

Journal of Health Monitoring · 2020 5(1)
DOI 10.25646/6397
Robert Koch-Institut, Berlin

Susanne Jordan¹, Sophie Hermann^{1,2},
Anne Starker¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring
² Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Institut für Medizinische Soziologie und
Rehabilitationwissenschaften

Eingereicht: 11.09.2019
Akzeptiert: 06.12.2019
Veröffentlicht: 04.03.2020

Inanspruchnahme von Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland

Abstract

Eine verhältnisorientierte Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Unterstützung einer bedarfsgerechten Ernährung der Beschäftigten durch ein gesundheitsförderliches Speisenangebot in der Gemeinschaftsverpflegung. Mit der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) wurde die Kenntnis und die Inanspruchnahme einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten bei erwerbstätigen Frauen und Männern im Alter von 18 bis 64 Jahren erhoben. 64,6 % der Frauen und 66,2 % der Männer haben in den letzten zwölf Monaten eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten in ihrem Betrieb genutzt, wenn dieses Angebot vorhanden war. In den höheren Altersgruppen nimmt tendenziell die Inanspruchnahme ab. Erwerbstätige der hohen Bildungsgruppe nutzen die Angebote am häufigsten. Vollzeit erwerbstätige Frauen essen häufiger in einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten als Frauen in Teilzeit. Bei Männern gibt es keinen Unterschied nach dem Erwerbsumfang. Die Verbreitung gesunder Kantinenangebote sollte weiter gefördert werden.

 GEMEINSCHAFTSVERPFLEGUNG · VERHÄLTNISPRÄVENTION · ERWERBSTÄTIGE · ERNÄHRUNG · GESUNDHEITSMONITORING

Einleitung

Eine bedarfsgerechte Ernährung ist gemeinsam mit ausreichender körperlicher Aktivität ein wichtiger Faktor für die Gesundheit und trägt wesentlich zur Vorbeugung nicht-übertragbarer Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen bei [1]. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat Empfehlungen für eine gesunde Ernährungsweise formuliert, wie zum Beispiel einen täglichen Gemüse- und Obstverzehr oder den bedarfsgerechten Konsum von Fisch und Milchprodukten [2]. Viele Menschen setzen diese in ihrem Alltag jedoch nicht oder nur unzureichend um [3]. So essen

beispielsweise nur etwa 40,4 % der Frauen und 23,9 % der Männer täglich Gemüse [4]. Eine gute Möglichkeit gesunde Ernährung zu fördern, bietet die Arbeitswelt, da sich in den Betrieben ein großer Teil der Bevölkerung regelmäßig aufhält. Im Jahr 2017 waren 71,5 % der Frauen und 78,9 % der Männer zwischen 15 und 65 Jahren erwerbstätig [5].

In der betrieblichen Gesundheitsförderung kann eine bedarfsgerechte Ernährung durch verhaltensbezogene Maßnahmen, wie Ernährungsberatung und Wissensvermittlung, aber vor allem durch verhältnisorientierte Maßnahmen wie die Umgestaltung des Speisenangebots der Gemeinschaftsverpflegung in Kantinen, Cafeterien und

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen, 10.872 Männer)

Response rate: 26,9%

Untersuchungszeitraum: November 2014–Juli 2015

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Verpflegungsautomaten gefördert werden [6]. Die Gemeinschaftsverpflegung im Betrieb ermöglicht auch Beschäftigte mit geringerem Interesse für gesunde Ernährung zu erreichen, zum Beispiel junge Männer [7]. Immerhin 19 % der Erwerbstätigen ab 14 Jahren nutzten im Jahr 2017 eine Kantine, während nur 13 % zu einem Bäcker oder Imbiss und 4 % zum Mittagstisch ins Restaurant gingen [8].

