

Entrepreneurial Management
und Standortentwicklung

RESEARCH

Sandra Ursula Rochnowski

Gesundheits- management als personale Ressource der Lebensstilmodifikation

Gesundheitsfördernde
Maßnahmen und Nudges
für Führungskräfte in Settings



Springer Gabler

Entrepreneurial Management und Standortentwicklung

Perspektiven für Unternehmen
und Destinationen

Reihe herausgegeben von

E. Kreilkamp, Lüneburg, Deutschland

C. Laesser, St. Gallen, Schweiz

H. Pechlaner, Eichstätt, Ingolstadt, Deutschland

M. Peters, Innsbruck, Österreich

K. Wöber, Wien, Österreich

Die Publikationen der Reihe behandeln die unternehmerische Orientierung des Managements von Unternehmen und Standorten. Regionen, Destinationen und Standorte stellen hierbei sowohl Wettbewerbseinheiten als auch den räumlichen Kontext für die Gestaltung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmungen dar.

The publications in this series are committed to the entrepreneurial management orientation of business ventures and sites. In this context, regions, destinations, and places are on the one hand considered as competitive units, on the other hand they constitute the spatial context to allow for modelling the business ventures' competitive capacities.

Reihe herausgegeben von

Prof. Dr. Edgar Kreilkamp
Leuphana Universität Lüneburg

Prof. Dr. Mike Peters
Universität Innsbruck

Prof. Dr. Christian Laesser
Universität St. Gallen

Prof. Dr. Karl Wöber
MODUL University Vienna

Prof. Dr. Harald Pechlaner
Katholische Universität
Eichstätt-Ingolstadt

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/12245>

Sandra Ursula Rochnowski

Gesundheits- management als personale Ressource der Lebensstilmodifikation

Gesundheitsfördernde
Maßnahmen und Nudges
für Führungskräfte in Settings

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Edgar Kreilkamp

 Springer Gabler

Sandra Ursula Rochnowski
Dresden, Deutschland

Dissertation Leuphana Universität Lüneburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, 2018,
u.d.T.: Sandra Ursula Rochnowski, Gesundheitsmanagement als personale Ressource der
Lebensstilmodifikation

Erstgutachter: Prof. Dr. Edgar Kreilkamp
Zweitgutachter: Prof. Dr. Michael Ruf
Drittgutachter: Prof. Dr. Egbert Kahle

Tag der Disputation: 29.06.2018

Entrepreneurial Management und Standortentwicklung
ISBN 978-3-658-23568-0 ISBN 978-3-658-23569-7 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-23569-7>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Geleitwort

Das Gut „Gesundheit“ hat für die Menschen einen hohen Stellenwert. Gesund sein bedeutet mehr als nur „nicht krank sein“. Es geht auch darum, die Gesundheit lange zu erhalten. Es soll die Lebensqualität gesteigert und gleichzeitig die Leistungsfähigkeit verbessert werden. In diesem Zusammenhang rücken die Eigenverantwortung für die Gesundheitserhaltung und die Prävention – auch im Urlaub – verstärkt in den Fokus. Für viele Touristen spielen Gesundheitsaspekte schon immer eine wichtige Rolle bei ihrer Urlaubswahl. Doch der Gesundheitstourismus hat viele Facetten. Innerhalb des Gesundheitstourismus gibt es graduelle Unterschiede, die sich vor allem aus dem Maß der Anwendung schulmedizinischer Verfahren ergeben. Therapie, Prävention und Rehabilitation, Wohlbefinden oder Gesundheitsförderung haben in den jeweiligen Angeboten und Formen eine unterschiedlich große Bedeutung. Allein in den deutschen Heilbädern und Kurorten sind rund 350.000 Menschen tätig, die ca. 30 Mrd. Euro erwirtschaften. Traditionell liegt hier der Schwerpunkt in der Rehabilitation, d.h. die Herstellung bzw. Wiederherstellung des körperlichen, mentalen oder sozialen Wohlbefindens. Frau Rochnowski konzentriert sich in Ihrer Arbeit auf einen anderen Bereich, die Prävention im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements an der Schnittstelle zum Gesundheitstourismus.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist ein zentrales Instrument für eine moderne Unternehmensführung und findet immer mehr Beachtung in der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskussion. Angesichts des demographischen Wandels und des sich abzeichnenden Fachkräftemangels investieren immer mehr Unternehmen in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Auch einige Kurorte und Heilbäder haben dies inzwischen erkannt und bieten spezielle Programme für diesen wachsenden Markt. Frau Rochnowski beschäftigt sich in ihrer Arbeit mit dem Verhalten von Führungskräften deutscher Unternehmen und untersucht die Frage, wie es gelingen kann, die Gesundheitskompetenz der Führungskräfte zu aktivieren und zu fördern, um eine Verbesserung des Gesundheitsstatus zu erreichen.

Unter Gesundheitskompetenz versteht man die Fähigkeit des Einzelnen im täglichen Leben, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Damit spricht die Autorin einen wesentlichen Aspekt der Prävention an, denn letztlich ist es Inhalt der Prävention, die Gesundheitskompetenz des

Einzelnen zu fördern und zu steigern. In ihrer Arbeit greift sie, um das Entscheidungsverhalten der Führungskräfte zu untersuchen, die Theorien des „Nudgings“ (zu Deutsch etwa „anstupsen“ oder „sanfte Stupse“) und des geplanten Verhaltens auf. Mit diesen Theorien setzt sich Frau Rochnowski intensiv auseinander, sie bilden die Basis ihrer Arbeit. Damit erweitert sie die Sichtweisen im Gesundheitstourismus, diese konzentrieren sich häufig eher auf den salutogenetischen Ansatz ohne jedoch weitere Entwicklungen zu diskutieren. Gleichzeitig führt die Diskussion und Arbeit mit den Theorien zu einer intensiven theoretischen Auseinandersetzung und Weiterentwicklung dieser Ansätze.

An diesem positiven Ansatz der Gesundheitsförderung setzt die Studie von Frau Rochnowski an. Sie untersucht, wie und ob die Gesundheit von Führungskräften durch freiwillige, arbeitgeberseitig finanzierte Präventionsmaßnahmen im stationären Setting überhaupt beeinflussbar ist und welches die zentralen Verhaltensprädikatoren dafür sind. Ferner sollen mögliche Determinanten eines gesundheitsförderlichen Lebensstils von Führungskräften darüber Aufschluss geben, welche Nutzen und Potentiale zukünftig im betrieblichen Gesundheitsmanagement stecken. Die gewonnenen Ergebnisse ermöglichen es, beteiligten betrieblichen und stationären Akteuren im Rahmen der Gesundheitsförderung sich besser auf die Bedürfnisse von Führungskräften einzustellen und damit effektiver und effizienter firmenspezifische Vorsorgemaßnahmen zu gestalten. Darüber hinaus gelingt es der Autorin, wichtige Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der angewandten Theorien der Verhaltenswissenschaften zu erarbeiten. Akteure des betrieblichen Gesundheitsmanagements liefert das Buch einen fundierten Beitrag für die weitere Arbeit in diesem Themenfeld und Wissenschaftlern eine exzellente Grundlage für weiterführende Forschungen.

