

Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften

Zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Wirtschaftswissenschaften (Dr. rer. pol.)

von der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität

Fridericiana zu Karlsruhe

genehmigte

DISSERTATION

von

Dipl. Wi.-Ing. Gabriele N. Alpers

Tag der mündlichen Prüfung: 6. Juli 2009

Referent: Prof. Dr. Peter Knauth

Korreferent: Prof. Dr. Rolf Funck

(2009) Karlsruhe

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis	xi
Verzeichnis der Abkürzungen und Zeichen	xv
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Forschungsdefizit	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit	4
1.3 Aufbau der Arbeit	4
2 Begriffsklärungen und theoretische Konzepte	9
2.1 Mittlere Führungskräfte	9
2.2 Belastungen, Beanspruchungen, Ressourcen	12
2.2.1 Belastungen und Beanspruchungen aus arbeitswissenschaftlicher Sicht	12
2.2.2 Ressourcen	15
2.3 Gesundheit	15
2.3.1 Gesundheitsdefinitionen	16
2.3.2 Das integrative Belastungs-Beanspruchungs-Konzept für individualisierte Arbeitsbedingungen	17
2.4 Weitere Begriffsklärungen	20
2.4.1 Wahrnehmung bezüglich Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit ..	20
2.4.2 Arbeitsfähigkeit	22
3 Wesentliche Einflüsse auf die Gesundheit von Mittleren Führungskräften	29
3.1 Veränderungen im beruflichen und außerberuflichen Kontext	30
3.2 Belastungen von Mittleren Führungskräften	34
3.3 Ressourcen von Mittleren Führungskräften	40
3.4 Gesundheit und Mittlere Führungskräfte	43
3.5 Wissenschaftliche Annahmen zu Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften	47
4 Grundlagen und Methoden empirischer Untersuchungen	51
4.1 Qualitative und quantitative Analyse	51
4.2 Qualitative Analyseverfahren	56
4.2.1 Erhebungstechnik	57
4.2.2 Auswertungsverfahren	59
4.3 Quantitative Analyseverfahren	62
4.3.1 Erhebungstechnik	62
4.3.2 Auswertungsverfahren	64
4.4 Die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden	72
4.5 Ablauf der empirischen Untersuchung in dieser Arbeit	74

5	Qualitative Analyse	75
5.1	Der Interviewleitfaden mit Kurzfragebogen	75
5.2	Pretest	79
5.3	Die Stichprobe der qualitativen Untersuchung	80
5.4	Ergebnisdarstellung des Interviewleitfadens	82
5.5	Ergebnisdarstellung des Kurzfragebogens	85
5.6	Zusammenfassung der Interviewergebnisse.....	90
5.7	Potenzielle Fehler der qualitativen Analyse.....	92
6	Quantitative Analyse.....	95
6.1	Der Fragebogen	96
6.2	Pretest	101
6.3	Durchführung der Befragung	103
6.4	Die Stichprobe der quantitativen Untersuchung	103
6.5	Ärztliche Untersuchungen.....	105
6.6	Kritische Anmerkungen zur Methodik.....	107
7	Subjektive Einschätzungen von Beanspruchungen, Ressourcen, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Mittleren Führungskräften	113
7.1	Ergebnisse zu Beanspruchungen	114
7.1.1	Stress	120
7.1.2	Körperliche Symptome	123
7.2	Ergebnisse zu Ressourcen	126
7.3	Ergebnisse zur Gesundheit	131
7.3.1	Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen	131
7.3.2	Erkrankungen	135
7.4	Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit	136
7.4.1	Arbeitsfähigkeit und körperliche Symptome	137
7.4.2	Arbeitsfähigkeit und Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen.....	138
7.5	Veränderungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren.....	140
8	Ärztliche Befunde von Mittleren Führungskräften	141
8.1	Anamnese	141
8.1.1	Familienanamnese	141
8.1.2	Herz-Kreislauf-Risikofaktoren.....	142
8.1.3	Weitere Parameter	143
8.2	Diagnose von Erkrankungen	147
8.3	Ärztliche Gesamtbeurteilung der Gesundheit	149
9	Vergleich der subjektiven Einschätzungen mit den ärztlichen Diagnosen bei Mittleren Führungskräften	153
9.1	Vergleich der Erkrankungen	153
9.2	Gesamtbeurteilung der Gesundheit	156

10 Vergleich der Daten zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Beanspruchungen, Ressourcen, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie ärztliche Befunde.....	161
10.1 Ergebnisse zu Beanspruchungen	163
10.1.1 Stress	170
10.1.2 Körperliche Symptome	172
10.2 Ergebnisse zu Ressourcen	175
10.3 Ergebnisse zur Gesundheit	180
10.3.1 Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen	180
10.3.2 Erkrankungen	186
10.4 Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit	186
10.5 Veränderungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren.....	188
10.6 Vergleich der ärztlichen Befunde zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften	189
10.6.1 Anamnese	189
10.6.2 Diagnose von Erkrankungen	191
10.6.3 Ärztliche Gesamtbeurteilung der Gesundheit	194
11 Zusammenfassung und Ausblick	197
Literaturverzeichnis.....	205
Anhang	229

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Aufbau und Vorgehensweise dieser Arbeit.....	5
Abbildung 2	Das neue, integrative Belastungs-Beanspruchungs-Konzept für individualisierte Arbeitsbedingungen (das IBBK-Konzept) (Hornberger, 2006, S. 149)	19
Abbildung 3	Vereinfachte Prinzipdarstellung zu Belastungen, Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften	29
Abbildung 4	Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse nach Mayring (2003, S. 20)	53
Abbildung 5	Typen der Befragung (Atteslander, 2008, S. 123)	55
Abbildung 6	Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2003, S. 75)..	61
Abbildung 7	Berufliche Beanspruchungen, die in den letzten fünf Jahren zugenommen haben, differenziert nach Stärke und Häufigkeit bei Mittleren Führungskräften	114
Abbildung 8	Umgang mit Stress und dessen Auswirkungen bei Mittleren Führungskräften	120
Abbildung 9	Körperliche Symptome, die Mittlere Führungskräfte auf Stress zurückführen	123
Abbildung 10	Körperliche Symptome, die Mittlere Führungskräfte nicht auf Stress zurückführen.....	124
Abbildung 11	Einschätzung ausgewählter beruflicher Ressourcen bei Mittleren Führungskräften, differenziert nach Stärke und Häufigkeit.....	127
Abbildung 12	Einschätzung ausgewählter privater Ressourcen bei Mittleren Führungskräften, differenziert nach Stärke und Häufigkeit.....	128
Abbildung 13	Zufriedenheit der Mittleren Führungskräfte mit unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit.....	132
Abbildung 14	Zufriedenheit der Mittleren Führungskräfte mit verschiedenen Lebensbereichen	133
Abbildung 15	Vergleich der Eigendiagnosen von Mittleren Führungskräften (MFK) mit den ärztlichen Diagnosen in Bezug auf die Krankheitsgruppen nach Prozenten und Rang	154

Abbildung 16	Vergleich der Gesundheitseinschätzung von Mittleren Führungskräften ...	157
Abbildung 17	Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf die Stärke der Beanspruchungen, die im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen haben	164
Abbildung 18	Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf die Häufigkeit der Beanspruchungen, die im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen haben	165
Abbildung 19	Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Stress	170
Abbildung 20	Körperliche Symptome, die auf Stress zurückgeführt werden, im Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften.....	172
Abbildung 21	Körperliche Symptome, die nicht auf Stress zurückgeführt werden, im Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften	173
Abbildung 22	Einschätzung der Stärke ausgewählter beruflicher Ressourcen bei Mittleren und Oberen Führungskräften.....	175
Abbildung 23	Einschätzung der Häufigkeit ausgewählter beruflicher Ressourcen bei Mittleren und Oberen Führungskräften.....	176
Abbildung 24	Einschätzung der Stärke ausgewählter privater Ressourcen bei Mittleren und Oberen Führungskräften.....	177
Abbildung 25	Einschätzung der Häufigkeit ausgewählter privater Ressourcen bei Mittleren und Oberen Führungskräften.....	177
Abbildung 26	Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit im Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften.....	181
Abbildung 27	Einschätzung der Zufriedenheit mit diversen Lebensbereichen im Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften.....	184
Abbildung 28	Vergleich der Eigendiagnosen von Oberen Führungskräften (OFK) mit den ärztlichen Diagnosen in Bezug auf die Krankheitsgruppen nach Prozenten und Rang	192

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	WAI-Dimensionen	25
Tabelle 2	Der Zusammenhang von WAI, Arbeitsfähigkeit und Ziel von Maßnahmen	25
Tabelle 3	Potenziell ungünstig wirkende Belastungen in der Arbeitswelt (Richter und Hacker, 1998, S. 17).....	35
Tabelle 4	Skalenniveau (vgl. Backhaus et al., 2008, S. 10)	52
Tabelle 5	Multivariate Analysemethoden nach Backhaus et al. (2008, S. 12 ff.).....	67
Tabelle 6	Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient nach Bühner (2006, S. 207)	70
Tabelle 7	Übersicht zu Beanspruchungen von Mittleren Führungskräften (qualitative Interviews).....	82
Tabelle 8	Übersicht zu Ressourcen von Mittleren Führungskräften (qualitative Interviews).....	83
Tabelle 9	Übersicht zu Bewältigungsstrategien von Mittleren Führungskräften (qualitative Interviews)	84
Tabelle 10	Rangfolge der aktuellen und retrospektiven Einschätzung zu „Was ist Ihnen in Ihrem Beruf am wichtigsten?“	85
Tabelle 11	Überblick über die quantitativen Erhebungen.....	95
Tabelle 12	Altersstruktur der Mittleren Führungskräfte	104
Tabelle 13	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Stärke von Beanspruchungen bei Mittleren Führungskräften.....	117
Tabelle 14	Beanspruchungen von Mittleren Führungskräften im privaten Bereich (aktuell und im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren).....	119
Tabelle 15	Ergebnisse der Faktorenanalyse für den Umgang mit Stress und dessen Auswirkungen bei Mittleren Führungskräften	122
Tabelle 16	Ergebnisse der Faktorenanalyse für körperliche Symptome bei Mittleren Führungskräften	125
Tabelle 17	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Stärke der Ressourcen bei Mittleren Führungskräften	129

Tabelle 18	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Häufigkeit der Ressourcen bei Mittleren Führungskräften.....	130
Tabelle 19	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Zufriedenheit von Mittleren Führungskräften mit ihrer Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen	134
Tabelle 20	Rangfolge der Krankheitsgruppen nach Prozenten (Eigendiagnosen von Mittleren Führungskräften)	135
Tabelle 21	Zusammenhang von Stress und Nervosität im Vergleich mit dem WAI....	137
Tabelle 22	T-Test zum WAI im Zusammenhang von Stress und Nervosität	138
Tabelle 23	Korrelationen zwischen WAI und Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit	139
Tabelle 24	Korrelationen zwischen WAI und Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen.....	139
Tabelle 25	Überblick zum Body Mass Index (BMI) bei Mittleren Führungskräften ...	145
Tabelle 26	Rangfolge der Krankheitsgruppen nach Prozenten bei Mittleren Führungskräften (ärztliche Diagnosen).....	148
Tabelle 27	Zufriedenheit der Ärzte mit dem körperlichen Gesundheitszustand der Mittleren Führungskräfte.....	149
Tabelle 28	Zufriedenheit der Ärzte mit der körperlichen Leistungsfähigkeit der Mittleren Führungskräfte.....	150
Tabelle 29	Zufriedenheit der Ärzte mit der seelischen Verfassung der Mittleren Führungskräfte	150
Tabelle 30	Vergleich der Eigendiagnosen von Mittleren Führungskräften mit den ärztlichen Diagnosen in Bezug auf die Häufigkeiten und Prozentangaben der Krankheitsgruppen	155
Tabelle 31	Kreuztabelle zu Häufigkeiten der angegebenen Krankheitsgruppen von Mittleren Führungskräften und Ärzten.....	156
Tabelle 32	Korrelationen zwischen Beurteilung der Gesundheit aus ärztlicher Sicht und aus Sicht der Mittleren Führungskräfte	157
Tabelle 33	Mittelwertsvergleich zur Einschätzung der Gesundheit zwischen Mittleren Führungskräften und Ärzten.....	158
Tabelle 34	Vergleich der soziodemografischen Daten zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften	162

Tabelle 35	Beanspruchungen von Oberen Führungskräften im privaten Bereich (aktuell und Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren)	166
Tabelle 36	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Stärke von Beanspruchungen bei Oberen Führungskräften.....	167
Tabelle 37	Ergebnisse der Faktorenanalyse für den Umgang mit Stress und dessen Auswirkungen bei Oberen Führungskräften	171
Tabelle 38	Ergebnisse der Faktorenanalyse für körperliche Symptome bei Oberen Führungskräften	174
Tabelle 39	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Stärke der Ressourcen bei Oberen Führungskräften	178
Tabelle 40	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Häufigkeit der Ressourcen bei Oberen Führungskräften.....	179
Tabelle 41	Vergleich der Einschätzung der Gesundheit zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften	182
Tabelle 42	Vergleich der Mittelwerte zur Einschätzung der Gesundheit zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften.....	183
Tabelle 43	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Zufriedenheit von Oberen Führungskräften mit ihrer Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen	185
Tabelle 44	Vergleich der Eigendiagnosen zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Häufigkeiten und Prozentangaben der Krankheitsgruppen	186
Tabelle 45	Herz-Kreislauf-Risikofaktoren von Mittleren und Oberen Führungskräften	189
Tabelle 46	Anamnese von Mittleren und Oberen Führungskräften.....	190
Tabelle 47	Vergleich der Eigendiagnosen und ärztlichen Diagnosen zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Häufigkeiten und Prozentangaben der Krankheitsgruppen	191
Tabelle 48	Kreuztabelle zu Häufigkeiten der angegebenen Krankheitsgruppen von Oberen Führungskräften und Ärzten.....	193
Tabelle 49	Korrelationen zwischen Beurteilung der Gesundheit aus ärztlicher Sicht und aus Sicht der Oberen Führungskräfte	195
Tabelle 50	Mittelwertvergleich zur Einschätzung der Gesundheit zwischen Oberen Führungskräften und Ärzten.....	195

Verzeichnis der Abkürzungen und Zeichen

ABI	Arbeitsbewältigungsindex
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BMI	Body Mass Index
Chi ²	Chi-Quadrat
df	degrees of freedom
ed.	editor
eds.	editors
F	F-Wert
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MFK	Mittlere Führungskräfte
N	Anzahl der Fälle in der Stichprobe
OFK	Obere Führungskräfte
p.	page
p	Signifikanz
r	Spannweite
rho	Rangkorrelationskoeffizient (nach Spearman)
s	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
T	T-Wert
WAI	Work Ability Index
WHO	World Health Organization
\bar{x}	arithmetisches Mittel

1 Einleitung

*„Gesundheit fordern in ihrem Gebet die Menschen von den Göttern,
dass sie aber selbst darüber die Macht haben, wissen sie nicht.“*

Demokrit

1.1 Problemstellung und Forschungsdefizit

Globalisierung und europäische Integration prägen maßgeblich die Märkte und die Wettbewerbsfähigkeit. Letztere zu sichern, stellt eine große Herausforderung für die Führungskräfte dar. Sie sind schließlich die entscheidenden Treiber für das Überleben von Firmen. Führen bedeutet zunehmend mehr, komplexe Aufgaben unter Zeitdruck mit knappen Ressourcen erfolgreich zu bewältigen. Der unerbittliche Kosten-, Termin- und Qualitätsdruck, unter dem die Führungskräfte ständig stehen, haben selbstverständlich erhebliche Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden in ihrem beruflichen wie privaten Leben.

Die Arbeitswissenschaft beschäftigt sich bereits seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts mit den Themen Belastung und Beanspruchung sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Im Vordergrund standen während des Wirtschaftswunders die Arbeitsbedingungen hinsichtlich der physischen Belastungen bei schwerer körperlicher Arbeit und die sich daraus ergebenden Beanspruchungen des menschlichen Körpers.

Durch den strukturellen Wandel vom industriellen Sektor zur Dienstleistungs- bzw. Wissensgesellschaft wird zunehmend das Thema „Psychische Belastungen bei der Arbeit“ in den Blickpunkt gerückt.

Die Mehrzahl der Unternehmen befasst sich seit vielen Jahren mit dem Thema Gesundheit der Mitarbeiter¹. Aufgrund ihrer Vorbild- und Multiplikatorfunktion spielen die Führungskräfte hierbei eine herausragende Rolle.

Innerhalb des Führungskreises befinden sich die Mittleren Führungskräfte in einer speziellen Situation. Einerseits sollen sie als „gute“ Vorgesetzte die Coa-

¹ In dieser Arbeit wird der Einfachheit halber die männliche Form benutzt, die aber immer das weibliche Pendant mit einbezieht.

ches und Unterstützer ihrer Mitarbeiter sein, andererseits müssen sie selbst die ihnen vorgegebenen Ziele der Unternehmensführung stringent durchsetzen. Reorganisationen, Fusionen, Outsourcing sowie Personalabbau bringen sie oft genug in Gewissenskonflikte zwischen den eigenen Bedürfnissen, der Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern und ihren Verpflichtungen als wesentliches Rückgrat des Managements. „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 und Hofmann, 2003, S. 100).

Das Mittlere Management hat bisher in der Forschung nur wenig Beachtung gefunden. Syedain (1991, S. 46) bezeichnet die Ebene der Mittleren Führungskräfte als eine „endangered species“; Walgenbach (1994, S. 7) spricht sogar von einer „unknown species“, die ein „Leerfeld der Managementforschung darstellt“. Es existiert „no comprehensive body of theoretical or empirical knowledge (...)“ (Dopson und Stewart, 1990, S. 9) der Mittleren Führungsebene. „So sehr uns die mittlere Leitungsebene in der Organisationspraxis als Realität gegenüber übertritt, so lieblos ist ihre Behandlung in der Literatur“ (Lepper, 1985, S. 270). Dieses Forschungsdefizit besteht in der allgemeinen Managementforschung für die Mittlere Führungsebene generell und speziell für den Bereich Gesundheit. Die Mittlere Ebene „is little understood and seldom examined by academics, whose attention is drawn inexorably to the top of the organisational hierarchy“ (Torrington und Weightman, 1987, S. 74); (siehe Kapitel 2).

Auch heute noch wird in Studien das Topmanagement fokussiert. So wurde von Hunziger (2004) nur die „Work-Life-Balance internationaler Top-Manager“, nicht aber die der Mittleren Führungskräfte untersucht (siehe Kapitel 9). Stock-Homburg und Bauer (2007) erforschten mittels Interviews zur Work-Life-Balance den Burnout bei Top-Managern und die resultierenden monetären Folgen in der deutschen Wirtschaft. Sachs (2006) befragte 68 Führungskräfte, von denen nur 31 in Großunternehmen mit einer Belegschaft über 250 Mitarbeiter beschäftigt sind und die insbesondere aus dem Bereich Pflegemanagement stammen (siehe Kapitel 7). In den Studien fehlt oft die Differenzierung nach Führungskräfteebenen, Unternehmensgrößen und Beschäftigungsverhältnissen.

Einige Studien belegen, dass medizinische Daten von Führungskräften durch Dienstleister mittels Gesundheits-Check-ups generiert werden. Jedoch sind hierbei erhebliche Defizite feststellbar. Bei Pfeiffer (2001, S. 5) z.B. liegt die Spannweite der 823 befragten männlichen Manager bei einem Durchschnittsalter von 51 Jahren zwischen 20 und 82 Jahren. In den Ergebniskapiteln wird auf Studien Bezug genommen (Pfeiffer et al., 2001; Baum et al., 2002; Renz et al., 2004), bei denen es insbesondere um das Risikofaktorenprofil, den Alkoholkonsum und sportliche Aktivitäten von Führungskräften geht. Subjektive Daten werden darin nur im Rahmen der Anamnese erhoben.

Arbeiten zur Beanspruchungs- und Ressourcensituation sowie subjektiven Gesundheitseinschätzung von Mittleren Führungskräften liegen nicht vor. Auch fehlen Studien zur retrospektiven Betrachtung der Situation.

Aufgrund des allgemein vorherrschenden Bildes des Managers ist es interessant, die Eigenbeurteilung einer Fremdbeurteilung gegenüberzustellen und diese wiederum mit medizinischen Daten als quasiobjektive Kriterien zu vergleichen.

Basierend auf der demographischen Entwicklung muss zudem die Arbeitsfähigkeit der Führungskräfte und hier im Besonderen die der Mittleren Ebene erforscht werden.

Es fehlen Forschungsarbeiten, welche die subjektive UND objektive Analyse der Gesundheit, insbesondere von Mittleren Führungskräften, thematisieren.

Unter diesen Gegebenheiten ist es folgerichtig, das Wechselspiel zwischen Beanspruchungen und Ressourcen sowie die Gesundheit systematisch und empirisch zu untersuchen. Hierbei steht der Erhalt der Leistungsfähigkeit für den Wirtschaftsstandort Deutschland im Fokus.

Die in der Problemstellung aufgezeigten Belastungen und das Fehlen wissenschaftlicher Studien in der Mittleren Führungsebene sind der Grund, warum sich die vorliegende Arbeit auf diese „Zwischenebene“ konzentriert.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Es handelt sich bei dieser Arbeit um eine explorative Studie, die Wissen zum Themenfeld Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften in subjektiver und objektiver Hinsicht generiert. Ausgangspunkt sind die beschriebenen Defizite. Es werden folgende Ziele formuliert:

- Analyse der aktuellen psychosozialen Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften:
 - a) Selbsteinschätzung der Mittleren Führungskräfte
 - b) Analyse der Gesundheit durch ärztliche Diagnosen, die während einer freiwilligen internistischen Präventivuntersuchung erhoben werden
- Gegenüberstellung von subjektiver Einschätzung und medizinischen Daten bei Mittleren Führungskräften
- Vergleich der aktuellen Situation mit der Situation vor fünf Jahren in Bezug auf Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften
- Vergleich der Zielgruppe mit Oberen Führungskräften.

Hierbei werden subjektive Informationen in Form von Selbst- und Fremdbeurteilungen sowie quasiobjektive Informationen über medizinische Parameter für die Untersuchungsstichprobe der Mittleren Führungskräfte generiert.

1.3 Aufbau der Arbeit

Abbildung 1 stellt den Aufbau und die Vorgehensweise dieser Forschungsarbeit zusammenfassend dar und zeigt die wichtigsten Bereiche der einzelnen Kapitel auf.

Im 1. Kapitel werden die Problemstellung, das Forschungsdefizit und die Zielsetzung der Arbeit erläutert.

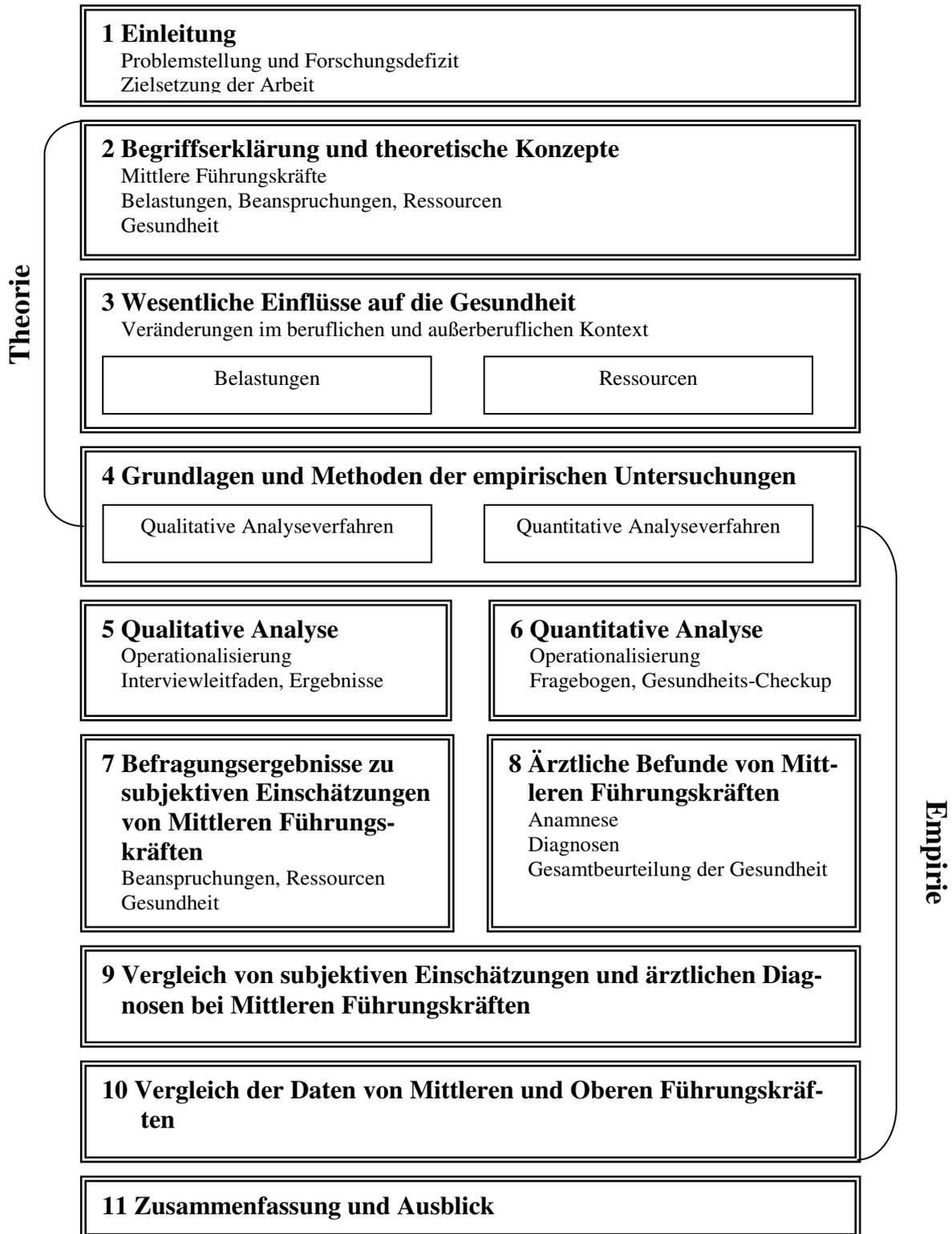


Abbildung 1 Aufbau und Vorgehensweise dieser Arbeit

Kapitel 2 beinhaltet Definitionen relevanter Begriffe und theoretische Konzepte. Diese sind für den Theorie- und Empirieteil bedeutsam, in die sich die Arbeit gliedert.

Gegenstand des 3. Kapitels sind wesentliche Einflüsse auf die Gesundheit von Mittleren Führungskräften sowie die Gesundheit selbst. Danach werden die für den explorativen Forschungsansatz relevanten wissenschaftlichen Thesen für die empirische Erhebung zu Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit aufgezeigt.

Kapitel 4 leitet zum Empirieteil über und erläutert die Grundlagen und Methoden der durchgeführten Untersuchungen. Dazu werden die Unterschiede sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden dargestellt und die eingesetzten qualitativen als auch quantitativen Datenerhebungs- und Analyseverfahren in ihrer kombinierten Vorgehensweise beschrieben (Triangulation).

Analog zur Beschreibung der Vorgehensweise des Forschungsablaufs beschreibt Kapitel 5 die qualitative Analyse. Neben der Operationalisierung werden der Interviewleitfaden, die Pretests und die Interviews beschrieben sowie die damit erzielten Ergebnisse vorgestellt. Zum Abschluss wird auf potenzielle Fehler der qualitativen Analyse eingegangen.

Kapitel 6 beinhaltet die quantitative Analyse mit Operationalisierung, Beschreibung des Fragebogens und Pretests. Die Erhebung und der Gesundheits-Check-up werden beschrieben. Das Kapitel schließt mit kritischen Anmerkungen zur Methodik.

Die Ergebnisse der quantitativen Analyse werden in den Kapiteln 7 und 8 vorgestellt. Dabei fokussiert Kapitel 7 die Befragungsergebnisse der subjektiven Einschätzungen von Mittleren Führungskräften zu Beanspruchungen, Ressourcen, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.

Kapitel 8 stellt die parallel während der Gesundheits-Check-ups erhobenen ärztlichen Befunde von Mittleren Führungskräften vor.

In Kapitel 9 werden die gewonnenen Ergebnisse gegenübergestellt, indem die subjektiven Daten der Mittleren Führungskräfte mit den erhobenen medizinischen Parametern und den Einschätzungen der untersuchenden Ärzte verglichen werden.

Kapitel 10 vergleicht die Ergebnisse der Mittleren Führungskräfte mit denen der Oberen Führungskräfte, die auch im Rahmen dieser Gesundheits-Check-ups erhoben wurden.

Den Abschluss bildet das 11. Kapitel, in dem die gesamte Arbeit kurz zusammengefasst wird. Weiterhin wird ein Ausblick auf verhaltens- und verhältnisorientierte Präventionsmaßnahmen und zukünftige Forschungsansätze aufgezeigt.

2 Begriffsklärungen und theoretische Konzepte

In dem folgenden Kapitel werden wichtige Begriffe definiert; sie sind sowohl für den theoretischen als auch den empirischen Teil bedeutsam.

2.1 Mittlere Führungskräfte

Gemäß dem neuen St. Galler Managementmodell (vgl. Rüeegg-Stürm, 2002, S. 22) ist *Management* das Gestalten, Lenken und Entwickeln zweckgerichteter, sozialer Organisationen (vgl. Ulrich, 1984). Daraus folgt in der heutigen Zeit, die durch Dynamik und Globalisierung gekennzeichnet ist, dass Führungskräfte komplexe Aufgaben unter Zeitdruck mit knappen Ressourcen erfolgreich zu bewältigen haben.