Die Erhöhung der Verfügbarkeit oder der Zugänglichkeit von gesünderen Produkten in der betrieblichen Gemeinschaftsverpflegung kann eine gesündere Nahrungsmittelwahl fördern [9, 10]. Indem zum Beispiel mehr Obst und Gemüse gut sichtbar präsentiert und beworben oder die Anzahl von weniger gesunden Produkten verringert wird. Zum Einsatz kommen auch gezielt sogenannte Nudges („Stupser“), die eine gesündere Essensauswahl unbewusst, aber gezielt erleichtern sollen [9–11], zum Beispiel durch die gezielte attraktive Platzierung gesunder Speisen. Erfolg versprechen betriebliche Maßnahmen zur bedarfsgerechten Ernährung, wenn sie an den Verhältnissen und zugleich dem Verhalten ansetzen [9].

Für Deutschland ist über die Verbreitung von Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung noch wenig bekannt. Bislang werden Daten vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) in den jährlichen Präventionsberichten [12] und aus Einzelstudien publiziert [13]. Mit der Studie GEDA 2014/2015-EHIS war es im Rahmen der Fragen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erstmals im Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts möglich, die Nutzung von Kantinen mit einem gesunden Ernährungsangebot aus Bevölkerungssicht abzubilden. Dabei interessierte, inwiefern sich die Inanspruchnahme nach

soziodemografischen Merkmalen sowie dem Grad der Erwerbstätigkeit unterscheidet.

Indikator

Der Indikator Inanspruchnahme einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurde zunächst die Frage gestellt „Gab es in Ihrem Betrieb/Ihrem Unternehmen in den letzten 12 Monaten eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten (z. B. tägliches Angebot von Gemüse und frischem Salat, täglich fleischlose Gerichte, regelmäßiges Angebot von Pell- oder Folienkartoffeln)?“ Zur Beantwortung waren folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“. Im Falle einer Bejahung wurde dann gefragt: „Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?“, was mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden konnte. Die Formulierung der Items knüpfte an die Fragen aus der Studie von Zok [13] an und ergänzte sie mit Beispielen aus den Hinweisen der DGE zum „Essen am Arbeitsplatz und in der Kantine“ [14]. Wie oft die Kantine besucht wurde, wurde in GEDA 2014/2015-EHIS nicht erhoben.

Als erwerbstätig wurden Personen kategorisiert, die auf die Frage: „Welche Lebenssituation trifft derzeit überwiegend auf Sie zu?“ angaben, in den letzten zwölf Monaten in „Voll-, Teil-, Altersteilzeit“ oder „geringfügig erwerbstätig“ gewesen zu sein sowie Personen in einem „freiwilligen sozialen/ökologischen/kulturellen Jahr“ oder im „freiwilligen Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienst“. Der Umfang der Erwerbstätigkeit wurde in zwei Kategorien eingeteilt: „Teilzeit erwerbstätig“ (umfasst auch geringfügige

Ist eine Kantine mit gesundem Ernährungsangebot vorhanden, nutzen zwei Drittel der Frauen und Männer das Angebot.

Erwerbstätige und Personen in Altersteilzeit) und „Vollzeit erwerbstätig“. Die Ergebnisse wurden stratifiziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Bildung dargestellt.

Die Analysen basieren auf Daten von 2.627 erwerbstätigen Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren, die Kenntnis von einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten in ihrem Betrieb hatten (1.244 Frauen, 1.383 Männer). Im vorliegenden Beitrag werden relative Häufigkeiten mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berichtet. Es handelt sich um Schätzwerte, deren Präzision mithilfe von Konfidenzintervallen beurteilt werden kann – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Von einem signifikanten Unterschied wird ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED), die auf Angaben zu schulischen und beruflichen Abschlüssen beruht, wurde verwendet, um die Angaben der Teilnehmenden zur Bildung vergleichbar zu machen [15]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – Neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring [16].