Lüneburg, im August 2018

Prof. Dr. Edgar Kreilkamp

Danksagung

Diese Arbeit wurde nur durch die Unterstützung von vielen Personen möglich, denen ich an dieser Stelle danken möchte.

Mein ganz herzlicher Dank geht zunächst an Herrn Prof. Dr. Edgar Kreilkamp von der Universität Lüneburg für die Annahme und exzellente Betreuung meiner Arbeit in allen Phasen der Entstehung. Er stand mir jederzeit als Ansprechpartner hilfreich zur Seite, nahm sich Zeit für meine Fragen und half mir mit seinen wertvollen Impulsen und Vorschlägen stets weiter.

Meinen ganz herzlichen Dank möchte ich ebenso an Herrn Prof. Dr. Michael Ruf von der Hochschule Heilbronn richten, der sich zur Übernahme des Korreferates und der Mitwirkung in der Prüfungskommission bereit erklärt hat. Er war mir stets ein wertvoller Ansprechpartner und hat meine Konzeptionen im Entstehungsprozess aufgenommen und maßgeblich auf den richtigen Weg gelenkt.

Großer Dank gebührt weiterhin allen Untersuchungsteilnehmern der beteiligten Unternehmen und des kooperierenden Partners im stationären Setting, den Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell, kurz METTNAU, die durch ihre freiwillige Mitarbeit die Datenerhebung zur vorliegenden Arbeit erst ermöglicht und stets unterstützt haben. Mein herzlichster Dank gilt hier besonders Dr. Detlef Großkurth, ehemaliger Chefarzt der METTNAU, der die Durchführung dieser Führungskräftestudie in Zusammenarbeit mit Betriebsmedizinern in deutschen Großunternehmen erst ermöglicht hat. Überdies für seine medizinische Fachbegleitung sowie konstruktive und wertvolle Anregung für diese Arbeit.

Ein besonderer Dank gilt ebenso meiner Familie und meinen Freunden, die mich während der Zeit der Promotion stets unterstützt und zudem mit wertvollen Inspirationen zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben.

Für diejenigen, die mich in Liebe auf diesem Weg begleitet haben.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	V
Danksagung	VII
Zusammenfassung	XIII
Abbildungsverzeichnis	XV
Tabellenverzeichnis	XVII
Abkürzungsverzeichnis	XIX
1 Einleitung	1
1.1 Problemhintergrund und -aktualität auf Seiten der Praxis und der Forschung	3
1.2 Forschungsbedarf, Zielsetzung und Beitrag der Arbeit.....	12
1.3 Aufbau der Dissertationsschrift.....	21
2 Gesundheit und Beanspruchungen im Kontext der Arbeitswelt	25
2.1 Der Gesundheitsbegriff: Verständnis und Diskurs aus verschiedenen Sichtweisen der Fachwelt	25
2.2 Modelle von Gesundheit – Laienmodell, biomedizinisches und biopsychosoziales Modell	29
2.3 Das Modell der Salutogenese (Gesundheitsentstehung) von Antonovsky (1997).....	34
2.4 Beschreibung von Gesundheitskompetenz und -verhalten in Modellen und Theorien	42
2.4.1 Gesundheitskompetenz und ihre Ausprägung im Rahmen der Theorie des Nudging von Thaler & Sunstein (2009)	42
2.4.2 Theorien des Gesundheitsverhaltens – die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991, 2005).....	52
2.5 Ressourcen von Gesundheit	59
2.5.1 Bewältigungs- und Gesundheitsressourcen.....	59
2.5.2 Salutogene Wirkung von Ressourcen	61
2.5.3 Ressourcenmodelle im betrieblichen Kontext.....	65

2.6	Belastungen und Beanspruchungen aus arbeitswissenschaftlicher Sicht	70
2.6.1	Begriffsverständnis und Abgrenzung.....	70
2.6.2	Das Belastungs-Beanspruchungskonzept nach Rohmert & Rutenfranz (1975).....	73
2.6.3	Das neue, integrative Belastungs-Beanspruchungskonzept für individualisierte Arbeitsbedingungen nach Hornberger (2006)	81
2.6.4	Wirkungsmodelle zur Entstehung von psychischen Belastungen.....	87
2.7	Zusammenfassung der Theorieebene	94
3	Gesundheitsmanagement als moderne Aufgabe in Unternehmen.....	97
3.1	Corporate Citizenship – ein Managementansatz der sozialen Verantwortung von Unternehmen	97
3.2	Bedeutung der Erwerbsarbeit und Notwendigkeit von Fürsorgepflicht	100
3.3	Entwicklung und gesetzliche Rahmenbedingungen von Gesundheitsmanagement.....	104
3.4	Verständnis von betrieblichem Gesundheitsmanagement	108
3.5	Aspekte der betrieblichen Ebene von Gesundheitsmanagement	115
3.5.1	Modell und Zielsetzung eines integrierten Gesundheitsansatzes	115
3.5.2	Erfolgskriterien und Kernprozesse von Maßnahmen der Gesundheitsförderung	120
3.5.3	Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen	124
3.6	Zusammenfassung der angewandten Forschungsebene	128
4	Gesundheitsförderung für die Führungsebene	131
4.1	Stressoren der Führungstätigkeit	131
4.2	Funktionen der Führungskraft im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	136
4.3	Lebensstil und Gesundheit von Führungskräften	143
4.4	Führungskräfte als Adressat von Gesundheitsmaßnahmen	148
5	Fazit der konstatierten Forschungsebenen und Implikationen für den weiteren Untersuchungsverlauf	155

6	Methodik der empirischen Untersuchung	163
6.1	Untersuchungsdesign	163
6.2	Hypothesen und Konkretisierung des Untersuchungsmodells für die Kausalanalyse.....	165
6.3	Operationalisierung der Konstrukte des Untersuchungsmodells.....	178
6.4	Erhebungsinstrumente.....	186
6.4.1	Querschnittsdesign als Hauptstudie	186
6.4.2	Experteninterviews zur Fragebogenentwicklung.....	192
6.5	Datenerhebung	198
6.6	Charakteristika und Lebensstil der Stichprobe.....	200
6.7	Statistische Datenanalyse	205
7	Ergebnisse der Führungskräftestudie	209
7.1	Ergebnisse der Hypothesen- und der kausalanalytischen Hypothesenprüfung.....	209
7.2	Ergebnisse des explorativen Vorgehens der personalen Ressourcenkompetenz.....	219
7.2.1	Ergebnisse der Fragestellung 1: Fördernde und hemmende Determinanten der Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen als betriebliches Angebot.....	220
7.2.2	Ergebnisse der Fragestellung 2: Nudges und Angebotskomponenten als Anreiz für zukünftige betriebliche Vorsorgeprogramme	224
7.2.3	Ergebnisse der Fragestellung 3: Unternehmens- und destinationsseitig angebotene Nudges zur Unterstützung einer nachhaltigen Änderung des Lebensstils.....	228
7.3	Ergebnisse der Destinationsebene im präventiven Gesundheitstourismus	234
7.3.1	Wunschleistungen und Nutzungsverhalten von Gesundheitsangeboten	235
7.3.2	Wichtigkeit und Zufriedenheit verhaltenstherapeutischer Kernangebotsleistungen.....	237
7.3.3	Gestaltungskonzept für eine gesundheitsbezogene betriebliche Intervention	240
7.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	244

