



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Anreize zur Förderung der Teilnahme an betrieblicher
Gesundheitsförderung bei Lehrlingen und jungen
Mitarbeitenden

verfasst von | submitted by
Lukas Locker BA BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 914

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Internationale Betriebswirtschaft

Betreut von | Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Michaela Schaffhauser-
Linzatti

Kurzfassung

Die vorliegende Studie untersucht, welche Anreize Lehrlinge und junge Mitarbeitende zur Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen (BGF) motivieren und wie diese Anreize aus Sicht von BGF-Verantwortlichen in Unternehmen eingeschätzt und eingesetzt werden. Als theoretischer Rahmen dient die Selbstbestimmungstheorie (SDT) nach Deci und Ryan (1985) (Deci & Ryan, 1985), die drei grundlegende psychologische Bedürfnisse postuliert – Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit – und Motivation entlang eines Kontinuums von kontrollierter zu autonomer Regulation beschreibt. Zur Erhebung wurden zwei eigenständige Online-Fragebögen entwickelt und durchgeführt: einer für Lehrlinge und junge Mitarbeitende (n = 184 gestartet, n = 164 inhaltlich auswertbar) sowie einer für BGF-Verantwortliche in Unternehmen (n = 12 gestartet, n = 8 vollständig ausgefüllt). Die Auswertung umfasst deskriptivstatistische Kennwerte (Mittelwert, Median, Modus, Standardabweichung, Varianz, Minimum, Maximum, Range) für alle Items sowie eine RAI-Analyse auf Basis des Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire-3 (BREQ-3). (Markland & Tobin, 2004; Wilson et al., 2006)

Die Ergebnisse zeigen, dass Autonomie der stärkste und robusteste Motivationshebel ist: Wahlfreiheit bei Zeitpunkt, Angebotsform und Belohnungsart wird von Lehrlingen konsistent höher bewertet als externe Vorgaben oder direkte Aufforderungen. Das globale Autonomie-Statement erzielt mit $M = 4.47$ den höchsten Zustimmungswert der gesamten Befragung. Die RAI (Relative Autonomy Index)-Analyse offenbart dabei ein zentrales Paradoxon: Die von Lehrlingen am stärksten befürworteten klassischen Anreize – freier Tag, Geldbelohnung, Arbeitszeit-Integration – sind motivationspsychologisch betrachtet extern reguliert und belasten den RAI am stärksten negativ, während anwendbares Lernen und Selbstbestimmung die höchsten positiven RAI-Beiträge leisten. Der Vergleich mit der Unternehmensbefragung zeigt eine strukturelle Diskrepanz: Der meistgesetzte Unternehmensanreiz – die direkte Aufforderung durch Vorgesetzte – korrespondiert mit einem der schwächsten Werte auf Lehrlingseite. Die von Lehrlingen am stärksten priorisierten Maßnahmen werden von keinem der befragten Unternehmen eingesetzt. Die Studie liefert empirische Grundlagen für die zielgruppenspezifische Gestaltung von BGF-Programmen und zeigt, dass nachhaltige Teilnahmemotivation weniger durch materielle Anreize als durch Autonomieunterstützung, alltagsrelevante Inhalte und ein druckfreies Setting gefördert wird.

Abstract

This study examines which incentives motivate apprentices and young employees to participate in workplace health promotion programs (WHP) and how these incentives are assessed and implemented from the perspective of WHP managers in companies. The theoretical framework is based on Self-Determination Theory (SDT) by Deci and Ryan (1985) (Deci & Ryan, 1985), which postulates three fundamental psychological needs – autonomy, competence, and relatedness – and describes motivation along a continuum ranging from controlled to autonomous regulation. Two independent online questionnaires were developed and administered: one targeting apprentices and young employees (n = 184 started, n = 164 yielding usable responses) and one targeting WHP managers in companies (n = 12 started, n = 8 fully completed). The analysis encompasses descriptive statistical measures (mean, median, mode, standard deviation, variance, minimum, maximum, range) for all items, as well as a RAI analysis based on the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire-3 (BREQ-3). (Markland & Tobin, 2004; Wilson et al., 2006)

The results indicate that autonomy is the strongest and most robust motivational lever: freedom of choice regarding timing, type of offering, and form of reward is consistently rated higher by apprentices than external requirements or direct requests. The global autonomy statement achieves the highest level of agreement in the entire survey with $M = 4.47$. The RAI (Relative Autonomy Index) analysis reveals a central paradox: the classical incentives most strongly endorsed by apprentices – a day off, monetary rewards, and participation during working hours – are, from a motivational psychology perspective, externally regulated and exert the strongest negative impact on the RAI, while applied learning and self-determination yield the highest positive RAI contributions. A comparison with the company survey reveals a structural discrepancy: the most commonly used corporate incentive – direct requests by supervisors – corresponds with one of the weakest ratings on the apprentice side. The measures most strongly prioritized by apprentices are not offered by any of the surveyed companies. The study provides an empirical basis for the target-group-specific design of WHP programs and demonstrates that sustainable participation motivation is fostered less by material incentives than by autonomy support, everyday-relevant content, and a pressure-free setting.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Motivation und Forschungsfragen	2
1.3	Aufbau der Arbeit	4
2	Theorie	5
2.1	Definitionen	5
2.1.1	Gesundheitsförderung	5
2.1.2	Lehrlinge	6
2.2	Abgrenzungen der Ziele der Arbeit	7
2.3	Theoretische Grundlagen der Motivation	8
2.3.1	Motivationstheorien	8
2.3.2	Anwendung der Selbstbestimmungstheorie auf betriebliche Gesundheitsförderprogramme bei Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden	12
2.4	Aktueller Forschungsstand zur Teilnahmequote von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen	14
2.4.1	Betriebliche Gesundheitsförderprogramme	14
2.4.2	Teilnahmequoten von Jugendlichen und Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen	16
2.4.3	Anreize	18
2.4.3.1	Definition	18
2.4.3.2	Intrinsische und extrinsische Anreize	19
2.4.3.3	Monetäre und nicht monetäre Anreize	20
2.4.3.4	Anreize für Gesundheitsprogramme	22
2.4.3.5	Abgrenzung des Begriffs Anreiz	37
3	Methodik	38
3.1	Wahl der Methode	38
3.1.1	Methodik der Analyse	38
3.1.2	BREQ-3	39
3.1.3	W-BNS-G	43
3.1.4	Komplementarität und Adaption der Instrumente	46

3.2	Stichprobe	47
3.2.1	Bedingungen	47
3.2.2	Stichprobengröße	47
3.2.3	Firmen und Schulen	48
3.3	Fragebögen	49
3.4	Datenerhebung	51
3.5	Datenaufbereitung	52
3.6	Datenschutz	52
4	Ergebnisse und Diskussion	53
4.1	Analyse der Fragebögen	53
4.1.1	Fragebögen an Unternehmen	54
4.1.2	Fragebögen an junge Mitarbeitende und Lehrlinge	63
4.2	Zusammenführung und Interpretation der Ergebnisse	82
4.2.1	Umfrageergebnis im Kontext SDT	82
4.2.2	Die drei SDT-Dimensionen im Einzelnen	83
4.2.2.1	Autonomie	83
4.2.2.2	Kompetenz	83
4.2.2.3	Soziale Eingebundenheit	84
4.2.3	Klassische Anreize im Licht der SDT	84
4.2.4	Gegenüberstellung: Lehrlinge und BGF-Verantwortliche	86
5	Fazit	87
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	87
5.2	Einschränkungen der Ergebnisse	91
5.3	Empfehlungen zur Anreizsetzung	92
5.4	Ausblick auf zukünftige Forschung	94
	Literaturverzeichnis	97

Abbildungsverzeichnis

1	Das SDT-Modell der Veränderung von Gesundheitsverhalten	12
---	---	----

Tabellenverzeichnis

1	Die sechs Regulationstypen des BREQ-3	41
2	Subskalen der W-BNS-G und ihre inhaltliche Abgrenzung	44
3	Komplementarität von BREQ-3 und W-BNS-G	46
4	Rücklauf-Statistik zu den Fragebogen an Verantwortliche von betrieblicher Gesundheitsförderung in Unternehmen	53
5	Rücklauf-Statistik zu den Fragebogen an Lehrlinge und junge Mitarbeitende . .	54
6	Grunddaten der Unternehmen	55
7	Bereits angewandte Anreize in den Unternehmen	56
8	Verwendete Anreiz-Arten in den befragten Unternehmen	57
9	Fragen Schlüssel Autonomie der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden	57
10	Relevanz der BGF-Maßnahmen für Lehrlinge und junge Mitarbeitende bei den befragten Unternehmen	58
11	Fragen Schlüssel Relevanz BGF-Maßnahmen	58
12	Betriebliche Bereitschaft für spezifische BGF-Maßnahmen für Lehrlinge und junge Mitarbeitende	59
13	Fragen Schlüssel Bereitschaft für spezifische BGF-Maßnahmen	60
14	Konstrukt-Summenscores BGF-Verantwortliche	61
15	Verteilung der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden anhand des Geschlechts .	63
16	Verteilung der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden anhand Alter und Lehrjahr	63
17	Bisherige Teilnahme an BGF	64
18	Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Autonomie-Fragen . .	64
19	Fragen Schlüssel Autonomie der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden	65
20	Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Kompetenz-Fragen . .	66
21	Fragen Schlüssel Kompetenz der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden	67
22	Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Fragen der sozialen Eingebundenheit	68
23	Fragen Schlüssel soziale Eingebundenheit der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden	69
24	Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Fragen der Selbstbestimmungstheorie	69

25	Fragen Schlüssel Selbstbestimmungstheorie der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden	70
26	Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Fragen nach konkreten Anreizen	70
27	Fragen Schlüssel konkrete Anreize für Lehrlinge und junge Mitarbeitende . . .	71
28	Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Fragen nach dem wirkungsvollsten Anreiz	72
29	Konstrukt-Summenscores Lehrlinge und junge Mitarbeitende	73
30	Kategorisierung Einzelitem zu RAI-Kategorien	75
31	Subskalen-Ergebnisse der RAI-Auswertung	80
32	Verteilung RAI Gesamt	81
33	Auswertung RAI Gesamt	82

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BPNS	Basic Psychological Needs Satisfaction
BPNSS	Basic Psychological Needs Satisfaction Scale
BPNT	Basic Psychological Needs Theory
BREQ	Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire
bzw.	beziehungsweise
CFI	Comparative Fit Index
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
et al.	und andere
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
HR	Human Resources
HRBP	HR Business Partner
IT	Informationstechnologie
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
M	Mittelwert
MA	Mitarbeiter
Max	Maximum
Md	Median
Min	Minimum
Mo	Modus
n	Anzahl
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OIT	Organismic Integration Theory
RAI	Relative Autonomy Index
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
S.	Seite
s^2	Varianz
SD	Standardabweichung

SDT	Selbstbestimmungstheorie
SE	Soziale Eingebundenheit
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
W-BNS	Work-Related Basic Need Satisfaction Scale
W-BNS-G	German version of the Work-Related Basic Need Satisfaction Scale
WHO	World Health Organization
WHP	Work Health Promotion Programs
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein wichtiger Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements und zielt darauf ab, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu fördern. Dies ist nicht nur für jene Arbeitnehmer von Bedeutung, die von solchen Programmen profitieren, sondern auch für die Arbeitgeber, da krankheitsbedingte Ausfälle zu erheblichen finanziellen Einbußen führen können. Beispielsweise wurde geschätzt, dass arbeitsbedingte Krankheiten in den Vereinigten Staaten von Amerika jährlich Kosten in Höhe von insgesamt 250 Milliarden US-Dollar verursachen. (Martinsson et al., 2016, S. 2) Laut der Wirtschaftskammer Österreich kosteten Fehlzeiten von Mitarbeitenden in Österreich aufgrund von Krankheiten im Jahre 2023 ungefähr 14,7 Milliarden Euro, dies entspricht 3,1% des Bruttoinlandsprodukts. (WKO Fehlzeitenreport, 2025) Dies zeigt, dass auch in Österreich der wirtschaftliche Schaden durch krankheitsbedingte Fehlzeiten nicht zu unterschätzen ist.

In einer Studie aus dem Jahre 2022 schreiben Mohamed et al., dass beruflicher Stress ein bekanntes Problem ist, das sowohl Industrie- als auch Entwicklungsländer betrifft. Dieses Problem der weltweiten Epidemie des beruflichen Stresses wurde durch Globalisierung und tiefgreifende Veränderungen in der Arbeitswelt – wie technologische Entwicklungen, höhere Arbeitsanforderungen und Arbeitsbelastung, Alterung, demografische Veränderungen in der Erwerbsbevölkerung, eine schlechte Work-Life-Balance, Arbeitsplatzunsicherheit und prekäre Beschäftigungsverhältnisse – sogar noch verschärft. (Mohamed et al., 2022, S. 1113) Neuere Befragungen von fast 38.000 erwerbstätigen Erwachsenen in 34 Märkten auf sechs Kontinenten zeigen, dass im Zuge der Pandemie ein deutlicher Rückgang des alltäglichen Stresses am Arbeitsplatz zu beobachten ist. Jedoch geht aus der Umfrage auch hervor, dass die Zufriedenheit mit dem Stressniveau im Alter deutlich zunimmt, während nur 10% der Mitarbeitenden bis 26 Jahre angaben, mit ihrem Stressniveau zufrieden zu sein. Europa verzeichnet bei der Befragung mit 19% den höchsten Anteil an überlasteten Beschäftigten weltweit. (ADP Research Institute, 2024)

Es ist bekannt, dass junge Mitarbeitende und Lehrlinge heutzutage mehr Fehlzeiten aufgrund psychischen und physischen Krankheiten anhäufen als noch vor ein paar Jahrzehnten. Dies kann zu frühen Depressionen oder körperlichen Beschwerden führen. Diese Aussagen

werden durch Krankschreibungen zum Beispiel bei der DAK-Gesundheit Krankenkasse in Deutschland belegt. Die Fehltagel aufgrund psychischer Erkrankungen sind von 2013 bis 2023 um 52% angestiegen und bei den jüngeren Beschäftigten war der Zuwachs der Krankschreibungen am höchsten. (DAK-Gesundheit, 2024) Vor allem junge Menschen aus bildungsferneren Schichten sind zwei- bis dreifach mehr gefährdet, an psychischen Erkrankungen zu erkranken. (COPSY Report, 2024, S. 678)

Gesundheitsförderprogramme könnten hierfür eine Lösung sein. Anreize spielen dabei eine entscheidende Rolle, da sie die Motivation und das Engagement der Mitarbeitenden zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen erhöhen können. (Robroek et al., 2009, S. 1) Durch gezielte Anreize können gesunde Verhaltensweisen gefördert und langfristig etabliert werden, was zu einer Reduktion von krankheitsbedingten Fehlzeiten und einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit führt. Dies ist sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Arbeitgeber von Vorteil, da es die Produktivität und Effizienz im Unternehmen steigert. (Baicker et al., 2010, S. 304)

Auch Lehrlinge und junge Mitarbeitende sind eine Zielgruppe von betrieblicher Gesundheitsförderung, die von derartigen Maßnahmen profitieren kann. Somit würden auch die Unternehmen profitieren, wenn ihre jungen Mitarbeiter gesund leben und dadurch lange Teil der arbeitenden Bevölkerung bleiben. Darüber hinaus tragen weniger Fehlzeiten, wie einleitend beschrieben, auch zu einer besseren wirtschaftlichen Situation bei.

1.2 Motivation und Forschungsfragen

Es stellt sich die Frage, ob Lehrlinge und junge Mitarbeitende von betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen nur unzureichend erreicht werden. Gute und treffsichere Gesundheitsförderprogramme könnten sicherlich ein Mosaikstein in den Bemühungen zur Lösung des vorher geschilderten Problems darstellen. Eine frühzeitige Unterstützung von positiven Gesundheitsentscheidungen im Jugendalter kann das Potenzial haben, das Risiko später im Leben zu erkranken, zu senken und damit auch langfristig Gesundheitssysteme und deren Ressourcen zu entlasten. (Santre, 2022, S. 122)

Es liegen leider nur begrenzt – meist projekt- oder regionsspezifische – Daten zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Wahrnehmung der eigenen Gesundheit von Lehrlingen und Jugendlichen vor. Große Erhebungen, wie zum Beispiel der österreichische Lehrlingsge-

sundheitsbericht, fragen eine Teilnahmequote an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen nicht ab, sondern konzentrieren sich auf den wahrgenommenen Gesundheitszustand der Zielgruppe, beziehungsweise auf Faktoren die diesen beeinflussen. (Lehrlingsbericht, 2023) Andere große Befragungen von Erwerbstätigen haben ebenfalls nicht die Teilnahmequote der Lehrlinge und Jugendliche als Fragestellung aufgenommen, sondern die Gruppen wurden maximal im Rahmen des Mindestalters für die Befragung tangiert. (BIBB, 2023) Es gibt jedoch einen qualitativen Befund, welcher auf eine niedrige Bekanntheit von betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen bei der Zielgruppe der Lehrlinge schließen lässt. Bei einer Umfrage unter Zimmererlehrlingen in Oberösterreich wusste nur einer aller befragten Lehrlinge über betriebliche Gesundheitsförderung in seinem Unternehmen Bescheid. (Fink-Schwarzmayr, 2014, S. 52) Diese Befragung zeigt zumindest, dass der Bekanntheitsgrad von Gesundheitsförderprogrammen bei Jugendlichen und Lehrlingen gering ist und diese somit von diesen Maßnahmen nicht erreicht werden können. Einen Rückschluss auf Teilnahmequoten von Jugendlichen und Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen kann man, basierend auf dem aktuellen Forschungsstand, jedoch nicht ziehen.

Eine ähnliche Forschungslücke zeigt sich auch im Bereich der Förderung betrieblicher Gesundheitsprogramme durch die Unternehmen selbst, wenn es um die Zielgruppe der Lehrlinge beziehungsweise Jugendlichen geht. Eine Umfrage aus dem Jahr 2023 zeigt, dass prinzipiell die Hälfte der Mitarbeitenden österreichischer Unternehmen der Meinung sind, dass ihre Unternehmen genug für die betriebliche Gesundheitsförderung tun. (SPORTS.Selection, 2023) Eine Umfrage in diesem Bereich, zugeschnitten auf die Zielgruppe der Lehrlinge und Jugendlichen, gibt es jedoch leider noch nicht.

Aufgrund der mangelhaften Daten bezüglich der Teilnahmequote von Lehrlingen und Jugendlichen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen und der annehmbaren geringen Motivation von Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen stellen sich folgende Forschungsfragen:

1. Hauptforschungsfrage: Welche Anreize können Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden angeboten werden, um ihre Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsprogrammen zu erhöhen?

2. Neben-Forschungsfrage: Wie hoch ist der Prozentsatz an jungen Mitarbeitenden und Lehrlingen, welche an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen?
3. Neben-Forschungsfrage: Unterstützen und befürworten Unternehmen eine Teilnahme von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen?

Das Ziel der Arbeit ist es somit, zunächst zu eruieren, wie viele junge Mitarbeitende und Lehrlinge durch betriebliche Gesundheitsförderprogramme erreicht werden und wie hoch die Akzeptanz und Annahme dieser Programme bei den Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden sind. Die These lautet, dass sich nur wenige junge Mitarbeitende und Lehrlinge proaktiv für betriebliche Gesundheitsförderprogramme interessieren.

Des Weiteren soll evaluiert werden, ob Unternehmen überhaupt ein Interesse daran haben, dass ihre Lehrlinge und junge Mitarbeitende an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen. Es ist davon auszugehen, dass Unternehmen es befürworten, wenn eine große Anzahl junger Mitarbeitender und Lehrlingen regelmäßig an Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen. Anschließend soll erhoben werden, wie die Teilnahmequote dieser Zielgruppe an solchen Programmen erhöht werden kann. Die Vermutung ist, dass sich gewisse Anreize herauskristallisieren, welche von jungen Mitarbeitenden und Lehrlingen als am effektivsten bewertet werden, wenn es darum geht, sie zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen zu motivieren.

1.3 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn dieser Arbeit erfolgt eine systematische Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden theoretischen Konzepten. In diesem nächsten Abschnitt wird erläutert, welche Begriffe für diese Arbeit wichtig sind und wie diese definiert werden. Des Weiteren wird der aktuelle Forschungsstand zu dem Thema der Arbeit aggregiert und präsentiert. Im Hauptaugenmerk stehen hierfür die Gesundheitsförderprogramme, Teilnahmequoten der Zielgruppe sowie Anreize um an solchen Programmen teilzunehmen. Da das Ziel ist herauszufinden, welche Anreize junge Mitarbeitende und Lehrlinge dazu bewegen, an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen, wird der Forschungsstand zu diesem Thema detailliert dargestellt. Anschließend wird sich die Arbeit der Präsentation der Methodik widmen. In dem Kapitel wird es darum gehen aufzuzeigen, welche Methodiken gewählt wurden, um die angestrebte Beantwortung der drei eingangs erwähnten Forschungsfragen bestmöglichst zu bewerkstelligen. Darüber hinaus wird präsentiert, welche Stichprobe für die Arbeit herangezogen werden wird. Dafür werden die Be-

dingungen an die Teilnehmer formuliert, eine minimale Stichprobengröße definiert und Firmen in Auswahl gestellt. Um dieses Kapitel abzuschließen, wird noch auf die Art der Datenerhebung und der Datenaufbereitung eingegangen. Im vorletzten Kapitel wird eine Diskussion der Daten, welche im vorherigen Kapitel erhoben wurden, stattfinden. Hierzu wird eine Analyse von Fragebögen durchgeführt und die Ergebnisse zusammengeführt und interpretiert. Zum Abschluss dieser Arbeit soll ein Fazit gezogen werden, in welchem die Forschungsfragen beantwortet werden. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse kritisch hinterfragt und auch dementsprechend eingeschränkt werden. Als Resultat sollen Empfehlungen an Unternehmen gegeben werden, sowie ein Vorschlag an die weitere Forschung gerichtet werden.

2 Theorie

2.1 Definitionen

2.1.1 Gesundheitsförderung

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ wird in der Ottawa-Charta der WHO (1986) wie folgt beschrieben: „Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen“. (WHO, 1986, S. 2) Im Gegensatz zur Prävention, die auf die Vermeidung spezifischer Krankheiten abzielt, verfolgt Gesundheitsförderung einen ressourcenorientierten Ansatz. Sie zielt darauf ab, gesundheitsrelevante Lebensbedingungen zu verbessern und individuelle Kompetenzen zu stärken. (Franzkowiak & Hurrelmann, 2025)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit darüber hinaus als einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (Franzkowiak & Hurrelmann, 2025) und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Gebrechen. Diese ganzheitliche Sichtweise ist besonders relevant für die betriebliche Gesundheitsförderung, da sie über rein medizinische Aspekte hinausgeht und auch psychische und soziale Komponenten einbezieht.

Unter dem Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ versteht die Europäische Union alle „Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“. (Stummer et al., 2011; EU-OSHA, 2022)

Auch diese Definition des Begriffes geht über die Krankheitsprävention hinaus und hat auch die Gesundheitsförderung als Ziel. (Stummer et al., 2011, S. 76) Für diese Arbeit wird die Definition der Europäischen Union als Grundlage verwendet.

Nicht nur, dass die betriebliche Gesundheitsförderung auf die Vermeidung von Krankheiten und auf die Stärkung individueller Ressourcen abzielt, der Begriff umfasst auch das Schaffen organisatorischer Rahmenbedingungen. (BMG, 2011; ENWHP. 2018) Damit wird die betriebliche Gesundheitsförderung zu einem integralen Bestandteil moderner Personal- und Organisationsentwicklung.

Prävention und Gesundheitsförderung ergänzen einander in der betrieblichen Praxis. Während Prävention stärker medizinisch orientiert ist und häufig auf spezielle Zielgruppen mit erhöhtem Risiko abzielt, wirkt Gesundheitsförderung auf die gesamte Belegschaft und berücksichtigt auch psychosoziale Aspekte. (Franzkowiak & Hurrelmann, 2025)

Zusammenfassend steht der Begriff Gesundheitsförderung für mehr als nur das Abwenden von Krankheiten. Die Gesundheitsförderung soll Chancengleichheit für die Gesundheit aller Menschen begünstigen. Des Weiteren soll Gesundheitsförderung die Menschen befähigen, ihre Gesundheit selbst bewusst zu steuern. Wie eingangs beschrieben, bezieht sich diese Arbeit auf den Begriff der Gesundheitsförderung so wie ihn die Europäische Union versteht, nämlich als „Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“. (EU-OSHA, 2022)

2.1.2 Lehrlinge

Wenn junge Menschen ihre Lehre beginnen, treten sie in eine Lebensphase ein, in der vieles zum ersten Mal passiert: das erste eigene Geld, die ersten echten Verantwortlichkeiten und oft auch das erste Mal, dass sie Teil eines Teams sind, das nicht nur aus Gleichaltrigen besteht. Lehrlinge bewegen sich damit an der Schwelle zwischen Jugend und Erwachsenenwelt. Sie wollen einen Beruf erlernen und treten hierfür bei Firmen Lehrlingsstellen an. Neben der Ausbildung in der Firma besuchen Lehrlinge auch noch eine Berufsschule. Am Ende der Ausbildung legt ein Lehrling eine Lehrabschlussprüfung ab. (WKO, 2025)

Diese Zielgruppe befindet sich in einer Phase der Identitätsfindung. Gerade diese Jahre sind biografisch bedeutsam, weil Lehrlinge nicht nur fachliche Kompetenzen erwerben, sondern sich auch persönlich stark weiterentwickeln. Viele stehen mitten in der Identitätsfindung – einer

Phase, in der junge Menschen versuchen herauszufinden, wer sie sind und welche Rolle sie in der Gesellschaft einnehmen wollen. „Wenn es einer Jugendlichen oder einem Jugendlichen glückt, eigene Identitätsziele zu erreichen, etwa, indem sie oder er vorhandene Stressoren als Herausforderung annimmt und positiv bewältigt, dann kann Identität selbst zu einer gesundheitsförderlichen Ressource im Umgang mit Stress und Krisen werden.“. Heutzutage hat man erkannt, dass dieses Alter für die Entwicklung eines gesunden Lebensstils eine große Rolle spielt. (Höfer & Straus, 2016, S. 6)

In dieser sensiblen Entwicklungsphase spielen auch Vorbilder eine entscheidende Rolle. Es zeigt sich, dass ein gesundheitsfördernder Führungsstil einen sehr großen Einfluss auf Lehrlinge hat. Für eine Beurteilung der eigenen Belastungen im Arbeitskontext spielen auch die personalen und situativen Ressourcen – wie organisatorische und soziale – eine große Rolle. (Fink-Schwarzmayr, 2014, S. 81)

Gerade weil sich Lehrlinge in einer Phase befinden, in der Identität formbar und der Einfluss von Bezugspersonen hoch ist, kommt es darauf an, gute Rahmenbedingungen zu schaffen. Vorbilder, die verantwortungsbewusst handeln, sowie ein Arbeitsumfeld, das gesundheitsfördernde Werte vermittelt, können entscheidend dazu beitragen, dass junge Menschen einen bewussten und nachhaltigen Lebensstil entwickeln. Maßnahmen, die auf soziale Anerkennung, Gruppenerlebnisse oder digitale Gamification setzen, verstärken diesen Prozess zusätzlich und sprechen Lehrlinge besonders gut an. Auf die Gestaltung solcher Anreize wird im weiteren Verlauf noch näher eingegangen.

2.2 Abgrenzungen der Ziele der Arbeit

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Fokus gezielt auf die Untersuchung von Anreizen gelegt, die zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen beitragen können. Dabei wird ausschließlich der betriebliche Kontext betrachtet. Öffentliche, schulische oder universitäre Gesundheitsfördermaßnahmen sowie Programme, die außerhalb des Unternehmensumfelds stattfinden, werden nicht berücksichtigt.

Ebenso erfolgt eine bewusste Eingrenzung der Zielgruppe. Die Untersuchung konzentriert sich ausschließlich auf Lehrlinge und junge Mitarbeitende ohne Matura. Andere Personengruppen wie etwa ältere Mitarbeitende, Führungskräfte oder Auszubildende mit höherem Bildungsab-

schluss sind nicht Teil der Analyse.

Darüber hinaus liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der motivationalen und organisatorischen Perspektive. Es wird nicht untersucht, inwiefern die Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen tatsächlich zu gesundheitlichen Verbesserungen führt. Medizinische, psychologische oder therapeutische Wirkungen der Programme bleiben somit außerhalb des Untersuchungsrahmens. Auch ein internationaler Vergleich wird nicht angestrebt. Die Arbeit beschränkt sich auf Unternehmen mit Sitz in Österreich, um kulturelle, rechtliche und strukturelle Unterschiede zu anderen Ländern auszuschließen und eine einheitliche Vergleichsbasis zu gewährleisten.

2.3 Theoretische Grundlagen der Motivation

2.3.1 Motivationstheorien

Um zu verstehen, welche Anreize die Teilnahme von Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen fördern können, ist es notwendig, sich mit grundlegenden Motivationstheorien auseinanderzusetzen. Die lateinische Wurzel des Wortes „Motivation“ bedeutet „bewegen“ – in diesem grundlegenden Sinne ist die Motivationsforschung die Erforschung des Handelns. (Eccles & Wigfield, 2002, S. 110) In der arbeitspsychologischen und wirtschaftswissenschaftlichen Forschung haben sich verschiedene theoretische Ansätze etabliert, die erklären, warum Menschen bestimmte Handlungen ausführen – oder unterlassen.

Ein zentraler Ansatz ist die Bedürfnishierarchie nach Maslow. Diese Theorie geht davon aus, dass menschliches Verhalten durch die Befriedigung hierarchisch geordneter Bedürfnisse gesteuert wird – beginnend bei physiologischen Grundbedürfnissen über Sicherheits-, soziale und Ich-Bedürfnisse bis hin zur Selbstverwirklichung. Die Erfüllung niederrangigerer Bedürfnisse sind die Voraussetzung für die Motivation höhere Bedürfnisse zu befriedigen. Unter physiologischen Grundbedürfnissen sind lebensnotwendige Faktoren, wie etwa Nahrung und Wasser, zu verstehen. Danach folgen die Sicherheitsbedürfnisse, also die Motivation nach Sicherheit. Unter soziale Bedürfnisse fallen Freundschaft, Familie et cetera. Erst dann folgt das Bedürfnis nach Anerkennung, Respekt und Status. Zu guter Letzt strebt der Mensch nach der Entfaltung des eigenen Potenzials und einem Sinn beziehungsweise einer Erfüllung. (Maslow, 1943) Wenn man diese Theorie auf die heutige Arbeitswelt in Österreich umlegt, so werden die Bedürfnisse der ersten zwei Schichten der Pyramide, also die physiologischen Grundbedürfnisse und die Sicherheitsbedürfnisse, schon durch die rechtlichen Grundlagen sehr

gut abgedeckt. Jedoch kann die betriebliche Gesundheitsförderung auch zu der Erfüllung der Sicherheitssphäre, welche sowohl physischer als auch psychischer Natur ist, beitragen. Darüber hinaus können auch Aspekte der sozialen Bedürfnisse durch betriebliche Gesundheitsförderprogramme, zum Beispiel bei Gruppen- oder Teamevents, abgedeckt werden.

Die Bedürfnishierarchie von Maslow ist jedoch in der wissenschaftlichen Literatur bereits umfassend kritisiert worden, insbesondere hinsichtlich ihrer geringen empirischen Fundierung und der Annahme einer starr aufsteigenden Bedürfnissequenz. (Soper et al., 1995, S. 415-422) Mehrere Reviews und empirische Studien zeigen, dass Personen durchaus höhere Bedürfnisse verfolgen können, obwohl basale Bedürfnisse nicht vollständig erfüllt sind, was die postulierte hierarchische Struktur der Theorie in Frage stellt. Des Weiteren wird auch kritisiert, dass sich die Theorie von Maslow prinzipiell nicht empirisch beweisen lässt und Maslow auch keine empirischen Strukturen für die Theorie liefert. (Wahba & Bridwell, 1976, S. 213-218)

Ein weiterer relevanter Ansatz ist die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg. Diese unterscheidet zwischen Hygienefaktoren (zum Beispiel Arbeitsbedingungen, Gehalt) und Motivatoren (zum Beispiel Anerkennung, persönliche Entwicklung). Während Hygienefaktoren Unzufriedenheit verhindern, sind es die Motivatoren, die echte Zufriedenheit und Engagement fördern. Zufriedenheit und Unzufriedenheit sind in dieser Theorie keine Gegensätze. Unternehmen müssen sowohl die Unzufriedenheit vermeiden, indem sie gute Hygienefaktoren pflegen, aber darüber hinaus auch die Motivation selbst fördern. (Herzberg et al., 1959, S. 56-58) Betriebliche Gesundheitsförderprogramme können sowohl als Hygienefaktor als auch als Motivator dienen. So könnte man heutzutage ergonomische Arbeitsplätze als einen Hygienefaktor ansehen, da bei einem Fehlen dieser Mangel bei den Mitarbeitenden zu Unzufriedenheit führen würde. Eine Wertschätzung in Form von Prämien oder Anerkennungen durch zum Beispiel Wettbewerbe könnte man wiederum als Motivatoren kategorisieren.