Der Begriff *Führen* lässt sich definieren als die persönliche Einflussnahme auf das Verhalten der zugeordneten Mitarbeiter zur Erreichung zweckgerichteter Ziele, die letztlich von den Unternehmenszielen abgeleitet werden. Unter Führung versteht man im Allgemeinen das „Anleiten von Menschen zur zielorientierten Aufgabenerfüllung“ (Bleicher, 1985, S. 94). Für Lattmann (1982, S. 48) ist Führung „eine Interaktionsbeziehung, bei welcher der ‚Führer‘ ein auf die Errichtung eines von ihm gesetzten Zieles gerichtetes Verhalten beim ‚Geführten‘ auslöst und aufrecht erhält“. Wunderer (2003, S. 4) gibt folgende Definition: „Führung wird verstanden als ziel- und ergebnisorientierte, aktivierende und wechselseitige, soziale Beeinflussung zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in und mit einer strukturierten Arbeitssituation“.

Führungskräfte unterscheiden sich von den in ihrem Bereich Geführten durch die hierarchische Position, ihren Vorgesetztenstatus, ihr Recht, anderen verbindliche Weisungen erteilen zu können, das Ausmaß an Entscheidungsbefugnissen sowie ihren Einfluss auf das Unternehmensgeschehen (vgl. Becker und Fallgatter, 2005, S. 14 ff; Rosenstiel und Einsiedler, 1987, S. 983 ff.). Nach Walgenbach (1994, S. 8) sind „Unterschiede zwischen den Hierarchieebenen in erster Linie an den Bedingungen, unter denen Entscheidungen getroffen werden, und der Tragweite von Entscheidungen festzumachen“. Angesichts der Spannweite

ist es üblich geworden, nach Unteren, Mittleren und Oberen Führungskräften zu differenzieren.

Die zentrale Funktion der Mittleren Führungsebene „besteht darin, Ziele und unternehmenspolitische Entscheidungen in Programme, Regeln und konkrete Vorgaben zu übersetzen und deren Einhaltung/Ausführung zu überwachen“ (Stahle, 1999, S. 90). Sie sind stärker auf die Entscheidungsvorbereitung spezialisiert.

Auf der Mittleren Führungsebene werden folglich administrative Umsetzungsentscheidungen gefällt, die insbesondere der Erreichung von Zielen im jeweiligen Bereich dienen; die wichtigsten Wege werden dabei festgelegt. Nach Hofstetter (1988, S. 83) sind die Führungskräfte der Mittleren Ebene verantwortlich für „derivative“ Leitungsaufgaben, die sich aus der Kompetenzdelegation der Oberen Führungsebene ergeben. In der Unternehmenshierarchie sind die Mittleren Führungskräfte somit das Vermittlungs- und Umsetzungsglied für die Entscheidungen der Oberen Ebene und der Unternehmensführung. Sie können als Transformatoren bezeichnet werden, die das Potenzial ihrer Mitarbeiter erhöhen. In Form dispositiver Entscheidungen formulieren sie die jeweilige Unternehmenspolitik und organisieren deren Durchführung mittels Anordnungen. Von den Führungskräften der Mittleren Ebene wird letztlich das Verhalten eines risikofreudigen Unternehmers erwartet (vgl. Goffee und Scase, 1986, S. 3; Pinchot, 1985).

Obwohl die Tätigkeit der Mittleren Führungskräfte weitgehend eigenständig ist, beklagen sie oft eine eingeschränkte Dispositionsbefugnis. Die Einflussnahme und Mitwirkung bei Entscheidungen auf der Oberen Führungsebene ist ihrer Meinung nach zu gering, der Informationsfluss ist nicht ausreichend.

Oft wird von ihrer Seite beklagt, dass sie sich gewissermaßen in einer „Sandwichposition“ befinden. Die Mitarbeiter erwarten von ihnen Verständnis und Unterstützung. Ihre Vorgesetzten fordern strikte Umsetzung der geplanten Maßnahmen im Sinne des Unternehmens. Deswegen spricht Walgenbach (1994, S. 229) von den „Pufferfunktionen“ (vgl. Thompson, 1967, S. 19 ff.). Verschiedene organisationale Pufferstrategien sind bei Scott (1986, S. 258 ff.) beschrieben. Außerdem wird die Mittlere Ebene „auch dazu eingesetzt, die zentralen Ar-

beitsprozesse gegenüber internen Störungen abzusichern“ (Walgenbach, 1994, S. 231). Dies sind wichtige Indizien für Belastungen der Mittleren Führungskräfte. Auf diese Belastungen wird im Kapitel 3.2 eingegangen.

Hingegen akzeptieren es die Mittleren Führungskräfte gerne, wenn sie an strategischen Entscheidungen beteiligt werden (vgl. Rosenstiel, 2003, S. 72; Becker und Fallgatter, 2005, S. 16), und tragen bereitwillig die damit verbundene Verantwortung für das Unternehmen. Nach Stahl (2004, S. 24) sind sie die „Stützen des Unternehmens“. Letztlich sind sie trotz ihrer Mittlerfunktion zwischen Oben und Unteren Hierarchieebenen „nach oben orientiert und zwar mit eindeutigen Karriereerwartungen“ (Stahle, 1999, S. 89).

Generell sind Führungskräfte, so auch die Mittleren Führungskräfte, Wertsetzer im Unternehmen und geben Maßstäbe für die Unternehmenskultur vor. Sie fungieren als Vorbild und sind somit Multiplikatoren. Die Führungskräfte sollen durch ihre Einstellung und Verhalten die Unternehmensziele und Leitsätze umsetzen und vorleben. „Das Verhalten von Führenden (...) zeigt an, was tatsächlich bedeutsam ist und worauf man im Unternehmen Wert legt“ (Comelli und Rosenstiel, 2001, S. 106). Im Sinne von Malik (1993, S. 61) ist Verantwortungsbewusstsein ein wesentliches Merkmal einer kompetenten Führungskraft. Dies gilt im Besonderen hinsichtlich der eigenen Gesundheit und der Gesundheit der ihr anvertrauten Mitarbeiter.

In dieser Arbeit nehmen Mittlere Führungskräfte die Position des Mittleren Managements ein, zu der nach der Subtraktionsmethode weder die Untere noch die Obere Führungsebene zählt. Eine Unterscheidung mittels systematischer Analyse der Funktionen und Rollen der Mittleren Führungsebene wird hier nicht eingesetzt. Die Begriffe *Führungskraft* und *Manager* werden synonym verwendet (vgl. Becker und Fallgatter, 2005, S. 13).

2.2 Belastungen, Beanspruchungen, Ressourcen

2.2.1 Belastungen und Beanspruchungen aus arbeitswissenschaftlicher Sicht

Nach Rohmert und Rutenfranz (1975, S. 8) sind Belastungen objektive, von außen her auf den Menschen einwirkende Größen und Faktoren. „Belastung stellt die Summe aller auf den Menschen einwirkenden Faktoren der Arbeit dar, die überwiegend über das rezeptorische System wahrgenommen werden und/oder Anforderungen an das effektorische System stellen“ (Rohmert, 1974, S. 11). Hierzu zählen z.B. Arbeitsaufgabe, -platz, -umgebung und -organisation (vgl. Rohmert und Rutenfranz, 1983). Beanspruchungen werden demnach verstanden als deren Auswirkungen auf den Menschen (in Abhängigkeit von seinen individuellen Eigenschaften, Antrieben, Fertigkeiten und Fähigkeiten) und als Rückkopplungsprozesse (nicht nur Reiz-Reaktionsmuster). Das Individuum fungiert hierbei als intervenierende Variable. In diesem Zusammenhang unterscheidet man Moderator-, Organismus- bzw. Transmissionsvariablen (vgl. Gros, 1994). Beanspruchungen sind somit das Resultat von Belastungen, individueller Leistungsfähigkeit, situativen und sozialen Faktoren sowie Handlung bzw. Reaktion. Sie stehen folglich für die Art und Auswirkung der bei der Arbeit auftretenden Belastungen. Objektiv gleiche Belastungen werden im Verarbeitungsprozess durch Rezeptoren wie die Sinnesorgane wahrgenommen und individuell bewertet; sie führen bei jedem Menschen zu einem unterschiedlichen Ausmaß an Beanspruchungen. Diese können sowohl negativ als auch positiv sein. Es existieren physiologische, biochemische, psychophysikalische und behavioristische Indikatoren für Beanspruchungen. „Erst wenn die Belastung zu hoch oder zu niedrig wird, hat sie negativ zu wertende Beanspruchungsfolgen“ (Österreich, 2001, S. 163). Beanspruchungsfolgen sind mittel- und langfristige, chronische Reaktionen wie z.B. psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen, Unzufriedenheit und Depressionen, Fehlzeiten, Nikotin-, Alkohol- und Tablettenkonsum, aber auch Trainingseffekte sind hier zu nennen.

Für den Führungskräftealltag ist es bedeutsam, nach physischen und psychischen Belastungen bzw. Beanspruchungen zu unterscheiden. Im Gegensatz zu den heute überwiegenden psychischen Belastungen bzw. Beanspruchungen sind die physischen vernachlässigbar und somit nicht Gegenstand dieser Arbeit.

Psychische Belastung wird in der DIN EN ISO 10075-1 (2000) definiert als „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“. Nach dieser DIN EN ISO existieren vier potenziell belastungswirksame Gruppen von Anforderungen:

- Arbeitsaufgabe (z.B. Dauer, zeitlicher Verlauf)
- physikalische Arbeitsumgebungsbedingungen (z.B. Beleuchtung, Lärm, Klima)
- sozialer Kontext und Organisationsbedingungen (z.B. Betriebsklima, Zusammenarbeit, Konflikte)
- gesellschaftliche Bedingungen (z.B. wirtschaftliche Lage).

Bei der psychischen Belastung wird differenziert in kognitiv und emotional. Die Höhe der kognitiven Belastung ist von der Schwierigkeit der Arbeitsaufgabe abhängig. Eine Überlastung in diesem Bereich liegt dann vor, wenn die individuelle Leistungsfähigkeit in einem signifikanten Missverhältnis zur Arbeitsanforderung steht. Die emotionale Belastung ist ein Maß dafür, inwieweit die persönlichen Bedürfnisse und Motive mit den wahrgenommenen Realisierungsmöglichkeiten in Einklang stehen. Sie ergibt sich aus der Differenz zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Psychische Beanspruchung wird definiert als „die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung psychischer Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (DIN EN ISO 10075-1, 2000).

Messung von Belastung und Beanspruchung

Nach Rohmert (1974, S. 12) sind „Belastung und Beanspruchung nicht messbar“, deshalb werden den Begriffen „messbare Eigenschaften zugeordnet, so dass Belastung und Beanspruchung auf Skalen abgebildet werden können“. Belastungsgrößen sind dabei quantifizierbare Einflussgrößen, die messbar sind.

Belastungsfaktoren, die oft soziologischer oder psychologischer Natur sind, können mit naturwissenschaftlichen Messmethoden nicht erfasst werden.

Man kommt deshalb zu folgender Darstellung der beiden Begriffe:

- Belastung = f (Belastungsgrößen, Belastungsfaktoren)
- Beanspruchung = f (Belastungsgrößen, Belastungsfaktoren, individuelle Eigenschaften).

Individuelle Eigenschaften werden hierbei aufgefasst als diverse Ausprägungen z.B. des Übungsgrades oder der Leistungsfähigkeit.

Rohmert und Rutenfranz (1975) sprachen als erste von einem Belastungs-/Beanspruchungskonzept, das den Zusammenhang zwischen beiden verdeutlicht. Sie stellten somit „analog zu mechanistischen Modellen der Physik einen Zusammenhang her zwischen objektiv im Arbeitssystem wirkenden Einflussgrößen auf den Menschen sowie den im Menschen hervorgerufenen Wirkungen“ (Gerlmairer, 2002, S. 100). Dieses Konzept wurde später auch erweitert (vgl. Rohmert, 1984; vgl. Hettinger und Wobbe (Hrsg.), 1993, S. 64).

Alle bisherigen Ansätze berücksichtigen jedoch nicht die Vielseitigkeit der Praxis. Insbesondere die Individualisierung stellt eine Herausforderung für die Arbeitswissenschaft dar (vgl. Hornberger, 2006, S. 10). Ein in der Empirie anwendbares und den individuellen Aspekt fokussierendes Konzept wird daher in Kapitel 3.3 erläutert.

Zur Erfassung psychischer Belastung und zu den Grenzen der Aussagekraft subjektiver Belastungsanalysen wird auf Nachreiner (2008, S. 5 ff.) verwiesen.

In der Umgangssprache ist das Wort *Belastungen* negativ belegt; es werden darunter negative Anforderungen verstanden. In diesen Ausführungen wird der Begriff neutral verwendet.

2.2.2 Ressourcen

Nach Richter und Hacker (1998, S. 25) werden als Ressourcen alle Komponenten verstanden, „die es erlauben, die eigenen Ziele anzustreben und unangenehme Einflüsse zu reduzieren“. Sie sind wesentlicher Teil des neuen, integrativen Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts für individualisierte Arbeitsbedingungen (vgl. Hornberger, 2006, S. 149).

Bewältigungsstrategien

Eine Bewältigungsstrategie ist jeder Versuch einer Person, „den Anforderungen unserer Umwelt so zu begegnen, dass negative Konsequenzen vermieden werden“ (Lüder gen. Lühr, 1998, S. 23). Gemäß dem transaktionalen Stresskonzept nach Lazarus (1981) soll dieses Verhalten insbesondere folgende Aufgaben erfüllen: Verringerung von schädlichen Einflüssen aus der Umwelt, Verbesserung der Erholungsmöglichkeiten sowie die Aufrechterhaltung von emotionalem Wohlbefinden. Bewältigungsstrategien werden in dieser Arbeit als verinnerlichte Ressourcen aufgefasst.

2.3 Gesundheit

Gesundheit als Idee besteht seit der griechischen Mythologie. Sie wird durch zwei Kategorien von Gesundheit repräsentiert. Dabei symbolisiert der Gott Asklepios Gesundheit als Abwesenheit oder als Gegenteil von Krankheit. Die Göttin Hygieia steht für „Lebenskunst und vernünftige Lebensführung; es handelt sich um eine aktive, eigenständige Tat, die einer eigenen, affirmativen Beschreibung bedarf“ (Spijk, 1993, S. 50).

Mitte des 19. Jahrhunderts stellte Virchow fest, „dass trotz aller Anstrengungen die Frage nach Wesen und Ursprung von Gesundheit letztlich unbeantwortbar sei, da es sich, (...), um eine ‚transzendente‘ und nicht um eine naturwissenschaftliche Frage handle“ (Virchow, 1856, S. 22 f., zitiert nach Spijk, 1993, S. 57).

2.3.1 Gesundheitsdefinitionen

Definitionen von Gesundheit sind immer mehrdimensional. So kann z.B. differenziert werden nach:

- naturwissenschaftlich-somatischen Aspekten
- psychologischen Aspekten
- soziologischen Aspekten
- juristischen Aspekten (vgl. Becker et al., 1986).

Diese objektiven Gesundheitsdefinitionen enthalten unter anderem medizinische Diagnosen und Normen aus den Bereichen Biologie und Jura. Die Sicht des Individuums präsentiert die subjektive Definition von Gesundheit.

Gesundheitsdefinition nach der World Health Organization (WHO)

Der Begriff *Gesundheit* wurde 1946 von der WHO als ein „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ definiert. Die Dimensionen Körper, Seele und Soziales werden hier aus der Sicht des Individuums thematisiert, es wird also von einer subjektiven Perspektive ausgegangen.

1986 verabschiedete die WHO die so genannte „Ottawa-Charta“, in der auch die Organisation der Arbeit und die Gestaltung der dabei geltenden Bedingungen berücksichtigt werden: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (...) Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können (...) Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Die aktualisierte WHO-Definition von 1986 ist somit moderner und versteht Gesundheit als „die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen“ (zitiert nach Richter und Hacker, 1998, S. 23).

Gesundheit ist nun nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten, sondern ist als „positiver funktioneller Gesamtzustand im Sinne eines dynamischen biopsychologischen Gleichgewichtszustandes, der erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden muß“ (Quaas, 1994, S. 148) zu sehen.

2.3.2 Das integrative Belastungs-Beanspruchungs-Konzept für individualisierte Arbeitsbedingungen

Dieses neue arbeitswissenschaftliche Konzept versucht, die bisher getrennten Ansätze aus den Disziplinen Gesundheitswissenschaften, Arbeitspsychologie, Ergonomie und Soziologie zu integrieren; „die klassischen arbeitswissenschaftlichen Belastungs-Beanspruchungs-Konzepte (sind) meist eng ergonomisch-ingenieurwissenschaftlich orientiert und auf die negativen Wirkungen von Belastungen gerichtet“ (Hornberger, 2001, S. 394).

In dem Gesundheitsmodell nach Hornberger werden die in der modernen Arbeitswelt verstärkt auftretenden individualisierten Arbeitsbedingungen berücksichtigt. Individualisierung bringt dabei neue Herausforderungen mit sich. So wird z.B. „die Gesundheitsgerechtigkeit der Arbeitsgestaltung auf die Individuen übertragen“ (Hornberger, 2001, S. 393).

Gesundheit wird als ein komplexer, dynamischer und mehrdimensionaler Zustand aufgefasst, wobei die Trennung zwischen „krank“ und „gesund“ aufgehoben wird.

In diesem arbeitswissenschaftlichen Konzept werden bestimmte Merkmale der Arbeit „nicht ‚vorab‘ als Ressourcen oder Risiken strukturiert“ (Hornberger, 2001, S. 394). Die individuelle Wahrnehmung entscheidet über die Einstufung als Ressource, Risiko oder beides zugleich. Der Fokus dieses Konzepts liegt auf dem subjektiven Aspekt.

Dieser Ansatz enthält das habituelle Gesundheitsverhalten unter dem „sämtliche gesundheitsschützenden, gesundheitsfördernden und gesundheitsriskanten, mehr oder weniger bewussten und wiederkehrenden Verhaltensweisen bezeichnet (werden), die eine Relevanz für die Gesundheit haben“ (Hornberger, 2001, S. 394). Des Weiteren integriert Hornberger die Gesundheitskompetenz als das gesundheitsbezogene Wissen eines Menschen.

Das Konzept berücksichtigt neben den arbeitsbezogenen Größen auch die außerhalb der Arbeit auf den Menschen einwirkenden Parameter; das private Umfeld hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Verhalten des Individuums bei der Arbeit.

Aufgrund seiner Komplexität ist das integrative Belastungs-Beanspruchungs-Modell nur schwer empirisch überprüfbar (siehe Abbildung 2).

Gesundheitsverständnis in dieser Arbeit

In dieser Arbeit wird *Gesundheit* als ganzheitliches Wohlbefinden verstanden. Analog zum Verständnis von Hornberger (siehe Kapitel 2) ist dieser Begriff als ein komplexer, dynamischer und mehrdimensionaler Zustand aufzufassen. Es liegt ein biopsychosoziales Verständnis zu Grunde.

Selbst wenn die Kriterien für Gesundheit nicht im Sinne der WHO erfüllt sind, muss die Arbeitsfähigkeit aufgrund individueller und sozialer Ressourcen sowie adäquater Bewältigungsstrategien nicht eingeschränkt sein.

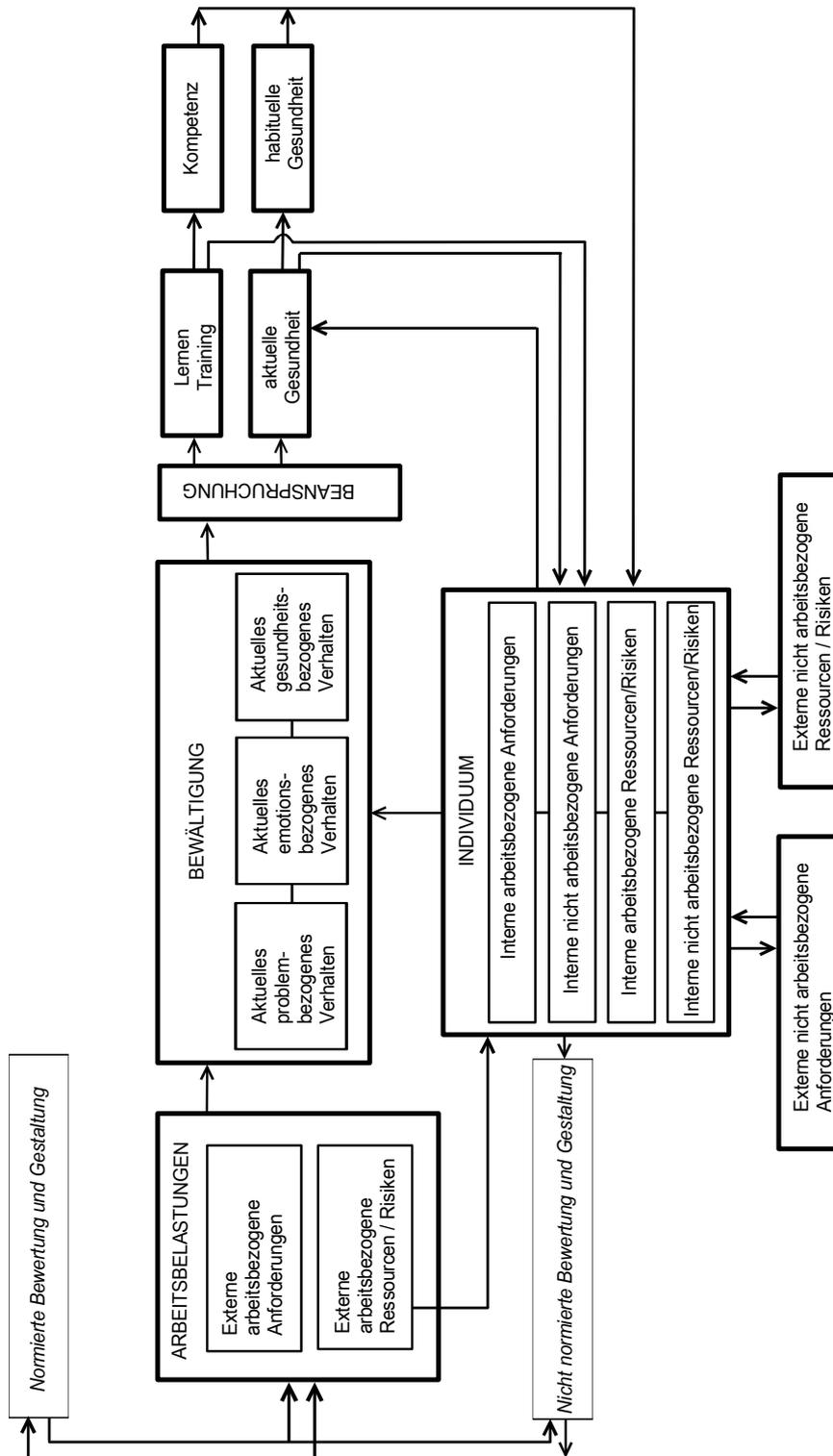


Abbildung 2 Das neue, integrative Belastungs-Beanspruchungs-Konzept für individualisierte Arbeitsbedingungen (das IBBK-Konzept) (Hornberger, 2006, S. 149)

2.4 Weitere Begriffsklärungen

Im Folgenden werden die für das Verständnis wichtigen Begriffe der *Wahrnehmung* und der *Arbeitsfähigkeit* erläutert.

2.4.1 Wahrnehmung bezüglich Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit

Die Wahrnehmung ist ein subjektiver Eindruck der objektiv vorhandenen Umwelt, bei der Reize aus der Umgebung in den menschlichen Sinnesorganen verarbeitet werden. Außer diesen sensorischen Prozessen und Phänomenen sind die bisher gemachten Erfahrungen, die Einstellungen und Bedürfnisse des Individuums entscheidend dafür, was die Person wahrnimmt. Nach Flade (1988, S. 833) handelt es sich „zum einen um den Prozess des Wahrnehmens, zum anderen um das Ergebnis dieses Prozesses“.

„Das Wahrnehmungssystem muss feststellen, was ‚da draußen‘ in der Umwelt ist, und zwar unter Rückgriff auf folgende drei Informationskategorien: erstens Eigenschaften der physikalischen Umwelt, zweitens der elektrischen Aktivität im Nervensystem und drittens früherer Erfahrungen und Vorwissen des Wahrnehmenden“ (Goldstein, 1997, S. 4).

Reizinformationen aus der Umwelt, kognitive Einflüsse aus Erfahrungen und die Physiologie des Nervensystems sind dafür verantwortlich, dass die Wahrnehmung als Ergebnis nicht mehr objektiv ist, sondern dass individuelle Merkmale der Person darüber entscheiden.

Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit werden von der Person wahrgenommen und sind durch sie geprägt; sie sind somit immer subjektiv. Dies ist im Kontext der vorliegenden Arbeit und insbesondere der Ergebnisse zu berücksichtigen. Jedes Individuum nimmt seine Belastungen und Ressourcen verschieden wahr. Grund hierfür sind unterschiedliche Erfahrungen, wobei identische Faktoren für eine Person positiv, für eine andere negativ sein können. Zur Selbstwahrnehmung von Führungskräften wird auf Fett (1985, S. 225 ff.) verwiesen.

Die Mittleren Führungskräfte werden für die empirischen Untersuchungen dieser Arbeit zu ihren Beanspruchungen, Ressourcen und ihrer Gesundheit befragt. Insbesondere bei dem Thema Gesundheit geht es um Betroffenheit und auch Überzeugungen. „Wie betroffen sich die zu befragenden Menschen durch den Fragegegenstand fühlen, ist weder theoretisch vorauszusagen, noch im Formulieren der Fragen selbst eindeutig zu klären. Latente Überzeugungen bedürfen eines Anlasses, um explizit, d.h. beobachtbar oder befragbar zu werden“ (Atteslander, 2008, S. 112). Somit dreht es sich nach Atteslander (2008, S. 112) bei Meinungen einerseits um den „*Grad der Betroffenheit*“, andererseits um den „*Bezug zu wesentlichen existentiellen Überzeugungen und Glaubensvorstellungen*“ (Grad der Zentralität). „Im sozialen Prozess der Befragung ist das Befragungsziel für den Befragten nicht manifest. Als latente externe Stimuli sind die kognitiven Steuerungsvorgänge der Sinneswahrnehmung zu verstehen. Erlebtes, Erfahrenes und frühere Sozialisation wirken als Filter oder Verstärkung des Wahrnehmens“ (Atteslander, 2008, S. 113).

Es geht sowohl um das Wissen der Subjekte, hier der Mittleren Führungskräfte, über Gesundheit bzw. Krankheit als auch um die subjektive Vorstellung derselben. Beide Aspekte sind relevant. Faltermaier (1991, S. 48) gibt einen Überblick über die Forschung zu subjektiven Konzepten und Vorstellungen von Gesundheit, indem er die wissenschaftlichen Zugänge zum Gesundheitsbewusstsein vorstellt. Aus der kognitiven, sozialpsychologischen Perspektive wird der Gegenstand der Wahrnehmung körperlicher Beschwerden untersucht (vgl. Skelton et al., 1982, S. 99 ff.).

Die Wahrnehmung von körperlichen Symptomen und Empfindungen ist „ein zutiefst psychisch geprägter Prozess“ (Faltermaier, 1991, S. 50). Als eindrucksvolles und nachvollziehbares Beispiel sei hier die Wahrnehmung von Schmerzen mit ihren großen interindividuellen Unterschieden genannt. Kognitive Erklärungsmodelle werden hierfür herangezogen (vgl. Skelton et al. 1982; Pennebaker, 1982).

Aus Forschungen von Herzlich (1973) bei der Pariser Mittelschicht ist bekannt, dass für Laien die Phänomene Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Kategorien repräsentieren. So kann eine Person gesund sein und sich krank fühlen und umgekehrt. Außerdem gehen die meisten Bürger von ei-

nem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit aus, sie nehmen somit keine eindeutige Einordnung ihres Zustandes zu gesund oder krank vor. Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum gleicht dem, welches Antonovsky (1979) in seinem theoretischen Salutogenese-Modell vorgestellt hat.

Ähnliche Dimensionen der subjektiven Konzeptionen werden auch in der anglo-amerikanischen und deutschen Forschungsliteratur beschrieben (vgl. Williams, 1983; Grunow et al., 1984; Calnan et al., 1985; Crawford, 1987), unter anderem die „funktionale Fitness“ (Williams, 1983). Demnach dient die Gesundheit dazu, die diversen Aufgaben und Rollen des Alltags zu erfüllen. Sie kann auch als Versuch gesehen werden, den Körper und das Selbst zu kontrollieren sowie als diametraler Pol der Entspannung und des Genießens zu fungieren (Crawford, 1987).

Die Komplexität der subjektiven Vorstellungen von Gesundheit kann mit dem Konstrukt des Gesundheitsbewusstseins veranschaulicht werden. Denn das „Bewusstsein umfasst die Gesamtheit der sinnlichen und rationalen Widerspiegelungsformen sowie den Bereich der menschlichen Emotionen und des Willens, d.h. die gesamte psychische Tätigkeit des Menschen“ (Klaus et al., 1972, S. 224). Diese Definition beinhaltet auch die kognitiven und emotionalen Komponenten des Phänomens. Denn nach Faltermaier (1991, S. 54) geht es „darum, dass Menschen sich wissend um die eigene Gesundheit zurechtfinden und ihr Gesundheitshandeln entsprechend ausrichten“.

Die genannten Effekte sind bei den Erhebungen der Daten (siehe Kapitel 5 und 6) und der Interpretation der Ergebnisse (siehe Kapitel 7 bis 10) zu berücksichtigen.

2.4.2 Arbeitsfähigkeit

„Unter Arbeitsfähigkeit (work ability) wird die Summe von Faktoren verstanden, die eine Frau oder einen Mann in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen“ (Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 166). Sie entspricht der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Darunter wird das Potenzial einer Person verstanden, eine gegebene Aufgabe zu einem

gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Sie beschreibt, inwieweit ein Mitarbeiter fähig ist, seine Arbeit angesichts der Arbeitsanforderungen, seiner Gesundheit und Ressourcen zu erledigen. Die Entwicklung des individuellen Potenzials ist ins Verhältnis zur Arbeitsanforderung zu setzen. Beide Größen sind variabel und müssen gegebenenfalls alters- und altersadäquat gestaltet werden (Ilmarinen und Tempel, 2003, S. 88). Die Arbeitsfähigkeit wird bestimmt durch die individuellen Ressourcen des Arbeitnehmers (körperliche, mentale, soziale Fähigkeiten, Gesundheit, Kompetenz, Werte) und die Arbeit selbst (Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld, Führung) (WAI Netzwerk, 2006).

