktbewältigung unter den Kollegen als ziemlich gut. Das weitere körperliche Wohlbefinden sowie negative Gefühle werden als neutral angegeben, ebenso die Zufriedenheit mit dem Führungsstil der unmittelbaren Vorgesetzten bzw. der Beteiligung im Unternehmen.

4.6.6.2 Cluster 2: Neutrale mit Beschwerden

Cluster 2 bildet mit 47 Fällen (30% der Befragten) die größte Gruppe. Die Befragten geben ebenfalls ein häufiges Auftreten muskuloskeletaler Beschwerden an, alle anderen Merkmale werden eher neutral bewertet.

4.6.6.3 Cluster 3: Unzufrieden-Gestresste mit Beschwerden

Cluster 3 beinhaltet mit 19 Fällen 12% der Befragten und gibt zu vier Merkmalen die negativsten Einschätzungen an. Neben häufigen muskuloskeletalen Beschwerden werden weitere, eher stressassoziierte Beschwerden sowie entsprechende negative Stimmungen „manchmal“, jedoch signifikant schlechter als in allen anderen Clustern wahrgenommen. Kollegialität und Arbeitsklima im Team werden im Mittel als „es geht so“ eingeschätzt, aber auch in diesem Fall signifikant

schlechter als in allen anderen Gruppen. Als ziemlich schlecht (nahe an der Grenze zu „sehr schlecht“) und signifikant negativer als alle anderen Gruppen geben diese Mitarbeiter ihre Zufriedenheit mit dem Führungsstil des direkten Vorgesetzten sowie mit der Informationspolitik und Mitarbeiterbeteiligung im Betrieb an. Positive Gefühle werden manchmal wahrgenommen bzw. liegt hier eine eher neutrale Bewertung vor.

4.6.6.4 Cluster 4: Zufriedene Beschwerdefreie

Cluster 4 ist mit 15 Fällen (9,6%) die kleinste Gruppe und diejenige, die insgesamt die positivsten Bewertungen abgibt, d.h. in vier Merkmalen signifikant positivere Angaben macht als die anderen Gruppen. Die Befragten geben an, selten unter muskuloskeletalen und sonstigen Beschwerden oder negativen Gefühlen zu leiden. Sie nehmen häufig positive Gefühle wahr und bewerten Arbeitsklima und Kollegialität als ziemlich gut, fast sehr gut. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit Führung und Beteiligung liegt bei „es geht so“.

4.6.6.5 Cluster 5: Neutrale Beschwerdefreie

Cluster 5 ist mit 18 Fällen auch eine vergleichsweise kleine Gruppe (11,5%), die selten unter muskuloskeletalen Beschwerden leidet, ebenso selten unter anderen Beschwerden und negativen Gefühlen. Alle anderen Bereiche werden neutral bewertet.

4.6.6.6 Cluster 6: Unzufrieden-Unausgeglichene mit Beschwerden

Cluster 6 wird durch 24 Befragte (15,4%) repräsentiert, leidet häufig unter muskuloskeletalen Beschwerden und beschreibt signifikant seltener als andere Gruppen positive Gefühle. Kollegialität und Arbeitsklima nimmt diese Gruppe als ziemlich gut wahr, den Führungsstil und die Beteiligung im Unternehmen als ziemlich schlecht. Stress und Wohlbefinden liegen im neutralen Bereich.

4.6.7 Zusammenfassung Ergebnisse Teil 3

Insgesamt gibt es Hinweise, dass eine (weitgehende) muskuloskeletale Beschwerdefreiheit eher mit geringem Stress und erhöhtem Wohlbefinden einhergeht. Das zeigen zwei Gruppen von Mitarbeitern: Cluster 4 und 5 haben so gut wie keine muskuloskeletalen Beschwerden, fühlen sich wohl und geben wenig bis keine körperlichen Symptome von Stress oder negative Gefühle an. Cluster 4 ist insgesamt positiver Stimmung und nimmt Kollegialität und Arbeitsklima positiv wahr, die Angaben von Cluster 5 sind in den beiden Bereichen eher neutral.

Cluster 1 ist ebenfalls positiver Stimmung und zufrieden mit dem Arbeitsklima, gibt jedoch deutliche muskuloskeletale Beschwerden an. Cluster 2 leidet ebenfalls häufig unter muskuloskeletalen Beschwerden, zeigt in allen anderen Merkmalen aber eher neutrale Ausprägungen.

Cluster 3 und 6 geben sowohl starke muskuloskeletale Beschwerden an und eine hohe Unzufriedenheit mit Führung und Beteiligung im Unternehmen. Während Cluster 6 hierbei die Kollegialität

und das Arbeitsklima positiv bewertet aber selten positive Gefühle wahrnimmt, bewertet Cluster 3 das Arbeitsklima auch negativ und zeigt erhöhten Stress und reduziertes Wohlbefinden.

Die folgende Abbildung soll eine Übersicht über die Clusterverteilung geben, zunächst in Bezug auf die Merkmale Stresswahrnehmung und Zufriedenheit. Die Cluster mit starken muskuloskeletalen Beschwerden sind als rote Felder dargestellt, blau diejenigen mit geringen muskuloskeletalen Beschwerden. Mit plus (+) oder minus (-) gekennzeichnete Felder geben an, ob die Stimmung/Gefühlslage positiv oder negativ ausgeprägt ist, ohne Kennzeichnung ist die Stimmung neutral. Die Größe der Felder soll die Größe des Clusters andeuten.

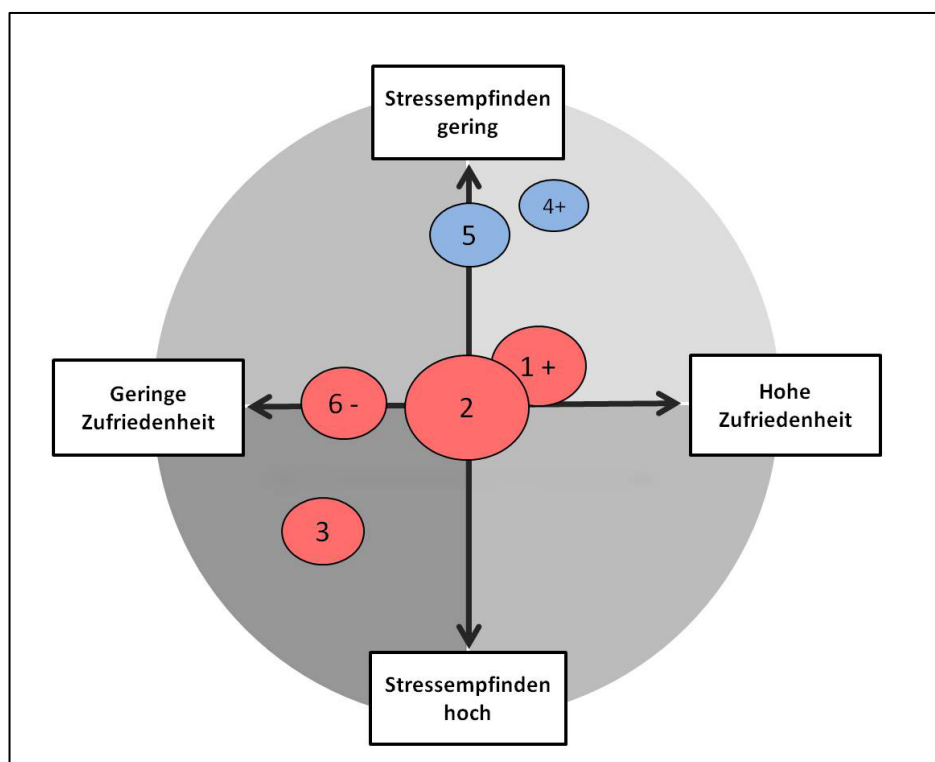


Abbildung 32: Verteilung der Cluster nach Zufriedenheit und Stresswahrnehmung

4.6.8 Gegenüberstellung der qualitativen Typologie und der identifizierten Cluster

Insgesamt findet sich beim Vergleich der qualitativen Typologie mit den identifizierten Clustern keine eindeutige Übereinstimmung, das zeigt bereits die Anzahl der Typen bzw. Gruppen. Mögliche Gründe hierfür werden in der abschließenden Diskussion betrachtet. Hier findet zunächst eine beschreibende Gegenüberstellung jeweils eines Typus mit dem Cluster statt, welchem er anhand seiner Merkmalsausprägungen am ehesten zugeordnet werden könnte.

Der inaktiv-gelassene Typ (Josef) hat deutliche muskuloskeletale Beschwerden, sein allgemeines Wohlbefinden leider darunter allerdings nicht so stark. Er nimmt keinen besonderen Stress wahr, kommt mit den Kollegen zurecht und äußert sich nicht explizit besonders kritisch oder positiv über Führung und Beteiligung. Damit entspricht er weitgehend den Ausprägungen von Cluster 2 (Neutrale mit Beschwerden).

Der inaktiv-unzufriedene Typus (Sören) repräsentiert mit seinen Wahrnehmungen die wesentlichen Merkmalsausprägungen von Cluster 3 (Unzufrieden-Gestresste mit Beschwerden): Starke muskuloskeletale Beschwerden und eine große Unzufriedenheit mit Führung und Beteiligung. Stress, allgemeines Wohlbefinden und Gefühlslage scheinen jedoch noch negativer ausgeprägt als in Cluster 3. Über Kollegialität äußerte sich Sören nicht explizit.

Der aktiv-zufriedene Typus (Samuel) entspricht weitgehend Cluster 4 (Zufriedene-Beschwerdefreie), da er sowohl über geringe Beschwerden, geringen Stress, positive Gefühle und ein positives Klima unter den Kollegen spricht. Er äußert sich nicht explizit negativ zu Führung und Mitsprache, scheint hiermit mutmaßlich einverstanden oder neutral.

Der aktiv- unfriedene Typus (Manfred) entspricht am ehesten Cluster 6 (Unzufrieden-Unausgeglichene mit Beschwerden): Er äußert sich unzufrieden über Führung und Mitsprache/ Beteiligung, ist aber sehr zufrieden mit dem Klima unter den Arbeitskollegen. Beschwerden nimmt er in Teilen wahr, wenngleich nicht ausgeprägt im muskuloskeletalen Bereich. Er fühlt sich allerdings gestresst und äußert negative Gefühle, das Cluster bildet dies nicht ganz eindeutig ab, da hier der Stress und das allgemeine Wohlbefinden im neutralen Bereich liegen.

5 Diskussion

Der Diskussionsteil beschäftigt sich zunächst mit den Ergebnissen der inhaltsanalytischen Auswertung der qualitativen Interviews, Bezüge zu den quantitativen Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung werden hergestellt. Im Anschluss daran werden die qualitative Typologie und die Ergebnisse der quantitativen Strukturanalyse vergleichend betrachtet und diskutiert. Es folgen Gedanken zur möglichen praktischen Relevanz der Ergebnisse. Abschließend erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den qualitativen sowie quantitativen Methoden.

5.1 Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Befragung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit liegt in erster Linie darin, die Perspektiven von Handwerkern, die ihrer Erwerbstätigkeit unter physisch belastenden Arbeitsbedingungen nachgehen, nachvollziehbar und verstehbar zu machen. Zentrale Themen sind dabei Annahmen, Einstellungen und Wahrnehmungen zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Einflüssen der Arbeit auf Gesundheit. Hierzu wurde zunächst ein offener (qualitativer) Zugang gewählt, um den Zielpersonen die Möglichkeit zu geben, ihre subjektiven Sichtweisen ausführlich und weitgehend unbeeinflusst zu schildern.

5.1.1 Physische Belastungen/Beanspruchungen

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse geben deutliche Hinweise darauf, dass die befragten Mitarbeiter sich der physischen Risiken ihrer Arbeit sehr bewusst sind, insgesamt entsteht jedoch der Eindruck, dass diese Risiken überwiegend in Kauf genommen werden und als Merkmal des Berufes weitgehend akzeptiert sind. Ebenfalls weitgehend akzeptiert scheinen die möglichen gesundheitlichen Folgen der physischen Belastungen. In den Interviews entstand der Eindruck, dass hinter dieser Akzeptanz nicht in erster Linie ein „Hinnehmen“ mangels Alternativen oder Resignation stehen. Möglicherweise besitzen die physischen Herausforderungen, welche die Handwerker täglich bewältigen, auch eine wesentliche identitätsstiftende Funktion. Ein klassisches oder hegemoniales Selbstverständnis von Männlichkeit beinhaltet die Demonstration körperlicher Kraft, Kontrolle und Robustheit, geringer Vulnerabilität und das Negieren von Schwäche oder Schmerz (Courtenay, 2000). Insbesondere bei älteren Handwerkern wird ein entsprechend „historisches Kulturverständnis“ beobachtet (Eaves et al., 2016). Auch, wenn in den hier geführten Interviews ältere Mitarbeiter teilweise toleranter wirkten gegenüber körperlichen Beschwerden als die jüngeren, entstand nicht der Eindruck einer Neigung zur körperlichen Verausgabung. Die Befragten äußerten auch nicht explizit, physisch besonders leistungsstark oder zäh zu sein. Vielmehr beschrieben sie Stolz auf ihr handwerkliches Geschick und ihren technischen Sachverstand. Auch die Angaben, dass die jungen Mitarbeiter mehrheitlich das Ziel einer beruflichen Weiterentwicklung verfolgen, um den physischen Risiken der Arbeit auf lange Sicht zu entgehen, lassen darauf schließen, dass ein physisch-maskulines Rollenbild möglicherweise latent wirksam ist, aber nicht der Wunsch besteht, nach außen als reines „Kraftpaket“ wahrgenommen zu werden.

5.1.2 Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten

Die Mitarbeiter zeigten insgesamt wenig Scheu, über physische Beschwerden zu sprechen, körperliche Gesundheit scheint ein grundsätzlich präsent Thema zu sein. Die Annahmen zu Einflussfaktoren sowie die Reflexion des eigenen Gesundheitsverhaltens wirkten in den Befragungen differenziert. Ritchie et al. (1994) beschreiben, dass Handwerker über ein differenziertes Verständnis von Gesundheit verfügen, dass allerdings aktuelles Wohlbefinden und sozialer Anschluss als positive Zielgrößen bestehen, während eine langfristige Gesunderhaltung weniger Relevanz besitzt. In der hier beschriebenen Untersuchung hingegen zeigte sich, dass die Mitarbeiter in erster Linie über den Erhalt ihrer Gesundheit auf lange Sicht nachdenken. Arbeitsschutz und Sicherheit besitzen nach Mitarbeiterangaben im Betrieb einen übergeordneten Stellenwert, so dass hier möglicherweise eine Form von „Sicherheitskultur“ im Unternehmen besteht, welche eine entsprechende Bewusstseinslage der Mitarbeiter fördert. Gleichzeitig sehen die Befragten eine hohe persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit. Man passt bei der Arbeit durchaus aufeinander auf, Fragen allgemeiner gesundheitsbezogener Lebensführung möchten die Handwerker allerdings für sich entscheiden und den Kollegen gleichermaßen selbst überlassen.

Annahmen zu Gesundheit und gesundheitsbezogenem Verhalten im Sinne von „Laientheorien“ scheinen unter den Mitarbeitern in Bezug auf körperliche Aktivität, Ernährung und Stressbewältigung vergleichsweise differenziert zu sein. Hughner (2004) beschreibt, dass Erwerbstätige mit hoher körperlicher Arbeitslast konkrete Vorstellungen über Gesundheit besitzen, dass sich aktives Gesundheitsverhalten jedoch in erster Linie auf Arztbesuche beschränkt. In der hier durchgeführten Untersuchung entstand der Eindruck, dass viele Mitarbeiter durchaus aktiv etwas für ihre Gesundheit tun, in erster Linie für die körperliche Fitness, aber auch in Sachen Ernährung. Einige beschrieben aktive Maßnahmen zur Reduzierung von Stress. Fitness- und Ernährungsverhalten betreffend bestehen allerdings auch Diskrepanzen: Viele Befragte nehmen an, dass ihnen die Arbeit bereits ausreichend körperliche Aktivität abverlangt und sehen daher keine Veranlassung, sportlich aktiv zu sein. Eine „gesunde“ Ernährung sehen viele aufgrund kurzer Arbeitspausen und Schichtdienst erschwert, aber auch dadurch, dass sie aufgrund der körperlich anstrengenden Arbeit einen hohen Kalorienbedarf haben. Diese Angaben enthalten Hinweise darauf, dass an einigen Stellen durchaus noch Informationsdefizite bezüglich Gesunderhaltung des Bewegungsapparates sowie bezüglich Ernährung bestehen.