Besonders relevant für die Gestaltung von Anreizen ist die Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan. Diese Theorie geht von drei Grundbedürfnissen – Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit – aus. Unter Autonomie versteht die Theorie das Bedürfnis, eigene Entscheidungen treffen zu können und das eigene Verhalten als selbstbestimmt wahrzunehmen. Als Kompetenz versteht sie, das Bedürfnis, sich fähig und erfolgreich zu fühlen. Die soziale Eingebundenheit beschreibt das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, sozialer Akzeptanz und

Beziehungen. Des Weiteren definieren Deci und Ryan verschiedene Motivationsarten. Diese sind:

1. Amotivation – keine Motivation (weder intrinsisch noch extrinsisch)
2. Fremdbestimmte extrinsische Motivation – Verhalten basiert auf externem Einfluss
3. Introjierte Regulation – Verhalten basiert auf Schuldgefühlen oder innerem Druck
4. Identifizierte Regulation – Verhalten wird als persönlich wichtig anerkannt
5. Integrierte Regulation – Verhalten ist sinnvoll in das Selbstbild integriert
6. Intrinsische Motivation – Verhalten basiert auf innerem Willen und Motivation

Der Erfüllungsgrad der drei Grundbedürfnisse spielt in die Motivationsart hinein. Desto geringer die Erfüllung der Grundbedürfnisse, desto wahrscheinlicher ist keine Motivation vorhanden. Die Theorie unterscheidet also zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation. Intrinsisch motivierte Personen handeln aus eigenem Interesse oder Freude an der Tätigkeit, während extrinsisch motivierte Personen durch äußere Anreize wie Belohnungen oder soziale Anerkennung beeinflusst werden. Ziel sollte es sein, möglichst intrinsische Motivation zu fördern, da diese als die langfristige und nachhaltigste Motivationsart gilt. (Deci & Ryan, 1985) Für die betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass Anreize so gesetzt werden sollten, dass sie möglichst intrinsische Motivation ansprechen, beziehungsweise fördern. Um dies zu tun, muss laut dieser Theorie eine Umgebung geschaffen werden, in der die drei Grundbedürfnisse Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit bedient werden.

Eine weitere Theorie ist die Erwartungstheorie von Vroom, welche ebenfalls wichtige Erkenntnisse liefert. Sie besagt, dass Motivation davon abhängt, ob eine Person glaubt, dass ihre Anstrengung zu einer bestimmten Leistung führt (Erwartung), diese Leistung zu einem bestimmten Ergebnis führt (Instrumentalität) und dieses Ergebnis als wünschenswert empfunden wird (Valenz). Daraus ergibt sich die Formel $M \text{ (Motivation)} = E \text{ (Erwartung)} \times I \text{ (Instrumentalität)} \times V \text{ (Valenz)}$. Dies bedingt also auch, dass alle Faktoren zumindest positiv sind, damit es zu einer Motivation kommen kann. (Vroom, 1964) Für die Praxis bedeutet das: Ein Anreizsystem ist nur dann wirksam, wenn die Zielgruppe den Zusammenhang zwischen Teilnahme und Belohnung erkennt und die Belohnung als attraktiv empfindet. Das heißt,

bei der Gestaltung von betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen ist es auch sehr wichtig, den Mitarbeitenden den Mehrwert plausibel darzulegen, beziehungsweise einen zu schaffen.

Die letzte Theorie, welche in dieser Arbeit kurz erwähnt wird, ist die Theorie von Douglas McGregor. Im Gegensatz zu den vorher erwähnten Theorien stellt die Theorie von McGregor Führungskräfte ins Zentrum. Die Theorie besagt, dass zwei verschiedene Denkmuster existieren, wie Führungskräfte über ihre Mitarbeitenden denken. Theorie X besagt, dass Führungskräfte glauben, dass ihre Mitarbeitenden von Natur aus arbeitsunwillig sind und kontrolliert werden müssen. Führungskräfte, welche dem Denkmuster der Theorie Y zugeordnet werden können, halten ihre Mitarbeitenden für leistungsbereit und gehen davon aus, dass die Arbeit eine Quelle der Zufriedenheit für sie ist. Je nach Denkmuster variiert auch der Führungsstil. Führungskräfte der Theorie X sind autoritär, kontrollierend und überwachend, während die Vorgesetzten mit Angehörigkeit der Theorie Y unterstützend, partizipativ und entwicklungsorientiert sind. Der Führungsstil der Theorie X stößt bei den Mitarbeitenden auf Widerstand und Passivität, während der Stil der Theorie Y für Engagement und Eigenverantwortung bei den Mitarbeitenden sorgt. (McGregor, 1960) Diese Theorie geht davon aus, dass Führungskräfte mit ihrem Führungsstil eine große Wirkung auf die Akzeptanz und Einstellung ihrer Mitarbeitenden haben. Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung in Anbetracht der Zielgruppe der Lehrlinge kommt dieser Fakt umso mehr zum Tragen, da wie im Kapitel 2.1.2 erwähnt, Lehrlinge sehr stark von ihren Führungskräften beeinflusst werden und sich selbst erst in der Identitätsfindungsphase ihres Lebens befinden. Es ist daher wichtig, dass Vorgesetzte ihre Mitarbeitenden als prinzipiell leistungsbereit und intrinsisch motiviert ansehen.

Diese theoretischen Grundlagen bilden das Fundament für die spätere Analyse der Frage, welche Anreize für Lehrlinge besonders wirksam sein könnten, um ihre Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen zu erhöhen.

Zur Beantwortung von Fragen im Bereich der Gesundheit wird in der Literatur häufig auf die Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan zurückgegriffen. Diese Theorie wird als geeignet erachtet, um Gesundheitsförderprogramme zu studieren, da die Konzepte der Autonomie, Kompetenz und auch der sozialen Eingebundenheit sehr gut anwendbar sind um verschiedenste Gesundheitsverhalten zu analysieren. (Ross et al., 2018, S. 369)

2.3.2 Anwendung der Selbstbestimmungstheorie auf betriebliche Gesundheitsförderprogramme bei Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden

Die Selbstbestimmungstheorie ist eine Makrotheorie der menschlichen Motivation, welche sich aus der Forschung von intrinsischen und extrinsischen Motivationen entwickelt hat. Darüber hinaus wurde die Theorie erweitert und für die Forschung zu Arbeitsorganisationen und anderen Lebensbereichen eingesetzt. (Deci et al., 2017, S. 19) Forschende im Rahmen der Selbstbestimmungstheorie haben regelmäßig die Hypothese aufgestellt und bewiesen, dass soziale Umgebungen wie Arbeitsplätze, die die Befriedigung der grundlegenden psychologischen Bedürfnisse unterstützen, autonome Motivation, psychisches und physisches Wohlbefinden sowie verbesserte Leistung fördern. (Deci et al., 2017, S. 22-23)

Innerhalb der Forschung zu Veränderungen im Gesundheitsverhalten hat sich der Fokus von der bloßen Untersuchung von Indikatoren für die Annahme eines Verhaltens hin zur Untersuchung der Determinanten langfristiger Verhaltensveränderungen verschoben. (Ng et al., 2012, S. 336-337) In Abbildung 1 sieht man ein von Ryan et al. (Ryan et al., 2008, S. 2-5) beschriebenes Selbstbestimmungstheorie-basiertes Modell zur Veränderung von Gesundheitsverhalten. (Ng et al., 2012, S. 326)

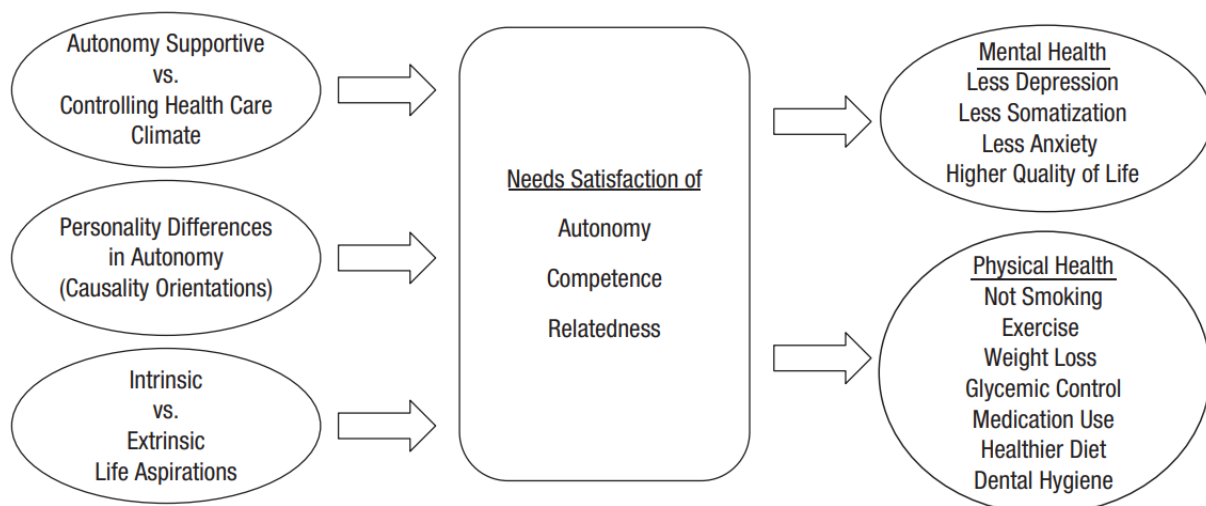


Abbildung 1: Das SBT-Modell der Veränderung von Gesundheitsverhalten, adaptiert nach Ryan et al. (Ng et al., 2012, S. 326)

In Abbildung 1 auf der linken Seite kann man die Faktoren erkennen, welche zur Befriedigung der drei zentralen Bedürfnisse der Selbstbestimmungstheorie beitragen. In der Mitte ist die Befriedigung der Bedürfnisse selbst symbolisiert. Auf der rechten Seite der Grafik werden die Ergebnisse dargestellt: verbesserte psychische Gesundheit (weniger Depression, weniger Somatisierung, weniger Angst und eine höhere Lebensqualität) sowie verbesserte körperliche Gesundheit (zum Beispiel Nichtrauchen, mehr Bewegung, Gewichtsreduktion, bessere glykämische Kontrolle und gesündere Ernährung).

Die Unterstützung und anschließende Befriedigung dieser skizzierten Bedürfnisse liefert eine qualitativ höhere psychologische Energie, die nachweislich sowohl die Initiierung als auch die langfristige Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten motiviert. (Ng et al., 2012, S. 326) Auf die betriebliche Gesundheitsförderung für Lehrlinge und junge Mitarbeitende übertragen bedeutet dies, dass das Motivationspotenzial von betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen nicht nur von deren Inhalt (zum Beispiel Bewegung, Ernährung, Stressmanagement etc.) abhängt, sondern auch davon, inwieweit sie die grundlegenden psychologischen Bedürfnisse berücksichtigen. Wie in Kapitel 2.3.1 beschrieben, sind die Erfüllung der drei Grundpfeiler, Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit ein wichtiger Baustein für den Erfolg von betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen.

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Teilnahmebereitschaft von jungen Mitarbeitenden und Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen zunimmt, je stärker diese Programme ihre Bedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit unterstützen. Aufbauend auf der Forschung zur Selbstbestimmungstheorie im Gesundheits- und Arbeitskontext befragt der empirische Teil der Studie daher zunächst Lehrlinge und junge Mitarbeitende zu ihren bisherigen Erfahrungen mit betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen und anschließend zu den Veränderungen und Anreizen, die sie als motivierend erachten würden. Diese Antworten werden aus der Perspektive der Selbstbestimmungstheorie interpretiert, indem die vorgeschlagenen Verbesserungen den drei grundlegenden Bedürfnissen zugeordnet und daraus konkrete Gestaltungsempfehlungen für zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderprogramme für junge Mitarbeitende und Lehrlinge abgeleitet werden.

2.4 Aktueller Forschungsstand zur Teilnahmequote von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen

2.4.1 Betriebliche Gesundheitsförderprogramme

Arbeitsbedingter Stress sowie damit assoziierte psychische Gesundheitsprobleme (unter anderem Stress, Angststörungen und depressive Symptome) zählen in vielen europäischen Ländern zu den häufigsten berufsbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen. (EU-OSHA, 2024) Des Weiteren führen sie zu mehr Fehlzeiten bei den Arbeitnehmenden und sind der Grund für eine verringerte Produktivität. In Europa verrichten fast 40% der Arbeitnehmenden ihre Arbeit im Sitzen, 18% sitzen sogar mehr als 7,5 Stunden pro Tag. In Amerika werden 80% der Jobs als sitzend, beziehungsweise nicht körperliche Arbeit kategorisiert. (Virtanen et al., 2025, S. 512) Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) beziffert den Anteil an Toten in der arbeitenden Bevölkerung aufgrund von ungesunden Lebensstilen auf 76%. Des Weiteren geben sie in ihrem Report an, dass 56,4% der Menschen übergewichtig sind, zwei Fünftel der Vollzeitbeschäftigten sich als gestresst bezeichnen und dass ein hoher Stresslevel der führende Grund für psychische Erkrankungen, kardiovaskuläre- und Muskel-Skelett-Erkrankungen ist. (OECD, 2020, S. 3, S. 19)

Die Forschung belegt auch, dass ungesunde Mitarbeitende, beziehungsweise diejenigen, welche einen ungesunden Lebensstil pflegen, auch unproduktiver in der Arbeit sind. Des Weiteren zeigen sie sich weniger fähig in der Arbeit, im Vergleich zu ihren gesund lebenden Mitarbeitenden und außerdem nehmen sie sich auch mehr Krankheitstage. (Rongen et al., 2013, S. 406) Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen am Arbeitsplatz.

Besonders junge Mitarbeitende in der Ausbildung haben häufig Probleme mit der Umstellung vom Schulleben auf das duale oder auf das berufliche Leben. Über die Hälfte der Auszubildenden klagen schon in dem noch jungen Alter über starke körperliche und psychische Beschwerden. (ÖGB, 2021)

Wenn man jedoch die junge Mitarbeitenden entsprechend ihren Gesundheitsstilgruppen einordnet, dann kann man erkennen, dass die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen durch einen gesunden Lebensstil positiv beeinflusst wird. Unabhängig ihrer Einordnung, haben die jungen Auszubildenden ein großes Interesse an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen.

(Betz et al., 2015, S. 158)

Die Forschung legt nahe, dass Programme für junge Mitarbeitende besonders erfolgreich sind, wenn sie deren Lebenswelt berücksichtigen, digitale Elemente integrieren und soziale Aspekte, wie Gruppenerlebnisse oder Peer-Support einbeziehen. Wie sich zeigt, ist es daher um so wichtiger, dass man viele junge Lehrlinge oder Auszubildende mit den betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen erreicht, um nicht nur die Gesundheit und Motivation der Zielgruppe selbst zu verbessern, beziehungsweise zu erhöhen, sondern auch um dem Unternehmen selbst krankheitsbedingte Ausfälle und geminderte Leistungsbereitschaft der Zielgruppe zu ersparen. Die Literatur zeigt darüber hinaus, dass dieses Vorhaben auch umzusetzen ist, in dem man spezifische Programme für die jeweilige Zielgruppe anbietet und die betriebliche Gesundheitsförderung attraktiviert. (Sailer, 2020, S. 11)

Betriebliche Gesundheitsförderprogramme zielen darauf ab, sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten als auch die strukturellen Rahmenbedingungen im Unternehmen positiv zu beeinflussen. Studien belegen, dass durch gezielte Maßnahmen wie Bewegungsangebote, Ernährungsberatung oder Stressbewältigungskurse nicht nur die allgemeine Gesundheit der Mitarbeitenden verbessert werden kann (Hutchinson & Wilson, 2011, S. 238-239), sondern auch konkrete Verhaltensänderungen erzielt werden – etwa eine Zunahme körperlicher Aktivität (Hildebrandt et al., 2001, S. 254) oder gesündere Essgewohnheiten. (Ni et al., 2010, S. 7) Die Veränderungen, welche aus einem Mix der oben genannten Maßnahmen resultieren, können sich wiederum positiv auf die Anzahl der Krankheitstage und die Produktivität auswirken. (Brown et al., 2011, S. 259)

Zusammenfassend ist daher davon auszugehen, dass betriebliche Gesundheitsförderprogramme einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Angestellten haben und dadurch auch gleichzeitig die Produktivität der Mitarbeitenden gesteigert und deren Absenzzzeiten gesenkt werden. (Kuoppala et al., 2008)

Dadurch wird der ökonomische Effekt für die Unternehmen sichtbar. Investitionen in die betriebliche Gesundheitsförderung könnten langfristig zu einer Reduktion von Fehlzeiten und damit zu einer Kostenersparnis für Unternehmen führen. (Baicker et al., 2010, S. 304)

2.4.2 Teilnahmequoten von Jugendlichen und Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen

Die Teilnahmequoten an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind insgesamt als eher niedrig einzustufen – und dies gilt in besonderem Maße für junge Mitarbeitende und Lehrlinge. Während ältere Beschäftigte häufiger an gesundheitsbezogenen Programmen teilnehmen, zeigen Studien, dass insbesondere Lehrlinge und junge Mitarbeitende deutlich seltener erreicht werden. (Beck & Lenhardt, 2016) Eine Untersuchung von Betz im Jahre 2015 zeigt, dass über 50% der Auszubildenden bereits im jungen Alter über körperliche und psychische Beschwerden klagen, jedoch nur ein Bruchteil aktiv an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnimmt. (Betz et al., 2015)

Allgemein zeigt sich, dass die Teilnahmequoten und die Akzeptanz betrieblicher Gesundheitsförderung eng mit sozialen Determinanten wie Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund verknüpft sind und sie nicht losgelöst von Rahmenbedingungen verstanden werden können. In einer Analyse einer Erwerbstätigenbefragung aus dem Jahre 2018 wird zum Beispiel folgendes Fazit gezogen: „Analysen offenbaren, dass Erwerbstätige mit niedrigem sozioökonomischen Status verhältnismäßig wenig von der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht werden. Relativ gering ist die Realisierung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Betrieben von Erwerbstätigen, die keinen Berufsabschluss haben, in einem befristeten Arbeitsverhältnis stehen, von Entlassung bedroht sind, keine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen oder als Leiharbeitnehmer beschäftigt sind.“ (Beck et al., 2021, S. 285-286) Es zeigt sich also, dass sozioökonomische Faktoren, wie Bildung, Migration, Familienverhältnisse oder sonstige gesellschaftlich benachteiligende Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Akzeptanz, beziehungsweise Durchdringung von betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen haben.

Diese Diskrepanz zwischen Bedarf und tatsächlicher Teilnahme ist ein zentrales Problem in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine Analyse der Erwerbstätigenbefragung durch das Bundesinstitut für Berufsbildung und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus Deutschland zeigt, dass zwar 44% der Beschäftigten angaben, dass in ihrem Betrieb betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen angeboten werden, aber die tatsächliche Inanspruchnahme dieser Angebote rückläufig ist – insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU). (BIBB, 2023, S. 47)

Ein weiterer zentraler Grund für die geringe Teilnahmequote liegt in der geringen Passung der

Programme zur Lebensrealität junger Menschen. Viele Angebote sind auf ältere Mitarbeitende zugeschnitten und berücksichtigen weder die spezifischen Belastungen noch die Kommunikationsgewohnheiten der jüngeren Zielgruppe. Zudem fehlt es häufig an niederschweligen Zugängen, die für junge Menschen attraktiv und verständlich gestaltet sind. (Betz et al., 2015, S. 316-324)

Menzel aus dem Jahre 2015 bestätigt, dass die Berücksichtigung individueller Motive, Hürden und Wünsche ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Teilnahme ist. In ihrer Untersuchung von 31 Unternehmen mit über 2.400 Mitarbeitenden zeigte sich, dass Betriebe, die ihre Gesundheitsangebote partizipativ entwickelten und durch internes Marketing begleiteten, signifikant höhere Teilnahmequoten erzielten. (Menzel et al., 2015, S. 246)

Auch die betrieblichen Rahmenbedingungen spielen eine Rolle: In vielen Ausbildungsbetrieben – insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen – fehlt es an strukturellen Ressourcen, um zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung anzubieten. Die lidA-Studie aus dem Jahre 2022/23 belegt, dass gerade in solchen Betrieben die Teilnahmequoten besonders niedrig sind, obwohl der Bedarf hoch wäre. (lidA-Kohortenstudie, 2023)

Ein weiterer Faktor ist die geringe Gesundheitskompetenz vieler junger Menschen. Eine Studie zeigt, dass Auszubildende oft ein eingeschränktes Verständnis für langfristige Gesundheitsauswirkungen haben und daher kurzfristige Belastungen oder ungesunde Verhaltensweisen nicht als problematisch wahrnehmen. (Hurrelmann & Baumann, 2014, S. 202) Dies führt dazu, dass sie betriebliche Gesundheitsförderprogramme nicht als relevant für sich selbst einstufen.

Darüber hinaus spielt die Wahrnehmung von Gesundheitsförderung als „zusätzliche Belastung“ eine Rolle. Junge Mitarbeitende erleben den Einstieg in das Berufsleben oft als fordernd (Seiffge-Krenke, 2015) und priorisieren kurzfristig andere Themen wie Leistungsdruck, soziale Integration oder finanzielle Unabhängigkeit. (Krause & Dorsemage, 2017) Gesundheitsförderung wird in diesem Kontext häufig als „nice to have“, aber nicht als notwendig empfunden. (Fleming, 2025; Olearczyk et al., 2026, S. 2)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die niedrigen Teilnahmequoten junger Mitarbeitender an betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen auf ein komplexes Zusammenspiel individueller, struktureller und kommunikativer Faktoren zurückzuführen sind. Eine zielgruppengerechte Ansprache, partizipative Gestaltung und betriebliche Verankerung sind zentrale Hebel, um die Teilnahmebereitschaft nachhaltig zu erhöhen.

2.4.3 Anreize

2.4.3.1 Definition

Aus einer wirtschaftswissenschaftlichen Perspektive werden Anreize häufig als institutionelle oder auch situative Rahmenbedingungen beschrieben, die darauf ausgerichtet sind, das individuelle Verhalten von Personen in eine bestimmte Richtung zu lenken und damit die Erreichung von Unternehmenszielen zu unterstützen. Dabei können sowohl monetäre als auch nicht monetäre Bestandteile eine Rolle spielen. (Suchanek, 2007, S. 36) In ähnlicher Weise weisen Stierle et al. darauf hin, dass Anreize sowohl der Motivation als auch der Koordination von Mitarbeitenden dienen. Sie sollen ein Verhalten fördern, das aus Sicht des Unternehmens als vorteilhaft angesehen wird, da nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass zwischen den Zielen des Unternehmens und den individuellen Zielen der Mitarbeitenden eine vollständige Übereinstimmung besteht. (Stierle et al., 2017, S. 138)

Anreize lassen sich somit als ein Instrument der Verhaltenssteuerung verstehen, mit dem Ziel, die Motivation von Mitarbeitenden für unterschiedliche Aufgaben zu erhöhen. Im weiteren Sinne kann auch das Gehalt als eine Form von Anreiz betrachtet werden, da es Personen dazu bewegt, überhaupt für ein bestimmtes Unternehmen tätig zu werden. Diese eher auf Strukturen und Rahmenbedingungen ausgerichtete Sicht wird in der psychologischen Motivationsforschung dadurch ergänzt, dass stärker darauf geachtet wird, wie einzelne Personen Anreize selbst wahrnehmen und was sie persönlich motiviert.

Heckhausen beschreibt Anreize als Reize oder Merkmale einer Handlungssituation, die eine bestimmte Handlung attraktiver machen und über die sogenannte „Valenz“ wirken, also die subjektive Bewertung des erwarteten Handlungsergebnisses. Je positiver die erwartete Konsequenz ausfällt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Handlung initiiert oder aufrechterhalten wird. (Heckhausen & Heckhausen, 2010) Comelli, von Rosenstiel und Nerdinger (Comelli et al., 2009) heben zudem hervor, dass Anreize nicht nur extern, etwa in Form monetärer Belohnung oder sozialer Anerkennung, sondern auch immateriell beziehungsweise intern wirksam sein können, etwa durch Freude an der Tätigkeit (Comelli et al., 2009, S. 11)

Aus organisationspsychologischer Sicht wird ergänzend zwischen materiellen und immateriellen Anreizen unterschieden. Neben materiellen Anreizen – wie Geldleistungen oder

Prämien – gibt es auch immaterielle Anreize, wie etwa Lob, Anerkennung oder andere Benefits. (Cerasoli et al., 2014, S. 981) Beide Formen können motivationsfördernd wirken, wobei empirische Befunde darauf hinweisen, dass immaterielle Anreize eine stärkere Bindung an das Unternehmen erzeugen können als rein finanzielle Belohnungen. (Khan et al., 2016, S. 73)

Vor dem Hintergrund dieser verschiedenen Zugänge wird Anreiz in der vorliegenden Arbeit als bewusst gestaltetes, psychologisch wirksames Steuerungsinstrument verstanden, das über die Veränderung situativer Bedingungen die Handlungsbereitschaft von Mitarbeitenden beeinflusst. Eine detailliertere Differenzierung nach Anreizarten sowie eine Anwendung auf den Kontext betrieblicher Gesundheitsförderprogramme erfolgen in den folgenden Unterkapiteln.

2.4.3.2 Intrinsische und extrinsische Anreize

Ryan und Deci (Deci & Ryan, 2000a, S. 55) deklarieren die Unterscheidung von Motivation in extrinsisch und intrinsisch als die Basis-Unterscheidung. Unter intrinsischen Anreizen versteht man dabei solche Anreize, die aus der Tätigkeit selbst oder aus deren Ergebnis herrühren. (Heckhausen & Heckhausen, 2010, S. 6) Dazu gehören beispielsweise die Freude an einer bestimmten Aufgabe, eine Tätigkeit gut bewältigen zu können und dabei Kompetenz zu erleben (Ryan & Deci, 2000, S. 70) sowie die Befriedigung von Selbsterfüllung und Selbstbewusstsein. (Mitchell & Albright, 1972, S. 3) Extrinsische Anreize hingegen haben ihren Ursprung eher im äußeren Arbeitsumfeld und stehen in einem eher instrumentellen, beziehungsweise zweckgebundenen Verhältnis zur eigentlichen Tätigkeit. (Mitchell & Albright, 1972, S. 3) Hierzu zählen zum Beispiel finanzielle Vergütungen, Anerkennungen oder Beförderungen, die nach Abschluss einer Aufgabe selbst gewährt werden. (Cerasoli et al., 2014, S. 981)

Diese Unterscheidung steht in engem Zusammenhang mit der Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan, in der Motivation auf einem Kontinuum zwischen selbstbestimmter und eher fremdbestimmter Motivation eingeordnet wird. Die intrinsische Motivation beschreibt dabei Situationen, in denen eine Handlung um ihrer selbst willen ausgeführt wird, also weil sie als interessant, sinnvoll oder auch als persönlich befriedigend erlebt wird. Demgegenüber basiert die extrinsische Motivation stärker auf äußeren Einflüssen und Reizen, wie zum Beispiel finanziellen Belohnungen, sozialer Anerkennung oder auch einem gewissen Leistungsdruck, der von außen auf eine Person einwirkt. (Kremer, 2025)

In organisationalen Kontexten können extrinsische Anreize in sehr unterschiedlichen Formen auftreten. Dazu gehören beispielsweise finanzielle Anreize, etwa in Form von Gutscheinen, Prämien oder Bonuszahlungen, ebenso wie zeitliche Anreize, wie zusätzliche Pausen oder flexible Arbeitszeitmodelle. Darüber hinaus spielen auch soziale Anreize eine Rolle, etwa durch Gruppenaktivitäten, Wettbewerbe oder Anerkennung innerhalb des Teams. Ergänzend dazu gibt es zunehmend digitale Anreizformen, beispielsweise durch Gamification-Elemente oder app-basierte Challenges. (Lehtoranta, 2024, S. 1) Solche extrinsischen Anreize sind für Unternehmen besonders bedeutsam, da sie sich im Vergleich zu anderen Motivationsfaktoren relativ direkt gestalten und gezielt steuern lassen. (Gagné & Deci, 2005, S. 333)

Empirische Befunde zeigen, dass extrinsische Anreize besonders dann ihre Wirkung entfalten, wenn sie auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten sind und zugleich an bereits vorhandene intrinsische Motive anknüpfen. So kann beispielsweise ein Wettbewerb unter Kollegen nicht nur durch die Aussicht auf einen Preis motivierend wirken, sondern gleichzeitig auch Spaß erzeugen und das Gefühl von sozialer Zugehörigkeit stärken. (Deci et al., 1999; Deci & Ryan, 2000a) Damit wird deutlich, dass die Grenze zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation in der Praxis häufig nicht klar trennbar ist, sondern vielmehr fließend verläuft und beide Formen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen.

Für die vorliegende Arbeit ist diese Unterscheidung insofern von zentraler Bedeutung, als der Schwerpunkt darauf liegt, welche extrinsischen Anreize Unternehmen einsetzen können, um die Teilnahme von jungen Mitarbeitenden und Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen zu steigern. Intrinsische Anreize – wie beispielsweise das persönliche Interesse an Gesundheit oder das Bedürfnis nach Wohlbefinden – werden dabei als wichtige Hintergrundfaktoren berücksichtigt, sie liegen jedoch nicht im direkten Gestaltungsbereich der Organisation.

2.4.3.3 Monetäre und nicht monetäre Anreize

Neben der Unterscheidung zwischen intrinsischen und extrinsischen Anreizen wird in der Literatur häufig auch eine weitere Differenzierung vorgenommen, nämlich die zwischen monetären und nicht monetären Anreizen. Monetäre Anreize umfassen dabei sämtliche Formen finanzieller Belohnung, wie beispielsweise Gehaltserhöhungen, leistungsbezogene Prämien,

regelmäßig gezahlte Sonderzahlungen oder auch geldwerte Vorteile. Nicht monetäre Anreize beziehen sich hingegen auf immaterielle Formen der Belohnung, etwa in Form von Anerkennung, Möglichkeiten zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung, zusätzlicher Freizeit oder auch flexiblen Arbeitszeitmodellen. (Gagné & Deci, 2005; Cassar & Meier, 2018; Berthel & Becker, 2022, S. 686)

Aus motivationspsychologischer Sicht wird diskutiert, dass monetäre Anreize in erster Linie die extrinsische Motivation fördern können, gleichzeitig jedoch auch die intrinsische Motivation beeinträchtigen, wenn sie von Betroffenen als kontrollierend wahrgenommen werden. Die Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan zeigt, dass externe Belohnungen insbesondere dann dazu führen können, dass die intrinsische Motivation geschwächt wird, wenn sie als Voraussetzung für die Ausführung einer Aufgabe erlebt werden und dadurch das Gefühl von Autonomie eingeschränkt wird. (Deci & Ryan, 1985; Deci et al., 1999) In solchen Situationen verlagert sich der Fokus der handelnden Person zunehmend von der eigentlichen Tätigkeit hin zur erwarteten Belohnung.

Nicht monetäre Anreize wirken demgegenüber häufig stärker über grundlegende psychologische Bedürfnisse wie Kompetenz, Autonomie und soziale Eingebundenheit. Studien zeigen, dass insbesondere Anerkennung, Möglichkeiten zur Mitgestaltung sowie Perspektiven zur persönlichen und beruflichen Entwicklung dazu beitragen können, sowohl die intrinsische Motivation als auch die Bindung an das Unternehmen zu stärken. (Gagné & Deci, 2005; Kuvaas, 2006a; Daniel, 2011) Damit wird nicht nur beeinflusst, ob eine Aufgabe überhaupt erledigt wird, sondern auch, wie diese von den Mitarbeitenden erlebt und wahrgenommen wird.

Konkrete Beispiele für monetäre Anreize sind unter anderem leistungsbezogene Boni, Gehaltserhöhungen, Beteiligungen in Form von Aktienanteilen, regelmäßig gewährte Sonderzahlungen oder auch Zuschüsse für Gutscheine und Mitgliedschaften. Nicht monetäre Anreize können sich hingegen in unterschiedlichen Formen zeigen, etwa durch Lob und Anerkennung, Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen eines möglichen Karriereschritts, zusätzliche freie Zeit oder auch Zertifikate als Ausdruck von Wertschätzung. (Daniel, 2011; Lazear, 2018; Berthel & Becker, 2022, S. 686)

In der Praxis ist die Abgrenzung zwischen monetären und nicht monetären Anreizen jedoch nicht immer eindeutig. So können beispielsweise Weiterbildungsmöglichkeiten sowohl einen finanziellen Aspekt beinhalten, etwa durch verbesserte Karriere- und Aufstiegschancen, als auch als immaterieller Anreiz wahrgenommen werden, wenn sie mit persönlicher Weiterentwicklung verbunden sind. Entscheidend ist dabei insbesondere, wie die Mitarbeitenden den jeweiligen Anreiz individuell wahrnehmen und welche Bedeutung sie ihm im konkreten Kontext zuschreiben.

Es gibt auch den „Total-Rewards“-Ansatz, bei dem finanzielle und nicht finanzielle Anreize gezielt miteinander kombiniert werden. (Chiang & Birtch 2006, S. 591) Dieser Ansatz verfolgt das Ziel, kurzfristige Leistungsanreize mit einer langfristigen Motivation sowie einer stärkeren Bindung der Mitarbeitenden zu verbinden, anstatt sich ausschließlich auf monetäre Instrumente zu konzentrieren. (Alhmoud & Rjoub, 2019) Für die Gestaltung von Anreizsystemen ergibt sich daraus, dass die Auswahl sowie die Kombination von monetären und nicht monetären Komponenten sorgfältig auf die jeweilige Zielgruppe und den spezifischen organisationalen Kontext abgestimmt werden sollten.

