

Mathis Schulte, Eva Bamberg

Ansatzpunkte und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Führungskräften

In einer explorativen Studie an 40 Führungskräften des oberen Management zweier europäischen Unternehmen der Luftfahrt wurden Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich einer unternehmensweiten Implementierung der BGF erfasst. Themenbereiche konnten auf der Basis eines sozial-kognitiven Prozessmodells des gesundheitlichen Handelns abgegrenzt werden. Sie umfassten Einschätzung und Bedeutsamkeit der betrieblichen Gesundheitssituation, als wirksam erachtete Maßnahmen, Erwartungen hinsichtlich der Umsetzbarkeit dieser Maßnahmen im eigenen Unternehmen sowie die Bereitschaft, selbst Maßnahmen der BGF umzusetzen.

This explorative study conducted with 40 senior managers of a Scandinavian and a German aviation company records the expectations and attitudes concerning company-wide workplace health promotion. Based on a social-cognitive process model of health behavior, specific areas of interest were differentiated, including assessment and relevance of the company health situation, health-related measures considered to be effective, expectations about their feasibility in the own company, and finally the intentions to support and initiate implementation of measures of workplace health promotion.

Einleitung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) kann ihrem Anspruch, Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern, nur als ein umfassendes, langfristig angelegtes Konzept gerecht werden (Bamberg et al., 1998; Badura et al., 1999). Für Unternehmen ergibt sich die Aufgabe, gesundheitsförderliche Ansätze, die über den traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz hinausgehen, in die Organisation einzubinden und zu institutionalisieren um damit eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur zu schaffen. In diesen programmatischen Überlegungen stimmen Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung – seien es Wissenschaftler oder Praktiker – weitgehend überein. In der Praxis überwiegen jedoch Einzelmaßnahmen, die schwerpunktmäßig auf eine Verhaltensänderung der Organisationsmitglieder ausgerichtet sind (Hartmann & Traue, 1996; Busch, Huber & Themessl, 1998; Busch und Steinmetz, in diesem Heft).

Bei betrieblicher Gesundheitsförderung spielen die Entscheidungsträger eines Unternehmens eine tragende Rolle. „Führungskräfte nehmen ihre Fehlzeiten mit“ ist eine in der betrieblichen Praxis verbreitete Aussage, die auf die Bedeutung von Vorgesetzten für die Gesundheit der Mitarbeiter verweist. Führungskräfte sind letztlich dafür verantwortlich, ob und wie die unternehmerischen Gesundheitskonzepte in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden. Von Führungskräften wird im Prozess der BGF erwartet, geeignete finanzielle, personelle und

zeitliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen sowie durch eigenes Interesse und Engagement einen aktiven Beitrag zu leisten.

Auf diesem Hintergrund ist von Interesse, welche Haltung Führungskräfte gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung haben, wo sie Schwerpunkte betrieblicher Gesundheitsförderung sehen und inwieweit sie über konkrete Vorstellungen zur Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung verfügen.

Bislang gibt es dazu nur vereinzelte Hinweise. Führungskräfte und Unternehmensleitung sehen demnach die Ursache von Erkrankung der Mitarbeiter vor allem im individuellen Verhalten (Ernährung, Bewegungsmangel, etc.), während Gewerkschaftsvertreter die Arbeitsbedingungen als wesentliche Faktoren nennen. Entsprechend schlagen erstere zur Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter Verhaltensänderungen (durch die Mitarbeiter), letztere Arbeitsgestaltung (durch das Unternehmen) vor.

Es gibt kaum wissenschaftliche Arbeiten, welche Einstellungen und Motivation von Führungskräften zur betrieblichen Gesundheitsförderung konzeptualisieren und untersuchen. Theorien zum individuellen Gesundheitshandeln müssten sich jedoch – mit gewissen Modifikationen – auf den betrieblichen Kontext übertragen lassen.

Erweitert um das *self-efficacy* Konzept von Bandura (1995) integriert das Prozessmodell des Gesundheitshandelns von Schwarzer (1996) eine Reihe von Ansätzen, die in der gesundheitspsychologischen Forschung Anwendung finden, u.a. das „Health Belief Model“ (Rosenstock, 1966; Becker 1974; Janz & Becker, 1984), die „Theory of Reasoned Action“ (Fishbein & Ajzen, 1975; Fishbein & Ajzen, 1980; Ajzen, 1985) sowie die „Protection Motivation Theory“ von Rogers (1975; 1983; 1985). Diese Ansätze basieren vornehmlich auf der Annahme, dass Gesundheitsverhalten aus absichtsvollen Handlungen besteht, welche von gesundheitsbezogenen Kognitionen (insb. Erwartungen) gesteuert werden. In Anlehnung an Schwarzer (1996) wird eine präventive Gesundheitshandlung dann wahrscheinlich:

1. wenn die eigene Gesundheit als bedroht erlebt wird,
2. wenn entsprechende wirksame Gegenmaßnahmen bekannt sind,
3. wenn man sich selbst zutraut, diese Gegenmaßnahmen auch auszuführen (entsprechend des *self-efficacy* Konzeptes von Bandura, 1995),
4. wenn man die Absicht, etwas für die Gesundheit zu tun, in eine konkrete Handlungsplanung überführt
5. wenn hinderliche Faktoren (Barrieren) gering und förderliche Faktoren (Ressourcen) hoch sind.

Die vorliegende Studie basiert auf der Annahme, dass die motivationalen Prozesse, die eine Person zu individuellem Gesundheitsverhalten und die die Führungskraft zur Initiierung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen bewegen, durchaus vergleichbar sind. Auch betriebliche Gesundheitsmaßnahmen können als absichtsvolle Handlungen verstanden werden, denen Intentionsbildung und Entwicklung von Handlungsplänen vorausgehen.

Wenn wir das Konzept von Schwarzer auf den betrieblichen Kontext übertragen, dann betreffen die dort genannten fünf Aspekte nicht nur individuelle, sondern auch organisationale Handlungsvoraussetzungen und Handlungsbedin-

gungen. So bezieht sich der erste nach Schwarzer genannte Aspekt (Einschätzung der Bedrohung der Gesundheit) nicht nur auf die Beschäftigten, sondern auch auf das Unternehmen: Führungskräfte haben die Aufgabe, zur Umsetzung von Unternehmenszielen beizutragen. Von daher geht es hier nicht nur um die Frage, ob die Mitarbeiter in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind, sondern auch darum, inwieweit Gefahren für die Organisation bestehen.