So gut wie überhaupt nicht thematisiert wurden Alkoholkonsum oder Rauchen. Zwei Meister gaben an, dass früher in den Werkshallen Alkohol getrunken wurde, bis vor wenigen Jahren war auch das Rauchen noch erlaubt. Der Anteil von Rauchern sowie von Personen mit einem gesundheitlich bedenklichen Alkoholkonsum liegt bei Blue Collar Berufsgruppen mehrheitlich über dem allgemeinen Durchschnitt (Grobe & Gerr, 2012; Pötschke-Langer, Kahnert, Schaller & Viariso, 2015; Puls, Morkramer & Wienold, 2003; Schüßler, Wolf & Schneider, 2008). Wahrgenommene Gratifikationskrisen gelten als Risikofaktoren für verstärkten Konsum von Alkohol (Head, Stansfeld & Siegrist, 2004; Puls, Wienold & Blank, 1998). Der Umstand, dass die Mitarbei-

ter bei der Frage nach dem individuellen Gesundheitsverhalten nicht über Alkohol- und Nikotinkonsum sprachen, könnte ein Hinweis dafür sein, dass unter den Befragten ein diesbezügliches Risikoverhalten verbreitet ist, gleichzeitig eine begrenzte Offenheit in der Beschreibung des eigenen Gesundheitsverhaltens. Möglicherweise bringen die Handwerker Alkohol und Rauchen aber auch nicht in Verbindung mit ihren wahrgenommenen gesundheitlichen Beschwerden. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass die Handwerker in Bezug auf Suchtverhalten einer Risikogruppe angehören und ein Teil der Belegschaft Suchtmittel konsumiert. In welchem Ausmaß, ließe sich vermutlich aber nur schwer ermitteln.

5.1.3 Psychosoziale Risikofaktoren

Aus Untersucherperspektive eher überraschend zeigte sich, dass die Handwerker bei der Frage nach gesundheitsbeeinflussenden Faktoren der Arbeit, die sich durch eine hohe physische Belastungen auszeichnet, weit ausführlicher und häufiger über psychosoziale Einflüsse der Arbeit sprachen, denen sie sowohl Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden als auch auf ihre Gesundheit zuschreiben. An erster Stelle genannt wurde hier der Zeitdruck, infolge dessen sie Stress und eine erhöhte Unfallgefahr beschreiben. Auch Baldry & Ellison (2006) haben unter Arbeitern in der Instandhaltung von Eisenbahnschienen die Wahrnehmung identifiziert, dass Zeitdruck erheblichen Einfluss auf das Sicherheitsverhalten nimmt. Dass Zeitdruck Gesundheit negativ beeinflusst, gaben auch Busfahrer, Handwerker und Reinigungskräfte in der Befragung von Jones et al. (2016) an. Zeitdruck wird unabhängig von der auszuführenden Tätigkeit als signifikanter Faktor in der Entwicklung von Stresswahrnehmung und Depressionen beschrieben (Roxburgh, 2004).

Anerkennung. In dem Fall der hier befragten Mitarbeiter scheint mit dem Thema Zeitdruck ein weiterer und scheinbar noch stärker negativ empfundener Aspekt verbunden. Grundsätzlich geben die Mitarbeiter an, mit Zeitdruck generell zurechtzukommen. Als psychisch belastend wird in erster Linie der Umgang der Vorgesetzten damit wahrgenommen. Beschrieben wird, dass Zeitdruck häufig das Verhalten der Vorgesetzten beherrscht. Die Handwerker fühlen sich oft unnötigerweise unter Druck gesetzt, da sie nach eigenen Angaben selbst Interesse daran haben, ihre Arbeit in der notwendigen Zeit durchzuführen. Häufige Ermahnungen zur Eile werden daher als Zeichen gewertet, dass ihr Einsatz und ihre Bereitschaft zu effizienter Arbeit nicht wahrgenommen oder anerkannt werden.

Insgesamt ist mangelnde Wertschätzung und Anerkennung vonseiten der Vorgesetzten ein Thema, welches in allen Interviews, in denen sich die Befragten kritisch oder unzufrieden äußerten, eine zentrale Rolle spielte. Diese Mitarbeiter vermissen nicht nur positives Feedback, sie zeigen auch eine hohe Sensibilität gegenüber Zeichen der Wertschätzung ihrer Person, beispielsweise ob Vorgesetzte sie mit Namen ansprechen, sie mit Handschlag oder überhaupt begrüßen. Damit nehmen sie einen Zusammenhang wahr, der in der Literatur bereits beschrieben ist. Ein wertschätzendes und anerkennendes Führungsverhalten zeigt positive Korrelationen mit Wohlbefin-

den und geringer Stresswahrnehmung der Mitarbeiter (Gregersen et al., 2011; Kuoppala et al., 2008; Skakon et al., 2010).

Aber auch die externe Anerkennung ihrer Arbeit, im Sinne eines Berufsprestiges, fehlt aus Sicht der Mitarbeiter. Hin und wieder können sie zwar auch im privaten Kontext ihre handwerklichen oder technischen Fähigkeiten zeigen, ansonsten erleben sie im privaten Umfeld wenig Anerkennung für ihre Tätigkeit. Sie schildern, dass das Umfeld wenig Vorstellungen davon hat, welche Anforderungen in der Instandhaltung von Schienenfahrzeugen bestehen und dass ihnen gleichermaßen schwer fällt, ihre Arbeitsleistungen angemessen zu beschreiben. Als weiteres Merkmal geringer Anerkennung wurde der fehlende Kundenkontakt genannt. Reparierte Wagen werden aus der Halle gefahren und die Arbeit ist damit ohne weitere Rückmeldung eines Auftraggebers erledigt. Als sehr positiv im Sinn einer besonderen Wertschätzung bewerten die Mitarbeiter hingegen die Möglichkeit, ihre Expertise im Unternehmen einbringen zu können, beispielsweise durch Verbesserungsvorschläge, wenn diese denn umgesetzt werden.

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen beinhaltet die Anerkennung als einen zentralen Faktor der wahrgenommenen Belohnung. Weiterhin sind Gehalt, Entwicklungsmöglichkeiten und Arbeitsplatzsicherheit wesentliche Belohnungsaspekte (Siegrist, 1996). Diese wurden in den qualitativen Befragungen von den Mitarbeitern allerdings weniger kritisch und in Teilen positiv bewertet. Dennoch zeigt die quantitative Auswertung der ERI-Skala, dass von 156 Befragten 135 ein Überwiegen ihres Einsatzes gegenüber der Belohnung wahrnehmen. Dem Modell nach wäre anzunehmen, dass für mehr als 80% der Befragten ein relativ erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht (Siegrist & Dragano, 2008). Im Vergleich zu entsprechenden Zahlen in der Literatur, die zwischen 3 und 66% liegen (Koch et al., 2014), ist das ein sehr hoher Wert.

Führung, Mitsprache. Anhand der quantitativen Daten zeigt sich, dass die Mitarbeiter mehrheitlich eher unzufrieden sind mit der Führung. Noch deutlicher nehmen sie allerdings geringe Möglichkeiten der Mitsprache und Beteiligung im Unternehmen wahr. Auch in den qualitativen Befragungen wurde vereinzelt geäußert, dass Mitarbeiterbedürfnisse eher wenig berücksichtigt werden, die Mitarbeiter gleichzeitig aber viel Verantwortung tragen und mitunter befürchten, für (beispielsweise aus Zeitgründen) mangelhaft durchgeführte Arbeiten persönlich haftbar gemacht werden zu können. Hier scheint eine Wahrnehmung hoher Anforderungen bei gleichzeitig geringer Kontrolle zu bestehen. Das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek, 1979) zählt unter wahrgenommener Kontrolle auch die Möglichkeit, besondere Fähigkeiten in die Arbeit einbringen zu können. Dieser Bereich der Kontrollwahrnehmung ist nach einigen Mitarbeiterangaben insofern eingeschränkt, als dass Bürokratie, Besprechungen und schlechter Materialfluss häufig dafür sorgen, dass die Ausführung der eigentlichen handwerklichen Tätigkeit behindert wird. Die Daten geben Hinweise darauf, dass auf unterschiedlichen Ebenen eine eher geringe Kontrollwahrnehmung besteht. Unter theoretischen Grundannahmen des Anforderungs-Kontroll-Modells liegt aus Sicht vieler Mitarbeiter eine hohe Anforderung mit geringer Kontrolle vor, gleichzeitig scheint der wahrgenommene soziale Support von Führungsebene ebenfalls nur begrenzt gegeben, so dass

die Arbeitssituation als stresserzeugend, die Arbeitszufriedenheit senkend und für die Mitarbeitergesundheit risikoreich angenommen werden kann (Häusser et al., 2010; Johnson & Hall, 1988). Stansfeld & Candy (2006) fanden anhand einer Metaanalyse robuste Evidenz dafür, dass sowohl die Kombination hoher Anforderungen und geringer Kontrolle und/oder hoher Einsatz im Verhältnis zu geringer Belohnung prospektive Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen darstellen.

Arbeitsklima. Ein weiteres wichtiges Thema in den Interviews waren Kollegialität und Arbeitsklima in den Arbeitsgruppen. Auch, wenn hier entsprechend der quantitativen Ergebnisse und auch vieler Äußerungen in den qualitativen Interviews eher eine positive Wahrnehmung besteht, beschreiben überwiegend die älteren Mitarbeiter eine Abnahme des Zusammenhaltes innerhalb der Belegschaft. Das wahrgenommene Arbeitsklima gilt als bedeutender Faktor für Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (Kroll et al., 2011). Für die älteren Mitarbeiter scheint es dabei jedoch nicht nur um Kollegialität und Zusammenarbeit zu gehen. Indem sie von „Zusammenhalt“ sprechen entsteht der Eindruck, dass sie sich ein Gefühl von Kameradschaft oder Solidargemeinschaft unter den Kollegen wünschen (oder auch zurückwünschen). Betrachtet man die ursprüngliche Bedeutung oder Funktion von Kameradschaft (z.B. im Militär), geht es dabei unter anderem um gegenseitige Rücksichtnahme und Anerkennung sowie Beistand in Not oder Gefahr (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2005). Kühne (1996) beschreibt ein gesellschaftliches Verständnis von Kameradschaft z.B. als „Inbegriff praktischer Solidarität“ oder, aus soziologischer Perspektive, als „Bindemittel kleiner, vertrauter, durch Kommunikationsstrukturen gekennzeichnete Primärgruppen“.

In diesem Zusammenhang scheint auch die Wahrnehmung der befragten Handwerker von Gruppierungen innerhalb der Arbeit zu stehen. Die Mitarbeiter sprechen über Zusammenhalt in „ihrer“ Gruppe, es wird von häufigen (quasi „traditionellen“) Konflikten zwischen den Schichten gesprochen. Die Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen besitzt eine entscheidende identitätsstiftende Funktion, die auch dadurch zustande kommt, dass Vergleiche (im Sinn von Konkurrenz) mit anderen Gruppen angestellt werden (Mummendey, 1984; Tajfel & Turner, 2004), was die tradierten Konflikte zwischen den Schichten erklären könnte. Wenn die Mitarbeiter nun einen geringen oder verringerten Zusammenhalt unter den Kollegen wahrnehmen, ist dies möglicherweise nicht nur ein Ausdruck von Bedauern über reduzierten Sozialkontakt am Arbeitsplatz. Vielmehr scheint den älteren Kollegen soziale Bindung und Solidarität am Arbeitsplatz zu fehlen. Dies bedeutet gleichzeitig einen Verlust an sozialer (beruflicher) Identität, welche bereits durch ein vergleichsweise geringes Berufsprestige nicht stark ausgebildet ist. Beitragen können dazu auch Wechsel in der Gruppenzusammensetzung oder ein häufiger Einsatz externer Arbeitskräfte. Abrams & Hogg (1990) definieren soziale Identität als die „Selbst-Konzeption als ein Gruppenmitglied“. Gruppen geben dem Individuum ein Gefühl von Bedeutsamkeit, Sinn und Zugehörigkeit und vermitteln damit zentrale Grundlagen psychischen Wohlbefindens (Haslam, Jetten, Postmes & Haslam, 2009). Die Möglichkeit, sich mit dem Beruf, dem Arbeitgeber und mit sozialen Gruppen am Ar-

beitsplatz zu identifizieren ist damit für die Mitarbeitergesundheit von Bedeutung (Schuh, Van Dick, Wegge & Haslam, 2012).

Nicht zuletzt kann ein häufiger Wechsel in der Zusammensetzung von Arbeitsgruppen ein Sicherheitsrisiko darstellen, da Arbeitsroutinen durchbrochen werden, häufiger Fehler passieren, Arbeitsabläufe länger dauern und ein geringeres Vertrauen unter den Kollegen besteht (Baldry & Ellison, 2006).

Einstellungen zu BGF. In der Literatur finden sich Hinweise, dass BCWs durchaus Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen und möglichen Programmen zur Unterstützungen oder Verbesserung körperlicher Fitness oder Ernährung haben (Leslie et al., 2013). Betrachtet man die Einstellungen der hier befragten Handwerker zu arbeitsbezogenen Gesundheitsrisiken scheint allerdings nachvollziehbar, dass sie wenig oder keine Effekte bisheriger BGF-Maßnahmen (Gesundheitstage, Rückenschule usw.) wahrnehmen. Erfahrungen von BCWs aus anderen Untersuchungen zeigen, dass Gesundheitsprojekte auch an Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Führung und Mitarbeitern scheitern können (Granzow & Theberge, 2009). Die hier befragten Handwerker äußern sich überwiegend skeptisch gegenüber betrieblichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, sowohl aufgrund bisheriger Erfahrungen, aber auch aus Sorge um die Wahrung ihrer Autonomie. Verpflichtende Programme sind keinesfalls gewünscht, als förderlich wird eine finanzielle Unterstützung des Arbeitgebers für selbst gewählte Aktivitäten erwogen. In vielen Aussagen spiegelt sich die Befürchtung, dass arbeitgeberseitige Angebote nicht die Mitarbeiterinteressen treffen sondern ausschließlich dem Arbeitgeber dienen, möglicherweise als symbolische Geste oder formale Erfüllung einer Pflicht. Dem entsprechend beziehen sich die Vorschläge und Wünsche der Mitarbeiter zu Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, neben organisatorischen Vorschlägen zur Entlastungen älterer Handwerker, überwiegend auf eine Verbesserung von Anerkennung seitens der Führung und Zusammenhalt unter den Mitarbeitern.

5.1.4 Ursache erhöhter Krankenstand

In vielen Interviews wurde die Annahme deutlich, dass die psychosozialen Veränderungen die Ursache des erhöhten Krankenstandes sind. Zeit- und Effizienzdruck, das als wenig wertschätzend wahrgenommene Führungsverhalten und der als teils gering erlebte Zusammenhalt in der Belegschaft führen nach Annahme einiger Mitarbeiter dazu, dass die Arbeitsmotivation sinkt. Einzelne ziehen daraus die gewissermaßen logische Konsequenz, dass damit die Bereitschaft, trotz vergleichsweise geringer Beschwerden arbeiten zu gehen, abnimmt.

Die Literatur gibt Hinweise darauf, dass BCWs durchaus sogar bereit sind, für ihren Arbeitgeber gesundheitliche Risiken einzugehen, wenn ein enges oder positives Verhältnis zum Arbeitgeber, insbesondere in kleineren Betrieben, besteht. Gibt es beispielsweise finanzielle Engpässe, scheinen organisatorische Bedingungen und Arbeitsbelastung zweitrangig, da sich die Mitarbeiter in dem Fall häufig mit ihrem Vorgesetzten identifizieren, solidarisieren und ihn unterstützen (MacEachen et al., 2010).