2.4.3.4 Anreize für Gesundheitsprogramme

Teilnahme Probleme in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Motivation junger Mitarbeitender und Lehrlinge, an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen, ist trotz vorhandener Angebote häufig eher gering ausgeprägt. Studien zeigen, dass allein das Bereitstellen von Gesundheitsmaßnahmen nicht ausreicht, um eine hohe Beteiligung sicherzustellen. Entscheidend ist vielmehr, wie die Programme kommuniziert werden, wie sie gestaltet sind und in welchem Maß sie in den Arbeitsalltag eingebettet werden. (Damaševičius et al., 2023; Smit et al., 2024)

Ein zentraler Grund für die geringe Teilnahmequote von jungen Mitarbeitenden beziehungsweise Lehrlingen liegt in der oft fehlenden Passung vieler Angebote zur Lebensrealität der Zielgruppe. Gesundheitsbotschaften, die stark belehrend wirken oder einen defizitorientierten Ansatz verfolgen, werden von jungen Mitarbeitenden häufig als bevormundend empfunden, während niederschwellige und alltagsnahe Formate in der Regel auf deutlich höhere Akzeptanz stoßen. (Pollard et al, 2016, S. 6-8) Besonders wichtig ist dabei die Art der Ansprache: Programme, die sich an den Kommunikationsgewohnheiten junger Menschen orientieren

und deren Werte sowie Interessen gezielt aufgreifen, werden im Vergleich zu rein top-down entwickelten Maßnahmen als wesentlich attraktiver wahrgenommen. Digitale Anwendungen, Gamification-Elemente oder auch soziale Anerkennung im Team können in diesem Zusammenhang teilweise wirksamer sein als klassische monetäre Anreizsysteme. (Betz & Brand, 2017; Malloy et al., 2023)

Vor diesem Hintergrund rückt die systematische Gestaltung von Anreizsystemen stärker in den Mittelpunkt. Anreize können dazu beitragen, Einstiegshürden zu reduzieren, indem man zum Beispiel Freizeit oder sonstige Belohnungen anbietet. (Shiri et al., 2023, S. 12) Des Weiteren können Anreize dazu beitragen, die Reichweite bestehender Angebote zu erhöhen, indem sie mehr Personen zur Anmeldung bewegen und zum Verbleib im Programm motivieren. (Michaud et al., 2022) Darüber hinaus können positive Erfahrungen mit betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen zu wiederholter Teilnahme führen. (Smit et al., 2023, S. 395) Gleichzeitig zeigt die Forschung, dass Anreize stets im jeweiligen organisationalen Kontext betrachtet werden müssen (Rojatz et al., 2017, S. 395) und ihre Wirksamkeit maßgeblich davon abhängt, wie gut sie zur jeweiligen Zielgruppe passen. (Rongen et al., 2014) Im Folgenden werden daher verschiedene Formen von Anreizen im Kontext betrieblicher Gesundheitsprogramme dargestellt und im Hinblick auf ihre jeweiligen Potenziale sowie ihre Grenzen näher betrachtet.

Finanzielle Anreize in Gesundheitsprogrammen

Finanzielle Anreize zählen zu den am häufigsten eingesetzten Instrumenten, wenn es darum geht, die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsprogrammen zu fördern. (Vitzthum et al., 2024) In der Praxis kommen dabei unterschiedliche Maßnahmen zum Einsatz, wie beispielsweise Bonuszahlungen für die regelmäßige Teilnahme an bestimmten Kursen, Gutscheine für gesundheitsbezogene Angebote, Vergünstigungen bei Versicherungsbeiträgen oder auch wiederkehrende Prämien, die an das Erreichen bestimmter Ziele geknüpft sind.

Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass finanzielle Anreize kurzfristig häufig zu einer deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Angebote führen, die Evidenz hinsichtlich langfristiger Verhaltensänderungen jedoch deutlich uneinheitlicher ausfällt. (Marteau et al., 2009; Giles et al., 2014) Giles et al. (2014) untersuchten im Rahmen eines systematischen Reviews randomisiert kontrollierte Studien, in denen monetäre

Belohnungen für nachweisbares gesundheitsbezogenes Verhalten – etwa körperliche Aktivität, der Rauchstopp oder die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen – eingesetzt wurden. Die Autoren kommen dabei zu dem Ergebnis, dass finanzielle Anreize insbesondere kurzfristig signifikante Effekte sowohl auf die Teilnahme als auch auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen haben, dass diese Effekte jedoch nach dem Wegfall der Anreize in vielen Studien deutlich zurückgehen. (Giles et al., 2014, S. 14) Für betriebliche Gesundheitsprogramme lässt sich daraus ableiten, dass finanzielle Anreize vor allem als eine Art „Initialzündler“ wirken können, deren langfristige Wirksamkeit in der Regel von ergänzenden Maßnahmen abhängig ist.

Konkrete Evidenz aus dem betrieblichen Kontext liefert die Studie von Patel et al. (2016), in der in einem Unternehmen eine randomisiert kontrollierte Untersuchung zu finanziellen Anreizen sowie zu Peer-Netzwerken im Zusammenhang mit der Förderung körperlicher Aktivität durchgeführt wurde. Je nach Versuchsbedingung erhielten Beschäftigte entweder individuelle finanzielle Anreize für das Erreichen bestimmter Schrittziele, arbeiteten in Teams auf gemeinsame Belohnungen hin oder erhielten ausschließlich Feedback ohne finanzielle Anreize. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl individuelle als auch teambezogene finanzielle Anreize kurzfristig zu einer höheren Schrittzahl führten als die Kontrollgruppe ohne Anreiz. Dabei konnten teambezogene Anreizstrukturen teilweise stärkere und stabilere Effekte erzielen, was auf die Kombination aus finanzieller Belohnung und sozialer Unterstützung hindeutet. (Patel et al., 2016)

Ein weiteres Beispiel liefert die Untersuchung von Volpp et al. (2009), die den Einsatz finanzieller Anreize zur Förderung der Raucherentwöhnung bei Beschäftigten eines großen Unternehmens analysierten. In diesem randomisierten Studiendesign erhielten die Teilnehmenden der Interventionsgruppe Geldprämien sowohl für das Absolvieren eines Entwöhnungsprogramms als auch für eine biochemisch verifizierte Abstinenz zu verschiedenen Messzeitpunkten, während die Kontrollgruppe lediglich Zugang zu den entsprechenden Programmen ohne zusätzliche finanzielle Anreize erhielt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Interventionsgruppe sowohl direkt nach Abschluss des Programms als auch nach zwölf Monaten signifikant höhere Abstinenzraten aufwies als die Kontrollgruppe. Gleichzeitig blieb jedoch offen, inwieweit diese Abstinenz über noch längere Zeiträume stabil blieb und ob die Verhaltensänderung eher durch die finanziellen Belohnungen oder durch tatsächlich veränderte

Einstellungen und Kompetenzen der Teilnehmenden beeinflusst wurde. (Volpp et al., 2009)

Wie bereits kurz im Kapitel 2.4.3.3 erwähnt, wird aus motivationspsychologischer Perspektive diskutiert, dass finanzielle Anreize in erster Linie die extrinsische Motivation erhöhen können, gleichzeitig jedoch auch die intrinsische Motivation beeinträchtigen, wenn sie von den Betroffenen als kontrollierend wahrgenommen werden. Aufbauend auf der Selbstbestimmungstheorie besteht dabei die Gefahr, dass externe Belohnungen das Erleben von Autonomie einschränken und den Fokus der handelnden Person von der eigentlichen Tätigkeit hin zu der erwarteten Belohnung verschieben. (Deci & Ryan, 1985; Deci et al., 2017) Werden finanzielle Anreize hingegen so gestaltet, dass sie als Anerkennung für eigenverantwortlich getroffene Gesundheitsentscheidungen verstanden werden, in transparente Regelstrukturen eingebettet sind und zusätzlich mit Maßnahmen zur Förderung von Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit kombiniert werden – beispielsweise durch Beratung, soziale Unterstützung oder Möglichkeiten zur Mitgestaltung –, können sie auch langfristig positive Effekte entfalten, ohne die intrinsische Motivation vollständig zu verdrängen. (Deci et al., 2017; Gillison et al., 2019; Patel et al., 2016)

Für die Zielgruppe junger Mitarbeitender und Lehrlinge ist zudem zu berücksichtigen, dass finanzielle Anreize in Konkurrenz zu anderen – für diese Altersgruppe ebenfalls attraktiven Verwendungsmöglichkeiten der eigenen Zeit – stehen, wie etwa zusätzlicher Freizeitgestaltung oder Nebentätigkeiten. Vor diesem Hintergrund müssen finanzielle Anreize in Gesundheitsprogrammen so gestaltet und bemessen werden, dass sie im Alltag dieser Zielgruppe tatsächlich als relevanter Vorteil wahrgenommen werden und nicht lediglich einen symbolischen Charakter besitzen. Gleichzeitig sollten sie in ein umfassenderes Anreizsystem eingebettet werden (Robroek et al., 2009, S. 6), das neben finanziellen Komponenten auch soziale, digitale und strukturelle Elemente berücksichtigt, um kurzfristige Teilnahmeeffekte in nachhaltigere Verhaltensänderungen zu überführen. (Zhou et al., 2023, S. 2)

Damit wird deutlich, dass finanzielle Anreize zwar ein wichtiges Instrument zur Steigerung der Teilnahme an Gesundheitsprogrammen darstellen, ihre tatsächliche Wirkung jedoch in hohem Maße von ihrer konkreten Ausgestaltung sowie vom jeweiligen Kontext abhängt. (Kullgren et al., 2016b, S. 11) Im folgenden Abschnitt werden daher nicht monetäre Anreize

näher betrachtet, die insbesondere für eine nachhaltige, motivationspsychologische Verankerung gesundheitsbezogenen Verhaltens von besonderer Bedeutung sind.

Nicht monetäre Anreize in Gesundheitsprogrammen

Nicht monetäre Anreize nehmen in der Gestaltung betrieblicher Gesundheitsprogramme eine zentrale Stellung ein, da sie über finanzielle Aspekte hinausgehen und insbesondere psychologische Bedürfnisse der Mitarbeitenden ansprechen. Dazu gehören beispielsweise Anerkennung und Wertschätzung, Möglichkeiten zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung, ein angenehmes Arbeitsumfeld sowie flexible Arbeitszeitmodelle. Solche Anreize können dazu beitragen, Gesundheitsangebote nicht lediglich als zusätzliche Verpflichtung wahrzunehmen, sondern vielmehr als festen Bestandteil einer unterstützenden und wertschätzenden Arbeitsumgebung. Empirische Studien zeigen zudem, dass nicht monetäre Anreize wie Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten, regelmäßiges Feedback sowie soziale Anerkennung in einem positiven Zusammenhang mit Arbeitsmotivation, affektiver Bindung und Leistungsbereitschaft stehen. (Kuvaas et al., 2009; Kuvaas et al., 2017; Manzoor et al., 2021)

Eine zentrale empirische Grundlage liefert die Arbeit von Kuvaas (2006), der in einer Studie mit Beschäftigten eines norwegischen Unternehmens untersuchte, wie sich die wahrgenommene Qualität der Leistungsvergütung sowie nicht monetäre Anreize auf affektive Bindung, intrinsische Motivation und Arbeitsleistung auswirken. Dabei stellte er fest, dass insbesondere nicht monetäre Faktoren wie Entwicklungsmöglichkeiten, konstruktives Feedback sowie die wahrgenommene Fairness der Leistungsbeurteilung positiv mit intrinsischer Motivation und affektiver organisationaler Bindung zusammenhängen. Demgegenüber zeigte sich, dass ein hohes Vergütungsniveau ohne entsprechende nicht monetäre Unterstützung teilweise sogar mit einer geringeren intrinsischen Motivation einhergehen kann. (Kuvaas, 2006b) Diese Ergebnisse stützen die Annahme, dass nicht monetäre Anreize einen eigenständigen Beitrag zur Motivation leisten, der sich nicht allein durch die Höhe des Gehalts ersetzen lässt.

An diese Befunde knüpft eine jüngere Studie von Manzoor et al. (2021) an, die den Zusammenhang zwischen intrinsischen Rewards, Motivation und Arbeitsleistung in einem dienstleistungsbezogenen Kontext untersucht. Auf Grundlage eines Strukturgleichungsmodells zeigen die Autoren, dass intrinsische Rewards – verstanden als wahrgenommene Anerkennung, Übernahme von Verantwortung sowie Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung – einen si-

gnifikant positiven Einfluss auf die Arbeitsleistung haben. Dieser Effekt wird dabei vollständig durch die Motivation der Beschäftigten vermittelt. (Manzoor et al., 2021) Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass nicht monetäre Anreize insbesondere dann wirksam sind, wenn sie bei den Mitarbeitenden tatsächlich das Erleben von Bedeutsamkeit, Kompetenz und Wertschätzung fördern.

Im Kontext betrieblicher Gesundheitsprogramme wird in Übersichtsarbeiten sowie Praxisstudien hervorgehoben, dass nicht monetäre Anreize wie öffentliche Anerkennung für die Teilnahme, Zertifikate, der Zugang zu spezifischen Trainingsangeboten oder auch zusätzliche Freiheiten bei der Gestaltung der Arbeitszeit die Bereitschaft zur Teilnahme erhöhen können. Insbesondere dann, wenn sie durch eine klare Kommunikation der Führungsebene begleitet werden. (CIPD, 2019) Eine von RAND für US-amerikanische Unternehmen durchgeführte Untersuchung zeigt zudem, dass viele Betriebe in ihren Wellness-Programmen nicht monetäre Formen der Anerkennung – etwa Auszeichnungen, kleinere Sachprämien oder interne Kommunikationsmaßnahmen über Erfolge – mit weiteren Anreizformen kombinieren. (Mattke et al., 2013) Solche Instrumente können dazu beitragen, die Wahrnehmung zu stärken, dass Gesundheit am Arbeitsplatz tatsächlich ernst genommen wird und dass Engagement im Gesundheitsbereich nicht nur individuell erwartet, sondern auch organisatorisch wertgeschätzt wird.

Aus Sicht der Selbstbestimmungstheorie lassen sich diese Befunde gut nachvollziehen. Die SDT geht davon aus, dass Arbeitsumgebungen, die Autonomie, das Erleben von Kompetenz sowie soziale Eingebundenheit fördern, eine qualitativ hochwertige, selbstbestimmte Form der Motivation begünstigen. (Deci et al., 2017; McAnally & Hagger, 2024) Nicht monetäre Anreize wie eine partizipative Gestaltung von Gesundheitsangeboten, eine ausgeprägte Kultur von Feedback und Anerkennung oder zusätzliche Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten lassen sich dabei direkt mit diesen drei psychologischen Grundbedürfnissen in Verbindung bringen. Sie vermitteln den Mitarbeitenden, dass ihre Beiträge wahrgenommen und wertgeschätzt werden (Kompetenz, Relatedness) und dass sie gleichzeitig über Handlungsspielräume und Mitgestaltungsmöglichkeiten verfügen (Autonomie). Im Gegensatz zu stärker kontrollierend wirkenden finanziellen Anreizen ist hier das Risiko geringer, die intrinsische Motivation zu beeinträchtigen. Vielmehr können solche nicht monetären Anreize dazu beitragen, bereits vorhandene intrinsische Gesundheitsmotive zu aktivieren oder weiter zu stärken.

Für junge Mitarbeitende und Lehrlinge zeigt sich zudem, dass nicht monetäre Anreize häufig

besonders gut an ihre Entwicklungs- und Orientierungsbedürfnisse anknüpfen. Anerkennung durch Ausbilder, Möglichkeiten zur Mitgestaltung von Gesundheitsaktionen, Zertifikate, die auch außerhalb des Unternehmens genutzt werden können, oder zusätzliche Freiräume im Arbeitsalltag lassen sich dabei als Signale verstehen, dass das Unternehmen nicht nur die Arbeitsleistung, sondern auch die Person selbst wertschätzt. (Biallas et al., 2016; Zhang et al., 2021) Damit haben nicht monetäre Anreize das Potenzial, nicht nur die Teilnahmequoten an Gesundheitsprogrammen zu erhöhen, sondern auch die langfristige Bindung junger Beschäftigter an das Unternehmen sowie an gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Lebensstile zu stärken.

Eine besonders dynamische Form nicht monetärer Anreize stellen digitale und gamifizierte Formate dar, die insbesondere für jüngere Zielgruppen eine hohe Attraktivität aufweisen. Diese werden im folgenden Unterkapitel näher betrachtet.

Digitale und Gamification-Anreize

Ein zunehmend relevanter Bereich nicht monetärer Anreize in Gesundheitsprogrammen ist der Einsatz digitaler Medien sowie von Gamification-Elementen. Unter Gamification wird dabei die Integration spieltypischer Elemente wie Punkten, Abzeichen, Ranglisten oder Herausforderungen in einem nicht spielerischen Kontext verstanden, mit dem Ziel, Motivation und Engagement zu steigern. (Deterding et al., 2011; Sailer et al., 2017) In betrieblichen Gesundheitsprogrammen werden solche Elemente häufig beispielsweise in Form von Schritt-Challenges, App-basierten Wettbewerben oder digitalen Fortschrittsanzeigen umgesetzt.

Forschungsarbeiten zu gamifizierten Workplace-Wellness-Programmen zeigen, dass die Einbindung von spieltypischen Mechaniken wie Wettbewerben, Level-Systemen und unmittelbarem Feedback mit einer höheren Teilnahme sowie mit Verbesserungen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen einhergehen kann. (Sailer et al., 2017; Patel et al., 2016; Lowensteyn et al., 2019) Insbesondere soziale Gamification-Ansätze, bei denen Mitarbeitende ihre Fortschritte mit jenen von Kollegen vergleichen oder gemeinsam in Teams auf Ziele hinarbeiten, können sowohl die körperliche Aktivität fördern, als auch das Gefühl sozialer Zugehörigkeit stärken. (Sailer et al., 2017)

Konkrete Evidenz aus dem betrieblichen Kontext liefert die Feldstudie von Zhang et al. (2021), in der die DMCoach+-App zur Förderung von Bewegung und gesundheitsbezogenem Verhalten

bei Beschäftigten eingesetzt wurde. Die App kombinierte dabei Elemente wie individuelle Zielsetzung, Selbstmonitoring, kontinuierliches Feedback sowie spielerische Komponenten, etwa Fortschrittsbalken und Belohnungen für das Erreichen von Zwischenzielen. Die Ergebnisse zeigen, dass Teilnehmende, die die App aktiv nutzten, im Verlauf der Studie signifikante Verbesserungen sowohl in ihrer körperlichen Aktivität als auch in ihrer gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeit verzeichneten. Besonders hervorgehoben wird dabei, dass die Verbindung aus digitalem Feedback, Gamification-Elementen und personalisierter Unterstützung von den Nutzenden als niederschwelliger und alltagsnaher Zugang zur Gesundheitsförderung wahrgenommen wurde. (Zhang et al., 2021)

Eine weitere Studie von Lowensteyn et al. (2019) untersuchte die Nachhaltigkeit eines betrieblichen Wellness-Programms, das gezielt Gamification-Prinzipien wie Challenges, Punktesysteme und Team-Wettbewerbe einsetzte. Dabei konnten Mitarbeitende über einen längeren Zeitraum Punkte für gesundheitsbezogene Aktivitäten sammeln, die anschließend in kleinere Belohnungen, sowie Formen der Anerkennung umgewandelt wurden. Die Autoren stellen fest, dass sowohl die Teilnahme als auch die Programmkontinuität höher ausfielen als in zuvor eingesetzten, nicht gamifizierten Programmen desselben Unternehmens. Ergänzend zeigen qualitative Rückmeldungen der Teilnehmenden insbesondere, dass die soziale Komponente einen wesentlichen Beitrag zur Attraktivität des Programms leistete. (Lowensteyn et al., 2019)

Aus motivationspsychologischer Perspektive ist insbesondere von Bedeutung, wie Gamification konkret ausgestaltet wird. Elemente, die Fortschritte transparent darstellen, sinnvolle und erreichbare Ziele setzen, sowie Kooperation zwischen den Teilnehmenden fördern, können das Erleben von Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit unterstützen und damit zu einer eher selbstbestimmten Form der Motivation beitragen. (Deci et al., 2017; McAnally & Hagger, 2024; Sailer et al., 2017) Demgegenüber besteht jedoch auch das Risiko, dass stark wettbewerbsorientierte Ranglisten oder überwiegend extrinsisch ausgerichtete Belohnungssysteme als kontrollierend wahrgenommen werden und insbesondere weniger leistungsstarke Teilnehmende demotivieren können. (Gillison et al., 2019) Für die Gestaltung digitaler und gamifizierter Anreizsysteme in Gesundheitsprogrammen folgt daraus, dass nicht die reine Anzahl an Spielelementen entscheidend ist, sondern vor allem deren Einbettung in ein unterstützendes, bedürfnisorientiertes Umfeld. Dazu zählen insbesondere transparente Regeln, freiwillige Teilnahme, sinnvoll strukturierte Ziele sowie sozial unterstützende Rahmenbedingungen.

Gerade für junge Mitarbeitende und Lehrlinge, die mit digitalen Medien und spielerischen Formaten aufgewachsen sind, können Gamification-Elemente einen besonders niederschweligen Zugang zu betrieblichen Gesundheitsprogrammen ermöglichen. Studien weisen darauf hin, dass diese Zielgruppe insbesondere positiv auf interaktive, visuell ansprechende und sozial eingebettete digitale Angebote reagiert, sofern ein klar erkennbarer Bezug zum Ausbildungs- und Arbeitsalltag hergestellt wird. (Zhang et al., 2021; Sailer et al., 2017) Damit stellen digitale und gamifizierte Anreizformen eine wichtige Schnittstelle zwischen nicht monetären, sozialen und strukturellen Anreizen dar. Letztere werden im folgenden Abschnitt vertieft betrachtet.

Soziale und strukturelle Anreize

Soziale Anreize setzen darauf, Motivation für Gesundheitsprogramme über zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Dynamiken zu erzeugen. Dazu gehören insbesondere Team-Challenges, Gruppenwettbewerbe, gemeinsame Trainingseinheiten oder Peer-Support-Formate, in denen sich Mitarbeitende gegenseitig unterstützen, ermutigen und über ihre Fortschritte austauschen. Studien zu betrieblichen Gesundheitsprogrammen zeigen, dass solche sozial eingebetteten Interventionen häufig mit einer höheren Teilnahme sowie einer stärkeren Bindung an Gesundheitsziele verbunden sind, da sie das Gefühl von Zugehörigkeit und gegenseitiger Verantwortung fördern. (Lowensteyn et al., 2019; Zhang et al., 2021).

Aus Sicht der Selbstbestimmungstheorie können soziale Anreize insbesondere das Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit adressieren, wenn sie Kooperation und gegenseitige Unterstützung in den Mittelpunkt stellen. (Deci et al., 2017) Dies zeigt sich beispielsweise bei Programmen, in denen Teams gemeinsam Schrittziele verfolgen oder gemeinsam Punkte für gesundheitsbezogenes Verhalten sammeln. Gleichzeitig wird jedoch darauf hingewiesen, dass stark kompetitiv ausgerichtete Formate – etwa öffentliche Ranglisten ohne ausreichende Differenzierung – bei leistungsschwächeren Teilnehmenden auch demotivierend wirken können. (Sailer et al., 2017) Für die Gestaltung sozialer Anreize ist daher besonders entscheidend, ob der Fokus eher auf Wettbewerb gelegt wird oder ob Kooperation und gegenseitige Unterstützung im Vordergrund stehen.

Strukturelle Anreize beziehen sich auf die Rahmenbedingungen, die darüber entscheiden, ob die Teilnahme an Gesundheitsangeboten erleichtert oder erschwert wird. Dazu zählen

insbesondere die zeitliche Flexibilität der Maßnahmen, die räumliche Erreichbarkeit, der notwendige organisatorische Aufwand sowie die Art und Weise, wie die Angebote in bestehende Arbeitsprozesse integriert sind. (Rojatz et al., 2017, S. 833) Untersuchungen zu Workplace-Wellness-Programmen zeigen, dass solche Angebote deutlich häufiger genutzt werden, wenn sie während der Arbeitszeit stattfinden, an gut erreichbaren Standorten angeboten werden und ohne größeren administrativen Aufwand zugänglich sind. (Zhang et al., 2021; Lowensteyn et al., 2019) Demgegenüber werden Programme, die ausschließlich in der Freizeit oder außerhalb des Betriebes stattfinden, von Mitarbeitenden häufig als zusätzliche Belastung wahrgenommen und werden deshalb nicht genutzt. (Jørgensen et al., 2016)

Ein weiterer wichtiger struktureller Anreiz ist die sichtbare Unterstützung durch Führungskräfte. Wenn Vorgesetzte die Teilnahme an Gesundheitsprogrammen aktiv ermöglichen, beispielsweise durch die Freistellung von Arbeitszeit, eine flexible Gestaltung von Schichtplänen oder auch durch die eigene Teilnahme, wird dies von Beschäftigten häufig als deutliches Signal verstanden, dass Gesundheit einen legitimen und wichtigen Bestandteil der Unternehmenskultur darstellt. (Deci et al., 2017; McAnally & Hagger, 2024) Studien weisen darauf hin, dass wahrgenommene Unterstützung durch Führungskräfte mit einer höheren Teilnahmebereitschaft sowie stärkeren Programmeffekten verbunden ist, da Mitarbeitende dadurch weniger Sorge haben, ihre Teilnahme könne als mangelnde Leistungsbereitschaft interpretiert werden. (Patel et al., 2016; Lowensteyn et al., 2019; Lier et al., 2019)

Zusätzlich zu den genannten Befunden weisen organisationsbezogene Studien darauf hin, dass insbesondere soziale und strukturelle Rahmenbedingungen zentrale Einflussfaktoren für die Teilnahme an Gesundheitsprogrammen darstellen. Eine Analyse von Personen- und Organisationseffekten zeigt, dass die Teilnahmequoten weniger stark von individuellen Gesundheitsrisiken abhängen, sondern vielmehr von betrieblichen Faktoren wie der Führungskultur, den Kommunikationswegen sowie der zeitlichen Einbettung der Angebote. (Lier et al., 2019) Betriebe, in denen Gesundheitsprogramme sichtbar von der Leitungsebene unterstützt werden, fest in die internen Kommunikationsstrukturen eingebunden sind und als selbstverständlicher Bestandteil der Arbeitsorganisation gelten, weisen deutlich höhere Teilnahmequoten auf als Betriebe, in denen entsprechende Angebote eher am Rand stehen und nicht in den Arbeitsalltag integriert sind. (Lier et al., 2019; Hoffmann & Schaller, 2022)

In eine ähnliche Richtung argumentiert die von Mattke et al. (2013) durchgeführte Untersuchung zu Workplace-Wellness-Programmen in US-amerikanischen Unternehmen. Die Autoren zeigen,

dass Programme mit klarer Unterstützung durch das Management, gut kommunizierten Zielsetzungen sowie einer strukturellen Verankerung – etwa durch die Integration in Personalprozesse oder Arbeitszeitregelungen – höhere Beteiligungsraten erzielen als isolierte Einzelmaßnahmen ohne erkennbare organisatorische Rückendeckung. (Mattke et al., 2013) Dies verdeutlicht, dass strukturelle Anreize nicht nur in konkreten organisatorischen Erleichterungen wie Zeitfenstern oder räumlicher Nähe bestehen, sondern auch eine symbolische Signalwirkung entfalten, die von Führungskräften und organisationalen Entscheidungen ausgeht.

Aus selbstbestimmungstheoretischer Perspektive lassen sich diese Ergebnisse dahingehend interpretieren, dass soziale und strukturelle Anreize insbesondere dann wirksam sind, wenn sie ein unterstützendes Klima im Sinne der psychologischen Grundbedürfnisse schaffen. (Deci et al., 2017) Eine Arbeitsumgebung, in der Führungskräfte die Teilnahme an Gesundheitsangeboten aktiv ermöglichen, Mitarbeitende in relevante Entscheidungen einbeziehen und Gesundheitsprogramme als selbstverständlichen Bestandteil der Arbeit anerkennen, kann das Erleben von Autonomie und sozialer Eingebundenheit deutlich stärken. (Hoert et al., 2018, S. 1054) Umgekehrt können strukturelle Rahmenbedingungen, die eine Teilnahme faktisch erschweren – etwa Angebote ausschließlich außerhalb der Arbeitszeit, starre Schichtmodelle oder fehlende organisatorische Entlastung – als kontrollierend oder sogar sanktionierend wahrgenommen werden und dadurch intrinsische Gesundheitsmotive beeinträchtigen. (Deci et al., 2017)

Kritisch zu reflektieren ist, dass soziale Anreize auch unerwünschte Nebenwirkungen mit sich bringen können. Gruppenchallenges und Wettbewerbsformate können beispielsweise Konformitätsdruck erzeugen oder Mitarbeitende mit gesundheitlichen Einschränkungen unbeabsichtigt stigmatisieren, insbesondere wenn Leistungsindikatoren nicht ausreichend differenziert oder reflektiert eingesetzt werden. (Arora & Razavian, 2021) Ebenso kann eine stark betonte „Gesundheitskultur“ in Organisationen, die gleichzeitig hohe Leistungsanforderungen an die Mitarbeitenden stellt, zu widersprüchlichen Signalen führen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Beschäftigte zwar ausdrücklich zur Teilnahme an Gesundheitsangeboten ermutigt werden, jedoch faktisch nicht über ausreichende zeitliche Ressourcen verfügen, um diese wahrzunehmen. In solchen Konstellationen besteht die Gefahr, dass Gesundheitsprogramme vor allem als symbolische Maßnahmen wahrgenommen werden, was wiederum die Glaubwür-

digkeit sozialer und struktureller Anreize insgesamt beeinträchtigen kann. (Mattke et al., 2013)

Für junge Mitarbeitende und Lehrlinge sind insbesondere soziale und strukturelle Anreize von Relevanz. (Descoux et al., 2025, S. 3111) In der Phase der beruflichen Orientierung und Identitätsentwicklung spielen Peers, Ausbildende sowie Vorgesetzte eine zentrale Rolle als Vergleichs- und Bezugsgruppen. (Nägele & Neuenschwander, 2016) Programme, die in bestehende Ausbildungsstrukturen eingebettet sind, von Ausbildungsverantwortlichen aktiv unterstützt werden und zudem Möglichkeiten zur gemeinsamen Teilnahme im Klassen- oder Jahrgangsverband bieten, können daher einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung zu erhöhen. (Zhang et al., 2021; Lier et al., 2019)

Für die Zielgruppe junger Mitarbeitender und Lehrlinge bedeutet dies, dass soziale und strukturelle Anreize besonders sorgfältig austariert werden müssen. Einerseits können Peer-Dynamiken sowie die Vorbildfunktion von Ausbildenden eine stark motivierende Wirkung entfalten; andererseits reagieren junge Menschen häufig sensibel auf wahrgenommenen Druck, Beschämung oder inkonsistente, beziehungsweise scheinheilige Botschaften. Programme, die eine Teilnahme ermöglichen, ohne sie faktisch zu erzwingen, die unterschiedliche individuelle Ausgangslagen berücksichtigen und eine offene Kommunikation über Ziele und Erwartungen pflegen, erscheinen vor diesem Hintergrund besonders geeignet, um gesundheitsbezogenes Engagement nachhaltig zu fördern. (Deci et al., 2017)

Zielgruppe der jungen Mitarbeitenden und Lehrlingen

Die bisher dargestellten Anreize entfalten ihre Wirkung nicht unabhängig von der jeweiligen Zielgruppe, an die sie gerichtet sind. (Hardcastle & Hagger, 2016, S. 1) Für junge Mitarbeitende und Lehrlinge stellen betriebliche Gesundheitsförderprogramme dabei eine besondere Herausforderung dar, da sie sich in einer Übergangsphase zwischen schulischer Ausbildung und Erwerbsarbeit befinden und mit spezifischen Belastungen sowie entwicklungsbezogenen Aufgaben konfrontiert sind. Studien zeigen, dass viele Auszubildende bereits in jungen Jahren über körperliche und psychische Beschwerden berichten, gleichzeitig jedoch nur ein vergleichsweise geringer Anteil aktiv an betrieblichen Gesundheitsförderangeboten teilnimmt. (Betz et al., 2015; Wirth et al., 2016)

Zu den zentralen Belastungsfaktoren zählen die Umstellung auf geregelte Arbeitszeiten, neue Leistungsanforderungen, der Umgang mit hierarchischen Strukturen sowie gleichzeitig der

Aufbau sozialer Netzwerke sowohl im betrieblichen als auch im privaten Umfeld. (Betz et al., 2015) Vor diesem Hintergrund wird Gesundheitsförderung von den Betroffenen häufig nicht als vorrangiges Thema wahrgenommen, sondern tritt hinter kurzfristig relevantere Anliegen wie Leistungsnachweise, soziale Integration oder finanzielle Unabhängigkeit zurück. Übertragen auf den BGF-Kontext zeigt die allgemeine Forschung zur Gesundheitskommunikation, dass junge Beschäftigte besonders sensibel auf die Art der Ansprache sowie auf die wahrgenommene Authentizität von Gesundheitsangeboten reagieren. Defizitorientierte oder moralisierende Botschaften werden dabei eher abgelehnt, während partizipativ gestaltete und lebensweltnahe Formate deutlich mehr Akzeptanz finden. (Kiku-Stein et al., 2025)

Für die Gestaltung von Anreizsystemen bedeutet dies, dass Programme für Lehrlinge und junge Mitarbeitende besonders alltagsnah, niederschwellig und freiwillig konzipiert sein sollten. Angebote, die ausschließlich in der Freizeit stattfinden, mit zusätzlichem organisatorischem Aufwand verbunden sind oder als verpflichtende Maßnahmen wahrgenommen werden, stoßen in dieser Zielgruppe häufig auf Ablehnung. (Krause & Dorsemage, 2017; Seiffge-Krenke, 2015) Demgegenüber zeigen Untersuchungen, dass Maßnahmen, die in den Ausbildungs- und Arbeitsalltag (Rojatz et al., 2017, S. 836) integriert sind, einen klar erkennbaren Bezug zur eigenen Lebenssituation aufweisen (Kiku-Stein et al., 2025) und Möglichkeiten zum praktischen Ausprobieren bieten, deutlich besser angenommen werden. (Biallas et al., 2016)

Eine zentrale Rolle spielen dabei die sozialen Bezugspersonen im betrieblichen Umfeld. Peers, Auszubildende und direkte Vorgesetzte fungieren für junge Menschen als wichtige Referenzgruppen und Vorbilder. (Hoert et al., 2018) Bereits frühe Forschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt, dass die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsprogrammen ebenso stark von organisationalen Faktoren wie von individuellen Gesundheitsmerkmalen der Beschäftigten abhängt, wobei die wahrgenommene Unterstützung durch Vorgesetzte einen zentralen Einflussfaktor darstellt. (Sloan & Gruman, 1988) Hoert et al. (2018) bestätigen und vertiefen die Ergebnisse: Wahrgenommene Führungsunterstützung für Gesundheitsförderung hängt signifikant mit der Teilnahme an Wellness-Programmen, geringerem wahrgenommenem Arbeitsstress sowie einem gesünderen Verhalten der Beschäftigten zusammen. (Hoert et al., 2018)

Beide Studien beziehen sich auf Führungskräfte und Vorgesetzte im allgemeinen Beschäftigungskontext. Überträgt man diese Befunde auf die duale Ausbildung, lässt sich argumentieren,

dass Auszubildende und Führungskräfte im Ausbildungsbetrieb eine vergleichbare Signal- und Vorbildfunktion einnehmen können. Wenn Auszubildende Gesundheitsprogramme sichtbar unterstützen, die Teilnahme organisatorisch ermöglichen und idealerweise selbst an entsprechenden Maßnahmen teilnehmen, dürfte dies auch von Auszubildenden als deutliches Signal verstanden werden, dass Gesundheit einen Bestandteil der Arbeitskultur darstellt. Eine empirische Überprüfung dieser Übertragung auf die Zielgruppe der Auszubildenden steht in der bisherigen Forschung allerdings noch aus.

