

Judith Goldgruber

Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung

Eine explorative Untersuchung



RESEARCH

Judith Goldgruber

**Organisationsvielfalt und
betriebliche Gesundheitsförderung**

GABLER RESEARCH

Judith Goldgruber

Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung

Eine explorative Untersuchung

Mit einem Geleitwort von Univ.-Prof. Dr. Bernhard J. Güntert



GABLER

RESEARCH

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

Dissertation Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und
Technik Hall in Tirol, 2010

1. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten
© Gabler Verlag | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2012

Lektorat: Marta Grabowski | Sabine Schöller

Gabler Verlag ist eine Marke von Springer Fachmedien.
Springer Fachmedien ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.
www.gabler.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier
Printed in Germany

ISBN 978-3-8349-2794-1

Geleitwort

In den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen und in Reformvorschlägen erfahren Gesundheitsförderung und Prävention eine deutliche Aufwertung; auch wenn nach wie vor weit über 90 Prozent der Mittel des Gesundheitswesens in die „Reparaturmedizin“ fließen.

Heute ist man sich bewusst, dass mit dem Altern der Gesellschaft die berufliche Tätigkeit verlängert werden muss, um den Generationenvertrag auch in Zukunft erfüllen zu können. Dabei kann es nicht nur darum gehen, das Rentenalter hochzusetzen, vielmehr muss auch die Arbeitsfähigkeit erhalten werden. Dazu sind einerseits sicher Verhaltensänderungen bei den Einzelnen hin zu einem gesundheitsbewussten Leben notwendig, andererseits aber auch dringende Verhältnisänderungen in der Arbeitswelt, welche die Belastungen bei den Mitarbeitern reduzieren, umverteilen und Alterskarrieren ermöglichen. Kranken- und Rentenversicherungen sowie Bundes- oder Landesministerien bzw. -agenturen, aber auch Wirtschafts- oder Arbeiterkammern unterstützen daher immer häufiger Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting, setzen (finanzielle) Anreize, stellen Beratungsleistungen oder zeichnen erfolgreiche Modelle aus.

Die Bedeutung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) bzw. des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) hat auch aus unternehmerischer Sicht stark zugenommen. Immer mehr Unternehmer sind sich bewusst, dass Investitionen in die Gesundheitsförderung nicht nur unmittelbar durch Verringerung von Krankheitsabwesenheiten lohnend sind, sondern dass sie auch eine bedeutende Wertschätzung den Mitarbeitern gegenüber darstellen. Dadurch werden „weiche“ Faktoren wie Identifikation mit dem Betrieb, Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft, Arbeitszufriedenheit, Leistungsbereitschaft usw. entscheidend beeinflusst und auch die Stellung des Unternehmens am Arbeitsmarkt wird gestärkt.

Trotz all dieser Bemühungen ist BGF/BGM noch lange nicht überall anzutreffen. Auch weiß man, dass viele gut gemeinte BGF-/BGM-Projekte entweder schon in der Planungsphase, während des Projektverlaufes oder unmittelbar nach Auslaufen einer Förderung scheitern oder einfach versanden. Die Gründe des Scheiterns sind wenig erforscht. Die Kommunikation über „erfolgreiche“ Projekte fällt Unternehmen ganz offensichtlich leichter als die Kommunikation über weniger erfolgreiche. Ein interessanter Forschungsansatz wäre die systemische Analyse von gescheiterten BGF-/BGM-Projekten, der Zugang zu Daten und Informationen ist allerdings äußerst schwierig.

Der hier von Judith Goldgruber gewählte Ansatz geht jedoch einen ganz anderen und ebenfalls noch wenig begangenen Weg. Ausgehend von der Beobachtung, dass Größe und Branche der Unternehmen zur Erklärung von Erfolg oder Misserfolg von BGF-/BGM-Projekten nicht ausreichen, wird die These aufgestellt, dass die spezifischen Besonderheiten der Unternehmen mit den ihnen eigenen Kulturen die eigentlichen Erfolgs- bzw. Misserfolgsfaktoren sind. Daraus leitet sich die Forschungsfrage nach der Angemessenheit verschiedener Varianten der BGF je nach organisationaler Voraussetzung der Unternehmen ab.

Die Ergebnisse lassen direkte Rückschlüsse für die Praxis zu, insbesondere für die situationsgerechte Wahl von nachhaltig wirksamen BGF-/BGM-Ansätzen. Auch dienen die Ergebnisse der Sensibilisierung von BGF-/BGM-Verantwortlichen und -Beratern bezüglich Organisations- und Kulturfragen. Und es wird deutlich gemacht, dass die oft angestrebten umfassenden BGM-Modelle auch „reife“ Organisationskulturen erfordern, sonst mit großer Wahrscheinlichkeit zum Scheitern verurteilt sind.

„Weniger BGM ist oft nachhaltigere BGF“ ist ein Fazit aus der Arbeit, „BGM bedeutet immer auch Organisations- und Kulturentwicklung im Unternehmen“ ein zweites. Dessen müssen sich Unternehmensleitungen, BGF-/BGM-Berater und -Förderer sehr bewusst sein, um die Situation auch im gesellschaftlichen Interesse nachhaltig zu beeinflussen. Diese Zusammenhänge werden in vorliegendem Buch theoretisch fundiert, differenziert, mit einem starken Praxisbezug und gut verständlich erläutert.

Vorwort

Die Idee zu diesem Buch entstand während der Diskussionen über mögliche Gründe für die aktuell beobachtbare stagnierende Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) im deutschsprachigen Raum. Jenseits der vielfältigen – möglicherweise durchaus zutreffenden – Spekulationen dahingehend, dass es den Organisationen entweder an monetären Mitteln für BGF oder methodischen Kompetenzen mangle, klare und eindeutige Verantwortungszuweisung fehle, die Mitarbeiter sich um ihre Gesundheit selbst zu kümmern hätten etc. muss es doch systematisch feststellbare Gründe geben; so die Überlegung.

Um dieses komplexe Thema besser zu verstehen, ist eine tiefere als die im Kontext mit BGF übliche Auseinandersetzung mit dem Wesen von Organisationen nötig. Das vorliegende Buch *Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung* soll hierzu beitragen.

Dreieinhalb Jahre liegen zwischen der ersten und letzten Zeile dieser Arbeit. Gemäß den Worten Ecos (2005), wonach „man ... nur keine Angst haben [darf] und ... die Arbeit als einzigartige Gelegenheit ansehen [muss], Dinge zu lernen, die für das ganze Leben von Nutzen sein werden“ (S. 36), wurde diese Zeit für mich intensiv; nicht immer einfach, jedoch stets beflügelnd.

Als bedeutsamer Wegbegleiter kann wohl das folgende Zitat bezeichnet werden, welches ich mir immer dann vor Augen führte, wenn doch Zweifel aufkamen, ob meine Arbeit an der Dissertation tatsächlich sinnvoll genutzte Lebenszeit wäre:

Whatever your views about what scientists do, what they think they're doing, and how and why they go about doing it, there is no question that science is the most powerful tool ever to come into the hands of the human race. (Longland, 2007, S. 3)

Ich danke allen Menschen, die mich beruflich wie privat durch meine Promotionszeit begleiteten von Herzen für die Förderung meines Interesses an der wissenschaftlichen Arbeit und für die Möglichkeit und Unterstützung, das vorliegende Werk zu realisieren.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Prof. Dr. Bernhard J. Güntert, der mir als Absolventin einer Fachhochschule den Weg zur Promotion ermöglichte und mich auf diesem kontinuierlich durch fachliche Anregungen und freundliche Worte unterstützte.

Herzlich danke ich meinem ehemaligen Professor und Kollegen Prof. Dr. Dieter Ahrens: für alles! Er hat stets ein bisschen mehr von mir verlangt als nötig gewesen wäre, mir nie Lösungen unterbreitet, dafür immer für kritische Diskussionen Zeit gefunden. Ohne ihn hätte ich niemals Licht am Ende der Doktorarbeit gesehen.