Maßnahmen, die zum Erhalt und zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind, werden von Ilmarinen und Tempel (2003, S. 96) in vier Handlungsbereiche eingeteilt. Hierbei handelt es sich um Aktivitäten in Bezug auf:

- die individuelle Gesundheit
- den Arbeitsinhalt und die Arbeitsumgebung
- die Arbeitsorganisation und Führung
- die professionelle Kompetenz des Mitarbeiters.

Um nachhaltige Erfolge erzielen zu können, fordern Ilmarinen und Tempel (2003, S. 96) einen multidimensionalen Ansatz mit gleichzeitigen Interventionen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention. Karl (2009) entwickelte ein ganzheitliches, integratives Konzept der Arbeitsfähigkeit, durch das dieselbe über die berufliche Erwerbsfähigkeit hin erhalten und gefördert werden kann.

Der Fragebogen zur Ermittlung des Arbeitsbewältigungsindex

Der Arbeitsbewältigungsindex-Fragebogen ist ein Präventivinstrument „zur Erfassung der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern. Das Resultat des Fragebogens – der Index – kategorisiert den Grad der Arbeitsfähigkeit (...)“ (Alpers, 2006, S. 2).

Der Arbeitsfähigkeitsindex wird auch als Arbeitsbewältigungsindex (ABI) bezeichnet. Der englische Begriff dazu lautet work ability index (WAI). Beide Abkürzungen – ABI und WAI – werden synonym verwendet; im Folgenden wird nur die international genutzte Abkürzung WAI eingesetzt.

Seit den 1980er Jahren beschäftigte sich Ilmarinen, Leiter der Abteilung für Arbeitsphysiologie des Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), „mit der Frage, wie die Potenziale von Beschäftigten so erhalten und entwickelt werden können, dass diese einerseits den Betrieben möglichst lange zur Verfügung stehen, andererseits die Beschäftigten möglichst gesund das Rentenalter erreichen“ (BAuA, 2007, S. 6). Aufgrund dessen wurde der WAI-Fragebogen entwickelt (Ilmarinen und Tuomi, 2004) und seit Mitte der 90er Jahre in Deutschland eingesetzt. Es handelt sich dabei um ein in den 1980/90er Jahren in Finnland in zahlreichen multidisziplinären, klinischen Längsschnittstudien validiertes Instrument (vgl. BAuA, 2007, S.12).

2001 veröffentlichte die BAuA den WAI-Fragebogen in deutscher Sprache. Seitdem wird er von interessierten Akteuren und Betrieben genutzt. Ebenso wurde er in mehr als 20 Sprachen übersetzt.

Der WAI-Fragebogen kann regelmäßig eingesetzt werden, um den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit zu prüfen (Ilmarinen und Tempel, 2003). Er besteht aus sieben so genannten WAI-Dimensionen (WAI-Items) mit insgesamt zehn Fragen und einer Diagnoseliste („aktuelle Krankheiten“), die in Tabelle 1 dargestellt sind.

Tabelle 1 WAI-Dimensionen

WAI-Dimension	Themen
1	derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit
2	Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Arbeitsanforderungen
3	aktuelle Krankheiten
4	geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten
5	Krankenstand in den vergangenen zwölf Monaten
6	Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren
7	psychische Leistungsreserven

Die Antworten des WAI-Fragebogens werden nach Punkten ausgewertet und addiert. Als Ergebnis resultiert der Index (WAI), der Werte zwischen 7 als Minimalausprägung („keine Arbeitsfähigkeit“) und 49 als Maximalausprägung („sehr gute Arbeitsfähigkeit“) annehmen kann. „Der so ermittelte Wert zeigt zum einen, wie hoch die eigene Arbeitsfähigkeit eingeschätzt wird, zum anderen lassen sich Ziele von einzuleitenden Maßnahmen ableiten“ (BAuA, 2007, S. 9). Tabelle 2 erläutert diesen Zusammenhang.

Tabelle 2 Der Zusammenhang von WAI, Arbeitsfähigkeit und Ziel von Maßnahmen

WAI	Arbeitsfähigkeit	Ziel von Maßnahmen
7-27	schlecht	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen
28-36	mittelmäßig	Arbeitsfähigkeit verbessern
37-43	gut	Arbeitsfähigkeit unterstützen
44-49	sehr gut	Arbeitsfähigkeit erhalten

Die Antworten reflektieren „doch mittelbar die berufliche Situation des Befragten (Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld), dessen private Bedingungen (belastendes oder stützendes Umfeld) sowie dessen individuelle Voraussetzungen (funktionelle Kapazität, Gesundheitszustand, Motivation, Kenntnisse und Fertigkeiten)“ (BAuA, 2007, S. 11).

Definition und Anwendbarkeit des Work Ability Index (WAI)

Der WAI beschreibt das Verhältnis von aktueller Leistungsfähigkeit zu gestellter Arbeitsanforderung (WAI-Netzwerk, 2006). Er drückt somit aus, wie das Individuum „mit seinem Arbeitsplatz und seiner Arbeit ‚klarkommt‘“ (BAuA, 2007, S. 11).

„Die Arbeitsfähigkeit eines Arbeitnehmers wird nach dem WAI dann als sehr hoch eingeschätzt, wenn er diese selbst sehr hoch einschätzt, wenn er meint, seine Aufgaben derzeit sehr gut bewältigen zu können und diese nach eigener Einschätzung auch in zwei Jahren noch bewältigen wird, wenn aktuell vom Arzt keine oder kaum Krankheiten diagnostiziert werden konnten, und wenn dementsprechend keine oder nur wenige Krankentage in den letzten zwölf Monaten angefallen sind. Wird die Arbeit darüber hinaus auch noch mit viel Engagement, Zufriedenheit und Erfüllung erledigt, scheinen Arbeitsfähigkeit und Leistungsanforderung in einem günstigen Verhältnis zu stehen“ (BAuA, 2007, S. 9). Die Beurteilung des Ergebnisses darf jedoch keinesfalls von der Arbeitssituation (Arbeitsanforderung) der Befragten getrennt werden (Ilmarinen und Tempel, 2003, S. 93).

„Die abgefragten Daten wie Krankheiten, Einschränkungen und Motivation sind sensibel und erfordern den unbedingten Schutz durch Anonymität oder Schweigepflicht – entsprechend ist der WAI ein Instrument, das im Betrieb vor allem in die Hände eines Arbeitsmediziners bzw. einer Arbeitsmedizinerin gehört“ (BAuA, 2007, S. 12 f.).

Erfahrungen aus der betriebsärztlichen Praxis zeigen, dass der WAI gut geeignet ist, die Ansichten der Mitarbeiter in Bezug auf ihre konkrete Arbeitsfähigkeit am Arbeitsplatz mit Stärken und Schwächen abzubilden (vgl. WAI Netzwerk, 2006). Laut BAuA (2007, S. 6) ist der WAI ein hilfreiches und wichtiges Instrument „für die betriebsärztliche Praxis, mit dem der individuelle Bedarf von präventiven betrieblichen Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit eingeschätzt sowie der Erfolg von Interventionen überprüft werden kann“. Daher „ist der WAI ein wichtiges Hilfsmittel, dessen Ergebnisse den Ausgangspunkt für gezielte Gesundheits- und Gestaltungsmaßnahmen bilden können“ (BAuA, 2007, S. 10). Der WAI ist „ein geeignetes ‚Frühwarninstrument‘ für vorzeitigen

Erwerbsausstieg sowie Sterblichkeit“ (BAuA, 2007, S.12; Ilmarinen und Tempel, 2002).

Eine Übersicht zu den Vor- und Nachteilen des WAI sind bei Alpers (2006, S. 8 f.) beschrieben.

In diesem Kapitel wurden wichtige Begriffe erklärt sowie theoretische Konzepte dargelegt. Im Folgenden werden die wesentlichen Einflüsse auf die Gesundheit von Mittleren Führungskräften aufgezeigt.

3 Wesentliche Einflüsse auf die Gesundheit von Mittleren Führungskräften

Abbildung 3 illustriert die Zusammenhänge von Belastungen, Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften im Unternehmen.

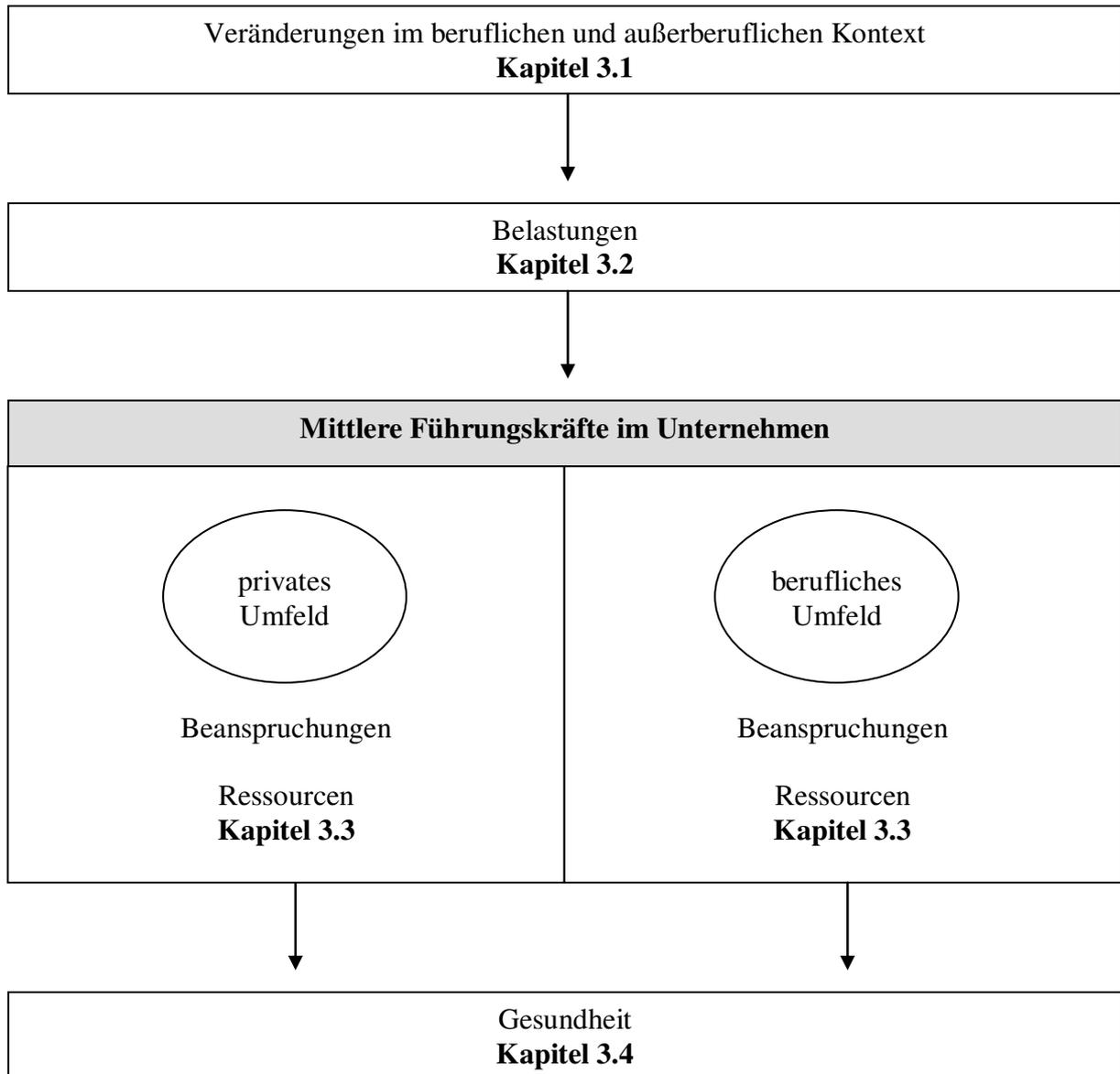


Abbildung 3 Vereinfachte Prinzipdarstellung zu Belastungen, Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften

Kapitel 3.1 beschreibt die im beruflichen und außerberuflichen Kontext stattfindenden Veränderungen, von denen die Mittleren Führungskräfte betroffen sind. Dabei wird auf fünf Megatrends der Wirtschaft und ihre Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt eingegangen. In Kapitel 3.2 werden Belastungen erläutert, durch welche Mittlere Führungskräfte beansprucht sind. Kapitel 3.3 thematisiert die im beruflichen und privaten Umfeld existierenden Ressourcen. In Kapitel 3.4 wird auf den Themenkomplex Führungskräfte und Gesundheit eingegangen.

Die Basis für diese Prinzipdarstellung sind die arbeitswissenschaftlichen Konzepte sowie die Gesundheitsmodelle und deren Weiterentwicklungen wie z.B. das neue, integrative Belastungs-Beanspruchungs-Konzept für individualisierte Arbeitsbedingungen (IBBK-Konzept nach Hornberger, siehe Kapitel 2). Aufgrund des Umfangs und der Komplexität dieses Konzepts und aus Gründen der Praxistauglichkeit wurde dasselbe reduziert.

3.1 Veränderungen im beruflichen und außerberuflichen Kontext

Relevante Einflussgrößen für die in der Arbeits- und Privatwelt stattfindenden Veränderungen sind die fünf Entwicklungstreiber der Wirtschaft und Gesellschaft, die gleichzeitig auch strukturelle Herausforderungen sind (vgl. Hardege und Klös, 2008, S. 19 ff.):

- Globalisierung der Wirtschaft
- Tertiarisierung der Wertschöpfung
- Informatisierung der Beschäftigung
- demografische Entwicklung
- Individualisierung der Arbeit.

Diese werden im Folgenden beschrieben.

Globalisierung der Wirtschaft

„Globalisierung ist ein primär ökonomischer Prozess. Es bilden sich weltweite Märkte, auf denen Waren und Dienstleistungen gehandelt, Investitionen getätigt, Technologien übertragen und Informationen ausgetauscht werden“ (Wollert, 2008a, S. 2). Für die Unternehmen steigt der Wettbewerbsdruck. Sie sind dem Zwang zur Produktivität, Produktdifferenzierung und technischen Alleinstellung ausgesetzt. Dabei sind die Firmen erfolgreicher, die sich „mehr auf wissens- und wertschöpfungsintensive Unternehmensfunktionen konzentrieren“ (Hardege und Klös, 2008, S. 21). Einfache und arbeitsintensive Tätigkeiten werden auf Grund des Lohngefälles gegenüber dem Ausland dorthin verlagert. Für die Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland ergibt sich ein steigender beruflicher Qualifikationsbedarf.

Tertiarisierung der Wertschöpfung

Es vollzieht sich eine strukturelle Transformation vom industriellen Sektor zur Dienstleistungsgesellschaft (tertiärer Sektor). Wertschöpfung und Arbeitsplätze finden sich vermehrt in Wissensbereichen. Die Folge ist die wachsende Nachfrage nach neuen Berufsbildern. „Zudem wird die Arbeitswelt weiblicher: Frauen profitieren vom sektoralen Strukturwandel, während Männer tendenziell negativ betroffen sind. Dies hat auch Rückwirkungen auf die innerfamiliäre Arbeitsteilung“ (Hardege und Klös, 2008, S. 23). Die Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen an die Beschäftigten sind stark gestiegen. Ihre Verweildauer bei einer bestimmten Firma und an einem Ort wird sinken. „Eine Politik, die Antworten auf die Megatrends der Wirtschaft geben will, muss daher Maßnahmen in den Mittelpunkt stellen, die das Humanvermögen stärken“ (Klös und Neumann, 2008, S. 320). Deswegen gewinnt die Qualifizierung der Menschen eine immer wichtigere Rolle. Folgerichtig haben die Regierungschefs von Bund und Ländern am 22. Oktober 2008 im Rahmen der Qualifizierungsinitiative für Deutschland beschlossen, dass Bildung höchste Priorität haben soll.

Informatisierung der Beschäftigung

„Neue Informations- und Kommunikationstechnologien haben die Arbeitswelt in jüngster Vergangenheit stark verändert. Die Diffusion dieser Technologien in den betrieblichen Alltag bedeutet eine Informatisierung und Digitalisierung der Arbeitswelt“ (Hardege und Klös, 2008, S. 23). Dezentralisierung und Delegation von Arbeitsaufgaben und -organisation sowie die Entkoppelung von Betriebs- und Arbeitszeiten bieten zwar einen Flexibilitätsspielraum, können allerdings zu höherem Leistungsdruck und zu Selbstaussbeutung führen. Insgesamt werden die Anforderungen der Unternehmen an ihre Mitarbeiter weiter steigen. „Aufgrund der notwendigen Integration technischer und betriebswirtschaftlicher Aspekte und der Konvergenzprozesse zwischen den informationswirtschaftlichen Teilmärkten werden Interdisziplinarität und Soft-Skills zum entscheidenden Schlüssel, um die Herausforderungen der digitalen Ökonomie erfolgreich zu bewältigen“ (Dorn und Hammer, 2004, S. 94).

Demografische Entwicklung

Für die zukünftige Entwicklung des Arbeitsmarktes sind Bevölkerungszahl und -struktur besonders wichtig. Seit Anfang der 1970er Jahre kann in Deutschland die nachwachsende Generation die Elterngeneration nicht mehr substituieren. Neben der Schrumpfung der Bevölkerung aufgrund sinkender Geburtenzahlen ist die sich bereits in naher Zukunft abzeichnende Veränderung der Altersstruktur bedeutsam. Das Durchschnittsalter der in den Unternehmen tätigen Mitarbeiter wächst stetig. Die Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung bedeutet, dass die junge Generation mehr leisten muss. Die Unternehmensführungen und insbesondere deren Führungskräfte haben die herausfordernde Aufgabe, mit zunehmend älter werdenden Belegschaften die Innovationsfähigkeit der deutschen Wirtschaft zu sichern (vgl. Wollert, 2008a, S. 8). Insgesamt zeichnet sich ab, dass der Arbeitsmarkt in Deutschland älter, weiblicher und internationaler wird. Das Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.) beschreibt in dem Sammelband „Perspektive 2050“ die Ökonomik des demografischen Wandels (2004).

Individualisierung der Arbeit

Individualisierung, Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit kennzeichnen den stattfindenden Wertewandel. „Individualisierung als ein Ergebnis des Wertewandels meint das Bedürfnis des Mitarbeiters, verstärkt auf ‚seine‘ Arbeit im Unternehmen Einfluss zu nehmen, v.a. hinsichtlich der Kriterien Zeit, Ort, Inhalt und Organisation“ (Wunderer und Kuhn, 1993, S. 83). Die Philosophie zu diesem Thema basiert dabei nach Schanz (1992, S. 262 f.) auf dem „Phänomen der motivationalen Differenzierung“ und der „individualisierten Organisation“. Die Individualisierung in der Arbeitswelt und deren Effekte werden bei Hornberger (2006) beschrieben.

Im Zuge dieses Trends werden die Belegschaften der Unternehmen zunehmend heterogener. Das Management von Diversity wird zum wichtigen Baustein der Personalpolitik. Projektmanagement sowie Gruppen- und Telearbeit werden weiter zunehmen. Aber auch die Anforderungen von Seiten der Unternehmen an die Arbeitnehmer werden steigen. Diese müssen ständig Neues lernen, wobei Mobilität und Flexibilität als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Die Beschäftigten müssen ihre Erwerbsbiografie den wechselnden Anforderungen anpassen und sind für ihre Beschäftigungs- und Marktfähigkeit sowie Trainierbarkeit in hohem Maße selbst verantwortlich (Employability). Um das Ziel der Sicherheit der Mitarbeiter in ein vernünftiges Verhältnis zu dem Wunsch der Unternehmer nach größtmöglicher Flexibilität zu bringen, hat man deshalb in der Europäischen Union das Konzept der Flexicurity (Wortneuschöpfung aus Flexibility und Security) entwickelt (vgl. BDA, 2007, S. 91). Im Übrigen strebt auch ein zeitgemäßes Work-Life-Balance-Management durch einen verbesserten Ausgleich unterschiedlicher Interessen sowohl eine engere Bindung der Mitarbeiter als auch optimale betriebliche Abläufe an (vgl. Wollert, 2008b; vgl. Freier, 2005).

3.2 Belastungen von Mittleren Führungskräften

Im beruflichen Alltag sind Führungskräfte positiven und negativen Belastungen ausgesetzt, welche im Folgenden beschrieben werden.

Bei den Belastungen aus der Arbeitsaufgabe wird z.B. neben der quantitativen und/oder qualitativen Über- auch die Unterforderung genannt. Die Zeit wurde als eigene Dimension hinzugefügt (z.B. lange Arbeitszeiten). Zusätzlich wird eine Gesamtbalance von Einsatz und Ertrag als Belastungsquelle angegeben. Die Aufzählung wird ergänzt um das Verhältnis zwischen der Erwerbsarbeit und anderen Lebensbereichen. Als Beispiel wird hier der ‚Work-Life-Conflict‘ genannt. Die angeführten Stressoren sind spezifischer für Führungskräfte.

Die Klassifikation der Belastungsquellen nach DIN ISO wurde im Kapitel 2.2.1 bei den Belastungen und Beanspruchungen aus arbeitswissenschaftlicher Sicht erläutert.

Es existiert eine Vielzahl weiterer untersuchter Belastungen. Es ist festzuhalten, dass „Listen empirisch bestätigter stressrelevanter Faktoren in der Arbeit in der Regel in gleichem Maße lang wie unsystematisch“ (Büssing und Glaser, 1998, S. 16) sind. In Tabelle 3 ist eine solche Liste beispielhaft dargestellt. Außerdem ist eine genaue Begründung der Stressoren in der Theorie oft nicht vorhanden (vgl. Sonnentag und Frese, 2002).

Mit „6. Belastungen aus dem Person-System“ (siehe Tabelle 3) sind solche aus dem System Mensch gemeint. Dies sind die beruflichen und privaten Anforderungen, welche die Person an sich selbst stellt. Dabei handelt es sich nach dem Belastungs-Beanspruchungskonzept von Rohmert und Rutenfranz (siehe Kapitel 2) um Beanspruchungen; in der Literatur wird dies oft nicht korrekt dargestellt (vgl. Wobbe, 1993, S. 16).

Tabelle 3 Potenziell ungünstig wirkende Belastungen in der Arbeitswelt (Richter und Hacker, 1998, S. 17)

1. Belastungen aus der Arbeitsaufgabe

- zu hohe qualitative und quantitative Anforderungen
- unvollständige, partialisierte Aufgaben
- Zeit- und Termindruck
- Informationsüberlastung
- unklare Aufgabenübertragung, widersprüchliche Anweisungen
- unerwartete Unterbrechungen und Störungen

2. Belastungen aus der Arbeitsrolle

- Verantwortung
- Konkurrenzverhalten unter den Mitarbeitern (Mobbing)
- fehlende Unterstützung und Hilfeleistung
- Enttäuschung, fehlende Anerkennung (Gratifikationskrisen)
- Konflikte mit Vorgesetzten und Mitarbeitern

3. Belastungen aus der materiellen Umgebung

- Umgebungseinflüsse: Lärm, mechanische Schwingungen, Kälte, Hitze, toxische Stoffe

4. Belastungen aus der sozialen Umgebung

- Betriebsklima
- Wechsel der Umgebung, der Mitarbeiter und des Aufgabenfeldes
- strukturelle Veränderungen im Unternehmen
- Informationsmangel

5. Belastungen aus dem „behavior setting“

- Isolation
- Dichte, Zusammengedrängtheit (Pferchung)

6. Belastungen aus dem Person-System

- Angst vor Aufgaben, Misserfolg, Tadel und Sanktionen
- ineffiziente Handlungsstile
- fehlende Eignung, mangelnde Berufserfahrung
- familiäre Konflikte

Spezielle Belastungen von Führungskräften

Knauth (2000, S. 3) nennt folgende Belastungsfaktoren bzw. Stressoren von Führungskräften:

- „Termindruck
- häufige Unterbrechungen der Arbeit
- Informationsflut
- Verlust an Handlungsfreiheit
- stetiger Erfolgsdruck
- kürzer werdende Planungs- und Veränderungsphasen
- Überforderung durch Komplexität
- ad-hoc Entscheidungen, Schnellschüsse
- operativer Aktionismus
- Zuständigkeitsdschungel
- „Karrieren werden erst nach 17 Uhr entschieden“.

Eine besondere Belastung für das Management stellt die Zeitknappheit dar. „Generell muss jedoch gesagt werden, dass der Arbeitsvollzug des Managers sehr stark durch Zeitdruck gekennzeichnet ist. Die subjektive Zeitnot ist dabei ein potenzieller Stress- und Infarktfaktor, besonders in der Kombination mit starkem Rivalisieren um Erfolg und Aufstieg“ (Streich, 1986, S. 224 f.).

Der Zeitdruck ist eine Folge der Arbeitsverdichtung. Dies belegen die folgenden Zitate. „Die mittleren Manager geraten (...) schnell unter einen enormen Zeitdruck, der von ihnen häufig als unangenehm empfunden wird (...), dem sie aber standhalten müssen, wollen sie der Erwartung ihrer Vorgesetzten, dafür zu sorgen, dass es in ihren Abteilungen ‚reibunglos läuft‘, entsprechen. (...) Wöchentliche Arbeitszeiten von 50 und mehr Stunden sind auch im mittleren Management eher die Regel (...). Und alle befragten Führungskräfte geben an, dass

es nicht möglich sei, ihre Aufgaben mit einem geringeren Zeitaufwand zu erfüllen“ (Walgenbach, 1994, S. 179).

„Für den Manager im mittleren und zum Teil auch noch oberen Kader ist eine große Präsenz wichtig. Er reduziert dadurch die mit Unsicherheit verbundenen Probleme. (...) Der mittlere Manager, dem es obliegt, die abstrakten Grundsätze der obersten Führungsebene auf die operative Ebene zu transformieren, braucht für diese Aufgabe unzählige Informationen. Die Sorge, alles, was wichtig sein kann, erfahren zu müssen, ist daher begründet. Die dauernde Beschäftigung mit dem Beruf hat so sicher – neben den kulturbedingten Gründen – auch reale Ursachen und ist nicht – was von Kritikern oft angeführt wird – pathologisch. Je länger er sich nämlich an diesem Gedankenaustausch beteiligt, desto eher erhält er – unabhängig von der Effizienz der von ihm gewählten Methode der Informationssammlung – verwertbare Informationen“ (Hess, 1988, S. 161 f.).

„Alle (...) Befunde lassen den Schluss zu, dass der meiste Zeitdruck in der Mitte der Organisation auftritt und dort auch entsteht. Während die Hierarchiespitze aufgrund von höherer Selbstbestimmung zeitsouveräner ist, und die Mitarbeiter am unteren Ende der Organisation konkret Arbeit in Produkte umsetzen, scheint das mittlere Management weder das eine noch das andere zu besitzen“ (Lackner, 1995, S. 121).

Aus 35 qualitativen Interviews ermittelte Vedder (2001, S. 182), dass die Mittleren Führungskräfte „vor allem durch schlecht vorbereitete und ineffizient durchgeführte Besprechungen (unnötigerweise) Zeit“ verlieren.

„Innerhalb der Freizeitverplanung kann festgestellt werden, dass der Führungskraft durch berufsähnliche Aktivitäten und Anschaffungen im Versorgungsbereich nur wenig Zeit zur Muße bleibt. Dieser oftmals selbst induzierte Stress im Freizeitbereich geschieht unter anderem auch durch einen hohen Prozentsatz an Funktionärstätigkeiten“ (Streich, 1986, S. 231).

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von deutschen, britischen und US-amerikanischen Führungskräften beträgt 59 Stunden. Dabei arbeiten 60 % der Befragten 60 und mehr Stunden pro Woche (Ramme, 1989, S. 160). Knauth (2000, S. 3 ff.) beschreibt die negativen Auswirkungen der Dauerbelastung

durch lange Arbeitszeiten von Führungskräften auf das Wohlbefinden, die Gesundheit, das Privatleben und die Arbeitsleistung.

Vielfach wird den Führungskräften eine größere Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Gestaltung von Arbeitsorganisation und -zeit zugesprochen. „Zentrales Kennzeichen neuer Arbeitsformen ist eine verstärkte Selbstkontrolle der Beschäftigten“ (Jürgens und Voß, 2007, S. 6).

Auch das in der Wirtschaft weit verbreitete Führen durch Zielvereinbarungen spricht dafür, dass gerade Führungskräfte eine größere Entscheidungsfreiheit besitzen. Allerdings weist Sennett (2008, S. 71) darauf hin: „Flexible Organisationen setzen nur selten leicht erreichbare Ziele; gewöhnlich stehen die Einheiten unter Druck, weit mehr zu produzieren oder zu verdienen, als in ihrer unmittelbaren Macht steht“. So erlegt das „Topmanagement seinen Mittelmanagern extrem kurzfristige Finanzziele auf. Auf diesem Wege überwälzt es einfach die kurzfristigen Ansprüche auf monetär sichtbaren Erfolg, die die Finanzwelt dem Unternehmen im Ganzen aufbürdet“ (Uyterhoeven, 1990, S. 23). In der Konsequenz handelt es sich bei dem größeren Freiheitsspielraum um ‚fremdbestimmte‘ Flexibilisierung (Jürgens und Voß, 2007, S. 7), die letztlich zur Selbstaussbeutung führen könnte.

Neben dem Zeitmanagement im beruflichen Alltag existieren zusätzlich im Privatleben „Synchronisationsprobleme bei der Abstimmung von Sozial- und Familienzeiten“ (Jürgens und Voß, 2007, S. 7). „Insbesondere Familien leiden unter den Nachteilen einer mobilen Lebenssituation“ (Wollert, 2008c, S. 7).