Tabelle 1
Relative Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten in den letzten zwölf Monaten nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
(n=1.244 Frauen, n=1.383 Männer)*
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Ergebnisse und Einordnung

Die Auswertungen von GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass etwa zwei Drittel der befragten Frauen (64,6 %) und Männer (66,2 %) eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten in ihrem Betrieb aufsuchen. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern liegt nicht vor. Der Anteil der Beschäftigten, die das Angebot in Anspruch nehmen, verringert sich deutlich in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen. Die Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Altersgruppe macht bei Frauen 10,3 Prozentpunkte und bei Männern 8,4 Prozentpunkte aus. Bis auf die älteste Gruppe der Frauen nutzen in allen Altersgruppen die Beschäftigten der oberen Bildungsgruppe tendenziell häufiger eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten als Beschäftigte der mittleren beziehungsweise niedrigen Bildungsgruppe. In der Gruppe der 18- bis

	Frauen		Männer	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	64,6	(61,8 – 67,2)	66,2	(63,5 – 68,7)
18–29 Jahre	70,6	(64,4 – 76,1)	69,9	(63,7 – 75,5)
Untere Bildungsgruppe	74,8	(53,2 – 88,5)	71,1	(52,7 – 84,5)
Mittlere Bildungsgruppe	65,5	(57,3 – 72,8)	66,7	(58,3 – 74,2)
Obere Bildungsgruppe	80,9	(70,9 – 88,1)	78,6	(68,1 – 86,4)
30–44 Jahre	67,3	(61,9 – 72,2)	70,5	(66,3 – 74,5)
Untere Bildungsgruppe	58,6	(32,0 – 80,9)	57,8	(32,9 – 79,3)
Mittlere Bildungsgruppe	61,7	(54,4 – 68,6)	66,8	(60,4 – 72,7)
Obere Bildungsgruppe	77,3	(70,3 – 83,0)	76,4	(71,1 – 80,9)
45–64 Jahre	60,3	(56,5 – 63,9)	61,5	(57,5 – 65,3)
Untere Bildungsgruppe	69,6	(57,9 – 79,3)	62,4	(49,1 – 74,0)
Mittlere Bildungsgruppe	57,5	(52,3 – 62,6)	57,2	(50,7 – 63,4)
Obere Bildungsgruppe	62,4	(57,1 – 67,4)	66,6	(62,2 – 70,7)

KI = Konfidenzintervall

* Bezogen auf alle Personen, die eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten in ihrem Betrieb kennen.

Im Altersverlauf verringert sich die Inanspruchnahme der Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten.

29-jährigen Männer ist dieser Unterschied nicht signifikant (Tabelle 1).

Hinsichtlich des Umfangs der Erwerbstätigkeit sind bei Frauen signifikante Unterschiede zu erkennen. So geben in Vollzeit beschäftigte Frauen mit 68,9% häufiger an, eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten in ihrem Betrieb zu nutzen als in Teilzeit erwerbstätige Frauen (58,2%). Bei den Männern liegen keine bedeutsamen Unterschiede mit Blick auf den Erwerbsumfang vor (66,4% vs. 61,5%, Abbildung 1). Inwiefern mögliche Unterschiede in den konkreten Arbeitszeiten von Frauen und Männern in Teilzeitbeschäftigung Einfluss auf die Inanspruchnahme haben, kann aus den Studiendaten nicht abgeleitet werden.

Die Ergebnisse der Studie GEDA 2014/2015-EHIS fügen sich im Wesentlichen in das Bild ein, das von den wenigen anderen Daten zur Förderung der Gemeinschaftsverpflegung im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung

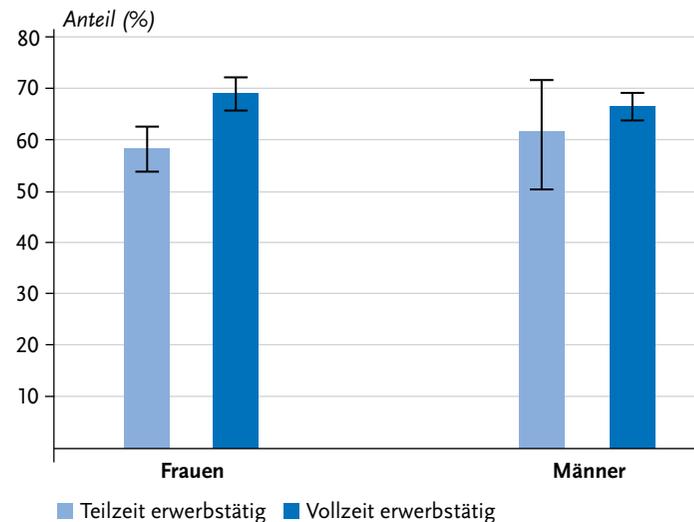


Abbildung 1
Relative Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten nach Geschlecht und Umfang der Erwerbstätigkeit (n=1.244 Frauen, n=1.383 Männer)*
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