Die hier befragten Mitarbeiter nehmen aber auch wahr, dass das subjektive Wohlbefinden unter den genannten Bedingungen unmittelbar leidet. Effizienzdruck, geringe Anerkennung, fehlender Zusammenhalt und eine reduzierte identitätsstiftende Funktion der Arbeit erzeugen Stress. Auf physischer Ebene kommt es über eine zentralnervöse Verarbeitung von Stresssignalen zu einer veränderten Hormonausschüttung, die wiederum das Immunsystem beeinflusst (Schedlowski & Schmidt, 1996). Während kurzzeitige physische sowie psychische Stresssituationen eher aktivierenden Einfluss auf das Immunsystem nehmen, zeigt die langfristige Einwirkung von psychosozialen Stress eindeutige negative Immunreaktionen. Die physiologischen Prozesse, die dabei ablaufen, sind hochkomplex, die gesundheitlichen Folgen zeigen sich überwiegend in chronischen Entzündungen z.B. von Haut, Lunge, Magen, Darm oder der Gelenke. Über diese Entzündungsreaktionen kann es auch zu DNA-Veränderungen kommen, was das Risiko für Tumorerkrankungen erhöht. Ebenfalls gilt Stress als ein mit verursachender Faktor für Diabetes und koronare Herzerkrankungen (Nakata, 2012; Pikhart & Pikhartova, 2015; Rensing, 2006). Zeitdruck, hohe Arbeitsanforderungen sowie monotone Arbeit werden zudem als Auslöser für muskuloskeletale Beschwerden angenommen (Bongers, De Winter & Kompier, 1993). Psychosozialer Stress gilt allgemein als eine der Hauptursachen von Rückenschmerzen (Egle & Nickel, 2008).

5.1.5 Praktische Relevanz der Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigen, dass muskuloskeletale Beschwerden im Mittel hoch wahrgenommen werden, das allgemeine Wohlbefinden sowie die Stresswahrnehmung liegen eher im moderaten Bereich. Negative Gefühle sind allerdings eher deutlich ausgeprägt, ebenso die negative Wahrnehmung von Mitsprache/Beteiligung (Kontrolle) und Führungsverhalten. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen der qualitativen Interviews sowie weiterer Forschungsergebnisse lässt sich annehmen, dass Programmangebote zur Gesundheitsförderung wie Rückenschule oder Ernährungsberatung in dem hier vorliegenden Fall wenig Aussicht auf Erfolg versprechen. Die Mitarbeiter selbst geben zwar an, dass sie von körperlicher Aktivität/Fitnesstraining profitieren und dass sie auch Ernährungsfragen differenziert betrachten oder Strategien zur Stressbewältigung einsetzen. Um die Mitarbeitergesundheit langfristig und nachhaltig zu fördern, scheint es allerdings notwendig und sinnvoll, zunächst arbeitsbedingte Ursachen für psychosozialen Stress zu reduzieren. Die physischen Belastungen sind der Tätigkeit immanent und nicht grundsätzlich vermeid- oder reduzierbar, dies ist auch mitarbeiterseitig bereits akzeptiert. Ziele gesundheitsfördernder Maßnahmen sollten in erster Linie sein, die Wertschätzung und Anerkennung für die Mitarbeiter zu erhöhen, den Umgang mit Effizienzdruck zu verändern und das Zugehörigkeitsgefühl der Mitarbeiter sowie den internen Zusammenhalt zu fördern. Damit könnte gleichzeitig eine Grundlage dafür geschaffen werden, gezielte Gesundheitsförderprogramme unter Beteiligung der Mitarbeiter zu entwickeln, die dann auch möglicherweise angemessene Adhärenz- und Erfolgsraten zeigen.

Setzt man diese Annahmen in Bezug zu transformationalen Führungsansätzen, spiegeln sich hier einige Aspekte wider: Transformationale Führung will Mitarbeiterbedürfnisse berücksichtigen, den

Mitarbeitern größtmögliche Handlungsbefugnisse übergeben (Kontrolle), Unternehmens- und Mitarbeiterziele zusammenbringen und einen Führungsstil leben, der dazu führt, dass sich die Mitarbeiter mit der Führung, der Organisation und Gruppen innerhalb des Unternehmens identifizieren (Bass & Riggio, 2005; Bass, 1999). Dies ist ein hoher Anspruch und zusätzlich verbunden mit den Anforderung an die Führung, selbst frei von Konflikten zu sein. Gelingt ein solcher Führungsstil in der Praxis, sollte er theoretisch einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter nehmen können. Im Einzelfall sind hier jedoch auch Unternehmensstrukturen zu berücksichtigen: In Handwerksbetrieben wie in dieser Untersuchung existieren unterschiedliche Hierarchieebenen, beginnend bei dem Vorarbeiter über Meister, Schichtleitung und Werksleitung. Insbesondere in den zwei unteren Führungsebenen werden in der Regel Handwerker eingesetzt, die entweder längere Berufserfahrung haben oder infolge einer Meisterschulung über weiterführende praktische Fähigkeiten verfügen. Inwieweit ein transformationales Führungsverhalten unter den hier vorliegenden Strukturen und Bedingungen systematisch vermittelt bzw. erworben werden könnte, ist an dieser Stelle schwer zu beantworten.

Abschließend ist zu beachten, dass neben Mitarbeiterperspektiven weitere Informationen notwendig sind, um angemessene Interventionen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit zu entwickeln. Ohne objektive Untersuchungen physischer Risiken und die Einbeziehung unternehmensbedingter Rahmenbedingungen sind auch individuelle Mitarbeiterziele nicht umsetzbar. Gleichmaßen ist zu beachten, dass die hier gefundenen Ergebnisse ausschließlich die Mitarbeitersicht wiedergeben, vor einer umfassenden Bewertung der psychosozialen Bedingungen wäre ein Abgleich mit den Perspektiven der Vorgesetzten notwendig.

5.2 Typologie und Gruppenbildung

Inhaltliche, strukturelle und psychosoziale Faktoren der Arbeit können die Mitarbeitergesundheit beeinflussen. Gleichzeitig unterliegt die Entstehung von Gesundheit oder Krankheit einer Vielzahl individueller Faktoren. Dementsprechend treffen arbeitsplatzbezogene Einflussfaktoren bei jedem Mitarbeiter auf individuelle Voraussetzungen, ebenso individuell werden Belastungen verarbeitet oder bewältigt. Letztlich sollten auch gesundheitsfördernde Maßnahmen die Individualität des einzelnen Mitarbeiters so gut wie möglich berücksichtigen, um erfolgreich sein zu können. Dazu spielen nicht nur der jeweilige Gesundheitszustand, sondern beispielsweise auch Einstellungen, Bedürfnisse, individuelle Rahmenbedingungen, Ziele oder Erfahrungen eine wichtige Rolle.

Um individuelle Voraussetzungen besser verstehbar zu machen und gleichzeitig zu systematisieren, wurde anhand der qualitativen Daten eine Typologie entwickelt. Anschließend wurden bereits vorliegende quantitative Daten genutzt, um ebenfalls fallübergreifende Strukturen zu identifizieren. Die Typen bzw. Fallgruppen, die gefunden wurden, zeigen zunächst recht unterschiedliche Merkmale und Strukturen. Die qualitative Analyse führte zu vier Typen, während anhand der Clusteranalyse sechs Gruppen gefunden wurden. Der Grund hierfür ist möglicherweise, dass für die qualitative Analyse nur für die Merkmalskombinationen (bzw. deren Ausprägungen) Gruppie-

rungen vorgenommen wurden, zu denen mehrere Fälle gefunden wurden. Auch ist möglich, dass die Clusteranalyse Subgruppen identifiziert, und dass für zwei qualitative Typen Subtypen existieren. Letztlich könnten die Unterschiede auch methodischen Schwächen der Untersuchung geschuldet sein (s. methodenkritische Betrachtung). Eine übergreifende Betrachtung der Ergebnisse der qualitativen und der quantitativen Gruppierung ergibt das folgende Bild:

Es scheint eine Gruppe von Mitarbeitern zu geben, die keine oder nur geringe körperliche Beschwerden haben, sich insgesamt bei der Arbeit wohlfühlen und keine oder nur in geringem Maß Stress wahrnehmen, entsprechend Typus 3 (Samuel) und Cluster 4. Bezogen auf Mitarbeitergesundheit ist dies mutmaßlich die am wenigsten gefährdete Gruppe. Ein Ziel gesundheitsfördernder Maßnahmen könnte hier darin bestehen, der Entwicklung von Beschwerden vorzubeugen. Für das Unternehmen stellt diese Gruppe eine wichtige Ressource für die Zukunft dar, um deren Wohlbefinden sie sich aus diesem Grund bemühen sollte, auch, wenn (noch) keine erheblichen Beschwerden wahrgenommen werden.

Eine zweite Gruppe (Typus 1 [Josef] und Cluster 2) nimmt muskuloskeletale Beschwerden deutlich wahr, zeigt sich in allen anderen Bereichen aber eher neutral. Diese Gruppe würde möglicherweise am ehesten profitieren durch eine Entlastung von physischen Beanspruchungen und/oder präventiven bzw. rehabilitativen Maßnahmen für das muskuloskeletale System.

Eine weitere Gruppe ist gekennzeichnet durch eine hohe Unzufriedenheit gegenüber der Unternehmensführung und der Mitsprache/Beteiligung, gleichzeitig einer großen Zufriedenheit mit dem Klima unter den Kollegen (Typus 4 [Manfred] und Cluster 6). Sie gibt insbesondere im muskuloskeletalen Bereich bereits Beschwerden an. Profitieren könnte diese Gruppe möglicherweise am ehesten durch verstärkte Wertschätzung, Anerkennung und ggf. die Übernahme von Verantwortung und Entscheidungsmöglichkeiten.

Die vierte Gruppe ist diejenige, deren Gesundheitszustand als besonders kritisch einzuschätzen ist. Hier liegen starke muskuloskeletale Beschwerden, eine hohe Stresswahrnehmung, ein eingeschränktes Wohlbefinden und deutliche Unzufriedenheit mit Führung und Beteiligung vor (Typus 2 [Sören] und Cluster 3). Auch, wenn die Unzufriedenheit mit dem Arbeitsklima nicht sehr stark ausgeprägt ist, könnten identitätsstiftende Maßnahmen für diese Gruppe eine wichtige psychosoziale Unterstützung darstellen. Wertschätzung und Anerkennung hätten auch hier wahrscheinlich Einfluss auf das Wohlbefinden, aufgrund der relativ hohen Stresswahrnehmung ist es möglich, dass Maßnahmen zur physischen Gesundheit (Sport, Ernährung usw.) zunächst von sekundärer Bedeutung sind bzw. die Stresswahrnehmung ggf. noch erhöhen könnten.

Die quantitativen Daten zeigten keine Korrelationen der Gruppen mit dem Stadium physischer Aktivität. Grundsätzlich scheint es jedoch sinnvoll, bei Angeboten zur Gesundheitsförderung, sowohl was körperliche Aktivität aber auch Alkohol- oder Nikotinabstinenz, Ernährung oder Stressbewältigung betrifft, individuelle Verhaltensstadien der Mitarbeiter zu berücksichtigen. Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens geben Hinweise darauf, in welchem Verhaltensstadium welche Form der Unterstützung sinnvoll ist (Schwarzer, 2008). Besteht keine Intention zu einer

Verhaltensänderung, lässt sich ggf. eine Motivationsbildung durch die Erhöhung der Risikowahrnehmung mittels gezielter Aufklärung unterstützen. Im intentionalen Stadium kann eine Hilfestellung durch Aktivierung einer positiven Ergebniserwartung, eines Abwägens von Kosten und Nutzen sowie einer gezielten Handlungsplanung geleistet werden. Zur Unterstützung einer langfristigen Verhaltensänderung ist insbesondere eine Förderung der Selbstwirksamkeitswahrnehmung mittels Bewältigungsplanung und Ressourcenaktivierung sinnvoll. Entsprechende Maßnahmen ließen sich durch ein regelmäßiges Coaching in Gruppen am Arbeitsplatz mit verhältnismäßig geringem zeitlichen und personellen Aufwand möglicherweise realisieren.

Bezüge zu Typologien aus der Literatur lassen sich nur bedingt herstellen, da sie in anderen Kontexten und teils mit anderen Fragestellungen entwickelt wurden. Die qualitative Typologie zeigt eine ähnliche Struktur wie die anhand quantitativer Daten (unter 27.310 Personen) ermittelten Typen von Godin et al. (2001). Bezogen auf physische Aktivität wurden dort der „unbeteiligte“, der „ambivalente“, der „optimistische“ und der „aktive“ Typus beschrieben. Der „aktive“ sowie der „unbeteiligte“ Typus finden sich ähnlich in der hier beschriebenen qualitativen Typologie wieder (Samuel und Josef). Der „ambivalente“ Typus wird am ehesten durch Sören repräsentiert, der davon ausgeht, dass physische Aktivität sein Wohlbefinden steigern könnte, der sich aber nicht in der Lage fühlt, aktiv zu werden. Manfred wäre ebenfalls dem aktiven Typus zuzuordnen. Ein wie bei Godin beschriebenen „optimistischer“ Typus konnte hier nicht identifiziert werden.

Die Arbeit von Vollrath & Torgersen (2002) beschreibt Typen des Gesundheitsverhaltens anhand Resilienz und Copingstrategien. Möglicherweise konnte in der hier vorliegenden Untersuchung keine Korrelation von Alter und Aktivität mit den identifizierten Typen bzw. Gruppen gefunden werden, weil individuelle Resilienz und Copingstrategien nicht alters- und aktivitätsabhängig, aber eindeutiger mit Stress- und Beschwerdewahrnehmung assoziiert sind.

5.3 Methodenkritische Betrachtung

Die angewendeten Methoden unterliegen einer Reihe von Limitationen, die im Folgenden genauer betrachtet werden. Wesentliche Einschränkungen ergeben sich anhand der qualitativen Designs bezüglich einer Verallgemeinerung der Ergebnisse. Die quantitative Untersuchung ist insofern begrenzt aussagekräftig, da kein normiertes, reliables bzw. validiertes Messinstrument eingesetzt wurde.

5.3.1 Qualitative Befragung

Qualitative Forschung hat (in der Regel) nicht das Ziel der Beweisführung oder Hypothesenprüfung. Sie dient vielmehr dazu, soziale Realität verstehbar zu machen und ggf. Hypothesen über mögliche Zusammenhänge zu entwickeln. Entsprechend sind die qualitativen Daten zu verstehen als das Nachvollziehen einer Realität, wie sie sich aus der subjektiven Perspektive der Befragten darstellt. Die Ergebnisse unterliegen dabei einer mehrfachen Vorinterpretation anhand subjektiver

Kriterien. Zunächst ist das, was die Mitarbeiter schildern, eine von ihnen auf der Grundlage ihrer Annahmen, Einstellungen und Erfahrungen „konstruierte“ Realität. Das ist insofern unproblematisch, weil das Ziel nicht darin bestand, objektiv messbare Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit zu untersuchen, sondern gerade diese individuelle Sichtweise zu verstehen. Problematischer kann eine weitere Vorinterpretation im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ sein, d.h. dass die Befragten Sachverhalte so schildern, wie sie glauben, dass der Interviewer sie erwartet oder hören möchte (Stocké, 2004). Dieser möglichen Verfälschung wurde dahingehend versucht entgegen zu wirken, als dass die Interviews möglichst offen (d.h. nicht lenkend) geführt wurden und den Mitarbeitern vorab erklärt wurde, dass keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten möglich sind, und dass die Daten vertraulich behandelt werden. Vonseiten des Interviewers wurde versucht, eventuelle Vorannahmen, die sich natürlich auch im Verlauf der Untersuchung veränderten oder entwickelten, in jedem Interview so gut es geht gedanklich zurückzustellen. Sicherlich ist dies nicht in vollem Umfang gelungen, allerdings bestand in allen Gesprächen der Eindruck, dass die Mitarbeiter weitgehend offen sprachen und mitunter auch heikle Themen berührten, so dass davon ausgegangen wird, dass sich der Einfluss sozialer Erwünschtheit in akzeptablem Rahmen hielt.

Soziale Erwünschtheit kann aber auch Aussagen in Interviews insoweit beeinflussen, als dass die Befragten versuchen, ein Bild von sich zu erzeugen das dem entspricht, wie sie gerne wahrgenommen werden möchten. Das heißt, dass sie beispielsweise stärker unter Beschwerden leiden als sie zugeben möchten (um nicht „schwach“ zu wirken) oder ihren Einsatz oder ihr Arbeitsverhalten positiver darstellen, als sie dies selbst wahrnehmen. Diese Art der Vorinterpretation ist von Interviewerseite bedingt beeinflussbar, z.B. durch die Bitte um Offenheit im Gespräch oder eine neutrale bzw. wertfreie Gesprächsführung.