Überträgt man die Elemente des Modells von Schwarzer mit den genannten Ergänzungen auf den betrieblichen Kontext, so wird die Realisierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen durch eine Führungskraft vor allem davon abhängen:

1. wie sie die Gesundheitssituation der Beschäftigten und des Unternehmens einschätzt (insb. in Hinblick auf ihre Bedrohlichkeit),
2. ob ihr unternehmerische Gesundheitsmaßnahmen bekannt sind, die sie als generell wirksam erachtet,
3. ob sie die als wirksam angesehenen Maßnahmen in ihrem Unternehmen auch für durchführbar hält,
4. wie sie Absichtserklärungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in konkrete Maßnahmen überführt.

Basierend auf diesen Überlegungen wurden in der vorliegenden Studie die folgenden Fragestellungen exploriert:

1. Einschätzung der betrieblichen Gesundheitssituation
 - a) Welche Merkmale werden mit einem „gesunden Unternehmen“ assoziiert?
 - b) Wo werden Gesundheitsbelastungen und -ressourcen der Beschäftigten gesehen?
 - c) Wie wird der Krankenstand (als potentielle Bedrohung der Organisation) eingeschätzt?
 - d) Welche Aspekte der betrieblichen Gesundheitssituation der Beschäftigten werden als bedrohlich erlebt?
2. Einschätzung der Verantwortung für und der Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen
 - a) Welche Aspekte der Gesundheit des Mitarbeiters liegen im Verantwortungsbereich eines Unternehmens?
 - b) Welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Unternehmen werden von den Entscheidungsträgern als generell wirksam angesehen?
3. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen/Unternehmenspolitik im Unternehmen werden antizipiert?
4. In welcher Form bestehen Absichten, zum Einen zur Entwicklung und Initiierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, zum Anderen zur Unterstützung und Umsetzung einer gesundheitsförderlich orientierten Unternehmenspolitik? Wie werden die Absichten konkretisiert?

Von einer Bearbeitung dieser Fragestellung sind Schlussfolgerungen für die Planung und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung zu erwarten.

Methoden

Es wurden halbstrukturierte Einzelinterviews in deutscher und englischer Sprache von ca. 1 bis 1 1/2 Stunden durchgeführt. Die Interviews folgten einem Leitfaden, der auf der Grundlage der oben aufgeführten Fragestellungen entwickelt wurde. Die Interviews wurden vollständig transkribiert. Die Auswertung der Transkripte folgte einem inhaltsanalytischen Vorgehen nach Miles & Huberman (1994). Im ersten Schritt wurde das Textmaterial entsprechend einer Ausgangsliste inhaltlicher Codes („Start List of Codes“), die durch die Themenbereiche des Rahmenmodells bestimmt wurde, inhaltlich strukturiert, im zweiten Kodiervorgang konnten in den Themenbereichen enthaltene Muster, Kategorien und Beziehungen herausgearbeitet werden („pattern coding“). Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des auf die qualitative Datenanalyse spezialisierten Computerprogramms „NVivo“ (Richards, 1999). Anhand von vier Interviews wurde die Interkoderübereinstimmung berechnet. Sie war erstaunlich hoch (über 90% Übereinstimmung). Eine ausführliche Beschreibung der Untersuchung sowie der qualitativen und quantitativen Auswertungen findet sich bei Schulte (2000).

Stichprobe

An der Untersuchung nahmen insgesamt N=40 Führungskräfte zu je gleichen Anteilen aus einem skandinavischen (Dänemark, Schweden, Norwegen) und einem deutschen Großunternehmen der Luftfahrt teil. Bei beiden Unternehmen wird zwar über das gesetzlich notwendige in die Gesundheit der Mitarbeiter investiert, übergreifende Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung sind bislang allerdings noch nicht verwirklicht.

Die Untersuchung beschränkte sich auf Führungskräfte des gehobenen und Top-Managements (Direktoren- und Vorstandsebene), da diese in erster Linie für die Umsetzung einer erweiterten Gesundheitspolitik und für breit angelegte Gesundheitsmaßnahmen in ihrem Bereich verantwortlich sind. Die befragten Führungskräfte waren meist Leiter größerer Organisationseinheiten mit teils bis zu mehreren tausend Beschäftigten. Es wurde eine für die Unternehmen möglichst repräsentative Auswahl an Entscheidungsträgern angestrebt, welche das sehr breite Spektrum diverser Unternehmensbereiche mit unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und gesundheitlichen Auswirkungen abdecken sollte.

Das Durchschnittsalter der 33 Männer und 7 Frauen betrug 48,4 Jahre ($s=7,4$); die durchschnittliche Länge der Firmenzugehörigkeit lag bei 19,4 Jahren ($s=9,2$).

Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung folgt den vorangegangenen vier Fragestellungen der Untersuchung.

1. Einschätzung der betrieblichen Gesundheitssituation

a) *Welche Merkmale werden mit einem „gesunden Unternehmen“ assoziiert?*
 Die Führungskräfte wurden nach ihren Idealvorstellungen eines „gesunden Unternehmens“ (bzw. „healthy company“) und danach, inwieweit ihrer Einschätzung nach das eigene Unternehmen diesem Bild entspräche, befragt. Die Ausführungen ließen sich in acht Kategorien zusammenfassen. Die absoluten Häufigkeiten sind getrennt für Ideal- und Realvorstellungen in Abb. 1 dargestellt.

