

Wirtschaftspsychologie, 2023.25:226-240

DOI: <https://doi.org/10.2440/004-0005>

Gesundheitskultur im Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)

Eine Analyse aus Sicht von BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen¹

Manuela Metzner², Anika Melzer², Kathrin Moreno Superlano, Inka Krüger, Jochen Prümper

Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin

Zusammenfassung

Im Fokus des vorliegenden Artikels steht die Unterstützung der betrieblichen Eingliederung – ein Prozess, welcher Arbeitgebende seit 2004 gesetzlich zu kurativen und präventiven Maßnahmen bei längerfristig erkrankten Beschäftigten verpflichtet. Insbesondere bei psychisch beeinträchtigten Beschäftigten scheint die Gestaltung einer wertschätzenden Gesundheitskultur in der Organisation bedeutsam für das Gelingen der betrieblichen Eingliederung. Die vorliegende Untersuchung beleuchtet, welche Aspekte das Konstrukt Gesundheitskultur beinhaltet und ob sich Unterschiede zwischen den beteiligten Personengruppen im BEM in Bezug auf die wahrgenommene organisationale Gesundheitskultur zeigen. Die Analyse erfolgte auf Basis einer quantitativen Online-Befragung ($N = 229$) und qualitativen Expert*innen-Interviews ($N = 42$). Es zeigte sich eine mehrfaktorielle Struktur des Konstruktes. Zudem ließen sich signifikante Gruppenunterschiede für zwei der drei Subskalen der Gesundheitskultur nachweisen. Bei der Etablierung einer gesundheitsbewussten und -förderlichen Haltung kann die BEMpsy-Plattform mit ihren digitalen Angeboten unterstützen.

Schlüsselwörter: Betriebliches Eingliederungsmanagement, Wiedereingliederung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitskultur, Organisationskultur, psychische Beeinträchtigungen, Werte

Health culture in occupational integration management (OIM)

An analysis from the perspective of OIM-beneficiaries and internal OIM stakeholders

Abstract

The article focuses on the support of occupational integration – a process which, since 2004, has legally obligated employers to take curative and preventive actions for employees with long-term illnesses. The establishment of an appreciative health culture in the organization appears to be crucial to the success of occupational integration, particularly in the case of mentally challenged employees. The present study sheds light on which aspects the construct of health culture includes and whether there are any discrepancies in how OIM beneficiaries and internal OIM stakeholders perceive organizational health culture. The analysis was based on a quantitative online survey ($N = 229$) and qualitative expert interviews ($N =$

¹ Dieser Beitrag entstand in dem Projekt „BEMpsy: Digital einfach machen – Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben durch betriebliches Eingliederungsmanagement unter besonderer Berücksichtigung psychischer Störungen“. Gefördert durch den Ausgleichsfond für überregionale Vorhaben zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS, Fördernummer: AGF.00.00009.19). Laufzeit: 01.10.2020 bis 31.03.2024. Projektleitung: Prof. Dr. Jochen Prümper, Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) Berlin; Projektpartnerin: GAW gemeinnützige Gesellschaft für Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden mbH.

² geteilte Erstautorinnenschaft

42). A multi-factorial structure of the construct was revealed. In addition, significant group differences were found for two of the three subscales of health culture. The BEMpsy platform, with its digital offerings, can support the establishment of a health-conscious and health-promoting mindset.

Keywords: occupational integration management, reintegration, corporate health management, health culture, organizational culture, mental disorders, values

Einleitung

In Deutschland sind Arbeitgebende seit 2004 gesetzlich verpflichtet (SGB IX, 2016, §167, Abs. 2), Beschäftigte, die in den vergangenen zwölf Monaten länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren, im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) mit Maßnahmen zu unterstützen. Diese sollen dazu beitragen, die Arbeitsfähigkeit der BEM-berechtigten Person wiederherzustellen, sie zu stabilisieren, zu fördern und erneute krankheitsbedingte Ausfallzeiten zu vermeiden (Etterich et al., 2023). BEM zielt vor allem darauf ab, die Beschäftigten kurativ zu unterstützen sowie die Entstehung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit zu verhindern. Ergänzend hierzu fungieren die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und der betriebliche Arbeitsschutz (BAS), um präventiv die Entstehung von (Langzeit-) Erkrankungen zu verhindern und mit stark beanspruchten Beschäftigten rechtzeitig in den Dialog zu treten (Prümper & Reuter, 2015).

Psychische Beeinträchtigungen stehen verstärkt im Fokus des BEM, da sie seit Jahren an der Spitze der Ursache für Arbeitsunfähigkeit stehen und die Fallzahlen stetig zunehmen. Dies zeigen unter anderem Berichte der Krankenkassen, die unter der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ die höchste Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen verzeichnen. Zudem besteht bei dieser Diagnosegruppe ein überproportionales Risiko für Langzeiterkrankungen und damit einhergehende überdurchschnittlich lange Arbeitsunfähigkeitszeiten (AOK, 2023; Knieps & Pfaff, 2022; Techniker Krankenkasse, 2023).

Einen Lösungsansatz zur Unterstützung der betrieblichen Wiedereingliederung psychisch beeinträchtigter Beschäftigter stellt die Gestaltung einer wertschätzenden Gesundheitskultur in Organisationen dar (Bogert et al., 2019). Laut Thom (2014) kann diese spezifische Form der Organisationskultur, welche Aspekte der Gesundheitsförderung fest integriert, die Qualität des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) erhöhen. Eine präventiv ausgerichtete Kultur kann im Rahmen von BGM auch auf digitale Instrumente (u. a. Onlineplattformen, mobile Dienste oder Gamification-Module) zurückgreifen. Die Nutzung digitaler Instrumente bietet vielfältige Möglichkeiten, „einen gesunden Lebens- und Arbeitsstil zu unterstützen und Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich

und motivierend zu gestalten“ (Hasselmann et al., 2017, S. 49).

Vor diesem Hintergrund möchte der vorliegende Beitrag das Konstrukt der Gesundheitskultur beleuchten, die Wahrnehmung dieser aus Sicht von psychisch beeinträchtigten Beschäftigten im BEM sowie innerbetrieblichen Akteur*innen untersuchen und praxisnahe Hinweise zur Umsetzung einer positiven Gesundheitskultur liefern.

Theoretischer Hintergrund

Gesundheitskultur kann als Subkultur der Organisations- bzw. Unternehmenskultur verstanden werden (Elke, 2019; Gregersen et al., 2020; Osterspey, 2018). Eine Subkultur entwickelt sich ähnlich wie eine Unternehmenskultur und beschreibt ein implizites, kollektives Phänomen, welches den Beschäftigten Orientierung im betrieblichen Alltag bietet (Schreyögg, 2016). Die Organisationskultur stellt hierbei eine „Umhüllungsgröße“ dar (Osterspey, 2018, S. 92), durch deren Wertebasis das Handeln der Führungskräfte bestimmt wird. Im Fall der Gesundheitskultur stellt dieser Teil der Unternehmenskultur den normativen Ansatzpunkt zur Steuerung aller gesundheitsfördernden Initiativen dar (Osterspey, 2018).

Gesundheitskultur, Sicherheitskultur oder Präventionskultur?

Verglichen mit der umfassend beforschten „Organisationskultur“ (vgl. Schein, 2018) steckt die Forschung zum Konstrukt „Gesundheitskultur“ in den Anfängen. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass sich in der arbeitspsychologischen Forschung noch kein einheitlicher Begriff etablieren konnte. So wird die Subkultur im deutschsprachigen Raum sowohl unter dem Begriff der *Gesundheitskultur* (Berger, 2019; Gregersen, 2020; Osterspey, 2018), der *Sicherheits- und Gesundheitskultur* (Elke, 2019) oder auch der *Präventionskultur* (Elke, 2019; Schmitt-Howe & Hammer, 2019) beforscht. Im vorliegenden Beitrag werden die verschiedenen Begriffe als „Gesundheitskultur“ zusammengefasst. Expert*innen sind sich überwiegend einig, dass Gesundheitskultur in Organisationen bestimmt, wie Beschäftigte zu Fragen der Gesundheit und Sicherheit denken und handeln.

Die Gesundheitskultur kann hierbei als strategischer Prozess gesundheitsorientierten Handelns betrachtet werden (Berger, 2019), welcher durch das Management gesteuert werden kann (Osterspey, 2018). Nach Schein (1984) werden Kulturphänomene, wie die Organisationskultur, auf drei verschiedenen Ebenen betrachtet:

- Auf einer unsichtbaren, meist unbewussten Ebene befinden sich die *Grundannahmen*. Grundannahmen werden von den Mitgliedern in der Organisation nicht in Frage gestellt und beziehen sich überwiegend auf folgende Hauptthemen: Bezug zur Umwelt, Annahmen über Wahrheit und Zeit, Menschenbild, Annahmen über menschliches Handeln und zwischenmenschliche Beziehungen (Osterspey, 2018; Schreyögg, 2016).
- Auf einer mittleren, teils sichtbaren und teils unbewussten Ebene betrachtet Schein (1984) *Normen und Werte*. Normen sind inhaltlich spezifisch und geben konkrete Hinweise für Verhaltensweisen, wobei Werte eher abstrakt abbilden, was als wünschenswert oder nicht wünschenswert erachtet wird (Osterspey, 2018). Normen und Werte finden oftmals Ausdruck in Maximen, Richtlinien oder Verboten (Schreyögg, 2016).
- Die dritte Ebene der Unternehmenskultur ist sichtbar, aber oftmals interpretationsbedürftig: *Artefakte* (Schein, 1984). Als Artefakte gelten Symbole, Sprache, Rituale, Kleidung oder auch Umgangsformen. Die Artefakte sind ausgestaltete Elemente der in der Organisation herrschenden Werte und Normen. Da die Gesundheitskultur als eine Subkultur der Unternehmenskultur gilt, lässt sich annehmen, dass Elemente hier übertragen werden können.