Auch danke ich allen Teilnehmern der Experten-Delphi-Befragung für ihre wertvollen Kommentare, die wesentlich zur Beantwortung der Forschungsfrage beitrugen.

Meiner Mutter, Bernadette M. Goldgruber, danke ich für die mehrmalige Korrektur des Manuskripts, ganz besonders aber dafür, mir einen beinahe unerschöpflichen Glauben an mich selbst mit auf den Weg gegeben zu haben. Dafür, dass sie immer für mich da war und es nach wie vor ist, danke ich auch meiner Großmutter, Gisela M. Goldgruber.

Meinem Freund, Martin Lachmann, gebührt allergrößter Dank für sein Verständnis, unser Leben über Jahre nach meinen Promotionsplänen ausgerichtet zu haben, sein Geschick, mich jeden Tag aufs Neue zum Lachen zu bringen und dafür, mich stets an die wesentlichen Dinge des Lebens abseits der Wissenschaft zu erinnern.

Schließlich danke ich Stefanie Brich und Sabine Schöller vom Gabler Verlag für die freundliche Zusammenarbeit bei der Drucklegung.

Angemerkt sei, dass der besseren Lesbarkeit willen in vorliegendem Buch die männliche Sprachform verwendet wird. Bei allen männlichen Bezeichnungen sind stets auch die weiblichen gemeint.

Inhalt

Geleitwort	V
Vorwort	VII
Inhalt	IX
1 Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF)	1
1.1 Problemstellung	2
1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage	5
1.3 Methodik und Aufbau	6
2 Gesundheit am Arbeitsplatz	9
2.1 Gesundheit – Definitionsversuche	9
2.2 Gesundheitsmodelle	11
2.3 Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung	13
2.4 Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz	17
2.4.1 Ressourcen am Arbeitsplatz	18
2.4.2 Belastungen am Arbeitsplatz	24
2.5 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention am Arbeitsplatz	30
2.5.1 Gesundheitsförderung versus Krankheitsprävention	30
2.5.2 Betriebliche Gesundheitsförderung versus Arbeitsschutz	35
2.5.3 Modelle des Gesundheitsverhaltens	36
2.5.4 Modelle zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit	44
2.5.5 BGF durch Organisationsentwicklung (OE)	52
2.5.6 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	58
2.5.7 Idealmodell der BGF	62
3 Das Wesen von Organisationen	67
3.1 Organisationen – Definitionsversuche	67
3.2 Organisationstheorien	68
3.2.1 Organisationstheorien im Überblick	69

3.2.2	Webers Bürokratiemodell	70
3.2.3	Taylors Scientific Management	73
3.2.4	Die Human Relations-Bewegung	77
3.2.5	Die Human Resources-Bewegung	81
3.2.6	Der situative Ansatz	85
3.2.7	Die verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie	87
3.2.8	Die neue Institutionenökonomik	92
3.2.9	Der populationsökologische Ansatz	96
3.2.10	Weicks Organisationsprozessmodell	100
3.2.11	Luhmanns Systemtheorie über Organisationen	104
3.2.12	Institutionensoziologische Ansätze	108
3.3	Organisationstypologien	111
3.3.1	Organisationstypologien im Überblick	111
3.3.2	Etzionis Willfähigkeitskategorien	113
3.3.3	Blaus und Scotts „cui bono“	115
3.3.4	Mintzbergs Strukturtypen	116
3.3.5	Kotthoffs und Reindls Typologie kleiner Betriebe	117
4	Gesundheit als organisationaler Wert	121
4.1	Organisationskultur – Definitionsversuche	121
4.2	Exkurs: Der Sozialkapitalansatz	122
4.2.1	Netzwerkkapital	123
4.2.2	Führungskapital	124
4.2.3	Überzeugungs- und Wertekapital	125
4.3	Das Organisationskulturkonzept	126
4.3.1	Konzeptualisierungen von Organisationskultur	127
4.3.2	Ansätze der Organisationskultur	128
4.3.3	Dimensionen und Wirkungen der Organisationskultur	133
4.3.4	Organisationskultur und Mitarbeitergesundheit	137
4.4	Organisationskulturtypologien	145
4.4.1	Kulturtypologien im Überblick	145
4.4.2	Deals und Kennedys Kulturtypologie	146
4.4.3	Handys und Harrisons Kulturtypen	149
4.4.4	Weissmanns empirisches Kultur-Modell	152
5	Verknüpfung von Organisationstheorien mit BGF	157
5.1	Methodik der theoriebasierten Exploration	157
5.1.1	Untersuchungsarten im Vergleich	157

5.1.2	Theoriebasierte Exploration als Methode der Wahl	158
5.1.3	Untersuchungsdesign	159
5.1.4	Untersuchungsprozess	160
5.2	Ableitung von BGF-Varianten aus der Literatur	162
5.2.1	Verhaltensbezogene BGF	163
5.2.2	Verhältnisbezogene BGF	164
5.2.3	BGF als OE	165
5.2.4	BGM	166
5.2.5	Keine BGF	167
5.3	Ableitung gesundheitsbezogener Variablen aus der Literatur	167
5.3.1	Rahmenbedingungen für BGF	167
5.3.2	Menschenbild	169
5.3.3	Gesundheitsbegriff	171
5.3.4	Arbeitsorganisation und -bedingungen	172
5.3.5	Führungsverständnis	174
5.4	Untersuchung organisationstheoretischer Bedingungen für BGF	175
5.4.1	Verknüpfung klassischer Ansätze mit BGF	176
5.4.2	Verknüpfung sozialer Ansätze mit BGF	181
5.4.3	Verknüpfung situativer Ansätze mit BGF	186
5.4.4	Verknüpfung moderner Ansätze mit BGF	189
5.4.5	Verknüpfung systemisch-evolutionärer Ansätze mit BGF	193
5.4.6	Fazit	198
5.5	Untersuchung organisationskultureller Bedingungen für BGF	200
5.5.1	Verknüpfung kultureller Ansätze mit BGF	201
5.5.2	Fazit	205
5.6	Ergebnis der theoriebasierten Exploration	208
5.6.1	BGF im Kulturtyp Community	208
5.6.2	BGF im Kulturtyp Taskforce	210
5.6.3	BGF im Kulturtyp Patriarchat	212
5.6.4	BGF im Kulturtyp Bürokratie	214
6	Delphi-Befragung	219
6.1	Methodik der Delphi-Befragung	219
6.1.1	Befragungsmethoden im Vergleich	219
6.1.2	Delphi-Befragung zur Ermittlung von Expertenmeinungen als Methode der Wahl	221
6.1.3	Befragungsdesign	223
6.1.4	Befragungsprozess	225

6.2	Meinungsbilder	227
6.2.1	Meinungsbild des Experten 1	227
6.2.2	Meinungsbild des Expertenteams 2	230
6.2.3	Meinungsbild des Experten 3	233
6.2.4	Meinungsbild des Experten 4	236
6.2.5	Meinungsbild des Experten 5	240
6.2.6	Meinungsbild des Experten 6	243
6.2.7	Meinungsbild des Expertenteams 7	246
6.2.8	Meinungsbild des Experten 8	249
6.2.9	Meinungsbild des Experten 9	252
6.3	Ergebnis der Delphi-Befragung	256
6.3.1	Hypothese 1: BGF im Kulturtyp Community	257
6.3.2	Hypothese 2: BGF im Kulturtyp Taskforce	258
6.3.3	Hypothese 3: BGF im Kulturtyp Patriarchat	258
6.3.4	Hypothese 4: BGF im Kulturtyp Bürokratie	259
7	Reflexion	263
7.1	Zusammenfassung	263
7.2	Diskussion	266
7.2.1	Diskussion der Methodik	266
7.2.2	Diskussion der Ergebnisse	276
7.3	Schlussfolgerungen	285
7.4	Ausblick	297
	Verzeichnisse	303

1 Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF)

Vielfalt bedeutet Unterschied. Ebenso wie sich Menschen hinsichtlich verschiedenster, mehr oder weniger offensichtlicher Merkmale unterscheiden, unterscheiden sich Organisationen: Manche der Unternehmen, Betriebe, Schulen, Krankenhäuser oder Vereine sind groß, andere klein, manche alt, andere neu. Die einen stellen Produkte her, die anderen erbringen Dienstleistungen. Einige forschen, andere wiederum verwalten, bilden aus oder reparieren. Manche sind einem sozialen, andere einem rationalen Menschenbild verhaftet. In einigen Organisationen herrschen gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen vor, in anderen nicht. Auch und insbesondere unterscheiden sich Organisationen hinsichtlich des Führungsverständnisses ihrer Leitungspersonen.