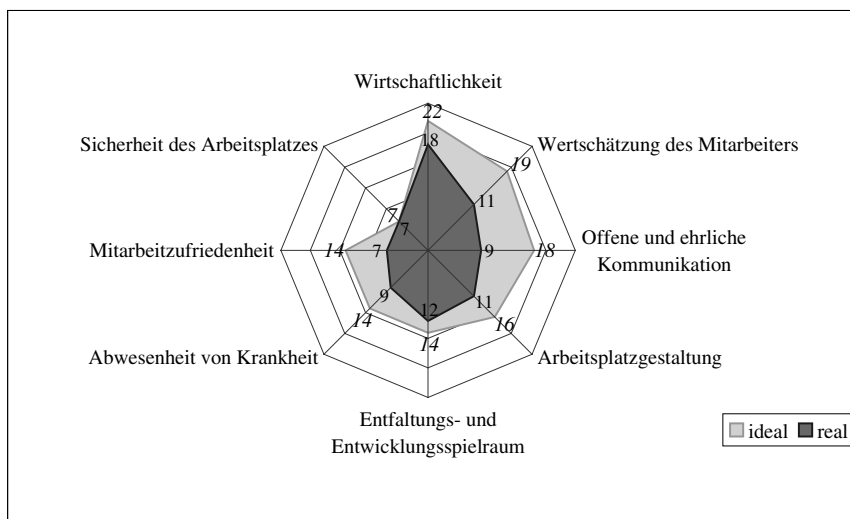


Abb. 1: Ideal- und Realvorstellungen eines „gesunden Unternehmens“

Ein „gesundes Unternehmen“ wurde in erster Linie als ein *wirtschaftlich* gesundes Unternehmen beschrieben. Deutsche Führungskräfte führten diesen Aspekt wesentlich häufiger an (N=16) als ihre skandinavischen Kollegen (N=6). Die Führungskräfte verstanden die Wirtschaftlichkeit als die Basis dafür, dass es den Beschäftigten gut ginge und man die nötigen Finanzmittel habe, etwas für die Beschäftigten zu tun, wie z.B. Investitionen in die Gesundheitsförderung. Die umgekehrte Schlussfolgerung, dass gesunde Mitarbeiter zu einem wirtschaftlich gesunden Unternehmen beitragen könnten, wurde allerdings von keinem der Führungskräfte gezogen. Vereinzelt wurde im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit auch die Sicherheit der Arbeitsplätze als zu einem „gesunden Unternehmen“ dazugehörig thematisiert. Sicherheit der Arbeitsplätze bezieht sich dabei nicht auf die Sicherheit *am* Arbeitsplatz als vielmehr auf die Sicherheit, den Arbeitsplatz *nicht zu verlieren*. Beide Aspekte wurden im eigenen Unternehmen als weitestgehend erfüllt angesehen. Bei Arbeitsplatz bezogenen Faktoren eines „gesunden Unternehmens“ („Arbeitsplatzgestaltung“, „Entfaltungs- und Entwicklungsspielraum“) wurden von den meisten Führungskräften, die die-

se Aspekte anführten, gewisse Diskrepanzen zwischen ihrem eigenen Unternehmen und dem idealen Unternehmen ihrer Vorstellung wahrgenommen.

Hingegen nahmen die Führungskräfte Aspekte, die sich auf einen gesunden und zufriedenen Mitarbeiter („Abwesenheit von Krankheit“, „Mitarbeiterzufriedenheit“) sowie auf eine gesundheitsförderliche Unternehmens- und Führungskultur („offene und ehrliche Kommunikation“, „Wertschätzung des Mitarbeiters“) beziehen, als häufig defizitär wahr.

b) Wo werden Gesundheitsbelastungen und -ressourcen der Beschäftigten gesehen?

Die Führungskräfte wurden nach ihrer Einschätzung gesundheitlicher Belastungen und Ressourcen insbesondere in den von ihnen zu verantwortenden Bereichen befragt. Tabelle 1 zeigt die Häufigkeiten der Belastungen und Ressourcen. Angegeben sind die absoluten Häufigkeiten der Nennungen, summiert über die verschiedenen Bereiche. Markiert sind die Belastungen und Ressourcen, welche die Führungskräfte als besonders häufig vorkommend in den jeweiligen Unternehmensbereichen wahrgenommen haben.

Tab. 1. Belastungen und Gesundheitsressourcen.

	Häufigkeit	White-collar	Blue-collar	Check-In	Kabine	Cockpit
<i>Physische Belastungsfaktoren</i>						
Störungen des Biorhythmus	51		○	○	○	○
Bewegungsmangel	19	○				
Unfallgefährdung	18		○			
<i>Psychosoziale Belastungsfaktoren</i>						
Zeitdruck	36	○	○			○
Kundenverhalten	26			○		
Anonymität	20				○	
<i>Gesundheitsressourcen</i>						
Spaß und Freude an der Arbeit	41	●	●			●
Sozialer Kontakt zu Kollegen	36			●		
Sozialer Kontakt zu Kunden	20				●	

Als physische Belastung wurden Störungen des Biorhythmus am häufigsten angegeben – im Flugbetrieb (Kabine, Cockpit) bedingt durch die Zeitverschiebungen im Langstreckenverkehr (jet lag), im „Blue-collar“ und Check-In Bereich bedingt durch die Schichtarbeit. Zudem wurde im „Blue-collar“ Sektor auf eine sehr unfallanfällige Arbeitsumwelt verwiesen, meist bedingt durch die Tätigkeiten an den Flugzeugen in den Werfthallen. Im „White-collar“ Bereich gaben die Führungskräfte am häufigsten Bewegungsmangel aufgrund der Tätigkeiten im Sitzen an und verwiesen auf die Gefahr degenerativer Krankheiten.

Psychosoziale Belastungen wurden vor allem im zunehmenden Zeitdruck gesehen. Durch die sich verschärfende Wettbewerbssituation sei in allen Bereich

in kürzerer Zeit mehr Arbeit für den Einzelnen zu bewältigen, was zu stressbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen führen könne. In den Servicebereichen gaben die Führungskräfte zudem die Anspruchshaltung von Kunden im Check-In Bereich und die Anonymität im Kabinensektor als Belastungsfaktoren an. Der letztgenannte Aspekt bezieht sich auf die sich ständig wechselnden Flugbegleiter-Teams. Aufgrund sehr großer Organisationseinheiten von teils mehreren tausend Flugbegleitern ist die Wahrscheinlichkeit, regelmäßig mit bekannten oder vertrauten Kollegen zusammenzuarbeiten, sehr gering.