Vor dem Hintergrund der Selbstbestimmungstheorie lassen sich aus diesen Befunden konkrete Anforderungen an Anreizsysteme für Lehrlinge und junge Mitarbeitende ableiten. Die SDT geht davon aus, dass Motivation dann besonders qualitativ hochwertig und nachhaltig ist, wenn die psychologischen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit erfüllt werden. (Deci et al., 2017; Gillison et al., 2019) Für betriebliche Gesundheitsförderprogramme im Kontext junger Beschäftigter ergibt sich daraus insbesondere folgendes:

- Autonomie: Eine freiwillige Teilnahme, echte Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Angeboten sowie Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Entwicklung von Inhalten und Formaten.
- Kompetenz: Das Erleben von Fortschritt und Selbstwirksamkeit durch realistisch erreichbare Ziele, verständlich aufbereitetes Feedback sowie Angebote, die an das jeweilige Erfahrungsniveau der Zielgruppe angepasst sind.
- Soziale Eingebundenheit: Gemeinsame Aktivitäten mit Peers, unterstützende Begleitung durch Auszubildende und Führungskräfte sowie Anerkennung innerhalb der Ausbildungsgruppe oder des Teams.

Diese Überlegungen bilden zugleich die Grundlage für die Konzeption des im empirischen Teil dieser Arbeit eingesetzten Fragebogens. Durch Items, die beispielsweise die wahrgenommene Freiwilligkeit der Teilnahme, das Erleben von Kompetenzgewinnen oder die wahrgenommene soziale Unterstützung im Rahmen von Gesundheitsprogrammen erfassen, kann untersucht werden, inwieweit bestehende oder gewünschte Anreize die drei psychologischen Grundbedürfnisse adressieren. Ergänzend dazu erfassen Fragen zu bevorzugten Anreizformen (z. B.

finanzielle vs. nicht monetäre, digitale vs. analoge sowie individuelle vs. teambezogene Anreize), welche Maßnahmen aus Sicht der Lehrlinge als besonders geeignet erscheinen, ihre Motivation zur Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung zu steigern. Auf dieser Grundlage lassen sich im Anschluss SDT-informierte Empfehlungen zur Gestaltung zielgruppenspezifischer Anreizsysteme ableiten.

Zwischenfazit und theoretische Einordnung

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass Anreize in betrieblichen Gesundheitsprogrammen in sehr unterschiedlichen Formen auftreten und sich keineswegs auf finanzielle Komponenten beschränken lassen. (Van Busum & Mattke, 2013) Neben monetären Anreizen spielen insbesondere nicht monetäre, soziale, strukturelle sowie digitale und gamifizierte Anreizformen (Lier & Breuer, 2020; Sailer et al., 2017; Lowensteyn et al., 2019) eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen und gesundheitsbezogenes Verhalten langfristig zu stabilisieren. (Van Busum & Mattke, 2013) Entscheidend ist dabei weniger die isolierte Wirkung einzelner Maßnahmen, sondern vielmehr deren sinnvolle Kombination sowie die Passung zum jeweiligen organisationalen Kontext und zur jeweiligen Zielgruppe. (Grossmeier et al., 2020)

Für junge Mitarbeitende und Lehrlinge erweist sich insbesondere die Verknüpfung von Anreizsystemen mit ihren Lebensrealitäten, Mediennutzungsgewohnheiten sowie sozialen Bezugssystemen als besonders bedeutsam. (Steckl et al., 2019; Betz et al., 2015) Gamifizierte und digital unterstützte Programme (Lier & Breuer, 2020; Sailer et al., 2017; Deady et al., 2020), teamorientierte Formate sowie strukturelle Erleichterungen, etwa durch die Integration in Arbeits- und Ausbildungszeiten (Rojatz et al., 2017), können dazu beitragen, Einstiegshürden zu reduzieren und positive Erfahrungen mit Gesundheitsangeboten zu ermöglichen. (Smit et al., 2023, S. 395) Gleichzeitig weisen sowohl empirische Befunde als auch motivationstheoretische Überlegungen darauf hin, dass Anreizsysteme insbesondere dann eine nachhaltige Wirkung entfalten, wenn sie nicht primär kontrollierend ausgestaltet sind, sondern vielmehr die psychologischen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit gezielt unterstützen. (Deci et al., 2017; McAnally & Hagger, 2024)

Vor diesem Hintergrund werden Anreize in der vorliegenden Arbeit nicht lediglich als instrumentelle Mittel zur kurzfristigen Steigerung von Teilnahmequoten verstanden, sondern

als Bestandteil eines umfassenderen motivationalen Gesamtkontexts. Die Selbstbestimmungstheorie dient dabei als theoretischer Rahmen, um unterschiedliche Anreizformen hinsichtlich ihres Potenzials zur Förderung selbstbestimmter Motivation einzuordnen und zu bewerten. Auf Grundlage der dargestellten Literatur werden im empirischen Teil der Arbeit jene Anreize herausgearbeitet, die von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden als besonders motivierend wahrgenommen werden und anschließend den drei psychologischen Grundbedürfnissen zugeordnet. Auf diese Weise soll ein Beitrag zur bedürfnisorientierten Gestaltung betrieblicher Gesundheitsförderprogramme für diese Zielgruppe geleistet werden.

2.4.3.5 Abgrenzung des Begriffs Anreiz

Im Rahmen dieser Arbeit ist es auch wichtig, den Begriff des Anreizes klar von verwandten Konzepten abzugrenzen, um Missverständnisse zu vermeiden und die theoretische Fundierung zu schärfen. Besonders relevant ist hierbei die Relation zu den Begriffen Bestrafung und Manipulation. Da diese Begriffe negativ konnotiert sind und bei den betroffenen Personen meist negative Auswirkungen haben. Die Differenzierung dieser Begriffe ist nicht einfach und auch in der Literatur nicht komplett herausgearbeitet. Umso wichtiger ist es für diese Arbeit, eine Abgrenzung des Begriffes für die restliche Arbeit zu definieren.

Manipulation ist ein Begriff mit negativer Konnotation, der auf eine bewusste und oft verdeckte Einflussnahme auf das Verhalten abzielt, ohne dass die betroffene Person dies vollständig erkennt. (Suesser et al., 2019, S. 9) Dadurch wird die autonome und rationale Entscheidungsfindung der Betroffenen unterlaufen oder umgangen und eine gewisse Lenkung von Handlungen der Zielperson angestrebt. (Fischer, 2017) Im Gegensatz zu offensichtlichen Anreizen handelt es sich bei der Manipulation nicht um eine merkbare Verhaltenssteuerung oder einen extrinsischen Anreiz, sondern um einen psychologischen Vorgang, den man gerade daran erkennt, dass man ihn nicht erkennt. (Wienkamp, 2022, S. 5) In der Gestaltung von Anreizsystemen ist daher eine ethische Reflexion notwendig, um eine klare Grenze zwischen Motivation beziehungsweise Anreizen und Manipulation zu ziehen.

Bestrafungen sind genau das Gegenteil von Anreizen. Sie sollen kein Verhalten fördern, sondern das Auftreten von gewissen Verhalten durch gezielte Maßnahmen mindern.

Diese begrifflichen Abgrenzungen sind essenziell, um die Zielrichtung der vorliegenden Arbeit klar zu definieren und die theoretische Einordnung der erhobenen Daten fundiert vorzunehmen. Die Arbeit konzentriert sich auf Anreize intrinsischer wie auch extrinsischer Herkunft. Auf Manipulationen und Bestrafungen wird nicht eingegangen. Es werden Anreize positiver Natur analysiert und gegeneinander bewertet. Sowohl intrinsische als auch extrinsische Anreize werden in dieser Arbeit berücksichtigt, wobei das Hauptaugenmerk auf den extrinsischen Anreizen liegt. Des Weiteren werden sowohl materielle und auch immaterielle Anreize mit in die Analyse aufgenommen.

3 Methodik

3.1 Wahl der Methode

3.1.1 Methodik der Analyse

Da zu dem Themenfeld dieser Arbeit bislang nur begrenzt empirische Daten vorliegen, wurde entschieden, zur Untersuchung der Forschungsfrage standardisierte Fragebögen als Erhebungsmethode einzusetzen. Diese sollten sich als geeignetes Instrument zur Beantwortung der zugrundeliegenden Fragestellung erweisen.

Die Wahl fiel auf standardisierte Fragebögen, da sie eine hohe Objektivität, Vergleichbarkeit und Effizienz bei der Datenerhebung ermöglichen. Gerade bei einer größeren Stichprobe – wie sie in dieser Arbeit angestrebt wird – bieten sie den Vorteil, dass sie mit relativ geringem Aufwand eine Vielzahl an Daten generieren können. Zudem fördern sie durch ihre Anonymität ehrliche und unverfälschte Antworten, was insbesondere bei sensiblen Themen wie Gesundheit und Motivation von Bedeutung ist.

Es werden Fragebögen sowohl für die Unternehmen selbst als auch für die Lehrlinge und junge Mitarbeitende erstellt. Der Fragebogen für die Unternehmen ist essenziell, um zu erfahren, wie viele junge Mitarbeitende und Lehrlinge wirklich an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen und ob dies vom Unternehmen eher gewünscht oder unerwünscht ist. Der Fragebogen für die jungen Mitarbeitenden und Lehrlinge zielt darauf ab zu erfahren, welche Anreize die Zielgruppe als am effektivsten bewertet, wenn es darum geht sie zu motivieren an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen.

Die Fragebögen bestehen aus einer Kombination von geschlossenen Fragen mit Likert-Skalen sowie offenen Fragen, um sowohl quantitative als auch qualitative Daten zu erfassen.

Die Fragestellungen selbst werden an die zwei bestehenden, standardisierten und erprobten Fragebögen BREQ-3 und W-BNS-G angelehnt. Mit Anlehnung an diese Fragebögen kann später auch die Auswertung standardisiert erfolgen.

3.1.2 BREQ-3

Das Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ) wurde ursprünglich von Mullan, Markland und Ingeldew im Jahre 1997 entwickelt, um die Motivationsregulation im sportlichen Kontext messbar zu machen. Die erste Version des Instruments erfasste vier Regulationstypen - externe, introjizierte, identifizierte und intrinsische Regulation - und umfasste 15 Items. (Mullan et al., 1997) Eine wesentliche Einschränkung bestand darin, dass weder Amotivation noch integrierte Regulation berücksichtigt wurden, obwohl beide als konstitutive Bestandteile des SDT-Motivationskontinuums gelten. (Deci & Ryan, 1985; Wilson et al., 2006) Unter Amotivation versteht man das Fehlen einer zielgerichteten Motivation oder Handlungsabsicht. Im Kontext der Selbstbestimmungstheorie beschreibt Amotivation einen Zustand, in dem Personen weder intrinsische noch extrinsische Gründe für ein Verhalten wahrnehmen und ihre Handlungen als wenig wirksam oder bedeutungslos erleben. (Vallerand et al., 1992, S. 1007)

Die zweite Version (BREQ-2) schloss die Lücke durch die Aufnahme einer Amotivationsskala. (Markland & Tobin, 2004) Die theoretisch wichtige integrierte Regulation blieb zunächst ausgespart, da sie empirisch schwer von identifizierter und intrinsischer Regulation zu trennen war. Wilson et al. (2006) lösten dieses Problem durch eine sorgfältige Itemkonstruktion und ergänzten eine Subskala für integrierte Regulation. (Wilson et al., 2006) Damit entstand der BREQ-3 als bislang umfassendstes Instrument zur Erfassung des vollständigen SDT-Motivationskontinuums im Gesundheits- und Sportbereich.

Eine validierte deutsche Fassung des BREQ-3 liegt seit 2024 vor. Cocca et al. (2024) bestätigten die Sechsfaktorstruktur in einer deutschsprachigen Stichprobe (N = 271) und erzielten gute Modellfit-Indizes (CFI = 0.912; RMSEA = 0.064; SRMR = 0.059). Eine Messinvarianz über Geschlecht wurde vollständig nachgewiesen. (Cocca et al., 2024)

Der BREQ-3 basiert auf der Organismic Integration Theory (OIT), einer der sechs Mini-Theorien der Selbstbestimmungstheorie von Deci & Ryan. Die OIT beschreibt, wie externe

Verhaltensregulationen schrittweise internalisiert und in das Selbst integriert werden können. Dieser Prozess verläuft entlang eines Kontinuums, das von vollständiger Fremdbestimmung bis hin zu vollständiger Selbstbestimmung reicht. (Ryan & Deci, 2000) Die sechs Regulationstypen sind in Tabelle 1 auf Seite 41 festgehalten.

Ein weiteres besonderes Merkmal des BREQ-3 ist die Möglichkeit, aus den Subskalen-Scores einen zusammenfassenden Wert zu berechnen: den Relative Autonomy Index (RAI). Der RAI gewichtet die einzelnen Regulationstypen entsprechend ihrer Position auf dem Autonomiekontinuum und aggregiert sie zu einem Gesamtmaß der motivationalen Selbstbestimmung. (Howard et al., 2020; Grolnick & Ryan, 1989) Die Berechnungsformel lautet:

$$\text{RAI} = (-3 \times \text{Amotivation}) + (-2 \times \text{Externe Regulation}) + (-1 \times \text{Introjierte Regulation}) + (+1 \times \text{Identifizierte Regulation}) + (+2 \times \text{Integrierte Regulation}) + (+3 \times \text{Intrinsische Motivation})$$

Ein hoher positiver RAI-Wert signalisiert eine stärker autonome, selbstbestimmte Motivation. Negative Werte hingegen, weisen auf kontrollierte Motivation hin. (Grolnick & Ryan, 1987, S. 894) Der RAI hat sich in zahlreichen Studien als valider Prädiktor für Verhaltensaufrechterhaltung, Wohlbefinden und Therapieadhärenz erwiesen. (Ng et al., 2012; Teixeira et al., 2012)

Folgende Beispielfragen zählen im ins Deutsche übersetzte Formular auf jeweils eine der sechs Regulationstypen ein und können mit Hilfe einer Likert-Skala beantwortet werden: (Osthoff, 2017)

- Amotivation
 - Ich weiß nicht warum ich trainieren sollte.
 - Ich sehe keinen Grund mich zum Training zu plagen.
 - Ich denke, dass Training eine Zeitverschwendung ist.
- Externe Regulation
 - Ich trainiere, weil andere Menschen mir sagen, ich solle es tun.

Regulationstyp	Autonomiegrad	Charakteristikum	Beispiel
Amotivation	Kein Antrieb	Fehlendes Interesse. Die Person sieht keinen Sinn in der Teilnahme	Ich nehme nicht teil – es bringt nichts.
Externe Regulation	Sehr gering	Verhalten wird durch Belohnungen oder Bestrafungen von außen gesteuert	Ich nehme teil, weil es mein Vorgesetzter erwartet.
Introjizierte Regulation	Gering	Verhalten durch internalen Druck (Schuldgefühle, Scham, Stolz)	Ich würde mich schlecht fühlen, wenn ich nicht mitmache.
Identifizierte Regulation	Mittel	Verhalten wird als persönlich bedeutsam und wertvoll erachtet	Ich nehme teil, weil mir meine Gesundheit wichtig ist.
Integrierte Regulation	Hoch	Verhalten ist vollständig in das Selbstkonzept integriert	Gesundheit ist Teil meiner Identität – das passt zu mir.
Intrinsische Motivation	Sehr hoch	Verhalten aus reinem Interesse, Freude und Befriedigung	Ich nehme teil, weil mir die Aktivität wirklich Spaß macht.

Tabelle 1: Die sechs Regulationstypen des BREQ-3 entlang des SDT-Motivationskontinuums basierend auf Deci & Ryan, Markland & Tobin und Wilson et al. (Deci & Ryan, 1985; Markland & Tobin, 2004; Wilson et al., 2006)

- Ich nehme am Training teil, weil meine Freunde/Familie/Partner es mir gesagt haben.
- Ich trainiere, weil sonst andere mit mir unzufrieden sein werden.
- Ich fühle mich von meinen/r Freunden/Familie unter Druck gesetzt, zu trainieren.
- Introjizierte Regulation
 - Ich habe ein schlechtes Gewissen wenn ich nicht trainiere.
 - Ich schäme mich wenn ich eine Trainingseinheit verpasse.
 - Ich fühle mich wie ein Versager, wenn ich eine Weile nicht trainiert habe.
- Identifizierte Regulation
 - Es ist mir wichtig, regelmäßig zu trainieren.
 - Ich schätze den Nutzen vom Training.
 - Ich denke, es ist wichtig sich zu bemühen, regelmäßig zu trainieren.
 - Ich werde ruhelos wenn ich nicht regelmäßig trainiere.
- Integrierte Regulation
 - Ich trainiere, weil es meinen Lebenszielen entspricht.
 - Ich betrachte Training als einen Teil meiner Identität.
 - Ich betrachte Training als einen wichtigen Teil von mir.
 - Training passt zu meinen Werten.
- Intrinsische Motivation
 - Ich trainiere, weil es Spaß macht.
 - Ich genieße meine Trainingseinheiten.
 - Ich empfinde Training als eine angenehme Aktivität.

- Ich freue mich und bin zufrieden wenn ich trainiere.

Die eben dargestellte deutsche Anwendung des BREQ-3 wird in adaptierter Version zu Teilen in den Fragebögen dieser Arbeit verwendet. Aufgrund der Ergebnisse kann darauf geschlossen werden, wie junge Mitarbeitende und Lehrlinge betriebliche Gesundheitsförderprogramme einschätzen und welche Motivationsarten verstärkt werden müssen um das Bedürfnis nach Autonomie zu befriedigen und dadurch die Teilnahmequote – basierend auf der SDT-Theorie, in welcher eine höhere Autonomie mehr Akzeptanz bedeutet – zu steigern.

3.1.3 W-BNS-G

Die Work-related Basic Need Satisfaction Scale (W-BNS) wurde von Van den Broeck et al. (2010) entwickelt, um die Erfüllung der drei psychologischen Grundbedürfnisse der SDT – Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit – spezifisch im Arbeitskontext zu messen. Der Ausgangspunkt war ein konkreter Forschungsbedarf: Obwohl die Bedeutung der Grundbedürfnisbefriedigung im Arbeitskontext theoretisch gut belegt war, fehlte ein valides, domänenspezifisches Messinstrument. (Van den Broeck et al., 2010)

Die W-BNS basiert auf der Basic Psychological Needs Theory (BPNT), einer weiteren Mini-Theorie der SDT. (Deci et al., 2017; Van den Broeck et al., 2010) Die BPNT postuliert, dass die Befriedigung der drei Grundbedürfnisse eine notwendige Bedingung für psychisches Wohlbefinden, intrinsische Motivation und optimales Funktionieren darstellt. Umgekehrt führt die Frustration dieser Bedürfnisse zu Wohlbefindensverlust, kontrollierter Motivation und verminderter Leistungsfähigkeit. (Deci & Ryan, 2000b; Vansteenkiste et al., 2020)

Die W-BNS umfasst 18 Items, je sechs pro Grundbedürfnis, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Das Instrument enthält sowohl positiv als auch negativ formulierte Items, wobei letztere vor der Auswertung umgepolt werden. Die deutschen Validierungsstudien bestätigten, dass die Itemformulierungen trotz dieser Mischung nicht durch Methodeneffekte verzerrt werden. (Grünwald et al., 2024, S. 36324) Die W-BNS unterscheidet sich von der allgemeinen Basic Psychological Needs Scale durch ihre domänenspezifische Ausrichtung auf den Arbeitskontext. (Van den Broeck et al., 2010) Während die BPNS globale Grundbedürfnisbefriedigung im Leben allgemein erfasst, beziehen sich die Items der W-BNS explizit auf das berufliche Umfeld. Diese Spezifität ist für die vorliegende Untersuchung entscheidend, da betriebliche Gesundheitsförderung definitionsgemäß im Arbeitskontext stattfindet. Die

Grundbedürfnisbefriedigung am Arbeitsplatz – nicht im Leben generell – ist der relevante Prädiktor für arbeitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen – dies begründete die Entwicklung einer eigenständigen, domänenspezifischen Messskala. (Van den Broeck et al., 2010)

Die W-BNS-G eignet sich für diese Arbeit aus drei Gründen besonders gut. Erstens deckt sie genau die drei SDT-Grundbedürfnisse ab, die in der Forschungsfrage zentral sind. (Van den Broeck et al., 2010, S. 981) Zweitens ist ihre arbeitsplatzbezogene Spezifität ein methodischer Vorzug gegenüber generischen SDT-Instrumenten. (Van den Broeck et al., 2010, S. 981) Drittens belegen Van den Broeck et al. (2010) sowie Grünwald et al. (2024), dass die W-BNS-G Kriteriumsvalidität gegenüber relevanten Outcome-Variablen aufweist. (Van den Broeck et al., 2010; Grünwald et al., 2024) Eine Auflistung der Subskalen findet sich in Tabelle 2.

Subskala	Definition (Van den Broeck et al., 2010)	Beispiel
Autonomie	Erlebnis von Wahlfreiheit und Selbstbestimmung im Handeln. Die Person fühlt sich als Ursprung ihres eigenen Verhaltens.	Die Aufgaben, die ich bei der Arbeit erledigen muss, entsprechen dem, was ich wirklich tun möchte.
Kompetenz	Gefühl der Wirksamkeit und Effektivität in der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.	Ich habe das Gefühl, dass ich auch die schwierigsten Aufgaben bei der Arbeit bewältigen kann.
Soziale Eingebundenheit	Erleben von Verbundenheit, Zugehörigkeit und gegenseitiger Fürsorge in sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz.	Einige Personen, mit denen ich arbeite, sind mir wirklich nahestehend.

Tabelle 2: Subskalen der W-BNS-G und ihre inhaltliche Abgrenzung. Definition basierend auf Van den Broeck et al. (Van den Broeck et al., 2010)

So schreiben Van den Broeck et al. folgendes: "Die Zufriedenheit der grundlegenden psychologischen Bedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit,

wie sie in der Selbstbestimmungstheorie definiert sind, wurde als wichtiger Prädiktor für das optimale Funktionieren von Personen in verschiedenen Lebensbereichen identifiziert.”. (Van den Broeck et al., 2010, S. 981)

Folgend wird der Fragekatalog auf Deutsch übersetzt angezeigt und zu den jeweiligen Bedürfnissen zugeordnet: (Colledani et al., 2018, S. 7)

- Kompetenz

- Ich meistere meine Aufgaben bei der Arbeit wirklich gut.
- Ich fühle mich in meinem Job nicht wirklich kompetent.
- Ich fühle mich in meinem Job kompetent.
- Ich zweifle daran, dass ich meine Arbeit richtig ausführen kann.
- Ich habe das Gefühl, dass ich selbst die schwierigsten Aufgaben bei der Arbeit bewältigen kann.
- Ich bin gut in den Dingen, die ich in meinem Job mache.

- Autonomie

- Die Aufgaben, die ich bei der Arbeit erledige, stimmen mit dem überein, was ich wirklich tun möchte.
- Bei der Arbeit habe ich oft das Gefühl, den Anweisungen anderer folgen zu müssen.
- Ich habe das Gefühl, ich kann bei der Arbeit ich selbst sein.
- Wenn ich wählen könnte, würde ich die Dinge bei der Arbeit anders machen.
- In meinem Job fühle ich mich gezwungen, Dinge zu tun, die ich nicht tun möchte.
- Ich fühle mich frei, meine Arbeit so zu erledigen, wie ich es für am besten halte.

- Soziale Eingebundenheit

- Einige Leute, mit denen ich arbeite, sind enge Freunde von mir.

- Bei der Arbeit kann ich mit Menschen über Dinge sprechen, die mir wirklich wichtig sind.
- Ich interagiere bei der Arbeit nicht wirklich mit anderen Menschen.
- Ich fühle mich bei der Arbeit nicht wirklich mit anderen verbunden.
- Ich fühle mich oft allein, wenn ich mit meinen Kollegen zusammen bin.
- Bei der Arbeit fühle ich mich als Teil einer Gruppe.

Die eben dargestellte deutsche Anwendung des W-BNS-G wird in adaptierter Version zu Teilen in den Fragebögen dieser Arbeit verwendet.

3.1.4 Komplementarität und Adaption der Instrumente

BREQ-3 und W-BNS-G messen zwar beide im Rahmen der SDT, erfassen aber konzeptuell verschiedene Konstrukte. Diese Unterscheidung ist für die Forschungsfrage produktiv, nicht problematisch. Tabelle 3 auf verdeutlicht die komplementäre Logik beider Instrumente.

Dimension	BREQ-3	W-BNS-G
SDT-Mini-Theorie	Organismic Integration Theory (OIT)	Basic Psychological Needs Theory (BPNT)
Gemessenes Konstrukt	Art der Motivationsregulation (Qualität der Motivation)	Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse (Voraussetzung für Motivation)
Forschungsfrage-Bezug	Welche Art von Motivation löst ein Anreiz aus? (extern vs. autonom)	Spricht ein Anreiz die richtigen psychologischen Bedürfnisse an?
Items	24 Items, 6 Subskalen	18 Items, 3 Subskalen
Ausgabewert	Subskalen-Scores + Relative Autonomy Index (RAI)	Drei Subskalen-Scores (Autonomie, Kompetenz, SE)

Tabelle 3: Komplementarität von BREQ-3 und W-BNS-G. Die angesprochenen Subtheorien stammen von der übergeordneten Selbstbestimmungstheorie ab. (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2017)

Die Empfehlung, BREQ-3 und eine BPNS-basierte Skala gemeinsam einzusetzen, findet sich explizit in der deutschen Validierungsstudie des BREQ-3. (Cocca et al., 2024, S. 6) Es wird die Nutzung der BPNSS als ergänzendes Instrument zur Überprüfung konvergenter Validität empfohlen. Die W-BNS-G erfüllt diese Funktion für den Arbeitskontext. Damit ist die Instrumentenkombination nicht nur inhaltlich begründet, sondern auch methodisch durch die Primärliteratur abgestützt.

Darüber hinaus werden die Items der Instrumente so adaptiert, sodass sie auch eine Aussage auf gezielte Anreize zulassen. Hierzu werden die Standardwerte der Fragebögen so adaptiert, dass sie noch weiterhin in das Konstrukt der jeweiligen Instrumente passen, jedoch zugleich eine Aussage zu einem konkreten Anreiz liefern.

3.2 Stichprobe

3.2.1 Bedingungen

Um die notwendigen Informationen von unseren Teilnehmern zu bekommen, ist es erforderlich, dass die teilnehmenden Unternehmen gewisse Bedingungen erfüllen. Diese Bedingungen sind die folgenden:

- Das Unternehmen muss Lehrlinge und junge Mitarbeitende ohne Matura beschäftigen beziehungsweise ausbilden.
- Das Unternehmen muss ein bestehendes betriebliches Gesundheitsförderprogramm etabliert haben.
- Jungen Mitarbeitende und Lehrlinge des Unternehmens müssen die Möglichkeit haben, an derartigen betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen.
- Das Unternehmen muss in Österreich tätig sein.

Diese Kriterien stellen sicher, dass die erhobenen Daten sowohl relevant als auch vergleichbar sind und sich auf die Zielgruppe der Arbeit beziehen.

3.2.2 Stichprobengröße

Um eine aussagekräftige Umfrage gewährleisten zu können, müssen mindestens 100 Lehrlinge und junge Mitarbeitende an der Untersuchung teilnehmen. Diese Zielgröße wurde gewählt, um

eine ausreichende statistische Aussagekraft zu gewährleisten. Gleichzeitig bleibt die Stichprobe realistisch erreichbar im Rahmen der verfügbaren Ressourcen.

3.2.3 Firmen und Schulen

Hier ein Auszug von potenziellen Firmen, welche angeschrieben werden und die Bedingungen erfüllen:

- Robert Bosch AG
 - In Österreich arbeiteten Stand 2024/25 rund 3.000 Mitarbeitende für Bosch. (Bosch, 2026) Aus einer öffentlichen Mitteilung von Bosch ist ersichtlich, dass im Jahr 2020 rund 30 Lehrlinge ihre Ausbildung bei Bosch abschließen. (Bosch, 2020) Die Robert Bosch AG in Österreich hat ein aktives betriebliches Gesundheitsmanagement.
- BMW Group
 - Die BMW Group beschäftigte im Jahr 2025/26 rund 5.600 Mitarbeitende in Österreich. Darunter befinden sich auch 550 Lehrlinge. (BMW, 2025) Aufgrund der Firmengröße und der Mitarbeiteranzahl ist davon auszugehen, dass auch die BMW Group ein betriebliches Gesundheitsmanagement einsetzt.
- ASFINAG
 - Die Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft beschäftigt um die 3.500 Mitarbeitende in Österreich. (ASFINAG, 2026) Darunter auch zirka 25 Lehrlinge. Auch dieses Unternehmen hat ein betriebliches Gesundheitsmanagement aktiv in Betrieb.
- Wiener Stadtwerke Gruppe
 - Die Wiener Stadtwerke Gruppe ist einer der größten Arbeitgeber in Wien und hat im Jahr 2026 fast 19.000 Mitarbeitende (Wiener Stadtwerke Gruppe, 2026) – darunter zumindest rund 235 Lehrlinge beschäftigt. (Wiener Stadtwerke Gruppe, 2025) Auch die Wiener Stadtwerke Gruppe betreibt ein aktives, betriebliches Gesundheitsmanagement.
- Caritas

- Die Caritas zählt mit ihren über 17.800 Angestellten (Caritas, 2026) zu einem der größten Unternehmen im sozialen Bereich in Österreich. Aufgrund der Mitarbeiteranzahl kann davon ausgegangen werden, dass auch die Caritas einige Lehrlinge beschäftigt.

Um darüber hinaus noch mehr Probanden zu erreichen, werden auch alle österreichischen Berufsschulen mit der Bitte zur Teilnahme an der Umfrage angeschrieben. Es ist mit Unterstützung der Lehrkräfte in den Berufsschulen mit einer Rücklaufquote von zirka 15-20% zu rechnen. Aufgrund der gewünschten Stichprobengröße von 100 Lehrlingen müssen somit ungefähr 500-700 Lehrlinge angeschrieben werden. Diese Zahl deckt sich mit den oben angegebenen Firmen, beziehungsweise Schulen.

3.3 Fragebögen

Im Zuge dieser Arbeit werden zwei Fragebögen erstellt, welche nicht nur ein unterschiedliches Zielpublikum, sondern auch einen unterschiedlichen Zweck haben. Einer wird an Lehrlinge und junge Mitarbeitende der im vorangehenden Kapitel erwähnten Unternehmen und Schulen gehen – der andere an Verantwortliche für betriebliche Gesundheitsförderprogramme der Unternehmen. Bei den Fragebögen handelt es sich um eine Kombination aus Fragen, welche mit einer Likert-Skala zu beantworten sind und Fragen, welche mit offenen Antwortfeldern zu beantworten sind.