Eine weitere Vorinterpretation leistet bei der Darstellung qualitativer Ergebnisse der Forscher selbst. Die hier erhobenen Daten wurden fast ausschließlich durch eine Person ausgewertet, die Ergebnisse unterliegen damit subjektiven Bewertungskriterien. Der Kontrolle dieses Einflusses dienen die Zitate, die nachvollziehbar machen sollen, wie es zu der Identifizierung der jeweiligen Merkmalsausprägungen kam (Steinke, 2007). Ausgewählte Ergebnisse und Zitate wurden im Forscherteam besprochen um ein gewisses Maß an Objektivität in den Interpretationsprozess zu tragen. Der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Auswertung dienen weiterhin die Explikation des Vorverständnisses des Forschenden sowie eine Transparenz im Vorgehen, welche in dem Methodenteil weitgehend umgesetzt wurde.

Auf die Vorauswahl der Befragten, die unter Umständen durch Vorgesetzte (meist Werksleitung) vorgenommen wurde, bestand allerdings wenig Einfluss. Zwar wurden die jeweiligen Gatekeeper darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an den Interviews freiwillig sein muss und keine gezielte Vorauswahl stattfinden sollte. Es ist jedoch möglich, dass die Auswahl der Interviewteilnehmer, wenn auch unbewusst, nach bestimmten Kriterien getroffen wurde, die ggf. das Spektrum möglicher Mitarbeitermeinungen begrenzen. Der Betriebsrat war in die Untersuchung eingebunden.

Inwieweit von dessen Seite Einflüsse auf die Mitarbeiterauswahl genommen wurden, ist nicht bekannt.

5.3.2 Quantitative Befragung

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung müssen insofern kritisch hinterfragt werden, da es sich bei dem Fragebogen, abgesehen von der ERI-Skala, um kein validiertes Instrument handelt und auch die Reliabilität nicht geprüft wurde. Augenscheinlich deckt der Fragebogen die wesentlichen Inhalte ab, welche in der qualitativen Befragung von den Mitarbeitern als gesundheitsrelevante Dimensionen der Arbeit angegeben wurden. Inwieweit allerdings die Items der jeweiligen Skalen diejenigen Konstrukte tatsächlich abbilden, welche hier angenommen wurden, ist nicht überprüft. Auch besteht die Möglichkeit, dass die Formulierung der Fragen für die Mitarbeiter nicht immer eindeutig war. So äußerten einzelne Befragte nach Ausfüllen des Bogens, dass die Frage nach den unmittelbaren Vorgesetzten nicht eindeutig zu beantworten gewesen wäre. Unmittelbare Vorgesetzte der Handwerker sind zunächst die Vorarbeiter. In den qualitativen Befragungen wurde deutlich, dass die Handwerker mit den Vorarbeitern grundsätzlich eher gut zurechtkommen. Weit unzufriedener äußerten sie sich mit dem Verhalten der Meister und/oder der Werksleitung. Insofern können die Antworten auf diese quantitativen Fragen nicht angemessen interpretiert werden. Eine weitere mögliche Ergebnisverzerrung könnte dadurch zustande gekommen sein, dass die Mitarbeiter im Rahmen einer Betriebsversammlung gebeten wurden, die Fragebögen auszufüllen. Dies war dem Bemühen geschuldet, einen möglichst hohen Fragebogenrücklauf zu erzielen. Auch, wenn den Mitarbeitern dabei erklärt wurde, dass das Ausfüllen freiwillig ist, erzeugt eine solche Situation einen Erwartungsdruck, der die Entscheidung zur Nichtteilnahme erschwert. In der Datenauswertung wurde bei Betrachtung einzelner Bögen deutlich, dass im Sinn eines systematischen Antwortverhaltens teils nicht plausible Antworten gegeben wurden, z.B. in Form der Angabe desselben Wertes bei allen Fragen oder des Auslassens ganzer Skalen. Aus diesem Grund kann nicht eindeutig bewertet werden, inwieweit die Ergebnisse die tatsächlichen Einschätzungen der Mitarbeiter wiedergeben. Für eine solidere Messung derjenigen Merkmale, die in der qualitativen Erhebung gefunden wurden, wäre die systematische Entwicklung eines Fragebogens auf Grundlage der qualitativen Daten mit anschließender Validierung möglich.

5.3.3 Typen- und Gruppenbildung

Die qualitative Typologie unterliegt den möglichen Einflüssen oder Verzerrungen, die bereits oben diskutiert wurden. In Bezug auf die Brauchbarkeit der Typologie ist weiterhin zu bedenken, ob eine Bildung von Prototypen die optimale Wahl darstellt. Eine Entwicklung von Ideal- oder Extremtypen hätte möglicherweise die Strukturen im Datenmaterial noch markanter herausarbeiten können (Kluge, 2000). Die Wahl fiel auf den Prototypus, dessen Beschreibung ein „authentischeres Abbild“ der Realität zeigt, da es sich um natürliche Typen handelt. Die Anzahl von vier qualitativen Typen ergab sich anhand dessen, dass zur Typenbildung nur diejenigen Merkmals-

kombinationen herangezogen wurden, zu welchen sich mehrere Fälle identifizieren ließen. Theoretisch ist es bei qualitativen Verfahren möglich, auch solche Typen zu konstruieren, die lediglich durch eine Person im Sample repräsentiert sind. In dem Fall wäre es möglich gewesen, evtl. weitere Typen zu bestimmen.

Zur Typenbildung wurden Dimensionen herangezogen, deren Ausprägungen sich nur durch die Interpretation unterschiedlicher Aussagen und Eindrücke ermitteln ließen. Beispielsweise haben die Mitarbeiter selten konkrete Ausprägungen ihrer Stresswahrnehmung oder ihrer Zufriedenheit formuliert. Inwieweit sich die Ausprägungen tatsächlich in drei Stufen abbilden lassen (gering / mittel / stark) und ob diese Stufen in jedem Fall korrekt zugeordnet wurden, kann nicht final beantwortet werden, da stets individueller Interpretationsspielraum besteht. Durch die Suche nach jeweils mehreren Zitaten, welche die Ausprägung nachvollziehbar machen, und die konsequente Suche nach Gegenbeispielen im Textmaterial wurde dieser Verzerrung jedoch so weit als möglich vorgebeugt (Lamnek & Krell, 2010).

Letztlich fällt auch die Wahl der Merkmale, anhand derer eine Typologie konstruiert wird, unter die persönliche Einschätzung des Forschers. In diesem Fall wurde deutlich, dass ausgerechnet das Hauptmerkmal, d.h. die individuellen Handlungsstadien, in den quantitativen Daten kein gruppentrennendes Merkmal darstellt. Grundsätzlich ist diese Wahl also in Zweifel zu stellen. Wäre die Wahl auf ein anderes Merkmal gefallen, wäre möglicherweise eine abweichende Typologie entstanden oder eine abweichende Anzahl von Typen.

In ähnlicher Weise verhält es sich mit den Merkmalen, die für die Clusteranalyse ausgewählt wurden. Die Merkmale orientieren sich wesentlich an der qualitativen Typologie, da die quantitativen Daten erst im Anschluss analysiert wurden. Faktoren- sowie Clusteranalysen reagieren sehr sensitiv auf Veränderungen des Datenmaterials, z.B. den Ausschluss von Items, Merkmalen oder bereits wenigen Fällen (Bacher, 1996). Somit wäre möglicherweise eine abweichende Clusterstruktur und -anzahl entstanden, wenn beispielsweise ein Merkmal ausgeschlossen worden wäre. Grundsätzlich wäre zu überlegen, die Clusterung anhand einer geringeren Anzahl von Merkmalen vorzunehmen. Vermutlich hätte dies zu einer eindeutigeren Differenzierung von Gruppen geführt.

Da in der qualitativen Typologie Prototypen entwickelt wurden, hätten die quantitativen Daten, um zu einem möglicherweise passenderen Vergleich zu führen, mittel Repräsentantenverfahren geclustert werden können. Da hier allerdings auch mögliche Verteilungen von Interesse waren, wurde die Entscheidung zugunsten eines hierarchisch-agglomerativen Verfahrens getroffen, welches überlappungsfreie Clusterstrukturen bildet und Cluster mit annähernd gleichen Verteilungen anstrebt (Schendera, 2010). Um zu prüfen, ob die hier verwendete Methode der Clusterung das optimale Ergebnis liefert, wären vergleichende Berechnungen mit anderen Algorithmen und eine vergleichende Interpretation möglich gewesen.

Zur Prüfung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse könnten zwei gleich große Teilmengen der Fälle getrennt voneinander geclustert werden mit einer anschließenden Zuordnung der Objekte

der einen Gruppe in die Cluster der jeweils anderen Gruppe mit anschließender Prüfung der Übereinstimmung aller vier Lösungen. Um die Güte der Ergebnisse zu prüfen bestünde weiterhin die Möglichkeit, anhand einer Diskriminanzanalyse diejenigen Variablen zu identifizieren, die in erster Linie für das Zustandekommen der Cluster verantwortlich sind (Bortz & Schuster, 2010).

In den hier verwendeten explorativen Verfahren mussten Entscheidungen vielfach anhand inhaltlicher Erwägungen oder augenscheinlicher Plausibilität getroffen werden (Bortz & Döring, 2006). Der Wert der Untersuchung liegt daher möglicherweise nicht in der Strenge der angewendeten Methoden sondern in der Frage: Sind die Ergebnisse brauchbar oder nicht?

5.4 Ausblick

Um die hier gefundenen Ergebnisse zu überprüfen oder auf andere Kontexte übertragbar zu machen, wären weitere Untersuchungen notwendig. Zunächst wäre eine systematische Erfassung der Vorgesetztenperspektiven auf die zentralen Themen angemessen. Weiterhin könnte im Rahmen teilnehmender Beobachtungen eine Kommunikations- und Verhaltenskultur im Unternehmen analysiert werden, um herauszufinden, inwieweit sich die Perspektiven der Mitarbeiter im tatsächlichen (beobachtbaren) Umgang miteinander und mit der Führung abbilden lassen, und um zu erklären, welche Interaktionsmuster im Betrieb bestehen und welche Auswirkungen sie zeigen. Das Thema der Zugehörigkeit zu Arbeitsgruppen könnte anhand der Prüfung möglicher Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit, beruflicher Identität und Gruppenzusammenhalt genauer betrachtet werden. Weiterhin wäre zu prüfen, ob die Merkmale, die mitarbeiterseitig als Einflussnehmend auf die Gesundheit wahrgenommen werden, so auch auf andere Unternehmen oder Berufsgruppen zutreffen.

Vorstellbar wäre, anhand der vorliegenden qualitativen Daten ein Messinstrument zu entwickeln, auf Validität zu prüfen und anschließend zu untersuchen, ob sich die identifizierten Gruppen oder Typen so oder in ähnlicher Weise wiederholt bzw. in anderen Populationen abbilden lassen. Hilfreich für die Planung betrieblicher Gesundheitsförderung wäre, anhand der vorliegenden und weiterer Daten ein Instrument zu entwickeln, mit dem sich individuelle Beschwerden, Gesundheitsverhalten und Verhaltensstadien, Bedürfnisse sowie Möglichkeiten der Mitarbeiter zuverlässig identifizieren lassen und welches erlaubt, die Mitarbeiter für gezielte Maßnahmen in unterschiedliche Gruppen einzuteilen.

6 Zusammenfassung

Die Krankheitslast unter Erwerbstätigen steigt mit der Zunahme physischer Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz. Instandhaltungsarbeiten an Schienenfahrzeugen gehen mit starken körperlichen Belastungen einher, aufgrund hoher Arbeitsschwere und potentiell beanspruchenden Umgebungsfaktoren wie Lärm, Staub, schlechten Licht- oder Temperaturverhältnissen und erhöhten Verletzungsrisiken. In einem Betrieb der Schienenfahrzeuginstandhaltung, der unter den Beschäftigten steigende Krankheitszahlen verzeichnet, wurden 34 Handwerker mittels qualitativer Interviews zu ihren Einstellungen und Wahrnehmungen bezüglich Gesundheit am Arbeitsplatz befragt. Das Ziel der Untersuchung war es, gesundheitsbezogene Ressourcen und Risikofaktoren aus Mitarbeitersicht zu identifizieren, zudem Einstellungen zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung sowie Annahmen zu möglichen Gründen für die Krankenstandserhöhung. Die Befragungen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und zusammenfassend dargestellt. In einem zweiten Schritt erfolgte anhand relevanter Merkmale (Gesundheitsverhalten, Beschwerdewahrnehmung, Zufriedenheit, Stresswahrnehmung und berufliche Perspektiven) die Entwicklung einer empirisch begründeten Typologie. Ergebnisse einer quantitativen Befragung zur Mitarbeitergesundheit unter 156 Mitarbeitern desselben Unternehmens ermöglichten teilweise eine Quantifizierung der qualitativen Ergebnisse. Ausgewählte Skalen wurden zusätzlich einer Clusteranalyse unterzogen mit dem Ziel, Fallgruppen unter den Befragten zu identifizieren. Die Ergebnisse der Untersuchungen geben folgende zentrale Anhaltspunkte:

Auf die physischen Arbeitsbelastungen führen die Handwerker überwiegend Beschwerden des muskuloskeletalen Systems zurück, die mit hoher Prävalenz auftreten (unter mehr als 50% der Befragten häufig oder ständig). Aus Mitarbeitersicht werden die physischen Belastungen und daraus resultierenden Beschwerden weitgehend in Kauf genommen und gelten als nicht oder kaum vermeidbar.

Häufiger als physische Risiken thematisierten die Mitarbeiter psychosoziale Bedingungen der Arbeit. Als Gesundheitsrisiko wird an erster Stelle Zeitdruck genannt. Er erhöht nach Angaben der Mitarbeiter das Unfallrisiko, wirkt sich aber auch auf das Verhalten der Vorgesetzten sowie das Arbeitsklima aus. Die Mitarbeiter nehmen vielfach hohe Anforderungen wahr, bei geringem Entscheidungsspielraum sowie einer als gering wahrgenommenen Wertschätzung und Anerkennung seitens der Vorgesetzten. Auch die Anerkennung von extern, im Sinne eines Berufsprestiges, wird als eher gering wahrgenommen. Als weiterer Grund reduzierten Wohlbefindens wird insbesondere von älteren Mitarbeitern ein geringer Zusammenhalt unter den Kollegen beschrieben, der dem Zeitdruck, dem Betriebsklima und unterschiedlichen Interessen der Generationen zugeschrieben wird. Indirekt geben die Ergebnisse auch Hinweise darauf, dass den Mitarbeitern Möglichkeiten der Identifizierung fehlen. Die berufliche Identität scheint insgesamt eher gering ausgeprägt. Durch (in Teilen) geringen Zusammenhalt und das Fehlen fester Arbeitsgruppen geht den Mitarbeitern ein Zugehörigkeitsgefühl verloren und damit ein Teil sozialer Identität.

Insgesamt bewerten die Befragten Kollegialität und Zusammenarbeit jedoch eher positiv und das Wohlbefinden bzw. die Gesundheit fördernd. Ein weiterer Förderfaktor ist der Stolz auf berufliche Fertigkeiten und Fähigkeiten. Besonders positiv wahrgenommen wird, wenn die Mitarbeiter individuelle Expertise (Verbesserungsvorschläge) einbringen können und diese umgesetzt werden.

Als Gründe für den erhöhten Krankenstand werden aus Mitarbeitersicht überwiegend die psychosozialen Stressoren gesehen, da sie sich unmittelbar auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Gleichmaßen beschreiben die Handwerker die Neigung, sich aufgrund der als gering wahrgenommenen Anerkennung bei vergleichsweise „harmlosen“ Gesundheitsbeschwerden krankschreiben zu lassen.