Welcher Versuch der Organisationsdifferenzierung auch immer herangezogen wird: Der Vielfalt an Organisationen steht *ein* Idealmodell der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gegenüber. So heißt es in der Luxemburger Deklaration, dass BGF „nur dann erfolgreich sein [kann]“ (ENWHP, 2007), wenn die gesamte Belegschaft einbezogen, BGF in alle wichtigen Entscheidungen und in alle Unternehmensbereiche integriert wird, alle Maßnahmen systematisch durchgeführt und sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen umgesetzt werden. Wird das Idealmodell der BGF auf sämtliche Organisationen gleichermaßen angewandt, ist es wenig verwunderlich, dass ihre Verbreitung geringer ausfällt als angestrebt (SVR, 2005, S. 257) und zudem in unterschiedlichen Organisationen derselben Branchen und Größen heterogen ist (z.B. Beck & Schnabel, 2009; Bödeker & Hüsing, 2008; Chew, Cheah & Koh, 2002; Docherty, Fraser & Hardin, 1999; Holleder, 2007). Auch zeigt ein schlichter Blick in die Praxis, dass die Realisierung der BGF in ihrer Idealform nicht weniger aber auch nicht mehr als ein visionäres Ziel zu bleiben scheint.

Anfänglich bestanden die Aktivitäten darin, die klassischen gesundheitsförderlichen Programme gemäß der Ottawa-Charta (WHO, 1986) auf das Setting Betrieb zu übertragen – ausgedrückt in der Luxemburger Deklaration (ENWHP, 2007). Heute zeigt sich eine deutliche Tendenz der Verknüpfung mit organisationssoziologischen, -psychologischen und betriebswirtschaftlichen Konzepten (z.B. Ahrens & Schott, 2004; Badura & Hehlmann, 2003; Ulich & Wülser, 2009). In diesem disziplinären Kontext wird auch die vorliegende Arbeit angelegt, die somit im sozial- und geisteswissenschaftlichen Bereich der Gesundheitswissenschaften anzusiedeln ist.

1.1 Problemstellung

„Die Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung [sind] noch zu wenig verbreitet“ (SVR, 2005, S. 257). Um ihre Verbreitung zu fördern, wurden auf europäischer und nationaler Ebene Netzwerke, wie etwa das European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) oder das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) geschaffen (Slesina, 2008, S. 303). Auch wenn in den vergangenen Jahren Untersuchungen zur Verbreitung von BGF durchgeführt wurden, bleibt das Wissen um den Stand der BGF lückenhaft und widersprüchlich (Pfaff, Plath, Köhler & Krause, 2008, S. 9). Analog zu Lenhardt (2005, S. 10), demzufolge die empirische Datenlage lange Zeit äußerst dürftig war, geben Pfaff et al. (2008) an, dass die Anzahl der vorliegenden empirischen Arbeiten zur Verbreitung von BGF in Deutschland nach wie vor „als sehr gering zu bezeichnen“ (S. 11) sei.

Im Folgenden soll die Forschungslücke hinsichtlich der möglichen Ursachen für die gegenwärtige Verbreitung von BGF anhand von achtzehn einschlägigen Untersuchungen aufgezeigt werden:

Der Studienvergleich zeigt, dass die Verbreitung von BGF gering und zudem heterogen ist, insbesondere in Bezug auf Betriebsgrößen und Branchen, aber auch in Bezug auf andere untersuchte Größen, etwa Regionen, Berufsgruppen oder die wirtschaftliche Lage der Betriebe. Auch zeigen die Verbreitungsdaten, dass der BGF-Begriff – wie vermutet – nicht einheitlich verwendet wird, sondern dass in der Praxis unter dem Label „BGF“ vielerlei Maßnahmen, von Gefährdungsbeurteilungen über Ernährungskurse bis hin zu Führungskräfte trainings, angeboten werden. Es kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der recherchierten Prävalenzstudien zu BGF aus Europa stammt (56 %), während insbesondere die älteren Studien amerikanischen (28 %) und asiatischen (17 %) Ursprungs sind. Mehr als drei Viertel der Verbreitungsdaten zu BGF wurden im Rahmen von Befragungen erhoben, einige Untersuchungen (22 %) basieren auf Sekundärerhebungen. Die Verbreitung von BGF kann vorsichtig auf ein Fünftel bis ein Viertel der Organisationen geschätzt werden, auch wenn anzunehmen ist, dass – analog zum Rechercheergebnis von Pfaff et al. (ebd., S. 11) – die Vergleichbarkeit der referierten Untersuchungen und somit die Belastbarkeit der ermittelten Daten durch mangelnde Repräsentativität und somit gefährdete externe Validität der Untersuchungen problematisch sein dürfte.

In der Mehrzahl der Untersuchungen wurde explizit auf die heterogene Verbreitung von BGF in Betrieben unterschiedlicher *Größe* hingewiesen (Beck & Schnabel, 2009; Bödeker & Hüsing, 2008; Chew et al., 2002; Docherty et al., 1999; Holleder, 2007; Köhler et al., 2009; Linnan et al., 2008; Muto et al., 1996; Muto et al., 1999; Pfaff et al., 2008; Ulmer & Groeben, 2005; Wilson et al., 1999). Sämtlichen Studien zufolge steigt die Verbreitung von BGF mit zunehmender Betriebsgröße. Nach Ursachen hier-

für wurde jedoch nicht explizit gefragt. *Spekulationen* zufolge könnten die Ursachen in der besseren personellen und finanziellen Ressourcenausstattung größerer Betriebe liegen (Beck & Schnabel, 2009; Holleder, 2007; Köhler et al., 2009; Muto et al., 1996). Sie könnten aber auch in den, in größeren Betrieben vergleichsweise eher vorhandenen Strukturen (z.B. Entscheidungs-, Steuerungsstrukturen) liegen, an die BGF anknüpfen kann (Holleder, 2007; MDS, 2008) und – damit einhergehenden – in einem geringeren Implementierungsaufwand. Weiteren Spekulationen zufolge könnten Ursachen für die höhere Verbreitung von BGF in größeren Betrieben auch in der einfacheren Durchführbarkeit standardisierter Maßnahmen und im tendenziell höheren Engagement der außerbetrieblichen Akteure (z.B. Krankenkassen) liegen, die in größeren Betrieben viele Menschen gleichzeitig erreichen und somit bessere Kosten-Nutzen Relationen erzielen können (Beck & Schnabel, 2009). Auch könnten eher vorhandene professionelle Ansprechpartner und ein vergleichsweise geringerer Kosten- und Zeitdruck zur höheren Verbreitung von BGF in größeren Betrieben beitragen (Holleder, 2007). Der Stand der Forschung zeigt, dass wir schlicht nicht wissen, welches die Ursachen für die unterschiedliche Verbreitung von BGF sind.

Auf Unterschiede in der BGF-Verbreitung in Abhängigkeit der *Branche* wurde ebenfalls in einigen Studien hingewiesen (Beck & Schnabel, 2009; Bödeker & Hüsing, 2008; Chew et al., 2002; Docherty et al., 1999; Holleder, 2007; Macdonald et al., 2006; MDS, 2008). In der Industrie (Beck & Schnabel, 2009) – speziell im Bereich Bergbau/Energie (Holleder, 2007), im verarbeitenden Gewerbe (MDS, 2008) und in der Fertigungswirtschaft (Chew et al., 2002; Macdonald et al., 2006) – sowie im öffentlichen Dienst (Beck & Schnabel, 2009; Docherty et al., 1999) ist die Verbreitung von BGF einigen Untersuchungen zufolge am höchsten. Am niedrigsten ist sie hingegen im Dienstleistungsbereich (Docherty et al., 1999) – speziell im Handel (Beck & Schnabel, 2009) und im Gastgewerbe (Chew et al., 2002; Holleder, 2007) – sowie im Handwerk (Beck & Schnabel, 2009), aber auch – konträr zu den eben referierten Untersuchungsergebnissen – in der Fertigungswirtschaft (Docherty et al., 1999). Keine bedeutenden branchenspezifischen Unterschiede wurden in den Untersuchungen von Linnan et al. (2008) und Ulmer und Gröben (2005) festgestellt. Zwei Studien zeigen, dass die *Region* Einfluss auf die Verbreitung von BGF hat (Holleder, 2007; Macdonald et al., 2006), während dieser Zusammenhang in einer anderen Studie nicht nachgewiesen werden konnte (Ulmer & Groeben, 2005). Auch wurden Unterschiede in der Verbreitung von BGF in Abhängigkeit der *Berufsgruppe* (Bödeker & Hüsing, 2008) und der *wirtschaftlichen Lage* der Betriebe (Beck & Schnabel, 2009) festgestellt.

In Übereinstimmung mit den Rechercheergebnissen von Pfaff et al. (2008, S. 9–11) zeigt der Studienvergleich, dass die Palette der gesundheitsbezogenen Maßnahmen, die unter dem Label BGF angeboten werden, sehr breit und die Häufigkeit ihrer Realisierung sehr unterschiedlich ist. Einige Untersuchungen (Bödeker & Hüsing, 2008;

Docherty et al., 1999; Muto et al., 1999; Pfaff et al., 2008; Ulmer & Groeben, 2005; Wilson et al., 1999) deuten darauf hin, dass die gesetzlich vorgeschriebenen, vornehmlich den Arbeitsschutz betreffenden Maßnahmen verbreiteter sind als die freiwilligen, klassischen Gesundheitsförderungsprogramme zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. Manchen Ergebnissen zufolge wurden unter dem Label BGF am häufigsten diagnostische Maßnahmen (z.B. Arbeitsplatz-, Belastungsanalysen, Gefährdungsbeurteilungen, Gesundheits-Check-ups) realisiert (Muto et al., 1999; Pfaff et al., 2008; Ulmer & Groeben, 2005). Köhler et al. (2009) fanden hingegen heraus, dass derlei Maßnahmen nur selten zum Einsatz kamen. Einige Untersuchungsergebnisse (Grosch et al., 1998; Köhler et al., 2009; Linnan et al., 2008; Macdonald et al., 2006; Muto et al., 1999; Schwager & Udriș, 1998) zeigen, dass verhaltensbezogene Maßnahmen (z.B. Betriebssportgruppen, Rückenschulen, Raucherentwöhnungsprogramme) besonders häufig angeboten wurden, während sie anderen Studien zufolge nur selten eingesetzt wurden (Muto et al., 1999; Pfaff et al., 2008). Nach Chew et al. (2002), Muto et al. (1996) und Pfaff et al. (2008) wurden in den untersuchten Organisationen am häufigsten verhältnisbezogene Maßnahmen realisiert. Der Studienvergleich zeigt, dass dieselben Maßnahmen, die in einigen Studien als besonders verbreitet angegeben werden, in anderen Studien als selten eingesetzt beurteilt werden – und zwar unabhängig von Betriebsgrößen, Branchen und anderen situativen Merkmalen.

Zur *Erklärung* der stagnierenden Verbreitung von BGF fehlt es bislang also sowohl an nationalen als auch an internationalen systematischen Untersuchungen. Der Wissensstand bezüglich der Gründe für die unterschiedliche Verbreitung von BGF muss somit als äußerst lückenhaft bezeichnet werden. Spekulationen über Ursachen für die geringe und heterogene Verbreitung von BGF über Betriebsgrößen und Branchen hinweg wurden nur in vereinzelten Studien unternommen (Beck & Schnabel, 2009; Grosch et al., 1998; Holleder, 2007; Köhler et al., 2009; MDS, 2008; Muto et al., 1996; Ulmer & Gröben, 2004). Neben der, in Bezug auf die Betriebsgröße bereits aufgelisteten möglichen Gründe, auf die sich die Mehrheit der Autoren bezog, beeinflussen Ulmer und Gröben (2004) zufolge die Rate der Arbeitsunfälle, die subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der erwartete Nutzen die Etablierung von BGF.

Auch Informationen über die *Motive* der Organisationen, die in BGF investieren sind lückenhaft und noch wenig untersucht (z.B. Bachmann, 2002). Stehen primär wirtschaftliche Ziele im Vordergrund, sind es betriebswirtschaftliche Personalentwicklungsüberlegungen, sind sozialpolitische oder andere Motive vorherrschend? Pelikan (2007, S. 80) führt zwei sehr unterschiedliche Gründe an, weshalb Organisationen sich auf BGF einlassen: Entweder, weil BGF – zweckrational – eine spezifische neue Ressource darstellt, mit deren Hilfe organisationale Probleme gut oder besser gelöst werden können als ohne oder, weil BGF ein spezifisches Sinnkriterium, einen neuen Wert

verkörpert, anhand dessen – wertneutral – neue Ziele erreicht werden können. Schließlich besteht kaum systematisches Wissen über die Organisationen, die eben *nicht* in BGF investieren.

Grosch et al. (1998) führen in diesem Zusammenhang ein äußerst interessantes Argument an, wonach „attempts to increase participation should look beyond individual, health, and organizational variables, to specific features of the work environment that encourage involvement in health promotion activities“ (S. 36) Die Autorin schließt sich dieser Ansicht an und vermutet, dass die Nichtberücksichtigung spezifischer Besonderheiten der Arbeitsumgebung nicht nur zur Erklärung geringer Partizipationsraten, sondern auch zur Erklärung der stagnierenden Verbreitung von BGF insgesamt beitragen kann: Möglicherweise ist die unterschiedliche Verbreitung von BGF also auf die Tatsache zurückzuführen, dass die organisationalen Voraussetzungen unterschiedlicher Organisationen bislang zu wenig Berücksichtigung fanden. Nach Auffassung der Autorin liegen systematische organisationale Erklärungsansätze für die Verbreitung von BGF vor. Hieraus leitet sich der Gegenstand dieser Arbeit ab: *BGF und Organisation*. Mit dem Organisationsbegriff werden hier, gemäß den Qualitätskriterien für BGF „alle Arbeitsstätten, Betriebe und Unternehmen bezeichnet – sowohl der Privatwirtschaft als auch des Öffentlichen Dienstes, des Produktionssektors genauso wie des Dienstleistungsbereichs“ (BKK, 1999, S. 2).

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Obwohl die Notwendigkeit der Verknüpfung von Organisationstheorien mit BGF diskutiert wurde (z.B. Grossmann, 1993; Marstedt, 1994; Pelikan, 2007; Quaas, Kubitschek & Thiele, 1997; Westermayer & Stein, 2006), fehlt bislang eine organisationstheoretische Fokussierung auf unterschiedliche Organisationen im Kontext der Verbreitung von BGF. Dies erschwert das Grundverständnis der Problemlage sowie daraus abzuleitende Handlungsstrategien.