Ein theoretisches Modell, welches die wesentlichen Elemente der Gesundheitskultur zu erfassen versucht, ist das 4-Ebenen-Modell nach Osterspey (2018). Demzufolge prägen die gleichwertigen Ebenen *Grundwerte und Überzeugungen*, *Führungs- und Eigenverantwortung*, *Arbeits- und Beziehungsorganisation* sowie *betriebliche Ressourcen materieller und immaterieller Art* die Gesundheitskultur einer Organisation. Hiermit legt die Autorin wie auch Schein (1984) Grundannahmen (nach Osterspey, 2018: Überzeugungen) und Werte als Kernelemente zu Grunde und spezifiziert die gesundheitsrelevanten Artefakte auf den weiteren Ebenen in Bezug auf Führung, soziale Beziehungen und gesundheitsrelevante Beziehungen. Osterspey (2018) betont die positive Wirkung einer Gesundheitskultur für das Unternehmen selbst und die darin beschäftigten Personen, da sich Gesundheit auf die menschliche und organisationale Leistung auswirkt.

Ein weiteres Modell, welches drei verschiedene Ebenen der Gesundheitskultur beinhaltet, wird von Elke (2017) beschrieben:

- Den inneren, unbewussten Kulturkern bilden hiernach *zugrundliegende Annahmen und Normen*.
- Auf einer mittleren, teils bewussten, Ebene werden *Werte, Überzeugungen, Einstellungen und Erwartungen* verortet. Diese Ebene ist ähnlich zur Ebene Grundwerte und Überzeugungen nach Osterspey (2018) und wird auch in weiteren Forschungsarbeiten aufgegriffen (Badura, 2015; Gregersen, 2020).
- Auf der äußeren Ebene werden beobachtbare (*Arte*)*Fakte und Symbole*, wie z. B. Verhalten, Strukturen, Arbeitsgestaltung und Kommunikation platziert.

Insgesamt zeigt das Modell eine hohe Überschneidung zu dem Modell nach Schein (1984), erweitert um den konkreten Bezug zu gesundheitsrelevanten Themen in Organisationen.

Die beschriebenen Modelle zeigen inhaltliche Überschneidungen (z. B. hinsichtlich Annahmen/Werten und Normen), doch scheint eine eindeutige Definition und Identifikation der wesentlichen Bestandteile der Gesundheitskultur noch nicht abschließend geklärt.

Psychische Gesundheit von Beschäftigten mithilfe der Gesundheitskultur stärken

Elke (2019) betont die Bedeutung einer positiven Gesundheitskultur für Organisationen. Demnach bestünden enge Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Gesundheitskultur in einer Organisation und den Unfallzahlen, dem Krankenstand, den gesundheitlichen Problemen sowie der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Besonders häufig wird vermutet, dass die betriebliche Gesundheitskultur mit der psychischen Gesundheit der Beschäftigten positiv zusammenhängt (Jia et al., 2017). Auch Elke (2019) postuliert, dass eine positive Gesundheitskultur das Auftreten psychischer Beeinträchtigungen, Mobbing und Belästigungen am Arbeitsplatz reduziert. Je positiver Beschäftigte die Gesundheitskultur erleben, desto weniger wird die Arbeit als emotional belastend erlebt und es kommt seltener zur emotionalen Erschöpfung. Ebenso zeigen die qualitativen Untersuchungen von Tuckey et al. (2012), dass eine mangelhafte Gesundheitskultur als einer der Hauptfaktoren für psychische Belastungen bei Beschäftigten betrachtet werden kann. Jia et al. (2018) konnten zudem eine Vermittlerrolle der Gesundheitskultur finden: In ihrer Interventionsstudie fungierte die Gesundheitskultur als Mediator zwischen der

Durchführung und der Wirksamkeit von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und verbesserte damit die selbst eingeschätzte Gesundheit sowie psychische Gesundheit der Beschäftigten (Jia et al., 2018). In einer weiteren Querschnittsstudie von Chang et al. (2021) konnte u. a. ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesundheitskultur und der Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte gefunden werden.

Kulturwahrnehmung in Abhängigkeit von der Perspektive

Möchte man eine Gesundheitskultur stärken, stellt sich die Frage nach dem Status Quo ebendieser im konkreten Unternehmenskontext, um dort ansetzen zu können. Da Gesundheitskultur ein überwiegend implizites Phänomen darstellt, scheint die Wahrnehmung abhängig vom Blickwinkel der Beschäftigten. In der betrieblichen Wiedereingliederung sollten sowohl die Perspektiven der BEM-Berechtigten, die das BEM überwiegend „nutzen“, integriert werden als auch die Perspektive der innerbetrieblichen Akteur*innen, die das BEM weitestgehend „gestalten“.

Im Kontext des BEM existieren bislang keine gesicherten Forschungsergebnisse zur Wahrnehmung der Gesundheitskultur durch diese spezifischen Gruppen. In der Forschung zur Wahrnehmung von Organisationskultur zeigen sich allerdings Unterschiede abhängig von der Zugehörigkeit zu verschiedenen Beschäftigtengruppen. So untersuchten Cieciora et al. (2021) die Wahrnehmung der Organisationskultur von akademischen und Verwaltungspersonal an polnischen Universitäten und fanden unterschiedliche Wahrnehmungen: Das akademische Personal tendierte überwiegend dazu, die Organisationskultur als ergebnisorientierte, auf Wettbewerb ausgerichtete Marktkultur einzustufen. Das Verwaltungspersonal nahm eher eine sogenannte Hierarchiekultur wahr, die von Struktur, formalen Regeln und Stabilität geprägt wird. Unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsrealitäten scheinen hier eine unterschiedliche Wahrnehmung der Kultur zu prägen. Auch Abrahamson et al. (2018) untersuchten, wie verschiedene betriebliche Akteur*innen aus dem medizinischen Bereich (z. B. Pflegepersonal, Ärzt*innen und Führungskräfte) die Sicherheitskultur in Krankenhäusern wahrnahmen in Abhängigkeit von ihrer Rolle. Die Ergebnisse zeigen eine unterschiedliche Einstufung der Sicherheitskultur durch die Gruppen: Führungskräfte schätzten die Sicherheitskultur signifikant höher ein als das Pflegepersonal. Gestützt werden diese Ergebnisse durch die theoretische Forschungsarbeit von Alvesson und Berg (2011), die betont, dass Kultur in Organisationen nicht als Einheitskultur zu verstehen sei; vielmehr gehen sie von einer Vielzahl

an gleichzeitig existierenden, sich überschneidenden Kulturen aus, geprägt durch Ebenen und Sektoren in der Organisation. Nach Alvesson und Berg (2011) ist die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe oder Funktion (z. B. Führungskräfte) ein entscheidender Ausgangspunkt für die Wahrnehmung einer Kultur. Die Perspektiven und Arbeitsbedingungen der Gruppen unterscheiden sich vor allem zwischen den ausführenden Beschäftigten und dem Management (Alvesson & Berg, 2011). Es ist vorstellbar, dass eine Übertragung dieses Effekts im Rahmen des BEM auf BEM-Berechtigte und innerbetriebliche Akteur*innen (wie z. B. Führungskräfte oder BGM-Fachkräfte) möglich ist.