Bisherige Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung (Rückenschule, Gesundheitstage u.dgl.) bewerten die Befragten als nicht zielführend. Grundsätzlich wird körperliche Aktivität/Fitness neben der Arbeit als die Gesundheit positiv beeinflussend wahrgenommen. Die Befragten fühlen sich für dafür allerdings weitgehend selbst verantwortlich und möchten autonom über mögliche Gesundheitsaktivitäten entscheiden.

Die Typologie und Clusteranalyse zeigen folgendes Bild:

Die Mitarbeiter unterscheiden sich im Wesentlichen anhand der Ausprägungen muskuloskeletaler Beschwerden, Stresswahrnehmung, Stimmung/Gefühlslage und Zufriedenheit. Anhand der qualitativen Analyse konnten vier Typen differenziert werden, die Clusteranalyse führte zu sechs Gruppen. Grob betrachtet liegen bei der größten Gruppe der Mitarbeiter deutlich muskuloskeletale Beschwerden vor bei neutraler Ausprägung der weiteren Merkmale („Neutrale mit Beschwerden“). Eine weitere Gruppe gibt deutliche muskuloskeletale Beschwerden an, eine hohe Unzufriedenheit sowie hohe Stresswahrnehmung („Unzufrieden-Gestresste mit Beschwerden“). Ebenfalls hohe Beschwerden sowie eine geringe Zufriedenheit zeigen die „Unzufrieden-Unausgeglichene mit Beschwerden“, die eine nur mittelgradige Stresswahrnehmung zeigen, aber eher negativ gestimmt sind. Die „Zufrieden-Beschwerdefreien“ sind eher zufrieden und zeigen in allen anderen Merkmalen positive Ausprägungen. Korrelationen der Gruppen mit Alter oder körperlicher Aktivität (im Alltag) konnten nicht gefunden werden.

Für die Untersuchung wurden ausschließlich explorative Verfahren eingesetzt. Die Ergebnisse sind entsprechend als empirisch begründete Annahmen zu verstehen, die nur bedingt Implikationen für die Praxis zulassen. Dennoch beschreiben die Handwerker aus ihrer Sicht Phänomene und Zusammenhänge, die in anderen Kontexten bereits gut untersucht sind. In Zusammenschau mit dem aktuellen Forschungsstand lässt sich schlussfolgern, dass für Erwerbstätige, die schwere körperliche Arbeit leisten, die Faktoren Anerkennung, Wertschätzung, Zusammenhalt und Identifikation besonders bedeutsam für Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit sind. Für die Planung von konkreten Maßnahmen der Gesundheitsförderung erscheint eine „gruppenindividuelle“ Betrachtung der Mitarbeiter sinnvoll, um deren Bedürfnisse gezielter zu treffen.

Literaturverzeichnis

- Aas, R. W., Tuntland, H., Holte, K., Røe, C., Lund, T., Marklund, S., & Moller, A. (2011). Workplace interventions for neck pain in workers (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 13(4), 1–91. CD008160. doi: 10.1002/14651858.CD008160.pub2
- Abrams, D., & Hogg, M. A. (1990). An introduction to the social identity approach. In D. Abrams & M. A. Hogg (Hrsg.), *Social Identity Theory: Constructive and Critical Advances*, (1–9). Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- Achziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln*, (309-385). Berlin Heidelberg: Springer.
- Antonovsky, A. (1972). Breakdown: A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science and Medicine*, 6(5), 537–544. [http://doi.org/10.1016/0037-7856\(72\)90070-4](http://doi.org/10.1016/0037-7856(72)90070-4)
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the coherence sense. *Social Science & Medicine*, 36(6), 125–733. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](http://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z)
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <http://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arnold, K. a, Turner, N., Barling, J., Kelloway, E. K., & McKee, M. C. (2007). Transformational leadership and psychological well-being: the mediating role of meaningful work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 193–203. <http://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.193>
- Aust, B., & Ducki, A. (2004). Comprehensive health promotion interventions at the workplace: experiences with health circles in germany. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 258–270. <http://doi.org/10.1037/1076-8998.9.3.258>
- Auster, J., Hurst, C., Neale, R. E., Youl, P., Whiteman, D. C., Baade, P., & Janda, M. (2013). Determinants of uptake of whole-body skin self-examination in older men. *Behavioral Medicine*, 39(2), 36–43. <http://doi.org/10.1080/08964289.2013.782851>
- Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [http://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bacher, J. (1996). *Clusteranalyse*. München: Oldenbourg.
- Backé, E. M., Seidler, A., Latza, U., Rosnagel, K., & Schumann, B. (2012). The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(1), 67–79. <http://doi.org/10.1007/s00420-011-0643-6>
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2015). *Fehlzeitenreport 2014*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Baicker, K., Cutler, D., & Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(2), 304–311. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0626>
- Baldry, C., & Ellison, J. (2006). Off the rails: factors affecting track worker safety in the rail industry. *Employee Relations*, 28(3), 255–272. <http://doi.org/10.1108/01425450610661234>
- Barg, C. J., Latimer, A. E., Pomery, E. A., Rivers, S. E., Rench, T. A., Prapavessis, H., & Salovey, P. (2012). Examining predictors of physical activity among inactive middle-aged women: an application of the health action process approach. *Psychology & Health*, 27(7), 829–845. <http://doi.org/10.1080/08870446.2011.609595>

- Basler, H. D., Jäkke, C., Keller, S., & Baum, E. (1999). Selbstwirksamkeit, Entscheidungsbalance und die Motivation zu sportlicher Aktivität - eine Untersuchung zum Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 47(9), 1102–1114.
- Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19–32. [http://doi.org/10.1016/0090-2616\(90\)90061-S](http://doi.org/10.1016/0090-2616(90)90061-S)
- Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9–32. <http://doi.org/10.1080/135943299398410>
- Bass, B. M., & Riggio, E. R. (2005). *Transformational Leadership*. Hove: Psychology Press.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in responses to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 77–95. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00027-2](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00027-2)
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2011). *Satzung*. Abgerufen am 10.10.2016 unter: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw-grundlagen/U010-Satzung_Download.pdf?__blob=publicationFile
- Bengel, J., & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*, (23–41). Göttingen: Hogrefe.
- Bhui, K. S., Dinos, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *Journal of Environmental and Public Health*, (21 pages). <http://doi.org/10.1155/2012/515874>
- Blättner, B. (2007). Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Pravention und Gesundheitsförderung*, 2(2), 67–73. <http://doi.org/10.1007/s11553-007-0063-3>
- Bödeker, W., & Barthelmes, I. (2011). *IGA Report 22: Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufe mit hoher Krankheitslast*. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Bongers, P. M., de Winter, C. R., & Kompier, M. A. J. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 19(5), 197–312.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010) *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer
- Bradley, J.R., & Sutherland, V. (1994). Stress management in the workplace taking employees' views into account. *Employee Counseling Today*, 6(1), 4–9. <http://doi.org/10.1108/13665629410060443>
- Britten, N. (1995). Qualitative Research: qualitative interviews in medical research. *BMJ*, 311, 251.
- Brussig, M. (2010). *Erwerbstätigkeit im Alter hängt vom Beruf ab. Alters-Übergangsreport*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Bull, S. S., Gillette, C., Glasgow, R. E., & Estabrooks, P. (2003). Work site health promotion research: to what extent can we generalize the results and what is needed to translate research to practice? *Health Education & Behavior*, 30(5), 537–549. <http://doi.org/10.1177/1090198103254340>

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1996a). *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (ArbSchG)*. (BGBl. I S. 1246) §3: Grundpflichten des Arbeitgebers. Zuletzt geändert 2015. Abgerufen am 10.8.2016 unter:<http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/index.html>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung* - (BGBl. I S. 2477) § 20b: Betriebliche Gesundheitsförderung. Zuletzt geändert 2015 (BGBl. I S. 1368). Abgerufen am 10.8.2016 unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
- Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. (2001). *Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* - (BGBl. I S. 1046) §1: Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Abgerufen am 2.8.2016 unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/1.html>
- Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (2005). *Gesetz über die Rechtsstellung des Soldaten* (BGBl. I S. 1482), zuletzt geändert 2015 (BGBl. I S. 2163). Abgerufen am 12.10.2016 unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/sg/BJNR001140956.html>
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2006). *Schwerarbeitsverordnung Österreich* (BGBl. II Nr. 104/2006). &1: Besonders belastende Berufstätigkeiten. Zuletzt geändert 2013 (BGBl. II Nr. 201/2013). Abgerufen am 5.8.2016 unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_II_104/BGBLA_2006_II_104.html
- Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (1996b). *Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) - Gesetzliche Unfallversicherung* - (BGBl. I S. 1254) § 14: Grundsatz. Abgerufen am 10.10.2016 unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_14.html
- Bureau of Labor Statistics. (2016). *Glossary*. Abgerufen am 20.12.2016 unter: <http://www.bls.gov/bls/glossary.htm>
- Burkert, S., Knoll, N., Scholz, U., Roigas, J., & Gralla, O. (2012). Self-regulation following prostatectomy: phase-specific self-efficacy beliefs for pelvic-floor exercise. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 273–293. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02037.x>
- Busch, M., Hapke, U., & Mensink, G. (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. *GBE Kompakt*, 2(7), 1–8. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Caban-Martinez, A. J., Lowe, K., Herrick, R., Kenwood, C., Gagne, J. J., Becker, J. F., ... Sorensen, G. (2015). Construction workers working in musculoskeletal pain and engaging in leisure-time physical activity: findings from a mixed-methods pilot study. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(7), 819–825. <http://doi.org/doi:10.1002/ajim.22332>
- Cahill, K., Moher, M., & Lancaster, T. (2008). Workplace interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003440. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003440.pub3>
- Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C., & Côté, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*, 11(395), 1471–2458. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-395>
- Carpenter, C. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669. <http://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Caudroit, J., Stephan, Y., & Le Scanff, C. (2011). Social cognitive determinants of physical activity among retired older individuals: an application of the health action process approach. *British Journal of Health Psychology*, 16(2), 404–417. <http://doi.org/10.1348/135910710X518324>

- Caulfield, N., Chang, D., Dollard, M. F., & Elshaug, C. (2004). A review of occupational stress interventions in australia. *International Journal of Stress Management*, *11*(2), 149–166. <http://doi.org/10.1037/1072-5245.11.2.149>
- Chandola, T., Heraclides, A., & Kumari, M. (2010). Psychophysiological biomarkers of workplace stressors. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*(1), 51–57. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.005>
- Chapman, L. S. (2005). Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update. *American Journal of Health Promotion*, *19*(6), 1–11.
- Chapman, L. S. (2012). Meta-evaluation of Worksite Health Promotion economic return studies: 2012 Update. *American Journal of Health Promotion*, *19*(6), 1–11. <http://doi.org/10.4278/ajhp.26.4.tahp>
- Chiu, C.-Y., Lynch, R. T., Chan, F., & Berven, N. L. (2011). The health action process approach as a motivational model for physical activity self-management for people with multiple sclerosis: a path analysis. *Rehabilitation Psychology*, *56*(3), 171–181. <http://doi.org/10.1037/a0024583>
- Cloostermans, L., Bekkers, M. B., Uiters, E., & Proper, K. I. (2014). The effectiveness of interventions for ageing workers on (early) retirement, work ability and productivity: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *88*(5), 521–532. <http://doi.org/10.1007/s00420-014-0969-y>
- Colkesen, E. B., Kraaijenhagen, R., Frings-Dresen, M. H. W., Sluiter, J. K., van Kalken, C. K., Tijssen, J. G. P., & Peters, R. J. G. (2011). Participation in a workplace web-based health risk assessment program. *Occupational Medicine*, *61*(8), 586–589. <http://doi.org/10.1093/occmed/kqr122>
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Brown, L. M., & Lusk, S. L. (2009). Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, *37*(4), 330–339. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.008>. Meta-Analysis
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, *50*(10), 1385–1401. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Craciun, C., Schüz, N., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2012). A mediator model of sunscreen use: a longitudinal analysis of social-cognitive predictors and mediators. *International Journal of Behavioral Medicine*, *19*(1), 65–72. <http://doi.org/10.1007/s12529-011-9153-x>
- de Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. a J., Houtman, I. L. D., & Bongers, P. M. (2003). "The very best of the millennium": longitudinal research and the demand-control-(support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, *8*(4), 282–305. <http://doi.org/10.1037/1076-8998.8.4.282>
- DeGroot, T., & Scott Kiker, D. (2003). A meta-analysis of the non-monetary effects of employee health management programs. *Human Resource Management*, *42*(1), 53–69. <http://doi.org/10.1002/hrm.10064>
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2009). *Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin: DRV Schriften.
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, *40*(4), 314–321. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dolan, P., Cookson, R., & Ferguson, B. (1999). General practice of priority setting in health care: focus group study. *BMJ*, *318*, 916–919.
- Eaves, S., Gyi, D. E., & Gibb, A. G. F. (2016). Building healthy construction workers: their views on health, wellbeing and better workplace design. *Applied Ergonomics*, *54*, 10–18. <http://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.11.004>

- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3–12.
- Egger, J. W. (2010). Gesundheit: Aspekte eines komplexen biopsychosozialen Konstrukts und seine Korrelation zu Optimismus und Gückerleben. *Psychologische Medizin*, 21(1), 38–48.
- Egle, U. T., & Nickel, R. (2008). Chronischer Rückenschmerz als somatoforme Schmerzstörung. *Orthopäde*, 37(4), 280–284. <http://doi.org/10.1007/s00132-008-1224-6>
- Eller, N. H., Netterstrøm, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T. S., Nielsen, F., Steptoe, A., & Theorell, T. (2009). Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiology in Review*, 17(2), 83–97. <http://doi.org/10.1097/CRD.0b013e318198c8e9>
- Ellert, U., Lampert, T., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8 - Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 48, 1330–1337. <http://doi.org/10.1007/s00103-005-1168-5>
- Engbers, L. H., Van Poppel, M. N. M., Chin A Paw, M. J. M., & Van Mechelen, W. (2005). Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(1), 61–70. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.03.001>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–196.
- Ernsting, A., Gellert, P., Schneider, M., & Lippke, S. (2013). A mediator model to predict workplace influenza vaccination behaviour - an application of the health action process approach. *Psychology & Health*, 28(5), 579–592. <http://doi.org/10.1080/08870446.2012.753072>
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. (2015). *Zweite Europäische Unternehmensbefragung über neue und aufkommende Risiken- ESENER 2*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. doi:10.2802/624053
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. (2007). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Abgerufen am 4.6.2016 unter http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxemburger_Deklaration_Juli2010.pdf
- Bertelsmannstiftung, Hans Böckler Stiftung (2004). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission*. Gütersloh: Verlag Bertelsmannstiftung.
- Faltermaier, T., & Kühnlein, I. (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. *Zeitschrift Für Gesundheitspsychologie*, 8(4), 137–154. <http://doi.org/10.1026//0943-8149.8.4.137>
- Faltermaier, T., Kühnlein, I., & Burda-Viering, M. (1998). Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *Journal of Public Health*, 6(4), 309–326. <http://doi.org/10.1007/BF02956015>
- Faragher, E. B. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105–112. <http://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Felfe, J. (2006). Transformationale und charismatische Führung - Stand der Forschung und aktuelle Entwicklungen. *Zeitschrift Für Personalpsychologie*, 5(4), 163–176. <http://doi.org/10.1026/1617-6391.5.4.163>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading: Addison-Wesley.