Als Gesundheitsressource wurde in den meisten Bereichen am häufigsten „Spaß und Freude an der Tätigkeit“ benannt. Das Prestige einer Fluggesellschaft und die unkonventionellen Arbeitsfelder in der Luftfahrt sind hier von Bedeutung. In den Servicebereichen Check-In und Kabine sahen die Führungskräfte den sozialen Kontakt zu Kollegen bzw. Kunden als gesundheitsförderlich an.

c) *Wie wird der Krankenstand eingeschätzt?*

Der Einschätzung des Krankenstandes kommt für die Beurteilung der betrieblichen Gesundheitssituation eine große Bedeutung zu, da dieser in direktem Zusammenhang zu Kosten und erhöhtem Organisationsaufwand steht.

Ca. die Hälfte der Befragten (N=22) schätzten den Krankenstand als „normal“ ein, weniger als ein Drittel (N=15) bezeichnen ihn als zu hoch.

Allerdings wurde ein und dieselbe Fehlzeitenquote von verschiedenen Leitern zum Teil völlig unterschiedlich beurteilt. Dies betraf auch Leiter aus dem selben Unternehmenssektor. Dabei spielten die Ursachen für die Fehlzeiten eine entscheidende Rolle. Somatische Erkrankungen, die etwa durch Grippewellen im Winter verursacht werden, erfuhren größere Akzeptanz als solche, hinter denen man Mitarbeiterreaktionen auf Überforderungssituationen annahm. Die Ursachenzuschreibungen basierten dabei größtenteils auf Vermutungen, zumal nur wenige diesbezügliche Untersuchungen in den beiden Unternehmen durchgeführt worden sind.

d) *Welche Aspekte der betrieblichen Gesundheitssituation der Beschäftigten werden als bedrohlich eingeschätzt?*

Die meisten Führungskräfte (80%) schätzten die Gesundheitssituation ihrer Mitarbeiter als *nicht bedrohlich* ein. Dies wurde zum Einen damit begründet, dass es keinen Anlass für eine Bedrohung gebe, zum Anderen aber, dass das Thema „betriebliche Gesundheit“ zwar wichtig sei, aber nicht *die* existentielle Bedeutung habe, als dass es überhaupt zu einer Bedrohung werden könne. Vielmehr könne die wirtschaftliche Lage bedrohliche Ausmaße annehmen. Direkte Bezüge zwischen der Gesundheit der Mitarbeiter und der als „existentiell“ erlebten wirtschaftlichen Situation stellten nur die wenigsten Führungskräfte her. Anlass zur Bedrohung war hier meist ein als zu hoch wahrgenommener Krankenstand.

Wurde die betriebliche Gesundheitssituation meist als *nicht bedrohlich* eingestuft, so äußerte doch ein beträchtlicher Teil der Entscheidungsträger (45%) den Wunsch nach einer Verbesserung der „psychosozialen Gesundheitssituation“. Begründet wurde dies mit einem zunehmenden „stressverursachenden“ Leistungsdruck für die Mitarbeiter in allen Bereichen aufgrund verschärfter Wettbewerbsbedingungen. Hingegen schätzten fast alle Führungskräfte (95%) die „physische Gesundheitssituation“ im Unternehmen als befriedigend ein. Dabei wurde auf eine Vielzahl betrieblicher Maßnahmen verwiesen, welche auf Erhalt

und Förderung der physischen Gesundheit abzielten und weitestgehend durch nationale, gesetzliche Regelungen vorgegeben waren.

2. Einschätzung der Verantwortung für und der Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen

a) *Welche Aspekte der Gesundheit des Mitarbeiters liegen im Verantwortungsbereich eines Unternehmens?*

Entscheidend für den motivationalen Prozess ist nicht nur die Frage, ob eine Führungskraft eine Gesundheitsmaßnahme als wirksam ansieht, sondern auch, ob sie der Auffassung ist, dass das Unternehmen bzw. das Management für die Maßnahme überhaupt verantwortlich ist. Hierbei handelt es sich um Fragen der generellen Verantwortlichkeit und Wirksamkeit eines Unternehmens und nicht um eine spezifische, auf das jeweilige Unternehmen der Führungskraft bezogene Fragestellung.

Während hinsichtlich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz der Verantwortungsbereich europäischer Unternehmen durch Gesetze und Verordnungen festgelegt ist, ist dieser bei umfassenden gesundheitsförderlichen Maßnahmen nicht eindeutig bestimmt.

Die Befragten vertraten übereinstimmend die Ansicht, dass in erster Linie der Mitarbeiter selbst die Verantwortung für seine Gesundheit trage. Das Unternehmen müsse gewährleisten, dass die Gesundheit des Mitarbeiters während der Arbeitszeit nicht beeinträchtigt werde. Als problematisch wurde angesehen, dass insbesondere bei psychosozialen Gesundheitsaspekten eine eindeutige Trennung zwischen Privatem und Arbeitsbereich nicht immer möglich sei (z.B. könnten familiäre Probleme sich auf den Arbeitsplatz auswirken und umgekehrt). Da es nicht in den Verantwortungsbereich des Unternehmens gehöre bzw. ihm auch nicht zustehe, in den persönlichen Bereich des Mitarbeiters zu intervenieren, wurden verhältnisbezogene Maßnahmen von den Befragten präferiert, welche sich ausschließlich auf den Arbeitsbereich beziehen sollten, z.B. das Schaffen eines gesundheitsförderlichen Organisations- und Arbeitsklimas.

b. *Welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Unternehmen werden von den Entscheidungsträgern als generell wirksam angesehen?*

Die Entscheidungsträger wurden befragt, ob es wirksame Maßnahmen für die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter gebe, die über den bereits verankerten Arbeits- und Gesundheitsschutz hinausgehen. Hierbei wurde nach generell wirksamen betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gefragt, unabhängig von ihrer Durchführbarkeit in dem jeweiligen Unternehmen.

Immerhin fiel es rund 30% der Befragten an dieser Stelle schwer, spontan überhaupt solche Maßnahmen zu benennen. Die betrieblichen Maßnahmen, welche angeführt wurden (N=27), zielten überwiegend auf die physische Gesundheit; insbesondere ernährungsbezogene Interventionen (Ernährungsschulungen und gesunde Kantinenkost) fanden häufig Erwähnung (N=7). Auf psychosoziale Gesundheitsaspekte zielende Maßnahmen wurden hingegen nur sehr spärlich benannt (N=5). Hierbei stand das zur Verfügung stellen von Ressourcen (z.B. das Bereitstellen von psychologisch geschulten Fachkräften) im Vordergrund.