Gesundheitskultur im BEM

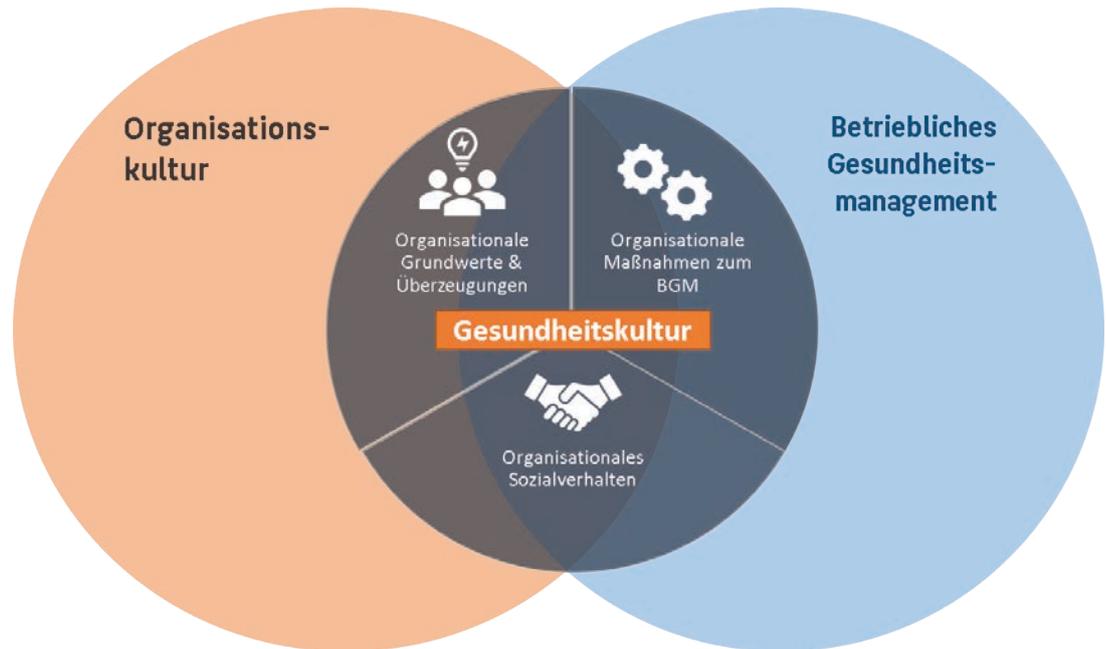
Zusammenfassend ergeben sich damit vielfach Hinweise, dass die Gestaltung einer förderlichen Gesundheitskultur besonders geeignet scheint, psychischen Beeinträchtigungen von Beschäftigten im Rahmen von BEM und BGM zu begegnen. Sowohl *BEM* als auch *Psychische Gesundheit der Beschäftigten* werden in der #whatsnext-Studie 2022 der Techniker Krankenkasse als Themen von größerer Bedeutung im zukünftigen BGM eingestuft (Hübers et al., 2022). Insbesondere digitale Maßnahmen erscheinen relevant, um die psychische Gesundheit von Beschäftigten zu fördern und damit psychische Gefährdungen der Beschäftigten rechtzeitig zu erkennen sowie zu reduzieren. Zudem erscheint der Einbezug der unterschiedlichen Perspektiven aller betrieblichen Akteur*innen bei der Gestaltung einer förderlichen Gesundheitskultur als essentiell.

Für die vorliegende Untersuchung wird die Gesundheitskultur auf Basis der dargelegten empirischen Erkenntnisse und der konzeptionellen Verortung als wesentlicher Bestandteil der Organisationskultur und des BGM verstanden. In Anlehnung an Osterspey (2018) und Elke (2019) wird davon ausgegangen, dass folgende drei Ebenen die Gesundheitskultur einer Organisation bilden. Dazu zählen (vgl. Abbildung 1):

- individuelle und kollektive *Grundwerte und Überzeugungen der Organisation* zu einer gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensweise, die in der Organisation verbreitet sind;
- wahrnehmbare *Organisationale Maßnahmen zum BGM*, welche sich aus materiellen und immateriellen Ressourcen für den Bereich Gesundheit in Organisationen speisen; sowie
- *unterstützendes Sozialverhalten innerhalb der Organisation*, geprägt durch wertschätzende Interaktionen und ein vertrauensvolles Miteinander.

Abbildung 1

Das Konstrukt
Gesundheitskultur
(eigene Darstellung).



Aus theoretischer Sicht stellen sich Fragen nach einer Spezifikation des Konstrukts Gesundheitskultur, welche der Beitrag zu beantworten versucht:

1. Welche Ebenen prägen die Gesundheitskultur im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements?
2. Inwiefern unterscheidet sich die Wahrnehmung der Gesundheitskultur von BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen?

Auf praktischer Ebene sollen darüber hinaus evidenzbasierte Hinweise für die konkrete Umsetzung in Organisationen ermittelt werden:

3. Welche Aspekte beeinflussen nach Ansicht der BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen die Gesundheitskultur in positiver Weise?

Methodisches Vorgehen

Das Projekt „BEMpsy – Digital einfach machen“ zielt auf die Unterstützung der betrieblichen Wiedereingliederung von Beschäftigten mit (drohenden) psychischen Beeinträchtigungen und den Wandel hin zu einer wertschätzenden Kultur ab. Auf Basis einer wissenschaftlichen Bedarfserhebung zum BEM, deren Teil-Ergebnisse im vorliegenden Artikel erläutert werden, sowie der engen Zusammenarbeit mit Betroffenen, inner- und außerbetrieblichen BEM-Akteur*innen entstanden und entstehen digitale BEM-Werkzeuge. Innerbetriebliche BEM-Akteur*innen werden unter anderem bei der Durchführung der BEM-Prozesse unterstützt und erhalten Informationen zum Um-

gang mit psychisch beeinträchtigten Beschäftigten. Zudem lassen sich Dokumente und Vorlagen – wie etwa Marketing-Materialien für die interne Bekanntmachung des BEM und Materialien für die innerbetriebliche Einführung einer Antistigma-Kampagne – herunterladen und z. T. individualisieren. Außerbetriebliche Akteur*innen (wie z. B. Vereine und Institutionen) haben die Möglichkeit, ihre Hilfsangebote zu veröffentlichen, die bspw. von Betroffenen und ihren Angehörigen eingesehen werden können. Betroffene und Angehörige erhalten schließlich barrierefreie Informationen rund um das BEM und psychische Beeinträchtigungen. Die BEMpsy-Plattform ist unter www.bempsy.de erreichbar.

Im Rahmen des Projektes BEMpsy erfolgte zwecks Ermittlung des Status Quo im BEM eine umfangreiche Analyse der Bedarfe von allen am BEM Beteiligten, d.h. von BEM-Berechtigten selbst, innerbetrieblichen sowie außerbetrieblichen BEM-Akteur*innen. Für die Erhebung wurde ein Mixed-Method-Design gewählt: Zunächst fand eine quantitative Online-Befragung statt, deren Erkenntnisse im Weiteren durch qualitative, leitfadengestützte Expert*innen-Interviews vertieft wurden. Diese differenzierte Vorgehensweise ermöglichte es, die BEM-Praxis erst umfassend zu explorieren, um dann die Erkenntnisse mithilfe von Best Practice-Einblicken und konkreten Ideen für digitale BEM-Werkzeuge anzureichern. Letztlich konnten dadurch diverse Perspektiven eingenommen werden und es wurde dem Umsetzungscharakter des Projekts BEMpsy Rechnung getragen, indem wissenschaftliche Erkenntnisse durch direkte Einblicke aus der Praxis ergänzt wurden.

Stichprobe

An der *quantitativen Online-Befragung* nahmen insgesamt $N = 229$ BEM-Akteur*innen aus Unternehmen, öffentlichen Betrieben und Verwaltungen aus 13 Bundesländern teil, darunter $n = 76$ BEM-Berechtigte und $n = 118$ innerbetriebliche Akteur*innen (z. B. Fallmanagement, Schwerbehindertenvertretung). Im Rahmen des Projektes BEMpsy wurden zudem $n = 35$ außerbetriebliche Akteur*innen (z. B. BEM-Schulung, BEM-Beratung) befragt. Diese Angaben werden jedoch nicht in den vorliegenden Artikel einbezogen.

Von den *BEM-Berechtigten*, die an der Online-Befragung teilnahmen, waren 68% weiblich und 32% männlich. Gemäß der Kategorisierung nach Toumi et al. (1985) war der überwiegende Anteil der BEM-Berechtigten geistig tätig (79%), 17% waren gleichermaßen geistig und körperlich tätig und nur 4% vorwiegend körperlich. 49% der BEM-Berechtigten erhielten im Laufe ihres Arbeitslebens ein BEM-Angebot; 51% erhielten mehr als ein BEM-Angebot, 24% mehr als zwei und 8% mehr als drei BEM-Angebote. Als krankheitsbedingte Ursache, die zum aktuellsten BEM geführt hat, gaben 78% der BEM-Berechtigten eine psychische Erkrankung an (67% mit einer ärztlichen Diagnose und 11% selbstdiagnostiziert). Die drei stärksten Branchen waren „Öffentlicher Dienst“ (49%), „Gesundheitswesen und Soziales“ (16%) sowie „Chemie und Pharma“ (16%).

Seitens der *innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen* waren 63% weiblich und 37% männlich. Sie erfüllten verschiedenste Rollen: Die drei am häufigsten vertretenen Rollen waren „BEM-Fallmanagement“ (39%), „Schwerbehindertenvertretung“ (26%) und „Betriebs-/Personalrat“ (25%). Unter den innerbetrieblichen Akteur*innen stellten die Branchen „Öffentlicher Dienst“ (35%), „Energieerzeugung“ (19%) und „Chemie und Pharma“ (15%) die drei stärksten dar.

An den *qualitativen Expert*innen-Interviews* nahmen insgesamt $N = 42$ BEM-Akteur*innen aus 21 Unternehmen teil, darunter $n = 14$ BEM-Berechtigte und $n = 16$ innerbetriebliche BEM-Akteur*innen (z. B. Fallmanagement, Schwerbehindertenvertretung). Weitere $n = 12$ Interviews mit außerbetrieblichen BEM-Akteur*innen (z. B. BEM-Schulung, BEM-Beratung) fließen nicht in den vorliegenden Artikel ein. Aufgrund des sensiblen Forschungsgegenstandes wurden die Interviews anonymisiert erhoben. Lediglich bei den interviewten *innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen* wurde die betriebliche Rolle miterfasst: Die drei am häufigsten vertretenen Rollen waren „Betriebs-/Personalrat“ (50%), „BEM-Fallmanagement“ (38%) und „Schwerbehindertenvertretung“ (31%).