Spezifische Aspekte von Organisationen, wie etwa gewachsene Kulturen, legen die Vermutung nahe, dass die etablierten Konzepte und Instrumente der BGF nicht geeignet erscheinen, nachhaltig Verbreitung zu finden. Auch wird vermutet (z.B. Chew et al., 2002; Glasgow, Lichtenstein & Marcus, 2003; Muto et al., 1999), dass die Motivationslage der Leitungsperson(en) maßgeblich dafür verantwortlich zu sein scheint, ob BGF-Projekte durchgeführt werden oder nicht. So richtig diese Vermutungen sein mögen, so wenig kann durch sie theoretisch plausibel erklärt werden, warum BGF in unterschiedlichen Organisationen derselben Branchen und Größen unterschiedliche Verbreitung findet. Bislang wurden diese und ähnliche Vermutungen noch nicht in einen Zusammenhang mit unterschiedlichen Organisationstypen gebracht, die sowohl för-

dernde als auch hemmende Einflüsse auf die Etablierung von BGF haben können. Über organisationstheoretische Ansätze ließe sich die unterschiedliche Verbreitung von BGF in unterschiedlichen Organisationstypen zumindest theoretisch erklären. Daraus ließen sich in einem weiteren Schritt Herausforderungen und damit Ansätze für Adaptionen der BGF unter Einbeziehung der organisationalen Voraussetzungen unterschiedlicher Organisationstypen ableiten.

Ziel dieser Arbeit ist es, aus der Organisationsvielfalt erwachsende Konsequenzen für die BGF zu untersuchen. Angenommen wird, dass unterschiedliche Organisationen aufgrund ihrer spezifischen Besonderheiten verschiedene BGF-Varianten benötigen. Wenn dem so ist, sollen Hypothesen darüber entwickelt werden, für welche BGF-Varianten sich unterschiedliche Organisationstypen eignen. Warum investieren etwa einzelne Organisationen verschiedenster Branchen und Größen in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter und andere Organisationen derselben Branche und Größe tun dies nicht? Die situativen Merkmale Branche und Größe scheinen nicht hinreichend dazu geeignet zu sein, hier klärend beizutragen. Eine intensive Auseinandersetzung mit dem *Wesen* der Organisationen ist erforderlich.

Den spezifischen Besonderheiten einer Organisation angemessene BGF-Varianten tragen zur Erhöhung ihrer Verbreitung bei. Aus dieser Vermutung leitet sich die folgende *Forschungsfrage* ab:

Welche BGF-Varianten sollten künftig in unterschiedlichen Organisationen eingesetzt werden, wenn sie deren organisationalen Voraussetzungen angemessen sein sollen?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage tragen die beiden folgenden *Unterfragen* bei:

Lässt sich die Eignung unterschiedlicher Organisationstypen für verschiedene BGF-Varianten organisationstheoretisch begründen?

Lässt sich die Eignung unterschiedlicher Organisationstypen für verschiedene BGF-Varianten organisationskulturell begründen?

1.3 Methodik und Aufbau

Dem Gegenstand *Organisation und BGF* nähert sich die Autorin anhand einer explorativen Untersuchung. Diese erscheint notwendig zu sein, da der Gegenstand noch weitgehend unerforscht ist und es theoretische Voraussetzungen zu schaffen und neue Hypothesen zu entwickeln gilt. Methodik und Aufbau des Buches werden nun knapp beschrieben. Ausführlich erörtert werden die beiden explorativen Ansätze in den Kapiteln 5.1 und 6.1:

Die theoretische Fundierung der BGF ist Ziel des folgenden Kapitels (Kapitel 2), welches die gesundheitswissenschaftliche Säule dieser Arbeit bildet. Ein breiter Bogen

von Theorien, die in verschiedenen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen entwickelt wurden, bis hin zu arbeitsweltbezogenen Forschungsergebnissen wird gespannt.

Das Wesen von Organisationen zu verstehen, um Implikationen für die BGF abzuleiten, ist Ziel des zweiten Kapitels (Kapitel 3), welches die sozialwissenschaftliche Säule dieser Arbeit bildet. Einer organisationstheoretischen Längsschnittbetrachtung von Organisationen wird eine organisationstypologische Querschnittbetrachtung zur Seite gestellt.

Organisationskulturelle Bezüge zur Mitarbeitergesundheit herauszuarbeiten ist Ziel des dritten Kapitels (Kapitel 4), in welchem eine theoretische Verknüpfung der gesundheits- mit der sozialwissenschaftlichen Säule dieser Arbeit erfolgt. Anknüpfungspunkte zwischen Organisationskultur und Mitarbeitergesundheit werden aufgezeigt.

Die Formulierung vorläufiger Hypothesen über den Zusammenhang zwischen Organisationstypen und BGF ist Ziel der theoriebasierten Exploration (Kapitel 5). Die Hypothesen werden aus der Theorie auf deduktivem Weg systematisch abgeleitet. Um den spezifischen Besonderheiten unterschiedlicher Organisationen Rechnung tragen zu können, wird die *eine* BGF in plausible Varianten unterteilt. Die Untersuchung organisationstheoretischer Bedingungen für BGF erfolgt anhand von gesundheitsbezogenen Variablen. Sechs Theoriegruppen organisationstheoretischer Ansätze werden mit BGF verknüpft.

Die Verdichtung der Hypothesen ist Ziel der empirisch-qualitativen Exploration (Kapitel 6). Auf induktivem Weg werden die vorläufigen Hypothesen im Rahmen einer Delphi-Befragung mit neun renommierten Experten diskutiert und weiterentwickelt. In zwei Wellen schätzen die Befragten in einer teilstrukturierten schriftlichen Interviewsituation, der ein teilstandardisierter Fragebogen zugrunde gelegt wird, die Plausibilität der vorläufigen Hypothesen ein.

Schließlich wird die Arbeit einer Reflexion unterzogen. Die gewählte Methode und die erzielten Ergebnisse werden diskutiert, Schlussfolgerungen werden abgeleitet. Ein Ausblick auf weiterführenden Forschungsbedarf wird gegeben (Kapitel 7).

2 Gesundheit am Arbeitsplatz

Seit einigen Jahren kann BGF als etabliertes Instrument zur Reduktion von Arbeitsbelastungen und zur Stärkung von Gesundheitsressourcen am Arbeitsplatz betrachtet werden. Mittlerweile existiert eine Vielzahl an Fachpublikationen (z.B. Badura & Hehlmann, 2003; Bamberg, Ducki & Metz, 1998; Ulich & Wülser, 2009), Erfahrungsberichten (z.B. Meifert & Kesting, 2004; Pfaff & Slesina, 2001), wissenschaftlichen Untersuchungen (z.B. Harden et al. 1999; Shain & Kramer, 2004) und Netzwerken von Wissenschaftlern und Praxisexperten (z.B. ENWHP; ÖNBGF). Ein breiter Bogen von Theorien unterschiedlicher gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen, über arbeitsweltbezogene Forschungsergebnisse, bis hin zu BGF in verschiedenen Varianten soll in diesem Kapitel gespannt werden. Ziel ist es, BGF theoretisch zu fundieren.

2.1 Gesundheit – Definitionsversuche

Für die Gesundheitswissenschaften und speziell für BGF ist eine Konkretisierung des Gesundheitsbegriffs bedeutend. Aus diesem Grund wird nun der Frage nachgegangen, wie Gesundheit denn eigentlich definiert ist, bevor im nächsten Kapitel unterschiedliche Gesundheitsmodelle dargestellt werden, die wertvolle Ansätze für BGF liefern werden.