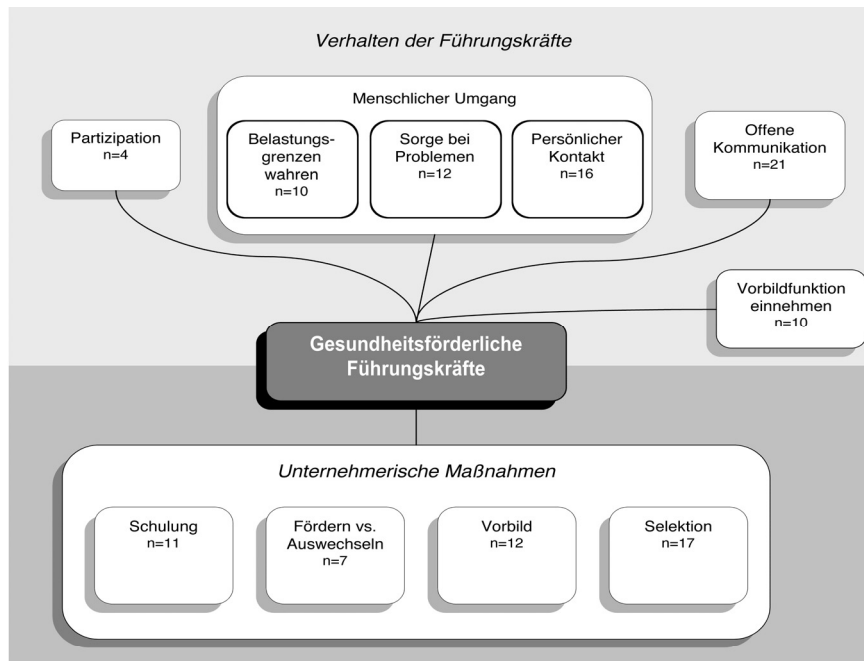


Abb. 2: Gesundheitsförderliches Führungsverhalten und wirksame Unternehmensmaßnahmen

Doch neben der Frage nach direkt gesundheitsbezogenen Maßnahmen räumten fast alle befragten Entscheidungsträger (95%) im weiteren Gesprächsverlauf des Interviews dem individuellen gesundheitsförderlichen Verhalten von Führungskräften auf allen Hierarchie-Ebenen eine Schlüsselfunktion ein, insb. bezüglich der Förderung psychosozialer Gesundheitsfaktoren und der Reduzierung von Krankenständen. Betont wurde ein persönlicher, offener und sorgetragender Umgang mit den Mitarbeitern. Allerdings sahen sich viele der befragten Führungskräfte unter dem zunehmenden Druck zur wettbewerbsbedingten Produktionssteigerung und Kostensenkung, welche teils als Widerspruch zu einem gesundheitsförderlich ausgerichteten Führungsstil aufgefasst wurden.

„Andererseits ist es nicht einfach, einerseits 150% aus dem Mitarbeiter an Leistung herausquetschen zu müssen, andererseits aber auf seine Stressbelastung und seine Gesundheit zu achten. Ich sag’ mal, wenn Sie sich damit beschäftigen, müssen Sie damit rechnen, dass die Leistung zwangsweise erst einmal zurückgeht. Dann hat der Mitarbeiter zwar keine Magengeschwüre mehr, Sie selbst aber dafür umso mehr, weil Sie nicht wissen, wie Sie die Zielvorgaben erreichen sollen.“

Hinsichtlich unternehmerischer Maßnahmen zum Aufbau gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens überwogen Selektion sozialkompetenter Führungskräfte sowie die Vorbildfunktion des Top-Managements. Schulungen zu einem gesundheitsförderlichen Führungsverhalten erschienen nur bedingt und auf niedrigeren Hierarchie-Ebenen als wirkungsvoll.

Die Verankerung eines unternehmensweiten Rahmenkonzeptes betrieblicher Gesundheitsförderung (z.B. mit entsprechenden Führungsleitlinien) – das programmatisch in Konzepten zur betrieblichen Gesundheitsförderung immer wieder eingefordert wird – wurde von mehr als der Hälfte der Befragten (60%) unabhängig von ihrer Firmenzugehörigkeit als wenig wirksam betrachtet. Es erschien problematisch, wie insbesondere psychosoziale Gesundheitsfaktoren und hierauf zielende Interventionen messbar gemacht und in konkrete unternehmerische Zielvorgaben überführt werden könnten. Befürchtet wurde zudem ein „übertriebener Aktionismus“ und eine weitreichende „Zeigefingermentalität“; assoziiert wurden abschreckende Vorstellungen von amerikanischen oder japanischen Unternehmen.

3. Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen/ Unternehmenspolitik im Unternehmen werden antizipiert?

Von dem, was die Entscheidungsträger als generell wirksam einschätzten (s.2), ließ sich abgrenzen, ob diese Maßnahmen im *eigenen* Unternehmen auch für tatsächlich durchführbar gehalten wurden. Die Einschätzung der Durchführbarkeit erwies sich dabei relativ *maßnahmen-* und *personenunspezifisch*, als vielmehr *unternehmensspezifisch* (s. Tab. 2).

Tab 2: Durchführbarkeit erweiterter gesundheitsförderlicher Maßnahmen aus Sicht der Führungskräfte

	Durchführbar	Nicht durchführbar	Σ
Skandinavische Führungskräfte	17	3	20
Deutsche Führungskräfte	7	13	20
Σ	24	16	40

Die sehr unterschiedlichen Erwartungen hinsichtlich der Durchführbarkeit erweiterter gesundheitsförderlicher Maßnahmen in den beiden Unternehmen ließ sich überwiegend auf die differierende Einschätzung der Unternehmens- und Führungskultur zurückführen. Während die meisten skandinavischen Führungskräfte erweiterte gesundheitsförderliche Maßnahmen als einen weiteren Schritt einer bereits bestehenden Gesundheitsorientierung in ihrem Unternehmen auffassten, sah der Großteil der deutschen Führungskräfte gesundheitsförderliche Ansätze als inkompatibel mit einer auf Wirtschaftlichkeit und Leistungssteigerung ausgelegten Unternehmens- und Führungskultur an.

Von Vertretern beider Unternehmen (28%) wurde als förderlich angesehen, wenn Gesundheitsmaßnahmen von den Beschäftigten selbst initiiert und/oder durchgeführt werden, da diesen dann mit mehr Akzeptanz und größerem Engagement der Belegschaft begegnet werden würde (erwähnt wurden z.B. Ernährungsschulungen und Unterweisungen in Yoga). Hingegen betrachtete eine Reihe von Führungskräften beider Unternehmen (35%) das Engagement der Gewerk-

schaften als hinderlich bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Dieses wurde damit begründet, dass Gewerkschaftsvertreter erfolgreiche Gesundheitsinitiativen in einer Abteilung oder Teilbereich im Unternehmen politisch dazu benutzen würden, die Verankerung dieser Maßnahmen konzernweit einzufordern. Als Konsequenz sehe man teils auch von Maßnahmen „im kleinen Rahmen“ ab, um keine unternehmenspolitischen Diskussionen auszulösen.

Hinsichtlich der Durchführbarkeit eines unternehmensweiten Rahmenkonzeptes betrieblicher Gesundheitsförderung (z.B. mit entsprechenden Gesundheitsleitlinien) waren die skandinavischen Führungskräfte wesentlich optimistischer als ihre deutschen Kollegen. Insbesondere positive Erfahrungen mit der Umsetzbarkeit von bisherigen Unternehmens- und Führungsleitlinien in anderen Bereichen ließen den meisten skandinavischen Führungskräften (N=17) explizite Gesundheitsleitlinien als vielversprechend erscheinen. Hingegen betonten fast alle deutschen Entscheidungsträger (N=17) ihre Skepsis gegenüber einer konzernübergreifenden Gesundheitspolitik in ihrem Unternehmen. Diese würde in die bisherige Unternehmens- und Führungskultur nicht hineinpassen und wäre letztlich zum Scheitern verurteilt.

4. In welcher Form bestehen Absichten, zum Einen zur Entwicklung und Initiierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, zum Anderen zur Unterstützung und Umsetzung einer gesundheitsförderlich orientierten Unternehmenspolitik? Wie werden die Absichten konkretisiert?

47,5% der Führungskräfte sagte aus, gesundheitsförderliche Maßnahmen, die über den bereits festgelegten Arbeits- und Gesundheitsschutz hinausgehen, in ihrem Bereich in naher Zukunft zu beabsichtigen bzw. bereits initiiert zu haben. Dabei wurde ein breites Spektrum an Maßnahmen aufgeführt. Während bei dem deutschen Unternehmen vor allem Einzelmaßnahmen (z.B. Krankenstandsanalysen, Ernährungsverbesserungen) im Vordergrund standen, wurde bei dem skandinavischen Unternehmen vorwiegend auf umfassende Maßnahmen der Organisationsentwicklung und Führungskräfteentwicklung verwiesen. Diese bezogen sich hauptsächlich auf Umstrukturierungen der Kabinenbereiche (hin zu kleineren Organisationseinheiten) und Schulungen von Führungskräften im Umgang mit Langzeit – oder häufig krankgemeldeten Mitarbeitern.

Not everyone knows how to speak to the employees, to call them at home, but not make them kind of pressure. If you are sick you have the right to stay at home. You have to do it in a way that you don't make anybody sicker. Or being suspicious: „You are not sick so get the hell out of here.“ The issue is to show some care, to tell people we miss you at work, is there anything I can do for you that you come back to work as fast as possible.

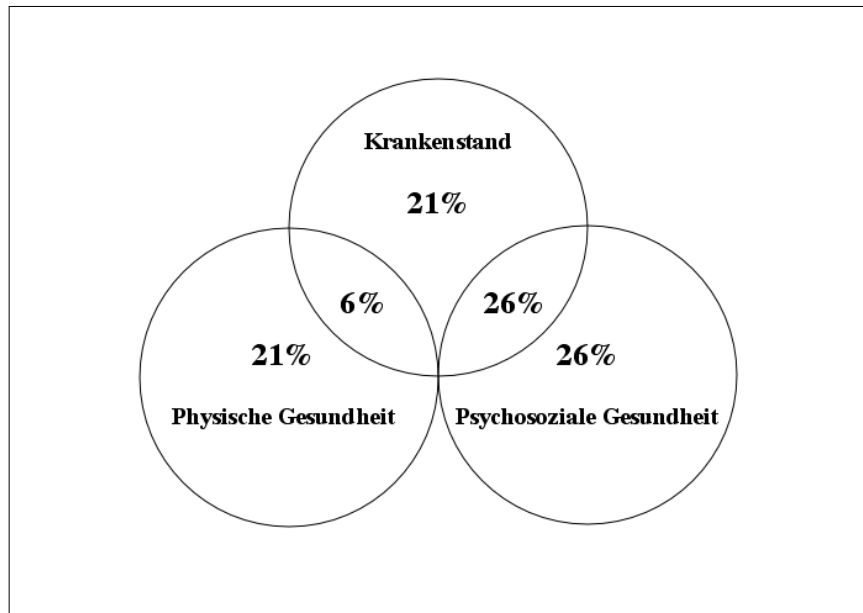


Abb. 3: Prozentuale Häufigkeiten der Zielbereiche beabsichtigter bzw. initiiertes Gesundheitsmaßnahmen (100% – alle genannten Gesamtheitsabsichten bzw. -projekte)

Die genannten Vorhaben zielten zu fast gleichen Anteilen auf eine Förderung physischer und psychosozialer Gesundheitsaspekte sowie auf eine Reduzierung des Krankenstandes. Teils wurden auch zwei Zielbereiche für eine Maßnahme benannt. Hierbei war stets eine Veränderung des Krankenstandes mit enthalten. Ziele, die sich auf physische und psychische Gesundheitsfaktoren bezogen, traten nicht gemeinsam auf. Alle Maßnahmen, die auf physische Gesundheitsfaktoren zielten und 80% der auf eine Reduzierung des Krankenstandes bezogenen Maßnahmen, befanden sich in der konkreten Planungs- bzw. Realisierungsphase. Von den auf die psychosoziale Gesundheit zielenden Maßnahmen waren hingegen 60% lediglich beabsichtigt aber noch nicht näher konkretisiert. Häufig wurde hierfür Zeitnot und die Priorität anderer zu bearbeitender Projekte verantwortlich gemacht.