Datenerhebung und -analyse

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen wird das jeweilige Vorgehen bei der quantitativen sowie qualitativen Datenerhebung und -analyse erläutert, unter Beachtung derjenigen Befragungsanteile, die Erkenntnisse in Bezug auf Gesundheitskultur liefern.

Die *quantitative Online-Befragung* fand vom 24.03.2021 bis zum 20.01.2022 statt. Die Entwicklung der zielgruppenspezifischen Fragebögen erfolgte unter Berücksichtigung wissenschaftstheoretischer Vorüberlegungen und empirischer Forschungsergebnisse: Das Konstrukt der Gesundheitskultur wurde mit insgesamt 18 Items zu drei Aspekten der Gesundheitskultur (*Organisationales Sozialverhalten, Organisationale Grundwerte und Überzeugungen sowie Organisationale Maßnahmen zum BGM*) auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft völlig zu“ (mit der zusätzlichen Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“ auf der Subskala Organisationales Sozialverhalten) erfasst. Die eigenkonstruierten Items wurden in ein einheitliches Frage- und Antwortschema überführt und zielgruppenübergreifend kontrastiert. Zur Analyse, welche Aspekte die Gesundheitskultur im BEM ausmachen, wurde der entwickelte Fragebogen zur Erhebung der Gesundheitskultur einer Faktorenanalyse unterzogen.

Ferner wurden in beiden Gruppen (BEM-Berechtigte und innerbetriebliche BEM-Akteur*innen) Angaben zur Demografie (z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss) und zur Arbeitssituation (z. B. Rolle im BEM, Leitungsfunktion, Arbeitszeitumfang) erhoben. Zusätzlich wurden bei der Gruppe der BEM-Berechtigten Angaben zur BEM-Berechtigung (z. B. Arbeitsunfähigkeitstage, Anzahl BEM-Angebote, krankheitsbedingte Ursachen für Arbeitsunfähigkeit) erfasst. Neben deskriptiven Berechnungen wurden – nach erfolgreicher Prüfung aller Voraussetzungen – *t*-Tests für unabhängige Stichproben vorgenommen, um zu untersuchen, ob sich BEM-Berechtigte und innerbetriebliche BEM-Akteur*innen signifikant in ihrer Einschätzung der Gesundheitskultur auf Subskalen- und Itemebene unterscheiden. Die Gruppenzugehörigkeit (zweistufig: BEM-Berechtigte vs. innerbetriebliche BEM-Akteur*innen) stellt dabei die unabhängige Variable (UV) dar, während die Subskalen der Gesundheitskultur die abhängigen Variablen (AVs) darstellen.

Die *qualitativen Expert*innen-Interviews* – mit einer Dauer von 60 bis 80 Minuten – wurden vom 05.07.2021 bis zum 02.09.2021 remote über ein Online-Konferenztool geführt. Die teilstandardisierten Interviews waren entsprechend der *AI* (Appreciative Inquiry; Bushe, 2011) als wertschätzender und praxisorientierter „Erkundungsprozess“ konzipiert und orientierten sich an den Items der

quantitativen Befragung: Es sollten bestehende Stärken, Potentiale sowie Best Practices identifiziert werden, um auf deren Basis Visionen in Bezug auf digitale Optimierungsmöglichkeiten im BEM zu entwickeln:

1. Zunächst wählten die Interviewten einen Aspekt der Gesundheitskultur, den sie besonders positiv erleben. Beispielitem: „Besonders positiv erlebe ich die Gesundheitskultur in meiner Organisation, weil a) auf die Gesundheit der Beschäftigten geachtet wird; b) Unternehmensleitlinien zum Umgang mit Menschen mit Schwerbehinderungen oder psychischen Beeinträchtigungen existieren; c) auffällt, wenn es Beschäftigten nicht gut geht; d) respektiert wird, wenn Beschäftigte aus gesundheitlichen Gründen weniger arbeiten.“
2. Im Anschluss vervollständigten die Interviewten die Frage „Dies wird in meiner Organisation insbesondere dadurch erreicht, dass ...“.

Die Auswertung der Interviews orientierte sich an Meuser und Nagel (1991), wonach das Textmaterial zunächst in seiner Komplexität reduziert und inhaltlich getreu paraphrasiert wird, um dann übergeordnete Kategorien zu bilden, denen die paraphrasierten Textinhalte zugeordnet werden. Zusätzlich wurden einzelne prägnante Aussagen, die die Kategorien näher beschreiben, als Ankerbeispiele dokumentiert. Abschließend erfolgte eine quantitative Auswertung der Häufigkeit der Nennungen jeder Kategorie für beide Befragengruppen.

Ergebnisse

Fragebogen zur organisationalen Gesundheitskultur

Da keine gesicherten Annahmen über die Beziehung der erhobenen Variablen vorlagen, erfolgte die Überprüfung der faktoriellen Struktur des Instrumentes zur Erhebung der Gesundheitskultur mittels explorativer Faktorenanalyse (Varimax, keine Faktorenzahlvorgabe, Kaiser-Normalisierung). Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium ($KMO = 0.89$) und der Barlett-Test ($\chi^2(171, N = 167) = 2153.42, p < .001$) verwiesen auf die Eignung der Variablen für die Faktorenanalyse. Die ideale Faktorenzahl wurde mittels Kaiser-Guttman-Kriterium (Eigenwert größer eins) und Cattells Scree-Test bestimmt. Es verblieben 18 Items auf drei bedeutsamen Faktoren der organisationalen Gesundheitskultur, mit denen 70% der Gesamtvarianz erklärbar sind. Die organisationale Gesundheitskultur wurde nach den folgenden drei Subskalen differenziert:

Die Subskala *Organisationales Sozialverhalten* (Eigenwert: 9.27; $N^{items} = 8$ mit Ladungen von

$r = .78-.88$) beschreibt, inwiefern Menschen mit Schwerbehinderungen und/oder psychischen Beeinträchtigungen vorurteilsfrei behandelt werden. Beispielitem: „In unserer Organisation werden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen toleriert und akzeptiert.“ Interne Konsistenz dieser Subskala: $\alpha = .96$.

Die Subskala *Organisationale Grundwerte und Überzeugungen* (Eigenwert: 2.60; $N^{items} = 7$ mit Ladungen von $r = .63-.83$) beschreibt, inwiefern die Befragten gesundheitsbezogene Normen und Werte am Arbeitsplatz wahrnehmen. Beispielitem: „In unserer Organisation wird Verständnis gezeigt für die gesundheitlichen Belange der Beschäftigten.“ Interne Konsistenz dieser Subskala: $\alpha = .91$.

Die Subskala *Organisationale Maßnahmen zum BGM* (Eigenwert: 1.41; $N^{items} = 3$ mit Ladungen von $r = .72-.81$) beschreibt, inwiefern die gesetzlich verankerten Säulen des BGM (Betrieblicher Arbeitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und BEM) Anwendung finden. Beispielitem: „In unserer Organisation werden Maßnahmen des betrieblichen Arbeitsschutzes (z. B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Gefährdungsbeurteilungen auch unter Berücksichtigung psychischer Belastungen usw.) durchgeführt.“ Interne Konsistenz dieser Subskala: $\alpha = .78$.

Tabelle 1 fasst die statistischen Kennwerte der Subskalen der Gesundheitskultur zusammen. Am positivsten wird die Gesundheitskultur von BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen auf der Subskala *Organisationale Maßnahmen zum BGM* eingeschätzt, gefolgt von den Subskalen *Organisationales Sozialverhalten* sowie *Organisationale Grundwerte und Überzeugungen*.

Unterschiede in der Einschätzung der Subskalen der organisationalen Gesundheitskultur

Um zu prüfen, ob sich signifikante Mittelwertunterschiede in den Einschätzungen der BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen auf den drei Subskalen der Gesundheitskultur zeigen, wurde zunächst für jeden Teilaspekt der Gesundheitskultur ein t -Test (zweiseitig) für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen Unterschiede in der Wahrnehmung der organisationalen Gesundheitskultur je nach Zugehörigkeit der betrachteten Zielgruppen. Am deutlichsten unterscheiden sich die Einschätzungen BEM-Berechtigter und innerbetrieblicher BEM-Akteur*innen in Bezug auf das Vorhandensein *Organisationaler Maßnahmen zum BGM*: Innerbetriebliche BEM-Akteur*innen schätzen das Vorhandensein betrieblicher BGM-Maßnahmen als überwiegend zutreffend ein, hingegen liegen die Antworten BEM-Berechtigter im

Subskalen organisationale Gesundheitskultur	M	SD	Interne Konsistenz	Anzahl der Items
Organisationales Sozialverhalten	3.78	0.87	.96	8
Organisationale Grundwerte und Überzeugungen	3.26	0.75	.91	7
Organisationale Maßnahmen zum BGM	3.95	0.92	.78	3

Tabelle 1

Kennwerte der Subskalen der organisationalen Gesundheitskultur (N = 167)

Anmerkung. Bestimmung der internen Konsistenz mittels Cronbach's α . Skala von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft völlig zu“; mit der zusätzlichen Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“ auf der Subskala „Organisationales Sozialverhalten“.