* Bezogen auf alle Personen, die eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten in ihrem Betrieb kennen.

für Deutschland gezeichnet wird. So ermittelte der Fehlzeiten-Report von 2008 die gleiche Größenordnung von zwei Dritteln der Beschäftigten (66,9%), die eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten nutzten, und fand ebenso eine tendenziell niedrigere Inanspruchnahme in den höheren Altersgruppen [13]. Erwartbar wäre seitdem ein Anstieg gewesen, da sich zum Beispiel die Anzahl an Betrieben, in denen betriebliche Gesundheitsförderung mit Unterstützung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt wurde, in den letzten zehn Jahren auf 17.672 Betriebe vervierfacht hat [12]. Andererseits setzen nur weniger als ein Drittel der von der GKV unterstützten Betriebe eine „gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag“ im Kontext von betrieblicher Gesundheitsförderung um (z. B. 2014: 32 %, 2017: 25 %) [12, 17].

Die unveränderte Größenordnung in der Inanspruchnahme einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten könnte dementsprechend darauf hinweisen, dass bislang nur wenige der ca. 3.482.000 Unternehmen [18] im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung ihre Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten gestalten, vielleicht auch, da sie gar keine Kantine haben, zum Beispiel wegen einer geringen Anzahl an Beschäftigten.

Im Gegensatz zu GEDA 2014/2015-EHIS berichtete der Fehlzeiten-Report von einer höheren Inanspruchnahme durch Männer (70,5%) als durch Frauen (62,2%) [13]. In GEDA 2014/2015-EHIS wurde im Vergleich dazu eine etwas höhere Inanspruchnahme durch Frauen (64,6%) und eine etwas geringere durch Männer beobachtet (66,2%). Weitere Studien sollten zukünftig zeigen, ob die Inanspruchnahme durch erwerbstätige Frauen in den letzten Jahren tatsächlich

Erwerbstätige der hohen Bildungsgruppe nutzen die Angebote am häufigsten.

Vollzeit erwerbstätige Frauen essen häufiger in einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten als Frauen in Teilzeit. Bei Männern gibt es keinen Unterschied nach dem Erwerbsumfang.

gestiegen ist. Die gefundene höhere Nutzung der gesunden Kantinenangebote durch Erwerbstätige, vor allem mit hoher Bildung, fügt sich in die allgemein beobachtbare häufigere Inanspruchnahme präventiver Angebote durch Gruppen mit höherem sozioökonomischen Status [19]. Obwohl das Ziel von verhältnispräventiven Angeboten unter anderem ist, durch das Verändern der Bedingungen im Unternehmen einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten, scheinen die Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten wichtige Zielgruppen nicht zu erreichen. Hier wäre noch zu prüfen, inwiefern gesunde Speisenangebote in den Kantinen teurer sind und damit weniger attraktiv für Gruppen mit niedrigem Einkommen. Des Weiteren wäre zu untersuchen, welchen Einfluss die konkreten Arbeitsbedingungen auf die Nutzung von gesunden Kantinenangeboten haben könnten, z. B. kurze Pausenzeiten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass mit weiterer Forschung Informationen zur Durchführung der Maßnahme, der Beschäftigtenstruktur, dem Betrieb und weiteren Einflussfaktoren erhoben und ausgewertet werden sollten, die in GEDA 2014/2015-EHIS nicht vorliegen. Bei der Interpretation der GEDA-Daten ist zu bedenken, dass sie auf Selbstauskünften von Erwerbstätigen beruhen, die durch sozial erwünschtes Antwortverhalten oder durch eine andere Interpretation der Frageformulierung verzerrt sein können.