Eine weitere Belastungskomponente ist die Forderung an die Führungskräfte, für eine ständige Produktivitätsverbesserung zu sorgen. Dazu müssen sie die Mitarbeiter kontinuierlich motivieren und qualifizieren. Allerdings führen viele Führungsentscheidungen zu nachteiligen Auswirkungen auf die Belegschaft. Von den betroffenen Mitarbeitern wird hierbei in erster Linie ihre direkte Führungskraft verantwortlich gemacht. Nach Weibler zeichnet sich gerade die Mittlere Führungsebene dadurch aus, dass sie neben den eigenen Arbeitsaufgaben auch von ihren Mitarbeitern gefordert und von ihren Vorgesetzten in Anspruch genommen wird (vgl. Weibler, 2003, S. 317). Die Mittleren Führungskräfte sind in einem Spannungsfeld angesiedelt. Sie müssen „Mittler und Ausgleicher zwi-

schen den strategischen Direktiven der obersten und den Tagesproblemen der untersten Ebenen sein“ (Müller, 1995, S. 17). Dieses soziale Dilemma der Führungskräfte (vgl. Müller, 1995, S. 176 f.) wird in der Praxis oft als „Sandwichposition“ der Mittleren Ebene bezeichnet (vgl. Kapitel 2.1).

Letztlich ist es für die Mittleren Führungsebenen nicht leicht, „ihren Weg durch ein Labyrinth von Anpassungen und Kompromissen zu finden. Nicht immer können sie schnelle Entscheidungen treffen, einen strikt nach vorn gerichteten Kurs einschlagen oder nach absolut rationalen und logischen Lösungen verfahren. Sie müssen im Rahmen des Möglichen das tun, was sie für notwendig erachten. Häufig ist es schwierig, einem so komplexen Anspruch gerecht zu werden“ (Uyterhoeven, 1990, S. 26). Daher ist nach Uyterhoeven (1990, S. 26) die Unvollkommenheit „ein Tatbestand, der zum Dasein des Mittleren Managements gehört.“ Dafür ist neben der Empathie auch „eine stabile Gesundheit“ (Uyterhoeven, 1990, S. 23) nötig.

Linneweh und Hofmann (1999, S. 80) fassen die Belastungen von Führungskräften wie folgt zusammen: „Die hohen und vielfältigen Anforderungen des Berufslebens, denen die Führungskraft gerecht werden muss, der permanente Verantwortungsdruck, die ständige Terminnot und Hektik, unter der Entscheidungen gefällt, Aufgaben erledigt, Ergebnisse kontrolliert und bewertet werden müssen, lassen manchen Manager die momentane Berufssituation als außerordentlich belastend und kraft zehrend erleben.“

In diesem Abschnitt wurde auf die speziellen Belastungen von Führungskräften eingegangen.

Umgangssprachlich werden Belastungen mit Anforderungen gleichgesetzt. Letztgenannte sind potenziell gesundheitsschädlich, müssen dies aber nicht sein. Die verfügbaren Ressourcen entscheiden darüber, wie die Anforderungen bewältigt werden können und ob sie sich positiv oder negativ auf die Gesundheit der Person auswirken. So kommt es „wechselseitig zu einem Bewältigen von Anforderungen durch Ressourcenaustausch“ (Becker, 2001, S. 50). Im nächsten Kapitel wird auf diese Ressourcen eingegangen.

3.3 Ressourcen von Mittleren Führungskräften

Die Bewältigung von Belastungen im beruflichen Alltag ist von den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig. Bei diesen handelt es sich um die Gesundheit schützende Bedingungen oder intervenierende Größen. „Der Begriff der Ressourcen beinhaltet Komponenten, die es erlauben, die eigenen Ziele anzustreben und unangenehme Einflüsse zu reduzieren“ (Richter und Hacker, 1998, S. 25). Sie sind wesentliche Bestandteile des Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts und von Gesundheitsmodellen.

Bei Ressourcen kann zwischen inneren und äußeren unterschieden werden. Im Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker (1997) zählen zu den internen Ressourcen sowohl psychische (z.B. seelische Gesundheit) als auch physische (z.B. günstige angeborene oder erworbene Eigenschaften des Menschen). Externe Ressourcen sind gesundheitsfördernde Umwelteinflüsse, bei denen nach psychosozialen und physischen differenziert wird. Die Unterscheidung nach internen und externen Ressourcen findet sich auch beim Integrativen Belastungs-Beanspruchungs-Modell nach Hornberger (2006).

Innere bzw. personenbezogene Ressourcen können als „habitualisierte, d.h. situationskonstante, aber zugleich flexible gesundheitserhaltende und gesundheitswiederherstellende Handlungsmuster sowie kognitive Überzeugungssysteme („belief systems“) der Person“ (Udris et al., 1992, S. 17) verstanden werden. Gesundheitsschützende Persönlichkeitsmerkmale (vgl. Bengel et al., 1998, S. 55) sind:

- Kohärenzsinn (Antonovsky, 1979; 1997)
- Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966; Wallston und Wallston, 1978)
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Bandura, 1977; 1997)
- Robustheit (Hardiness) (Kobasa, 1979)
- dispositionaler Optimismus (Scheier und Carver, 1992).

Optimisten sind nach Carver und Scheier (2001, S. 31) Menschen, die etwas Gutes in der Zukunft erwarten. Die Wirkung dieser protektiven Persönlichkeitsei-

generschaft wies Scheier (Scheier et al., 1989; Carver et al., 1992) in zwei Studien bei Männern mit einer Bypass-Operation und bei Frauen mit Brustkrebs nach. Die gesundheitsförderlichen Effekte äußern sich in angenehmen Gefühlen, in einer allgemein höheren Lebensqualität und in günstigerem Bewältigungsverhalten.

Die Existenz bzw. das Nichtvorhandensein bestimmter Persönlichkeitsmerkmale kann als wichtiger Indikator für potenzielle Krankheiten eingestuft werden. So ergab eine sich in Schweden über drei Jahre erstreckende sozialmedizinische Untersuchung von 150 Führungskräften, dass diese seltener als ihre Kollegen erkrankten, wenn die Führungskräfte besonders resistenzfördernde Persönlichkeitsmerkmale besaßen (vgl. Froemer, 1991, S. 100).

Zu den externen Ressourcen zählen die organisationalen und sozialen Ressourcen. Dabei können Mittlere Führungskräfte z.B. als „Ressourcenpolster für organisatorischen Wandel“ (Walgenbach, 1994, S. 234) dienen. Dies sind Indizien für zusätzliche Belastungen dieser Berufsgruppe.

Die Arbeitstätigkeit selbst ist eine sehr wichtige Ressource für die Gesundheit. Großen Einfluss darauf haben nach Ulich (1998) folgende sieben positive Tätigkeitsmerkmale:

- Tätigkeitssinn
- vollständige Aufgaben
- Tätigkeitsspielraum
- Anforderungsvielfalt
- Aufgabenschwierigkeit
- Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten
- Möglichkeiten der sozialen Interaktion.

Erweiterte Tätigkeitsspielräume zeigen präventive Effekte auf das Wohlbefinden und den Organismus bzw. die Gesundheit von Personen, falls entsprechende personale Ressourcen vorhanden sind (vgl. Richter und Uhlig, 1998, S. 414). So

zeigen Längsschnittstudien, dass keine Nachteile durch hohe Belastungen auftreten, sofern Tätigkeitsspielraum und Freiheitsgrade vorhanden sind (vgl. Karasek, 1979; Karasek und Theorell, 1990). „Das Bedürfnis nach Durchschaubarkeit, Vorhersehbarkeit und Beeinflussbarkeit von Lebenssituationen zählt zu den Basiskomponenten einer selbständigen und gesunden Lebensführung“ (Richter und Hacker, 1998, S. 24). Förderliche Effekte auf die Gesundheit haben auch die Situationskontrolle bzw. Kontrolle am Arbeitsplatz (vgl. Jones und Fletcher, 2003).

Der Ressource „soziale Unterstützung“ werden gesundheitsfördernde Eigenschaften zugeschrieben (vgl. Cohen und Wills, 1985; Fydrich und Sommer, 2003; House und Wells, 1978; Viswesvaran et al., 1999). Sozial unterstützte Personen haben weniger physische und psychische Beschwerden und Krankheiten (vgl. Viswesvaran et al., 1999). Diese Ressource kann allerdings auch negativ wirken (vgl. Baumann et al., 1998).

Semmer und Udris (2004, S. 159) beschreiben folgende psychosoziale Funktionen der Erwerbsarbeit, die nach Einschätzung der Autorin als Ressourcen fungieren oder ressourcenähnlich sind:

- Aktivität und Kompetenz
- Zeitstrukturierung
- Kooperation und Kontakt
- soziale Anerkennung
- persönliche Identität.

Nach Wunderer (2003, S. 330) sind Ressourcen die „drittstärkste aktuelle Demotivationsursache“ nach der Arbeitskoordination und Organisationskultur.

Zapf und Semmer (2004, S. 1007 ff.) unterscheiden direkte und indirekte Wirkungen sowie Pufferwirkungen von Ressourcen. Bei letzterer wirken diese moderierend. Sie können bei ausreichendem Vorhandensein zur Bewältigung aktueller Belastungen dienen und somit möglichenfalls deren gesundheitsschädliche Auswirkungen reduzieren.

3.4 Gesundheit und Mittlere Führungskräfte

Defizite im Bereich der Ressourcen und die multifaktoriellen Belastungen (siehe Kapitel 3), denen Mittlere Führungskräfte in ihrer besonderen beruflichen Situation ausgesetzt sind, können die Gesundheit beeinträchtigen. Die wenigen Hinweise aus der Literatur zu diesem Thema werden im Folgenden beschrieben.

Wie in Kapitel 1 dargelegt, fokussieren vorhandene Studien meist die Work-Life-Balance des Top-Managements (Stock-Homburg und Bauer, 2007, S. 25 ff.; vgl. Hunziger, 2004).

Gesundheit von Führungskräften

Als ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Krankheiten können die langfristigen Auswirkungen von Dysstress gesehen werden. So können Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Beschwerden im Verdauungsbereich, Magengeschwüre, Muskelverspannungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen auftreten (vgl. Regnet, 2003, S. 122). Bei Führungskräften treten diese funktionellen Beschwerden häufig auf (vgl. Brandenburg und Marschall, 2000, S. 254 ff.; vgl. Badura et al., 2003). Bei der PREVENT-Studie von Pfeiffer (2001) wurden bei 20 – 25 % der Führungskräfte psycho-vegetative Beschwerden aus den Bereichen Schlafstörungen, Depressionen, Erschöpfung und Müdigkeit sowie Reizbarkeit und Nervosität diagnostiziert. Langfristig können psychische Beanspruchungsfolgen entstehen. Ohm und Strohm (2001) untersuchten Führungskräfte aus dem Logistikbereich. Dort wurden bei ca. 30 % Anzeichen emotionaler Erschöpfung diagnostiziert.

Außerdem wird ihnen auch unterdurchschnittliche Fitness bescheinigt (vgl. Pfeiffer, 2001, S. 13). Gründe für zu geringe sportliche Aktivität sind nach Angaben der Führungskräfte neben der Zeitknappheit meist fehlende Motivation bzw. der „innere Schweinehund“ (Renz, 2004, S. 11). Laut Hunziger (2004, S. 22) ist der Arbeitsalltag bei vielen der untersuchten Top-Manager „durch Bewegungsmangel, unzureichende Sauerstoffzufuhr sowie zu wenig Zeit für Pausen und Nahrungsaufnahme gekennzeichnet“. Zu wenig sportliche Aktivität hat sowohl erheblich negative Konsequenzen für das kardiovaskuläre Risiko als

auch für Stressabbau und psychisches Wohlbefinden (vgl. Helmert et al., 1994). Nur die Hälfte der von Kienbaum befragten Top-Manager achten regelmäßig auf ihre Gesundheit (vgl. Hunziger, 2004, S. 21).

Es ist eine arbeitswissenschaftliche Erkenntnis, dass lange Arbeitszeiten negative gesundheitliche Auswirkungen haben können, wie z.B. Sparks et al. (1997, S. 391) in einer Metaanalyse zu 21 empirischen Studien beschreiben. Laut den Ergebnissen einer japanischen Studie (Sokejima und Kagamimori, 1998) besteht ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt, wenn mehr als 11 Stunden täglich gearbeitet wird.

Laut Lümekemann (2003, S. 177) gehen der deutschen Wirtschaft jährlich über fünf Milliarden Euro durch Fehlzeiten und Folgekosten verloren, weil Führungskräfte an zum Teil ernsthaften gesundheitlichen Problemen leiden. Die „Kosten für den Ausfall eines Topmanagers, der unter Burnout oder Workaholismus leidet“ schätzt Stock-Homburg (Witte, 2007) auf einen jährlich ca. sechs- bis siebenstelligen Millionenbetrag.

Allerdings existieren in der Literatur „kaum verlässliche Daten zu klinisch relevanten, psychischen oder psycho-vegetativen Störungen von Führungskräften“ (Pfeiffer, 2001, S. 14). „Häufig wird den Managern generell negativer Stress unterstellt und es werden daraus Störungen abgeleitet. Oft wird auch ein hoher quantitativer Belastungsumfang negativem Stress gleichgesetzt“ (Pfeiffer, 2001, S. 14).

Auch ist die weit verbreitete Annahme der typischen Managerkrankheit Herzinfarkt nicht belegt (vgl. Hammar et al., 1992, S. 178 ff.). So „leiden Top-Manager signifikant weniger an Koronarerkrankungen als das Mittelmanagement“ (AMA-Survey Report „Executive Stress“, 1979, zitiert nach Hofstetter, 1988, S. 45). Laut der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP-Studie) (Helmert, 1996) hat die Berufsgruppe der Manager das geringste Herz-Kreislauf-Risiko (siehe Kapitel 8). Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen diesen Risikofaktoren und dem sozialen Index, der Ausbildung, beruflichen Status und Einkommen berücksichtigt.

Bereits Koos (1954) erkannte die starke Prägung des Gesundheitsverhaltens durch Werte und Normen der sozialen Schicht. In empirischen Untersuchungen

ermittelte Voigt (1978) positive Korrelationen zwischen Gesundheitsverhalten und gesundheitlichem Befinden. Je höher der soziale Status, desto mehr stimmen Gesundheitsgefühl und -zustand überein. Marmot et al. (2002) zeigen auf, dass die hierarchische Position ein guter Prädiktor für die Gesundheit ist.

Aufgrund der höheren Qualifikation dieser Berufsgruppe haben Führungskräfte, die an Gesundheits-Check-ups teilnehmen, ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein. Sie haben ein günstigeres Risikofaktorenprofil als die Allgemeinbevölkerung, rauchen wenig und haben einen tolerablen Alkoholkonsum (vgl. Pfeiffer, 2001).

„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“ (Frank, 2001, S. 27).

Aufgrund ihrer Vorbild- und Multiplikatorfunktion im Unternehmen wird im Folgenden noch auf die Interdependenzen zwischen Führungskräften und mitarbeiterbezogener Gesundheit eingegangen.

Interdependenz zwischen Führungskräften und mitarbeiterbezogener Gesundheit

Nach Rudow (2004, S. 70) sollen alle Führungskräfte im Unternehmen durch ihr Engagement und Verhalten bezüglich Gesundheit den Mitarbeitern Vorbild sein und diese so zu gesundheitsbewusstem Verhalten motivieren.

„Inwieweit Führungskräfte Wohlbefinden und Gesundheit ihrer Mitarbeiter aktiv fördern oder missachten, wird auch davon abhängen, ob und wie weit ihr eigenes Verhalten an entsprechenden Zielvorgaben gemessen wird“ (Münch et al., 2003, S. 22). Mittlere Führungskräfte sind aus diesem Grund Multiplikatoren. Sie sollen durch ihr eigenes Tun das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter fördern. Führt die Führungskraft mit Angst statt mit Anreizen, stehen Stückzahlen und Kostenziele über allem anderen, so mündet dies in Hilflosigkeit und geringerer Leistungsbereitschaft der Belegschaft (vgl. Badura et al., 2004, S. 48).

Mittlere Manager sind eine wichtige Einflussgröße in Bezug auf das Wohlbefinden und die Gesundheit ihrer Mitarbeiter, da sie sowohl bewusst als auch unbewusst emotionale Reaktionen bei diesen in positiver wie negativer Hinsicht verursachen. „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., 2003, S. 21). Nach Badura et al. (2004, S. 48) entscheidet somit dieser Sachverhalt, „ob ein Klima der gegenseitigen Unterstützung und des Vertrauens (...) oder ein Klima des Misstrauens und gegenseitiger Rivalität“ im Unternehmen entsteht.

Aufgrund ihrer Vorbildfunktion sollten alle Führungskräfte gesundheitsförderlich führen, welches sich nach Badura et al. (vgl. 2004, S. 48) mittels folgenden konkreten Ansätzen erreichen lässt: das Schaffen von Identifikationsmöglichkeiten, eine Mitarbeiterbefragung, eine partnerschaftliche Unternehmenskultur, Qualifizierungsmaßnahmen, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Erhaltung der Work-Life-Balance. Eine weitere Ansatzmöglichkeit ist die Vertrauensbildung, da das Vertrauen der Mitarbeiter nicht erkaufte werden kann, sondern durch Wertschätzung der eigenen Person und der Arbeitsleistung erworben werden muss. Nach Badura et al. (vgl. 2004, S. 48) sollte eine Förderung der sozialen Netzwerke zwischen den Mitarbeitern – um informelle Beziehungen und Informationsaustausch zu erleichtern – nicht mit einer Misstrauenskultur kombiniert sein; dies kann schnell zu Mobbing und zwischenmenschlichen Konflikten führen.

Die aufgezeigten sehr widersprüchlichen und geringen epidemiologischen Forschungsergebnisse machen es notwendig, speziell die Mittleren Führungskräfte zu untersuchen.

3.5 Wissenschaftliche Annahmen zu Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften

Diese Studie zu Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften wird aufgrund fehlender fundierter wissenschaftlicher und auch empirischer Erkenntnisse aus der Wirtschaft als Exploration (vgl. Fuchs-Heinritz et al., 1994, S. 191; Schnell et al., 2008, S. 321; Lamnek, 2005) verstanden. Diese Annahmen werden in zweifacher Hinsicht formuliert: aus Perspektive der Mittleren Führungskräfte und aus der medizinischen Perspektive.

Annahmen zu subjektiven Einschätzungen von Mittleren Führungskräften

Annahmen zu Beanspruchungen

Es wird angenommen, dass Mittlere Führungskräfte durch die Arbeitsaufgabe und -organisation sowie die soziale Umgebung am Arbeitsplatz beansprucht sind.

Da sich die Befragten in einer „Sandwichposition“ befinden, ist zu erwarten, dass dies zu einem erhöhten Stressempfinden in ihrem beruflichen Alltag führt. Die Auswirkungen und der Umgang mit Stress sind jedoch sehr individuell geprägt. Dieser kann Auslöser für körperliche Symptome sein. Diesbezüglich wird angenommen, dass vor allem psycho-vegetative Beschwerden häufig auftreten.

Annahmen zu Ressourcen

Im Berufs- und Privatleben Mittlerer Führungskräfte gibt es zahlreiche unterstützende Faktoren. Aufgrund ihrer beruflichen Position wird erwartet, dass sich der gegebene Freiraum und die Abwechslung im Alltag positiv auswirken. Energie schöpfen die Mittleren Führungskräfte bei Sport und im privaten sozialen Umfeld.

Annahmen zur Gesundheit

Aufgrund ihrer sozialen Schicht und der höheren Bildung wird angenommen, dass Mittlere Führungskräfte relativ gesund leben, sich als solches einschätzen und kaum Erkrankungen haben. Es ist anzunehmen, dass sie mit verschiedenen Bereichen ihres Lebens, bis auf ihre Freizeit, zufrieden sind.

Annahmen zur Arbeitsfähigkeit

Basierend auf den Bereichen Arbeitsanforderungen und -leistungen, Ressourcen sowie Gesundheit wird für die Mittleren Führungskräfte eine gute Arbeitsfähigkeit erwartet. Aufgrund dessen wird angenommen, dass die Befragten körperliche Symptome weniger auf Stress zurückführen.

Annahmen zur Veränderung im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren

Es wird angenommen, dass die allgemeinen Beanspruchungen in den letzten fünf Jahren bei Mittleren Führungskräften zugenommen haben. Um eine Balance bezüglich ihrer Gesundheit zu halten, müssen im gleichen Zuge Ressourcen angestiegen sein.

Annahmen zu ärztlichen Befunden von Mittleren Führungskräften

Aufgrund ihrer sozialen Schicht und der höheren Bildung wird erwartet, dass die Ärzte ein günstiges Risikofaktorenprofil und wenige Erkrankungen für die Mittleren Führungskräfte bescheinigen. Bei regelmäßiger Teilnahme an Gesundheits-Check-ups als Präventivuntersuchungen können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden. Diesbezüglich und aufgrund deren ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins wird deshalb angenommen, dass die Ärzte mit der Gesundheit der Mittleren Führungskräfte zufrieden sind.

Annahmen zum Vergleich von subjektiven Einschätzungen mit ärztlichen Diagnosen

Im Vergleich von Eigen- mit Fremdeinschätzung wird angenommen, dass die untersuchenden Mediziner mehr bzw. andere Erkrankungen diagnostizieren als die Mittleren Führungskräfte selbst. Außerdem wird im Gesamten erwartet, dass die Ärzte die Gesundheit dieser Population schlechter einschätzen.

4 Grundlagen und Methoden empirischer Untersuchungen

Es ist das Ziel empirisch-wissenschaftlicher Forschung, Daten zu erheben, um danach theoretische Annahmen an der Realität zu überprüfen (vgl. Schnell et al., 2008, S. 6 ff.). Dazu stehen sowohl qualitative als auch quantitative sozialwissenschaftliche Methoden zur Verfügung. Die Wahl der Datenerhebungsmethode ist sehr stark vom Forschungsziel bzw. dem Prozess und den jeweiligen Rahmenbedingungen abhängig.

4.1 Qualitative und quantitative Analyse

Den Begriff *qualitative Analyse* grenzt Mayring durch drei Unterscheidungsmerkmale zur *quantitativen Analyse* ab.

Das erste Kriterium ist die Begriffsform selbst. „Sobald Zahlbegriffe und deren In-Beziehung-Setzen durch mathematische Operationen bei der Erhebung oder Auswertung verwendet werden, sei von quantitativer Analyse zu sprechen, in allen anderen Fällen von qualitativer Analyse“ (Mayring, 2003, S. 16). Nach Stegmüller (1970, S. 16) existiert „einzig und allein ein Unterschied in der Sprache“. Dabei kann zwischen qualitativen Begriffen, also „Klassenbezeichnungen (,Mensch', ,Haus', ,rot', ,kalt')“ (Stegmüller, 1970, S. 19), und quantitativen Begriffen unterschieden werden. Letztere sind metrische Begriffe, „die in die Sprache als numerische Funktionen eingeführt werden, also Funktionen, deren Wertebereich aus Zahlen besteht“ (Stegmüller, 1970, S. 44 ff).

Das zweite Merkmal zur Unterscheidung ist das Skalenniveau der zugrundeliegenden Messung. Nach Friedrichs (1973, S. 97) wird dieser Begriff definiert als „die systematische Zuordnung einer Menge von Zahlen oder Symbolen zu den Ausprägungen einer Variablen“. Durch die Definition von Merkmalen wird somit der Gegenstandsbereich der Untersuchung strukturiert und die unterschiedlichen Ausprägungen der Merkmale werden untersucht. Bei solchen Messungen werden folgende Messniveaus unterschieden: Nominal-, Ordinal-, Intervall- und Ratioskalen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4 Skalenniveau (vgl. Backhaus et al., 2008, S. 10)

Skala		Merkmale
nicht-metrische Skalen	Nominalskala	Klassifizierung qualitativer Eigenschaftsausprägungen
	Ordinalskala	Rangwert mit Ordinalzahlen
metrische Skalen	Intervallskala	Skala mit gleichgroßen Abschnitten ohne natürlichen Nullpunkt
	Ratioskala	Skala mit gleichgroßen Abschnitten und natürlichem Nullpunkt

„Darauf aufbauend kann man nun unterscheiden, dass alle Analysen, die auf nominalskalierten Messungen basieren, als qualitative Analysen gelten“ (Mayring, 2003, S. 17). Quantitative Analysen basieren dagegen auf den drei restlichen Skalenniveaus. „Damit ist nun nicht ausgeschlossen, dass in qualitativen Analysen auch quantitative Begriffe auftauchen“ (Mayring, 2003, S. 17), z.B. die Häufigkeiten der Ausprägungen von Merkmalen.

Das dritte Kriterium zur Differenzierung beruht auf dem impliziten Wissenschaftsverständnis. „Das Selbstverständnis als Wissenschaftler, die Ansprüche an Forschung, das Wissenschaftsverständnis von ‚eingeschworenen‘ Vertretern der qualitativen bzw. der quantitativen Richtung sind in aller Regel völlig gegensätzlich“ (Mayring, 2003, S. 17). Er zeigt „diesen oft nur implizit aufscheinenden Gegensatz anhand dreier Gegensatzpaare“ (Mayring, 2003, S. 17) auf. Als erstes will der qualitative Ansatz „(...) Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht nur analysieren“, er will sie verstehen und versucht „(...) sich in sie hineinzusetzen, sie nachzuerleben oder sie zumindest nacherlebend sich vorzustellen“ (Mayring, 2003, S. 17). „Die quantitative Wissenschaft als erklärende will an allgemeinen Prinzipien, an Gesetzen oder gesetzähnlichen Aussagen ansetzen“ (Mayring, 2003, S. 18). Der zweite Gegensatz liegt im Komplexitätsverständnis. Die qualitative Analyse will „die volle Komplexität ihrer Gegenstände erfassen (...), während quantitative Analyse ihren Gegenstand zerstückelt, atomisiert (...).“ (Mayring, 2003, S. 18). Bei dem dritten Gegensatzpaar

handelt es sich um den Einzelfall oder die repräsentative Stichprobe. Die qualitative Forschung ist eher am Einzelfall orientiert. Dies wird „aus dem Lager quantitativer Wissenschaft immer wieder mit dem Argument mangelnder Verallgemeinerbarkeit abgeblockt“ (Mayring, 2003, S. 18). Der quantitative Ansatz versucht durch eine kontrollierte Stichprobenziehung die Allgemeingültigkeit zu gewährleisten.

Den Gegensatz zwischen qualitativer und quantitativer Forschung versucht Mayring durch sein Phasenmodell des Forschungsprozesses zu überwinden (siehe Abbildung 4).

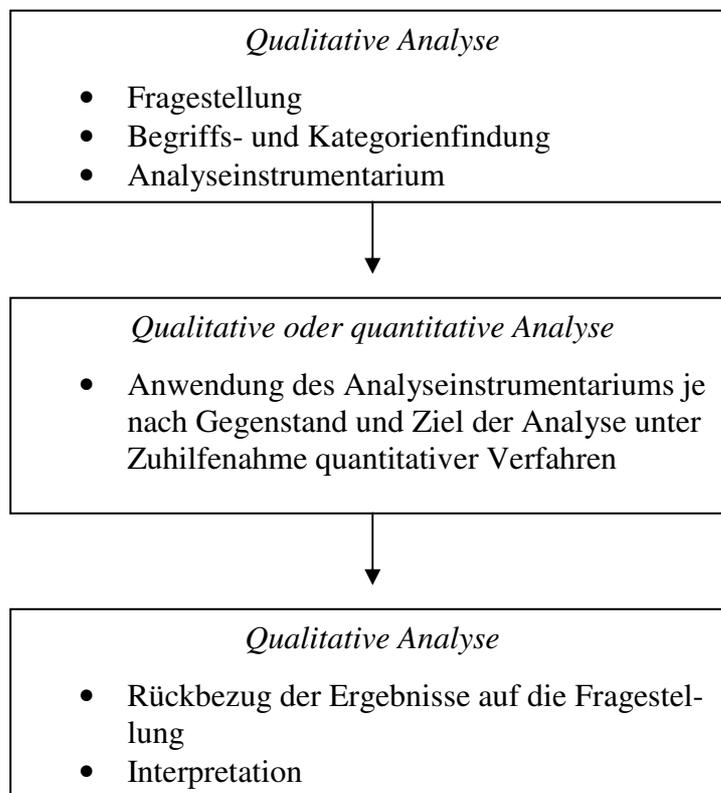


Abbildung 4 Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse nach Mayring (2003, S. 20)

Er stützt sich hierbei darauf, „dass am Anfang wissenschaftlichen Vorgehens immer ein qualitativer Schritt steht. Ich muß erst wissen, *was* ich untersuchen will, ich muß es benennen (Nominalskalenniveau). (...) Ist die Grundlage des Instrumentariums der Gegenstandserfassung geschaffen, *können* quantitative Analyseschritte folgen (...)“ (Mayring, 2003, S. 19). Durch die Interpretation der Ergebnisse findet eine Rückführung zur qualitativen Analyse statt. „Zusammenfassend wird dadurch eine grundsätzliche Abfolge im Forschungsprozess beschrieben: Von der Qualität zur Quantität und wieder zu Qualität“ (Mayring, 2003, S. 19). In dieser Arbeit kommen sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren zum Einsatz. Dabei wird in Erhebungstechnik und Auswertungsverfahren unterschieden.

Befragung als Erhebungstechnik

Unter Erhebungstechnik versteht Lamnek (2005, S. 717) ein „Verfahren zur Sammlung von Daten“. Er nennt z.B. die Befragung, welche eine der am häufigsten angewendeten Methoden darstellt und als das Standardinstrument bei der Erhebung von empirischen Daten gilt (vgl. Schnell et al., 2008, S. 321).

„Befragung bedeutet Kommunikation zwischen zwei oder mehreren Personen. Durch verbale Stimuli (Fragen) werden verbale Reaktionen (Antworten) hervorgerufen. Dies geschieht in bestimmten Situationen und wird geprägt durch gegenseitige Erwartungen. Die Antworten beziehen sich auf erlebte und erinnerte soziale Ergebnisse, stellen Meinungen und Bewertungen dar“ (Atteslander, 2008, S. 101).