8	Zusammenfassende Bewertung der Arbeit	249
8.1	Implikationen für die Wissenschaft.....	249
8.2	Implikationen für die Unternehmenspraxis.....	252
8.3	Limitationen und Forschungsdesiderate.....	257
9	Schlussbetrachtung.....	261
	Quellverzeichnis	263
	Anhang	323

Zusammenfassung der Dissertation

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Prädiktoren firmenspezifischer Vorsorgemaßnahmen unter medizinisch-therapeutischer Anleitung im stationären Setting zu konkretisieren sowie die Determinanten für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil von Führungskräften deutlich zu machen. Durch die vorliegende Studie konnte aufgezeigt werden, dass mehrtägige präventiv-medizinische Maßnahmen im stationären Setting eine wertschätzende Leistung für Führungskräfte zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen darstellen und ferner über rationale Anreize als auch Nudges das Gesundheitsmanagement zu einer Lebensstilmodifikation zukünftig beitragen kann.

Für die Untersuchung der geplanten Verhaltensabsicht erneuter firmenspezifischer Aufenthalte von Führungskräften im stationären Setting wurden gesundheitsfördernde Prädiktoren betrachtet. Das postulierte Untersuchungsmodell hat eine gute Anpassung an die Daten (RMSEA: .063; CMIN 25, 166, $df = 18$, $p = .12$) gezeigt. Dabei zeigt sich der größte Einfluss auf die subjektive Wahrscheinlichkeit einer erneuten Teilnahme an einem betrieblichen Vorsorgeprogramm für die Unterstützung durch Familie/Freunde sowie dem Hausarzt (Faktor der privaten sozialen Norm $r = .35$) und für die Einstellung ($r = .207$) generell von Führungskräften. Es konnte weiterhin ein negativer Einfluss auf diese Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inanspruchnahme aufgezeigt werden, sollte für diese Teilnahme eigener Urlaub durch die Führungskraft eingebracht werden müssen ($r = -.28$). Alle Prädiktoren der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (2005, 1991) leisten erstmals in der wissenschaftlichen Literatur einen Erklärungsbeitrag für die Verhaltensabsicht einer gesundheitsfördernden Intervention in der Zusammenarbeit des betrieblichen und stationären Settings für die Zielgruppe der Führungsebene ($r^2 = .34$).

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist ein zentrales Instrument für eine moderne Unternehmensführung und findet immer mehr Beachtung in der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskussion. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der neuen digitalen Ära in der Arbeitswelt (z.B. Internet of Things, Cloud Computing) ergeben sich für Beschäftigte vielfältige neue Belastungskonstellationen, aber gleichzeitig auch neue Ressourcen für eine menschengerechte sowie präventive Angebotsgestaltung. Die Gesundheit von Mitarbeitern ist eine wesentliche Ressource für den Unternehmenserfolg. Prävention im Betrieb sollte daher sowohl ressourcenorientiert (z.B. Personal

Coaching, Abbau von Risikofaktoren) als auch belastungsorientiert (z.B. Arbeitszeit, gesundheitsgerechter Führungsstil) im Rahmen der Verhältnis- und der Verhaltensprävention ausgerichtet sein.

Die Zielgruppe der Führungskraft als Adressat von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen ist bisher wenig erforscht. Erstaunlich ist dies, da sie als zentrale Entscheidungsträger verantwortlich für die Leistungserbringung im Team, die Steuerung des Tagesgeschäfts oder zahlreiche Verwaltungs- und Managementaufgaben ist. Hinzu kommen vielfältige neue Aufgabenfelder durch die Implementierung eines Gesundheitsmanagements in betriebliche Prozesse und ergänzen das Idealbild der Führungskraft in Unternehmen. BGM erfordert neben der Umsetzung von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, die Verantwortung für das psychische Wohlbefinden der ihr anvertrauten Mitarbeiter und zudem durch ein gesundheitsorientiertes Führungsverhalten Vorbildfunktion zu übernehmen. Ziel von Unternehmen sollte es sein, die Gesundheit der Führungsebene langfristig zu erhalten, um einer interessierten Selbstgefährdung durch vielfältige psychosoziale Stressoren für die eigene Gesundheit entgegenzuwirken.

Zunehmend ist davon auszugehen, dass Anreizsysteme im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Organisationen eine immer größere Rolle spielen werden. Durch die vorliegende Studie konnte aufgezeigt werden, dass die Gesundheit von Führungskräften über Vorsorgemaßnahmen in der Verbindung von Arbeits- und Urlaubsort in Heilbädern und Kurorten steuerbar ist und über die Aktivierung der Gesundheitskompetenz mittels unterschiedlicher Anreize zusätzlich gefördert werden kann. Zentrale Komponenten hierfür sind eine individuelle Aufenthaltsverlängerung in der Destination oder die betriebliche Bereitstellung eines persönlichen Spezialisten für lebensstilbedingte Faktoren zur Ernährungsumstellung oder der Verminderung psychischer Belastungen. Wichtige begleitende Instrumente für die Fortsetzung eines gesundheitsbewussten Lebensstils sind beispielsweise eine E-Health-App, ein Gesundheitsportal mit Login-Zugang der medizinischen Einrichtung in Kombination mit einer persönlichen Begleitung (z.B. Telefon, Email) durch einen Mediziner/Therapeuten.

Abschließend liefert die vorliegende Studie erstmals eine Antwort auf ein effektives Gestaltungskonzept zukünftiger firmenspezifischer Vorsorgemaßnahmen für Führungskräfte im stationären Setting (Gesundheitstourismus 3.0).

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	Verortung des Themas zwischen verschiedenen Forschungsfeldern zur Gesundheitsförderung.	13
<i>Abbildung 2:</i>	Forschungsbedarf von Präventionsprogrammen als betriebliches Angebot für Führungskräfte.	17
<i>Abbildung 3:</i>	Grundstruktur der Arbeit	22
<i>Abbildung 4:</i>	Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	36
<i>Abbildung 5:</i>	Das Salutogenesemodell nach Antonovsky (stark vereinfacht)	40
<i>Abbildung 6:</i>	Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells mittels Kohärenzgefühl.....	41
<i>Abbildung 7:</i>	Das Modell der Gesundheitskompetenz	45
<i>Abbildung 8:</i>	Theory of Planned Behavior	58
<i>Abbildung 9:</i>	Systematisierung von Ressourcen.....	61
<i>Abbildung 10:</i>	Belastungs-Ressourcen-Gesundheits-Modell	64
<i>Abbildung 11:</i>	Erweitertes Belastungs-Beanspruchungs-Modell	66
<i>Abbildung 12:</i>	Modell der Ressourcenerhaltung	68
<i>Abbildung 13:</i>	Ressourcenfunktionen in verschiedenen Handlungsphasen.....	69
<i>Abbildung 14:</i>	Terminologie und konzeptuelle Zusammenhänge nach DIN EN ISO 10075-11:2000-11	72
<i>Abbildung 15:</i>	Mechanisches Modell der Belastung und Beanspruchung nach REFA	74
<i>Abbildung 16:</i>	Die Belastungs-Beanspruchungs-Sequenz.....	75
<i>Abbildung 17:</i>	Modell der psychischen Belastung und Beanspruchung.....	77
<i>Abbildung 18:</i>	Das neue, integrative Belastungs-Beanspruchungs-Konzept für individualisierte Arbeitsbedingungen (IBBK-Konzept).....	83
<i>Abbildung 19:</i>	Das neue System der Bewertung der Gesundheitsförderlichkeit individualisierter Arbeitsbedingungen und des Prozesses ihrer Gestaltung.....	85
<i>Abbildung 20:</i>	Darstellung des Job-Demand-Control Modells mit zusätzlicher Erläuterung der Beanspruchungsfolgen in den einzelnen Quadranten	88
<i>Abbildung 21:</i>	Das Effort-Reward-Imbalance-Modell	91
<i>Abbildung 22:</i>	Belastungs-Beanspruchungs-Konzept der Arbeit 4.0	95

<i>Abbildung 23:</i>	Das Sozialkapital von Organisationen: Elemente und Indikatoren.....	111
<i>Abbildung 24:</i>	Das Unternehmensmodell der Studie: Treiber und Ergebnisse.....	112
<i>Abbildung 25:</i>	Gleichungssystem Gesundheit (Treiber-Indikatoren-Modell)	114
<i>Abbildung 26:</i>	Modell des integrierten Gesundheitsmanagements.....	116
<i>Abbildung 27:</i>	Betriebliche Gesundheitsförderung als lernendes System	123
<i>Abbildung 28:</i>	Führungskräfte im Zentrum des betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	138
<i>Abbildung 29:</i>	Gesundheitsaufgaben und Managementebenen im BGM.....	139
<i>Abbildung 30:</i>	Grundhypothese.....	158
<i>Abbildung 31:</i>	Fragestellungen der Managementperspektive.....	159
<i>Abbildung 32:</i>	Hypothesen unter Einbezug der Konstrukte der Theorie des geplanten Verhaltens	165
<i>Abbildung 33:</i>	Hypothesen betreffend der personalen und betrieblichen Perspektive von Gesundheitskompetenz.....	168
<i>Abbildung 34:</i>	Zusammenfassende Darstellung der Hypothesen des Untersuchungsmodells.....	171
<i>Abbildung 35:</i>	Untersuchungsgang der Führungskräftestudie für das Mess- und Strukturmodell	173
<i>Abbildung 36:</i>	Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung	195
<i>Abbildung 37:</i>	Eingesetzte statistische Verfahren der Führungskräftestudie..	206
<i>Abbildung 38:</i>	Deskriptive Statistik der Ablehnung zu Outcome und Intention.....	212
<i>Abbildung 39:</i>	Deskriptive Statistik der Zustimmung zu Outcome und Intention.....	212
<i>Abbildung 40:</i>	Berechnungsmodell auf der Grundlage der TPB.....	215
<i>Abbildung 41:</i>	Gesamtmodell der kausalanalytischen Prüfung	217

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i>	Fragestellung und Untersuchungsfokus	19
<i>Tabelle 2:</i>	Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells	35
<i>Tabelle 3:</i>	Klassifikation von Typen von Nudges	50
<i>Tabelle 4:</i>	Merkmale der Arbeitssituation mit förderlicher Wirkung auf personale Ressourcen (SOC)	64
<i>Tabelle 5:</i>	Perspektiven des ökonomischen Nutzens betrieblicher Gesundheitsförderung und mögliche Indikatoren für die Effizienzanalyse	126
<i>Tabelle 6:</i>	Quan und Qual Techniken im Untersuchungsdesign	164
<i>Tabelle 7:</i>	Übersicht der verwendeten Konstrukte im Untersuchungsgang	178
<i>Tabelle 8:</i>	Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Einstellung“	179
<i>Tabelle 9:</i>	Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Bewertung der Präventionsmaßnahmen“	180
<i>Tabelle 10:</i>	Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Lebensstiländerung“	181
<i>Tabelle 11:</i>	Deskriptive Statistik zur Bewertung des Lebensstils bzw. Wohlbefindens von Führungskräften	182
<i>Tabelle 12:</i>	Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „soziale Norm“	182
<i>Tabelle 13:</i>	Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „subjektive Norm“	183
<i>Tabelle 14:</i>	Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Intention“	184
<i>Tabelle 15:</i>	Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „wahrgenommene Verhaltenskontrolle“	185
<i>Tabelle 16:</i>	Fragebogenentwicklung: Erfasste Konstrukte und verwendete Items	189
<i>Tabelle 17:</i>	Personengruppe, Anzahl und Charakteristika der Experteninterviews	194
<i>Tabelle 18:</i>	Übersicht der Kategorie „Mehrtägige Präventionsmaßnahmen im stationären Setting (Ergebnisse der Experteninterviews)“	196
<i>Tabelle 19:</i>	Übersicht der Kategorie „Entscheidungsarchitektur/ Nudges“ (Ergebnisse der Experteninterviews)	197

<i>Tabelle 20:</i>	Merkmale der beruflichen Situation der befragten Führungskräfte.....	201
<i>Tabelle 21:</i>	Betriebliche Ressourcen von Führungskräften	202
<i>Tabelle 22:</i>	Beurteilung von Aspekten einer gesunden Lebensführung.....	203
<i>Tabelle 23:</i>	Motivationale Aspekte einer Lebensstilmodifikation	204
<i>Tabelle 24:</i>	Zusammenfassung der Hypothesenprüfung.....	210
<i>Tabelle 25:</i>	Fördernde und hemmende Determinanten für die Inanspruchnahme betrieblicher Präventionsmaßnahmen.....	221
<i>Tabelle 26:</i>	Fördernde und hemmende Determinanten für die Inanspruchnahme eigenfinanzierter betrieblicher Präventionsmaßnahmen	223
<i>Tabelle 27:</i>	Nudges und Angebotskomponenten als Anreiz für zukünftige betrieblich finanzierte Vorsorgemaßnahmen	225
<i>Tabelle 28:</i>	Nudges und Angebotskomponenten als Anreiz für zukünftige betrieblich eigenfinanzierte Vorsorgemaßnahmen	226
<i>Tabelle 29:</i>	Nudges zur Änderung des Lebensstils im Zusammenhang der Intention einer erneuten Teilnahme	228
<i>Tabelle 30:</i>	Nudges zur Änderung des Lebensstils im Zusammenhang der Intention einer erneuten eigenfinanzierten Teilnahme.....	230
<i>Tabelle 31:</i>	Wunschleistungen präventiver Gesundheitsangebote im stationären Setting	235
<i>Tabelle 32:</i>	Wichtigkeit von Angebotskomponenten im Vorfeld der Verwendung betrieblicher Präventionsprogramme.....	238
<i>Tabelle 33:</i>	Zufriedenheit von Angebotskomponenten betrieblicher Präventionsprogramme nach Inanspruchnahme	239
<i>Tabelle 34:</i>	Nutzungsbereitschaft von Gesundheitsangeboten für Führungskräfte.....	242

Abkürzungsverzeichnis

α	Cronbach's Alpha
ABI	Arbeitsbewältigungsindex
Abs.	Absatz
ArbMedVV	Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AGS	Arbeitsschutz- und Gesundheitsschutz
AMOS	Analysis of MOment Structures
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
ASU	Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BG ETEM	Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGHW	Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstituts für Berufsbildung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIT	Behavioural Insights Team
BKK	Belastungs-Beanspruchungskonzept
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, seit 2002 BMAS
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMC	BioMed Central
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
bspw.	beispielsweise
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise

ca.	circa
CC	Corporate Citizenship
CMIN	Chi2
COR	Conservation of Resources Theory
CPS	Cyber-Physische Systeme
CSR	Corporate Social Responsibility
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
df	Freiheitsgrade
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DGFP	Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V.
DGAUM	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGE	Deutschen Gesellschaft für Ernährung
DGFP	Deutsche Gesellschaft für Personalführung
DGUV	Deutsche gesetzliche Unfallversicherung
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt
Eds.	Editors
EFQM	European Foundation for Quality Management
EG	Europäische Gemeinschaft
EN	Europäische Norm
ENBGF	Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
ERI	Efford-Reward-Imbalance-Modell
EStG	Einkommenssteuergesetz
et al.	et alii (Maskulinum), et aliae (Femininum) oder et alia (Neutrum)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
e.V.	eingetragener Verein
f.	folgende
ff.	fortfolgende
FHKG	Fragebogen zur Erfassung der habituellen körperlichen Gesundheit
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRD	Generalisierte Widerstands-Ressourcendefizite/Generalized Resistance Deficit
GRR	Generalisierte Widerstandsressourcen/Generalized Resistance Resource
HoL	Health-oriented Leadership

IAB	Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IBBK	Integrative Belastungs-Beanspruchungs-Konzept für individualisierte Arbeitsbedingungen
ifaa	Institut für angewandte Arbeitswissenschaft
IGA	Initiative Gesundheit und Arbeit
ISF	Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e.V.
ISO	International Organization for Standardization/Internationale Organisation für Normung
ISSA	International Social Security Association
IVSS	Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit
JDC	Job-Demand-Control
JDCS	Job-Demand-Control-Support
Kcal	Kilokalorie
KFA	Konfirmatorische Faktorenanalyse
KHK	koronare Herzkrankheiten
KoSMaS	Koordinierungsstelle der Managementsystemnormung
λ	Eigenwert des Faktors
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarde
M	Mittelwert
N	Anzahl der Fälle in einer Stichprobe
Nr.	Nummer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
p	Signifikanz
PAPM	Precaution Adoptions Process Model
PDAC	Plan Do Act Check
PMT	Protection Motivation Theory
PrävG	Präventionsgesetz
PWC	PricewaterhouseCoopers
QMK	Quadrierte Multiple Korrelation (Squared Multiple Correlation)
Qual	Qualitativ
Quan	Quantitativ
r	Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson
REFA	Rechtsausschuss für Arbeitszeitermittlung
RHIA	Regulationshindernisse in der Arbeitstätigkeit
rho	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman
RMSEA	Root-Mean-Square-Error of Approximation
ROI	Return on Investment
ROP	Return on Prevention

SCOHS	Social Capital and Occupational Health Standard
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGM	Strukturgleichungsmodell
SMI	Stressmanagement Intervention
SOC	Sense of Coherence
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
SUB	Sozialwissenschaften und Berufspraxis
SROI	Social Return on Investment
TBS	Tätigkeitsbewertungssystem für geistige Arbeit
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
TPB	Theory of Planned Behavior
TRA	Theory of Reasoned Action
TTM	Transtheoretical Model
u.a.	unter anderem
VDBW	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.
Vol.	Volume
WAI	Work Ability Index
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WLB	Work Life Balance
WVK	wahrgenommene Verhaltenskontrolle
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
χ^2	Chi-Quadrat Wert
z.B.	zum Beispiel

Zur besseren Lesbarkeit

1. wurden wissenschaftliche oder verschieden definierte Begriffe in vereinfachter Form bezeichnet wie „psychische Ermüdung“ als „Ermüdung“, „psychische Stressoren“ als „Stressoren“ oder „psychische Beanspruchungsfolgen“ als „Beanspruchungsfolge“ dargestellt.
2. wurden bei Begriffen, bei denen es um eine Person geht (z.B. Beschäftigte, Mitarbeiter) auf die weibliche Form verzichtet. Es sind also immer sowohl Frauen als auch Männer gemeint, wenn die männliche Form verwendet und auf Menschen/Personen Bezug genommen wird.



1 Einleitung

Menschen bewegen sich heute in einer komplexen, global vernetzten und dynamischen Arbeitswelt. Prozesse wie Globalisierung, Liberalisierung und Technisierung stehen seit den 1980er Jahren für einen fundamentalen und fortschreitenden Wandel der Arbeitswelt im 21. Jahrhundert. Herausforderungen und neue Anforderungen ergeben sich für Unternehmen aus der Länder-, Kultur- und Zeitzonen übergreifenden Zusammenarbeit, aus Niedriglohnländern kommende Wettbewerbsprodukte oder der stetig steigenden Kundenanforderungen (Becker 2015: 2). Unmittelbar betroffen von diesen Veränderungsprozessen ist im besonderen Maße die psychische Gesundheit der Beschäftigten durch vielfältige arbeitsbedingte Belastungen und gesundheitliche Risikofaktoren.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO Europa 2010) zählt zu den größten gesundheitlichen Gefahren des 21. Jahrhunderts insbesondere psychische Störungen durch chronische Stressbelastung und deren Folgen wie Muskel-Skelett- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2010: 78) oder Angstzustände und Depressionen (2010: 90). Während psychische Erkrankungen vor 20 Jahren noch eher bedeutungslos waren, sind sie heute die dritthäufigste Diagnosegruppe bei Arbeitsunfähigkeit und fallen mit 36 Krankheitstagen dreimal so hoch wie andere Erkrankungen mit 12 Tagen in Deutschland aus (Knieps & Pfaff 2016: 47-59). Arbeitsunfähigkeitstage führen zu einer ausfallenden Bruttowertschöpfung von 103 Mrd. Euro sowie zu volkswirtschaftlichen Produktionsausfallkosten von 59 Mrd. Euro an Lohnkosten in Deutschland (BMAS 2013a: 2). Davon sind 8,3 Mrd. Euro an Produktionsausfallkosten und an Bruttowertschöpfung 13,1 Mrd. Euro auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (BMAS 2014: 44). Auch zählen psychische Belastungen mittlerweile zu den meist genannten Ursachen für Frühverrentungen mit einem Durchschnittsalter von 48,3 Jahren bei Betroffenen in Deutschland (BMAS 2013a: 2). Die neue Arbeitswelt erzeugt einen „gewaltigen Nachholbedarf mit Blick auf Schutz und Förderung von Gesundheit“ (Badura & Walter 2014: 150). Lösungsansätze, um psychischen Belastungen entgegenzuwirken, umfassen Konzepte zur Verhaltensänderung von Menschen im Hinblick auf den Lebensstil sowie der Schaffung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Setting Betrieb und dem privaten Umfeld bezüglich sozioökonomischer Determinanten von Gesundheit (z.B. Einkommensniveau und -sicherheit) (WHO 2010: 72-79).

In den letzten Jahrzehnten hat ferner die Veränderung des Lebensstils und damit einhergehend verhaltensbedingte Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, Tabak- und schädlicher Alkoholkonsum, Übergewicht, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel) der Bevölkerung zu 60 Prozent der Krankheitslast in der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation geführt (WHO Europa 2010: 43f.). Hieraus resultieren hohe Kosten für die Gesellschaft in verschiedenen Ländern und betragen zwischen 0,02 und 6,77 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (WHO Europa 2010: 78).

Sowohl lebensstilbedingte als auch neuronale Erkrankungen stehen in direktem Zusammenhang mit hohen wirtschaftlichen Risiken für Unternehmen durch Absentismus und zunehmend Präsentismus. Überdies belasten diese Erkrankungen tiefgreifend und dauerhaft Sozialversicherungsträger durch steigende Fehltagelöhne oder Therapiekosten in Deutschland (u.a. Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) 2015, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) et al. 2013, Betriebskrankenkasse (BKK) Bundesverband 2012). Präventive Maßnahmen können helfen, Krankenkosten zu reduzieren sowie die Gesundheits- und Arbeitsqualität zu verbessern (Müller 2010: 2). Prävention ist daher ein zentrales Aktionsfeld für Akteure im Gesundheitssystem und der Wirtschaft.

Im Juli 2015 ist das Präventionsgesetz (PrävG), das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, in Deutschland in Kraft getreten. Erklärtes Ziel ist, die Stärkung der Mitarbeitergesundheit und eine bessere Vernetzung der beteiligten Akteure wie Betriebsärzte oder Sozialversicherungsträger im Setting Betrieb (App et al. 2016: 1ff.). Ferner soll das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) durch das PrävG langfristig gefördert und professionalisiert werden (Burger 2017: 578). BGM umfasst neben organisationalen und rechtlich verankerten Maßnahmen (betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), § 84 Abs. 2 SGB IX, technischer und sozialer Arbeitsschutz (ArbSchG)) somit verstärkt mitarbeiterbezogene, verhaltenspräventive Maßnahmen und Programme, die langfristig dazu beitragen, Risikoverhalten (z.B. Suchtverhalten wie Rauchen) zu minimieren und Gesundheitskompetenz zu fördern.

Über Kooperationen mit Heilbädern und Kurorten¹ können Unternehmen in Deutschland mit langfristig ausgelegten verhaltenstherapeutischen Programmen eine Kombination zwischen Arbeits- und Urlaubsort zur Stärkung der Mitarbeitergesundheit schaffen (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2011a: 12f.). Heilbäder und Kurorte sind aufgrund ihrer hohen medizinischen Kompetenz zur Förderung und Anwendung verhaltenstherapeutischer

1 Im weiteren Verlauf der Arbeit wird synonym der Begriff „stationäres Setting“ verwendet.

Interventionen der Bewegung, Ernährung und Entspannung im Rahmen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung prädestiniert (Müller 2010: 6). Einen rechtlichen Rahmen für die Angebotsgestaltung für Aktivitäten zum BGM bietet der Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbands (2014: 59-65) nach § 20a Sozialgesetzbuch (SGB) V. Unternehmen können über ein BGM so ein wirksames Führungsinstrument durch Kulturentwicklung aufbauen als Ausdruck „betrieblicher Modernität im Umgang mit den Humanressourcen“ (Pfaff et al. 2008: 18).

Die vorliegende Arbeit thematisiert erstmals wissenschaftlich die Schnittstelle zwischen betrieblichem und stationärem Setting in Deutschland für verhaltensbedingte Interventionen und deren Potentiale in Bezug auf eine Änderung des Lebensstils von Führungskräften. Dabei werden verschiedene Forschungsdisziplinen der Wirtschafts- und Sozialwissenschaft sowie als Querschnittsfunktion die Gesundheitspsychologie und -soziologie (u.a. Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Salutologie), die Arbeitswissenschaft und -medizin (u.a. psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit) sowie die strategische Managementforschung (u.a. Personal- und Gesundheitsmanagement) miteinander verknüpft. Somit besitzt diese Arbeit eine hohe wissenschaftliche und praktische Relevanz.

1.1 Problemhintergrund und -aktualität auf Seiten der Praxis und der Forschung

Sowohl in der praktischen als auch in der wissenschaftlichen Diskussion um wettbewerbsfähige Organisationsformen im Industrie 4.0-Zeitalter haben Erhalt und Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit² im Allgemeinen und ein integriertes Gesundheitsmanagement³ im Besonderen im letzten Jahrzehnt zunehmende Aufmerksamkeit erfahren⁴. Die Notwendigkeit gesundheitsförderlicher Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse (Verhältnisprävention) wird vor dem Hintergrund veränderter gesellschaftspolitischer, technischer und struktureller Rahmenbedingungen und der Eigenverantwortung von gesundheitsori-

2 vgl. dazu Tempel & Ilmarinen (2013: 40ff.) „Haus der Arbeitsfähigkeit“ Indikatoren des Zusammenwirkens von Mensch und Arbeitsplatz.

3 vgl. dazu Grad der Verankerung im Unternehmen z.B. Armutat et al. (2014: 13-21).

4 vgl. dazu z.B. Badura et al. (2012): die Autoren beleuchten im Rahmen des Fehlzeiten-Reports 2012 Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt, dessen Chancen und Risiken aus Unternehmenssicht und stellen Bewältigungsstrategie für Mitarbeiter vor.

entiertem Verhalten von Mitarbeitern auch über den Arbeitsplatz (Verhaltensprävention) hinaus begründet.

Ein betriebliches Gesundheitsmanagement fungiert heutzutage häufig als Managementstrategie in Profitunternehmen und wird vor allem systematisch und langfristig in Großunternehmen umgesetzt (Altgeld 2014: 300). Nach Keller & Price (2011: 14) sind Unternehmen, die sowohl leistungs- als auch gesundheitsorientiert agieren, messbar erfolgreicher als Unternehmen, die sich entweder nur auf Leistung oder Gesundheit konzentrieren. Beck et al. (2015: 343) konstatieren für Unternehmen mit mehr als 250 Mitarbeitern⁵ einen Umsetzungsgrad von 97 Prozent in Deutschland. Einen Marktüberblick in Deutschland über das Engagement zum BGM liefert seit 2011 jährlich der Corporate Health Award und ferner über 700 Unternehmen, die als Studienteilnehmer zum Gesundheitsmanagement hier seit 2009 fungieren (EuPD Research 2016: 6). Gesundheit wird dabei als betriebliche Querschnittsfunktion und ganzheitlich über alle Prozesse verankert (EuPD Research 2014: 24). Vorteile sehen besonders börsennotierte Konzerne in der Außendarstellung für Rekrutierungsaktivitäten oder um Nachhaltigkeitsindizes positiv zu beeinflussen (Becker et al. 2012: 13). Jedoch konkrete Beweggründe für die Implementierung freiwilliger Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung mit verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen sind wissenschaftlich nicht hinreichend geklärt (Ahrens 2016: 795). Die European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA 2012) erfasst in einer systematischen Literatur Review vielfältige motivationale Faktoren der BGF wie Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterbindung oder die Evidenz für den ökonomischen Nutzen von Maßnahmen durch indirekte Effekte in Form einer höheren Kundenzufriedenheit. Eine qualitative Studie von 20 Führungskräften aus 19 schwedischen Unternehmen identifizierte als primäres Motiv die Erfüllung rechtlicher Anforderungen aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz (Martinsson et al. 2016).

Eine junge interdisziplinäre wissenschaftliche Disziplin ist die Sozialkapitalforschung⁶ von Badura et al. (2013, 2008b). Sie verknüpft die Soziologie, Geisteswissenschaft und Betriebswirtschaft auf dem Gebiet der Forschung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Untersuchungen gehen dabei der Frage nach, inwieweit organisationale Rahmenfaktoren (Arbeitsbedingungen und

5 2015 existierten insgesamt rund 3,47 Millionen Unternehmen in Deutschland; davon haben 14.217 Betriebe (Stand Oktober 2016) mehr als 250 Mitarbeiter sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Statista 2017).

6 Sozialkapital umfasst einen immateriellen Vermögenswert (u.a. Netzwerk- oder Führungskapital), der auf die Gesundheit der Organisationsmitglieder und das Betriebsergebnis Einfluss nimmt (Badura et al. 2013: 49).

Qualifikation der Beschäftigten) und Sozialkomponenten⁷ (Netzwerk-, Führungs-, Überzeugungs- und Wertekapital) auf das psychische und körperliche Wohlbefinden von Mitarbeitern Einfluss nehmen, mit Folgen für die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten, einer Abteilung oder eines ganzen Betriebs. Ergebnisse umfassen Frühindikatoren zur Gesundheit von Mitarbeitern (z.B. psychisches und physisches Befinden, Work Life Balance) und Spätindikatoren betrachten die unternehmerische Ebene (z.B. Fehlzeiten, Fluktuation, Präsentismus). Insbesondere die Spätindikatoren dienen heutzutage als Rechtfertigung für die Implementierung eines BGM (Badura et al. 2013: 58f.). Baumanns (2009) zeigte in Fallstudien auf, dass sozialkapitalbezogene Aspekte einen wesentlichen Einfluss auf Früh- und Spätindikatoren aufweisen.

Die Vielfalt an unternehmerischen Beweggründen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung schließt auf die komplexe Verflechtung der individuellen und der organisatorisch-kontextuellen Ebene von Gesundheit im Unternehmen als auch der Wechselwirkungen, die zwischen Mitarbeitern und deren beruflichen Kontextbedingungen bestehen (Armutat et al. 2014: 22).

Eine ganzheitliche Perspektive im Gesundheitsmanagement ist essentiell für die Implementierung von Präventionsangeboten für Beschäftigte im Betrieb, besonders da sie einen relevanten Anteil ihrer Zeit am Arbeitsplatz verbringen (Burger & Scheer 2017: 578). Im Vordergrund stehen häufig Investitionen in verhältnispräventive Maßnahmen für Unternehmen, da der Gesundheitszustand der zu circa 95 Prozent anwesenden Belegschaft das größte Potential für Interventionen bietet und die Wettbewerbsfähigkeit sichert (Badura 2013: 12). Somit liegt die Fokussierung der Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung auf der unternehmerischen „Nutzungsarbeitszeit“ für Mitarbeiter und der Instrumenteneinsatz im BGM ist begrenzt (Burger & Scheer 2017: 578).

Gesellschaftliche Entwicklungen als auch betriebliche Erfordernisse bedingen heutzutage eine erweiterte Perspektive auf die Gesundheit von Mitarbeitern. Der Ansatz „Enhealthment“⁸ im BGM zielt auf die Stärkung der Gesundheit von

7 vgl. hierzu u.a. die Sozialkapitaltheorien von Bourdieu (1986, 1997) zum Begriff „Habitus“ (z.B. Werte, Einstellungen und soziale Normen) als Ergebnis der Sozialisation eines Individuums, die für eine bestimmte soziale Klasse typisch ist; darüber hinaus verbessern laut Coleman (1988, 1990) rationale Akteure ihre eigenen Ressourcen durch Kooperation mit anderen Akteuren, dies bedingt wiederum einen gegenseitigen Vorschuss an Vertrauen und letztlich die Theorie von Putnam (1995, 2000), demnach besitzt Sozialkapital in sozialen Netzwerken einen Wert, dessen kollektiver Charakter dadurch erkennbar wird, dass Akteure in Netzwerken Handlungen durchführen, die für alle bedeutsam sind.

8 „Enhealthment ist ein ganzheitlicher und salutogener Ansatz, der Gesundheitskompetenz und eigenverantwortliches gesundheitsbewusstes Handeln systematisch stärkt. Bedarfs- und lösungsorientiert wird Hilfe zur Selbsthilfe im Setting Betrieb angeboten und der Mensch bei Bedarf in geeignete Gesundheitsangebote gelotst“ (Burger & Scheer 2017: 578).