Subskalen Organisationale Gesundheitskultur	BEM- Berechtigte		innerbetriebliche BEM- Akteur*innen		t(df)	p	95% CI		Cohen's d
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Organisationales Sozialverhalten ^a	3.66	0.94	3.84	0.82	1.23(106.85)	0.223	-0.54	0.12	0.87
Organisationale Grundwerte und Überzeugungen	3.06	0.83	3.38	0.67	2.72(165)	0.007	-0.75	-0.12	0.74
Organisationale Maßnahmen BGM ^a	3.71	1.00	4.10	0.85	2.64(117.44)	0.009	-0.75	-0.12	0.91

Tabelle 2

Subskalen der organisationalen Gesundheitskultur im Vergleich zwischen BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen (N = 167)

Anmerkung. ^a Betrachtung des Welch-Tests. BEM-Berechtigte, n = 64; innerbetriebliche BEM-Akteur*innen, n = 103. CI = confidence interval; LL = lower limit; UL = upper limit. Skala von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft völlig zu“; mit der zusätzlichen Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“ auf der Subskala „Organisationales Sozialverhalten“.

mittleren Bereich. *Organisationale Grundwerte und Überzeugungen* werden von innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen signifikant gesundheitsförderlicher wahrgenommen als von BEM-Berechtigten. Hinsichtlich des *organisationalen Sozialverhaltens* unterscheiden sich die Einschätzungen BEM-Berechtigter und innerbetrieblicher BEM-Akteur*innen nicht signifikant voneinander. Dennoch nehmen BEM-Berechtigte dieses tendenziell weniger deutlich wahr als die innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen (vgl. Tabelle 2).

Die differenzierte Analyse der Einschätzungen BEM-Berechtigter und innerbetrieblicher BEM-Akteur*innen zu den Teilaspekten der Gesundheitskultur erfolgte auf Einzelitemebene mittels t-Test (zweiseitig) für unabhängige Stichproben (vgl. Tabelle 3).

Organisationale Maßnahmen zum BGM

Durchgängig schätzen BEM-Berechtigte das Vorhandensein *Organisationaler Maßnahmen zum BGM* als weniger zutreffend ein, als innerbetriebliche BEM-Akteur*innen dies tun. Nach Ansicht der BEM-Berechtigten werden signifikant weniger *Arbeitsschutzmaßnahmen* (z. B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Gefährdungsbeurteilungen usw.) durchgeführt sowie signifikant weniger *Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge* (z. B. Rückenschule, Achtsamkeitstraining) angeboten. Dass *Maßnahmen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement* (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, unterstützende Hilfsmittel, Anpassung der Arbeitsanforderungen) durchgeführt werden, neh-

men BEM-Berechtigte tendenziell, jedoch nicht signifikant, weniger deutlich wahr als die innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen.

Organisationale Grundwerte und Überzeugungen

Die nähere Betrachtung der Einzelitems der Subskala *Organisationale Grundwerte und Überzeugungen* zeigt, dass BEM-Berechtigte diese tendenziell negativer bewerten, als innerbetriebliche BEM-Akteur*innen dies tun. So fällt nach Ansicht BEM-Berechtigter signifikant weniger auf, *wenn es Beschäftigten nicht gut geht*. Ebenfalls schätzen BEM-Berechtigte die *Beachtung der Gesundheit von Beschäftigten*, den *generell wertschätzenden Umgang*, die *verfügbaren Hilfeleistungen im Fall hoher Belastungen* sowie das *Verständnis für gesundheitliche Belange* signifikant negativer ein als die innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen.

Organisationales Sozialverhalten

Tendenziell, jedoch nicht signifikant, nehmen BEM-Berechtigte ein vorurteilsfreies *Organisationales Sozialverhalten* gegenüber schwerbehinderten und psychisch beeinträchtigten Personen weniger deutlich wahr als die innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen. Signifikante Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der *Integration schwerbehinderter Menschen in den Arbeitsablauf*: Diese nehmen BEM-Berechtigte signifikant weniger deutlich wahr, als dies die innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen tun.

Tabelle 3

Einzelitems der Subskalen der organisationalen Gesundheitskultur im Vergleich zwischen BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen (N = 167)

	BEM-Berechtigte		innerbetriebliche BEM-Akteur*innen		t(df)	p	95% CI		Cohen's d
	M	SD	M	SD			LL	UL	
	Subskalen Organisationaler Gesundheitskultur								
Organisationales Sozialverhalten									
In unserer Organisation werden Menschen mit Schwerbehinderungen ...									
... toleriert und akzeptiert. ^a	3.94	0.96	4.22	0.89	1.78(112.48)	.078	-0.63	0.03	0.92
... in den Arbeitsablauf integriert. ^a	3.95	0.94	4.30	0.79	2.37(104.16)	.020	-0.74	-0.08	0.85
... vorurteilsfrei behandelt.	3.64	1.12	3.97	0.91	1.98(148)	.050	-0.66	0.01	0.99
... ohne Berührungspunkte behandelt. ^a	3.79	1.02	3.94	0.93	.87(111.73)	.387	-0.48	0.18	0.96
In unserer Organisation werden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ...									
... toleriert und akzeptiert. ^a	3.40	1.12	3.52	1.02	0.69(113.53)	.492	-0.45	0.21	1.06
... in den Arbeitsablauf integriert. ^a	3.72	1.02	3.72	1.01	0.10(120.98)	.977	-0.33	0.34	1.02
... vorurteilsfrei behandelt. ^a	3.34	1.12	3.31	1.02	0.17(114.84)	.867	-0.30	0.36	1.06
... ohne Berührungspunkte behandelt. ^a	3.50	1.10	3.36	1.00	0.77(115.11)	.440	-0.20	0.47	1.04
Organisationale Grundwerte & Überzeugungen									
In unserer Organisation ...									
... wird auf die Gesundheit der Beschäftigten geachtet.	3.41	0.95	3.84	0.79	3.22(165)	.002	-0.83	-0.19	0.86
... fällt es auf, wenn es den Beschäftigten nicht gut geht. ^a	2.95	1.03	3.39	0.78	2.90(107.72)	.005	-0.81	-0.17	0.89
... wird respektiert, wenn Beschäftigte aus gesundheitlichen Gründen weniger arbeiten. ^a	3.05	1.01	3.25	0.96	1.30(127.79)	.196	-0.52	0.10	0.98
... wird Verständnis gezeigt, für die gesundheitlichen Belange der Beschäftigten. ^a	3.19	0.96	3.47	0.83	1.92(119.05)	.057	-0.63	-0.01	0.88
... wird Beschäftigten geholfen, wenn sie an ihre Belastungsgrenze kommen. ^a	3.00	1.05	3.36	0.85	2.30(112.83)	.023	-0.70	-0.07	0.93
... gehen wir generell wertschätzend miteinander um. ^a	3.14	1.04	3.52	0.85	2.49(114.29)	.014	-0.73	-0.10	0.93
... sind Führungskräfte in puncto Gesundheit ein Vorbild.	2.69	1.22	2.83	0.89	8.41(165)	.401	-0.45	0.18	1.03
Organisationale Maßnahmen BGM									
In unserer Organisation werden Maßnahmen ...									
... des betrieblichen Arbeitsschutzes (z. B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Gefährdungsbeurteilungen auch unter Berücksichtigung psychischer Belastungen usw.) durchgeführt.	3.50	1.33	4.02	1.05	2.80(165)	.006	-0.76	-0.13	1.17
... der betrieblichen Gesundheitsfürsorge (z. B. Rückenschule, Achtsamkeitstraining, Gesundheitsgespräche, Stressprävention usw.) angeboten. ^a	3.52	1.30	3.95	1.15	2.20(121.60)	.029	-0.68	-0.05	1.21
... des betrieblichen Eingliederungsmanagements (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, unterstützende Hilfsmittel, Anpassung der Arbeitsanforderungen usw.) durchgeführt. ^a	4.11	0.89	4.34	0.89	1.62(165)	.107	-0.57	-0.06	0.89

Anmerkung. ^a Betrachtung des Welsh-Tests. BEM-Berechtigte, n = 64; innerbetriebliche BEM-Akteur*innen, n = 103. CI = confidence intervall. LL = lower limit, UL = upper limit. Skala von 1 = "trifft gar nicht zu" bis 5 = "trifft völlig zu"; mit der zusätzlichen Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“ auf der Subskala „Organisationales Sozialverhalten“.

Qualitative Interviews

Abbildung 2 zeigt die Auswertung der qualitativen Interviewdaten und umfasst Aspekte (nachfolgend als Kategorie bezeichnet), durch die die Gesundheitskultur in Organisationen nach Ansicht von BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen positiv beeinflusst wird.

Die häufigsten Nennungen der Befragten lassen sich der Kategorie (*vielfältige*) *BGM-Angebote*, welche der Subskala *Organisationale Maßnahmen zum BGM* zuzuordnen ist, verorten. Von den $n = 30$ befragten BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen wurde diese Kategorie insgesamt 34 Mal genannt. Hierbei waren 16 Nennungen von BEM-Berechtigten und 18 Nennungen von innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen.

Zudem schätzten die Befragten die Gesundheitskultur besonders positiv ein, wenn das *Wohlbefinden der Beschäftigten im Vordergrund* steht (30 Nennungen insgesamt, davon 15 von BEM-Berechtigten und 15 von innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen) sowie *Verständnis für gesundheitliche Belange Beschäftigter gezeigt wird* (22 Nennungen insgesamt, davon 12 von BEM-Berechtigten und 10 von innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen). Diese Kategorien sind der Subskala *Organisationale Grundwerte und Überzeugungen* zuzuordnen.

Die Gesundheitskultur wird hinsichtlich des vorurteilsfreien Umgangs mit Schwerbehinderten als besonders positiv wahrgenommen, weil eine *Anpassung des Arbeitsplatzes an die individuellen Voraussetzungen*, was sich durch Barrierefreiheit und praktische Hilfen (z. B. höhenverstellbare Tische) bemerkbar macht, erfolgt (17 Nennungen insgesamt, davon 4 von BEM-Berechtigten und 13 von innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen) sowie *Unvoreingenommenheit gegenüber dieser Personengruppe* existiert (9 Nennungen insgesamt, 1 von BEM-Berechtigten und 8 von innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen). Ebenso verhält es sich im Hinblick auf den vorurteilsfreien Umgang mit psychisch beeinträchtigten Beschäftigten. Besonders positiv wird die Gesundheitskultur in diesem Zusammenhang wahrgenommen, weil eine *individuelle Anpassung des Arbeitsplatzes an die Ressourcen Beeinträchtigter* erfolgt (9 Nennungen insgesamt, davon 3 von BEM-Berechtigten und 6 von innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen) sowie diesen Beschäftigten *unvoreingenommen gegenübergetreten wird* (9 Nennungen insgesamt, davon 3 von BEM-Berechtigten und 6 von innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen). Diese Kategorien sind der Subskala *Organisationales Sozialverhalten* zuzuordnen.

Die nähere Betrachtung der Kategorien, die dazu führen, dass die Gesundheitskultur positiv wahrgenommen wird, zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Nennungen BEM-Berechtigter und innerbetrieblicher BEM-Akteur*innen auf den folgenden Subskalen:

Am deutlichsten unterscheiden sich die Antworten der BEM-Berechtigten_(BB) und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen_(IBA) auf der Subskala *Organisationales Sozialverhalten* ($M_{BB} = 1.43$, $SD = 2.06$, $n = 16$; $M_{IBA} = 4.75$, $SD = 2.35$, $n = 16$; $t(28) = -4.12$, $p < .001$; 95%-CI[-2.30, -0.67]). BEM-Berechtigte nennen signifikant weniger Kategorien, durch die sich ein vorurteilsfreier Umgang mit schwerbehinderten und psychisch beeinträchtigten Personen bemerkbar macht. Auch hinsichtlich *Organisationaler Maßnahmen zum BGM* nennen BEM-Berechtigte signifikant weniger Kategorien, die dazu führen, dass dieser Aspekt der Gesundheitskultur positiv wahrgenommen wird, als die innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen dies tun ($M_{BB} = 1.14$, $SD = 0.66$, $n = 14$; $M_{IBA} = 2.44$, $SD = 1.36$, $n = 16$; $t(28) = -3.21$, $p = .003$; 95%-CI[-1.95, -0.39]).

Tendenziell, jedoch nicht signifikant, weniger Kategorien nennen BEM-Berechtigte ebenfalls in Bezug auf förderliche Faktoren der *Organisationalen Grundwerte und Überzeugungen* ($M_{BB} = 2.93$, $SD = 1.98$, $n = 14$; $M_{IBA} = 3.00$, $SD = 2.50$, $n = 16$; $t(28) = -0.087$, $p = .932$; 95%-CI[-0.75, 0.68]).

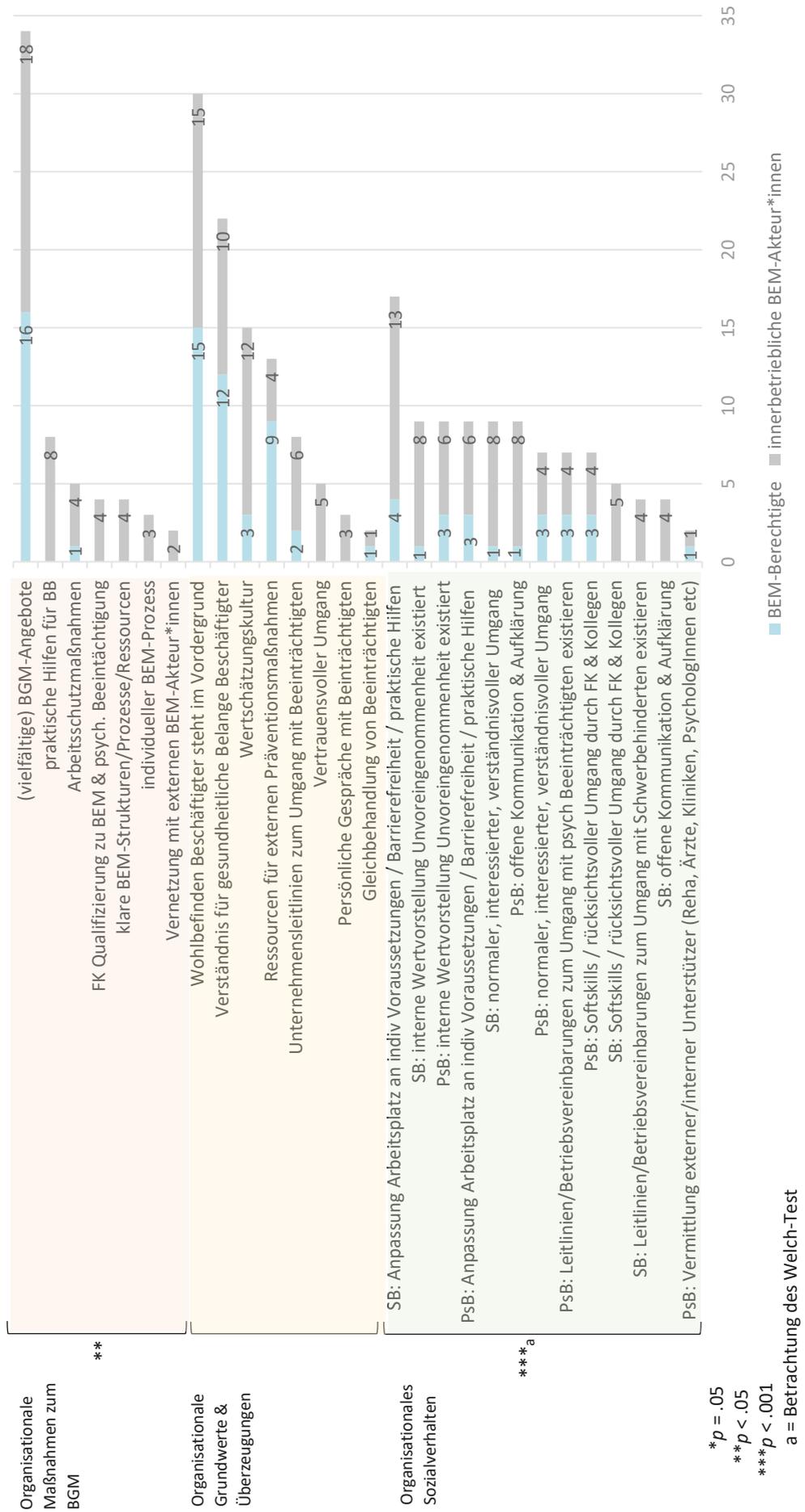
Diskussion

Das Ziel des vorliegenden Artikels ist es, das Konstrukt der *Gesundheitskultur* im Rahmen des BEM näher zu spezifizieren. Ein selbstkonstruierter Fragebogen zur Erhebung des Konstrukts wurde hinsichtlich der zugrundeliegenden faktoriellen Struktur überprüft und untersucht, ob Unterschiede in der Wahrnehmung der Gesundheitskultur zwischen BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen vorliegen. Zudem wurden qualitative Interviewdaten zu förderlichen Aspekten der Gesundheitskultur inhaltsanalytisch ausgewertet sowie hinsichtlich unterschiedlicher Einschätzungen von BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen untersucht.

Es konnten drei Faktoren des Konstrukts der Gesundheitskultur identifiziert werden, welche sich zu den Subskalen *Organisationales Sozialverhalten*, *Organisationale Grundwerte und Überzeugungen* sowie *Organisationale Maßnahmen zum BGM* zusammenfassen lassen und hoch reliabel sind. Die mehrfaktorielle Struktur der Gesundheitskultur lässt sich mit bisherigen Forschungsergebnissen in Einklang bringen (Elke, 2017; Osterspey, 2018; Thom, 2014). Die vorliegende Subskala *Organisationale Grundwerte und Überzeugungen* bildet verinnerlichte gesundheitsbezogene Normen und Werte BEM-Berechtigter und innerbetrieblicher BEM-Akteur*innen am Arbeitsplatz ab und steht damit in Übereinstimmung zu der Betrachtung von Osterspey (2018) als „Fundament einer Gesundheitskultur“ (Osterspey, 2018, S. 93). Dieses lässt sich nicht auf einzelne Personenkreise reduzieren, sondern besteht übergreifend und

Abbildung 2

Anzahl der Nennungen förderlicher Faktoren zur Optimierung der Gesundheitskultur (N = 30).