Atteslander (2008, S. 123 f.) beschreibt sieben verschiedene Typen der Befragung (siehe Abbildung 5). Diese können je nach Rahmenbedingungen und Zielen eingesetzt werden. Atteslander (2008, S. 135) weist darauf hin, dass „die in der Literatur oftmals synonyme Verwendung der Begriffspaare *strukturiertes – unstrukturiertes Interview, geschlossene – offene Befragung, standardisiertes – nicht standardisiertes Interview*“ untauglich ist. „Strukturiert – unstrukturiert’ bezieht sich auf die Interviewsituation, ‚standardisiert – nicht standardisiert’ auf das Instrument (Fragebogen), ‚offen – geschlossen’ auf die einzelne Frage“ (Atteslander, 2008, S. 135).

Kommunikationsform Kommunikationsart		wenig strukturiert	teilstrukturiert	stark strukturiert	
		Typ I	Typ III	Typ V*	Typ VII
mündlich	<ul style="list-style-type: none"> - informelles Gespräch - Experteninterviews - Gruppendiskussion 	<ul style="list-style-type: none"> - Leitfadengespräch - Intensivinterview - Gruppenbefragung - Expertenbefragung 	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelinterview - telef. Befragung 	<ul style="list-style-type: none"> - telefonische Ankündigung des Versandes von Fragebögen 	<ul style="list-style-type: none"> - (mündl. u. schriftl. kombiniert) - telefonische Ankündigung des Versandes von Fragebögen
	Typ II	Typ IV	Typ VI		
schriftlich	<ul style="list-style-type: none"> - informelle Anfrage bei Zielgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Expertenbefragung 	<ul style="list-style-type: none"> - postalische Befragung - persönliche Verteilung und Abholung - gemeinsames Ausfüllen von Fragebögen - Panelbefragung 	<ul style="list-style-type: none"> - Versand oder Überbringung der schriftl. Fragebögen - telef. Kontrolle, evtl. telef. Ergänzungs-befragung 	

Erfassen qualitativer Aspekte „Interpretieren“ Erfassen qualitativer Aspekte „Messen“

hoch ← Reaktivität → tief

* häufigste Befragungsart

Abbildung 5 Typen der Befragung (Atteslander, 2008, S. 123)

Pretest

Das Befragungsinstrument wird mit Hilfe von Pretests, so genannten Vor- oder Testerhebungen (Atteslander, 2008, S. 277), geprüft und kann anschließend entsprechend den Erkenntnissen umgestaltet werden. Nach Atteslander (2008, S. 277) dienen sie „(...) dazu, das erstellte Erhebungsinstrument auf seine Tauglichkeit hin zu testen (...)“. Prinzipiell verlaufen Pretests in verschiedenen Phasen (vgl. Schnell et al., 2008, S. 348).

Bei seiner Durchführung wird auf sprachliche Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Items, Logik und Konsistenz der Themen, Gestaltung (z.B. Layout und Anwenderfreundlichkeit beim Ausfüllen eines Fragebogens) sowie die Dauer der Befragung geachtet (vgl. Diekmann, 2008, S. 485; Atteslander, 2008, S. 278 f.; Schnell et al., 2008, S. 347 f.). Die Praktikabilität des Verfahrens wird getestet.

Generell existieren zwei Formen des Pretesting: Die Pre-Field-Technik, die im Anfangsstadium der Fragekonstruktion eingesetzt wird, und die Field-Technik, die die spätere Befragungssituation simuliert. Bei letzterer werden Personen aus der späteren Zielgruppe mit dem bereits vorher entwickelten Fragesystem unter realistischen Bedingungen befragt.

In den folgenden Unterkapiteln werden qualitative und quantitative Analyseverfahren erläutert.

4.2 Qualitative Analyseverfahren

Bei den Verfahren der qualitativen Sozialforschung werden die Prinzipien der Offenheit, der Flexibilität und der Kommunikation verfolgt. Dadurch kann in der Regel eine größere Bandbreite an Informationen generiert werden, die vor Beginn der Erhebung nicht transparent war (vgl. Fuchs-Heinritz et al., 1994, S. 613; Mayring, 1996). Das Interesse der qualitativen Sozialforschung ist nicht die Quantifizierung von Daten, vielmehr ist sie an einer Analyse bzw. Interpretation derselben im Sinne einer subjektiven Nachvollziehbarkeit interessiert. Im Gegensatz zur quantitativen Analyse wird hierbei keine statistische Repräsentation

tivität angestrebt. Stattdessen soll durch die induktive Vorgehensweise der Einzelfall genauer analysiert und somit eventuell existierende Grundmuster aufgedeckt werden, die sich in mehreren dieser Fälle widerspiegeln (vgl. Mayring, 2003, S. 18).

Zur qualitativen Sozialforschung zählt eine heterogene Menge an Forschungsmethoden. Nach Mayring (2003, S. 29 f.) existieren insbesondere drei zu unterscheidende Richtungen: der „Symbolische Interaktionismus“, die Ethnomethodologie und die Feldforschung (vgl. Mayring, 2002, S. 304 ff.). Letztgenannter Ansatz wird in dieser Arbeit angewendet und daher im Folgenden erläutert.

Bei der von Kurt Lewin geprägten Feldforschung werden Menschen in ihrer natürlichen Umgebung möglichst ungestört beobachtet (vgl. Patry, 1982). Der Fokus liegt auf der teilnehmenden Beobachtung, dabei sind die Dokumentenanalyse und das offene Interview untergeordnet. Traditionell bezeichnen die Nordamerikaner diese Forschungsstrategie als qualitative Methodologie (vgl. Bogdan et al, 1975; Filstead, 1970; Schwarz et al., 1979). In der Feldforschung wird häufig die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse angewandt, die auch in dieser Arbeit zum Einsatz kommt.

Im Folgenden werden das Interview und die sich anschließende Transkription als Erhebungstechnik sowie die qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsverfahren näher erläutert.

4.2.1 Erhebungstechnik

Das Interview als mündliche Befragungsmethode

In dieser Arbeit wird das Interview gewählt, da der strukturelle Aufbau und die Zielsetzung dieser Form sich nach Meinung der Autorin am besten für diese empirische Untersuchung eignen.

Nach der Strukturiertheit der Interviewsituation durch den Fragenden wird unterschieden in (vgl. Atteslander, 2008, S. 124 f.):

- ein wenig strukturiertes Interview
- ein teilstrukturiertes Interview
- ein stark strukturiertes Interview.

Als Erhebungsverfahren wird hier das teilstrukturierte Interview (siehe Abbildung 5, Typ III) gewählt, das auch unter dem Begriff *halbstrukturiertes Interview* bekannt ist. Diese Methode basiert auf einem Gesprächsleitfaden mit vorformulierten Fragen, deren Reihenfolge und Formulierung jedoch nicht zwingend beibehalten werden müssen. Im Verlauf des Gesprächs kann der Interviewer diese variieren, allerdings müssen alle relevanten Punkte angesprochen werden. Hierbei gilt es, den Gesprächspartner zu leiten und ihm gleichzeitig die Möglichkeit einzuräumen, flexibel und auch ausführlich auf die Fragen zu antworten.

In Anlehnung an Fowler und Mangione (1990) empfehlen Bortz und Döring (2006, S. 247) „einen Minimalkatalog der Eigenschaften des ‚guten‘ Interviewers“. Der Befrager sollte somit folgende Persönlichkeitsmerkmale besitzen (vgl. Bortz und Döring, 2006, S. 247): Empathie, psychische Belastbarkeit, hohe Anpassungsfähigkeit, gute Allgemeinbildung und fachliche Kompetenz, Selbstdisziplin und selbstkritisches Verhalten. Mayring (1997) empfiehlt den Fragestellenden folgende Prinzipien zu befolgen:

- Prinzip der Zurückhaltung durch den Forscher
- Prinzip der Relevanzsysteme der Betroffenen
- Prinzip der Offenheit
- Prinzip der datenbasierten Theorie.

Generell liegt bei der Durchführung der Interviews der Fokus auf dem Inhalt, da es sich um einen wenig erforschten Untersuchungsbereich handelt. Für die Themengebiete Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren

Führungskräften wurde die offene Methode „Leitfadengespräch“ (siehe Kapitel 5) gewählt, um dabei gewonnene Erkenntnisse während der Untersuchung berücksichtigen zu können.

Transkription der Interviews

Durch die wörtliche Transkription der digital aufgezeichneten Interviews war die vollständige Erfassung des verbal erhobenen Textmaterials sichergestellt und bildete somit die Grundlage für eine ausführliche, interpretative Auswertung.

4.2.2 Auswertungsverfahren

Qualitative Inhaltsanalyse

Es gibt bisher keine einheitliche oder exakte Begriffsbestimmung der qualitativen Inhaltsanalyse. Nach Mayring (2003, S. 11) spiegeln „die vorliegenden Definitionen die Interessen oder das jeweilige Arbeitsgebiet des Autors“ wider. Um die Begriffe *qualitativ* und *Inhaltsanalyse* dennoch abzugrenzen, zeigt Mayring (2003, S. 12) „die Spezifika der Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode“ auf. Er führt sechs Zielsetzungen an, die mit dieser Analyse verfolgt werden, und verdeutlicht somit den Unterschied zu anderen Methoden.

„Zusammenfassend will also Inhaltsanalyse

- *Kommunikation* analysieren;
- *fixierte Kommunikation* analysieren;
- dabei *systematisch* vorgehen;
- das heißt *regelgeleitet* vorgehen;
- das heißt auch *theoriegeleitet* vorgehen;
- mit dem Ziel, *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation* zu ziehen“ (Mayring, 2003, S. 13).

Die qualitative Inhaltsanalyse ist somit ein zentraler Teil wissenschaftlicher Arbeit.

Nach Mayring (2003, S. 59) existieren drei Grundmodelle. Diese lassen sich in insgesamt sieben verschiedene Analyseformen differenzieren, die gleichwertig nebeneinander und unabhängig einsetzbar sind. Dabei handelt es sich um die:

- Zusammenfassung (1)
- Explikation: enge (2) und weite (3) Kontextanalyse
- Strukturierung: formale (4), inhaltliche (5), typisierende (6) und skalierende (7).

Die in dieser Arbeit mit dem Interviewleitfaden erhobenen Texte werden nach dem „Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse“ (Mayring, 2003, S. 60) ausgewertet. Dessen Ziel ist die Komprimierung des Ursprungsmaterials, d.h. dieses „so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2000, S. 58). Somit „werden durch Auslassungen, Generalisierungen, Konstruktionen, Integrationen, Selektionen und Bündelungen abstrakte Aussagen gewonnen, die das ursprüngliche Material paraphrasieren“ (Lamnek, 2005, S. 520).

Der durch die Interviews gewonnene Text wurde Zeile für Zeile durchgearbeitet und bei jedem zum Abstraktionsniveau passenden Satz eine Kategorie konstruiert, d.h. eine so genannte „Kodierung“ (vgl. Bortz und Döring, 2006, S. 330) vorgenommen. Als Kodiereinheit wird jede Äußerung der Mittleren Führungskräfte definiert, die auf einen Bezug hinsichtlich einer Beanspruchung, Ressource oder Bewältigungsstrategie schließen lässt. Dabei wurden die oben genannten sechs Zielsetzungen der Inhaltsanalyse beachtet. Die Vorgehensweise der Kategorienbildung ist in Abbildung 6 visualisiert.

Die induktive Kategoriendefinition „leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab (...) ohne Verzerrungen durch Voraussetzungen des Forschers“ (Mayring, 2003, S. 75).

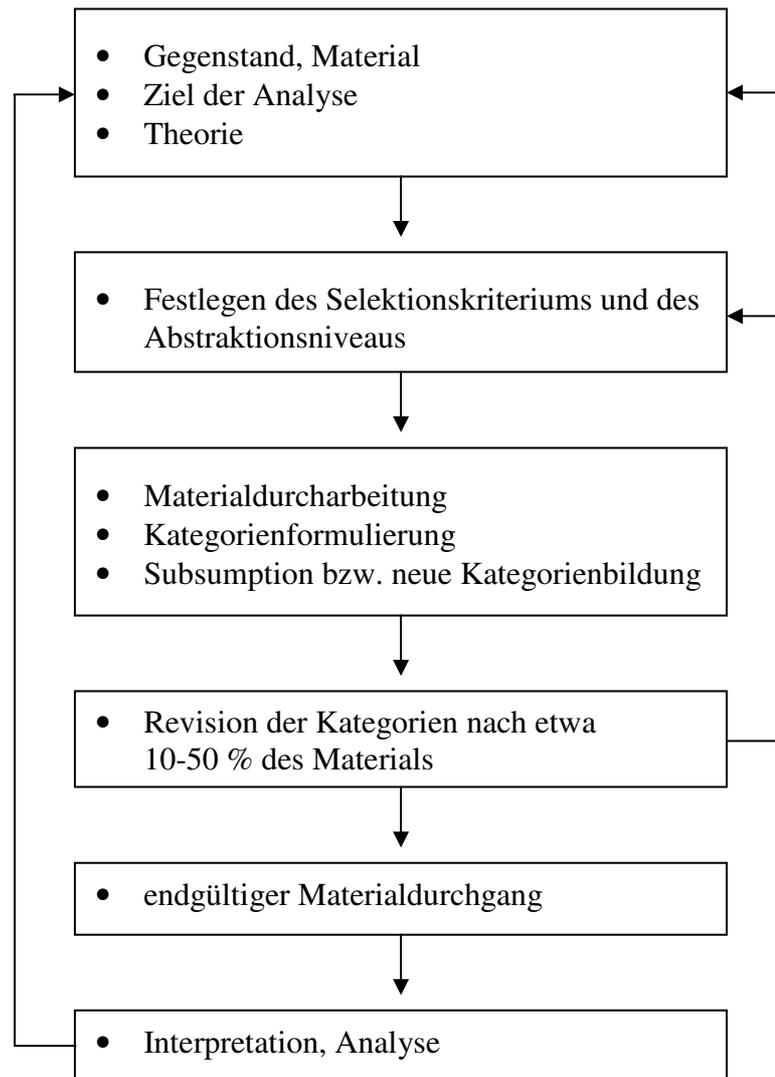


Abbildung 6 Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2003, S. 75)

Die Analyse wurde an die spezielle theoretische Fragestellung und das zugrundeliegende Material angepasst. Durch den Text konnten Aussagen über den emotionalen und kognitiven Handlungshintergrund der Kommunikatoren (vgl. Mayring, 2003, S. 52) gemacht werden. Das Ergebnis der Analyse ist ein Kategoriensystem, bestehend aus Beanspruchungen, Ressourcen und eingesetzten Bewältigungsstrategien der Befragten mit ihren jeweiligen Äußerungen (Paraphrasen). Die gefundenen Kategorien bezüglich der genannten Themenbereiche sind in Kapitel 5 dargestellt.

Die Transparenz des hier angewandten Analyseverfahrens gewährleistet dessen Nachvollziehbarkeit und macht die Ergebnisse intersubjektiv überprüfbar (vgl. Mayring, 2003, S. 12). Die Kodierung und Konstruktion der Kategorien wurde sorgfältig und nachvollziehbar durchgeführt. Dies ist als ein Indiz für die Exaktheit der Daten zu werten.

4.3 Quantitative Analyseverfahren

Bei den Verfahren der quantitativen Sozialforschung werden anhand von Stichproben oder Vollerhebungen Aussagen über die zu untersuchenden Sachverhalte getroffen. Dafür müssen die Daten quantifiziert werden, um damit Verallgemeinerungen, Wahrscheinlichkeiten oder Gesetze in Form von „Wenn-dann-Aussagen“ zu formulieren (vgl. Schnell et al., 2008, S. 53). Schwerpunktmäßig geht es um die Messbarkeit von Skalen mit metrischen Eigenschaften. Zur quantitativen Sozialforschung zählen nach Fuchs-Heinritz et al. (1994, S. 614) Labor- und Feldexperimente, repräsentative Bevölkerungsuntersuchungen und Befragungen, die Sozialindikatorenforschung, Zeitreihen- und Ereignisanalysen, qualitative historische und vergleichende Forschungen sowie quantitative Dokumenten- und Inhaltsanalysen.

4.3.1 Erhebungstechnik

Der Fragebogen als schriftliche Befragungsmethode

Nach Atteslander (2008, S. 104) stellt „jede Befragung (...) eine soziale Situation dar. Dazu gehören nicht nur die Menschen, die miteinander sprechen, sondern auch die jeweilige Umgebung. Von sozialer Situation ist selbst dann zu sprechen, wenn jemand für sich allein auf einen schriftlichen Fragebogen Antwort gibt“.

Im Folgenden wird auf die bei dieser Untersuchung eingesetzte schriftliche Befragung eingegangen. „Die Vorteile der schriftlichen Befragung sind vor allem finanzieller Art; sie ist in der Regel kostengünstiger; es kann meist in kürzerer Zeit mit weniger Personalaufwand eine größere Zahl von Befragten erreicht

werden. Zudem fällt der Interviewer als mögliche Fehlerquelle weg, aber auch als Kontrollinstanz“ (Atteslander, 2008, S. 147). Weitere Nachteile beschreiben Atteslander (2008, S. 147), Haunschild (1991, S. 494) sowie Bortz und Döring (2006, S. 256) in ähnlicher Weise:

- eine Beeinflussung durch andere Personen ist nicht ausgeschlossen
- das Verständnis der Fragen ist nicht gewährleistet
- es besteht die Gefahr der unvollständigen Beantwortung
- erfahrungsgemäß ist die Rücklaufquote gering.

Scheuch (1973, S. 123 ff.) und Erbslöh (1972) bemängeln sogar, dass keine spontanen Antworten erfassbar sind, da die befragte Person Zeit zur reflexiven Beantwortung hat.

Nach Atteslander (2008, S. 147) bietet sich eine schriftliche Befragung an, „wenn der schriftliche Fragebogen als Frage-Antwort-Medium kaum Schwierigkeiten bereitet.“ Bei der Befragungsgruppe der Führungskräfte handelt es sich um schreibgewandte und reflektierende Personen. „Die schriftliche Befragung bedarf einer besonders sorgfältigen Organisation. Ein Begleit- und Einführungsbrief muss die Befragten darüber orientieren, wer für die Befragung verantwortlich ist, warum die Untersuchung durchgeführt wird, welches Interesse der Befragte selbst an der Beantwortung des Fragebogens hat. Der Fragebogen muss leicht ausgefüllt werden können. Der Hinweis, dass die Antworten anonym verwendet werden, darf nicht fehlen“ (Atteslander, 2008, S. 147). ‚Incentives‘ haben dabei die Aufgabe, die geringe Motivation durch die soziale Situation zu erhöhen (nach Atteslander, 2008, S. 150).

„Mit günstigen Auswirkungen auf die Motivation der Befragten ist zu rechnen, wenn es gelingt, ihnen zu verdeutlichen, dass mögliche Konsequenzen der Untersuchung in ihrem eigenen Interesse liegen. Zudem sind Hinweise auf die absolut vertrauliche Behandlung der Resultate, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, selbstverständlich (...)“ (Bortz und Döring, 2006, S. 257). „(...) Es ist die Aufgabe der Sozialforscher, den Befragten zu demonstrie-

ren, dass sich die Teilnahme für sie entweder lohnt oder ihnen zumindest nicht schadet“ (Schnell, 1997, S. 251).

Nach Atteslander (2000, S. 172) ist ein Fragebogen „sowohl nach logischen als auch nach psychologischen Gesichtspunkten zu gestalten.“ Während der „(...) psychologische Aufbau (...) lediglich nach Vortests und Probeläufen optimal gestaltet werden (...)“ (Atteslander, 2000, S. 172) kann, orientiert sich der logische Aufbau wesentlich am Forschungsziel und -gegenstand.

Die geschickte Konstruktion des Fragebogens ist die Voraussetzung für die effiziente Erhebung und Auswertung der Daten. Neben den Inhalten und der Reihenfolge der Fragen sind die Skalenniveaus bzw. die Antwortkategorien bedeutsam.

4.3.2 Auswertungsverfahren

Es wird zwischen Deskriptiver und Inferenzstatistik unterschieden. Erstgenannte „basiert auf statistischen Verfahren zur beschreibenden Datenanalyse, die der zusammenfassenden Darstellung und Charakterisierung von Daten dienen“ (Pospeschill, 2006, S. 8). Außerdem „dient die Deskriptive Statistik auch der Prüfung der Plausibilität von Daten, z.B. bei der Aufdeckung von fehlerhaften Werten in Datensätzen“ (Pospeschill, 2006, S. 8). Die Basis der Inferenzstatistik bilden „Analysetechniken, die der Untersuchung von Stichproben dienen und Generalisationen auf die Grundgesamtheit erlauben, aus denen diese gezogen wurden“ (Pospeschill, 2006, S. 9). Im Gegensatz zur Deskriptiven Statistik sind aufgrund der Signifikanzüberprüfung dabei Verallgemeinerungen bzw. Schlüsse auf die Grundgesamtheit möglich. In der Medizin wird ein α -Fehler von 0,1 % als hochsignifikant ($p = 0,001$) zugrunde gelegt (vgl. Bös et al., 2000, S. 114). In dieser auf die arbeitswissenschaftlichen Aspekte fokussierten Untersuchung wird jedoch von einer Signifikanzgrenze $\alpha = 1 \%$ (sehr signifikant) ausgegangen ($p = 0,01$). Die angegebenen berechneten p-Werte in dieser Arbeit sind auf drei Stellen gerundet. Bei dieser Signifikanzprüfung wird eine zweiseitige Hypothesentestung durchgeführt, da nur der Unterschied zwischen den Gruppen von Relevanz ist.

Für alle Testverfahren wird die Standardnormalverteilung (mit dem Mittelwert 0 und der Standardabweichung 1) vorausgesetzt, die „ein Spezialfall aus der Klasse aller Normalverteilungen“ (Bös et al., 2000, S. 106) ist. Bei intervallskalierten Variablen erfolgt der Nachweis mittels Kolmogorov-Smirnov-Test, bei ordinalskalierten mit Shapiro-Wilk-Test.

Die Anzahl der in die Analyse einbezogenen Variablen entscheidet, ob eine uni-, bi- oder multivariate Analysemethode durchgeführt wird.

Univariate Analysemethoden

Bei der univariaten Analyse werden jeweils nur einzelne Merkmale bzw. Variablen betrachtet. Sie dient insbesondere dazu, einen Überblick über die Verteilung von Merkmalsausprägungen oder statistischen Kennwerten (z.B. Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeiten) zu liefern, die in Form von Tabellen oder Grafiken dargestellt werden.

Bivariate Analysemethoden

Bivariate Analysen untersuchen Beziehungen zwischen zwei Variablen, unter anderem Chi-Quadrat- bzw. T-Tests zum Aufzeigen von Unterschieden sowie Korrelationsrechnungen als statistische Überprüfung von Zusammenhängen, die im Folgenden erläutert werden.

Chi-Quadrat-Test

Nach Bös et al. (2000, S. 121) handelt es sich hierbei um ein parameterfreies Testverfahren für unabhängige Stichproben, da „keine Bedingungen an die Datenqualität“ gestellt werden und es deshalb „bereits für nominalskalierte Daten verwendbar“ ist. Bei diesem Test werden die „Abstände zwischen den *individuellen* beobachteten und den (...) theoretischen Häufigkeiten in eine Größe transformiert, die (approximativ) eine Chi-Quadratvariable ist. Sie ist die *Prüfgröße*“ (Bohley, Statistik, 2000, S. 629). Er vergleicht somit die beobachteten mit den erwarteten Häufigkeiten für jede Kategorie.

T-Test

Mit der Prüfgröße T wird die Mittelwertsdifferenz $|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|$ zweier Stichproben an den vorgefundenen Varianzen relativiert, d.h. bei „einem großen mittleren Unterschied zwischen zwei Messungen und geringen Streuungen innerhalb der Gruppen kann auf eine überzufällige Unterschiedlichkeit der beiden Messungen geschlossen werden“ (Bös et al., 2000, S. 138). Dieser Test zählt zu den parametrischen Verfahren, dessen Voraussetzungen Intervallskalenniveau, Normalverteilung (wogegen der T-Test bei Verletzung robust ist) und Varianzhomogenität sind (vgl. Bös et al., 2000, S. 138).

Unterschieden wird in den T-Test für unabhängige und für abhängige Stichproben. Die Varianzhomogenität beim ersten Fall wird mit dem Levene-Test durchgeführt. Mit dem F-Test wird die Un- bzw. Gleichheit zweier Varianzen bei abhängigen Stichproben überprüft.

Korrelation

Mit der Korrelationsrechnung wird versucht, „Maße für den Zusammenhang zweier Variablenmeßreihen zu finden“ (Bös et al., 2000, S. 165), wobei die Berechnung vom Skalenniveau der Daten abhängt. Der Korrelationskoeffizient, der zwischen -1 und 1 schwankt, informiert dabei über die Stärke und Richtung der Abhängigkeit zweier Variablen.

Bei ordinalskalierten Variablen wird der Rangkorrelationskoeffizient rho nach Spearman gerechnet (vgl. Bös et al., 2000, S. 175 ff.), dessen Werte denen für den Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient r nach Pearson entsprechen (vgl. Bös et al., 2000, S. 169).

Multivariate Analysemethoden

Bei der multivariaten Analyse werden mehrere Merkmale bzw. Variablen gleichzeitig betrachtet. „Multivariate Analysemethoden sind heute eines der Fundamente der empirischen Forschung in den Realwissenschaften“ (Backhaus et al., 2008, S. 6).

Backhaus et al. (2008, S. 12 ff.). differenzieren nach strukturen-prüfenden und strukturen-entdeckenden Analysemethoden (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5 Multivariate Analysemethoden nach Backhaus et al. (2008, S. 12 ff.)

strukturen-prüfende Verfahren	strukturen-entdeckende Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> • Regressionsanalyse • Zeitreihenanalyse • Varianzanalyse • Diskriminanzanalyse • logistische Regression • Kreuztabellierung und Kontingenz-analyse • Strukturgleichungsmodelle und Konfirmatorische Faktorenanalyse • Conjoint-Analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Faktorenanalyse • Clusteranalyse • neuronale Netze • multidimensionale Skalierung • Korrespondenzanalyse

Erstgenannte sollen Zusammenhänge zwischen Variablen von bereits vorhandenen Hypothesen überprüfen. Im Gegensatz dazu liegen bei dem Einsatz der strukturen-entdeckenden Methoden noch keine Vorstellungen über mögliche Zusammenhänge zwischen den zu untersuchenden Variablen vor (vgl. Backhaus et al., 2008, S. 11).

Die vorgenommene Zweiteilung der multivariaten Analysemethoden erhebt keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, sondern kennzeichnet nur den Schwerpunkt der Verfahren. Nach Backhaus et al. (2008, S. 11) ist eine „*überschneidungsfreie Zuordnung*“ der Verfahren zu praktischen Fragestellungen nicht immer möglich“, da sich ihre Zielsetzungen teilweise überlagern.

Die Faktorenanalyse als struktur-entdeckendes Verfahren wird nachfolgend näher beschrieben, da diese für die vorliegende Arbeit bedeutsam ist.

Die Faktorenanalyse

„Der Begriff Faktorenanalyse steht für eine Vielzahl von Verfahren“ (Bös et al., 2000, S. 194), für die Revenstorf (1976) einen vergleichenden Überblick gibt.

Generell wird zwischen exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalysen unterschieden. Erstgenannte „dient dazu, Faktoren zu finden. Das heißt, man weiß im Voraus nicht, welche Items bestimmte Fähigkeiten oder Eigenschaften abbilden bzw. beschreiben. Die konfirmatorische Faktorenanalyse nutzt man zur Überprüfung einer bereits angenommenen Faktorenstruktur“ (Bühner, 2006, S. 180 ff.).

Eine Methode der explorativen Faktorenanalyse, bei der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen erst aufgedeckt werden müssen, ist die Hauptkomponentenanalyse (Principle Component Analysis), die nach Bühner (2006, S. 181) „streng genommen nicht zu den faktorenanalytischen Methoden zählt. Sie dient lediglich zur Datenreduktion und Beschreibung der Items durch Komponenten.“ Es soll also ein Über- bzw. Sammelbegriff gefunden werden, der die auf einen Faktor hoch ladenden Variablen repräsentiert. Dabei drückt der Begriff „Hochladen“ aus, dass die Variablen zu einem Faktor gehören. Dagegen haben die originär faktorenanalytischen Methoden (z.B. Hauptachsenanalyse, Maximum-Likelihood-Faktorenanalyse) „das Ziel, Zusammenhänge zwischen Items ‚ursächlich‘ zu erklären (auf eine latente Variable zurückzuführen)“ (Bühner, 2006, S. 181).

Die Hauptkomponentenanalyse ist eine in der Praxis sehr häufig eingesetzte Methode und rechnerisch mit der Hauptachsenanalyse nahezu gleich (vgl. Bühner, 2006, S. 194).

Nach Bös et al. (2000, S. 194) ist das Ziel dieses Verfahrens „die Rückführung von mehreren erhobenen Variablen auf einige wenige zu Grunde liegende unabhängige Faktoren, die die beobachteten Zusammenhänge zwischen den Variablen möglichst vollständig erklären. (...) Die Faktoren werden über die Berechnung der wechselseitigen Beziehungen zwischen den erhobenen Variablen bestimmt. Variablen, die hoch miteinander korrelieren (positiv oder negativ) bilden dabei einen Faktor. Gleichzeitig soll dieser Faktor sich deutlich von anderen Faktoren unterscheiden. Variablen aus verschiedenen Faktoren sollen eine nur

geringe Korrelation aufweisen.“ Die Ladungen des Items auf jedem Faktor geben deren Zusammenhang an. Eine Einfachstruktur liegt vor, wenn die Variablen immer nur auf einem Faktor hoch und auf allen anderen Faktoren niedrig laden (vgl. Backhaus et al., 2008, S. 355). Somit stellt die Faktorenanalyse ein „effektives Verfahren zur Beurteilung vieler einzelner Korrelationen“ (Bühner, 2006, S. 180) dar, „(...) insbesondere wenn man a priori keine Annahmen über die Struktur eines Konstruktes bzw. verschiedener Konstrukte hat. Sie ordnet Items oder Testkennwerte quasi nach ihrer korrelativen Ähnlichkeit“ (Bühner, 2006, S. 180). Mit der Faktorenanalyse „wird versucht, die Information aller Items möglichst ohne Informationsverlust durch weniger Komponenten bzw. Faktoren zu beschreiben bzw. zu erklären“ (Bühner, 2006, S. 180). Die Berechnung und Interpretation erfolgt über Matrizen.