In der allgemeinen gesundheitswissenschaftlichen Literatur wurden viele Versuche unternommen, den Gesundheitsbegriff zu bestimmen. Einigkeit über eine einheitliche Definition konnte dabei jedoch nicht erzielt werden. Unterschiede bestehen nicht nur hinsichtlich der Definitionsbestandteile, sondern auch hinsichtlich der Annahmen darüber, „wie Gesundheit erhalten, geschwächt oder stabilisiert werden kann“. (Greiner, 1998, S. 40)

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, sollen nun einige Beispiele das Definitionsproblem des Gesundheitsbegriffs illustrieren:

In der Konstitution der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1948; zitiert nach WHO 1998) ist Gesundheit definiert als ein „Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als] das Fehlen von Krankheit oder Behinderung“. Diese Definition wurde vielfach kritisiert (Franzkowiak & Sabo,

1998, S. 18; Hurrelmann, 2006, S. 117–119; Ulich & Wülser, 2009, S. 31; Wipplinger & Amann, 1998, S. 20) – als zu statisch, zu wenig dynamisch, zu subjektiv, zu vage und letztlich zu utopisch. Allerdings verweist sie auf einen positiven Gesundheitsbegriff in Form von positiven Wertaussagen und sie begründet den ersten Ansatz, Gesundheit systematisch von Krankheit abzugrenzen. Da neben dem vollkommenen körperlichen und psychischen auch das soziale Wohlbefinden explizit angesprochen wird, kommt in dieser berühmten und vielzitierten Definition der gesellschaftliche Bezug von Gesundheit deutlich zum Ausdruck. (Vogt, 2006, S. 147)

Im Kontext von Gesundheitsförderung besonders interessant ist die Entwicklung, dass Gesundheit im Laufe der Zeit mehr und mehr als Mittel zum Zweck und nicht mehr als abstrakter Zustand betrachtet wurde und wird. Gesundheit ist „funktional gesehen eine Ressource ..., die es Menschen erlaubt, ein individuell, sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen.“ (WHO, 1998) In der Ottawa Charta wird Gesundheit „als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens [beschrieben] und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“ (WHO, 1986) An dieser Stelle wird eine für die BGF zentrale Veränderung in der Auffassung von Gesundheit erkennbar – Arbeit und Arbeitsbedingungen werden als bedeutende Einflussfaktoren auf die Gesundheit hervorgehoben: „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ (WHO, 1986) In der Barcelona Deklaration wird der zentrale Einfluss von Arbeit und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit erwerbstätiger Menschen in folgendem Statement auf den Punkt gebracht: “The world of work, and the way that working life is organised in our societies today, is a major, and perhaps the strongest, single social determinant of health” (ENWHP, 2002).

Eine neuere Definition stammt von Hurrelmann (2006), der aus den Grundvorstellungen zentraler wissenschaftlicher Theorien von Gesundheit folgende Definition des Gesundheitsbegriffs ableitet: „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren ... als auch äußeren ... Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (S. 146).

Ein Vergleich verschiedener Definitionen weist Gesundheit als „komplexes, mehrdimensionales, ganzheitliches, dynamisches und prozessuales Konzept“ (Udris et al., 1992, S. 11) aus. Die Auffassung von Gesundheit als statischer Zustand rückt hinge-

gen mehr und mehr in den Hintergrund. Aus dem Vergleich leiten die Autoren folgende Kriterien zur Beschreibung von Gesundheit ab (Udris et al., 1992, S. 11):

- Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung
- Schmerz- und Beschwerdefreiheit
- keine funktionelle Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten
- positiv bewertete psychologische Erfahrung
- adäquate Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz
- Liebes- und Genussfähigkeit, Fähigkeit zu Trauern
- Belastungsresistenz
- Kapazität und Potenzial, selbstständig Ziele zu setzen und zu verfolgen
- Fähigkeit, Umwelt- und soziale Anforderungen sowie Belastungen und Krisen zu bewältigen
- Suchen und Finden von Sinn im Leben

Die Übersicht verdeutlicht, dass Bestimmungsstücke von Gesundheit aus unterschiedlichen Disziplinen stammen, etwa der Medizin, Psychologie, Soziologie oder den Gesundheitswissenschaften. Weiterhin zeigt die Übersicht, dass für eine interdisziplinäre und umfassende Definition von Gesundheit sowohl körperliche als auch psychische und soziale Aspekte als bedeutsam betrachtet werden. (Greiner, 1998, S. 40)

Abschließend soll nun das Definitionsproblem des Gesundheitsbegriffs wieder relativiert werden:

Bengel, Strittmatter und Willmann (2001) geben an, dass Antonovsky:
nicht an der Erklärung von Gesundheit als absolutem oder idealistischem Konzept interessiert [sei] ..., da dies nicht den realen Gegebenheiten entspräche.... Zudem erfordere eine Gesundheitsdefinition immer die Festlegung von Normen und beinhalte damit die Gefahr, andere Menschen an Werten zu beurteilen, die für sie gar nicht zuträfen (S. 28).

2.2 Gesundheitsmodelle

Eine systematische, wissenschaftlich fundierte Gesundheitsförderung baut auf Modellvorstellungen über Gesundheit auf (Becker, 1992, S. 92). Im Folgenden wird ein allgemeiner Überblick über Gesundheitsmodelle gegeben. Er beansprucht nicht, dem Thema mit Vollständigkeit gerecht zu werden; vielmehr dient er als theoretische Heranführung an die Gesundheitsförderung.

Die derzeit bestehenden Gesundheitsmodelle lassen sich Udris et al. (1992, S. 13) zufolge drei Kategorien zuordnen – medizinischen (Biomedizinisches Modell), sozialwissenschaftlichen (Biopsychosoziales Modell) und subjektiven Gesundheitstheorien

(Laienmodelle). Eine ähnliche Differenzierung nehmen Becker (2001, S. 41–49) und Noack (1993, S. 14–29) vor, wobei ersterer zusätzlich zu den drei bereits genannten Kategorien systemische Modelle differenziert und letzterer Gesundheit in medizinische, psychologische und soziologische Konzepte untergliedert. Die Differenzierungen von Udris et al. (1992, S. 11–13) und Becker (2001, S. 41–49) werden nun zusammengeführt; die Gesundheitsmodelle in Tabelle 1 vergleichend gegenübergestellt.

Tabelle 1 Gesundheitsmodelle im Vergleich (Becker, 2001, S. 41–42)

Kennzeichen	<i>Pathogenetisches Modell</i>	<i>Salutogenetisches Modell</i>	<i>Laienmodelle</i>	<i>Systemische Modelle</i>
<i>allgemeine Kennzeichnung</i>	biomedizinisches Modell	biopsychosoziales Modell, Stressbewältigungsmodell	biomedizinisches oder bio-psycho-soziales Modell	biopsychosoziales Modell, systemisches Modell
<i>zu erklärendes Phänomen</i>	Auftreten einer spezifischen Krankheit	keine Krankheit, Bewegung in Richtung Gesundheit	Gesundsein oder Kranksein	Position oder Bewegung auf Gesundheits-Krankheits-Kontinuum
<i>Gesundheitsbegriff</i>	dichotom, Gesundheit = Abwesenheit von Krankheit	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Gesundheit negativ definiert	dichotom oder dimensional, körperliche und seelische Gesundheit	funktionierendes Gesamtsystem, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, körperliche und seelische Gesundheit
<i>diagnostische Aspekte</i>	biologische Parameter (z.B. anatomisch, biochemisch)	subjektive Indikatoren (z.B. Schmerz) und Ärzturteil (z.B. Prognose)	subjektive Indikatoren (z.B. Wohlbefinden, Funktions- und Leistungsfähigkeit)	subjektive Indikatoren (z.B. Wohlbefinden) und biologische Parameter
<i>Ursachen, Erklärungsmodell</i>	spezifische Erreger oder Krankheitsursache(n), Risikofaktoren für spezifische Krankheiten, primär Prozesse im Individuum	Schutzfaktoren, generelle Widerstandsressourcen, insbesondere Kohärenzgefühl	subjektive Gewichtung von Vererbung, biologischen Prozessen, Umwelteinflüssen, Stress, Lebensweise, Schicksal	Bewältigung externer und interner Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen, Prozesse im Individuum und zwischen ihm und der Umwelt
<i>Bedeutung von Stressoren</i>	eher negativ (Risikofaktoren), eher krankheitsfördernd	Effekt abhängig von Stressbewältigung (Coping)	starker (negativer) Einfluss, Betonung von Stress	Stressoren wirken als Anforderungen, Effekt abhängig von Ressourcen
<i>Bedeutung der Bedürfnisse</i>	-	-	-	Bedürfnisbefriedigung fördert Gesundheit