- Fleiß, J. (2010). Paul Lazarsfelds typologische Methode und die Grounded Theory. Generierung und Qualität von Typologien. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 35(3), 3–18. <http://doi.org/10.1007/s11614-010-0060-1>
- Fletcher, K. E., Parekh, V., Halasyamani, L., Kaufman, S. R., Schapira, M., Ertl, K., & Saint, S. (2008). Work hour rules and contributors to patient care mistakes: a focus group study with internal medicine residents. *Journal of Hospital Medicine*, 3(3), 228–237. <http://doi.org/10.1002/jhm.288>
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (7–30). Weinheim: Juventa (Beltz).
- Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U., Von Kardoff, E., & Steinke, I. (2007). Was ist qualitative Forschung? In U. Flick, E. Von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (13–29). Hamburg: Rowohlt.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Huber: Bern
- Franke, F., & Felfe, J. (2012). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, & K. Klose, J., Macco (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2011* (3–13). Berlin Heidelberg: Springer.
- Frick, K. (2011). Worker influence on voluntary OHS management systems – a review of its ends and means. *Safety Science*, 49(7), 974–987. <http://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.04.007>
- Gabel, J. R., Whitmore, H., Pickreign, J., Ferguson, C. C., Jain, A., Shova, K. C., & Scherer, H. (2009). Obesity and the workplace: current programs and attitudes among employers and employees. *Health Affairs*, 28(1), 46–56. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.46>
- Garcia, A. M., Boix, B., & Canosa, C. (2004). Why do workers behave unsafely at work? Determinants of safe work practices in industrial workers. *Occupation and Environmental Medicine*, 61, 239–247.
- Gaston, A., & Prapavessis, H. (2012). Using a combined protection motivation theory and health action process approach intervention to promote exercise during pregnancy. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(2), 173–84. <http://doi.org/10.1007/s10865-012-9477-2>
- Gilbert-Ouimet, M., Trudel, X., Brisson, C., Milot, A., & Vézina, M. (2014). Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 40(2), 109–132. <http://doi.org/10.5271/sjweh.3390>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory*. Bern: Huber.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Glasgow, R. E., McCaul, K. D., & Fisher, K. J. (1993). Participation in worksite health promotion: a critique of the literature and recommendations for future practice. *Health Education & Behavior*, 20(3), 391–408. <http://doi.org/10.1177/109019819302000309>
- Gochman, D. S. (1982). Labels, Systems and Motives: Some perspectives for future research and programs. *Health Education Quarterly*, 9, 167–174.
- Godin, G., Valios, P., & Desharnais, R. (2001). A typology of stages of adherence to exercise behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(9), 1979–1994. doi/10.1111/j.1559-1816.2001.tb00213

- Goetzel, R. Z., & Ozminkowski, R. J. (2008). The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annual Review of Public Health, 29*, 303–323.
<http://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090930>
- Goldgruber, J., & Ahrens, D. (2010). Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. *Journal of Public Health, 18*(1), 75–88.
<http://doi.org/10.1007/s10389-009-0282-5>
- Gollwitzer, P. M. (1995). Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. In N. Bierbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider, & R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (531–582). Göttingen: Hogrefe.
- Granzow, K., & Theberge, N. (2009). On the line: worker democracy and the struggle over occupational health and safety. *Qualitative Health Research, 19*(1), 82–93.
<http://doi.org/10.1177/1049732308327349>
- Gregersen, S., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. *Gesundheitswesen, 73*(1), 3–12.
- Grobe, T. (2014). *TK Gesundheitsreport 2014*. Hamburg:Techniker Krankenkasse. Abgerufen am 24.9.2016 unter: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/.../Gesundheitsreport-2014.pdf>
- Grobe, T. G., & Gerr, J. (2012). BEK Gesundheitsreport 2012 Nordrhein-Westfalen - Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit. Abgerufen am 16.10.2016 unter <http://firmenangebote.barmergek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaeftigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreports-2012-PDF/Nordrhein-Westfalen,property=Data.pdf>
- Groeneveld, I. F., Proper, K. I., Van Der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H., & Mechelen, W. V. (2010). Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease - a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 36*(3), 202–215.
<http://doi.org/10.2307/40967848>
- Gutzwiller, F., & Paccaud, F. (2011). *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern: Hans Huber.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research, 7*(1), 107–116. <http://doi.org/10.1093/her/7.1.107>
- Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). Social identity, health and well-being: an emerging agenda for applied psychology. *Applied Psychology, 58*(1), 1–23.
<http://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x>
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: a review of recent research on the job demand–control (-support) model and psychological well-being. *Journal of Work, Health & Organisations* (Vol. 24). <http://doi.org/10.1080/02678371003683747>
- Head, J., Stansfeld, S. a., & Siegrist, J. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine, 61*(3), 219–224.
<http://doi.org/10.1136/oem.2002.005256>
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten*. Heidelberg: Springer.
- Hermanns, H. (2007). *Interviewen als Tätigkeit*. In U. Flick, E. Von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (360-368). Hamburg: Rowohlt.
- Herr, R. M., Bosch, J. A., Loerbroks, A., van Vianen, A. E. M., Jarczok, M. N., Fischer, J. E., & Schmidt, B. (2015). Three job stress models and their relationship with musculoskeletal pain in blue- and white-collar workers. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(5), 340–347.
<http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.08.001>

- Hildebrand, C., & Gröben, F. (2006). Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen: Das Modell der Universität Karlsruhe (TH). *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 22(4), 138–141.
- Hilton, M. F., Scuffham, P. A., Sheridan, J. M., Cleary, C. M., & Whiteford, H. A. (2008). Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50(11), 1228–1243. <http://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31818c30a8>
- Hoffmann, U. (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Hopf, C. (2007). Qualitative Interviews - ein Überblick. In U. Flick, E. Von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (589-599). Hamburg: Rowohlt.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343(9666), d4163. <http://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hughner, R. S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health*, 8(4), 395–422. <http://doi.org/10.1177/1363459304045696>
- Hughner, S. R., & Schultz Kleine, S. (2008). Variations in lay health theories: implications for consumer health care decision making. *Qualitative Health Research*, 18(12), 1687–703. <http://doi.org/10.1177/1049732308327354>
- Hurrelmann, K., & Klotz, T. (2013). Einführung : Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch: Prävention und Gesundheitsförderung* (13–23). Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. Weinheim, München: Beltz Juventa.
- Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2012). Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promotion International*, 27(2), 238–249. <http://doi.org/10.1093/heapro/dar035>
- Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (2006). *Fragebogen zu Durchführung einer Mitarbeiterbefragung*. Abgerufen am 4.6.2012 unter: http://www.lago-projekt.de/medien/instrumente/Fragebogen_Mitarbeiterbefragung.pdf
- Ivanoff, S. D. (2002). Focus group discussions as a tool for developing a health education programme for elderly persons with visual impairment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(1), 3–9. <http://doi.org/10.1080/110381202753505809>
- Janz, N., & Becker, H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly* 11(1), 1–47.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336–1342. <http://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336>
- Joiko, K., Schmauder, M., & Wolff, G. (2010). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten. *Bundesanstalt Für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*, 1–52. <http://doi.org/10.1055/s-2007-976473>
- Jones, W., Haslam, R., & Haslam, C. (2016). What's a "good" job? Modelling job quality for blue collar workers. *Ergonomics*, 4, 1–12. <http://doi.org/10.1080/00140139.2016.1165870>
- Joosen, M. C. W., Brouwers, E. P. M., van Beurden, K. M., Terluin, B., Ruotsalainen, J. H., Woo, J.-M., ... van Weeghel, J. (2015). An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(5), 313–322. <http://doi.org/10.1136/oemed-2013-101626>

- Joslin, B., Lowe, J. B., & Peterson, N. a. (2006). Employee characteristics and participation in a worksite wellness programme. *Health Education Journal*, 65(4), 308–319. <http://doi.org/10.1177/0017896906069367>
- Judge, T. a, & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *The Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755–68. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.89.5.755>
- Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., ... Rajab, M. W. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity - a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(2), 73–107.
- Kahn-Marshall, J. L., & Gallant, M. P. (2012). Making healthy behaviors the easy choice for employees: a review of the literature on environmental and policy changes in worksite health promotion. *Health Education & Behavior*, 39(6), 752–776. <http://doi.org/10.1177/1090198111434153>
- Karasek, R. (1998). Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, 2, 34–36.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
- Kelle, U. (2008). *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung*. Heidelberg: Springer.
- Kelle, U., & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus*. Heidelberg: Springer.
- Kelloway, K. E., & Barling, J. (2010). Leadership development as an intervention in occupational psychology. *Work & Stress*, 24(3), 260–279.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *Bmj*, 311, 299–302. <http://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Kluge, S. (2000). Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. *Fqs*, 1(1), Abgerufen am 4.4.2015 unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1124/2497>
- Kluge, U., & Kelle, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der Qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Koch, P., Schablon, A., Latza, U., & Nienhaus, A. (2014). Musculoskeletal pain and effort-reward imbalance - a systematic review. *BMC Public Health*, 14(37), 1-10. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-37>
- Köhler, K., & Frommer, J. (2011). Kriterien der Samplerekrutierung in der qualitativen Forschung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(6), 34–35. <http://doi.org/10.1055/s-0030-1266114>
- Kramer, I., Sockoll, I., & Bödecker, W. (2009). Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2008* (77–84). Heidelberg: Springer.
- Kreis, J., & Bödecker, W. (2003). *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA-Report 3*. Essen, Dresden: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

- Kristensen, T. S. (2005). Intervention studies in occupational epidemiology. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(3), 205–210. <http://doi.org/10.1136/oem.2004.016097>
- Kroll, L. E., & Lampert, T. (2012). *Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit*. Robert Koch Institut (Hrsg.), GBE kompakt (3). Berlin. Abgerufen am 22.4.2016 unter: <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2012-1/PDF/1.pdf>
- Kroll, L., Müters, S., & Dragano, N. (2011). *Arbeitsbelastungen und Gesundheit*. Robert Koch Institut (Hrsg.) GBE Kompakt, 2(5). Berlin. Abgerufen am 22.4.2016 unter <http://www.rki.de/gbe-kompakt>
- Kruger, J., Yore, M., Bauer, D., & Kohl, H. (2007). Selected barriers and incentives for worksite health promotion services and policies. *American Journal of Health Promotion*, 21(5), 439–447.
- Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kühne, T. (1996). Kameradschaft: "Das Beste im Leben des Mannes". Die deutschen Soldaten des Zweiten Weltkriegs in erfahrungs- und geschlechtergeschichtlicher Perspektive. *Geschichte und Gesellschaft*, 22(4), 504–529.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects--a systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 904–915. <http://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31817e918d>
- Lamnek, S., & Krell, C. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lampert, T., & Kroll, L. (2014). *Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung*. GBE Kompakt 5(2). Berlin: Robert-Koch-Institut. Abgerufen am 13.4.2016 unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile
- Lampert, T., Kroll, L., & Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungerechtigkeit und Lebenserwartung in Deutschland. *Politik und Zeitgeschichte*, 42, 11–18.
- Lange, C., & Ziese, T. (2014). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut. <http://doi.org/978-3-89606-170-6>
- Leipold, B., & Greve, W. (2009). A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40–50. <http://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.40>
- Leslie, J. H., Braun, K. L., Novotny, R., & Mokuau, N. (2013). Factors affecting healthy eating and physical activity behaviors among multiethnic blue- and white-collar workers: a case study of one healthcare institution. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 72(9), 300–306.
- Lester, H., Tait, L., England, E., & Tritter, J. (2006). Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *The British Journal of General Practice*, 56(527), 415–422.
- Linnan, L. A., Sorensen, G., Colditz, G., Klar, N., & Emmons, K. M. (2001). Using theory to understand the multiple determinants of low participation in worksite health promotion programs. *Health Education & Behavior*, 28(5), 591–607. <http://doi.org/10.1177/109019810102800506>
- Lippke, S., & Kalusche, A. (2007). Stadienmodelle der körperlichen Aktivität. In R. Fuchs, W. Göhner, & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (1–20). Göttingen: Hogrefe.
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg, B. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (35–60). Heidelberg: Springer
- Liu, J., Siu, O. L., & Shi, K. (2010). Transformational leadership and employee well-being: the mediating role of trust in the leader and self-efficacy. *Applied Psychology*, 59(3), 454–479. <http://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2009.00407.x>

- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012 - Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Lovato, C. Y., & Green, L. W. (1990). Maintaining employee participation in workplace health promotion programs. *Health Education & Behavior, 17*(1), 73–88. <http://doi.org/10.1177/109019819001700108>
- Lowe, B. K. B., Kroeck, K. G., & Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: a meta-analytic review of the MLQ literature. *The Leadership Quarterly, 7*(3), 385–415.
- Lowe, G. S., Schellenberg, G., & Shannon, H. S. (2003). Correlates of employees' perceptions of a healthy work environment. *American Journal of Health Promotion, 17*(6), 390–399. <http://doi.org/10.4278/0890-1171-17.6.390>
- MacEachen, E., Kosny, A., Scott-Dixon, K., Facey, M., Chambers, L., Breslin, C., ... Mahood, Q. (2010). Workplace health understandings and processes in small businesses: a systematic review of the qualitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation, 20*(2), 180–198. <http://doi.org/10.1007/s10926-009-9227-7>
- Maes, L., Van Cauwenberghe, E., Van Lippevelde, W., Spittaels, H., De Pauw, E., Oppert, J.-M., ... De Bourdeaudhuij, I. (2012). Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *European Journal of Public Health, 22*(5), 677–683. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckr098>
- Marshall, A. L. (2004). Challenges and opportunities for promoting physical activity in the workplace. *Journal of Science and Medicine in Sport / Sports Medicine Australia, 7*(1), 60–66.
- Marstedt, G., Buitkamp, M., & Braun, B. (2007). Eine Patiententypologie: Befunde zur Differenzierung unterschiedlicher Normen und Verhaltensmuster von Patienten im Gesundheitssystem. In J. Böcken, B. Braun, & R. Amhof (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2007* (231–256). Bielefeld: Bertelsmann Stiftung.
- Mathe, T. (2005). *Medizinische Soziologie und Sozialmedizin*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz
- Mayring, P., & Gläser-Zikuda, M. (2008). *Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- McConaughy, E., Prochaska, J., & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*(3), 368–375.
- Mearns, K., Hope, L., Ford, M. T., & Tetrick, L. E. (2010). Investment in workforce health: exploring the implications for workforce safety climate and commitment. *Accident; Analysis and Prevention, 42*(5), 1445–1454. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2009.08.009>
- Middlestadt, S. E., Sheats, J. L., Geshnizjani, A., Sullivan, M. R., & Arvin, C. S. (2011). Factors associated with participation in work-site wellness programs: implications for increasing willingness among rural service employees. *Health Education & Behavior, 38*(5), 502–509. <http://doi.org/10.1177/1090198110384469>
- Milburn, K. (1996). The importance of lay theorising for health promotion research and practice. *Health Promotion International, 11*(1), 41–46. <http://doi.org/10.1093/heapro/11.1.41>
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavior model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health Behavior and Health Education* (67–96). San Francisco: Wiley.