Der Ablauf der Faktorenanalyse sieht folgendermaßen aus:

Vor der Durchführung der Faktorenanalyse müssen die Daten auf ihre Eignung als Stichprobe hin untersucht werden. Bös et al. (2000, S. 195) nennen die folgenden Anwendungsvoraussetzungen:

- „Die Variablen müssen mindestens Intervallskalenniveau aufweisen.
- Die Daten sollten für jedes Variablenpaar in einer bivariaten Normalverteilung vorliegen.
- Die Zusammenhänge zwischen den Variablen sollten linear sein.
- Die Fallzahl sollte mindestens der dreifachen Variablenzahl entsprechen, mindestens aber der Zahl der Variablen.“

Die Eignung der Stichprobe wird mittels dem Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizienten (KMO-Koeffizient) sowie dem Bartlett-Test auf Sphärizität durchgeführt (vgl. Bühner, 2006, S. 210). Erstgenannter „gibt Anhaltspunkte, ob die Itemauswahl für eine Faktorenanalyse geeignet ist“ (Bühner, 2006, S. 206). In Tabelle 6 sind Anhaltspunkte für die Bewertung der Höhe dieses Koeffizienten angegeben (Bühner, 2006, S. 207).

Mit der Reliabilitätsanalyse wird überprüft, ob die einzelnen Variablen der Variablensätze für die explorative Faktorenanalyse geeignet sind. Dies ist jedoch von

untergeordneter Bedeutung, wenn nicht das Ziel der Testentwicklung verfolgt wird (vgl. Bühl, 2006, S. 475). Zur Schätzung der Reliabilität kann der Cronbach-alpha-Koeffizient gewählt werden. Dies ist die aktuelle Standardmethode zur Abschätzung der inneren Konsistenz (vgl. Bühner, 2006, S. 132; Diekmann, 2008, S. 254). Beurteilungsrichtlinien für die Reliabilität sind bei Bühner (2006, S. 140) angegeben.

Tabelle 6 Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient nach Bühner (2006, S. 207)

Höhe des KMO-Koeffizienten	Bewertung des KMO-Koeffizienten
< 0,50	inkompatibel mit der Durchführung
0,50 - 0,59	schlecht
0,60 - 0,69	mäßig
0,70 - 0,79	mittel
0,80 - 0,89	gut
> 0,90	sehr gut

1. Schritt: Extraktion der Faktoren

Um dem Ziel der Faktorenanalyse – der Reduktion der Variablen – näherzukommen, darf nur eine bestimmte Anzahl von Faktoren zugelassen werden. Allerdings sinkt mit abnehmender Faktorenzahl die erklärte Gesamtvarianz. Für die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren empfiehlt Brosius (2006, S. 786) so viele „Faktoren auszuwählen, bei der noch ein hinreichend großer Teil der Streuung erklärt wird und die zugleich eine ausreichend große Reduzierung der Komplexität erzielt.“ Backhaus et al. (2008, S. 353) weist darauf hin, „dass zur Bestimmung der Faktorenzahl keine eindeutigen Vorschriften existieren, so dass hier der *subjektive Eingriff* des Anwenders erforderlich ist.“

Folgende statistische Kriterien zur Bestimmung der Faktorenzahl werden als bedeutsam angesehen (vgl. Backhaus et al., 2008, S. 353; Bühner, 2006, S. 199 ff.). Bei der Anwendung des Eigenwertkriteriums werden die Faktoren ausgewählt, deren Eigenwert mindestens eins ist (Kaiser-Guttman-Kriterium). Definiert ist dieser Wert als „die Summe der quadrierten Ladungen über alle Items

auf einem Faktor“ (Bühner, 2006, S. 200). Der Eigenwert „gibt an, wie viel von der Gesamtvarianz aller Variablen durch diesen Faktor erfasst wird“ (Bös et al., 2000, S. 195). „Er drückt die ‚Wichtigkeit‘ eines Faktors aus. Ist der Eigenwert eines Faktors größer als eins, klärt er mehr Varianz auf, als ein standardisiertes Item (...) besitzt. Das heißt, ein Faktor soll mehr als nur die Information eines einzigen Items aufklären“ (Bühner, 2006, S. 200). Diese Regel gilt nur für die Hauptkomponentenanalyse (vgl. Bühner, 2006, S. 200).

Ein weiteres Extraktionskriterium ist der Scree-Test nach Cattell. Dieser ist ein grafisches Verfahren, bei dem die Eigenwerte in einem Koordinatensystem in abnehmender Reihenfolge angeordnet und durch Geraden miteinander verbunden sind (vgl. Backhaus et al., 2008, S. 353). „Es wird nach einem bedeutsamen Eigenwertabfall (Knick im Scree-Plot von links nach rechts) gesucht“ (Bühner, 2006, S. 201). Die Eigenwerte vor dem Knick werden gezählt (vgl. Tabachnick und Fidell, 2007, S. 673; Bortz, 2005); genau so viele Faktoren werden extrahiert.

Bühner (2006, S. 201) gibt an, dass sich diese Methode bewährt hat, kritisiert dieselbe aber wegen ihrer Subjektivität und empfiehlt objektivere Verfahren (z.B. Parallelanalyse nach Horn, MAP-Test). Er empfiehlt: „Immer mehrere Kriterien wählen!“ (Bühner, 2006, S. 211) „Oberster Maßstab für die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren ist, dass sinnvoll zu interpretierende Faktoren daraus resultieren“ (Bühner, 2006, S. 210).

Durch die Extraktion der Faktoren wird eine Anfangslösung erreicht. Diese gilt es, durch Rotation der in einem Koordinatensystem angeordneten Faktoren zu optimieren. „Die Idee ist es, die Anzahl der Variablen mit hohen Faktorladungen für jeden Faktor zu minimieren und dadurch die Interpretation des Faktors zu erleichtern“ (Bös et al., 2000, S. 195). Es dreht sich hierbei um die „Güte der Faktorenlösung“ (Bös et al., 2000, S. 195).

Die Kommunalität gibt „an, welcher Teil der Streuung *einer Variablen* durch *alle Faktoren* erklärt wird“ (Brosius, 2006, S. 785). Die Größen Eigenwert und Kommunalität sagen aus, in welchem Umfang die Streuung einer Variablen erklärt werden kann.

2. Schritt: Wahl der Rotationsmethode

Bei unkorrelierten Faktoren wird eine orthogonale Rotation gewählt, am besten die Varimax-Methode. Die oblique Rotation wird bei korrelierten Faktoren gewählt „oder wenn dies a priori unklar ist“ (Bühner, 2006, S. 211). Dabei wird die Promax-Methode als beste angesehen (vgl. Bühner, 2006, S. 211). An einem so genannten geometrischen Modell wird die Faktorenanalyse bildlich vorstellbar (vgl. Bühner, 2006, S. 189).

3. Schritt: Faktorinterpretation

Hierbei werden die Variablen dem Faktor eindeutig zugeordnet, auf dem sie am höchsten laden. Für diese Faktoren müssen nun passende Über- bzw. Sammelbegriffe gesucht werden; sie werden jetzt inhaltlich bestimmt. So erhält die Faktorenanalyse ihre Aussagekraft. Dieser Teil erfordert „eine hohe Sachkenntnis des Anwenders bezüglich des konkreten Untersuchungsobjektes“ (Backhaus et al., 2008, S. 355).

4. Schritt: Ermittlung der Faktorwerte

„Faktorwerte sind in der Regel standardisierte Werte, die der Ausprägung einer Person auf dem Faktor oder der Komponente entsprechen“ (Bühner, 2006, S. 182). Diese sind von Interesse, wenn die extrahierten Faktoren für weitere statistische Analysen (z.B. Korrelations- oder Regressionsanalysen) genutzt werden sollen. Nach Bühner (2006, S. 182) ist eine eindeutige Berechnung nur mit Hauptkomponentenanalysen möglich.

Zur näheren Beschreibung der aufgeführten statistischen Verfahren wird auf die spezifische Literatur verwiesen (vgl. Janssen und Laatz, 2005; Bortz und Döring, 2006; Backhaus et al., 2008).

4.4 Die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden

Bei diesem Forschungsprojekt werden sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren der empirischen Sozialforschung eingesetzt. Nach Fuchs-Heinritz et

al. (1994, S. 687) liegt eine Triangulation vor, wenn mehrere Erhebungsverfahren und dadurch erlangte Datenarten zur Untersuchung ein und desselben Gegenstandes angewendet werden. Durch dieses multimethodische Vorgehen (vgl. Flick, 2008, S. 79 ff.; Lamnek, 2005, S. 279; Flick et al., 1995) kann ein größtmöglicher Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Fragestellungen erzielt werden.

Lamnek (2005, S. 278 ff.) nennt die folgenden sechs Zielrichtungen, Funktionen und Chancen der Methodenkombination:

- Man vermutet, dass „(...) multiple und unabhängige Methoden gemeinsam nicht die gleichen Schwächen oder Verzerrungspotentiale enthalten wie die Einzelmethode.“
- Es besteht die Intention, „(...) mit multimethodischer Konzeptualisierung breitere und profundere Erkenntnisse zu erzielen (...)“.
- Die Triangulation wird damit begründet, dass sie „(...) dem zu erfassenden Gegenstand eher gerecht werden kann (...)“ und somit eine höhere Adäquanz erzielbar ist.
- Gleichzeitig wird „(...) eine eher ganzheitliche, holistische Sicht erzielt (...) Der gemeinsame Einsatz von qualitativen und quantitativen Methoden bedeutet letztlich nicht nur, ein und dasselbe Phänomen von unterschiedlichen Perspektiven aus zu betrachten, sondern zugleich besseres Verstehen und Erklären, indem man tiefer in die Materie eindringt und neue Dimensionen entdecken kann (...)“.
- Qualitative Methoden werden „(...) zum Zwecke der Exploration eingesetzt (...)“, sofern nur wenig Wissen über den Untersuchungsgegenstand vorliegt.
- Qualitative Befunde können „(...) zur Illustration, zur Plausibilisierung, mithin aber auch zur Absicherung ihrer quantitativen Daten (...)“ eingesetzt werden.

Mittels der Kombination von qualitativen und quantitativen Erhebungsverfahren kann dieses Zielvorhaben erreicht werden.

4.5 Ablauf der empirischen Untersuchung in dieser Arbeit

Das Forschungsdesign dieser empirischen Untersuchungen gliedert sich in eine qualitative Erhebung mittels halbstrukturierten Interviews (mit Kurzfragebogen) sowie einer darauf aufbauenden quantitativen Erhebung durch einen Fragebogen und Gesundheits-Check-ups. Der Ablauf dieser Methodenkombination stellt sich wie folgt dar:

Phase 1 (Kapitel 5)

- Entwicklung eines halbstrukturierten Interviewleitfadens (mit Kurzfragebogen)
- Durchführung der Pretests (N = 5)
- Durchführung der Interviews mit Mittleren Führungskräften (N = 15)
- qualitative und quantitative Analyse der Interviews.

Phase 2 (Kapitel 6)

- Entwicklung des Fragebogens
- Durchführung der Pretests (N = 30)
- Befragung der Mittleren Führungskräfte (N = 189) und der Oberen Führungskräfte (N = 95) als Vergleichsgruppe
- Teilnahme der Befragten (N = 284) an einem Gesundheits-Check-up
- quantitative Analyse der Befragung und der medizinischen Daten.

Die Auswertung der durch den Fragebogen erhobenen quantitativen Daten wurde mittels statistischer Analyseverfahren (Statistikprogramm SPSS) durchgeführt.

Im nächsten Kapitel wird zunächst die qualitative Voruntersuchung (Phase 1) erläutert.

5 Qualitative Analyse

Die qualitative Erhebung in dieser Arbeit wurde mithilfe eines Interviewleitfadens und Kurzfragebogens durchgeführt. Die Befragung verfolgt im Besonderen das Ziel, genau solche Themen zu eruieren, die im Berufsalltag der Mittleren Führungskräfte aktuell und relevant sind. Die Struktur und der Ablauf des Interviews werden nachfolgend erläutert.

5.1 Der Interviewleitfaden mit Kurzfragebogen

Die Struktur des Interviewleitfadens

Die Basis für die Konstruktion des Leitfadens bildet die in Kapitel 2 und 3 erläuterte Theorie. Bei der Entwicklung wurde darauf Wert gelegt, die Themen so anzuordnen, dass ein flüssiger Gesprächsablauf gewährleistet und der Erzählfluss während des gesamten Interviews aufrecht zu halten ist. Deshalb wurde die ursprüngliche Wahl der Themenabfolge Organisation, Arbeit, Person und Familie/soziales Umfeld jeweils in Bezug auf Beanspruchungen und Ressourcen verworfen und sodann zuerst die Beanspruchungen und danach die Ressourcen in diesen vier genannten Bereichen besprochen. Die Gesundheit wurde in einem eigenen Fragenkomplex behandelt. Hier hatten die Interviewten die Möglichkeit, über ihren Gesundheitszustand und potenzielle Einflüsse zu sprechen.

Die genannten Themengebiete wurden mit offenen Fragen erörtert, damit die Befragten sehr individuell antworten und damit ihre Einstellungen und Erfahrungen äußern können.

Bei der Durchführung aller Interviews herrschten die gleichen Bedingungen. Zu den klar und präzise formulierten Fragen wurden mögliche Nachfragen ausgearbeitet. Somit konnten Missverständnisse durch eine unterschiedliche Interpretation der Fragen durch den Interviewer und den Befragten weitestgehend ausgeschlossen werden. Der Interviewer hatte Freiheit in der Wahl der Reihenfolge der Fragen, um diese dem jeweiligen Kontext anzupassen. Nachfragen wurden im Besonderen auch zum Erfragen und Besprechen von Bewältigungsstrategien

eingesetzt. Hiermit konnte individuell und sehr flexibel auf die Gesprächssituation eingegangen werden.

Während des Gesprächs wurden Dimensionen aus dem Arbeits- und Privatleben erörtert. Dies erfolgte mithilfe einer Kartenabfrage mit folgenden sieben Begrifflichkeiten:

- „Anerkennung für die Arbeit“
- „anspruchsvolle Arbeit“
- „Aufstiegs- und Karrierechancen“
- „Einfluss, Entscheidungsbefugnis“
- „gutes Betriebsklima“
- „hohes Einkommen“
- „Vereinbarung von Beruf und Privatleben“.

Aufgrund der oben beachteten Punkte gehen die Fragen und Themen im Interviewleitfaden logisch und flüssig ineinander über.

Die Struktur des Kurzfragebogens

Dieses Instrument ergänzt das Interview um weitere Betrachtungsweisen zu im Arbeitsalltag und an der Schnittstelle zum Privaten auftretenden Beanspruchungen und Ressourcen.

Der Kurzfragebogen wurde während eines Projekts² entworfen. Er beinhaltet arbeitsbezogene Belastungen, die bereits von folgenden Autoren thematisiert wurden: Stadler und Spieß (2003) mit „Belastungen aus der Arbeitswelt“, Beermann (1996) mit psychosozialen Stressoren, Otte (1994) mit potenziellen sozialen Stressoren aus der Arbeitswelt sowie Cox und Cox (1996) mit Gefahren aus der Arbeitswelt. Nach Kahler (1977) aus der Transaktionsanalyse wurden so

² an der Universität Karlsruhe (TH), Abteilung Arbeitswissenschaft, Institut für Industriebetriebslehre und Industrielle Produktion

genannte „Antreiber“ und „Erlauber“ erfragt. Antreiber können die Reaktionsmöglichkeiten des Betreffenden blockieren, Zeit und Energie kosten sowie Anreize für externe Manipulation darstellen (vgl. Maiwald, 2001, S. 47). Das zugrundeliegende Miniskript-Konzept behandelt Überlebensstrategien bei grossem Stress; bei der NASA wird es zur Auswahl von Astronauten eingesetzt.

Mit Fragen von Kuhlmann (1996) wurden die Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustands und Wohlbefindens sowie dessen Einflüsse erfragt.

Neben der Bewertung der aktuellen Situation wurde vom Interviewten eine retrospektive Beurteilung der Situation vor fünf Jahren erbeten. Mittels fünffach gestufter Antwortskala (Ausprägung von „1 = nicht“ bis „5 = sehr viel“) konnten die Befragten antworten. Bei der Abfrage der Beanspruchungen wurde neben der Intensität auch die Häufigkeit („nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“, „immer“) erfragt. Die Beibehaltung der fünfstufigen Skala stellte sicher, dass sich die Interviewten an die Skaleneinteilung gewöhnen. So wurden Fehler durch einen möglichen Skalenwechsel vermieden.

Zusätzlich wurde die Kurzversion des WAI-Fragebogens eingesetzt, wie sie das WAI-Netzwerk (vgl. www.arbeitsfaehigkeit.net), bestehend aus der Universität Wuppertal, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), vorschlägt (siehe Kapitel 2).

Der Ablauf des Interviews

Der Kontakt zu interviewbereiten Managern wurde über den betriebsärztlichen Dienst, dem das betriebliche Gesundheitsmanagement untersteht, über die Personalabteilung sowie über andere Führungskräfte hergestellt. Mit den Interviewees wurde telefonisch Kontakt aufgenommen, um die Ziele und Inhalte sowie den voraussichtlichen zeitlichen Aufwand der Befragung zu besprechen. Alle ausgewählten Gesprächspartner stimmten dem Interview zu. Es wurde versichert, dass alle Daten anonym und streng vertraulich behandelt werden. Anschließend wurde der Interviewtermin vereinbart, wobei niemand absagte; dies ist als Indiz für die Relevanz des Themas zu werten.

Die Gespräche wurden alle vor Ort mit den Führungskräften in ruhiger Atmosphäre durchgeführt, in der es keine Störungen durch Telefonate oder Ähnliches gab. Dies gewährte eine vertraute und interviewförderliche Umgebung. Durchschnittlich dauerten diese 100 Minuten.

Das Interview begann mit der Vorstellung der Teilnehmer und der Erklärung des Inhalts und Ziels dieser wissenschaftlichen Arbeit. Das Einverständnis zur digitalen Aufzeichnung wurde eingeholt und Anonymität zugesichert. Mit diesem Gesprächseinstieg wurde eine lockere und vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen. Zudem erhielten die Führungskräfte präzise Anleitungen zum Ausfüllen des Kurzfragebogens, damit keine Missverständnisse entstehen konnten.

Die meisten Interviewten waren den Themengebieten Beanspruchungen und Ressourcen aus dem beruflichen und sozialen Umfeld sowie Gesundheit gegenüber aufgeschlossen und erwiesen sich im Gespräch sehr offen. So wurden häufig auch sehr private Probleme thematisiert.

Der Interviewte wurde gebeten, bestimmte zeitnahe belastende Arbeitssituationen sowie circa fünf Jahre zurückliegende Ereignisse zu beschreiben. Auch das soziale Umfeld außerhalb des Berufs wurde thematisiert.

Danach wurden Dimensionen im Hinblick auf Arbeit, Organisation und Person besprochen, die die Führungskraft als unterstützend sowohl im Berufsalltag als auch im sozialen Bereich einschätzt. Zur Reflexion dieser Ressourcen wurden die Befragten gebeten, sich bezüglich möglicher Defizite, Verbesserungen und persönlicher Wünsche zu äußern. Beim Thema soziale Unterstützung außerhalb des Unternehmens wurde im Besonderen die Rolle der Familie hinsichtlich ihrer Funktion als Ressource untersucht.

Bei der anschließenden Frage sollten die Mittleren Führungskräfte ihre Einstellungen bezüglich des Berufs mithilfe sieben laminiertes Karten priorisieren. An oberster Stelle stand dabei der Begriff aus ihrem Arbeits- und Privatleben, der für den Befragten in der aktuellen Situation am wichtigsten war, an letzter Stelle der unwichtigste. Danach wurden die Interviewten gebeten, die Aufgabe erneut durchzuführen. Allerdings sollten sie die Reihenfolge angeben, wie sie vor fünf Jahren bestanden hat. Es durften nicht mehrere Karten als gleichgewichtig betrachtet werden.

Die anschließende Phase des Interviews fokussiert den aktuellen und potenziellen zukünftigen Gesundheitszustand der Führungskraft. Hier geht es um die individuelle Einschätzung der Gesundheit sowie um Größen, die diese beeinflussen. Weiterhin sollte eruiert werden, welche Aktivitäten die Führungskraft zur Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit nutzt und welchen Beitrag das Unternehmen leistet.

Danach wurden die Personen aufgefordert, auf für sie bisher noch nicht angesprochene wichtige Aspekte einzugehen.

Erst am Ende wurden die soziodemografischen Daten erhoben. Parallel zum Interview, das mit einem digitalen Speichermedium aufgezeichnet wurde, fertigte der Fragende Notizen zum Gesprächsverlauf an. Mit einem Dank für den Beitrag zur Gesundheitsforschung endete das Interview.

5.2 Pretest

Der Pretest „is critical for identifying problems for both responders and interviewers“ (ASA, 2006, S. 1). Die in dieser Arbeit zum Einsatz kommende Field-Technik führt die Befragung mit Mittleren Führungskräften unter realistischen Bedingungen durch, so als ob es schon das endgültige Interview sei (siehe Kapitel 4).

Nach jedem der fünf Pretests wurde mit dem Probanden diskutiert, welche Bereiche während des Interviews missverständlich waren, bzw. welche Probleme sie bei der Beantwortung hatten. Weiterhin wurde die Intention der jeweiligen Frage besprochen, um sicher zu stellen, dass sie richtig verstanden war.

Die Ergebnisse dieser Nachgespräche veranlassten kleine Umformulierungen und Anpassungen der offenen und Backup-Fragen. Bezüglich des Kurzfragebogens erwies sich die ursprünglich gewählte Form der prozentualen Angabe zur Häufigkeit als ungünstig für die Interviewten. Aufgrund dessen wurde zur fünfstufigen Antwortskala mit den Ausprägungen „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“, „immer“ (vgl. Kapitel 6) übergegangen; diese Antwortmöglichkeiten

wurden jeweils im Gespräch erläutert. Im weiteren Verlauf der Pretests wurde dies sehr begrüßt.

In der zweiten WAI-Dimension „derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Arbeitsanforderungen“ wurden die Fragen zu dem Komplex „Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den physischen bzw. psychischen Arbeitsanforderungen ein?“ auf den Punkt gebracht, indem die Begriffe „körperliche Fitness“ sowie „geistige Fitness“ in Klammern dahinter gesetzt wurden. Wie es sich in den Pretests herausstellte, erleichterte dies den Führungskräften das zügige Beantworten der Fragen.

In der dritten WAI-Dimension „aktuelle Krankheiten“ wurde der ursprünglich verwendete Begriff „psychische Erkrankungen“ durch den Ausdruck „seelische Probleme“ ersetzt. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Befragten möglichst wahrheitsgemäß antworten, da der vorher verwendete Begriff allgemein negativ belegt ist. Durch die Abwandlung der Formulierung wurde jedoch keine Bedeutungsveränderung für die Auswertung des Fragebogens herbeigeführt, was durch die Befragten im Pretest bestätigt wurde. Die Beispielkrankheiten in dieser Dimension wurden mündlich einzeln aufgeführt. Dies wirkte nicht so abschreckend auf die Führungskräfte wie die Langversion.

Bei der obligaten Aufzählung der einzelnen Krankheiten wurden einige Führungskräfte sehr unruhig und meinten, dass es doch selbstverständlich sei, um welche Krankheiten es sich jeweils handle. Dies ist sicherlich auf den höheren Bildungsstatus und das Interesse an Gesundheit bei den Führungskräften zurückzuführen. Dieses Verhalten der Führungskräfte bestätigte das obige Vorgehen. Die Vergleichbarkeit ist damit gewährleistet.

Durch die Pretests konnte die Interviewerin die Durchführung trainieren und sich so für den Echteinsatz qualifizieren.

5.3 Die Stichprobe der qualitativen Untersuchung

Für die Untersuchung wurden Großunternehmen der deutschen Wirtschaft mit über 5000 Mitarbeitern ausgesucht, da dort eine funktionale Trennung von Obe-

rer und Mittlerer Führungsebene gut realisiert ist. Diese Abgrenzung ist Voraussetzung, um typische Erfahrungen von Mittleren Führungskräften zu erhalten.

Bei der systematischen Auswahl der potenziellen Interviewpartner wurden als erstes die Hierarchieebenen der jeweiligen Organisation ermittelt, d.h. über den Personalbereich oder über andere dort tätige Führungskräfte wurde versucht, die einzelnen Führungsebenen zu identifizieren.

Die Stichprobe umfasst 15 Mittlere Führungskräfte, von denen 10 männlich und fünf weiblich sind. Der Altersdurchschnitt der Führungskräfte beträgt 44,3 Jahre, wobei die jüngste interviewte Person 32 Jahre und die älteste 58 Jahre alt waren. Bezüglich des Familienstandes gaben neun Personen an, verheiratet zu sein, fünf leben in einer festen Beziehung und eine von 15 Führungskräften gab an, allein zu leben. Neun von 15 Befragten, also 60 %, haben Kinder. Dabei gaben acht von neun verheirateten Führungskräften an, Kinder zu haben. Im Durchschnitt arbeiten die Interviewten seit 15 Jahren im jetzigen Unternehmen, wobei die kürzeste Zeit mit zwei Jahren und die längste Zeit mit 30 Jahren angegeben wurden. Durchschnittlich sind die Führungskräfte seit 6,3 Jahren in der jetzigen oder einer vergleichbaren Führungsposition. Die Spannweite der Antworten variiert hier von einem Jahr bis zu 14 Jahren. Über 90 % der Befragten arbeiten Vollzeit, nur eine Führungskraft ist in Teilzeit beschäftigt. Alle Personen haben einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Gefragt nach der Arbeitsform des Partners arbeiten sieben der 14 Partner in Vollzeit, fünf in Teilzeit und zwei sind aktuell nicht beschäftigt. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beträgt zwischen 35 – 40 Stunden bis 56 – 60 Stunden. Kein Interviewter arbeitet mehr als 60 Stunden in der Woche. Acht Führungskräfte und damit mehr als die Hälfte der Befragten schätzen ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit auf 46 – 50 Stunden.

Die Branchenzugehörigkeit der Befragten stellt sich wie folgt dar: Je vier Personen waren im Automobil- und im Energiesektor beschäftigt, drei Befragte arbeiteten im Bankenbereich. Zwei Interviewte kommen aus der IT-Branche, je einer aus dem Pharma- und dem Dienstleistungsbereich.

5.4 Ergebnisdarstellung des Interviewleitfadens

Die Auswertung der Textpassagen der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Ergebnis der Aussagen ist die grobe Kategorienbildung nach Mayring bezüglich Beanspruchungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Für die Kartenabfrage wurde die Rangfolge durch Mittelwertbildung bestimmt.

Kategorienbildung zu Beanspruchungen

Mithilfe der Kategorien konnten bei den 15 interviewten Mittleren Führungskräften elf Beanspruchungen ermittelt werden. Dazu wurden alle Äußerungen und Sätze gesammelt, die jeweils darauf zutreffen. Diese sind mit der Anzahl der Nennungen in Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7 Übersicht zu Beanspruchungen von Mittleren Führungskräften (qualitative Interviews)

Kategorien	Anzahl
Unterforderung durch fehlende kreative Anforderung an die Führungskraft	15
feste Strukturen und eingefahrene Arbeitsabläufe im Unternehmen	15
Familie	15
eigene Ansprüche an die Arbeit	12
mangelnde Trennung von Beruf und Privatleben	11
Probleme hinsichtlich persönlichem Wohlbefinden	10
Zeit- und Termindruck aus Beruf und Privatsphäre	9
Aufstieg und Karriere	8
Wochenendbeziehung zum Partner bzw. zur Familie	3
es allen recht machen zu wollen	3
Fehler anderer führen zu Mehrarbeit	2

Aus der Auflistung der elf Kategorien wird deutlich, dass die Familie eine relevante Beanspruchung darstellt, da sie in unterschiedlichen Ausprägungen vertre-

ten ist. Zugleich zeichnet sich diese Komponente dadurch aus, dass sie ebenso als Ressource gedeutet werden kann (Tabelle 8).

Kategorienbildung zu Ressourcen

In den Gesprächen wurden Komponenten, Bedingungen und Personen erwähnt, die den Interviewten als Ressourcen dienen (siehe Kapitel 2). Aus dem gewonnenen Datenmaterial wurden 19 Kategorien gebildet (Tabelle 8).

Tabelle 8 Übersicht zu Ressourcen von Mittleren Führungskräften (qualitative Interviews)

Kategorie	Anzahl
Partner bzw. Familie	15
Unterstützung durch gute organisatorische Rahmenbedingungen im Unternehmen	15
Lob, Anerkennung und Erfolg aus dem Beruf und dem Privatleben	15
gesunde Ernährung	15
Optimismus	13
betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen	13
körperlicher Ausgleich	12
gutes Selbstmanagement	11
Raum und Zeit für eigene Interessen schaffen	11
Unterstützung durch soziales Umfeld im Unternehmen	11
Entscheidungs- und Handlungsspielraum	10
gute Work-Life-Balance	9
Freude und Spaß bei der Arbeit	8
soziales Umfeld außerhalb von Beruf und Familie	8
eigene Einstellung und Werte	7
materielle Absicherung durch das Unternehmen	6
Erfahrung	6
Unternehmenskultur	5
Ansehen des Unternehmens in der Öffentlichkeit	4

Kategorienbildung zu Bewältigungsstrategien

Die Art und Anzahl der in den Interviews genannten Bewältigungsstrategien verdeutlicht Tabelle 9.