*p = .05

**p < .05

***p < .001

a = Betrachtung des Welch-Test

Anmerkung. BB = BEM-Berechtigte (n = 14), innerbetriebliche BEM-Akteur*innen (n = 16), FK = Führungskraft. SB = Schwerbehinderung. PsB = Psychische Beeinträchtigung. Die Anzahl der Nennungen ist anhand der Stichprobengröße je Zielgruppe relativiert.

tiefverwurzelt in Organisationen. Deutlich wird der Bezug ebenfalls zu dem von Elke (2017) beschriebenen unbewussten Kulturkern, der sich aus zugrundeliegenden, als selbstverständlich betrachteten Annahmen und Normen bildet, sowie zu der postulierten mittleren, teils unbewussten, teils bewussten Ebene, die persönliche Werte, Überzeugungen, Einstellungen und Erwartungen beinhaltet.

Die vorliegende Konzeptualisierung der Items zur Erfassung des *Organisationalen Sozialverhaltens* geht davon aus, dass ein tolerantes und wertschätzendes Sozialverhalten innerhalb der Organisation die Gesundheitskultur fördert. Insbesondere der vorurteilsfreie Umgang mit schwerbehinderten und psychisch beeinträchtigten Personen durch Kolleg*innen und Führungskräfte sorgt für eine positive Gesundheitskultur. Damit stehen diese Aspekte im Einklang mit der von Osterspey (2018) und Thom (2014) postulierten Ebene der Arbeits- und Beziehungsorganisation, welche stabile und unterstützende Sozialstrukturen als bedeutsam für die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Kultur erachtet.

Die Gesundheitskultur wird ebenfalls durch äußere, beobachtbare Faktoren mitbestimmt (Elke, 2019; Osterspey, 2018; Thom, 2014), wie sie vorliegend durch die Subskala *Organisationale Maßnahmen zum BGM* erfasst wurden. Diese beinhaltet von außen beobachtbare betriebliche Maßnahmen des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsfürsorge sowie des BEM, welche sich durch materielle (z. B. technische und ergonomische Ausstattung von Arbeitsplätzen) und immaterielle Ressourcen (z. B. klare BGM Strukturen oder Gesundheitskampagnen) bemerkbar machen.

Praktische Implikationen

Es zeigte sich, dass die organisationale Gesundheitskultur ein durch mehrere Ebenen menschlicher und betrieblicher Artefakte geprägtes Konstrukt ist. Die vorliegende Untersuchung trägt zu einem verbesserten theoretischen Verständnis der wichtigsten Merkmale der Gesundheitskultur bei und kann helfen, Schwachstellen im Unternehmen zu identifizieren. Zudem schärft sie das Bewusstsein über die Notwendigkeit des Einbezugs unterschiedlicher Betrachtungsperspektiven sämtlicher betrieblicher Akteur*innen bei der Bewertung der organisationalen Gesundheitskultur. Dies ermöglicht die Entwicklung gezielter Maßnahmen zur Gestaltung einer positiven Gesundheitskultur. Die vorliegenden erhobenen Best Practice-Beispiele können dabei Anhaltspunkte geben.

Vorliegend zeigen sich signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung der Gesundheitskultur von BEM-Berechtigten und innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen. Am deutlichsten unterscheiden sich die Wahrnehmungen hinsichtlich *Organisationaler*

Maßnahmen zum BGM. Innerbetriebliche BEM-Akteur*innen schätzen das *Vorhandensein von Unterstützungsleistungen im BGM* als überwiegend zutreffend ein; BEM-Berechtigte hingegen nehmen diese Art von Unterstützungsleistungen weniger deutlich wahr und stimmen nur mittelmäßig zu. Insbesondere *betriebliche Maßnahmen des Arbeitsschutzes* und der *Gesundheitsfürsorge* werden von BEM-Berechtigten signifikant weniger deutlich wahrgenommen. Für die Praxis ergibt sich daraus die Frage, ob innerbetriebliche BGM-Maßnahmen den BEM-berechtigten Personen tatsächlich in ausreichendem Maße zugänglich sind. Organisationen sollten möglicherweise bestehende Unkenntnisse seitens BEM-Berechtigter über unterstützende organisationale Strukturen, etwaige Ansprechpersonen und verfügbare BGM-Maßnahmen vermeiden. Insbesondere – dies unterstreicht die Analyse der qualitativen Interviewdaten – gestaltet sich die Gesundheitskultur sehr positiv, wenn *vielfältige BGM-Angebote verfügbar* sind.

Signifikante Unterschiede zeigen sich ebenfalls in der Wahrnehmung *Organisationaler Grundwerte und Überzeugungen*. Dass auf die *Gesundheit der Beschäftigten geachtet* wird, es *auffällt, wenn es ihnen nicht gut geht, Verständnis für gesundheitliche Belange gezeigt* und ihnen *in Belastungssituationen geholfen* wird sowie ein *wertschätzendes Miteinander existiert*, nehmen BEM-Berechtigte weniger deutlich wahr, als innerbetriebliche Akteur*innen dies tun. Unternehmen sollten ihre gesundheitsbezogenen Normen und Werte hinterfragen und sicherstellen, dass diese übergreifend gelebt und erlebt werden. Die vorliegende qualitative Untersuchung liefert diesbezüglich ebenfalls wichtige Gestaltungsimpulse: Besonders positiv werden *organisationale Grundwerte und Überzeugungen* beeinflusst, wenn eine Kultur herrscht, die das *Wohlbefinden der Beschäftigten in den Vordergrund* stellt, von *Verständnis* und *Wertschätzung* geprägt ist und *Ressourcen für Prävention* sowie *Leitlinien zum Umgang mit Beeinträchtigten* existieren. Diesbezüglich sind sich beide Befragtengruppen weitestgehend einig.

Das *Organisationale Sozialverhalten* bewerten die Befragtengruppen ebenfalls weitestgehend übereinstimmend. Signifikante Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der *Integration Schwerbehinderter in den Arbeitsablauf*. Diese ist nach Einschätzung der BEM-Berechtigten signifikant weniger deutlich wahrnehmbar, als nach Einschätzung der innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen. Jedoch ist es – so zeigen es die qualitativen Daten – gerade die *Anpassung des Arbeitsplatzes an die individuellen Voraussetzungen Schwerbehinderter*, inklusive der Berücksichtigung von Barrierefreiheit und praktischen Hilfestellungen, die dazu führt, dass das organisationale Sozialverhalten besonders positiv erlebt wird.

Limitationen

Die vorliegenden Diskrepanzen der quantitativen und qualitativen Ergebnisse könnten in der abweichenden Stichprobe der beiden Datenerhebungen begründet sein. Zum einen stammt die Stichprobe beider Erhebungen zwar aus weitestgehend ähnlichen Branchen, jedoch aus unterschiedlichen Unternehmen und bewertet somit auch unterschiedliche Gesundheitskulturen und nicht „die eine Gesundheitskultur“. Zum anderen ist die Stichprobengröße zum Zeitpunkt der qualitativen Untersuchung deutlich kleiner als zum Zeitpunkt der quantitativen Befragung, so dass hierin eine Erklärung für das abweichende Antwortverhalten begründet sein könnte. Auch haben innerbetriebliche BEM-Akteur*innen – insbesondere, wenn sie im BGM tätig sind – offensichtlich einen objektiveren Blick auf das Vorhandensein innerbetrieblicher BGM- und BEM-Strukturen sowie gesundheitsförderlicher Maßnahmen als BEM-Berechtigte, die diese Aspekte eher aus subjektiver Sicht einschätzen. Ferner ist die Nichtnennung förderlicher Aspekte der Gesundheitskultur nicht automatisch mit Unwichtigkeit dieser gleichzusetzen. Vielmehr lässt sich vermuten, dass bestimmte förderliche Aspekte in der Wahrnehmung der Befragten nicht salient sind, um sie zu benennen.

Die verhältnismäßig positivere Haltung der innerbetrieblichen BEM-Akteur*innen gegenüber allen Aspekten der Gesundheitskultur könnte auch mit ihrer Stellung und Verantwortung in der Organisation zusammenhängen: So gestalten innerbetriebliche BEM-Akteur*innen die organisationale Gesundheitskultur maßgeblich mit und könnten eine stärkere Identifikation mit den Zielen der Organisation sowie eine optimistischere Sicht hinsichtlich der Zielerreichung besitzen. BEM-Berechtigte hingegen sehen sich unter Umständen eher pessimistisch als eine Person, die der „Übermacht“ der Organisation ausgeliefert ist, und bewerten die Gesundheitskultur gegebenenfalls skeptischer.