„Ich sage ihnen das ganz ehrlich, das ist ein Thema [Gesundheitsförderung] von fünfzig bis siebzig [anderen], die um meine Zeit konkurrieren. Ich habe ein paar Themen, wo ich mir persönlich vorgenommen habe, da auf jeden Fall was zu bewegen. Dieses Thema gehört dazu. Es droht in der Überflut des Tagesgeschäftes und den vielen anderen Sachen, die ich machen möchte, immer wieder so ein Stückchen an die Seite gesteckt zu werden.“

Die Personen, welche die Absicht äußerten, eine gesundheitsförderliche Konzerngesundheitspolitik aktiv zu unterstützen (50%), kamen zu 70% aus dem Unternehmen, in dem zuvor die Verwirklichung einer umfassenden Gesundheitspolitik als positiv bewertet worden war. Von ihnen wurden auch recht konkrete

Vorschläge unterbreitet, wie Leitlinien zu gestalten und umzusetzen seien. Diese sollten insbesondere Aspekte der psychischen, aber auch der sozialen Gesundheit (z.B. Betriebsklima, Umgang mit anderen) enthalten. Zielvorgaben für die Umsetzung dieser Leitlinien könnten sich zum Einen auf die Höhe des Krankenstandes, zum Anderen auf Ergebnisse der jährlich konzernweit durchgeführten Mitarbeiterbefragung beziehen.

Zusammenfassung und Diskussion

Für die vorliegende Studie wurde das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Schwarzer, 1996) auf den organisationalen Kontext übertragen. Im Folgenden wird zunächst auf ein zentrales Ergebnis eingegangen, das den Ansatz von Schwarzer im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung betrifft; im Anschluss daran werden weiterführende Ergebnisse diskutiert.

Auf dem Hintergrund des Modells von Schwarzer konnten verschiedene Faktoren identifiziert und systematisiert werden, welche als bedeutsam für die Absichtserklärung und Verwirklichung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen seitens von Führungskräften erschienen. Besonders an einer Stelle ist das Modell u.E. zu modifizieren. Als eine wesentliche Komponente des Modells von Schwarzer kann die „*Bedrohung*“ der Gesundheit angesehen werden, welche zu entsprechenden präventiven Gegenmaßnahmen anregt. Die Führungskräfte wurden in den Interviews direkt befragt, inwieweit sie die betriebliche Gesundheitssituation als bedrohlich einschätzten. Die meisten Führungskräfte empfanden die betriebliche Gesundheitssituation nicht als bedrohlich. Dies mag darauf hinweisen, dass der Begriff *Bedrohung* in diesem Kontext zu überdenken ist: In weiteren Untersuchungen mit umfangreicheren Stichproben ist zu überprüfen, ob differenziertere Operationalisierungen dieses Faktors, welche über die Begrifflichkeit des Wortes „*Bedrohung*“ hinausgehen, mit abweichenden Ergebnissen verbunden sind.

In der vorliegenden Studie wurde zwischen *Bedrohung der Gesundheit der Beschäftigten* und *Bedrohung des Unternehmens* getrennt. Die Schlüsselfunktion, die *Bedrohung* in dem Modell des gesundheitlichen Handelns von Schwarzer (1996) einnimmt, scheint allenfalls auf die *Bedrohung des Unternehmens*, nicht aber auf die *Bedrohung der Gesundheit der Beschäftigten* übertragbar zu sein.

Die Führungskräfte führten eine Reihe von physischen und psychosozialen Gesundheitsbelastungen an, viele wünschten sich eine Verbesserung der betrieblichen Gesundheitssituation. Die meisten gaben aber an, diese als nicht bedrohlich zu empfinden. So sagten viele Führungskräfte aus, dass das Thema „*betriebliche Gesundheit*“ nicht *die* existentielle Bedeutung habe, als dass es jemals zu einer *Bedrohung* werden könne. *Bedrohliche* Ausmaße im betrieblichen Kontext könne vielmehr die wirtschaftliche Situation des Unternehmens annehmen. Folglich wird eine Führungskraft die betriebliche Gesundheitssituation nur dann als bedrohlich empfinden, wenn die Gesundheit der Mitarbeiter die wirtschaftliche Situation des Unternehmens bestimmt. Wie sich mehrfach zeigte, ist dies nach Meinung der befragten Entscheidungsträger nicht der Fall.

Vielmehr betonen die befragten Führungskräfte einen anderen Aspekt des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Wirtschaftlichkeit: Wirtschaftlichkeit ist für sie ein wesentliches Charakteristikum eines gesunden Unternehmens. Sie wird als Grundlage dafür gesehen, dass es den Beschäftigten gut geht und dass Ressourcen für Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen. Die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens wird als Basis eines „humanen Überbaus“ aufgefasst (s.u.), welcher auch die betriebliche Gesundheitsförderung einschließt. Nach Ansicht der Befragten ist Wirtschaftlichkeit eine Voraussetzung dafür, dass Gesundheitsförderung praktiziert wird. Daher haben gesundheitsförderliche Maßnahmen, die die Wirtschaftlichkeit betreffen, eine erhöhte Chance, umgesetzt zu werden. Dies betrifft vor allem das deutsche Unternehmen.

Viele Führungskräfte verweisen auf psychosoziale Gesundheitsbelastungen der Beschäftigten. Knapp die Hälfte (45%) der Befragten wünscht sich eine Verbesserung der psychosozialen Gesundheitssituation. Die konkret beabsichtigten Gesundheitsmaßnahmen beziehen sich zu über 50% auf die Reduktion des Krankenstandes, z.T. verbunden mit einer Verbesserung der physischen oder der psychosozialen Gesundheit. Immerhin 73% der Befragten beabsichtigen Maßnahmen die auf die Reduktion des Krankenstandes, die psychosoziale Gesundheit oder auf beide dieser Zielbereiche ausgerichtet sind. Eine wesentliche Ursache hierfür kann darin gesehen werden, dass die Reduktion des Krankenstandes in unmittelbarem Zusammenhang mit Kosteneinsparungen und der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens steht.