Tabelle 9 Übersicht zu Bewältigungsstrategien von Mittleren Führungskräften (qualitative Interviews)

Kategorien	Anzahl
bei Schwierigkeiten nicht sofort aufgeben, Überblick durch Abstand gewinnen	12
Möglichkeiten der Organisation ausschöpfen	8
den Kopf frei bekommen von beruflichen Dingen	7
Initiative ergreifen	6
belastende Situationen schnell erledigen	6
Akzeptieren der Situation	6
für eigene Entscheidungen Verbündete im Unternehmen suchen	4

Ergebnis der Kartenabfrage

Auf die Frage „Was ist Ihnen in Ihrem Beruf am wichtigsten?“ nannten die Führungskräfte, auf die aktuelle Situation bezogen, eine „anspruchsvolle Arbeit“. „Anerkennung für die Arbeit“ ist heute genauso wichtig wie vor fünf Jahren. „Aufstiegs- und Karrierechancen“ standen damals an erster Stelle, ein „hohes Einkommen“ rangierte auf Platz fünf. Heute steht dies an letzter Stelle. Die Priorisierung der sieben Begriffe stellt Tabelle 10 dar.

Tabelle 10 Rangfolge der aktuellen und retrospektiven Einschätzung zu „Was ist Ihnen in Ihrem Beruf am wichtigsten?“

Rang	vor fünf Jahren	aktuell
1	Aufstiegs- und Karrierechancen	anspruchsvolle Arbeit
2	Anerkennung für die Arbeit	Anerkennung für die Arbeit
3	anspruchsvolle Arbeit	Vereinbarung von Beruf und Privatleben
4	Einfluss, Entscheidungsbefugnis	Einfluss, Entscheidungsbefugnis
5	hohes Einkommen	gutes Betriebsklima
6	gutes Betriebsklima	Aufstiegs- und Karrierechancen
7	Vereinbarung von Beruf und Privatleben	hohes Einkommen

5.5 Ergebnisdarstellung des Kurzfragebogens

Für die Auswertung der quantitativen Daten des Kurzfragebogens bei den Interviews wurden einfache deskriptive Analyseverfahren eingesetzt. Aus der Angabe von Häufigkeitsverteilungen und Mittelwerten können tendenzielle Aussagen zur Ergänzung der qualitativen Analyse abgeleitet werden.

Ergebnisse zu Beanspruchungen

Bei der Angabe der Beanspruchungen hatten die Mittleren Führungskräfte die Möglichkeit, nach Ausprägung und Häufigkeit zu differenzieren. Bei Items, die nicht bei ihrer Arbeit auftreten, wurden die Befragten gebeten, einzuschätzen, wie sehr sie diese stören würden.

Die Beanspruchungen gliederten sich in die Bereiche:

- Arbeitsbedingungen
- Organisationsbedingungen
- sozialer Kontext
- Individuum.

Arbeitsbedingungen

Am meisten stört die Befragten „fragmentierte oder sinnlose Arbeit“, gefolgt von „mangelnde Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten einzusetzen“ sowie „Informationsmangel“ und „quantitative Unterforderung“; die genannten Items erreichen die Ausprägung größer gleich 4 auf der fünfstufigen Skala („1 = nicht störend“, „5 = sehr störend“). Die Beanspruchungen, die am häufigsten auftreten, sind der „Zeitdruck und Termindruck“ (Häufigkeit größer 4), gefolgt von „Informationsüberlastung“ und „unerwartete Unterbrechungen“, „quantitative Überforderung“ und „unklare Aufgabenübertragung/Anweisungen“ (Häufigkeit größer 3).

Folgende Items erzielten in der Kombination von Ausprägung und Häufigkeit den Wert mindestens 3 auf der fünfstufigen Antwortskala:

- „unerwartete Unterbrechungen“
- „Zeitdruck und Termindruck“
- „Informationsüberlastung“
- „unklare Aufgabenübertragung/Anweisungen“
- „quantitative Überforderung“.

Organisationsbedingungen

Am auffälligsten sind in diesem Bereich die beiden Beanspruchungen „nicht planbare Arbeitszeit“ und „schlechte Kommunikation im Unternehmen“. Das letztgenannte Item erreicht fast die Maximalausprägung von „5 = sehr störend“. Die „nicht planbare Arbeitszeit“ ist der Störfaktor, der bei der täglichen Arbeit am häufigsten vorkommt. Dieser erreicht gleichzeitig aber auch die geringste Beanspruchungsausprägung („wenig störend“).

Die Items „Arbeitsplatzunsicherheit“, „fehlende Unterstützung bei der täglichen Arbeit“ und „Unsicherheit oder Stagnation der beruflichen Entwicklung“ erreichten die Ausprägung größer 3.

Das Item „Arbeitsplatzunsicherheit“ kommt am seltensten vor. In dem Interview darauf angesprochen erläuterten die Mittleren Führungskräfte, dass sie sich im Besonderen um die Arbeitsplätze ihrer Mitarbeiter sorgen.

Sozialer Kontext

Im sozialen Kontext sind die Mittleren Führungskräfte am meisten durch „geringe Unterstützung durch die Familie bezüglich der Arbeit“ beansprucht, die allerdings nur selten auftritt.

Das „Konkurrenzverhalten zum“ und „unter den Vorgesetzten“ sowie „unter den Kollegen“ stellt für die Befragten eine mittelmäßige Beanspruchung dar. Bis auf die Konkurrenz zum Vorgesetzten tritt jede Form der Rivalität „manchmal“ auf. Die „Konkurrenz zwischen Arbeitsgruppen und Abteilungen“ beansprucht die Mittleren Führungskräfte mittelmäßig; diese kommen „manchmal“ vor. Dasselbe gilt für „gegensätzliche Anforderungen von Arbeit und Privatsphäre“.

Individuum

Am stärksten stören die Befragten „die fehlende Anerkennung“ für ihre Arbeit (Ausprägung 4 von 5) und die „zu große Verantwortung für Mitarbeiter bzw. Projekte“ (Ausprägung 3 von 5). Die letztgenannte Beanspruchung tritt am seltensten auf.

Ergebnisse zu Ressourcen

Unterstützend für den Arbeitsalltag der Mittleren Führungskräfte sind die Items:

- „eigener Entscheidungs-/Handlungsspielraum“
- „Transparenz der Arbeitsaufgaben“
- „Abwechslung bei der Arbeit“
- „Unterstützung durch Kollegen“.

Dies bezieht sich sowohl auf die aktuelle als auch auf die retrospektive Einschätzung der Situation vor 5 Jahren. Auf der fünfstufigen Antwortskala (Ausprägung von „1 = keine“ bis „5 = sehr viel“) erreichten die genannten Items mindestens die Ausprägung 3.

Als persönliche Ressourcen erreichten „körperlicher Ausgleich durch Bewegung“ und „mit dem Partner reden können“ mindestens die Ausprägung 4. Größer als die Ausprägung 3 sind die beiden Items „abschalten zu können im Kreise der Familie/des Partners“ und „ein Abend mit Freunden“.

Ergebnisse zur Gesundheit

Ein Bewusstsein für das Thema Gesundheit äußerte sich in erheblichem Maße in den Gesprächen. Allerdings deutete sich während der Interviews an, dass dieses erst von bestimmten Ereignissen im näheren Umfeld der Befragten ausgelöst wurde. Dazu zählen z.B. Krankheitsfälle in der Familie oder unter Freunden, die in einer ähnlichen beruflichen Situation sind und damit analog beansprucht sind. Auch das Alter spielt in dieser Hinsicht eine sehr bedeutende Rolle. Durch die Abfrage der zeitlichen Veränderung bestimmter Verhaltensweisen zeigt sich, dass sich die Mittleren Führungskräfte mit zunehmendem Alter für das Thema Gesundheit stärker interessieren.

Die Einschätzung der seelischen als auch der körperlichen Gesundheit erhielt die Ausprägung 4. Bei dieser fünfstufigen Antwortskala („1 = krank“ bis „5 = gesund“) schätzten sich die Mittleren Führungskräfte bezüglich der zeitlichen Entwicklung gleich ein.

Weiterhin wurden die Mittleren Führungskräfte gebeten, die Aktivitäten für ihre eigene Gesundheit anzugeben. Neben der zeitlichen Differenzierung sollten sie dies für das Unternehmen, in dem sie tätig sind, und für sich selbst beurteilen. Sie äußerten, dass sowohl sie selbst als auch die Firma in früheren Jahren nicht so viel für die Gesundheit getan hätten, wie es aktuell der Fall sei. Auf der fünfstufigen Antwortskala sind dies die Ausprägungen zwischen 2 und 3. Nur die aktuellen eigenen Aktivitäten der Mittleren Führungskräfte für ihre Gesundheit erreichen die Ausprägung größer 3.

Auf die Frage, woher die stärksten Impulse für das Wohlbefinden kommen, antworteten die Mittleren Führungskräfte, dass der Beruf dafür früher am wichtigsten gewesen sei, in der aktuellen Situation allerdings die Familie und die Freunde die größte Bedeutung hätten. Als Quellen hatten die Befragten die Auswahl zwischen den Nennungen „ich selbst“, „Familie/Freunde“ und „Beruf“. Manche Interviewpartner nutzten die Möglichkeit, weitere eigene Impulse zu nennen wie z.B. den Urlaub, das örtliche Umfeld, Bekannte und Nachbarn, die eigene Gesundheit, die persönlichen Zukunftsperspektiven und das politisch-gesellschaftliche Umfeld. Einige dieser Bereiche wurden auch in der Vergangenheitsabfrage wiederholt.

Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit (WAI)

Die Beantwortung der Fragen zur Arbeitsfähigkeit ergab einen mittleren WAI von 42,3; dies steht für eine gute Arbeitsfähigkeit der befragten Mittleren Führungskräfte (siehe Kapitel 2). Dieser Index bestätigt damit die Ergebnisse hinsichtlich der körperlichen und seelischen Gesundheit der Befragten.

Ergebnisse zu „Antreiben“ und „Erlaubern“

Es sollte herausgefunden werden, wie stark die Mittleren Führungskräfte den „Antreiben“ und „Erlaubern“ des Miniskriptkonzepts nach Kahler (1977) zustimmen. In der aktuellen Situation stimmen die Mittleren Führungskräfte im Durchschnitt den „Antreiben“ „Sei perfekt!“, „Mach es allen recht!“, „Sei stark!“, „Streng Dich an!“, „Mach schnell!“ weniger stark zu als vor fünf Jahren. Besonders groß ist die veränderte Haltung der Interviewten bei „Mach es allen recht!“ und „Streng dich an!“. Hier weisen die durchschnittlichen Ausprägungen eine Differenz von mehr als einer Skaleneinheit auf (fünfstufige Skala).

5.6 Zusammenfassung der Interviewergebnisse

Durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring konnten die Schwerpunkte der Beanspruchungen sehr gut herausgestellt werden. Die häufigsten Beanspruchungen, die von mindestens zwei Dritteln der Mittleren Führungskräfte genannt wurden, waren:

- fehlende Kreativität bei der täglichen Arbeit
- eingefahrene Strukturen im Unternehmen
- die eigene Familie
- eigene Ansprüche an die Arbeit
- Sorgen um das persönliche Wohlbefinden.

Folgende Ressourcen wurden von mindestens zehn der 15 Mittleren Führungskräfte genannt:

- Partner bzw. Familie
- organisatorische Rahmenbedingungen im Unternehmen
- Lob, Anerkennung und Erfolg
- gesunde Ernährung
- Optimismus
- betriebliches Gesundheitsmanagement
- körperlicher Ausgleich
- Selbstmanagement
- Unterstützung durch soziales Umfeld im Unternehmen
- Entscheidungs- und Handlungsspielraum
- sich seinen eigenen Interessen widmen zu können.

Die Mittleren Führungskräfte nannten auch Bewältigungsstrategien. Nur bei der Kategorie „Abstand gewinnen“ von einem Problem oder einer problematischen Situation konnte eine Übereinstimmung von mehr als zwei Dritteln gefunden werden.

Die Auslegung der quantitativen Daten erfolgt auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse. So sind der Beruf und die Familie die wichtigsten Energiespender für die Befragten. Allerdings zeigt sich, dass die Bedeutung des Berufs im Laufe der Zeit zu Gunsten der Familie abnimmt. Innerhalb der Arbeit sind die Anerkennung und der Erfolg die wichtigsten Ressourcen für die Mittleren Führungskräfte. Die stärksten Beanspruchungen sind die Unterforderung, Routinetätigkeiten, mangelnder Entscheidungs- und Handlungsspielraum sowie schlechte Kommunikation im Unternehmen. Starke Beanspruchungen sind die starren Strukturen der Unternehmen und eine mangelnde Work-Life-Balance der Befragten.

Die Mittleren Führungskräfte schätzen sich als körperlich und seelisch gesund ein. Sie nutzen Ressourcen und Bewältigungsstrategien, um mit den täglichen Beanspruchungen umzugehen. Eine beruflich anspruchsvolle Arbeit ist den Mittleren Führungskräften heute am wichtigsten.

Der eingesetzte Interviewleitfaden mit Kurzfragebogen hat sich in dieser empirischen Untersuchung bewährt. Die Fragen wurden von den Mittleren Führungskräften positiv aufgenommen. Alle Befragten zeigten sich bei den Gesprächen sehr offen hinsichtlich ihrer persönlichen und beruflichen Probleme und offenbarten einen hohen Grad an Selbstreflexion in Bezug auf ihre eigene Situation im Beruf und im Privatleben.

Die soziale Erwünschtheit als mögliche Fehlerquelle (siehe Kapitel 5) ist bei den Ergebnissen zu berücksichtigen. So könnten die Interviewten das Unternehmen, in dem sie tätig sind, positiv darstellen wollen. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass die Mittleren Führungskräfte ihre eigenen Schwächen nicht offenbaren wollten, was wiederum Auswirkungen auf die Treffer für die jeweiligen Kategorien der Beanspruchungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien hätte.

Die in den Interviews gemachten Aussagen geben den subjektiven Eindruck der jeweiligen Führungskraft wieder. Auf diese Perspektive wurde im Kapitel 2.4.1 bereits eingegangen.

5.7 Potenzielle Fehler der qualitativen Analyse

Generell können bei der Durchführung jeder Befragung Fehler auftreten, da das Interview eine soziale Interaktion darstellt, die vom Interviewer und Befragten in der sich aktuell befindlichen Situation beeinflusst wird. Diekmann (2008, S. 446 ff.) unterscheidet drei Kategorien von Fehlerquellen, die auf das Antwortverhalten Einfluss haben können.

Verzerrungen aufgrund des Befragten

Durch sein Antwortverhalten kann der Befragte das Interview beeinflussen. Antworttendenzen sind Neigungen des Interviewees, gleichartige Reaktionen an den Tag zu legen, obwohl objektiv unterschiedliche Stimuli auf ihn einwirken. Solche stereotypen Reaktionsweisen äußern sich in Ja-Sage- und Nein-Sage-Tendenz (vgl. Bortz und Döring, 2006, S. 236).

Nach Diekmann (2008, S. 447 ff.) existieren folgende Antworttendenzen:

- Tendenz, keine Meinung zu äußern
- Tendenz zu lügen
- Bevorzugung von mittleren und neutralen Antwortkategorien
- Bevorzugung von Extremkategorien
- inhaltsunabhängige Zustimmungstendenz
- Tendenz, sozial erwünscht zu antworten.

Sozial erwünschtes Antworten ist eine „Sonderform der Selbstdarstellung“ (Bortz und Döring, 2006, S. 232). Der Interviewte äußert sich so, wie er es von seiner sozialen Umgebung als erwünscht ansieht. „Problematisch am Konzept der sozialen Erwünschtheit (Social Desirability) ist die Tatsache, (...), dass in Abhängigkeit von der Bezugsgruppe und der Situation unterschiedliche Erwartungen bestehen“ (Bortz und Döring, 2006, S. 233). Eine soziokulturelle Abhängigkeit ist für die Untersuchungsstichprobe der Führungskräfte aus Großunternehmen zu unterstellen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Führungskräfte in einer besonderen Weise darstellen möchten, weil sie dies für eine positive Eigenschaft halten und es dem Bild der Führungskräfte in der Öffentlichkeit entspricht.

Um sozial erwünschtes Antworten zu reduzieren bzw. kontrollieren, wurden die Fragen neutral formuliert.

Verzerrungen aufgrund der Fragenkonstruktion

Diekmann (2008, S. 458 ff.) nennt im Wesentlichen drei Effekte, die die Ergebnisse einer Befragung verzerren können. Die Formulierung von Fragen kann sich auf das Resultat auswirken, da die Antwort einer Person insbesondere von der Verständlichkeit der Frage abhängt. Es bleibt offen, ob unterschiedliche Individuen unter der gleichen Frage auch das Gleiche verstehen (Validität).

Auch die Positionierung der Fragen beeinflusst die Antworten. Aufgrund dieses Platzierungseffekts ändern sich die Befragungsergebnisse nur durch eine geänderte Reihenfolge der Fragen beziehungsweise Antwortvorgaben signifikant.

Die Art der Antwortvorgaben ist eine weitere mögliche Fehlerquelle. Bei gleicher Fragestellung kann eine Ratingskala mit „sehr wichtig“ bis „nicht wichtig“ andere Ergebnisse produzieren als eine Rankingskala, bei der die Ausprägungen von der befragten Person nach ihrer Einschätzung sortiert werden.

Verzerrungen aufgrund des Interviewers

Der Interviewer beeinflusst bewusst oder unbewusst die Antworten und somit das Ergebnis der Befragung. Diese Intervieweffekte sind auf sichtbare und unsichtbare Ursachen zurückzuführen. Das Auftreten und Verhalten des Interviewers sind sichtbare Merkmale. Zu den unsichtbaren Ursachen zählen die Einstellungen des Interviewers sowie dessen Art, wie er die Einstellungen des Gesprächspartners erfragt.

Weiterhin können Fehler durch den Einsatz verschiedener Interviewer entstehen. Bei dieser Arbeit wurden alle Interviews von derselben Person (Autorin) durchgeführt. Auch durch die digitale Aufzeichnung konnten unterschiedliche Aufzeichnungsstile vermieden werden. Im Kapitel 4.2 wurde schon auf die Eigenschaften eines guten Interviewers hingewiesen.

Es wurde versucht, mögliche Fehlerquellen bei der Erstellung der Befragungsinstrumente und Durchführung der Interviews zu reduzieren bzw. zu vermeiden. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die genannten Fehlerquellen nicht total ausgeschaltet werden können.

Mit der beschriebenen empirischen Voruntersuchung konnten sehr viele Informationen zum Sachverhalt Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften gewonnen werden. Dies ermöglicht eine bessere Orientierung in diesem wenig erforschten Bereich. Basierend auf diesen Ergebnissen wurde in einem zweiten Schritt eine quantitative Untersuchung mit Fragebogen durchgeführt. Der dafür eingesetzte Fragebogen wird im nächsten Kapitel vorgestellt.

6 Quantitative Analyse

Bei der quantitativen Erhebung in dieser Arbeit wurden die subjektiven Einschätzungen mittels Fragebogen erhoben (Kapitel 7). Für die ärztlichen Diagnosen unterzog sich jede Person einem Gesundheits-Check-up (Kapitel 8). Im Anschluss wurden beide Sichtweisen verglichen (Kapitel 9). Tabelle 11 gibt dazu einen Überblick.

Tabelle 11 Überblick über die quantitativen Erhebungen

<u>Kapitel 7:</u> Subjektive Einschätzung von Mittleren Führungskräften mittels Fragebogen zu	<u>Kapitel 8:</u> Ärztliche Befunde von Mittleren Führungskräften mittels Gesundheits-Checkups zu
1 Beanspruchungen	1 Anamnese
1.1 Stress	1.1 Familienanamnese
1.2 körperliche Symptome	1.2 Risikofaktoren
2 Ressourcen	2 Diagnose von Erkrankungen
3 Gesundheit	3 Gesamtbeurteilung der Gesundheit
3.1 Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen	
3.2 Erkrankungen	
4 Arbeitsfähigkeit und körperliche Symptome	
5 Veränderungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren	
<u>Kapitel 9:</u> Vergleich der subjektiven Einschätzungen mit ärztlichen Diagnosen zu	
1 Erkrankungen	
2 Gesamtbeurteilung der Gesundheit	

6.1 Der Fragebogen

Als Grundlage für den Fragebogen (siehe Anhang) dient der in der qualitativen Analyse eingesetzte Kurzfragebogen. Im Rahmen des biphasischen Vorgehens dieser Arbeit wurde dieser in der ersten Phase getestet und als gut befunden. Mit den Ergebnissen der qualitativen Voruntersuchung konnte der Fragebogen erweitert werden. Durch dieses Vorgehen war eine spezielle Abstimmung auf die Fragestellungen von Führungskräften möglich. Dies war notwendig, um die spezifische Situation der in der Wirtschaft tätigen Manager adäquat zu erfassen. Als Vorteile dieser Vorgehensweise sind die hohe Akzeptanz des Erhebungsinstruments bei der befragten Untersuchungsgruppe sowie ein hohes Vertrauen in die Nützlichkeit der Befragung zu nennen. Für die Untersuchungsgruppe ist die Relevanz des Themas hochrangig. Daher stellt der erforderliche Zeitaufwand zur Beantwortung der Fragen für die Führungskräfte eine gute Investition dar. Der Fragebogen ist an die Bedürfnisse und die Sprache der Führungskräfte angepasst. Als Nachteile sind die in dieser Studie nicht überprüfbare externe Validität und die nicht mögliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Berufsgruppen zu nennen.

Die Formulierung der Items wurde aus den in Kapitel 5.2 genannten Quellen und den Ergebnissen der Interviews abgeleitet. Letztere gewährleisteten die erforderliche Validität des Erhebungsinstruments, indem die quantitative Analyse durch für Führungskräfte spezifische Inhalte erweitert wird (vgl. Bungard, Holling und Schultz-Gambard, 1996, S. 44 ff.).

Struktur des Fragebogens

Der Fragebogen wurde nach logischen und psychologischen Gesichtspunkten gestaltet. Der logische Aufbau orientierte sich am Forschungsziel; der psychologische Aufbau konnte aufgrund der Pretests optimal gestaltet werden (siehe Kapitel 4).

Dem Fragebogen wurde ein zweiseitiges Schreiben vorangestellt, in dem die Führungskräfte eine Einführung in die Befragung erhielten. Darin wurden die Verantwortlichen der Befragung, der Grund der Untersuchung und das poten-

zielle Interesse, das die Befragten an der Beantwortung des Fragebogens haben, genannt. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass die Antworten anonym verwendet und nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden.

Es wurde erläutert, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung und mögliche Konsequenzen in ihrem eigenen Interesse liegen. Weiterhin enthielt dieses Schreiben ein Beispiel für die Beantwortung der im Fragebogen enthaltenen Fragen. Bei der Einschätzung der Situation vor fünf Jahren wurden die Führungskräfte gebeten, den Begriff „vor fünf Jahren“ nicht zu wörtlich zu nehmen.

Das zur empirischen Datenerhebung verwendete quantitative Erhebungsinstrument besteht aus drei Teilen (vgl. Alpers, 2008, S. 525):

- Teil A: Fragen zu Alltagssituationen
- Teil B: Fragen zur Arbeitsfähigkeit
- Teil C: soziodemografische Daten.

Die Fragen zu Alltagssituationen umfassen Beanspruchungen und Ressourcen im Beruf und an der Schnittstelle zum Privaten. Diese Items werden in dreifacher Hinsicht erfragt: nach der Intensität, nach der Häufigkeit sowie nach der Veränderung zur Situation vor fünf Jahren. Weiterhin sind in diesem Teil Fragen zur Einschätzung der Gesundheit und weiterer Lebensbereiche enthalten.

Wie auch in der qualitativen Studie wurden die Fragen zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen und Tuomi, 2004) eingesetzt.

Bei den soziodemografischen Daten wurden die Befragten gebeten, folgende Angaben zu ihrer Person zu machen: Alter, Geschlecht, aktueller Familienstand, Haushaltssituation, Berufsabschluss, Branche, Position im Unternehmen, Dauer der Positionszugehörigkeit, der Unternehmenszugehörigkeit sowie der Personalverantwortung, Vollzeit-/Teilzeittätigkeit, durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche, Telearbeit pro Woche, durchschnittliche Arbeitszeit im Haushalt pro Woche.

Zusätzlich wurde der Fragebogen durch die Erfassung psychosomatischer Beschwerden erweitert. Die Grundlage dafür bildet die Beschwerden-Liste nach von Zerssen (1976). Diese umfasst 24 Beschwerden-Items (z.B. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals, Mattigkeit, Überempfindlichkeit gegen Wärme/Kälte, Nacken- oder Schulterschmerzen, Gewichtsabnahme) in vierstufiger Likert-Skala. Damit wird das Ausmaß subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche Beschwerden und Allgemeinbeschwerden erfasst. Mit den in dieser empirischen Studie eingebundenen, auf Führungskräfte spezialisierten Ärzten wurde diese Liste auf die aktuell vorherrschenden körperlichen Symptome von Managern aktualisiert und auf die ihnen vertraute fünfstufige Antwortskala erweitert. Dieses Vorgehen erwies sich im Pretest als sinnvoll.

Weiterhin wurden Fragen zur bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit in Anlehnung an Fahrenberg et al. (1986) in den Fragebogen eingefügt.

Da objektive Krankheitsmaße nur bedingt Aussagen zulassen, inwieweit sich Menschen gesund oder krank fühlen (vgl. Antonovsky, 1987; Beutel, 1989) wurde mit den identischen Items im Fragebogen auch die Selbsteinschätzung der Führungskräfte anhand dieser Likert-Skala erfasst (siehe Kapitel 7).

Als Beispiel für die Operationalisierung der Variablen sei die ganzheitliche Erfassung der Zufriedenheit genannt: Die (subjektive) Gesundheitseinschätzung sowie die Zufriedenheit mit den Lebensbereichen Arbeit, finanzielle Lage, Freizeit, familiäre Situation, soziale Kontakte werden über folgende Fragestellungen mit je einem Item operationalisiert:

„Wie zufrieden bin ich mit ...

- ... meinem körperlichen Gesundheitszustand?
- ... meiner seelischen Verfassung?
- ... meiner geistigen Leistungsfähigkeit?
- ... meiner Widerstandskraft gegen Krankheiten?
- ... meiner Arbeitssituation?

- ... meiner finanziellen Lage?
- ... meiner Freizeit?
- ... meiner Ehe/Partnerschaft?*
- ... meiner Familie/Kinder?*
- ... meinen Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?“

* sofern vorhanden

Skalen des Fragebogens

In der empirischen Sozialforschung werden mit diversen Skalierungsverfahren (vgl. Schnell et al., 2008, S. 179 ff.) unterschiedliche Dimensionen qualitativ erfasst und mit quantitativen Skalen gemessen. Mit diesem Vorgehen lassen sich die zu messenden Sachverhalte darstellen (vgl. Atteslander, 2008, S. 213 ff.). Zur Datenerhebung existieren zwei Formen von Skalierung. Bei einer ungeraden Skalierung weist mindestens eine Ausprägung einen positiven, einen negativen und einen neutralen Wert auf (z.B. Dreierskala). Bei einer geraden Skalierung bestehen mindestens ein positiver und ein negativer Wert (z.B. Zweierskala). In der empirischen Sozialwissenschaft herrscht Uneinigkeit darüber, welche Skalierung als bessere zu beurteilen ist. Bei ungeraden Antwortskalen besteht das Problem des „Item-Nonresponse“ (Schnell et al., 2008, S. 353). Dabei wählen die befragten Personen den mittleren, also neutralen Wert (z.B. teils/teils), um häufig aufgrund von sozialer Erwünschtheit weder positiv noch negativ zu urteilen. Dieser angekreuzte mittlere Distraktor reflektiert allerdings oft nicht die Meinung der befragten Person.

Bei geraden Antwortskalen entsteht üblicherweise eine hohe Anzahl von fehlenden Kreuzen (Missings). Diese ist zurückzuführen auf zweifaches Ankreuzen bzw. Nicht-Beantwortung, da sich der Befragte nicht eindeutig entscheiden möchte bzw. will. Zu Antworttendenzen siehe auch Bortz und Döring (2006, S. 236).

Das in der empirischen Sozialforschung am häufigsten verwendete Skalierungsverfahren ist die „Methode der summierten Ratings“ nach Renis Likert (vgl. Schnell et al., 2008, S. 187). Bei dieser summierten Einschätzung wird jeder Antwortmöglichkeit „eine ganze, rationale Zahl zugeordnet. Die Zuweisung der Zahlen zur Beurteilung muss dabei immer in der gleichen Einstellungsrichtung erfolgen“ (Atteslander, 2008, S. 222).

Das Problem der mittleren Distraktoren scheint bei der Untersuchungspopulation der Führungskräfte aufgrund deren Bildung und Qualifikation vernachlässigbar zu sein. Für den Fragebogen wurden deshalb ungerade Skalierungen gewählt.

Die im obigen Beispiel genannten Variablen wurden in zweifacher Hinsicht beurteilt: Mit einer fünffach gestuften Likert-Skala (1 = „sehr unzufrieden“ bis 5 = „sehr zufrieden“) wurde die Intensität der Zufriedenheit erfasst und mit einer dreistufigen Antwortskala (- = „abgenommen“, 0 = „unverändert“, + = „zugenommen“) wurde die mögliche Veränderung im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren eingeschätzt.