<i>Bedeutung von Gefühlen</i>	-	Bedeutung negativer Gefühle (z.B. Spannung und Stress)	Bedeutung positiver und negativer Gefühle	Bedeutung positiver und negativer Gefühle, Umgang mit Gefühlen
<i>Gesundheitsförderung</i> (allgemeine Prinzipien)	Prävention spezifischer Krankheiten, Verhinderung, Abschwächung spezifischer Risikofaktoren: Verhältnis- und Verhaltensprävention, zentrale Rolle der Medizin	Aufbau und Nutzung von Schutzfaktoren und generellen Widerstandsressourcen (vor allem Kohärenzgefühl)	abhängig vom subjektiven Ursachenmodell (z.B. Vermeidung oder Ausgleich von Risiken, Herstellung eines seelischen, körperlichen und sozialen Gleichgewichts)	Verbesserung der Voraussetzungen zur Bewältigung externer und interner Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen
<i>Gesundheitsförderung</i> (exemplarische Interventionen)	Aufklärung, medikamentöse Beeinflussung von Risikofaktoren (z.B. Blutdruck, Cholesterin) Lebensweise (z.B. Ernährung, Bewegung, Rauchen, Drogen), Schutzimpfung, Arbeitsschutz	Förderung des Kohärenzgefühls, Gesundheitserziehung, Früherkennung, Förderung der Stressbewältigung von Risikogruppen (z.B. Arbeitslose)	Vermeidung von Stress, innere Ausgeglichenheit, gesunde Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen, Entspannung, Erholung, Einnahme von Substanzen, maßvoller Alkoholkonsum	Förderung der seelischen Gesundheit und Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung und Selbsthilfe, Beachtung des subjektiven Gesundheits- und Krankheitsmodells

2.3 Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung

Die WHO legte mit ihrer Definition von Gesundheit im Jahr 1948 die Grundlagen für einen positiven Gesundheitsbegriff und für die Gesundheitsförderung (Trojan & Legewie, 2001, S. 22). Eine ähnlich wegbereitende Wirkung wie die WHO-Definition hatte die EntschlieÙung der 30. Weltgesundheitsversammlung von 1977. Die Versammlung bekräftigte Gesundheit als „grundlegendes Menschenrecht“. Zur Erreichung dieses Globalziels verabschiedete sie die Strategie „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und „schuf damit eine Keimzelle für die Gesundheitsförderung“ (Franzkowiak & Sabo, 1998, S. 20). Auch die Deklaration von Alma-Ata im Jahr 1978 stellte einen bedeutenden Zwischenschritt zur Gesundheitsförderung dar, insbesondere weil sie Health Professionals erstmals gleichberechtigt neben Ärzten stellte und Laienkompetenz sowie nicht-medizinisches Erfahrungswissen anerkannte (ebd., S. 22). Beinahe alle Leitmotive der späteren Programme, insbesondere die Bestätigung der „utopischen“ Gesundheitsdefinition der WHO, die Notwendigkeit intersektoraler Politik, soziale Ungleichheit als zentrales Problem der Gesundheitspolitik und Bürgerbeteiligung, wurden bereits in der Erklärung zur Konferenz von Alma-Ata angeführt (Trojan & Legewie, 2001, S. 23).

Die Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung wurden in den 1980er Jahren entwickelt und im Rahmen der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 in der Ottawa Charta niedergeschrieben. Diese gilt als „Kristallisationspunkt der Bemühungen um eine ‚Emanzipation der Prävention von der Biomedizin‘“ (Trojan & Legewie, 2001, S. 26). Mit der Ottawa Charta (WHO, 1986) wird das Konzept der Gesundheitsförderung als neues Paradigma für Prävention und Gesundheitspolitik präsentiert. Sie basiert auf einer salutogenetischen Perspektive.

Gesundheitsförderung wird definiert wie folgt (Franzkowiak & Sabo, 1998):

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. ... Gesundheit [ist] als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden. (S. 96)

Den Kern dieser Charta bilden die folgenden Handlungsstrategien (ebd., S. 96–97): Voraussetzungen für die Gesundheit sichern, Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen. Als vorrangige Handlungsfelder wurden die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste definiert. In der Ottawa Charta wird die gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung hervorgehoben, die sich in ihrem grundsätzlichen Anspruch, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln, zeigt. Weiterhin wird zur Bildung einer starken Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit sowie zu internationalem Handeln aufgerufen, damit „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 verwirklicht werden kann. (ebd., S. 100–101)

In den beiden internationalen Ottawa-Folgekonferenzen von Adelaide und Sundsvall in den Jahren 1988 und 1991 wurden jeweils einzelne Handlungsbereiche der Ottawa Charta spezifiziert. Während im Rahmen der Adelaide-Konferenz noch Empfehlungen zur gesundheitsfördernden Gesamtpolitik entwickelt wurden, so wurde drei Jahre später, anlässlich der Sundsvall-Konferenz bereits die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten fokussiert. Dies weist Ahrens (2007, S. 53) zufolge darauf hin, dass hiermit eine grundlegende Neubestimmung von Zielen und Interventionsfeldern der Gesundheitsförderung begann, die gleichzeitig eine „leise Distanzierung“ vom umfassenden Ansatz der Ottawa Charta bedeutete. Mit der Bildung sogenannter

„Settings“ wurde die gesamtpolitische Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung auf verschiedene Träger (z.B. Betriebe, Schulen, Gemeinden) übertragen. Der pragmatischen Begründung der leichteren Gestaltbarkeit der Lebenswelten, in denen Menschen „spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO, 1986), steht ein tendenzielles Abrücken vom Anspruch der politischen Gestaltung der Lebensverhältnisse und gleichzeitig eine zunehmende Betonung der individuellen Verantwortung gegenüber. Dennoch gilt der *Setting-Ansatz* heute als Kernstrategie der Gesundheitsförderung. Richtet er sie doch auf die Lebensbereiche, Systeme und Organisationen aus, in denen Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen und die mit ihren Strukturen und ihrer jeweiligen Kultur die Gesundheit der Menschen beeinflussen. (Grossmann & Scala, 2006, S. 206)

Elf Jahre nach Ottawa fand 1997 die 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta statt. Diese diente der Überarbeitung der Ottawa Charta. Die fünf in der Ottawa Charta definierten Handlungsfelder der Gesundheitsförderung wurden als wirksam und erfolgreich anerkannt. Darüber hinaus wurden drei umfassende Ansätze zur Gesundheitsentwicklung definiert: der *Setting-Ansatz*, die Einbeziehung der Bevölkerung und Gesundheitslernen. (Franzkowiak & Sabo, 1998, S. 117) Neben dem Setting-Ansatz werden hiermit zwei weitere Kernstrategien der Gesundheitsförderung eingeführt: Empowerment und Partizipation. *Empowerment* zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten. Im Rahmen dieses Prozesses sollen Bedingungen geschaffen werden, die eine Befähigung der Betroffenen fördern und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. (Stark, 2006, S. 28) *Partizipation* hat die aktive Einbeziehung von Menschen in die Planung und Durchführung gemeinschaftsrelevanter Aktivitäten im Sinne von Bürgerbeteiligung zum Ziel. Die Menschen sollen „bottom up“ ihre Interessen vertreten, ihre Bedürfnisse artikulieren und ihre eigenen Angebote entwickeln. Partizipation wirkt sich vor allem im Sinne des Empowerments positiv auf die Gesundheit aus, indem sie bei Menschen das Bewusstsein stärkt, einen gestaltenden Einfluss auf ihre Lebensbedingungen nehmen zu können. (FGÖ, 2005) Neben den alten Kernstrategien der Gesundheitsförderung wurden in Jakarta neue Handlungsansätze, insbesondere im Bereich der intersektoralen Kooperation, gefordert. Als zentrale Elemente der Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert gelten ab Jakarta die Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit, der Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung, die Festigung und der Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit, die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz Einzelner und letztlich die Sicherstellung einer Infrastruktur für Gesundheitsförderung. (Franzkowiak & Sabo, 1998, S. 117)

Im Jahr 1998 wurde die Rahmenstrategie für Gesundheitsförderung „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 den Anforderungen des 21. Jahrhunderts angepasst und zur Rahmenstrategie „Gesundheit für alle“ aktualisiert. Auf der 5. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Mexiko-City wurden im Jahr 2000 erstmals eine Erklärung der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung und ein Rahmen für nationale Aktionspläne zur Gesundheitsförderung verabschiedet. Anlässlich der bislang letzten 6. Internationalen Konferenz im Jahr 2005 wurde die Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt entwickelt. Diese beschreibt die nötigen Maßnahmen, Verpflichtungen und Forderungen, um Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt mittels Gesundheitsförderung beeinflussen zu können. Die Bangkok Charta versteht sich als Ergänzung und Weiterentwicklung der Werte, Prinzipien und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung, wie sie durch die Ottawa Charta festgeschrieben wurden. (WHO, 2005)

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz wird heute mit dem Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ umschrieben. Bereits in der Ottawa Charta wurde der Organisation der Arbeit und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen besonderer Stellenwert zugeschrieben. Dies kommt in den folgenden Textpassagen deutlich zum Ausdruck (Ulich & Wülser, 2009, S. 17):

Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können. ... Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen. (WHO, 1986)

Im Jahr 1997 wurde von der Europäischen Union eine Deklaration zur BGF verfasst, die seit 2007 in aktualisierter Form vorliegt – die Luxemburger Deklaration (ENWHP, 2007). Dieser wegweisende Schritt läutete eine neue Epoche der internationalen Zusammenarbeit in betrieblichen Gesundheitsfragen ein (Meifert & Kesting, 2004, S. 8).

In der Luxemburger Deklaration wird BGF definiert wie folgt:

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, Stärkung persönlicher Kompetenzen. (ENWHP, 2007)

In dieser Deklaration werden u.a. folgende Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert aufgelistet: Arbeitslosigkeit, wachsende Verbreitung neuer Informationstechnologien, Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse, älter werdende Belegschaften, wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors, Personalabbau (Down-

sizing), wachsender Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelunternehmen (KMU) sowie Kundenorientierung und Qualitätsmanagement. (ENWHP, 2007)

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, reichen die Mittel des traditionellen Arbeitsschutzes nicht mehr aus. Eine gesündere Belegschaft mit höherer Motivation, besserer Arbeitsmoral und besserem Arbeitsklima kann von Organisationen erzielt werden, die Gesundheit fördern. Als moderne Unternehmensstrategie zielt BGF darauf ab, Gesundheitspotenziale zu stärken, Krankheiten vorzubeugen und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Arbeit kann einerseits krank machen, andererseits aber auch die berufliche und persönliche Entwicklung fördern. BGF will diejenigen Faktoren beeinflussen, die die Mitarbeitergesundheit fördern. (ebd.)

Hierzu zählen gemäß der Luxemburger Deklaration:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung [*sic*] verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und andererseits eigenen Fähigkeiten, Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und sozialer Unterstützung
- eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz. (ENWHP, 2007)

BGF basiert auf einer fach- und berufsübergreifenden Zusammenarbeit und kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle Schlüsselpersonen dazu beitragen.

Sie kann ihr Ziel „gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“ erreichen, wenn sie sich an folgenden Leitlinien orientiert:

1. Die gesamte Belegschaft muß einbezogen werden (Partizipation).
2. BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).
4. BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit). (ENWHP, 2007)

2.4 Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz

Nun werden Gesundheitsressourcen diskutiert, mit deren Hilfe spezifische Belastungen am Arbeitsplatz vermieden, gemildert oder verringert werden können.

2.4.1 Ressourcen am Arbeitsplatz

Ressourcen sind „Mittel, die eingesetzt werden können, um das Auftreten von Stressoren zu vermeiden, ihre Ausprägung zu mildern oder ihre Wirkung zu verringern“ (Zapf & Semmer, 2004, S. 1041–1042). Die Ressourcenforschung stützt sich theoretisch auf das salutogenetische Modell (Kolip, 2003, S. 155). Die zentrale Frage lautet: „Welche ‚Mittel‘ stehen einer Person zur Verfügung bzw. lassen sich aktivieren, um mit Streß fertig zu werden, Belastungen zu ertragen und die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. nicht krank zu werden?“ (Udris et al., 1992, S. 14) Die kontinuierliche Förderung der Gesundheitsressourcen und -potenziale bei einzelnen Menschen, in ihren Nahräumen und Lebenskontexten sowie im Rahmen der Lebensverhältnisse und Gesamtpolitik zählt zu den zentralen Selbstverpflichtungen der Gesundheitsförderung (Franzkowiak, 2006b, S. 189). Auch die Ottawa Charta (1986) basiert auf einem integrierten Ressourcenansatz, wonach das Vorhandensein bestimmter Ressourcen Gesundheit begünstigt, während der Mangel an wichtigen Ressourcen zu Störungen der Gesundheit führen kann. Neben dem salutogenetischen Modell von Antonovsky (z.B. 1979; 1997) zählen die beiden systemischen Gesundheitsmodelle von Becker (z.B. 2001) und Udris et al. (z.B. 1992) zu den bekanntesten Ressourcenkonzepten.

In der Literatur (z.B. Faltermaier, 2005; Udris & Frese, 1999; Udris et al., 1992; Zapf & Semmer, 2004) werden – bei häufig synonymem Verwendung der Begriffe – zwei Arten von Ressourcen unterschieden:

- *interne* physische und psychische Ressourcen und
- *externe* physikalische, materielle, biologische, ökologische, soziale, institutionelle, kulturelle, organisationale et cetera Ressourcen.

Dieser Gliederung wird auch in diesem Buch gefolgt, wobei der Fokus im Bereich der externen Ressourcen auf die organisationalen Ressourcen gerichtet wird.

2.4.1.1 Organisationale Ressourcen

Externe Ressourcen werden durch die sozial-ökologische Umwelt einer Person determiniert. Hierzu zählen etwa die Sicherung von Grundbedingungen wie Arbeit, ausreichendem Wohnraum und angemessener Ernährung, sozialer Rückhalt, soziale Integration und Unterstützung, ein gesundheitsförderliches soziales Klima, gesundheitliche Grundversorgung und schließlich ein guter Zugang zu Gesundheitsdiensten sowie Krisenhilfe- und Beratungseinrichtungen in der Gemeinde (primary health care). (Franzkowiak, 2006b, S. 189) Die beiden wesentlichen und nachfolgend beschriebenen externen Ressourcen in der Arbeitswelt sind Situationskontrolle und soziale Unterstützung (Udris et al., 1992, S. 15; Udris & Frese, 1999, S. 437–439; Zapf & Semmer, 2004, S. 1044–1053). Wie sämtliche organisationale Ressourcen, haben sie große Be-