- Montano, D., Hoven, H., & Siegrist, J. (2014a). A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: does social stratification matter? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 40(3), 230–234. <http://doi.org/10.5271/sjweh.3412>
- Montano, D., Hoven, H., & Siegrist, J. (2014b). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 9. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-135>
- Mummendey, A. (1984). *Verhalten zwischen sozialen Gruppen : Die Theorie der sozialen Identität von Henri Tajfel*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Munir, F., Nielsen, K., & Gomes Carneiro, I. (2010). Transformational leadership and depressive symptoms: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 120(1–3), 235–239. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.020>
- Murphy, L.R. (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 11 (2), 112-125.
- Nakata, A. (2012). Psychosocial job stress and immunity: a systematic review. *Psychoneuroimmunology*, 934, 39–75.
- Naumanen, P. (2006). Opinions of ageing workers on relative importance of health promotion. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 352–385. <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00594.x>
- Nielsen, K., & Randall, R. (2009). Managers' active support when implementing teams: the impact on employee well-being. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 374–390. <http://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01016.x>
- Nielsen, K., Yarker, J., Randall, R., & Munir, F. (2009). The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), 1236–1244. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.001>
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60, 277–286. <http://doi.org/10.1093/occmed/kqq081>
- Noeker, M., & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 255–263. <http://doi.org/10.1024/1661-4747.56.4.255>
- Nöhammer, E., Schusterschitz, C., & Stummer, H. (2010). Determinants of employee participation in workplace health promotion. *International Journal of Workplace Health Management*, 3(2), 97–110. <http://doi.org/10.1108/17538351011055005>
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen - Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Nyberg, A., Westerlund, H., Magnusson Hanson, L. L., & Theorell, T. (2008). Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(8), 803–811. <http://doi.org/10.1177/1403494808093329>
- Office of Federal Statistical Policy and Standards. (2005). *Standard Occupational Classification Manual*. Washington DC: US Department of Commerce.
- Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2000). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93–96. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>

- Osilla, K. C., Van Busum, K., Schnyer, C., Larking, J. W., C, E., & S, M. (2012). Systematic review of the impact of worksite wellness programs. *American Journal of Managed Care*, 1(18), 68–81.
- Österreichische Sozialversicherung. (2015). *Liste der Berufsgruppen mit körperlicher Schwerarbeit über 2000 kcal*. Abgerufen am 24.9.2016 unter:
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.555044&version=1467186668>
- Payaprom, Y., Bennett, P., Alabaster, E., & Tantipong, H. (2011). Using the health action process approach and implementation intentions to increase flu vaccine uptake in high risk thai individuals: a controlled before-after trial. *Health Psychology*, 30(4), 492–500.
<http://doi.org/10.1037/a0023580>
- Payne, N., Jones, F., & Harris, P. R. (2012). Employees' perceptions of the impact of work on health behaviours. *Journal of Health Psychology*, 18(7), 887–899.
<http://doi.org/10.1177/1359105312446772>
- Pereira, M. J., Coombes, B. K., Comans, T. A., & Johnston, V. (2015). The impact of onsite workplace health-enhancing physical activity interventions on worker productivity: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 72, 401–412. <http://doi.org/10.1136/oemed-2014-102678>
- Pikhart, H., & Jitka Pikhartova. (2015). *The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases : a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Podgórski, D. (2005). Workers' involvement - a missing component in the implementation of occupational safety and health management systems in enterprises. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 11(3), 219–231.
- Popay, J., & Williams, G. (1996). Public health research and lay knowledge. *Social Science and Medicine*, 42(5), 759–768. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00341-X](http://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00341-X)
- Pötschke-Langer, M., Kahnert, S., Schaller, K., & Viariso, V. (2015). *Tabakatlas 2015*. Heidelberg: Pabst Science Publishers.
- Prochaska, J. O., Butterworth, S., Redding, C. a, Burden, V., Perrin, N., Leo, M., ... Prochaska, J. M. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive Medicine*, 46(3), 226–231. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.007>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., ... Rosenbloom, D. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39–46.
- Puls, W., Morkramer, M., & Wienold, H. (2003). Prävalenz riskanten Alkoholkonsums in zwei Betrieben der Metallindustrie: eine schriftliche Befragung. *Sucht* 49(3), 180–187.
- Puls, W., Wienold, H., & Blank, T. (1998). Die Einwirkung von Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz auf den Konsum von Alkohol: Eine schriftliche Befragung in Betrieben der Metallverarbeitenden Industrie. *Occupational Health and Industrial Medicine*, 39(3), 138-199.
- Punnett, L., Cherniack, M., Henning, R., Morse, T., & Faghri, P. (2009). A conceptual framework for integrating workplace health promotion and occupational ergonomics programs. *Public Health Reports*, 124, 16–25.
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 655–660. <http://doi.org/10.1079/PNS2004399>

- Raithel, J., Dollinger, B., & Hörmann, G. (2009). *Einführung Pädagogik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rat der Europäischen Gemeinschaften (1998). Richtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit. Abgerufen am 26.2.2016 unter: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=celex%3A31989L0391>
- Redinger, C. F., & Levine, S. P. (1998). Development and evaluation of the michigan occupational health and safety management system assessment instrument: a universal OHSMS performance measurement tool. *American Industrial Hygiene Association*, 59(8), 572–581.
- Renner, B., Spivak, Y., Kwon, S., & Schwarzer, R. (2007). Does age make a difference? Predicting physical activity of south koreans. *Psychology and Aging*, 22(3), 482–493. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.482>
- Rensing, L. (2006). Krank durch Stress: Molekulare Wirkmechanismen und Folgen für die Gesundheit. *Biologie in Unserer Zeit*, 36(5), 284–292. <http://doi.org/10.1002/biuz.200610315>
- Reuter, T., & Schwarzer, R. (2009). Verhalten und Gesundheit. In: J. Bengel & M. Jerusalem, (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie*. (34-45). Göttingen: Hogrefe.
- Ritchie, J. E., Herscovitch, F., & Norfor, J. B. (1994). Beliefs of blue collar workers regarding coronary risk behaviours. *Health Education Research*, 9(1), 95–103. <http://doi.org/10.1093/her/9.1.95>
- Robert-Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. [http://doi.org/10.1016/0168-8510\(91\)90076-A](http://doi.org/10.1016/0168-8510(91)90076-A)
- Robroek, S. J., van Lenthe, F. J., van Empelen, P., & Burdorf, A. (2009). Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 26. <http://doi.org/10.1186/1479-5868-6-26>
- Robson, L. S., Clarke, J. a., Cullen, K., Bielecky, A., Severin, C., Bigelow, P. L., ... Mahood, Q. (2007). The effectiveness of occupational health and safety management system interventions: a systematic review. *Safety Science*, 45(3), 329–353. <http://doi.org/10.1016/j.ssci.2006.07.003>
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A., & Brähler, E. (2004). Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 25(4), 227–238. <http://doi.org/10.1024/0170-1789.25.4.227>
- Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungskonzept. *Zeitschrift Für Arbeitswissenschaften*, 38(10), 193–200.
- Rohrbach-Schmidt, D., & Hall, A. (2013). *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Rongen, A., Robroek, S. J. W., van Lenthe, F. J., & Burdorf, A. (2013). Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4), 406–15. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.12.007>
- Roßbach, B., Löffler, K. I., Mayer-Popken, O., Konietzko, J., & Dupuis, H. (2007). Belastungs- und Beanspruchungskonzept. In s. Letzel, D. Nowak (Hrsg.), *Handbuch Der Arbeitsmedizin*. (1-4). München: Ecomed.
- Rowold, J., & Heinitz, K. (2008). Führungsstile als Stressbarrieren. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 7(3), 129–140. <http://doi.org/10.1026/1617-6391.7.3.129>
- Roxburgh, S. (2004). "There just aren't enough hours in the day": the mental health consequences of time pressure. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 115–131. <http://doi.org/10.1177/002214650404500201>

- Schäfer, C. (2017). *Messung, Typologie, Erfolgsfaktoren: Durch verbesserte Therapietreue Effizienzreserven ausschöpfen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Schedlowski, M., & Schmidt, R. E. (1996). Stress und Immunsystem. *Naturwissenschaften*, *83*, 214–220.
- Schendera, C. F. G. (2010). *Clusteranalyse mit SPSS*. München: Oldenburg
- Schmitt, E. (2001). Zur Bedeutung von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie*, *34*, 218–231.
- Schneider, W. (2010). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, *45*(2), 55–63.
- Scholz, U., Nagy, G., Göhner, W., Luszczynska, A., & Kliegel, M. (2009). Changes in self-regulatory cognitions as predictors of changes in smoking and nutrition behaviour. *Psychology & Health*, *24*(5), 545–61. <http://doi.org/10.1080/08870440801902519>
- Schreuder, K. J., Roelen, C. a M., Koopmans, P. C., & Groothoff, J. W. (2008). Job demands and health complaints in white and blue collar workers. *Work*, *31*(4), 425–432.
- Schuh, S. C., Van Dick, R., Wegge, J., & Haslam, S. A. (2012). Soziale Identität und Stresserleben. In P. Genkova, T. Ringeisen, & F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur* (113–125). Heidelberg: Springer.
- Schüßler, M., Wolf, C., & Schneider, S. (2008). Rauchen und Beruf: Ergebnisse des Mikrozensus zu „typischen“ Risikoberufen und Bedarf an berufsorientierten Tabakentwöhnungsangeboten. *Gesundheitswesen*, *70*, A 163.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought Control of Action* (217–243). Washington: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, *57*(1), 1–29. <http://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Schwarzer, R. (2009). The Health Action process Approach. Abgerufen am 23.7.2016 unter: <http://userpage.fu-berlin.de/health/hapa.htm>
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors. *European Psychologist*, *13*(2), 141–151. <http://doi.org/10.1027/1016-9040.13.2.141>
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J. P., Scholz, U., & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, *27*(1), S54–S63. [http://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1\(Suppl.\).S54](http://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1(Suppl.).S54)
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2009). *Health-Specific Self-Efficacy Scales*. Abgerufen am 10.1.2016 unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/healself.pdf>
- Seifert, C. M., Chapman, L. S., Hart, J. K., & Perez, P. (2012). Enhancing intrinsic motivation in health promotion and wellness. *American Journal of Health Promotion*, *26*(3), 1–12. <http://doi.org/10.4278/ajhp.26.3.tahp>
- Seiler, K. (2009). Beschäftigungsfähigkeit als Indikator für unternehmerische Flexibilität. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2008* (3–13). Heidelberg: Springer.
- Sheeran, P. (2002). Intention–behavior relations: a conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, *12*, 1–36.

- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1), 27–41.
- Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie*. München: Elsevier.
- Siegrist, J. (2012). *Effort-reward imbalance at work - theory, measurement and evidence*. Düsseldorf: department of Medical Sociology.
- Siegrist, J., & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben : Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51*(3), 305–312. <http://doi.org/10.1007/s00103-008-0461-5>
- Siegrist, J., Li, J., & Montano, D. (2014). *Psychometric properties of the effort-reward imbalance questionnaire*. Abgerufen am 24.12.2015 unter: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ER/PSychometrie.pdf
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine, 58*(8), 1483–1499. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4)
- Siegrist, U. (2010). *Der Resilienzprozess*. Wiesbaden: VS verlag.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress, 24*(2), 107–139. <http://doi.org/10.1080/02678373.2010.495262>
- Sparks, K., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 74*, 489–509. <http://doi.org/10.1348/096317901167497>
- Stansfeld, S. A., Shipley, M. J., Head, J., Fuhrer, R., & Kivimaki, M. (2013). Work characteristics and personal social support as determinants of subjective well-being. *PLoS ONE, 8*(11). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0081115>
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 32*(6), 443–462. <http://doi.org/10.5271/sjweh.1050>
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Indikatoren: Wöchentliche Arbeitszeit*. Abgerufen am 4.8.2015 unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/QualitaetArbeit/Dimension3/3_1_WoechentlicheArbeitszeit.html
- Günther, L., Körner, T., Marder-Puch, K (2015). Qualität der Arbeit. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Abgerufen am 4.6.2015 unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/QualitaetArbeit/QualitaetArbeit.html>
- Steffgen, G. (2004). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Problembezogene psychologische Interventionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Steinke, I. (2007). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. Von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (pp. 319–331). Hamburg: Rowohlt.
- Stocké, V. (2004). Entstehungsbedingungen von Antwortverzerrungen durch soziale Erwünschtheit. *Zeitschrift Für Soziologie, 33*(4), 303–320.
- Ströbl, V., Knisel, W., Landgraf, U., & Faller, H. (2013). A combined planning and telephone aftercare intervention for obese patients: effects on physical activity and body weight after one year. *Journal of Rehabilitation Medicine, 45*(2), 198–205. <http://doi.org/10.2340/16501977-1095>

- Strübing, J. (2004). *Grounded Theory*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sturm, M., Reiher, S., Heinitz, K., & Soellner, R. (2011). Transformationale, transaktionale und passiv-vermeidende Führung: Eine metaanalytische Untersuchung ihres Zusammenhangs mit Führungserfolg. *Zeitschrift Für Arbeits- Und Organisationspsychologie*, *55*(2), 88–104. <http://doi.org/10.1026/0932-4089/a000049>
- Szczepanska, W. K., Scholz, U., Liszewska, N., & Luszczynska, A. (2013). Social and cognitive predictors of fruit and vegetable intake among adolescents: the context of changes in body weight. *Journal of Health Psychology*, *18*(5), 667–679. <http://doi.org/10.1177/1359105312437434>
- Tafvelin, S., Armelius, K., & Westerberg, K. (2011). Toward understanding the direct and indirect effects of transformational leadership on well-being: a longitudinal study. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, *18*(4), 480–492. <http://doi.org/10.1177/1548051811418342>
- Tajfel, H., & Turner, J. (2004). The social identity theory of intergroup behavior. In J. T. Jost & J. Sidanius (Hrsg.), *Political Psychology: Key Readings* (pp. 276–239). New York: Psychology Press.
- Taylor, N., Conner, M., & Lawton, R. (2012). The impact of theory on the effectiveness of worksite physical activity interventions: a meta-analysis and meta-regression. *Health Psychology Review*, *6*(1), 33–73. <http://doi.org/10.1080/17437199.2010.533441>
- Teng, Y., & Mak, W. W. S. (2011). The role of planning and self-efficacy in condom use among men who have sex with men: an application of the health action process approach model. *Health Psychology*, *30*(1), 119–128. <http://doi.org/10.1037/a0022023>
- Toppinen-Tanner, S., Kalimo, R., & Mutanen, P. (2002). The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: eight-year prospective study of exhaustion. *Journal of Organizational Behavior*, *23*(5), 555–570.
- Torp, S., & Grøgaard, J. B. (2009). The influence of individual and contextual work factors on workers' compliance with health and safety routines. *Applied Ergonomics*, *40*(2), 185–193. <http://doi.org/10.1016/j.apergo.2008.04.002>
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, *13*(2), 87–114. <http://doi.org/10.1080/026783799296084>
- Van Dongen, J. M., Proper, K. I., van Wier, M. F., van der Beek, A. J., Bongers, P. M., van Mechelen, W., & van Tulder, M. W. (2011). Systematic review on the financial return of worksite health promotion programmes aimed at improving nutrition and/or increasing physical activity. *Obesity Reviews*, *12*(12), 1031–1049. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00925.x>
- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science and Medicine*, *60*(5), 1117–1131. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.043>
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, *32*(7), 1185–1197. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00080-0](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00080-0)
- Waddel, G., & Burton, A. (2006). *Is Work Good for your Health and Well-Being?* Norwich: The Stationary Office.
- Westerterp, K. R. (2001). Pattern and intensity of physical activity. *Nature*, *410*(3), 539. <http://doi.org/10.1038/35069142>
- World Health Organisation. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. New York.
- World Health Organisation. (1946). *Übersetzung der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*.

Abgerufen am 16.3.2016 unter: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>

World Health Organisation. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Abgerufen am 22.3.2016 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

World Health Organisation. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Williams, R. J., Herzog, T. A., & Simmons, V. N. (2011). Risk perception and motivation to quit smoking: a partial test of the health action process approach. *Addictive Behaviors*, 36(7), 789–791.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), 1–6.

Zander, M. (2011). *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Zenger, M., Hinz, A., Petermann, F., Brähler, E., & Stöbel-Richter, Y. (2013). Gesundheit und Lebensqualität im Kontext von Arbeitslosigkeit und Sorgen um den Arbeitsplatz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63(3–4), 129–137. <http://doi.org/10.1055/s-0032-1332989>

Zok, K. (2009). Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2008* (85–100). Heidelberg: Springer.

Zok, K. (2010). *Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen am Arbeitsplatz. Ergebnisse aus Beschäftigtenbefragungen*. Wissenschaftliches Institut der AOK, (Hrsg.). Berlin: KomPart. Abgerufen am 22.1.2016 unter: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_publicationen/wido_pub_gesundheitlBeschw2010_0212.pdf

Zok, K. (2011). Führungsverhalten und Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter – Analyse von WldO-Mitarbeiterbefragungen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2011* (27–36). Heidelberg: Springer.

Anhang

Anhang 1: Mitarbeiterinformation

Anhang 2: Einverständniserklärung

Anhang 3: Kurzfragebogen

Anhang 4: Interviewleitfaden

Anhang 5: Kategoriensystem

Anhang 6: Fragebogen zur Mitarbeitergesundheit

Anhang 1: Mitarbeiterinformation

Mitarbeitergesundheit bei [Name Unternehmen]

Ein Projekt in Zusammenarbeit mit der Hochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit & Soziales

Wer wir sind: Wir sind ein Team von Wissenschaftlern die sich an der Hochschule Fresenius mit Präventions-, Rehabilitations- und Gesundheitsforschung auseinandersetzen. Die Hochschule wurde 1848 gegründet und gehört mit Standorten in Idstein, Hamburg, Köln, München und Frankfurt zu den größten privaten Bildungsträgern in Deutschland.

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt zur Mitarbeitergesundheit bei [Name Unternehmen] wird von Prof. Dr. Christian T. Haas, Forschungsdekan im Fachbereich Gesundheit & Soziales und Sabine Hammer, Projektkoordinatorin für qualitative Forschung geleitet.