Zukünftige Forschung und Fazit

Die vorliegenden Erkenntnisse leisten einen wichtigen Beitrag zur Beforschung des Konstruktes *Gesundheitskultur*. Im Rahmen zukünftiger Forschung sollte eine Validierung des Fragebogens zur Erhebung der *Organisationalen Gesundheitskultur* stattfinden. Um etwaige Verzerrungstendenzen einzudämmen und eine möglichst hohe externe Validität der Befunde zu erreichen, empfiehlt sich hierbei der Einbezug einer breiteren und diverseren Stichprobe hinsichtlich Branchen- und Tätigkeitsart.

In Anbetracht der sich ausweitenden Digitalisierung in allen Lebens- und Arbeitsbereichen, sollte zukünftige Forschung noch stärker digitale Optimierungsmöglichkeiten im BEM und die diesbe-

züglich vorliegend erhobenen qualitativen Daten einbeziehen.

Gerade für BEM-Berechtigte könnte das Erleben einer positiven Gesundheitskultur für eine erfolgreiche Wiedereingliederung bedeutsam sein. Damit die Gesundheitskultur auch von BEM-Berechtigten positiver wahrgenommen wird, ist Aufklärung über den BEM-Prozess sowie innerbetriebliche BEM-Strukturen, Zuständigkeiten und BGM-Maßnahmen notwendig. Zudem ist die Schaffung einer gesundheitsbewussten und -förderlichen Haltung der Beschäftigten wichtig. Dies kann erreicht werden, indem Beschäftigte dahingehend gestärkt werden, die eigene Situation zu reflektieren und gesundheitsförderliche Maßnahmen für sich abzuleiten.

Im Rahmen des Projektes BEMpsy wurden aufbauend auf den vorliegenden Ergebnissen digitale Werkzeuge entwickelt, die zur Förderung der Gesundheitskultur und letztlich dem Gelingen von BEM-Prozessen beitragen können. Denn eine durch Subjekt und Gemeinschaft gestaltete gesundheitsförderliche Kultur hat positiven Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten und trägt langfristig zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit bei.

Literatur

- Abrahamson, K., Fu, R., Pressler, K., Fulton, B. R., Morgan, K. H. & Anderson, J. G. (2018). Organizational Role and Perception of Organizational Safety Culture: A Survey of Registered Nurses, Physicians, and Managers. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 23(3), 1–10. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No03PPT25> <https://doi.org/10.1002/wps.20830>
- Alvesson, M. & Berg, P. O. (2011). *Corporate Culture and Organizational Symbolism: An Overview* (reprint 2010). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110136074>
- AOK (2023). *Gesundheits-Report 2023. Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg*. AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse. <https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/rheinland-hamburg/pdf/gesundheitsreport-2023.pdf>
- Badura, B. (2015). Auf die Bindung kommt es an – Zum Einfluss der Organisationskultur auf Gesundheit und Betriebsergebnis. In K. Mallich-Pötz & K. Guiérrez-Lobos (Hrsg.), *Erfolgsfaktor Gesundheit* (S. 8–13). facultas.
- Berger, R. (2019). Gesundheitskultur – Die Ressource der Zukunft. In D. Brommer, S. Hockling & A. Leopold (Hrsg.), *Faszination New Work: 50 Impulse Für Die Neue Arbeitswelt* (S. 131–140). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24618-1_16
- Bogert, B., Fuchs-Frohnhofen, P. & Palm, G. (2019). Psychischen Belastungen in der Pflege durch eine wertschätzende Gesundheitskultur begegnen – Erfahrungen bei den St. Gereon Seniorendiensten. In F. Knieps & H. Pfaff (Hrsg.), *BKK Gesundheitsreport 2019. Psychische Gesundheit und Arbeit* (S. 424–430). MWV.

- Bushe, G. R. (2011). Appreciative Inquiry: Theory and Critique. In D. Boje, B. Burnes & J. Hassard (Hrsg.), *The Routledge Companion to Organizational Change* (S. 87–103). Routledge.
- Chang, Y.-T., Tsai, F.-Y., Yeh, C.-Y. & Chen, R.-Y. (2021). From Cognition to Behavior: Associations of Workplace Health Culture and Workplace Health Promotion Performance with Personal Healthy Lifestyles. *Frontiers in Public Health*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.745846>
- Cieciora, M., Pietrzak, P., Dębski, M., Kandefer, K. & Bołkunow, W. (2021). Differences in the Perception of Organizational Culture in Non-Public Universities in Poland by Academic and Administrative Staff – A Study based on Cameron and Quinn's Model. *Foundations of Management*, 13(1), 131–144. <https://doi.org/10.2478/fman-2021-0010>
- Elke, G. (2017, 17. Oktober). *Rolle und Entwicklung einer Präventionskultur – die fachliche Perspektive* [Konferenzpräsentation]. A+A, Düsseldorf, Deutschland.
- Elke, G. (2019). Sicherheits- und Gesundheitskultur (SGK). In A. Gerlmaier & E. Latniak (Hrsg.), *Handbuch psycho-soziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit* (S. 425–432). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26154-2_38
- Etterich, A.-C., Prümper, J. & Schmidt-Rögnitz, A. (2023). Betriebs- und Dienstvereinbarungen im BEM – ein Blick auf die Praxis. *Wirtschaftspsychologie*, 3, 201–208.
- Gregersen, S., Vincent-Höper, S., Schambortski, H. & Nienhaus, A. (2020). Führung und Gesundheit der Beschäftigten. In P. Kriwy & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 559–579). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06392-4_19
- Hasselmann, O., Schauerte, B. & Schröder, J. (2017). Digitalisierung: Herausforderungen meistern und Krisen vermeiden: Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In B. Badura, A. Ducki, M. Meyer & J. Schröder (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2017* (S. 39–51). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54632-1_4
- Hübers, M., Krapf, F., Beer, M., Hopf, M. V., Rees, S.-L., Mraß, U., Arps, W., Ramcke, N., Petersen, S., Straub, R. & Schmitt, K. (2022). *#whatsnext – Gesund arbeiten in der hybriden Arbeitswelt*. Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung GmbH. <https://www.tk.de/resource/blob/2145756/3005523ae7a54b38cbdd7445021c db11/studie--whatsnext-2023-data.pdf>
- Jia, Y., Fu, H., Goa, J. Dai, J. & Zheng, P. (2018). The roles of health culture and physical environment in workplace health promotion: a two-year prospective intervention study in China. *BMC Public Health*, 18 (1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5361-5>
- Jia, Y., Gao, J., Dai, J., Zheng, P. & Fu, H. (2017). Associations between health culture, health behaviors, and health-related outcomes: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 12(7), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178644>
- Knieps, F. & Pfaff, H. (2022). *BKK Gesundheitsreport 2022*. MWV.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441–471). Opladen.
- Osterspey, A. (2018). *Gesundheitskultur: Entwicklung und Verankerung durch Personalmanagement*. Springer.
- Prümper, J., Reuter, T. & Sporbert, A. (2015). *BEMNetz – Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt*. HTW Berlin.
- Schein, E. H. (1984). Coming to a New Awareness of Organizational Culture. *Sloan Management Review*, 25(2), 3–16.
- Schein, E. H. (2018). *Organisationskultur und Leadership*. Vahlen.
- Schmitt-Howe, B. & Hammer, A. (2019). *Formen von Präventionskultur in deutschen Betrieben*. BAuA.
- Schreyögg, G. (2016). Organisationskultur. In G. Schreyögg (Hrsg.), *Grundlagen der Organisation* (S. 175–197). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-13959-9_10
- Strauß, B., Berger, U. & Rosendahl, J. (2021). Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. *Psychotherapeut*, 66(3), 175–185. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00504-7>
- Thom, N. (2014). Die vier Ebenen der Gesundheitskultur. *Personalwirtschaft*, 11, 20–23. <https://doi.org/10.7892/boris.89953>
- Techniker Krankenkasse (2023). *Gesundheitsreport 2023 – Arbeitsunfähigkeiten*. <https://www.tk.de/resource/blob/2146912/b3da7656eefb503fd4f836b2fc75974c/gesundheitsreport-au-2023-data.pdf>
- Tuckey, M. R., Winwood, P. C. & Dollard, M. F. (2012). Psychosocial culture and pathways to psychological injury within policing. *Police Practice & Research*, 13(3), 224–240. <https://doi.org/10.1080/15614263.2011.574072>
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Eskelinen, L., Järvinen, E., Toikkainen, J. & Klockars, M. (1991). Work Ability Index (WAI) [Datensatz]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t58607-000>



Corresponding Author:

Manuela Metzner* (M. Sc.)

Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin
Treskowallee 8
10318 Berlin
manuela.metzner@htw-berlin.de



Kathrin Moreno Superlano (M. Sc.)

Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin
Treskowallee 8
10318 Berlin
kathrin.moreno@htw-berlin.de



Corresponding Author:

Dipl.-Psychologin Anika Melzer*

Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin
Treskowallee 8
10318 Berlin
anika.melzer@htw-berlin.de



Inka Krüger (M. Sc.)

Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin
Treskowallee 8
10318 Berlin
inka.krueger@htw-berlin.de



Prof. Dr. Jochen Prümper

Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin
Treskowallee 8
10318 Berlin
jochen.pruemper@htw-berlin.de