Ein Fragebogen zielt darauf ab, die grundlegenden Daten zu den Teilnahmequoten von jungen Mitarbeitenden und Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen abzufragen. Zu diesem Zweck wird er an die verantwortlichen Personen für betriebliche Gesundheitsförderprogramme der Unternehmen geschickt. Gleichzeitig soll auch abgefragt werden, ob die Unternehmen eine Teilnahme der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen überhaupt begrüßen beziehungsweise, ob sie bereits schon ermutigt werden teilzunehmen oder nicht.

Der zweite Fragebogen soll an die Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden direkt gehen. Mittels dieses Fragebogens soll herausgefunden werden, welche Anreize am effektivsten wären, damit junge Mitarbeitende und Lehrlinge mehr, beziehungsweise häufiger, an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen würden.

Der Fragenkatalog an die Lehrlinge und jugendlichen Mitarbeitenden wurde entlang der

zentralen Konstrukte der Selbstbestimmungstheorie sowie an den daran aufgehängten Instrumenten dem BREQ-3 und dem W-BNS-G konzipiert. Die Fragen wurden so gewählt, dass die Erfüllung der Bedürfnisse aus den Antworten abzuleiten sind. Hier ein kurzer Ausschnitt des Fragenkatalogs an die Lehrlinge mit dem hier skizzierten Bezug der Fragen zu den Bedürfnissen:

1. Beispielfragen zur Autonomie

- (a) Wenn das Programm während der Arbeitszeit stattfindet, nehme ich eher teil.
- (b) Wenn ich dafür einen Tag frei bekomme, nehme ich eher teil.
- (c) Wenn mein Vorgesetzter mich fragt, nehme ich eher teil.
- (d) Ich habe das Gefühl, frei entscheiden zu können, ob ich an Gesundheitsprogrammen im Betrieb teilnehme.
- (e) Es wäre mir wichtig, bei der Gestaltung von Themen und Formaten der Gesundheitsprogramme mitreden zu können.

2. Beispielfragen zur Kompetenz

- (a) Ich traue mir zu, mein eigenes Gesundheitsverhalten zu verbessern, wenn ich passende Unterstützung bekomme.
- (b) Gesundheitsprogramme im Betrieb helfen mir, etwas zu lernen, das ich im Alltag wirklich anwenden kann.

3. Beispielfragen zur sozialen Eingebundenheit

- (a) Wenn andere Lehrlinge mitmachen, mache ich auch eher mit.
- (b) Ich habe das Gefühl, dass meine Ausbilder sich wirklich für meine Gesundheit interessieren.

Wenn Lehrlinge selbst entscheiden können, ob sie an Programmen in ihrer Arbeitszeit teilnehmen oder sie an der Gestaltung der Themen mitwirken können, dann sorgt dies für eine Befriedigung des Autonomiebedürfnisses im Sinne der Selbstbestimmungstheorie. Durch das Erlangen von Gesundheitskompetenz und dem Selbstbewusstsein, dass man sein Verhalten

selbst beeinflussen kann, wird das Kompetenzbedürfnis befriedigt. Durch die gemeinsame Teilnahme mit anderen Lehrlingen und dem Gefühl, dass die Ausbilder diese Teilnahme unterstützen und gutheißen, steigert sich die Befriedigung des Bedürfnisses der sozialen Eingebundenheit.

Der Fragebogen an die verantwortlichen Personen für betriebliche Gesundheitsförderprogramme der zu befragenden Unternehmen dient dazu, das betriebliche Klima in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderprogramme abzufragen. Jedoch findet man auch in diesem Fragenkatalog bei manchen Fragen einen Bezug zur Selbstbestimmungstheorie. Zum Beispiel können Aussagen zu der Frage der Teilnahmemöglichkeiten für Lehrlinge und jugendliche Mitarbeitende an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen während der Arbeitszeit und das zusätzliche Bereitstellen von Ressourcen auf Indikatoren der Autonomieunterstützung beziehungsweise kontrollierendes Gesundheitsförderklima im Sinne der Selbstbestimmungstheorie deuten.

Des Weiteren werden die jeweiligen Fragebögen, sowohl jener an Lehrlinge und jugendliche Mitarbeitende sowie jener an die verantwortlichen Personen für Gesundheitsförderprogramme in Unternehmen Fragen beinhalten, welche auf statistische Werte oder materialistische oder sonstige Anreize abzielen.

3.4 Datenerhebung

Die Verteilung der Fragebögen erfolgt digital über E-Mail. In der E-Mail wird ein Link zu einem Formular zur Verfügung gestellt, mit der Bitte an Lehrlinge und Verantwortliche für BGM dem Link zu folgen und die Daten auszufüllen. Die Teilnahme ist freiwillig und anonym. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, sind Erinnerungsmails nach einer Woche geplant. Des Weiteren werden in Abstimmung mit den Unternehmen, von welchen die verantwortlichen Personen für betriebliches Gesundheitsmanagement auch befragt werden, weitere Konzepte angewandt, um die Rücklaufquote zu erhöhen.

Der Mailversand wird in Abstimmung mit den Ziel-Schulen und Ziel-Unternehmen durchgeführt. Da die Schulen im ständigen Kontakt mit Lehrlingen stehen, sollte durch die Verteilung über diese selbst eine gute Rücklaufquote erreicht und die Problematik der Teilnehmerfindung erleichtert werden können.

3.5 Datenaufbereitung

Die Ergebnisse der Fragebögen sollen anschließend statistisch ausgewertet werden. Da es sich bei dem Großteil der Fragen um Fragen basierend auf der Likert-Skala handelt und die Likert-Skala eine Nominalskala ist, werden zur statistischen Auswertung folgende Kennzahlen herangezogen:

1. Mittelwert
2. Median
3. Modus
4. Standardabweichung
5. Varianz
6. Minimum
7. Maximum
8. Range
9. RAI

Fragen mit direktem Bezug zu der Selbstbestimmungstheorie werden kategorisiert und in drei Skalen (Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit) zusammengefasst. Diese drei Skalen werden einer internen Konsistenzprüfung unterzogen.

Die Antworten auf die offenen Fragen werden – je nach Charakter der Frage und wenn ein Bezug zur Selbstbestimmungstheorie gegeben ist – im Sinne dieser, kategorisiert und dann einer Häufigkeitsanalyse unterzogen. Ziel ist es, wiederkehrende Themen und Muster zu identifizieren, die Hinweise auf besonders wirksame Anreize geben können.

3.6 Datenschutz

Da personenbezogene Daten erhoben werden, wird besonderer Wert auf Datenschutz gelegt. Die Teilnahme der Lehrlinge erfolgt anonym, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Die Umfragen beginnen mit einer Datenschutzerklärung, die alle Teilnehmenden über die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen der Umfrage informiert.

Darunter fällt die gewährleistete Anonymität, der Hinweis auf die Freiwilligkeit sowie der Hinweis auf den rein wissenschaftlichen Zweck der Umfrage. Die Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und nach Abschluss der Arbeit gelöscht. Das Ergebnis der Studie wird veröffentlicht und den teilnehmenden Unternehmen zur Verfügung gestellt.

4 Ergebnisse und Diskussion

4.1 Analyse der Fragebögen

Der Fragebogen für die Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden wurde am 25.05.2026 veröffentlicht und konnte bis zum 19.07.2026 mit einem öffentlich erreichbaren Link digital ausgefüllt werden. Der Fragebogen für die Verantwortlichen für betriebliche Gesundheitsförderung in ihren Unternehmen wurde am 15.06.2026 veröffentlicht und konnte bis zum 19.07.2026 mit einem öffentlich erreichbaren Link digital ausgefüllt werden.

Insgesamt haben 194 Personen an den Umfragen teilgenommen. Diese verteilen sich auf die Fragebögen wie folgt.

Die Rücklauf-Statistik des Fragebogens an die Verantwortlichen für betriebliche Gesundheitsförderung in Betrieben ist in Tabelle 4 abgebildet.

Kennzahl	Anzahl	Anteil
Fragebogen gestartet (gesamt)	12	100%
Vollständig abgeschlossen	8	66.6%
Teilweise ausgefüllt	2	16.7%
Abbruch nach Einwilligung (Seite 2 von 8)	2	16.7%

Tabelle 4: Rücklauf-Statistik zu den Fragebogen an Verantwortliche von betrieblicher Gesundheitsförderung in Unternehmen

Von zwölf gestarteten Fragebögen liegen acht vollständig abgeschlossene, auswertbare Datensätze vor. Zwei Unternehmen brachen die Befragung unmittelbar nach der Einwilligung zum Datenschutz ab und lieferten keine inhaltlichen Antworten. Zwei weitere Unternehmen haben die Umfrage zu einem späteren Zeitpunkt noch abgebrochen. Die nachfolgenden Auswertungen zur Unternehmensbefragung basieren somit auf $n = 8$ Unternehmen.

Die Rücklauf-Statistik des Fragebogens an Lehrlinge und junge Mitarbeitende kann man Tabelle 5 entnehmen. Von den 184 gestarteten Fragebögen wurden 106 formal vollständig

Kennzahl	Anzahl	Anteil
Fragebogen gestartet (gesamt)	184	100%
Vollständig abgeschlossen (formal)	106	57.6%
Letzte Seite erreicht (inkl. nicht formal abgeschlossen)	108	58.7%
Inhaltliche Fragen beantwortet (ab Seite 3, "brauchbar")	164	89.1%
Sehr früher Abbruch (nur Startseite/Einwilligung, max. Seite 2)	20	10.9%

Tabelle 5: Rücklauf-Statistik zu den Fragebogen an Lehrlinge und junge Mitarbeitende

abgeschlossen (alle Pflichtseiten durchlaufen und Befragung regulär beendet). Zwei weitere Personen erreichten zwar die letzte Seite des Fragebogens, schlossen die Befragung aber nicht formal ab. In Summe haben 164 von 184 Personen den Fragebogen inhaltlich substanziell bearbeitet. Diese Daten wurden für die nachfolgenden Auswertungen herangezogen. 20 Personen brachen bereits auf der Datenschutz-Einwilligungsseite, beziehungsweise der ersten Inhaltsseite ab und lieferten keine auswertbaren, inhaltlichen Antworten.

4.1.1 Fragebögen an Unternehmen

Die Suche nach Probanden stellte sich als große Herausforderung dar, da viele Unternehmen trotz der anonymisierten Umfrage, die Befürchtung hatten, durch die Ergebnisse in ein schlechtes Licht gerückt zu werden.

Die Grunddaten zu den teilgenommenen Unternehmen finden sich in Tabelle 6 auf Seite 55 wieder.

Es zeigt sich, dass man von einem Zusammenhang der Größe des Unternehmens und der Ausgeprägtheit und Durchdringung der betrieblichen Gesundheitsförderprogramme im Unternehmen sprechen kann. Je mehr Mitarbeitende ein Unternehmen hat, desto höher wird auch die Teilnahmequote von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden an Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eingeschätzt. Dies kann auf eine besser durchdachte, beziehungsweise implementierte Gesundheitsförderungsstrategie der größeren Unternehmens hindeuten.

Die Unternehmen wurden befragt, welche der gängigsten Anreizarten sie bei sich im

Unt.	Funktion	Branche	MA	Anzahl	Teilnahme
A	BGM- Verantwortlicher	Infrastruktur, Verkehr und Mobilität	> 1000 MA	25-50	51-75%
B	Verantwortlicher Gesundheitsmanage- ment	Technologie- und Dienstleistung	> 1000 MA	< 25	26-50%
C	Geschäftsführer	Information Technolo- gie	< 50 MA	< 25	< 10%
D	HRBP	Baubranche	> 1000 MA	> 250	51-75%
E	Leitung Lehrlings- management	Bauwesen	> 1000 MA	> 250	51-75%
F	Gesundheitsmanager	IT	> 1000 MA	25-50	51-75%
G	Leitung HR	Informationstechnologie	< 50 MA	< 25	< 10%
H	MA BGM	Einzelhandel	> 1000 MA	> 250	51-75%
I	Spezialist BGM	Einzelhandel	> 1000 MA	< 25	26-50%
J	Leitung Personalwe- sen	Energie	> 1000 MA	> 250	51-75%

Tabelle 6: Grunddaten der Unternehmen

Unternehmen anwenden würden. Die Antworten zu der Frage finden sich in Tabelle 7 wieder.

Anreiz	Anzahl	Anteil
Gutscheine für Fitnessstudios	2 von 8	25%
Kostenlose gesunde Snacks/Getränke	4 von 8	50%
Kostenlose Trainingsberatung	6 von 8	75%
Zusätzliche Urlaubstage/Freizeit	0 von 8	0%
Teilnahmezeugnisse/Anerkennung	4 von 8	50%
Wettbewerbe mit Preisen	4 von 8	50%
Kleine Bezahlung für Teilnahme	0 von 8	0%
Programm als Computerspiel	4 von 8	50%
Aufforderung des Vorgesetzten	8 von 8	100%
Aufforderung des Lehrlingsbeauftragten	6 von 8	75%
Andere Maßnahme	0 von 8	0%

Tabelle 7: Bereits angewandte Anreize in den Unternehmen

Man kann erkennen, dass der einzige Anreiz, welcher von allen befragten Personen ausgewählt wurde, die Aufforderung des Vorgesetzten ist. Des Weiteren ist klar zu erkennen, dass die monetären, beziehungsweise auf Freizeit beruhenden Anreize, welche auch wiederum monetär umrechenbar sind, gar nicht ausgewählt wurden. Sowohl zusätzliche Urlaubstage/Freizeit als auch eine kleine Bezahlung für die Teilnahme liegen abgeschlagen auf dem letzten Platz.

Daraus ist zu schließen, dass Firmen eher auf Anerkennung, kleine Preise oder auch Aufforderungen von Führungspersonal setzen, als auf rein monetäre Anreize. Die Umfrage spiegelt wider, dass die Firmen im Kontext der Selbstbestimmungstheorie auf die zwei Dimensionen „soziale Eingebundenheit“ und „Kompetenz“ setzen.

Die verantwortlichen Personen für betriebliche Gesundheitsförderung in den Unternehmen wurden auch befragt, welche Anreize sie zur Zeit in ihrem Unternehmen einsetzen. In Tabelle 8 auf Seite 57 sind die Antworten dargestellt. Der Fragenschlüssel zu den Antworten aus Tabelle 8 ist auch auf Seite 57 in Tabelle 9 angezeigt.

An der Auswertung ist erkennbar, dass Unternehmen heutzutage eher auf soziale Hebel

Item	n	M	Md	Mo	SD	s ²	Min	Max	Range
GL03_01	8	3.25	3.5	4	0.89	0.79	2	4	2
GL03_02	8	2.75	2.5	1, 2, 3, 5	1.58	2.50	1	5	4
GL03_03	8	3.25	3	3	0.46	0.21	3	4	1
GL03_04	8	4	4	4	0.76	0.57	3	5	2
GL03_05	8	3	3.5	4	1.31	1.71	1	4	3

Tabelle 8: Verwendete Anreiz-Arten in den befragten Unternehmen

Item	Frage
GL03_01	Unser Unternehmen setzt gezielte Anreize, um Lehrlinge und Jugendliche zu bewegen, mehr an betrieblichen Gesundheitsprogrammen teilzunehmen.
GL03_02	Wir nutzen monetäre Anreize (z. B. Gutscheine, Prämien), um die Teilnahme zu fördern.
GL03_03	Wir nutzen zeitliche Anreize (z. B. Freistellung, flexible Teilnahmezeiten), um die Beteiligung zu erhöhen.
GL03_04	Wir nutzen soziale Anreize (z. B. Teamangebote, gemeinsame Aktivitäten), um die Teilnahme zu steigern.
GL03_05	Anerkennungsformen (z. B. Zertifikate, öffentliches Lob) sind in unserem Unternehmen Teil der BGF-Strategie.

Tabelle 9: Fragen Schlüssel Autonomie der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden

setzen, als auf monetäre Anreize. Des Weiteren ist hervorzuheben, dass die Standardvariation, beziehungsweise auch die Range der Antworten bei der Frage zu eingesetzten monetären Anreizen am größten ist. Das zeigt, dass beim Einsatz von monetären Anreizen die Diskrepanz zwischen den Unternehmen am größten ist.

Wichtig war auch zu erheben, ob die Relevanz von einem gezielten Gesundheitsförderprogramm für Lehrlinge und junge Mitarbeitende in den Unternehmen akzeptiert, beziehungsweise hierfür ein Bewusstsein vorhanden ist. In Tabelle 10 sind die statistischen Auswertungen bezüglich den Fragen zur Relevanz und in Tabelle 11 findet sich der Schlüsselbogen wieder.

Item	n	M	Md	Mo	SD	s ²	Min	Max	Range
GL01_01	8	3.25	4	4	1.39	1.93	1	4	3
GL01_02	8	4.25	4	4	0.46	0.21	4	5	1
GL01_03	8	3.25	3.5	4	0.89	0.79	2	4	2
GL01_04	8	2.75	3	4	1.39	1.93	1	4	3
GL01_05	8	3	3.5	4	1.31	1.71	1	4	3

Tabelle 10: Relevanz der BGF-Maßnahmen für Lehrlinge und junge Mitarbeitende bei den befragten Unternehmen

Item	Frage
GL01_01	Unser Unternehmen erkennt die Bedeutung von Gesundheitsförderprogrammen für Lehrlinge und Jugendliche an.
GL01_02	Wir glauben, dass Gesundheitsförderprogramme für Lehrlinge und Jugendliche langfristig positive Auswirkungen auf das Unternehmen haben.
GL01_03	Unser Unternehmen hat klare Ziele und Strategien für die Gesundheitsförderung von Jugendlichen und Lehrlingen.
GL01_04	Wir haben bereits spezifische Gesundheitsförderprogramme für Jugendliche und Lehrlinge.
GL01_05	Unser Unternehmen hat bereits positive Erfahrungen mit der Teilnahme von Lehrlingen und Jugendlichen an Gesundheitsförderprogrammen gemacht.

Tabelle 11: Fragen Schlüssel Relevanz BGF-Maßnahmen

In dem Kontext der Relevanz von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist aus der Umfrage klar zu erkennen, dass, obwohl alle Unternehmen daran glauben, dass Gesundheitsförderprogramme für Lehrlinge und Jugendliche langfristig positive Auswirkungen auf die Unternehmen haben, trotzdem offensichtlich kaum spezifische Förderprogramme für Lehrlinge und Jugendliche angeboten werden. Es verfügt nur die Hälfte der Unternehmen tatsächlich über spezifische Förderprogramme für diese Zielgruppe (GL01_04, $M = 2.75$) – bei der anderen Hälfte bleibt es bei der grundsätzlichen Überzeugung, ohne dass sich dies bislang in konkreten, zielgruppenspezifischen Angeboten niederschlägt. Hier zeigt sich eine Diskrepanz, welche auch ein Mitgrund für diese Arbeit ist und auch die Wichtigkeit des Themas bestätigt.

Des Weiteren wurden die Unternehmen zu ihrer Bereitschaft, Ressourcen für spezifische Gesundheitsförderprogramme für Lehrlinge und junge Mitarbeitende bereitzustellen, befragt. In Tabelle 12 sieht man die Auswertung und in Tabelle 13 auf Seite 59 den dazugehörigen Schlüssel.

Item	n	M	Md	Mo	SD	s²	Min	Max	Range
GL02_01	8	3.25	4	4	1.39	1.93	1	4	3
GL02_02	8	1.75	1.5	1	0.89	0.79	1	3	2
GL02_03	8	3.25	3.5	1, 3, 4, 5	1.58	2.50	1	5	4
GL02_04	8	2.75	2.5	1, 2, 3, 5	1.58	2.50	1	5	4

Tabelle 12: Betriebliche Bereitschaft für spezifische BGF-Maßnahmen für Lehrlinge und junge Mitarbeitende

Es zeigt sich, dass die Effektivität von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen für Lehrlinge und junge Mitarbeitende von den Unternehmen nicht evaluiert wird. Die Bereitschaft, zusätzliche Ressourcen bereitzustellen wäre aber prinzipiell da, beziehungsweise würde zumindest der Status Quo erhalten bleiben. Insgesamt wird bei der Umfrage aber deutlich, dass es bei der Hälfte der teilnehmenden Unternehmen keine spezifischen Programme oder Angebote für die Zielgruppe gibt und daher auch logischerweise keine Wirksamkeitsmessung stattfinden kann. Daraus resultierend verfügen die Hälfte der Unternehmen auch über kein

Item	Frage
GL02_01	Unser Unternehmen ist bereit, zusätzliche Ressourcen für die Gesundheitsförderung von Jugendlichen und Lehrlingen bereitzustellen.
GL02_02	Unser Unternehmen misst regelmäßig die Wirksamkeit der Gesundheitsförderprogramme für Lehrlinge und Jugendliche.
GL02_03	Unser Unternehmen unterstützt die Teilnahme von Jugendlichen und Lehrlingen an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen auch während der Arbeitszeit.
GL02_04	Wir glauben, dass die Einbeziehung von mehr Lehrlingen und Jugendlichen in Gesundheitsförderprogrammen die allgemeine Gesundheit und Produktivität der Belegschaft verbessern wird.

Tabelle 13: Fragen Schlüssel Bereitschaft für spezifische BGF-Maßnahmen

systematisches Mittel zur Auswertung, welche Maßnahmen den größten Mehrwert haben und wo die Unternehmen noch nachschärfen könnten.

Zur Verdichtung der Einzelitem-Ergebnisse wurden für jedes der drei Hauptkonstrukte – Relevanzeinschätzung, Maßnahmen/Anreize und Bereitschaft – Konstrukt-Summenscores berechnet. Dabei wurde für jede befragte Person zunächst der arithmetische Mittelwert über alle von ihr gültig beantworteten Items des jeweiligen Konstrukts gebildet. Fehlende Werte (Antwortkodes -1 und -9) wurden dabei paarweise ausgeschlossen, sodass Personen mit einzelnen fehlenden Items nicht vollständig aus der Analyse ausscheiden. Die so ermittelten personenspezifischen Konstruktmitelwerte bildeten anschließend die Grundlage für die Berechnung der in Tabelle 14 auf Seite 60 dargestellten deskriptiven Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum, Maximum). Die Konstrukt-Summenscores bewegen sich auf derselben Skala wie die Einzelitems (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme völlig zu) und erlauben damit einen inhaltlich direkt interpretierbaren Vergleich der drei Dimensionen untereinander. Sie ergänzen die Einzelitem-Auswertung um eine übergeordnete Perspektive und ermöglichen eine kompakte Einschätzung, welche motivationspsychologische Dimension insgesamt am stärksten ausgeprägt ist.

Die drei Konstrukt-Summenscores bilden zusammen eine abnehmende Linie: Relevanz-

Item	n	M	Md	Mo	SD	s²	Min	Max	Range
Relevanzeinschätzung (GL01)	8	3.3	3.5	2.2, 3.2, 3.8, 4	0.75	0.56	2.2	4	1.8
Maßnahmen/Anreize (GL03)	8	3.25	3.2	3	0.28	0.08	3	3.6	0.6
Bereitschaft (GL02)	8	2.75	3	1, 2.8, 3.3, 4	1.18	1.39	1	4	3

Tabelle 14: Konstrukt-Summenscores BGF-Verantwortliche

einschätzung (M = 3.30) > Maßnahmen/Anreize (M = 3.25) > Bereitschaft (M = 2.75). Inhaltlich bedeutet das: Die befragten Unternehmen schätzen die Relevanz von Jugend-BGF am höchsten ein und setzen bereits Maßnahmen um – die konkrete betriebliche Bereitschaft, zusätzlich in Evaluation, Ressourcen und zielgruppenspezifische Programme zu investieren, ist aber mit deutlichem Abstand am schwächsten ausgeprägt. In anderen Worten: Die Unternehmen wissen, dass BGF für Lehrlinge wichtig ist (höchster Score), tun bereits etwas (mittlerer Score), aber die Bereitschaft zur Weiterentwicklung fällt geringer aus – ein klassisches Muster, das in der Implementationsforschung als „Knowing-Doing-Gap“ bezeichnet wird. Der Knowing-Doing-Gap beschreibt die Diskrepanz zwischen dem Wissen darüber, was getan werden sollte und der tatsächlichen Umsetzung dieses Wissens in Handlungen. (Pfeffer & Sutton, 2000)

Die Unternehmensumfrage hat aber auch gezeigt, dass es auch positive Erfahrungen in Bezug zu Gesundheitsförderprogrammen für Lehrlinge und junge Mitarbeitende gab. So wurden zum Beispiel folgende positive Erfahrungen genannt, aus welchen Maßnahmen abgeleitet werden könnten:

- Interessierte konnten Inhalte in ihre Routinen aufnehmen
- Lehrlinge haben Erfahrungen miteingebracht
- Mitgestaltung bei Maßnahmenentwicklungen
- Bessere Vernetzung von Lehrlingen durch diverse Lehrlingsevents auch im Kontext von Sport, beziehungsweise Gesundheit
- Aufklärung Suchtprävention

- Aufklärung gesunde Ernährung

Auch diverse Hürden für die Gestaltung von spezifischen Gesundheitsförderprogrammen für die Zielgruppe wurden genannt:

- Lehrlinge sind verstreut und selten gemeinsam anzutreffen
- Geringe Anzahl an Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden in Relation zur gesamten Mitarbeiteranzahl
- Ausrichtung auf alle Mitarbeitenden, keine Spezifika erwünscht
- Bei spezieller Ausrichtung auf eine Zielgruppe entstehen Mehrkosten, welche über Selbstbehalt gedeckt werden müssten

Auf die offene Frage hin, welche Maßnahmen sich als besonders geeignet gezeigt haben, um die Teilnahmequote zu erhöhen, wurden von den Unternehmen folgende Punkte genannt:

- Nutzung der Angebote in der Arbeitszeit ermöglichen
- Einsatz als Testimonials für Gesundheit
- Verpflichtende Teilnahme durch die Führungskraft anstoßen
- Monetäre Anreize setzen (z. B. kostenlose Nutzung)
- BGF beim jährlichen Lehrlingstag als Standardprogramm

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Hälfte der teilnehmenden Unternehmen noch kaum, beziehungsweise keine spezifischen Gesundheitsförderprogramme für Lehrlinge und junge Mitarbeitende im Einsatz haben. Die Bereitschaft, mehr Ressourcen aufzubringen wäre prinzipiell vorhanden, sofern diese Ressourcen nicht direkt monetärer Natur sind. Alle Unternehmen erkennen die langfristigen Vorteile einer spezifischen Gesundheitsförderung an. Ergänzend zu der nicht Zielgruppen orientierten Natur der in den Unternehmen praktizierten Gesundheitsförderprogrammen zeigen sich auch weitere Hürden, welche für die spezifische Zielgruppe gemeistert werden müssten. Es wird daher nicht ausreichend sein, einfach spezifisch auf die Zielgruppe maßgeschneiderte Angebote zu erstellen, sondern man muss auch die organisatorischen Schwierigkeiten (zum Beispiel die Distanz zueinander) überwinden.

4.1.2 Fragebögen an junge Mitarbeitende und Lehrlinge

Die 158 Datensätze, welche Geschlechtsangaben lieferten, verteilen sich bezüglich dem Geschlecht wie folgt und sind in Tabelle 15 einsehbar.

Geschlecht	Anzahl	Anteil
weiblich	72	45.6%
männlich	82	51.9%
divers	2	1.3%
keine Angabe / nicht beantwortet	2	1.3%

Tabelle 15: Verteilung der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden anhand des Geschlechts

Es zeigt sich klar, dass die teilnehmenden Personen repräsentativ und ausgewogen verteilt sind.

Zur Frage des Alters haben sich zwar 158 Teilnehmende geäußert, jedoch ist hierbei zu erwähnen, dass sechs Datensätze herausragend sind und die Auswertung stark beeinflussen. Der überwiegende Teil der Befragten ist zwischen 15 und 21 Jahre alt. Es gibt jedoch auch Rückmeldungen, welche angaben, dass sie 37, 49 (zweimal), 52, 55 beziehungsweise 80 Jahre alt seien. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse finden sich in Tabelle 16. Der Einfluss dieser sechs Werte auf die deskriptiven Kennzahlen ist erheblich: Der Mittelwert steigt von 17.51 auf 18.88 Jahre, die Standardabweichung von 1.88 auf 7.61 und die Varianz von 3.55 auf 57.98. Der Median bleibt hingegen bei 17 Jahren nahezu stabil, was seine Eigenschaft als robustestes Lagemaß gegenüber außerordentlichen Angaben unterstreicht.

Item	n	M	Md	Mo	SD	s²	Min	Max	Range
Alter	158	18.88	17	16	7.61	57.98	15	80	65
Lehrjahr	158	1.80	1	1	1.11	1.23	1	4	3

Tabelle 16: Verteilung der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden anhand Alter und Lehrjahr

Die Daten zeigen, dass die Stichprobe valide und sehr homogen ist. Dadurch werden die übrigen Auswertungen, aufgrund der demografisch harmonischen Gruppierung, im Kontext

dieser Studie aussagekräftiger.

Wie Tabelle 17 zeigt, hat der Großteil der an der Studie teilnehmenden Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden noch nicht an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilgenommen. Dies bekräftigt die Bedeutung der Studie, um es zu ermöglichen, Anreize richtig zu

Antwort	Anzahl	Anteil
Ja (Richtig)	40	25.3%
Nein (Falsch)	118	74.7%

Tabelle 17: Bisherige Teilnahme an BGF

setzen, sodass mehr Lehrlinge und junge Mitarbeitende an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen.

Die Antworten der Teilnehmenden zu den Fragen im Kontext der Autonomie finden sich in Tabelle 18 wieder. In Tabelle 19 auf Seite 65 ist die Aufschlüsselung der Item-Codes zu den jeweiligen Fragen dargestellt.

Item	n	M	Md	Mo	SD	s²	Min	Max	Range
AU01_01	130	4.34	5	5	0.81	0.66	2	5	3
AU01_02	130	4.2	4	5	0.87	0.75	2	5	3
AU01_03	130	4.32	4	5	0.77	0.59	2	5	3
AU01_04	130	4.22	4	4, 5	0.8	0.64	2	5	3
AU01_05	124	3.61	4	4	1.09	1.18	1	5	4
AU01_06	126	4.19	4	4	0.8	0.64	1	5	4
AU01_07	130	3.4	3	3	0.98	0.96	1	5	4
AU01_08	128	3.42	3.5	4	1.08	1.16	1	5	4

Tabelle 18: Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Autonomie-Fragen

Im Bereich der Autonomie zeigt sich, dass die aktive Mitgestaltung der Programme (AU01_07, M = 3.40) im Vergleich zu den übrigen Items am schwächsten abschneidet, dicht gefolgt von der Aufforderung durch den Vorgesetzten (AU01_08, M = 3.42). Beide Items werden von den Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden zwar noch positiv, aber deutlich zurückhaltender

aufgefasst als die übrigen Items des Konstrukts und bilden gemeinsam das Schlusslicht. Es zeigt sich, dass die Wahlfreiheit sowie Empfehlungen von Lehrlingsbeauftragten beziehungsweise Vorgesetzten wesentlich besser ankommen und alle Items eine Durchschnittsbewertung von über 4 erhielten und somit als sehr positiv von Lehrlingen und Jugendlichen empfunden werden.

Besonders die Diskrepanz zwischen den Antworten zu den Fragen AU01_04 und AU01_08 ist hervorzuheben. Sie ist die größte zwischen zwei Fragen mit inhaltlich verwandten Items. AU01_04 ist auf eine Empfehlung ausgelegt und AU01_08 auf eine Anweisung. Das Ergebnis wäre in beiden Fällen das Gleiche, jedoch zeigt sich, dass ohne Druck auszuüben, die Anfrage oder Anregung bei den Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden positiver wahrgenommen wird.

Item	Frage
AU01_01	Ich würde eher an einem Gesundheitsprogramm teilnehmen, wenn ich selbst wählen kann, welche Belohnung ich dafür erhalte (z. B. Gutschein für Sport, Freizeit oder Einkaufen).
AU01_02	Die Möglichkeit, den Zeitpunkt meiner Teilnahme selbst zu wählen (z. B. während der Arbeitszeit, abends oder am Wochenende), würde meine Bereitschaft zur Teilnahme erhöhen.
AU01_03	Wenn ich selbst entscheiden kann, welche Gesundheitsangebote ich nutze (z. B. Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung), nehme ich lieber teil.
AU01_04	Ich schätze es, wenn meine Vorgesetzten mir die Teilnahme empfehlen, ohne mich dabei unter Druck zu setzen.
AU01_05	Eine Anerkennung meiner Teilnahme wäre für mich dann bedeutsam, wenn ich selbst bestimmen kann, in welcher Form sie erfolgt (z. B. Zertifikat, Erwähnung oder persönliches Gespräch).
AU01_06	Ich schätze es, wenn meine Lehrlingsbeauftragten mir die Teilnahme empfehlen, ohne mich dabei unter Druck zu setzen.
AU01_07	Ich würde eher an einem Gesundheitsprogramm teilnehmen, wenn ich die Programme aktiv mitgestalten könnte.
AU01_08	Wenn mein Vorgesetzter mich fragt, nehme ich eher teil.

Tabelle 19: Fragen Schlüssel Autonomie der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden

Zu den Fragen im Bereich der Kompetenz haben sich die Probanden, wie in Tabelle 20 gezeigt, geäußert. Die Schlüssel dazu finden sich auf Seite 67 in Tabelle 21.