Was wir wollen: Wir möchten herausfinden, welche Auswirkungen die Arbeit in der Güterwageninstandhaltung auf die Gesundheit der Mitarbeiter haben kann, und wie die Gesundheit der Mitarbeiter am besten zu unterstützen ist. Dafür brauchen wir die Unterstützung der Mitarbeiter, wir benötigen Ihr Wissen. Sie sind die Experten für Ihre eigene Gesundheit. Daher möchten wir mit Ihnen über Gesundheitsrisiken Ihrer Arbeit sprechen, aber auch über mögliche Maßnahmen, um die Mitarbeitergesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

- Was beeinträchtigt Ihre Gesundheit, was fördert Ihre Gesundheit?
- Was würde Ihrer Meinung nach der Gesundheit helfen und was nicht?
- Was kann getan werden, dass es auf Dauer zu sinnvollen Veränderungen kommt?

Wir möchten Sie ebenso gerne kurzfristig bei Ihren Arbeitsprozessen begleiten, um einen tieferen Einblick in Gesundheitsrisiken zu erlangen.

Für was wir stehen: Wir sind Wissenschaftler und keine Unternehmensberater. Alle von uns durchgeführten Untersuchungen dienen ausschließlich dem besseren Verständnis gesundheitsrelevanter Aspekte bei [Name Unternehmen]. Alle abgeleiteten Maßnahmen und Vorschläge haben zum Ziel mögliche Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mitarbeiter zu reduzieren bzw. die Gesunderhaltung zu unterstützen und zu verbessern.

Ihre Teilnahme an unserem Forschungs- und Entwicklungsprojekt ist selbstverständlich freiwillig. Ebenso können Sie - wenn Sie am Projekt teilnehmen - jederzeit ohne Angabe von Gründen aus dem Projekt aussteigen, ohne dass Ihnen irgendwelche beruflichen Nachteile entstehen. Alles was Sie im Projektverlauf äußern wird unterliegt der strengen Vertraulichkeit, d.h. alle von uns vorgestellten Projektergebnisse werden so zusammengefasst, dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sind.

Wenn Sie fragen haben, so wenden Sie sich bitte entweder vor Ort an Hr. oder an gesundheitsforschung@hs-fresenius.de bzw. 06126 – 93 52 912.

Anhang 2: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Nachname, Vorname:

Datum:

Ich, _____

(Vorname, Name)

habe heute an einem Interviewgespräch zum Thema „Gesundheit“ teilgenommen. Von dem Gespräch wurde eine Tonaufnahme angefertigt. Ich bin damit einverstanden, dass die Aufnahme in anonymisierter Form für ein Gesundheitsförderungsprojekt im Auftrag meines Arbeitgebers genutzt wird.

Über die Ziele und Inhalte des Projektes fühle ich mich ausreichend informiert und hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen dazu zu stellen.

Alle Angaben, die ich im Laufe des Gesprächs gemacht habe, unterliegen strengsten Datenschutzbestimmungen. Es werden keinerlei Informationen an Dritte gegeben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen.

Bei der Veröffentlichung der Ergebnisse des Projektes werden keine Informationen gegeben, aus denen hervor geht, wer an der Untersuchung teilgenommen hat.

Mein Arbeitgeber sowie Mitarbeiter oder sonstige Dritte erhalten keine Information darüber, ob ich diese Einwilligungserklärung unterschrieben habe. Wenn ich sie nicht unterschreibe, werden sämtliche Aufzeichnungen zu diesem Gespräch vernichtet, und es entstehen für mich keine negativen Folgen.

Mit der vorstehend geschilderten Vorgehensweise bin ich einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

_____ den, _____
(Ort) (Datum) (Teilnehmer/in)

_____ den, _____
(Ort) (Datum) (Name d. Forscher/in)

Anhang 3: Kurzfragebogen

Interview zu Mitarbeitergesundheit bei [Name Unternehmen]

Datenblatt

Befragung am _____

Name: _____

Alter: _____

Funktion im Betrieb: _____

Ausbildung als: _____

Berufserfahrung in Jahren: _____

Betriebszugehörigkeit in Jahren: _____

Familienstand: _____

Freiwillige Angabe: Beschwerden infolge Berufstätigkeit:

Anhang 4: Interviewleitfaden

Leitfaden für die teilstrukturierte Interviewführung

1. Bedeutung von „Gesundheit“

- Welche Bedeutung hat das Thema „Gesundheit“ für Sie generell/ im Alltag?
 - o Was fällt Ihnen zum Thema Gesundheit ein?
 - o Wenn Sie über **Ihre eigene** Gesundheit nachdenken, was fällt Ihnen da ein, was ist Ihnen da wichtig?

(Ziel: Ermittlung des individuellen Aufklärungsbedarfs und der individuellen Zielstellung die Gesundheit betreffend)

- Gibt es Dinge, die Sie bei der Arbeit oder neben der Arbeit (zu Hause/Freizeit) bewusst für Ihre Gesundheit tun oder bewusst beachten? Erzählen Sie mal.
 - o Wenn Sie es schaffen, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu tun, was genau ist das?
 - o Was würden Sie gerne für Ihre Gesundheit tun, schaffen es aber nicht / gibt es da etwas? Wo denken Sie, könnten Sie oder würden Sie gerne mehr tun?

(Ziel: Informationen zur Bereitschaft, gesundheitsfördernde Maßnahmen anzugehen/umzusetzen)

2. Risikoeinschätzung durch Tätigkeit

- Welchen gesundheitlichen Risiken/Gefahren sehen Sie sich im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit ausgesetzt?
 - o Können Sie Beispiele von Risikofaktoren/Gefahren nennen?
 - o Haben Sie Beschwerden, welche Sie auf Ihre Arbeit zurückführen und wenn ja, welche?
 - o Haben Sie sich schon einmal bei Ihrer Arbeit verletzt, wenn ja, wie?
 - o (Beschäftigen Sie sich gedanklich mit möglichen Gesundheitsrisiken Ihrer Arbeit und wenn ja, in welcher Weise?)

(Ziel: Informationsgewinn über die gesundheitliche Ausgangssituation, Ableitung von Gesundheitszielen, Ermittlung eines Gefahren- oder Risikobewusstseins, Ableitung von Aufklärungsbedarf)

3. Einstellung zu betrieblicher Gesundheitsförderung

- Was halten Sie generell von betrieblicher Gesundheitsförderung?
 - o Was stellen Sie sich darunter vor?
 - o Haben Sie damit Erfahrungen, wenn ja, welche?
 - o (Wenn es Angebote gab, an welchen Sie nicht teilgenommen haben, schildern Sie bitte die Gründe, warum.)
 - o Welchen möglichen Nutzen sehen Sie für sich?
- Was glauben Sie, könnte Ihnen helfen, um Ihre Gesundheit in der Arbeit zu schützen?
- Welche Möglichkeiten sehen Sie, Gesundheitsgefahren Ihrer Tätigkeit zu verringern?
 - o Was könnte Gefahren reduzieren?
 - o Was könnte Erkrankungen vorbeugen?

(Ziel: Ermittlung von Einstellungen, Wünschen, Ideen und Erfahrungen, die einer Teilnahme an Gesundheitsförderung im Weg stehen oder welche die Teilnahme fördern könnten)

4. Motivation und Umsetzung

- Wenn Sie für sich und Ihre Kollegen eine Gesundheitsförderung auswählen könnten, wie würde die aussehen?
 - o Was wären Sie bereit, zur Förderung ihrer Gesundheit zu tun?
 - o Wozu wären Sie nicht bereit?
- Das Problem betrieblicher Gesundheitsförderung ist meist, dass die Leute einfach nicht mitmachen. Haben Sie eine Idee, warum?
 - o Was könnte man tun, damit Sie mitmachen?
- Sie haben vielleicht in Ihrem Leben schon öfter Dinge getan, auf die Sie nicht so richtig Lust hatten. Überlegen Sie doch mal, was genau bringt Sie dazu, das zu tun? Vielleicht finden wir ein Beispiel...

(Ziele: Lösungen finden, um gesundheitsfördernde Maßnahmen und die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Mitarbeiter motiviert sind, teilzunehmen. Ideen entwickeln, wie die Mitarbeiter dauerhaft in der Teilnahme unterstützt werden können)

Anhang 5: Kategoriensystem

Codesystem		3225	
0	Gesundheitsprobleme/Beschwerden	0	0
0	Bewegungsapparat	0	0
31	Rücken	15	15
15	Ursachen	22	22
22	Knie	12	12
12	Ursachen	18	18
18	Gelenke	6	6
6	Ursachen	1	1
1	HNO-Bereich + Atmung	29	29
29	Erkältungen	4	4
4	Gehör	5	5
5	Atmungssystem	3	3
3	Haut	18	18
18	psychische/psychosomatische...	15	15
15	Unfälle, Verletzungen	32	32
32	Ursachen	19	19
19	sonstige	6	6
6	keine	6	6
6	nicht vermeidbar	1	1
1	Lärmbelastung	2	2
2	Verletzungen	19	19
19	Biomechanische Belast...	0	0
0	Physische Dimensionen	61	61
61	Biomechanische Belastungen	7	7
7	Umfeld	2	2
2	Boden	10	10
10	Raum/Enge	5	5
5	Nässe	32	32
32	Temperatur	6	6
6	Licht	10	10
10	Lärm	35	35
35	Luft	31	31
31	Gefahrenstoffe	39	39
39	Unfallgefahr	48	48
48	Schutzausrüstung, Kleidung	33	33
33	Probleme mit Schutzaus...	33	33
33	Diskrepanzen	4	4
4	sonstige	22	22
22	Arbeitsbelastung	0	0
0	Arbeitsorganisation	52	52
52	Zeitdruck	26	26
26	Diskrepanzen	12	12
12	Umgang	14	14
14	Folgen schlechter Zeiten	15	15
15	Zeiten positiv	21	21
21	Zeitvorgaben	6	6
6	Gefahren durch Zeitdruck	14	14
14	Zeiten allgemein	8	8
8	Bürokratie	15	15
15	Materialfluss	13	13
13	Ordnung	7	7
7	Besprechungen	10	10
10	Gruppenzusammensetzung	17	17
17	Arbeitszeiten	8	8
8	Fahrzeiten	0	0
0	Übergeordnete Strukturen	4	4
4	Koordination	20	20
20	Gehalt	25	25
25	Hierarchien, Strukturen	8	8
8	Anforderungen, Arbeit...	1	1
1	Anerkennung, Wertsch...	2	2
2	positiv	20	20
20	negativ	1	1
1	Veränderungen	32	32
32	negativ	18	18
18	positiv	0	0
0	Psychosoziale Dimensionen	1	1
1	Betriebsklima	35	35
35	negativ	15	15
15	positiv	33	33
33	soziale Aktivitäten	0	0
0	Kollegen	0	0
0	Kollegen über Kollegen	74	74
74	Ältere vs. Jüngere	1	1
1	Ältere	4	4
4	Fitness	3	3
3	Erfahrung	7	7
7	frühere Ar...	14	14
14	Beschwerden	21	21
21	Einstellung	14	14
14	Belastbarkeit	1	1
1	Beschwerden	5	5
5	Ziele	3	3
3	Belastbarkeit	2	2
2	Erfahrung	18	18
18	Einstellungen	5	5
5	Krank sein	8	8
8	Fitness	6	6
6	Sicherheits...	7	7
7	Meisteraussagen	2	2
2	Meister über Gr...	30	30
30	Meister über H...	11	11
11	Gruppenführeraus...	9	9
9	Gruppenführer ...	26	26
26	Handwerkeraussagen	3	3
3	Selbstbild	9	9
9	Handwerker üb...	43	43
43	Handwerker üb...	20	20
20	Handwerker üb...	42	42
42	Zusammenhalt	27	27
27	negativ	10	10
10	Gründe	12	12
12	positiv	29	29
29	Verhalten	4	4
4	Betriebsrat	20	20
20	Kommunikation	16	16
16	Weitergabe von Wissen	18	18
18	Konflikte	12	12
12	Schichten	32	32
32	Soziale Unterstützung, ...	8	8
8	Vorgesetzte	9	9
9	Unterstützung	8	8
8	Anerkennung, Wertsch...	17	17
17	positiv	71	71
71	negativ	10	10
10	Klima	93	93
93	Druck	8	8
8	Krankheit	9	9
9	Folgen	69	69
69	Zeitdruck	23	23
23	Ursachen	40	40
40	Konflikte	6	6
6	Kommunikation, Umgan...	9	9
9	Versprechungen	39	39
39	Verhalten	2	2
2	Misstrauen	3	3
3	Verallgemeinerung	3	3
3	Lästern	8	8
8	Information	31	31
31	Freundlichkeit/Wah...	42	42
42	Ehrlichkeit	6	6
6	Subjektive Faktoren	20	20
20	Einstellung	31	31
31	Kontrolle/Eigenver...	24	24
24	Stress	26	26
26	Umgang mit	22	22
22	Sorgen	3	3
3	Motivation	3	3
3	Perspektiven	11	11
11	Spaß	2	2
2	Ressourcen	1	1
1	Zufriedene Vorgesetzte	0	0
0	Lob	3	3
3	Kollegen	1	1
1	Vertrauen	5	5
5	Gruppenklima	4	4
4	Unterstützung	3	3
3	Umgang	2	2
2	Humor	1	1
1	Kommunikation	5	5
5	Feste	2	2
2	Rituale	1	1
1	Arbeit	2	2
2	in Ruhe	6	6
6	Abwechslung	4	4
4	Vorschläge Umsetzung	1	1
1	Verantwortung	8	8
8	Anspruch	7	7
7	Stolz	6	6
6	Erfolg	7	7
7	Betrieb	2	2
2	Arbeitszeiten, Umfang	4	4
4	Zuverlässigkeit	10	10
10	Entwicklungsmöglichkeiten	2	2
2	Veränderung	10	10
10	Sicherheit	1	1
1	Veränderungen	6	6
6	Jetzt besser	26	26
26	Früher besser	0	0
0	Einstellungen	18	18
18	Der gute Tag	19	19
19	Arbeitszufriedenheit	0	0
0	Identifikation	18	18
18	Mit der Arbeit	7	7
7	Mit dem Betrieb	3	3
3	Positives Denken	0	0
0	Gesundheitsverhalten und Eins...	11	11
11	Eigenes Gesundheitsverhalten	13	13
13	Selbstverantwortung	4	4
4	Risikowahrnehmung	7	7
7	bei der Arbeit	1	1
1	Bewegung	0	0
0	Selbstschutz	8	8
8	Arbeitstechnik	16	16
16	Ausrüstung	1	1
1	Abwechslung	21	21
21	Achtsamkeit, Ruhe	0	0
0	körperliche Aktivität	21	21
21	Einstellungen	32	32
32	Sport	12	12
12	Bewegung	15	15
15	Übungen	1	1
1	Barrieren	2	2
2	Alter	1	1
1	Beschwerden	5	5
5	Fahrzeiten	4	4
4	Andere Prioritäten	3	3
3	Zu spät	3	3
3	Schichtdienst	9	9
9	Auffragen	0	0
0	Ernährung	3	3
3	warmes essen	9	9
9	bei der Arbeit	4	4
4	bewusst	39	39
39	wenig bewusst	14	14
14	Stressbewältigung	19	19
19	Umgehen mit Erkrankungen	3	3
3	Sonstiges	0	0
0	Gesundheitsförderung	21	21
21	Betriebliche Schutzmaß...	2	2
2	Rehasport	54	54
54	Programme BGM	9	9
9	Arzt/Betriebsarzt	22	22
22	Gesundheitliche Perspektiven	1	1
1	Ursachen Krankenstand	9	9
9	sonstige	6	6
6	Hektik, Druck	11	11
11	Physische Beanspruchung	10	10
10	Altersdurchschnitt	11	11
11	Klima	15	15
15	Frustration/Fehlende M...	6	6
6	Fehlende Wertschätzung	12	12
12	schlechte Behandlung	13	13
13	Bedeutung Gesundheit	0	0
0	Annahmen sonstige	17	17
17	was krank macht	14	14
14	was gesund ist	0	0
0	Vorschläge, Ideen, Wünsche	0	0
0	Verhältnisse	14	14
14	Material und Ausstattung	2	2
2	Personen	29	29
29	Arbeitsorganisation	12	12
12	Arbeitsumgebung	0	0
0	Verhalten	36	36
36	Präventiv	8	8
8	Personen	40	40
40	Führung	0	0
0	Incentives	16	16
16	Soziales	24	24
24	Finanzielle Anreize/Unt...		