Zu dem hohen Anteil der intendierten Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit mag folgende Ursache beitragen: Die Gegenüberstellung von Ideal- und Realvorstellungen eines gesunden Unternehmens zeigt die bereits diskutierte hohe Priorisierung der Wirtschaftlichkeit. Es wird aber auch auf die Bedeutung „weicher“ Charakteristika, wie Wertschätzung der Mitarbeiter oder offene und ehrliche Kommunikation verwiesen. Diskrepanzen zwischen Ideal- und der Realvorstellungen bestehen vor allem hinsichtlich der Faktoren, die die Beziehung zu Mitarbeitern und die Mitarbeiter selbst betreffen: Bei Kommunikation, Wertschätzung und Mitarbeiterzufriedenheit sind die Diskrepanzen besonders hoch. Es ließe sich nun die Schlussfolgerung formulieren, dass Gesundheitsförderung besonders bei diesen häufig genannten Charakteristika ansetzen müsse, bei denen die Diskrepanz zwischen Ideal- und Realvorstellung besonders hoch ist. In der Tat werden vor allem solche Maßnahmen der Gesundheitsförderung als wirksam angesehen, die auf die genannten „weichen“ Charakteristika abzielen: Menschlicher Umgang, offene Kommunikation und Vorbildfunktion. Dem individuellen Verhalten der Führungskräfte wird bei der Gesundheitsförderung eine besondere Wirksamkeit zugeschrieben. Eine weitaus geringere Bedeutung haben demgegenüber betriebliche Interventionen, die zu einer erweiterten Gesundheitsförderung beitragen könnten. Eine gesundheitsförderliche Konzernpolitik wird von der Mehrheit der Befragten als nicht wirksam eingeschätzt.

Immerhin nahezu die Hälfte der Befragten, dabei aber mehr skandinavische (N=12) als deutsche (N=7) Führungskräfte, gaben an, gesundheitsbezogene Projekte in näherer Zukunft zu beabsichtigen oder diese bereits initiiert zu haben. Während die skandinavischen Führungskräfte hier immer wieder auf umfassende Maßnahmen der Führungskräfteentwicklung und der Organisationsentwicklung

verwiesen, nannten ihre deutschen Kollegen vor allem Einzelmaßnahmen, wie etwa Analyse des Krankenstands oder Verbesserung der Ernährung.

Die vorherrschende Gesundheitskultur im Unternehmen (z.B. in Form bereits erfolgreich institutionalisierter Maßnahmen) scheint Einfluss auf die antizipierte Durchführbarkeit von weiteren, insbesondere psychosozial ausgerichteten Gesundheitsmaßnahmen zu haben und damit die Planung zukünftiger Vorhaben zu unterstützen. Hatten die skandinavischen Führungskräfte eine durchweg positive Einstellung zur Durchführbarkeit erweiterter Gesundheitsmaßnahmen zum Ausdruck gebracht, so kamen ca. 75% der auf psychosoziale Gesundheitsaspekte zielenden Interventionen aus ihrem Unternehmen.

Hinsichtlich der hypothetischen Einflussfaktoren auf den Prozess betrieblicher Gesundheitsförderung ergibt sich nach unseren Ergebnissen folgendes Bild:

Das Verständnis der unternehmerischen Verantwortlichkeit für die Gesundheit der Beschäftigten scheint insbesondere von dem nationalen und europäischen Kulturrahmen geprägt zu sein: Wiederholt grenzten Führungskräfte ihr Gesundheitsverständnis von dem ab, welches sie in den USA oder Japan vermuteten. Für die Einschätzung der Durchführbarkeit von Maßnahmen sind vor allem unternehmensspezifische Faktoren von großer Bedeutung. Wurde das individuelle Führungsverhalten als Schlüsselfunktion wirksamer Gesundheitsförderung angesehen, so bekommt die Führungskultur eines Unternehmens eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung von Maßnahmen.

Für eine zukünftige Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung ergeben sich daraus eine Reihe von Ansatzpunkten: Eine gesellschaftliche und betriebliche Diskussion um die Verantwortlichkeit für die Gesundheit der Mitarbeiter, eine Förderung von gesundheitsbezogenem Führungsverhalten, eine Unterstützung förderlicher Bedingungen der BGF, wie etwa das Engagement der Beschäftigten und eine Reduktion hemmender Faktoren, wie unternehmenspolitische Auseinandersetzungen, und eine verstärkte Diskussion der „models of good practise“, um Planung und Umsetzung gesundheitsbezogener Interventionen zu erleichtern.

Literaturverzeichnis

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In Kuhl, J. & Beckmann, J. (Ed.), *Action control: From cognition to behavior*. (p. 11-39). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Badura, B., Ritter, W. & Scherf (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Edition Sigma.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). (1998). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, New Jersey: Slack.
- Busch, C., Huber, E. & Themessl, M. (1998). Zum Stand betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich. In: Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Busch, C., Steinmetz, B., in diesem Heft.

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, behavior: an introduction, theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Hartmann, S. & Traue, H. C. (1996). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld*. Ulm: Universitätsverlag.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly* (11), 1-47.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Richards, L. (1999). *Using Nvivo in Qualitative Research*. Melbourne: QSR.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology* (91), 93-114.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change. A revised theory of protection motivation. In J. R. Cacioppo & R. E. Petty (Ed.), *Social Psychology. A sourcebook*. (p. 153-176). New York: Guilford.
- Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychology Reports* (56), 179-182.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly* (44), 94.
- Schulte, M. (2000). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Eine vergleichende Exploration motivationaler Aspekte bei skandinavischen und deutschen Führungskräften*. Hamburg
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Reihe Gesundheitspsychologie, Band I*. Göttingen: Hogrefe.

Zu den Autoren: Mathis Schulte, Diplom-Psychologe, Doktorkandidat in Social-Organizational Psychology an der Columbia University, New York, Eva Bamberg, Professorin für Arbeits- und Organisationspsychologie am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg.

Anschriften: Dipl. Psych. Mathis Schulte, Department for Organizational Psychology (TC), 525 West 120th St., TC Box 006, New York, NY, 10027, Prof. Dr. Eva Bamberg, Universität Hamburg, Psychologisches Institut 1, Von-Mellepark 11, 20146 Hamburg.