Die vorgestellten Ergebnisse über die Inanspruchnahme von Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zeigen, dass in Deutschland begonnen wurde, Gemeinschaftsverpflegung gesundheitsförderlich zu gestalten, aber im Hinblick auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit nicht

alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Die Verbreitung von Qualitätsstandards in der Betriebsverpflegung sollte vorangebracht [20] und die Verbreitung gesunder Kantinenangebote weiter gefördert werden. Damit kann auch auf die steigende Nachfrage nach einer gesunden Ernährung im Speisenangebot der Gemeinschaftsverpflegung reagiert werden [21].

Korrespondenzadresse

Susanne Jordan
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: JordanS@rki.de

Zitierweise

Jordan S, Hermann S, Starker A (2020)
Inanspruchnahme von Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 5(1): 35–42.
DOI 10.25646/6397

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

GEDA 2014/2015-EHIS wurde gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Studie wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in Deutschland zur Prüfung vorgelegt. Es wurden keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz

informiert und willigten informiert in die Teilnahme ein (informed consent). Abhängig von der gewählten Erhebungsmethode wurde die Einwilligung in schriftlicher oder elektronischer Form eingeholt.

Förderungshinweis

GEDA 2014/2015-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Dr. Ronny Kuhnert für die Qualitätssicherung der Ergebnisse.

Literatur

1. GBD 2017 Diet Collaborators (2019) Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 393(10184):1958–1972
2. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2017) Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. DGE, Bonn. <https://www.dge.de/index.php?id=52> (Stand: 08.09.2019)
3. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 06.09.2019)
4. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Lange C (2017) Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2):52–57. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2649> (Stand: 06.09.2019)
5. Statistisches Bundesamt (2018) Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland 2017. Destatis, Wiesbaden
6. Schroer S, Haupt J, Pieper C (2014) Evidence-based lifestyle interventions in the workplace—an overview. *Occup Med (Lond)* 64(1):8–12
7. GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2018) Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. GKV-Spitzenverband, Berlin
8. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) (Hrsg) (2017) Deutschland, wie es isst. Der BMEL-Ernährungsreport 2018. BMEL, Berlin. https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/Ernaehrungsreport2018.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 06.09.2019)
9. Bräunig D, Haupt J, Kohstall T et al. (2015) Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. *iga.Report* 28. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), Berlin
10. Barthelmes I, Bödeker W, Sörensen J, Kleinlercher KM, Odoy J (2019) Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz für den Zeitraum 2012 bis 2018. *iga.Report* 40. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), Berlin
11. Arno A, Thomas S (2016) The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 16:676
12. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), GKV-Spitzenverband (2018) Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2017. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen, Berlin
13. Zok K (2009) Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Springer Verlag, Berlin, S. 85–100
14. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (ohne Jahr) Essen am Arbeitsplatz und in der Kantine. <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/bevoelkerungsgruppen/berufstaetige/essen-am-arbeitsplatz-und-in-der-kantine/> (Stand: 07.09.2019)
15. Schroedter J, Lechert Y, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsskala ISCED-1997 für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976-2004 (Version). ZUMA-Methodenbericht 2006/08. ZUMA, Mannheim. http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2006/06_08_Schroedter.pdf (Stand: 07.09.2019)

16. Saß AC, Lange C, Finger J et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1):83–90.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2585> (Stand: 06.09.2019)

17. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), GKV-Spitzenverband (2015) Tabellenband zum Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung – Berichtsjahr 2014. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen, Berlin

18. Statistisches Bundesamt (2017) Unternehmensregister – Rechtliche Einheiten und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Beschäftigtengrößenklassen in Wirtschaftsabschnitte.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Unternehmensregister/Tabellen/unternehmen-beschaefigtengroessenklassen-wzo8.html> (Stand: 06.09.2019)

19. Janßen C, Sauter S, Kowalski C (2012) The influence of social determinants on the use of prevention and health promotion services: results of a systematic literature review. Psychosoc Med 9(Doco7):1–12

20. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2018) DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung. 4. Auflage, 2. korrigierter Nachdruck. DGE, Bonn

21. Deutscher Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA Bundesverband) (Hrsg) (2013) Gemeinschaftsgastronomie – ein Zukunftsmarkt. GV-Praxis. DEHOGA Bundesverband, Berlin

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit