

Sozialkapital und Gesundheit in Organisationen

Eine Sekundäranalyse von Primärdaten
zu Sozialkapital und gesundheitlichem Wohlbefinden
von Führungskräften und ihren Mitarbeitern

Dissertation

zu Erlangung des akademischen Grades

der Gesundheitswissenschaften

Doctor of Public Health

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften

der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Julia Krampitz

Erstgutachter: Prof. em. Dr. Bernhard Badura

Zweitgutachter: PD Dr. Jürgen Flöthmann

Bielefeld, November 2015

Tag der Disputation: 25.02.2016

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier °° ISO 9706

» *„Der Gipfel ist nur das Ziel,
doch der Weg dorthin zeichnet und prägt diejenigen
die ihn beschreiten.“*

Stock Rupert

Danksagung

Nach intensiver Arbeit liegt sie nun vor Ihnen: meine Dissertation. Sie stellt den Abschluss des Promotionsstudienganges „Public Health“ an der Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld dar.

Damit ist es an der Zeit, mich bei denjenigen zu bedanken, die mich in dieser herausfordernden, aber auch ungemein lohnenden Phase meiner akademischen Laufbahn begleitet haben. Zu besonderem Dank bin ich Prof. em. Dr. Bernhard Badura verpflichtet. Er hat mich stets mit wertvollen Anregungen unterstützt und meine noch unklaren Gedanken und Konzeptionen aufgenommen und auf den richtigen Weg gelenkt. Seine Empfehlungen und akademische Schärfung nehmen einen großen Stellenwert in der Entstehung dieser Arbeit ein.

Herrn PD Dr. E.-Jürgen Flöthmann danke ich für die Bereitschaft das Zweitgutachten zu übernehmen und für das stets offene Ohr eine Rückmeldung und Anregung zur statistischen Auswertung zu geben.

Eine herausragende Stellung in jeglicher Hinsicht nimmt meine Familie ein. Ohne Ihre liebevolle Fürsorge wäre diese Arbeit nicht zu dem Werk geworden, welches sie heute ist. Besonderer Dank gilt meinem Mann Hendrik und meiner Mutter, die nicht nur durch konstruktive und kritische Anregungen maßgeblich zum Ergebnis dieser Arbeit beigetragen haben, sondern die mich immer wieder - und speziell in den letzten Monaten und Wochen - motiviert und unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	III
ZUSAMMENFASSUNG DER DISSERTATION	VII
1 EINLEITUNG	1
1.1 Gegenstand der Arbeit	4
1.2 Fragestellungen und Ziele der Arbeit	7
2 HINTERGRÜNDE ZUM THEMA	9
2.1 Zum Verständnis von Organisationen	11
2.2 Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt	13
2.3 Führung von Organisationen – Einfluss auf die Gesundheit	15
3 THEORETISCHER RAHMEN UND STAND DER FORSCHUNG	18
3.1 Grundlegende Begriffe und Zusammenhänge	19
3.1.1 Zum Begriff der Gesundheit	19
3.1.2 Was ist soziale Ungleichheit?	21
3.1.3 Was ist gesundheitliche Ungleichheit?	25
3.1.4 Stressoren und Ressourcen	28
3.1.5 Zum Verständnis der Begriffe „Führung“ und „Führungskraft“	35
3.2 Die Whitehall-Studien	38
3.2.1 Die Whitehall I Studie	39
3.2.2 Die Whitehall II Studie	42
3.2.3 Übersicht über die Datenerhebung	44
3.2.4 Zentrale Ergebnisse der Whitehall II Studie	50
3.3 Das Sozialkapital – Grundlage für Gesundheit in Organisationen	63
3.3.1 „Soziales Kapital“	64
3.3.2 Das Sozialkapital im Bielefelder Unternehmensmodell	65
3.3.3 Die drei Formen des Sozialkapitals	67
3.3.4 Das Erhebungsinstrument im Bielefelder Sozialkapital-Ansatz	68
3.3.5 Ergebnisse der Studie	70
3.4 Zusammenfassende Gegenüberstellung von Whitehall-Studie und Sozialkapital-Forschung	72

3.4.1	Besonderheiten der Whitehall II Studie und des Sozialkapitalansatzes	79
3.5	Gegenüberstellung ausgewählter Erhebungskonstrukte und Skalen der Whitehall- und der Sozialkapital-Forschung	82
3.5.1	Auswahl der Konstrukte und Skalen für den Vergleich	82
3.5.2	Gegenüberstellung ausgewählter Erhebungskonstrukte der Elemente „Treiber“	84
3.5.3	Gegenüberstellung ausgewählter Erhebungskonstrukte zum „Treiber“ Arbeitsbedingungen	91
3.5.4	Gegenüberstellung ausgewählter Erhebungskonstrukte aus dem Bereich „Frühindikatoren“	94
3.5.5	Gegenüberstellung eines ausgewählten Items aus dem Bereich berufsspezifischer Parameter	100
3.5.6	Erhebungsinstrumente der beiden Forschungsansätze	101
4	PRÄZISIERUNG DER FORSCHUNGSFRAGE UND ENTWICKLUNG VON HYPOTHESEN.....	102
4.1	Relevante Aspekte und Schnittpunkte beider Forschungsansätze	102
4.2	Entwicklung der Forschungsfragen und Hypothesen	103
5	DATENANALYSE	111
5.1	Statistisches Programm zur Aufbereitung, Analyse und Präsentation der Daten	112
5.2	Das Erhebungsinstrument	113
5.3	Beschreibung der Stichprobe.....	116
5.4	Statistische Beschreibung.....	118
5.4.1	Erfassung des Sozialkapitals	120
5.4.2	Erfassung der Arbeitssituation	122
5.4.3	Erfassung der Frühindikatoren	125
5.5	Methodik zur Prüfung der Hypothesen	131
5.6	Methoden der Untersuchung.....	135
5.6.1	Statistische Verfahren	135
5.6.2	Bildung von Erhebungsgruppen.....	138
5.6.3	Bewertung ausgewählter Konstrukte durch Mitarbeiter und Führungskräfte	138
6	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	142
6.1	Hypothese 1	142

6.2	Hypothese 2	147
6.2.1	Hypothese 2a.....	147
6.2.2	Hypothese 2b	151
6.3	Hypothese 3	156
7	DISKUSSION	170
7.1	Interpretation der Ergebnisse	170
7.1.1	Unterschiede zwischen Führungskräften und Mitarbeitern	170
7.1.2	Clusterbildung in den beiden Statusgruppen	176
7.1.3	Zusammenhang zwischen Clusterzugehörigkeit und Gesundheit	178
7.1.4	Sozialkapital und Arbeitsbedingungen als „Treiber von Gesundheit“	187
7.2	Diskussion der angewandten Methoden.....	193
7.3	Fazit	194
8	PRAKTISCHE RELEVANZ DER ERKENNTNISSE	198
8.1	Der Status quo im betrieblichen Gesundheitsmanagement	199
8.2	Interne Maßnahmen: Erhalt des Humankapitals in den Organisationen durch Coaching ..	202
8.3	Die Außendarstellung: Employer Branding.....	206
8.4	Unternehmenskultur und Kompetenzen: Wertekapital in der Führungskräfteentwicklung	209
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	215
	TABELLENVERZEICHNIS	216
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	218
	LITERATURVERZEICHNIS	220
	ANHANG.....	252
	Anhang 1: Histogramme zur Verteilungsform der Konstrukte	252
	Anhang 2: Im Rahmen der Datenanalyse betrachtete Items, Skalen und Konstrukte	260

Zusammenfassung der Dissertation

Hintergrund: Seit vielen Jahren weisen Wissenschaftler auf die ökonomischen und sozialen Folgen hin, die Unternehmen und Organisationen – und damit der Gesellschaft insgesamt – durch Beeinträchtigungen der Gesundheit von Beschäftigten entstehen, die wiederum in vielfältiger Weise mit den Arbeitsbedingungen zusammenhängt. Mit jeder signifikanten gesellschaftlichen Entwicklung und Veränderung wandelt sich auch die Form der Zusammenarbeit, was sich in den Organisationen widerspiegelt.

Eine der einflussreichsten Arbeiten, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit auseinandergesetzt haben, ist die nach dem Londoner Regierungsbezirk benannte Whitehall-Studie. Diese Fallstudie zur Gesundheit von Beamten im britischen öffentlichen Dienst weist nach, dass Menschen, die die Karriereleiter erklimmen, nicht nur Einkommen und Ansehen gewinnen, sondern sich auch ihre Lebenserwartung signifikant erhöht. Ein Ansatz, der sich auch mit dem Zusammenhang Arbeitswelt und Gesundheit beschäftigt, ist der Sozialkapital-Ansatz. Dieser bietet mit dem Verständnis, dass Gesellschaft auf Kooperationen beruht, eine Grundlage, um zu erklären, wie und wodurch an der „Schnittstelle Mensch-Mensch“ Schwierigkeiten auftreten. Der Sozialkapital-Ansatz nimmt an, dass der Einfluss der Hierarchie und der des Sozialkapitals (das soziale Vermögen einer Organisation) unabhängig voneinander operieren. Vor diesem Hintergrund stellt die vorliegende Arbeit bei der Erforschung der Zusammenhänge zwischen Arbeitswelt und Gesundheit das Sozialkapital ins Zentrum.

Fragestellung und Zielsetzung: Auf der theoretischen Ebene besteht das Erkenntnisinteresse darin, über eine Kontrastierung der Whitehall- und der Sozialkapital-Forschung ein klareres Verständnis von den Gemeinsamkeiten und Unterschieden dieser beiden Ansätze zu gewinnen. Nach einer Darstellung der Whitehall-Studie und des Sozialkapital-Ansatzes erfolgt die Gegenüberstellung dieser beiden Ansätze. Untersuchungen sind stark auf den Einflussfaktor Status und auf biometrische Parameter ausgerichtet. Die Whitehallforschung zeigt, dass es hier vor allem um Zusammenhänge zwischen physiologischen Erkrankungen und beruflichem Sta-

tus geht. Im Unterschied zu dem stark sozialmedizinisch geprägten Ansatz der Whitehall-Forschung stützt sich der Sozialkapital-Ansatz in erster Linie auf die Rolle von Kooperationen, von Sinn und Werten und von Vertrauen. Die zusammenfassende Gegenüberstellung beider Forschungsansätze wird durch die Frage geleitet, welche wesentlichen Erkenntnisse sich daraus für den empirischen Teil der Arbeit generieren lassen. Ein Vergleich der Analyseinstrumente beider Studien schließt den Vergleich ab. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Frage, inwieweit die beiden Ansätze unterschiedliche Statusgruppen bzw. die jeweilige Position im Unternehmen und ihren jeweiligen Einfluss auf die Gesundheit in den Blick nehmen. Im Zentrum der empirischen Analyse wie auch der theoretischen Diskussion steht die Frage, wovon Gesundheit abhängt und welche betrieblichen Faktoren abgesehen von der hierarchischen Position (Führungskraft oder Mitarbeiter) sie beeinflussen. Darauf aufbauend werden entsprechend Hypothesen abgeleitet.

In der ersten Hypothese geht es darum, ob sich in der Einschätzung des Sozialkapitals, der Arbeitsbedingungen und der Frühindikatoren Unterschiede zwischen Führungskräften und Mitarbeitern nachweisen lassen. Die zweite Hypothese zielt auf Subgruppen innerhalb dieser beiden Statusgruppen, die sich in ihren Einschätzungen zu Sozialkapital und Arbeitssituation signifikant unterscheiden. Es wird angenommen, dass sich in beiden Statusgruppen entsprechende Subgruppen bilden lassen und dass Subgruppen mit einem als hoch wahrgenommenen Sozialkapital sich durch einen positiven / guten Gesundheitszustand auszeichnen. Die dritte Hypothese zielt darauf ab, bestimmte Prädiktoren mittels multipler linearer Regressionen zu untersuchen. Es wird erwartet, dass das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen die Gesundheit der beiden Statusgruppen unterschiedlich stark beeinflussen.

Die Ergebnisse der Arbeit sind auch als Appell an Unternehmensleitungen und entscheidungsbefugte Mitglieder von Organisationen zu verstehen und Sozialkapital als einen wichtigen Faktor für Humankapital, Gesundheit und Produktivität zu erkennen.

Forschungsdesign: Die Studie ist eine Sekundäranalyse von Daten aus 14 deutschen Behörden und Unternehmen, die verschiedenen Branchen angehören und unterschiedlich viele Beschäftigte und Führungskräfte haben. Mithilfe von Fragebögen wurden in den einzelnen Unternehmen und Organisationen Informationen zur jeweiligen Ausstattung mit Sozialkapital und zum Gesundheitszustand der dort Beschäftigten erhoben. Ein zentrales Einschlusskriterium war eine Angabe zu dem Item „Führungsverantwortung (ja/ nein)“. Der „bereinigte“ Datensatz, der die Grundlage für alle Analyseschritte bildet, beinhaltet 4.777 Fälle, davon 794 Führungskräfte und 3.983 Mitarbeiter.

Methoden der statistischen Analyse: In der quantitativen Datenanalyse wurden uni-, bi- und multivariate Verfahren eingesetzt. Für die Datenaufbereitung, die Berechnungen und die Datenanalysen sowie für die graphische Darstellung der Ergebnisse wurde das Programmsystem SPSS (Version 18) genutzt. Bei der deskriptiven Statistik und der explorativen Datenanalyse ging es darum, die wesentlichen Informationen und Strukturen, die in den erhobenen Daten enthalten sind, übersichtlich darzustellen. Multivariate Verfahren wurden eingesetzt, um die Beziehungen zwischen mehreren Variablen zu analysieren. Um die Beobachtungen zu mehrerer Variablen zu klassifizieren und den Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängigen Variablen zu erfassen, wurden in der vorliegenden Arbeit die Clusterzentrenanalyse und die multiple lineare Regression eingesetzt.

Ergebnisse: Anhand der Primärdaten wurde deutlich, dass eine emotionale Bindung an die Tätigkeit, Personen oder die Organisation eine protektive Wirkung auf die Gesundheit hat; damit bestätigt die Analyse bisherige Ergebnisse des Sozialkapital-Ansatzes. Im Rahmen der Prüfung der aufgestellten Hypothesen wurde gezeigt, dass die Statusposition allein sich auf die Gesundheit noch nicht schützend auswirkt. So gibt es u.a. in beiden Statusgruppen Untergruppen von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In der Regressionsanalyse erweist sich insbesondere das Wertekapital (geteilte Überzeugungen und kollektive Wertvorstellungen sowie deren Umsetzung im betrieblichen Alltag) als eine erklärende Variable für die Gesundheitsmerkmale.

Die hier erzielten Ergebnisse bestätigen die Erkenntnis der Sozialkapital-Forschung, dass die Auseinandersetzung mit dem Sozialkapital eines Unternehmens bzw. die Investition in dieses für die Gesundheit der Beschäftigten und somit auch für den Organisationserfolg von großer Bedeutung ist. Für das Führungskapital (Intensität und die Qualität der Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten) ist aus den Ergebnissen kein direkter Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten zu ersehen.

Die Arbeit soll die Relevanz des Sozialkapitals für die Gesundheit von Führungskräften wie Mitarbeitern verdeutlichen und dazu anregen, es in Organisationsdiagnostiken und Bedarfsanalysen stärker zu berücksichtigen, um insbesondere in BGM-Prozessen anhand einer fundierten Bedarfsanalyse zielgerichtete Maßnahmen auf den Weg zu bringen.

Schlussfolgerungen und praktische Relevanz: Die vorliegende Dissertation „Sozialkapital und Gesundheit in Organisationen“ bestätigt vorliegende Erkenntnisse der Sozialkapital-Forschung; zugleich macht sie aber auch deutlich, dass im Hinblick auf Führungskräfte der unteren und mittleren Führungsebene noch erheblicher Forschungsbedarf besteht; ebenso im Hinblick auf das Potenzial, das darin liegt, das Sozialkapital von Organisationen zielgerichtet zu analysieren und darin zu investieren. Es wäre sinnvoll, die Ergebnisse dieser Studie in zukünftigen Forschungsprojekten durch Längsschnittstudien zu vertiefen und zu differenzieren. Damit könnte auch der Erfolg von Interventions- und Entwicklungsmaßnahmen im Bereich wertorientierter und gesundheitsgerechter Führung und von gezielten Investitionen in das Sozialkapital evaluiert und der Frage nach kausalen Zusammenhängen nachgegangen werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen anhand einer repräsentativen Stichprobe, dass es sich lohnt, in die Organisationskultur bzw. das Sozialkapital zu investieren, zu dem das hier hervorgehobene „Wertekapital“ gehört. Da die Führungskräfte in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle spielen, ist es wichtig ihre Compliance zu fördern, um sie als „Teil des Humankapitals“ im Unternehmen zu erhalten und in ihren Kompetenzen zu stärken. Dafür wird ein Führungskräfte-Coaching empfohlen, das durch Reflexion der eigenen Motivation

zu mehr Spaß und Effizienz im Führungsalltag führt. Führungskräfte sind als Multiplikatoren eine zentrale Instanz für die Umsetzung der Unternehmenskultur. Wenn ein Unternehmen also seinen Erfolg steigern und Wettbewerbsvorteile sichern will, ist eine Führungskräfteentwicklung unumgänglich. Für die Praxis bedeutet dies, aktiv zu werden, die Herausforderungen der Führungsaufgabe als Potenzial zu nutzen und die Organisationsmitglieder dabei zu unterstützen, ihre Arbeit als sinnvoll und wertschätzend zu erleben.

1 Einleitung

- » *„Der Mitarbeiter und seine Gesundheit als Grundvoraussetzung für Leistungsfähigkeit wird zu einem entscheidenden Faktor aller Effizienzüberlegungen werden müssen.“* (Stilijanow & Bock, 2013, S. 162)

„Die Arbeitswelt zu Anfang des 21. Jahrhunderts ist gekennzeichnet von rasanten ökonomischen, technischen und sozialen Veränderungsprozessen“ (Junghanns & Morschhäuser, 2013, S. 9). Die Arbeitsbedingungen und Lebensverhältnisse der Beschäftigten verändern sich durch die Globalisierung und dem damit zusammenhängenden verstärkten Wettbewerbsdruck (ebd.). Seit vielen Jahren weisen Wissenschaftler auf die ökonomischen und sozialen Folgen hin, die für Organisationen und Gesellschaft durch die komplexen Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und dem beeinträchtigten Gesundheitszustand von Beschäftigten entstehen (Roschker, 2014, S. V, f.)¹. Mit jedem signifikanten Schritt in Richtung Entwicklung und Veränderung der Gesellschaft wandelt sich auch die Form der Zusammenarbeit. Anfänglich entstanden Organisationen vor mehr als 150 Jahren, wie es Max Weber (1864-1920) mit seinem Werk „Wirtschaft und Gesellschaft“ als „Vater der Organisationstheorie“ (Schreyögg, 1999, S. 32) beschreibt. Die Entwicklung der Gesellschaft spiegelt sich auch in der Entwicklung der Organisationen wieder (Preisendörfer, 2005). Reicht der heutige Stand der Form der organisationalen Zusammenarbeit aus, um in Zeiten fortwährender Herausforderungen erfolgreich, „gesund“ und zukunftsfähig zu sein? – Und was bedeutet dies für die „Ressource Mensch und seine Gesundheit“?

In der wissenschaftlichen Diskussion herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass Individuum und Organisation gemeinsam betrachtet werden müssen, um Belastungswirkungen von Arbeitssituationen und -bedingungen zu analysieren und geeignete, zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen zu entwickeln (Burisch, 2010; Bakker & Demerouti, 2007; Wüstner, 2006; Maslach & Leitner, 2001). Ob es

¹ Vgl. auch: Becke, 2008; Kumbruck, 2008; Mendel et al. 2010; Joiko et al., 2010; Riechert, 2011; Sedlacek, 2011, S. 15,ff.

dabei um die Weiterentwicklung einer Organisation oder um die von Einzelpersonen geht, in beiden Fällen ist eine einseitige Analyse und Diagnose nicht geeignet, um ein angemessenes, zielgerichtetes Vorgehen zu entwickeln. Wie vielerorts thematisiert wird, reicht es nicht, die steigenden Zahlen psychischer Erkrankungen einfach auf Stress oder auf zentrale Stressoren wie hohes Arbeitspensum, Termindruck, Informationsflut und Ähnliches zurückzuführen (Badura et al., 2013, S. 155 ff.; Badura, 2011, S. 23 ff.; TK-Studie, 2013, S. 18; DGB-Index, 2011) oder aber umgekehrt nur den „individuellen Erschöpfungsprozess“ (von der Oelsnitz, Schirmer & Wüstner, 2014) in den Blick zu nehmen. Dabei ist der Bereich der Gesundheit in der Arbeitswelt auch nicht frei von Modetrends. „Die Renaissance der Begriffe »gute Arbeit« oder »Humanisierung der Arbeitswelt« sind „[ist]“ genauso ein Beleg dafür wie die neue Überbewertung von psychischer Gesundheit, Stressbewältigung, Resilienzförderung und Burnout-Prophylaxe“ (Ahlers, 2014, S. 300). Unstrittig ist, dass der Einzelne für sein Verhalten verantwortlich ist und für seine psychische und physische Gesundheit Sorge tragen muss. Wenn Unternehmen sich auf diese individuelle Perspektive beschränken, erscheint das als Lösungsstrategie jedoch allzu komfortabel.

Nationale und internationale gesetzliche Regelungen basieren auf einem Verständnis von Gesundheit als der Fähigkeit, Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und auf Herausforderungen aus der Umwelt angemessen zu reagieren (WHO, 1986). In der Öffentlichkeit und bei zahlreichen Organisationen dominiert hingegen immer noch ein Verständnis von Gesundheit im Sinne der Abwesenheit von Krankheit (Badura, 2010, S. 15).

Es ist unzureichend, wenn eine Unternehmensführung sich nur an den Erwartungen und Forderungen von Kapitalgebern und Kunden orientiert und dabei die Qualifizierung und das gesundheitliche Wohlbefinden der Beschäftigten vernachlässigt. Schließlich hängt der Unternehmenserfolg laut Badura (2012, S. 129) in hohem Maße von diesen Faktoren ab. Bauer und Braun (2014) stützen diese Sichtweise. Sie sehen die Gesundheit der Beschäftigten als einen „untrügliche[n] Indikator für eine wirksame Ausgleichs- und Regulationsfähigkeit im resilienten Unternehmen“ (Bauer & Braun, 2014, S. 20).

Eine der einflussreichsten Arbeiten, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit auseinandergesetzt haben, ist die nach dem Londoner Regierungsbezirk benannte Whitehall-Studie, eine Fallstudie zur Gesundheit von Beamten im britischen öffentlichen Dienst.² Darin weisen Michael Marmot und seine Arbeitsgruppe nach, dass bei Menschen, die die Karriereleiter erklimmen, nicht nur Einkommen und Ansehen steigen, sondern sich auch die Lebenserwartung signifikant erhöht (Marmot, 2005). Reicht beruflicher Aufstieg aber aus, um neben höherem Einkommen und Ansehen auch mit Gesundheit und einer höheren Lebenserwartung belohnt zu werden? Welche Theorie liegt dieser These zugrunde und anhand welcher Erhebungsinstrumente wird diese befolgt?

Auf der Basis der Whitehall-Forschung werden dabei insbesondere die Unterschiede zwischen den Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“³ fokussiert. Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes von Zusammenhängen zwischen Arbeitswelt und Gesundheit stellt diese Arbeit den Sozialkapitalansatz ins Zentrum. Denn je nachdem, wie Sozialkapital und Führungshandeln verstanden und bewertet werden, haben diese mehr oder weniger großen Einfluss auf „weiche“ Befragungsergebnisse ebenso wie auf „harte Zahlen“, etwa Krankenstand und Leistungskennzahlen (Badura et al., 2008; 2013). Methodisch geht die vorliegende Dissertation also von der Annahme aus, dass die Position eines Menschen in einem Unternehmen und das Sozialkapital seine Gesundheit stark beeinflussen (ebd.).

Für den Erfolg und die Gesundheit von Organisationen ebenso wie für die Leistungsfähigkeit und Gesundheit von Beschäftigten stellen sich zum thematischen Hintergrund folgende Fragen: Macht Arbeit krank oder hält sie gesund? Was beeinflusst die Gesundheit in Organisationen?

² Die britische Whitehall-Studie, die als Meilenstein in der Erforschung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit gilt, begann 1967. Ausgangspunkt dieser Kohortenstudie im Londoner Regierungsviertel war die Beobachtung, dass in den 1960er Jahren die Todesfälle durch Herzinfarkt erheblich zugenommen hatten. Seit 1985 führen Michael Marmot und seine Kollegen eine Anschlussstudie durch, die unter dem Namen Whitehall II bekannt ist. Siehe dazu ausführlicher Kapitel 3.2.

³ Der besseren Lesbarkeit halber wird in dieser Arbeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Gemeint sind jedoch stets die männliche und weibliche Form.

Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es einer eingehenden Erforschung des Zusammenhangs zwischen Arbeitswelt und Gesundheit. Entgegen einer engen Perspektive, die Organisationen und Personen isoliert voneinander betrachtet, untersucht die vorliegende Arbeit dabei das Zusammenwirken von individuellen, organisationalen und sozialen Faktoren.

1.1 Gegenstand der Arbeit

In diesem Kapitel wird ein Überblick über den Aufbau der Arbeit gegeben. Das folgende Kapitel 1.2 führt in die Fragestellungen und Ziele der Arbeit ein. Nach diesem Unterkapitel werden in Kapitel 2 die Hintergründe der Thematik beschrieben. Die Darstellung erfolgt über eine allgemeine Einführung „Zum Verständnis von Organisationen“ (Kapitel 2.1), über die „Herausforderungen der gegenwärtigen Arbeitswelt“ (Kapitel 2.2) hin zu dem Thema „Führung von Organisationen – Einfluss auf die Gesundheit“ (Kapitel 2.3). In Kapitel 3 werden zunächst der theoretische Rahmen dieser Untersuchung und der Stand der Forschung dargestellt. Die konkrete Fragestellung der vorliegenden Arbeit basiert auf einer intensiven Auseinandersetzung mit der Whitehall-II-Forschung und dem Sozialkapital-Ansatz. Darum werden diese beiden Forschungsansätze zunächst in ihrem jeweiligen Kontext beschrieben und die ihnen zugrunde liegenden Annahmen, die eingesetzten Analyseinstrumente und ihre wesentlichen Erkenntnisse skizziert. Im nächsten Schritt wird herausgearbeitet, wo die Whitehall-II-Studie in ihren Annahmen und Erkenntnissen mit dem Sozialkapital-Ansatz übereinstimmt und wo sie gegenüber diesem Ansatz Unterschiede aufweist. Die in diesen beiden Forschungsarbeiten gewonnenen Erkenntnisse werden zusammengefasst, um sie für die eigene Untersuchung fruchtbar zu machen. Ziel dabei ist herauszuarbeiten, welche Aspekte in den Erhebungsinstrumenten beider Ansätze Gemeinsamkeiten aufweisen und inwieweit sich diese als Einflussfaktoren auf Gesundheit erweisen. Vor diesem Hintergrund wird in Kapitel 4 die Fragestellung der vorliegenden Arbeit konkretisiert und in Hypothesen überführt. Im empirischen Teil der Arbeit (ab Kapitel 5) wird auf dem theoretischen Fundament der Arbeit das methodische Vorgehen erläutert. Anschließend wird die der Arbeit zugrunde liegende Stichprobe beschrieben. Das zur Mitarbeiterbefragung eingesetzte Erhebungsinstrument wird vorgestellt und die

Items daraus erläutert, die für die vorliegende Arbeit relevant sind; außerdem werden die relevanten Parameter der ausgewählten Stichprobe beschrieben. In der anschließenden empirischen Untersuchung werden die aufgestellten Hypothesen geprüft. Dazu werden uni-, bi- und multivariate Verfahren eingesetzt. Für diese Forschungsarbeit werden Primärdaten⁴ analysiert. Auf der oben aufgeführten Grundlage von Ergebnissen der Whitehall-Studie und der Sozialkapital-Forschung von Badura und seiner Arbeitsgruppe wird bei Beschäftigten verschiedener Unternehmen der Zusammenhang zwischen ihrem Sozialkapital und ihrer Gesundheit analysiert. Dazu wurde ein eigens entwickelter, umfangreicher schriftlicher Fragebogen eingesetzt: der „Bielefelder Sozialkapital-Index“ (BISI) zur Messung der sozialen Produktivitätsressourcen in Unternehmen (Rixgens, 2011, S. 263 ff.; Badura et al., 2013, S. 176). Im nächsten Schritt werden die jeweiligen Ergebnisse der in der Datenanalyse angewandten Verfahren in einer Übersicht zusammengestellt (Kapitel 6). Anschließend werden diese Ergebnisse diskutiert (Kapitel 7). Das Ziel dabei ist, „Treiber“ (Faktoren) für Gesundheit zu identifizieren, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken und aufzuzeigen, welche Rolle die Statusposition in der Organisation dabei spielt. Weiterhin werden Desiderate für weitere Forschungen formuliert, die sich aus dieser Untersuchung ergeben.

In einer abschließenden Gesamtbetrachtung wird die praktische Relevanz der Untersuchungserkenntnisse erörtert (Kapitel 8).

⁴ Die Daten stammen aus einem Datenpool, der u.a. aus einem umfangreichen empirischen Forschungsprojekt der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und aus Auftragsforschungen entstanden ist, und wurden mir von Prof. em. Dr. Badura für diese Dissertation zur Verfügung gestellt.

Die Abb. 1 enthält einen grafischen Überblick über den Ablauf und Inhalt der Arbeit.

<p>Kapitel 1 - EINLEITUNG Gang der Untersuchung Ziele und Fragestellungen</p>	
<p>Kapitel 2 - HINTERGRÜNDE ZUM THEMA Zum Verständnis von Organisationen Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt Führung von Organisationen – Einfluss auf die Gesundheit</p>	THEORIE
<p>KAPITEL 3 - THEORETISCHER RAHMEN UND STAND DER FORSCHUNG Grundlegende Begriffe Was „treibt“ Gesundheit? Soziale Ungleichheit Whitehall II Studie Sozialkapitalansatz</p>	
<p>Kapitel 4 - FORSCHUNGSFRAGE UND HYPOTHESENENTWICKLUNG</p>	
<p>Kapitel 5 - DATENANALYSE Erhebungsinstrumente Stichprobenbeschreibung Operationalisierung Methodische Vorgehensweise</p>	
<p>Kapitel 6 - ERGEBNISDARSTELLUNG Hypothesen 1 bis 3 auf Basis der Primärdaten beider Statusgruppen</p>	
<p>Kapitel 7 - DISKUSSION Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Methodendiskussion</p>	
<p>Kapitel 8 - PRAKTISCHE RELEVANZ Fazit und Ausblick</p>	

Abb. 1: Aufbau der Dissertation

1.2 Fragestellungen und Ziele der Arbeit

Richtungsweisend für die empirische Analyse wie auch die theoretische Diskussion ist die Frage, wovon Gesundheit abhängt und welche betrieblichen Faktoren, abgesehen von der Position (Führungskraft oder Mitarbeiter) den Gesundheitszustand beeinflussen. Da diese Arbeit sich in den Forschungskontext des Zusammenhangs von Arbeitswelt und Gesundheit einordnet, werden die beiden grundlegenden Forschungsansätze zu dieser Frage diskutiert: die britische Whitehall II Studie (Marmot, 2005) und der auf dem Bielefelder Unternehmensmodell basierende Sozialkapital-Ansatz (Badura et al., 2013). Leitend sind dabei folgende Fragen:

- Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen zwischen diesen beiden Forschungsansätzen im Hinblick auf den Gegenstand der Forschung und die Fragestellung, die Hypothesen, die Forschungsmethodik und die Ergebnisse?
- Welche Erkenntnisse ergeben sich jeweils aus der Untersuchung der Statusgruppen?
- Welche wesentlichen Erkenntnisse lassen sich aus der Gegenüberstellung für den empirischen Teil der Arbeit generieren?

Für die daran anknüpfende empirische Untersuchung werden folgende Leitfragen formuliert:

- Unterscheiden sich Führungskräfte und Mitarbeiter im Hinblick darauf, wie sie ihr Sozialkapital, die Arbeitsbedingungen und ihr gesundheitliches Wohlbefinden einschätzen?
- Zeichnen sich innerhalb der Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ Subgruppen ab, die sich in der Einschätzung ihres Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen signifikant unterscheiden?
- Welche weiteren Faktoren neben der Position im Unternehmen beeinflussen den Gesundheitszustand?
- Wirken sich das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der Statusgruppen aus? Wirken die untersuchten Prädiktoren unterschiedlich stark?

Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse wird von folgenden Fragen geleitet:

- Reicht die von Marmot und seinem Forscherteam entwickelte Kontroll- und Stresstheorie aus, um Gesundheit und diesbezügliche Unterschiede im beruflichen Kontext zu erklären?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen Hierarchie und Sozialkapital? Welche Auswirkungen lassen sich für unterschiedliche Ausprägungen auf der vertikalen Ebene (flache oder steile Hierarchien) und der horizontalen Ebene (hohes oder niedriges Sozialkapital) prognostizieren? Lassen sich daraus bestimmte Konstellationen ableiten, die für Organisationen ein Schutz- oder ein Risikofaktor sein könnten?
- Sollten Unternehmen verstärkt in das Sozialkapital ihrer Mitarbeiter investieren?

Ziele dieser Dissertation lassen sich zum einen in theoretischer Hinsicht, zum anderen in Bezug auf den empirischen Part, die Datenanalyse, formulieren. Auf der theoretischen Ebene besteht das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse darin, über die Kontrastierung der Whitehall- und der Sozialkapital-Forschung ein klareres Verständnis der Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser beider Ansätze zu gewinnen: Welche Modelle und Konzepte, welche Fragestellungen und Hypothesen, welches Verständnis von Gesundheit im Kontext der Arbeitswelt und ihrer Erklärung sind für beide Forschungsprojekte grundlegend? Besonderes Augenmerk liegt hier auf der Frage, inwieweit unterschiedliche Statusgruppen bzw. die jeweilige Position im Unternehmen und ihr jeweiliger Einfluss auf die Gesundheit in den Blick genommen werden. Der Fokus der theoretischen Ausarbeitung liegt darauf, die Erkenntnisse von Michael Marmot und seiner Arbeitsgruppe aufzugreifen und zu hinterfragen, um sie für die Bestätigung bzw. Weiterentwicklung des Sozialkapital-Modells fruchtbar zu machen.

Entsprechend ist das Ziel der Datenanalyse die bisherigen Thesen des Sozialkapitalansatzes zu stützen oder sie weiterzuentwickeln. Damit soll die Untersuchung zu einer angemessenen Erforschung der Zusammenhänge zwischen Arbeitswelt und Gesundheit beitragen.

Nicht zuletzt sind die Ergebnisse aus dem theoretischen wie dem empirischen Teil der Arbeit auch als Appell an Unternehmensleitungen und entscheidungsbefugte Mitglieder von Organisationen zu verstehen. Sie sollen dazu beitragen, dass Organisationen als Institutionen zielorientierten Kooperierens verstanden werden und Sozialkapital als „Treiber“ (Faktoren) für Humankapital, als Basis für Lernen, Gesundheit und Produktivität erkannt wird. Dieses Verständnis ist ausgesprochen wichtig für eine erfolgreiche Unternehmensführung. Es ermöglicht, theoretische Erkenntnisse auf die Praxis zu übertragen und Organisationskultur und Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass sie das gesundheitliche Wohlbefinden der Mitarbeiter fördern. Kooperatives und koordiniertes Handeln von Unternehmen und ihren Mitarbeitern, um gemeinsame Ziele zu verfolgen, erfordert mehr als fachliche Kompetenz, Wissen und hochentwickelte Technik: Es verlangt gemeinsam akzeptierte Überzeugungen, Werte und Regeln und, als wichtigste Konsequenz daraus, Vertrauen unter den Mitarbeitern und eine starke Bindung an das Unternehmen (Badura et al., 2008). Im Zentrum des Interesses steht hier, Unternehmen deutlich zu machen, wie wichtig und wie ernst das gesundheitliche Wohlbefinden der Beschäftigten zu nehmen ist und wie ein am Sozialkapital-Ansatz orientiertes Organisationsmodell mit Hilfe von überwiegend intangiblen Modellelementen sichtbar, messbar und beeinflussbar gemacht werden kann. Die Betrachtung der beiden Statusgruppen Führungskräfte und Mitarbeiter soll zudem dafür sensibilisieren, dass Führungskräfte, auch wenn sie von einer gesundheitsprotektiven Wirkung ihrer Position profitieren können, als Zielgruppe für die Analyse und Förderung gesundheitlichen Wohlbefindens keineswegs zu vernachlässigen sind.

2 Hintergründe zum Thema

In diesem Kapitel werden die Hintergründe der Arbeit beleuchtet und die Relevanz der formulierten Fragestellungen begründet.

Das Thema, das diese Dissertation aufgreift, ist nicht neu, darum jedoch nicht weniger aktuell. In den Sozialwissenschaften werden der Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit, einschließlich der Frage nach der Bedeutung sozialer Ungleichheit für Morbidität und Mortalität, und das Verständnis von Gesellschaft

und den darin ablaufenden Prozessen der Kooperation, schon sehr lange erforscht und diskutiert. Laut Badura (2011) ist wichtig bei „der Erforschung gesellschaftlicher Einflüsse auf Gesundheit“ [...] „nicht einzelne Individuen [als] elementare Bausteine von Gesellschaft“ [...] zu betrachten, „sondern soziale Netzwerke und Kultur, und dass zwischenmenschliche Kooperation und ihre individuellen Konsequenzen auch Rückwirkungen auf ein Kollektiv haben, [...] z.B. [...] auf eine Organisation“ (Badura, 2011, S. 27).

Als frühe Arbeiten zu diesen Themen sind u.a. das auf Thomas Hobbes (1651) zurückgehende Modell des staatlichen Gewaltmonopols und das auf Adam Smith (1776) zurückgehende Modell des Marktes zu nennen.

Während Herausforderungen und gesundheitliche Risiken der Arbeitswelt früher vor allem an der „Schnittstelle Mensch-Maschine“ gesehen wurden, wird das Grundproblem in der heutigen Arbeitswelt vor allem an der „Schnittstelle Mensch-Mensch“, also in den zwischenmenschlichen Kooperationen verortet (Badura, 2008; 2012, S. 132). Mit dem Verständnis, dass Gesellschaft auf Kooperationen beruht liefert der Sozialkapitalansatz eine Grundlage, wann und warum Schwierigkeiten an der genannten „Schnittstelle Mensch-Mensch“ auftreten (ebd.). Das Sozialkapital schließt emotionale Bindungen, gemeinsame Werten und vereinbarten Regeln ein. Entsprechend betont der hier vertretene Sozialkapital-Ansatz die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen. Damit grenzt er sich ab von einem betriebswirtschaftlichen Grundverständnis, nach dem Organisationsprozesse einerseits durch vorgegebene hierarchische Strukturen und andererseits durch Motivation über materielle Anreize gesteuert werden. In dieser Perspektive ist die Auseinandersetzung mit dem Sozialkapital und seinem Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung kooperativer Prozesse (Ostrom & Ahn, 2003; Badura et al., 2008) von großer Bedeutung für das Erforschen der Zusammenhänge zwischen Arbeitswelt und Gesundheit.

Im Folgenden wird zunächst auf das Verständnis von Organisationen, die Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt sowie Aspekte zum Thema Führung von Organisationen und dessen Einfluss auf die Gesundheit eingegangen, bevor im nächsten Kapitel dann der theoretische Rahmen und der Stand der Forschung erörtert wird.

2.1 Zum Verständnis von Organisationen

„Arbeitete man nur in Organisationen? Wird in Organisationen nur gearbeitet?“ Mit diesen provokanten Fragen betonte Lutz von Rosenstiel (1992, zitiert nach Nerdinger et al., 2011, S. 40), dass die beiden klassischen Blickwinkel der Arbeits- bzw. der Organisationspsychologie auf menschliches Erleben und Verhalten – der Mensch als arbeitendes Wesen und der Mensch als Mitglied einer Organisation – nicht aufeinander reduzierbar sind (ebd.).

Dort, wo Menschen arbeiten und ihre Handlungen wechselseitig aufeinander abstimmen, bestehen Organisationen. Dieses aufeinander Einwirken wird als Interaktion bezeichnet. Der Austausch von Mitteilungen, Kommunikation, ist die wichtigste Form der Einwirkung auf andere Menschen. Im Wege der Kommunikation wird auch das Arbeitsverhalten der Mitarbeiter wirksam, einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf das Betriebsergebnis (Badura, 2006; Badura et al. 2013). „Verhalten (auch Arbeitsverhalten), Wohlbefinden und Gesundheit eines Menschen hängen maßgeblich von der Güte seiner sozialen Beziehungen ab“ (Badura et al. 2013, S. 50). Hierfür spielt vor allem die Führung durch die direkten Vorgesetzten eine zentrale Rolle (Nerdinger et al., 2011).

Da Angestellte in Unternehmen in der Regel nicht allein, sondern zusammen mit anderen arbeiten, lassen sich Organisationen als soziale Systeme betrachten. In diesem System sind Gruppe und Teamarbeit zu verstehen als das Scharnier zwischen individuellem Verhalten und dem Verhalten der Organisation (Neuberger, 2002; Rosenstiel & Wegge, 2004; Felfe, 2009).

Die Mitglieder einer Organisation stehen in ständigem Austausch miteinander und beeinflussen sich wechselseitig. Nicht jede Einflussnahme erfolgt bewusst oder absichtlich – das erste Axiom von Watzlawick und Kollegen (Watzlawick & Beavin, 1972), dass man nicht nicht kommunizieren kann, trifft auch auf die Mitglieder und Funktionseinheiten einer Organisation zu.

Organisationsentwicklung und lernende Organisation bezeichnen Aspekte, bei denen gerade die Kultur und das Klima im Unternehmen wichtig sind, um Veränderungsprozesse in Gang zu setzen (Neuberger, 2002; Rosenstiel, 2007; Schreyögg, 2012).

Organisation bedeutet Handlungssteuerung und das Herstellen von Ordnung; Organisieren ist das, wodurch eine solche Ordnung hergestellt werden kann. Wenn eine Organisation ein Ziel verfolgt, werden die dazugehörigen Mitglieder dieses ebenfalls verfolgen, um nicht ausgeschlossen zu werden. Bestehende Organisationsstrukturen, im Sinne eines Systems von dauerhaften formalen Regeln, ermöglichen, das Verhalten aller Mitglieder der Organisation auf das gemeinsame Ziel auszurichten (Schulte-Zurhausen, 2010). Von Zeit zu Zeit müssen Organisationen sich den Veränderungen ihrer Umwelt anpassen, sofern dies wichtig ist, um ihre Ziele zu erreichen. Veränderungsprozesse führen unausweichlich zu Spannungen zwischen den festen Strukturen, Hierarchien, Regeln, der Unternehmenskultur und den Strukturen der Organisationsentwicklung (Schiersmamm & Thiel, 2011, S. 36). Innerhalb einer Organisation entwickeln die Mitarbeiter gemeinsame Auffassungen davon, welches Verhalten erstrebenswert ist und welches weniger. Solche informellen Regeln bestimmen das Verhalten und sorgen für die Integration der Mitarbeiter in die Organisation. Sie sind Teil der Organisationskultur, der tief verankerten Werte und Annahmen, die zum großen Teil unbewusst sind. Diese Kultur ist das Ergebnis eines eigendynamischen Entwicklungsprozesses (Schreyögg, 2012).

Um die Organisation als Ganzes zu betrachten bilden verschiedene Modelle der Organisationsdiagnose die Grundlage. Nerdinger et al. (2011) führen auf, dass dieser Diagnose eine zentrale Bedeutung zukommt, diese aber Schwächen in der spezifischen Anforderungen der Arbeits- und Organisationspsychologie aufweist (Nerdinger et al., 2011, S. 126). Laut Kleinmann & Wallmichrath (2004) dient die psychologische Organisationsdiagnostik dazu, „das regelhafte Erleben und Verhalten der Organisationsmitglieder zu beschreiben, zu erklären und zu prognostizieren mit dem Ziel der Aufdeckung organisationaler Handlungsfelder und der Vorbereitung von Organisationsentwicklungsmaßnahmen“ (Kleinmann & Wallmichrath, 2004, S. 654 zitiert nach Nerdinger et al., 2012, S. 126).

Zum Thema Organisationsdiagnostik und dessen Bedeutung zum Gesundheitszustand der Beschäftigten regen Badura und Walter (2014) in ihrem Beitrag zum Fehlzeiten-Report 2014 an,

- » *„... die Organisationsdiagnostik und -evaluation mit Hilfe standardisierter Daten zum Gesundheitszustand der Beschäftigten und zu zentralen betrieblichen Einflussgrößen zu fördern. Wir schlagen ferner vor, Instrumente und Institutionen zur Sicherung der Qualität betrieblicher Interventionen zu entwickeln und die dazu notwendige interdisziplinäre Forschung und Entwicklung kontinuierlich zu fördern ...“* (Badura & Walter, 2014, S. 159).

Das Zitat von Badura und Walter (2014) zeigt auf, wie wichtig ein strategisches Vorgehen innerhalb der Organisationsdiagnostik ist und dabei ein interdisziplinäres Vorgehen zu berücksichtigen. Innerhalb der Organisationsdiagnostik ist es unumgänglich auf die Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt einzugehen.

2.2 Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt

Arbeit ist unterschiedlich gestaltet und unterliegt unterschiedlichen Bedingungen, doch sie ist etwas, was den Menschen zu allen Zeiten begleitet und bestimmt. „Menschen müssen sich die Welt erst durch Arbeit verfügbar machen, um das zu gewinnen, was sie zum Leben brauchen“ (Nerdinger et al., 2011, S. 4). Neben der Existenzsicherung dient Arbeit dazu, neue Möglichkeiten der Lebensführung zu eröffnen. So verleiht sie dem Leben Sinn und Wert. Allerdings hat Arbeit nicht nur positive Seiten, sondern ist auch von Anstrengungen und Belastungen geprägt. Die heutige Arbeitswelt mit ihren strukturellen Veränderungen, dem Globalisierungsdruck und dem Wechsel von körperlichen hin zu vermehrt mentalen Belastungen stellt sowohl die Unternehmen als Ganzes als auch die Beschäftigten vor neue Herausforderungen. Durch die starke Zunahme von Dienstleistungstätigkeiten und dematerialisierter Arbeit haben sich die Arbeitsaufgaben und die dazu erforderlichen Fähigkeiten erheblich verändert (Badura & Steinke, 2011, S. 15, f.).

Laut Bungard und Wiendiek (2001) ist Arbeit durch zwei zentrale Merkmale charakterisiert:

- » *„Der Mensch bedient sich selbstgeschaffener Werkzeuge und er arbeitet in aller Regel nicht allein, sondern im Rahmen eines arbeitsteiligen Systems. Ersteres ist Ausdruck der technischen Intelligenz von Menschen und hat in hohem Maße die Ausführung von Arbeit verändert bis hin zu hoch automatisierten Arbeitsprozessen, in denen Menschen so gut wie nicht mehr gebraucht werden [...].“* (Bungard & Wiendiek, 2001, zitiert nach Nerdinger et al., 2011, S. 4)

Gerade die fortschreitende Globalisierung und der dadurch entstehende Handlungsdruck in der hochentwickelten Gesellschaft erfordern eine stärkere Mitarbeiterorientierung und eine Aufwertung der Personalarbeit und machen es notwendig, Gesundheit und Kultur als miteinander zusammenhängende Faktoren zu betrachten. Mit dem zunehmenden Wissen über das menschliche Belohnungssystem, die biologischen Voraussetzungen von Empathie und sozialer Kompetenz und die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und biologischen Vorgängen kommt dem psychischen Befinden der Unternehmensmitarbeiter und seinen Rückwirkungen auf kognitive Prozesse, Arbeitsmotivation, soziales Verhalten und körperliche Gesundheit eine hohe Bedeutung zu (Eisenberg 1995; Insel 2003; Rizolatti & Sinigaglia 2008). So konstatieren Badura und Steinke (2011, S. 16), dass das wichtigste Organ für Arbeit und Gesundheit der Kopf ist. Die Interaktion mit den Kollegen und die Nachvollziehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Beeinflussbarkeit alltäglicher Aufgaben haben direkte Folgen für die Gesundheit. Das alltäglich Erlebte löst Gefühle aus, die ihrerseits zentrale biologische Abläufe steuern, z.B. das Immunsystem oder das Herz-Kreislauf-System; das psychische Befinden wirkt zurück auf Motivation, auf Gedanken und auf Verhalten. Positive Gefühle wie Freude, Glück und Stolz oder negative Gefühle wie Angst, Wut und Hilflosigkeit haben Einfluss darauf, wie Menschen sich selbst und ihre soziale Umwelt einschätzen, sie bestimmen ihre Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft mit und wirken auf ihr Sozial- und Gesundheitsverhalten (Seligmann 2000; Hüther & Fischer 2010). Diese Zusammenhänge sind für Lebensqualität und Wohlbefinden von grundlegender Bedeutung (Badura & Steinke, 2011). Diese neue Arbeitsweltsituation erzeugt

einen „gewaltigen Nachholbedarf mit Blick auf Schutz und Förderung von Gesundheit“ (Badura & Walter, 2014, S. 150). Angesichts dieses Wandels wird auch ein „Führungsverständnis, das auf Anweisen, Vorgeben und Kontrollieren ausgerichtet ist, in Zukunft nicht ausreichen“ (Felfe et al., 2014, S. 146), um die neuen Anforderungen an Unternehmen und die wachsende Vielfalt von Unternehmenssituationen erfolgreich zu gestalten.

» *„Die Führung muss stärker als je zuvor die Erwartungen diverser und anspruchsvoller werdender Belegschaften aufgreifen und in authentisches Führungsverhalten übersetzen.“* (Felfe et al., 2014, S. 146)

2.3 Führung von Organisationen – Einfluss auf die Gesundheit

Welche zentralen Herausforderungen lassen sich aus den aufgeführten Aspekten ableiten?

Die Anforderungen, die der Arbeitsplatz an einen Mitarbeiter stellt, ergeben sich aus dem Arbeitsauftrag, der Arbeitsorganisation und den damit verbundenen sozialen Beziehungen. Ob sie zu einer Überforderung führen, hängt einerseits von der Art und Kombination der Anforderungen ab und andererseits von der persönlichen Verfassung und der Situation des Mitarbeiters sowie davon, wie er selbst diese Anforderungen bewertet. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der soziologisch orientierten Stressforschung, dass eine Betrachtung der gesundheitlichen Auswirkungen von Belastungen im heutigen Erwerbsleben auch die Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -abläufen sowie organisationale und sozial-kommunikative Bedingungen wie z.B. die Führungskultur einbeziehen muss (Badura, 2010; Badura & Walter, 2014). Organisationen, verstanden als „Institutionen zielorientierter Kooperationen“ (Badura, 2012, S. 129), zeichnen sich dadurch aus, dass das Handeln innerhalb dieser Institutionen aufeinander abgestimmt ist. Um Ziele festzulegen und Arbeitsprozesse zu koordinieren, ist Steuerung erforderlich.

Arbeit, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie vermehrt in und zwischen Menschen stattfindet und somit Kommunikation und Kooperation erfordert, verlangt mehr Selbstverantwortung, mehr Disziplin und mehr Eigenmotivation der Mitarbeiter als eine reine „Steuerung durch Vorgaben aus der Hierarchie und direkte[r]

Kontrolle [...]“ (Badura, 2012, S. 129). Welche Steuerungsinstrumente neben Hierarchie und Kontrolle gibt es, die eingesetzt werden können, um diese Anforderungen zu erfüllen? Welcher Instrumente bedarf es, um die Arbeit und die Organisation so zu gestalten, dass die Mitarbeiter so qualifiziert sind und sich so wohl fühlen, dass sie bestmöglich zum Unternehmenserfolg beitragen?

Eine der einflussreichsten Forschungsarbeiten zu diesem Zusammenhang ist die eingangs angesprochene Whitehall-Studie. Darin weisen Michael Marmot und seine Arbeitsgruppe nach, dass Personen, die im Unternehmen aufsteigen, nicht nur ein höheres Einkommen und Ansehen genießen, sondern auch eine signifikant höhere Lebenserwartung haben (Marmot, 2005). Als ein zentraler Faktor hierfür konnten psychosoziale Belastungen identifiziert werden, die zu erhöhtem Stress führen. So zeigte sich, dass Befragte mit geringen Kontroll- und Entscheidungsmöglichkeiten ihre Arbeitsbelastung als höher wahrnehmen als jene mit größeren Entscheidungsspielräumen. Iverson et al. (2010) kommen in einer Präsentismusstudie zu einem ähnlichen Ergebnis. Mit zunehmender Verantwortung und Komplexität der Arbeit geht ein besserer Gesundheitszustand einher (Iverson et al., 2010, S. 1206). Borrell et al. (2004) ermitteln einen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Sozialstatus: Personen mit einem geringen Sozialstatus schätzen ihren Gesundheitszustand und ihr psychisches Befinden im Durchschnitt schlechter ein als Statushöhere (Borrell et al., 2004). Als bedeutsam für diesen Unterschied zwischen Statusgruppen gelten psychosoziale Stressprozesse (Lampert & Kroll, 2010; Steptoe & Marmot, 2002; Wege et al., 2008). Diese resultieren aus größeren arbeitsbezogenen Problemen und ungünstigeren Arbeitsbedingungen von Beschäftigten mit einem geringeren Sozialstatus (Borrell et al., 2004; Kawachi & Marmot, 1998; Marmot et al., 1997). Das Zitat von Marmot (2005):

» *„The nature of the hierarchy is less control the lower you go“*

(Marmot, 2005, S. 126)

verdeutlicht das zugrunde liegende Analysekonzept seiner Arbeit, welches sich auf die zentralen Aspekte Hierarchie, Rang und Kontrolle stützt (Badura, 2012). Lassen

sich diese Erkenntnisse, die stark am „Kontrolltheorem“ orientiert sind, d.h. mit dem Ausmaß von Autonomie und Kontrolle argumentieren, generalisieren? Kritisch zu betrachten ist in der Whitehall-Studie die sehr stark ausgeprägte Berufshierarchie der Stichprobe, die nur Beschäftigte im öffentlichen Dienst beinhaltet (vgl. Ferrie et al., 2001). Dass Handlungsspielraum und soziale Beziehungen die Gesundheit beeinflussen, ist heute empirisch belegt (Badura, 2008, S. 19f.). Die Whitehall-Studie zeigt, dass diese beiden Einflüsse in die gleiche Richtung wirken und sich entweder in ihrer salutogenen oder in ihrer pathogenen Wirkung wechselseitig verstärken. Ein weiterer kritischer Aspekt der Whitehall-Studie ist, dass sie stark am Stresskonzept orientiert ist und nur Aussagen zur krank machenden Wirkung von Arbeit trifft. Ein Bezug zu gesundheitsförderlichen Wirkungen von Arbeit fehlt. Ein weiterer Ansatz, der die Zusammenhänge zwischen Arbeitswelt und Gesundheit erforscht, ist der Sozialkapitalansatz. Dieser Ansatz ermöglicht relevante Einflüsse und Zusammenhänge zu identifizieren, messen und gestalten (Badura, 2008; 2012). Im Mittelpunkt des Sozialkapitalansatzes steht das Interesse nach der Entstehung, dem Verlauf und dem Ergebnis kooperativer Prozesse (ebd.). Laut Ostrom (2000) trägt „Sozialkapital [...] grundlegend zu unserem Verständnis dessen bei, wie Individuen ihr Handeln aufeinander abstimmen [...] und ein höheres Niveau wirtschaftlichen Erfolgs erreichen [...]“ (Ostrom, 2000, S. 192; zitiert nach Badura, 2012, S. 132). Der Sozialkapital-Ansatz nimmt an, dass der Einfluss der Hierarchie und der des Sozialkapitals (das „soziale Vermögen einer Organisation“) unabhängig voneinander operieren (Badura, 2008, S. 19f). Er berücksichtigt unter anderem den Aspekt, dass es auf die „Sinnhaftigkeit der Arbeit [...] [ankommt], auf die emotionale Bindung an Mitmenschen, Überzeugungen und Werte sowie auf Transparenz, Gerechtigkeit, Empathie und Überzeugungskraft der Führung“ (Goleman et. al. 2003; Rath u. Harter 2010; zitiert nach Badura et al. 2013, S. 10). Die Erkenntnisse der Neurobiologie, die die Funktionsweisen des menschlichen Belohnungs- und Motivationssystems untersuchen, machen jedoch deutlich, dass die emotionale Bindung an eine Tätigkeit, an Personen und Organisationen auf die Gesundheit protektiv wirkt. Je nach dem Bindungsbedürfnis einer Person und der Bindewirkung, die von der Organisation ausgeht, zeigt sich eine unter-

schiedlich stark ausgeprägte Bindung an die jeweilige Gemeinschaft, das Organisationskollektiv (vgl. Badura, 2008; Badura et al., 2013; Ferrie et al., 2001). Dieser bindungstheoretische Aspekt der Sozialkapitalforschung wird im weiteren Verlauf der Whitehall-Forschung mit ihrer Ausrichtung auf Hierarchie und Kontrolle verglichen, um die Zusammenhänge zwischen aktueller Arbeitswelt und Gesundheit der Beschäftigten zu erforschen.

3 Theoretischer Rahmen und Stand der Forschung

In diesem Kapitel wird im Hinblick auf die in der Einleitung dargelegte Problemstellung das theoretische Fundament für den empirischen Teil der Dissertation gelegt. Dazu werden einleitend Gesundheit, soziale und gesundheitliche Ungleichheit skizziert und die Einbettung der Begrifflichkeiten Stressoren und Ressourcen sowie die Führung und Führungskräfte in den Gesamtzusammenhang vorgenommen (Kapitel 3.1). Im Zentrum dieses Kapitels stehen die Darstellung der Whitehall-Studie (Kapitel 3.2) und des Sozialkapital-Ansatzes (Kapitel 3.3) sowie eine Gegenüberstellung dieser beiden Ansätze (Kapitel 3.4). Die britische Whitehall-Studie wird unterteilt in die Whitehall I Studie (ab 1967) und die darauf aufbauende Whitehall II Studie (ab 1985). Als umfassende Langzeitstudien bilden diese Untersuchungen einen Meilenstein in der Erforschung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. Die Untersuchungen sind stark auf den Einflussfaktor Status und auf biometrische Parameter ausgerichtet. Dies zeigt, dass es hier vor allem um Zusammenhänge zwischen physiologischen Erkrankungen und beruflichem Status ging. Die Betrachtung soll zeigen, inwieweit das Untersuchungsdesign der Whitehall-Studie auch andere Faktoren berücksichtigt, die für das gesundheitliche Befinden relevant sind, wie etwa Führungsqualität, Kommunikation und Organisationskultur. Im Unterschied zu dem stark sozialmedizinisch geprägten Ansatz der Whitehall-Forschung stützt sich der im nächsten Teilkapitel dargestellte Sozialkapital-Ansatz in erster Linie auf die Bindungstheorie und betont vor allem die Rolle von Kooperationen, von Sinn und Werten und von Vertrauen. Im nächsten Schritt erfolgt eine

zusammenfassenden Gegenüberstellung der beiden Forschungsansätze (Kapitel 3.5). Leitend ist dabei die Frage, welche wesentlichen Erkenntnisse sich daraus für den empirischen Teil der Arbeit generieren lassen. Das Kapitel schließt mit einem Vergleich der Analyseinstrumente beider Studien: Die im Sozialkapital-Ansatz eingesetzten Konstrukte und Skalen werden erläutert und den Erhebungsinstrumenten der Whitehall-Forschung gegenübergestellt.

3.1 Grundlegende Begriffe und Zusammenhänge

3.1.1 Zum Begriff der Gesundheit

Weder Gesundheit noch Krankheit lassen sich eindeutig bestimmen, und es gibt dafür auch keine einheitlichen Definitionen. Abgesehen davon, dass sich die jeweils vorherrschenden Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Laufe der Zeit verändern, gibt es auch unterschiedliche Betrachtungsebenen, nach denen die Bestimmung und Erklärung von Gesundheit und Krankheit variiert, etwa „persönlich/individuell, gesellschaftlich/sozial, praktisch/theoretisch/funktional, medizinisch/psychologisch/wissenschaftlich, betrieblich/wirtschaftlich ...“ (Hähner-Rohmbach, 2014, S. 221), um nur einige zu nennen. Zur Einführung in die Thematik sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit wird im Folgenden die soziologisch-medizinische Sichtweise von Gesundheit skizziert.

- » *„Wenn man Gesundheit in Wahrheit nicht messen kann, so eben deswegen, weil sie ein Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst ist, die man nicht durch eine andere Kontrolle überbieten kann.“* (Gadamer, 1993, S. 138f.)
- » *„[Trotz] aller Verborgenheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit. Sie besteht nicht darin, dass man sich in den eigenen schwankenden Befindlichkeiten immer mehr um sich sorgt oder gar Unlustpillen schluckt [...]“* (Gadamer, 1993, S. 143f.)

Hans-Georg Gadamer weist in seinem weit vorausschauenden Buch „Über die Verborgenheit der Gesundheit“ auf ein Paradox hin: Gesundheit wird genau dann

nicht wahrgenommen, wenn sie vorhanden ist. Dann wird Tatendrang, Neugierde, Stolz, Selbstbewusstsein, Optimismus und Vertrauen empfunden. Spürbar wird Gesundheit hingegen dann, wenn sie nicht vorhanden ist – dann sehnt sich die betreffende Person danach. Wenn keine Krankheit vorliegt, fehlt etwas, nämlich die wohltuenden Begleiterscheinungen von Gesundheit, die in älteren wissenschaftlichen Arbeiten meist mit dem *Sense of Coherence* (nach dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, 1923-1994) in Zusammenhang gebracht werden (Antonovsky, 1987; Westermayer & Stein, 1997; Beck, 2003). Gemäß Udris (2006, S. 4) wird Gesundheit verstanden als ein dynamisches Gleichgewicht zwischen den Schutzmechanismen einer Person und den potenziell krankmachenden Einflüssen ihrer Umwelt. Dieses Gleichgewicht kommt sowohl in körperlichem und psychischem als auch in sozialem Wohlbefinden zum Ausdruck (Ulich & Wülser, 2010). Gesundheit ist demnach weniger ein Zustand als vielmehr ein Prozess aktiver Gestaltung und Entwicklung. Sie schließt die Fähigkeit und die Motivation der betreffenden Person ein, dieses Gleichgewicht zu erhalten bzw. es ggf. wiederherzustellen (Ducki & Greiner, 1992). Ein solcher Gleichgewichtszustand ist eine Voraussetzung, um ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen. Prägend für diese Sichtweise ist das Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1987; Udris, 2006). Es ergänzt die klassische Frage, was den Menschen krank macht, um die Perspektive, „was ihn gesund hält“, und stellt die Faktoren ins Zentrum, durch die Gesundheit erhalten, aktiv aufgebaut oder wiederhergestellt werden kann.

Gesundheit zu definieren ist nicht nur für die Wissenschaft, sondern auch im betrieblichen Alltag eine Herausforderung. Die oben skizzierte Dualität im Gesundheitsverständnis spiegelt sich auch im Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit wider (Rigotti & Mohr, 2011): Einerseits können Arbeit und ihr organisatorischer Rahmen die Gesundheit beeinträchtigen und sie auf lange Sicht nachhaltig schädigen. So zeigen Studien, dass bestimmte Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen sowohl zu körperlichen Erkrankungen führen können (z.B. Muskel-Skelett-, Herz-Kreislauf-, Atemwegs- oder Hauterkrankungen; vgl. Rosenstiel, 2006) als auch zu psychischen Beschwerden (z.B. Depressionen, Burnout oder psychosomatischen Erkrankungen; Le Blanc et al., 2008; Sonnentag & Frese, 2003; Zapf & Semmer, 2004). Andererseits gilt Arbeit als eines der erstrebenswertesten Lebensziele. Die

Menschen finden darin Sicherheit und Erfüllung; gleichzeitig stiftet sie Identität, stärkt den Selbstwert und gibt dem Leben einen Sinn. Nicht selten werden deshalb Freizeit, Freunde und Familie dem Erfolg im Beruf untergeordnet.

Arbeit im Beruf ist für die meisten Menschen die wichtigste Quelle für das Einkommen und Geld ist auf allen Märkten die entscheidende Ressource (Meulemann, 2013, S. 335). Einkommen gehört neben Vermögen, Beruf und Bildung zu den Dimensionen der sozialen Ungleichheit (ebd.).

3.1.2 Was ist soziale Ungleichheit?

Unter sozialer Ungleichheit wird in der Soziologie die asymmetrische Verteilung knapper und wertvoller Güter innerhalb von Gesellschaften (u.a. Einfluss, Wohlstand, Ansehen, Gesundheit, sichere Anstellung) verstanden. Diese Güter fungieren als Ressourcen (Hradil, 2006, S. 196). Ihre Ungleichverteilung bedeutet Vor- bzw. Nachteile für bestimmte Individuen oder Bevölkerungsgruppen – soziale Ungleichheit – und lässt eine vertikale soziale Hierarchie entstehen (ebd.). Neben Einkommen, Bildung und beruflichem Status sind als weitere Determinanten sozialer Ungleichheit z.B. Alter, Geschlecht, Herkunft, Wohnort und Familienstand zu nennen. Da diese Faktoren oft eng mit der vertikalen Ungleichverteilung verbunden sind, werden sie auch als horizontale soziale Ungleichheiten der Gesellschaft (z.B. Alter) (Hradil, 2006; Richter & Hurrelmann, 2006) bezeichnet. Wobei die vertikale Ungleichverteilung aus der Stellung im Beziehungsgefüge resultiert und die horizontale aus unterschiedlichen Lebenslagen trotz gleicher Position im vertikalen Gefüge (Hradil, 2006).

Neu ist die Erkenntnis nicht, dass Gesundheit und Krankheit auch soziale Ursprünge haben. Diese Grundposition wurde bereits im 19. Jahrhundert von Max von Pettenkofer vertreten, einem der Begründer der Sozialepidemiologie. Der Frage nach der „Gleichheit der Menschen“ (Hobbes, 1651/1996, S. 103) wurde bereits vor über 250 Jahren nachgegangen, erste Analysen sozialer Ursachen von Gesundheitsunterschieden können bereits im 17. Jahrhundert nachgewiesen werden (Germov, 2009; Richter & Hurrelmann, 2009). Im medizinischen und soziologischen Bereich sind hier Wissenschaftler wie Emile Durkheim, Rudolf Virchow,

Friedrich Engels, William Farr und John Snow zu nennen, die in empirischen Untersuchungen Zusammenhänge zwischen Armut, der rasanten Industrialisierung und der Häufigkeit von Infektionserkrankungen feststellten (Last, 2005). Auch der französische Philosoph Voltaire (1694-1778) befasste sich mit der Ungleichheit der Menschen. Seine Erkenntnisse dazu verarbeitete er in seinen literarischen Werken, in denen er die von Armut, Krankheit und Gewalt geprägte Situation der damaligen Bevölkerung beschrieb und die politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse kritisierte. Er hoffte, mit seinen literarischen Arbeiten etwas für die „Armen“ zu erreichen, hatte damit jedoch keinen Erfolg. Jahrzehnte später entwickelten sich die ersten Schritte der Sozialepidemiologie, in der die Frage nach der Ungleichheit unter den Menschen im Mittelpunkt steht. Einer ihrer Vorreiter war William Farr (1807-1883), der aus gesundheitsbezogenen Statistiken für England und Wales eine nationale Gesundheitsberichterstattung und Todesursachenstatistik entwickelte (Lilienfeld, 2007).

Während die Soziologie als ontologische Wissenschaft gilt, hat die Medizin eine naturwissenschaftliche Ausrichtung; hier ist bis heute der Einfluss von Personen wie Louis Pasteur und Robert Koch vorherrschend. Nach dem Soziologen Durkheim (1895) bedient sich die Soziologie naturwissenschaftlicher Methoden, ist aber der Erkenntnis des Sozialen verpflichtet, im Unterschied zur Medizin jedoch nicht in erster Linie dessen Heilung. Zum Verhältnis von Medizin und Soziologie schreibt Virchow (1849, S. 129):

» *„Die Medizin ist eine social Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medizin im Großen.“*

Damit spricht er den Aspekt sozialer Verantwortung und die Verankerung des Gesundheitswesens in der Gesellschaft an.

Grundlegende Unterschiede zwischen Soziologie und Medizin bestehen insofern, als die Soziologie akademisch den Sozialwissenschaften zugeordnet ist und methodisch sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsansätze verwendet, während die Medizin entsprechend ihrem dominanten naturwissenschaftlichen Verständnis in erster Linie quantitative Forschungsansätze verfolgt. Gemeinsam ist

der Soziologie und der Medizin, dass es ihnen nicht gelingt, grundlegende Erkenntnisse in die Politik einzubringen (Binswanger, 2010). Politische Beachtung finden eher ökonomische Konzepte mit einer betriebswirtschaftlichen, nicht solche mit einer volkswirtschaftlichen Orientierung. Dies droht sowohl im Gesundheits- als auch im Bildungswesen erheblichen Schaden anzurichten, der sich auf die gesamte Gesellschaft auswirkt (ebd.).

Wie wird soziale Ungleichheit gemessen? In neueren Forschungen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die gesundheitliche Lage von Bevölkerungsgruppen jenseits biomedizinischer und verhaltensbezogener Risikofaktoren auch auf soziale Bedingungen zurückgeführt werden können. 2005 gründete die WHO eine Kommission, die solche Bedingungen sozialer Ungleichheit untersuchen soll (WHO, 2005). Die soziale Realität ist gekennzeichnet durch eine hierarchische und geschichtete Ordnung der modernen Gesellschaft und Ungleichheiten zwischen den Individuen und Gruppen. Menschen leben in der Regel nicht isoliert voneinander, sondern in Beziehungen zueinander, in deren Rahmen sie unterschiedliche Positionen einnehmen (Hradil, 1999). Die Stellung im sozialen Beziehungsgefüge steht in Abhängigkeit zu den Wertvorstellungen der jeweiligen Gesellschaft wie z.B. Zielen und Normen. Soziale Ungleichheiten können in vielfältigen Formen auftreten, z.B. als berufliche Über- oder Unterforderung, als Abstufung zwischen Arm und Reich, als Zugehörigkeit zu einer angesehenen oder einer weniger angesehenen Bevölkerungsgruppe oder als bessere oder schlechtere Wohn-, Arbeits- und Freizeitbedingungen.

Zur Messung sozialer Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen hat sich der Begriff „sozialer Status“ etabliert. Die entsprechende Einteilung in Statusgruppen bildet eine Voraussetzung, um soziale Ungleichheit zu quantifizieren. Das Kriterium „sozialer Status“ lässt sich allerdings nicht so leicht bestimmen wie etwa die Differenzierungsmerkmale Geschlecht und Alter. Für seine Messung haben sich unterschiedliche Ansätze entwickelt. Klassische Merkmale sozialer Schichtzugehörigkeit sind Einkommen, Bildung und beruflicher Status; diese werden von Sozialepidemiologen einzeln oder kombiniert eingesetzt. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes etwa verwendet dafür den sogenannten Sozialschichtindex, ein

dreidimensionales Konstrukt aus den drei zentralen Indikatoren Einkommen, Bildung und berufliche Stellung (Lampert et al., 2013). Die Dimension Bildung wird als Individualmerkmal auf der Basis der jeweiligen schulischen und beruflichen Qualifikation operationalisiert, während die Dimensionen Beruf und Einkommen als Haushaltsmerkmale berücksichtigt werden. In der britischen Sozialepidemiologie wird der soziale Status häufig mittels eines standardisierten sechsstufigen Kategoriensystems bestimmt, der „British Occupationbased Social Class“ der beruflichen Position (dem Vorläufer des British Registrar General’s Social Class Schema) (vgl. Tab. 1). Die Kategorien reichen von ungelernter Beschäftigung bis zu hoch qualifizierter beruflicher Tätigkeit (Marmot, 2005).

Tab. 1: Registrar General’s Social Classes (Krieger et al., 1997; Marmot, 2005, S. 25)

I	Professional occupations (Politiker, Professoren, Ärzte usw.)
II	Intermediate – Managerial and technical occupations (höhere Beamte, Lehrer, Krankenpfleger usw.)
IIINM	Skilled Non-manual occupations (Angestellte)
IIIM	Skilled manual occupations (vollständig ausgebildete Arbeiter, Handwerksberufe)
IV	Partly skilled occupations (teilweise abgeschlossene Berufsausbildung)
V	Unskilled occupations (Arbeiter ohne Ausbildung)

Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand zeigen, dass Personen mit einem niedrigen sozialen Status (d.h. mit geringer Bildung, einer untergeordneten beruflichen Stellung und/oder niedrigem Einkommen) oftmals einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, sie sind kränker und sterben früher als Personen mit einem höheren sozialen Status (Altgeld & Hofrichter, 2000; Junbauer-Gans & Krixy, 2003; Richter, 2005). Richter (2013) geht der Frage nach, wie soziale Ungleichheiten krank machen können, und kommt zu dem Schluss, dass die meisten Erkrankungen durch soziale, ökonomische und politische Faktoren beeinflusst werden.

Richter (2013) zufolge wird in der naturwissenschaftlich ausgerichteten Grundlagenforschung zur sozialen Ungleichheit nicht berücksichtigt, dass Menschen nicht nur biologische, sondern auch soziale Wesen sind, die in sozial organisierten Gesellschaften leben. Er postuliert, dass man für ein besseres Verständnis von Erkrankungen und ihrer Vermeidung die Verhältnisse identifizieren müsse, die für ihre Entwicklung verantwortlich sind.

Analog zu sozialer Ungleichheit versteht man unter gesundheitlicher Ungleichheit den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand von Individuen (Mielck & Helmert, 2006), welches im Folgenden erläutert wird.

3.1.3 Was ist gesundheitliche Ungleichheit?

Im englischen Sprachraum haben sich dafür die Begriffe „health inequality“ und „health inequity“ etabliert. Bauer et al. (2008) beschreiben gesundheitliche Ungleichheit als eine enge und kausale Beziehung zu sozioökonomischen Verteilungsungleichheiten, die längerfristige und konstante Gesundheitsunterschiede zwischen Individuen, Haushalten, sozialen Gruppen oder Regionen einschließen (ebd.). Sowohl vertikale als auch horizontale soziale Ungleichheiten führen zur Entstehung und zum Fortbestehen gesundheitlicher Ungleichheit (Bauer et al., 2008, Mielck, 2005). Ähnlich dem sozialen Status ist Gesundheit ein vielfältiges und komplexes Konstrukt und wird durch verschiedene Indikatoren bestimmt. Bezugnehmend auf die gesundheitlichen Ungleichheit werden in Tab. 2 die Indikatoren für Gesundheit und Krankheit aufgeführt.

Tab. 2: Indikatoren für Gesundheit und Krankheit (modifiziert nach Lercher, 2003, S. 64)

<p>Mortalität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterblichkeitsraten in bestimmten Populationen • Säuglingssterblichkeit <p>Lebenserwartung</p> <ul style="list-style-type: none"> • meistens definiert als Lebenserwartung bei Geburt in einer bestimmten Population
<p>Morbidität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inzidenz und Prävalenz verschiedener Erkrankungen: kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, psychische Erkrankungen, Fettleibigkeit, Drogenabhängigkeit, Selbstmordraten, Verkehrsunfälle usw.
<p>Behinderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • funktionelle Definition: Unmöglichkeit, unabhängig zu leben und an alltäglichen Aktivitäten zu Hause/am Arbeitsplatz/in der Freizeit teilzunehmen • Konzepte wie DALY oder DFLE versuchen auch Behinderungen durch Krankheit zu erfassen
<p>Unwohlsein</p> <ul style="list-style-type: none"> • unangenehme Symptome wie Schmerz, Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit usw.
<p>Unzufriedenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilflosigkeit, Sorge, Frustration usw.
<p>Lebensqualität, Zufriedenheit, Glück</p> <p>⇒ Bereich, in dem Gesundheitsförderung und Salutogenese ansetzen</p>

Die Mortalität gilt als einer der historisch verlässlichsten messbaren Indikatoren für den Gesundheitszustand einer Gesellschaft (Marmot, 2010; Richter & Hurrelmann, 2006.) Zu gesundheitlicher Ungleichheit in Bezug auf die Sterblichkeit tragen vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen bei (Marmot, 2010; Richter & Hurrelmann, 2006; Siegrist & Marmot, 2006).

Die gesundheitlichen Ungleichheiten unserer Gesellschaft sind auf zwei Mechanismen zurückzuführen (Richter & Hurrelmann, 2009; Bartley, 2004). Der erste Mechanismus basiert auf den beobachteten Ungleichheiten zwischen Mortalität und Morbidität als Ergebnis einer sozialen Aufstiegsbewegung der Gesunden und sozialem Abstieg der Kranken (Richter, 2013). Der zweite Mechanismus beschreibt die verursachte Gefährdung durch verschiedene Einflussfaktoren zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit. Als Einflussfaktoren sind hier u.a. individuelles gesundheitsbezogenes Risikoverhalten, ungleiche Verteilung von materiellen und umweltbezogenen Faktoren bzgl. Häuslichem Leben, Nachbarschaft, Arbeitswelt und psychosoziale Belastungen und Ressourcen zu nennen. Die individuelle Vulnerabilität für Erkrankungen und frühzeitige Mortalität wird durch das Zusammenspiel dieser Faktoren beeinflusst (Richter, 2013). Zum jetzigen Zeitpunkt scheint eine vollständige Erklärung der statusspezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität kaum möglich. Annahmen, um die sich wissenschaftliche Diskussion dreht, sind die beiden folgenden (Mielck & Helmert, 2006):

1. Der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand.
2. Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Status.

Hierbei werden folgende Ansätze unterschieden (ebd.):

- Gesundheitsgefährdendes Verhalten,
- durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbare Risikofaktoren,
- belastende Wohnbedingungen,
- soziale Unterstützung,
- Vorsorge-Verhalten,
- Gesundheitliche Versorgung.

Diese Grundannahmen wurden von Elkeles und Mielck (1997) in einem Modell (vgl. Abb. 2) dargestellt. Sie gehen von den Annahmen aus, dass

- a) nicht die gesundheitlichen Belastungen per se wichtig sind, sondern die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung und Bewältigungsressource.
- b) das Gesundheitsverhalten beeinflusst wird durch die Bilanz aus gesundheitlichen Belastungen und Bewältigungsressourcen und auch durch die Art der gesundheitlichen Versorgung. Personelle, umweltbezogene, soziale, institutionelle und verhaltensbezogene Vorgänge vermitteln demnach den Wirkungszusammenhang von sozialer auf gesundheitliche Ungleichheit. Diese Vorgänge treten in Wechselwirkung mit den verschiedenen materiellen, zeitlichen und kognitiven Ressourcen von Menschen aufgrund der unterschiedlichen Ausstattung mit „Wissen, Geld, Macht und Prestige“ (Elkeles & Mielck, 1997, S. 140).

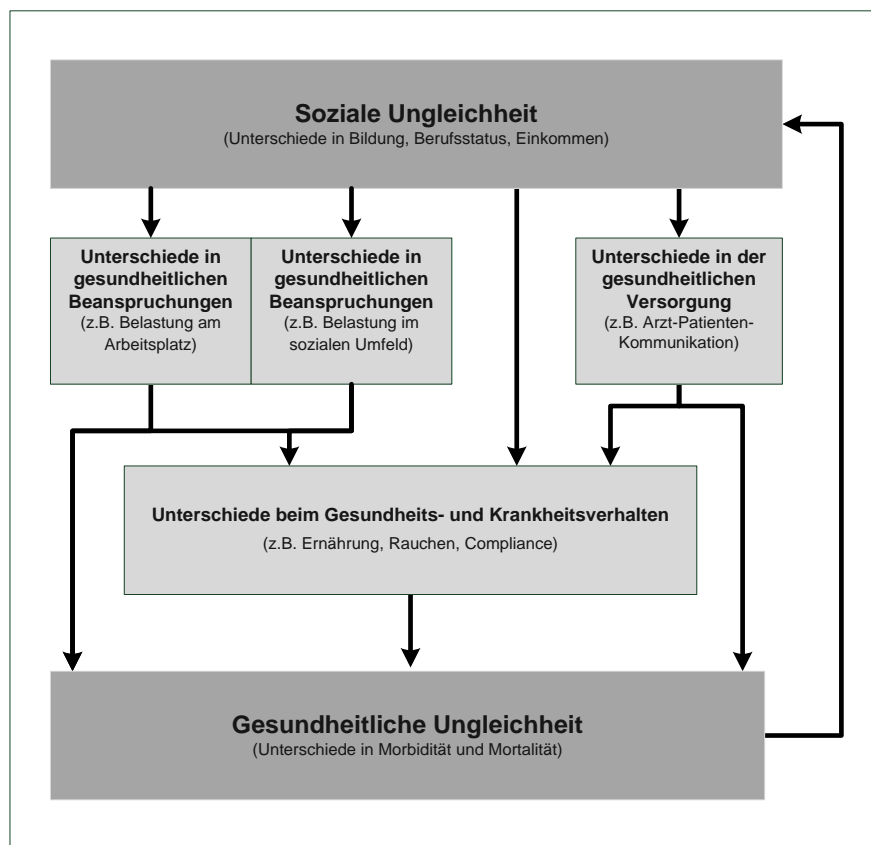


Abb. 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck & Janßen, 2008, S. 4)

Im Rahmen der Diskussion über soziale und gesundheitliche Ungleichheit wird betont, dass die Entwicklung des psychosozialen Krankheitsmodells eine Antwort auf den Reduktionismus des biomedizinischen Modells sei. Allgemein bleibt der Ein-

druck bestehen, dass sich die moderne Medizin zwar als eine biopsychosoziale versteht, in der Wissenschaft aber faktisch die biologisch-medizinische Richtung dominiert. So fand die Frage, worüber psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren generiert werden, hier bislang wenig Berücksichtigung (Richter, 2013; Petzold, 2010). In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu untersuchen, inwieweit die Verteilung der Risiko- und Schutzfaktoren auch durch soziale, ökonomische und politische Bedingungen bestimmt ist (ebd.).

Bezogen auf die ausgeführte Thematik werden im Folgenden die Begrifflichkeiten Stressoren und Ressourcen betrachtet.

3.1.4 Stressoren und Ressourcen

Gesundheit und Krankheit können fließend ineinander übergehen. Je nach persönlichen Voraussetzungen und äußeren Einflüssen kann ein Mensch sich eher in Richtung Gesundheit oder Krankheit bewegen. Bedingungen, Faktoren oder Merkmale, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Stress auslösen, werden als Stressoren bezeichnet (Greif, 1991; Bamberg et al., 2003; Zapf & Semmer, 2004).

Inwieweit äußere Einflüsse wie Stressoren, Umgebungsbedingungen oder Arbeitsbelastungen sich negativ auf den Menschen auswirken, hängt von dessen Bewertung und Bewältigungsmöglichkeiten ab. Aufgrund dieser komplexen und vielfältigen Definitionsansätze ist es wichtig, sich mit den Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körper, auch unter Berücksichtigung unternehmensspezifischer Einflussfaktoren, auseinanderzusetzen. Entscheidend ist, dass sich die Betrachtung von Belastung und Beanspruchung nicht nur auf die körperlichen und physikalischen Belastungen bezieht, sondern gerade die psychischen Belastungen und die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Stress, Stressoren und Ressourcen an Bedeutung gewinnen. Stress an sich ist nicht gesundheitsschädlich. In einem gewissen Ausmaß kann Stress sehr positive Wirkungen erbringen, wenn die kurzfristige Aktivierung durch Phasen der Entspannung abgelöst wird. Nach Kaluza (2005) sind es die Aspekte „nicht verbrauchte Energie, chronische Belastungen, gesundheitliches Risikoverhalten und geschwächte Immunkompetenz“ (Kaluza, 2005, S. 23, f.), die zu negativen Auswirkungen einer Stressreaktion führen.

In Zeiten starker Belastungen kann unsere körperliche, aber auch unsere psychische Gesundheit aus dem Gleichgewicht geraten. Starke innere Anspannungen, Nervosität und Unruhe, Schlafstörungen, Gefühle der Angst und Trauer oder ähnlichem sind Reaktionen, die psychisch belastete Menschen an Reaktionen zeigen. Bis zu einem gewissen Grad, sind diese Symptome als normale Reaktionen des Körpers anzusehen und verschwinden in der Regel nach einer gewissen Zeit wieder. Wenn die psychischen Belastungen jedoch über einen längeren Zeitraum andauern, sich verstärken oder neue Belastungen hinzukommen, kann dies zu immer größeren Einschränkungen und Problemen im Alltag führen und in einer psychischen Erkrankung münden. Psychische Erkrankungen nehmen Einfluss auf die Wahrnehmung, das Denken, die Stimmungen und das Verhalten.

Um den Menschen, sein spezifisches Wesen und das Funktionieren seines Organismus zu verstehen, muss auch seine Interaktion mit der natürlichen und sozialen Umwelt betrachtet werden. In dieser Analyse sind die persönliche Geschichte des jeweiligen Individuums, sein Entwicklungs- und Lernprozess sowie seine Ziele, Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Das kulturelle Umfeld und die bestimmten Verhaltensweisen und Normen in dem Mensch lebt, lassen sich als kulturspezifische Konflikte verstehen (Saß, Wittchen, Zaudig & Hoben, 2003; Wittchen, 2011). Mobbing am Arbeitsplatz und psychosomatische Erkrankungen; Arbeitslosigkeit und depressive Erlebnisverarbeitung und Rollenkonflikte sind mögliche Beispiele. Der Mensch befindet sich in einem ständigen Wechsel von Gleichgewicht und Ungleichgewicht. Dieses Wechselspiel ist prinzipiell normal und gesund, wenn durch das Verändern und Anpassen an die jeweilige Situation die inneren und äußeren Bedingungen wieder ins Gleichgewicht gelangen.

In diesem Kontext stellt sich die Frage, welche Faktoren in der Arbeitswelt der Aufrechterhaltung von Gesundheit dienen und welche nicht.

In der Leistungsgesellschaft steht das Individuum als „unternehmerisches Selbst“ (Bröckling, 2007) im Zentrum. Als eine entscheidende Quelle pathogener, aber auch salutogener Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit wird zunehmend die Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsinhalten erkannt. Ahlers und Brussig (2004) benennen als wichtigste Belastungsfaktoren Termin- und Zeitdruck, Mängel im Führungsverhalten, Angst vor Arbeitsplatzverlust,

mangelnde Planbarkeit der Arbeitszeit, Intransparenz der Informationsflüsse im Betrieb. Diese Faktoren verursachen ein ständig wachsendes Spektrum von Gesundheitsstörungen und arbeitsbedingten Erkrankungen (Karasek & Theorell, 1990; Lundberg & Johansson, 2000; Wittchen, 2011).⁵

In der Vergangenheit wurde Produktivität in erster Linie durch Arbeitsteilung, Technisierung und Automatisierung erreicht. Heute setzt die Arbeitsorganisation auf ganzheitliche Arbeitsgestaltung, Teamarbeit, gegenseitige Unterstützung sowie kundenorientierte Gestaltung der Prozesse. In diesem Zusammenhang sind Humanressourcen gefragt und damit auch Vertrauen in die Organisation (Emmermacher, 2008). Neue und sehr breit gefächerte Anforderungen wie z.B. Fachkompetenz, Problemlösungskompetenz und Entscheidungsfähigkeit als Voraussetzung für Teamarbeit führen nicht selten zu psychischen und sozialen Belastungen (Badura, 2010; Zapf & Semmer, 2004). Wenn der Mensch durch ständigen Termindruck, steigendes Arbeitspensum, permanente Informationsflut oder wachsende Konkurrenz dauerhaft unter Druck und vor allem Stress steht, besteht die Gefahr, dass er nicht nur an Ängsten, Burnout oder Depressionen, sondern langfristig auch an schweren körperlichen Leiden erkrankt.

Entscheidend dabei ist, dass das Immunsystem aus der Balance gerät, mit der Folge, dass die betreffende Person anfälliger für Krankheiten wird. Neueste Forschungserkenntnisse zeigen, dass das Gehirn und die Körperabwehr biochemisch miteinander kommunizieren (Bosch et al., 2005; Sternberg, 2006; Wrona, 2006). Die Psychoneuroimmunologie als relativ junger interdisziplinärer Forschungsbe-
reich liefert Ergebnisse über die Wirkungszusammenhänge von Kohärenzgefühl und Gesundheit. Sie beschäftigt sich mit der Untersuchung des komplexen Zusammenwirkens von Nervensystem, Hormonsystem und Immunsystem und dessen Auswirkungen auf das Organsystem des Menschen. In diesem Zusammenhang

⁵ Die Kosten für „Stresskrankheiten“ werden in allen Mitgliedsstaaten auf durchschnittlich 3–4% des Bruttoinlandsprodukts geschätzt (ILO, 2000). Für Deutschland werden die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen auf 44 Mrd. Euro jährlich geschätzt. Davon entfallen 33 Mrd. Euro auf arbeitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, 11 Mrd. Euro auf arbeitsbedingte Frühberentung (Bödeker et al., 2009).

sieht sich Antonovsky mit seiner Annahme, dass das kognitiv-motivationale Konstrukt des Kohärenzgefühls direkten Einfluss auf das Organsystem nehmen kann, als bestätigt (Faltermaier, 1994, S. 43-54; Schulz, 1994). Nach dem gegenwärtigen Forschungsstand kann der Risikocharakter dieser Faktoren als gesichert gelten, besonders wenn sie kombiniert auftreten. Stress entsteht dann, wenn Güter unterschiedlichster Art, wie ausreichende Ernährung, gute Familienbeziehungen, Unterstützung am Arbeitsplatz, Gratifikationen und auch die Gewissheit, persönliche Ziele verwirklichen zu können, bedroht werden (Zapf & Semmer, 2006).

Neben einer menschengerechten Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen ist auch die Frage zu beachten, wie oder wodurch das Individuum bei der Bewältigung psychischer Belastungen⁶ so unterstützt und gefördert werden kann, dass beeinträchtigende und gefährdende psychische Fehlbeanspruchungen vermieden oder verringert werden können (Badura, 2010). Abb. 3 führt die Risikofaktoren für psychische Fehlbeanspruchung auf (Badura, 2010, S. 15).

⁶ „**Psychische Belastung** ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken. **Psychische Beanspruchung** ist die unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (DIN EN ISO 10075-1).

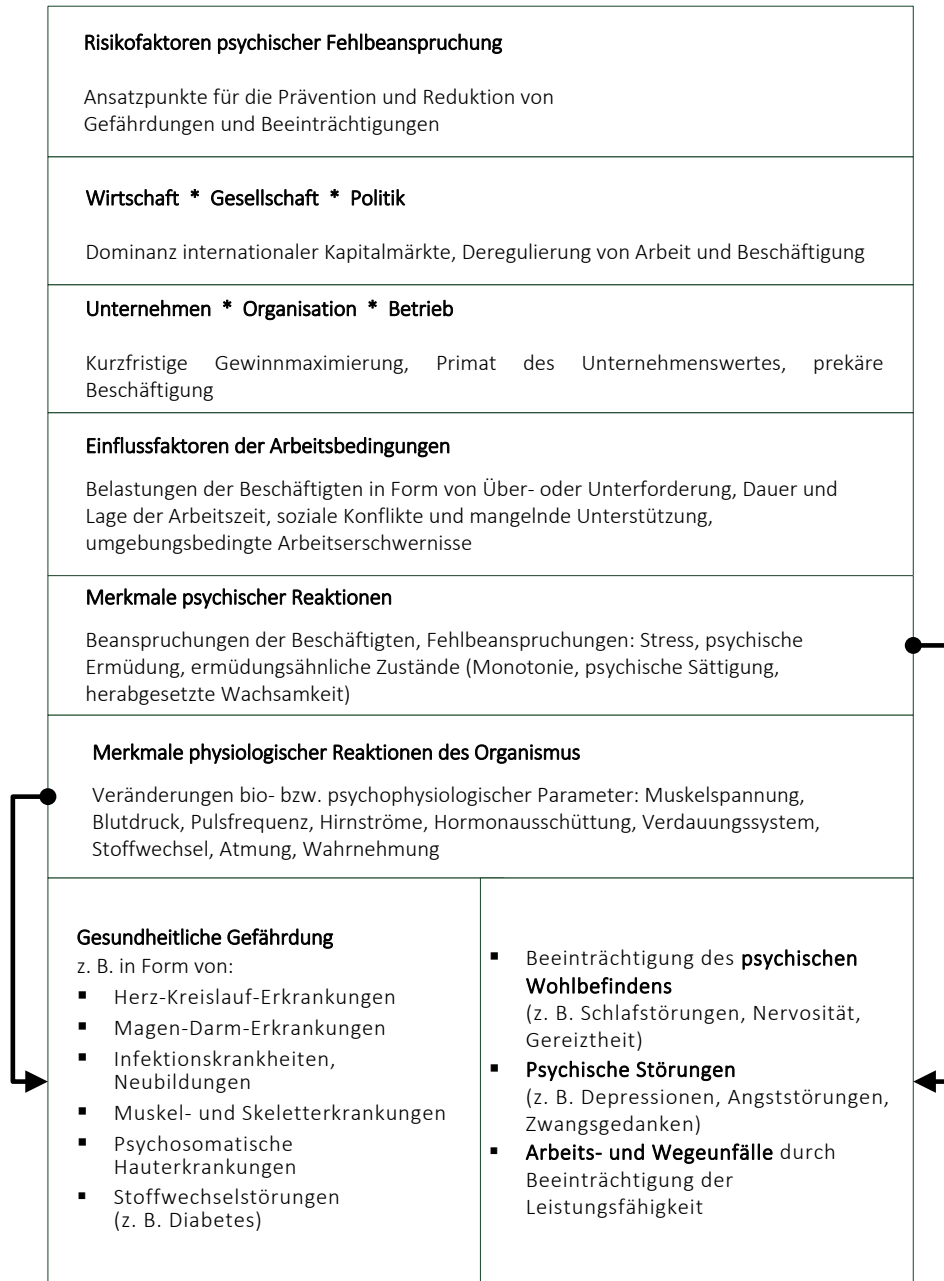


Abb. 3: Risikofaktoren für psychische Fehlbeanspruchung (Badura, 2010, S. 15)

In Anlehnung an die verschiedenen Untergliederungen relevanter Einflüsse aus Arbeitssituationen ordnet Badura (2010) Faktoren, die psychische Belastungen und Beanspruchungen verursachen oder ihnen vorbeugen, den folgenden fünf Bereichen zu: Arbeitsaufgaben und -inhalte, Arbeitsorganisation und Arbeitszeit, Arbeitsumgebung und Arbeitsplatz, soziale Beziehungen auf vertikaler und horizontaler Ebene und schließlich soziale Bedingungen des Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses. Diese Faktoren beinhalten sowohl Risiken psychischer Belastungen,

die zu Fehlbeanspruchungen der Mitarbeiter führen können, als auch Ressourcen (ebd.). Es hängt mit den persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten des Einzelnen zusammen, ob sich die Aufgabe als Anforderung oder Stressbelastung auswirkt (Joriko et al., 2008). Jeder Mensch ist individuell und so auch das Gemisch aus eigenen psychischen, körperlichen, genetischen und sozialen Voraussetzungen. Die Merkmale, Eigenschaften und Voraussetzungen eines Menschen sind entscheidend dafür, ob eine psychisch belastende Situation als Herausforderung oder Beeinträchtigung erlebt wird (Kölbach & Zapf, 2008). Udris et al. sprechen in diesem Zusammenhang von Ressourcen. Sie verstehen darunter Kompensations- und Schutzkomponenten, die es erlauben, trotz Risikofaktoren eigene Ziele zu verfolgen und unangenehme Einflüsse zu reduzieren (Udris, Kraft Muhheim, Mussmann & Riemann, 1992; Richter & Hacker, 2008). Ressourcen lassen sich in organisationale, soziale und personale unterscheiden.

Abb. 4 stellt die Klassifikation der Stressoren und Ressourcen dar:

Psychische Stressoren der Arbeitsaufgabe und der sozialen Situation am Arbeitsplatz	
<p>Psychische Stressoren der Arbeitsaufgabe und der Arbeitsorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsorganisatorische Probleme • Informationelle und Bewegungschwierigkeiten und Einschränkungen • Regulationsüberforderungen (zu hohe Komplexität, Variabilität) • Arbeitsunterbrechungen • Zu lange System-Response-Zeiten • Unsicherheit, Zielwidersprüche, unklare Ziele • Rollenkonflikte • Rollenambiguitäten • Qualitative Überforderung • Zeitdruck • Quantitative Arbeitsüberforderung • Rollenüberforderung • Konzentrationsnotwendigkeit • Kooperationseinschränkungen 	<p>Psychische Stressoren der sozialen Situation am Arbeitsplatz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen • Unfairness und ungerechtes Verhalten durch Vorgesetzte und Kollegen • Selbstwertbeeinträchtigendes Verhalten von Vorgesetzten und Kollegen • Gerüchte • Soziale Isolation, sozialer Ausschluss • Missbräuchliches Verhalten, Mobbing • Kooperationszwänge • Konflikte mit Kunden bzw. Klienten • Schwierige Kunden bzw. Klienten • Arrogante Kunden • Emotionale Dissonanz • Gratifikationskrisen • Statuskränkungen und Diskriminierung
Klassifikation von Ressourcen im Arbeitsprozess	
<p>Organisationale Ressourcen Grundlage: Gewährleistung von zeitlichen und inhaltlichen Freiheitsgraden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenvielfalt • Tätigkeitsspielraum • Qualifikationsnutzung • Lernmöglichkeiten • Partizipationsmöglichkeiten <p>Soziale Ressourcen Unterstützung durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzte • Arbeitskollegen • Lebenspartner • Andere Personen • Mitarbeiterorientierter Führungsstil 	<p>Personale Ressourcen Kognitive Kontrollüberzeugungen Handlungsmuster:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimismus • Zukunftsorientiertheit • Kohärenzerleben • Selbstwirksamkeit • Positive Selbstinstruktionen • Aktive und flexible Bewältigungsstile • Akkomodative Flexibilität • Selbstregulationsfähigkeit • Unterstützung der Erholungsfähigkeit

Abb. 4: Klassifikation Stressoren und Ressourcen (eigene Darstellung, modifiziert nach Zapf & Semmer, 2006)

Unter organisationalen Ressourcen werden situative Bedingungen verstanden, die dem handelnden Individuum Möglichkeit bieten, sich aufgrund von zeitlichen und inhaltlichen Freiheitsgraden individuell anzupassen und zu entwickeln. Soziale Ressourcen werden beschrieben als Quelle aus sozialer Unterstützung z.B. durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen und Familie. Bei personalen Ressourcen handelt es sich

um situationsübergreifende Handlungsmuster sowie kognitive Überzeugungssysteme der Person, zu denen Aspekte der Selbstorganisation und Einstellungen der Person zu Kontroll- und Einflussmöglichkeiten zählen.

Um die klinische Relevanz der aufgelisteten Stressoren und Ressourcen sowie psychischer Faktoren anhand von Morbiditätsraten nachzuweisen, ist noch weitere Forschung nötig. Der Effekt bestimmter Aufgabenmerkmale ist laut Hemigway und Marmot (1999) und Siegrist und Dragano (2008) gegenwärtig am besten für kardiovaskuläre Erkrankungen gesichert (Hemigway & Marmot, 1999; Siegrist & Dragano, 2008).

Mit dem Wissen um die Bedeutung von Ressourcen werden in dieser Arbeit die beiden Statusgruppen „Führungskräfte und Mitarbeiter“ untersucht. In der weiteren Ausführung wird sich auf folgende Annahmen gestützt:

- » *„Das psychische Befinden eines Menschen beeinflusst maßgeblich sein Beziehungs- und Arbeitsverhalten, seine Lebensqualität und Lebensdauer. [...] In der Arbeitswelt ist es die Aufgabe der Führungskräfte, für eine stressarme und zugleich stimulierende Arbeitsumgebung zu sorgen“*

(Badura, 2008, S. 7).

Im nächsten Abschnitt wird das Verständnis von Führung und Führungskraft skizziert, das dieser Arbeit zugrunde liegt.

3.1.5 Zum Verständnis der Begriffe „Führung“ und „Führungskraft“

Was ist Führung? Diese Frage eindeutig zu beantworten erscheint unmöglich angesichts der Vielzahl von Publikationen zu diesem Thema, die in der Auseinandersetzung damit zahlreiche unterschiedliche Definitionen von Führung entwickelt haben. Wunderer (2001, S. 272) zufolge wird Führung in der Literatur auf folgende unterschiedliche Weisen verstanden. Folgende Aufgabenbereiche und Facetten, die nebeneinander bestehen, werden genannt:

- Persönlichkeit des Führers;
- Fähigkeit, bei anderen ein Einverständnis zu erreichen;
- Handlung oder Verhalten, Ausübung von Einfluss;
- eine Form der Überredung;
- Machtbeziehung;

- Ergebnis einer Interaktion;
- Instrument der Zielerreichung;
- Mittelpunkt von Gruppenprozessen;
- Initiierung von Strukturen.

Diese unterschiedlichen Dimensionen verdeutlichen die Schwierigkeit, zu einer einheitlichen Definition von Führung zu gelangen. Wunderer selbst definiert sie als

» „[...] *ziel- und ergebnisorientierte, wechselseitige und aktivierende, soziale Beeinflussung zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in und mit einer strukturierten Arbeitssituation*“ (Wunderer, 2001, S. 4).

Danach besteht Führung immer aus drei Elementen: einem, der führt, einem oder mehreren Geführten und einer Organisation mit einer gemeinsamen Aufgabe bzw. einem gemeinsamen Erfolg, der Führender und Geführte angehören. In einem etwas umfassenderen Sinne versteht Staehle unter Führung im Sinne von Personalführung (1994, S. 308) eine „Beeinflussung der Einstellung und des Verhaltens von Einzelpersonen sowie der Interaktionen in und zwischen Gruppen, mit dem Zweck, bestimmte Ziele zu erreichen“.

Führung kann aber auch im Sinne von Unternehmensführung verstanden werden. In dem Fall hat sie „die Aufgabe, den Prozess der betrieblichen Leistungserstellung und -verwertung so zu gestalten, dass das (die) Unternehmensziel(e) auf höchstmöglichem Niveau erreicht wird (werden)“ (Wöhe, 2005, S. 62). Im Allgemeinen setzt sich ein Unternehmen aus mehreren Teilbereichen zusammen, und die Menschen, die in diesen Bereichen arbeiten, erfüllen unterschiedliche Aufgaben, sind mit unterschiedlichen Situationen konfrontiert und verfolgen zum Teil auch unterschiedliche Ziele. Damit das Unternehmen als Ganzes seine Aufgaben erfolgreich lösen und seine Ziele bestmöglich erreichen kann, muss das Handeln der verschiedenen Bereiche koordiniert werden. Die daraus resultierende Koordinationsfunktion bezieht sich einerseits darauf, alle Beschäftigten im Unternehmen auf ein gemeinsames Ziel auszurichten, andererseits darauf, ihr tägliches Handeln so aufeinander abzustimmen, dass sie ihre Aufgaben zweckmäßig und effizient erfüllen. Im Vordergrund steht hierbei, dass betriebliche Entscheidungen nicht isoliert, sondern aufeinander abgestimmt getroffen werden (Hungenberg & Wulf, 2007, S. 21;

Wöhe, 2005, S. 58). In dieser Arbeit soll Führung sowohl im Sinne von Unternehmensführung als auch als Mitarbeiterführung verstanden betrachtet werden.

Wie ist vor diesem Hintergrund der Begriff „Führungskraft“ zu definieren? Auch diese Frage lässt sich nicht allgemeingültig beantworten. Der Überblick über die unterschiedlichen Aufgabenbereiche und Facetten einer Führungskraft (siehe oben, Wunderer, 2001) zeigt die Definitionsproblematik.

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird unter Führungskraft eine Person verstanden, die eine leitende Stelle in einer Organisation besetzt. Für eine solche Leitungspolition sind in der Regel Qualifikation und Berufserfahrung entscheidend. Dabei wird unterschieden zwischen oberem Management oder Topmanagement und mittlerer Führungsebene. Laut Walgenbach (1994, S. 8) sind „Unterschiede zwischen Hierarchieebenen in erster Linie an den Bedingungen, unter denen Entscheidungen getroffen werden, und der Tragweite von Entscheidungen festzumachen“. Üblich ist eine Differenzierung in untere, mittlere und obere Führungskräfte.

Administrative Umsetzungsentscheidungen werden auf der mittleren Führungsebene gefällt. Sie dienen insbesondere dazu, die Ziele im jeweiligen Bereich zu erreichen. Hofstetter (1988, S. 83) bezeichnet die Aufgaben von Führungskräften auf der mittleren Ebene, die aus der Delegation von Zuständigkeiten der oberen Führungsebene resultieren, als „derivative“ Leitungsaufgaben. Walgenbach zufolge hat diese Führungsebene vor allem die Funktion, „die zentralen Arbeitsprozesse gegenüber internen Störungen abzusichern“ (Walgenbach, 1994, S. 231), was sich auf deren Gesundheit negativ auswirken kann.

Die Art und Weise, wie geführt wird, hat erhebliche Auswirkungen darauf, wie die Mitarbeiter im Alltag ihren Arbeitsplatz erleben, und damit auf ihre Gesundheit. Führungskräfte sind zwar auch „nur“ Menschen, aber sie sind Menschen, denen andere folgen (müssen). Für diese tragen sie Verantwortung, und dafür werden sie bezahlt. Um diesem hohen Anspruch gerecht werden zu können, brauchen Führungskräfte – und zwar auf jeder Führungsebene – Know-how und Do-How: Sie müssen wissen, wie sie andere dazu bringen können, ihnen zu folgen, und das müssen sie umsetzen. Führung – verstanden als gelingende Koordination und Kooperation von Menschen innerhalb einer Organisation – erfordert Mitarbeiterorien-

terierung, soziale Kompetenz, die Fähigkeit zur Diagnose und Bewältigung von Problemen an der Mensch-Mensch-Schnittstelle (O'Toole & Lalwer, 2006; Goleman et al., 2003, zitiert nach Badura, 2008, S. 18 ff.).

Mit Bezug auf dieses Führungsverständnis hebt Malik (1993, S. 61) hervor, dass das wesentliche Merkmal einer kompetenten und maßgebenden Führungskraft Verantwortungsbewusstsein sei, und zwar sowohl in Bezug auf die eigene Gesundheit als auch auf die der ihr anvertrauten Mitarbeiter.

In der vorliegenden Arbeit, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Gesundheit befasst, wird ein Verständnis von Führungskraft zugrunde gelegt, das sich auf den Aspekt der Personalverantwortung⁷ stützt. Entsprechend werden zur Statusgruppe „Führungskräfte“ Befragte aus dem unteren und mittleren Management gezählt, die in ihrer Organisation Verantwortung für Mitarbeiter tragen, d.h. weisungsbefugt sind und anderen hierarchisch übergeordnet sind, selbst aber auch direkte Vorgesetzte haben. Die Zahl der Mitarbeiter, die sie führen, spielt dabei keine Rolle.

Im Folgenden werden zwei Forschungsansätze vorgestellt, die den Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit untersuchen.

3.2 Die Whitehall-Studien

Die britischen Whitehall-Studien (Studie I ab 1967⁸ und Studie II ab 1985) bilden einen Meilenstein in der Erforschung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. Ausgehend von der Beobachtung, dass Todesfälle durch Herzinfarkt in den 1960er Jahren zugenommen hatten, wurde eine Kohortenstudie im Londoner Regierungsviertel Whitehall geplant. Anhand der Untersuchung zu Beschäftigten im öffentlichen Dienst konnte ein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Erkrankungsrisiko belegt werden (Marmot 2005). Seit 1985 führen Michael Marmot und seine Kollegen eine Anschlussstudie durch, die unter dem

⁷ Vgl. Kapitel 3.5, Tab. 14 zur Darstellung berufsspezifischer Merkmale von „Führungsverantwortung“.

⁸ In den 1970er Jahren gab es nur eine kleine Gruppe von Forschern, die die auf William Farr zurückgehende britische Tradition aus dem 19. Jahrhundert fortsetzte, soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu untersuchen.

Namen „Whitehall II“ bekannt ist. In Längsschnittanalysen von Forschungsdaten aus einem Zeitraum von über 15 Jahren haben sie eine inverse Beziehung zwischen sozioökonomischer Lage und validierter koronarer Herz-Kreislauf-Erkrankung, Diabetes und dem metabolischen Syndrom bestätigt.

Die Whitehall-Studien fokussieren vor allem den Faktor des beruflichen Status und konzentrierten sich zunächst darauf, seine Zusammenhänge mit physiologischen Erkrankungen zu erforschen. Andere Faktoren wie z.B. Führungsqualität, Kommunikation und Organisationskultur, die für die psychische Gesundheit ebenfalls große Bedeutung haben, blieben im Untersuchungsdesign zu Beginn weitgehend unberücksichtigt. Erst in späteren Phasen der Whitehall-Studien (Phase 7 und 9)⁹ wurden diese Aspekte zunehmend in das schriftliche Analyseinstrument integriert.¹⁰

3.2.1 Die Whitehall I Studie

Ausgangspunkt der ursprünglichen Whitehall-Forschung war das sogenannte Risikofaktorenmodell, welches dazu dient, das individuelle Risiko für verschiedene Erkrankungen auf der Basis bestimmter Prognose-Scores¹¹ zu erklären. Donald Reid und Geoffrey Rose richteten in den 1960er Jahren diese erste Whitehall-Studie ein, die als eine Art britische Framingham¹² galt. Die Entwicklung dieses Modells war unter anderem eine Reaktion auf Veränderungen im Erkrankungsgeschehen in den

⁹ Das Erhebungsinstrument der Whitehall II Studie für die Phasen 1 bis 9 wird in Kapitel 3.3.2 ausführlich dargestellt. Die Tab. 5 bis 8 in Kapitel 3.3.2 enthalten Informationen zu einzelnen Bereichen und Konstrukten.

¹⁰ Siehe dazu ausführlich Kapitel 3.3.2.

¹¹ Prognose Scores dienen der Ermittlung und Klassifikation der Höhe des gesundheitlichen Gesamtrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Vgl. u.a. PROCAM-Studie (Assmann et al. 2002, p 312)

¹² Framingham: In der Framingham Heart Study untersuchten Epidemiologen unterschiedliche Risikofaktoren für verschiedene Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dafür wurden im Jahre 1948 5127 männliche und weibliche Einwohner der Stadt Framingham im US-amerikanischen Bundesstaat Massachusetts in eine Kohortenstudie eingeschlossen. Wichtige Erkenntnisse über Herz-Kreislauf-Risikofaktoren dieser Untersuchung sind u.a., dass körperliche Bewegung vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen schützt, Bluthochdruck-Patienten ein höheres Risiko für Herzinfarkt aufweisen, Übergewicht die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigt und Rauchen sowie häufiger Alkoholkonsum das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen (vgl. www.framinghamstudy.org/)

westlichen Industrieländern¹³. Seit dem 20. Jahrhunderts hatte sich gezeigt, dass das hauptsächliche Gesundheitsproblem nicht mehr Infektionskrankheiten sind, sondern chronisch-degenerative Erkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselkrankheiten (Siegrist, 1995, S. 44). Bestimmte Faktoren, die vermehrt zugleich mit einer Krankheit auftraten, wurden mit dieser in Verbindung gebracht. Das Risikofaktorenmodell macht deutlich, dass bestimmte Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die untersuchte Krankheit auftritt, dass jedoch umgekehrt die Krankheit nicht zwangsläufig auftritt, auch wenn ein Risikofaktor vorliegt (Franke, 2012, S. 137-140). Risikofaktoren sind per definitionem Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung erhöhen (Klemperer, 2010, S. 103). Neben der Harvard-Alumni-Studie (1962), der PROCAM-Studie (1979) und der MONICA-Studie (ab 1984) war es vor allem die Whitehall-Studie (ab 1967), die sich mit der Suche nach weiteren Risikofaktoren befasste. Deren Ergebnisse haben gezeigt, dass koronare Herzerkrankungen in der Bevölkerung ungleichmäßig verteilt sind und einem sogenannten Schichtgradienten¹⁴ folgen (Marmot et al., 1984; Marmot & Wilkonson, 2006). Diese Studie belegte auch eindrucksvoll, dass in das Risikofaktorenmodell psychosoziale Faktoren integriert werden müssen.

Die Kohorte der Whitehall I Studie setzte sich aus allen 18.000 männlichen Angestellten zusammen, die zu jener Zeit dem stratifizierten und hierarchisch aufgebauten „British Civil Service“ (britisches Beamtensystem) angehörten. Diese Population beinhaltete weder extrem reiche noch besonders arme Menschen. Neben angenommenen und später belegten klassischen Risikofaktoren für Herzinfarkt wie Rauchen, Bluthochdruck und Bewegungsmangel wurden in der Studie auch sozio-ökonomische Faktoren wie Einkommen und beruflicher Status erhoben.

¹³ Vgl. auch Reid, D. D., Brett, G.Z., Hamilton, P. J., Jarrett, R. J., Keen, H. & Rose, G. (1974). Cardiorespiratory disease and diabetes among middle aged male civil servants. *Lancet* 1974: 1, S. 469-73.

¹⁴ Der soziale Gradient oder auch Schichtgradient ist so zu verstehen, dass ein geringes Einkommen, eine niedrige berufliche Position oder eine geringe Bildung die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens der Erkrankung bzw. eines frühzeitigen Todes erhöht (Badura et al., 2010).

Die Whitehall I Studie kam zu dem Ergebnis, dass Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status (wie z.B. Pförtner) mehr und stärker ausgeprägte Risikofaktoren für einen Herzinfarkt haben als höhergestellte Beamte. Das gleiche Resultat brachte die Untersuchung über einen Zeitraum von 10 Jahren für andere Erkrankungen und Todesfälle.

Mit der Studie wurde also ein sozialer Gradient nachgewiesen: Das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, steigt mit sinkendem Einkommen und geringerem Status; Michael Marmot (2005; 2010) bezeichnet dieses Phänomen als „Status-Syndrom“. Bei Personen, die in der untersuchten Population weit unten in der Berufshierarchie standen (wie z.B. Pförtner), war das Sterberisiko fast dreimal so hoch wie bei Angestellten mit einer hoch qualifizierten Tätigkeit (wie z.B. Administratoren, Sachverwalter) (Marmot et al., 1984). Da spätere sozialepidemiologische Studien zu ähnlichen Beobachtungen kommen und das britische Beamtensystem Gemeinsamkeiten mit anderen hierarchisch aufgebauten Organisationen aufweist, wird in der Literatur folgendermaßen verallgemeinert: In Industrieländern ist für gesellschaftlich und wirtschaftlich schlechter gestellte Menschen kennzeichnend, dass sie sich ungesünder ernähren und weniger körperlich aktiv sind als besser gestellte Menschen. Das erhöhte Herzinfarktrisiko sozioökonomisch benachteiligter Gruppen wird also auf eine unterschiedliche Prävalenz der klassischen Risikofaktoren zurückgeführt. Die Ergebnisse der Whitehall-Studien zeigen jedoch, dass sich das unterschiedliche Risiko, an einem Herzinfarkt zu erkranken oder zu sterben, nur zu einem Teil mit Unterschieden in den klassischen Risikofaktoren erklären lässt. Wenn Unterschiede beim Rauchen und anderen Risikofaktoren kontrolliert werden, d.h. eine rechnerische Kompensation der unterschiedlichen Prävalenz in den sozioökonomischen Gruppen vorgenommen wurde, kann aber nur weniger als die Hälfte des Mortalitätsunterschiedes erklärt werden (Rose & Marmot, 1981, pp 13-19). Das bedeutet, dass ein niedriger sozioökonomischer Status ein eigenständiger Risikofaktor für Herzinfarkt und dadurch bedingten Tod wie auch für viele andere Erkrankungen ist (Marmot et al., 1984; Marmot, 2005).

Seit 1985 wird nun unter der Leitung von Michael Marmot die Anschlussstudie „Whitehall II“ durchgeführt. Deren primäres Ziel war zunächst, Hypothesen zu testen, die sich aus der ersten Studie ergeben hatten, und Erklärungsansätze für den

sozialen Gradienten in der Gesundheit zu entwickeln. Im nächsten Kapitel werden der theoretischen Rahmen und die Datengrundlage der Untersuchung skizziert und die sukzessive Erweiterung des Analyseinstruments beschrieben; anschließend werden die wichtigsten Forschungsergebnisse präsentiert.

3.2.2 Die Whitehall II Studie

Die Whitehall II Studie begann 1985 als Langzeitstudie, um die Beziehungen zwischen sozioökonomischem Status, Stress und Herz-Kreislauf-Erkrankungen genauer zu ergründen. Sie sollte Antworten auf die Frage bringen, wie sich in einer Alterskohorte frühere und aktuelle Umstände auf die Gesundheit und die Lebensqualität auswirken. Dafür wurden 10.308 Teilnehmer im Alter von 35-55 Jahren rekrutiert, die im „British Civil Service“ arbeiteten; die Kohorte umfasste 3.413 Frauen und 6.895 Männer. Nach der ersten Erhebungswelle wurden für die Kohorte alle zwei bis fünf Jahre klinische Daten erhoben und Fragebögen versendet; dabei konnten hohe Rücklaufquoten erzielt werden (vgl. Tab. 4). Um weitere Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen, biologischen, psychosozialen und verhaltensbedingten Faktoren im Alterungsprozess zu ergründen und darüber hinaus wichtige Faktoren für ein späteres Auftreten von Phänomenen wie Depressionen, Abnahme kognitiver Fähigkeiten, chronischer Krankheit oder Beeinträchtigung der körperlichen Funktionsfähigkeit zu identifizieren, wird die Datensammlung bis 2030 fortgesetzt.

Aufgrund der Vielfalt möglicher Risikofaktoren wurden in das Erhebungsinstrument der Whitehall II Studie zahlreiche neue Items implementiert, von klar bestimmbar Merkmalen wie den unabänderlichen Faktoren Alter, Geschlecht, genetische Veranlagung über verhaltens-, lebensstil- und persönlichkeitsgebundene Faktoren bis hin zu komplexen Umweltfaktoren wie den sozialen Bedingungen. In den vergangenen Jahren hat sich die Forschung auf biologisch-organische Risikofaktoren konzentriert und auf solche, die im Verhalten des Einzelnen verortet werden. Komplexen Faktoren wie den Lebens- und Arbeitsbedingungen wurde dagegen noch wenig Beachtung geschenkt. Dieser stark biomedizinisch geprägte Ansatz hat zwar u.a. dazu beigetragen, dass eine Reihe biologischer, verhaltensbedingter und umweltbedingter Risikofaktoren identifiziert wurden. Er konnte jedoch kein

umfassendes Verständnis dieser Faktoren und ihrer Zusammenhänge stiften, das eine Veränderung ungünstiger/gesundheitsnegativer Verhaltensweisen bewirken könnte (Hehlmann, 2010). Dafür sind nach Schwarzer (2004) vermutlich Modelle nötig, die vor allem personenbezogene Einflussgrößen in die Beschreibung von Wirkmechanismen einbeziehen. Ein soziologischer Ansatz berücksichtigt neben verhaltenswissenschaftlichen und biomedizinischen Erkenntnissen auch, dass das Verhalten nicht losgelöst von der jeweiligen sozialen Situation betrachtet werden kann, in der es sich ereignet, und dass es sich erst durch soziale Beziehungen zu anderen Menschen entwickelt hat; daher kann es nicht losgelöst von Lebensbedingungen, sozialen Normen und gemeinschaftlichen Verhaltenserwartungen analysiert werden. Soziale Unterstützung und die Pflege sozialer Beziehungen werden als zentrale Faktoren für das Entstehen und Überwinden von Krankheit angesehen (ebd., S. 91f.). Aus jahrzehntelangen Beobachtungen haben sich die Aspekte ergeben, die heute als sogenannte biomedizinische und verhaltensbedingte Risikofaktoren zusammengefasst werden (siehe dazu im Detail Tab. 3).

Tab. 3: Biomedizinische, verhaltensbedingte und umweltbedingte Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (in Anlehnung an Franzkowiak, 2011c, S. 480-482)

Biomedizinische Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alter und Geschlecht • familiäre (genetische) Disposition • erhöhte Cholesterinwerte • Bluthochdruck • Diabetes mellitus • Übergewicht
Verhaltensbedingte Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsmangel • Fehlernährung • Tabakkonsum
Umweltbedingte Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Isolation • belastende Arbeits- bzw. Familiensituation • geringe Bildungsmöglichkeiten • geringes Einkommen • geringer sozialer Status

Die folgenden Kapitel führen die Übersicht der Datenerhebung auf und wie das Analyseinstrument der Whitehall sukzessiv weiterentwickelt wurde.

3.2.3 Übersicht über die Datenerhebung

Die Abb. 5 gibt eine Übersicht über die Datenerhebung der Whitehall II Studie. Sie zeigt die wesentlichen Konstrukte und Parameter, die in dieser Längsschnittuntersuchung zum Einsatz gekommen sind. Neben einer Vielzahl von Persönlichkeitsmerkmalen wurden u.a. sozioökonomische und psychosoziale Faktoren, Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie biometrische Werte erhoben.

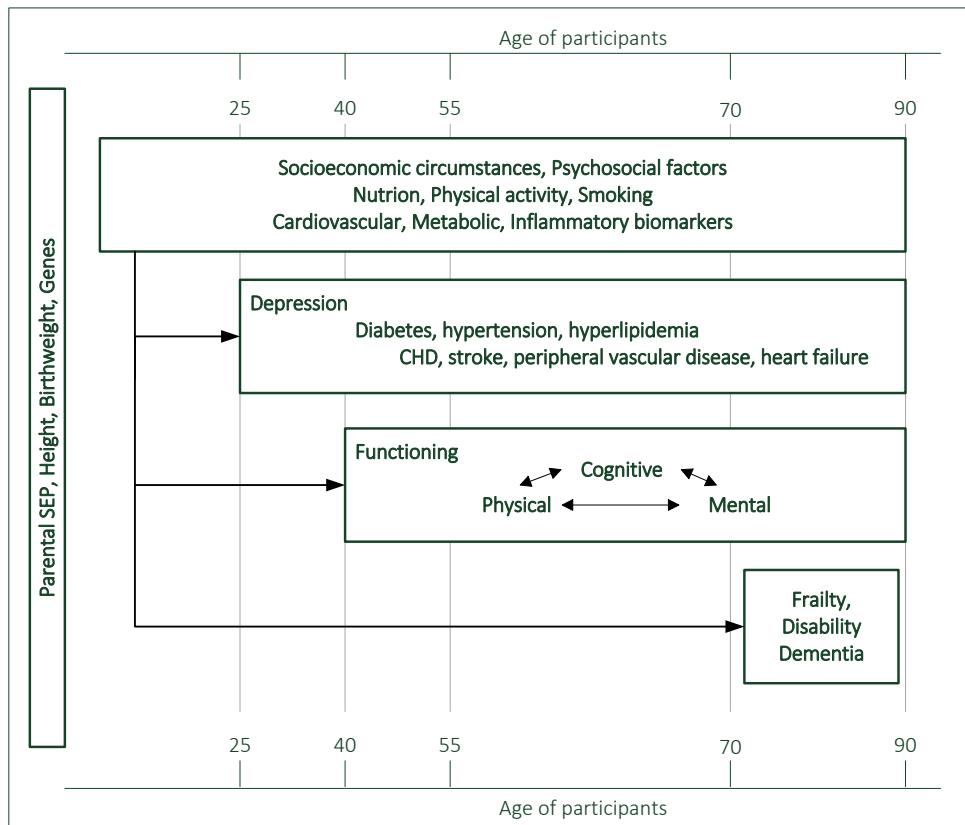


Abb. 5: Übersicht zur Datenerhebung der Whitehall-II-Studie (in Anlehnung an Marmot & Brunner, 2005)

Erfassung des Beschäftigungsgrads („Grade of employment“)

Alle Teilnehmer wurden gebeten, ihren Dienstgrad anzugeben. Auf der Grundlage der Gehaltsstufen im öffentlichen Dienst wurden in abnehmender Reihenfolge des Einkommens zwölf „non-industrial grades“ identifiziert. Diese bestehen aus sieben „unified grades“ (einheitliche Besoldungsgruppen) sowie den Graden „senior executive officer“ (SEO), „higher executive officer“ (HEO), „executive officer“ (EO),

„clerical officer“ und „clerical assistant“ (Sachbearbeiter).¹⁵ Andere Berufsgruppen und Techniker werden im öffentlichen Dienst nach ihrem Gehalt einer dieser Klassen zugeordnet. Für die Analyse wurden die Befragten zu Gruppen zusammengefasst, daraus ergab sich eine Einteilung in insgesamt sechs Kategorien. Kategorie 1 stellt den höchsten Beschäftigtenstatus dar, Kategorie 6 den niedrigsten.

Schriftliche Befragung und Screening

Neben einem medizinischen Screening erhielten alle Probanden per Post einen selbst auszufüllenden Fragebogen, der ein breites Themenspektrum abdeckte. Darin wurden zusätzlich zu den üblichen kardiovaskulären Untersuchungen folgende Aspekte erfragt: Blutdruck, Cholesterinspiegel im Blut, Körpergröße, Gewicht und EKG. In den weiteren Erhebungsphasen wurden zum Beispiel Fragen zur Lungenfunktion, zur Ernährung, zur Überprüfung von Diabetes und zu Tests der geistigen Leistungsfähigkeit ergänzt.

Die Teilnehmer erhielten und erhalten die Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen, so dass sie bei festgestellten Anomalien ihre Hausärzte konsultieren können.

¹⁵ Category 1 = unified grades 1-6, 2 = unified grade 7, 3 = SEO, 4 = HEO, 5 = EO (and professional equivalents for categories 3-5), 6 = clerical officer/office support (vgl. Marmot et al., 1991, p 1388).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Daten, die in den verschiedenen Phasen der Whitehall II Studie jeweils erhoben wurden.

Tab. 4: Übersicht über die Daten der Whitehall II Studie (nach Marmot & Brunner, 2005, S. 253)

Phase	Jahr	Untersuchungsform	Stichprobe (sampling)
1	1985-1988	Screening (Untersuchung) + Fragebogen	10.308 nichtindustrielle Beamte aus 20 Abteilungen des öffentlichen Dienstes in London, rekrutiert im Jahr 1985 im Alter von 35-55 Jahren.
2	1989-1990	Fragebogen	8132 Teilnehmer
3	1991-1994	Screening (Untersuchung) + Fragebogen	8815 Teilnehmer
4	1995-1996	Fragebogen	8628 Teilnehmer
5	1997-1999	Screening (Untersuchung) + Fragebogen	7870 Teilnehmer
6	2001	Fragebogen	7355 Teilnehmer
7	2002-2004	Screening (Untersuchung) + Fragebogen	6967 Teilnehmer
8	2006-2007	Fragebogen	7173 Teilnehmer
9	2007-2009	Screening (Untersuchung) + Fragebogen	6761 Teilnehmer
10	2011	Screening (Untersuchung) + Fragebogen	277 (Pilot*)
11	2012-2013	Screening (Untersuchung) + Fragebogen	6381 Teilnehmer
12	2015-2016	Screening (Untersuchung) + Fragebogen	in Planung

Rücklaufquote

Obwohl die Rücklaufquote mit durchschnittlich knapp über 70 Prozent sehr hoch liegt, konnte über die Zeit ein gewisser Verlust an Teilnehmern verzeichnet werden. Tab. 4 zeigt den Teilnehmerverlust vom Studienbeginn über die Folgerhebungen bis heute. Verschiedene Maßnahmen wurden umgesetzt, um die Rücklaufquote zu erhöhen; so wurden etwa die Kontakte sorgfältiger gepflegt und ihre Qualität erhöht, in 5-Jahres-Intervallen freiwillige Gesundheits-Checks angeboten und an die Teilnehmer regelmäßig Informationen über die Studie verschickt.¹⁶

* Eine kleine Gruppe der Teilnehmer an der Whitehall II Studie wurde zufällig ausgewählt und eingeladen, zusätzlich an den Untersuchungen der Phase 10 teilzunehmen. Das Ziel war, die neuen Maßnahmen für Phase 11 zu testen, um sie erfolgreich einführen und steuern zu können.

¹⁶ Vgl. http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/Cohortprofile_1_.pdf.

Datenerhebung

Im Folgenden werden die Variablen, die bei der Datenerhebung abgefragt wurden, für die Phasen 1 bis 9 tabellarisch zusammengefasst.¹⁷

Tab. 5: Variablen des Fragebogens (z.T. mit deutscher Erläuterung) (Quelle: Department of Epidemiology & Public Health, 2014)¹⁸

Construct / scales
Family history
Family: health characteristics
Family: socioeconomic characteristics
Health
ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens)
Birth weight
CHD (angeborener Herzfehler)
Diabetes
General health
Hospital admissions (Krankheitsaufenthalte)
Longstanding illness
Medication
Stroke (Schlaganfall)
Women's health
Health behaviours
Diet
Drinking
Physical activity
Smoking

¹⁷ Die tabellarische Darstellung bezieht sich wie auch die Zusammenfassung der Ergebnisse nur auf die Phasen 1 bis 9 der Whitehall II Studie, weil aktuell nur für diese Publikationen verfügbar sind. Auf die jüngeren Phasen 10 und 11(12) wird darum nicht näher eingegangen.

¹⁸ Vgl. http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/W2_Data_Sharing_Policy.pdf.

Construct / scales	Phases / innovations
Personality, Mental Health & Well-being	
CASP ¹⁹ (Control, Autonomy, Self-realization and Pleasure/Messinstrument der Lebensqualität)	in phase 7 (since 2002)
CESD ²⁰ („Center for Epidemiologic Studies Depression“/Screening-Test für Depression und depressive Störungen)	phase 7 (2002-2004) and phase 9 (2007-2009)
GHQ ²¹ („General Health Questionnaire“/Instrument zur Erfassung der psychischen Gesundheit)	throughout all phases
Life events	only in phase 1 (1985-1988) and phase 2 (1989-1990)
Psychological states	focus in phases 1-3
Satisfaction	
SF-36 ²² (Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	in phase 3 (since 1991)
Traits (Persönlichkeitsfragebogen)	focus in phases 1, 3 and 5
Psychosocial / Socio-economic characteristics	
Education	some items in phase 1; focus in phase 5
Employment status (grade)	focus in phases 1 and 5
Retirement (Ruhestand)	only phases 5 and 7
Sickness absence (Fehlzeiten/Krankenstand)	only phase 3
Social activities	focus in phases 1, 5, 7, 8 and 9
Social support	throughout all phases, considerably in phase 1 (regardless of phase 4 and 6)
Socio-economic characteristics (sozioökonomische Merkmale)	throughout all phases focus in phase 5

¹⁹ CASP steht für ein Maß von Lebensqualität im Alter, das aus den Konstrukten Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Vergnügen (CASP) gebildet wird und über die subjektive Lebensqualität im späteren Leben Auskunft gibt (Hyde et al., 2003).

²⁰ Die CESD-Skala ist ein Screening-Test für Depressionen und depressive Störungen. Sie misst Symptome, die von der American Psychiatric Association als eine depressive Episode diagnostiziert werden. Die CESD-Skala besteht aus neun Symptomgruppen: Traurigkeit (Dysphorie); Loss of Interest (Anhedonia); Appetite; Schlaf; Thinking / Konzentration; Guilt (Wertlosigkeit); Müde (Ermüdung); Bewegung (Agitation) und Suizidgedanken (<http://cesd-r.com/about-cesdr/>; Radloff, 1977).

²¹ Der GHQ ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der das psychische Befinden und den aktuellen Gesundheitszustand einer Person in den vergangenen Wochen im Vergleich zu seiner normalen Situation erfasst (Papassotiropoulos et al., 1997; Schmitz et al., 1999).

²² Der SF-36-Fragebogen ist ein Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er besteht aus 36 Items und erfasst acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit, die sich den Grunddimensionen Körperliche und Psychische Gesundheit zuordnen lassen: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Mit einem Einzelitem wird zusätzlich der aktuelle Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr erfragt (Bullinger & Kirchberger, 1998; Ware et al., 1992; Kagee et al., 2001).

Construct / scales	Phases / innovations
Work ²³	focus in phases 1, 3, 5 and 7

Die in Tab. 6 aufgeführten Daten wurden in den Phasen 3, 5, 7 und 9 abgefragt.

Tab. 6: Selbstbericht über Ernährungsgewohnheiten

Food frequency questionnaire (available from phases 3, 5, 7, 9)
Three-Factor Eating Questionnaire (Fragebogen zur Häufigkeit der Nahrungsaufnahme) (available from phase 5)
Body Image Questionnaire (Körperwahrnehmungsfragebogen, Erhebung der Dimensionen Wahrnehmung, Gefühle und Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper) (available from phase 5)

Klinische Untersuchungsdaten wurden in den Phasen 1, 3, 5, 7 und 9 erhoben (Tab. 7).

Tab. 7: Klinische Untersuchungen

Construct / scales
Anthropometry
Blood analysis
Biomarkers
Blood cells count
Carbohydrate metabolism
Lipids
Vitamins
Cardiovascular measures
Blood pressure
Carbohydrate metabolism, lipids
ECG (Electrocardiogram – EKG)
HRV („heart rate variability“ – Messung der Herzfrequenzvariabilität)
Pulse Wave Velocity (Maß für die Gefäßeigenschaften/-steifheit)
Cognitive function
AH4 (Alice Heim 4-I, Test zum induktiven Denken), Mill Hill (Vokabeltest, der Wortbedeutungen erfasst), memory, verbal fluency
Mini Mental State Examination (MMSE – Test zur Demenzerkennung)
Cortisol
Physical functioning
Balance
Chair Rises (Test zur Leistung der Beinmuskulatur)

²³ Das Konstrukt „work“ wird u.a. durch folgende Bereiche bestimmt: attitude, changes, clarity, description, difficulties, involvement, office, position, probs, recognition, satisfaction, work/family.

Construct / scales
Finger Tapping Test
Grip Strength (Leistungstest für die Handmuskulatur)
Lung function
Walking speed

Die Daten über Krankenhausbehandlungen und -aufenthalte wurden durch Befragung der Ärzte und Krankenhäuser überprüft. Aspekte von Prävalenz und Inzidenz sowie Personenjahre²⁴ wurden bis zur Phase 9 dokumentiert. Tab.8 führt die erhobenen Untersuchungen zu Krebs- und Schlaganfallerkrankungen auf.

Tab. 8: Untersuchungen zu Krebs- und Schlaganfallerkrankungen

Cancer
CHD („critical congenital heart disease“ – kongenitaler Herzfehler)
Non-fatal MI (nicht tödlicher Herzinfarkt)
Fatal CHD (tödlicher Herzinfarkt)
CHD (koronare Herzerkrankungen)
CHD (excluding Rose Angina)
Angina (Enge/Beklemmung)
Stroke (Schlaganfall)
All Stroke
Haemorrhagic Stroke (akute Hirnblutung)
Ischaemic Stroke (Ischämie = plötzliche Minderdurchblutung des Gehirns)
TIA (Transitorische ischämische Attacke = Durchblutungsstörung des Gehirns)

Zusätzlich werden „Environmental Data“ und „Genetic Data“ erhoben, die jedoch aufgrund des Kernthemas der vorliegenden Arbeit hier nicht weiter betrachtet werden.

3.2.4 Zentrale Ergebnisse der Whitehall II Studie

Die Kernergebnisse der Whitehall II Studie werden nach folgenden Themen unterteilt dargestellt: 1. soziales Gefälle, 2. Anforderungen und Kontrolle am Arbeits-

²⁴ Der Begriff „Personenjahre“ wird verwendet, um die durchschnittliche Erkrankungsrate zu ermitteln. Er bezeichnet die Dauer der Zeit, in der jedes Individuum tatsächlich unter dem Risiko stand, zu erkranken, und beobachtet werden konnte. Diese Personenjahre werden für die gesamte untersuchte Gruppe aufsummiert; das sind die Jahre, die die Studienteilnehmer zur Kohortenstudie beitragen.

platz, 3. (Soziale) Unterstützung am Arbeitsplatz, 4. Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung, 5. Arbeitsplatzunsicherheit, 6. Organisatorische Veränderungen, 7. Gesundheitsverhalten, 8. Soziales Umfeld, 9. Schnittstelle Arbeit- und Privatleben, 10. Ruhestand.²⁵

1. Soziales Gefälle

Die Whitehall-Studie I hatte die Sterblichkeitsrate von Angestellten auf verschiedenen Ebenen des britischen öffentlichen Dienstes verglichen und festgestellt, dass die Lebenserwartung mit dem Hierarchiestatus der Beschäftigten steigt. Zwanzig Jahre nach der Whitehall I Studie dokumentiert die Whitehall II Studie einen ähnlichen Gradienten der Morbidität. Darüber hinaus belegt sie ein deutliches soziales Gefälle bei einer ganzen Reihe verschiedener Krankheiten, z.B. Herz-erkrankungen, einigen Krebsarten, chronischen Lungenerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Depressionen, Rückenschmerzen und allgemeinem Unwohlsein, sowie beim Krankenstand allgemein und sogar bei Selbstmord.

Das Hauptanliegen dieser Studien und zugleich die große Herausforderung war, die Ursachen dieser sozialen Verteilung zu verstehen. Denn der soziale Gradient in der Gesundheit beschränkt sich nicht auf den britischen öffentlichen Dienst; vielmehr wurde dieses Phänomen überall auf der Welt festgestellt, wo entsprechende Daten erhoben und untersucht wurden. Bei den ärmsten Menschen ist grundsätzlich der Gesundheitszustand am schlechtesten und die Mortalitätsrate am höchsten, während Menschen in mittleren Einkommensgruppen in dieser Hinsicht zwischen denen der niedrigsten Einkommensgruppen und denen an der Spitze liegen. Warum das so ist, dafür haben die Whitehall-Studien folgenden Erklärungsansatz gefunden: Es gibt einen sozialen Gradienten bei Rauchen, mangelnder körperlicher Aktivität und Fettleibigkeit (Marmot et al., 1991; McDonough et al., 1997; Van Rossum et al., 2000). Diese Aspekte des Lebensstils und die damit verbundenen physischen Werte wie Plasma-Cholesterin und Blutdruck sind für etwa ein Viertel des sozialen Gradienten verantwortlich. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse der Whitehall II Studie darauf hin, dass die Art und Weise, wie die Arbeit organisiert

²⁵ Dies entspricht der Unterteilung in der englischen Veröffentlichung „Work Stress Health – the Whitehall II study“ (Department of Epidemiology and Public Health, 2004).

ist, die persönliche Wahrnehmung des Arbeitsklimas, soziale Einflüsse außerhalb der Arbeit und die Vergangenheit ebenfalls zum sozialen Gradienten in der Gesundheit beitragen (Marmot et al., 1984). Um die Ungleichheiten in der Gesundheit zu verstehen, müssen also sowohl das Gesundheitsverhalten der Menschen als auch ihr soziales Umfeld und die Arbeitsorganisation betrachtet werden. Ein Verständnis dieser Zusammenhänge ist auch notwendig, um die Rahmenbedingungen zu verbessern, unter denen Menschen leben und arbeiten.

2. Anforderungen und Kontrolle am Arbeitsplatz

Spannungen im Arbeitsbereich erhöhen das Risiko von Erkrankungen. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass ein anstrengender Job mit hoher Verantwortung und mit einem hohen Maß an Druck und Stress einhergeht. Die Forschungsergebnisse der Whitehall II Studie zeigen jedoch, dass dies nicht generalisiert werden kann. Stress am Arbeitsplatz entsteht vielmehr durch ein Ungleichgewicht zwischen den psychologischen Anforderungen auf der einen und dem Grad der Kontrolle über die Arbeit auf der anderen Seite. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko ergibt sich aus der Kombination von hohen quantitativen Anforderungen und geringer Steuerungsmöglichkeit. Die Whitehall II Studie arbeitet heraus, dass eine Person umso weniger Kontrolle über ihre Arbeit ausüben kann, je niedriger ihr Beschäftigungsgrad ist. Menschen auf Arbeitsplätzen mit geringer Kontrollmöglichkeit haben höhere Abwesenheiten und leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen, Herzerkrankungen und Schmerzen im unteren Rücken. Die Studie zeigt auch, dass der Zusammenhang zwischen niedriger Steuerungsmöglichkeit und einem erhöhten Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht von persönlichen Merkmalen des Individuums abhängt. Das bedeutet, dass die Art und Weise, wie die Arbeit organisiert ist, und die Möglichkeiten, dies zu steuern, größeren Einfluss nehmen. Geringe Kontrolle über die Arbeitsprozesse hat großen Einfluss auf das soziale Gefälle und damit auch auf geistige und körperliche Erkrankungen. Diese Konzeptualisie-

Die Entwicklung von Arbeitsstress wurde zuerst von Robert Karasek und Tores Theorell entwickelt und ist unter dem Namen „Karasek-Modell“ oder „Demand-Control-Modell“²⁶ bekannt (Karasek & Theorell, 1990; Stansfeld & Marmot, 2002). Die Beobachtung, dass die Kombination von hohen Anforderungen und niedriger Kontrollmöglichkeit eine schlechte Gesundheit erwartbar macht (Marmot et al., 1997; North et al., 1996), wird von zahlreichen Studien insbesondere in den Vereinigten Staaten und Schweden gestützt.

3. (Soziale) Unterstützung am Arbeitsplatz

Neben den Auswirkungen von hohen Arbeitsanforderungen in Kombination mit geringer Kontrolle über die Arbeitsbedingungen, die im vorigen Abschnitt beschrieben wurden, hat sich auch fehlende Unterstützung durch Arbeitskollegen und Vorgesetzte als ein stressauslösender Faktor erwiesen, während eine unterstützende Arbeitsumgebung die Gesundheit verbessert. Ein solches Arbeitsumfeld zeichnet sich z.B. dadurch aus, dass Kollegen und Vorgesetzte ansprechbar sind, sich Zeit nehmen, die Bereitschaft zeigen (Arbeitsplatz-)Probleme anzusprechen und dass

²⁶ Das Demand-Control-Modell („Anforderungs-Kontroll-Modell“) setzte zunächst bei der Beschreibung psychischer Anforderungen zwei Dimensionen in den Mittelpunkt: die erlebten Arbeitsanforderungen bzw. die erlebte Arbeitsintensität und den erlebten Tätigkeits- bzw. Kontrollspielraum (vgl. Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Diese Dimensionen wurden später durch die soziale Unterstützung erweitert. Arbeitsanforderungen umfassen Zeitdruck, Komplexität und Schwierigkeit der Arbeitsaufgaben. Der Tätigkeitsspielraum umfasste zunächst den Entscheidungsspielraum („decision authority“) und die Qualifikationsnutzung („skill discretion“). Karasek kombinierte diese Dimensionen in einer 2x2-Matrix. Diese dichotome Klassifikation fand später ihre Erweiterung durch die soziale Unterstützung. „Low strain jobs“, unterfordernde Tätigkeiten, sind gekennzeichnet durch niedrige Anforderungen und geringe Spielräume, „high strain jobs“, hoch beanspruchende Tätigkeiten weisen die Risikokombination von hohen Anforderungen (z.B. Zeitdruck, Schwierigkeit) bei fehlenden Tätigkeitsspielräumen (z.B. taktgebundene Arbeit, fehlende Entscheidungsbefugnisse) auf. Entscheidend ist die Wechselwirkungsvarianz in diesem Modell. D.h., dass aktive Tätigkeiten trotz hoher Arbeitsanforderungen nicht mit Gesundheitsrisiken verbunden sind, wenn gleichzeitig die Arbeitsorganisation ausreichende Freiheitsgrade zur Eigenverantwortung und Initiative gewährt.

Bereiche und Beispielitems des Demand-Control-Modells (vgl. Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990): **Decision Authority:** Do you have a choice in deciding how you do your work? Do you have a choice in deciding what you do at work? **Skill Discretion:** Do you have to do the same thing over and over again? Does your job provide you with a variety of interesting things? Is your job boring? **Job Demands:** Do you have to work very fast? Do you have to work very intensively? **Social Support at Work:** How often do you get help and support from colleagues? **Support from superiors:** How often do you get help and support from your immediate superior? How often is your immediate superior willing to listen to your problems? **Information from superiors:** Do you get sufficient information from line management (your superiors)?

die Mitarbeiter von ihren Vorgesetzten klare und zutreffende Auskünfte bekommen. Nach den Ergebnissen der Whitehall-Studie hat dies eine schützende Wirkung auf die psychische Gesundheit und reduziert das Risiko krankheitsbedingter Fehlzeiten. Mangelnde Unterstützung sowie unklare oder widersprüchliche Informationen durch Vorgesetzte sind dagegen mit einem zweifach erhöhten Risiko für einen allgemein schlechten psychischen Gesundheitszustand verbunden; ähnliche Auswirkungen hat fehlende Unterstützung seitens der Kollegen.

Zu der Zeit, als die Kohorte der Whitehall II Studie rekrutiert wurde, fanden im britischen öffentlichen Dienst²⁷ erhebliche Veränderungen statt. Diese schlugen sich offenbar in den Arbeitsbedingungen der Teilnehmer nieder, etwa in Jobanforderungen und Auftragssteuerung; unter anderem sank dadurch tendenziell auch das Niveau der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz. Diese Veränderungen auf verschiedenen Ebenen der Arbeit gingen einher mit einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit und in Verbindung damit mit mehr Behandlungen von Depressionen sowie einem erhöhten Risiko von Herzinfarkten. Dort, wo sich die soziale Unterstützung im Arbeitsalltag verbessert hatte, zeigte sich ein schützender Effekt sowohl in Bezug auf den allgemeinen psychischen Gesundheitszustand als auch in Bezug auf das Risiko eines zukünftigen Herzinfarkts. Nach den Forschungsergebnissen zu sozialer Ungleichheit bei Depressionen ist eine „dürftige“ Arbeitsumgebung mit mangelnder sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz einer der Hauptfaktoren, um die höhere Prävalenz depressiver Symptome bei den Studienteilnehmern in niedrigeren Arbeitspositionen zu erklären (Stansfeld et al., 1997; 2000; 2003).

²⁷ In den späten 1970er und den 1980er Jahren bemühte sich die Regierung Thatcher um eine substanzielle Kürzung der öffentlichen Ausgaben und suchte deshalb nach Möglichkeiten, in den Abteilungen Geld zu sparen. 1979 ernannte Thatcher Derek Rayner, den Geschäftsführer von Marks & Spencer, zum persönlichen Berater für eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität in der Regierung. Rayner gründete die „Efficiency Unit“, die die Regierungsabläufe analysierte, um überflüssige oder unnötig kostspielige Funktionen, Systeme und Verfahren zu identifizieren. Dies begründete eine kontinuierliche Reformagenda. 1982 wurde die Initiative Finanzmanagement (FMI) eingeführt, um Führungsverantwortung, Finanzbuchhaltung und Kontrolle in den Abteilungssystemen umfassend und grundlegend zu überprüfen. Für eine ausführliche Darstellung siehe Haddon, C., *Reforming the Civil Service: The Efficiency Unit in the early 1980s and the 1987 Next Steps report*, Institute for Government, May 2012, retrieved 15 January 2014.

4. Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung

Mitarbeiter mit hohen Gratifikationskrisen²⁸ haben ein erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen und einen schlechteren Gesundheitszustand. Die Ergebnisse der Whitehall II Studie zeigen, dass für alle sozialen Beziehungen ein Gefühl der Gegenseitigkeit und Ausgeglichenheit entscheidend ist. Ein empfundenes Ungleichgewicht kann Stress auslösen und das Auftreten von Krankheiten erhöhen. Dabei ist ein hoher Arbeitsaufwand nicht an sich stressig; dies hängt vielmehr von der wahrgenommenen Belohnung ab. Belohnung wird durch folgende Parameter definiert: Selbstwertgefühl, Karrierechancen, Arbeitsplatzsicherheit, finanzielle Vergütung. Nach der Whitehall II Studie erhöht ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und empfundener Belohnung das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Dieser Zusammenhang ist unabhängig von den Auswirkungen sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz, um die es im vorigen Abschnitt ging (Kuper et al., 2002; Siegrist, 1996). Eine hohe Anforderung in der Arbeitswelt ist generell wünschenswert. Die Studienergebnisse machen jedoch deutlich, dass dieser Aufwand durch entsprechende Belohnung ausgeglichen werden muss. Das Selbstwertgefühl hängt eng mit der Arbeitsorganisation und dem Arbeitsklima zusammen. Die Studie untersucht die Wirkung von Einkommen und Vermögen auf Erkrankungen. Das Einkommen korreliert hoch mit der beruflichen Position. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Anhäufung von Vermögen und psychosozialen Faktoren der Gesundheit (Pikhart et al., 2001). Darüber hinaus bedeutet Reichtum finanzielle Sicherheit bezogen auf die Zukunftsaussichten, was die Erkrankungsraten positiv beeinflusst. Hier zeigt sich ein wichtiger Unterschied zwischen den Geschlechtern:

²⁸ Im Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist (1996) wird die Bedeutung eines ausgeglichenen Verhältnisses (Reziprozität) von Investition und Ertrag in sozialen Beziehungen betont. Nicht der Aspekt der Kontrollierbarkeit einer Arbeitsaufgabe steht im Vordergrund, sondern der Aspekt der Belohnung, die für eine erbrachte Arbeitsleistung gewährt wird. Das Modell postuliert, dass ein Missverhältnis zwischen der Arbeitslast und der entsprechenden Vergütung zu einer Distress erzeugenden Gratifikationskrise kommt. Neben dem tatsächlichen Lohn oder dem Gehalt spielen insbesondere die Anerkennung und Wertschätzung sowie die beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten und die Sicherung des Arbeitsplatzes eine wesentliche Rolle. Eine hohe Verausgabung am Arbeitsplatz entsteht nicht nur durch hohe externe Anforderungen wie z.B. Zeitdruck, sondern auch durch eine individuelle Verausgabungsbereitschaft. (Siegrist, J., 1996). (Adverse health effects of high effort – lowreward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.)

Das Haushaltseinkommen und der Beschäftigungsstatus des (Ehe-)Partners scheinen für die Gesundheit von Frauen ein wichtiger Indikator zu sein; das trifft für Männer umgekehrt weniger zu (Peter et al., 1998).

5. Arbeitsplatzunsicherheit

Sichere Arbeitsplätze erhöhen die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit. Zahlreiche Studien aus den 1930er und 1980er Jahren dokumentieren die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische und physische Gesundheit und auf vorzeitige Mortalität. Zu der Zeit, als die Whitehall II Studie eingerichtet wurde, galt der öffentliche Dienst noch weitgehend als ein „Job fürs Leben“. Aufgrund der Reformen sank der Anteil der im öffentlichen Dienst (civil service) Beschäftigten von 1988 bis 1997 auf 25 % der ursprünglichen Zahl. Die reformbedingten Veränderungen schufen erhebliche Probleme und Herausforderungen. Unklarheiten in Bezug auf die Rolle und Verantwortlichkeit der Minister und Vorstandsvorsitzenden führten zu Verunsicherung. Einigen hohen Beamten (senior officials) fiel es schwer, die neue Kultur der dezentralen Verwaltung anzunehmen. Die Einrichtung von Agenturen sollte die politische Zusammenarbeit effektiver gestalten, doch stattdessen entstand eine Kluft zwischen der in London ansässigen politischen Zentrale und den Agenturen. Die Untersuchung zeigt, dass die vollständige Privatisierung der Property Services Agency (PSA)²⁹ im Jahr 1992 und die daraus folgende Arbeitsplatzunsicherheit erhebliche gesundheitliche Auswirkungen hatte. Alle PSA-Mitarbeiter verloren ihren Arbeitsplatz in der ursprünglichen Organisation. Anhand der Daten, die zu dem Zeitpunkt bereits erhoben worden waren, konnte ihre Gesundheit mit der der Beamten aus den anderen 19 in der Studie berücksichtigten Abteilungen verglichen werden, die bis zu dem Zeitpunkt nicht privatisiert waren. Es zeigte sich, dass einfache Beamte (die „civil servants“) der PSA zur Zeit der Unsicherheit durch die Privatisierung neben Veränderungen in einigen der bekannten Risikofaktoren auch insgesamt eine schlechtere körperliche

²⁹ siehe dazu ausführlich Haddon, C., Reforming the Civil Service: The Efficiency Unit in the early 1980s and the 1987 Next Steps report, Institute for Government, May 2012, retrieved 15 January 2014

Gesundheit aufwiesen als ihre davon nicht betroffenen Kollegen aus den anderen Abteilungen. Darüber hinaus bestätigt die Whitehall II Studie das frühere Ergebnis, dass Arbeitnehmer, deren Arbeitsplatz unsicher ist oder die mit ihrem Arbeitsplatz unzufrieden sind, häufiger erkranken und insbesondere häufiger psychische Probleme haben. Die Ergebnisse belegen, dass Arbeitsplatzunsicherheit wie ein chronischer Stressor wirkt; zudem bleiben einige ihrer Wirkungen auch nach Wegfall der Bedrohung bestehen. Dabei wurde festgestellt, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit sich nur teilweise durch finanzielle Angst begründen lässt. Auch persönliche Eigenschaften (wie zum Beispiel Pessimismus) und andere Merkmale der Arbeitsumgebung (wie etwa die Kontrollmöglichkeit) spielen dabei eine Rolle (Burchell et al., 1999; Ferrie et al., 2001; Marmot et al., 2001).

6. Organisatorische Veränderungen

Die Whitehall II Studie zeigt, dass wichtige organisatorische Veränderungen Gefühle von Arbeitsplatzunsicherheit erzeugen. Schlecht verwaltete organisatorische Veränderungen schaden der Gesundheit. In der Studie wurden Beamte des öffentlichen Dienstes (civil servants), die in einer Agentur (executive agency) arbeiten, die eine Überführung in eine solche erwarteten, und solche, die davon nicht betroffen waren, in Bezug auf ihren Gesundheitszustand verglichen (Ferrie et al., 1998). Bei den Männern aus der Exekutivagentur zeigte sich ein schlechterer körperlicher und psychischer Gesundheitszustand, verbunden mit einem ungesunden Schlafmuster und nachteiligen Veränderungen der Risikofaktoren für Herzerkrankungen, z.B. einem erhöhten Blutdruck. Von denen, die eine Überführung in eine Exekutivagentur erwarteten, zeigten die Männer ähnliche Veränderungen. Bei den Frauen beider Gruppen zeigten sich die gleichen Auswirkungen wie bei den Männern, jedoch in geringerem Ausmaß. Insgesamt war für beide Geschlechter in den Exekutivagenturen eine Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten zu verzeichnen (Kivimäki et al., 2001, S. 811-817; Kivimäki et al., 2003, S. 27-34).

7. Gesundheitsverhalten

Die Studie bestätigt die allgemeine Annahme, dass eine gesunde Ernährung, Bewegung und Nichtrauchen ganz allgemein das Risiko von Erkrankungen reduzieren und das Wohlbefinden fördern.

Rauchen: Die Studie bestätigt die schädlichen Auswirkungen des Rauchens. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass innerhalb der 20 Jahre, die zwischen den Whitehall-Studien I und II lagen, das Rauchen allgemein zurückgegangen war, allerdings zeigte sich im Hinblick darauf ein soziales Gefälle. Bei den Frauen war der Rückgang nicht so stark wie bei den Männern. Der Anteil derer, die rauchen, ist bei Männern und Frauen ungefähr gleich groß (Ferrie et al., 1998, S. 243-254).

Alkohol: Der Alkoholkonsum unterscheidet sich erheblich nach Geschlecht und beruflicher Position. Männer in höheren Positionen konsumieren eher jeden Tag Alkohol, allerdings nur ein oder zwei Getränke zu bestimmten Anlässen. Männer in den unteren Klassen konsumieren meist nur einmal in der Woche Alkohol, dann aber in größeren Mengen. Frauen trinken insgesamt weniger als Männer, obwohl höhergestellte Frauen deutlich mehr trinken als Frauen in niedrigeren Positionen. Kleine Mengen Alkohol haben eine schützende Wirkung in Bezug auf Herzerkrankungen und kognitive Fähigkeiten. Darüber hinaus scheint es einen Zusammenhang zwischen Stress bei der Arbeit und einer Alkoholabhängigkeit zu geben. Festzuhalten ist, dass Personen, die häufiger Alkohol konsumieren, längere Perioden krankheitsbedingter Fehlzeiten aufweisen (Britton et al., 2004, S. 109-116; Marmot et al., 1993, S. 369-382).

Ernährung: Bei den Teilnehmern an der Whitehall II Studie wurden Ernährungsgewohnheiten identifiziert, die sich als relevant erwiesen. Die Daten lassen ein Muster erkennen, nach dem sie sich in Bezug auf den Verzehr von nahrhaften Lebensmitteln wie Vollkornbrot, fettem Fisch, Obst und Salat und weniger gesunden Lebensmitteln wie süßen Keksen, Wurst und Vollmilch erheblich unterscheiden. Frauen und Angehörige höherer Einkommensgruppen (beiderlei Geschlechts) ernähren sich insgesamt gesünder. Die Ergebnisse zum Ernährungsverhalten dokumentieren, dass gute Ernährungsgewohnheiten, wie z.B. der Verzehr von nahrhaf-

ten Lebensmitteln wie Vollkornbrot, fettem Fisch, Obst und grünem Salat und einem beschränkten Konsum an weniger gesunden Lebensmitteln wie Süßigkeiten, Wurstwaren und Vollmilchprodukten, sich positiv auf die Gesundheit auswirken³⁰.

Übergewicht und Stress: Die Whitehall II Studie belegt einen Zusammenhang zwischen Stress und Fettleibigkeit. Übergewichtige und Adipöse produzieren mehr Stresshormone wie Adrenalin und Cortisol; ein Überschuss dieser Hormone scheint sich zum Teil auf psychosoziale Faktoren wie Stress am Arbeitsplatz auszuwirken. Weiterhin zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und erhöhter Herzfrequenz. Eine Kombination von Fettleibigkeit oder Übergewicht und Stress scheint sich ungünstig auf die Gesundheit des Herzens auszuwirken. Gestresste Menschen neigen zu einer schlechteren Ernährung und weniger körperlicher Bewegung. In dieser Weise kann Stress auch zu einer Gewichtszunahme führen und einen Teufelskreis in Gang setzen (u.a. Marmot et al., 1993; Nabi et al., 2013, pp).

Körperliche Bewegung: Bewegung ist in vielerlei Hinsicht gut für die Gesundheit. Dabei zeigen Untersuchungen, dass eine mäßig intensive körperliche Aktivität nicht so effektiv ist wie intensivere Einheiten, die die Herzleistungsfähigkeit trainieren. Im Gegenzug reduziert ein höheres Maß an moderater Bewegung, wie Gehen oder Gartenarbeit, das Risiko der Faktoren, die als metabolisches Syndrom bekannt sind (Übergewicht, hoher Blutdruck, Glukose-Intoleranz, gestörte Fettwerte). Diese Effekte sind unabhängig von Alter, Rauchen und Alkoholkonsum. Mäßige und starke körperliche Aktivitäten sind jeweils mit einem geringeren Körpergewicht sowie mit höherer kardiovaskulärer Fitness und einer niedrigeren Herzfrequenz verbunden (Brunner et al., 2001, S. 45-53).

8. Soziales Umfeld

Die Whitehall II Studie untersucht den Zusammenhang zwischen dem sozialen Leben der Menschen außerhalb ihres Arbeitsumfeldes und ihrer Gesundheit und kommt zu dem Schluss, dass sich ein aktives soziales Leben außerhalb der Arbeit

³⁰ Vgl.u.a.: Brunner, Wunsch & Marmot, 2001, pp 45-53; Akbaraly et al., 2013, pp 411-419; Akbaraly et al., 2015, pp 152-160

vorteilhaft auswirken kann. Dabei wurden zwei Arten sozialer Aktivität unterschieden: informelle Kontakte mit der Familie und Freunden und ein stärker formales Engagement in Gruppen und Verbänden. In Bezug auf informelle Kontakte wurde nach dem Umfang und der Qualität der Unterstützung gefragt, die eine Person von der Familie oder Freunden bekommt. Hier zeichneten sich drei Dimensionen ab: 1. emotionale Unterstützung; 2. praktische Unterstützung; 3. negative Aspekte enger sozialer Beziehungen. Im Hinblick auf formellere Kontakte wurde aktive Mitgliedschaft in Gruppen erhoben, auch in sozialen oder Freizeitgruppen, Berufsverbänden, Sport- und Kulturgruppen. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass ein großer Kreis von Freunden, mit denen regelmäßige Kontakte bestehen, gut für die allgemeine Gesundheit ist. Es gab jedoch keinen Hinweis darauf, dass die Größe des sozialen Netzwerks auch für die psychische Gesundheit wichtig ist. Weiterhin zeigte sich, dass die Qualität einer vertrauensvollen und emotionalen Unterstützung auf den psychischen Gesundheitszustand und die allgemeine Gesundheit einen größeren Einfluss hat als praktische Aspekte von Unterstützung. Beziehungen mit geringer emotionaler Unterstützung sind im Vergleich zu Beziehungen mit höherer emotionaler Unterstützung mit einem höheren Risiko für eine schlechte psychische Gesundheit verbunden. Auch die aktive Mitgliedschaft in Gruppen ist insgesamt mit einer besseren Gesundheit verbunden (Stafford et al., 2001, S. 117-129; Stansfeld et al., 1998, S. 881-892).

9. Schnittstelle Arbeit- und Privatleben

Die Ergebnisse der Whitehall II Studie zeigen in vielen Bereichen, dass Personen aus niedrigeren Einkommensgruppen insgesamt ein höheres Erkrankungsrisiko aufweisen. Ähnliche Muster des sozialen Gradienten in der Gesundheit ergeben sich, wenn statt des Beschäftigungsgrads im öffentlichen Dienst das Haushaltseinkommen oder das Vermögen zugrunde gelegt wird. Dies deutet darauf hin, dass dieser Gradient neben Aspekten der Arbeitssituation auch mit Faktoren wie der Familie oder dem Zuhause zusammenhängt. Tatsächlich zeigt die Studie, dass z.B. Konflikte zwischen Arbeit und familiären Anforderungen zu einer schlechteren Gesundheit führen. Bei Frauen, die von geringen Steuerungsmöglichkeiten zu Hause berichten, wurde ähnlich wie bei geringer Kontrolle über die Arbeitsabläufe ein

höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen festgestellt. Die Kontrolle über das eigene Leben scheint also für die Gesundheit sehr wichtig zu sein, und die Möglichkeit dazu wird z.B. durch finanzielle Probleme und Fürsorge für ältere Verwandte begrenzt. Die Forschungsergebnisse lassen erkennen, dass Anforderungen und Konflikte in der Familie wie auch im Beruf die physische und psychische Gesundheit von Männern und Frauen gleichermaßen beeinflussen (Chandola et al., 2004, S. 1501-1509; Kuper et al., 2003, 147-153).

10. Ruhestand

Der Ruhestand wird allgemein mit einem Rückgang des Einkommens und der Gesundheit verbunden; dies hat sich jedoch nach den Erfahrungen der letzten zwei Jahrzehnte verändert. Die Menschen leben länger und sind im Ruhestand durch ihre Pension gut versorgt. Die Whitehall II Studie bezieht auch ältere Arbeitnehmer ein, die aus dem Erwerbsleben ausscheiden, um Rückschlüsse auf die Gesundheit und das Wohlbefinden im späteren Leben ziehen zu können.

Durch die Verwendung der Informationen aller Teilnehmer von 1985 und 1999, konnte ein Anstieg des sozialen Gradienten für eine schlechtere Gesundheit und die Risikofaktoren für eine Herzerkrankung beobachtet werden. Dies zeigt, dass sich die Lücke im Gesundheitszustand zwischen Beamten aus höheren und denen aus niedrigeren Einkommensgruppen mit dem Alter vergrößert. Seit 1995 erforscht das Projekt für den Bereich Ruhestand neben den eingesetzten Fragebögen zusätzlich mittels Interviews die Erfahrungen der Teilnehmer vor und nach ihrem Eintritt in den Ruhestand. Die Interviews zeigen, dass sich bei den Studienteilnehmern, die weiter arbeiteten, die psychische Gesundheit verschlechterte; bei denen, die in den Ruhestand eintraten, verbesserte sie sich jedoch, vor allem bei den Beamten in mittleren und höheren beruflichen Positionen. Die körperliche Funktionsfähigkeit sank dagegen sowohl bei den Arbeitnehmern als auch bei denjenigen, die in den Ruhestand getreten waren. Untersuchungen zu verschiedenen Wegen des Ausstiegs aus dem Berufsleben zeigen, dass Krankheit als Pensionierungsgrund die Teilnahme an Freizeitaktivitäten nach der Pensionierung behindert. Dies wirkt sich jedoch weniger aus als das Arbeiten in einer niedrigeren beruflichen Position (Hyde et al., 2004, S. 279-296; Mein et al., 2003, S. 46-49).

Zusammenfassung und Fazit

Die Ergebnisse der Whitehall II Studie zeigen, dass Beamte in Großbritannien, die in der Berufshierarchie niedriger positioniert sind, einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und früher sterben als Personen mit einer hoch qualifizierten Berufstätigkeit. Die Untersuchung lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass soziale Faktoren die Gesundheit in der Gesellschaft stark beeinflussen. Veränderungen im sozialen Umfeld und am Arbeitsplatz sowie der Status einer Person in der Gesellschaft haben erhebliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Diese Erkenntnis ist nicht nur für den Einzelnen wichtig, um das persönliche Wohlbefinden bewusst zu beeinflussen, gibt sie auch Arbeitgebern, der Wirtschaft und der Gesellschaft Ansatzpunkte, um im Bereich der Krankheitsprävention aktiv zu werden. Die Studienergebnisse zeigen, dass es nicht ausreicht an den Einzelnen zu appellieren, sein Gesundheitsbewusstsein zu stärken und ihn zu entsprechenden Verhaltensänderungen zu ermahnen, sondern insbesondere die Umwelteinflüsse verändert werden müssen. Dabei betonen die Ergebnisse vor allem den Faktor Stress. Dieser Begriff ist unzureichend definiert und wird uneinheitlich verwendet, auch wenn es allgemeine Vorstellungen davon gibt, was Stress ist. Dieses Fehlen einer klaren Definition macht es schwierig, Stress zu messen. Die Whitehall-Studie versucht dies mit Hilfe des Demand-Control-Modells. Dem Forscherteam zufolge bedarf es konkret auf die Anforderungen im jeweiligen Unternehmen zugeschnittener Organisations- und Ablaufprozesse einzugehen, um auf Stress am Arbeitsplatz und andere soziale Determinanten von Gesundheit effektiv zu reagieren. Entsprechende Maßnahmen sind z.B. eine Reorganisation der Arbeit, der Arbeitsbeziehungen und der Rolle des Arbeitsplatzes. Für die Entwicklung und Umsetzung einer Lösung, um der durch Stress und gesundheitsbeeinträchtigten Faktoren gekennzeichneten Situation der britischen Beamten im öffentlichen Dienst erfolgreich zu begegnen, sind ein erhöhtes Engagement der Gesellschaft und des Unternehmensmanagements und eine Zusammenarbeit mit der Regierung essenziell.

Die Whitehall-Studien verfolgen wie gesagt einen stark biomedizinisch geprägten Ansatz, in dem die pathogene Fragestellung dominiert, was den Menschen krank

macht. Diese Sichtweise bestimmt erheblich die Erforschung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Ansätze zu ihrer Erklärung. Begründet wird das Vorgehen nach dem pathogenetischen Modell häufig damit, dass es leichter ist, Verhaltensänderungen zur Prävention auf der Ebene des Individuums umzusetzen, als Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung sozialstruktureller Verhältnisse zu betreiben.

Demgegenüber rückte in den letzten Jahren zunehmend das „soziale Kapital“ und seine gesundheitliche Bedeutung ins Zentrum gesundheitswissenschaftlicher Diskussionen und Untersuchungen (Kroll & Lampert, 2007). Dieser Ansatz geht über die individuelle Sichtweise insofern hinaus, als er die Bindungs- und Beziehungsebene und den Aspekt sozialer Unterstützung einbezieht (Halpern, 2005; Badura, 2008; Badura et al., 2013). Der Begriff „Sozialkapital“ bezeichnet hier die Qualitätsmerkmale des sozialen Systems einer Organisation, die sich auf die Gesundheit der Organisationsmitglieder auswirken und Prognosen darüber erlauben (SCOHS, 2010).

Im nächsten Kapitel wird das Sozialkapital-Modell vorgestellt.

3.3 Das Sozialkapital – Grundlage für Gesundheit in Organisationen

In Abgrenzung zur „Status-Hypothese“, mit der die Whitehall-Studien gesundheitliche Ungleichheit erklären, geht die Sozialkapital-Hypothese davon aus, dass Vertrauen und Zusammenhalt innerhalb der Gesellschaft einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitglieder hat (Kawachi, 1999). Während die Zusammenhänge vieler Gesundheitsindikatoren mit sozialer Ungleichheit gut dokumentiert sind (vgl. Kapitel 3.1), besteht zum Einfluss des sozialen Kapitals auf die Gesundheit noch erheblicher Forschungsbedarf (Lampert, 2005; Badura, 2012). Der Sozialkapital-Ansatz stellt die Entstehung, den Verlauf und die Ergebnisse kooperativer Prozesse ins Zentrum: „Sozialkapital trägt grundlegend zum Verständnis dessen bei, wie Individuen ihr Handeln aufeinander abstimmen [...] und ein höheres Niveau wirtschaftlichen Erfolges erreichen“ (Ostrom, 2000, S. 102, zitiert nach Badura, 2012, S. 132). Nachfolgend werden theoretische Zugänge zur Erforschung

des sozialen Kapitals skizziert, die in das Forschungsprojekt der Bielefelder Fakultät der Gesundheitswissenschaften eingegangen sind.

3.3.1 „Soziales Kapital“

Zum Begriff „soziales Kapital“ liegen unterschiedliche Definitionen vor. Für die Diskussion in den Gesundheitswissenschaften sind vor allem die drei Autoren Pierre Bourdieu, James Coleman und Robert D. Gutman von Bedeutung.

Der französische Soziologe Pierre Bourdieu verstand soziales Kapital als individuelle oder gruppenbezogene Ressource. Er grenzte soziales Kapital, das in sozialen Netzwerken generiert wird, ab vom ökonomischen und kulturellen Kapital aus dem Wirtschafts- und Bildungssystem (Bourdieu, 1983; 1985). Unabhängig von Bourdieu arbeitete der amerikanische Soziologe James Coleman die Bedeutung sozialen Kapitals für soziales Handeln heraus. Ihm zufolge kann das Sozialkapital sowohl das Handeln von Individuen als auch das von Gruppen oder den Mitgliedern einer Organisation beeinflussen (Coleman, 1990). Diese beiden Autoren waren prägend für Robert D. Gutman, der die mangelnde Effizienz staatlicher Institutionen in erster Linie auf einen Mangel an sozialem Kapital zurückführt, der ihm zufolge soziales Handeln behindert (Gutman, 1993). Alle diese Autoren unterscheiden jedoch die Determinanten, Dimensionen und Funktionen sozialen Kapitals in ihren theoretischen Arbeiten nur unzureichend (Kroll & Lampert, 2007, S. 121).³¹

Zur Messung des sozialen Kapitals liegen verschiedene Konzepte vor, von denen sich jedoch bisher keines als allgemein akzeptiertes Instrument durchsetzen konnte. Eines dieser Modelle wurde von Bernhard Badura und seiner Arbeitsgruppe an der Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften entwickelt. Es geht davon aus, dass der Erfolg eines Unternehmens zunehmend weniger von Maschinen abhängt und immer stärker von den im Unternehmen arbeitenden Menschen, ihrer Teamfähigkeit und ihren Beziehungen; dadurch gewinnt Sozialkapital an Bedeutung (Badura et al., 2009). Das soziale Vermögen einer Organisation kann durch das Sozialkapital-Modell sichtbar und messbar und damit auch beeinflussbar

³¹ Für eine ausführliche Darstellung theoretischer Zugänge zum Sozialkapital sei hier u.a. auf die Werke von Bourdieu (1985), Coleman (1988; 1990), Putman (1993) und Ostrom (2000) verwiesen.

gemacht werden. Das Sozialkapital von Organisationen und Beschäftigtengruppen, um das es in dieser Untersuchung geht, wird als kollektives Vermögen betrachtet, das einen beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheit der Mitglieder dieser Organisation hat (Badura et al., 2013). Dabei ist zu berücksichtigen, dass organisations- und personenbezogene Effekte des Sozialkapitals schwer fassbar und nicht monetär sind. „Das Sozialkapital einer Organisation besteht – so unser Vorschlag – aus der Qualität, dem Umfang und der Reichweite zwischenmenschlicher Beziehungen (soziale Netzwerke), aus dem Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln (Kultur) sowie aus der Qualität zielorientierter Koordination (Führung)“ (Badura, 2012, S. 134). Nach Badura trägt das Sozialkapital dazu bei, dass die Organisationsmitglieder Vertrauen zueinander entwickeln, ihre Arbeit als sinnvoll wahrnehmen und den Arbeitsprozess als verständlich und beeinflussbar erleben. Dieser Wirkungszusammenhang betont, dass Sozialkapital „treibt“ Humankapital, fördert das Lernen, die Gesundheit und die Produktivität (vgl. Abb. 6 und 7). Das Ziel, das Badura und sein Forscherteam verfolgen, besteht darin, ein am Sozialkapital-Ansatz orientiertes Organisationsmodell zu entwickeln. Dabei geht es vor allem darum, soziales Kapital durch Indikatoren zu operationalisieren, die die überwiegend intangiblen Modellelemente sichtbar, messbar und beeinflussbar machen (Badura, 2008; Badura et al., 2013).

3.3.2 Das Sozialkapital im Bielefelder Unternehmensmodell

In ihrer Unternehmensforschung analysieren Badura et al. (2008) anhand des in Abb. 6 dargestellten Modells den Einfluss des Sozialkapitals bei fünf Unternehmen aus dem Industrie- und Dienstleistungssektor. Das Modell beinhaltet Treiber als unabhängige Variablen; zu diesen gehören das Sozialkapital mit seinen drei Komponenten Netzwerkkapital, Führungskapital und Überzeugungs- und Wertekapital, außerdem immaterielle Arbeitsbedingungen und die Qualifikation der Beschäftigten. Die Betrachtung des Humankapitals und Ermittlung des Sozialkapitals im Unternehmen ermöglichen Wissen und zwischenmenschliche Beziehungen ökonomisch

misch zu betrachten und Bewertungen vorzunehmen. Abb. 6 zeigt eine Ergebnis-seite einer solchen Bewertung; diese ist unterteilt in Frühindikatoren³², die der Gesundheit zugeordnet sind, und Spätindikatoren, die betriebswirtschaftlich relevant sind. Direkt beeinflussbar sind nur die Treiber; die Ergebnisse können nur über ihre Veränderung beeinflusst werden.³³

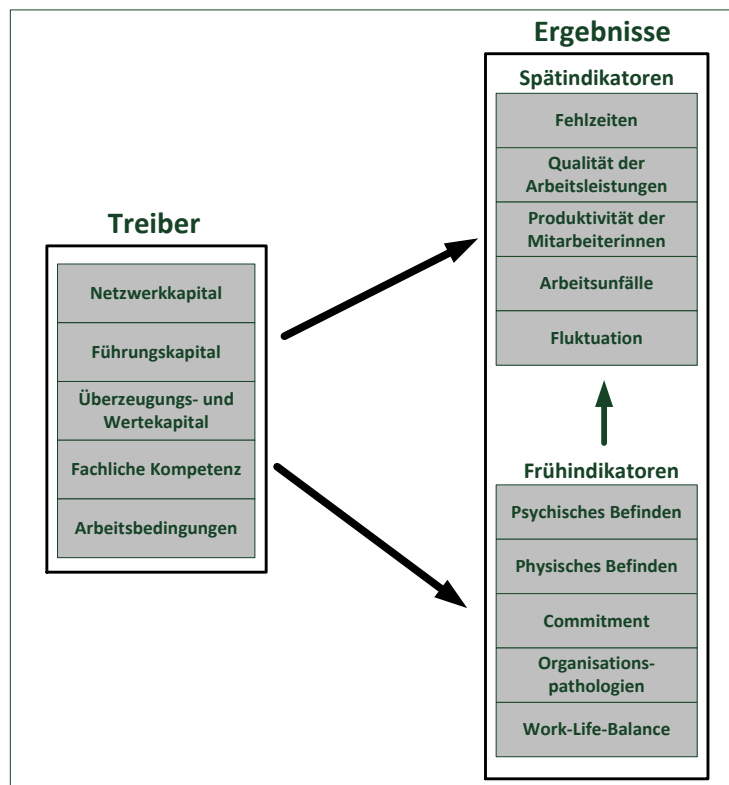


Abb. 6: Das Bielefelder Unternehmensmodell (in Anlehnung an Badura et al., 2013, S. 50)

³² Als Frühindikatoren werden auch Signale bezeichnet, die anzeigen, ob Prozesse entsprechend der gewünschten Entwicklung oder in unerwünschter Weise verlaufen werden. Sie machen deutlich, ob und wo Interventionsbedarf besteht, um die erwünschten Ergebnisse zu sichern und unerwünschte zu vermeiden. Als Frühindikatoren wurden im Sozialkapital-Modell das psychische und physische Befinden, die innere Bindung an die Organisation („Commitment“), die Organisationspathologien „Mobbing“ und „innere Kündigung“ sowie die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben („Work-Life-Balance“) ausgewählt (vgl. Badura et al., 2013, S. 56).

³³ Für eine umfassende, fundierte Darstellung und Erläuterung der Sozialkapitalkonstrukte und Skalen siehe u.a. das Werk „Sozialkapital“ von Badura et al. (2013).

3.3.3 Die drei Formen des Sozialkapitals

Nachfolgend werden die drei Formen des Sozialkapitals, das Netzwerkkapital, das Wertekapital und das Führungskapital beschrieben.



Abb. 7: Die drei Kernkomponenten des Sozialkapital-Modells: Elemente und Indikatoren (in Anlehnung an Badura et al., 2013, S. 53)

Das *Netzwerkkapital* bezieht sich auf die Qualität und Quantität von Beziehungen zwischen Mitarbeitern gleichen Rangs. Werden diese horizontalen Beziehungen als positiv, vertrauensvoll und unterstützend erlebt, haben sie einen positiven Einfluss auf Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Lebensdauer. Umgekehrt können sie sich auf die genannten Bereiche auch entsprechend negativ auswirken (Badura et al., 2013).

Beim *Führungskapital* steht die Intensität und die Qualität der vertikalen Beziehungen, also der zwischen Beschäftigten und Vorgesetzten im Vordergrund (Badura et al., 2013). Entscheidend für das Wohlergehen der Mitarbeiter ist einerseits die Einflussnahme der Führung durch das Festlegen von Zielen, Strukturen und Prozessen und andererseits das Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten des Führungspersonals (Stadtler et al., 2000). Das Kommunikationsverhalten

der Führungskräfte gegenüber den Mitarbeitern spielt für deren Gesundheit ebenfalls eine wichtige Rolle. Das betrifft insbesondere den Umgang mit Konflikten und Vorschlägen, da hier Anerkennung und Wertschätzung oder aber Missachtung und Ablehnung deutlich zum Ausdruck kommen.

Das *Wertekapital* bezieht sich vor allem auf geteilte Überzeugungen, kollektive Wertvorstellungen bzw. normative Verhaltenserwartungen sowie deren praktische Umsetzung im betrieblichen Alltag. Durch formulierte Werte wird das Verhalten vorhersehbar und berechenbar, was wiederum soziale Konflikte, Unsicherheit und Ungewissheit verringert (Badura et al., 2013). Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Normen bilden auch die Grundlage der Unternehmenskultur (Schein, 1985). Sie finden sich oftmals zusammen mit den Visionen eines Unternehmens in dessen Leitlinien bzw. seinem Leitbild wieder. Da entsprechende Bestrebungen der Unternehmensleitung nur durch gelebte Werte glaubhaft werden, hängt die Dynamik ihrer Auswirkungen entscheidend von der Umsetzung in der Praxis ab. Dass die oberste Führung und die Arbeitnehmervertretungen sich an den gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln orientieren, ist die Grundvoraussetzung dafür, dass die Mitarbeiter Vertrauen in das Unternehmen haben. Dass die Beschäftigten die Unternehmensführung als gerecht und wertschätzend wahrnehmen, ist ein wesentlicher Bestandteil einer guten Unternehmenskultur (Badura et al., 2013).

3.3.4 Das Erhebungsinstrument im Bielefelder Sozialkapital-Ansatz

Im Folgenden wird mit Bezug auf das in Abb. 6 dargestellte Modell ein Überblick über das Erhebungsinstrument des Sozialkapital-Ansatzes gegeben.³⁴ Die folgende Tabelle zeigt die eingesetzten Items und Skalen und gibt ihre jeweilige Herkunft an. Items, die sich auf abgefragte sozioökonomische Parameter beziehen, sind in der Tabelle nicht berücksichtigt.

³⁴ Die Items für die jeweiligen Skalen bzw. Konstrukte werden in der Gegenüberstellung mit der Whitehall-Forschung (Kapitel 3.5) sowie in der Datenanalyse (Kapitel 5) ausführlich dargestellt.

Tab. 9: Übersicht über die im Sozialkapital-Ansatz verwendeten Skalen und Items und ihre Herkunft (in Anlehnung an Badura et al., 2013, S. 321-322)

Item bzw. Skala	Anzahl Items	Quelle
A: Arbeitsbedingungen		
1. Partizipation	3	SALSA ³⁵
2. Qualitative Anforderungen	3	ProSoB ³⁶
3. Quantitative Anforderungen	3	COPSOQ ³⁷
4. Klarheit der Aufgaben und Rollen	4	COPSOQ
5. Handlungsspielraum	2	MIKE ³⁸
6. Sinnhaftigkeit der Aufgabe	3	ProSoB
7. Zufriedenheit mit org. Rahmenbedingungen	6	InterproQ ³⁹
B: Soziale Beziehungen		
1. Gruppenkohäsion	5	MIKE
2. Kommunikation	2	ProSoB/InterproQ
3. Sozialer „Fit“	3	InterproQ
4. Soziale Unterstützung	2	ProSoB
5. Vertrauen	2	SALSA
C: Führung		
1. Mitarbeiterorientierung	4	InterproQ/ProSoB
2. Soziale Kontrolle	2	ProSoB/InterproQ
3. Kommunikation	3	ProSoB/InterproQ
4. Akzeptanz des Vorgesetzten	3	InterproQ
5. Vertrauen in den Vorgesetzten	3	ProSoB
6. Fairness und Gerechtigkeit	2	InterproQ
7. Machtorientierung	3	ProSoB/FVVB ⁴⁰
D: Unternehmenskultur		
1. Gemeinsame Normen und Werte	5	ProSoB
2. Gelebte Unternehmenskultur	3	ProSoB
3. Konfliktkultur	4	InterproQ
4. Kohäsion im Betrieb	4	InterproQ
5. Gerechtigkeit und Fairness	3	InterproQ/ProSoB
6. Wertschätzung	2	ProSoB
7. Vertrauen in Geschäftsführung/Betriebsrat	2	ProSoB

³⁵ Fragebogen Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse (SALSA) (Riemann & Udris, 1997).

³⁶ ProSoB-Fragebogen zur Erhebung der Zusammenhänge zwischen Organisationsbedingungen, Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter (Badura et al. 2013).

³⁷ Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) (Nübling et al., 2005).

³⁸ Mitarbeiterkennzahlenbogen (Pfaff et al., 2004).

³⁹ Fragebogen zu interprofessionellen Arbeitsstrukturen im Krankenhaus (Brücker et al., 2004).

⁴⁰ Fragebogen zur Beschreibung des Verhaltens von Vorgesetzten (Fittkau-Garthe & Fittkau, 1971).

Item bzw. Skala	Anzahl Items	Quelle
E: Gesundheit		
1. Psychosomatische Beschwerden	7	v. Zerssen ⁴¹
2. Physische Gesundheit	1	ProSoB
3. Depressive Verstimmungen	5	ProSoB
4. Allgemeines Wohlbefinden	4	SALSA
5. Selbstwertgefühl	5	Rosenberg ⁴²
6. Gesundheitsverhalten	2	ProSoB
7. Work-Life-Balance	5	COPSOQ
8. Absentismus	1	ProSoB
F: Organisationspathologien		
1. Mobbing	3	InterproQ
2. Innere Kündigung	3	ProSoB
G: Wahrgenommene Produktivität		
1. Qualität der Arbeitsleistung	3	InterproQ
2. Qualitätsbewusstsein	4	MIKE
3. Arbeitsfähigkeit	3	ProSoB
4. Commitment	3	InterproQ

3.3.5 Ergebnisse der Studie

Die Stichprobe der Studie von Badura et al. (2008; 2013) besteht aus 4.049 Mitarbeitern von insgesamt neun Unternehmen – darunter fünf Produktionsbetriebe, zwei aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, eins aus Finanzdienstleistungsunternehmen und eine Organisation der öffentlichen Verwaltung – die in den Jahren 2006 bis 2012 befragt wurden. Die Befragungsdaten wurden mit Kennzahlen aus dem Controllingbereich in Beziehung gesetzt, um der Frage nachzugehen, ob und in welcher Stärke ein Zusammenhang mit dem Erfolg der untersuchten Unternehmen besteht (Badura et al., 2013, S. 128). Die Studie erbrachte für alle teilnehmenden Betriebe tendenziell ähnliche Resultate. Die Analyse der Zusammenhänge zwischen Treibern und betriebswirtschaftlichen Daten und ihre Zusammenführung mit den Daten der Mitarbeiterbefragung führte zu folgenden zentralen Ergebnissen (ebd.):

⁴¹ Kurzform des Freiburger-Beschwerden-Inventars (v. Zerssen 1976).

⁴² Übersetzte Selbstwert-Skala von Rosenberg (Schott 1996).

Das Sozialkapital variiert zum Teil erheblich. Unterschiede zeigen sich nicht nur zwischen den Unternehmen, sondern auch zwischen den Abteilungen bzw. Arbeitsbereichen innerhalb eines Unternehmens. Je höher das Sozialkapital, desto besser sind nach Badura et al. (2008) die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse und desto besser sind auch Wohlbefinden und Gesundheit der befragten Personen. Als tragende Säule des Sozialkapitals erweisen sich die älteren Arbeitnehmer.

Die physische und psychische Gesundheit der Mitarbeiter ist umso höher, je besser die Arbeitsbedingungen sind, je stärker die sozialen Beziehungen innerhalb des Arbeitsteams, je besser die Qualität der Arbeit und je mitarbeiterorientierter die Unternehmenskultur. Das gesundheitliche Wohlbefinden der Mitarbeiter hängt direkt mit dem Führungskapital zusammen. Besonders bedeutsam ist die Führung im Hinblick auf die Qualität und das Erreichen vorgegebener Ziele. Gut funktionierende Arbeitsgruppen tragen schließlich dazu bei, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern.

Die Qualität der Leistung wird stark vom Netzwerkkapital beeinflusst. Die Qualität der Sozialbeziehungen wirkt besonders auf unmittelbar personenbezogene Zielvariablen (zu denen u.a. Krankenstand, freiwillige Fluktuation und Unfallgeschehen zählen) (Badura et al., 2013, S. 136).

Die Arbeitsbedingungen und das Wertekapital haben starken Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten; Wirkungen zeigen sich hier vor allem bei den personennahen Prozessen. Darüber hinaus beeinflussen sie unmittelbar das Erreichen der Unternehmensziele.

Badura et al. (2008; 2013) kommen zu dem Schluss, dass eine Studie dieser Art ermöglicht, die Rendite von Investitionen in Maßnahmen zur Erhöhung des Sozialkapitals im Unternehmen zu berechnen. Um die Befunde der Studie über die untersuchten Unternehmen hinaus zu generalisieren, müsse jedoch auf diesem Gebiet noch weiter geforscht werden (Badura et al., 2013).

Zusammenfassung und Fazit

Nach dem Sozialkapitalansatz sollte die Ressource Mensch in einer ökonomischen Perspektive nicht nur im Licht der Fehlzeiten gesehen werden, sondern stärker als ein Wert, den es zu erhalten gilt (Badura et al., 2012; 2013). Ebenso werden in diesem Ansatz Wissen und zwischenmenschliche Beziehungen ökonomisch bewertet. Aus den oben genannten Ergebnissen der empirischen Untersuchung wird in Bezug auf die Komponenten des Sozialkapitals folgendes Fazit gezogen (Badura et al., 2008; 2013):

Im Bereich der Ausfallzeiten spielen insbesondere die *immateriellen Arbeitsbedingungen* eine Rolle; als wichtigste Faktoren sind hier Partizipation, Handlungsspielraum und Führungskapital zu nennen. Im Bereich *Führungskapital* erweist sich die Führung als zentraler Einflussfaktor für die Erreichung vorgegebener Ziele, die Qualität der Arbeitsabläufe und einen Zuwachs an Produktivität. Unmittelbar personenbezogene Zielvariablen wie z.B. Krankenstand, freiwillige Fluktuation und Unfallgeschehen werden insbesondere durch die Qualität der Sozialbeziehungen beeinflusst. Die Faktoren des Wertekapitals wirken sich auf personennahe Prozesse aus, die wiederum unmittelbar die Zielerreichung beeinflussen.

In Kapitel 3.4 werden beide Forschungsansätze einander gegenübergestellt. In einem weiteren Schritt steht der Vergleich ausgewählter Erhebungsinstrumente und Konstrukte im Vordergrund. Dabei geht es weniger um eine methodische Kritik dieser Ansätze als vielmehr darum, die bisherigen Ergebnisse zu würdigen.

3.4 Zusammenfassende Gegenüberstellung von Whitehall-Studie und Sozialkapital-Forschung

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Aspekte der beiden Forschungsansätze in einer tabellarischen Übersicht zusammengefasst (Tab. 10). Dabei wird auf die charakteristischen Parameter von Forschungsprojekten: Gegenstand, Fragestellung, theoretische Grundlagen, Hypothesen, Methoden und Ergebnisse eingegangen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 86, f.). Der Tabelle folgt eine Zusammenfassung mit den jeweiligen Besonderheiten beider Ansätze.

Tab. 10: Gegenüberstellung von Whitehall-Forschung und Sozialkapital-Ansatz

	Whitehall-Forschung (Marmot et al.)	Sozialkapital-Ansatz (Badura et al.)
Gegenstand	<p>Das Erkenntnisinteresse der Whitehall-Studien besteht darin, sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf körperliche und psychische Erkrankungen sowie Mortalität zu untersuchen.</p> <p>Fokussiert werden Zusammenhänge zwischen physiologischen Erkrankungen und beruflichem Status.</p> <p>Whitehall I zeigte anhand einer Untersuchung von Beschäftigten im britischen öffentlichen Dienst, dass es in Bezug auf Mortalität ein soziales Gefälle gibt: Je niedriger die Klasse ist, der die Menschen angehören, desto höher das Sterberisiko. Die Studie machte deutlich, dass Ungleichheiten in der Gesundheit nicht allein als Folgen von Armut zu erklären sind.</p> <p>Seit 1985 führt Michael Marmot mit seinen Kollegen eine unter der Bezeichnung „Whitehall II“ bekannte Längsschnittstudie durch. Auf der Basis der Forschungsergebnisse zu sozialer Ungleichheit und chronischen Erkrankungen wurde die Datenerhebung um klinische Untersuchungen z.B. zu kognitiven Funktionen, psychischen Störungen und körperlicher Funktionsfähigkeit erweitert, um die Gründe für den sozialen Gradienten in Gesundheit und Krankheit zu erforschen.</p> <p>Kernaspekte dieser Forschung sind die Ursachen der Heterogenität altersbedingter gesundheitlicher Einschränkungen und deren Verteilung nach sozialen Gruppen. Die Untersuchung ermöglicht Einsichten in individuelle und soziale Unterschiede der gesundheitlichen Entwicklung, z.B. einer eintretenden Behinderung, zunehmender Unselbstständigkeit oder der Erkrankung an Demenz. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Whitehall-Forschung ist, optimale Zeitpunkte und Ziele für Interventionen zu ermitteln, die es ermöglichen, potenziell gesünder zu altern und ein unabhängiges Leben zu führen.</p>	<p>Das Sozialkapital-Konzept entwickelte sich ausgehend von dem zunehmend populärer werdenden Humankapital-Konzept. Es befasst sich mit den Wirkungen sozialer Netzwerke und den darin stattfindenden Interaktionen und Leistungen. Soziale Beziehungen und die durch sie vermittelte Kultur bilden das Sozialkapital eines sozialen Systems.</p> <p>Bereits Ende des 19. Jahrhundert hatten der französische Soziologe Émile Durkheim die These aufgestellt, dass zwischenmenschliche Beziehungen für Wohlbefinden und Gesundheit von grundlegender Bedeutung sind.</p> <p>Das Erkenntnisinteresse des Ansatzes liegt darin, ein am Sozialkapital-Konzept orientiertes Organisationsmodell zu entwickeln und es durch Indikatoren zu operationalisieren, die die überwiegend intangiblen Modellelemente sichtbar, messbar und beeinflussbar machen.</p> <p>Folgende Kernannahmen stehen im Mittelpunkt dieses Ansatzes: „Das psychische Befinden eines Menschen beeinflusst maßgeblich sein Beziehungs- und Arbeitsverhalten, seine Lebensqualität und Lebensdauer. Für das psychische Befinden von großer Bedeutung ist das Sozialkapital, verstanden als Umfang und Qualität sozialer Beziehungen und als Vorrat geteilter Überzeugungen und Werte – neben den gut erforschten Faktoren Bildung („Humankapital“) und Kontrollspielraum („Stress“).“ (Badura, 2008, S. 7)</p> <p>Badura et al. verfolgen ihren Forschungsansatz in Form einer quantitativen Querschnittsstudie.</p>
Fragestellung	<p>Die Kernfrage der Whitehall-Studien lässt sich wie folgt zusammenfassen:</p> <p>Welcher Zusammenhang besteht zwischen sozioökonomischem Status, Stress und Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Die Leitfragen der Untersuchung sind:</p> <p>„1. Is there health-related social mobility in the Whitehall II study?“</p>	<p>Der Sozialkapitalansatz auf Basis des Bielefelder Unternehmensmodell verfolgt ein Erkenntnisinteresse über eine betriebswirtschaftliche Betrachtung hinaus. Er versucht gesundheits- und betriebswirtschaftlicher Fragestellungen und Daten miteinander zu verknüpfen (Badura et al., 2013; S. 22, f.). Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit und</p>

	Whitehall-Forschung (Marmot et al.)	Sozialkapital-Ansatz (Badura et al.)
	<p>2. What is the relative importance of health-related social mobility and social causation in explaining changes in health and social position?</p> <p>3. Is there evidence for health selection in the Whitehall II study? Does health-related social mobility explain differences in health between civil service employment grades?" (Chandola et al., 2003, p. 2061)</p>	<p>Unternehmenserfolg maßgeblich von nicht ökonomischen Bedingungen beeinflusst werden. Im Vordergrund stehen folgende Fragen:</p> <p>Welche Faktoren beeinflussen die Entstehung von Sozialkapital in einem Unternehmen? Was ist erforderlich, um ein Unternehmen wettbewerbsfähig zu machen? Wie wirkt sich das Sozialkapital auf die Gesundheit der Beschäftigten aus? Welcher Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital und dem Betriebsergebnis des Unternehmens ergibt sich daraus?</p>
Theoretische Grundlagen	<p>Kontroll- und Stresstheorie</p> <p>Den ursprünglichen Ausgangspunkt der Whitehall-Forschung bildete das sogenannte Risikofaktorenmodell, das dazu dient, das individuelle Risiko für verschiedene Erkrankungen auf der Basis verschiedener Prognose-Scores zu bestimmen.</p> <p>Ein Schwerpunkt der Forschungsarbeit liegt auf der Heterogenität von sozialen und biologischen Faktoren und Verhaltensweisen, da diese als Verursacher kognitiver Einschränkungen ab der Lebensmitte gelten. Hauptziel der Whitehall-Forschung war, Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren, die funktionelle Einschränkungen und Depression im Alter bedingen. Untersucht wurden die sozialen Umstände, der Lebensstil, chronische Erkrankungen sowie die Rolle biologischer Faktoren und die Rolle des psychischen Wohlbefindens im höheren Alter. Auf der Basis der vorliegenden Erkenntnisse wurden folgende übergeordnete Untersuchungsziele formuliert:</p> <p>Welche Auswirkungen haben die Arbeitsumgebung, psychologische Arbeitsbelastungen, die Kontrolle über Tempo und Inhalt von Arbeitsaufgaben sowie soziale Unterstützung auf Krankheit und Gesundheit?</p> <p>Wie wirkt sich soziale Unterstützung im Zusammenspiel mit psychosozialen Faktoren und anderen etablierten Risikofaktoren { bei der / auf die ? } Ätiologie chronischer Erkrankungen aus?</p>	<p>Bindungstheorie – Kooperationen im Mittelpunkt einer menschengerechten und ökonomisch erfolgreichen Unternehmensgestaltung</p> <p>Bereits im 19. Jahrhundert wurden zwischenmenschliche Prozesse als grundlegend für Wohlbefinden und Gesundheit erachtet (Badura 2006; 2008). Ausgehend von den Ergebnissen der soziologisch orientierten Stressforschung setzt der Sozialkapital-Ansatz an der Erkenntnis an, dass eine Betrachtung der gesundheitlichen Auswirkungen von Belastungen des heutigen Erwerbslebens sowohl die Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -abläufen als auch die organisationalen und sozial-kommunikativen Bedingungen wie z.B. die Führungskultur einbeziehen muss (Badura, 2010; Badura & Walter, 2014). Die Erkenntnisse der Neurobiologie, die die Funktionsweisen des menschlichen Belohnungs- und Motivationssystems untersucht, machen deutlich, dass die emotionale Bindung an eine Tätigkeit, an Personen und Organisationen eine protektive Wirkung auf die Gesundheit hat. Das Sozialkapital von Organisationen und Beschäftigtengruppen, das in diesem Forschungsprojekt im Zentrum steht, wird als kollektives Vermögen betrachtet, das die Gesundheit der Mitglieder dieses Kollektivs erheblich beeinflusst (Badura et al., 2013).</p>
Hypothesen	<p>Die übergeordnete Hypothese lautet:</p> <p>Menschen mit einem hohen sozioökonomischen Status haben eine geringere Sterblichkeit und eine bessere Gesundheit als Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (sozioökonomischer Status gemessen an Einkommen, Bildung und Beruf).</p>	<p>Bezogen auf den Zusammenhang von Kultur und Gesundheit lauten die übergeordneten Hypothesen:</p> <p>- „Der Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln hat Einfluss darauf, wie sinnvoll, berechenbar und beeinflussbar Mitarbeiter das Organisationsgeschehen erleben. Dies wiederum reduziert das</p>

	Whitehall-Forschung (Marmot et al.)	Sozialkapital-Ansatz (Badura et al.)
	<p>Zu folgenden weiteren Hypothesen liegen zahlreiche Publikation⁴³ vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das vermehrte Auftreten von Herzkrankheiten in den unteren Statusgruppen ist dadurch zu erklären, dass diese Menschen mehr Stress ausgesetzt sind. => Das Herzinfarkttrisiko ist umso höher, je mehr die Menschen der Willkür anderer ausgeliefert sind und unter dem Eindruck von Fremdbestimmung leiden (Breeze et al., 2001; Marmot & Shipley, 1996). - Menschen mit einem schlechteren Gesundheitszustand haben tendenziell schlechter bezahlte und unqualifizierte Arbeitsplätze und haben nur begrenzte Möglichkeiten, ihre soziale Stellung zu verbessern. - Unterschiede im Gesundheitszustand sind nur teilweise durch Zugehörigkeit zu den unteren sozialen Schichten bedingt. Sie werden durch die Wirkung der sozialen Stellung auf die Gesundheit verursacht. 	<p>Stressniveau und erhöht die Wahrscheinlichkeit gegenseitiger Unterstützung und beeinflusst dadurch ihr psychisches Befinden mit Konsequenzen auch für das Betriebsergebnis“ (Badura, 2008, S. 29).</p> <p>-„Das Sozialkapital variiert zwischen Unternehmen ebenso wie das Human- und Sachkapital (Badura et al.,2013, S.22)</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Je höher das Sozialkapital ist, umso besser ist der Gesundheitszustand der Mitarbeiter und umso wirtschaftlich erfolgreicher ist das Unternehmen (ebd.).“ - Unternehmen mit hohem Sozialkapital sind mitarbeiterorientiert und nehmen in positiver Weise Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter (vgl. Badura et al., 2013, S. 17) - „Die Treiber-Konstrukte des Bielefelder Unternehmensmodells haben einen positiven Einfluss auf die Mitarbeitermotivation. - Die Treiber-Konstrukte des Bielefelder Unternehmensmodells haben einen positiven Einfluss auf die selbsteingeschätzte Qualität durch die Mitarbeiter. - Eine hohe Mitarbeitermotivation hat einen positiven Einfluss auf die selbsteingeschätzte Qualität durch die Mitarbeiter.“ (Badura et al., 2013, S. 218) - „Zwischen dem Gesundheitszustand der Mitarbeiter und den betrieblichen Fehlzeiten besteht kein Zusammenhang. - Entsprechend dem Sozialkapital-Modell wird davon ausgegangen, dass das Sozialkapital sowohl einen direkten (motivationalen) Einfluss auf Fehlzeiten haben kann - als auch einen indirekten über den tatsächlichen Gesundheitszustand der Beschäftigten.“ (Badura et al., 2013, S. 248)
<p>Methoden a) Sample</p>	<p>a) Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kohorte von 10.308 Beschäftigten im „British Civil Service“ im Alter von 35-55 Jahren, davon 3.413 Frauen und 6.895 Männer 	<p>a) Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiterbefragungen aus den Jahren 2006 bis 2012

⁴³ Eine ausführliche Übersicht aller Publikationen zur Whitehall II Studie findet sich auf der Website des University College London (UCL). Sie umfasst weit über 500 Veröffentlichungen zu verschiedenen Themenschwerpunkten der Datenerhebungen.

	Whitehall-Forschung (Marmot et al.)	Sozialkapital-Ansatz (Badura et al.)
b) Instrument⁴⁴	<p>- Teilnehmer in Phase 1 (1985-1988): 10.308, Phase 9 (2007-2009): 6.761</p> <p>b) Erhebungsinstrument:</p> <p>- Alle Probanden erhielten neben einem medizinischen Screening (Screening in den Phase 1,3,5 und 9) einen selbst auszufüllenden Fragebogen per Post, der ein breites Themenspektrum abdeckt.</p> <p>- Zusätzlich zu den üblichen kardiovaskulären Untersuchungen wurden folgende Aspekte erhoben: Blutdruck, Cholesterinspiegel im Blut, Körpergröße, Gewicht; darüber hinaus wurde ein EKG durchgeführt.</p> <p>- In späteren Erhebungsphasen wurden Fragen zur Ernährung sowie weitere Untersuchungen und Tests ergänzt, zum Beispiel zur Lungenfunktion, zu Diabetes und zur geistigen Leistungsfähigkeit.</p> <p>- Die Teilnehmer erhalten die Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen, so dass sie bei festgestellten Anomalien ihre Hausärzte konsultieren können.</p> <p>Klinische Testung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anthropometrische Daten • Blutanalyse • Herz-Kreislauf-System • kognitive Funktionen • Cortisol • physikalische Funktionen <p>Themen der Fragebögen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiengeschichte (u.a. Gesundheitsaspekte, sozioökonomische Merkmale) • allgemeine Gesundheitsfragen (u.a. Diabetes, Krankenhausaufenthalte, Medikation) • Gesundheitsverhalten (u.a. Ernährungs- und Bewegungsverhalten) 	<p>- neun Unternehmen, davon fünf Produktionsbetriebe, zwei aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, ein Finanzdienstleistungsunternehmen und eine Organisation der öffentlichen Verwaltung</p> <p>- von den 10.222 befragten Beschäftigten haben 4.049 den Fragebogen ausgefüllt (Rücklaufquote von 39,6 %)</p> <p>- der Anteil der männlichen Befragten liegt knapp über dem der weiblichen (49,9 % gegenüber 45,9 %)</p> <p>- einen Großteil der Stichprobe bilden Beschäftigte mittleren Alters</p> <p>- wichtige berufliche Merkmale der Befragten sind die Position im Unternehmen und die Dauer der Betriebszugehörigkeit</p> <p>- der Anteil der befragten Führungskräfte mit Personalverantwortung beträgt 14,5 %</p> <p>- die große Mehrheit der Befragten (84,1 %) sind Mitarbeiter ohne Personalverantwortung</p> <p>- keine Angabe zur Personalverantwortung 1,4 %</p> <p>b) Erhebungsinstrument:</p> <p>- Für die Erhebung wurde ein eigens für diese Studie entwickelter Fragebogen eingesetzt (ProSoB-Fragebogen).</p> <p>- Der Fragebogen besteht aus 160 einzelnen Items. Diese wurden, mit Ausnahme einiger Fragen zur sozioökonomischen Lebenslage und zum Gesundheitsverhalten, auf einer fünfstufigen Intervallskala erhoben, wobei der Wert 1 immer die geringste Ausprägung repräsentiert (zum Beispiel „trifft überhaupt nicht zu“) und der Wert 5 die höchste Ausprägung (zum Beispiel „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>- Ziel der Erhebung war, Zusammenhänge zwischen dem Sozialkapital und den im Unternehmensmodell abgebildeten Früh- und Spätindikatoren aufzudecken.</p>

⁴⁴ Siehe dazu im Detail Kapitel 3.5.

	Whitehall-Forschung (Marmot et al.)	Sozialkapital-Ansatz (Badura et al.)
	<ul style="list-style-type: none"> psychische Gesundheit und Wohlbefinden (GHQ, Lebensereignisse, Zufriedenheit, ...) psychosoziale und sozioökonomische Merkmale (u.a. Bildung, Ruhestand, Freizeitaktivitäten, Krankenstand, berufliche Position.	- Die Befragung lieferte zudem Informationen über die Ausstattung der Unternehmen mit Sozialkapital, die in einem weiteren Untersuchungsschritt mit betriebswirtschaftlichen Routinedaten verknüpft wurden. - Für die Unternehmen wurden Ergebniskennzahlen ermittelt und zu ihrer erfragten Ausstattung mit Sozialkapital in Beziehung gesetzt.
Ergebnisse	<p>Sozialer Gradient: Je höher die Studienteilnehmer in der beruflichen Hierarchie stehen, desto höher ist ihre Lebenserwartung. Die Studie hat sehr deutlich gezeigt, dass das soziale Gefälle bei einer ganzen Reihe von Krankheiten zu beobachten ist, z.B. bei Herzerkrankungen, einigen Krebsarten, chronischen Lungenerkrankungen, Magen-Darm-Krankheit, Depression und Rückenschmerzen, außerdem bei allgemeinem Unwohlsein, Krankenstand und Selbstmord.</p> <p>Spannungen im Arbeitsbereich: Menschen an Arbeitsplätzen mit geringer Kontrollmöglichkeit weisen höhere Abwesenheiten, mehr psychische Erkrankungen, mehr Herzerkrankungen und mehr Schmerzen im unteren Rücken auf. Die Studie zeigt, dass der Zusammenhang zwischen geringer Steuerungsmöglichkeit und einem erhöhten Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von einer Reihe persönlicher Merkmale des Individuums unabhängig ist.</p> <p>Soziale Unterstützung: Die Whitehall-Studie stellt fest, dass gute Beziehungen auf der Arbeitsebene in Form von sozialer Unterstützung eine schützende Wirkung auf die psychische Gesundheit haben und das Risiko krankheitsbedingter Fehlzeiten reduzieren.</p> <p>Gratifikation: Die Whitehall-Studie II hat ergeben, dass ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und empfundener Belohnung das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht.</p> <p>Arbeitsplatzsicherheit: Sichere Arbeitsplätze erhöhen die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit.</p> <p>Gesundheitsverhalten: Eine gesunde Ernährung, Bewegung, geringer Alkoholkonsum und Nichtrauchen reduzieren das Erkrankungsrisiko und fördern das Wohlbefinden.</p> <p>Privatleben: Es konnte festgestellt werden, dass emotionale Unterstützung den psychischen Gesundheitszustand und die allgemeine Gesundheit stärker beeinflusst als praktische Aspekte der Unterstützung.</p>	<p>Das Sozialkapital variiert zum Teil erheblich.</p> <p>Unterschiede zeigen sich nicht nur zwischen den Unternehmen, sondern auch zwischen Abteilungen bzw. Arbeitsbereichen innerhalb eines Unternehmens.</p> <p>Je höher das Sozialkapital, umso besser sind nicht nur die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse des Unternehmens, sondern auch Wohlbefinden und Gesundheit der befragten Mitarbeiter (Badura et al., 2013).</p> <p>Die physische und psychische Gesundheit der Mitarbeiter ist umso höher, je besser die Arbeitsbedingungen und je stärker die sozialen Beziehungen innerhalb des Arbeitsteams sind, je besser die Qualität der Arbeit und je mitarbeiterorientierter die Unternehmenskultur ist.</p> <p>Die Qualität der Leistung wird stark vom Netzwerkkapital beeinflusst.</p> <p>Die Qualität der Sozialbeziehungen wirkt sich besonders auf unmittelbar personenbezogene Variablen aus, zu denen u.a. Krankenstand, freiwillige Fluktuation und Unfallgeschehen zählen.</p> <p>Die Arbeitsbedingungen und das Wertekapital haben starken Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten.</p> <p>Die Treiber Arbeitsbedingungen und Wertekapital haben einen unmittelbaren Einfluss auf das Erreichen der Ziele.</p> <p>Das gesundheitliche Wohlbefinden der Mitarbeiter wird direkt durch das Führungskapital beeinflusst. Besonders bedeutsam ist die Führung für die Erreichung vorgegebener Ziele und Qualität. Gut funktionierende Arbeitsgruppen fördern die Gesundheit der Beschäftigten.</p> <p>Die Auswertung der erhobenen Daten konnte zeigen, dass die Fehlzeitenstatistiken kein zuverlässiger Indikator für den Gesundheitszustand der Mitarbeiter sind.</p> <p>Zwischenmenschliche Passung im Team, die Mitarbeiterorientierung des Unternehmens und die wahrgenommene Gerechtigkeit der Führung konnten als zentrale Gesundheitsdeterminanten identifiziert werden.</p>

	Whitehall-Forschung (Marmot et al.)	Sozialkapital-Ansatz (Badura et al.)
	<p>Arbeit und familiäre Anforderungen: Es ist erkennbar, dass Anforderungen und Konflikte sowohl in der Familie als auch im Beruf sich auf die psychische und physische Gesundheit von Männern und Frauen auswirken.</p> <p>Ruhestand: Das soziale Gefälle innerhalb des Ruhestands ist weitgehend durch die Umstände während des Arbeitslebens bestimmt.</p>	<p>Je besser die immateriellen Arbeitsbedingungen und je stärker die sozialen Beziehungen innerhalb der Arbeitsteams sind, desto besser ist die Qualität der Führung und desto ausgeprägter die Work-Life-Balance und das Commitment der Beschäftigten.</p> <p>Zwischen den beiden Statusgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede: Betriebs- und abteilungsübergreifend werden die Verhältnisse vor Ort von den Vorgesetzten sehr viel besser eingeschätzt als von den Mitarbeitern.</p>

3.4.1 Besonderheiten der Whitehall II Studie und des Sozialkapitalansatzes

Whitehall II Studie

Die Stichprobe der Whitehall-Studie beinhaltet ausschließlich Beschäftigte im britischen öffentlichen Dienst, in dem die Berufshierarchie sehr ausgeprägt und starr ist. Damit ist diese Fallstudie nicht repräsentativ für die Vielfalt von Beschäftigungsverhältnissen und Bedingungen, die an einem Arbeitsplatz herrschen können (Goldthorpe, 1997, S. 40-48). Dies erschwert einen Vergleich mit anderen Arbeitgebern oder Organisationen. Darüber hinaus reflektiert die Studie im Hinblick auf demografische Merkmale die Zusammensetzung der Kohorte im öffentlichen Dienst zum Zeitpunkt des Studienbeginns, also Mitte der 1980er Jahre. Nur ein Drittel der Kohorte sind Frauen, was die Aussagekraft der Ergebnisse zum sozialen Gradienten für dieses Geschlecht reduziert. Eine weitere Schwäche besteht darin, dass Beschäftigte höherer Dienstgrade in der Stichprobe eine Minderheit bilden. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist zusätzlich dadurch eingeschränkt, dass Arbeiter („manual workers“), die in vielen Organisationen einen Großteil der Beschäftigten ausmachen, in der Kohorte fehlen.

Eine weitere Besonderheit der Whitehall-Forschung besteht darin, dass sie das soziale Gefälle in Bezug auf Gesundheit und Krankheit betrachtet. Ungleichheiten im Bereich Gesundheit werden zugleich aus einer sozialen, psychologischen und biomedizinischen Perspektive analysiert. Neben psychosozialen Faktoren bei der Arbeit werden auch Faktoren im privaten Umfeld und im Bereich der Freizeitaktivitäten berücksichtigt. Es konnten psychosoziale Belastungen identifiziert werden, die zu erhöhtem Stress führen. Zudem zeigte sich, dass die wahrgenommene Arbeitsbelastung bei Menschen mit geringen Kontroll- und Entscheidungsmöglichkeiten höher ist als bei denen mit größeren Entscheidungsspielräumen (Marmot, 2004; Kuper & Marmot, 2003).

Obwohl auch Faktoren wie Lebensereignisse, biologisch bedingte Alterungsprozesse und gegenwärtige Umstände sich auf das Krankheitsrisiko im Alter auswirken, haben sich in der untersuchten Kohorte vor allem die sozioökonomische Position und arbeitsbezogene Faktoren als entscheidend für die spätere Gesundheit

erwiesen. Das soziale Gefälle in Bezug auf Morbidität und körperliche Leistungsfähigkeit scheint durch das Alter und durch organisationale Faktoren im Erwerbsleben bestimmt zu werden (Marmot, 2004).

Sozialkapital-Ansatz

Anhand des Datensatzes der untersuchten Organisationen konnte der Sozialkapital-Ansatz zeigen, dass die Gesundheit der Organisationsmitglieder neben berufsspezifischen, biologischen und persönlichen Faktoren erheblich vom Sozialkapital des Unternehmens beeinflusst wird (Badura et al., 2013; Rixgens & Badura, 2011). Zwischen den Unternehmen, aber auch zwischen verschiedenen Abteilungen oder Bereichen innerhalb von Unternehmen zeigen sich signifikante Unterschiede im Sozialkapital. Angehörige der beiden Statusgruppen „Führungskraft“ und „Mitarbeiter“ schätzen die Verhältnisse vor Ort sehr unterschiedlich ein. Der Sozialkapital-Ansatz berücksichtigt auch die Qualität der Führung und erlaubt so Aussagen über die Auswirkungen dessen, wie Macht verteilt und reguliert ist und wie sie ausgeübt wird. Das Wertekapital und die Arbeitsbedingungen haben einen starken Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten, wobei das Wertekapital und die Qualität der Arbeitsergebnisse die maßgeblichen Prädiktoren für Gesundheit bilden. Stolz auf die eigene Arbeitsleistung sowie deren Wahrnehmung und Wertschätzung durch die Vorgesetzten sind bei den befragten Organisationsmitgliedern mit einer besseren Einschätzung ihres Gesundheitszustands verbunden; das legt nahe, dass nicht nur die These „Gesundheit fördert Arbeit“ zutrifft, sondern auch ihre Umkehrung „Arbeit fördert Gesundheit“ (Badura et al., 2013).

Die hier referierten Erkenntnisse der Sozialkapital-Forschung sind zunächst auf die untersuchte Stichprobe der neun Unternehmen limitiert. Offen bleibt die Frage nach ihrer Generalisierbarkeit. Badura et al. schlagen vor, branchenspezifische Zusammenhänge in Längsschnitt- und Interventionsstudien zu untersuchen.

Aktuelle Forschungsergebnisse u.a. aus Evolutionsbiologie, Neuroforschung, Soziologie und Sozialepidemiologie stützen die Erkenntnis, dass es für eine „gesunde“ Organisationssteuerung und Mitarbeiterführung von zentraler Bedeutung ist, das

Sozialkapital stärker zu berücksichtigen. In einen solchen Prozess müssen die Führung, die Unternehmenskultur, das Betriebsklima, die Arbeitsprozesse, das Berichtswesen und die Weiterbildung als gesundheitliche Bedingungen einbezogen werden (ebd.). Damit dieser Prozess erfolgreich ist, muss er vom oberen Management nachhaltig begleitet und in der Organisation implementiert werden.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass die Whitehall-Forschung ihre Erkenntnisse stark mit dem Stresskonzept begründet, das die krankmachende Wirkung von Arbeit betont. Die Erkenntnisse der Neurobiologie zur Funktionsweise des menschlichen Belohnungs- und Motivationssystems machen deutlich, dass die emotionale Bindung an eine Tätigkeit, an Personen und Organisationen, die der Sozialkapital-Ansatz berücksichtigt, eine protektive Wirkung auf die Gesundheit haben. Die Psychoneuroimmunologie, die sich mit der Untersuchung des komplexen Zusammenwirkens von Nervensystem, Hormonsystem und Immunsystem und dessen Auswirkungen auf das Organsystem des Menschen beschäftigt, liefert Erkenntnisse zu Wirkungszusammenhängen von Kohärenzgefühl und Gesundheit, die die Annahme von Antonovsky stützen, dass das kognitiv-motivationale Konstrukt des Kohärenzgefühls das Organsystem direkt beeinflussen kann (Faltermaier, 1994, S. 43-54; Schulz, 1994). Die Ergebnisse der soziologisch orientierten Stressforschung zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Belastungen des heutigen Erwerbslebens machen deutlich, dass hier Maßnahmen gefordert sind, die sowohl Arbeitsaufgaben und -abläufe gesundheitsförderlich gestalten als auch organisationale und sozial-kommunikative Bedingungen wie z.B. die Führungskultur einbeziehen (Badura, 2010; Badura & Walter, 2014). Je nach dem Bindungsbedürfnis einer Person und der Bindewirkung, die von der Organisation ausgeht, ist die Bindung an eine Gemeinschaft, etwa das Organisationskollektiv, unterschiedlich stark ausgeprägt (vgl. Badura, 2008; Badura et al., 2013; Ferrie et al., 2001). Dieser Aspekt der Bindungstheorie tritt in der Whitehall-Forschung in den Hintergrund, während die vertikale, stark autoritäre Kontrolltheorie und die pathogene Belastungstheorie des Stresskonzepts im Vordergrund stehen.

3.5 Gegenüberstellung ausgewählter Erhebungskonstrukte und Skalen der Whitehall- und der Sozialkapital-Forschung

Die folgende Gegenüberstellung von Analyseinstrumenten der Whitehall- und der Sozialkapital-Forschung soll Ähnlichkeiten bzw. Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutlich machen. Die Erkenntnisse, die sich aus dem strukturierten Vergleich ergeben, dienen dazu, die Forschungsfrage der vorliegenden Untersuchung und die damit zugrunde liegenden Hypothesen zu konkretisieren. Dabei sollen die Potenziale und Lücken der beiden Ansätze für das eigene Forschungsprojekt fruchtbar gemacht werden. Es soll herausgearbeitet werden, ob und welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb der Erhebungsinstrumente vorliegen und inwieweit sich diese innerhalb der betrachteten Items/Konstrukte der vorliegenden Datenanalyse als Gesundheitsteiber herausstellen. Die Auswahl der Items und Konstrukte werden durch die Kernfrage „was beeinflusst Gesundheit?“ und den bestehenden Erkenntnissen der erläuterten Sozialkapitalforschung (vgl. Kapitel 3.3) begründet.

Die Gegenüberstellung bezieht sich auf die Fragebögen der Phase 7 und 9 aus der Whitehall-Studie II. Da die eingesetzten Items im Zeitverlauf variierten und das Datenmaterial sehr umfangreich ist, wurden anhand der seit Kurzem zur Verfügung stehenden Befragungsübersicht diese beiden Phasen ausgewählt, um einen konkreten und damit aussagekräftigen Vergleich vornehmen zu können. In dem für diese Arbeit relevanten Bereich „psychosoziale Gesundheit“ wurden ab Phase 7 (2002) wesentliche Items ergänzt (vgl. Kapitel 3.2.3).

3.5.1 Auswahl der Konstrukte und Skalen für den Vergleich

Die Auswahl der zu vergleichenden Konstrukte und Skalen orientiert sich am Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung, die das Sozialkapital und das gesundheitliche Wohlbefinden von Führungskräften und Mitarbeitern ins Zentrum stellt. Mit Bezug auf die Fragstellung der vorliegenden Arbeit⁴⁵ werden die drei

⁴⁵ Vgl. Kapitel 3.2 und 3.3, insbesondere die Darstellungen der Ergebnisse der beiden Forschungsansätze.

Formen von Sozialkapital betrachtet, die im Bielefelder Ansatz den „Treibern“ zugeordnet sind. Zusätzlich werden die immateriellen Arbeitsbedingungen untersucht. Deren Einflüsse auf Kognition, Motivation und Verhalten sind durch Studien gut belegt (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004); die Erkenntnisse über ihre Wirkungen haben sich in gesetzlichen Regelungen wie etwa dem Arbeitsschutz- und dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG; ArbSchG) niedergeschlagen. Die immateriellen Arbeitsbedingungen beinhalten als ein wesentliches Element die wahrgenommene „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“, die zum Kohärenzgefühl beiträgt (Antonovsky, 1987). In der Whitehall-Studie werden die Arbeitsbedingungen insbesondere in Form von Gratifikationskrisen („Effort-reward imbalance at work“, vgl. Kapitel 3.2) berücksichtigt. Aus dem Bereich „Ergebnisse“ des Bielefelder Unternehmensmodells werden alle „Frühindikatoren“ betrachtet, d.h. Hinweise darauf, inwieweit die „Treiber“ in der gewünschten Weise auf die Gesundheit einwirken (s. o. Kap. 3.3.2). Der Bereich „Gesundheit“ (operationalisiert durch das physische und psychische Befinden) bildet zusammen mit dem Sozialkapital den Untersuchungsschwerpunkt, darum wird er hier vollständig betrachtet; ebenso die Konstrukte „Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben“, „wahrgenommene Produktivität“ und „Organisationspathologien“. Die „Spätindikatoren“ werden in der Untersuchung nicht berücksichtigt. Im Hinblick auf die Frage nach den Positionsunterschieden wird abschließend das positionsspezifische Merkmal „Führungsverantwortung“ einbezogen, das später in der Aufbereitung und Analyse der Daten als Entscheidungskriterium genutzt wird, um die Erhebungsgruppen zu bilden (vgl. Kapitel 5).

Die Gegenüberstellung erfolgt tabellarisch wie folgt: Dem Element des Sozialkapital-Ansatzes wird der entsprechende Bereich der Whitehall-Studie⁴⁶ gegenübergestellt. In der zweiten Spalte sind jeweils die dazugehörigen Indikatoren bzw. Items

⁴⁶ Die aufgeführten Items stammen aus den Originalfragebögen der Phasen 7 und 9 (verfügbar unter <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/s7-questionnaire>; <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/s9-questionnaire>).

vollständig aufgelistet; ihnen werden, sofern möglich, in der vierten Spalte Beispielitems aus der Whitehall-Studie gegenübergestellt (vgl. Tab. 11 bis Tab. 14 in den folgenden Teilkapiteln 3.5.2 bis 3.5.5).

3.5.2 Gegenüberstellung ausgewählter Erhebungskonstrukte der Elemente „Treiber“

In Tab. 11 sind die Kernkomponenten⁴⁷ der „Treiber“ aufgeführt. Das **Netzwerkkapital** (horizontale soziale Beziehungen), das sich auf die Qualität und die Quantität sozialer Beziehungen zwischen Beschäftigten der gleichen Hierarchie-elemente bezieht, wird durch Items zu den fünf Elementen (Skalen) *Gruppenkohäsion*, *Kommunikation*, *sozialer „Fit“*, *Soziale Unterstützung* und *Vertrauen* erfasst. Das Zusammengehörigkeitsgefühl wird durch das soziale Klima innerhalb des Teams, Integration aller Teammitglieder, gemeinsame Problemlösung und Gefühlsregulierung erfasst (Badura et al., 2013, S. 51,f.).

Ein wichtiger Indikator für die Qualität der Gruppenkohäsion ist der Zusammenhalt innerhalb einer sozialen Einheit (z.B. „*In unserer Abteilung halten alle ganz gut zusammen.*“) (ebd.).

Für die *Kommunikation* in einer Abteilung sind der Umgangston (z.B. „*Der Umgangston zwischen den Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung ist meistens gut.*“) wie auch das Ausmaß des Redens miteinander ausschlaggebend.

Der *soziale „Fit“* beschreibt die zwischenmenschliche „Passung“ der Mitglieder einer Gruppe; dabei geht es nicht darum, wie die Kollegen fachlich zusammenpassen, sondern ob das Miteinander auf menschlicher Ebene harmonisch ist. Ein hoher sozialer Fit der Gruppenmitglieder (z.B. „*In meinem Kollegenkreis fühle ich mich insgesamt sehr wohl.*“) ist ein wichtiger Faktor für ein funktionierendes Arbeitsteam (ebd., S. 52).

Soziale Unterstützung bezeichnet die Bereitschaft der Gruppenmitglieder, sich füreinander einzusetzen, sich gegenseitig zu helfen und zu unterstützen (z.B. „*Bei uns*

⁴⁷ Neben den drei genannten Kernkomponenten werden auch die immateriellen Arbeitsbedingungen und die Qualifikation der Beschäftigten zum Sozialkapital gezählt (s.o. Kapitel 3.3.2 bis 3.3.4, vgl. Badura et al., 2013).

in der Abteilung ist es üblich, dass man sich gegenseitig hilft und unterstützt.“) (ebd., S. 52).

Verlässlichkeit der Kollegen und die Möglichkeit, auch über persönliche Schwierigkeiten zu sprechen, spiegeln das *Vertrauen* innerhalb der Teams wider (z.B. *„In unseren Abteilungen ist das gegenseitige Vertrauen so groß, dass wir auch über persönliche Probleme offen reden können.“*) (ebd., S. 52).

In der Whitehall-Forschung finden sich Parallelen zu diesen Elementen nur im Bereich „Schwierigkeiten (difficulties)“ des Konstrukts „Arbeit (work)“ (*„When you are having difficulties at work [...] [h]ow often do you get help and support from your immediate superior?“*); sie sind mit den Items zur sozialen Unterstützung vergleichbar (siehe im Detail Tab. 11).

Das **Führungskapital** bestimmt sich durch die Intensität und die Qualität der Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten. Es wird definiert durch die sechs Konstrukte/Skalen Mitarbeiterorientierung, Kommunikation, Fairness und Gerechtigkeit, Vertrauen, Akzeptanz des Vorgesetzten und soziale Kontrolle. Unter Mitarbeiterorientierung wird hier verstanden, dass die Führungskräfte sich für die Interessen der Mitarbeiter einsetzen (Badura et al., 2013, S. 52). Sie zeigt sich beispielsweise in Zuhören, Einsetzen für die berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter und Interesse an deren persönlichen Belangen. Die Leistung jedes einzelnen Mitarbeiters ist ein weiteres wichtiges Element der Mitarbeiterorientierung (z.B. *„Mein direkter Vorgesetzter erkennt die Leistung seiner Mitarbeiter an.“*). Wie im Bereich soziale Beziehungen ist auch hier für die Qualität der Beziehung die Güte der Kommunikation entscheidend. Zu den Kennzeichen einer guten Kommunikation mit der Führungskraft zählen eine rasche und zuverlässige Weitergabe von Informationen über wichtige Inhalte (z.B. *„Mein direkter Vorgesetzter informiert seine Mitarbeiter über alle wichtigen Dinge der Abteilung und des Unternehmens schnell und zuverlässig.“*), gute Umgangsformen und ein „offenes Ohr“ für die Mitarbeiter (Badura et al., 2013, S. 53). Eine faire und gerechte Behandlung (z.B. *„Mein direkter Vorgesetzter behandelt alle seine Mitarbeiter fair und gerecht.“*) hat gerade in asymmetrischen Beziehungen wie denen zwischen Führung und Mitarbeitern einen besonderen Stellenwert, denn der Mitarbeiter ist durch seine schwächere Position in gewisser Weise von Fairness und Gerechtigkeit des Vorgesetzten

abhängig (ebd.). Vertrauen ist sowohl Grundlage als auch Folge einer guten Beziehung. Elemente einer hohen Akzeptanz des Vorgesetzten sind seine Funktion als Vorbild, die Anerkennung beziehungsweise Akzeptanz seiner Funktion als Chef und ein insgesamt gutes Verhältnis zwischen dem Vorgesetzten und seinen Mitarbeitern (z.B. *„Mein direkter Vorgesetzter ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann.“*) (ebd.).

In der Whitehall-Studie II gibt es Items, die den Elementen „Mitarbeiterorientierung“ und „Kommunikation“ vergleichbar sind: Die Mitarbeiterorientierung wird mit zwei Items unter dem Aspekt „work-difficulties“ erhoben, das Element „Kommunikation“ mit drei Items unter dem Punkt „work-clarity“ (siehe im Detail Tab. 11). Zu den anderen Elementen des Führungskapitals werden keine vergleichbaren Items abgefragt.

Das **Wertekapital** bezieht sich vor allem auf geteilte Überzeugungen und kollektive Wertvorstellungen sowie deren Umsetzung im betrieblichen Alltag. Es setzt sich zusammen aus gemeinsame Normen und Werte, gelebte Kultur, Konfliktkultur, Kohäsion im Betrieb, Gerechtigkeit, Wertschätzung und Vertrauen (Badura et al. 2008; 2013, S. 53,f.). Gemeinsame Normen und Werte bilden das Kernstück der Unternehmenskultur (z.B. *„In unserem Unternehmen gibt es gemeinsame Visionen bzw. Vorstellungen darüber, wie sich der Betrieb weiterentwickeln soll.“*). Sie spiegeln sich im Konsens von Organisationsmitgliedern unterschiedlichen Ranges und unterschiedlicher Einheiten wider und spielen mit ihrer Funktion der Orientierung im Arbeitsalltag eine wichtige Rolle (Badura et al., 2013, S. 54). Solche Normen und Werte sind häufig in einem Unternehmensleitbild festgeschrieben; ein solches lässt jedoch nicht den Rückschluss zu, dass sie tatsächlich umgesetzt werden. Gelebte Werte und Regeln haben jedoch für die gesamte Belegschaft zentrale Bedeutung (ebd.) (z.B. *„Bei uns setzen sich fast alle Beschäftigten mit großem Engagement für die Ziele des Unternehmens ein.“*). Eine hohe Einigkeit zwischen Geschäftsführung und Belegschaft über Ziele und Grundsätze des Unternehmens ist Bedingung dafür, dass eine gemeinsame Vision umgesetzt und gelebt wird. Weitere Faktoren des Wertekapitals sind das Konfliktmanagement und der generelle Umgang mit Schwierigkeiten (ebd.). An der Art des Umgangs mit Problemen zeigt sich, wie mitarbeiterorientiert eine Unternehmenskultur ist (z.B. *„Konflikte und*

Meinungsverschiedenheiten werden in unserem Unternehmen sachlich und vernünftig ausgetragen.“). Weitere wichtige Bestandteile des Wertekapitals ist die von den Beschäftigten wahrgenommene Gerechtigkeit von Management oder Geschäftsführung (z.B. *„Bei uns werden alle Beschäftigten gleich behandelt.“*) und die Wertschätzung, die den einzelnen Mitarbeitern entgegengebracht wird (z.B. *„Die Wertschätzung jedes einzelnen Mitarbeiters ist in unserem Unternehmen sehr hoch.“*). Wenn sich die oberste Führung und die Arbeitnehmervertretung an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln orientieren, ist dies eine wichtige Grundlage für das Vertrauen, das den Mitarbeitern entgegengebracht wird. Gemeinsame Ziele und ein ausgeprägter Teamgeist sind die Erfolgsformel für einen Zusammenhalt der Organisationsmitglieder auf allen Ebenen des Unternehmens (ebd.) (z.B. *„Unser Unternehmen kann man fast mit einer großen Familie vergleichen.“*). Parallelen hierzu finden sich in der Whitehall-Forschung nur in einem einzigen Item des Konstrukts „Gerechtigkeit“ (*„I am treated unfairly at work.“*). Das Konstrukt „Konfliktkultur“ wurde zwar in der 1. Phase (1985-1988) mit einigen Fragen erhoben, bei den späteren Erhebungen jedoch nicht weiter verfolgt.

Tab. 11: Gegenüberstellung der ausgewählten Erhebungskonstrukte der „Treiber“

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
Elemente	Items Durchgehende Antwortkategorien: 5-stufige Likert-Skala: - trifft überhaupt nicht zu - trifft eher zu - trifft teilweise zu - trifft eher zu - trifft voll und ganz zu	Bereich	Beispiel-Items ⁴⁸
Netzwerkkapital: Soziale Beziehungen		Work	
Kohäsion (Teamzusammenhalt)	1. In unserer Abteilung gehen wir zusammen durch dick und dünn. 2. In unserer Abteilung halten alle ganz gut zusammen. 3. In unserer Abteilung steht keiner außerhalb.		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items

⁴⁸ Beispiel-Items: dort, wo die Fragebögen der Whitehall II Studie eine Vielzahl an Items pro Bereich enthalten, erfolgen nur Auszüge und keine vollständige Auflistung.

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
Kommunikation	4. Der Umgangston zwischen den Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung ist meistens gut.		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Sozialer „Fit“	5. In meinem Kollegenkreis fühle ich mich insgesamt sehr wohl. 6. Die Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung passen menschlich gut zusammen.		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Soziale Unterstützung	7. In unserer Abteilung sind die Kolleginnen und Kollegen in hohem Maße bereit, sich füreinander einzusetzen. 8. Bei uns in der Abteilung ist es üblich, dass man sich gegenseitig hilft und unterstützt.	Difficulties	When you are having difficulties at work[,] [...] <ul style="list-style-type: none"> - [h]ow often do you get help and support from your colleagues? - [h]ow often are your colleagues willing to listen to your work-related problems? Antwortkategorien: <ul style="list-style-type: none"> - <i>often</i> - <i>sometimes</i> - <i>seldom</i> - <i>never</i>
Vertrauen	9. Wenn es nötig ist, kann man sich auf die Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung verlassen. 10. In unserer Abteilung ist das gegenseitige Vertrauen so groß, dass wir auch über persönliche Probleme offen reden können.		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Führungskapital: Führungsverhalten des direkten Vorgesetzten		Work	
Mitarbeiterorientierung	1. Mein direkter Vorgesetzter hat für seine Mitarbeiter immer „ein offenes Ohr“. 2. Mein direkter Vorgesetzter erkennt die Leistung seiner Mitarbeiter an. 3. Mein direkter Vorgesetzter achtet darauf, dass seine Mitarbeiter sich beruflich weiterentwickeln können.	Difficulties	When you are having difficulties at work[,] [...] <ul style="list-style-type: none"> - [h]ow often do you get help and support from your immediate superior? - [h]ow often is your immediate superior willing to listen to your problems? Antwortkategorien: <ul style="list-style-type: none"> - <i>often</i> - <i>sometimes</i> - <i>seldom</i>

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
			- <i>never</i>
Kommunikation	<p>4. Mein direkter Vorgesetzter informiert seine Mitarbeiter über alle wichtigen Dinge der Abteilung und des Unternehmens schnell und zuverlässig.</p> <p>5. Mein direkter Vorgesetzter ist für seine Mitarbeiter ein echtes Vorbild.</p> <p>6. Mein direkter Vorgesetzter wird von allen seinen Mitarbeitern als „Chef“ anerkannt und akzeptiert.</p> <p>7. Mein direkter Vorgesetzter versteht sich insgesamt sehr gut mit seinen Mitarbeitern.</p>	Work – Clarity	<p>Vergleichbare Items: About consistency and clarity regarding your job.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Do different groups at work demand things from you that you think are hard to combine? - Do you get sufficient information from line management (your superiors)? - Do you get consistent information from line management (your superiors)? <p>Antwortkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>often</i> - <i>sometimes</i> - <i>seldom</i> - <i>never</i>
Vertrauen	<p>8. Mein direkter Vorgesetzter steht zu dem, was er sagt.</p> <p>9. Mein direkter Vorgesetzter ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann.</p>		Keine ähnliche Items im Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld, nur in Bezug zur sozialen Unterstützung außerhalb der Arbeit
Fairness und Gerechtigkeit	10. Mein direkter Vorgesetzter behandelt alle seine Mitarbeiter fair und gerecht.		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Wertekapital: Organisationskultur			
Gemeinsame Normen und Werte	<p>1. Bei uns setzen sich fast alle Beschäftigten mit großem Engagement für die Ziele des Unternehmens ein.</p> <p>2. Führungskräfte und Mitarbeiter orientieren sich bei ihrer täglichen Arbeit sehr stark an gemeinsamen Regeln und Werten.</p>		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Konfliktkultur	3. Konflikte und Meinungsverschiedenheiten werden in unserem Unternehmen sachlich und vernünftig ausgetragen.		<p>In dem Bereich Konfliktmanagement finden sich keine vergleichbaren oder ähnlichen Items.</p> <p>Nur in Phase 1 (1985-1988) werden einzelne</p>

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
			Fragen in Bezug zur Thematik Konflikt gestellt.
Kohäsion	<p>4. Bei uns gibt es in allen Bereichen einen sehr großen Teamgeist unter den Beschäftigten.</p> <p>5. Unser Unternehmen kann man fast mit einer großen Familie vergleichen.</p>		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Gerechtigkeit	<p>6. Bei uns werden alle Beschäftigten gleich behandelt.</p> <p>7. Insgesamt habe ich den Eindruck, dass es bei uns im Umgang mit den Beschäftigten fair und gerecht zugeht.</p> <p>8. Als Beschäftigter kann man sich voll und ganz auf unsere Unternehmensleitung verlassen.</p>		<p>keine entsprechenden oder vergleichbaren Items</p> <p>Es konnte eine Frage in Bezug zum Thema (Anerkennung/ Respekt „probs⁴⁹“) gefunden werden:</p> <p>Do you agree with the following statement? If you do agree, please indicate to what extent you are distressed by it. <i>- I am treated unfairly at work.</i></p> <p>Antwortkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no - yes, but not at all distressed - yes, somewhat distressed - yes, rather distressed - yes, very distressed
Gelebte Unternehmenskultur	9. In unserem Unternehmen gibt es gemeinsame Visionen bzw. Vorstellungen davon, wie sich der Betrieb weiterentwickeln soll.		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Wertschätzung	10. Die Wertschätzung jedes einzelnen Mitarbeiters ist in unserem Unternehmen sehr hoch.		Keine ähnlichen Items in Bezug zum Arbeitsumfeld nur in Bezug zum Thema Haushalt

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich für die Konstrukte „Führungskapital“ und „Wertekapital“ in den Items so gut wie keine Parallelen finden.

⁴⁹ „Probs“ (Anerkennung/ Respekt) sind im Whitehall-Fragebogen ein Konstrukt aus dem Bereich „work“.

3.5.3 Gegenüberstellung ausgewählter Erhebungskonstrukte zum „Treiber“ Arbeitsbedingungen

Tab. 12 führt die **immateriellen Arbeitsbedingungen** auf, die ebenfalls zu den Treibern gehören und die für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten immer bedeutsamer werden (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004; Badura et al., 2013, S. 54, f.). Die Arbeitsbedingungen werden durch die Elemente Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen, Sinnhaftigkeit der Aufgabe, Klarheit der Aufgabe, Partizipation und Handlungsspielraum operationalisiert.

Die Zufriedenheit wird u.a. bezogen auf Fort- und Weiterbildungsangebote (z.B. *„Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildungen?“*) und auf die Transparenz von Unternehmensentscheidungen (z.B. *„Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Transparenz von Entscheidungen, die von der Unternehmensleitung getroffen werden?“*) erhoben (ebd.).

Die Sinnhaftigkeit, die Teil des Kohärenzgefühls ist (Antonovsky, 1987), wird ermittelt über die wahrgenommene Wichtigkeit der Arbeit, das Gefühl, etwas zum Unternehmenserfolg beitragen zu können, und das Erleben von Arbeit als persönliche Bereicherung (z.B. *„Ich erlebe meine Arbeit in der Regel als persönliche Bereicherung.“*).

Partizipationsmöglichkeiten werden u.a. darüber erfasst, ob bzw. inwieweit die Mitarbeiter eigene Ideen einbringen und bei wichtigen Dingen mitentscheiden können (ebd.).

Bei der *Klarheit der Aufgabe* geht es vor allem darum, ob Inhalte und Ziele klar definiert sind (z.B. *„Ich weiß genau, was von mir bei der Arbeit erwartet wird.“*), und darum, ob die Arbeitnehmer ihre Zuständigkeit klar einschätzen können (Badura et al., 2013, S. 55) (*„Ich weiß immer ganz genau, wie weit meine Befugnisse bei der Arbeit reichen.“*).

Beim Element Handlungsspielraum schließlich geht es darum, wie die Mitarbeiter ihre Möglichkeiten der selbstständigen Planung und Einteilung ihrer Arbeit und das Ausmaß ihrer Entscheidungskompetenz wahrnehmen (ebd.) (z.B. *„Ich kann bei meiner Arbeit viele selbstständige Entscheidungen treffen.“*).

Die genannten Elemente der immateriellen Arbeitsbedingungen werden dem Bereich bzw. der Subkategorie „work“ der Whitehall II Studie gegenübergestellt. In

deren Erhebungsinstrument finden sich Items, die den Skalen „Zufriedenheit“, „Partizipationsmöglichkeiten“ und „Handlungsspielraum“ vergleichbar sind. Die Zufriedenheit wird durch ein einziges vergleichbares Item gemessen („Do you have the possibility of learning new things through your work?“).

Zu Partizipationsmöglichkeiten weist der Fragebogen der Whitehall-Studie drei vergleichbare Items auf: „Does your job require you to take the initiative?“, „Do you have a choice in deciding HOW you do your work?“ und „Do you have a choice in deciding WHAT you do at work?“. Dem Bereich Handlungsspielraum entsprechen drei Items: „About your position at work – how often do the following statements apply?: „Others take decisions concerning my work.“, „I have a good deal of say in decisions about.“ und „My working time can be flexible.“ (siehe im Detail Tab. 12). Zu den Bereichen „Sinnhaftigkeit“ und „Klarheit der Aufgabe“ finden sich in den untersuchten Fragebögen der Whitehall II Studie keine entsprechenden oder vergleichbaren Items.

Tab. 12: Gegenüberstellung der ausgewählten Erhebungskonstrukte der „immatriellen Arbeitsbedingungen“

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie ⁵⁰	
Elemente	Items Antwortkategorien: 5-stufige Likert-Skala: - sehr unzufrieden - unzufrieden - mittelmäßig - zufrieden - sehr zufrieden	Bereich	Beispiel-Items
Arbeitssituation		Work	
Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen	1. Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildungen? 2. Wie zufrieden sind Sie mit der technischen Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes?		Einige wenige ähnliche Items: Concerning your particular work: - Do you have the possibility of learning new things through your work? Antwortkategorien:

⁵⁰ Die aufgeführten Items stammen aus den Originalfragebögen der Phasen 7 und 9 (verfügbar unter <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/s7-questionnaire>; <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/s9-questionnaire>).

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie ⁵⁰	
	<p>3. Wie zufrieden sind Sie mit den äußeren Bedingungen Ihres Arbeitsplatzes allgemein?</p> <p>4. Wie zufrieden sind Sie mit der Höhe Ihrer Bezahlung im Verhältnis zu der von Ihnen erbrachten Arbeitsleistung?</p> <p>5. Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit des Betriebs-/Personalrats?</p> <p>6. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Transparenz von Entscheidungen, die von der Unternehmensleitung getroffen werden?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - often - sometimes - seldom - never
	<p>Items</p> <p>Durchgehende Antwortkategorien für die vier folgenden Konstrukte:</p> <p>5-stufige Likert-Skala:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trifft überhaupt nicht zu - trifft eher nicht zu - trifft teilweise zu - trifft eher zu - trifft voll und ganz zu 		
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	<p>1. Ich habe fast immer das Gefühl, dass meine Arbeit wirklich wichtig ist.</p> <p>2. Ich habe den Eindruck, dass ich durch meine Arbeit maßgeblich zum Betriebserfolg beitrage.</p> <p>3. Ich erlebe meine Arbeit in der Regel als persönliche Bereicherung.</p>		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Klarheit der Aufgabe	<p>1. Für meine Arbeit gibt es klare Ziele.</p> <p>2. Ich weiß genau, welche Dinge in meinen Verantwortungsbereich fallen.</p> <p>3. Ich weiß immer ganz genau, wie weit meine Befugnisse bei der Arbeit reichen.</p> <p>4. Ich weiß genau, was von mir bei der Arbeit erwartet wird.</p>		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie ⁵⁰	
Partizipation	1. Wenn ich eine gute Idee habe, kann ich sie in meinem Arbeitsbereich auch verwirklichen. 2. In meiner Abteilung kommt es öfter vor, dass ich vor vollendete Tatsachen gestellt werde. 3. Bei wichtigen Dingen in meiner Abteilung kann ich fast immer mitreden und mitentscheiden.		Concerning your particular work: - Does your job require you to take the initiative? - Do you have a choice in deciding HOW you do your work? - Do you have a choice in deciding WHAT you do at work? Antwortkategorien: - <i>often</i> - <i>sometimes</i> - <i>seldom</i> - <i>never</i>
Handlungsspielraum	1. Ich kann meine Arbeit selbstständig planen und einteilen. 2. Ich kann bei meiner Arbeit viele selbstständige Entscheidungen treffen.		About your position at work – how often do the following statements apply? - Others take decisions concerning my work. - I have a good deal of say in decisions about. - My working time can be flexible. Antwortkategorien: - <i>often</i> - <i>sometimes</i> - <i>seldom</i> - <i>never</i>

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zur Erfassung der immateriellen Arbeitsbedingungen in der Whitehall II Studie vergleichbare Elemente bzw. Items vorliegen, die sich jedoch im Kern auf den Handlungsspielraum und die Partizipation beschränken.

3.5.4 Gegenüberstellung ausgewählter Erhebungskonstrukte aus dem Bereich „Frühindikatoren“

In Tab. 13 sind alle im Bielefelder Unternehmensmodell genannten Frühindikatoren aufgeführt: psychisches und physisches Befinden, innere Bindung an die Organisation (Commitment), die Organisationspathologien Mobbing und innere Kündigung sowie der Aspekt der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben (Badura et al., 2013, S. 57) („Work-Life-Balance“).

Die **physische Gesundheit** wird operationalisiert durch den allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand (z.B. *„Wie beurteilen Sie zurzeit Ihren allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand?“*) und die Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden (z.B. *„Wie oft hatten Sie Kopfschmerzen? Wie oft reagierte Ihr Magen empfindlich? ...“*).

Die **psychische Gesundheit** wird über das Ausmaß depressiver Verstimmung (z.B. *„Ich konnte mich nicht so freuen wie früher. Ich fühlte mich in meiner Aktivität gehemmt.“*), das allgemeine Wohlbefinden (z.B. *„Ich fühlte mich anderen Menschen unterlegen.“* *„Ich war ruhig und ausgeglichen.“*) und das Selbstwertgefühl (z.B. *„Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.“*) gemessen (ebd.).

Die Work-Life-Balance bezieht sich darauf, inwieweit der Beruf mit dem Privat- und Familienleben vereinbar ist (z.B. *„Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.“*).

Die innere Bindung an das Unternehmen wird mit der Skala „Commitment“ erfasst (ebd.) (z.B. *„Ich bin stolz darauf, für dieses Unternehmen arbeiten zu können.“*). Im Vordergrund stehen hierbei die Gefühle, die die Mitarbeiter ihrem Unternehmen entgegenbringen, und ihre „Bereitschaft zum Engagement für die Unternehmensziele“ (ebd.).

Bei innerer Kündigung handelt es sich laut Faller (1993) um ein stabiles, zeitlich andauerndes Verhaltensmuster. Es wird durch drei Items gemessen, in denen es um das Engagement und das Erbringen von Leistung geht (Badura et al., 2013, S. 56) (u.a. *„Bei meiner Arbeit mache ich normalerweise ‚Dienst nach Vorschrift‘ und nicht mehr.“*). Unter Mobbing versteht man ein systematisches und zielgerichtetes Verhalten, das darauf abzielt, die angegriffene Person aus dem Arbeitsverhältnis auszustoßen (Leymann 2002). Mobbing wird sowohl auf der Ebene gleichgestellter Kollegen als auch zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern erhoben (Badura et al., 2013, S. 57) (z.B. *„Ich werde von Kollegen/Kolleginnen in meiner Abteilung gemobbt.“* *„Ich werde von meinem Vorgesetzten gelegentlich persönlich angegriffen.“*).

In der Whitehall-Forschung wird der körperliche Gesundheitszustand durch eine Vielzahl von Items erhoben, die vom allgemeinen Gesundheitszustand über labormedizinische Untersuchungen bis hin zu muskulären Funktionstests reichen. Das Konstrukt psychosomatische Beschwerden wird u.a. durch das Analyseinstrument GHQ⁵¹ ausführlich erfasst. Die Skala „depressive Verstimmungen“ zeigt Parallelen zur CESD-Skala, einem Screening-Test für Depressionen und depressive Störungen. Die Items der Skala „Wohlbefinden“ und „Selbstwertgefühl“ sind vergleichbar mit dem CASP, einem Maß für Lebensqualität, das aus den Konstrukten Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Vergnügen gebildet wird. Im Bereich „work/family“ der Whitehall-Forschung gibt es einige Items, die dem Konstrukt Work-Life-Balance entsprechen. Die Skala „commitment“ ist hier dem Bereich „Employment status/grade“ zugeordnet, in dem sich ähnliche Items finden, z.B.: „*What are your reasons for deciding to stay on at work? Enjoyment of your job. You feel you ought to continue working ...*“

Tab. 13: Gegenüberstellung der ausgewählten Erhebungskonstrukte der „Frühindikatoren“

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
Frühindikator	Antwortkategorien: 6-stufige Skala: - sehr schlecht - schlecht - weniger gut - gut - sehr gut - ausgezeichnet		
Körperlicher Gesundheitszustand	Wie beurteilen Sie zurzeit Ihren allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand?	Health & Anthropometry	Ein Vielzahl an Items messen den allgemeinen Gesundheitszustand (u.a. Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), generelle Gesundheit (GHQ), Diabetes, Schlaganfall ...). Die Anthropometrie umfasst mehr als 300 Items. Die meisten Daten liegen für Blutanalysen (Labordiagnostik inkl. Cortisolwerten), cardiovaskuläre

⁵¹ Siehe Kapitel 3.2.3

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
			Messungen, kognitive Fähigkeiten und körperliche Leistungsfähigkeit vor.
Frühindikator	Durchgehende Antwortkategorien: 5-stufige Likert-Skala: - trifft überhaupt nicht zu - trifft eher nicht zu - trifft teilweise zu - trifft eher zu - trifft voll und ganz zu	Personality, Mental Health & Well-Being	
Tage mit psychosomatischen Beschwerden	Wie oft hatten Sie Kopfschmerzen? Wie oft reagierte Ihr Magen empfindlich? Wie oft hatten Sie Rückenschmerzen? Wie oft fühlten Sie sich schnell müde? Wie oft hatten Sie Schmerzen in der Herzgegend? Wie oft hatten Sie Konzentrationsstörungen? Wie oft hatten Sie Schlafstörungen (beim Ein- oder Durchschlafen)?	GHQ	- been able to concentrate on whatever you are doing? - lost much sleep over worry? - felt you were playing useful part in things? - felt constantly under strain? - been feeling unhappy and depressed? Antwortkategorien: - better than usual - same as usual - rather less than usual - much less than usual
Depressive Verstimmungen	Es fiel mir schwer, etwas zu genießen. Ich konnte mich nicht so freuen wie früher. Ich fühlte mich in meiner Aktivität gehemmt. Ich musste mich zu jeder Tätigkeit zwingen. Ich fühlte mich traurig.	CESD	- You felt depressed? - You felt that everything you did was an effort? - Your sleep was restless? - You enjoyed life? - You felt sad? - You could not get going? Antwortkategorien: - rarely or none of the time (less than 1 day) - some or little of the time (1-2 days) - occasionally or moderate amount of time (3-4 days) - most or all of the time (5-7 days)
Wohlbefinden	Ich fühlte mich voller Energie und Tatkraft. Ich war unbeschwert und gut aufgelegt. Ich fühlte mich anderen Menschen unterlegen. Ich war ruhig und ausgeglichen.	CASP	- I look forward to each day. - I feel that my life has meaning. - I enjoy the things that I do. - I enjoy being in the company of others.

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
			<p>- On balance, I look back on my life with a sense of happiness.</p> <p>Antwortkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>often</i> - <i>sometimes</i> - <i>not often</i> - <i>never</i>
Selbstwertgefühl	<p>Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.</p> <p>Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.</p> <p>Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.</p> <p>Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.</p> <p>Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.</p>	CASP	<p>- I feel full of energy these days.</p> <p>- I choose to do things that I have never done before.</p> <p>- I feel satisfied with the way my life has turned out.</p> <p>- I feel that life is full of opportunities.</p> <p>- I feel that the future looks good for me.</p> <p>Antwortkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>often</i> - <i>sometimes</i> - <i>not often</i> - <i>never</i>
Work-Life-Balance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben. 2. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen. 3. Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen. 4. Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen. 5. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten zurückstecken. 	Work/Family	<p><i>To what extent do your family life and family responsibilities interfere with your job? Would you say:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - family matters reduce the time you can devote to your job . - family worries or problems distract you from your work. - family activities stop you getting the amount of sleep you need to do your job well. - family obligations reduce the time you need to relax or be by yourself. <p><i>To what extent do your job responsibilities interfere with your family life? Would you say:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - your job reduces the amount of time you can spend with the family. - problems at work make you irritable at home.

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
			<ul style="list-style-type: none"> - your job involves a lot of travel away from home. - your job takes so much energy you don't feel up to doing things that need attention at home. <p>Antwortkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>not at all</i> - <i>to some extent</i> - <i>a great deal</i> - <i>not applicable</i>
Commitment	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beschäftigten identifizieren sich in sehr starkem Maße mit dem eigenen Unternehmen. 2. Ich bin stolz darauf, für dieses Unternehmen arbeiten zu können. 3. Mir ist es eigentlich egal, ob ich mein Geld hier oder in einem anderen Unternehmen verdiene. 	Employment Status/Grade	<p>What are your reasons for deciding to stay on at work?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enjoyment of your job - You feel you ought to continue working until the usual retirement age for the place in which you work - Financially you cannot allow to take early retirement - There is no opportunity for early retirement where you work <p>Antwortkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>yes</i> - <i>no</i> - <i>main reason</i>
Innere Kündigung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Was bei uns im Unternehmen vor sich geht, interessiert mich eigentlich nur wenig. 2. Ich tue bei der Arbeit bewusst nur das, was wirklich von mir verlangt wird. 3. Bei meiner Arbeit mache ich normalerweise „Dienst nach Vorschrift“ und nicht mehr. 		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items
Mobbing	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich werde von Kollegen/Kolleginnen in meiner Abteilung gemobbt. 2. Ich werde von meinem Vorgesetzten gelegentlich persönlich angegriffen. 3. In unserer Belegschaft sind Intrigen und Mobbing weit verbreitet. 		keine entsprechenden oder vergleichbaren Items

Zu den Skalen innere Kündigung und Mobbing finden sich in den Whitehall-Fragebögen keine vergleichbaren Items. Darüber hinaus ist zusammenfassend festzuhalten, dass das Erhebungsinstrument der Whitehall II Studie im Bereich der Erfassung der Frühindikatoren sehr viele Items enthält, die denen im Sozialkapital-Ansatz entsprechen.

3.5.5 Gegenüberstellung eines ausgewählten Items aus dem Bereich berufsspezifischer Parameter

Tab. 14 zeigt in der linken Spalte das berufsspezifische Merkmal „Führungsposition“ (ja/nein), das für die vorliegende Arbeit zentral ist, um zwischen den beiden Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ zu differenzieren. In der Whitehall II Studie nimmt der Bereich „Position“ einen deutlich größeren Raum ein. Innerhalb des Bereichs „Employment status/grade“ wird eine Vielzahl von Items abgefragt, die sich vor allem auf die Position in der Behördenhierarchie beziehen. Mit dem Item des Sozialkapital-Ansatzes vergleichbar sind insbesondere die Fragen „*Are you an employee or self-employed?*“ und „*How many people do you employ?*“ (1-24 / 25 or more), die noch differenzierter Aufschluss über die Führungsverantwortung geben.

Tab. 14: Gegenüberstellung eines ausgewählten Items aus dem Bereich berufsspezifischer Parameter

Sozialkapital-Ansatz		Whitehall II Studie	
Berufsspezifische Merkmale	Haben Sie eine Führungsposition (Personalverantwortung) inne? - <i>ja</i> - <i>nein</i>	Employment Status / Grade	- Are you an employee or self-employed? Antwortkategorien: - <i>employee</i> - <i>self-employed</i> - How many people do you employ? Antwortkategorien: - <i>1-24</i> - <i>25 or more</i>

3.5.6 Erhebungsinstrumente der beiden Forschungsansätze

Die Gegenüberstellung der Erhebungsinstrumente des Sozialkapital-Ansatzes und der Whitehall-Forschung in den Tabellen 11 bis 14 lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

Zu den Elementen der „Treiber“ finden sich direkt vergleichbare Items im Bereich Netzwerkkapital zur „sozialen Unterstützung“, im Bereich Führungskapital zu „Mitarbeiterorientierung“ und „Kommunikation“, bei den immateriellen Arbeitsbedingungen zu „Partizipation“ und „Handlungsspielraum“. Insgesamt werden die drei Formen des Sozialkapitals in der Whitehall-Studie nur ansatzweise erhoben, das Wertekapital wird gar nicht berücksichtigt. Entsprechend der Kontroll- bzw. Stress-theorie, die ihr zugrunde liegt, setzt die Whitehall-Studie den Schwerpunkt auf die Anforderungs- und Kontrollthematik, was sich insbesondere in der umfassenden Erhebung von Partizipationsmöglichkeiten und Handlungsspielräumen widerspiegelt.

Merkmale der psychischen und physischen Gesundheit, die zu den Frühindikatoren gehören, werden in der Whitehall-Forschung mit zahlreichen Items und zusätzlich durch klinische und labormedizinische Untersuchungen erfasst. Insbesondere der körperliche Gesundheitszustand und depressive Verstimmungen werden umfassend analysiert (vgl. Tab. 12). Die umfangreiche Erfassung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und weiteren klassischen Risikofaktoren gründet in der Entstehungsgeschichte der Whitehall I Studie (s. o. Kapitel 3.2). Die Aspekte „Mobbing“ und „innere Kündigung“, die im Sozialkapital-Ansatz dem Konstrukt „Organisationspathologien“ zugeordnet sind, bleiben in der Whitehall-Studie unberücksichtigt. Diese erfasst aber im Bereich der berufsspezifischen Parameter zusätzlich zu dem Item „Führungsverantwortung“ auch die Zahl der geführten Personen (vgl. Tab. 14).

Im Weiteren soll diskutiert werden, inwieweit die in der Whitehall-Forschung nicht berücksichtigten Konstrukte bzw. Skalen des Sozialkapital-Ansatzes wichtig sind, um die Gesundheit der hier untersuchten Statusgruppen zu erklären.

Im nächsten Kapitel erfolgt die Darstellung der Fragen und Hypothesen für die eigene Untersuchung.

4 Präzisierung der Forschungsfrage und Entwicklung von Hypothesen

Auf Basis der im vorigen Kapitel geschaffenen theoretischen Grundlage untersucht die vorliegende Arbeit, ob und welche Faktoren neben der Position innerhalb einer Organisation für die Gesundheit eine wesentliche Rolle spielen. Die Aufmerksamkeit wird auf Gesundheitsdeterminanten – sogenannte Treiber⁵² – gerichtet, die mithilfe des Sozialkapital-Ansatzes erfasst werden können.

4.1 Relevante Aspekte und Schnittpunkte beider Forschungsansätze

In der Whitehall-Forschung standen soziale Klassenunterschiede in der Gesundheit im Vordergrund; sie untersucht die Ursachen sozialer Differenzen in der Prävalenz von Erkrankungen während des Berufslebens und die Mortalität in Abhängigkeit von der Stellung in der beruflichen Hierarchie. Demgegenüber untersucht die Sozialkapital-Forschung stärker die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und nicht-ökonomischen Faktoren und berücksichtigt das Organisationsklima in Form der Schnittmenge seiner Wahrnehmungen durch die Organisationsmitglieder.

Zwischen den beiden Ansätzen lassen sich folgende Schnittpunkte feststellen, die als Basis für die folgende Untersuchung dienen:

1. Die Ergebnisse der Whitehall I Studie belegen anhand der Untersuchung von Beamten verschiedener Hierarchiestufen einen sozialen Gradienten von Krankheit und Frühsterblichkeit, der vom Gesundheitsverhalten der Probanden unabhängig ist (vgl. Kapitel 3.2).
2. In der Whitehall II Studie zeigte sich durch den Einbezug weiterer Ebenen wie z.B. psychosozialer Belastungen, dass Herzkrankheiten vor allem in den unteren Hierarchiegruppen auftreten, in denen die Menschen nur geringe Kontroll- und Entscheidungsmöglichkeiten haben. Diese Menschen sind einer höheren Belastung im Beruf ausgesetzt als jene mit hohen Entscheidungsspielräumen (vgl. Kapitel 3.2).

⁵² Vgl. Kapitel 3.3.3 zum Bielefelder Unternehmensmodell von Badura et al. (2013).

3. Es ist eine wichtige Aufgabe der Soziologie im Kontext der Gesundheitswissenschaften, die Zusammenhänge zwischen Gesellschaft und Gesundheit zu erforschen und die Problemstellungen zu lösen, die sich daraus ergeben (Badura, 2011, S. 23 ff.).
4. Mit Blick auf die heutige Arbeitswelt wird es zunehmend wichtiger, die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und biologischen Prozessen und ihre Auswirkungen auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität zu verstehen (vgl. Kapitel 3.1 und 3.3).
5. Individuen bilden die „Knoten“ in sozialen Netzwerken, in denen zwischenmenschliche Kontakte durch mehr oder weniger regelmäßige Kommunikation und Kooperation und durch emotionale Bindungen zwischen den Netzwerkmitgliedern lebendig erhalten werden (Badura et al., 2013).
6. Organisationskultur wirkt sinn- und beziehungsstiftend, sie fördert eine emotionale Bindung nicht nur an andere Personen, sondern auch an Aufgaben, Werte und das jeweilige Kollektiv (vgl. Kapitel 3.3).
7. Der Begriff Sozialkapital bezeichnet Qualitätsmerkmale sozialer Systeme und dient dazu, sie zu identifizieren. Anhand dieser Merkmale lässt sich die Leistungsfähigkeit sozialer Systeme ebenso wie die Gesundheit ihrer Mitglieder vorhersagen (Badura et al., 2008; Badura et al., 2010).
8. Eine systematische Auseinandersetzung mit den hierarchischen Strukturen und dem Thema Konfliktregulation im betrieblichen Kontext zeigt die Grenzen der Forschung zum Thema soziale Ungleichheit, wie sie u.a. Marmot & Wilkinson (2006) betreiben. Der Sozialkapital-Ansatz berücksichtigt u.a. die Qualität der Führung (das Führungskapital), die als ein wichtiger Faktor im Bereich vertikaler Beziehungen zwischen dem direkten Vorgesetzten und den Mitgliedern einer Abteilung oder eines Teams (Badura et al., 2013, S. 29) zu sehen ist.

4.2 Entwicklung der Forschungsfragen und Hypothesen

Die vorliegende Untersuchung knüpft an die Erkenntnisse an, die sich aus der Whitehall II Studie und der Sozialkapital-Forschung über Zusammenhänge zwischen Sozialkapital und Gesundheit bezogen auf Positionsunterschiede (Statusgruppen)

ergeben haben. Die folgenden Abbildungen stellen Zusammenhänge dar, die im Bielefelder Unternehmensmodell aufgespannt werden und die im Folgenden aufgegriffen, anhand der Datenanalyse geprüft und diskutiert werden sollen.

Abb. 8 zeigt die Wechselwirkungen zwischen Sozialkapital, Humankapital und Kooperationen: „Sozialkapital ‚treibt‘ Humankapital, fördert Lernen, Gesundheit und Produktivität“ (Badura, 2008, S. 135). Nach dem Modell besteht das Sozialkapital einer Organisation aus den sozialen Netzwerken, der Kultur (gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln) und der Führung (Qualität zielorientierter Koordination). Es bestimmt die Voraussetzungen dafür, dass die Organisationsmitglieder ihre Arbeit als sinnhaft erleben, am Arbeitsprozess partizipieren und Prozesse nachvollziehen können. Damit bildet es die Grundlage für das Vertrauen der Beschäftigten in der Organisation; es fördert die Zusammenarbeit und stärkt die innere Bindung an das Unternehmen.⁵³

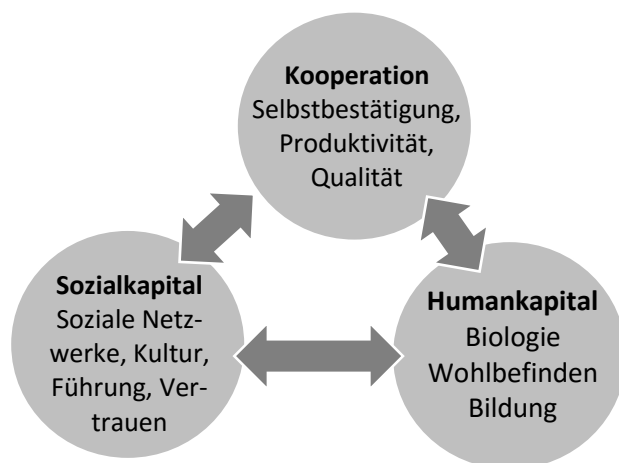


Abb. 8: Wechselwirkungen zwischen Sozialkapital, Humankapital und Kooperationen (Badura, 2012, S. 135)

Welche Rolle spielt in diesem Modell nun die Führung? Als gesichert gilt, dass sowohl der Handlungsspielraum die Gesundheit beeinflusst (Marmot, 2005) als auch die Qualität der sozialen Beziehungen (Badura, 2008; Badura et al., 2013). Nach der Whitehall-Forschung besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Höhe der beruflichen Position und der gesundheitsprotektiven Wirkung persönlicher so-

⁵³ Vgl. Kapitel 3.1.4; zum Einfluss biologischer Faktoren siehe u.a. Kapitel 2.2 und 2.3

zialer Netzwerke (Marmot, 2005). Das Bielefelder Unternehmensmodell geht davon aus, dass Hierarchie einerseits und Sozialkapital andererseits unabhängig voneinander jeweils eigene Wirkung entfalten (Badura, 2008, S. 20). Bildet man beide Größen zusammen ab, ergibt sich also eine Matrix mit vier Konstellationen (vgl. Abb. 9).

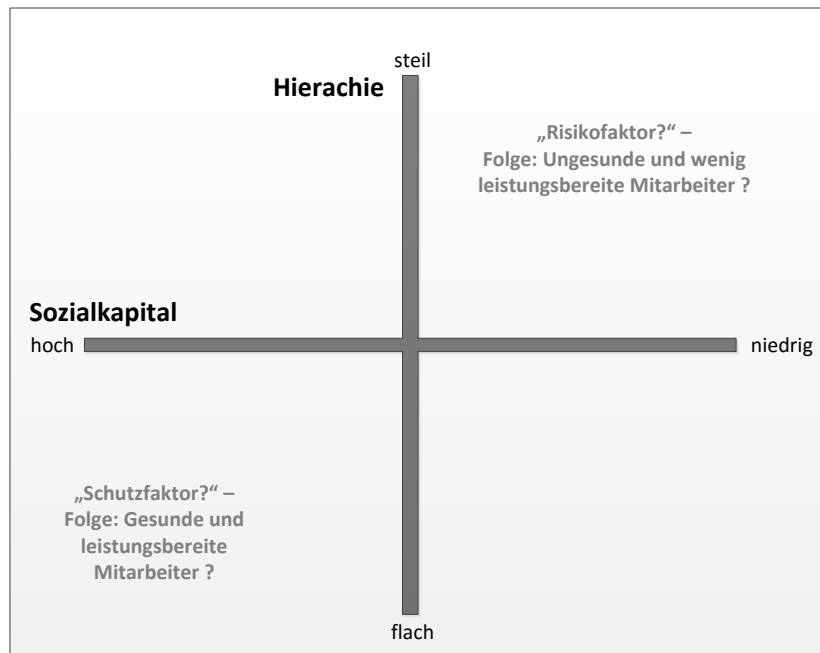


Abb. 9: Zum Zusammenhang zwischen Hierarchie und Sozialkapital (in Anlehnung an Badura, 2008, S. 20)

Positive Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsleistung der Organisationsmitglieder lassen sich in dem Quadranten mit hohem Sozialkapital und flacher Hierarchie vermuten, wohingegen in dem Quadranten mit geringem Sozialkapital und steiler Hierarchie negative Einflüsse auf die Gesundheit zu erwarten sind (ebd.). Führung nach der Prämisse Hierarchie, Rang und Kontrolle „The nature of the hierarchy is less control the lower you go“ (Marmot, 2005, S. 129) birgt erhebliche Risiken für eine Organisation und ihre Mitglieder (Badura, 2008, S. 135). Der Sozialkapital-Ansatz nach Badura et al. (2013) sieht Führungskräfte (direkte Vorgesetzte) als wichtige „Knoten“ von Organisationsnetzwerken, die die Gesundheit und die Arbeitsleistung ihrer Mitarbeiter u.a. durch Mitbestimmung, Pflege gemeinsamer Überzeugungen und Werte, die Gestaltung und Verteilung von Arbeit und vor allem durch ihr Kommunikationsverhalten beeinflussen, das sich auf das

Denken, Fühlen, die Motivation und das Handeln der Mitarbeiter auswirkt (Badura et al., 2013, S. 29, f.).

Um der übergeordneten Frage dieser Untersuchung nachzugehen, was Gesundheit „treibt“, werden auf der Basis der in Abb. 8 dargestellten Wechselwirkungen zwischen Sozialkapital, Humankapital und Kooperationen und des in Abb. 9 visualisierten Zusammenhangs zwischen Hierarchie und Sozialkapital theoriegeleitet folgende Leitfragen formuliert:

1. Einschätzung des Sozialkapitals, der Arbeitsbedingungen und der Frühindikatoren:

Unterscheiden sich Führungskräfte und Mitarbeiter darin, wie sie das Sozialkapital des Unternehmens und die Arbeitsbedingungen einschätzen und hinsichtlich der Frühindikatoren?

2. Unterschiedliche Einschätzungen von Sozialkapital und Arbeitsbedingungen innerhalb der Statusgruppen:

- a) Gibt es innerhalb der Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ Subgruppen, die sich in ihrer Einschätzung des Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen signifikant unterscheiden?
- b) Wenn ja: Unterscheiden sich diese Subgruppen hinsichtlich ihrer Gesundheit?

3. Einfluss von Sozialkapital und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der beiden Statusgruppen:

- a) Wirken sich das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der beiden Statusgruppen aus?
- b) Wirken die untersuchten Prädiktoren in den beiden Statusgruppen unterschiedlich stark auf die Gesundheit?

Auf der Basis dieser Fragestellungen werden im Folgenden die Hypothesen für die Untersuchung hergeleitet. Dabei wird besonderes Gewicht auf Unterschiede zwischen den Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ sowie auf die Analyse der Prädiktoren für Gesundheit gelegt.

Erste Hypothese:

Die erste Arbeitshypothese bezieht sich auf die Einschätzung des Sozialkapitals, der Arbeitsbedingungen und der Frühindikatoren und auf mögliche diesbezügliche Unterschiede zwischen den beiden Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“. Die bisherigen Ergebnisse der Sozialkapital-Forschung zeigen u.a., dass das Sozialkapital sowohl zwischen Unternehmen als auch zwischen den beiden Statusgruppen erheblich variiert (Badura 2008; 2013). Es soll geprüft werden, inwieweit sich dies durch eine Analyse der Primärdaten bestätigen lässt. Bezugnehmend auf die Erkenntnisse aus Kapitel 3⁵⁴ geht die Hypothese 1 von der Annahme aus, dass sich die Beurteilung der drei Formen des Sozialkapitals, der Arbeitsbedingungen und der Frühindikatoren zwischen den beiden Gruppen signifikant unterscheidet.

Hypothese 1

Führungskräfte und Mitarbeiter unterscheiden sich in ihrer Beurteilung des Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen und hinsichtlich der Frühindikatoren.

Das Sozialkapital wird durch die drei zentralen Formen Netzwerk-, Führungs- und Wertekapital erfasst. Das Netzwerkkapital bezieht sich auf die Qualität und Quantität der horizontalen Beziehungen, also der Beziehungen zwischen gleichrangigen Mitarbeitern. Das Führungskapital kennzeichnet die Intensität und Qualität der Beziehungen zwischen einer Führungskraft und ihren Mitarbeitern. Das Wertekapital wird operationalisiert durch geteilte Überzeugungen und kollektive Wertvorstellungen sowie deren praktische Umsetzung im Alltag. Im Bereich der Arbeitsbedingungen werden die Teilkonstrukte Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen, Partizipation, Handlungsspielraum sowie Sinnhaftigkeit und Klarheit der Aufgabe analysiert.⁵⁵ Darüber hinaus schließt Hypothese 1 alle im Datensatz enthaltenen Frühindikatoren ein; diese umfassen im Sozialkapital-Modell das psychische und physische Befinden, die innere Bindung an die Organisation („Commitment“), die

⁵⁴ Vgl. insbesondere Kapitel 3.3 zu den Kernergebnissen des Sozialkapital-Ansatzes und des Bielefelder Unternehmensmodells (Badura et al., 2008; 2013).

⁵⁵ Fachliche und zeitliche Arbeitsanforderungen werden in der Untersuchung nicht berücksichtigt.

Organisationspathologien „Mobbing“ und „innere Kündigung“ sowie die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben („Work-Life-Balance“) (Badura et al., 2013, S. 56).

Zweite Hypothese:

Die zweite Arbeitshypothese bezieht sich auf Unterschiede innerhalb der beiden Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“: Hier wird der Frage nachgegangen, ob die Einschätzung des Sozialkapitals und der untersuchten Arbeitsbedingungen innerhalb der Statusgruppen weitgehend homogen ist oder sich Subgruppen mit jeweils charakteristischen Ausprägungen der Werte abzeichnen. Man weiß, dass u.a. die biologischen Voraussetzungen für Empathie und soziale Kompetenz sowie die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und biologischen Vorgängen relevant sind für Arbeitsmotivation, Sozialverhalten und körperliche Gesundheit⁵⁶ und dass die Menschen den Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt je nach ihren individuellen Ressourcen unterschiedlich begegnen. Außerdem zeigen bisherige Ergebnisse, dass das Sozialkapital zwischen Organisationen variiert.⁵⁷ Darum wird vermutet, dass es bedingt durch individuelle Ressourcen und die jeweilige Organisationskultur nicht nur zwischen Führungskräften und Mitarbeitern, sondern auch innerhalb der beiden Statusgruppen Subgruppen, d.h. verschiedene „Typen“ von Führungskräften und Mitarbeitern gibt. Da für die Entstehung und Persistenz psychischer Beeinträchtigungen nicht nur individualpsychologische Bedingungen, sondern zunehmend auch soziale und betriebliche Verhältnisse eine Rolle spielen, legt die Hypothese 2a) den Schwerpunkt auf das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen in Form von Zufriedenheit, Partizipation, Handlungsspielraum sowie Klarheit und Sinnhaftigkeit der Arbeitsaufgaben.

Hypothese 2a

Innerhalb der Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ gibt es Subgruppen, die sich in ihren Einschätzungen des Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen signifikant unterscheiden.

⁵⁶ Vgl. Eisenberg, 1995; Insel, 2003; Rizzolatti & Sinigaglia, 2008.

⁵⁷ Verfügt eine Organisation über viel Sozialkapital, hat dies positive Auswirkungen auf die Gesundheit ihrer Mitglieder und ihren Erfolg (vgl. Badura, 2008; s.o. Kapitel 3.3).

Hypothese 2b) bezieht sich auf die Frage, ob Gesundheit vor allem durch die berufliche Position zu erklären ist. Bisherige Ergebnisse zeigen, dass die Gesundheit der Beschäftigten in hohem Maße von „weichen“ Faktoren wie dem betrieblichen Sozialkapital beeinflusst wird⁵⁸ und dass Führungskräfte über mehr Sozialkapital verfügen als Mitarbeiter (vgl. Rixgens & Badura, 2011, S. 69). Darum wird vermutet, dass eine hohe Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit und der berufliche Status für sich allein, nicht als Prädiktor für einen besseren oder schlechteren individuellen Gesundheitszustand ausreichen (vgl. Abb. 9). Hypothese 2b) prüft, ob innerhalb der Subgruppen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der Gesundheit nachzuweisen sind. Gesundheit wird operationalisiert durch das physische Befinden, das aus den Skalen „Tage mit psychosomatischen Beschwerden“ und „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“ gebildet wird, und dem psychischen Befinden, bestimmt durch die Skalen „depressive Verstimmung“, „Wohlbefinden“ und „Selbstwertgefühl“.

Hypothese 2b

Zwischen den Subgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Gesundheitsmerkmale.

Dritte Hypothese

Die dritte Arbeitshypothese bezieht sich auf die Untersuchung von Gesundheitsprädiktoren. Sie geht der in Abb. 6 enthaltenen Annahme nach, dass das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen Gesundheit erklären, und untersucht die Stärke ihrer Wirkung. Die Hypothese basiert auf dem Wissen, dass nicht nur ein Zugewinn an Kontrolle (z.B. durch Partizipation und größeren Handlungsspielraum) salutogen wirken kann (vgl. Kapitel 2.3), sondern auch der direkte Vorgesetzte in seiner

⁵⁸ Sowohl das Wohlbefinden der Mitglieder eines sozialen Kollektivs als auch ihre Leistungsfähigkeit bei der Verfolgung gemeinsamer Ziele hängt von der Höhe des Sozialkapitals ab (Badura, 2008).

Rolle als Kommunikator, „Stimmungsmacher“, Vorbild oder „Sinnvermittler“ (Antonovsky, 1991) und als Impulsgeber für das Arbeitspotenzial⁵⁹, erheblichen Einfluss auf die Organisationsmitglieder auszuüben vermag. Wesentliche Voraussetzungen für eine salutogene Führung sind laut Goleman et al. (2003, S. 9) insbesondere Selbstkontrolle und Empathie. Es wird angenommen, dass eine gesundheitsprotektive Wirkung vor allem von den Sozialkapitalformen Führungs- und Wertekapital ausgeht. Zentral ist dabei die Vermutung, dass „hohes Sozialkapital“ und „flache Hierarchie“ (vgl. Abb. 9 Quadrant unten links) einen Schutzfaktor für Gesundheit bildet. Im Hinblick auf die hier betrachteten Statusgruppen soll untersucht werden, ob die Ergebnisse der Regressionsanalyse für die beiden Gruppen ähnlich ausfallen oder hinsichtlich der untersuchten Prädiktoren stark voneinander abweichen. Dafür werden die gleichen Konstrukte untersucht wie für die Hypothesen 1 und 2.

Hypothese 3

Das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen wirken sich auf die Gesundheit der Führungskräfte und die der Mitarbeiter unterschiedlich stark aus.

Zusammenfassung der Hypothesen

Der Fokus der Dissertation liegt auf der Frage, ob sich Führungskräfte und Mitarbeiter in Bezug auf ihre Einschätzung des Sozialkapitals und ihren Gesundheitszustand unterscheiden.

In der ersten Hypothese geht es darum, ob sich in der Einschätzung des Sozialkapitals, der Arbeitsbedingungen und der Frühindikatoren Unterschiede zwischen Führungskräften und Mitarbeitern nachweisen lassen.

Die zweite Hypothese zielt auf Subgruppen innerhalb dieser beiden Statusgruppen, die sich in ihren Einschätzungen zu Sozialkapital und Arbeitssituation signifikant

⁵⁹ Direkte Vorgesetzte beeinflussen durch ihre Art der Führung die Qualifikation (über Fort- und Weiterbildungen), die fachliche und die soziale Kompetenz der Organisationsmitglieder, die wiederum wichtige Voraussetzungen für Arbeitsbewältigung und Gesundheit bilden.

unterscheiden. Von Interesse ist dabei vor allem, ob sich ggf. zwischen diesen Subgruppen auch unterschiedliche Ausprägungen bestimmter Gesundheitsmerkmale festzustellen sind. Es wird angenommen, dass sich in beiden Statusgruppen entsprechende Subgruppen bilden lassen und dass Subgruppen mit einem als hoch wahrgenommenen Sozialkapital sich durch einen positiven / guten Gesundheitszustand auszeichnen.

Die dritte Hypothese zielt darauf ab, bestimmte Prädiktoren mittels multipler linearer Regressionen zu untersuchen. Es wird erwartet, dass das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen die Gesundheit der beiden Statusgruppen unterschiedlich stark beeinflussen.

Diese Hypothesen werden im nächsten Kapitel geprüft. Dazu werden zunächst die zu untersuchenden Variablen operationalisiert sowie die Forschungsmethode, die Auswertungskriterien und das eingesetzte Messinstrument dargestellt.

5 Datenanalyse

Die vorliegende Untersuchung basiert auf den Daten des Bielefelder Sozialkapital-Index (BSI) aus den Jahren 2006 bis 2014 „zur Messung der sozialen Produktivitätsressourcen von Unternehmen“ (Rixgens, 2011, S. 263). Anhand dieser fragebogengestützten Erhebung wurde für neunzehn Unternehmen die jeweilige Ausstattung mit Sozialkapital und der Gesundheitszustand der Beschäftigten ermittelt. Die Grundlage der Studie bildete das in Kapitel 3.3 erläuterte Wirkungsmodell.

Mithilfe von Fragebögen wurden jeweils für alle Beschäftigten der betreffenden Unternehmen Daten erhoben. Der gesamte Datensatz bietet somit eine Fülle von Material. Daraus wurden die für die vorliegende Untersuchung relevanten Dimensionen und Items herausgearbeitet. Den theoretischen Rahmen dafür bildet das Bielefelder Sozialkapital-Modell.

Die erste methodische Herausforderung bestand darin, anhand der gültigen Werte in den Fragebögen gezielt diejenigen auszuwählen, die in die Studie eingeschlossen werden sollen. Ein zentrales Einschlusskriterium war eine Angabe zum Item „Führungsverantwortung“ (vgl. Badura et al., 2008; 2013). Nach einer ersten Inspektion der Rohdaten wurden diese aufbereitet. Ein wichtiges Einschlusskriterium

für die Studie stellte die Angabe zu dem Item „Führungsverantwortung ja/ nein“ dar. Die Datenaufbereitung erfolgte mittels Datenausählung, Prüfung der Verteilungsform und statistischer Zusammenhänge.

Die in Kapitel 4 aufgestellten Hypothesen werden mittels einer quantitativen Datenanalyse geprüft. Dazu werden uni-, bi- und multivariate Verfahren eingesetzt. Vor der Erläuterung der einzelnen Schritte zur Überprüfung der jeweiligen Hypothesen werden in den folgenden Abschnitten das Messinstrument und die in der Untersuchung betrachteten relevanten Konstrukte dargestellt. Zunächst wird in das methodische Vorgehen eingeführt, das bei der Analyse von Unterschieden, Zusammenhängen und potenziellen Prädiktoren-Effekten sowie bei der Bildung von Subgruppen zum Tragen kommt. Anschließend werden relevante Merkmale der Stichprobe aufgeführt, die als Basis für alle weiteren Untersuchungsschritte dient.

5.1 Statistisches Programm zur Aufbereitung, Analyse und Präsentation der Daten

Für die Datenaufbereitung, die Berechnungen und Analysen sowie die graphische Ausarbeitung und Präsentation der Ergebnisse wird das Programmsystem SPSS (Statistical Package for the Social Science, Version 18) genutzt. In der deskriptiven Statistik und der explorativen Datenanalyse geht es vor allem darum, die wesentlichen Informationen und Strukturen, die in den erhobenen Daten enthalten sind, übersichtlich darzustellen. Um Unterschiede und Zusammenhänge zu analysieren, ist die Verteilung der Ausprägungen einzelner und kombinierter Merkmale grundlegend. Für die Analyse der strukturellen Beziehungen zwischen mehreren Variablen werden multivariate Verfahren eingesetzt. In der vorliegenden Arbeit dient dies dazu, die Beobachtungen anhand mehrerer Variablen zu klassifizieren (Hypothese 2) und den Einfluss unabhängiger Variablen auf die abhängigen Variablen zu erfassen (Hypothese 3). Detailliert beschrieben werden die Anwendungen jeweils im Rahmen der einzelnen Schritte zur Überprüfung der Hypothesen (siehe Kapitel 4.5). Für alle Verfahren beträgt das Signifikanzniveau 5% ($p < 0,05$).

5.2 Das Erhebungsinstrument

Im Bielefelder Sozialkapital-Index (BISI) wurden etablierte und für die Untersuchung eigens neu entwickelte Skalen bzw. Items in einem Fragebogen zusammengefasst (Rixgens et al. 2013). Da die im Rahmenmodell in Kapitel 3.3 enthaltenen Konstrukte, die „Treiber“ und die „Frühindikatoren“, nicht direkt beobachtbar sind, werden sie mithilfe von Indikatoren erfragt.⁶⁰

Der BISI-Fragebogen erfasst die Arbeitsbedingungen, die sozialen Beziehungen innerhalb des Arbeitsteams (Netzwerkkapital), das Führungsverhalten des direkten Vorgesetzten (Führungskapital), die Unternehmenskultur (Überzeugungs- und Wertekapital) und „Outcomes“ wie z.B. psychische und physische Gesundheit, Work-Life-Balance, Commitment und das für die Studie zentrale Item der Führungsposition (d.h. Personalverantwortung). Darüber hinaus werden sozioökonomische Aspekte erfasst, u.a. Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Beschäftigungsverhältnis, Berufsausbildung sowie Items zum Gesundheitsverhalten, Präsentismus und Absentismus.

Das Sozialkapital wird über die drei Subskalen Netzwerk-, Führungs- und Überzeugungs-/Wertekapital operationalisiert. Diese werden in Form der gradmäßigen Zustimmung zu vorformulierten Aussagen auf fünfstufigen Likertskalen mit Quasi-Intervallniveau (von (1) „trifft überhaupt nicht zu“ bis (5) „trifft voll und ganz zu“) erfasst (Rixgens et al., 2013). Die gleiche Skalierungsform wird bei den Items zum Bereich Arbeitssituation verwendet. Das Konstrukt „physische Gesundheit“ wird über die Skalen „körperlicher Gesundheitszustand“ und „Tage mit psychosomatischen Beschwerden“ erfasst. „Psychische Gesundheit“ wird durch die Skalen „depressive Verstimmungen“, „Wohlbefinden“ und „Selbstwertgefühl“ operationalisiert. Als weitere Frühindikatoren werden die Konstrukte „Work-Life-Balance“, „Commitment“, „innere Kündigung“ und „Mobbing“ ermittelt. Unter psychosomatischen Beschwerden werden Befindlichkeitsstörungen wie Kopfschmerzen, Magenempfindlichkeit, Rückenschmerzen, Müdigkeit, Schmerzen in der Herzgegend,

⁶⁰ Die Treiber und Frühindikatoren wurden in Kapitel 3.5 (Tab. 10) ausführlich dargestellt.

Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen erfasst, die in den vergangenen zwölf Monaten aufgetreten sind. Die Skalierung wurde in ein metrisches Messniveau überführt: „praktisch nie“ (1) in „0 Tage“ und „fast täglich“ (5) in „300 Tage“. Der erhobene körperliche Gesundheitszustand ist auf den Zeitpunkt der Befragung bezogen („zurzeit“) und wird auf einer Skala von „sehr schlecht“ (1) bis „ausgezeichnet“ (6) angegeben. Depressive Verstimmungen und Wohlbefinden werden über das persönliche Befinden in den vergangenen vier Wochen ermittelt. Selbstwertgefühl, Work-Life-Balance, Commitment, innere Kündigung und Mobbing werden über die Beurteilung der persönlichen Situation am Arbeitsplatz ermittelt. Die Skalierung entspricht der beim Sozialkapital (von (1) „trifft überhaupt nicht zu“ bis (5) „trifft voll und ganz zu“) (Rixgens et al., 2013).

Tab. 15 stellt in einer Übersicht diejenigen Items bzw. Dimensionen und Subskalen dar, die in dieser Studie betrachtet werden. In der ersten Spalte ist die Ebene angegeben, auf der das jeweilige Konstrukt im oben dargestellten theoretischen Wirkmodell⁶¹ konzeptionell verortet ist (Treiber oder Frühindikator). Unter Treibern werden dort die Träger des Sozialkapitals und die immateriellen Arbeitsbedingungen verstanden; als Frühindikatoren werden deren Auswirkungen bezeichnet, die sich in Veränderungen der Gesundheitsfaktoren früher manifestieren als in einer Veränderung des Betriebserfolgs. Die zweite Spalte benennt das Konstrukt selbst (die Subdimensionen des Sozialkapitals). In der dritten Spalte ist die verwendete Skala angegeben. Spalte vier gibt die Herkunft der Fragen/Items an, Spalte fünf die Anzahl der Items und Spalte sechs Cronbachs Alpha.

Die Treiber sind dem Modell zufolge direkt beeinflussbar, die Ergebnisse bzw. Auswirkungen dagegen nur indirekt, über eine Veränderung der Treiber (Badura et al., 2013, S. 49).

⁶¹ Siehe Kapitel 3.3, Abb. 6 und 7

Tab. 15: Im BISI-Fragebogen verwendete Dimensionen und Subskalen (in Anlehnung an Badura et al., 2013, S. 163 ff.)

Ebene	Konstrukt	Skalen	Herkunft der Fragen	Anzahl der Items	α^*
Treiber	Arbeitsbedingungen	1. Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen insgesamt	Interpro-Q ¹	6	0,718
		2. Sinnhaftigkeit der Aufgabe	ProSoB	3	0,701
		3. Partizipation	SALSA ³	3	0,683
		4. Klarheit der Aufgabe	COPSOQ ⁶	4	0,760
		5. Handlungsspielraum	COPSOQ ⁶	2	0,707
Treiber	Soziale Beziehungen („Netzwerkkapital“)	1. Ausmaß der Zusammengehörigkeit 2. Güte der Kommunikation im Team 3. Sozialer Fit der Gruppenmitglieder 4. Soziale Unterstützung 5. Vertrauen innerhalb des Teams	Interpro-Q ¹ / ProSoB / MIKE ² / SALSA ³	10	0,946
Treiber	Führungsverhalten des direkten Vorgesetzten („Führungskapital“)	1. Ausmaß der Mitarbeiterorientierung 2. Güte der Kommunikation des Vorgesetzten 3. Akzeptanz des Vorgesetzten 4. Vertrauen in den Vorgesetzten 5. Fairness und Gerechtigkeit	Interpro-Q ¹ / ProSoB	10	0,958
Treiber	Unternehmenskultur („Überzeugungs- und Wertekapital“)	1. Gemeinsame Werte und Normen 2. Gelebte Unternehmenskultur 3. Konfliktkultur 4. Gemeinschaftsgefühl 5. Gerechtigkeit 6. Wertschätzung für die Mitarbeiter	Interpro-Q ¹ / ProSoB	10	0,913
Frühindikator	Gesundheit	Körperlicher Gesundheitszustand	ProSoB	1	–
Frühindikator	Gesundheit	Psychosomatische Beschwerden	FBL ⁴	7	0,772
Frühindikator	Gesundheit	Depressive Verstimmungen	ProSoB	5	0,888
Frühindikator	Gesundheit	Wohlbefinden	SALSA ³	3	0,844
Frühindikator	Gesundheit	Selbstwertgefühl	Selbstwertskala von Rosenberg ⁵	5	0,741
Frühindikator	Vereinbarkeit Arbeit und Privatleben	Work-Life-Balance	COPSOQ ⁶	5	0,901
Frühindikator	Wahrgenommene Produktivität	Commitment	Interpro-Q1	3	0,700
Frühindikator	Organisationspathologien	Innere Kündigung	ProSoB	2	0,750

Ebene	Konstrukt	Skalen	Herkunft der Fragen	Anzahl der Items	α^*
Frühindikator	Organisationspathologien	Mobbing	Interpro-Q1	3	0,678
<p>*α = Cronbachs Alpha⁶²</p> <p>¹ Fragebogen zu interprofessionellen Arbeitsstrukturen im Krankenhaus – Interpro-Q (Brücker et al., 2004)</p> <p>² Mitarbeiterkennzahlenbogen (Pfaff et al. 2004)</p> <p>³ Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse (Riemann & Udris, 1997)</p> <p>⁴ Kurzform des Freiburger Beschwerde-Inventars (v. Zerssen, 1976)</p> <p>⁵ Übersetzte Selbstwertskala von Rosenberg nach Schott (1996)</p> <p>⁶ Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Nübling et al., 2005)</p>					

5.3 Beschreibung der Stichprobe

Die Daten wurden mit deskriptiven und inferenzstatistischen Methoden ausgewertet. In einem ersten Schritt wurden mittels Häufigkeitsauszählungen und Kreuztabellen die Fälle bestimmt, in denen Angaben zum Item „Führungsverantwortung“ und zu den oben gelisteten ausgewählten Skalen gemacht worden waren. Weiterhin wurde nach Branchenzugehörigkeit unterschieden, ebenso nach Klein-/Mittelständischen Unternehmen und größeren Unternehmen, wobei die Zuordnung der Definition des Instituts für Mittelstandsforschung Bonn folgte (IfM, 2007).

Nach Überprüfung des zentralen Kriteriums, ob zu dem Item „Führungsverantwortung“ eine Angabe gemacht worden war, konnten von den ursprünglichen 14.730 Fällen 9.034 in die Studie eingeschlossen werden. Diese Gesamtheit beinhaltet Organisationen aus unterschiedlichen Branchen und mit unterschiedlichen Zahlen von Beschäftigten und Personen mit Führungsverantwortung. Von den in der Stichprobe enthaltenen Organisationen gehören sieben zu den Klein- und Mittelständischen Unternehmen mit bis zu 499 Mitarbeitern (vgl. IfM, 2007) und zwölf zu den Großunternehmen mit mehr als 499

⁶² Cronbachs Alpha (Alpha-Koeffizient) ist ein Maß für die Skalenhomogenität, er gibt die interne Konsistenz einer aus mehreren Items zusammengesetzten Skala an. Interne Konsistenz bedeutet, dass die einzelnen Items mit der Gesamtheit der übrigen Items vereinbar sind. Cronbachs Alpha gilt als Maß für die Reliabilität der Skala; sein Wert kann zwischen 0 und 1 liegen. Ein Instrument oder eine Fragebogenkonstruktion, für die ein Wert unter 0,7 errechnet wurde, sollte nicht verwendet werden. Reliabilitätswerte zwischen 0,8 und 0,9 gelten als „akzeptabel“, Werte über 0,9 als hoch bzw. „exzellent“ (Bortz & Döring, 2006, S. 199).

Mitarbeitern. In dreizehn Unternehmen wurde eine Vollerhebung durchgeführt; hier reicht die Zahl der Mitarbeiter von 229 bis 1.776. Bei den sechs Teilerhebungen liegt die Zahl der Mitarbeiter zwischen 107 und 2.422. Die Rücklaufquoten waren sehr unterschiedlich: Sie reichten von 20,9% bis 89,5%. Die letzte Spalte der tabellarischen Übersicht zeigt die Zahl der Befragten mit Führungsverantwortung (für detaillierte Angaben s. Tab. 16).

Die neunzehn Organisationen konnten insgesamt sechs Branchen zugeordnet werden: Drei gehören zu den Bereichen Gesundheits- oder Sozialwesen, neun zur Produktion, je eins zu Handel, Energieversorgung und Finanzdienstleistung und vier zur (öffentlichen) Verwaltung. Die größte Fallzahl hat der Bereich Produktion mit 41%, gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen mit 21,0%.

Von den Befragten sind 53,0% männlich, 43,2% weiblich, 3,8% machen zum Geschlecht keine Angabe. 40,1% der Befragten sind älter als 45 Jahre, 28,3% zwischen 36 und 45 Jahren und 27,5% jünger als 36 Jahre; 4,1% gaben ihr Alter nicht an. Von den 9.034 befragten Personen gaben 2.171 an, eine Führungsposition (Personalverantwortung) innezuhaben, das entspricht einem Anteil von 24%.

Tab. 16 gibt eine Übersicht über wichtige Strukturmerkmale der Stichprobe.

Tab. 16: Strukturmerkmale der 19 befragten Unternehmen

Unternehmen	Branche	Jahr der Befragung	Voll- oder Teilerhebung	Rücklauf (n)	Rücklauf (%)	Zahl der Mitarbeiter	Zahl der Befragten mit Führungsverantwortung
1	Gesundheits-/ Sozialwesen	2011	Voll	872	84,2	1.036	125
2	Produktion	2014	Teil	765	78,5	975	77
3	Gesundheits-/ Sozialwesen	2012	Voll	712	40,1	1.776	126
4	Gesundheits-/ Sozialwesen	2012	Voll	348	52,6	662	42
5	Handel	2013	Voll	205	89,5	229	38
6	Produktion	2012	Voll	301	72,2	417	27
7	Energieversorger	2011/2012	Voll	696	72,8	956	105
8	Produktion	2009	Voll	280	32,6	859	54
9	Produktion	2006	Teil	676	27,9	2.422	93
10	Finanzdienstleistung	2006	Voll	1.017	76,8	1.325	118
11	(Öffentliche) Verwaltung	2008	Voll	379	20,9	1.811	77
12	Produktion	2006	Voll	276	31,8	867	45
13	Produktion	2009/2010	Voll	411	60,4	680	95
14	Produktion	2009	Teil	635	–	keine Angabe	133
15	(Öffentliche) Verwaltung	2013	Teil	89	84,5	107	12
16	(Öffentliche) Verwaltung	2011	Voll	983	–	keine Angabe	900
17	Produktion	2007	Teil	228	–	keine Angabe	25
18	Gesundheits-/ Sozialwesen	2011	Teil	178	62,1	239	33
19	(Öffentliche) Verwaltung	2014	Voll	135	81,0	143	46

5.4 Statistische Beschreibung

Für alle befragten Unternehmen wurde das gleiche Erhebungsinstrument verwendet. In der folgenden Tabelle werden die Daten für alle in der Stichprobe enthaltenen Befragten ohne eine Unterscheidung nach Betrieben oder Führungsverantwortung dargestellt. Für die einzelnen Erhebungsinstrumente werden jeweils die Skalenqualität und die deskriptiven Parameter Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung aufgeführt (vgl. Tab.17).

Tab. 17: Gesamtübersicht über die relevanten Konstrukte für alle Befragten

Skalen	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	Cronbachs Alpha
Treiber						
Netzwerkkapital	8.496	1,00	5,00	3,65	,79	0,946
Führungskapital	8.480	1,00	5,00	3,62	,91	0,951
Wertekapital	7.122	1,00	5,00	3,07	,74	0,926
Arbeitsbedingungen (5 definierte Teilkonstrukte ⁶³)						
Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen	5.025	1,00	5,00	3,20	,62	0,718
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	7.850	1,00	5,00	3,69	,77	0,701
Partizipation	7.796	1,00	5,00	3,60	,84	0,683
Klarheit der Aufgabe	7.626	1,00	5,00	3,99	,67	0,760
Handlungsspielraum	7.931	1,00	5,00	3,55	,96	0,707
Frühindikatoren						
Physische Gesundheit						
Körperlicher Gesundheitszustand ⁶⁴	8.677	1	6	3,90	,88	-
Psychosomatische Beschwerdetage	7.721	0	300	37,90	43,70	0,772
Psychische Gesundheit						
Depressive Verstimmungen	8.677	1,00	5,00	2,23	,84	0,888
Selbstwertgefühl	8.466	1,00	5,00	4,11	,55	0,741
Wohlbefinden	8.680	1,00	5,00	3,70	,85	0,844
Commitment	7.034	1,00	5,00	3,68	,61	0,684
Innere Kündigung	7.251	1,00	5,00	1,96	1,01	0,750
Gestörte Work-Life-Balance ⁶⁵	7.697	1,00	5,00	2,37	,95	0,901
Mobbing	7.682	1,00	5,00	1,61	,68	0,678

Im Folgenden werden für die einzelnen Faktoren und Konstrukte die Ergebnisse über alle Unternehmen hinweg mit Mittelwert, Standardabweichung und Cronbachs Alpha zur Bewertung der internen Konsistenz dargestellt.

⁶³ Von den ursprünglich sieben erfragten Teilkonstrukten im Bereich Arbeitsbedingungen wurden nach der ersten Dateninspektion, u.a. aufgrund der gültigen Werte, nur die fünf hier aufgeführten Konstrukte einbezogen.

⁶⁴ Das Gesundheitsempfinden wurde auf einer Skala von (1) „sehr schlecht“ bis (6) „ausgezeichnet“ erfasst.

⁶⁵ Die weiter oben verwendete Bezeichnung „Work-Life-Balance“ wird hier in „Gestörte Work-Life-Balance“ geändert, um abzubilden, dass im Fragebogen bezüglich der Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben explizit nach einer „Dysbalance“ gefragt wird.

5.4.1 Erfassung des Sozialkapitals

Das Sozialkapital wurde über die Konstrukte „soziale Beziehungen innerhalb des Arbeitsteams (Netzwerkkapital)“, „Führungsverhalten des direkten Vorgesetzten (Führungskapital)“ und „Unternehmenskultur (Überzeugungs- und Wertekapital)“ gemessen.

Tab. 18 zeigt die Antworten der Befragten zum Netzwerkkapital. Es konnten 8.496 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 3,19 bis 4,01. Dies ergibt einen Item-Mittelwert von 3,65, der als mittelstarke Ausprägung einzuordnen ist. Die Reliabilitätsanalyse hat einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,946 ergeben, d.h. die Skala hat eine sehr hohe interne Konsistenz.

Tab. 18: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Netzwerkkapital“

Skala zum Netzwerkkapital	N	Mittelwert	Standardabweichung		
In unserer Abteilung gehen wir zusammen durch dick und dünn.	8.496	3,35	1,07		
In unserer Abteilung halten alle ganz gut zusammen.	8.496	3,60	1,00		
In unserer Abteilung steht keiner außerhalb.	8.496	3,64	1,07		
Der Umgangston zwischen den KollegInnen in unserer Abteilung ist meistens gut.	8.496	4,01	,87		
In meinem Kollegenkreis fühle ich mich insgesamt sehr wohl.	8.496	3,99	,90		
Die KollegInnen in unserer Abteilung passen menschlich gut zusammen.	8.496	3,60	,94		
In unserer Abteilung sind die KollegInnen bereit, sich füreinander einzusetzen.	8.496	3,47	1,03		
Bei uns in der Abteilung hilft und unterstützt man sich gegenseitig.	8.496	3,85	,93		
Wenn es nötig ist, kann man sich auf die KollegInnen in unserer Abteilung verlassen.	8.496	3,84	,93		
In der Abteilung ist das Vertrauen so groß, dass wir auch über persönliche Probleme offen reden.	8.496	3,19	1,06		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Skala	3,65	3,186	4,009	10	0,946

Tab. 19 zeigt die Antworten der Befragten zum Überzeugungs- und Wertekapital. Es konnten 7.122 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 2,73 bis 3,46. Daraus ergibt sich ein Item-Mittelwert von 3,11, der unter der mittelstarken Ausprägung beim Netzwerkkapital liegt. Die Reliabilitätsanalyse hat einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,926 ergeben, was auf eine hohe interne Konsistenz der Skala verweist.

Tab. 19: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Überzeugungs- und Wertekapital“

Skala zum Überzeugungs- und Wertekapital	N	Mittelwert	Standardabweichung		
Bei uns setzen sich fast alle Beschäftigten mit großem Engagement für die Ziele des Unternehmens ein.	7.122	3,33	,88		
Führungskräfte und Mitarbeiter orientieren sich bei ihrer täglichen Arbeit sehr stark an gemeinsamen Regeln und Werten.	7.122	3,1	,89		
Bei uns gibt es gemeinsame Visionen dazu, wie sich der Betrieb weiterentwickeln soll.	7.122	2,99	,97		
Konflikte und Meinungsverschiedenheiten werden in unserem Unternehmen sachlich und vernünftig ausgetragen.	7.122	3,20	,89		
Bei uns gibt es in allen Bereichen einen sehr großen Teamgeist.	7.122	3,11	,92		
Unser Unternehmen kann man fast mit einer großen Familie vergleichen.	7.122	2,66	1,04		
Insgesamt habe ich den Eindruck, dass es bei uns im Umgang mit den Beschäftigten fair und gerecht zugeht.	7.122	3,23	,97		
Die Wertschätzung eines jeden einzelnen Mitarbeiters ist im Unternehmen sehr hoch.	7.122	3,02	,96		
Bei uns werden alle Beschäftigten gleich behandelt.	7.122	2,78	1,01		
Als Beschäftigter kann man sich voll und ganz auf unsere Unternehmensleitung verlassen.	7.122	3,17	,98		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Skala	3,07	2,658	3,330	10	0,926

Tab. 20 führt die Antworten der Befragten zum Führungskapital auf. Es konnten 8.480 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte zu den einzelnen Items reichen von 3,19 bis 3,84, was einen mittelstarken Item-Mittelwert von 3,62 ergibt. Die Reliabilitätsanalyse hat einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,951 ergeben, d.h. die interne Konsistenz der Skala ist als sehr hoch zu bewerten.

Tab. 20: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Führungskapital“

Skala zum Führungskapital	N	Mittelwert	Standardabweichung		
Mein direkter Vorgesetzter hat für seine Mitarbeiter immer „ein offenes Ohr“.	8.480	3,82	1,05		
Mein direkter Vorgesetzter achtet darauf, dass seine Mitarbeiter sich beruflich weiterentwickeln können.	8.480	3,46	1,12		
Mein direkter Vorgesetzter erkennt die Leistung seiner Mitarbeiter an.	8.480	3,68	1,04		
Mein direkter Vorgesetzter informiert seine Mitarbeiter über alle wichtigen Dinge schnell und zuverlässig.	8.480	3,60	1,11		
Mein direkter Vorgesetzter ist für seine Mitarbeiter ein echtes Vorbild.	8.480	3,19	1,12		
Mein direkter Vorgesetzter wird von allen seinen Mitarbeitern als „Chef“ anerkannt und akzeptiert.	8.480	3,73	1,11		
Mein direkter Vorgesetzter versteht sich insgesamt sehr gut mit seinen Mitarbeitern.	8.480	3,75	,99		
Mein direkter Vorgesetzter ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann.	8.480	3,53	1,16		
Mein direkter Vorgesetzter steht zu dem, was er sagt.	8.480	3,77	1,05		
Mein direkter Vorgesetzter behandelt alle seine Mitarbeiter fair und gerecht.	8.480	3,65	1,11		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Skala	3,62	3,191	3,824	10	0,951

5.4.2 Erfassung der Arbeitssituation

Tab. 21 zeigt die Antworten der Befragten zur Arbeitssituation. Darin sind nur die Konstrukte „Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen“, „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“, „Partizipation“, „Klarheit der Aufgabe“ und „Handlungsspielraum“ aufgeführt, die sich bei der Prüfung der internen Konsistenz als tauglich erwiesen haben. Für die Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen konnten insgesamt 5.025 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 2,87 bis 3,52; damit liegt der Item-Mittelwert bei 3,52. Die Reliabilitätsanalyse hat einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,718 ergeben; danach ist die interne Konsistenz der Skala als noch akzeptabel zu bewerten.

Tab. 21: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen“

Arbeitssituation: Konstrukt „Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen“	N	Mittelwert	Standardabweichung		
Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildungen?	5.025	3,38	,98		
Wie zufrieden sind Sie mit der technischen Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes?	5.025	3,52	,91		
Wie zufrieden sind Sie mit den äußeren Bedingungen Ihres Arbeitsplatzes allgemein?	5.025	3,4	1,08		
Wie zufrieden sind Sie mit der Höhe Ihrer Bezahlung im Verhältnis zu der von Ihnen erbrachten Arbeitsleistung?	5.025	3,05	,98		
Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit des Betriebs/Personalrats?	5.025	3,25	,94		
Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Transparenz von Entscheidungen, die von der Unternehmensleitung getroffen werden?	5.025	2,87	0,91		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	3,20	2,87	3,52	6	0,718

Tab. 22 zeigt die Ergebnisse für das Konstrukt „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“. Dafür konnten insgesamt 7.850 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 3,40 bis 3,93, daraus ergibt sich ein Item-Mittelwert von 3,69. Die Reliabilitätsanalyse hat einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,701 ergeben, d.h. die interne Konsistenz der Skala kann als noch akzeptabel gelten.

Tab. 22: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“

Arbeitssituation: Konstrukt „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“	N	Mittelwert	Standardabweichung		
Ich habe fast immer das Gefühl, dass meine Arbeit wirklich wichtig ist.	7.850	3,93	,92		
Ich habe den Eindruck, dass ich durch meine Arbeit maßgeblich zum Betriebserfolg beitrage.	7.850	3,73	,98		
Ich erlebe meine Arbeit in der Regel als persönliche Bereicherung.	7.850	3,40	1,02		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	3,69	3,40	3,93	3	0,701

Für das Konstrukt „Partizipation“ (Tab. 23) konnten insgesamt 7.796 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 2,83 bis 3,36, der Item-Mittelwert liegt bei 3,06. Die Reliabilitätsanalyse hat einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,683 ergeben, was aufgerundet auf 0,7 als noch akzeptable interne Konsistenz der Skala zu bewerten ist.

Tab. 23: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Partizipation“

Arbeitssituation: Konstrukt „Partizipation“		N	Mittelwert	Standardabweichung	
Wenn ich eine gute Idee habe, kann ich sie in meinem Arbeitsbereich auch verwirklichen.		7.796	3,36	,93	
In meiner Abteilung kommt es öfter vor, dass ich vor vollendete Tatsachen gestellt werde.		7.796	2,99	1,16	
Bei wichtigen Dingen in meiner Abteilung kann ich fast immer mitreden und mitentscheiden.		7.796	2,83	1,06	
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	3,6	2,83	3,36	3	0,683

Für das Konstrukt „Klarheit der Aufgabe“ (Tab. 24) konnten insgesamt 7.626 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 3,86 bis 4,09, daraus ergibt sich ein Item-Mittelwert von 3,99. Die interne Konsistenz der Skala kann nach dem Cronbachs-Alpha-Wert von 0,760, den die Reliabilitätsanalyse ergeben hat, als akzeptabel gelten.

Tab. 24: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Klarheit der Aufgabe“

Arbeitssituation: Konstrukt „Klarheit der Aufgabe“		N	Mittelwert	Standardabweichung	
Für meine Arbeit gibt es klare Ziele.		7626	3,96	,91	
Ich weiß genau, welche Dinge in meinen Verantwortungsbereich fallen.		7626	4,06	,87	
Ich weiß immer ganz genau, wie weit meine Befugnisse bei der Arbeit reichen.		7626	3,86	,92	
Ich weiß genau, was von mir bei der Arbeit erwartet wird.		7626	4,09	,81	
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	3,99	3,86	4,09	4	0,760

Für das Konstrukt „Handlungsspielraum“ (Tab. 25) konnten insgesamt 7.931 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 3,48 bis 3,62, damit beträgt der Item-Mittelwert 3,55. Die Reliabilitätsanalyse ergibt mit einem Cronbachs-Alpha-Wert von 0,707 eine noch akzeptable interne Konsistenz der Skala.

Tab. 25: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Handlungsspielraum“

Arbeitssituation: Konstrukt „Handlungsspielraum“		N	Mittelwert	Standardabweichung	
Ich kann meine Arbeit selbstständig planen und einteilen.		7.931	3,62	1,13	
Ich kann bei meiner Arbeit viele selbstständige Entscheidungen treffen.		7.931	3,48	1,05	
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	3,55	3,48	3,62	2	0,707

5.4.3 Erfassung der Frühindikatoren

Als Frühindikatoren wurden berücksichtigt: das *physische Befinden*, operationalisiert durch die Skalen „körperlicher Gesundheitszustand“ und „psychosomatische Beschwerdetage“, das *psychische Befinden*, operationalisiert durch die Skalen „depressive Verstimmungen“, „Selbstwertgefühl“ und „Wohlbefinden“, sowie „Commitment“, „innere Kündigung“, „gestörte Work-Life-Balance“ und „Mobbing“.

Erfassung des physischen Befindens:

Für das Item „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“ (Tab. 23) können insgesamt 8.875 Fälle eingeschlossen werden. Die Antworten zu diesem einzelnen Item reichen von 1,00 bis 6,00. Daraus ergibt sich ein Mittelwert von 3,90.

Tab. 26: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“

Physisches Befinden: Konstrukt „allg. körperlicher Gesundheitszustand“		N	Mittelwert	Standardabweichung
Wie beurteilen Sie zurzeit Ihren allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand?		8.875	3,90	,88

Abb. 10 zeigt das Histogramm für das Item „körperlicher Gesundheitszustand“. Dieses weist eine recht symmetrische unimodale Verteilung auf, die der Normalverteilungskurve ähnelt. Der höchste Punkt der Verteilung stimmt nahezu mit dem Mittelwert (3,9), dem Median (4,0) und dem Modus (4,0) überein.

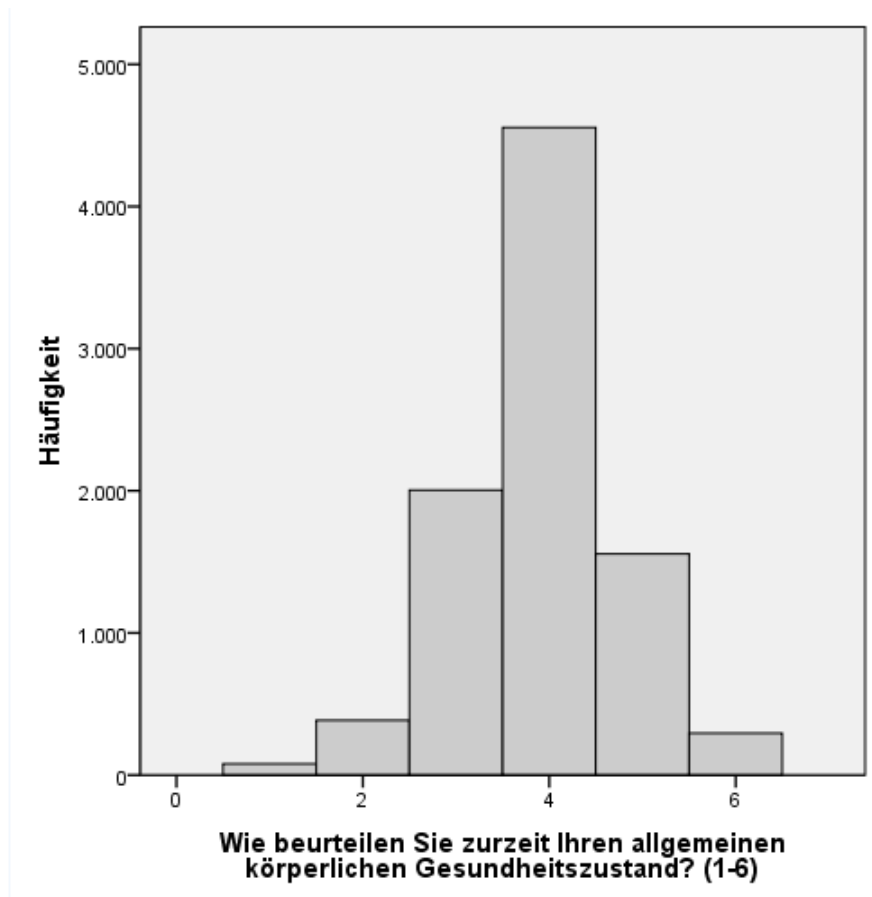


Abb. 10: Histogramm zu dem Konstrukt „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“

Bei der Erfassung der psychosomatischen Beschwerdetage (Tab. 27) konnten 7.721 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 9,13 bis 63,40, daraus ergibt sich ein Item-Mittelwert von 37,90. Der Cronbachs-Alpha-Wert beträgt 0,772, was auf eine gute interne Konsistenz der Skala hinweist.

Tab. 27: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „psychosomatische Beschwerdetage“

Physisches Befinden: Konstrukt „psychosomatische Beschwerdetage“		N	Mittelwert	Standardabweichung	
Wie oft hatten Sie Kopfschmerzen?		7.721	31,05	52,47	
Wie oft reagierte Ihr Magen empfindlich?		7.721	21,22	46,94	
Wie oft hatten Sie Rückenschmerzen?		7.721	58,14	89,69	
Wie oft fühlten Sie sich schnell müde?		7.721	63,40	83,38	
Wie oft hatten Sie Schmerzen in der Herzgegend?		7.721	9,13	32,06	
Wie oft hatten Sie Konzentrationsstörungen?		7.721	29,52	57,10	
Wie oft hatten Sie Schlafstörungen (beim Ein- oder Durchschlafen)?		7.721	52,84	83,33	
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	37,90	9,13	63,40	7	0,772

Abb. 11 zeigt das Histogramm für die Skala „psychosomatische Beschwerdetage“. Der Kurvenverlauf ist unimodal. Ausgehend vom Gipfel fallen die Häufigkeiten gleichmäßig nach rechts hin ab.

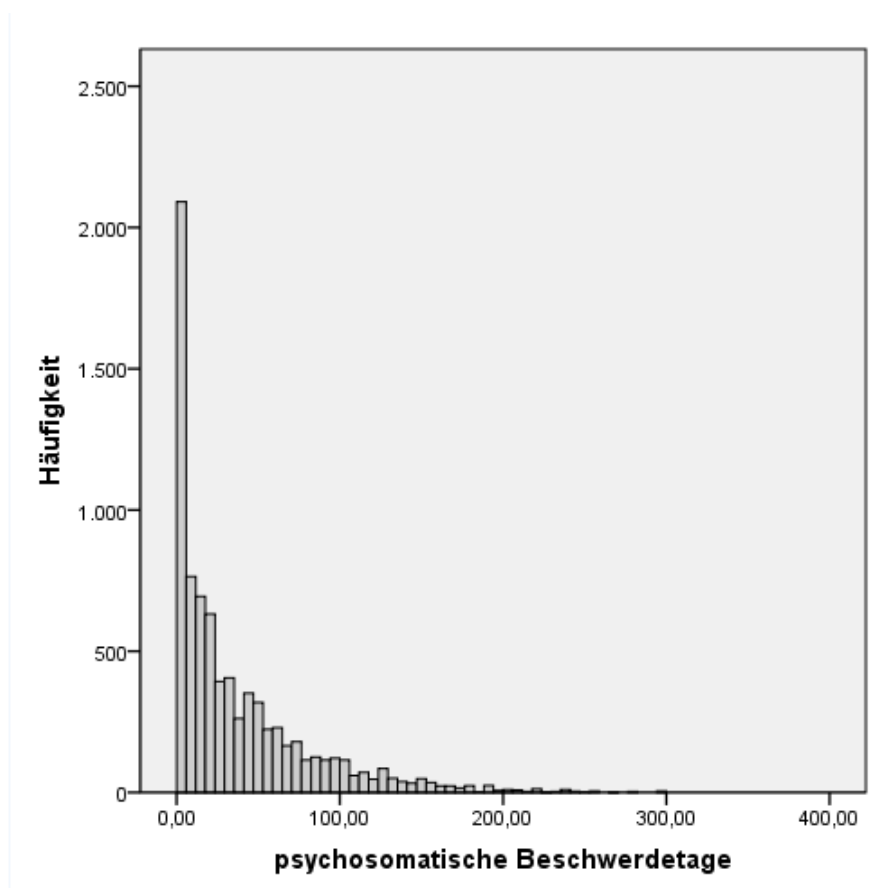


Abb. 11: Histogramm zu dem Konstrukt „psychosomatische Beschwerdetage“

Erfassung des psychischen Befindens:

Bei der Erfassung depressiver Verstimmungen (Tab. 28) konnten 8.677 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 2,10 bis 2,34, daraus ergibt sich ein Item-Mittelwert von 2,23. Der Cronbachs-Alpha-Wert beträgt 0,888, was auf eine sehr hohe interne Konsistenz der Skala hinweist.

Tab. 28: Befragungsergebnisse zu depressiven Verstimmungen

Skala „Depressive Verstimmungen“	N	Mittelwert	Standardabweichung		
Es fiel mir schwer, etwas zu genießen.	8.677	2,28	1,01		
Ich konnte mich nicht so freuen wie früher.	8.677	2,29	1,09		
Ich fühlte mich in meiner Aktivität gehemmt.	8.677	2,34	1,04		
Ich musste mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	8.677	2,10	,95		
Ich fühlte mich traurig.	8.677	2,13	,99		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	2,23	2,10	2,34	5	0,888

In Tab. 29 sind die Befragungsergebnisse zum Konstrukt „Selbstwertgefühl“ aufgeführt. Dafür konnten 8.466 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 3,91 bis 4,35, der Item-Mittelwert liegt bei 4,11. Nach dem Cronbachs-Alpha-Wert von 0,741 kann die interne Konsistenz der Skala als akzeptabel bis hoch gelten.

Tab. 29: Befragungsergebnisse zum Selbstwertgefühl

Skala „Selbstwertgefühl“	N	Mittelwert	Standardabweichung		
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	8.466	3,90	,84		
Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	8.466	4,14	,67		
Ich halte mich für einen wertvollen Menschen.	8.466	4,35	,79		
Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen.	8.466	4,14	,78		
Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	8.466	4,01	,84		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	4,11	3,905	4,348	5	0,741

Tab. 30 zeigt die Befragungsergebnisse zum Wohlbefinden. Dazu wurden 8.680 Fälle eingeschlossen. Die Mittelwerte für die einzelnen Items reichen von 3,49 bis 3,67, das entspricht einem Item-Mittelwert von 3,59. Der Cronbachs-Alpha-Wert von 0,844 verweist auf eine hohe interne Konsistenz der Skala.⁶⁶

Tab. 30: Befragungsergebnisse zum Wohlbefinden

Skala „Wohlbefinden“		N	Mittelwert	Standardabweichung		
Ich fühlte mich voller Energie und Tatkraft.		8.680	3,49	,98		
Ich war unbeschwert und gut aufgelegt.		8.680	3,61	,94		
Ich war ruhig und ausgeglichen.		8.680	3,67	,98		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Varianz	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	3,70	3,492	4,012	,008	3	0,844

Neben den bereits aufgeführten Skalen zum physischen und psychischen Befinden wurden als weitere Frühindikatoren die Skalen „Commitment“, „innere Kündigung“, „gestörte Work-Life-Balance“, „Mobbing“ und „Absentismus“ in die Analyse einbezogen.⁶⁷

Erfassung des „Commitments“

Bei der Erfassung der Skala „Commitment“ (Tab. 31) konnten 7.034 Fälle eingeschlossen werden. Die Mittelwerte für die Einzelitems reichen von 3,27 bis 3,90, daraus ergibt sich ein Item-Mittelwert von 3,68. Mit der Reliabilitätsanalyse wurde ein Cronbachs-Alpha-Wert von 0,684 ermittelt, d.h. die interne Konsistenz der Skala ist als noch akzeptabel zu bewerten.

Tab. 31: Befragungsergebnisse zu „Commitment“

Skala „Commitment“		N	Mittelwert	Standardabweichung	
Die Mitarbeiter identifizieren sich stark mit dem eigenen Unternehmen.		7.034	3,28	,86	
Ich bin stolz darauf, für dieses Unternehmen arbeiten zu können.		7.034	3,85	,95	
Mir ist es eigentlich egal, ob ich mein Geld hier oder in einem anderen Unternehmen verdiene.		7.034	3,90	1,00	
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	3,68	3,277	3,899	3	0,684

⁶⁶ Ursprünglich wurde das Wohlbefinden mit vier Items erfasst. Aufgrund der Reliabilitätsanalyse wurde das Item „Ich fühlte mich anderen Menschen unterlegen“ herausgenommen, wodurch sich neben dem Cronbachs-Alpha-Wert auch die Fallzahl (um 50) erhöhte.

⁶⁷ Die Relevanz dieser Konstrukte für die Gesundheit der Beschäftigten wurde in Kapitel 2.4 ausführlich erläutert.

Bei der Erfassung der Skala „innere Kündigung“ konnten 7.251 Fälle eingeschlossen werden (Tab. 32). Die Mittelwerte für die Einzelitems reichen von 1,96 bis 2,11, das entspricht einem Item-Mittelwert von 1,96. Die Reliabilitätsanalyse hat einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,750 ermittelt, was als akzeptabel bis hoch interne Konsistenz der Skala zu bewerten ist.

Tab. 32: Befragungsergebnisse zu „innere Kündigung“

Skala „innere Kündigung“		N	Mittelwert	Standardabweichung	
Ich tue bei der Arbeit bewusst nur das, was wirklich von mir verlangt wird.		7.251	2,11	1,04	
Bei meiner Arbeit mache ich normalerweise „Dienst nach Vorschrift“ und nicht mehr.		7.251	1,81	,97	
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Konstrukt	1,96	1,81	2,11	2	0,750

Erfassung des Gesundheitsmerkmals „gestörte Work-Life-Balance“

Tab. 30 zeigt die Ergebnisse zur „gestörten Work-Life-Balance“. Hierzu wurden 7.697 Fälle eingeschlossen. Der Item-Mittelwert beträgt 2,37. Aus der Reliabilitätsanalyse ergibt sich ein Cronbachs-Alpha-Wert von 0,901, was auf eine sehr hohe interne Konsistenz der Skala verweist.

Tab. 33: Befragungsergebnisse zur „gestörten Work-Life-Balance“

Skala „gestörte Work-Life-Balance“		N	Mittelwert	Standardabweichung	
Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.		7.697	2,16	1,11	
Der Zeitaufwand für meine Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.		7.697	2,38	1,14	
Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.		7.697	2,41	1,11	
Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.		7.697	2,35	1,11	
Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.		7.697	2,55	1,17	
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Skala	2,37	2,16	2,55	5	0,901

Erfassung des Gesundheitsmerkmals „Mobbing“

Tab. 34 zeigt die Ergebnisse zum Merkmal „Mobbing“. Hier wurden 7.682 Fälle eingeschlossen. Der Mittelwert für die einzelnen Items liegt zwischen 1,37 und 1,92, der Item-Mittelwert beträgt 1,61. Die Reliabilitätsanalyse hat einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,678 ergeben, was gerundet auf 0,7 als noch akzeptable interne Konsistenz der Skala gelten kann.

Tab. 34: Befragungsergebnisse zu Mobbing

Skala „Mobbing“	N	Mittelwert	Standardabweichung		
Ich werde von Kollegen/Kolleginnen in meiner Abteilung gemobbt.	7.682	1,37	,74		
Ich werde von meinem Vorgesetzten gelegentlich persönlich angegriffen.	7.682	1,53	,88		
In unserer Belegschaft sind Intrigen und Mobbing weit verbreitet.	7.682	1,92	,99		
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Skala	1,61	1,37	1,92	3	0,678

Im nächsten Kapitel wird erläutert und begründet, wie damit umgegangen wird, dass die Datenbasis aufgrund fehlender Werte variiert.

5.5 Methodik zur Prüfung der Hypothesen

In der Dateninspektion und der deskriptiven Analyse zu den einzelnen Skalen und Konstrukten fällt auf, dass das Antwortverhalten der Probanden in Bezug darauf, ob eine auswertbare Antwort auf die Items vorliegt, stark schwankt: Die Zahl der Probanden, die zu den verschiedenen Konstrukten (verwertbare) Antworten gegeben haben, reicht von 5.025 für das Konstrukt „Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen“ bis 8.998 für das Konstrukt „soziale Beziehungen (Netzwerk Kapitel)“. Das ergibt über alle 17 hier betrachteten Konstrukte hinweg einen Mittelwert von 7.880 Probanden. Im Folgenden wird erläutert und begründet, wie mit dieser variierenden Datenbasis umgegangen wird.

Methodisches Vorgehen und Repräsentativität

Für den Umgang mit fehlenden Werten gibt es drei grundsätzliche Verfahren: 1. den „complete case approach“ (CCA), 2. den Ausschluss und 3. den Einsatz induktiver bzw. statistischer Ersatzwerte (vgl. Sedlmeier & Renkewitz, 2013, S. 25 ff.). Der complete case approach (CCA) besteht darin, alle Fälle zu entfernen, in denen auch nur ein einziger Wert fehlt; d.h. in die Analyse werden nur vollständige Fälle eingeschlossen. Bei Ausschlussverfahren sind „paarweise“ und „listenweise“ Ausschlüsse zu unterscheiden. Unter paarweisem Fallausschluss ist zu verstehen, dass Paare von Werten gelöscht werden, wenn der Wert für eine der beiden Variablen fehlt. Listenweise Fallausschlüsse schließen alle Fälle aus der Datenanalyse aus, in denen ein Wert, egal welcher, fehlt. In Bezug auf die dritte Möglichkeit des Umgangs mit fehlenden Werten werden in der Literatur allgemein zwei Verfahren empfohlen: der EM-Algorithmus, ein iteratives Verfahren, und die multiple Imputation⁶⁸. Beide Verfahren sind mit einem erheblichen Rechenaufwand verbunden (Little & Rubin, 1987; Spieß, 2008).

Jedes der genannten Verfahren hat Vor- und Nachteile, die mit den Voraussetzungen für ihre Anwendung und insbesondere der daraus resultierenden Veränderung der Stichprobengröße zusammenhängen. So hat der „complete case approach“ den wesentlichen Nachteil, dass er häufig zu einem sehr hohen Datenverlust führt. Dennoch wird für das vorliegende Forschungsprojekt dieses Verfahren gewählt, d.h. in die weitere Auswertung werden nur vollständige Fälle aus dem Datensatz eingeschlossen. Dadurch reduziert sich die Zahl der Fälle fast um die Hälfte, nämlich von der ursprünglichen Grundgesamtheit von $n = 9.034$ auf $n = 4.777$. Dies erscheint zunächst als eine starke Einbuße für die weitere Analyse. Allerdings wird durch diese Reduktion zugleich die Qualität und Validität entscheidend erhöht, was sich im gesamten empirischen Teil der Arbeit widerspiegelt.

⁶⁸ „Das Expectation-Maximization (EM)-Algorithmus ist ein iteratives (wiederholt durchgeführtes) Verfahren in zwei Schritten, das alle zur Verfügung stehenden Variablen benutzt“ (Sedlmeier & Renkewitz, 2013, S. 785). Bei der mutiple Imputation wird die Varianz der Schätzungen der fehlenden Daten durch zwei Vorgehensweisen erhöht. „Zum einen werden bei jeder Schätzung (Imputation) zufällig Werte aus der Verteilung der Residualwerte (mit Mittelwert Null) gezogen (daher „zufallsbasiert“) und zu den imputierten Werten addiert; und zum anderen werden diese Schätzungen wiederholt durchgeführt (daher „multiple“) (ebd., S. 786).

Im Folgenden wird die Repräsentativität der Ergebnisse bezogen auf die Ausgangsstichprobe mittels einer deskriptiven Analyse erörtert.

Die Grundlage für alle weiteren Analyseschritte bildet der „bereinigte“ Datensatz mit 4.777 von ursprünglich 9.034 Fällen. Darüber hinaus umfasste die Ausgangsstichprobe neunzehn Unternehmen aus sechs Branchen. Dadurch, dass nur vollständige Fälle mit gültigen Werten eingeschlossen werden, reduziert sich die Zahl der Unternehmen auf vierzehn; dabei sind die ursprünglichen Branchen bis auf den Handel weiterhin alle vertreten. Die Verteilung auf die Branchen ändert sich wie folgt: Der Anteil von Unternehmen im Gesundheits- und Sozialwesen erhöht sich um 22,7%, der in der Energieversorgung um 2,9% und der in der Finanzdienstleistung um 12,9%. Der Anteil im Produktionsbereich sinkt um 18,8%, der in der (Öffentlichen) Verwaltung um 15,9%.

In der Ausgangsstichprobe waren von den 9.034 Befragten 52,4% männlich und 42,4% weiblich; darüber hinaus waren 6.863 von ihnen Mitarbeiter und 2.171 Führungskräfte (siehe im Detail Kapitel 4.2). Die Anteile der Geschlechter verändern sich mit einer Zunahme von 1,5% bzw. 2,1% nur sehr geringfügig. Auch bei den Statusgruppen ist die Veränderung gering, der Anteil der Mitarbeiter erhöht sich um knapp 8%.

Tab. 35 zeigt die Unterschiede zwischen dem Ausgangsdatensatz und dem „bereinigten“ verkleinerten Datensatz.

Tab. 35: Stichprobe des Ausgangsdatensatzes und des verkleinerten Datensatzes

		Stichprobe		
		Ausgangsdatensatz	Verkleinerter Datensatz	
			Veränderungen	
Fallzahl gesamt		9.034	4.777	-4257
Zahl der Unternehmen		19	14	-5
Branche	1 Gesundheits-/Sozialwesen	8,9%	31,6%	+22,7%
	2 Produktion	50,0%	32,2%	-18,8%
	3 Handel	4,7%	0%	
	4 Energieversorgung	6,0%	8,9%	+2,9%
	5 Finanzdienstleistung	4,4%	17,3%	+12,9%
	6 (Öffentliche) Verwaltung	25,9%	10,0%	-15,9%
Geschlecht	1 männlich	52,4%	53,9%	+1,5%
	2 weiblich	42,4%	44,5%	+2,1%
	3 keine Angabe	5,2%	1,6%	-3,6%
Führungskräfte (%-Anteil an allen Fällen)		2.171 (24,4%)	794 (16,6%)	-7,85%
Mitarbeiter (%-Anteil an allen Fällen)		6.863 (75,6%)	3.983 (83,4%)	+7,8%

Trotz der starken Reduktion der ursprünglichen Fallzahl spricht die deskriptive Analyse dafür, dass die verkleinerte Stichprobe für den Ausgangsdatensatz repräsentativ ist. Repräsentativ meint in diesem Zusammenhang, dass der verkleinerte Datensatz anhand der untersuchten Merkmale ein „gutes Abbild“ des Ausgangsdatensatzes präsentiert.

5.6 Methoden der Untersuchung

5.6.1 Statistische Verfahren

Für die ausgewählten Konstrukte (Variablen) wurde zunächst mittels deskriptiver Statistik die Verteilungsform anhand von Histogrammen betrachtet. Die symmetrischen Verteilungen weisen nicht auf Auffälligkeiten oder eine Heterogenität der Daten hin.⁶⁹ Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt, dass für alle Konstrukte, die für die Fragestellung wichtig sind, keine Normalverteilung vorliegt. Deshalb wurden für die weitere Analyse sogenannte nicht-parametrische Tests⁷⁰ gewählt.

Aufgrund der Verteilung der Daten wurde für die **Hypothese 1** der Mann-Whitney-Test durchgeführt.⁷¹ In dieser Hypothese ging es um die Frage, ob sich Führungskräfte und ihre Mitarbeiter darin unterscheiden, wie sie das Sozialkapital des Unternehmens, die Arbeitsbedingungen und die Frühindikatoren beurteilen. Das gesundheitliche Wohlbefinden wurde operationalisiert durch die Merkmale „körperlicher Gesundheitszustand“, „psychosomatische Beschwerdetage“, „depressive Verstimmungen“, „Wohlbefinden“ und „Selbstwertgefühl“. Die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben wurde definiert durch die Work-Life-Balance, die wahrgenommene Produktivität durch Commitment und Organisationspathologien durch innere Kündigung und Mobbing (siehe dazu im Detail Kapitel 3.3.2).

Für die **Hypothese 2a)** wurde mit dem multivariaten Verfahren der Clusterzentrenanalyse geprüft, ob sich innerhalb der beiden Statusgruppen Subgruppen abzeichnen, die sich in den Ausprägungen ihrer Bewertung des Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen signifikant unterscheiden. Dabei wurde systematisch vorgegangen, und zwar in folgenden Schritten: 1. Festlegen der Indikatoren, die in die Analyse von Subgruppen einbezogen werden sollen, 2. Auswahl des Verfahrens, 3. Festlegung der Clusterzahl und 4. Validierung der Cluster- bzw. Subgruppenbildung. In die Analyse wurden das Sozialkapital mit den drei Konstrukten Werte-,

⁶⁹ Die Histogramme zur Verteilungsform werden im Anhang aufgeführt.

⁷⁰ Non-parametrische Tests werden auch als verteilungsfreie Tests bezeichnet, da sie keine spezielle Verteilung der Daten in der Population voraussetzen.

⁷¹ Der Mann-Whitney-Test ist ein non-parametrisches Testverfahren für Zusammenhänge und Unterschiede; Mann und Whitney bezeichnen ihn als U-Test. Er vergleicht zwei unabhängige Stichproben. Die Prüfgröße U beschreibt den Abstand zwischen den beiden mittleren Rängen (Sedlmeier & Renkewitz, 2008, S. 573).

Netzwerk- und Führungskapital, sowie die Arbeitsbedingungen mit den Skalen Handlungsspielraum, Partizipation und Sinnhaftigkeit der Aufgabe als Treiber (siehe dazu im Detail Kapitel 3.3.3) einbezogen. Nach Festlegung der Parameter fiel die Entscheidung auf die Clusterzentrenanalyse, weil sich diese in der Untersuchung als übersichtlicher erwies als die hierarchische Clusteranalyse. Mittels Varianzanalyse wurde geprüft, ob sich die Cluster hinsichtlich ihrer Ausprägung der zuvor definierten Parameter signifikant unterscheiden. Um signifikante Unterschiede zu visualisieren, wurden zusätzlich in einem Fehlerbalkendiagramm die Konfidenzintervalle für den Mittelwert je Parameter dargestellt. Anschließend wurden die Subgruppen, die sich dabei ergaben, in einer interpretierenden Beschreibung charakterisiert. Beide Statusgruppen wurden in der gleichen Weise untersucht.

Für die **Hypothese 2b)** wurde geprüft, ob die gebildeten Subgruppen hinsichtlich der Ausprägung ihrer Gesundheitsmerkmale signifikante Unterschiede aufweisen. Folgende Gesundheitsmerkmale wurden betrachtet: psychosomatische Beschwerdetage, depressive Verstimmungen, gestörte Work-Life-Balance, Wohlbefinden, körperlicher Gesundheitszustand und Selbstwertgefühl. Für jedes dieser Merkmale wurde eine einfache Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Dabei bilden die einzelnen Gesundheitsmerkmale jeweils die abhängige Variable oder auch Zielvariable, die jeweilige Subgruppe den Faktor bzw. die unabhängige Variable. Die ANOVA wurde für beide Subgruppen analog durchgeführt. In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse für die beiden Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ auf Unterschiede und Auffälligkeiten untersucht.

Auf der Grundlage der Ergebnisse zu den ersten beiden Hypothesen wurde die **Hypothese 3** bearbeitet, dass das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden der beiden Statusgruppen unterschiedlich stark wirken. Im Vordergrund standen dabei die sechs Konstrukte, die in Hypothese 2 bei der Bildung von Subgruppen berücksichtigt wurden: die drei Sozialkapital-Konstrukte Werte-, Netzwerk- und Führungskapital und die drei Skalen Handlungsspielraum, Partizipation und Sinnhaftigkeit der Aufgabe. Das gesundheitliche Wohlbefinden wurde über die fünf Frühindikatoren aus dem zugrunde liegenden Wirkmodell definiert. Da es hier darum geht, Merkmale des gesundheitlichen

Wohlbefindens als abhängige Variablen durch mehrere simultan wirksame unabhängige Prädiktoren (Werte-, Netzwerk- und Führungskapital sowie Handlungsspielraum, Partizipation und Sinnhaftigkeit) zu erklären, wurde das Verfahren der multiplen linearen Regression angewendet. Dieses Verfahren wurde für beide Statusgruppen analog für jedes Gesundheitsmerkmal durchgeführt.

Die Auswertung ging in mehreren Schritten vor sich:

1. Signifikanz des Modells der multiplen linearen Regression:

Bei den Ergebnistabellen richtete sich der Blick als Erstes auf die Tabelle „ANOVA“: Daraus kann abgelesen werden, inwieweit die Ergebnisse tatsächlich auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen den erklärenden Variablen (den sechs ausgewählten Prädiktoren) und den abhängigen Variablen (den einzelnen zu betrachtenden Gesundheitsmerkmalen) verweisen.

2. Bewertung der Güte der Modellanalyse:

Die Tabelle „Modellübersicht“ liefert Kennzahlen über den Gesamterfolg der Analyse. Hier findet sich u.a. das Bestimmtheitsmaß bzw. der Determinationskoeffizient, der als R-Quadrat (RQ) ausgedrückt wird. Dieser Wert zeigt die aufklärende Varianz⁷². Er misst auf einer Skala von 0 bis 1, wie gut sich die Werte der abhängigen Variablen mit den Prädiktoren erklären lassen. Ein RQ-Wert von 1 würde einem Erklärungswert von 100% entsprechen.

3. Signifikanz der einzelnen erklärenden Variablen:

Die Tabelle „Koeffizienten“ beschreibt die Signifikanz der einzelnen erklärenden Variablen (das sind in diesem Fall die ausgewählten sechs Prädiktoren). Darin ist für jede dieser Variablen ein Signifikanzwert angegeben, an dem abgelesen werden kann, ob die betreffende Variable tatsächlich einen Einfluss auf die abhängige Variable (die Merkmale des gesundheitlichen Wohlbefindens) hat. Der Koeffizient kann einen Wert von 1 bis -1 annehmen. Je näher dieser Wert an 1 oder -1 ist, desto stärker ist der Zusammenhang.

4. Auswertung und Interpretation der Ergebnisse für die beiden Statusgruppen:

Im letzten Schritt werden die Ergebnisse zu den beiden Statusgruppen einander gegenübergestellt und auf Unterschiede und Auffälligkeiten hin untersucht.

⁷² Die aufklärende Varianz ist eine normierte Größe. Der Wertebereich liegt zwischen Null und Eins und ist „umso größer, je höher der Anteil der erklärenden Streuung an der Gesamtstreuung ist“ (Backhaus et al., 2011, S. 75).

5.6.2 Bildung von Erhebungsgruppen

In Anlehnung an die Forschungsfragen wurden folgende Erhebungsgruppen gebildet:

1. Führungskräfte und Mitarbeiter über alle Unternehmen,
2. Geschlechtergruppen über alle Unternehmen und
3. Führungskräfte je Branche.

Die 4.777 Fälle setzen sich zusammen aus 3.983 Beschäftigten ohne und 794 Beschäftigten mit Führungsverantwortung. Die Mitarbeiter sind zu 49,8% männlich und zu 48,7% weiblich. Innerhalb der Gruppe Führungskräfte hat das männliche Geschlecht mit 74,7% einen deutlich höheren Anteil als das weibliche Geschlecht mit 23,7%. In beiden Statusgruppen machten je 1,6 % der Befragten zum Geschlecht keine Angabe (siehe Tab. 36).

Tab. 36: Anteile von Führungskräften und Mitarbeitern über alle Unternehmen

	N	männlich		weiblich		keine Angabe	
Mitarbeiter	3.983	49,8%	1.982	48,7%	1.938	1,6%	63
Führungskräfte	794	74,7%	593	23,7%	188	1,6%	13

Tab. 37 gibt einen Überblick über die Führungsverantwortung nach Branchenzugehörigkeit der Unternehmen. Innerhalb der Branchen Gesundheits- und Sozialwesen und Produktion beträgt der Anteil der Führungskräfte an den befragten Beschäftigten knapp ein Drittel; in den übrigen drei Branchen liegt er mit 8,9 bis 14,7% deutlich niedriger.

Tab. 37: Anteil der Führungskräfte nach Unternehmensbranche

Branche	Führungsverantwortung	
	ja	%
1 Gesundheits-/Sozialwesen	250	31,5
2 Produktion	257	32,4
3 Energieversorgung	71	8,9
4 Finanzdienstleistung	99	12,5
5 (Öffentliche) Verwaltung	117	14,7
gesamt	794	100

5.6.3 Bewertung ausgewählter Konstrukte durch Mitarbeiter und Führungskräfte

Die Bewertung der Konstrukte werden für Mitarbeiter und Führungskräfte getrennt vorgenommen. Im Folgenden wird für die Konstrukte jeweils der arithmetische Mittelwert (AM) für die Mitarbeiter angeführt.

Für die drei Sozialkapital-Konstrukte ergeben sich folgende Werte:

Netzwerkkapital 3,68 (AM), Führungskapital 3,59 (AM), Wertekapital 3,08 (AM). Das Wertekapital ist also im Mittel etwas geringer ausgeprägt als die anderen beiden Dimensionen.

Für die fünf Skalen der Arbeitsbedingungen ergeben sich folgende Mittelwerte: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen 3,15 (AM), Sinnhaftigkeit der Aufgabe 3,61 (AM), Partizipation 2,94 (AM), Klarheit der Aufgabe 3,97 (AM) und Handlungsspielraum 3,46 (AM).

Der Mittelwert für das Item „körperlicher Gesundheitszustand“ beträgt 3,94 (AM). Der Mittelwert für die Skala „psychosomatische Beschwerdetage“ zeigt mit 44,10 (AM) eine hohe Ausprägung, die Werte für Wohlbefinden mit 3,69 (AM), Commitment mit 3,06 (AM) und Selbstwertgefühl mit 4,11 (AM) eine mittlere bis hohe Ausprägung.

Bei „gestörte Work-Life-Balance“ ist der Mittelwert mit 2,41 (AM) geringer ausgeprägt, ebenso bei „depressive Verstimmungen“ mit 2,25 (AM).

Die geringsten Ausprägungen finden sich bei „innere Kündigung“ mit einem Mittelwert von 1,98 (AM) und „Mobbing“ mit 1,63 (AM).

Tab. 38 zeigt alle Werte für die Gruppe der Mitarbeiter im Überblick.

Tab. 38: Antworten der Mitarbeiter zu den relevanten Konstrukten

Skalen	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Treiber					
Netzwerkkapital	3.983	1,00	5,00	3,68	,78
Führungskapital	3.983	1,00	5,00	3,59	,90
Wertekapital	3.983	1,00	5,00	3,08	,69
Arbeitsituation (ausgewählte Teilkonstrukte)					
Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen	3.983	1,00	5,00	3,15	,63
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	3.983	1,00	5,00	3,61	,75
Partizipation	3.983	1,00	5,00	2,94	,81
Klarheit der Aufgabe	3.983	1,00	5,00	3,97	,66
Handlungsspielraum	3.983	1,00	5,00	3,46	,93
Frühindikatoren					
Physische Gesundheit					
Körperlicher Gesundheitszustand ⁷³	3.983	1,00	6	3,94	,86
Psychosomatische Beschwerdetage	3.983	0	300,00	40,10	44,40
Psychische Gesundheit					
Depressive Verstimmungen	3.983	1,00	5,00	2,25	,85
Selbstwertgefühl	3.983	1,00	5,00	4,11	,53
Wohlbefinden	3.983	1,00	5,00	3,58	,84
Vereinbarkeit Berufs- und Privatleben					
Gestörte Work-Life-Balance	3.983	1,00	5,00	2,41	,97
Wahrgenommene Produktivität					
Commitment	3.983	1,00	5,00	3,06	,45
Organisationspathologien					
Innere Kündigung	3.983	1,00	5,00	1,98	,84
Mobbing	3.983	1,00	5,00	1,63	,69

Bei der Statusgruppe „Führungskräfte“ ergeben sich für die drei Sozialkapital-Konstrukte folgende Mittelwerte (vgl. Tab. 39): Netzwerkkapital 3,93 (AM), Führungskapital 3,75 (AM), Wertekapital 3,27 (AM). Ähnlich wie bei der Gruppe der Mitarbeiter ist auch hier das Wertekapital im Mittel etwas niedriger ausgeprägt als Netzwerk- und Führungskapital. Bei den fünf Skalen zu den Arbeitsbedingungen wurde für „Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen“ ein Mittelwert von 3,35 (AM) ermittelt, für „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“ 4,00 (AM), für „Partizipation“ 3,59 (AM),

⁷³ Skalierung des Gesundheitsempfindens: (1) sehr schlecht bis (6) ausgezeichnet.

für „Klarheit der Aufgabe“ 4,09 (AM) und für „Handlungsspielraum“ 3,46 (AM). Für das Item „körperlicher Gesundheitszustand“ beträgt der Mittelwert 4,07 (AM). Der Mittelwert für die Skala „psychosomatische Beschwerdetage“ liegt bei 31,28 (AM), für „Wohlbefinden“ 3,79 (AM), für „Commitment“ 3,11 (AM) und für „Selbstwertgefühl“ 4,21 (AM). Bei den Skalen „gestörte Work-Life-Balance“ und „depressive Verstimmungen“ sind die Mittelwerte mit 2,58 (AM) und 2,06 (AM) geringer ausgeprägt. Am niedrigsten liegen sie bei „innere Kündigung“ mit einem Mittelwert von 1,53 (AM) und „Mobbing“ mit 1,47 (AM).

Tab. 39: Antworten der Führungskräfte zu den relevanten Konstrukten

Skalen	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Treiber					
Netzwerkkapital	794	1,00	5,00	3,93	,65
Führungskapital	794	1,00	5,00	3,75	,81
Wertekapital	794	1,00	5,00	3,27	,67
Arbeitssituation (ausgewählte Teilkonstrukte)					
Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen	794	1,00	5,00	3,35	,62
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	794	1,33	5,00	4,00	,66
Partizipation	794	1,00	5,00	3,59	,77
Klarheit der Aufgabe	794	1,00	5,00	4,09	,65
Handlungsspielraum	794	1,00	5,00	4,07	,77
Frühindikatoren					
Physische Gesundheit					
Körperlicher Gesundheitszustand	794	1,00	6,00	4,03	,83
Psychosomatische Beschwerdetage	794	,00	278,57	31,28	40,3
Psychische Gesundheit					
Depressive Verstimmungen	794	1,00	4,80	2,06	,81
Selbstwertgefühl	794	1,60	5,00	4,21	,48
Wohlbefinden	794	1,00	5,00	3,79	,80
Vereinbarkeit Beruf- und Privatleben					
Gestörte Work-Life-Balance	794	1,00	5,00	2,58	,93
Wahrgenommene Produktivität					
Commitment	794	1,00	5,00	3,11	,45
Organisationspathologien					
Innere Kündigung	794	1,00	5,00	1,53	,68
Mobbing	794	1,00	5,00	1,47	,56

In diesem Kapitel wurde zum einen die Dateninspektion beschrieben, die als grundlegender Schritt der Datenaufbereitung dazu dient, die methodische Vorgehensweise festzulegen, außerdem wurden die statistischen Verfahren sowie wichtige deskriptive Analysen erläutert. In Kapitel 6 werden nun für jede Hypothese die einzelnen Analyseschritte und die Ergebnisse dargestellt.

6 Darstellung der Ergebnisse

6.1 Hypothese 1

Im ersten Schritt wurde der Hypothese 1 nachgegangen, dass sich Führungskräfte und Mitarbeiter in ihrer Beurteilung des Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen und hinsichtlich der Frühindikatoren unterscheiden.

Bei allen untersuchten Skalen zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Statusgruppen ($p < 0,01$). Tab. 40 zeigt die unterschiedlichen Einschätzungen von Führungskräften und Mitarbeitern zu den untersuchten Dimensionen des Sozialkapitals. Wie in der Spalte „mittlerer Rang“ abzulesen ist, schätzen Führungskräfte das Netz-werk-, Führungs- und Wertekapital höher ein als Mitarbeiter.

Tab. 40: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der Sozialkapitaldimensionen

	N	Mittlerer Rang
Netzwerkkapital		
Mitarbeiter	3.983	2.315,09
Führungskräfte	794	2.759,74
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Führungskapital		
Mitarbeiter	3.983	2.350,85
Führungskräfte	794	2.580,36
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Wertekapital		
Mitarbeiter	3.983	2.324,39
Führungskräfte	794	2.713,11
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000

Tab. 41 bildet die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der Führungskräfte und der Mitarbeiter zur Arbeitssituation ab. Wie bei den Einschätzungen zum Sozialkapital (Tab. 40) ergeben sich auch hier signifikante Unterschiede. In der Spalte „mittlerer Rang“ kann abgelesen werden, dass die Arbeitssituation, operationalisiert durch die Skalen Handlungsspielraum, Klarheit der Aufgabe, Partizipation und Sinnhaftigkeit der Aufgabe, von Führungskräften besser eingeschätzt wird als von Mitarbeitern.

Tab. 41: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der Arbeitssituation

	N	Mittlerer Rang
Handlungsspielraum		
Mitarbeiter	3.983	2.239,25
Führungskräfte	794	3.140,19
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Klarheit der Aufgabe		
Mitarbeiter	3.983	2.342,47
Führungskräfte	794	2.622,40
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Partizipation		
Mitarbeiter	3.983	2.215,91
Führungskräfte	794	3.257,28
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Sinnhaftigkeit der Aufgabe		
Mitarbeiter	3.983	2.269,46
Führungskräfte	794	2.988,63
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000

Tab. 42 zeigt die Ergebnisse für die Testung der Einschätzungen zur physischen Gesundheit. Auch hier wird deutlich, dass Führungskräfte ihren körperlichen Gesundheitszustand besser einschätzen als Mitarbeiter. An dem höheren mittleren Rang der „psychosomatischen Beschwerdetage“ bei den Mitarbeitern ist abzulesen, dass die Führungskräfte weniger Beschwerdetage haben.

Tab. 42: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der physischen Gesundheit

	N	Mittlerer Rang
Körperlicher Gesundheitszustand		
Mitarbeiter	3.983	2.363,47
Führungskräfte	794	2.517,06
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,002
Psychosomatische Beschwerdetage		
Mitarbeiter	3.983	2.449,83
Führungskräfte	794	2.083,84
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000

Tab. 43 zeigt die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die psychische Gesundheit. Danach leiden Mitarbeiter nach eigener Einschätzung stärker unter depressiven Verstimmungen als Führungskräfte. Bei „Selbstwertgefühl“ und „Wohlbefinden“ liegt der mittlere Rang bei den Führungskräften höher.

Tab. 43: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der psychischen Gesundheit

	N	Mittlerer Rang
Depressive Verstimmung		
Mitarbeiter	3.983	2.440,29
Führungskräfte	794	2.131,71
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Selbstwertgefühl		
Mitarbeiter	3.983	2.349,41
Führungskräfte	794	2.587,60
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Wohlbefinden		
Mitarbeiter	3.983	2.328,97
Führungskräfte	794	2.690,13
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Frühindikatoren „Commitment“, „innere Kündigung“, „gestörte Work-Life-Balance“ und „Mobbing“ sind Tab. 44 zu entnehmen. Bei „innere Kündigung“ und „Mobbing“ liegt der mittlere Rang der Mitarbeiter über dem der Führungskräfte. Für „Commitment“ und „gestörte Work-Life-Balance“ sind die Werte insgesamt niedriger. Hier liegt der mittlere Wert bei den Führungskräften höher als in der Gruppe der Mitarbeiter.

Tab. 44: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung weiterer Gesundheitsmerkmale

	N	Mittlerer Rang
Gestörte Work-Life-Balance		
Mitarbeiter	3.983	2.344,46
Führungskräfte	794	2.612,40
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Commitment		
Mitarbeiter	3.983	2.362,34
Führungskräfte	794	2.522,74
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,002
Innere Kündigung		
Mitarbeiter	3.983	2.521,28
Führungskräfte	794	1.725,43
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000
Mobbing		
Mitarbeiter	3.983	2.439,33
Führungskräfte	794	2.136,51
Gesamt	4.777	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000

Die Messwerte der untersuchten Konstrukte/Skalen um den Mittelwert werden über eine grafische Darstellung der Vertrauensbereiche visualisiert. Vertrauensbereiche (Fehlerbalken) kennzeichnen die Lage des Mittelwerts einer Stichprobe; sie sind eine graphische Repräsentation der Variabilität von Daten. Aus ihnen lässt sich schließen, wie genau eine Messung ist, bzw. in welchem Bereich der tatsächliche Wert liegen könnte. Die Kreise (hier rot markierte Punkte) kennzeichnen die Lage der Stichprobenmittelwerte. Der senkrechte Strich, der oben und unten jeweils durch einen Querbalken begrenzt ist, stellt das 95%-

Konfidenzintervall für den Mittelwert in der Grundgesamtheit dar. Er veranschaulicht, dass der Mittelwert der Grundgesamtheit mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% in dem Bereich zwischen den beiden Querbalken liegt (Belia et al., 2005).

Abb. 12 zeigt dies exemplarisch für das Führungs- und das Wertekapital sowie die Skalen „Handlungsspielraum“ und „Partizipation“. Die Abbildung macht deutlich, dass die Mittelwerte nicht auf der gleichen Ebene liegen. Die Vertrauensbereiche für die beiden Statusgruppen weisen deutlich erkennbare Unterschiede auf.

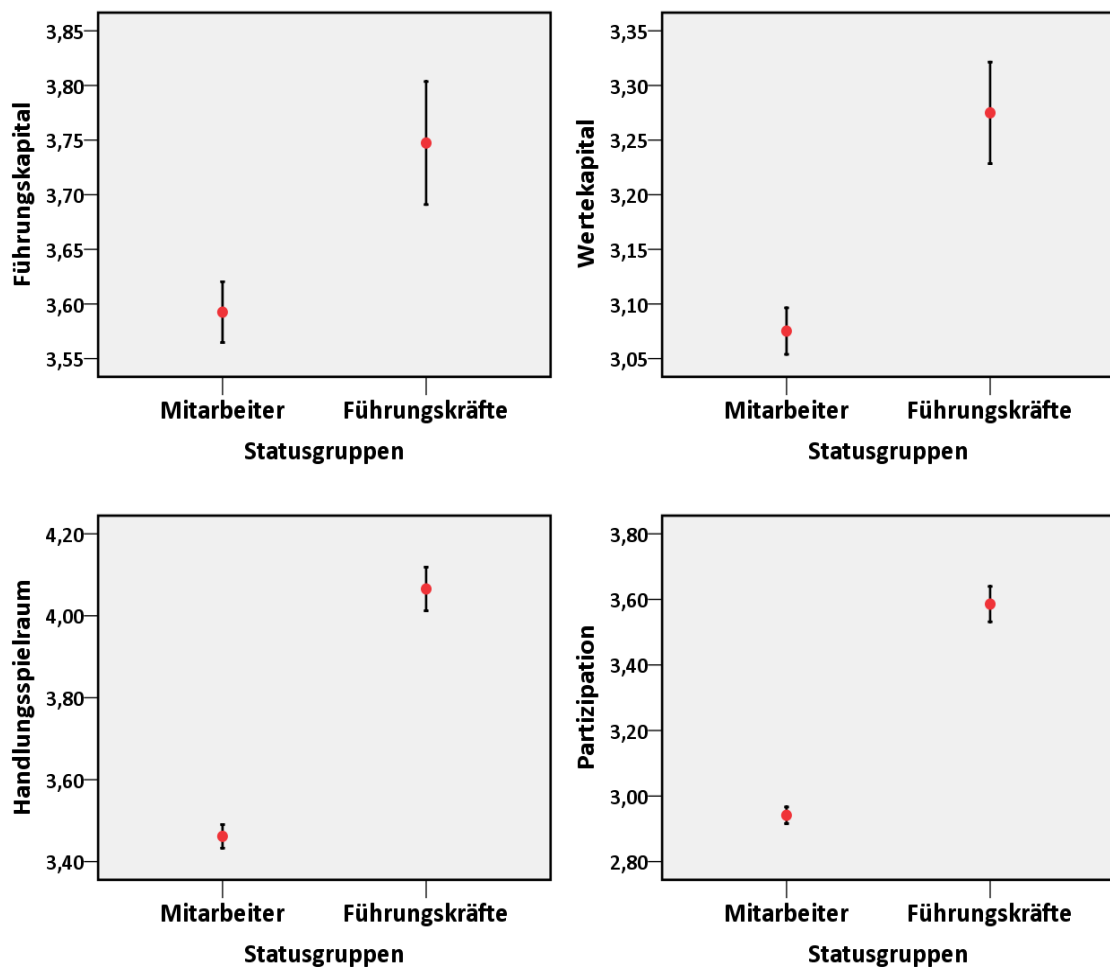


Abb. 12: Vertrauensbereiche für ausgewählte Konstrukte und Skalen

Insgesamt weisen alle Ergebnisse zu Frühindikatoren bis auf die zur Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben, operationalisiert durch „gestörte Work-Life-Balance“, darauf hin, dass Führungskräfte ihr gesundheitliches Wohlbefinden insgesamt und ihre Produktivität höher einschätzen als Mitarbeiter. Die Mitarbeiter schätzen innere Kündigung und Mobbing deutlich höher ein (Tab. 42-44).

Diese Ergebnisse bestätigen Hypothese 1: Zwischen den beiden Statusgruppen zeigen sich in den Einschätzungen zu allen untersuchten Konstrukten und Skalen signifikante Unterschiede.

6.2 Hypothese 2

6.2.1 Hypothese 2a

Hypothese 2a lautete: „Innerhalb der Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ gibt es Subgruppen, die sich in ihren Einschätzungen des Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen signifikant unterscheiden.“ Diese Hypothese wurde mit einer Clusterzentrenanalyse geprüft. Die Ergebnisse werden im Folgenden für beide Statusgruppen analog dargestellt.

Auswertung für die *Führungskräfte*:

Tab. 45 präsentiert die Ergebnisse der Clusterzentrenanalyse für die Führungskräfte. Sie zeigt drei Cluster mit den jeweiligen Werten der sie charakterisierenden Parameter.

Tab. 45: Clusterzentrenanalyse für die Gruppe der Führungskräfte

	Subgruppen		
	Cluster 1 „mittlere Ausprägung“	Cluster 2 „mittlere bis hohe Aus- prägung“	Cluster 3 „sehr hohe Ausprägung“
Wertekapital	2,55	3,22	3,73
Führungskapital	2,73	3,74	4,29
Netzwerkkapital	3,34	3,82	4,40
Handlungsspielraum	3,22	3,94	4,68
Partizipation	2,63	3,45	4,27
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	3,26	3,89	4,54
Anzahl je Cluster	143	375	276
Prozent-Anteil an der Gesamt- gruppe (794)	18%	47%	35%

Cluster 1 zeigt gemessen am Skalenmittelwert (2,5 AM) eine **mittlere Ausprägung** bei den Sozialkapital-Konstrukten **Wertekapital** (2,55 AM), **Führungskapital** (2,73 AM) und **Netzwerkkapital** (3,34 AM) wie auch bei den drei Skalen zu den Arbeits-

bedingungen **Handlungsspielraum** (3,22 AM), **Partizipation** (2,63 AM) und **Sinnhaftigkeit der Aufgabe** (3,26 AM). Diesem Cluster 1 („mittlere Ausprägung“) lassen sich 18% der Führungskräfte zuordnen.

Cluster 2 zeigt bei **allen untersuchten Parametern** arithmetische Mittelwerte, die **deutlich über dem Skalenmittel** liegen. Die Werte reichen von 3,22 (Wertekapital) bis 3,94 (Handlungsspielraum). 47% der Führungskräfte lassen sich diesem Cluster 2 („mittlere bis hohe Ausprägung“) zuordnen.

Cluster 3 lässt sich durch eine **sehr hohe Ausprägung bei allen Parametern** beschreiben: Abgesehen vom Wertekapital mit 3,22 liegen alle Werte deutlich über 4,0. Diesem Cluster 3 („sehr hohe Ausprägung“) können 35% der Führungskräfte zugeordnet werden.

Abb. 13 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der befragten Führungskräfte auf die einzelnen Cluster.

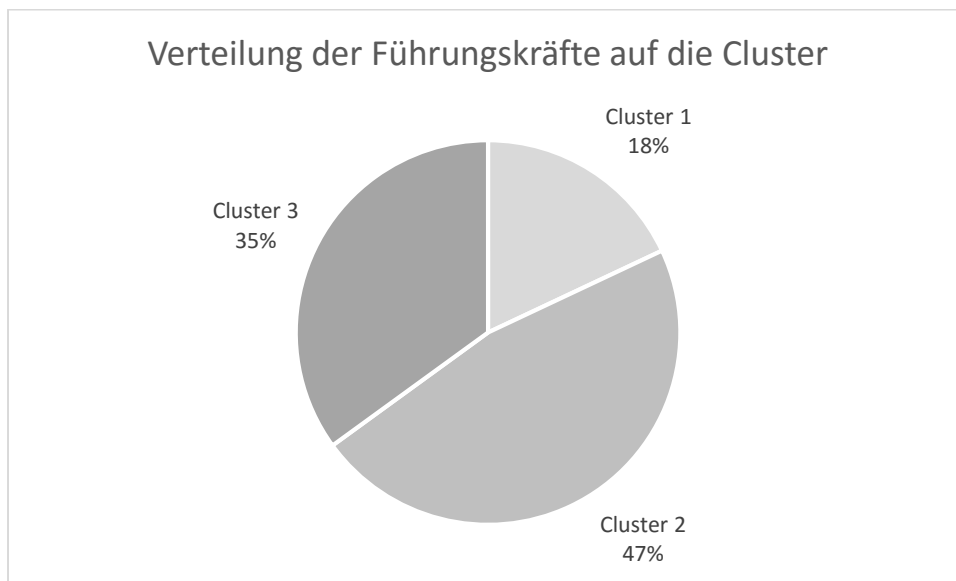


Abb. 13: Verteilung der Führungskräfte auf die Cluster

Die Ergebnisse der Varianzanalyse (Tab. 46) belegen, dass die Cluster sich in der Ausprägung der Parameter signifikant unterscheiden.

Tab. 46: Varianzanalyse der Cluster für die Gruppe der Führungskräfte

ANOVA						
	Cluster		Fehler		F	Sig.
	Mittel der Quadrate	df	Mittel der Quadrate	df		
Wertekapital	66,638	2	,278	791	239,753	,000
Führungskapital	114,360	2	,366	791	312,708	,000
Netzwerkkapital	57,162	2	,278	791	205,696	,000
Handlungsspielraum	105,495	2	,320	791	329,694	,000
Partizipation	132,666	2	,265	791	499,686	,000
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	82,006	2	,232	791	353,658	,000

Auswertung für die *Mitarbeiter*:

Analog zu den Ergebnissen für die Führungskräfte (Tab. 45) präsentiert Tab. 47 die Ergebnisse der Clusterzentrenanalyse für die Mitarbeiter. Die Tabelle zeigt drei Cluster mit den jeweiligen Werten der charakteristischen Parameter.

Tab. 47: Clusterzentrenanalyse für die Gruppe der Mitarbeiter

	Subgruppen		
	Cluster 1 „niedrige bis mittlere Ausprägung“	Cluster 2 „mittlere bis hohe Ausprägung“	Cluster 3 „sehr hohe Ausprägung“
Wertekapital	2,34	3,06	3,56
Führungskapital	2,49	3,61	4,27
Netzwerkkapital	2,81	3,67	4,23
Handlungsspielraum	2,69	3,28	4,18
Partizipation	2,01	2,85	3,64
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	2,95	3,52	4,15
Anzahl je Cluster	859	1.754	1.370
%-Anteil an der Gesamtgruppe (3983)	22%	45%	33%

Cluster 1 zeigt gemessen am Skalenmittelwert eine **mittlere, zum Teil auch niedrige** Ausprägung bei den Sozialkapital-Konstrukten **Wertekapital** (2,34 AM), **Führungskapital** (2,49 AM) und **Netzwerkkapital** (2,81 AM), ebenso bei den drei Skalen zu den Arbeitsbedingungen **Handlungsspielraum** (2,69 AM), **Partizipation** (2,01 AM) und **Sinnhaftigkeit der Aufgabe** (2,95 AM). 22% der Mitarbeiter lassen sich diesem Cluster 1 („niedrige bis mittlere Ausprägung“) zuordnen.

Cluster 2 zeigt bei **allen untersuchten Parametern** arithmetische Mittelwerte **über dem Skalenmittel**, die von 3,06 beim Wertekapital bis 3,67 beim Netzwerkkapital reichen. Diesem Cluster 2 („mittlere bis hohe Ausprägung“) können 45% der Mitarbeiter zugeordnet werden.

Für **Cluster 3** ist ähnlich wie bei den Führungskräften eine **sehr hohe Ausprägung bei allen Parametern** charakteristisch. Abgesehen vom Wertekapital mit 3,56 und Partizipation mit 3,46 liegen alle Werte über 4,0. In das Cluster 3 („sehr hohe Ausprägung“) lassen sich 33% der Mitarbeiter einordnen.

Abb. 14 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der befragten Mitarbeiter auf die einzelnen Cluster.

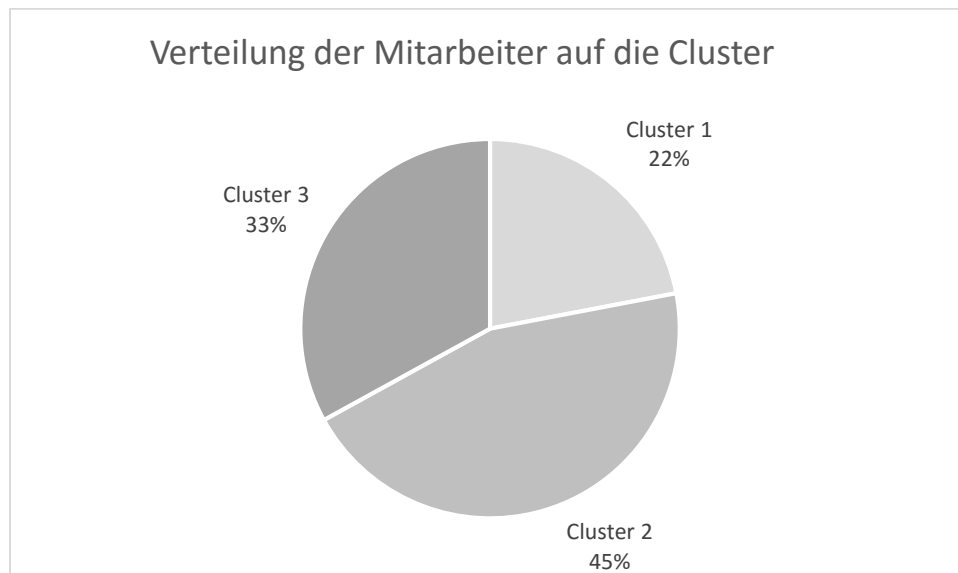


Abb. 14: Verteilung der Mitarbeiter auf die Cluster

Die Ergebnisse der Varianzanalyse (Tab. 48) belegen, dass sich die drei Cluster in der Ausprägung der für sie charakteristischen Parameter signifikant unterscheiden.

Tab. 48: Varianzanalyse der Cluster für die Gruppe der Mitarbeiter

ANOVA						
	Cluster		Fehler		F	Sig.
	Mittel der Quadrate	df	Mittel der Quadrate	df		
Wertekapital	391,045	2	,273	3.980	1.432,666	,000
Führungskapital	831,123	2	,386	3.980	2.153,109	,000
Netzwerkkapital	533,176	2	,342	3.980	1.559,476	,000
Handlungsspielraum	636,228	2	,539	3.980	1.180,257	,000
Partizipation	715,152	2	,301	3.980	2.373,042	,000
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	393,231	2	,365	3.980	1.077,716	,000

Die Hypothese 2a, dass sich innerhalb der Statusgruppen Subgruppen (Cluster) hinsichtlich der definierten Parameter abzeichnen, wurde damit belegt. In beiden Statusgruppen zeigen sich zwischen den gebildeten Clustern signifikante Unterschiede. Die arithmetischen Mittelwerte für die einzelnen untersuchten Parameter (Werte-, Führungs- und Netzwerkkapital, Handlungsspielraum, Partizipation und Sinnhaftigkeit der Aufgabe) steigen sowohl bei den Führungskräften als auch bei den Mitarbeitern von Cluster 1 bis Cluster 3 stetig an (vgl. Tab. 45 und 47).

6.2.2 Hypothese 2b

Auf der Basis von Hypothese 2a wurde in der Hypothese 2b die Annahme formuliert, dass sich die Subgruppen hinsichtlich der Ausprägung der Gesundheitsmerkmale signifikant unterscheiden. Das Vorgehen erfolgt entsprechend für jede Statusgruppe.

Zunächst zeigt Tab. 49 die deskriptive Statistik der ANOVA (Varianzanalyse) für die Führungskräfte. In der linken Spalte sind die fünf ausgewählten Variablen aufgeführt:

1. psychosomatische Beschwerdetage, 2. depressive Verstimmungen, 3. Wohlbefinden,
4. allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand und 5. Selbstwertgefühl.

In der Spalte daneben finden sich für jedes Gesundheitsmerkmal die unabhängigen Variablen in Form der drei zu Hypothese 2a gebildeten Cluster bzw. Subgruppen.

Charakteristisch für diese Subgruppen ist, dass bei allen fünf Konstrukten, die das Cluster definieren, die Ausprägung von Cluster 1 zu Cluster 3 zunimmt (s.o. Kapitel 5.2.1). In der dritten Spalte ist die Anzahl der Führungskräfte je Cluster aufgeführt, daneben das arithmetische Mittel je Cluster und Gesundheitsmerkmal.

Tab. 49: Deskriptive Statistik der ANOVA für ausgewählte Gesundheitsmerkmale in der Statusgruppe „Führungskräfte“

ONEWAY deskriptive Statistiken									
		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
						Untergrenze	Obergrenze		
1. Psychosomatische Beschwerdetage	Cluster 1	143	58,30	51,07	4,27	49,86	66,74	,00	222,86
	Cluster 2	375	30,90	37,75	1,94	27,06	34,72	,00	278,57
	Cluster 3	276	17,81	28,77	1,73	14,40	21,22	,00	222,86
	Gesamt	794	31,28	40,26	1,43	28,48	34,09	,00	278,57
2. Depressive Verstimmungen	Cluster 1	143	2,66	,89	,08	2,50	2,80	1,00	4,80
	Cluster 2	375	2,13	,73	,04	2,05	2,20	1,00	4,40
	Cluster 3	276	1,67	,66	,04	1,59	1,75	1,00	4,00
	Gesamt	794	2,06	,81	,03	2,01	2,12	1,00	4,80
3. Wohlbefinden	Cluster 1	143	3,26	,88	,07	3,11	3,40	1,00	5,00
	Cluster 2	375	3,67	,70	,04	3,60	3,74	1,00	5,00
	Cluster 3	276	4,22	,66	,04	4,14	4,30	2,00	5,00
	Gesamt	794	3,79	,80	,03	3,73	3,84	1,00	5,00
4. Allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand	Cluster 1	143	3,66	,93	,08	3,51	3,82	1	6
	Cluster 2	375	3,95	,76	,04	3,87	4,03	1	6
	Cluster 3	276	4,34	,75	,05	4,25	4,43	2	6
	Gesamt	794	4,03	,83	,03	3,98	4,09	1	6
5. Selbstwertgefühl	Cluster 1	143	3,98	,50	,04	3,90	4,07	2,60	5,00
	Cluster 2	375	4,12	,42	,02	4,08	4,16	2,80	5,00
	Cluster 3	276	4,46	,45	,03	4,41	4,51	1,60	5,00
	Gesamt	794	4,21	,48	,02	4,18	4,25	1,60	5,00

Ein erster Blick auf die Mittelwertdifferenzen macht deutlich, dass bei Cluster 1 mit einer mittleren Einschätzung des Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen die Mittelwerte für psychosomatische Beschwerdetage (AM = 58,3) und depressive Verstimmungen (AM = 2,65) am höchsten sind, die Mittelwerte für die Gesundheitsmerkmale Wohlbefinden (AM = 3,26), allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand (AM = 3,66) und Selbstwertgefühl (AM = 3,98) dagegen am niedrigsten. Für die ersten beiden Gesundheitsmerkmale nimmt der arithmetische Mittelwert von Cluster 1 zu Cluster 2 und von Cluster 2 zu Cluster 3 stetig ab. Bei den letzten drei Merkmalen (Wohlbefinden, allgemeiner

körperlicher Gesundheitszustand und Selbstwertgefühl) steigen sie von Cluster 1 zu Cluster 2 und von Cluster 2 zu Cluster 3 stetig an.

Tab. 50 zeigt die Ergebnisse der Varianzanalyse.

Tab. 50: Ergebnisse der ANOVA für die Statusgruppe „Führungskräfte“

ONEWAY ANOVA						
		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1. Psychosomatische Beschwerdetage	Zwischen den Gruppen	154512,923	2	77256,462	54,029	,000
	Innerhalb der Gruppen	1131061,445	791	1429,913		
	Gesamt	1285574,369	793			
2. Depressive Verstimmungen	Zwischen den Gruppen	93,560	2	46,780	85,726	,000
	Innerhalb der Gruppen	431,641	791	,546		
	Gesamt	525,201	793			
3. Wohlbefinden	Zwischen den Gruppen	97,229	2	48,614	93,000	,000
	Innerhalb der Gruppen	413,484	791	,523		
	Gesamt	510,713	793			
4. Allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand	Zwischen den Gruppen	48,171	2	24,085	38,573	,000
	Innerhalb der Gruppen	493,911	791	,624		
	Gesamt	542,082	793			
5. Selbstwertgefühl	Zwischen den Gruppen	27,583	2	13,792	69,323	,000
	Innerhalb der Gruppen	157,367	791	,199		
	Gesamt	184,951	793			

Der Signifikanzwert liegt für alle untersuchten Gesundheitsmerkmale unter 0,01. Das bestätigt die Hypothese, dass sich die Subgruppen der Statusgruppe „Führungskräfte“ hinsichtlich der Ausprägung der Gesundheitsmerkmale signifikant unterscheiden.

Für die Statusgruppe „Mitarbeiter“ wird methodisch ebenso vorgegangen wie bei der Statusgruppe „Führungskräfte“.

Tab. 51 zeigt die deskriptive Statistik der ANOVA für die Statusgruppe „Mitarbeiter“. In der linken Spalte sind wiederum die fünf ausgewählten Variablen aufgeführt. In der Spalte daneben finden sich für jedes Gesundheitsmerkmal die unabhängigen Variablen in Form der drei Cluster bzw. Subgruppen von Mitarbeitern, die im Rahmen von Hypothese 2a durch die Clusterzentrenanalyse gebildet wurden. Wie bei den Führungskräften sind auch hier die drei Subgruppen dadurch charakterisiert, dass bei allen fünf Konstrukten, die die Cluster definieren, die Ausprägung von Cluster 1 zu Cluster 3 zunimmt (vgl. Kapitel 5.2.1).

Neben der Spalte mit der Anzahl der Mitarbeiter in den einzelnen Clustern ist das arithmetische Mittel je Cluster und Gesundheitsmerkmal aufgeführt.

Tab. 51: Deskriptive Statistik der ANOVA für ausgewählte Gesundheitsmerkmale in der Statusgruppe „Mitarbeiter“

ONEWAY deskriptive Statistiken									
		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
						Untergrenze	Obergrenze		
1. Psychosomatische Beschwerdetage	Cluster 1	859	64,52	55,43	1,89	60,81	68,24	,00	300,00
	Cluster 2	1.754	38,23	39,81	,95	36,37	40,10	,00	300,00
	Cluster 3	1.370	28,05	35,40	,96	26,18	29,93	,00	278,57
	Gesamt	3.983	40,40	44,40	,70	39,02	41,78	,00	300,00
2. Depressive Verstimmungen	Cluster 1	859	2,75	,89	,03	2,69	2,81	1,00	5,00
	Cluster 2	1.754	2,26	,79	,02	2,22	2,30	1,00	5,00
	Cluster 3	1.370	1,92	,75	,02	1,89	1,97	1,00	4,60
	Gesamt	3.983	2,25	,85	,01	2,22	2,28	1,00	5,00
3. Wohlbefinden	Cluster 1	859	3,08	,86	,03	3,02	3,13	1,00	5,00
	Cluster 2	1.754	3,56	,77	,02	3,52	3,60	1,00	5,00
	Cluster 3	1.370	3,91	,74	,02	3,87	3,95	1,00	5,00
	Gesamt	3.983	3,58	,84	,01	3,55	3,60	1,00	5,00
4. Allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand	Cluster 1	859	3,55	,90	,03	3,49	3,61	1	6
	Cluster 2	1.754	3,95	,79	,02	3,91	3,99	1	6
	Cluster 3	1.370	4,17	,83	,02	4,12	4,21	1	6
	Gesamt	3.983	3,94	,86	,01	3,91	3,97	1	6
5. Selbstwertgefühl	Cluster 1	859	3,96	,56	,02	3,92	4,00	2,20	5,00
	Cluster 2	1.754	4,04	,50	,01	4,01	4,06	1,80	5,00
	Cluster 3	1.370	4,31	,47	,01	4,29	4,34	2,40	5,00
	Gesamt	3.983	4,12	,53	,01	4,10	4,13	1,80	5,00

Die Mittelwertdifferenzen zeigen, dass bei Cluster 1 mit einer mittleren bis niedrigen Einschätzung des Sozialkapitals und der Arbeitsbedingungen die Mittelwerte für psychosomatische Beschwerdetage (64,52) und depressive Verstimmungen (2,75) am höchsten sind, die Mittelwerte für die Gesundheitsmerkmale Wohlbefinden (3,08), allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand (3,55) und Selbstwertgefühl (3,96) dagegen am niedrigsten. Die arithmetischen Mittelwerte für die ersten beiden Gesundheitsmerkmale (psychosomatische Beschwerdetage und depressive Verstimmungen) nehmen von Cluster 1 zu Cluster 2 und von Cluster 2 zu Cluster 3 stetig ab; bei den letzten drei Merkmalen (Wohlbefinden, allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand und Selbstwertgefühl) steigen sie von Cluster 1 zu Cluster 2 und von Cluster 2 zu Cluster 3 an.

In Tab. 52 sind die Ergebnisse der Varianzanalyse für die Statusgruppe „Mitarbeiter“ aufgeführt.

Tab. 52: Ergebnisse der ANOVA für die Statusgruppe „Mitarbeiter“

ONEWAY ANOVA						
		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1. Psychosomatische Beschwerdetage	Zwischen den Gruppen	717024,732	2	358512,366	200,089	,000
	Innerhalb der Gruppen	7131216,544	3980	1791,763		
	Gesamt	7848241,275	3982			
2. Depressive Verstimmungen	Zwischen den Gruppen	354,466	2	177,233	279,460	,000
	Innerhalb der Gruppen	2524,111	3980	,634		
	Gesamt	2878,577	3982			
3. Wohlbefinden	Zwischen den Gruppen	367,904	2	183,952	303,362	,000
	Innerhalb der Gruppen	2413,386	3980	,606		
	Gesamt	2781,290	3982			
4. Allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand	Zwischen den Gruppen	199,213	2	99,607	144,832	,000
	Innerhalb der Gruppen	2737,205	3980	,688		
	Gesamt	2936,418	3982			
5. Selbstwertgefühl	Zwischen den Gruppen	83,825	2	41,913	163,217	,000
	Innerhalb der Gruppen	1022,027	3980	,257		
	Gesamt	1105,852	3982			

Der Signifikanzwert beträgt für alle untersuchten Gesundheitsmerkmale **,000**. Damit bestätigt sich die Hypothese, dass die Subgruppen von Mitarbeitern sich ebenso wie bei den Führungskräften im Hinblick auf die Ausprägung der Gesundheitsmerkmale signifikant unterscheiden.

Aufgrund der hier ausgeführten Ergebnisse kann Hypothese 2b bestätigt werden: In beiden Statusgruppen zeigen sich zwischen den Subgruppen, die im Rahmen von Hypothese 2a gebildet wurden, signifikante Unterschiede in den Ausprägungen der fünf untersuchten Gesundheitsmerkmale. Charakteristisch ist für beide Statusgruppen, dass die Ausprägung der gesundheitsförderlichen Merkmale Wohlbefinden, körperlicher Gesundheitszustand und Selbstwertgefühl von Cluster 1 zu Cluster 2 und von Cluster 2 zu Cluster 3 stetig ansteigt, während die Anzeichen für eine beeinträchtigte Gesundheit (psychosomatische Beschwerdetage und Depressive Verstimmungen) abnehmen. In Abb. 15 sind die Ergebnisse in einer Übersicht zu-

sammengefasst und visualisiert. Die Darstellung veranschaulicht den beschriebenen „treppenförmigen“ Verlauf der Ausprägung der Gesundheitsmerkmale von Cluster zu Cluster.

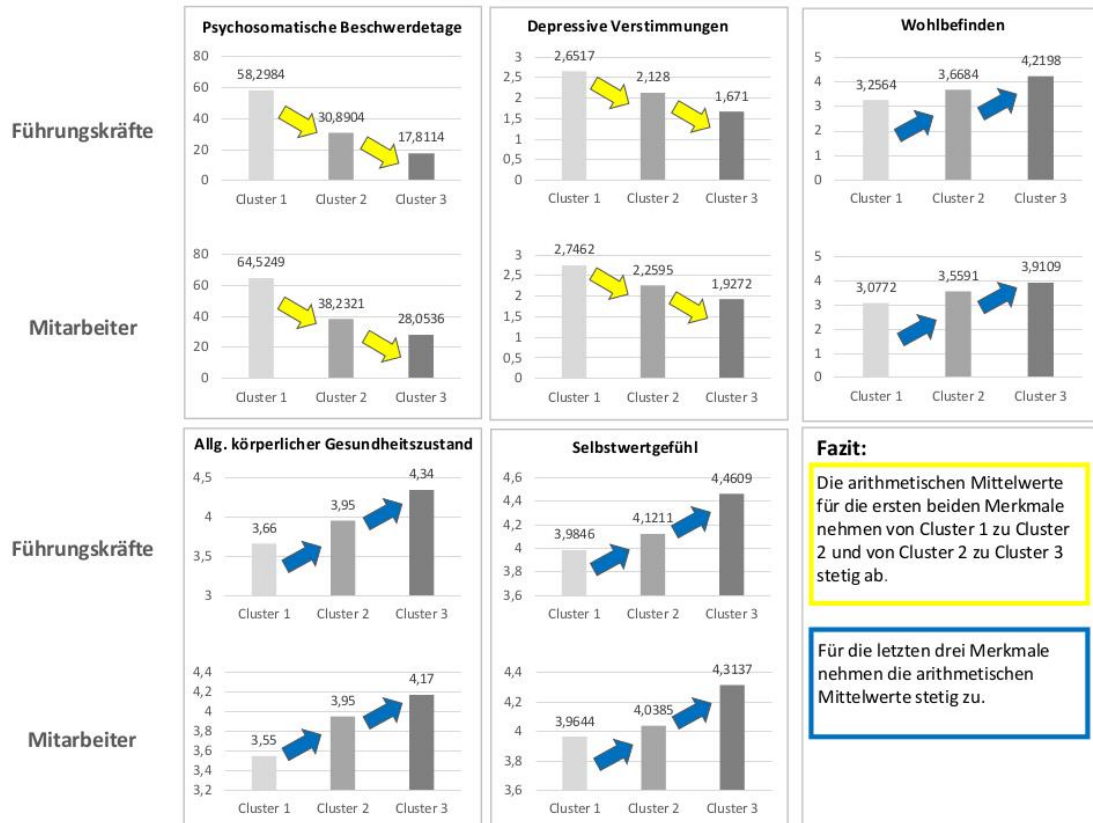


Abb. 15: Ergebnisse zu Hypothese 2b: Ausprägung der Gesundheitsmerkmale je Cluster und Statusgruppe

6.3 Hypothese 3

Hypothese 3 lautet, dass das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der beiden Statusgruppen unterschiedlich stark wirken.

Als Merkmale von Gesundheit bzw. gesundheitlichem Wohlbefinden werden in die Analyse die fünf Frühindikatoren körperlicher Gesundheitszustand, psychosomatische Beschwerdetage, depressive Verstimmungen, Wohlbefinden und Selbstwertgefühl einbezogen. Die sechs Konstrukte, der im Rahmen von Hypothese 2a gebildeten Cluster (Werte-, Führungs- und Netzwerkkapital, Handlungsspielraum, Partizipation und Sinnhaftigkeit der Aufgabe), dienen als erklärende Variable. Mithilfe einer multiplen linearen Regression wird untersucht, inwieweit die abhängigen Va-

riablen (AVs), also die Merkmale gesundheitlichen Wohlbefindens, durch die simultan wirksamen unabhängigen Prädiktoren (die Konstrukte, die die Cluster charakterisieren) erklärt werden.

Die Ergebnisse der multiplen linearen Regression gehen auf mehrere Auswertungsschritte zurück. Zunächst werden die Ergebnisse für die Statusgruppe „Führungskräfte“ dargestellt. Für alle fünf abhängigen Variablen wird zuerst das Ergebnis der ANOVA betrachtet. Erweist sich diese als signifikant, wird der *R-Quadrat*-Wert als Maß der aufgeklärten Varianz analysiert. Im dritten Schritt ist zu prüfen, ob auch der Regressionskoeffizient signifikant ist; ..., und seine Stärke festgestellt (vgl. Kapitel 3.5).

Die ANOVA ergibt für alle fünf untersuchten abhängigen Variablen einen signifikanten Wert (vgl. Tab. 53-57). Somit lässt sich konstatieren, dass in den vorliegenden Daten ein Zusammenhang zwischen den erklärenden Variablen und allen abhängigen Variablen besteht. Im Folgenden wird für jede der abhängigen Variablen auf die RQ-Werte und den Regressionskoeffizienten (β_j) eingegangen.

Tab. 53 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“. Der RQ-Wert ergibt eine aufklärende Varianz von **,126**. Dieser Wert spricht für einen Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen, wenn auch einen sehr schwachen. Eine Signifikanz ergibt sich für die erklärenden Variablen „Wertekapital“ ($\beta_j = ,125$) und „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“ ($\beta_j = ,130$). In beiden Fällen verweisen die Werte der Regressionskoeffizienten (β_j) auf einen sehr schwachen Zusammenhang. Für das Führungskapital ($\beta_j = ,103$) und das Netzwerkkapital ($\beta_j = ,079$) ergeben sich ebenfalls signifikante Werte, die auf einen äußerst schwachen Zusammenhang hinweisen.

Tab. 53: Regressionsanalyse für die Variable „körperlicher Gesundheitszustand“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“

1. Allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand (Führungskräfte)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,354 ^a	,126	,119	,776	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	68,097	6	11,350	18,845	,000^a
Nicht standardisierte Residuen	473,985	787	,602		
Gesamt	542,082	793			
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
Konstante	1,930	,213		9,067	,000
Wertekapital	,155	,053	,125	2,909	,004
Führungskapital	,105	,043	,103	2,474	,014
Netzwerkkapital	,101	,050	,079	2,024	,043
Handlungsspielraum	,038	,047	,035	,807	,420
Partizipation	,000	,050	,000	,009	,993
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,162	,056	,130	2,879	,004

Tab. 54 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „psychosomatische Beschwerdetage“. Der RQ-Wert zeigt eine aufklärende Varianz von **,158**. Dieser Wert spricht für einen sehr schwachen Zusammenhang der untersuchten Variablen. Eine Signifikanz ergibt sich für die erklärenden Variablen „Wertekapital“ ($\beta_j = -0,184$), „Führungskapital“ ($\beta_j = -0,109$) und „Partizipation“ ($\beta_j = -0,134$). Dabei weisen die Werte der Regressionskoeffizienten (β_j) für alle drei Variablen auf eine sehr schwache bis äußerst schwache (Führungskapital) negative Korrelation hin.

Tab. 54: Regressionsanalyse für die Variable „psychosomatische Beschwerdetage“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“

2. Psychosomatische Beschwerdetage (Führungskräfte)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,398 ^a	,158	,152	37,08541	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	203191,483	6	33865,247	24,623	,000^a
Nicht standardisierte Residuen	1082382,886	787	1375,328		
Gesamt	1285574,369	793			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
Konstante	130,135	10,173		12,792	,000
Wertekapital	-11,124	2,539	-,184	-4,382	,000
Führungskapital	-5,423	2,037	-,109	-2,662	,008
Netzwerkkapital	1,491	2,374	,024	,628	,530
Handlungsspielraum	-2,391	2,270	-,045	-1,054	,292
Partizipation	-6,984	2,393	-,134	-2,918	,004
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	-3,297	2,692	-,054	-1,225	,221

Tab. 55 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „depressive Verstimmungen“. Der RQ-Wert ergibt eine aufklärende Varianz von **,249**. Dieser Wert spricht für einen Zusammenhang der untersuchten Variablen: Die abhängige Variable lässt sich zu 25% erklären. Eine Signifikanz ergibt sich für die erklärenden Variablen Wertekapital ($\beta_j = -\mathbf{,215}$) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe ($\beta_j = -\mathbf{,200}$). Die beiden Regressionskoeffizienten (β_j) verweisen auf eine schwache negative Korrelation. Für das Führungskapital ($\beta_j = \mathbf{,102}$) ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Wert, der auf einen äußerst schwachen Zusammenhang hinweist.

Tab. 55: Regressionsanalyse für die Variable „depressive Verstimmungen“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“

3. Depressive Verstimmungen (Führungskräfte)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,499	,249	,243	,70785	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	130,879	6	21,813	43,535	,000^a
Nicht standardisierte Residuen	394,322	787	,501		
Gesamt	525,201	793			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	4,864	,194		25,050	,000
Wertekapital	-,262	,048	-,215	-5,414	,000
Führungskapital	-,102	,039	-,102	-2,630	,009
Netzwerkkapital	-,040	,045	-,032	-,873	,383
Handlungsspielraum	-,079	,043	-,074	-1,818	,069
Partizipation	-,028	,046	-,026	-,608	,544
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	-,246	,051	-,200	-4,778	,000

Tab. 56 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „Wohlbefinden“. Der RQ-Wert zeigt eine aufklärende Varianz von **,277**: Die abhängige Variable lässt sich zu 28% erklären. Eine Signifikanz ergibt sich für die erklärenden Variablen Wertekapital ($\beta_j = ,215$) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe ($\beta_j = ,279$). Für beide weisen die Werte des Regressionskoeffizienten (β_j) auf einen schwachen Zusammenhang hin.

Tab. 56: Regressionsanalyse für die Variable „Wohlbefinden“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“

4. Wohlbefinden (Führungskräfte)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,527 ^a	,277	,272	,68484	
ANOVA^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	141,606	6	23,601	50,321	,000^a
Nicht standardisierte Residuen	369,107	787	,469		
Gesamt	510,713	793			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	,865	,188		4,603	,000
Wertekapital	,259	,047	,215	5,522	,000
Führungskapital	,043	,038	,043	1,130	,259
Netzwerkkapital	,057	,044	,046	1,289	,198
Handlungsspielraum	,055	,042	,053	1,322	,186
Partizipation	,031	,044	,030	,697	,486
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,339	,050	,279	6,810	,000

Tab. 57 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „Selbstwertgefühl“. Der RQ-Wert weist eine aufklärende Varianz von **,208** auf: Diese abhängige Variable wird zu rund 21% erklärt. Eine Signifikanz ergibt sich für die erklärenden Variablen Netzwerkkapital ($\beta_j = ,168$) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe ($\beta_j = ,294$). Für beide Variablen weisen die Werte der Regressionskoeffizienten (β_j) auf einen sehr schwachen bis schwachen Zusammenhang hin. Für die Variable Handlungsspielraum ($\beta_j = ,089$) ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Wert, der auf einen äußerst schwachen Zusammenhang verweist.

Tab. 57: Regressionsanalyse für die Variable „Selbstwertgefühl“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“

5. Selbstwertgefühl (Führungskräfte)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,456 ^a	,208	,202	,43138	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	38,499	6	6,417	34,481	,000^a
Nicht standardisierte Residuen	146,451	787	,186		
Gesamt	184,951	793			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	2,579	,118		21,792	,000
Wertekapital	,032	,030	,045	1,091	,276
Führungskapital	,004	,024	,007	,170	,865
Netzwerkkapital	,125	,028	,168	4,528	,000
Handlungsspielraum	,056	,026	,089	2,121	,034
Partizipation	-,018	,028	-,029	-,647	,518
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,215	,031	,294	6,859	,000

Im Folgenden werden die Ergebnisse der analog durchgeführten Regressionsanalysen für die Statusgruppe „Mitarbeiter“ dargestellt.

Wie bei der Statusgruppe „Führungskräfte“ ergibt die ANOVA für alle fünf untersuchten abhängigen Variablen einen signifikanten Wert (vgl. Tab. 58-62); somit

kann für die vorliegenden Daten ein Zusammenhang zwischen den erklärenden Variablen und allen abhängigen Variablen festgestellt werden. Bei den Ergebnissen für die einzelnen abhängigen Variablen wird jeweils auf die RQ-Werte und den Regressionskoeffizienten (β_j) eingegangen.

Tab. 58 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“. Der RQ-Wert ergibt eine sehr schwache aufklärende Varianz von ,102. Eine Signifikanz ergibt sich für die erklärenden Variablen Wertekapital ($\beta_j = ,181$), Netzwerkkapital ($\beta_j = ,058$) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe ($\beta_j = ,093$). Der Koeffizient (β_j) der Variablen Wertekapitals spricht für einen schwachen negativen Zusammenhang, die Koeffizienten (β_j) der Variablen Netzwerkkapital und Sinnhaftigkeit der Aufgabe verweisen auf einen extrem schwachen Zusammenhang.

Tab. 58: Regressionsanalyse für die Variable „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“

1. allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand (Mitarbeiter)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,320 ^a	,103	,101	,814	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	301,230	6	50,205	75,750	,000 ^a
Nicht standardisierte Residuen	2635,188	3976	,663		
Gesamt	2936,418	3982			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	2,399	,079		30,370	,000
Wertekapital	,227	,025	,181	8,979	,000
Führungskapital	,035	,020	,037	1,801	,072
Netzwerkkapital	,064	,022	,058	2,940	,003
Handlungsspielraum	-,002	,017	-,002	-,094	,925
Partizipation	,035	,022	,033	1,562	,118
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,106	,021	,093	4,977	,000

Tab. 59 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „psychosomatische Beschwerdetage“. Der RQ-Wert weist eine sehr schwache aufklärende Varianz von ,125 auf. Eine Signifikanz ergibt sich für drei erklärende Variablen: Für Wertekapital ($\beta_j = -,216$) zeigt sich eine schwache, für Netzwerkkapital ($\beta_j = -,039$), Partizipation ($\beta_j = -,103$) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe ($\beta_j = -,052$) jeweils eine äußerst schwache negative Korrelation.

Tab. 59: Regressionsanalyse für die Variable „psychosomatische Beschwerdetage“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“

2. Psychosomatische Beschwerdetage (Mitarbeiter)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,354 ^a	,125	,124	41,55205	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	983388,718	6	163898,120	94,927	,000 ^a
Nicht standardisierte Residuen	6864852,557	3976	1726,573		
Gesamt	7848241,275	3982			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	124,792	4,031		30,958	,000
Wertekapital	-14,014	1,292	-,216	-10,844	,000
Führungskapital	-,222	1,001	-,004	-,222	,824
Netzwerkkapital	-2,191	1,111	-,039	-1,972	,049
Handlungsspielraum	-1,375	,865	-,029	-1,591	,112
Partizipation	-5,636	1,139	-,103	-4,949	,000
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	-3,075	1,087	-,052	-2,828	,005

Tab. 60 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „depressive Verstimmungen“. Der RQ-Wert zeigt eine sehr schwache aufklärende Varianz von ,174. Eine Signifikanz ergibt sich für die erklärenden Variablen Wertekapital ($\beta_j = -,216$), Partizipation ($\beta_j = -,124$) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe ($\beta_j = -,119$). Der Koeffizient (β_j) der Variablen Wertekapital spricht für einen schwachen negativen Zusammenhang, die für Partizipation und Sinnhaftigkeit der Aufgabe für einen sehr schwachen negativen Zusammenhang.

Tab. 60: Regressionsanalyse für die Variable „depressive Verstimmungen“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“

3. Depressive Verstimmungen (Mitarbeiter)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,417 ^a	,174	,172	,77345	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	500,015	6	83,336	139,304	,000 ^a
Nicht standardisierte Residuen	2378,562	3976	,598		
Gesamt	2878,577	3982			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	4,198	,075		55,952	,000
Wertekapital	-,264	,024	-,213	-10,972	,000
Führungskapital	-,024	,019	-,025	-1,286	,199
Netzwerkkapital	-,036	,021	-,033	-1,721	,085
Handlungsspielraum	-,015	,016	-,017	-,957	,338
Partizipation	-,129	,021	-,124	-6,105	,000
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	-,135	,020	-,119	-6,645	,000

Tab. 61 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „Wohlbefinden“. Der RQ-Wert ergibt eine schwache aufklärende Varianz von **,209**. Eine Signifikanz ergibt sich für vier erklärende Variablen: Bei Wertekapital ($\beta_j = ,238$) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe ($\beta_j = ,194$) zeigt sich eine schwache Korrelation, bei Netzwerkkapital ($\beta_j = ,065$) und Partizipation ($\beta_j = ,066$) eine äußerst schwache.

Tab. 61: Regressionsanalyse für die Variable „Wohlbefinden“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“

4. Wohlbefinden (Mitarbeiter)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,458 ^a	,209	,208	,74363	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	582,611	6	97,102	175,595	,000^a
Nicht standardisierte Residuen	2198,680	3976	,553		
Gesamt	2781,290	3982			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	1,411	,072		19,562	,000
Wertekapital	,291	,023	,238	12,576	,000
Führungskapital	-,002	,018	-,002	-,111	,912
Netzwerkkapital	,069	,020	,065	3,493	,000
Handlungsspielraum	,012	,015	,014	,800	,424
Partizipation	,068	,020	,066	3,342	,001
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,216	,019	,194	11,090	,000

Tab. 62 zeigt die Regressionsanalyse für die abhängige Variable „Selbstwertgefühl“. Der RQ-Wert weist eine sehr schwache aufklärende Varianz von **,134** auf. Eine Signifikanz ergibt sich für die erklärenden Variablen Netzwerkkapital ($\beta_j = ,096$), Handlungsspielraum ($\beta_j = ,062$), Partizipation ($\beta_j = -,047$) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe ($\beta_j = ,313$). Die Koeffizienten (β_j) verweisen bei der Variablen Sinnhaftigkeit der Aufgabe auf einen mittleren, bei den drei anderen auf einen äußerst schwachen Zusammenhang.

Tab. 62: Regressionsanalyse für die Variable „Selbstwertgefühl“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“

5. Selbstwertgefühl (Mitarbeiter)					
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,366 ^a	,134	,132	,49083	
ANOVA ^b					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	147,965	6	24,661	102,362	,000^a
Nicht standardisierte Residuen	957,887	3976	,241		
Gesamt	1105,852	3982			
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	3,068	,048		64,437	,000
Wertekapital	-,024	,015	-,031	-1,578	,115
Führungskapital	,015	,012	,026	1,309	,191
Netzwerkkapital	,065	,013	,096	4,944	,000
Handlungsspielraum	,036	,010	,062	3,478	,001
Partizipation	-,030	,013	-,047	-2,251	,024
Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,220	,013	,313	17,143	,000

Zusammenfassung der Ergebnisse für Hypothese 3:

Die **Hypothese 3**, dass das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden der beiden Statusgruppen unterschiedlich stark wirken, lässt sich durch die Ergebnisse der multiplen linearen Regression bestätigen. Bei allen untersuchten Gesundheitsmerkmalen ergibt sich für beide Statusgruppen eine Signifikanz des Modells. Dies zeigt sich an den Ergebnissen der ANOVA. Für

die vorliegenden Daten ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den erklärenden Variablen (den sechs ausgewählten Prädiktoren) und den abhängigen Variablen (den einzelnen hier betrachteten Gesundheitsmerkmalen). Die Güte des Modells drückt sich in dem Bestimmtheitsmaß **R-Quadrat (RQ)** aus. Diesem zufolge reicht die aufklärende Varianz bei der Statusgruppe „Führungskräfte“ von **,126 RQ** für die Variable „**körperlicher Gesundheitszustand**“ (vgl. Tab. 53) bis **,277 RQ** für „**Wohlbefinden**“ (vgl. Tab. 56). Bei den Mitarbeitern reichen die Werte der aufklärenden Varianz von **,103 RQ** für die Variable „**körperlicher Gesundheitszustand**“ (vgl. Tab. 58) bis **,209 RQ** für „**Wohlbefinden**“ (vgl. Tab. 61).

In der Statusgruppe „Führungskräfte“ zeigt sich die Signifikanz der einzelnen erklärenden Variablen am deutlichsten bei „Wertekapital“ und „Partizipation“. Für das Wertekapital ergeben sich in vier der fünf vorgenommenen Analysen signifikante Koeffizienten (vgl. Tab. 63). Deren Werte sind in der Regressionsanalyse bei der abhängigen Variablen „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“ mit ,125 am schwächsten ausgeprägt und am stärksten bei den Variablen „Wohlbefinden“ mit ,215 und „depressive Verstimmungen“ mit –,215. Für „Partizipation“ ergeben sich in drei der vier vorgenommenen Analysen signifikante Koeffizienten. Die Werte der Regressionskoeffizienten reichen hier von –,054 für „psychosomatische Beschwerdetage“ bis **,279** für „Wohlbefinden“ (vgl. Tab. 56).

Für die Statusgruppe „Mitarbeiter“ erweist sich die erklärende Variable „Wertekapital“ als ähnlich signifikant wie für die Führungskräfte. Dafür ergeben die Regressionsanalysen bei der Variablen „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“ einen Koeffizienten von **,181** und bei der Variablen „Wohlbefinden“ mit **,238** eine noch stärkere Ausprägung. Nur bei der Analyse zum Selbstwertgefühl lassen sich noch höhere Koeffizienten erkennen. Im Unterschied zur Gruppe der Führungskräfte erweist sich hier „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“ als die Variable mit dem zweitstärksten Erklärungspotenzial. Für diese Variable ergeben sich in allen fünf Regressionsanalysen signifikante Koeffizienten; die Werte reichen von –,052 für „psychosomatische Beschwerdetage“ bis **,313** für „Selbstwertgefühl“ (vgl. Tab. 62).

Tab. 63 fasst die Ergebnisse für beide Statusgruppen in einem Überblick zusammen.

Tab. 63: Überblick über die Ergebnisse der Regressionsanalysen für beide Statusgruppen

Abhängige Variablen	Führungskräfte			Mitarbeiter		
	RQ	Erklärende Variable / Prädiktor	Regressionskoeffizient	RQ	Erklärende Variable / Prädiktor	Regressionskoeffizient
Physische Gesundheit						
1. allgemeiner Körperlicher Gesundheitszustand	,126	Wertekapital	,125	,103	Wertekapital	,181
		Führungskapital	,103		Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,093
		Netzwerkkapital	,079			
		Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,130			
2. Psychosomatische Beschwerdetage	,158	Wertekapital	-,184	,125	Wertekapital	-,216
		Führungskapital	-,109		Netzwerkkapital	-,039
		Partizipation	-,054		Sinnhaftigkeit der Aufgabe	-,052
Psychische Gesundheit						
3. Depressive Verstimmungen	,249	Wertekapital	-,215	,174	Wertekapital	-,213
		Führungskapital	-,102		Partizipation	-,124
		Partizipation	-,200		Sinnhaftigkeit der Aufgabe	-,119
4. Wohlbefinden	,277	Wertekapital	,215	,209	Wertekapital	,238
		Partizipation	,279		Netzwerkkapital	,065
					Partizipation	,066
		Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,194			
5. Selbstwertgefühl	,208	Netzwerkkapital	,168	,134	Netzwerkkapital	,096
					Handlungsspielraum	,062
		Handlungsspielraum	,089		Partizipation	-,047
		Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,294		Sinnhaftigkeit der Aufgabe	,313

In diesem Kapitel wurde das methodische Vorgehen zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen ausführlich dargestellt und die Ergebnisse der Analysen in den einzelnen Schritten präsentiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse nun interpretiert und diskutiert.

7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analysen vor dem Hintergrund des bisherigen Wissensstandes beleuchtet und diskutiert. Abschließend werden die Resultate zusammengefasst, die methodische Vorgehensweise kritisch betrachtet und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Forschungsprojekte gegeben.

7.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Studie sollte in erster Linie eine Antwort darauf geben, was Gesundheit „treibt“. Der Fokus lag dabei auf der Frage, wie sich die Statusposition in der Organisation auf die Gesundheit auswirkt; deshalb wurden hier Führungskräfte und Mitarbeiter vergleichend untersucht. Die Datenbasis bestand aus Primärdaten von 3.983 Mitarbeitern und 794 Führungskräften aus vierzehn deutschen Unternehmen bzw. Organisationen, die fünf verschiedenen Branchen angehören. Die Analysen konnten zeigen, dass die Gesundheit der Organisationsmitglieder neben berufsspezifischen, biologischen und persönlichen Faktoren auch vom Sozialkapital beeinflusst wird.

7.1.1 Unterschiede zwischen Führungskräften und Mitarbeitern

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests bestätigen die Hypothese 1, dass Führungskräfte und Mitarbeiter sich in Bezug auf ihre Einschätzung des Sozialkapitals, der Arbeitsbedingungen und der Frühindikatoren signifikant unterscheiden. Führungskräfte schätzen die Elemente des Sozialkapitals und die Arbeitsbedingungen wie auch ihr eigenes gesundheitliches Wohlbefinden positiver ein als Mitarbeiter; dieser Unterschied zeigt sich bei allen hier untersuchten Skalen und Konstrukten. Dieses Ergebnis stimmt mit dem derzeitigen Forschungsstand in der Sozialkapital-Forschung überein (vgl. Rixgens & Badura, 2011; Badura et al., 2013).

Dabei zeigt eine Betrachtung der Gesamtmittelwerte, dass die Werte für die drei untersuchten Elemente des Sozialkapitals insgesamt sehr hoch ausfallen (Tab. 38 und 39): Für das Netzwerkkapital liegen sie bei den Führungskräften (3,93) wie auch bei den Mitarbeitern (3,68) deutlich über dem Skalenmittelpunkt, ebenso für

das Führungskapital (Führungskräfte: 3,75, Mitarbeiter: 3,59). Für das Wertekapitel – gemeinsame Überzeugungen und Werte sowie deren praktische Umsetzung im Alltag – liegen sie in beiden Gruppen immer noch leicht über dem Skalenmittel (AM der Führungskräfte 3,27 und 3,08 der Mitarbeiter). Dieses Forschungsergebnis zeigt nach bisherigen Erkenntnissen (vgl. Rixgens & Badura, 2011, S. 64 ff.), dass die untersuchten Organisationen insgesamt über ein hohes Sozialkapital verfügen, wenngleich die Führungskräfte dieses erkennbar höher einschätzen als die Mitarbeiter.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei den fünf untersuchten Teilkonstrukten zur Arbeitssituation: Für alle liegen die arithmetischen Mittelwerte gemessen am Skalenmittelpunkt überdurchschnittlich hoch (vgl. Tab. 38 und 39). Daraus lässt sich schließen, dass die Arbeitssituation der Befragten insgesamt überdurchschnittlich gut ist (vgl. ebd.). Dies gilt wiederum für beide Statusgruppen, wobei auch hier die Führungskräfte ihre Arbeitssituation signifikant besser beurteilen als die Mitarbeiter. Dabei ergeben sich die größten Unterschiede bei Partizipationsmöglichkeiten (AM für die Führungskräfte = 3,59, für die Mitarbeiter 2,94), Handlungsspielraum (Führungskräfte: 4,07, Mitarbeiter: 3,46) und Sinnhaftigkeit der Aufgabe (Führungskräfte: 4,00, Mitarbeiter: 3,61).

Im Bereich der Frühindikatoren schätzen die Führungskräfte ihr gesundheitliches Wohlbefinden und ihre Produktivität (Commitment 3,11) insgesamt höher ein als die Mitarbeiter (3,06), die Aspekte der Organisationspathologien (innere Kündigung: 1,53, Mobbing: 1,47) hingegen niedriger (Mitarbeiter: 1,98 bzw. 1,63). Nach ihrer eigenen Einschätzung sind sie weniger von psychosomatischen Beschwerden (31,28 Tage vs. 40,10 Tage) und depressiven Verstimmungen (2,06 vs. 2,25) betroffen und beurteilen ihren allgemeinen körperlichen Zustand (4,03) und ihr Wohlbefinden (3,79) besser (Mitarbeiter: 3,94 und 3,58). Für die Führungskräfte ist zudem ein hohes Selbstwertgefühl kennzeichnend (4,21 vs. 4,11).

Eine Ausnahme von diesen insgesamt positiveren Bewertungen bildet das Konstrukt „Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben“, das durch die Skala „gestörte

Work-Life-Balance⁷⁴ operationalisiert wurde: Hier liegt der Mittelwert für die Führungskräfte (2,58) höher als der für die Mitarbeiter (2,41); das lässt darauf schließen, dass sie zeitlich stärker eingebunden sind und unter einer höheren Belastung stehen und es ihnen unter diesen Bedingungen weniger gelingt, ihr Privatleben mit dem Beruf zu vereinbaren.⁷⁵

Work-Life-Balance in der Diskussion

Die Problematik der beeinträchtigten „Work-Life-Balance“ ist nicht unbekannt. Dieses Konzept ist derzeit äußerst populär, was sich u.a. in einer Flut von Artikeln, Büchern, Fernsehsendungen und Seminarangeboten zu diesem Thema niederschlägt (Stock-Homburg, 2013; Stock-Homburg & Bauer, 2007; Kreiner et al., 2009). Diese allgemeine Aufmerksamkeit, die dem Thema „Work-Life Balance“ zuteilwird, ist eng mit einem tiefgreifenden Umbruch der Arbeitswelt verbunden (Stock-Homburg, 2013). Sie zeigt nicht nur, dass ein ausgewogenes Verhältnis von Arbeits- und Privatleben ein gesellschaftlich hoch bewertetes Ziel ist, sondern darin kommt auch zum Ausdruck, dass es mit der „Work-Life-Balance“ allgemein nicht zum Besten steht. So haben laut dem „Stressreport“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 41% der befragten Erwerbstätigen offenbar Probleme, Arbeit und Privatleben zu vereinbaren, und ihre Zahl nimmt weiter zu (Lohmann-Haislah, 2012, S. 50).

Der „Bielefelder Sozialkapital-Index“ (BISI), mit dem die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten erhoben wurden, fragt speziell nach der Vereinbarkeit von *privaten und beruflichen Verpflichtungen*.⁷⁶

Das Konzept der „Work-Life-Balance“ wird in der Wissenschaft häufig kritisiert, weil es als unscharf und irreführend gilt. Zum einen unterstellt es nach Ulich und Wülser (2005, S. 317f.) eine klare Trennung von „Arbeiten“ und „Leben“, die in

⁷⁴ Zur Formulierung des Items siehe Kapitel 5.3.3.

⁷⁵ Siehe im Detail Kapitel 6.1.

⁷⁶ Dazu werden fünf Items aus der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) genutzt. Der COPSOQ ist ein inhaltlich sehr breites Screening-Instrument zur Erfassung psychischer Faktoren bei der Arbeit. Mit diesem quantitativen Verfahren der Verhältnisprävention werden sowohl Belastungen als auch Beanspruchungen und Beschwerden ermittelt (Nübling et al., 2011).

dieser Form nur selten vorliegt, da im Privatleben auch gearbeitet und im Arbeitsalltag auch „gelebt“ wird. Zum anderen ist unklar, ob es dabei „nur“ um die zeitliche Vereinbarkeit von Erwerbsleben und Familie geht oder um das Leben als „Ganzes“, d.h. um alle Dimensionen, die Lebensqualität ausmachen. Der Begriff umfasst eine recht vage Zusammenstellung verschiedener Aspekte, die sich auf Lebensqualität und inneren Rhythmus, d.h. auf eine gesunde Ausgewogenheit von Tempo und Langsamkeit im Arbeits- („work“) und Lebensprozess („life“) beziehen. Nach Müller (2004) benötigt der Mensch eine Balance zwischen Anspannung und Entspannung, zwischen Tempo und Langsamkeit, weil diese ihm genügend physische und psychische Energie gibt, um seine Ziele zu verfolgen und zu erreichen. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen diesen Seiten gibt ihm Antrieb und inneren Ansporn. In der Praxis verschmilzt das Konzept der Work-Life-Balance aus der Sicht von Kuhn und Sommer zunehmend mit Gesundheitsaspekten, wodurch es sich immer stärker dem betrieblichen Gesundheitsmanagement annähert (Kuhn & Sommer, 2004, S. 153). Es ist Aufgabe der Organisationsgestaltung, die Work-Life-Balance zu fördern (ebd.). Hierbei handelt es sich dem Wesen nach um eine Balance zwischen Arbeitszeit und arbeitsfreier Zeit. Die Krankschreibungsdaten und die Entwicklung der Prävalenz psychischer Erkrankungen (vgl. Kapitel 3.1) signalisieren Erschöpfungszustände, die auf verschiedene Formen psychischer Belastung im Arbeitsleben zurückgehen können. Dazu zählen nicht nur Stressfaktoren an sich, sondern auch andere Faktoren wie innere Kündigung und Burnout als „mögliche“ Folgen von Stress (Vgl. Decker & Decker, 2015, S. 3; Karazmann, 2013, S. 66 und 195). Ulrich & Wüser (2005, S. 317f.) verweisen darüber hinaus auf die besondere Bedeutung von Arbeit für die menschliche Existenz und betonen, dass hier neben der Berufsarbeit auch andere Zusammenhänge betrachtet werden müssten, z.B. Engagement in Vereinen, Hilfe im sozialen Umfeld, Freizeitaktivitäten im Garten etc. Ob die verschiedenen Lebensbereiche als ausgeglichen wahrgenommen werden, hängt nicht zuletzt auch davon ab, welchen Zeitaufwand der Einzelne für die wichtigsten Lebensbereiche Beruf, Familie und Freizeit subjektiv für angemessen hält. Auch danach entscheidet sich somit, ob das Verhältnis zwischen den Lebensbereichen „gesund“ ist oder „krank“ macht, d.h. ob es Gesundheit „treibt“ oder „pathogen“ wirkt.

Wie eingangs schon erwähnt, befinden sich Führungskräfte in einer speziellen Situation: Sie müssen nicht nur kompetente Vorgesetzte sein, sondern fungieren darüber hinaus als „Coach“ und Unterstützer für ihre Mitarbeiter; zugleich wird von ihnen erwartet, dass sie die von der Unternehmensführung vorgegebenen Ziele stringent umsetzen. „Wer als Führungskraft Karriere machen will, dem bleibt häufig kaum noch Zeit zum Atemholen, zum Auftanken, zur persönlichen Weiterentwicklung. Auf diese Weise werden aber gerade diejenigen Ressourcen vorzeitig verbraucht, die für einen dauerhaften beruflichen Erfolg unverzichtbar sind“ (Linneweh & Hofmann, 2003, S. 100). Syedain (1991, S. 46) bezeichnet Führungskräfte der mittleren Ebene entsprechend als eine „endangered species“ und stellt fest, gerade das mittlere Management habe bisher zu wenig Beachtung gefunden. Hunziger (2004) untersucht die Work-Life-Balance internationaler Topmanager, berücksichtigt das mittlere Management dabei jedoch nicht; ebenso Stock-Homburg und Bauer (2007), die das Thema „Work-Life-Balance“ im Zusammenhang mit Burnout bei Topmanagern behandeln und die monetären Folgen daraus für die deutsche Wirtschaft diskutieren. Überhaupt fällt in solchen Studien auf, dass selten nach den verschiedenen Führungsebenen differenziert wird und häufig auch ein Bezug zur Unternehmensgröße oder zum Beschäftigungsverhältnis fehlt.

In den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit hat sich gezeigt, dass die Mitarbeiter ihre Work-Life-Balance deutlich besser einschätzen als die Führungskräfte. Allerdings wurde auch in dieser Untersuchung nicht nach Führungsebenen differenziert; es wurde lediglich unterschieden zwischen Personen mit und ohne Personalverantwortung, also Führungskräften und Mitarbeitern

Die Whitehall-Forschungen haben ergeben, dass eine „gestörte Work-Life-Balance“ mit einem insgesamt schlechteren Gesundheitszustand zusammenhängt, der sich u.a. in Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vegetativen Störungen und Übergewicht manifestiert (Marmot, 2004; Virtanen et al., 2010; Virtanen et al., 2012; siehe oben Kapitel 3.3). Diese Erkenntnisse lassen sich durch die vorliegende Untersuchung insofern bestätigen, als die hier untersuchten Gesundheitsmerkmale je nach Statusposition der Befragten unterschiedlich ausgeprägt sind. Eine protektive Wirkung der Statusposition in der Organisation lässt sich jedoch nicht für alle hier untersuchten Variablen nachweisen: Für die Skala „gestörte Work-Life-

Balance“ ergibt sich keine protektive Wirkung des Faktors „Führungsposition“. Zugleich haben die hier Befragten mit Personalverantwortung aber nach eigener Einschätzung eine sehr starke physische und psychische Gesundheit. Wie lässt sich dieser gute Gesundheitszustand angesichts der beeinträchtigten Work-Life-Balance erklären?

Die hier erzielten Ergebnisse werden z.B. durch die Arbeiten von Pfeiffer et al. (2001) und Renz et al. (2004) gestützt. Diese Querschnittsstudien, die sich vor allem auf das Risikofaktorenprofil, den Alkoholkonsum und sportliche Aktivitäten konzentrieren, zeigen ebenfalls, dass Führungskräfte trotz höherer zeitlicher Belastung ihr psychisches und physisches Wohlbefinden besser einschätzen als Mitarbeiter. Pfeiffer et al. (2001, S. 14) kritisieren in diesem Zusammenhang, dass es kaum empirische Arbeiten gibt, die „verlässliche Daten zu klinisch relevanten, psychischen oder psycho-vegetativen Störungen von Führungskräften“ liefern. „Häufig wird den Managern generell negativer Stress unterstellt und es werden daraus Störungen abgeleitet. Oft wird auch ein hoher quantitativer Belastungsumfang negativem Stress gleichgesetzt“ (ebd.). Auch Frank (2001, S. 27) bestätigt diese Ergebnisse: „Trotz aller Belastungen deutet die – allerdings spärliche – medizinische Literatur darauf hin, dass für Führungskräfte kein höheres Risiko für eine organische Erkrankung besteht als bei anderen Bevölkerungsgruppen.“

Um die befragten Beschäftigten in dieser Arbeit nicht isoliert zu betrachten, sondern im Zusammenhang mit der jeweiligen Organisation und in diese eingebettet, sollten in weiteren künftigen Untersuchungen neben der individuellen Perspektive auf die Work-Life-Balance auch ökonomische Aspekte in die Betrachtung einbezogen werden.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat die volkswirtschaftlichen Effekte einer guten Work-Life-Balance analysiert (BMFSFJ, 2005). Work-Life-Balance wird dabei definiert als „eine neue, intelligente Verzahnung von Arbeits- und Privatleben vor dem Hintergrund einer veränderten und sich dynamisch verändernden Arbeits- und Lebenswelt“ (BMFSFJ, 2005, S. 4). Unternehmen, die Maßnahmen zur Verbesserung der Work-Life-Balance anbieten, etwa Telearbeit, eine angepasste Arbeitsorganisation, Weiterbildungen für Mitarbeiter

in Elternzeit, gesundheitspräventive Leistungen etc., werden als besonders mitarbeiterorientiert und damit auch als attraktiv eingeordnet. Festzuhalten ist aber, dass keine der verschiedenen Maßnahmen universell wirkt, weil die Bedürfnisse in Bezug auf Erholung und die Möglichkeiten dazu unterschiedlich sind. Laut dem BMFSFJ ist Work-Life-Balance dennoch zu einem Wirtschaftsthema geworden, insofern eine gute Work-Life-Balance eine Win-win-Situation für Unternehmen und Mitarbeiter bedeutet, die sich einerseits in Unternehmenserfolg und andererseits in größerem Handlungsspielraum niederschlägt, und sie damit auch einen gesamtgesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen hat.

Insgesamt ist festzuhalten, dass der Popularität des Themas „Work-Life-Balance“ das Problem gegenübersteht, wie sie zu operationalisieren ist. Insofern wäre es sinnvoll, die Zusammenhänge zwischen Sozialkapital, Arbeitssituation und Gesundheit (siehe auch Abb. 5) systematisch (weiter) empirisch zu untersuchen und dabei die Frage im Fokus zu behalten, was in Abhängigkeit von der Statusgruppe Gesundheit fördert.

Der hier in der vorliegenden Arbeit diskutierte Problemhintergrund im Zusammenhang mit den empirischen Ergebnissen bestärkt, dass es sinnvoll ist, sich bei den Führungskräften auf die „Zwischenebene“, d. h. das untere und mittlere Management zu konzentrieren. Organisationen wurden hier als soziale Systeme betrachtet, die darin arbeitenden Menschen als Scharnier zwischen dem individuellen Verhalten und dem der Organisation (Neuberger, 2002; Rosenstiel & Wegge, 2004; Felfe, 2009) und die Interaktion zwischen den Beschäftigten sowie die Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Beeinflussbarkeit der alltäglichen Aufgaben als Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken.

In künftigen Forschungsarbeiten ist zu untersuchen, welche möglichen Zusammenhänge hinter dieser Ausprägung (vgl. Kapitel 5.4; Hypothese 1) stehen und inwieweit das Sozialkapital als Schutzfaktor für die Gesundheit in der Lage ist, eine beeinträchtigte oder „gestörte“ Work-Life-Balance zu kompensieren.

7.1.2 Clusterbildung in den beiden Statusgruppen

Im Anschluss an den ersten Untersuchungsschritt wurde mit der zweiten Arbeitshypothese der Frage nachgegangen, ob die Einschätzungen zum Sozialkapital und

zu den untersuchten Arbeitsbedingungen innerhalb der beiden Statusgruppen relativ homogen sind oder sich Subgruppen mit charakteristischen Ausprägungen der einzelnen Merkmale abzeichnen.

Wie die Ergebnisse der Clusterzentrenanalyse zeigen, lassen sich die Führungskräfte und die Mitarbeiter jeweils in drei Untergruppen einteilen, die sich hinsichtlich der Ausprägungen der sechs untersuchten Parameter⁷⁷ signifikant unterscheiden. Knapp ein Fünftel (18%) der Führungskräfte kann dem Cluster 1 zugeordnet werden, das durch eine mittlere Ausprägung gekennzeichnet ist: Für alle analysierten betrieblichen Aspekte liegen die Werte jeweils leicht bis deutlich über dem Skalenmittel. Für Cluster 2 ist eine mittlere bis hohe Ausprägung charakteristisch; in diese Gruppe fällt knapp die Hälfte (47%) der Führungskräfte. Dem Cluster 3 mit einer sehr starken Ausprägung ist mehr als ein Drittel (35%) der Befragten mit Personalverantwortung zuzuordnen; diese Gruppe verfügt demzufolge über ein sehr hohes Sozialkapital und ist mit den Arbeits- und Rahmenbedingungen sehr zufrieden. Diese Führungskräfte haben auf ihrem Arbeitsplatz einen sehr großen Handlungsspielraum (4,68) und sehr hohe Partizipationsmöglichkeiten (4,27) und sehen ihre Arbeit eindeutig als sinnhaft an (4,54).

Die Clusterzentrenanalyse für die Statusgruppe der Mitarbeiter kommt zu ähnlichen Ergebnissen in Bezug auf die genannten sechs Parameter. Auf Cluster 1 mit einer niedrigen bis mittleren Ausprägung entfällt ein gutes Fünftel (22%), dem Cluster 2 mit einer mittleren bis hohen Ausprägung ist ein Drittel (33%) zuzuordnen, und knapp die Hälfte (45%) der Befragten ohne Personalverantwortung fällt in das Cluster 3 mit einer sehr hohen Ausprägung. Auffällig ist, dass die prozentuale Aufteilung auf die drei Cluster hier in etwa der bei den Führungskräften entspricht. Kleine Unterschiede zeigen sich in den Charakteristika der Cluster. So fallen bei den Mitarbeitern die arithmetischen Mittel im Schnitt je Cluster etwas niedriger aus (vgl. Tab. 45 und 47).

Insgesamt lassen sich also in jeder der beiden Statusgruppen drei verschiedene „Typen“ ausmachen. In Cluster 1 sind jeweils die Führungskräfte bzw. Mitarbeiter

⁷⁷ Zu den sechs Parametern (Werte-, Führungs- und Netzwerkkapital, Handlungsspielraum, Partizipation und Sinnhaftigkeit) siehe im Detail Kapitel 6.2.1.

gruppiert, die die Intensität und Qualität der vertikalen Beziehungen im mittleren Bereich und die Unternehmenskultur, also geteilte Überzeugungen und Wertvorstellungen, als durchschnittlich bewerten. Die Einschätzung des Netzwerkkapitals lässt mit Werten über dem Skalenmittel auf gute soziale Beziehungen schließen. Die Arbeitssituation, die über Handlungsspielraum, Partizipation und Sinnhaftigkeit der Aufgabe gemessen wurde, bewerten beide Statusgruppen als durchschnittlich bis überdurchschnittlich, abgesehen von der Partizipation, die die Mitarbeiter mit einem Mittelwert von 2,01 niedriger einschätzen. In Cluster 2 liegen die Bewertungen deutlich über dem Skalenmittel. Cluster 3, das in beiden Statusgruppen etwa ein Drittel ausmacht, fällt dadurch auf, dass diejenigen, die in diese Gruppe fallen, die Qualität und Quantität der vertikalen wie auch der horizontalen Beziehungen sehr hoch einschätzen. Auch ihre Möglichkeiten, sich ihre Arbeit selbstständig einzuteilen und zu planen, bewerten sie als sehr gut; darüber hinaus sehen sie die Arbeit sehr stark als persönliche Bereicherung.

7.1.3 Zusammenhang zwischen Clusterzugehörigkeit und Gesundheit

Auf der Basis der Gruppierungen, die sich nach der Clusterzentrenanalyse ergeben haben, wurde mit Hypothese 2b für jede Statusgruppe der Zusammenhang zwischen der Clusterzugehörigkeit und den Gesundheitsmerkmalen untersucht. In den Ergebnissen der ANOVA (vgl. Kapitel 6.2.2) fällt auf, dass in beiden Statusgruppen von Cluster 1 über Cluster 2 zu Cluster 3 die Ausprägungen gesundheitsförderlicher Merkmale (Wohlbefinden, körperlicher Gesundheitszustand und Selbstwertgefühl) stetig ansteigen und die der Merkmale, die Gesundheit beeinträchtigen (psychosomatische Beschwerdetage und depressive Verstimmungen), kontinuierlich abnehmen. Dieser stufenförmige Verlauf (vgl. Abb. 9) macht deutlich, dass die geschätzte Höhe des Sozialkapitals und eine positiv bewertete Arbeitssituation (in Form der Möglichkeiten, die Arbeit selbstständig zu planen und sich einzuteilen sowie eigene Ideen einzubringen, und der Wahrnehmung der Arbeit als persönliche Bereicherung) sich auf die Gesundheit förderlich auswirken. In den Gruppierungen, wo diese Faktoren am schwächsten ausgeprägt sind (Cluster 1 in beiden Statusgruppen), zeigen sich auch die höchsten Werte bei den gesundheitsbeeinträchtigenden Merkmalen.

In welchen Aspekten zeigen sich nun bei einer parallelen Betrachtung der beiden Statusgruppen die stärksten / besonders auffällige Ausprägungen? Beim Gesundheitsmerkmal „psychosomatische Beschwerdetage“ reduzieren sich die Werte von Cluster 1 zu Cluster 3 um mehr als die Hälfte (vgl. Tab. 49 und 51), und bei depressiven Verstimmungen nimmt der Mittelwert um nahezu 1,0 ab, während er beim Wohlbefinden um 1,0 zunimmt. Bei den beiden Gesundheitsmerkmalen „körperlicher Gesundheitszustand“ und „Selbstwertgefühl“ ist der Unterschied von Cluster 1 zu 3 ebenfalls deutlich, wenn auch nicht ganz so stark ausgeprägt wie bei den anderen drei Merkmalen.

Zusammenfassend lässt sich für die Cluster jeweils folgende Typisierung festhalten:

Cluster 1: mittlere (Führungskräfte) bzw. niedrige bis mittlere (Mitarbeiter) Bewertung von Sozialkapital und Arbeitssituation

Befragte, die diesem Cluster angehören, leiden nach eigener Einschätzung an vielen Tagen unter psychosomatischen Beschwerden (Kopfschmerzen, empfindlicher Magen, Rückenschmerzen, schnell müde, Schmerzen in der Herzgegend, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen) und überdurchschnittlich häufig an depressiven Verstimmungen (sich schwer tun, zu genießen, sich nicht so freuen können wie früher, in Aktivitäten gehemmt sein, sich zu jeder Tätigkeit zwingen müssen, sich traurig fühlen). Ihr Wohlbefinden (sich voller Energie und Tatkraft fühlen, unbeschwert und gut aufgelegt sein, sich ruhig und ausgeglichen fühlen), ihren körperlichen Gesundheitszustand wie auch ihr Selbstwertgefühl (zufrieden sein, gute Eigenschaften besitzen, sich für einen wertvollen Menschen halten, vieles gut können, eine positive Einstellung zu sich selbst haben) schätzen die Befragten dieses Clusters überdurchschnittlich gering ein.

Cluster 2: mittlere bis gute Bewertung von Sozialkapital und Arbeitssituation

Befragte, die zum Cluster 2 gehören, haben eine hohe Zahl psychosomatischer Beschwerdetage. Depressive Verstimmungen werden leicht unterdurchschnittlich eingeschätzt. Die Bewertungen des Wohlbefindens, des körperlichen Gesundheitszustands und auch des Selbstwertgefühls liegen deutlich über dem Skalenmittel.

Cluster 3: sehr hohe Ausprägung von Sozialkapital und Arbeitssituation

Befragte, die dem Cluster 3 zuzuordnen sind, haben deutlich weniger psychosomatische Beschwerdetage und schätzen depressive Verstimmungen unterdurchschnittlich ein. Sie bewerten ihr Wohlbefinden als sehr hoch und ihren körperlichen Gesundheitszustand wie auch ihr Selbstwertgefühl als außerordentlich hoch. Auffällig in dieser Auswertung sind die hohe Zahl psychosomatischer Beschwerdetage und die hohe Einschätzung depressiver Verstimmungen in Cluster 1. Diese gehen aber, wie hier zu erkennen ist, nicht zwangsläufig mit eingeschränktem Wohlbefinden, einem schlechten körperlichen Gesundheitszustand oder einem geringen Selbstwertgefühl einher. Die Abbildungen 17 und 18⁷⁸ visualisieren diese Ergebnisse jeweils für die Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“. Im Spinnennetzdiagramm lässt sich die Ausprägung der Faktoren in Cluster 1 im Vergleich zu Cluster 2 und 3 besonders gut erkennen.

⁷⁸ In den Abbildungen wurden die Werte für die psychosomatischen Beschwerdetage jeweils durch 10 geteilt, um sie trotz der unterschiedlichen Skalierung im Diagramm darstellen zu können.

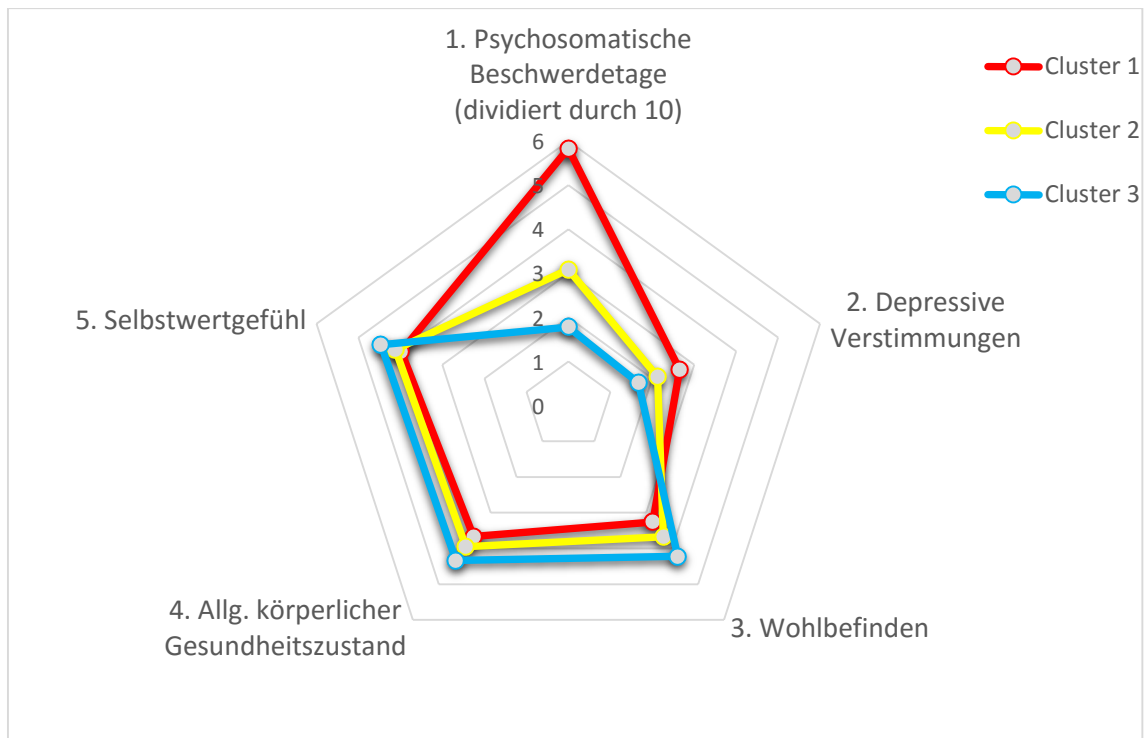


Abb. 16: Ausprägung der Gesundheitsmerkmale in den drei Clustern der Statusgruppe „Führungskräfte“

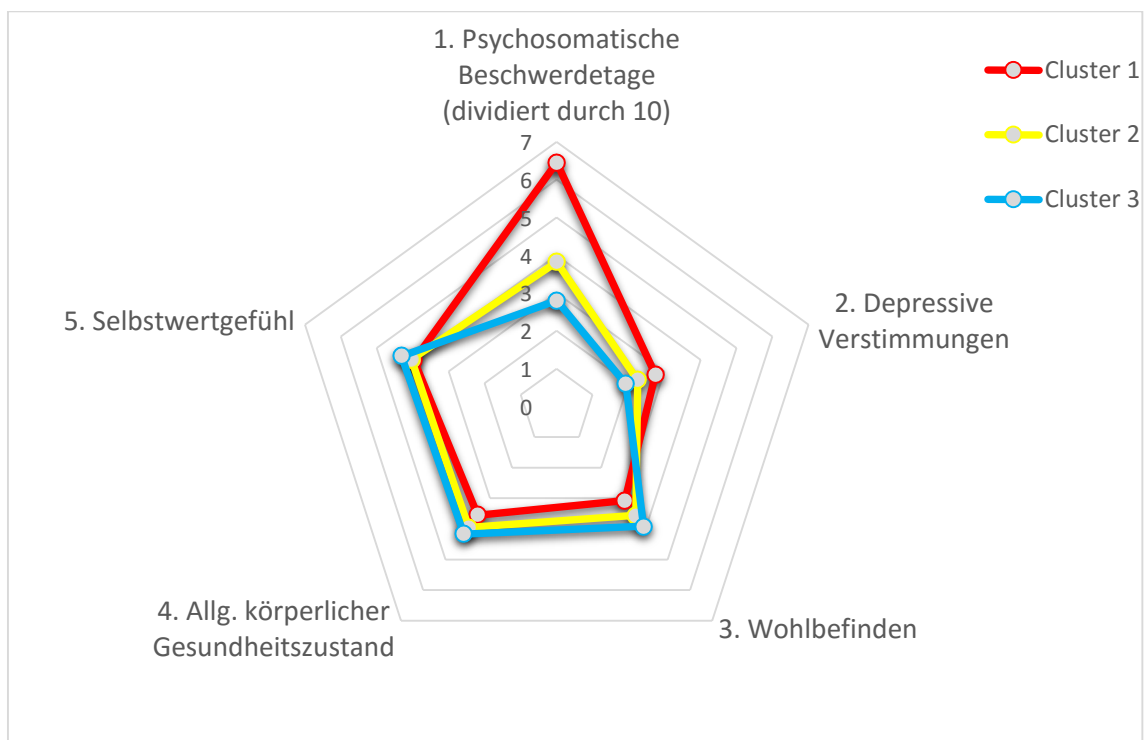


Abb. 17: Ausprägung der Gesundheitsmerkmale in den drei Clustern der Statusgruppe „Mitarbeiter“

Die beiden Merkmale „psychosomatische Beschwerdetage“ und „depressive Verstimmungen“ weisen bei beiden Statusgruppen in Cluster 1 die stärksten gesundheitsbeeinträchtigenden Werte auf.⁷⁹ Im Folgenden werden diese beiden Gesundheitsmerkmale aufgegriffen und ausführlicher diskutiert.

7.1.3.1 Gesundheitsmerkmal „psychosomatische Beschwerdetage“

Psychische Erkrankungen⁸⁰ werden in der Arbeitswelt häufig im Sinne eines Pars pro Toto mit dem sogenannten Burnout-Syndrom gleichgesetzt. Dieses lässt sich, wie der Begriff „Syndrom“ schon deutlich macht, als eine charakteristische Konstellation zahlreicher verschiedener Symptome und ihrer Wechselwirkungen beschreiben, die im Komplex auftreten (Cassel-Gintz & Harenberg, 2002, S. 7; Jung, 2011, S. 22). Symptome, die mit dem Burnout-Syndrom zusammenhängen, sind z.B. Schlafstörungen, eine Schwächung des körperlichen Immunsystems, Gereiztheit, Ermüdung und seelische Erschöpfung (Riechert, 2001, S. 67).

Insbesondere Führungskräfte der unteren und mittleren Ebene sind oft in hohem Maße Belastungen ausgesetzt, die zu psychischen Erkrankungen und Beschwerden führen können (Sedlacek, 2011, S. 11). Diese Belastungssituation bzw. die Gesundheit hängt aber nicht nur mit der Position zusammen; das wird in der vorliegenden

⁷⁹ Bei den Einschätzungen zu Wohlbefinden, allgemeinem körperlichen Gesundheitszustand und Selbstwertgefühl differieren die Werte zwischen den Clustern weniger stark (vgl. Kapitel 6.2.2); darum werden hier die beiden genannten Gesundheitsmerkmale fokussiert.

⁸⁰ Nach dem derzeitigen Stand der Forschung lässt sich nicht eindeutig beantworten, inwieweit die Zunahme der Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) tatsächlich darauf zurückgeht, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwerbstätigen gestiegen ist (vgl. DAK, 2013; Jachertz, 2013). Als Hintergrund der gestiegenen Krankheitsfälle müssen auch ein Wechsel in der diagnostischen Zuordnung von Patientenbeschwerden und eine Veränderung des ärztlichen Diagnoseverhaltens in Erwägung gezogen werden (BPtK, 2010). Häufig äußern sich psychische Beanspruchungen aber auch in körperlichen Symptomen, z.B. Rückenschmerzen. Diese werden dann nicht zwingend mit psychischen Fehlbelastungen in Zusammenhang gebracht (TK, 2009). Aus dem Gesundheitsreport der DAK von 2013 geht hervor, dass der Anteil psychischer Erkrankungen am gesamten Krankheitsspektrum im Zeitraum von 2000 bis 2012 um 93,5% zugenommen hat (DAK Gesundheit, 2013). Laut BMAS verursachten Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2011 insgesamt einen Verlust von 39 Mrd. Euro durch Lohnfortzahlungen, davon 5,1 Mrd. Euro aufgrund psychischer Erkrankungen (Brenscheidt, 2012, S. 43). Im Bereich der Brutto-Wertschöpfung wird der Verlust von Arbeitsproduktivität auf insgesamt 80 Mrd. Euro geschätzt, von denen 10,3 Mrd. Euro auf psychische Erkrankungen entfallen (BMAS, 2013).

Untersuchung u.a. dadurch belegt, dass das Sozialkapital, die Einschätzung der Arbeitssituation und der Gesundheitszustand auch innerhalb der Statusgruppe variieren und sich hier ebenso wie bei den Mitarbeitern drei Typen abzeichnen.⁸¹

Um sich dem komplexen Thema des psychischen Befindens zu nähern, kann zunächst unterschieden werden zwischen psychischen Belastungen, psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Krankheiten. Psychische Belastungen entstehen entweder durch äußere Lebensumstände, z.B. die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen und Prozesse, oder durch persönliche Ansprüche und Ziele, die in einer Leistungsgesellschaft nicht immer direkt auf Anordnungen aus der Hierarchie, sondern häufig auch auf internalisierte Werte zurückzuführen sind (Badura & Steinke, 2011). Psychische Beeinträchtigungen (unmittelbare, individuelle Auswirkungen) werden durch Bedingungen und Ereignisse verursacht, die negative Emotionen und Energieverlust erzeugen, denn nicht nur die physische, sondern auch die psychische Energie des Individuums ist begrenzt. Nach Gabe et al. (2004, S. 36) ist „psychosoziale Belastung“ ein „Sammelbegriff, der relevante soziale und personale Einflüsse umschreibt, die wiederkehrende Stresserfahrungen auslösen und das Krankheitsrisiko erhöhen“ können. Die Grundlage für die Entwicklung der kognitiven und emotionalen Konstitution eines Menschen ist nach allgemein akzeptierten Modellvorstellungen die biologische Disposition und die Sozialisation in Bezug auf psychische Gesundheit (Gaebel, 2003). Danach entwickelt der Mensch im Heranwachsen eine mehr oder weniger stabile psychische Konstitution, die die Grundlage dafür bildet, wie es Umweltreize subjektiv interpretiert und die Umweltanforderungen psychisch bewältigt (Felner et al., 2000; Schüssler, 2003). Die Ausbildung der psychischen Konstitution wird stark durch Faktoren der sozioökonomischen und biophysikalischen Lebensbedingungen beeinflusst, die entweder

⁸¹ In der vorliegenden Arbeit wurden die psychosomatischen Beschwerdetage mithilfe eines etablierten Fragenkatalogs aus der Freiburger Beschwerdenliste (FBL) erfasst, der in dieser Erhebung in der Kurzform nach Zerssen mit sieben Items angewendet wurde (Zerssen 1976). Der FBL bezieht sich auf ein breites Spektrum körperlicher Beschwerden und Befindungsstörungen und damit auf wesentliche Aspekte psychischer und somatischer Gesundheit; damit werden aktuelle, situativ bedingte und chronisch-habituelle Körperbeschwerden erfasst (siehe zum Erhebungsinstrument Kapitel 5.1).

als Risikofaktoren oder als protektive Faktoren für eine gesunde Entwicklung wirken (Egle et al., 1997; World Health Organization, 2004). Neben ihrer psychischen Konstitution als interner Ressource verfügen Menschen in unterschiedlichem Maße über externe Ressourcen wie z.B. soziale Beziehungen, finanzielle Mittel und soziale Sicherheit, die ihnen helfen, die Umwelтанforderungen zu bewältigen (vgl. Kapitel 2.2). Das Risiko einer Entstehung psychischer Erkrankungen ergibt sich aus dem Zusammenwirken dieser Faktoren mit der jeweiligen individuellen psychischen Konstitution. So ergibt sich eine protektive Funktion beruflicher Tätigkeit für das psychische Wohlbefinden z.B. daraus, dass diese Tätigkeit eine zentrale Grundlage für sozialen Status und seine materielle Reproduktion bildet, dass sie eine kreative Betätigung und/oder soziale Interaktion erlaubt und dass sie der betreffenden Person Erfolg und Anerkennung verschafft. In der Whitehall-Studie II haben Stafford et al. (2001) insbesondere für den Bereich der sozialen Interaktion nachgewiesen, dass „that having a large circle of friends and seeing them regularly is good for overall health“. Darüber hinaus zeigte sich, dass „the quality of confiding/emotional support had a larger effect on mental health and overall health status than practical aspects of support“ (Stafford et al., 2001, S. 117-129).

Nach dem Sozialkapitalmodell (Badura et al., 2008; 2013) bilden die individuelle berufliche Qualifikation, das individuelle Leistungspotenzial und die psychische Konstitution in Verbindung mit sozialen Kompetenzen die internen Ressourcen zur Bewältigung beruflicher Anforderungen. Externe Ressourcen sind solche sozialer, materieller und organisatorischer Natur. Diskrepanzen zwischen beruflichen Anforderungen und den Ressourcen zu ihrer Bewältigung können dadurch entstehen, dass sich die externen Leistungsanforderungen (z.B. von Vorgesetzten) verändern, durch unternehmensinterne Prozesse wie z.B. Rivalitäten um Gratifikationen oder durch Veränderungen der externen oder internen Ressourcen. Der Prozess der Bewältigung von Anforderungen ist wiederum eingebettet in mikro- und makroökonomische Rahmenbedingungen auf kultureller, politischer und organisatorischer Ebene.

Die genannten Aspekte in Bezug zu der in Hypothese 1 untersuchten Merkmale lassen die Annahme zu, dass hohe Werte bei psychosomatischen Beschwerdetagen

und depressiven Verstimmungen nicht zwangsläufig das Wohlbefinden, die körperliche Gesundheit und das Selbstwertgefühl beeinträchtigen müssen, sofern Faktoren wie z.B. gute Beziehungen zu den Kollegen, Wertschätzung, Anerkennung und eine achtsame Organisationskultur protektiv wirken können.

7.1.3.2 Gesundheitsmerkmal „depressive Verstimmungen“

Als depressive Verstimmung⁸² werden zeitlich begrenzte Phasen eines schlechten Allgemeinbefindens bezeichnet, die meist mit Selbstzweifeln und Grübeln einhergehen. Anstelle von „depressiver Verstimmung“ wird auch von „depressiver Störung“ oder auch „depressiven Phasen“ gesprochen. Depressionen gehören in Deutschland zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Da sie häufig mit einer langen Erkrankungsdauer einhergehen und die Symptome häufig wiederkehren, kommt ihnen allgemein große Bedeutung zu (Wittchen et al., 2010).

Die Whitehall-Studie II hat am Beispiel britischer Regierungsangestellter einen Zusammenhang zwischen permanenter Arbeitsplatzunsicherheit⁸³ und affektiven Störungen deutlich gemacht (Ferrie et al., 2002). So zeigen Ferrie et al. (2002, S. 647-651), dass lange andauernde Arbeitsplatzunsicherheit zu deutlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt, u.a. psychischen Störungen und depressiven Verstimmungen (vgl. Ferrie, 2001, S. 71-76; siehe auch Kapitel 3.2.4).

Darüber hinaus hat die Whitehall-Forschung gezeigt, dass geringe soziale Unterstützung im Arbeitsleben, wenig Entscheidungsfreiheit und ein Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung mit einer erhöhten Inzidenz psychiatrischer Störungen einhergeht, hauptsächlich in Form depressiver Störungen (Stansfeld et al.,

⁸² Im untersuchten Datensatz wurde das Vorliegen einer depressiven Verstimmung mit einer eigens dafür entwickelten Skala von fünf Items erhoben (Badura et al., 2013). Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen, dass depressive Erkrankungen in den Industrienationen heute schon zu einem erheblichen Verlust gesunder Lebensjahre führen (Murray et al., 2012). Wenn der aktuelle Trend steigender Erkrankungszahlen anhält, könnten Depressionen nach Mathers et al. (2006) bis zum Jahr 2030 zur häufigsten Krankheit werden. Der Depressionsatlas 2013 der Techniker Krankenkassen, der 4,11 Millionen Erwerbspersonen berücksichtigt, zeigt, dass Fehlzeiten aufgrund von Depressionen im Jahr 2013 um 69% höher lagen als noch im Jahre 2000.

⁸³ In der vorliegenden Arbeit wurde der Aspekt der Arbeitsplatzunsicherheit nicht betrachtet, so dass dieser Punkt hier nicht weiter diskutiert werden kann.

1999; 2003).⁸⁴ Eine prospektive Kohortenstudie von Niedhammer et al. (1998) weist ebenfalls nach, dass Arbeitsbedingungen, die durch eine Kombination von hohen psychischen Anforderungen, geringer Entscheidungsfreiheit und niedriger sozialer Unterstützung geprägt sind, depressive Symptome vorhersagen lassen. Diese Studienergebnisse sind jedoch insofern begrenzt, als jeweils nur bestimmte Berufsgruppen untersucht wurden, somit lassen sie keine Aussagen über die Gesamtbevölkerung zu. Für die Whitehall-Studie II (Stansfeld et al., 1999) ist ein weiterer kritischer Punkt, dass nicht das vollständige Instrument zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen eingesetzt wurde, insofern ist es schwierig, Zusammenhänge mit diesem Modell eindeutig zu belegen. Die hier angeführten Erkenntnisse zu Handlungsspielraum und Partizipationsmöglichkeiten lassen sich durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht bestätigen. Obwohl in Cluster 1 die Werte für die Aspekte „die Arbeit selbstständig planen und einteilen“, „bei der Arbeit selbstständige Entscheidungen treffen“, „im Arbeitsbereich eigene Ideen einbringen können“ und „bei wichtigen Dingen in der Abteilung mitreden können“ über dem Skalenmittel liegen, zeigen sich in diesem Cluster sowohl bei den Führungskräften als auch bei den Mitarbeitern auch sehr hohe Werte für „psychosomatische Beschwerdetage“ und „depressive Verstimmungen“.

Am häufigsten sind von Depressionen Berufsgruppen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung betroffen. Nach der Auswertung der Techniker Krankenkasse scheinen zudem Berufsgruppen aus diesen Bereichen mit weniger komplexen Tätigkeiten deutlich stärker von Depressionen betroffen zu sein als eher technisch und akademisch orientierte Berufe mit höheren Qualifikationsanforderungen (TK, 2015). In diesem Zusammenhang wäre es interessant zu prüfen, inwieweit die Ergebnisse der Techniker Krankenkasse auch auf die hier untersuchte Stichprobe zutreffen. In einem weiteren Forschungsschritt könnte die Branchenzugehörigkeit der Beschäftigten in den verschiedenen Clustern untersucht werden. Konkret wäre der Frage nachzugehen, ob die Branchen Gesundheits- und Sozial-

⁸⁴ Für eine detaillierte Darstellung siehe Stansfeld et al., 2003 (verfügbar unter: <http://jech.bmjournals.com/cgi/reprint/57/5/361.pdf>).

wesen in Cluster 1 der untersuchten Stichprobe einen höheren prozentualen Anteil haben. Das Ergebnis, dass Berufe bzw. Positionen mit höheren Qualifikationsanforderungen weniger betroffen seien, kann jedoch nicht bestätigt werden, da sich in der Statusgruppe „Führungskräfte“ die gleichen Cluster mit den verschiedenen Ausprägungen bei „depressive Verstimmungen“ zeigen wie bei den befragten Mitarbeitern.

Die angeführten Studienresultate machen deutlich, dass weitere Forschungen notwendig sind, um die theoretische Annahme, dass depressive Störungen u.a. mit Arbeitsbelastung, Arbeitsplatzunsicherheit und sozialer Unterstützung sowie mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Statusgruppen zusammenhängt, empirisch zu überprüfen.

7.1.4 Sozialkapital und Arbeitsbedingungen als „Treiber von Gesundheit“

Im Rahmen der Hypothese 3 wurde mittels linearer Regressionsanalyse bestätigt, dass das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der beiden Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ unterschiedlich stark wirken.

Bei den Führungskräften liegen die höchsten Werte der aufklärenden Varianz bei den Merkmalen psychischer Gesundheit: depressive Verstimmungen (RQ ,249), Wohlbefinden (RQ ,277) und Selbstwertgefühl (RQ 0,208). Diese drei Merkmale werden also durch das Modell zu ca. 20 bis knapp 30% erklärt. Als erklärende Variablen erweisen sich für depressive Verstimmungen und Wohlbefinden die Faktoren Wertekapital und Partizipation mit Regressionskoeffizienten von ,200 bis ,279; der Prädiktor für das Selbstwertgefühl ist die Sinnhaftigkeit der Aufgabe mit einem Regressionskoeffizienten von ,294. Für physische Gesundheit, operationalisiert durch den körperlichen Gesundheitszustand und die psychosomatischen Beschwerdetage, ergeben sich mit ,126 bzw. ,158 deutlich niedrigere RQ-Werte, d.h. diese beiden Merkmale werden durch das Modell nur zu knapp 13 bis knapp 16% erklärt. Allerdings zeigen sich hier ähnlich wie bei der psychischen Gesundheit das Wertekapital und die Sinnhaftigkeit der Aufgabe mit äußerst schwachen, aber immerhin noch Regressionskoeffizienten von ,125 bis –,184 für das Wertekapital und ,130 für die Sinnhaftigkeit der Aufgabe. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in der Statusgruppe „Führungskräfte“ die Faktoren „Wertekapital“, „Partizipation“

und „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“ die Gesundheit am stärksten beeinflussen; Führungskapital, Netzwerkkapital und Handlungsspielraum können hingegen nicht als „Treiber“ von Gesundheit identifiziert werden. Daraus lässt sich schließen, dass in der untersuchten Stichprobe die Qualität und Quantität der horizontalen sozialen Beziehungen, die Intensität und Qualität der vertikalen Beziehungen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern und die Einflussmöglichkeiten in Bezug auf selbstständige Planung und Einteilung der Arbeit die Gesundheit der Befragten mit Personalverantwortung nicht signifikant beeinflussen. Geteilte Überzeugungen und kollektive Wertvorstellungen sowie deren Umsetzung im betrieblichen Alltag wie auch das Empfinden der Arbeit als persönliche Bereicherung sind nach den vorliegenden Ergebnissen Prädiktoren für (vor allem psychische) Gesundheit.

Für die Mitarbeiter sind folgende Kernaspekte festzuhalten: Ähnlich wie bei den Führungskräften ergeben sich aus dem Modell als erklärende Variablen für Gesundheit insbesondere die Faktoren „Wertekapital“ und „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“. Auffällig ist, dass nur der RQ-Wert für das Wohlbefinden mit einem Wert von ,209 über 20 Prozent liegt, die anderen vier Merkmale erreichen nur RQ-Werte von ,103 (körperlicher Gesundheitszustand) bis ,174 (depressive Verstimmungen). Die Güte des Modells ist bei den Mitarbeitern also insgesamt niedriger als bei den Führungskräften. Der Aspekt „psychosomatische Beschwerdetage“ wird am stärksten vom Wertekapital beeinflusst. Auch im Bereich der psychischen Gesundheit zeigt das Wertekapital als erklärende Variable für depressive Verstimmungen und Wohlbefinden den höchsten Regressionskoeffizienten. Im Unterschied zur Statusgruppe „Führungskräfte“ erweist sich Partizipation hier nicht als Treiber für diese beiden Merkmale. „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“ ist wie bei den Führungskräften der stärkste Prädiktor für das Selbstwertgefühl.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die physische Gesundheit, insbesondere der Aspekt „psychosomatische Beschwerdetage“, bei den Mitarbeitern stärker von kollektiven Überzeugungen und Wertvorstellungen und deren praktischer Umsetzung beeinflusst wird als bei den Führungskräften. Auf den Bereich der psychischen Gesundheit (depressive Verstimmungen und Wohlbefinden) wirkt sich in beiden Gruppen das Wertekapital am stärksten aus. Der Prädiktor für das Selbst-

wertgefühl ist analog zu den Führungskräften die Sinnhaftigkeit der Aufgabe, wobei dieser Zusammenhang bei den Mitarbeitern noch etwas stärker ausgeprägt ist. Die Wahrnehmung von Arbeit als persönliche Bereicherung wirkt sich bei den Mitarbeitern noch stärker als bei den Führungskräften auf die subjektive Bewertung der eigenen Persönlichkeit aus. Aus den Ergebnissen ist zu schließen, dass bei den Mitarbeitern in der untersuchten Stichprobe die Qualität und Quantität der horizontalen sozialen Beziehungen, die Intensität und Qualität der vertikalen Beziehungen zu ihren Vorgesetzten, die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Planung und Einteilung der Arbeit wie auch die Möglichkeiten der Partizipation in Form von Einbringen eigener Ideen und Beteiligung bei wichtigen Entscheidungen keinen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit haben. Prädiktoren für psychische und physische Gesundheit, insbesondere für das Merkmal „psychosomatische Beschwerdetage“, sind nach den vorliegenden Ergebnissen das Wertekapital und die Sinnhaftigkeit der Aufgabe.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass in Bezug auf die drei Merkmale der psychischen Gesundheit in beiden Statusgruppen die Güte des Modells am stärksten ausgeprägt ist. Da auf depressive Verstimmungen bereits im vorigen Kapitel eingegangen wurde, werden im Folgenden nur die beiden Gesundheitsmerkmale „Wohlbefinden“ und „Selbstwertgefühl“ aufgegriffen und diskutiert.

7.1.4.1 Gesundheitsmerkmal Wohlbefinden

Wie sind die Ergebnisse zum Gesundheitsmerkmal Wohlbefinden⁸⁵ einzuschätzen? Psychische Gesundheit hat eine objektive und eine subjektive Seite. Kennzeichnend für die objektive Seite ist die Fähigkeit, innere und äußere Anforderungen und Belastungen zu bewältigen; die subjektive Seite wird als Wohlbefinden oder auch subjektives Wohlbefinden bezeichnet (Diener, 1984). Alltagssprachlich wird der Begriff des Wohlbefindens häufig synonym mit Glück, Lebenszufriedenheit und Gesundheit verwendet. Wie Diener (2000) betont, resultiert das Wohlbefinden eines Menschen aus der kognitiven Bewertung seiner körperlichen, psychischen und

⁸⁵ In der hier zugrunde liegenden Befragung wurde das (psychosoziale) Wohlbefinden durch Items aus dem Instrument der „Salutogenetischen Subjektiven Arbeitsanalyse“ (SALSA) erhoben. Dieser von Udriș & Rimann (1997) entwickelte Fragebogen wurde in Anlehnung an Antonovsky sehr ressourcenorientiert gestaltet. Er besteht aus fünf Teilen; den Kern bildet der Teil „Arbeit und Gesundheit“.

sozialen Situation und wird durch Stimmungen und Emotionen beeinflusst. Becker (1994) unterscheidet aktuelles von überdauerndem oder habituellem Wohlbefinden. Lieschetzke und Eid (2005) beschreiben Wohlbefinden als kurz-, mittel- oder langfristige positive Stimmungen und Gefühle, die sich aus subjektiven Bewertungsprozessen ergeben und von Umwelteinflüssen und Merkmalen der Person abhängen. Eine günstige Einschätzung der körperlichen Merkmale führt laut Becker (1994) zu körperlichem Wohlbefinden, während psychisches Wohlbefinden ein hohes Maß an Optimismus, Selbstwirksamkeit, Glück und Zufriedenheit umfasst (Becker, 1994). Die wichtigsten Einflussfaktoren für das habituelle Wohlbefinden sind ihm zufolge die Arbeitswelt, soziale Beziehungen und der allgemeine Lebensstandard.

In Abgrenzung zu der häufig synonymen Verwendung der Begriffe subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität (vgl. Smith, 2000; Schumacher, Klaiber & Brähler, 2003, S. 3) besteht nach Mayring (1994, S. 52, f.) der Unterschied darin, dass subjektives Wohlbefinden neben den objektiven Lebensbedingungen ein Teil der Lebensqualität ist. Er weist darauf hin, dass in die Bewertung der Lebensqualität neben körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten auch ökonomische Parameter einfließen, beispielsweise die Zufriedenheit mit den Einkommens- und Lebensbedingungen (ebd.).

Als Indikatoren für das Wohlbefinden haben sich nach Zapf (1991) drei Merkmalsbereiche herauskristallisiert: Arbeits- und Lebenszufriedenheit, Kompetenz, Selbstverwirklichung und Selbstwertgefühl. Zudem kann es das Wohlbefinden beeinträchtigen, wenn persönliche Ziele und Motive nicht kongruent sind oder dauerhaft voneinander abweichen. Solche Zusammenhänge zwischen Motivkongruenz und Aspekten von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit wurden inzwischen mehrfach untersucht, vorwiegend im Hinblick auf die Bedürfnisse Leistung, Anschluss und Macht (Baumann et al., 2005; Hofer et al., 2010; Hofer et al., 2006).

Zusammenfassend lässt sich Wohlbefinden definieren als Ergebnis einer tendenziell positiven subjektiven Bewertung von Merkmalen der sozialen, arbeitsbezogenen und ökonomischen Umwelt, die auf der Basis persönlicher Merkmale erfolgt.

In der Whitehall-Studie II wurde das Wohlbefinden u.a. mit dem Messinstrument CASP⁸⁶ erfasst. Die Studienergebnisse zeigen positive Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden und ausgeübten Freizeitaktivitäten, bewusstem Gesundheitsverhalten, einem angenehmen Arbeitsumfeld und kollegialer Zusammenarbeit.⁸⁷

In der bisherigen Sozialkapital-Forschung (Badura et al., 2008; 2013) haben sich Wertekapital und Arbeitsbedingungen als die Faktoren erwiesen, die das Wohlbefinden am stärksten beeinflussen. Je stärker mitarbeiterorientiert die Unternehmenskultur ausgeprägt ist und je besser die Arbeitsbedingungen sind, desto höher wird das allgemeine Wohlbefinden eingeschätzt (vgl. Badura et al., 2013, S. 112). Im Rahmen der Prüfung von Hypothese 3 konnten diese Ergebnisse bestätigt werden. Dabei ist hervorzuheben, dass sich bei der Statusgruppe „Führungskräfte“ neben dem Wertekapital der Faktor „Partizipationsmöglichkeiten“ als erklärende Variable für das Wohlbefinden erwiesen hat. Bei den Mitarbeitern hat dieser Aspekt dagegen keinen signifikanten Einfluss. Die Ergebnisse der Sozialkapital-Forschung zur Rolle der Arbeitsumgebung bestätigen die der Whitehall-Studie, wobei in dieser das Wertekapital nicht explizit erfasst wurde. In der Whitehall Studie wurde den Arbeitsbedingungen insbesondere auf der Basis des Anforderung- und Kontrollmodells mit der umfangreichen Erhebung physischer und biometrischer Daten der höchste Stellenwert beigemessen (vgl. Kapitel 3.4).

7.1.4.2 Gesundheitsmerkmal Selbstwertgefühl

Das Selbstwertgefühl⁸⁸ entspricht der subjektiven Bewertung der eigenen Persönlichkeit (Rosenberg, 1965). Es kann also eine Einstellung zu sich selbst gesehen werden, d.h. es beruht darauf, wie positiv oder negativ eine Person sich in verschiedenen Bereichen einschätzt. Ein hohes Selbstwertgefühl haben in der Regel

⁸⁶ CASP (Control, Autonomy, Self-realization and Pleasure) ist ein Instrument zur Messung der Lebensqualität (vgl. Kapitel 3.4).

⁸⁷ Siehe im Detail zu Freizeitaktivitäten: Stafford, M., Bartley, M., Mitchell, R. & Marmot, M. (2001). Characteristics of individuals and characteristics of areas: investigating their influence on health in the Whitehall II study. *Health and Place* 7/2001, S. 117-129; zum Gesundheitsverhalten: Marmot, M. et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study. *Lancet* 337/1991, S. 1387-93; zum Arbeitsumfeld: Bosma, H., Peter, R. Siegrist, J. & Marmot, M.G. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am. J. Public Health* 88/1998, S. 68-74.

⁸⁸ Die Befragung, die dieser Arbeit zugrunde liegt, erhebt das Selbstwertgefühl mit fünf Fragen aus der übersetzten Selbstwertskala von Rosenberg (Schott, 1996).

Menschen, die mit sich und ihrem Leben relativ zufrieden sind. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass das Selbstwertgefühl auf viele Lebensbereiche einen starken Einfluss hat (z.B. Baumeister et al., 1996); so ist ein hoher Selbstwert für die sozialen Beziehungen eines Menschen ebenso wichtig wie für seine psychische Gesundheit (Rosenberg et al., 1997). Entsprechend hat dieses Konstrukt in der psychologischen Forschung große Bedeutung (vgl. z.B. Fleming & Watts, 1980). Um die Bewertung des eigenen Selbst zu erfassen, ist nach Rosenberg ein Gesamtbild erforderlich, das sowohl die positiven als auch die negativen Einstellungen zur eigenen Person beinhaltet. Die Skala, die er dafür entwickelt hat (Rosenberg 1965), ist das mit Abstand am häufigsten eingesetzte Messinstrument zur Erfassung des globalen Selbstwertgefühls.

Arbeit kann grundsätzlich das Selbstwertgefühl stärken und zur Zufriedenheit beitragen. Sie ist jedoch immer auch mit Beanspruchung verbunden; eine Arbeit gänzlich ohne psychische Anforderungen ist undenkbar (Lohmann-Haislah, 2012). Menschen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl zweifeln oft an sich selbst und ihren Fähigkeiten.

In der Whitehall-Studie II wurde das Selbstwertgefühl analog zum Wohlbefinden mit Items des CASP-Erhebungsinstruments erfasst. Gezielte Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen dieser subjektiven Bewertung der eigenen Persönlichkeit und dem Arbeitsumfeld bzw. Einflüssen aus der Arbeitsumgebung liegen jedoch nicht vor; Marmot und sein Forscherteam erwähnen im Rahmen ihrer Ergebnisse lediglich, dass die Arbeitsorganisation und die gelebte Feedbackkultur das Selbstwertgefühl potenziell beeinflussen (vgl. Kuper et al., 2002).⁸⁹

In der vorliegenden Arbeit hat sich in beiden Statusgruppen die Sinnhaftigkeit der Aufgabe – also das Gefühl, dass die eigene Arbeit wichtig ist und zum Betriebserfolg beiträgt, und die Wahrnehmung der Arbeit als persönliche Bereicherung – als erklärende Variable für das Selbstwertgefühl erwiesen. Nach bisherigen Ergebnissen der Sozialkapital-Forschung ist es insbesondere das Wertekapital, das in einem

⁸⁹ Siehe dazu im Detail Kuper, H., A. Singh-Manoux, J. Siegrist, and M. Marmot. (2002). When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine* 59; 11, S. 777-784.

deutlichen Zusammenhang zum Selbstwertgefühl der Befragten steht (vgl. Badura et al., 2013, S. 105-106). Auch beim Netzwerkkapital zeigt sich ein positiver Einfluss auf das Selbstwertgefühl, u.a. in Form einer optimalen Zusammensetzung von Arbeitsgruppen, eines guten Teamzusammenhalts, hoher sozialer Unterstützung und eines guten Vertrauensverhältnisses. Positive Korrelationen zeigen sich auch zwischen Selbstwertgefühl und Arbeitsbedingungen, hier insbesondere den konstruierten Partizipationsmöglichkeiten, Zufriedenheit und Sinnhaftigkeit der Aufgabe (ebd., S. 106 ff.).

Die vorliegende Arbeit bestätigt die angeführten Ergebnisse für den Prädiktor Sinnhaftigkeit der Aufgabe. Das Selbstwertgefühl wird in der vorliegenden Stichprobe in beiden Statusgruppen durch die Variable erklärt, die beinhaltet, dass die Arbeit als persönliche Bereicherung, als Beitrag zum Betriebserfolg und als wirklich wichtig empfunden wird. Für die drei Elemente des Sozialkapitals ergibt sich in der vorliegenden Untersuchung hingegen kein signifikanter Einfluss auf das Selbstwertgefühl.

7.2 Diskussion der angewandten Methoden

Die vorliegende Untersuchung basiert auf Datenmaterial aus Querschnittstudien, die bei einer definierten Auswahl von Personen aus bestimmten Unternehmen zu einem festgelegten Termin bestimmte Variablen untersucht haben. Querschnittstudien sind hauptsächlich ein Instrument der deskriptiven Forschung, sie erlauben keinen Kausalitätsnachweis. Da Informationen zum zeitlichen Verlauf fehlen, können in dieser Untersuchung grundsätzlich nur Assoziationen festgestellt werden. Ferner ist bei Befragungen grundsätzlich zu beachten, dass die Ergebnisse ausschließlich auf Selbstauskunft beruhen. Ein zentraler Kritikpunkt für die vorliegende Untersuchung ist, dass die Angaben zur Führungsposition sehr limitiert sind: Diese wird nur mit dem Item „Führungsposition/Personalverantwortung (ja/nein)“ erhoben. Anhand der Datenbasis kann also nicht zwischen verschiedenen Führungsebenen differenziert werden.

Ziel der Studie war, die Ausprägungen definierter Variablen und deren Einfluss auf die Gesundheit in den beiden Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ zu untersuchen und dabei eventuelle Unterschiede zwischen diesen Gruppen zu erfassen. Dabei ist es ein erheblicher Vorteil, wenn die Operationalisierungen valide sind, denn damit stellt sich nicht das Problem, dass sich im Zeitverlauf oder z.B. durch eine Veränderung der Bezugsgruppen die Bedeutung einzelner Indikatoren wandelt, was schwer zu kontrollieren ist. Positiv hervorzuheben ist auch die hohe Zahl der eingeschlossenen Fälle: Die Stichprobe umfasst insgesamt 4.777 Befragte, davon 794 Führungskräfte. Wie in Kapitel 5 ausgeführt, wurde entschieden, nur vollständige Fälle mit gültigen Werten zu allen Items in die Analyse einzubeziehen, um die Qualität und Validität des methodischen Vorgehens zu sichern. Dies ermöglichte, alle Hypothesen auf der gleichen Datenbasis zu überprüfen. Die Clusterzentrenanalyse zu den Führungskräften mit 794 eingeschlossenen Fällen bildet eine sehr gute Basis, um zur derzeit unzureichenden Forschungslage in Bezug auf die Zielgruppe der Führungskräfte im mittleren Management einen Beitrag zu leisten (Badura, 2010; Badura & Walter, 2014; vgl. Kapitel 7.1.1).

7.3 Fazit

- » *„Nicht das Kapital bestimmt den Wert eines Unternehmens, sondern der Geist, der in ihm herrscht.“* Claude Dornier⁹⁰

Arbeit, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie vermehrt in und zwischen Menschen erfolgt und Kommunikation und Kooperation erfordert, verlangt mehr Selbstverantwortung, mehr Disziplin und mehr Eigenmotivation der Mitarbeiter, als eine „mechanistische Gestaltungsphilosophie“, die wenig „energetisch-mentalen und personal-sozialen“ (Decker & Decker, 2015, S. 152) Aspekten folgt.

Aufbauend auf der These von Michael Marmot, dass das „Erklimmen der Karriereleiter“ die Gesundheit und die Lebenserwartung positiv beeinflusst (Marmot 2005; 2006, S. 1-5), wurde in der vorliegenden Arbeit Sozialkapital und

⁹⁰ http://www.hernstein.at/Media/Hernsteiner_02_14.pdf

Gesundheit in Organisationen für die Statusgruppen „Führungskräfte“ und „Mitarbeiter“ vergleichend untersucht. Auf der Basis der Whitehall-Forschung und des Sozialkapital-Ansatzes wurde der Frage nachgegangen, ob die von Marmot und seinem Forscherteam begründete Kontroll- und Stresstheorie ausreicht, um Gesundheit im beruflichen Kontext zu erklären. In den Ergebnissen der Untersuchung zeigen sich Parallelen zur Whitehall-Forschung, jedoch war es wegen der unterschiedlichen Ausgangsbasis schwierig, die Forschungsansätze in den ausgewählten Bereichen zu vergleichen. Während in der Whitehall-Forschung die Zusammenhänge zwischen physiologischen Erkrankungen und beruflichem Status im Vordergrund stehen (Marmot, 2005), gilt im Sozialkapital-Ansatz (Badura et al., 2008; 2013) das Erkenntnisinteresse einem Organisationsmodell, das u.a. die intangiblen Modellelemente sichtbar, beeinflussbar und messbar macht. Da die Whitehall-Studie II sich stark am Stresskonzept orientiert, das die krankmachende Wirkung von Arbeit betont, werden gesundheitsförderliche Wirkungen hier nicht betrachtet. Marmot und sein Forscherteam kommen zu wichtigen Erkenntnissen; diese sind aber zur Beschreibung und Erklärung der aktuellen Arbeitswelt nur begrenzt geeignet.

Eingangs wurde die Frage formuliert ob eine flache oder eine steile Hierarchie im Unternehmen erlaubt, ein hohes bzw. niedriges Sozialkapital zu prognostizieren. Aus den dieser Arbeit zugrunde liegenden Primärdaten konnten keine Rückschlüsse auf die jeweilige hierarchische Struktur der Unternehmen gezogen werden. Es wäre interessant, in zukünftigen Untersuchungen der Frage nachzugehen, inwieweit eine stark ausgeprägte Hierarchie mit niedrigem Sozialkapital⁹¹ zusammenhängt und umgekehrt und welche Rolle dabei die jeweilige Branche spielt. Inwieweit bestimmte Konstellationen von Sozialkapital und Arbeitsbedingungen⁹² in der Organisation als Schutz- oder als Risikofaktor wirken, konnte im Ansatz beobachtet werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen, dass die emotionale Bindung an eine Tätigkeit, an Personen oder die Organisation eine protektive Wirkung auf die Gesundheit hat. Die Prüfung der aufgestellten Hypothesen

⁹¹ Vgl. Abb. 5 in Kapitel 4.2.

⁹² Vgl. Kapitel 6.2 und Kapitel 7.1.2 und 7.1.3.

hat gezeigt, dass der Faktor Statusposition allein für eine protektive Wirkung auf die Gesundheit nicht ausreicht. So gibt es u.a. in beiden Statusgruppen Cluster, die eine gesundheitliche Beeinträchtigung beinhalten. Als eine erklärende Variable für Gesundheitsmerkmale erweist sich in der Regressionsanalyse insbesondere das Wertekapital. Die hier erzielten Erkenntnisse bestätigen die früheren Ergebnisse der Sozialkapital-Forschung, dass es für das Erreichen von Organisationserfolg sowie der Gesunderhaltung und –förderung der Beschäftigten sehr wichtig ist, sich mit dem Sozialkapital auseinanderzusetzen bzw. in dieses zu investieren (Badura et al., 2008; 2013; Badura & Walter; 2014). Führungskräfte haben aufgrund ihrer Funktion als Vorbild und Multiplikator für die Organisationen einen besonderen Stellenwert. Besonders wichtig erscheinen hier die Interdependenzen zwischen den Eigenschaften oder Verhaltensweisen der Führungskräfte und der Gesundheit der Mitarbeiter. „In jedem Fall ist die Beziehung zwischen Führungskräften und Beschäftigten von besonderer Gesundheitsrelevanz, weil auf das Engste verbunden mit wahrgenommener Anerkennung oder Ablehnung, Belohnung oder Bestrafung, Förderung oder Zurücksetzung“ (Münch et al., 2002, S. 21). Ein direkter Einfluss des Führungskapitals auf die Gesundheit der Beschäftigten ist zwar aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht zu ersehen, die genannten Aspekte lassen jedoch auf eine indirekte Wirkung schließen. Insofern wäre es wichtig, nicht nur die Bedeutung des Wertekapitals und damit auch die von Vertrauensbildung für die Qualität der Führung zu erkennen, sondern sie auch nachhaltig in die Organisationskultur und den Führungsalltag zu implementieren. Wie eingangs schon erwähnt, werden „der Mitarbeiter und seine Gesundheit als Grundvoraussetzung für Leistungsfähigkeit zu einem entscheidenden Faktor aller Effizienzüberlegungen werden müssen“ (Stilijanow & Bock, 2013, S. 162). Das Vertrauen der Mitarbeiter lässt sich aber nicht erkaufen, es muss durch Wertschätzung der Person und ihrer Arbeitsleistung gewonnen werden. Die vorliegende Arbeit soll Organisationen dazu anregen, die Bedeutung des Sozialkapitals für die Gesundheit der Beschäftigten – sowohl der Führungskräfte als auch der Mitarbeiter – stärker zu beachten, um insbesondere im Rahmen von BGM-Prozessen und einer fundierten Bedarfsanalyse zielgerichtete Organisationsdiagnostiken auf den Weg zu bringen. Die Statusgruppe „Führungskräfte“ ist vielleicht nicht die wichtigste und umfangreichste

Risikogruppe innerhalb von Organisationen, die gesundheitsfördernde Interventionen benötigt, aber sicher eine Zielgruppe, der eine größere Bedeutung beizumessen ist – diese Einschätzung wird durch die vorliegenden Ergebnisse gestützt.

Im abschließenden Kapitel 8 steht die praktische Relevanz der Untersuchungsergebnisse im Mittelpunkt. In einer ganzheitlichen Perspektive, die die Sicht der Organisation, der Führungskräfte und der Mitarbeiter berücksichtigt, wird der Praxisbezug der gewonnenen Erkenntnisse verdeutlicht.

8 Praktische Relevanz der Erkenntnisse

Was macht „gesunde“, erfolgreiche Unternehmen aus? Warum sollte ein Unternehmen verstärkt in die Gesundheit und das Sozialkapital seiner Mitarbeiter investieren? Welche Rolle spielt das Wertekapital als entscheidender „Treiber“ für die Gesundheit?

Geleitet von diesen Fragen wird im folgenden Kapitel die praktische Relevanz für verschiedene Aspekte der Arbeitswelt aufgeführt.

Wie eingangs schon angesprochen, haben sich die Arbeitsaufgaben und die dazu erforderlichen Fähigkeiten mit der starken Zunahme von Dienstleistung und dematerialisierter Arbeit in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Das Wissen bzw. das zunehmende Erkenntnis, dass die Arbeits- und Lebensbedingungen für das Wohlbefinden und die Gesundheit eine wichtige Rolle spielen, hat sowohl Gesundheitsförderung als auch betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Gesundheitsförderung ist heute ein übergeordnetes Unternehmensziel, und sie muss entsprechend organisiert und koordiniert werden. Dabei sind auch der ökonomische Nutzen und die Rolle des Sozialkapitals zu betrachten, denn in einer wirtschaftlichen Perspektive konkurrieren Investitionen in die Gesundheit der Mitarbeiter mit Investitionen in anderen Unternehmensbereichen. Auf der Managementebene sollte BGM nicht nur gleichrangig mit den Bereichen Finanzen und Controlling, Personal, Qualitätsmanagement, Marketing und Organisationsmanagement stehen, sondern auch maßgeblichen Einfluss auf diese nehmen.

Wie bei allen Standards zur Optimierung betrieblicher Prozesse ist es auch im BGM entscheidend, einen Handlungsleitfaden zu entwickeln, der hier vor allem auf die Förderung des betrieblichen Human- und Sozialkapitals abzielen muss (Badura et al., 2010). Eine Grundlage dafür bietet der Sozialkapital-Ansatz, der das soziale Vermögen einer Organisation sichtbar, messbar und dadurch beeinflussbar macht.

8.1 Der Status quo im betrieblichen Gesundheitsmanagement

» *„The best way to predict the future is to create it.“* (Peter Drucker)

Wie können Unternehmen dazu gebracht werden, sich ernsthaft für BGM zu interessieren und BGM als ein (integriertes) Managementsystem zu sehen?

Managementsysteme dienen u.a. dazu, Prozesse zu optimieren, Kosten zu senken, dem Unternehmen Wettbewerbsvorteile zu verschaffen, die Zufriedenheit von Kunden und Mitarbeitern zu erhöhen sowie Anforderungen an Qualität, Arbeitsschutz und Umwelt zu erfüllen (Weinacker, 2002). Bei einem BGM-System sollte als Ziel im Mittelpunkt stehen, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. zu gestalten und die Organisationsmitglieder zu eigenverantwortlichem, gesundheitsbewusstem Verhalten zu befähigen (DIN SPEC 91020).

Wo steht BGM zurzeit? Nach Beck und Schnabel (2010) haben ca. 38% der Unternehmer einer Erwerbstätigenbefragung aus den Jahren 2005/2006 (n=20000) innerhalb der letzten zwei Jahre in ihrem Betrieb Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit umgesetzt. Dabei zeigt ihre Untersuchung, dass BGM bisher vor allem in der Industrie eine Rolle spielt: Industrielle Betriebe führen solche Maßnahmen bereits zu rund 56% durch, während es im Handel nur 23% der Betriebe sind und im Handwerk 24% (Beck & Schnabel, 2010, S.222-227). Obwohl insgesamt eine zunehmende Sensibilisierung für die Bedeutung von BGM erkennbar ist, scheint sich also in manchen Organisationen noch kein entsprechendes Bewusstsein entwickelt zu haben.

Ein weiteres Problem liegt darin, dass häufig nur einzelne gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden. Um Gesundheit und Wohlbefinden im Unternehmen wirksam zu erhöhen und damit auch die Effizienz des Unternehmens zu steigern, ist aber ein umfassendes und koordiniertes betriebliches Gesundheitsmanagement notwendig, das Prinzipien der Nachhaltigkeit beachtet. Gesundheitsförderung muss integraler Bestandteil der Unternehmenspolitik und der Organisationsentwicklung werden. Initiativen und Maßnahmen nachhaltiger Gesundheitsförderung lassen sich nicht als „Fremdkörper“ implementieren, sondern müssen organisch an den Prozessen des Unternehmens ansetzen und die Dynamik betrieblicher Veränderungsprozesse nutzen. Die Grundlage eines solchen BGM sollte ein

schriftliches Leitbild bilden. Dass ein solches Leitbild in einem Unternehmen existiert, ist laut dem Handelsblatt und der HEK (2012) desto wahrscheinlicher, je mehr Menschen dort arbeiten.

Nachhaltige Gesundheitsförderung muss immer „bottom-up“ und „top-down“ zugleich angegangen werden. Koordiniertes und kooperatives Handeln zur Verfolgung gemeinsamer Ziele erfordert mehr als fachliche Kompetenz, Wissen und hochentwickelte Technik. Es erfordert eine Vernetzung der Organisationsmitglieder untereinander wie auch einen Vorrat an Wertekapital, d.h. allgemein akzeptierte gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln und als wichtigste Konsequenz daraus Vertrauen unter den Mitarbeitern und eine starke Unternehmensbindung (Badura et al., 2008).

Von besonderem Interesse ist es, Unternehmen aufzuzeigen, wie wichtig und ernst die Gesundheit ihrer Führungskräfte und Mitarbeiter zu nehmen ist und wie ein am Sozialkapital-Ansatz orientiertes Organisationsmodell überwiegend intangible gesundheitsrelevante Aspekte sichtbar und messbar und damit beeinflussbar machen kann. Um dies explizit zu verdeutlichen, sind weitere Studien notwendig, da in der vorliegenden Arbeit der Schwerpunkt primär auf Gesundheit als solches bezogen ist und nicht auf Unternehmenserfolg und BGM. Dabei ist zu bedenken, dass Investitionen in die Gesundheit in einer wirtschaftlichen Perspektive nur dann zu rechtfertigen sind, wenn sie sich auch dauerhaft positiv auf das Betriebsergebnis auswirken. Der Bielefelder Sozialkapital-Index berücksichtigt diesen Aspekt des Unternehmenserfolgs, indem er u.a. das intangible Element „Wertekapital“ in eine „monetäre Kraft“ umwandelt. Die Erkenntnis von Badura (2008, S. 135), dass das Sozialkapital das Humankapital „treibt“ und „Lernen, Gesundheit und Produktivität [fördert]“⁹³, wie auch die Tatsache, dass die Bedeutung des Humankapitals in Ratingverfahren zur Bonitätseinschätzung immer höher bewertet wird zeigt, wie wichtig es für Unternehmen ist, in das Sozialkapital zu investieren. Humankapital oder der „Faktor Mensch“ gilt in deutschen Unternehmen zunehmend als ein sehr wichtiger „Treiber“ für den Unternehmenserfolg (Dürndorfer et al., 2005). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen anhand einer repräsentativen Stichprobe,

⁹³ Zum Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Humankapital siehe Kapitel 4.

dass es sich lohnt, in die Organisationskultur bzw. das Sozialkapital zu investieren, zu dem das hier hervorgehobene „Wertekapital“ gehört. Der wirtschaftliche Vorteil einer solchen Investition liegt u.a. darin, dass er das Humankapital fördert. Dass dieses zunehmend als wichtig wahrgenommen wird, spiegelt sich auch in dem 2011 publizierten „Oxford Handbook of Human Capital“ (Burton-Jones & Spender, 2011) wider. Darin beleuchten über 40 Autoren das Konzept „Humankapital“ und seine Bedeutung für organisatorische Effektivität. Dass die Zusammenhänge zwischen Sozial- und Humankapital für Organisationen ökonomisch relevant sind, zeigt sich auch bei Schütte (2005). Dieser fasst Humankapital als das Wertschöpfungspotenzial, das in den Beschäftigten als Personen liegt. „Das sind die Kompetenzen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Mitarbeitenden, wie z.B. ihr Wissen, ihre Erfahrung, Motivation, Bereitschaft zur Zusammenarbeit oder auch Führungsfähigkeiten“ (Schütte, 2005). Die Beschreibung macht deutlich, dass Schütte den Begriff des Humankapitals recht weit fasst und darin etwa auch Strukturen und Systeme einschließt, die den Mitarbeitern erlauben und sie darin unterstützen, ihr Potenzial auch zu entfalten. Schütte (2005) nennt dazu Beispiele, die Parallelen zum Sozialkapital erkennen lassen, etwa die Prozesse der Führung, Kommunikation und Zusammenarbeit oder auch das Management von Veränderungen und Innovationen. Dieses weite Begriffsverständnis unterstreicht, dass eine gezielte Entfaltung und Aufrechterhaltung des Faktors Humankapital entsprechende Führungsprozesse, Strukturen und Systeme voraussetzt. Es legt nahe, dass eine gezielte und nachhaltige Investition in das Sozialkapital einen optimalen Nährboden bietet, auf dem sich das Humankapital in Organisationen entfalten kann und grundlegende Managementprozesse möglich sind.

Damit BGM erfolgreich und nachhaltig sein kann, muss Gesundheitsförderung von einem Randthema zu einem zentralen Kriterium in Unternehmensentscheidungen werden (Badura et al., 2011). Darüber hinaus basieren erfolgreiche (Veränderungs-) Prozesse zum einen auf den Erfahrungen der Mitarbeiter und müssen von diesen getragen und gelebt werden. Zum anderen sind sie aber auch nicht ohne die Führungsebene zu erreichen. Die Compliance der Führungskräfte spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle; deren Engagement und ihre Bereit-

schaft zur Förderung gesundheitsbezogener Maßnahmen sind Grundvoraussetzungen, um BGM in der Organisation zu implementieren. Darum ist es wichtig, wie diese Compliance gefördert werden kann und welche Möglichkeiten es gibt, die Führungskräfte als „Teil des Humankapitals“ im Unternehmen zu erhalten und in ihren Kompetenzen zu stärken. Mit diesen Fragen befasst sich der folgende Abschnitt.

8.2 Interne Maßnahmen: Erhalt des Humankapitals in den Organisationen durch Coaching

» *„Wer sich selbst nicht zu führen versteht, kann auch andere nicht führen.“*
(Alfred Herrhausen, 1930–89)

Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung hat das Führungsverhalten der Vorgesetzten zentrale Bedeutung (Franke & Felfe, 2011; Macik-Frey et al., 2007). Wie sich in dem obigen Zitat von Herrhausen schon andeutet, beginnt die Aufgabe einer Führungskraft in dieser Hinsicht mit Achtsamkeit für sich selbst und damit, das eigene Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsverhalten zu reflektieren. Personalverantwortliche sind gefordert, mit den Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt Schritt zu halten. Häufig stehen sie dabei unter dem Druck, angesichts der digitalen Veränderungen und Innovationen neue Ideen zu entwickeln, um im harten Wettbewerb zu bestehen. Eine zentrale Aufgabe von Führungskräften ist, die Ziele des Unternehmens mit den individuellen Zielen der Mitarbeiter zu verknüpfen. Dabei tragen sie auch eine Verantwortung als Vorbild, d.h. in Bezug darauf, wie sie selbst mit Belastungen, Ressourcen und ihrer eigenen Gesundheit umgehen.⁹⁴ Diese Herausforderung, klassisch funktionsorientierte Aufgaben und persönliche Verhaltensweisen zu verknüpfen (Bartscher et al., 2012, S. 91), kann als Führungsdilemma bezeichnet werden. Wie die Ergebnisse der Clusterzentrenanalyse in dieser Arbeit für 794 Führungskräfte und 3.983 Mitarbeiter zeigt, ist aus

⁹⁴ Studien haben ergeben, dass eine Führungssituation, die die Geführten inspiriert, höhere Leistungen zu erbringen, als die Vorgesetzten erwarten, mit depressiven Symptomen negativ zusammenhängt (Munir et al., 2010), mit arbeitsbezogenem Stresserleben ebenfalls negativ (Rowold & Heinitz, 2008) und mit dem subjektiven Wohlbefinden positiv (Arnold et al., 2007).

beiden Statusgruppen jeweils ein Fünftel der Personen dem Cluster 1 zuzurechnen, das u.a. durch eine Ausprägung der untersuchten Gesundheitsmerkmale gekennzeichnet ist, die den physischen und psychischen Zustand beeinträchtigen (s. im Detail Kapitel 6.2). Da man weiß, dass die psychische Gesundheit das Erleben und Handeln, die Kognition, die Motivation und Biologie des Menschen erheblich beeinflusst, ergibt sich daraus die Forderung, die Gesundheit von Führungskräften wie Mitarbeitern zu schützen und zu fördern. Dabei ist zu beachten, dass gerade Führungskräfte häufig wenig empfänglich für Körpersignale sind, die auf gesundheitliche Beeinträchtigungen hinweisen (Bernhard & Wermuth, 2011, S. 58).

Wie können Führungskräfte nun unterstützt werden, damit sie den Spagat schaffen zwischen Berücksichtigung der Mitarbeiterziele, ständigen Turbulenzen und dem Anspruch einer Effizienzsteigerung seitens der Shareholder, dem sie gerecht werden müssen? Zu dieser Führungsthematik – oder -problematik – schreibt Eberhard Jung (2014) in einem Buchbeitrag: „Führen Sie noch situativ, partizipativ, transformational und empathisch, oder führen Sie schon radikal? Vielfach geht es jedoch nur um die Funktion von Führung – zu selten aber um die Person, die führen soll. Es scheint (mal wieder?) an der Zeit zu sein, über den Menschen und damit über die Persönlichkeit von Führung zu sprechen“ (Jung, 2014, S. 84). Abgesehen davon, dass nicht mehr „über den Mensch als Individuum“ gesprochen wird, kritisiert er darin auch den Umfang von Kompetenzen, die als für Führung notwendig diskutiert werden; angesichts des geforderten Wissens über „Stil, Grundsätze, Techniken, Systeme und Kulturen“ sei man vermutlich alt geworden, bevor man sich das alles angeeignet habe (ebd.). Schließlich verweist auch er darauf, dass Führen grundsätzlich mit Selbstführung beginne (ebd., S. 94). Es ist fraglich, ob die unzähligen Seminare und Workshops, die zu Themen wie Rhetorik, Kommunikation, Konfliktgesprächen, gesundheitsorientierter Führung, Körpersprache usw. angeboten werden, ausreichen, um Führungskräfte auf all die Aufgaben eines „All-rounders“ vorzubereiten. Damit Führungskräfte im Rahmen ihrer umfassenden Aufgaben auch ihrer Schlüsselrolle in Bezug auf BGM gerecht werden können, ist stattdessen mehr Unterstützung bei Entwicklung bestimmter Kompetenzen erforderlich. Dafür wird ein Führungskräfte-Coaching empfohlen, das durch Reflexion der eigenen Motivation zu mehr Spaß und Effizienz im Führungsalltag führt.

Der Begriff „Coaching“ wird heute sehr inflationär gebraucht. Im alltäglichen Sprachgebrauch verwendet man ihn zu Werbezwecken für nahezu jede Form von Training oder Beratung (Fischer-Epe & Epe, 2004). Das hier vorgeschlagene Führungskräfte-Coaching orientiert sich an der Definition von Greif (2008a, S. 59), die Coaching beschreibt als „(...) eine intensive und systematische Förderung ergebnisorientierter Problem- und Selbstreflexionen sowie Beratung von Personen und Gruppen zur Verbesserung der Erreichung von Zielen oder zur bewussten Selbstveränderung und Selbstentwicklung“. In diesem Coaching-Prozess können z.B. folgende Fragen thematisiert werden: Was unterscheidet erfolgreiche, gesunde und psychisch stabile Führungskräfte von solchen, die an ihren Herausforderungen und Aufgaben scheitern und/oder unter gesundheitlichem Beeinträchtigungen leiden? Wie wirken sich die verfügbaren Ressourcen der Führungskraft auf ihre Verantwortungsanforderungen und die Gesundheit der Beschäftigten aus? Wie kann eine Reflexion der individuellen Motivation (z.B. auf der Basis des „Reiss-Profiles“⁹⁵) im Coaching zu erfolgreicher Führung beitragen? Wie kann das Coaching dazu beitragen, den eigenen Führungsstil zu reflektieren? Wie kann die Achtsamkeit von Führungskräften gefördert werden? Wie können Führungskräfte mittels Coaching unterstützt werden, sich selbst erfolgreich und gesund zu führen und dabei Gesundheit als „Wert“ an sich zu erkennen? Wie kann ein Training aussehen, das auf einen „gesundheitsgerechten“ und „werteorientierten“ Führungsstil abzielt?

Wer weiß, was ihn „antreibt“ und seinem Leben Sinn gibt, kann berufliche und private Veränderungen effizienter gestalten, so dass sie den eigenen Bedürfnissen entsprechen. So können zum einen Ressourcen gespart werden und zum anderen wird in Bezug auf die Mitarbeiter eine Basis für gegenseitiges Verstehen, Toleranz und Wertschätzung gebildet.

Ausgewählte Studienergebnisse zu Coaching sollen dessen Effekt verdeutlichen. Jansen et al. (2004) hat in einer Studie mit 89 organisationsexternen Coaches die Wirkung von Einzelcoachings erhoben und ermittelt eine Erfolgsquote von 90%. Diese Quote ist zwar insofern zu relativieren, als sie auf retrospektiven Einschätzungen beruht, trotzdem ist festzustellen, dass die Teilnehmer sowohl mit dem

⁹⁵ Für eine ausführliche Darstellung vgl. Institut für Persönlichkeit (2015)

Coaching und seiner Effizienz zufrieden waren als auch die dadurch bewirkten Veränderungen auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene positiv bewerteten. Als häufigste Veränderungen nennen Jansen et al. (2004, S. 143) „Reflexion (...) wie z.B. Selbstreflexion und Rollenklärung, Perspektivenwechsel sowie Zielfindung und Prioritätensetzung“.

Böning und Fitschle (2005) haben eine fragebogenbasierte Studie mit 70 Personalmanagern und 50 Coaches durchgeführt. Darin stufen 72% der Personalmanager und 92% der Coaches den Erfolg des Coachings als hoch ein.

Moen und Skaalvik (2009) untersuchen die Wirksamkeit eines einjährigen Führungskräfte-Coachings für 18 Chief Executive Officers (CEOs) mithilfe einer Prä-Post-Testung und einer Kontrollgruppe. Die Ergebnisse belegen eine Verbesserung in Bezug auf Selbstwirksamkeit und die Fähigkeit zur Zielerreichung sowie einen verstärkten Einsatz von Strategien. Ein wesentliches Ergebnis dieser Studie in Bezug auf die oben thematisierte Vorbildfunktion der Führungskraft ist, dass sich bei den Personalverantwortlichen, die den untersuchten CEOs unterstellt waren, die Zielübereinstimmung, die Arbeitszufriedenheit und die Qualität der Beziehung zu den Vorgesetzten verbessert und das Autonomiebestreben verstärkt hatte (Moen & Skaalvik, 2009, S. 31-49).⁹⁶

Auftraggeber wollen wissen, ob ein Coaching rentabel ist in dem Sinne, dass sich die Investition in einen Coach langfristig auszahlt. Deshalb sollte der Bereich Coaching generell mehr theoriegeleitet und experimentell untersucht werden. Dies fördert zudem ein Verständnis der Wirkung von Coaching und ermöglicht dem Kunden, in diesem Fall der Organisation, Veränderungen und Maßnahmen gegenüber den Beschäftigten wissenschaftlich fundiert zu erklären (Greif, 2008b). Es gibt auch Bestrebungen, die Effekte und die Effizienz von Coaching mit der Kennzahl „Return on Investment (ROI)“ greifbar zu machen und dabei in den quantifizierten Nutzen auch die „weichen“ Fakten einzubeziehen. Erste Ansätze dazu finden sich z.B. bei der US-amerikanischen Consulting-Firma Metrix Global (Greif, 2008b,

⁹⁶ Für eine detaillierte Übersicht vgl. Moen, F. & Skaalvik, E. (2009)

S. 280f.). Um den ROI von Coaching-Maßnahmen zu ermitteln, bedarf es weiterer wissenschaftlicher Forschung.

8.3 Die Außendarstellung: Employer Branding

» *„Zu einer guten Innovationskultur gehören Vertrauen, Freiheit und Offenheit.“* (Hans-Jörg Bullinger)

Warum ist es wichtig, dieses Thema im Zusammenhang mit dem Wertekapital von Organisationen zu diskutieren, und wie hängt es mit den Führungskräften zusammen? Ausgehend von den Trends und Anforderungen im gegenwärtigen Arbeitsmarkt wird im Folgenden auf Employer Branding, d.h. das Prinzip des Führens mit der Arbeitgebermarke eingegangen.

„Employer Branding“ (Sponheuer 2009, S. 1 ff.) hängt eng mit der Frage zusammen, wie sich ein Arbeitgeber im Arbeitsmarkt positionieren kann, um personalpolitische Ziele zu erreichen. Dabei geht es über Personalmarketing weit hinaus. Der Begriff bezieht sich auf eine klar definierte, einzigartige Identität, die ein Unternehmen als solches und als Arbeitgeber verkörpert, und beschreibt einen strategischen Markenprozess, in dem die Unternehmensmarke spezifiziert oder adaptiert wird. „Entwicklung, Umsetzung und Messung dieser Strategie zielen unmittelbar auf die nachhaltige Optimierung von Mitarbeitergewinnung, Mitarbeiterbindung, Leistungsbereitschaft und Unternehmenskultur sowie die Verbesserung des Unternehmensimages. Mittelbar steigert Employer Branding außerdem Geschäftsergebnis sowie Markenwert“ (DEBA, 2008, S. 1).

Wenn eine Organisation Employer Branding umsetzen will, ist dafür u.a. zu überlegen, was das Unternehmen einzigartig macht bzw. wodurch es sich auf dem Arbeitsmarkt von anderen abhebt, wofür es steht und welche Wertekultur dort gelebt wird. Daraus ergeben sich das Arbeitgebersversprechen der Organisation und der Wert, den es für Arbeitnehmer hat, gerade dort zu arbeiten. Mit dem zunehmenden Wettbewerb um talentierte Mitarbeiter ist insgesamt zu beobachten, dass der „Aufbau und die Profilierung einer Employer Brand in den Mittelpunkt der Positionierungsstrategien rücken“ (Kirchgeorg & Müller, 2013, S. 84). Die Nachkriegsgeneration („Babyboomer“), die sich tendenziell durch hohes Commitment, eine

Akzeptanz von Führung und Hierarchie, die Trennung von Beruf und Privatleben, lebenslange Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber und ein „Security“-Leitbild ausgezeichnete, verabschiedet sich allmählich aus dem Berufsleben. Für die neue Arbeitnehmergeneration der geburtenschwächeren Jahrgänge („Generation Y“) ist eher das Leitbild „Flexicurity“ kennzeichnend, das sich aus Flexibilisierung einerseits und Stabilität und Sicherheit andererseits zusammensetzt. Im Vordergrund stehen hier eine individuelle Orientierung und der Wunsch nach Aufmerksamkeit und Fürsorge, eine Abkehr von Hierarchien, die Bildung von Netzwerken, das Streben nach einer guten Work-Life-Balance sowie Kommunikation und Kooperation⁹⁷ (Rump, 2014; Weinreich & Weigl, 2011; trendence-institut, 2013). Neben den Veränderungen des Arbeitsmarkts und dem vielfach diskutierten Fachkräftemangel ist eine weitere Triebfeder für Employer Branding die emotionale Bindung der Mitarbeiter an die Organisation. Der Gallup Engagement Index⁹⁸ zeigt, wie es um die innere Kündigung der Beschäftigten in den Unternehmen steht: Nachdem diese jahrelang gestiegen ist, zeichnet sich 2013 mit einem Anteil von 17% deutscher Arbeitnehmer, die emotional nicht an ihren Arbeitgeber gebunden sind, ein positiver Trend ab. Dieser setzt sich 2014⁹⁹ fort: Nach den aktuellen Ergebnissen ist

⁹⁷ Vgl. auch: PricewaterhouseCoopers (2008a): Managing tomorrow's people. Millennials at work – perspectives from a new generation (verfügbar unter: http://www.pwc.de/de_DE/de/prozessoptimierung/assets/millennials_at_work_report08.pdf); Jeges, O. (2012): Generation Maybe hat sich im Entweder-oder verrannt (verfügbar unter: <http://www.welt.de/debatte/kommentare/article13939962/Generation-Maybe-hat-sich-im-Entweder-oder-verrannt.html>); Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (2011): Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Generation Y finden, fördern und binden, PraxisPapier 9/2011 (verfügbar unter: <http://static.dgfp.de/assets/publikationen/2011/GenerationY-finden-foerdern-binden.pdf>); Bund, K.; Heuser, U. J.; Kunze, A. (2013): Generation Y – Wollen die auch arbeiten? (verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2013/11/Generation-Y-Arbeitswelt>).

⁹⁸ Das Markt- und Meinungsforschungsinstitut GALLUP® (2014) definiert Engagement über die emotionale Bindung an das Unternehmen. Anhand einer Befragung mit 12 Items (GallupQ12®) wird jährlich der Engagement-Index erstellt. Die befragten Arbeitnehmer werden nach den Ergebnissen einer der drei folgenden Kategorien zugeordnet: **1. mit hoher emotionaler Bindung** zum Arbeitsplatz. Sie sind ihrem Arbeitsplatz emotional verpflichtet (u.a. loyal, produktiv, geringe Fehltag, geringe Fluktuation, niedriger Schwund). **2. mit geringer emotionaler Bindung** zum Arbeitsplatz. Diese leisten „Dienst nach Vorschrift“; sie sind zwar produktiv, aber dem Unternehmen nur eingeschränkt emotional verpflichtet (u.a. mehr Fehltag, höhere Fluktuation). **3. ohne emotionale Bindung** zum Arbeitsplatz. Beschäftigte dieser Kategorie arbeiten aktiv gegen die Interessen des Unternehmens, haben vielleicht auch schon die innere Kündigung vollzogen (physisch präsent, psychisch jedoch nicht: sind mit ihrer Arbeitssituation unglücklich und lassen die Kolleginnen und Kollegen dies wissen).

⁹⁹ 2014 wurden 2.034 Arbeitnehmer ab 18 Jahren in drei Erhebungszeiträumen zwischen April und November befragt. Das computergestützte Telefoninterview wird seit 2001 jährlich neu erstellt.

der Wert auf 15% gesunken. Trotz dieser positiven Entwicklung fällt auf, dass die Gruppe der engagierten Arbeitnehmer sich nicht vergrößert, sondern gegenüber dem Vorjahr um ein Prozent gesunken ist auf 15%. Das bedeutet, dass eine große Gruppe, nämlich 70% der Befragten, in die Kategorie der Arbeitnehmer fällt, die eine geringe emotionale Bindung an ihr Unternehmen haben. In der Konsequenz bedeutet dies: Mehr als zwei Drittel machen „Dienst nach Vorschrift“.

Wie kann nun Employer Branding solche Faktoren beeinflussen? Die Deutsche Employer Branding Akademie (2006, S. 2) unterscheidet hier fünf Wirkungsdimensionen:

1. Mitarbeitergewinnung (Recruiting),
2. Mitarbeiterbindung (Retention),
3. Leistung und Ergebnis (Performance),
4. Unternehmenskultur,
5. Unternehmensimage und -marke (Reputation).

In einer Trendumfrage 2008 (Preihs & Dornhöfer, 2009) wurden 118 Unternehmen im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) dazu befragt, inwieweit sie Employer Branding einsetzen, um Mitarbeiter zu werben und zu binden. Die Ergebnisse zeigen, dass 47% der Unternehmen der Ansicht sind, einen klaren und gut definierten Employer Brand zu haben. 59% der Unternehmen geben an, dass die Abstimmung mit der Unternehmensmarke gut zu funktionieren scheint.

Als kritische Aspekte in Bezug auf ihr Employer Branding nannten die Unternehmen die Geldmittel. Dies zeigt sich bei 57% in der Aussage, dass sie kein eigenes Employer Branding Budget planen. 36% erkennen Defizite in der erfolgreichen unternehmensweiten Kommunikation. Als weiteren kritischen Punkt geben 31% der befragten Unternehmen die mangelnde aktive Unterstützung durch Führungsebene und Vorgesetzte an (Preihs & Dornhöfer, 2009, S. 654 ff.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Erfolg und der Wirkungsgrad eines Employer Branding davon abhängen, dass die Marke im Unternehmen auch tatsächlich gelebt wird, eine konsistente Kommunikation gesichert ist und die

Führungskräfte in die Gestaltung dieses Prozesses von Anfang an einbezogen werden. Ein strategisch und konsequent umgesetztes Employer Branding wirkt als kultureller Faktor, indem er die Werte und die Haltung einer Organisation praktisch erlebbar macht (Preihs & Dornhöfer, 2009); dadurch vermag es Mitarbeiter zu binden, aber auch potenzielle neue Organisationsmitglieder anzuziehen.

8.4 Unternehmenskultur und Kompetenzen: Wertekapital in der Führungskräfteentwicklung

In der Analyse hat sich das Wertekapital einer Organisation, der „Vorrat an gemeinsamen Regeln, Werten und Überzeugungen“ (Badura et al., 2008, S. 116) als stärkste Triebfeder für die Gesundheit der Organisationsmitglieder erwiesen. Darum wird im Folgenden auf die Bedeutung von Werten und Wertekapital eingegangen. Bereits Emile Durkheim hat herausgestellt, dass ein Kollektiv dadurch entsteht, dass Menschen dieselben Werte teilen. Dazu bedarf es kultureller Erlebnisse, die diese Werte mit Leben füllen.

- » *„Die Gesellschaft kann ihren Einfluss nicht fühlbar machen, außer sie ist in Aktion; und dies nur, wenn die Individuen, die sie bilden, versammelt sind und gemeinsam handeln. Durch die gemeinsame Tat wird sie sich ihrer bewusst und realisiert sie sich: sie ist vor allem aktive Kooperation“*
(Durkheim, 1981, S. 561).

Nicht nur in Familien, sondern auch in Unternehmen erzeugen Traditionen „geliebte [] Codes für Wiedererkennung, Identität und soziale Bindekraft“ (Glauner, 2013, S. 26). „Werte treiben Menschen an. Werte geben Richtung an. Werte stellen das Fundament für Be-Wertungen dar. Was ist richtig und was ist falsch? Erfüllte Werte machen uns glücklich und erfolgreich. Unerfüllte Werte machen und entsprechend unglücklich und erfolglos“ (Krumm, 2015, S. 44).

Werte lenken aber nicht nur menschliches Handeln; auch „soziale Systeme“ wie Organisationen werden durch Werte („values“) getragen und geformt. Den Wechselwirkungen zwischen dem menschlichen Handeln und den unternehmerischen Strukturen wird in Theorie und Praxis immer mehr Aufmerksamkeit gewidmet (Glauner, 2013), und es wird zunehmend deutlich, dass Werte Sinnhaftigkeit und

Vertrauen stiften. Entsprechend bilden sie auch ökonomische Faktoren; Vertrauen z.B. hat in der Transkostenaktionstheorie einen hohen Stellenwert (Luhmann, 2000; Bea & Haas, 2005).

Wertehaltungen werden als ein Teil der persönlichen und sozialen Identität gesehen und gelten als relativ stabil. Hofstede et al. (2010, S. 23) sehen implizite Werte als Teil der „software of the mind“; damit betonen sie ihre handlungsdeterminierende Wirkung.

In der gegenwärtigen Arbeitswelt erfolgen Veränderungen immer schneller (Rosa, 2005). Auch wenn sie unvermeidlich sind, nehmen die Menschen sie oft als bedrohlich wahr und wollen den Status quo möglichst lange bewahren (v. Rosenstiel, 2006). Um Bedenken und Ängsten der Organisationsmitglieder in Bezug auf Veränderungen oder Umstrukturierungen innerhalb der Organisation entgegenzuwirken, ist es wichtig, sie in den Veränderungsprozess einzubeziehen, zu einem Teil davon zu machen und ihnen Partizipation daran zu ermöglichen (Walk, 2007). Putman (2001) betont, dass es insbesondere die Elemente des Sozialkapitals sind, die die Veränderungsbereitschaft innerhalb eines Systems entscheidend beeinflussen.

» *„Wenn die Menschen in einer Gemeinschaft miteinander vertraut und ihnen gelegentliche Versammlungen für Unterhaltungszwecke, zum geselligen Austausch oder zum persönlichen Vergnügen zur Gewohnheit geworden sind, kann dieses Sozialkapital durch geschickte Führung leicht zur allgemeinen Verbesserung der Wohlfahrt der Gemeinde eingesetzt werden.“*

(Putman, 2001, S. 17)

Nach Schwarzer und Jerusalem (1999) wird die Bereitschaft der beteiligten Personen zu einer Veränderung zudem von ihrem Partizipationswillen und ihrer Selbstwirksamkeit bestimmt.

Für das Unternehmen stehen häufig die Zahlen im Vordergrund. Humankapital spielt dabei vor allem in Form von Leistung eine Rolle: Wird Leistung erbracht, ist der Mitarbeiter sein Geld wert; bleibt eine gute Leistung aus, muss der Mitarbeiter ersetzt werden. Häufig fehlt ein Bewusstsein dafür, dass es das Unternehmen und mit ihm die „Führungsmannschaft selbst in der Hand hat, wertvolle Mitarbeiter zu

bekommen und auch zu halten“ (Krumm, 2015, S. 38). Dabei fällt auf, dass erfolgreiche Unternehmen oft durch ein ausgeprägtes, aktiv gelebtes Wertesystem gekennzeichnet sind (vgl. u.a. Robinson et al., 2004; Sackmann, 2006; BMAS, 2008; Kienbaum, 2011; Ottow, 2011, S. 44-47; Drath, 2014, S. 41). Ein Wertesystem spiegelt sich in der Organisationskultur wider die Identität stiftet und Unternehmensziel, Mitarbeiterziele und Kundenorientierung in Einklang bringt (Hungenber & Wulf, 2007, S. 89). Wertesystem und Organisationskultur prägen ein Unternehmen, machen es unverwechselbar und haben maßgeblichen Einfluss auf seinen Erfolg (Bea & Haas, 2005, S. 459).

Um leistungsbereite Mitarbeiter zu gewinnen und langfristig zu binden, ist es wichtig, die Unternehmenswerte klar zu vermitteln und auch zu leben und dabei dafür zu sorgen, dass sie „mit den persönlichen Bedürfnissen der Mitarbeiter für einen sie erfüllenden Job“ (Krumm, 2015, S. 38) im Einklang sind. Der Schlüssel dazu ist nach Krumm (2012) eine werteorientierte Führung. Damit haben Führungskräfte für die Mitarbeiterbindung und damit auch auf den Erfolg des Unternehmens eine Schlüsselfunktion. Dies verdeutlicht etwa Jack Welch (2005, S. 95) mit der Frage:

- » „Wer ist im Sport wichtiger – der Trainer und Mannschaftsbetreuer oder der Kassenwart des Vereins?“

Führungskräfte sind als Multiplikatoren eine zentrale Instanz für die Umsetzung der Unternehmenskultur. Wenn ein Unternehmen also seinen Erfolg steigern und Wettbewerbsvorteile sichern will, ist eine Führungskräfteentwicklung unumgänglich.

Schon Watzlawick (1988, S. 130) hat die einem Unternehmen agierenden Führungskräfte als „Sinnggeber“ beschrieben. Nachhaltige Bindung erwächst aus der Wertschätzung der eigenen Arbeit und einer positiven Bewertung dieser Tätigkeit. Wenn die Mitarbeiter in den Arbeitsaufgaben, die umgesetzt werden müssen, einen Sinn sehen und damit ihr eigenes Handeln als wichtig erleben (Lohrenz & Rohrschneider, 2014, S. 84), ist dies ein guter Nährboden für eine starke Unternehmensbindung. Diese Einstellung zu fördern ist vor allem eine Aufgabe der Führung (ebd.; vgl. Watzlawick, 1988). Die Sinnhaftigkeit der Aufgabe und das Wertekapital

haben sich in der Analyse als Prädiktoren für ausgewählte Gesundheitsmerkmale erwiesen (vgl. Kapitel 7.1.4).

Die Führung sollte die Erkenntnis ernst nehmen, dass Führen ohne Werteorientierung auf Dauer weder die Gesundheit noch die Zufriedenheit der Mitarbeiter fördern kann. Um bei Mitarbeitern spezifische Werte / Antreiber, zu erkennen, ist es sinnvoll, in der Mitarbeiterführung Persönlichkeits- und Präferenzprofile (wie z.B. das Reiss-Profil, das DISG-Persönlichkeitsprofil oder den Big-Five-Persönlichkeitstest)¹⁰⁰ einzusetzen (vgl. Kapitel 8.2). Dabei ist zu bedenken, dass solche Zuschreibungen immer auch fehlschlagen können und Modelle zur Entwicklung von Persönlichkeits- und Präferenzprofilen nicht verabsolutiert werden können. Neben dem Einsatz solcher Profile ist es vor allem wichtig, dass die Führungskraft Raum schafft für eine Offenheit, „in der sich die individuellen Werte der Umgebungskultur entfalten, spiegeln und multiplizieren“ (Glauner, 2013, S. 38) können. Glauner (2013, S. 65) prognostiziert, dass die „messbare Ausprägungsstärke und Stimmigkeit der Unternehmenswerte“ sich als primäre Kennzahl für unternehmerischen Erfolg erweisen wird (ebd., S. 65).

Eine werteorientierte und somit auch wertschätzende Führung beginnt nach Golemann (1996) mit dem Nachdenken der Führungskraft über ihr Selbstbild. Ihm zufolge zeichnen sich alle erfolgreichen Führungskräfte durch eine hohe „emotionale Intelligenz“ aus, die sich aus den Komponenten Selbstreflexion, Selbstkontrolle, Motivation, Empathie und soziale Kompetenz zusammensetzt (Golemann, 1996, S. 27-36; Goleman et al., 2003, S. 19). Nur wer sich selbst reflektiert und versteht, ist auch in der Lage, seinen Führungsstil zu hinterfragen und ihn den jeweiligen Mitarbeitern anzupassen. Unterschiedliche Menschen bedürfen unterschiedlicher Führungsstile, und das wiederum setzt voraus, dass diese Unterschiede auch erkannt werden. „Werteorientierte Führung“ bedeutet auch eine Führung „passend zur Lebenswelt“ (Krumm, 2015, S. 42).

¹⁰⁰ Vgl. u.a.: Brand, M., Ion, F. & Wittig, S. (Hrsg.)(2015). *Handbuch der Persönlichkeitsanalyse. Die führenden Tools im Überblick*. Offenbach: GABAL Verlag.

Für die Praxis bedeutet dies, aktiv zu werden, die Herausforderungen der Führungsaufgabe als Potenzial zu nutzen und die Organisationsmitglieder dabei zu unterstützen, ihre Arbeit als sinnvoll und wertschätzend zu erleben. Um dies langfristig und nachhaltig zu erreichen, bedarf es strategisch ausgerichteter Organisationsprozesse, die nicht nur die Notwendigkeit von Schulungen für die Personalverantwortlichen erkennen, um die dafür erforderlichen Kompetenzen zu entwickeln, sondern entsprechende Maßnahmen auch umsetzen.

Die vorliegende Dissertation bestätigt nicht nur bisherige Erkenntnisse der Sozialkapital-Forschung. Sie zeigt vor allem, dass es noch erheblichen Forschungsbedarf in Bezug auf Führungskräfte der mittleren und unteren Führungsebene gibt. Darüber hinaus macht sie deutlich, welches Potenzial für Organisationen darin liegt, ihr Sozialkapital zielgerichtet zu analysieren und darein zu investieren, damit es Gesundheit und Unternehmenserfolg „treibt“.

Für zukünftige Forschungen ergibt sich aus der hier durchgeführten Untersuchung die Notwendigkeit, die Ergebnisse durch Längsschnittstudien zu vertiefen und zu differenzieren. Diese würden auch ermöglichen, die Effekte von Interventions- und Entwicklungsmaßnahmen im Bereich wertorientierter und gesundheitsgerechter Führung sowie gezielter Investitionen in das Sozialkapital zu evaluieren und die Frage nach kausalen Zusammenhängen zu beantworten. Darüber hinaus könnte es interessant sein, die Daten gezielt für einzelne Branchen, die verschiedenen Führungsebenen oder nach Geschlecht auszuwerten. Zudem wurden bisher Non-Profit-Organisationen nicht berücksichtigt; es wäre aufschlussreich, den wirtschaftlichen Erfolg in Abhängigkeit vom Sozialkapital zum Vergleich auch bei solchen Organisationen zu untersuchen.

» *„Träume und Ziele,
das ist der Zündstoff deiner täglichen Selbstmotivation und
der Antrieb dich jeden Tag aufs neue anzustrengen,
um deinem Ziel näher zu kommen,
deinen Traum zu leben.“*

Heiko Keller

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Aufbau der Dissertation.....	6
Abb. 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck & Janßen, 2008, S. 4) .	27
Abb. 3: Risikofaktoren für psychische Fehlbeanspruchung (Badura, 2010, S. 15)	32
Abb. 4: Klassifikation Stressoren und Ressourcen (eigene Darstellung, modifiziert nach Zapf & Semmer, 2006)	34
Abb. 5: Übersicht zur Datenerhebung der Whitehall-II-Studie (in Anlehnung an Marmot & Brunner, 2005).....	44
Abb. 6: Das Bielefelder Unternehmensmodell (in Anlehnung an Badura et al., 2013, S. 50).....	66
Abb. 7: Die drei Kernkomponenten des Sozialkapital-Modells: Elemente und Indikatoren (in Anlehnung an Badura et al., 2013, S. 53).....	67
Abb. 8: Wechselwirkungen zwischen Sozialkapital, Humankapital und Kooperationen (Badura, 2012, S. 135).....	104
Abb. 9: Zum Zusammenhang zwischen Hierarchie und Sozialkapital (in Anlehnung an Badura, 2008, S. 20).....	105
Abb. 10: Histogramm zu dem Konstrukt „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“	126
Abb. 11: Histogramm zu dem Konstrukt „psychosomatische Beschwerdetage“	127
Abb. 12: Vertrauensbereiche für ausgewählte Konstrukte und Skalen	146
Abb. 13: Verteilung der Führungskräfte auf die Cluster	148
Abb. 14: Verteilung der Mitarbeiter auf die Cluster	150
Abb. 15: Ergebnisse zu Hypothese 2b: Ausprägung der Gesundheitsmerkmale je Cluster und Statusgruppe.....	156
Abb. 16: Ausprägung der Gesundheitsmerkmale in den drei Clustern der Statusgruppe „Führungskräfte“	181
Abb. 17: Ausprägung der Gesundheitsmerkmale in den drei Clustern der Statusgruppe „Mitarbeiter“	181
Abb. 18: Histogramm Arbeitsbedingungen "Sinnhaftigkeit der Aufgabe"	252
Abb. 19: Histogramm Arbeitsbedingungen "Partizipation"	252
Abb. 20: Histogramm Arbeitsbedingungen "Klarheit der Aufgabe"	253
Abb. 21: Histogramm Arbeitsbedingungen "Handlungsspielraum"	253
Abb. 22: Histogramm Sozialkapitalform "Netzwerkkapital"	254
Abb. 23: Histogramm Sozialkapitalform "Führungskapital"	254
Abb. 24: Histogramm Sozialkapitalform "Wertekapital"	255
Abb. 25: Histogramm Gesundheitsmerkmal "körperlicher Gesundheitszustand"	255
Abb. 26: Histogramm Gesundheitsmerkmal "psychosomatische Beschwerdetage"	256
Abb. 27: Histogramm Gesundheitsmerkmal "Depressive Verstimmungen"	256
Abb. 28: Histogramm Gesundheitsmerkmal "Wohlbefinden"	257
Abb. 29: Histogramm Gesundheitsmerkmal "Selbstwertgefühl".....	257
Abb. 30: Histogramm Vereinbarkeit Arbeit- und Privatleben "gestörte Work-Life-Balance"	258
Abb. 31: Histogramm Wahrgenommene Produktivität "Commitment"	258
Abb. 32: Histogramm Organisationspathologien "Innere Kündigung"	259
Abb. 33: Histogramm Organisationspathologien "Mobbing"	259

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Registrar General’s Social Classes (Krieger et al., 1997; Marmot, 2005, S. 25)	24
Tab. 2: Indikatoren für Gesundheit und Krankheit (modifiziert nach Lercher, 2003, S. 64)	25
Tab. 3: Biomedizinische, verhaltensbedingte und umweltbedingte Risikofaktoren für kardio- vaskuläre Erkrankungen (in Anlehnung an Franzkowiak, 2011c, S. 480-482)	43
Tab. 4: Übersicht über die Daten der Whitehall II Studie (nach Marmot & Brunner, 2005, S. 253)	46
Tab. 5: Variablen des Fragebogens (z.T. mit deutscher Erläuterung) (Quelle: Department of Epidemiology & Public Health, 2014).....	47
Tab. 6: Selbstbericht über Ernährungsgewohnheiten	49
Tab. 7: Klinische Untersuchungen.....	49
Tab. 8: Untersuchungen zu Krebs- und Schlaganfallerkrankungen	50
Tab. 9: Übersicht über die im Sozialkapital-Ansatz verwendeten Skalen und Items und ihre Herkunft (in Anlehnung an Badura et al., 2013, S. 321-322)	69
Tab. 10: Gegenüberstellung von Whitehall-Forschung und Sozialkapital-Ansatz	73
Tab. 11: Gegenüberstellung der ausgewählten Erhebungskonstrukte der „Treiber“	87
Tab. 12: Gegenüberstellung der ausgewählten Erhebungskonstrukte der „immatriellen Arbeitsbedingungen“	92
Tab. 13: Gegenüberstellung der ausgewählten Erhebungskonstrukte der „Frühindikatoren“	96
Tab. 14: Gegenüberstellung eines ausgewählten Items aus dem Bereich berufsspezifischer Parameter	100
Tab. 15: Im BISI-Fragebogen verwendete Dimensionen und Subskalen (in Anlehnung an Badura et al., 2013, S. 163 ff.)	115
Tab. 16: Strukturmerkmale der 19 befragten Unternehmen	118
Tab. 17: Gesamtübersicht über die relevanten Konstrukte für alle Befragten	119
Tab. 18: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Netzwerkkapital“	120
Tab. 19: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Überzeugungs- und Wertekapital“	121
Tab. 20: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Führungskapital“	122
Tab. 21: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen“	123
Tab. 22: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Sinnhaftigkeit der Aufgabe“	123
Tab. 23: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Partizipation“	124
Tab. 24: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Klarheit der Aufgabe“	124
Tab. 25: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „Handlungsspielraum“	125
Tab. 26: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“	125
Tab. 27: Ergebnisse der Analyse zum Konstrukt „psychosomatische Beschwerdetage“	127
Tab. 28: Befragungsergebnisse zu depressiven Verstimmungen	128
Tab. 29: Befragungsergebnisse zum Selbstwertgefühl.....	128
Tab. 30: Befragungsergebnisse zum Wohlbefinden	129
Tab. 31: Befragungsergebnisse zu „Commitment“	129
Tab. 32: Befragungsergebnisse zu „innere Kündigung“	130
Tab. 33: Befragungsergebnisse zur „gestörten Work-Life-Balance“	130
Tab. 34: Befragungsergebnisse zu Mobbing	131
Tab. 35: Stichprobe des Ausgangsdatensatzes und des verkleinerten Datensatzes	134
Tab. 36: Anteile von Führungskräften und Mitarbeitern über alle Unternehmen	138
Tab. 37: Anteil der Führungskräfte nach Unternehmensbranche	138

Tab. 38: Antworten der Mitarbeiter zu den relevanten Konstrukten	140
Tab. 39: Antworten der Führungskräfte zu den relevanten Konstrukten.....	141
Tab. 40: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der Sozialkapitaldimensionen	142
Tab. 41: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der Arbeitssituation	143
Tab. 42: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der physischen Gesundheit	144
Tab. 43: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung der psychischen Gesundheit	144
Tab. 44: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für die Einschätzung weiterer Gesundheitsmerkmale	145
Tab. 45: Clusterzentrenanalyse für die Gruppe der Führungskräfte	147
Tab. 46: Varianzanalyse der Cluster für die Gruppe der Führungskräfte	149
Tab. 47: Clusterzentrenanalyse für die Gruppe der Mitarbeiter	149
Tab. 48: Varianzanalyse der Cluster für die Gruppe der Mitarbeiter	151
Tab. 49: Deskriptive Statistik der ANOVA für ausgewählte Gesundheitsmerkmale in der Statusgruppe „Führungskräfte“	152
Tab. 50: Ergebnisse der ANOVA für die Statusgruppe „Führungskräfte“	153
Tab. 51: Deskriptive Statistik der ANOVA für ausgewählte Gesundheitsmerkmale in der Statusgruppe „Mitarbeiter“	154
Tab. 52: Ergebnisse der ANOVA für die Statusgruppe „Mitarbeiter“	155
Tab. 53: Regressionsanalyse für die Variable „körperlicher Gesundheitszustand“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“	158
Tab. 54: Regressionsanalyse für die Variable „psychosomatische Beschwerdetage“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“	159
Tab. 55: Regressionsanalyse für die Variable „depressive Verstimmungen“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“	160
Tab. 56: Regressionsanalyse für die Variable „Wohlbefinden“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“	161
Tab. 57: Regressionsanalyse für die Variable „Selbstwertgefühl“ bei der Statusgruppe „Führungskräfte“	162
Tab. 58: Regressionsanalyse für die Variable „allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“	163
Tab. 59: Regressionsanalyse für die Variable „psychosomatische Beschwerdetage“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“	164
Tab. 60: Regressionsanalyse für die Variable „depressive Verstimmungen“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“	165
Tab. 61: Regressionsanalyse für die Variable „Wohlbefinden“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“	166
Tab. 62: Regressionsanalyse für die Variable „Selbstwertgefühl“ bei der Statusgruppe „Mitarbeiter“	167
Tab. 63: Überblick über die Ergebnisse der Regressionsanalysen für beide Statusgruppen	169

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
al.	Altera
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AM	Arithmetischer Mittelwert
Aufl.	Auflage
A	Signifikanzniveau al. Cronbachs Alpha
B _j	Beta Regressionkoeffizient
Bd.	Band
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
CASP	Control, Autonomy, Self-realization and Pleasure (Messinstrument der Lebensqualität)
CESD	Center for Epidemiologic Studies Depression (Screening Test für Depression und depressive Störungen)
CHD	Coronary heart disease (Koronare Herzkrankheit)
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
D	Tage (als Maßeinheit)
ECG	Elektrokardiogramm
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FBL	Freiburger Beschwerden-Liste
ff.	und folgende
FVVB	Fragebogen zur Vorgesetzten-Verhaltens-Beurteilung
ggf.	gegebenenfalls
GHQ	General Health Questionnaire (Instrument zur Erfassung der psychischen Gesundheit)
H	Stunden (als Maßeinheit)
H.	Heft
Hg.	Herausgeber
HRV	Herzratenvariabilität
Jg.	Jahrgang
k. A.	keine Angabe
Kap.	Kapitel
MIKE	Mitarbeiterkennzahlenbogen
MTM	Methods Time Measurement (Arbeitsablauf-Zeitanalyse)
μ	Mittelwert
Nr.	Nummer
ProSoB	Produktivität von Sozialkapital in Betrieben (-Fragebogen)
p. m.	pro Monat
PSA	Property Services Agency
R	Korrelationskoeffizient
RL	Rücklaufquote
RSE	Rosenberg Skala

S.	Seite
s.	Siehe
SAA	Subjektive Arbeitsanalyse
SALSA	Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SF-36	short form (SF-36 Gesundheitsfragebogen zur Erfassung der Lebensqualität)
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderen, und andere
u.	Und
WLB	Work-Life-Balance

Literaturverzeichnis

- Ahlers, E. & Brussig, M. (2004). *Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz – WSI-Betriebsrätebefragung 2004*. *WSI Mitteilungen*, 57 (11), 617–624.
- Akbaraly, T.N., Sabia, S., Hagger-Johnson, G., Tabak, A.G. et al. (2013). Does overall diet in midlife predict future aging phenotypes? A cohort study. *American Journal of Medicine* 2013 May; 126(5):411-419.
- Akbaraly, T.N., Shipley, M.J., Ferrie, J.E., Virtanen, M., Lowe, G., Hamer, M. & Kivimaki, M. (2015). Long-term adherence to healthy dietary guidelines and chronic inflammation in the prospective Whitehall II study. *American Journal of Medicine* 2015 Feb; 128(2):152-160.
- Altgeld, T. & Hofrichter, P. (2000). *Reiches Land – Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1991). Meine Odyssee als Stressforscher. *Jahrbuch für kritische Medizin, Argument Sonderband 193*. Hamburg: Argument Verlag. S. 112-130.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Arnold, K.A., Turner, N., Barling, J., Kelloway, E.K. & McKee, M.C. (2007). Transformational leadership and psychological well-being: the mediating role of meaningful work. *Journal of occupational health psychology*, 12 (3), 193–203.
- ARBSchG: Arbeitsschutzgesetz. Zugriff am 06.06.2015. Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/BJNR124610996.html>
- ASiG: Arbeitssicherheitsgesetz. Zugriff am 08.06.2015. Verfügbar unter <http://bundesrecht.juris.de/asig/BJNR018850973.html>

- Assmann, G., Cullen, P. & Schulte, H. (2002). Simple Scoring Scheme für Calculating the Risk of Acute Coronary Events Based in the 10-Year Follow-up of the Prospective Cardio-vascular Münster (PROCAM) Study. *Circulation* 105, pp 310-315.
- Backhaus, K., Erichson, E., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (13. Aufl.). Berlin: Springer.
- Badura, B. & Hehlmann T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.
- Badura, B. (2006). *Das Sozialkapital von Organisationen. Grundlagen betrieblicher Gesundheitspolitik*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Badura, B., Rixgens, P. & Behr, M. (2006). *ProSoB-Fragebogen zur Erhebung der Zusammenhänge zwischen Organisationsbedingungen, Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter*. Unveröffentlichtes Manuskript. Bielefeld.
- Badura, B. (2008). Grundlagen präventiver Gesundheitspolitik: Das Sozialkapital von Organisationen. In W. Kirch, B. Badura & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsforschung*. Heidelberg: Springer, S. 3–34.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura B., Schröder H., Klose J. & Macco K. (Hrsg.). (2009). *Fehlzeiten-Report 2009*. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer.
- Badura, B. (2010). Wege aus der Krise. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009- Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (Hrsg.) (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Badura, B. (2011). Kooperation und Gesundheit – Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* Wiesbaden: VS Verlag, S. 23-38.

- Badura B. & Steinke, M. (2011). *Die erschöpfte Arbeitswelt. Durch eine Kultur der Achtsamkeit zu mehr Energie, Kreativität, Wohlbefinden und Erfolg*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Badura, B. (2012). Gute Unternehmensführung. Sozialkapital, Gesundheit und Organisationserfolg. In Wirtschaftskammer Österreich (Hrsg.), *Das Kapital 2.0. Wirtschaftspolitische Blätter*, Wien, 59, 1, S. 129–140.
- Badura, B. & Walter, U. (2014). Führungskultur auf dem Prüfstand. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 149-162.
- Bakker, A. & Demerouti, E. (2007). The job demand-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328.
- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). *Stress und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*. Bern: Hans Huber.
- Barmer & GEK (Hrsg.) (2012). BARMER GEK Firmenkundenmonitor Gesundheit 2012. Zugriff am 06.09.2015. Verfügbar unter <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/130215-Firmenkundenmonitor/PDF-Firmenkundenmonitor-2012,property=Data.pdf>
- Bartscher, T., Stöckl, J. & Träger, T. (2012). Personalmanagement. *Grundlagen, Handlungsfelder, Praxis (Always learning)*. München: Pearson Studium.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U., Richter, M. (2008). Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. (S. 13-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bauer, W. & Braun, M. (2014). Zukunftsforschung: Wie werden wir in 20 Jahren arbeiten?. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin und Heidelberg: Springer.

- Baumann, N., Kaschel, R. & Kuhl, J. (2005). Striving for unwanted goals: Stress-dependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychosomatic symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 781-799.
- Baumeister, R.F., Smart, L. & Boden, J.M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103, 5–33.
- Baumgarten, R. (1977). *Führungsstile und Führungstechniken*. Berlin, New York: de Gruyter Verlag.
- Bea, F. X. & Haas J.(2005). *Strategisches Management*, (4. neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Beck, D. (2003). *Sense of Coherence (SOC) – ein brauchbares Analysekonzept in der betrieblichen Gesundheitsförderung? Gütebeurteilung des Sense of Coherence (SOC)-Messkonzeptes von Aaron Antonovsky anhand einer Querschnittsuntersuchung bei Angestellten eines Berliner Dienstleistungsunternehmens*. Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität.
- Beck, D. & Schnabel, P.-E. (2010). Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 72 (04), 222–227.
- Becke, G. (Hrsg.) (2008). Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen. Problemfelder und arbeitspolitische Gestaltungsperspektiven. Berlin: LIT.
- Becker, P. (1994). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 13-49). Weinheim und München: Juventa.
- Bernhard, H. & Wermuth, J. (2011). *Stressprävention und Stressabbau. Praxisbuch für Beratung, Coaching und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung (2002). *Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik*. Zwischenbericht. www.bertelsmann-stiftung.de
- Behr, M., Rixgens, P. & Badura, B. (2008). Das Unternehmensmodell – Elemente und Zusammenhänge. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco

- (Hrsg.), *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer.
- Belia, S., Fidler, F., Williams, J. & Cumming G. (2005). Researchers misunderstand confidence intervals and standard error bars. *Psychological methods*, 10(4), 389
- Bertelsmann Stiftung und Hans Bökler-Stiftung. (2004). (Hrsg.), (4. Aufl.). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Binswanger, M. (2010). *Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Bödeker, W., Kramer, I. & Sockoll, I. (2009). Rentable Investition oder soziale Norm? Zur Wirtschaftlichkeit betrieblichen Gesundheitsmanagements. *Arbeit*, 18, 340–352.
- Böning, U. & Fritschle, B. (2005). *Coaching fürs Business*. Bonn: Manager-Seminare.
- Booz & Company Inc. & Felix Burda Stiftung. (2011). *Vorteile Vorsorge*. Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland. München: Booz & Company Inc.
- Börnecke, D. (2005). Organisation, Strategie, Personal. In D. Börnecke (Hrsg.), *Basiswissen für Führungskräfte* (S. 307-311).
- Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J. et al. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards, and household labour? *Social science & medicine* 58(10):1869–87.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz.
- Breeze, E., Fletcher A.E., Leon D.A., Marmoz, M., Clarke, R.J. & Shibly, M.J. (2001). Do socioeconomic disadvantage persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall study. *American Journal of Public Health* 91(2): 277–283.

- Breuninger, B. & Ochs, U. (2012). Betriebliches Gesundheitsmanagement: So ganzheitlich wie Ihr gesundes Leben. In P. Wollsching-Strobel & B. Prinz (Hrsg.), *Talentmanagement mit System*. Wiesbaden: Gabler, S. 141–162.
- Britton, A. & Marmot, M. (2004). Different measures of alcohol consumption and risk of coronary heart disease and all-cause mortality. 11 years of follow-up of the Whitehall II cohort study. *Addiction*, 99: 109-116.
- Bröckling, U. (2007). *Das Unternehmerische Selbst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Brücker, H., Bock-Rosenthal, E., Rixgens, P. (2004). Fragebogen zu interprofessionellen Arbeitsstrukturen im Krankenhaus: 10 Instrumente für die schriftliche Befragung von Führungskräften und Mitarbeitern in 5 verschiedenen Berufsgruppen. Forschungsprojekt „Interprofessionelle Arbeitsstrukturen im Krankenhaus“, Fachbereich Pflege, Fachhochschule Münster, Münster.
- Brunner, E.J., Wunsch, H. & Marmot, M. (2001). What is the optimal diet? Relationship of macronutrient intake to obesity, glucose tolerance, lipoprotein cholesterol levels and the metabolic syndrome in the Whitehall II study. *International Journal of Obesity*, 25: 45-53.
- Bungard, W. & Wiendiek, G. (2001). Perspektiven: Eine Standortbestimmung der Arbeits- und Organisationspsychologie. In R. Silbereisen & D. Frey (Hrsg.), *Perspektiven der Psychologie* (S. 174–193). Weinheim: Beltz.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2009). *Psychische Belastungen und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (Hrsg.). (2008). Unternehmenskultur, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement in den Unternehmen in Deutschland, Abschlussbericht Forschungsprojekt 18/05. Zugriff am 27.08.2014. Verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f371.pdf;jsessionid=A963F73F0036650E652BC6365F386446?__blob=publicationFile.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013) (Hrsg.), Gemeinsam gegen Stress bei der Arbeit. Pressemitteilung vom 05.09.2013. Zugriff am

- 27.01.2015. Verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a-449-gemeinsame-erklaerung-psychische-gesundheit-arbeitswelt.pdf?__blob=publicationFile
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFMSFJ) (2005). *Work Life Balance*. Berlin: Druck Vogt.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (Hrsg.) (2010). Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank. - BPtK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt. Pressekonferenz der Bundespsychotherapeutenkammer am 23. März 2010. Zugriff am 29.01.2014. Verfügbar unter http://www.bptk.de/uploads/media/20100323_bptk-studie_psychische_erkrankungen_in_der_arbeitswelt.pdf
- Burchell, B., Day, D., Hudson, M., Ladipo, D., Mankelow, R., Nolan, J., Reed, H., Wichert, I. & Wilkinson, F. (1999). *Job insecurity and work intensification York*: Joseph Rowntree Foundation 1999 <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/socialpolicy/849.asp>
- Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Burton-Jones, A. & Spender, J. (2011). *The Oxford Handbook of Human Capital*. USA: Oxford University Press.
- Cassel-Gintz, M. & Harenberg, D. (2002). *Syndrome des globalen Wandels*. Berlin.
- Chandola, T., Kuper, H., Singh-Manoux, A., Bartley, M. & Marmot, M. (2004). The effect of control at home on CHD events in the Whitehall II study: gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD. *Social Science & Medicine*, 58: 1501-1509.
- Coleman, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Comelli, G., Rosenstiel, L. von (2001): *Führung durch Motivation*. München: Vahlen.
- DAK Gesundheit (Hrsg.) (2013). Gesundheitsreport 2013. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen – Sind wir heute anders krank? Hamburg.

- Decker, F. & Decker, A. (2015). *Gesundheit im Betrieb. Vitale Mitarbeiter – leistungsstarke Organisation*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Department of Epidemiology & Public Health (2014). *Whitehall II Policy on Data Sharing Information for researchers interested in analysing existing Whitehall II data*. University College London, July 2014.
- Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (DGFP) (2013). (Hrsg.), *Megatrends und HR-Trends 2013. Praxispapier 03/2013*. Düsseldorf. Zugriff am 20.03.2014. Verfügbar unter <http://static.dgfp.de/assets/publikationen/2013/DGFP-Studie-Megatrends-und-HR-Trends2013.pdf>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542–575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55: 34-43.
- DIN SPEC 91020 (Juli 2012). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Berlin: Beuth.
- DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.) (2011). *Der Report 2011 - Arbeitshetze - Arbeitsintensivierung - Entgrenzung*. Berlin: DGB-Index Gute Arbeit.
- Dornhöfer, N. & Preihs, E. (2008). Employer Branding – hoch geschätzt, aber nur mäßig eingesetzt. In *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3: 2008. S. 32-34.
- Drath, K. (2014). *Resilienz in der Unternehmensführung*. Freiburg: Haufe.
- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit. Ein Arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36:184–189.
- Durkheim, E. (1981). *Die elementaren Formen des religiösen Lebens*. (3. Aufl.) Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dürndorfer, M., Nink, M. & Wood, G. (2005). *Human-Capital-Management in deutschen Unternehmen*. Hamburg: Murmann.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 68: 683-695.
- Eisenberg, L. (1995). The social construction of the human brain. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1563–1575.

- Emmermacher, A. (2008). *Gesundheitsmanagement und Weiterbildung. Eine praxisorientierte Methodik zur Steuerung, Qualitätssicherung und Nutzenbestimmung*. Wiesbaden: Gabler.
- EuPD Research: *Corporate Health Jahrbuch 2011*. Exzellente Einblicke in Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland. Bonn: Hoehner Research & Consulting Group.
- Faller, M. (1993). *Innere Kündigung. Ursachen und Folgen* (2. Aufl.). München: Hampp.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz.
- Felfe, J. (2009). *Mitarbeiterführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Felfe, J., Ducki, A. & Franke, F. (2014). Führungskompetenzen der Zukunft. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014*. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft (S. 139-148). Berlin: Springer.
- Felner, R.D., Felner, T.Y. & Silverman, M.M. (2000). Prevention in mental health and social intervention. Conceptual and methodological issues in the evolution of the science and practice of prevention, In J. Rappaport & E. Seidman (Hrsg.), *Handbook of community psychology*. New York, Boston, Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 9-42.
- Ferrie, J.E., Martikainen, P., Shipley, M.S., Marmot, M., Stansfeld, S. & Davey-Smith, G. (2001). Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 322:647-51.
- Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M., Stansfeld, S. & Davey-Smith, G. (1998). The health effects of major organisational change and job insecurity. *Social Science Medicine*, 46:243-54.
- Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Stansfeld, S.A. & Marmot, M. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health. The Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 450-454.

- Fischer-Epe, M & Epe, C. (2004). *Stark im Beruf - erfolgreich im Leben: Persönliche Entwicklung und Selbst-Coaching*. Reinbeck: Rowohlt.
- Fittkau-Garthe, H., Fittkau, B. (1971). *Fragebogen zur Vorgesetzten-Verhaltens-Beschreibung (FVVB).Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fleming, J.S. & Watts,W.A. (1980). The dimensionality of self-esteem: Some results for a college sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 921–929.
- Frank, G. (2001). *Gesundheitscheck für Führungskräfte. Ihr persönlicher Weg zu mehr Leistungsfähigkeit jenseits aller Moden.*, Frankfurt und New York: Campus.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. (3., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Franke, F. & Felfe, J.(2011). *Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“*. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit*. Berlin und Heidelberg: Springer, S. 3-12.
- Franzkowiak, P. (2011a). Gesundheitswissenschaften/Public Health. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden* (Neuausgabe 2011, S. 315–320). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Franzkowiak, P. (2011b). Prävention und Krankheitsprävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden* (Neuausgabe 2011, S. 437–447). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Franzkowiak, P. (2011c). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden* (Neuausgabe 2011, S. 479–486). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Frohwein, T. (2014). „Rede über das was du tust“ – Wie man sich als Unternehmen mit Hilfe von Kommunikationsarbeit Legitimität verleiht. In S. Hahnzog (Hrsg.),

- Betriebliche Gesundheitsförderung – Das Praxishandbuch für den Mittelstand* (S. 83–94). Wiesbaden: Springer-Gabler.
- Gabe, J., Bury, M. & Elston, M.A. (2004). *Key concept in medical sociology*. London: SAGE.
- Gaebel, W. (2003). Ätiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie, In H. J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie & Psychotherapie*, (2. Aufl.) (S. 26-48). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Gadamer, H. G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gallup. (2013). Engagement Index Deutschland 2012. Pressegespräch. Zugriff am 12. März 2014. Verfügbar unter <http://www.gallup.com/strategicconsulting/160904/praesentation-gallup-engagement-index-2012.aspx>.
- Germov, J. (2009). (ed.) *Second Opinion: an Introduction to Health Sociology*. (4th ed.). Melbourne: Oxford University Press.
- Glauner, F. (2013). *CSR und Wertecockpits*. Mess- und Steuerungssysteme der Unternehmenskultur. Berlin Heidelberg: Springer.
- Goldthorpe, J.H. (1997). The „Goldthorpe“ class schema: some on observation conceptual and operational issues in relation to the ESRC Review of Government Social Classifications. In D. Rosem & K. O’Reilly (eds.) *Constructing Classes: Towards a New Classification for the UK*. Swindon and London: ESRC and ONS, pp. 40-48.
- Goleman, D. (1996). *Emotionale Intelligenz*. München: Hanser.
- Goleman, D., Boyatis, R. & Mckee, A. (Hrsg.) (2003). *Emotionale Führung*. Berlin: Ullstein Verlag.
- Greif, S. (1991). The Role of German Work Psychology in the Design of Artefacts. In J. M. Carroll (Ed.), *Designing interaction. Psychology at the human-computer interface* (pp. 203-226). New York: Cambridge University Press.
- Greif, S. (2008a). *Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion*. Göttingen: Hogrefe.

- Greif, S. (2008b). Die härtesten Forschungsergebnisse zum Coaching-Erfolg kennen und praktisch nutzen! In DBVC (Hrsg.), *Welche Rolle spielt der Coach? Praxisbereiche- Vorträge-Workshops*. Osnabrück: mumbo jumbo media.
- Gutmann, A. (1993). „Die kommunitaristischen Kritiker des Liberalismus“. *Kommunitarismus: Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften*. Hg. A. Honneth Frankfurt a. M.: Campus,, 68-83.
- Halpern, D. (2005). *Social Capital*. Oxford: Polity Press.
- Hähner-Rombach, S. (2014). Von der Salutogenese zum Gesundheitsdiktat. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 221-228.
- Handelsblatt & Hanseatische Krankenkasse (Hrsg.). (2012). Handelsblatt trend. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Positionen, Perspektiven, Praxis. Düsseldorf.
- Hetzel, C., Flach, T., Weber, A. & Schian, H.-M. (2006). Zur Problematik der Implementierung des betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen. *Das Gesundheitswesen*, 68 (5), 303–308.
- Hey, P. (2014). Betriebliche Gesundheitsförderung führt zu erfolgreichem Personalmarketing. In S. Hahnzog (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung – Das Praxishandbuch für den Mittelstand* (S. 51–58). Wiesbaden: Springer-Gabler.
- Hehlmann, T. (2010). Verhaltenswissenschaftliche Grundlagen. In B. Badura, U. Walter, T. Hehlmann. *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (2. völlig neu überarb. Aufl.) (S. 91 – 104), Berlin: Springer.
- Hobbes, Thomas (1651/1996). *Leviathan*. Hg. von Richard Tuck. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hofer, J., Chasiotis, A., & Campos, D. (2006). Congruence between social values and implicit motives: Effects on life satisfaction across three cultures. *European Journal of Personality*, 20, 305-324.
- Hofer, J., Busch, H., Bond, M.H., Li, M. & Law, R. (2010). Effects of motive-goal congruence on well-being in the power domain: Considering goals and values in

- a German and two Chinese samples. *Journal of Research in Personality*, 44(5), 610-620.
- Hofstede, G., Hofstede, G.J. & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*, (3. Aufl.) USA: McGraw Hill Professional, p. 23.
- Hofstetter, H. (1988). *Das Leiden der Leitenden. Zur Pathologie intrapersonaler und interpersonaler Störungen von Führungskräften in Organisationen*. München: tuduv.
- Hradil, S. (1999). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. (7. Aufl.). Opladen: Leske und Budrich.
- Hradil, S. (2006). *Die Sozialstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Huber, S. (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement. In A. S. Esslinger, M. Emmert, O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler, S. 2010, S. 67–87.
- Hungenber, H. & Wulf, T. (2007). *Grundlagen der Unternehmensführung*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Hüther, G., Fischer, J.E. (2010). *Biologische Grundlagen psychischen Wohlbefindens*. Badura, B., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009*. Berlin, Heidelberg, New York und Tokio: Springer.
- Hyde, M., Wiggins, R.D., Higgs, P., Blane, D. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19) *Aging & Mental Health*, 7 (3):186–194.
- Hyde, M., Ferrie, J., Higgs, P., Mein, G. & Nazroo, J. (2004). The Effects of pre-retirement circumstances and retirement route on circumstances in retirement: Findings from the Whitehall II study. *Ageing and Society*; 24:279-296.
- ILO (2000). *Mental health in the workplace*. Genf: Internationales Arbeitsamt.
- Insel, T. R. (2003). Is Social Attachment an Addictive Disorder? In *Physiology and Behaviour* 79, 3, 351–357.
- Iverson, D., Lewis, K.L., Caputi, P. & Knospe, S. (2010). The cumulative impact and associated costs of multiple health conditions on employee productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52(12):1206–1211.

- Jachertz, N. (2013): Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. *Deutsches Ärzteblatt* 2013; 110(7): A-269 / B-250 / C-250. Zugriff am 20.09.2015. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/134511/Psychische-Erkrankungen-Hohes-Aufkommen-niedrige-Behandlungsrate>
- Jansen, A., Mäthner, E. & Bachmann, T. (2004). *Erfolgreiches Coaching. Wirfaktoren im Einzel-Coaching*. Kröning: Asanger.
- Joiko, K. et al. (2010). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen und Gestalten. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Jung, E. (2014). Ich kann Führung! Das Recht zur Führung – woher nehmen und nicht stehlen? In L. Seiwert (Hrsg.), *Die besten Ideen für erfolgreiche Führung*. Offenbach: Gabal Verlag.
- Jung, T. (2011). *Reduzierung von Burnout bei Mitarbeitern*. Ein betriebliches Konzept zur Burnout-Prävention durch zielgerichtete Personalführung. Saarbrücken: VDM.
- Jungbauer-Gans, M. & Kriwy, P. (2003). *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Junghanns, G. & Morschhäuser, M. (Hrsg.) (2013). *Immer schneller, immer mehr Psychische Belastung bei Wissens und Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer.
- Kaluza, G. (2005). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R.A. & Thorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity and the restriction of working life*. New York: Basic Books.
- Karazman, R. (2015). *Human Quality Management. Menschengerechte Unternehmensführung*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Kawachi, I.(1999). Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896:120–130.

- Kawachi, I. & Marmot, M. (1998). Commentary: what can we learn from studies of occupational class and cardiovascular disease? *American journal of epidemiology* 148(2):160–163. Zugriff am 12.03.2015. Verfügbar unter <http://aje.oxfordjournals.org/content/148/2/160.full.pdf>
- Kienbaum & Harvard Businessmanager (Hrsg.) (2007). Coaching von Top-Managern. Düsseldorf: Kienbaum Management Consultant GmbH.
- Kienbaum. (Hrsg.). (2011). Unternehmenskultur – Ihre Rolle und Bedeutung – Studie 2011. Zugriff am: 22.08.2015. Verfügbar unter http://unternehmenskulturtrends.files.wordpress.com/2011/03/studie_unternehmenskultur.pdf.
- Kivimäki, M., Elovaino, M., Vahtera, J. & Ferrie, J.E. (2003). Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60:27-34.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Ferrie, J.E., Hemingway, H. & Pentti, J. (2001). Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 58:811-817.
- Klemperer, D. (2010). *Sozialmedizin - Public Health*. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften), (1. Aufl). Bern: Hans Huber.
- Kreiner, G., Hollensbe, E., & Sheep, M. (2009). Balancing borders and bridges: negotiating the workhome interface via boundary work tactics. *Academy of Management Journal*, 52(4), 704–730.
- Krieger, N., Williams, D.R., & Moss, N.E. (1997). Measuring Social Class in US Public Health Research. Concepts, Methodologies and Guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18: 341–78.
- Kriegler, W.R. (2012). *Praxishandbuch Employer Branding*. Passende Mitarbeiter finden und binden. Freiburg, München: Haufe Gruppe.
- Kroll, L.E., Lampert, T. (2007). Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. In *Das Gesundheitswesen*, Jg. 69, H. 3, S. 120-127.

- Krumm, R. (2015). Erfolg durch wertorientierte Führung. In HERO Magazin, 1/15, S. 38-42. Zugriff am 12.06.2015. Verfügbar unter http://www.axiocon.de/fileadmin/user_upload/axiocon/medien/pdf/ww-HERO-Magazine15-01_Rainer-Krumm.pdf
- Kuhn, D., Sommer, D.(2004). Work-Life-Balance: Gesundheitsmanagement zwischen Betrieb und individueller Verantwortung. In D. Kuhn & D. Sommer (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung*, Wiesbaden: Gabler, S. 151-161.
- Kumbruck, C. (2008). Belastung durch Internalisierung von Flexibilitätserfordernissen in Kooperations- und Innovationsprozessen. In G. Becke & E. Senghaas-Knobloch (Hrsg.), *Flexible Arbeitsformen aus der Perspektive sozialer Nachhaltigkeit*. Münster: LIT-Verlag, 185-196.
- Kuper, H., Singh-Manoux, A., Siegrist, J. & Marmot, M. (2002). When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occupational & Environmental Medicine*, 59:777-784.
- Kuper, H. & Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57(2), pp. 147–53.
- Lampert, T. (2005). *Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten*. Berlin: Berliner Zentrum für Public Health.
- Lampert, T., Kroll, L.E. (2010). Armut und Gesundheit. *GBE kompakt* (5):1–10.
- Lampert, T., Kroll, L.E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 631–636.
- Last, J.M. (2005). A brief of history of advances towards health. In S. W. A. Gunn, P. Mansourian, A. M. Davies et al. (Hrsg.), *Understanding the Global Dimension of Health*. (S. 3-14). Berlin and New York: Springer.

- Le Blanc, P.M., De Jonge, J. & Schaufeli, W.B. (2008). Job stress and occupational health. In Chmiel, N. (ed.). *An Introduction to Work and Organizational Psychology: a European perspective* (2nd revised edition). Oxford: Blackwell, pp. 119-147.
- Lercher P. (2003). Which health outcomes should be measured in health related environmental quality of life studies? *Landscape and Urban Planning*, 65: 63-72.
- Leymann, H. (2002). *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Hamburg und Reinbeck: Rowohlt.
- Lilienfeld, D. (2007). Celebration: William Farr (1807-1883). An appreciation on the 200th anniversary of his birth. *International Journal of Epidemiology*, 36: 985-987.
- Linneweh, K., Hofmann, L. M. (2003): Persönlichkeitsmanagement. In L. von Rosenstiel, E. Regnet & M. E. Domsch (Hrsg.), *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel. S. 100 – 109.
- Lischetzke, T. & Eid, M. (2005). Wohlbefinden (Well-being). In H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.), *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (S. 413-422). Göttingen: Hogrefe.
- Little, R. & Rubin, D. (2002). *Statistical Analysis with Missing Data*. Hoboken, USA: Wiley & Sons.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.), Dortmund Berlin Dresden.
- Lorenz, M. & Rohrschneider, U. (2014). *Praktische Psychologie für den Umgang mit Mitarbeitern. Wirkungsvoll und leistungsorientiert führen*. Wiesbaden: Springer.
- Luhmann, N. (2000). *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. (4. Auflage). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Lundberg, U. & Johansson, G. (2000). *Stress and health risks in repetitive work and supervisory monitoring work*. In R. W. Backs & W. Boucsein (Eds.), *Engineering Psychophysiology* (pp. 339–359). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Macik-Frey, M., Quick, J. C. & Nelson, D. L. (2007). Advances in occupational health: From a stressful beginning to a positive future. *Journal of Management*, 33, 809-840.
- Malik, F. (1993): Leistung und Verantwortung – Wozu Top-Manager eigentlich bezahlt werden. In D. Schuppert & A. Lukas (Hrsg.), *Lust auf Leistung. Die neue Legitimation in der Führung*. Wiesbaden: Gabler. S. 55 – 73.
- Marmot, M., Ferrie, J.E, Newman, K. & Stansfeld, S. (2001). The contribution of job insecurity to socio-economic inequalities Research FINDINGS 11 from the Health Variations Programme. *Economic and Social Research Council*.
- Marmot, M., Davey-Smith, G., Stansfeld, S.A., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E.J. & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British Civil Servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337:1387-1393.
- Marmot, M., North, F., Feeney, A., and Head, J. (1993). Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II Study. *Addiction*, 88:369-382
- Marmot, M., Shipley, M.J. & Rose G. (1984). Inequalities in death– specific explanations of a general pattern. *Lancet*, i:1003-6.
- Marmot, M. (2005). *The Status Syndrom: How your social standing directly affects your health*. London: Bloomsbury Publishing.
- Marmot, M. (2006). Introduction. In M. Marmot & R. G. Wilkinson(Hrsg.), *Social Determinants of Health* (p 1-5). Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of health inequalities in England post-2010*. Zugriff am 26.06.2014. Verfügbar unter <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. & Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease. *Lancet*, 350:235-40.
- Marmot, M. & Brunner, E. (2005). Cohort profile: The Whitehall II study. *International Journal of Epidemiology*, 34:251–256

- Marmot, M., & Shipley, M.J. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *British Medical Journal*, 313:1177–1180.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006). *Social Determinants of Health*. (2nd Edition) Oxford: Oxford University Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout-Stress am Arbeitsplatz und was sie dagegen tun können*. Heidelberg: Springer.
- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3, 2011-2030.
- Mayring, P. (1994). Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 51-70). Weinheim und München: Juventa.
- McDonough, P., Duncan, G.J., Williams, D., House, J.S. (1997). Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *American Journal of Public Health*, 87:1476-1483.
- Mein, G., Martikainen, P., Hemingway, H., Stansfeld, S.A. & Marmot, M. (2003). Does normal retirement influence change in mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:46-49.
- Mendel, R., Hamann, J. & Kissling, W. (2010). Vom Tabu zum Kostenfaktor – warum die Psyche plötzlich ein Thema für Unternehmen ist. In *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 2/2010, S. 23-27.
- Meulemann, H. (2013). *Soziologie von Anfang an. Eine Einführung in Themen, Ergebnisse und Literatur*. (3. Aufl.), Wiesbaden: Springer VS.
- Migge, B. (2011). *Handbuch Business-Coaching*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2006). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (2006). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. München: Juventa.

- Mielck, A. & Janßen, C. (2008). Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit. *Public Health Forum* 2008, 16:4-5. Elsevier.
- Moen, F. & Skaalvik, E. (2009). The Effect from Executive Coaching on Performance Psychology. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, Vol. 7(2), pp. 31-49. Zugriff am 21.08.2015. Verfügbar unter http://www.coaching-magazin.de/archiv/2010/rauen_coaching-magazin_2010-02.pdf
- Münch, E., Walter, U. & Badura, B. (2002). *Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor*. Berlin: Edition Sigma.
- Müller, B. (2004). Das Stress-Feld-Modell als Abfolge sozialen, biologischen und psychischen Stresserlebens. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), 74-75
- Munir, F., Nielsen, K. & Carneiro, I. G. (2010). Transformational leadership and depressive symptoms: a prospective study. *Journal of affective disorders*, 120 (1-3), 235–239.
- Murray, C.J.L., Ezzati, M., Flaxman, A.D. et al. (2012). The Global Burden of Disease Study 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet*, 380: 2063–2066.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und führen lassen (6. Aufl.)*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Nerdinger, F.W., Blickle, B. & Schaper, N. (2011). *Arbeits- und Organisationspsychologie (2. Aufl.)*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., et al. (1998). Psychological factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of the Work Environment and Health*, 24, 197 -205.
- Nübling M., Stöbel U., Hasselhorn H.M. et al. (2005) *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- North, F.M., Syme, S.L., Feeney, A., Shipley, M. & Marmot, M. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 86:332-40.
- Opaschowski, H.W. (2008). *Deutschland 2030-Wie wir in Zukunft leben*. (1. Aufl.) München: Random House.

- Ostrom, E. (2000): Social capital a fade or fundamental concept? In P. Dasgupta & I. Serageldin (Hrsg.), *Social capital. A multifaceted perspective*. Washington: The World Bank: 172-214.
- Ostrom, E. & Ahn, T.K. (Hrsg.). (2003). *Foundations of Social Capital*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- O'Toole, J. & Lawler, E. (2006). *The New American Workplace*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ottow, C. (2011). *30 Prozent des Erfolgs*. PR-Report September 2011. Hamburg: Haymarket Media. S. 44-47.
- Peter, R., Alfredson, L., Hammar, N. et al. (1998). High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:540-547. <http://jech.bmjournals.com/cgi/reprint/52/9/540.pdf>
- Petzold, H.G. (2010). Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. *Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege*. Krems, Zentrum für psychosoziale Medizin. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. <http://www.fpi-publication.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2010-petzold-h-g-2005r.html>
- Pfaff, H., Püllhofer, F., Brinkmann, A. et al. (2004). *Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE): Kompendium valider Kennzahlen*. Klinikum der Universität zu Köln, Abteilung Medizinische Soziologie, Köln.
- Pfeiffer, W., Scholl, J., Renz, E., Cirè, L., Kentner, M. (2001). Wie gesund sind Führungskräfte? Eine Querschnittsstudie zum kardiovaskulären Risikofaktorenprofil von Managern. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 36, S. 126 – 131.
- Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Kyshegyi, J., Gostautas, A., Skodova, Z. & Marmot, M. (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:624-630.

- Poppelreuter, S. & Mierke, K. (2012). *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen – Auswirkungen – Handlungsmöglichkeiten*. Berlin: Erich Schmidt.
- Preihs, E. & Dornhöfer, N. 2009, Employer Branding – Mit Markenversprechen punkten. *Arbeit – und Arbeitsrecht – Personal-Profi* 11/2009, 654-656.
- Preisendörfer, P. (2005). *Organisationssoziologie: Grundlagen, Theorien und Problemstellungen*. Wiesbaden: VS.
- Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton: Princeton University Press.
- Putnam, R.D. (Hrsg.) (2001). *Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.
- Reid, D.D., Hamilton, P.J.S., McCartney, P., Rose, G., Jarrett, R.J., Keen, H. & Rose, G. (1974). Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. *Lancet*. 1974;i:469–473
- Renz, E., Pfeiffer, W., Pitzer, M., Blumrich, M., Kentner, M. (2004). Wie fit sind Führungskräfte? Eine Querschnittsstudie zur körperlichen Aktivität und Leistungsfähigkeit von Managern. In *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, S. 1 – 14.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. akt. Aufl.) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M. (2013). Verkörperte Ungleichheiten: Herausforderungen für die psychosomatische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 1, 19-26.
- Richter, P. & Hacker, W. (2008). *Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben* (2. Aufl.). Heidelberg: Asanger.
- Riechert, I. (2011). *Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche*. Berlin: Springer.

- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation* (S. 281-298). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Rigotti, T. & Mohr, G. (2011). Gesundheit und Krankheit in der neuen Arbeitswelt. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 61-82). Göttingen: Hogrefe.
- Rixgens, P. (2008). Messung von Sozialkapital im Betrieb durch den „Bielefelder Sozialkapital-Index (BISI)“. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren- Wohlbefinden fördern.* (S. 263-271). Heidelberg: Springer.
- Rixgens, P. & Badura, B. (2011). Arbeitsbedingungen, Sozialkapital und gesundheitliches Wohlbefinden – Differenzen in den Einschätzungen von Führungskräften und Mitarbeitern. In Badura, B., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit.* Berlin und Heidelberg: Springer.
- Rixgens, P., Behr, M. & Badura, B. (2013). Gegenstand, Vorgehensweisen und Methodik. In Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P. et al (Hrsg.), *Sozialkapital, Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg.* (2., erweiterte Aufl.) Berlin und Heidelberg: Springer Gabler. S. 61–86.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Mirrors in the Brain, How Our Minds Share Actions and Emotions.* Oxford: Oxford University Press.
- Robinson, D., Perryman, S., & Hayday, S. (2004). *The drivers of Employee Engagement.* Institute for Employment Studies (IES). Zugriff am: 30.05.2014. Verfügbar unter <http://www.employment-studies.co.uk/summary/summary.php?id=408>.
- Rosa, H. (2005). *Beschleunigung.* Die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Roschker, N.S. (2014). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt.* Soziale und ökonomische Relevanz für Gesellschaft und Unternehmen. Berlin: Springer Gabler.

- Rose, G. & Marmot, M. (1981). Social class and coronary heart disease. *British Heart Journal* 45, pp 13-19, 1981
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent selfimage*. Princeton, Nex York: Princeton University Press.
- Rosenstiel, L. von (2006). Leadership und Change. In S. Krummaker & B. Vogel. *Leadership - Best Pracitces and Trends* (S. 146-156). Wiesbaden: Gabler.
- Rosenstiel, L. von (2007). *Grundlagen der Organisationspsychologie* (6. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Rosenstiel, L. von & Wegge, J. (2004). Führung. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie 2 – Gruppe und Organisation. Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. D/III/4 (S. 494–558). Göttingen: Hogrefe.
- Rossum, van C.T.M., Shipley, M.J., Van de Mheen, H., Grobbee, D.E. & Marmot, M. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *Journal of Epidemiology and Community Health* ,54:178-184.
- Rowold, J. & Heinitz, K. (2008). Führungsstile als Stressbarrieren. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 7 (3), 129–140.
- Rump, J. (2014, März). Flexicurity: Flexibilität und Stabilität als Leitprinzip in der Arbeitswelt von morgen, Petersberg. Zugriff am 26.07.2015. Verfügbar unter http://www.health-on-top.de/userdoks/handouts/2014_semfo_rump.pdf
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houbon, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychiatrischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schein, E.H. (1985) *Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Schiersmann, C. & Thiel, H.-U. (2011). *Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen*. (3. durchges. Aufl.). Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt, G. (1995). *Business-Coaching. Mehr Erfolg als Mensch und Macher*. Wiesbaden: Frankfurt Allgemeine Zeitung, Betriebswirtschaftlicher Verlag.

- Scholz, C. (2014). Personalmanagement. Informationsorientierte und verhaltens-theoretische Grundlagen (6. Aufl.). München: Vahlen.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Tress, W. (1999). Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 462-468.
- Schott, T. (1996). *Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit: Eine sozial-epidemiologische Untersuchung über den Erfolg medizinischer Rehabilitation nach Herzerkrankung bei Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit*. Weinheim: Juventa.
- Schreyögg, G. (Hrsg.) (1999). *Organisation und Postmoderne: Grundfragen – Analysen – Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler.
- Schreyögg, G. (2012). *Grundlagen der Organisation. Basiswissen für Studium und Praxis*. Wiesbaden: Gabler.
- Schütte, M. (2005). Externe Berichterstattung zu Wissen, Humankapital, intellektuellem Kapital – ein Vorschlag zur Begriffsklärung. *Der Betrieb*, Vachverlag Handelsblatt, Heft 5, p. 240 ff.
- Schüssler, G. (2003). Psychologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.) (2003). *Psychiatrie & Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg und New York: Springer, S. 178-207.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schultz, K.-H. (1994). Psychoneuroimmunologie. In W. D. Gerber, H. D. Basler & U. Tewes (Hrsg.), *Medizinische Psychologie* (S. 129-139). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schultz, T. (1981). *Investing in People*. University of California Press.
- Schulte-Zurhausen, M. (2010). *Organisation* (5. Aufl.). München: Vahlen.
- Schultz, K.-H. (1994). Psychoneuroimmunologie. In W.D. Gerber, H. D. Basler & U. Tewes (Hrsg.), *Medizinische Psychologie* (S. 129-139). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.
- SCOHS, Sozialkapital Standard UG Social Capital & Occupational Health Standard (SCOHS) (2010). Förderung von Gesundheit und Produktivität in Organisationen durch ein zertifizierbares Betriebliches Gesundheitsmanagement. Bielefeld.
- Sedlacek, B. (2011). DGEP-Studie: Psychische Beanspruchung von Mitarbeitern und Führungskräften. Praxispapier 2/2011. Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (Hrsg.), Düsseldorf. Zugriff am 29.01.2015. Verfügbar unter <http://static.dgfp.de/assets/empirischestudien/2011/02/dgfp-studie-psychische-beanspruchung-von-mitarbeitern-1290/dgfp-studie-psychische-beanspruchung.pdf>
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson Studium.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness. Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: The Free Press.
- Siegrist, J. (1995). *Medizinische Soziologie*. (5. neu bearb. Aufl.), München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). *Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungskontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 51, 305–312.
- Siegrist, J., Marmot, M. (2006). Social inequalities in health: basic facts. In J. Siegrist, M. Marmot (Hrsg.). *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. (pp 1-25). New York: Oxford University Press.
- Smith, A. (2000). Quality of Life: a Review. In *Education and Ageing*, Vol. 15 (2), S. 419-435.
- Sonnentag, S. & Frese, M. (2003). Stress in organization. In W. C. Borman, D. R. Ilgen & R. J. Klimoski (Eds.), *Handbook of psychology, Vol. 12. Industrial and organizational psychology* (pp. 453–491). New York: Wiley.

- Spieß, M. (2008). Missing-data-Techniken: Analyse von Daten mit fehlenden Werten. Münster: LIT Verlag.
- Sponheuer, B. (2009). Strategisches und operatives Employer Branding als Bestandteil einer ganzheitlichen Markenführung. Wiesbaden.
- Staehele, W. H. (1994). Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. (7. überar. Aufl.), München: Vahlen.
- Stafford, M., Bartley, M., Mitchell, R. & Marmot, M. (2001). Characteristic of individuals and characteristics of areas: investigating their influence on health in the Whitehall II study. *Health and Place*,7:117-129.
- Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Shipley, M.J. & Marmot, M. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*,15:302-7.
- Stansfeld, S., Marmot, M. (Eds.) (1998). *Stress and the Heart*. London: BMJ Books.
- Stansfeld, S., Head, J. & Marmot, M. (2000). Work-related factors and ill health: The Whitehall II study Health and Safety Executive, *CRR 266/2000*. HSE Books.
- Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Head, J., Ferrie, J. & Shipley, M.(1997). Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43: 73-81
- Stansfeld, S.A., Head, J., Fuhrer, R., Wardle, J. & Cattell, V. (2003). Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:361.
- Steinert, C. et. al. (2011). Schlechte Führung wird toleriert, wenn die Zahlen stimmen. Stellenwert der Personalführung in deutschen Unternehmen. In: Personalführung 07/2011, S. 38-41.
- Stephoe, A., Marmot M. (2002). The role of psychobiological pathways in socioeconomic inequalities in cardiovascular disease risk. *European Heart Journal* 23:13–25.
- Stephoe, A., Kunz-Ebrecht, S., Owen, N., Feldman, P.S., Willemssen, G., Kirschbaum, C. & Marmot, M. (2003). Socioeconomic Status and Stress-Related Biological Responses Over the Working Day. *Psychosomatic Medicine* 65(3):461–470.

- Sternberg, E.M. (2006). Neural regulation of innate immunity: a coordinated non-specific host response to pathogens. *Nat Rev Immunol*, 6, 318-328.
- Stilijanow, U. & Bock, P. (2013). Keine Zeit für gesunde Führung? Befunde und Perspektiven aus Forschung und Beratungspraxis. In G. Junghanns & M. Morschhäuser (Hrsg.). *Immer schneller, immer mehr: psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer VS, S. 145 – 164.
- Stock-Homburg, R., Bauer, E.-M. (2007). Work-Life-Balance im Topmanagement. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Entgrenzung von Arbeit und Leben. APuZ Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*. 34/2007, S. 25 – 32.
- Stock-Homburg, R. (2013). *Handbuch Strategisches Personalmanagement*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Swart, E., Ihle, P., Geyer, S., Grobe, T. & Hofmann, W. (2005). GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen*, 67(8/9): 416-421.
- Syedain, H. (1991): Middle Managers an endangered species. In: *Management Today*, 5, p. 46 – 50.
- Techniker Krankenkasse (TK) (Hrsg.) (2009). Je größer der Dstress, desto kränker. Angaben zu Krankheiten nach Stresspegel. Zugriff am 29.01.2015. Verfügbar unter http://www.vdma.org/documents/105628/244511/TK_Studie%20Stress.pdf/15ff404a-1799-457f-81cc-1bd640f8f56f
- Techniker Krankenkasse. (TK) (Hrsg.) (2013). *Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Hamburg: Pressestelle der Techniker-Krankenkasse.
- Techniker Krankenkasse (TK) (Hrsg.) (2015). *Depressionsatlas - Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen*. Zugriff am 29.01.2015. Verfügbar unter http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/139128/Depressionsatlas_2015.pdf
- Trendence-Institut (2013): *Business Edition 2013 - trendence Graduate Barometer Europe*, online auf: <http://www.trendence.com/unternehmen/rankings/europe-all-countries.html>

- Udris, I.(2006). Salutogenese in der Arbeit- ein Paradigmenwechsel? *Wirtschaftspsychologie. Sonderheft zur Salutogenese in der Arbeit; 8 (2/3)*, 4-13.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). *Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einen Ressourcenkonzept*. In *Psychosozial*, 15 (4), 9-20.
- Udris, I., Kraft, U., Muhheim M., Mussmann, C. & Riemann, M. (1992). Ressourcen der Salutogenese. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung*. (S. 85–103). Regensburg: Roderer.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2005). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*. (2. Aufl.) Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2010). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen* (4. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Virchow, R. (1849). Der Armenarzt. In: *Die medicinische Reform*. Eine Wochenschrift, erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849, Reprint, Berlin 1983, S. 125.
- Virtanen, M., Ferrie, J.E., Singh-Manoux, A., Shipley, M.J., Vahtera, J., Marmot, M., Kivimäki, M. (2010) Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. *European Heart Journal* 2010 Jul; 31(14):1737-44.
- Virtanen, M., Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Ferrie, J.E. & Kivimäki, M. (2012). Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PLOS One*, 7(1).
- Von der Oelsnitz, D., Schirmer, F. & Wüstner, K. (2014). In welcher Arbeitswelt wollen wir zukünftig leben? In D. von der Oelsnitz, F. Schirmer & K. Wüstner (Hrsg.), *Die auszehrende Organisation. Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt*. Springer Gabler, S. 319-330.
- Walgenbach, P. (1994): Mittleres Management: Aufgaben - Funktionen - Arbeitsverhalten. In: neue betriebswirtschaftliche forschung, Band 127. Wiesbaden: Gabler.

- Walk, H. (2007). Partizipation in der Sozial-ökologischen Forschung - Ergebnisse der Querschnittsarbeitsgruppe Partizipation. In H. Jonuschat (Hrsg.), *Partizipation und Nachhaltigkeit: Vom Leitbild zu Umsetzung* (S. 13-28). München: Oekom-Verlag.
- Walter, H. (1998). *Handbuch Führung*. Der Werkzeugkasten für Vorgesetzte. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- Watzlawick, P., & Beavin, J. (1972). Einige formale Aspekte der Kommunikation. In B. Badura & K. Gloy, *Soziologie der Kommunikation*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Watzlawick, P. (1988). Munchhausens Zopf oder Psychotherapie und «Wirklichkeit»: Aufsätze und Vorträge über menschliche Probleme in systemisch-konstruktivistischer Sicht. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Wege, N., Dragano, N., Erbel, R. et al. (2008). When does work stress hurt? Testing the interaction with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study. *Journal of epidemiology and community health* 62(4):338–341.
- Weinacker, M. (2002). Leitfaden zur Einführung eines prozessorientierten integrierten Managementsystems Landesanstalt für Umweltschutz des Ministeriums für Umwelt und Verkehr Baden-Württemberg, Karlsruhe.
- Weinreich, I. & Weigl, C. (2002). *Gesundheitsmanagement erfolgreich umsetzen*. Neuwied: Luchtermann.
- Welch, J. & Welch, S. (2005). *Winning – Das ist Management*. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Westermayer, G (1998). *Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung*. In E. Bamberg, A. Ducki, A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen 1998, S. 119-132.
- Westermayer, G., BGF-Team & Wohlfeil, J. (2004). Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung durch die AOK Berlin. State of the Art und Zukunftsweisendes. (S. 70-103). In R. Busch & AOK Berlin (Hrsg.), *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven*. Rainer Hampp, München und Mering.

- Westermayer, G. (2006). Die Rolle der Führung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In R. Busch, Senatsverwaltung für Inneres (Hrsg.), *Gesundheitsforum 2005.*, (Bd.4). (S. 82-113). Berlin: Schriftenreihe des Weiterbildungszentrums der Freien Universität Berlin.
- Westermayer G. & Stein, B. (2005). *Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit*. Hogrefe, Göttingen.
- Wittchen, H.-U. (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 27-55). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wohe, G. (2005). Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, (22. Aufl.) München: Vahlen.
- World Health Organization. (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 29.11.09. Verfügbar unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>.
- World Health Organisation (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Zugriff am 28.09.2014. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/About-WHO/Policy/200010827_2?language=German.
- World Health Organization (WHO) (2004). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options World Health Organization, Geneva.
- World Health Organisation (WHO) (2005). *WHO European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005*. Geneva: WHO. Zugriff am 29.06.2015. Verfügbar unter <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107625/1/E85445.pdf?ua=1>
- Wittchen, H.-U. (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 27-55). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wrona, D. (2006, March). Neural-immune interactions: an integrative view of the bidirectional relationship between the brain and immune systems. In *Journal of Neuroimmunology*, 172, 38-58.
- Wüstner, K. (2006). *Arbeitswelt und Organisation*. Wiesbaden: Gabler.

- Wunderer, R. (2001): *Führung und Zusammenarbeit: Eine unternehmerische Führungslehre*, (4. vollst. überarb. Aufl.). Neuwied – Kriftel.
- Zapf, D. (1991). Arbeit und Wohlbefinden. In A. Abele, P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik*. (S. 227 - 244). Weinheim, München: Juventa.
- Zapf, D. & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Themenbereich D, Serie III, Band 3, Organisationspsychologie, 2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Zerssen, D. von (1976). Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. (S. 85-100). Berlin und Heidelberg: Springer.

Anhang

Anhang 1: Histogramme zur Verteilungsform der Konstrukte

Arbeitsbedingungen

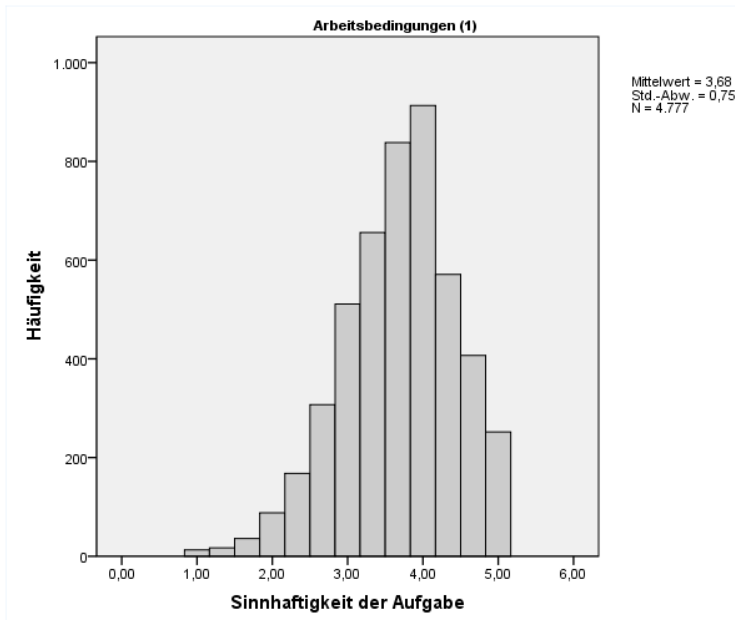


Abb. 18: Histogramm Arbeitsbedingungen "Sinnhaftigkeit der Aufgabe"

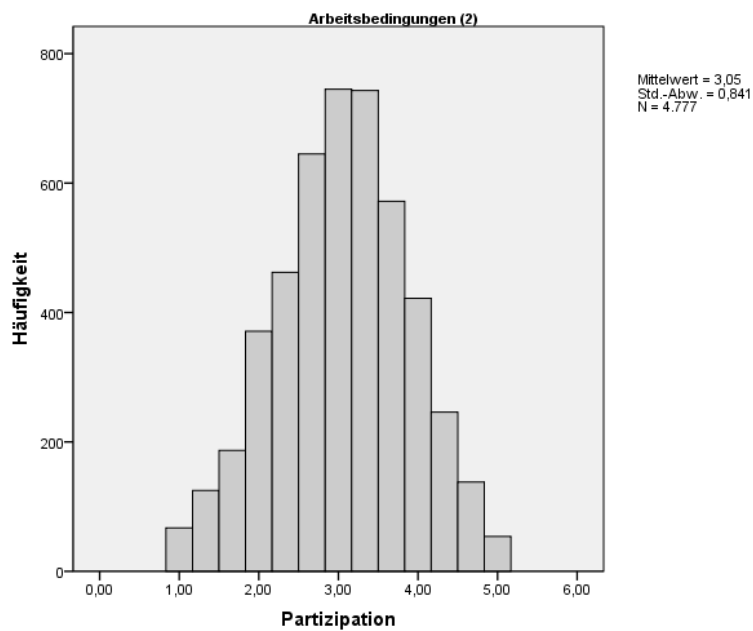


Abb. 19: Histogramm Arbeitsbedingungen "Partizipation"

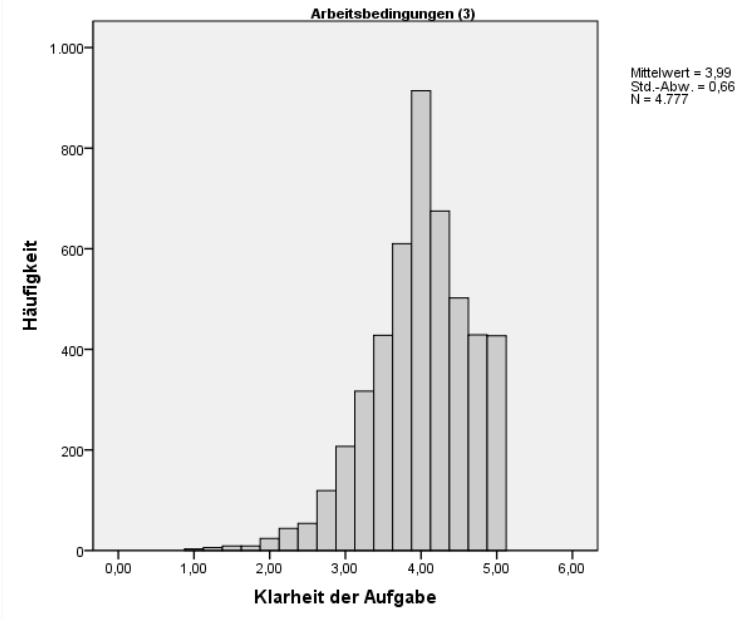


Abb. 20: Histogramm Arbeitsbedingungen "Klarheit der Aufgabe"

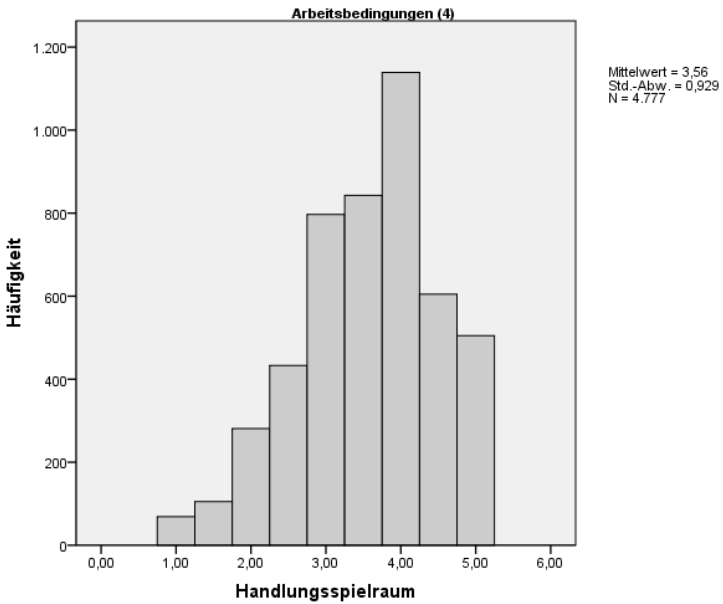


Abb. 21: Histogramm Arbeitsbedingungen "Handlungsspielraum"

Sozialkapitalformen

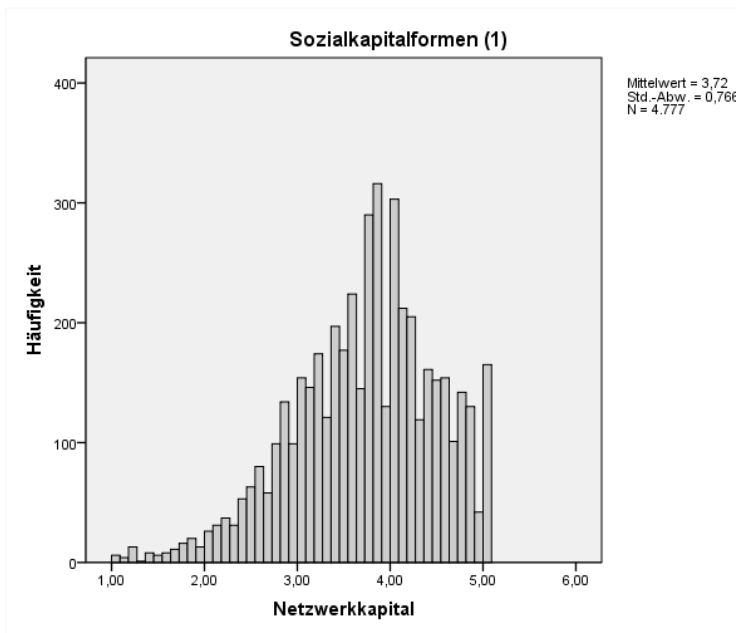


Abb. 22: Histogramm Sozialkapitalform "Netzwerkkapital"

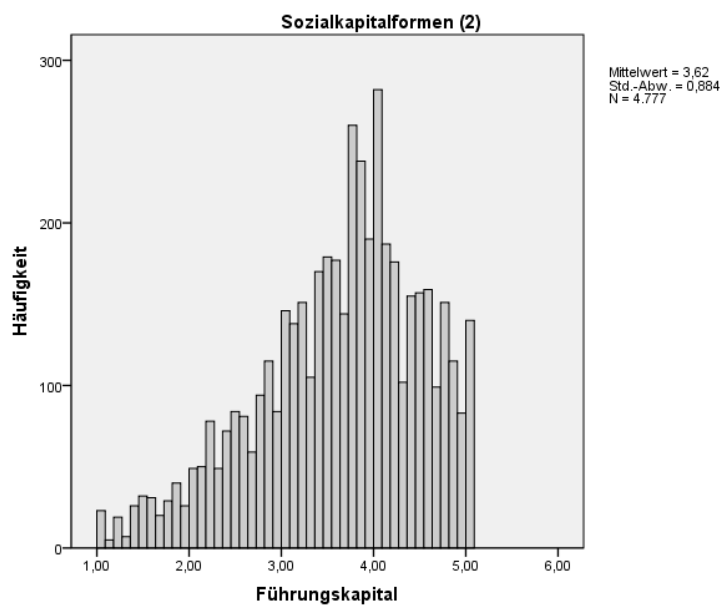


Abb. 23: Histogramm Sozialkapitalform "Führungskapital"

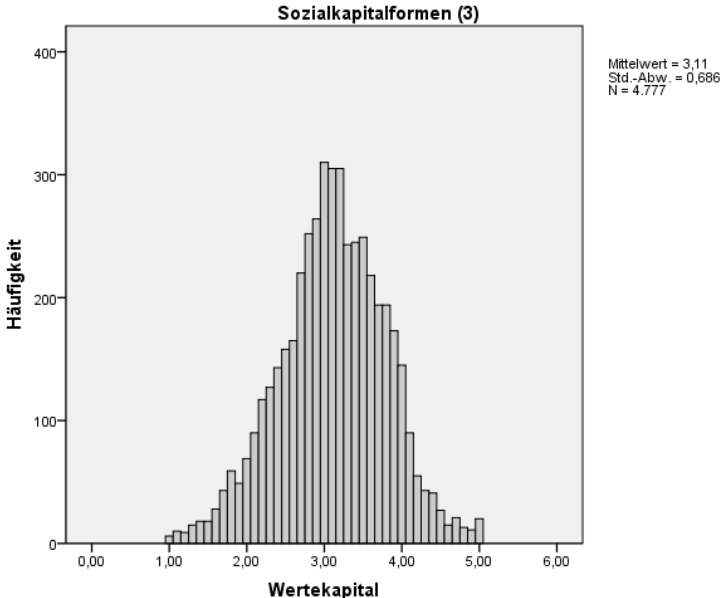


Abb. 24: Histogramm Sozialkapitalform "Wertekapital"

Gesundheitsmerkmale

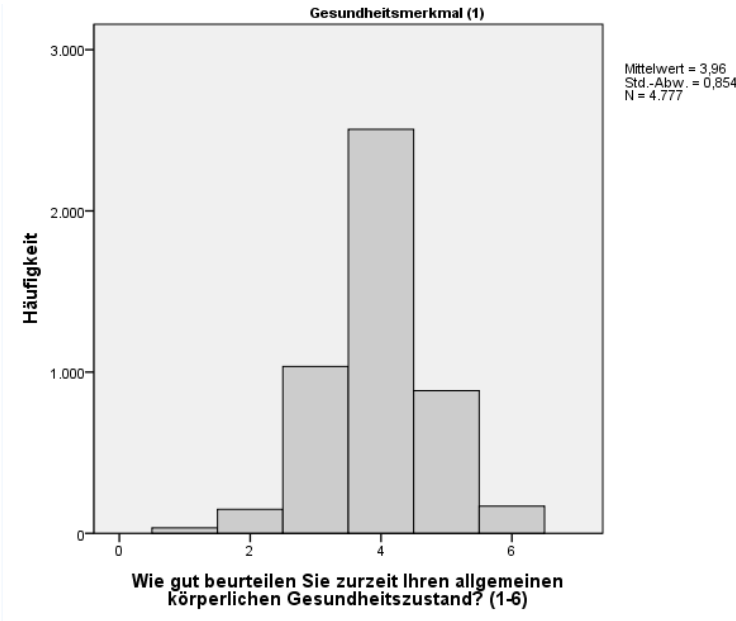


Abb. 25: Histogramm Gesundheitsmerkmal "körperlicher Gesundheitszustand"

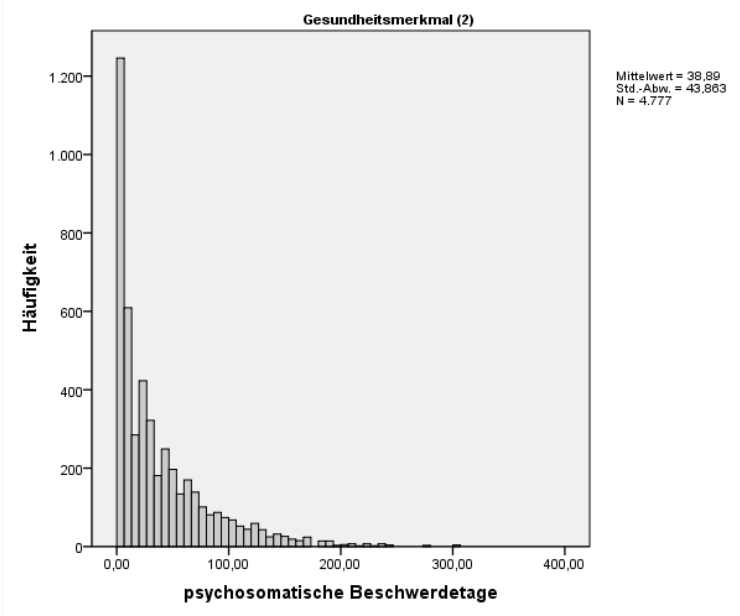


Abb. 26: Histogramm Gesundheitsmerkmal "psychosomatische Beschwerdetage"

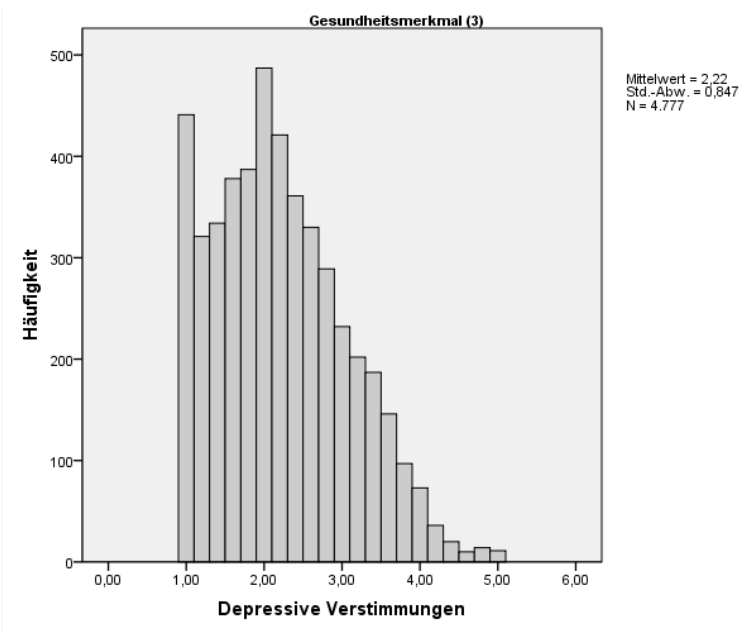


Abb. 27: Histogramm Gesundheitsmerkmal "Depressive Verstimmungen"

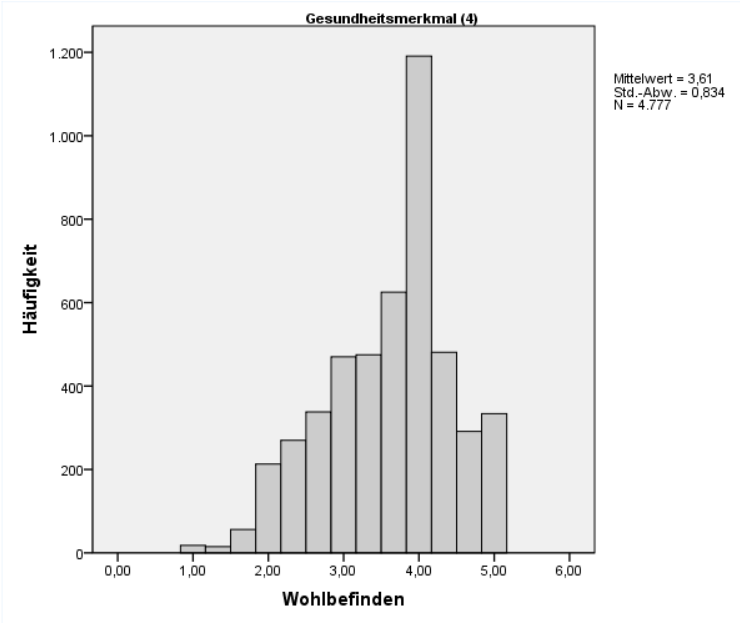


Abb. 28: Histogramm Gesundheitsmerkmal "Wohlbefinden"

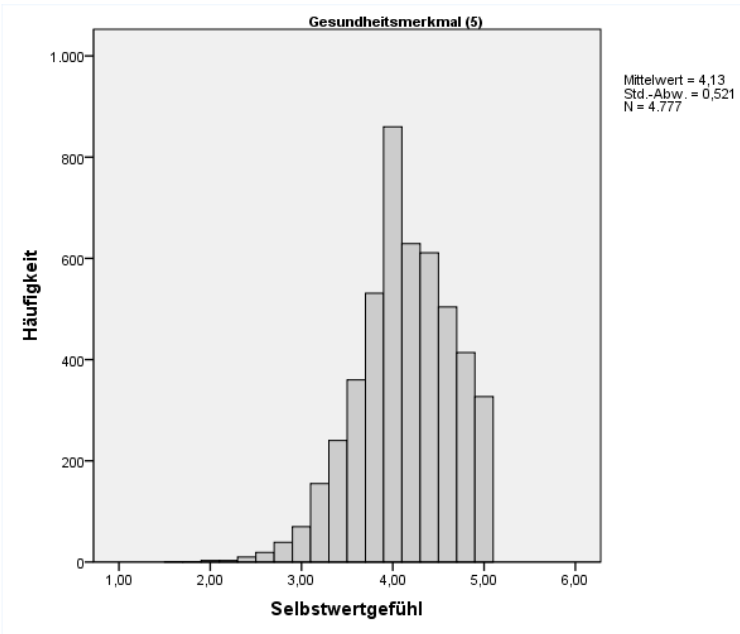


Abb. 29: Histogramm Gesundheitsmerkmal "Selbstwertgefühl"

Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben

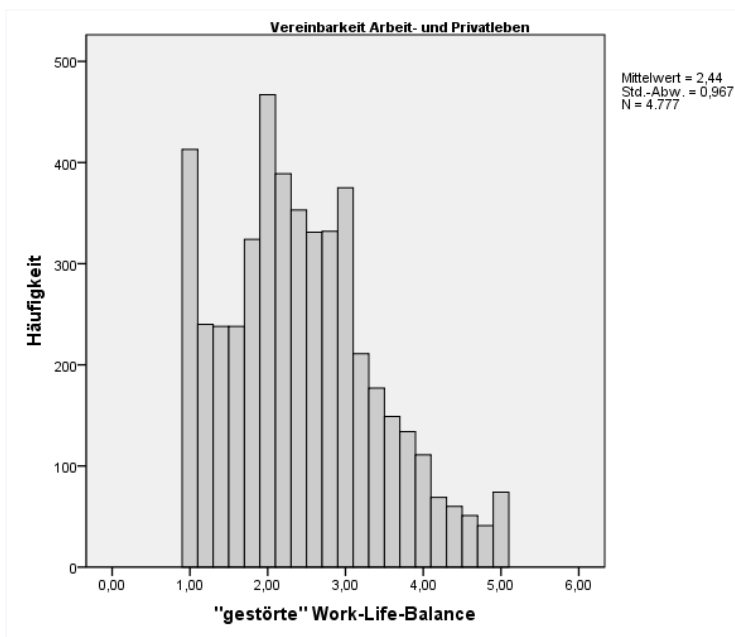


Abb. 30: Histogramm Vereinbarkeit Arbeit- und Privatleben "gestörte Work-Life-Balance"

Wahrgenommene Produktivität

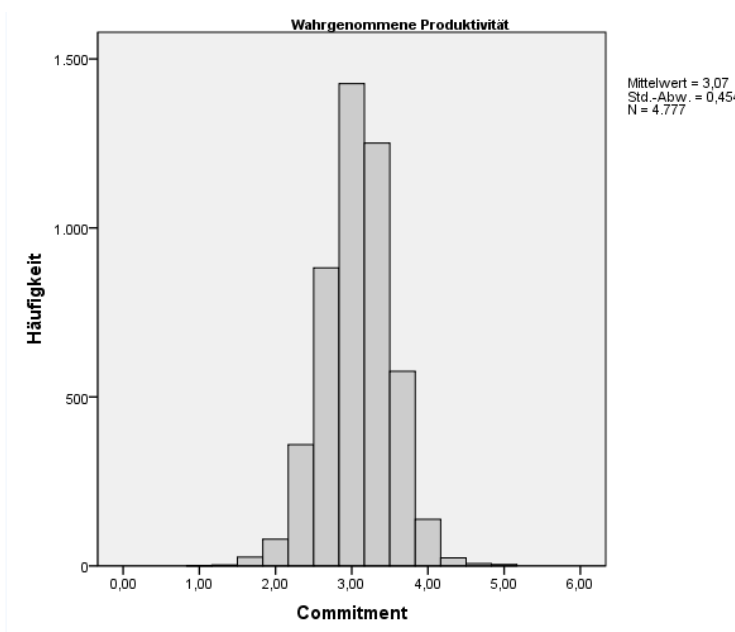


Abb. 31: Histogramm Wahrgenommene Produktivität "Commitment"

Organisationspathologien

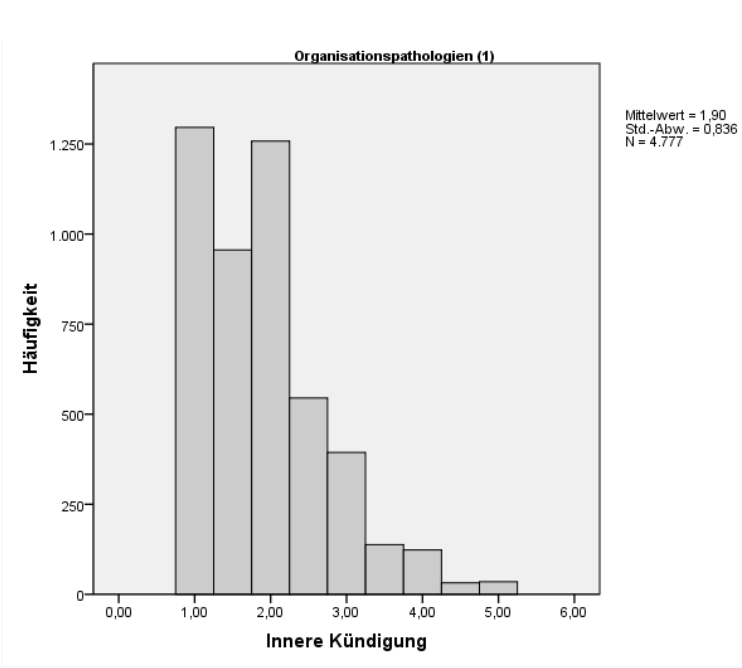


Abb. 32: Histogramm Organisationspathologien "Innere Kündigung"

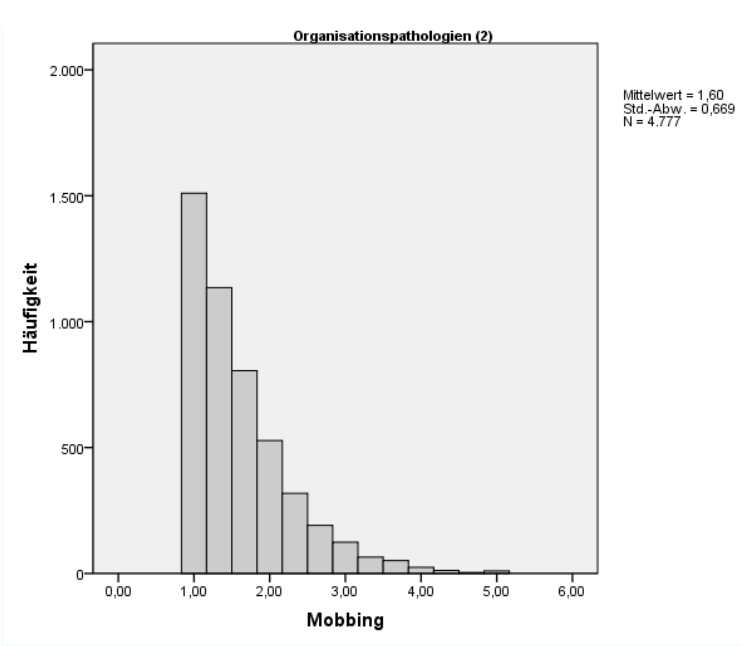


Abb. 33: Histogramm Organisationspathologien "Mobbing"

Anhang 2: Im Rahmen der Datenanalyse betrachtete Items, Skalen und Konstrukte

Konstrukte und Skalen des Fragebogens

PERSONALVERANTWORTUNG

Haben Sie eine Führungsposition inne?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---------------------------------------	--

ARBEITSSITUATION

Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen insgesamt		sehr un- zufrieden	un- zufrieden	Mittel- mäßig	Zufrieden	sehr zu- frieden
01	Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wie zufrieden sind Sie mit der technischen Ausstattung Ihres Arbeitsplatzes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wie zufrieden sind Sie mit den äußeren Bedingungen Ihres Arbeitsplatzes allgemein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wie zufrieden sind Sie mit der Höhe Ihrer Bezahlung im Verhältnis zu der von Ihnen erbrachten Arbeitsleistung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit des Betriebs/Personalrats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Transparenz von Entscheidungen, die von der Unternehmensleitung getroffen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinnhaftigkeit der Aufgabe		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Ich habe fast immer das Gefühl, dass meine Arbeit wirklich wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich habe den Eindruck, dass ich durch meine Arbeit maßgeblich zum Betriebserfolg beitrage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich erlebe meine Arbeit in der Regel als persönliche Bereicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klarheit der Aufgabe		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Für meine Arbeit gibt es klare Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich weiß genau, welche Dinge in meinen Verantwortungsbereich fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich weiß immer ganz genau, wie weit meine Befugnisse bei der Arbeit reichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich weiß genau, was von mir bei der Arbeit erwartet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partizipation		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Wenn ich eine gute Idee habe, kann ich sie in meinem Arbeitsbereich auch verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	In meiner Abteilung kommt es öfter vor, dass ich vor vollendete Tatsachen gestellt werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Bei wichtigen Dingen in meiner Abteilung kann ich fast immer mitreden und mitentscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Handlungsspielraum		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Ich kann meine Arbeit selbstständig planen und einteilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich kann bei meiner Arbeit viele selbstständige Entscheidungen treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NETZWERKKAPITAL: SOZIALE BEZIEHUNGEN INNERHALB DER ARBEITSTEAMS

Kohäsion (Teamzusammenhalt)		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	In unserer Abteilung gehen wir zusammen durch dick und dünn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	In unserer Abteilung halten alle ganz gut zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	In unserer Abteilung steht keiner außerhalb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMUNIKATION

Kohäsion (Teamzusammenhalt)		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Der Umgangston zwischen den Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung ist meistens gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sozialer „Fit“		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	In meinem Kollegenkreis fühle ich mich insgesamt sehr wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung passen menschlich gut zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Social support		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	In unserer Abteilung sind die Kolleginnen und Kollegen in hohem Maße bereit, sich füreinander einzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Bei uns in der Abteilung ist es üblich, dass man sich gegenseitig hilft und unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vertrauen		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Wenn es nötig ist, kann man sich auf die Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	In unserer Abteilung ist das gegenseitige Vertrauen so groß, dass wir auch über persönliche Probleme offen reden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FÜHRUNGSKAPITAL: FÜHRUNGSVERHALTEN DES DIREKTEN VORGESETZTEN

Mitarbeiterorientierung		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Mein direkter Vorgesetzter hat für seine Mitarbeiter immer „ein offenes Ohr“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Mein direkter Vorgesetzter erkennt die Leistung seiner Mitarbeiter an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Mein direkter Vorgesetzter achtet darauf, dass seine Mitarbeiter sich beruflich weiterentwickeln können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunikation		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Mein direkter Vorgesetzter informiert seine Mitarbeiter über alle wichtigen Dinge der Abteilung und des Unternehmens schnell und zuverlässig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Akzeptanz des Vorgesetzten		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Mein direkter Vorgesetzter ist für seine Mitarbeiter ein echtes Vorbild.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Mein direkter Vorgesetzter wird von allen seinen Mitarbeitern als „Chef“ anerkannt und akzeptiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Mein direkter Vorgesetzter versteht sich insgesamt sehr gut mit seinen Mitarbeitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vertrauen		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Mein direkter Vorgesetzter steht zu dem, was er sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Mein direkter Vorgesetzter ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fairness und Gerechtigkeit		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Mein direkter Vorgesetzter behandelt alle seine Mitarbeiter fair und gerecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÜBERZEUGUNGS-/WERTEKAPITAL: ORGANISATIONSKULTUR

Gemeinsame Normen und Werte		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Bei uns setzen sich fast alle Beschäftigten mit großem Engagement für die Ziele des Unternehmens ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Führungskräfte und Mitarbeiter orientieren sich bei Ihrer täglichen Arbeit sehr stark an gemeinsamen Regeln und Werten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konfliktkultur		trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Konflikte und Meinungsverschiedenheiten werden in unserem Unternehmen sachlich und vernünftig ausgetragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kohäsion		trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Bei uns gibt es in allen Bereichen einen sehr großen Teamgeist unter den Beschäftigten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Unser Unternehmen kann man fast mit einer großen Familie vergleichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gerechtigkeit		trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Bei uns werden alle Beschäftigten gleich behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Insgesamt habe ich den Eindruck, dass es bei uns im Umgang mit den Beschäftigten fair und gerecht zugeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vertrauen in die Geschäftsleitung und den Betriebsrat		trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Als Beschäftigter kann man sich voll und ganz auf unsere Unternehmensleitung verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gelebte Unternehmenskultur		trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	In unserem Unternehmen gibt es gemeinsame Visionen bzw. Vorstellungen darüber, wie sich der Betrieb weiterentwickeln soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wertschätzung		trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Die Wertschätzung eines jeden einzelnen Mitarbeiters ist in unserem Unternehmen sehr hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUTCOMES

Güte des körperlichen Gesundheitszustands	
01	Wie beurteilen Sie zurzeit Ihren allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand?
	<input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Weniger gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Ausgezeichnet

Physische Gesundheit		praktisch nie	mehrmals im Jahr	mehr- mals im Monat	mehrmals in der Woche	fast täg- lich
01	Wie oft hatten Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wie oft reagierte Ihr Magen empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wie oft hatten Sie Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wie oft fühlten Sie sich schnell müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wie oft hatten Sie Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wie oft hatten Sie Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Wie oft hatten Sie Schlafstörungen (beim Ein- und Durchschlafen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depressive Verstimmungen		nie	selten	gelegentlich	oft	fast immer
01	Es fiel mir schwer, etwas zu genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich konnte mich nicht so freuen wie früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich fühlte mich in meiner Aktivität gehemmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich musste mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich fühlte mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wohlbefinden		nie	selten	gelegentlich	oft	fast immer
01	Ich fühlte mich voller Energie und Tatkraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich war unbeschwert und gut aufgelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich war ruhig und ausgeglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstwertgefühl		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobbing		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Ich werde von Kollegen/Kolleginnen in meiner Abteilung gemobbt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich werde von meinem Vorgesetzten gelegentlich persönlich angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	In unserer Belegschaft sind Intrigen und Mobbing weit verbreitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Innere Kündigung		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Was bei uns im Unternehmen vor sich geht, interessiert mich eigentlich nur wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich tue bei der Arbeit bewusst nur das, was wirklich von mir verlangt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Bei meiner Arbeit mache ich normalerweise „Dienst nach Vorschrift“ und nicht mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commitment		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Die Beschäftigten identifizieren sich in sehr starkem Maße mit dem eigenen Unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich bin stolz darauf, für dieses Unternehmen arbeiten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Mir ist es eigentlich egal, ob ich mein Geld hier oder in einem anderen Unternehmen verdiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Work-Life-Balance		trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, dass die Dissertation von mir selbstständig verfasst und – einschließlich beigefügter Abbildungen und Skizzen – keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen, Darstellungen und Hilfsmittel benutzt wurden. Dies gilt in gleicher Weise für gedruckte Quellen wie für Quellen aus dem Internet. Ich habe Passagen und Sätze der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen sind, in jedem einzelnen Fall unter genauer Angabe der Stelle ihrer Herkunft deutlich als Entlehnung gekennzeichnet.

Bielefeld, 25.02.16

Ort, Datum

J. Krampitz

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich bisher keine weiteren Promotionsversuche unternommen habe. Die hier vorliegende Dissertation wurde an keiner anderen Fakultät in der gegenwärtigen oder einer anderen Fassung eingereicht.

Bielefeld, 25.02.16

Ort, Datum

J. Krampitz

Unterschrift