Item	n	M	Md	Mo	SD	s²	Min	Max	Range
KO01_01	122	4.03	4	5	1	0.99	1	5	4
KO01_10	118	3.85	4	4	0.88	0.78	2	5	3
KO01_11	122	4.05	4	4	0.69	0.48	2	5	3
KO01_12	116	3.95	4	4	0.84	0.71	1	5	4
KO01_13	122	3.61	4	4	1	1	1	5	4
KO01_14	122	3.8	4	4	0.91	0.82	1	5	4
KO01_15	120	3.77	4	4	0.79	0.62	1	5	4
KO01_16	120	3.97	4	4	0.78	0.60	2	5	3

Tabelle 20: Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Kompetenz-Fragen

Die Umfrage zeigt im Kontext der Kompetenz, dass der inhaltliche Nutzen für die Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden als wichtigster Faktor bewertet wurde, beziehungsweise die meiste Zustimmung erhalten hat. Der Durchschnitt der Befragten stimmt zu, dass alltagsrelevante Themen und etwas Anwendbares zu lernen im Kontext der Kompetenz-Säule die größte Wirkung entfachen würden.

Die Daten der Fragen zur Dimension der sozialen Eingebundenheit finden sich in Tabelle 22 auf Seite 68. Der Fragenschlüssel dazu ist in Tabelle 23 auf Seite 69 abgebildet.

Auch im Zuge der Beantwortung der Fragen im Bereich der sozialen Eingebundenheit spiegelt sich die Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci wider. Am positivsten wurden die Fragen zur gemeinsamen Teilnahme bewertet. Eine öffentliche Anerkennung scheint bei Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden eine untergeordnete Rolle zu spielen. Auch, ob sich der Auszubildende für die Teilnahme interessiert, ist eher zu vernachlässigen. Man kann aber auch erkennen, dass die Items in diesem Umfrageteil eine größere Abweichung aufweisen, was darauf schließen lässt, dass es im Bereich der sozialen Eingebundenheit mehr auf das individuelle Gefühl ankommt. Die Range bei jeder Frage deckt die komplette Likert-Skala ab,

Item	Frage
KO01_01	Eine finanzielle Belohnung für meine Teilnahme zeigt mir, dass mein Einsatz für meine Gesundheit vom Betrieb anerkannt und als wertvoll erachtet wird.
KO01_10	Wenn das Gesundheitsprogramm in kurzen, gut in den Alltag integrierbaren Einheiten angeboten wird (z. B. 30 Minuten), traue ich mir eher zu, regelmäßig teilzunehmen.
KO01_11	Programme zu Themen, die für meinen Alltag relevant sind (z. B. Stressbewältigung, Rückengesundheit oder Ernährung), stärken mein Vertrauen darin, dass ich persönlich davon profitieren kann.
KO01_12	Gesundheitsprogramme im Betrieb helfen mir, etwas zu lernen, das ich im Alltag wirklich anwenden kann.
KO01_13	Ein Zertifikat oder eine offizielle Teilnahmebestätigung zeigt mir, dass ich etwas für meine Gesundheit geleistet habe – das würde meine Bereitschaft zur Teilnahme erhöhen.
KO01_14	Wenn Vorgesetzte das Programm aktiv unterstützen und selbst daran teilnehmen, stärkt das mein Vertrauen darin, dass die Teilnahme sinnvoll und wirksam ist.
KO01_15	Wenn Lehrlingsbeauftragte das Programm aktiv unterstützen, stärkt das mein Vertrauen darin, dass die Teilnahme sinnvoll und wirksam ist.
KO01_16	Ich traue mir zu, mein eigenes Gesundheitsverhalten zu verbessern, wenn ich passende Unterstützung bekomme.

Tabelle 21: Fragen Schlüssel Kompetenz der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden

die Antworten sind also sehr breit gefächert.

Item	n	M	Md	Mo	SD	s²	Min	Max	Range
SO01_01	120	4.15	4	4	0.86	0.73	1	5	4
SO01_10	120	3.68	4	4	1	0.99	1	5	4
SO01_11	118	3.37	4	4	1.34	1.81	1	5	4
SO01_12	116	3.83	4	4	1.17	1.36	1	5	4
SO01_13	116	3.83	4	4	0.99	0.98	1	5	4
SO01_14	116	3.74	4	4	1.20	1.45	1	5	4

Tabelle 22: Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Fragen der sozialen Eingebundenheit

Die Beantwortung der Kategorie-Fragen (Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit) finden sich in Tabelle 24 auf Seite 69 und der Frageschlüssel dazu in Tabelle 25 auf Seite 70.

Bei der allgemeinen Umfrage zeigt sich, dass Autonomie als wichtigster Faktor für eine Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung klassifiziert wurde. Auch die Standardabweichung und die Varianz zeigt, dass sich die Befragten beim Thema Autonomie einig waren. Niemand stimmte mit weniger als einer 3, also „weder noch“, ab.

Auch konkrete Anreize wurden bei den Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden abgefragt. Die Daten dazu befinden sich in Tabelle 26 auf Seite 70 und die Aufschlüsselungen zu den einzelnen Fragen sind in Tabelle 27 auf Seite 71 dargestellt.

Wie schon bei den Ergebnissen zu den drei Bereichen der Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci, zeigt sich auch hier, dass die Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden sich nicht bewertet, sondern sich wohl fühlen wollen. Dass sich gleich mehrere der am höchsten bewerteten Items der gesamten Befragung – das globale Autonomie-Statement ($M = 4.47$), die Wahlfreiheit bei Belohnung und Angebot ($M > 4.30$) sowie der Wunsch nach einem druckfreien Klima ($M = 4.29$) – im selben thematischen Feld von Autonomie und Nicht-Bewertung bewegen, bestätigt eindrücklich, dass ein druckfreies, wertschätzendes betriebliches Klima

Item	Frage
SO01_01	Ich würde eher an einem Gesundheitsprogramm teilnehmen, wenn auch Kolleginnen und Kollegen aus meinem direkten Arbeitsumfeld mitmachen.
SO01_10	Gemeinsame Teamaktivitäten im Rahmen eines Gesundheitsprogramms (z. B. gemeinsames Laufen, Kochen oder Entspannungsübungen) stärken meinen Wunsch, dabei zu sein.
SO01_11	Wenn meine Teilnahme vom Betrieb öffentlich anerkannt wird (z. B. durch Lob vor dem Team oder eine Erwähnung im Newsletter), fühle ich mich stärker zugehörig.
SO01_12	Teambasierte Belohnungen – bei denen alle profitieren, wenn das Team ein gemeinsames Gesundheitsziel erreicht – würden mich stärker motivieren als individuelle Prämien.
SO01_13	Wenn das Gesundheitsprogramm so gestaltet ist, dass ich es gemeinsam mit anderen erleben kann (z. B. Gruppenformate statt Einzelangebote), nehme ich lieber teil.
SO01_14	Ich habe das Gefühl, dass meine Ausbilder sich wirklich für meine Gesundheit interessieren.

Tabelle 23: Fragen Schlüssel soziale Eingebundenheit der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden

Item	n	M	Md	Mo	SD	s ²	Min	Max	Range
GA01_01	114	4.47	5	5	0.63	0.39	3	5	2
GK01_01	110	4.11	4	4	0.85	0.72	2	5	3
GS01_01	112	3.62	4	4	1.21	1.46	1	5	4

Tabelle 24: Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Fragen der Selbstbestimmungstheorie

Item	Frage
GA01_01	Das Gefühl, selbst entscheiden zu können, ob und wie ich teilnehme, ist für mich der wichtigste Faktor bei der Entscheidung zur Teilnahme.
GK01_10	Das Vertrauen darin, dass ich persönlich von einem Programm profitieren kann, beeinflusst meine Teilnahmebereitschaft stärker als äußere Anreize.
GS01_01	Das Gefühl, gemeinsam mit anderen teilzunehmen und vom Betrieb dabei unterstützt zu werden, motiviert mich mehr als finanzielle Belohnungen.

Tabelle 25: Fragen Schlüssel Selbstbestimmungstheorie der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden

Item	n	M	Md	Mo	SD	s ²	Min	Max	Range
AN01_01	136	4.22	4	5	0.96	0.91	1	5	4
AN01_02	142	4.08	5	5	1.25	1.55	1	5	4
AN01_03	144	4.39	5	5	0.89	0.8	2	5	3
AN01_04	144	3.54	4	3	1.11	1.23	1	5	4
AN01_05	144	3.89	4	4	1.05	1.11	1	5	4
AN01_06	144	3.88	4	5	1.25	1.56	1	5	4
AN01_07	142	4.24	4	4	0.83	0.69	1	5	4
AN01_08	142	3.42	4	4	1.11	1.24	1	5	4
AN01_09	136	3.32	3	3	1.26	1.58	1	5	4
AN01_10	144	4.29	5	5	0.97	0.94	1	5	4

Tabelle 26: Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Fragen nach konkreten Anreizen

Item	Frage
AN01_01	Wenn das Programm während der Arbeitszeit stattfindet, nehme ich eher teil.
AN01_02	Wenn ich dafür ein wenig Geld bekomme, nehme ich eher teil.
AN01_03	Wenn ich dafür einen Tag frei bekomme, nehme ich eher teil.
AN01_04	Wenn das Gesundheitsprogramm ein Computerspiel ist, nehme ich eher teil.
AN01_05	Wenn es Preise für Challenges gibt (z. B. Schritte zählen), bin ich motivierter.
AN01_06	Ich würde Gutscheine für Fitnessstudios nutzen.
AN01_07	Ich würde gesunde Snacks und Getränke im Betrieb konsumieren.
AN01_08	Es wäre mir wichtig, bei der Gestaltung von Themen und Formaten der Gesundheitsprogramme mitreden zu können.
AN01_09	Ich brauche keine Belohnung, um mitzumachen.
AN01_10	Bei Gesundheitsprogrammen im Betrieb möchte ich mich wohl und nicht bewertet fühlen.

Tabelle 27: Fragen Schlüssel konkrete Anreize für Lehrlinge und junge Mitarbeitende

einer der wichtigsten Faktoren für die Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung bei Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden ist.

Des Weiteren wurden die Lehrlinge gebeten, aus einer Liste von Anreizen jene auszuwählen, die sie am meisten motivieren würden bei betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen. In Tabelle 28 findet man die Ergebnisse dazu.

Code	Antwort	n	Anteil
1	Gutscheine für Fitnessstudios	12	10.9%
2	Kostenlose gesunde Snacks und Getränke am Arbeitsplatz	10	9.1%
3	Kostenlose Trainingsberatung	6	5.5%
4	Zusätzliche Urlaubstage oder Freizeit	54	49.1%
5	Teilnahmezeugnisse oder Anerkennung	0	0%
6	Wettbewerbe mit Preisen	4	3.6%
7	Kleine Bezahlung für die Teilnahme	20	18.2%
8	Programm als Computerspiel	0	0%
9	Aufforderung des Vorgesetzten	2	1.8%
10	Aufforderung des Lehrlingsbeauftragten	0	0%
11	Andere	2	1.8%

Tabelle 28: Antworten der Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden zu Fragen nach dem wirkungsvollsten Anreiz

Hier zeigt sich ein klares Bild. Mit deutlichem Vorsprung ist die beliebteste Motivationsart Zeit. Über 49% der Befragten wünschen sich für die Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung einen Urlaubstag, beziehungsweise einen freien Tag mehr. Mit nur noch 18.2% folgt im Ranking eine kleine Bezahlung für die Teilnahme. Es zeigt sich, dass beim konkretisierten Abfragen auf diverse verschiedene Anreize, doch die monetären oder indirekt monetären (durch Zeit) bei den Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden die meiste Zustimmung erhalten.

Zur Verdichtung der Einzelitem-Ergebnisse wurden wieder, wie schon in Kapitel 4.1.1,

für jedes der vier Hauptkonstrukte – Anreize, Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit – Konstrukt-Summenscores berechnet. Bei den Konstrukt-Summenscores ist der Abstand zwischen den Konstrukten gering: Autonomie (M = 3.96) vor Anreizen (M = 3.93), Kompetenz (M = 3.87) und sozialer Eingebundenheit (M = 3.77). Es werden alle vier Dimensionen ähnlich positiv bewertet – Autonomie bleibt aber konsistent an der Spitze.

Item	n	M	Md	Mo	SD	s²	Min	Max	Range
Autonomie (AU01)	130	3.96	4	4	0.52	0.28	2.8	5	2.3
Anreize (AN01)	144	3.93	4	4.1	0.54	0.3	2.8	5	2.2
Kompetenz (KO01)	122	3.87	3.9	4	0.51	0.26	2.9	5	2.1
Soziale Eingebun- denheit (SO01)	120	3.77	3.8	4	0.73	0.53	1.2	5	3.8

Tabelle 29: Konstrukt-Summenscores Lehrlinge und junge Mitarbeitende

Auf die offene Frage „Was müsste dein Betrieb noch anbieten, damit du öfter bei Gesundheitsprogrammen mitmachst?“ wurden unterschiedlichste Antworten gegeben. Diese reichen von „mein Betrieb bietet schon alles an“ bis zu „mehr Freizeit würde schon reichen“. Mehrfachantworten haben sich nicht ergeben, weshalb hier auch kein Trend erkennbar ist.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Selbstbestimmung wichtiger ist als Fremdbestimmung. Ob bei Autonomie (Empfehlung statt Aufforderung: AU01_04, M = 4.22 vs. AU01_08, M = 3.42) oder generell in der Säulenabfrage (GA01_01, M = 4.47): Lehrlinge und junge Mitarbeitende wollen selbst entscheiden können, ob und wann sie bei betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen und nicht dazu gedrängt werden.

Durch die eindeutige Bewertung des Einzelitems AN01_10 (M = 4.29) zeigt sich auch, dass Lehrlinge und junge Mitarbeitende sich wohlfühlen und nicht bewertet werden wollen. Wertschätzung und ein nicht drängendes betriebliches Klima ist hierfür eine Grundvoraussetzung.

Die Säule der sozialen Eingebundenheit hat sowohl bei den Einzelitems als auch bei der generellen Säulenbefragung den höchsten Streuwert. Das heißt nicht, dass sie irrelevant ist (SO01_01, $M = 4.15$), sondern, dass ihre Wirkung individuell sehr unterschiedlich ausfällt und stärker vom persönlichen Umfeld abhängt als die anderen Faktoren.

Über die ganze Umfrage hinweg zeigt sich: Lehrlinge und junge Mitarbeitende lassen sich in erster Linie durch das Gefühl bewegen, selbst entscheiden zu können, einen echten persönlichen Nutzen zu erkennen und dabei nicht bewertet oder exponiert zu werden – die höchsten Zustimmungswerte der gesamten Befragung erzielen entsprechend ein druckfreies, nicht bewertendes Klima (AN01_10, $M = 4.29$) sowie Wahlfreiheit bei der Belohnungsart (AU01_01, $M = 4.34$). Auch im Kompetenz-Konstrukt zeigt sich dasselbe Muster: Alltagsrelevante Themenwahl (KO01_11, $M = 4.05$) erzielt dort den höchsten Zustimmungswert und bestätigt, dass persönlich erlebter Nutzen wichtiger ist als äußere Anreize. Materielle und spielerische Anreize wirken dabei uneinheitlich: Eine kleine Geldbelohnung wird im Mittel zwar positiv bewertet (AN01_02, $M = 4.08$), zeigt aber zugleich die größte Streuung im gesamten Anreizkonstrukt ($SD = 1.25$) – ein Hinweis auf sehr unterschiedliche individuelle Reaktionen. Gutscheine für Fitnessstudios (AN01_06, $M = 3.88$) und Preise für Challenges (AN01_05, $M = 3.89$) werden moderat positiv aufgenommen,

Als klar stärkstes konkret umsetzbares Motivationsmittel hat sich in der Umfrage Zeit herauskristallisiert: Ein freier Tag (AN01_03, $M = 4.39$) ist der am höchsten bewertete Einzelanreiz der gesamten Befragung und wird nur vom globalen Autonomie-Statement selbst übertroffen. Es ist also davon auszugehen, dass ein Unternehmen, welches Freizeit gegen Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen anbietet, die Teilnahmequote rasch und effektiv steigern kann.

Für die RAI-Analyse wurden die abgefragten Einzelitems, wie in Tabelle 30 auf Seite 75 gezeigt, den sechs Eingliederungen zugeordnet. Im BREQ-3 wird Externe Regulation durch Items wie „Because others say I should“, „Because others will not be pleased with me“ und „I feel under pressure from others“ operationalisiert. (Wilson et al., 2006, S. 89) Diese Items beschreiben eine Verhaltensregulation, die vollständig durch externe Konsequenzen ausgelöst wird – sei es durch sozialen Druck, die Erwartungen anderer oder den Wunsch, negative Konsequenzen zu vermeiden. Ryan und Deci (2000) definieren External Regulation im Rahmen der SDT als jene Form der Motivation, bei der das Verhalten ausschließlich durch externe Kontingente – also Belohnungen oder Bestrafungen – reguliert wird und unmittelbar an das

Code	Frage (gekürzt)	Subskala	Gewicht
AN01_01	Teilnahme während Arbeitszeit	Externe Regulation	-2
AN01_02	Geldbelohnung	Externe Regulation	-2
AN01_03	Freier Tag	Externe Regulation	-2
AN01_04	Computerspiel-Format	Externe Regulation	-2
AN01_05	Preise für Challenges	Externe Regulation	-2
AN01_06	Gutscheine für Fitnessstudios	Externe Regulation	-2
SO01_12	Teambasierte Belohnungen	Externe Regulation	-2
AU01_08	Aufforderung des Vorgesetzten	Introjierte Regulation	-1
KO01_01	Finanzielle Belohnung	Introjierte Regulation	-1
KO01_13	Zertifikat/Teilnahmebestätigung	Introjierte Regulation	-1
SO01_01	Teilnahme von Kollegen	Introjierte Regulation	-1
SO01_11	Öffentliche Anerkennung	Introjierte Regulation	-1
AU01_01	Wahlfreiheit bei Belohnungsart	Identifizierte Regulation	+1
AU01_04	Empfehlung Vorgesetzter	Identifizierte Regulation	+1
AU01_05	Selbstbestimmte Anerkennung	Identifizierte Regulation	+1
AU01_06	Empf. Lehrlingsbeauftragter	Identifizierte Regulation	+1
KO01_10	Alltagsintegrierbare Einheiten	Identifizierte Regulation	+1
KO01_11	Alltagsrelevante Themen	Identifizierte Regulation	+1
KO01_14	Unterstützung Vorgesetzte	Identifizierte Regulation	+1
KO01_15	Unterst. Lehrlingsbeauftragte	Identifizierte Regulation	+1
SO01_10	Gemeinsame Teamaktivitäten	Identifizierte Regulation	+1
SO01_13	Gruppenformate	Identifizierte Regulation	+1
AU01_02	Zeitpunkt selbst wählen	Integrierte Regulation	+2
AU01_03	Inhalte selbst wählen	Integrierte Regulation	+2
AU01_07	Aktive Mitgestaltung	Integrierte Regulation	+2
KO01_16	Zutrauen zur Verhaltensverbesserung	Integrierte Regulation	+2
KO01_12	Anwendbares Lernen für den Alltag	Intrinsische Motivation	+3

Tabelle 30: Kategorisierung Einzelitem zu RAI-Kategorien

Vorhandensein dieser Kontingente gebunden bleibt. (Deci & Ryan, 2000b, S. 236) Entfällt der externe Stimulus, entfällt auch die Motivation. Auf Basis dieser Definition wurden die sieben Items dieser Subskala zugeordnet: Finanzielle Vergütung (AN01_02), Freizeitausgleich (AN01_03), Gutscheine (AN01_06), spielerische Wettbewerbsanreize (AN01_04, AN01_05), teambasierte Belohnungen (SO01_12) sowie die Durchführung während der Arbeitszeit (AN01_01) beschreiben ausnahmslos Situationen, in denen die Teilnahmebereitschaft vollständig an das Vorhandensein eines externen Anreizes geknüpft ist. Dabei ist anzumerken, dass die BREQ-3 Items schwerpunktmäßig sozialen Druck erfassen, während die vorliegenden Items vorwiegend materielle und zeitliche Belohnungen beschreiben. Beide Ausprägungen fallen jedoch unter die SDT-Definition Externer Regulation, da die Verhaltensregulation in beiden Fällen vollständig extern gesteuert und nicht internalisiert ist. (Ryan & Deci, 2000, S. 72) Diese Abweichung zwischen BREQ-3-Iteminhalt und den vorliegenden Items wird als methodische Einschränkung anerkannt.

Im BREQ-3 wird Introjizierte Regulation durch Items wie „I feel guilty when I don’t exercise“, „I feel ashamed when I miss exercise“ und „I feel a failure when I haven’t exercised“ operationalisiert. (Wilson et al., 2006, S. 89) Diese Items beschreiben eine Verhaltensregulation, bei der externe Anforderungen teilweise internalisiert wurden, das Verhalten aber noch immer durch negative Selbstgefühle wie Schuld, Scham oder das Gefühl des Versagens aufrechterhalten wird. Ryan und Deci (2000) erklären Introjected Regulation als eine kontrollierende Internalisierung, bei der das Selbstwertgefühl an das Ausführen oder Unterlassen eines Verhaltens geknüpft wird – die Person handelt, um ein schlechtes Gefühl zu vermeiden, nicht weil sie das Verhalten als persönlich bedeutsam erachtet. (Ryan & Deci, 2000, S. 72) Auf Basis dieser Definition wurden die fünf Items dieser Subskala zugeordnet: AU01_08 (direkte Aufforderung durch Vorgesetzte) beschreibt eine Teilnahme als Reaktion auf eine soziale Erwartung von außen, ohne dass eine eigene Überzeugung vorliegt – strukturell analog zu den BREQ-3 Items, die sozial bedingten Druck erfassen. SO01_01 (Teilnahme von Kollegen erhöht eigene Bereitschaft) beschreibt eine Motivation durch Gruppenkonformität: Die Person handelt, weil andere es tun, nicht aufgrund einer eigenen Wertentscheidung. SO01_11 (öffentliche Anerkennung) und KO01_13 (Zertifikat) knüpfen die Motivation an externe Bestätigung und die Aufrechterhaltung eines bedingten Selbstwertgefühls, ein Muster, das Deci und Ryan (2000) als Ego-Involvement beschreiben. (Deci & Ryan, 2000b, S. 236) KO01_01 (finanzielle Belohnung als Zeichen betrieblicher Anerkennung) wurde ebenfalls dieser Subskala zugeordnet, da der motivationale

Kern nicht im Geld selbst liegt, sondern im Bedürfnis nach externer Bestätigung des eigenen Einsatzes – ein Mechanismus, der strukturell dem BREQ-3-Kriterium der schuldvermeidenden, anerkennungssuchenden Regulation entspricht.

Im BREQ-3 wird Identifizierte Regulation durch Items wie „I value the benefits of exercise“, „It’s important to me to exercise regularly“ und „It’s important to make an effort to exercise“ operationalisiert. (Wilson et al., 2006, S. 89) Diese Items beschreiben eine Verhaltensregulation, bei der die Person den Wert und die Bedeutung des Verhaltens für sich persönlich anerkennt und die Teilnahme als eigene Wertentscheidung trifft. Ryan und Deci (2000) definieren Identified Regulation als die untere Grenze autonomer Motivation, bei der die Teilnahme durch persönliche Zielwerte oder die wahrgenommene Bedeutung der Verhaltenskonsequenzen reguliert wird – die Motivation ist bereits deutlich internalisiert, auch wenn die Tätigkeit selbst nicht unbedingt als freudvoll erlebt wird. (Deci & Ryan, 2000b, S. 236) Auf Basis dieser Definition wurden die zehn Items dieser Subskala zugeordnet: Wahlfreiheit bei der Belohnungsart (AU01_01) beschreibt eine Situation, in der die Person aktiv eine Präferenz ausübt und damit den persönlichen Wert der Teilnahme anerkennt. Unaufdringliche Empfehlungen durch Vorgesetzte (AU01_04) und Lehrlingsbeauftragte (AU01_06) werden von der Person als externe Hinweise auf die Bedeutsamkeit der Teilnahme verarbeitet und in eine eigene Wertentscheidung übersetzt – analog zum BREQ-3-Kriterium „I value the benefits“. Selbstbestimmte Anerkennungsformen (AU01_05) wurden dieser Subskala zugeordnet, da die Person die Anerkennung dann als bedeutsam erlebt, wenn sie selbst darüber entscheiden kann – die Motivation entsteht aus einem persönlichen Werturteil, nicht aus sozialem Druck. Alltagsrelevante Inhalte (KO01_11) und kurze, gut integrierbare Formate (KO01_10) steigern die Bereitschaft, weil die Person den persönlichen Nutzen der Teilnahme erkennt und diesen als eigenen Wert übernimmt – inhaltlich entsprechend dem SDT-Prozess der bewussten Wertschätzung, der die identifizierte Regulation charakterisiert. (Ryan & Deci, 2000, S. 72) Die aktive Unterstützung durch Vorgesetzte (KO01_14) und Lehrlingsbeauftragte (KO01_15) wird als externes Qualitätssignal verarbeitet, das die eigene Überzeugung über die Sinnhaftigkeit der Teilnahme stärkt – nicht als Druckfaktor, sondern als Information, die in eine persönliche Wertentscheidung einfließt. Gruppenformate (SO01_13) und gemeinsame Teamaktivitäten (SO01_10) wurden ebenfalls dieser Subskala zugeordnet, da das soziale Erleben als persönlich bedeutsam und wertvoll eingeschätzt wird, ohne dass die Motivation auf soziale Konformität oder Gruppenerwartungen zurückzuführen ist.

Im BREQ-3 wird Integrierte Regulation durch Items wie „I consider exercise to be part of my identity“, „I consider exercise a fundamental part of who I am“, „I exercise because it is consistent with life goals“ und „I consider exercise consistent with my values“ operationalisiert. (Wilson et al., 2006, S. 89) Diese Items beschreiben nach Wilson et al. (2006) die höchste Form extrinsischer Motivation, bei der Kongruenz zwischen dem Verhalten und den persönlich verinnerlichteten Werten, Zielen und dem Selbstbild besteht. (Wilson et al., 2006, S. 80) Ryan und Deci (2000) definieren Integrated Regulation als jenen Zustand, in dem die Verhaltensregulation vollständig mit dem Selbst in Einklang gebracht wurde – die Motivation entsteht nicht mehr aus einem externen Anlass oder einem instrumentellen Nutzen, sondern weil das Verhalten als Ausdruck der eigenen Identität und Werte erlebt wird. (Ryan & Deci, 2000, S. 73) Auf Basis dieser Definition wurden die vier Items dieser Subskala zugeordnet: Die freie Wahl des Zeitpunkts (AU01_02) und der Inhalte (AU01_03) beschreiben eine Selbstbestimmung, die über instrumentellen Nutzen hinausgeht – sie beschreibt die Integration von Gesundheitsverhalten in den eigenen Lebensstil und das eigene Selbstbild, inhaltlich entsprechend den BREQ-3 Items zur Kongruenz von Bewegung mit Lebenszielen und persönlichen Werten. Aktive Mitgestaltung (AU01_07) signalisiert, dass die Person BGF als Teil des eigenen Verantwortungsbereichs und Selbstverständnisses begreift – strukturell analog zum BREQ-3-Item „I consider exercise to be part of my identity“. (Wilson et al., 2006, S. 85) KO01_16 (Zutrauen zur Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens bei Unterstützung) wurde dieser Subskala zugeordnet, da das Zutrauen zur dauerhaften Verhaltensänderung eine Aussage über das eigene Selbstbild als gesundheitsbewusst handelnde Person darstellt und damit dem BREQ-3-Kriterium der Verhaltensintegration in das Selbst entspricht. (Wilson et al., 2006, S. 80)

Im BREQ-3 wird Intrinsische Regulation durch Items wie „I exercise because it's fun“, „I enjoy my exercise sessions“, „I find exercise a pleasurable activity“ und „I get pleasure/satisfaction from exercise“ operationalisiert. (Mullan et al., 1997, S. 748) Diese Items beschreiben eine Motivation, bei der die Teilnahme durch Freude, Interesse oder den selbstbelohnenden Charakter der Tätigkeit selbst reguliert wird, ohne dass ein externer Anreiz oder ein instrumenteller Nutzen notwendig wäre. Ryan und Deci (2000) definieren Intrinsic Regulation als die autonomste Form der Motivation, bei der das Verhalten um seiner selbst willen ausgeführt wird – die Tätigkeit ist die Belohnung. (Deci & Ryan, 2000b, S. 233) KO01_12 – „Gesundheitsprogramme im Betrieb helfen mir, etwas zu lernen, das ich im Alltag wirklich anwenden kann“ – ist das einzige Item des vorliegenden Fragebogens, das eine tätigkeitsinterne Belohnung beschreibt: Der Lernzu-

wachs und die unmittelbare Anwendbarkeit werden als intrinsisch befriedigend erlebt, ohne dass ein externer Stimulus notwendig wäre. Inhaltlich entspricht dies dem BREQ-3-Kriterium der selbstbelohnenden Natur der Tätigkeit, am nächsten dem Item „I get pleasure/satisfaction from exercise“. Es ist methodisch anzumerken, dass der vollständige BREQ-3 Intrinsische Regulation mit vier Items operationalisiert; die Beschränkung auf ein einziges Item im vorliegenden Fragebogen stellt eine Einschränkung dar, die bei der Interpretation des RAI-Werts zu berücksichtigen ist.

Acht Items wurden aus der RAI-Berechnung ausgeschlossen, da sie inhaltlich keiner BREQ-3 Subskala zugeordnet werden können. Der BREQ-3 erfasst ausnahmslos Verhaltensregulationen – also Gründe, warum eine Person an einem Bewegungs-/Sportverhalten teilnimmt. (Markland & Tobin, 2004; Wilson et al., 2006) AN01_07 (Snacks und Getränke im Betrieb), AN01_09 (keine Belohnung nötig) und AN01_10 (Wunsch nach einem nicht bewertenden Klima) beschreiben Rahmenbedingungen oder Einstellungen gegenüber Belohnungen, nicht aber Regulationsformen im Sinne des BREQ-3. AN01_08 (Mitgestaltungswunsch) und SO01_14 (wahrgenommenes Interesse der Ausbildner) erfassen Gestaltungspräferenzen beziehungsweise Wahrnehmungen der sozialen Umgebung ohne direkte Handlungsregulation. Die drei globalen Einzelstatements (GA01_01, GK01_01, GS01_01) sind übergeordnete Gesamteinschätzungen, die mehrere Regulationsformen gleichzeitig ansprechen und damit nicht trennscharf einer einzelnen BREQ-3 Subskala zuordenbar sind.

Bevor das Ergebnis der gesamten RAI-Auswertung betrachtet wird, lohnt es sich, die einzelnen Subskalen näher zu beleuchten. In Tabelle 31 auf Seite 80 werden die Ergebnisse der Subskalen dargestellt.

Die Externe Regulation erzielt mit $M = 3.98$ einen der höchsten Subskalen-Mittelwert der gesamten Analyse – nahezu gleichauf mit der Integrierten Regulation (gerundet ebenfalls $M = 3.98$) – allerdings mit dem negativsten Gewicht (-2). Das bedeutet: Externe Anreize wie Geld, freier Tag, Gutscheine und Preise für Challenges werden von den Lehrlingen als grundsätzlich wirksam eingeschätzt, ziehen den RAI aber am stärksten ins Negative. Auf Item-Ebene sticht AN01_03 (freier Tag, $M = 4.39$) als stärkster externer Anreiz hervor, gefolgt von AN01_01 (Arbeitszeit, $M = 4.22$) und AN01_02 (Geld, $M = 4.8$). Das schwächste Item ist AN01_04 (Computerspiel, $M = 3.54$). Die geringe Streuung ($SD = 0.63$) zeigt, dass die Zustimmung zu

Subskala	Gewicht	n Items	n Pers	M	SD	Min	Max	Beitrag zum RAI
Externe Regulation	-2	7	144	3.98	0.63	2.3	5	-7.95
Introjierte Regulation	-1	5	130	3.67	0.76	2	5	-3.67
Identifizierte Regulation	+1	10	130	3.95	0.47	3.2	5	+3.95
Integrierte Regulation	+2	4	130	3.98	0.57	2.50	2.5	+7.96
Intrinsische Motivation	+3	1	116	3.95	0.84	1	5	+11.84

Tabelle 31: Subskalen-Ergebnisse der RAI-Auswertung

externen Anreizen über die Stichprobe hinweg sehr homogen ist – fast alle Lehrlinge stufen sie ähnlich ein.

Die Introjierte Regulation enthält Items zu sozialem Druck, externer Bestätigung und Konformität. Mit $M = 3.67$ liegt sie unter allen Subskalen im Mittelwert am niedrigsten – und leistet mit -3.67 den zweitnegativsten Beitrag zum RAI. Auf Item-Ebene zeigt sich eine deutliche Bandbreite: SO01_01 (Kollegen nehmen teil, $M = 4.15$) und KO01_01 (finanzielle Belohnung als Anerkennung, $M = 4.03$) erzielen hohe Werte, während SO01_11 (öffentliche Anerkennung, $M = 3.37$, $SD = 1.35$) das schwächste und zugleich umstrittenste Item darstellt. Das deutet darauf hin, dass sozialer Anschluss (Kollegen) als Entscheidungsfaktor stärker wirkt als formale Bestätigung.