Mitarbeitern durch Aktivierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten (Enablement) und eigenverantwortlichem Handeln (Enhancement/Empowerment) (Burger & Scheer 2017: 578f.). Damit Beschäftigte diesen ganzheitlichen und salutogenen Ansatz der Gesundheitskompetenz (vgl. Kapitel 2.4.1) entwickeln können, sind wirksame verhaltenspräventive Maßnahmen erforderlich, die jedoch häufig in Betrieben nicht zur Verfügung stehen. Auf der anderen Seite lässt die Gesundheitskultur in Unternehmen vielfach eine Ansprache psychischer Probleme besonders bei Führungskräften kaum zu (Zimber et al. 2017). Dadurch wird der einzelne Beschäftigte mit seinen gesundheitlichen Bedürfnissen nicht als Ganzes betrachtet, sondern segmentiert und auf seine Rolle als Mitarbeiter im BGM reduziert. Initiierte Gesundheitsmaßnahmen unterliegen folglich dem „Gießkannenprinzip“ und sind weder zielgerichtet noch berücksichtigen sie individuell den gesundheitlichen Bedarf der Belegschaft über Arbeitsbedingungen hinaus. (Burger & Scheer 2017: 578)

Ein weiteres Problemfeld ist die Tatsache, dass Mitarbeiter ihre Gesundheit als Privatsache ansehen, so dass Unternehmen über den tatsächlichen Gesundheitszustand keine Informationen vorliegen (Badura & Steinke 2011: 15). Auf der anderen Seite werden stressauslösende Bedingungen eher im individuellen Lebensstil, der Einstellung und dem Verhalten von Menschen als in den Arbeitsbedingungen gesehen (Karasek 1992), so dass Arbeitgeber die psychische Gesundheit in der Verantwortung der Beschäftigten sehen. Ferner werden die physischen als auch die psychischen gesundheitlichen Gefahren am Arbeitsplatz im Rahmen einer gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung von Unternehmen noch zu selten analysiert (Lohmann-Haislah 2012). Die wenig verfügbaren medizinischen Daten zum Gesundheitszustand von Führungskräften in der Literatur sind daher häufig von externen Dienstleistern und Klinikeinrichtungen im Rahmen von Gesundheits-Check-ups generiert (Schönwitz 2004). Veröffentlichungen zeigen vielfältig Defizite aufgrund heterogener Daten und der subjektiven Einschätzungen von Managern⁹ und lassen somit kaum generalisierte Rückschlüsse auf Wohlbefinden und Gesundheitszustand zu (Zimber et al. 2017, Alpers 2009, Pfeiffer et al. 2001). Ursächlich hierfür ist, dass personenbezogene Gesundheitsdaten (vgl. hierzu §§ 4, 32, 28 Abs. 6, 7 Bundesdatenschutzgesetz) oder auch Lebensstilaspekte im Rahmen einer Anamnese zwar erhoben werden (können), aber aus Datenschutz vom Arzt nicht weitergegeben werden.

Auf betrieblicher Ebene können eingeschränkt Daten zum Gesundheitszustand von Beschäftigten durch die Betriebsmedizin erhoben werden. Das Ar-

9 Der Begriff „Manager“ wird in dieser Arbeit synonym mit „Führungskraft“ verwendet.

beitsschutzgesetz (ArbSchG) umfasst hierzu die Verordnung der arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). Darin verankert ist die Sorgfaltspflicht des Arbeitgebers, für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge¹⁰ aller beschäftigten Mitarbeiter zu sorgen (§ 3 ArbMedVV). Dabei wird in Abhängigkeit von einer (psychischen) Gefährdung am Arbeitsplatz zwischen arbeitsmedizinischen Pflicht-, Angebots- und Wunschuntersuchungen für Beschäftigte unterschieden (§ 4 ArbMedVV). Basierend auf der Sozialkapitalforschung¹¹ von Badura et al. (2013, 2008) können die aus einer arbeitsmedizinischen Vorsorge gewonnenen Daten lediglich als Basis zur Implementierung von personengruppenspezifischen, gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Unternehmen dienen.

Die gesundheitsförderliche Wirkung bewegungstherapeutischer Einzelmaßnahmen (z.B. Rückenurse) für Mitarbeiter im Setting Betrieb ist inzwischen in zahlreichen Studien wissenschaftlich belegt (u.a. Homann & Hedtmann 2017, Haas 2016, Bräunig et al. 2015, Badura et al. 2008a, Bamberg 2006, Demmer 1992). Häufig weisen solche Studien methodische Mängel hinsichtlich Design, fehlender Kontrollgruppe oder einen zu kurzen Beobachtungszeitraum auf (Pieter & Wolf 2014, Shepard 1996). Ebenso Befunde aus Metaanalysen zur Wirksamkeit präventiver Interventionen in Unternehmen sind nicht eindeutig (vgl. hierzu u.a. Pieper & Schröer 2015, Pieter & Wolf 2014, Rongen et al. 2013, Shepard 1996). Auch hinsichtlich des ökonomischen Nutzens sind derzeit keine eindeutigen Aussagen für Gesundheitsmaßnahmen möglich (Ahrens 2016). Gesundheitsökonomische Reviews nach Return of Investment (ROI) von 1:5 bis 1:10,1 (Walter et al. 2011) als Rendite von Investitionsmaßnahmen für Unternehmen kritisieren Glöde & Ducki (2011: 131) als „wundersame Geldvermehrung“. Ursächlich hierfür ist eine fehlende Aussagekraft bisheriger ökonomischer Evaluationsstudien hinsichtlich gesundheitsförderlicher Maßnahmen, die auf eine uneinheitliche und wenig transparente Bewertungsmethode zurückzuführen sind (Ahrens 2016).

Die aktuelle Fachdiskussion im BGM ist durch konzeptionelle Ansätze der Gesundheitsförderung von Mitarbeitern und Methodenfragen geprägt (Burger & Scheer 2017: 578). Jedoch besteht seitens von Unternehmen in Deutschland die

10 Zielsetzung der arbeitsmedizinischen Vorsorge ist die Erkennung und Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen, der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitszustands von Beschäftigten am Arbeitsplatz (§ 1 ArbMedVV). Solch eine Untersuchung umfasst grundsätzlich ein ärztliches Beratungsgespräch mit Anamnese, einschließlich einer Arbeitsanamnese. Eine körperliche Untersuchung ist nur möglich, wenn die Einwilligung des Arbeitnehmers vorliegt und dies für eine individuelle Beratung erforderlich ist (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 ArbMedVV).

11 vgl. hierzu auch Rixgens (2008), der in seiner Forschung zum Bielefelder Sozialkapitalmodell weitere Variablen wie berufliche Position, Alter und Geschlecht betrachtet.