Die Identifizierte Regulation – also das Handeln aus persönlichem Wert und Nutzenüberzeugung – erzielt $M = 3.95$ bei der geringsten Streuung aller Subskalen ($SD = 0.47$). Die Homogenität der Antworten ist bemerkenswert: Alle zehn Items werden ähnlich stark bewertet, was auf eine breite, konsistente Zustimmung zu identifizierter Regulation hindeutet. Stärkstes Item: AU01_01 (Wahlfreiheit bei Belohnungsart, $M = 4.34$), gefolgt von AU01_04 (Empfehlung Vorgesetzte ohne Druck, $M = 4.22$) und AU01_06 (Empfehlung Lehrlingsbeauftragte ohne Druck, $M = 4.19$). Schwächstes Item: AU01_05 (selbstbestimmte Anerkennung, $M = 3.61$). Der Beitrag zum RAI ist mit +3.95 positiv, aber moderater als jener der höher gewichteten Subskalen.

Die Integrierte Regulation erreicht mit $M = 3.98$ gemeinsam mit Externer Regulation den höchsten Subskalen-Mittelwert – mit dem entscheidenden Unterschied, dass das Gewicht hier +2 statt -2 beträgt. Der Beitrag zum RAI ist mit +7,96 der zweithöchste positive Beitrag.

Items, die Zeitautonomie (AU01_02, M = 4.20) und Inhaltsautonomie (AU01_03, M = 4.32) beschreiben, erzielen die höchsten Werte. AU01_07 (aktive Mitgestaltung, M = 3.40) ist das schwächste Item – interessant, da aktive Eigeninitiative in der Gestaltung offenbar weniger stark als Selbstbestimmungsausdruck wahrgenommen wird als die reine Wahlfreiheit.

Die Intrinsische Motivation ist mit nur einem Item (KO01_12: „Gesundheitsprogramme helfen mir, etwas zu lernen, das ich im Alltag wirklich anwenden kann“, M = 3.95, SD = 0.85) vertreten und leistet mit Beitrag +11,84 den mit Abstand größten positiven Einzelbeitrag zum RAI. Dass lediglich ein Item dieser Kategorie zugeordnet werden konnte, ist eine strukturelle Eigenheit des vorliegenden Fragebogens – der vollständige BREQ-3 erfasst Intrinsische Motivation mit vier Items. (Markland & Tobin, 2004; Wilson et al., 2006) Die hohe Hebelwirkung des +3-Gewichts macht dieses einzelne Item zum stärksten Treiber des positiven RAI-Gesamtwertes.

Die Auswertung zum Gesamt-RAI befindet sich in Tabelle 33 auf Seite 82. Die Verteilung wird in Tabelle 32 dargestellt. Aus diesen Tabellen kann man erkennen, dass der RAI-Wert mit einem Gesamtmittelwert von M = 9.03 deutlich im positiven Bereich liegt. 87.5% aller Befragten weisen einen positiven RAI auf – ihre Motivation zur Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung ist überwiegend autonom. Nur 16 Personen weisen einen negativen RAI-Wert auf. Alles deutet daraufhin, dass die Lehrlinge und jungen Mitarbeitenden auf autonome Motivation Wert legen. Die hohe Standardabweichung (SD = 6.79) weist auf erhebliche individuelle Unterschiede hin. Die Stichprobe ist aus Sicht der Motivation heterogen. Die Spannweite von 27.9 Punkten zeigt, dass die Bandbreite zwischen dem am stärksten autonom und dem am stärksten kontrolliert motivierten Lehrling sehr groß ist.

Kategorie	n	Anteil
RAI > 0 (überwiegend autonom)	126	87.5%
RAI = 0 (neutral)	2	1.4%
RAI < 0 (überwiegend kontrolliert)	16	11.1%

Tabelle 32: Verteilung RAI Gesamt

Kennwert	Wert
n (gültige RAI-Werte)	144
Mittelwert (M)	9.03
Median (Md)	11.44
Standardabweichung (SD)	6.79
Varianz (s^2)	46.08
Minimum	-9
Maximum	18.9
Spannweite (Range)	27.9

Tabelle 33: Auswertung RAI Gesamt

4.2 Zusammenführung und Interpretation der Ergebnisse

4.2.1 Umfrageergebnis im Kontext SDT

Die Selbstbestimmungstheorie postuliert drei grundlegende psychologische Bedürfnisse, deren Erfüllung intrinsische Motivation fördert: Autonomie (das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Wahlfreiheit), Kompetenz (das Bedürfnis, sich wirksam und fähig zu erleben) und soziale Eingebundenheit (das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Verbundenheit). Die erhobenen Daten spiegeln diese Struktur in bemerkenswerter Klarheit wider.

Das Autonomie-Konstrukt erzielt mit einem Konstrukt-Summscore von $M = 3.96$ den höchsten Wert aller vier untersuchten Dimensionen – knapp vor klassischen Anreizen ($M = 3.93$), Kompetenz ($M = 3.87$) und sozialer Eingebundenheit ($M = 3.77$). Noch deutlicher zeigt sich dies beim globalen Einzelstatement zur Autonomie (GA01_01: „Selbstbestimmung ist der wichtigste Faktor bei meiner Entscheidung zur Teilnahme“), das mit $M = 4.47$ und einem Minimalwert von 3 den stärksten Wert der gesamten Lehrlingsbefragung erzielt. Kein einziger Befragter liegt unterhalb von „weder noch“. Dies steht im Einklang mit der SDT-Theorie, wonach autonome Motivation mit höherem Engagement und stabilerer Verhaltensbindung einhergeht als kontrollierte Motivation. (Ryan & Deci, 2000, S. 69, S. 73)

Auch die Kompetenz-Dimension (GK01_01: „Vertrauen in den persönlichen Nutzen ist mir wichtiger als äußere Anreize“, $M = 4.11$) und die soziale Eingebundenheit (GS01_01:

„Gemeinsame Teilnahme und Unterstützung motiviert mich mehr als Geld“, $M = 3.62$) erzielen positive Zustimmungswerte, wenn auch mit zunehmender Streuung ($SD = 0.85$ bzw. 1.21). Die Rangfolge Autonomie > Kompetenz > soziale Eingebundenheit ist sowohl bei den globalen Statements als auch bei den Konstrukt-Summenscores konsistent – ein Befund, der methodisch durch die Konvergenz zweier unabhängiger Messansätze gestützt wird.

4.2.2 Die drei SDT-Dimensionen im Einzelnen

4.2.2.1 Autonomie

Innerhalb des Autonomie-Konstrukts zeigt sich ein klares Muster: Items, die Wahlfreiheit und Selbstbestimmung betonen, werden deutlich stärker befürwortet als solche, die auf externe Steuerung hindeuten. Die freie Wahl der Belohnungsart (AU01_01, $M = 4.34$) und des Angebots (AU01_03, $M = 4.32$) liegen gemeinsam an der Spitze. Empfehlungen ohne Druck – durch Vorgesetzte (AU01_04, $M = 4.22$) wie durch Lehrlingsbeauftragte (AU01_06, $M = 4.19$) – werden ebenfalls positiv bewertet, solange der unaufdringliche Charakter erhalten bleibt.

Demgegenüber erzielen aktive Mitgestaltung der Programme (AU01_07, $M = 3.40$) und direkte Aufforderung durch Vorgesetzte (AU01_08, $M = 3.42$) die niedrigsten Werte des Konstrukts. Dies deckt sich mit einem zentralen Befund der SDT: Kontrollierendes Verhalten von außen – also wahrgenommener Druck oder Zwang – untergräbt das Autonomieerleben und wirkt damit motivationshemmend. Die Differenz zwischen unaufdringlicher Empfehlung ($M = 4.19$ – 4.22) und direkter Aufforderung ($M = 3.42$) von knapp 0.80 Punkten ist im Kontext einer fünfstufigen Skala inhaltlich bedeutsam.

4.2.2.2 Kompetenz

Das Kompetenz-Konstrukt bestätigt die SDT-Annahme, dass Menschen BGF-Programme dann als motivierend erleben, wenn sie darin einen echten, persönlich spürbaren Nutzen erkennen und das Vertrauen entwickeln, durch Teilnahme etwas bewirken zu können. Alltagsrelevante Themen (KO01_11, $M = 4.05$) und das Zutrauen zur Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens (KO01_16, $M = 3.97$) sowie anwendbares Wissen (KO01_12, $M = 3.95$) liegen an der Spitze. Kurze, gut in den Alltag integrierbare Einheiten (KO01_10, $M = 3.85$) stärken das Gefühl, tatsächlich teilnehmen zu können – was in der SDT als Kompetenzerleben bezeichnet wird.

Am niedrigsten bewertet wird die Vergabe eines Zertifikats (KO01_13, $M = 3.61$) – ein formales Anerkennungsinstrument, das zwar extrinsisch reizvoll sein kann, aber keinen direkten Beitrag zum Kompetenzerleben im Sinne der SDT leistet. Die Spannweite innerhalb des Konstrukts ist mit 0.44 Punkten vergleichsweise gering, was auf eine insgesamt gleichmäßige Bedeutung kompetenzfördernder Maßnahmen hindeutet.

4.2.2.3 Soziale Eingebundenheit

Die soziale Eingebundenheit als dritte SDT-Dimension zeigt, dass Lehrlinge BGF-Teilnahme besonders dann als attraktiv erleben, wenn sie diese gemeinsam mit ihrem sozialen Umfeld gestalten können. Wenn Kollegen teilnehmen (SO01_01, $M = 4.15$), steigt die eigene Bereitschaft am deutlichsten – dieser Wert ist der höchste Einzelwert im gesamten Konstrukt. Teambasierte Belohnungen (SO01_12, $M = 3.83$) und Gruppenformate (SO01_13, $M = 3.83$) folgen.

Öffentliche Anerkennung hingegen – also das Hervorheben einzelner Personen vor der Gruppe (SO01_11, $M = 3.37$, $SD = 1.34$) – wird am wenigsten befürwortet und weist die höchste Streuung des Konstrukts auf. Dieses Ergebnis ist theoretisch stimmig: Die SDT unterscheidet zwischen sozialer Eingebundenheit als echtem Gemeinschaftserleben und kontrollierender, sozialer Vergleichssituation. Öffentliche Auszeichnung kann als sozialer Druck empfunden werden, der – ähnlich wie direkte Aufforderung – das Autonomieerleben einschränkt. Besonders aufschlussreich ist der Vergleich mit AN01_10 (Wunsch nach Wohlfühlen, nicht bewertet zu werden, $M = 4.29$): Über zwei unabhängige Konstrukte hinweg zeigt sich konsistent, dass ein druckfreier, nicht bewertender Rahmen einen zentralen Motivationsfaktor darstellt.

4.2.3 Klassische Anreize im Licht der SDT

Das Konstrukt der klassischen Anreize umfasst überwiegend extrinsische Motivatoren und erzielte mit $M = 3.93$ den zweithöchsten Summenscore. Innerhalb dieses Konstrukts zeigen sich interessante Nuancen: Der höchste Einzelwert entfällt nicht auf einen monetären Anreiz, sondern auf einen freien Tag (AN01_03, $M = 4.39$) und auf das Erleben eines nicht bewertenden Klimas (AN01_10, $M = 4.29$). Erst danach folgen gesunde Snacks im Betrieb (AN01_07, $M = 4.24$) und die Teilnahme während der Arbeitszeit (AN01_01, $M = 4.22$).

Aus SDT-Perspektive lässt sich dies wie folgt einordnen: Zeitliche Anreize wie ein freier

Tag oder Arbeitszeit-Integration werden zwar im Rahmen der RAI-Analyse formal als externe Regulation kodiert, da sie sprachlich als klassische Kontingenz-Items formuliert sind („wenn ich X bekomme, nehme ich eher teil“). Inhaltlich fällt jedoch auf, dass sie innerhalb der externen Anreize am stärksten befürwortet werden – stärker als monetäre oder materielle Optionen. Eine mögliche Erklärung ist, dass Zeit als Ressource den wahrgenommenen Aufwand einer Teilnahme reduziert und diese in den Eigenbereich der Lernenden legt, statt sie in deren Freizeit zu verlagern – ein Mechanismus, der inhaltlich Parallelen zur identifizierten Regulation aufweist, auch wenn das Item selbst der externen Regulation zugeordnet wurde. Diese Doppeldeutigkeit zeigt eine Grenze der verwendeten Item-Klassifikation: Die Form der Belohnung (Zeit vs. Geld) kann die subjektiv wahrgenommene Regulationsqualität beeinflussen, auch wenn die sprachliche Formulierung des Items denselben externen Kontingenz-Charakter aufweist.

Kleine Geldbelohnungen (AN01_02, $M = 4.08$) erzielen ebenfalls einen soliden Wert – allerdings mit einer der höchsten Streuungen im Konstrukt ($SD = 1.25$), was auf sehr unterschiedliche individuelle Reaktionen hinweist. Die SDT erklärt dies durch den sogenannten Korruptionseffekt (Crowding-out): Für Personen mit bereits hoher intrinsischer Motivation kann eine externe Belohnung die Eigenmotivation untergraben, während sie für extern motivierte Personen kurzfristig wirksam sein kann. (Frey & Jegen, 2001, S. 589) Gamification-Elemente wie ein Computerspiel-Format (AN01_04, $M = 3.54$) landen im unteren Ende – ein Hinweis darauf, dass spielerische Extrinsic allein kein überzeugender Ersatz für echtes Autonomieerleben ist.

Eine besonders aufschlussreiche Vertiefung dieser Einordnung liefert die RAI-Analyse auf Basis des BREQ-3. Der berechnete Gesamt-RAI der Lehrlingsstichprobe beträgt $M = 9.03$ und liegt damit deutlich im positiven Bereich – 87,5% der Befragten weisen eine überwiegend autonome Motivationsorientierung auf. Dieser positive Gesamtwert verdeckt jedoch ein zentrales Paradoxon, das bei isolierter Betrachtung der Likert-Mittelwerte nicht sichtbar wird: Die Anreize, die von den Lehrlingen in der Likert-Auswertung am höchsten bewertet werden, sind exakt jene, die den RAI am stärksten ins Negative ziehen. Konkret erzielen externe Anreize wie ein freier Tag (AN01_03, $M = 4.39$), die Durchführung während der Arbeitszeit (AN01_01, $M = 4.22$) und eine kleine Geldbelohnung (AN01_02, $M = 4.08$) mitunter die höchsten Zustimmungswerte des gesamten Anreizkonstrukts. Im RAI schlagen

diese Items jedoch mit einem negativen Gesamtbeitrag von -7,95 zu Buche, da sie gemäß der BREQ-3 Klassifikation der Externen Regulation (Gewicht -2) zugeordnet sind. Umgekehrt erzielt KO01_12 – „Gesundheitsprogramme helfen mir, etwas zu lernen, das ich im Alltag wirklich anwenden kann“ – in der Likert-Auswertung einen unauffälligen Mittelwert von $M = 3.95$, ist aber mit einem Beitrag von +11,84 der mit Abstand stärkste positive Treiber des RAI, da es als einziges Item der Intrinsischen Motivation (Gewicht +3) zugeordnet wurde.

Dieses Paradoxon lässt sich mit der Unterscheidung zwischen Motivationsquantität und Motivationsqualität erklären, wie sie Ryan und Deci (2000) im Rahmen der SDT grundlegend beschreiben: Eine hohe subjektiv erlebte Bereitschaft zur Teilnahme – ausgedrückt im Likert-Wert – sagt nichts darüber aus, ob die zugrunde liegende Motivation autonom oder kontrolliert ist. (Ryan & Deci, 2000, S. 69) Externe Anreize wie Geld oder Freizeitausgleich können die kurzfristige Verhaltensabsicht erhöhen, ohne die Qualität der Motivation zu verbessern. Im Gegenteil verweisen Deci et al. (1999) auf den sogenannten Korruptionseffekt, welcher schon weiter oben erläutert wurde. (Deci et al., 1999, S. 627)

4.2.4 Gegenüberstellung: Lehrlinge und BGF-Verantwortliche

Der Vergleich zwischen den Ergebnissen der Lehrlingsbefragung und jener der BGF-Verantwortlichen offenbart sowohl Übereinstimmungen als auch teils erhebliche Diskrepanzen, die für die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutsam sind.

Beide Gruppen erkennen die grundsätzliche Relevanz von BGF für junge Mitarbeitende an. Die langfristige Wirkung von BGF wird von Unternehmen nahezu einheitlich bejaht (GL01_02, $M = 4.25$, $SD = 0.46$). Soziale Anreize werden auf beiden Seiten als vergleichsweise wirksam eingeschätzt: Lehrlinge bewerten die Kollegen-Teilnahme mit $M = 4.15$, Unternehmen setzen soziale Anreize am stärksten um (GL03_04, $M = 4.00$).

Die gravierendste Diskrepanz betrifft den meistgesetzten Unternehmensanreiz und seine Bewertung durch Lehrlinge: Alle acht BGF-Verantwortlichen (100%) setzen die Aufforderung durch Vorgesetzte ein – jenen Anreiz, den Lehrlinge im Autonomie-Konstrukt am zweit-schwächsten bewerten (AU01_08, $M = 3.42$, Rang 7 von 8). Aus SDT-Perspektive ist dies besonders problematisch, da kontrollierende Kommunikation das Autonomieerleben untergräbt

und damit genau jenes Bedürfnis verletzt, das in dieser Studie als stärkster Motivationshebel identifiziert wurde.

Ebenso bemerkenswert: Zusätzliche Urlaubstage oder Freizeit – von den Lehrlingen in der geschlossenen Single-Choice-Frage (GF01) von 49,1% als wirksamster Einzelanreiz gewählt und im Likert-Konstrukt mit $M = 4.39$ an erster Stelle – werden von keinem der befragten Unternehmen eingesetzt. Dasselbe gilt für kleine Bezahlung (GF01: 18,2%, Rang 2), die ebenfalls von keinem Unternehmen angeboten wird. Diese Lücke zwischen dem, was Lehrlinge als wirksamsten Anreiz erleben, und dem, was Unternehmen tatsächlich einsetzen, ist die zentrale, praktische Diskrepanz der vorliegenden Studie.

Hinzu kommt, dass Unternehmen die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen kaum systematisch evaluieren (GL02_02, $M = 1.75$) – damit fehlt eine Rückkopplungsschleife, die eine Annäherung an die tatsächlichen Bedürfnisse der Zielgruppe ermöglichen würde. Dass spezifische, auf Jugendliche zugeschnittene Programme weiterhin die Ausnahme darstellen (GL01_04, $M = 2.75$), obwohl die grundsätzliche Relevanz hoch eingeschätzt wird, verweist auf eine strukturelle Umsetzungslücke zwischen Einstellung und Praxis.

5 Fazit

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Studie liefert empirische Belege dafür, dass die Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan einen validen theoretischen Rahmen für die Gestaltung von Anreizen zur BGF-Teilnahme junger Mitarbeitender und Lehrlingen darstellt. Die drei psychologischen Grundbedürfnisse – Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit – spiegeln sich in den Bewertungen der Befragten konsistent wider und ermöglichen eine differenzierte Einordnung verschiedener Anreiztypen.

Autonomie erweist sich als der stärkste und robusteste Motivationshebel: Wahlfreiheit bei Zeitpunkt, Angebotsform und Belohnungsart werden von den Lehrlingen weit stärker befürwortet als externe Vorgaben oder Aufforderungen. Das globale Autonomie-Statement ($M = 4.47$, $\text{Min} = 3$) weist dabei die höchste Zustimmung und geringste Streuung der gesamten

Befragung auf – ein Befund, der über alle Konstrukte und Messebenen hinweg konsistent repliziert wird.

Kompetenzerleben wird vor allem durch inhaltliche Relevanz und persönlichen Alltagsnutzen gefördert: Programme, die anwendbares Wissen zu alltagsnahen Themen vermitteln und in kurzen, niederschweligen Einheiten gestaltet sind, stärken das Vertrauen in die eigene Gesundheitskompetenz. Formale Anerkennungsinstrumente wie Zertifikate wirken schwächer, da sie zwar extrinsisch reizvoll sein können, aber keinen direkten Beitrag zum Kompetenzerleben leisten.

Soziale Eingebundenheit wirkt am stärksten über horizontale Peergroup-Effekte: Die Teilnahme von Kollegen erhöht die eigene Bereitschaft deutlich stärker als Beziehungen zu Ausbildnern oder Vorgesetzten. Öffentliche Hervorhebung einzelner Personen wird dabei eher zurückhaltend bewertet – Gemeinschaftserleben ohne bewertende Exposition ist das bevorzugte Format.

Klassische extrinsische Anreize können die intrinsische Motivation ergänzen, ersetzen sie aber nicht. Zeitliche Anreize – insbesondere ein freier Tag und die Integration der Teilnahme in die Arbeitszeit – erzielen die höchsten Zustimmungswerte innerhalb des klassischen Anreizkonstrukts und lassen sich SDT-theoretisch als identifizierte Regulation einordnen: Sie werden von Lehrlingen als persönlich bedeutsam und selbstkongruent erlebt, was qualitativ hochwertiger ist als rein externale Motivation durch Geld oder Sachprämien. Auch wenn der freie Tag im RAI-Konstrukt als externe Regulation zu sehen ist.

Der Vergleich mit der Unternehmensbefragung zeigt, dass die betriebliche Praxis in wesentlichen Punkten nicht mit den Motivationsstrukturen der Zielgruppe übereinstimmt. Der meistgesetzte Unternehmensanreiz – die direkte Aufforderung durch Vorgesetzte – korrespondiert mit einem der schwächsten Werte auf Lehrlingsseite. Die von Lehrlingen am stärksten priorisierten Maßnahmen – Urlaubstage und kleine Bezahlung – werden von keinem der befragten Unternehmen eingesetzt. Diese strukturelle Lücke zwischen gelebter Praxis und tatsächlicher Zielgruppenmotivation bildet den zentralen Befund und gleichzeitig den wichtigsten Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Eine zusätzliche, vertiefende Perspektive auf diese Befunde liefert die RAI-Analyse auf Basis des BREQ-3, die bereits in Kapitel 4.2.3 im Detail diskutiert wurde. Der berechnete Gesamt-RAI der Lehrlingsstichprobe von $M = 9.03$ (87,5% positive Werte) bestätigt die dort beschriebene autonome Grundausrichtung der Motivation und macht darüber hinaus ein zentrales Paradoxon sichtbar: Die von den Lehrlingen am stärksten befürworteten Anreize sind motivationspsychologisch die am wenigsten nachhaltigen, während die Anreize mit dem stärksten positiven RAI-Beitrag — anwendbares Lernen und Selbstbestimmung bei Inhalt und Zeitpunkt – in der bewussten Selbsteinschätzung der Befragten als weniger dringlich wahrgenommen werden.

Für die betriebliche Praxis bedeutet das in letzter Konsequenz: Wer ausschließlich auf jene Anreize setzt, die Lehrlinge am lautesten einfordern – Geld, Freizeit, Prämien – adressiert die am wenigsten nachhaltige Motivationsschicht. Wer hingegen Wahlfreiheit, alltagsrelevante Inhalte und ein druckfreies Setting strukturell verankert, fördert genau jene Motivationsqualität, die laut SDT mit dauerhaftem Gesundheitsverhalten und positivem Wohlbefinden verknüpft ist. (Ryan et al., 2008, S. 3) Die vorliegende Studie liefert damit nicht nur Hinweise darauf, was Lehrlinge motiviert – sondern auch darauf, warum manche Anreize nachhaltiger wirken als andere, auch wenn das in der subjektiven Selbstwahrnehmung der Befragten nicht immer so sichtbar ist.

Welche Anreize können Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden angeboten werden, um ihre Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsprogrammen zu erhöhen?

Hierzu liefert die Studie eine klare, empirisch und theoretisch fundierte Antwort: Es sind in erster Linie autonomieunterstützende Anreiztypen, die Wirkung zeigen. Anreize, die Wahlfreiheit vermitteln (Belohnungsart, Angebot, Zeitpunkt), die Teilnahme in die Eigenverantwortung der Lehrlinge legen (zeitliche Integration) und einen druckfreien, nicht bewertenden Rahmen schaffen, erzielen übergreifend die höchste Zustimmung.

Kompetenzfördernde Anreize rangieren an zweiter Stelle, dicht gefolgt von Anreizen beruhend auf sozialer Eingebundenheit. Wobei einzelne soziale Items – allen voran die Teilnahme gemeinsam mit Kollegen – im direkten Vergleich sogar höhere Zustimmungswerte erzielen als die Kompetenz-Items. Dies deutet daraufhin, dass soziale Eingebundenheit zwar im Durchschnitt etwas schwächer, in ihrer stärksten Ausprägung aber ebenso wirkungsvoll ist wie Kompetenzerleben.

Kontrollierend wahrgenommene Anreize, wie z. B. die Aufforderung durch Vorgesetzte oder formale Anerkennungsinstrumente wie Zertifikate, wirken dagegen schwächer.

Bestätigt wird dieses Muster auch durch die RAI-Auswertung. Mit einem Mittelwert von $M = 9.03$ liegt die Motivationsstruktur der Befragten insgesamt deutlich im autonomen Bereich des Selbstbestimmungskontinuums.

Laut SDT-Theorie sind Anreize die Autonomie ermöglichen wirken stärker als klassische, rein extrinsische Anreize (Geld, Prämien, Aufforderungen). Jedoch können auch extrinsische Anreize ergänzend wirken, sind aber alleine nicht der zentrale Hebel. (Deci & Ryan, 1985)

Dieses Bild relativiert sich jedoch, wenn man die direkte Einzelabfrage des wirksamsten Anreizes (GF01) betrachtet: Hier entschieden sich die Lehrlinge mit deutlichem Abstand am häufigsten für einen freien Tag bzw. zusätzliche Urlaubstage (49,1%, $n = 54$) sowie an zweiter Stelle für eine kleine Bezahlung der Teilnahme (18,2%, $n = 20$) – beides klassische, primär extrinsisch bzw. materiell wirkende Anreizformen. Auf den ersten Blick scheint dies dem übergeordneten Befund der Konstrukt-Ebene zu widersprechen, lässt sich aber SDT-theoretisch auflösen: Zum einen lässt sich der freie Tag – wie in Kap. 4.2.3 dargelegt – als identifizierte Regulation einordnen, da er die Teilnahme in den Eigenbereich der Lehrlinge legt und damit selbst eine Form der Autonomieunterstützung darstellt, keinen rein kontrollierenden Anreiz. Zum anderen zeigt die SDT-Forschung zum Korrumpierungseffekt (Frey & Jegen, 2001, S. 589), dass rein monetäre Anreize zwar kurzfristig attraktiv erscheinen und daher in einer direkten Präferenzabfrage vorne liegen können, langfristig aber nicht denselben nachhaltigen Effekt auf die intrinsische Motivation entfalten wie autonomieunterstützende Maßnahmen – sie können ergänzend wirken, ersetzen aber die strukturellen Bedürfnisse nach Wahlfreiheit, Kompetenzerleben und sozialer Eingebundenheit nicht.

Bemerkenswert ist zudem, dass gerade diese von den Lehrlingen am stärksten gewünschten Anreize – freier Tag und kleine Bezahlung – von keinem der befragten Unternehmen tatsächlich eingesetzt werden. Es besteht also eine doppelte Lücke: Unternehmen setzen weder die von Lehrlingen am stärksten präferierten konkreten Einzelanreize noch die aus SDT-Sicht nachhaltigsten autonomieunterstützenden Strukturen in ausreichendem Maß um.

Wie hoch ist der Prozentsatz an jungen Mitarbeitenden und Lehrlingen, welche an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen teilnehmen?

In der Umfrage hat sich gezeigt, dass nur 25,3% der Befragten bereits an betrieblichen

Gesundheitsförderprogrammen teilgenommen haben. Die bisherige Teilnahmequote ist daher sehr gering.

Unterstützen und befürworten Unternehmen eine Teilnahme von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen?

Ja, Unternehmen befürworten prinzipiell eine Teilnahme von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden an betrieblicher Gesundheitsförderung, jedoch mit einer erkennbaren Lücke in der Umsetzung und kaum systematischen Wirksamkeitsmessungen.

5.2 Einschränkungen der Ergebnisse

Die vorliegenden Befunde sind unter Berücksichtigung mehrerer methodischer Einschränkungen zu interpretieren, die die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse begrenzen.

Stichprobengröße und Repräsentativität

Die Lehrlingsstichprobe umfasst 184 gestartete und 164 inhaltlich auswertbare Datensätze. Obwohl diese Fallzahl für eine explorative Befragung vertretbar ist, erlaubt sie keine inferenzstatistisch gesicherten Aussagen – alle berichteten Unterschiede zwischen Items und Konstrukten sind rein deskriptiver Natur. Auf Unternehmensseite stehen lediglich acht vollständig ausgefüllte Fragebögen zur Verfügung. Auch qualifizierte Tendenzaussagen zu Mustern auf Unternehmensebene sind damit kaum zu treffen; jeder der acht Datensätze hat rechnerisch ein Gewicht von 12,5% im Gesamtergebnis.

Darüber hinaus ist die Stichprobe rein auf Österreich bezogen. Schulen und Firmen, welche aufgefordert wurden an dieser Umfrage teilzunehmen, konnten selbstständig entscheiden, ob sie die Umfragebogen an ihre Lehrlinge weiterleiten oder nicht. Dies kann zu einer Verzerrung führen – beispielsweise hinsichtlich Branche, Region, Betriebsgröße oder digitalem Zugang.

Selbstauskunft und hypothetisches Antwortverhalten

Alle Items erfassen subjektive Einschätzungen zu hypothetischen Verhaltensabsichten („Wenn ..., nehme ich eher teil“). Zwischen geäußerten Absichten und tatsächlichem Verhalten besteht eine bekannte Lücke (Intention-Behavior-Gap), die gerade im Gesundheitsverhalten empirisch

gut belegt ist. Der Intention-Behavior-Gap beschreibt die Diskrepanz zwischen der Absicht einer Person und ihrem tatsächlichen Verhalten. Obwohl Menschen häufig die feste Absicht haben, sich ein bestimmtes Verhalten anzueignen, wird diese Absicht aufgrund verschiedener individueller und situativer Einflussfaktoren nicht immer in die Praxis umgesetzt. (Ajzen, 1991; Sheeran, 2002) Die Ergebnisse sagen also aus, welche Anreize die Befragten als motivierend einschätzen – nicht zwingend, welche Anreize ihr tatsächliches Teilnahmeverhalten am stärksten beeinflussen würden.

Fehlende Werte und unterschiedliche Fallzahlen

Da die benutzte Umfrageplattform Daten seitenweise speichert und viele Teilnehmende den Fragebogen nicht bis zur letzten Seite ausgefüllt haben, variiert die Fallzahl je nach Item deutlich. Für einzelne Items liegen teils nur 116–144 gültige Antworten vor. Direktvergleiche zwischen Items mit stark unterschiedlichen Fallzahlen sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Sechs Altersausreißer

Sechs Datensätze enthielten Altersangaben (37, zweimal 49, 52, 55 und 80 Jahre), die für eine klassische Lehrlingsstichprobe nicht plausibel erscheinen. Es kann jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass es sich um Personen handelt, die eine Erwachsenenlehre absolvieren. Für die inhaltlichen Fragestellungen wurden diese Datensätze weiterhin berücksichtigt.

Einseitigkeit der Konstruktoperationalisierung

Die verwendeten Konstrukte (Autonomie, Kompetenz, soziale Eingebundenheit) wurden ausschließlich mit positiv formulierten Zustimmungs-Items operationalisiert. Reverse-coded Items oder Skalen mit negativen Ankerpunkten fehlen, was die Gefahr von Akquieszenzverzerrung (allgemeine Zustimmungstendenz) erhöht.

5.3 Empfehlungen zur Anreizsetzung

Aus den Befunden lassen sich konkrete, durch die SDT theoretisch begründete Handlungsempfehlungen für Unternehmen ableiten, die die BGF-Teilnahme von Lehrlingen und jungen Mitarbeitenden erhöhen möchten.

Wahlmöglichkeiten strukturell verankern

Die stärkste Einzelmaßnahme zur Steigerung der BGF-Teilnahme ist die Schaffung echter Wahlmöglichkeiten: Lehrlinge sollten zwischen verschiedenen Angeboten, Zeitpunkten und Belohnungsformen wählen können, statt ein einheitliches Pflichtprogramm zu durchlaufen. Dies kann in der Praxis durch kuratierte Angebotsmenüs umgesetzt werden, aus denen Lehrlinge zwei oder drei Maßnahmen auswählen. Gemäß der SDT stärkt diese Form der Autonomieunterstützung die intrinsische Motivation nachhaltig und reduziert den Widerstand gegen externe Vorgaben.

Zeitliche Integration priorisieren

Zusätzliche Urlaubstage und die Durchführung während der Arbeitszeit sind – sowohl im Likert-Rating als auch in der Single-Choice-Priorisierung (GF01: 49,1%) – die am stärksten präferierten Anreize. Unternehmen, die BGF-Teilnahme erhöhen möchten, sollten Zeitausgleich als strukturellen Bestandteil des Angebots einplanen, nicht als optionale Zusatzleistung. Aus SDT-Perspektive kann man diese Anreizart auch der identifizierten Regulation zuordnen: Die Teilnahme wird selbstkongruent, weil sie nicht auf Kosten privater Freizeit geht.

Kommunikation einladend statt fordernd gestalten

Die direkte Aufforderung durch Vorgesetzte ist der am häufigsten eingesetzte Unternehmensanreiz (100%), gleichzeitig einer der am schwächsten bewerteten Anreize auf Lehrlingseite. Unternehmen sollten ihre Kommunikationsstrategie von direkten Aufforderungen auf unaufdringliche Empfehlungen umstellen – beispielsweise durch informative Ankündigungen über Lehrlingsbeauftragte, niederschwellige Schnupperangebote oder Peer-Testimonials von Lehrlingen, die bereits teilgenommen haben. Vorgesetzte sollten BGF als Angebot kommunizieren, nicht als Erwartung.

Inhalte alltagsnah und niederschwellig gestalten

Programme, die unmittelbar im Alltag anwendbares Wissen vermitteln (Stressbewältigung, Rückengesundheit, Ernährung) und in kurzen, gut in den Arbeitsalltag integrierbaren Einheiten stattfinden, stärken das Kompetenzerleben der Teilnehmenden. Lange Blockveranstaltungen oder abstrakte Gesundheitsthemen ohne direkten Alltagsbezug sind weniger geeignet. Lehrlinge sollten das Gefühl haben, durch die Teilnahme etwas Konkretes für sich selbst gewonnen zu

haben.

Gruppenformate fördern, Exposition vermeiden

BGF-Angebote sollten so gestaltet sein, dass Lehrlinge gemeinsam mit Kollegen teilnehmen können – idealerweise in einem Setting, das niemanden öffentlich hervorhebt oder bewertet. Teambasierte Formate mit gemeinsamen Zielen statt Einzelrankings entsprechen sowohl dem Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit als auch dem Wunsch nach einem nicht bewertenden Klima (AN01_10, M = 4.29). Öffentliche Auszeichnungen und Bestenlisten sollten vermieden oder zumindest als optionale Zusatzoption angeboten werden.

Wirksamkeit messen und Angebote iterativ anpassen

Keines der befragten Unternehmen misst die Wirksamkeit seiner BGF-Maßnahmen systematisch (GL02_02, M = 1.75). Ohne Evaluation fehlt die Rückkopplungsschleife, um zu erkennen, welche Anreize tatsächlich zur erhöhten Teilnahme führen. Unternehmen sollten einfache, niederschwellige Evaluationsformate einführen – beispielsweise kurze digitale Rückmeldungen nach Teilnahme oder jährliche Kurzumfragen bei den Lehrlingen. Nur so können BGF-Programme datenbasiert weiterentwickelt werden.

Spezifische Formate für Lehrlinge entwickeln

Bestehende BGF-Programme sind bei der Hälfte der befragten Unternehmen auf die Gesamtbelegschaft ausgerichtet und berücksichtigen die spezifischen Bedürfnisse und Lebensrealitäten von Lehrlingen nicht ausreichend (GL01_04, M = 2.75). Unternehmen sollten zielgruppenspezifische Formate entwickeln oder bestehende Programme für Lehrlinge modifizieren – auch dann, wenn die absolute Anzahl der Lehrlinge im Betrieb gering ist. Kooperationen mit Berufsschulen oder überbetrieblichen BGF-Initiativen können dabei helfen, den Aufwand zu verteilen.

5.4 Ausblick auf zukünftige Forschung

Die vorliegende Studie liefert erste empirische Anhaltspunkte für die Gestaltung wirksamer BGF-Anreize für Lehrlinge im Kontext der Selbstbestimmungstheorie. Sie ist jedoch ausdrücklich als Pilotstudie zu verstehen, die eine Reihe weiterführender Forschungsfragen aufwirft.

Größere und repräsentativere Stichproben

Um belastbare, generalisierbare Aussagen treffen zu können, sollte die Untersuchung mit deutlich größeren Stichproben – idealerweise durch Zufallsziehung oder stratifizierte Quotenstichproben – wiederholt werden. Eine österreich- oder deutschlandweite Erhebung mit mehreren hundert Lehrlingen aus unterschiedlichen Branchen und Unternehmensgrößen würde erlauben, auch Subgruppenanalysen durchzuführen und zu prüfen, ob sich Anreizbewertungen nach Branche, Betriebsgröße, Geschlecht oder Lehrjahr unterscheiden.

Längsschnittdesign und Verhaltensmessung

Um den Intention-Behavior-Gap zu überwinden, sollte künftige Forschung das tatsächliche Teilnahmeverhalten erheben, nicht nur die Bereitschaft. Ein Längsschnittdesign – etwa eine Vorher-Nachher-Messung vor und nach der Einführung autonomiefördernder Maßnahmen – würde ermöglichen, Kausalzusammenhänge zwischen spezifischen Anreizformen und tatsächlicher Teilnahmequote zu identifizieren.

Qualitative Vertiefung

Quantitative Fragebogendaten können die Stärke von Zusammenhängen beschreiben, aber nicht erklären, warum bestimmte Anreize wirken oder nicht wirken. Ergänzende qualitative Methoden – Fokusgruppen mit Lehrlingen, Einzelinterviews mit BGF-Verantwortlichen oder teilnehmende Beobachtung in Betrieben – könnten ein tieferes Verständnis der zugrunde liegenden Motivationsprozesse liefern und die quantitativen Befunde kontextualisieren.

Experimentelle Studien

Der stärkste methodische Ansatz zur Überprüfung der SDT-basierten Annahmen wäre ein kontrolliertes Feldexperiment: Dabei würden verschiedene Anreizformate (z. B. autonomieunterstützend vs. kontrollierend) randomisiert eingesetzt und die Teilnahmequoten verglichen. Solche Experimente sind in der betrieblichen Praxis aufwendig, liefern aber die einzige Grundlage für kausale Schlussfolgerungen.

Branchenspezifische und kulturelle Unterschiede

Die vorliegende Stichprobe ist auf den österreichischen Kontext beschränkt. Zukünftige Studien sollten prüfen, ob die Befunde in anderen europäischen Ländern replizierbar sind. Kulturelle

Unterschiede in der Einstellung zu Autorität, Gesundheit und Arbeit könnten die Wirksamkeit bestimmter Anreize erheblich moderieren.

Digitale und hybride BGF-Formate

Mit der zunehmenden Verbreitung digitaler Arbeitsumgebungen und hybrider Arbeitsmodelle stellt sich die Frage, wie BGF-Angebote für Lehrlinge in verteilten Strukturen gestaltet werden können. Zukünftige Forschung sollte untersuchen, ob digitale BGF-Formate – Apps, Online-Kurse, virtuelle Teamchallenges – die in dieser Studie identifizierten Motivationsfaktoren (Autonomie, Alltagsrelevanz, soziale Eingebundenheit) in gleichem Maße ansprechen können wie präsenzbasierende Angebote, oder ob neue Designprinzipien erforderlich sind.

Literaturverzeichnis

- ADP Research Institute (2025). People at Work 2025. <https://de.adp.com/ueber-adp/news-press/historischer-ruckgang-von-chronischem-stress-am-arbeitsplatz-im-jahr-2024.aspx>.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2):179–211.
- Alhmoud, A. und Rjoub, H. (2019). Total Rewards and Employee Retention in a Middle Eastern Context. *SAGE Open*, 9(2).
- Arora, C. und Razavian, M. (2021). Ethics of Gamification in Health and Fitness-Tracking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21):11052.
- Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft. Die ASFINAG in Zahlen. <https://www.asfinag.at/ueber-uns/zahlen-fakten/>.
- Baicker, K., Cutler, D., und Song, Z. (2010). Workplace Wellness Programs Can Generate Savings. *Health Affairs*, 29(2):304–311.
- Beck, D. und Lenhardt, U. (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 17(1):56–62.
- Berthel, J. und Becker, F. G. (2022). *Personal-Management : Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit*. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft Steuern Recht GmbH, Freiburg.
- Betz, M. und Brand, S. (2017). Gesundheitsbelastungen und -risiken bei Jugendlichen: Ansätze zur Gesundheitsförderung im Rahmen der Ausbildung. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 46(4):26–29.
- Betz, M., Haun, D., und Böttcher, M. (2015). *Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung bei Auszubildenden*, Seiten 143–163. Springer Berlin Heidelberg.
- Biallas, B., Zähringer, M., Froböse, I., und Wilke, C. (2016). Workplace Health Promotion

in Apprentices: Survey of Health Status, Subjective Stress and Physical Activity. In *Book of Abstracts: 21st Annual Congress of the European College of Sport Science*, Seite 24. European College of Sport Science.

BMW Group in Österreich (2025). Video: Umsatzrekord – BMW Group in Österreich wächst 2025 weiter. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20260306_OT50001/video-umsatzrekord-bmw-group-in-oesterreich-waechst-2025-weiter.

Brown, H. E., Gilson, N. D., Burton, N. W., und Brown, W. J. (2011). Does Physical Activity Impact on Presenteeism and Other Indicators of Workplace Well-Being? *Sports medicine (Auckland)*, 41(3):249–262.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2023). Erwerbstätigenbefragung 2022/23.

Bundesministerium für Gesundheit (2011). Unternehmen unternehmen Gesundheit: Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Unternehmen_unternehmen_Gesundheit_-_Betriebliche_Gesundheitsfoerderung_in_kleinen_und_mittleren_Unternehmen.pdf.

Caritas Österreich. Was wir tun. <https://www.caritas.at/ueber-uns/ueber-die-caritas/was-wir-tun/>.

Cassar, L. und Meier, S. (2018). Nonmonetary Incentives and the Implications of Work as a Source of Meaning. *Journal of Economic Perspectives*, 32(3):215–238.

Cerasoli, C. P., Nicklin, J. M., und Ford, M. T. (2014). Intrinsic Motivation and Extrinsic Incentives Jointly Predict Performance: A 40-Year Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 140(4):980–1008.

Chartered Institute of Personnel and Development (2019). Employee recognition and non-financial rewards: Evidence review. https://www.cipd.org/globalassets/media/knowledge/knowledge-hub/evidence-reviews/non-financial-recognition-scientific-summary_tcm18-105469.pdf.

- Chiang, F. F. T. und Birtch, T. A. (2006). An Empirical Examination of Reward Preferences Within and Across National Settings. *Management International Review*, 46(5):573–596.
- Cocca, A., Kopp, M., Greier, K., Labek, K., Cocca, M., und Ruedl, G. (2024). Validity, reliability, and invariance across sex of a German version of the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 15:1355928.
- Colledani, D., Capozza, D., Falvo, R., und Di Bernardo, G. A. (2018). The Work-Related Basic Need Satisfaction Scale: An Italian Validation. *Frontiers in Psychology*, 9:1859.
- Comelli, G., Rosenstiel, L., und Friedemann, W. (2009). *Führung durch Motivation : Mitarbeiter für Unternehmensziele gewinnen*. Management competence. Vahlen, München, 4., erw. u. überarb. Aufl.. Auflage.
- DAK-Gesundheit (2024). Psychreport 2024: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2024_57364.
- Damaševičius, R., Maskeliūnas, R., und Blažauskas, T. (2023). Serious Games and Gamification in Healthcare: A Meta-Review. *Information*, 14(2):105.
- Deady, M., Glozier, N., Collins, D., Einboden, R., Lavender, I., Wray, A., Gayed, A., Calvo, R. A., Christensen, H., Harvey, S. B., und Choi, I. (2020). The Utility of a Mental Health App in Apprentice Workers: A Pilot Study. *Frontiers in Public Health*, 8:389.
- Deci, E. L., Koestner, R., und Ryan, R. M. (1999). A Meta-Analytic Review of Experiments Examining the Effects of Extrinsic Rewards on Intrinsic Motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6):627–668.
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., und Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4:19–43.
- Deci, E. L. und Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer US, Boston, MA.
- Deci, E. L. und Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4):227–268.

- Descoux, G., Romanens, M., Lamamra, N., und Duc, B. (2025). Different approaches and their consequences for addressing the occupational health and safety of young workers: A systematic narrative literature review. *WORK*, 81(4):3105–3122.
- Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R., und Nacke, L. (2011). From Game Design Elements to Gamefulness: Defining ”Gamification”. In *Proceedings of the 15th International Academic MindTrek Conference: Envisioning Future Media Environments*, Seiten 9–15. ACM.
- Eccles, J. S. und Wigfield, A. (2002). Motivational Beliefs, Values, and Goals. *Annual Review of Psychology*, 53:109–132.
- EU-OSHA (2022). Workplace Health Promotion. <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/workplace-health-promotion>.
- European Agency for Safety and Health at Work (2024). Psychosocial risks and mental health at work. <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>.
- European Network for Workplace Health Promotion (2018). The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2022/01/26/1_luxembourg_declaration_2018.pdf.
- Fink-Schwarzmayr, I. M. (2014). Die Lehrlingsausbildung – ein „teachable Moment“ für Gesundheitsförderung. Master’s thesis, Universität Wien, Wien. <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/MT%20%20%20Fink-Schwarzmayr.pdf>.
- Fischer, A. (2017). *Manipulation: Zur Theorie und Ethik einer Form der Beeinflussung*. Nummer 2228 in Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. Suhrkamp, Berlin.
- Fleming, W. J. (2025). Health lifestyles at work: availability, barriers and participation in workplace wellness. *Social Theory Health*, 23:Article 7.
- Franzkowiak, P. und Hurrelmann, K. (2025). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BIÖG. <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/>.
- Frey, B. S. und Jegen, R. (2001). Motivation Crowding Theory. *Journal of Economic Surveys*, 15(5):589–611.

- Gagné, M. und Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4):331–362.
- Giles, E. L., Robalino, S., McColl, E., Sniehotta, F. F., und Adams, J. (2014). The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(3):e90347.
- Gillison, F. B., Rouse, P., Standage, M., Sebire, S. J., und Ryan, R. M. (2019). A meta-analysis of techniques to promote motivation for health behaviour change from a self-determination theory perspective. *Health Psychology Review*, 13(1):110–130.
- Grolnick, W. S. und Ryan, R. M. (1987). Autonomy in Children’s Learning: An Experimental and Individual Difference Investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5):890–898.
- Grolnick, W. S. und Ryan, R. M. (1989). Parent Styles Associated with Children’s Self-Regulation and Competence in School. *Journal of Educational Psychology*, 81(2):143–154.
- Grossmeier, J., Mangen, D. J., Anderson, D. R., Gingerich, S. B., Mitchell, R. J., Imboden, M. T., Kaplan, G. D., Gascon, G. M., Serxner, S. A., und Bodak, T. (2020). Influence of Incentive Design and Organizational Characteristics on Wellness Participation and Health Outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(10):874–882.
- Grünwald, K., Van den Broeck, A., Colledani, D., Lerner, E., Falvo, R., und Hudecek, M. F. C. (2024). Validation of the German Work-related Basic Need Satisfaction Scale (W-BNS-G). *Current Psychology*, 43:36315–36332.
- Hardcastle, S. J. und Hagger, M. S. (2016). Psychographic Profiling for Effective Health Behavior Change Interventions. *Frontiers in Psychology*, 6:1988.
- Heckhausen, H. und Heckhausen, J. (2010). *Motivation und Handeln*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Herzberg, F., Mausner, B., und Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work*. John Wiley & Sons, New York.
- Hildebrandt, V. H., Koning, M., Proper, K. I., Bosscher, R. I., van der Beek, A. J., und van Me-

- chelen, W. (2001). The effectiveness of worksite physical activity programs on health related outcomes – a systematic review. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(5):S254.
- Hoert, J., Herd, A. M., und Hambrick, M. (2018). The Role of Leadership Support for Health Promotion in Employee Wellness Program Participation, Perceived Job Stress, and Health Behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 32(4):1054–1061.
- Hoffmann, C. und Schaller, A. (2022). Evaluation of the Communication Strategy for Promoting Physical Activity in a Cross-Company Network in Germany: A Mixed-Methods Analysis. *Frontiers in Public Health*, 10:905451.
- Holleder, A. (2021). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Seiten 277–288.
- Howard, J. L., Gagné, M., Van den Broeck, A., Guay, F., Chatzisarantis, N., Ntoumanis, N., und Pelletier, L. G. (2020). A Review and Empirical Comparison of Motivation Scoring Methods: An Application to Self-Determination Theory. *Motivation and Emotion*, 44(4):534–548.
- Hurrelmann, K. und Baumann, E. (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Hutchinson, A. D. und Wilson, C. (2011). Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promotion International*, 27(2):238–249.
- Höfer, R. und Straus, F. (2016). Identitätsentwicklung in der Jugend. In *Impulse für Gesundheitsförderung*, Nr. 92. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover. <https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/impulse-nr92-web.pdf>.
- Jørgensen, M. B., Villadsen, E., Burr, H., Punnett, L., und Holtermann, A. (2016). Does employee participation in workplace health promotion depend on the working environment? A cross-sectional study of Danish workers. *BMJ open*, 6(6):e010516.
- Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Napp, A.-K., Reiss, F., Behn, S., und Ravens-Sieberer, U. (2024). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen:

Ergebnisse der COPSY-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*.

- Khan, M. A., Tarif, A., und Zubair, S. S. (2016). Non-Financial Incentive System and Organizational Commitment: An Empirical Investigation. *Pakistan Business Review*, 18(1):55–75.
- Kikut-Stein, A., Givan, K., Branson, P., Fishman, J., Bailey, K., Paolicelli, M., Crockett, T., Morris, T., Adesipo, A., Allen, D., Blanco-Liz, A., Bonds, L., Brooks, N., Carriker, M., Francis, K., Jean Pierre, M., Konner, H., Myers, R., Newkirk, N., Poole, M., Riina, N., Robinson, M., Rubens, V., Savage, A., Savage, M., Sy, D., Zhou, X., und Tan, A. (2025). Youth Participatory Action Communication Research: A Model for Developing Youth-Driven Health Campaigns. *Health Communication*, 40(6):1062–1077.
- Krause, A. und Dorsemagen, C. (2017). *Neue Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung durch indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung*, Seiten 153–164.
- Kremer, T. (2025). *Bewegen mit mHealth : Eine multimethodische Untersuchung zur langfristigen Health Tracking Nutzung*. Springer.
- Kullgren, J. T., Williams, G. C., Resnicow, K., An, L. C., Rothberg, A., Volpp, K. G., und Heisler, M. (2016). The Promise of Tailoring Incentives for Healthy Behaviors. *International Journal of Workplace Health Management*, 9(1):2–16.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., und Husman, P. (2008). Work health promotion, job well-being, and sickness absences—a systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(11):1216–1227.
- Kuvaas, B. (2006a). Performance appraisal satisfaction and employee outcomes: mediating and moderating roles of work motivation. *The International Journal of Human Resource Management*, 17(3):504–522.
- Kuvaas, B. (2006b). Work performance, affective commitment, and work motivation: The roles of pay administration and pay level. *Journal of Organizational Behavior*, 27(3):365–385.
- Kuvaas, B., Buch, R., Weibel, A., Dysvik, A., und Nerstad, C. G. L. (2017). Do Intrinsic and

- Extrinsic Motivation Relate Differently to Employee Outcomes? *Journal of Economic Psychology*, 61:244–258.
- Kuvaas, B. und Dysvik, A. (2009). Perceived Investment in Employee Development, Intrinsic Motivation and Work Performance. *Human Resource Management Journal*, 19(3):217–236.
- Lazear, E. P. (2018). Compensation and Incentives in the Workplace. *The Journal of economic perspectives*, 32(3):195–214.
- Lehtoranta, S., Xi, N., und Hamari, J. (2024). Gamification and Employee Well-being: A Systematic Literature Review. In *Proceedings of the 57th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS-57)*, Seiten 5277–5286.
- lidA-Kohortenstudie (2023). lidA – leben in der Arbeit: Ergebnisse der dritten Befragungswelle 2022/23. <https://www.lida-studie.de>.
- Lier, L. M. und Breuer, C. (2020). The Motivating Power of Gamification: Does the Inclusion of Game Elements Increase the Effectiveness of Worksite Health Promotion Programs? *International Journal of Workplace Health Management*, 13(1):1–15.
- Lier, L. M., Breuer, C., und Dallmeyer, S. (2019). Organizational-Level Determinants of Participation in Workplace Health Promotion Programs: A Cross-Company Study. *BMC Public Health*, 19:268.
- Lowensteyn, I., Berberian, V., Berger, C., Da Costa, D., Joseph, L., und Grover, S. A. (2019). The Sustainability of a Workplace Wellness Program That Incorporates Gamification Principles: Participant Engagement and Health Benefits After 2 Years. *American Journal of Health Promotion*, 33(6):850–858.
- Malloy, J., Partridge, S. R., Kemper, J. A., Braakhuis, A., und Roy, R. (2023). Co-design of Digital Health Interventions with Young People: A Scoping Review. *Digital Health*, 9.
- Manzoor, F., Wei, L., und Asif, M. (2021). Intrinsic rewards and employee’s performance with the mediating role of employee’s motivation. *Frontiers in Psychology*, 12:563070.
- Markland, D. und Tobin, V. (2004). A modification to the Behavioural Regulation in Exer-

- cise Questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(2):191–196.
- Marteau, T. M., Ashcroft, R. E., und Oliver, A. (2009). Using financial incentives to achieve healthy behaviour. *BMJ*, 338:b1415.
- Martinsson, C., Lohela-Karlsson, M., Kwak, L., Bergström, G., und Hellman, T. (2016). What incentives influence employers to engage in workplace health interventions? 4:854.
- Maslow, A. H. (1943). *A Theory of Human Motivation*, Band 50. Psychological Review.
- Mattke, S., Liu, H., Caloyeras, J., Huang, C., Van Busum, K., Khodyakov, D., und Shier, V. (2013). Workplace Wellness Programs: Services Offered, Participation, and Incentives.
- McAnally, K. und Hagger, M. S. (2024). Self-Determination Theory and Workplace Outcomes: A Conceptual Review and Future Research Directions. 14(6):428.
- McGregor, D. (1960). *The Human Side of Enterprise*. McGraw-Hill, New York.
- Menzel, J., Wollesen, B., Fendel, R., und Mattes, K. (2015). Erfolgsfaktoren zur Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Unternehmen. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 46(3-4):245–264.
- Michaud, T. L., Estabrooks, P. A., You, W., Ern, J., Scoggins, D., Gonzales, K., King, K. M., Dai, H., und Su, D. (2022). Effectiveness of Incentives to Improve the Reach of Health Promotion Programs – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Preventive Medicine*, 162:107141.
- Mitchell, T. R. und Albright, D. W. (1972). Expectancy theory predictions of the satisfaction, effort, performance, and retention of naval aviation officers. *Organizational behavior and human performance*, 8(1):1–20.
- Mohamed, A. F., Isahak, M., Awg Isa, M. Z., und Nordin, R. (2022). The effectiveness of workplace health promotion program in reducing work-related depression, anxiety and stress among manufacturing workers in Malaysia: mixed-model intervention. 95:1113–1127.
- Morrell, D. L. (2011). Employee Perceptions and the Motivation of Nonmonetary Incentives. *Compensation and Benefits Review*, 43(5).

- Mullan, E., Markland, D., und Ingledew, D. K. (1997). A Graded Conceptualisation of Self-Determination in the Regulation of Exercise Behaviour: Development of a Measure Using Confirmatory Factor Analytic Procedures. *Personality and Individual Differences*, 23(5):745–752.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., und Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 17(4):325–340.
- Ni Mhurchu, C., Aston, L. M., und Jebb, S. A. (2010). Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC public health*, 10(1):62–62.
- Nägele, C. und Neuenschwander, M. P. (2016). Apprentice–trainer relationship and work group integration in the first months of an apprenticeship. *Empirical research in vocational education and training*, 8(1).
- OECD (2020). Promoting health and well-being at work: Policy and practices. https://www.oecd.org/en/publications/promoting-health-and-well-being-at-work_e179b2a5-en/full-report.html.
- Olearczyk, A., Sękowski, K., Jankowski, M., Gujski, M., und Grudziąż-Sękowska, J. (2026). Employee expectations towards employer-provided workplace health promotion and mental health support: a 2025 cross-sectional survey. *Frontiers in public health*, 14:1806781.
- Patel, M. S., Asch, D. A., Rosin, R., Small, D. S., Bellamy, S. L., Eberbach, K., Walters, K. J., Haff, N., Lee, S. M., Wesby, L., Hoffer, K., Shuttleworth, D., Taylor, D. H., Hilbert, V., Zhu, J., Yang, L., Wang, X., und Volpp, K. G. (2016). Individual Versus Team-Based Financial Incentives to Increase Physical Activity: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 31(7):746–754.
- Pfeffer, J. und Sutton, R. I. (2000). *The Knowing-Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action*. Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Pollard, C. M., Howat, P. A., Pratt, I. S., Boushey, C. J., Delp, E. J., und Kerr, D. A. (2016). Preferred Tone of Nutrition Text Messages for Young Adults: Focus Group Testing. *JMIR mHealth and uHealth*, 4(1):e1.

- Rausch Osthoff, A. (2017). Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3) – Deutsche Version. ZHAW Digital Collection.
- Robert Bosch AG (2020). Bosch-Lehrlinge feiern ihren Lehrabschluss. <https://www.bosch.at/news-and-stories/bosch-lehrlinge-feiern-ihren-lehrabschluss/>.
- Robert Bosch AG (2026). Fact Sheet: Bosch in Österreich. https://www.bosch.at/media/our_company/fact_sheet_at_2026.pdf.
- Robroek, S. J. W., van Lenthe, F. J., van Empelen, P., und Burdorf, A. (2009). Determinants of Participation in Worksite Health Promotion Programmes: A Systematic Review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6:26.
- Rojatz, D., Merchant, A., und Nitsch, M. (2017). Factors influencing workplace health promotion intervention: a qualitative systematic review. *Health Promotion International*, 32(5):831–839.
- Rongen, A., Robroek, S. J. W., van Ginkel, W., Lindeboom, D., Pet, M., und Burdorf, A. (2014). How Needs and Preferences of Employees Influence Participation in Health Promotion Programs: A Six-Month Follow-Up Study. *BMC Public Health*, 14:1277.
- Rongen, A., Robroek, S. J. W., van Lenthe, F. J., und Burdorf, A. (2013). Workplace Health Promotion: A Meta-Analysis of Effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4):406–415.
- Ross, B. M. und Barnes, D. M. (2018). Self-Determination Theory With Application to Employee Health Settings. *Workplace Health & Safety*, 66(7):313–318.
- Ryan, R. M. und Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1):54–67.
- Ryan, R. M. und Deci, E. L. (2000b). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*, Band 55. American Psychological Association.
- Ryan, R. M. und Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Press, New York, NY.

- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., und Williams, G. C. (2008). Facilitating Health Behaviour Change and Its Maintenance: Interventions Based on Self-Determination Theory. *European Health Psychologist*, 10:2–5.
- Sailer, M., Hense, J. U., Mayr, S. K., und Mandl, H. (2017). How Gamification Motivates: An Experimental Study of the Effects of Specific Game Design Elements on Psychological Need Satisfaction. *Computers in Human Behavior*, 69:371–380.
- Sailer, M. und Homner, L. (2020). The motivating power of gamification: Does the inclusion of game elements increase the effectiveness of worksite health promotion programs? *International Journal of Workplace Health Management*, 13(2):152–171.
- Santre, S. (2022). Mental Health Promotion in Adolescents. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 13(3).
- Seiffge-Krenke, I. (2015). «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. 63(3):165–173.
- Sheeran, P. (2002). Intention–Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1):1–36.
- Shiri, R., Nikunlaakso, R., und Laitinen, J. (2023). Effectiveness of Workplace Interventions to Improve Health and Well-Being of Health and Social Service Workers: A Narrative Review of Randomised Controlled Trials. *Healthcare*, 11(12).
- Sloan, R. P. und Gruman, J. C. (1988). Participation in Workplace Health Promotion Programs: The Contribution of Health and Organizational Factors. *Health Education Quarterly*, 15(3):269–288.
- Smit, D. J. M., Proper, K. I., Engels, J. A., Campmans, J. M. D., und van Oostrom, S. H. (2023). Barriers and Facilitators for Participation in Workplace Health Promotion Programs: Results from Peer-to-Peer Interviews Among Employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(3):389–400.
- Smit, D. J. M., van Oostrom, S. H., Engels, J. A., Mooren-van der Meer, S., und Proper, K. I. (2024). The Implementation of an Integrated Workplace Health Promotion Program in Dutch Organizations: A Mixed Methods Process Evaluation. *PLOS ONE*, 19(11):e0308856.

- Soper, B., Milford, T., und Rosenthal, G. (1995). Belief when evidence does not support theory. *Psychology and Marketing*, 12(5):415–422.
- Sozialministerium (2023). Österreichischer Lehrlingsgesundheitsbericht 2023. https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:eb787331-f630-4be4-962d-3268b976f791/Österr._Lehrlingsgesundheitsbericht_2023_1...
- SPORTS.Selection / marketagent.com (2023). Repräsentative BGF-Studie Österreich 2019/2023 mit Corona-Update. <https://www.wien-firmenchallenge.at/studien/studie>.
- Steckl, M., Simshäuser, U., und Niederberger, M. (2019). Arbeitgeberattraktivität aus Sicht der Generation Z. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3):212–217.
- Stierle, J., Glasmachers, K., und Siller, H. (2017). *Praxiswissen Personalcontrolling*. Springer Gabler.
- Stummer, H., Nöhammer, E., und Brauchle, G. (2011). Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich: Der Ist-Zustand ein Viertel Jahrhundert nach Ottawa. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6(1).
- Suchanek, A. (2007). *Ökonomische Ethik: Grundlagen und Anwendungen*. Mohr Siebeck, Tübingen.
- Susser, D., Roessler, B., und Nissenbaum, H. (2019). Technology, Autonomy, and Manipulation. *Internet Policy Review*, 8(2):1–22.
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., und Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9:78.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Brière, N. M., Sénécal, C., und Vallières, E. F. (1992). The Academic Motivation Scale: A Measure of Intrinsic, Extrinsic, and Amotivation in Education. *Educational and Psychological Measurement*, 52(4):1003–1017.
- Van Busum, K. und Mattke, S. (2013). Financial incentives: Only one piece of the workplace wellness puzzle comment on “corporate wellness programs: Implementation challenges in the modern american workplace”. 1(4):311–312.

- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Soenens, B., und Lens, W. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-related Basic Need Satisfaction scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4):981–1002.
- Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., und Soenens, B. (2020). Basic Psychological Need Theory: Advancements, Critical Themes, and Future Directions. *Motivation and Emotion*, 44(1):1–31.
- Virtanen, M., Lallukka, T., Elovainio, M., Steptoe, A., und Kivimäki, M. (2025). Effectiveness of workplace interventions for health promotion. *The Lancet Public Health*, 10(6):e512–e530. S.512.
- Vitzthum, M. A., Krüger, K., und Weyh, C. (2024). The Impact of Financial Incentives on Physical Activity for Employees in the Context of Workplace Health Promotion: A Systematic Review. *Journal of Occupational Health*, 66(1):uia048.
- Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., Galvin, R., Zhu, J., Wan, F., DeGuzman, J., Corbett, E., Weiner, J., und Audrain-McGovern, J. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 360(7):699–709.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and Motivation*. Wiley, New York.
- Wahba, M. A. und Bridwell, L. G. (1976). Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 15(2):212–240.
- Wiener Stadtwerke GmbH. <https://www.wienerstadtwerke.at/wienerstadtwerkegruppe>.
- Wiener Stadtwerke GmbH (2025). Wiener Stadtwerke begrüßen 235 neue Lehrlinge. <https://www.wienerstadtwerke.at/wiener-stadtwerke-begr%C3%BC%C3%9Fen-235-neue-lehrlinge>.
- Wienkamp, H. (2022). *Manipulation als System: Über die bekannten und verborgenen Seiten systematischer Beeinflussungen*. essentials. Springer, Berlin Heidelberg.
- Wilson, P. M., Rodgers, W. M., Loitz, C. C., und Scime, G. (2006). “It’s who I am ... really!” The

- importance of integrated regulation in exercise contexts. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 11(2):79–104.
- Wirth, T., Kozak, A., Schedlbauer, G., und Nienhaus, A. (2016). Health Behaviour, Health Status and Occupational Prospects of Apprentice Nurses and Kindergarten Teachers in Germany: A Cross-Sectional Study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11:24.
- WKO (2025). <https://www.wko.at/lehre/lehrlingsausbildung>.
- World Health Organization (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf.
- Zhang, C., van Gorp, P., Derksen, M., Nuijten, R. C. Y., IJsselsteijn, W. A., Zanutto, A., Melillo, F., und Pratola, R. (2021). Promoting Occupational Health through Gamification and E-Coaching: A 5-Month User Engagement Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6):2823.
- Zhou, L., Deng, X., Guo, K., Hou, L., Hui, X., Wu, Y., Xu, M., Wang, Y., Liang, S., Yang, K., und Li, X. (2023). Effectiveness of Multicomponent Interventions in Office-Based Workers to Mitigate Occupational Sedentary Behavior: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9:e44745.
- Österreich, W. (2025). Fehlzeitenreport 2025: Langzeitkrankenstände gewinnen weiter an Bedeutung. <https://www.wko.at/oe/news/fehlzeitenreport-2025>.
- Österreichischer Gewerkschaftsbund (2021). Umfrage: Hälfte der Lehrlinge leidet an Depressionen oder Essstörungen. <https://www.oegb.at/themen/jugend-und-bildung/lehre-und-ausbildung/umfrage--haelfte-der-lehrlinge-leidet-an-depressionen-oder-essst>.

Anhang

- A Fragebogen an die Verantwortlichen für betriebliche Gesundheitsprogramme der Unternehmen**
- B Fragebogen an die jungen Mitarbeitenden und Lehrlinge der Unternehmen**
- C Datenschutzerklärung**