Bei den Likert-Skalen, die in dieser Arbeit bei den Fragen zu Alltagssituationen eingesetzt werden, handelt es sich um Ordinalskalen, da es unklar ist, ob die Abstände zwischen den Antwortalternativen gleich sind. Die Skalenabstände der Ausprägungen können nicht direkt geprüft und bestätigt werden. Nach Bortz und Döring (2006, S. 70) und Backhaus et al. (2008, S. 9) ist es übliche Forschungspraxis, für die ordinalskalierten Daten Intervallskalenniveau anzunehmen. Daher wird an dieser Stelle angenommen, dass diese Ratingskalen intervallskaliert sind. Dies ermöglicht den Einsatz verschiedener statistischer Verfahren.

Intervallskalen wurden eingesetzt zur Erfragung des Alters, des Body Mass Index (BMI) sowie beim Work Ability Index (WAI).

Bei den Fragen zur Arbeitsfähigkeit (WAI) wurde in der dritten Dimension „Anzahl der aktuellen Krankheiten“ der an letzter Stelle stehende Begriff „Geburtsfehler“ entfernt. In der qualitativen Analyse hatte es sich herausgestellt, dass dieser Begriff bei Führungskräften negativ belegt ist. Die Tatsache, dass bei den medizinischen Untersuchungen keine Geburtsfehler diagnostiziert wurden, bestätigte diese Vorgehensweise.

6.2 Pretest

Mit Hilfe von 30 durchgeführten Pretests wurde der Fragebogen in Bezug auf die in Kapitel 4 erläuterten Kriterien überprüft. Das schon im qualitativen Teil der Untersuchung (siehe Kapitel 5) eingesetzte quantitative Erhebungsinstrument wurde somit ein zweites Mal getestet.

Die daran teilnehmenden Personen äußerten sich insgesamt positiv zum Fragebogen, insbesondere zur Relevanz der in den Unternehmen aktuell vorherrschenden Themen. Sie bedankten sich für die durch den Pretest erhaltenen Anregungen zur Selbstreflexion.

Die Analyse und die daraus abgeleiteten Erkenntnisse ergaben die im Folgenden beschriebenen Anpassungen des Erhebungsinstrumentes.

Mit einleitenden Fragen über Situationen im Alltag ist ein Zugang zur befragten Person herzustellen. Es wurde von den Probanden durchgängig als angenehmer empfunden, mit positiv belegten Themen, also den Ressourcen anstatt den Beanspruchungen, zu beginnen. Das Beispiel im Anschreiben des Fragebogens erwies sich als hilfreich für die Mittleren Führungskräfte, da es gedanklich in das Schema des Ausfüllens einführt.

Der Begriff „Telearbeit“ war den Führungskräften größtenteils nicht bekannt. In den Unternehmen wird der Begriff „home office“ genutzt. Bei der Frage nach Teilzeit gaben die Mittleren Führungskräfte an, dass sie bei dem Umfang der täglich zu bewältigenden Aufgaben ihre Position mit reduzierter Wochenarbeitszeit nicht weiter ausführen könnten und dass dies seitens des Unternehmens nicht angeboten würde.

Inhaltliche Erweiterungen wurden bezüglich einiger Aspekte der Arbeitsbedingungen angeführt. So sind z.B. die Beanspruchungen durch die Arbeitsplatzunsicherheit der eigenen Mitarbeiter stärker als durch die eigene Arbeitsplatzunsicherheit. Ein weiterer Aspekt waren die aktuell in Unternehmen vorherrschenden ständigen Änderungen der Zielvorgaben. Dies wurde unter dem Begriff der „moving targets“ eingefügt.

Die Frage nach der Häufigkeit wurde für alle Items zu Beanspruchungen und Ressourcen übernommen. Die fünfstufige Antwortskala hatte sich bewährt und wurde deshalb beibehalten. Es wurde der Begriff „häufig“ durch „oft“ ersetzt. Angesprochen auf eine mögliche sechsstufige Antwortskala äußerten Mittlere Führungskräfte, dass sie dann zwei Kreuze setzen würden um auszudrücken, dass beide Extreme der Skala zutreffen.

Es erwies sich als vorteilhaft, dass das Ankreuzschema konstant im Fragebogen vorhanden ist. Dies ermöglicht ein zeitlich zügiges Antworten, was von den Mittleren Führungskräften begrüßt wurde.

Bezüglich der soziodemografischen Daten erwies es sich als vorteilhaft, den Familienstand zu präzisieren, indem nach dem aktuellen Familienstand gefragt wurde. Somit wurde nur ein Kreuz gesetzt.

Zu den Fragen zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit (WAI) wurde mit einleitenden Sätzen in die neue Thematik hingeführt. Dies war nötig, um auf das neue Ankreuzschema überzuleiten. Die Tatsache, dass zu Beginn gefragt wird, wie die Arbeit vorwiegend strukturiert ist (physisch und/oder psychisch), war insbesondere für die männlichen Führungskräfte schwer verständlich. Sie begründeten dies mit der Aussage, dass sie sich bei ihrer Arbeit nicht körperlich belastet fühlen.

Im Pretest zeigte sich, dass die im Fragebogen formulierten Items die aktuellen Probleme der Mittleren Führungskräfte widerspiegeln.

6.3 Durchführung der Befragung

Der Rücklauf beträgt bei dieser Arbeit 100 %. Bei anderen empirischen Befragungen zur Gesundheit von Führungskräften liegen postalische Rücklaufquoten von circa 15 % vor (vgl. Sachs, 2006, S. 23; Graf et al., 2003, S. 19 f.; Hunzinger und Kesting, 2004, S. 75). Aus diesen niedrigen Zahlen lässt sich auf eine zurückhaltende Einstellung der Führungskräfte zu solchen Erhebungen schließen. Dies trifft für die Population der vorliegenden Arbeit nicht zu.

Zu Beginn des Gesundheits-Check-ups wurden die Teilnehmer von den Ärzten über die Studie und deren Ziele informiert und um Mitwirkung gebeten. Alle angesprochenen Mittleren Führungskräfte willigten sofort ein. Die Fragebögen zur subjektiven Einschätzung von Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit wurden vor Ort ausgefüllt. Die befragten Führungskräfte nutzten dafür die Wartezeiten während der medizinischen Untersuchungen. Der Gesundheits-Check-up endete mit einem intensiven Arzt-Führungskräfte-Gespräch, bei dem die Führungskräfte ihren ausgefüllten Fragebogen dem untersuchenden Arzt aushändigten, der ihn dann auf Vollständigkeit überprüfte.

In den obigen Absätzen wurde der Aufwand, der für die Organisation und Durchführung der Befragung betrieben wurde und welcher der Autorin notwendig schien, um die Aussagekraft der Daten zu erhöhen, erläutert.

Durch ihre besondere soziale Situation sind Führungskräfte an der Beantwortung bzw. Erforschung der Thematik dieser Arbeit interessiert und somit auch zu der Teilnahme motiviert. Der Check-up wird von Führungskräften in regelmäßigen Abständen (ein bis zwei Jahre) genutzt. Als Incentive erhielten die Führungskräfte für die Teilnahme an dieser Untersuchung ein Buch aus dem Bereich der Führungsthematik als Geschenk (siehe Kapitel 4).

6.4 Die Stichprobe der quantitativen Untersuchung

Im Folgenden wird die Population mittels soziodemografischer Daten skizziert.

Es wurden 189 Mittlere Führungskräfte (davon 93,1 % Männer) aus Großunternehmen mit über 5000 Mitarbeitern in Deutschland befragt. Die Personen sind

zum Zeitpunkt der Untersuchung seit durchschnittlich 7,1 Jahren (Standardabweichung: 5,1; Spannweite: 1 – 25) in ihrer derzeitigen Position. Der Altersdurchschnitt beträgt 45 Jahre (Standardabweichung: 6,7; Median: 44). Die jüngste Mittlere Führungskraft ist 30 und die älteste 63 Jahre alt. Die Altersstruktur ist in Tabelle 11 dargestellt. Die 40- bis 44-Jährigen sind mit 34 % am häufigsten vertreten.

Tabelle 12 Altersstruktur der Mittleren Führungskräfte

	Häufigkeit	%	kumulierte %
30 – 34 Jahre	7	3,7	3,7
35 – 39 Jahre	31	16,5	20,2
40 – 44 Jahre	64	34,0	54,3
45 – 49 Jahre	32	17,0	71,3
50 – 54 Jahre	31	16,5	87,8
55 – 59 Jahre	20	10,1	97,9
60 – 64 Jahre	4	2,1	100,0
gesamt	189	100,0	

97,9 % der befragten Personen sind vollzeitbeschäftigt. Die tatsächliche durchschnittliche Arbeitszeit beträgt 55,2 Stunden pro Woche (Standardabweichung: 7,7; Spannweite: 28 – 90), davon werden durchschnittlich 4,1 Stunden pro Woche (Standardabweichung: 5,5; Spannweite: 0 – 30) zu Hause als Telearbeit geleistet. Im Durchschnitt arbeiten die Führungskräfte 4,3 Stunden pro Woche im privaten Haushalt (Standardabweichung: 4,3; Spannweite: 0 – 30).

Im Durchschnitt tragen die Befragten seit 11,3 Jahren Personalverantwortung (Standardabweichung: 6,8); diese variiert von einem bis 35 Jahre. Die durchschnittliche Unternehmenszugehörigkeit der befragten Stichprobe liegt bei 11,7 Jahren (Standardabweichung: 9,3; Spannweite: 0,5 – 41).

Als aktuellen Familienstand geben 92,6 % der Befragten an, in Partnerschaft zu leben bzw. verheiratet zu sein. Bei 3,7 % der Mittleren Führungskräfte lautet der aktuelle Familienstand getrennt lebend bzw. geschieden. Die Stichprobe enthält

nach Angaben der befragten Führungskräfte einen Witwer (0,5 %) sowie fünf allein stehende Personen (2,6 %).

Bezüglich der Angabe des Berufsabschlusses waren Mehrfachnennungen möglich. Nach Umkodierung in SPSS wurden Personen mit den Berufsabschlüssen Fachhochschulabschluss, Hochschulabschluss und Promotion zur neuen Variable Akademiker zusammengefasst. Die Stichprobe beinhaltet somit 84,1 % Akademiker.

Bezüglich der Branchen wurden folgende Angaben gemacht: 30,2 % der befragten Mittleren Führungskräfte sind in der IT-Branche tätig, 19,0 % entfallen auf den Bereich Versicherungen und Banken; gefolgt von 10,1 %, die im Bereich Maschinenbau und der Elektrobranche tätig sind. Zu den weiteren Branchen zählen die Bereiche Pharma (9,0 %), Transport und Verkehr (5,8 %), Automobil und Zulieferer (4,8 %), Handel (4,8 %) und Dienstleistung (3,2 %) sowie die Bereiche Energieversorgung, Textil, Telekommunikation und Medien.

6.5 Ärztliche Untersuchungen

Die ärztlichen Untersuchungen wurden von September 2005 bis September 2006 bei einem überregionalen Anbieter von Gesundheits-Check-ups für Führungskräfte an fünf Standorten in Deutschland (Baden-Baden, Berlin, Düsseldorf, Karlsruhe, München) durchgeführt. Die Untersuchungen sind über einen Tag verteilt. Der Tagesablauf beginnt mit einer ausführlichen Anamnese und endet mit einem detaillierten Abschlussgespräch durch den untersuchenden Arzt. Es handelt sich dabei um eine ganzheitliche und auf die individuellen Bedürfnisse der Führungskraft ausgerichtete Gesundheitsberatung.

Die freiwillige internistische Untersuchung umfasste die Herz-Kreislauf-Lungen-Diagnostik, die Diagnostik des Verdauungssystems und der inneren Organe, die Überprüfung von Augen, Ohren und Blutgefäßen, die Körperfettanalyse sowie die Erfassung der Laborparameter.

Daraus wurden folgende Daten anonym erfasst und ausgewertet: Herz-Kreislauf-Risikofaktoren (Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, Diabetes melli-

tus, Rauchen), familiäre/genetische Belastungen, Body Mass Index (BMI), Alkoholkonsum (g pro Woche), regelmäßige Sportausübung (> 2 Stunden pro Woche), Teilnahme am Check-up vor mindestens fünf Jahren sowie Diagnosen.

Aufgrund seines Gesamteindrucks beurteilte der untersuchende Arzt die körperliche und seelische Gesundheit sowie die körperliche Leistungsfähigkeit der Führungskraft anhand einer fünfstufigen Antwortskala („sehr unzufrieden“, „unzufrieden“, „mittel“, „zufrieden“, „sehr zufrieden“).

Die auf Führungskräfte spezialisierten Internisten sind z.B. auch sportmedizinisch ausgebildet. Dies gibt den Führungskräften die Möglichkeit, weitere und spezifische Untersuchungen durchführen zu lassen. So nutzen einige Führungskräfte diesen Arztbesuch anstatt eines Hausarztbesuches.

Bei dem Gesundheits-Check-up handelt es sich um eine sekundäre Präventivmaßnahme, bei denen die Führungskräfte das Angebot ihrer Unternehmen nutzen. Im Rahmen der Verhaltensprävention ist dieser Check-up Teil der individuellen Gesundheitsvorsorge. Dabei informieren die Ärzte über eine gesunde Lebensweise und motivieren die Führungskräfte notwendige Verhaltensänderungen auch zu praktizieren. Der Gesundheits-Check-up unterstützt die Führungskräfte bei der Entwicklung ihrer persönlichen Einstellungen zu einem gesünderen Lebensstil. Der selbstverantwortliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit soll gestärkt werden. So erhalten die Führungskräfte als direkte Rückmeldung konkrete Empfehlungen für das künftige Gesundheitsverhalten. Diese Anleitungen für einen gesunden Alltag werden in Form eines Arztbriefes zusammengefasst.

Laut Gesundheitsreport 2008 der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) nehmen Männer seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil. Nur jeder Fünfte nimmt alle zwei Jahre am „Check-up 35“ teil. Die männertypischste Diagnose ist der Herzinfarkt.

6.6 Kritische Anmerkungen zur Methodik

Im Folgenden wird zu einzelnen Punkten Selbstkritik an dieser Arbeit geübt.

Stichprobe

Bei den im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten empirischen Erhebungen handelt es sich bei der Untersuchungsstichprobe vermutlich um eine Positivselektion, da die beteiligten Führungskräfte ein Interesse an Gesundheit und dies durch ihre Teilnahme ausgedrückt haben. Es liegt keine repräsentative Stichprobe vor. Die Untersuchung erhebt somit keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit für Mittlere Führungskräfte.

Stichprobengröße

Der Umfang der vorliegenden Stichprobe ist zu klein für detaillierte statistische Analysen. „Die Abhängigkeit von der Stichprobengröße berührt das Problem der praktischen Bedeutsamkeit, (...)“ (Bös et al., 2000, S. 116). Eine größere Stichprobenzahl war nicht realisierbar auf Grund der Zeit (1 Jahr Erhebungszeitraum) sowie der Motivation der Ärzte und der medizinischen Fachassistenz beim Austeilen, Einsammeln und Kontrollieren der Fragebögen. Die Studie wurde deutschlandweit durchgeführt, wobei die fünf Standorte regelmäßig besucht wurden, um die Qualifikation und Motivation der an der Datenerhebung beteiligten Personen zu gewähren und die dortigen Mitarbeiter zu unterstützen.

Für mehr Aussagefähigkeit bei kleiner Stichprobe kann die Effektgröße berechnet werden (vgl. Bös et al., 2000, S. 116). „Ein weiterer Grund für die Notwendigkeit der Effektstärke ist die Abhängigkeit des Signifikanztests von der Stichprobengröße. Die Effektstärke hingegen ist weitgehend unabhängig von der Stichprobengröße“ (Bühner, 2006, S. 121). Anmerkung: Die Begriffe *Effektgröße* und *Effektstärke* werden synonym verwendet.

Soziodemografische Daten

Bei der Erfassung der soziodemografischen Daten wurde den Befragten die Möglichkeit zu Mehrfachnennungen (Haushaltssituation, Berufsabschluss) gegeben. Dies erwies sich bei der Auswertung mittels SPSS als schwierig. Bei zukünftigen Untersuchungen sollten zur besseren Aussagefähigkeit nur der höchste Berufsabschluss bzw. die aktuelle Haushaltssituation erfragt werden.

Selbst- und Fremdeinschätzung

Im Rahmen der Empirie wurden Informationen in zweierlei Hinsicht erhoben: als Selbstbeurteilung durch die Mittlere Führungskraft sowie eine Fremdbeurteilung durch den untersuchenden Arzt.

Selbsteinschätzung

Bei der Selbsteinschätzung ist insbesondere bei der Stichprobe der Führungskräfte die soziale Erwünschtheit zu beachten (siehe Kapitel 5). Dieses empirische Phänomen muss für die quantitativen und qualitativen Erhebungen berücksichtigt werden.

Bei den Ergebnissen handelt es sich zum Teil um autobiographisches Gedächtnismaterial der befragten Führungskräfte (vgl. Brewer, 1986; 1994; Diekmann, 2008, S. 463). Dabei gilt nach Sudman et al. (1996, S. 175): „Thus, more meaningful material is forgotten at a slower speed, but the form of the forgetting curve is similar“. Außerdem wurden die Führungskräfte aufgefordert, für das jeweilige Item die zeitliche Veränderung zu beurteilen, in dem sie die heutige Situation mit der vor fünf Jahren vergleichen. Es ist eine Herausforderung, retrospektiv diese Zeitspanne realistisch zu überblicken. Die dabei zu erbringende Leistung erfordert „(...) not only the simple retrieval from memory of a number of experiences over a considerable period of time but also in many cases the manipulation of the retrieved information to produce summary quantitative measures“ (Sudman et al., 1996, S. 164). Weiterhin bemerken Sudman et al. (1996, S. 171): „Many details of the past experiences of most people, even of relatively recent past experiences, are not easily retrievable and perhaps even forgotten entirely“.

Bei der Einschätzung der Beanspruchungen und Ressourcen wurden die Führungskräfte unter anderem gebeten, die Häufigkeit des Auftretens mittels fünf-fach gestufter Antwortskala zu beurteilen. Die einzelnen Ausprägungen („nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“) bieten dabei Raum für subjektive Interpretation.

Da sich ein noch umfangreicherer Fragebogen nachteilig auf das Antwortverhalten auswirken könnte, wurde die Wichtigkeit des jeweiligen Items nicht in Erwägung gezogen (vgl. Neuberger et al., 1978; Borg, 2003, S. 118), d.h. der relative Mehrwert durch eine derartige Erweiterung des Fragebogens wurde nicht genutzt (vgl. Borg, 2003, S. 129).

Ferner ist bei der Einschätzung der körperlichen Symptome zu berücksichtigen, dass Männer tendenziell eher dazu neigen, Symptome nicht wahrzunehmen, zu bagatellisieren oder zu verleugnen.

Fremdeinschätzung

Bei der während des Gesundheits-Check-ups durchgeführten Fremdbeurteilung muss in Betracht gezogen werden, dass der Arzt die Führungskraft nur einen Tag lang begleitet. Es handelt sich also um eine Momentaufnahme. Der Arzt beurteilt die gesundheitlichen Aspekte in dreierlei Hinsicht (körperlicher Gesundheitszustand - körperliche Leistungsfähigkeit - seelische Verfassung). Hier ist insbesondere die Einschätzung der seelischen Verfassung kritisch zu beurteilen (siehe Medizinisches Datenblatt im Anhang).

In diesem Zusammenhang ist es positiv zu bewerten, dass außerdem objektive Informationen über die jeweilige Mittlere Führungskraft ermittelt wurden, indem medizinische Analysen durchgeführt wurden.

Vergleich der subjektiven Einschätzungen mit den medizinischen Daten

Es ist wünschenswert, mehr medizinische Daten zu erheben. Im Vergleich dazu ist der Umfang der subjektiven Einschätzungen sehr groß. Aus organisatorischen Erwägungen konnten leider nicht mehr medizinische Daten erhoben werden. Dies hätte zu einer Beeinträchtigung des Betriebsablaufs in den beteiligten Erhebungszentren geführt und auch die Mittleren Führungskräfte zeitlich mehr belastet.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Studien

Aufgrund der speziellen Untersuchungspopulation der Führungskräfte (hinsichtlich sozialer Status und Intellekt) konnten zur Erfassung der Gesundheit nur eingeschränkt standardisierte Verfahren eingesetzt werden.

So enthält der SF-36-Health Survey bzw. der SF-12-Health Survey als Kurzversion Fragen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; dieses Erhebungsinstrument wird weltweit mit am häufigsten dafür eingesetzt. So bemängelt auch Bullinger (2000, S. 190 ff.), „(...) dass beim SF-36 eine sehr verhaltensorientierte Konzeptualisierung von Lebensqualität vorliegt. In den folgenden Jahren wird sich zeigen, welche Bedeutung dem SF-36 auch im Vergleich mit anderen Instrumenten und in verschiedenen Verwendungszwecken zukommt.“

Der Vorteil der Referenzwerte für dieses von Bullinger und Kirchberger (1998) ins Deutsche übersetzte normierte Messinstrument konnte somit nicht genutzt werden. Führungskräfte sind aufgrund ihrer Bildung und Qualifikation nicht mit der Durchschnittsbevölkerung vergleichbar. Die Fragen sind für Führungskräfte vielfach nicht geeignet.

Für die vorliegende Untersuchung existieren als Vergleich drei Studien (Pfeiffer et al., 2001; Baum et al., 2002; Renz et al., 2004) aus der Population der Führungskräfte. Aufgrund des arbeitswissenschaftlichen Hintergrunds dieser Arbeit wurde zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit und gesundheitlichen Situation der WAI-Fragebogen mit seiner prädiktiven Funktion eingesetzt.

Antwortskalen

Die Erfassung der Items erfolgt über ungerade Likert-Skalen. Bei der Population der Führungskräfte wurde davon ausgegangen, dass sie zu einer differenzierten Urteilsabgabe bereit sind und somit die Tendenz der Regression zur Mitte nicht vorliegt. Das Problem der mittleren Distraktoren wurde hier als vernachlässigbar eingeschätzt.

Die Ordinalskalierung der eingesetzten Skalen wurde bereits in Kapitel 6.2 erörtert. Streng genommen sind dabei nur monotone Transformationen zulässig. Durch die Annahme der Intervallskalierung – wie sie in der empirischen Sozialforschung verbreitet ist - wurde der Einsatz weiterer statistischer Verfahren ermöglicht; dies erlaubt differenziertere Auswertungen (vgl. Bortz und Döring, 2006, S. 70).

Design der empirischen Erhebungen

Cox (1992) postuliert als Voraussetzung für genaue Ergebnisse das sehr sorgfältige Design der Untersuchungen. Die Genauigkeit der Resultate hätte mit einem noch klarer definierten Untersuchungsdesign erhöht werden können. Hier ist nach Meinung der Autorin das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand abzuwägen; es wurde forschungsökonomisch vorgegangen.

In den nächsten Kapiteln wird die Auswertung des vorliegenden Datenmaterials dargelegt. Es schließt sich die Interpretation der Ergebnisse an.

7 Subjektive Einschätzungen von Beanspruchungen, Ressourcen, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Mittleren Führungskräften

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen empirischen Studie vorgestellt. Es handelt sich jeweils um die persönliche, also subjektive Einschätzung der Befragten. Diese spiegelt wider, wie Mittlere Führungskräfte ihrerseits die Realität wahrnehmen und interpretieren (siehe Kapitel 2). Als erstes werden die Beanspruchungen und ihre potenziellen Folgen wie Stress und körperliche Symptome erläutert. Daran schließt sich die detaillierte Darstellung der Ressourcen von Mittleren Führungskräften an. Beim Themengebiet Gesundheit wird nach der Zufriedenheit mit diversen Aspekten, unter anderem auch mit verschiedenen Lebensbereichen, differenziert sowie die Erkrankungen beschrieben. Der darauf folgende Abschnitt behandelt die Arbeitsfähigkeit der Mittleren Führungskräfte. Zum Abschluss wird auf die Veränderungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren eingegangen.

Der eingesetzte Fragebogen und die Befragungsergebnisse sind im Anhang zu finden. Die Tabellen enthalten jeweils die Anzahl der Nennungen, Mittelwert und Standardabweichung. Für die Veränderungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren sind dort die Anzahl der Nennungen sowie der Median angegeben.

Alle Items des Fragebogens wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Standardnormalverteilung geprüft, die jedoch nur beim WAI nachgewiesen werden konnte.

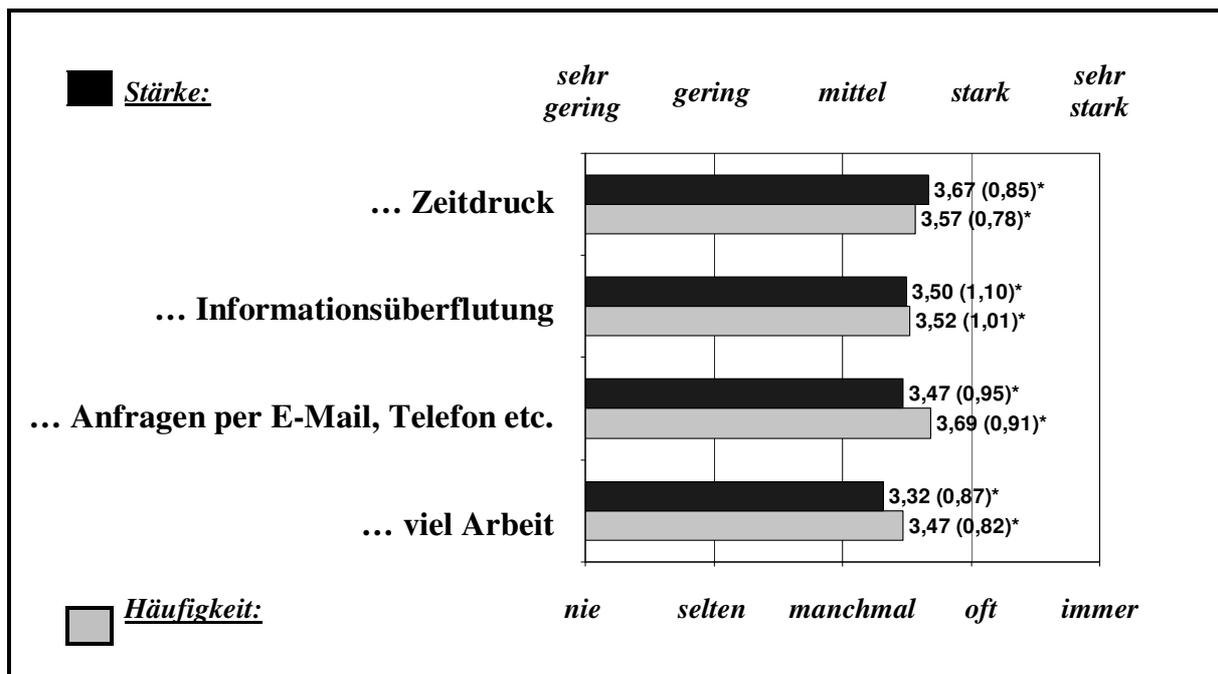
Bei den Faktorenanalysen (siehe auch Kapitel 10) liegt eine Annäherung an eine Einfachstruktur vor. Die Voraussetzungen bezüglich der Anzahl der Variablen sind erfüllt.

7.1 Ergebnisse zu Beanspruchungen

Die allgemeinen Beanspruchungen sind nach Einschätzung der Mittleren Führungskräfte in den letzten fünf Jahren durchschnittlich von einem mittleren auf ein hohes Niveau angestiegen. Im Folgenden werden die Beanspruchungen aus dem beruflichen und privaten Umfeld dargestellt.

Beanspruchungen aus dem beruflichen Umfeld

Die Mittleren Führungskräfte wurden gebeten, die im Fragebogen genannten Beanspruchungen nach Stärke und Häufigkeit auf fünffach gestuften Likert-Skalen (siehe Kapitel 6) einzuschätzen.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 7 Berufliche Beanspruchungen, die in den letzten fünf Jahren zugenommen haben, differenziert nach Stärke und Häufigkeit bei Mittleren Führungskräften

Abbildung 7 illustriert die wichtigsten Beanspruchungen im beruflichen Bereich, die in den letzten fünf Jahren zugenommen haben, jeweils mit der Angabe von Mittelwert und Standardabweichung.

Das Item „Zeitdruck“ hat mit 3,67 (Standardabweichung: 0,85) die höchste Ausprägung der Mittelwerte aller befragten Beanspruchungen in Bezug auf die Stärke (schwarzer Balken in Abbildung 7). Bei den Häufigkeiten (grauer Balken in Abbildung 7) wird das Maximum der Mittelwerte mit 3,69 (Standardabweichung: 0,91) bei der Beanspruchung „Anfragen per E-Mail, Telefon etc.“ erreicht.

Das Item „wenig Arbeit“ weist zum einen bezüglich der Stärke den kleinsten Mittelwert mit 2,06 (Standardabweichung: 1,31) auf, zum anderen bezüglich der Häufigkeit mit 1,45 (Standardabweichung: 0,77) (siehe Tabellen im Anhang).

Weiterhin sind Mittlere Führungskräfte mittel stark beansprucht durch:

- „die ständige Änderung der Zielvorgaben (moving targets)“ ($\bar{x} = 2,99$)
- „mangelnder Entscheidungsspielraum“ ($\bar{x} = 3,04$)
- „nicht planbare Arbeitszeit“ ($\bar{x} = 2,97$)
- „mangelnde Kompetenz der Vorgesetzten“ ($\bar{x} = 3,07$)
- „mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgruppen/Abteilungen“ ($\bar{x} = 3,03$)
- „Kommunikationsstörung unter den Kollegen“ ($\bar{x} = 2,95$)
- „Kommunikationsstörung unter den Mitarbeitern“ ($\bar{x} = 3,06$)
- „Kommunikationsstörung unter den Vorgesetzten“ ($\bar{x} = 3,09$)
- „Kommunikationsstörung mit oberen Hierarchieebenen“ ($\bar{x} = 3,15$)
- „fehlende Anerkennung vom Vorgesetzten“ ($\bar{x} = 3,07$).

Hierbei handelt es sich um Ausprägungen, die den Mittelwert größer gleich 2,95 aufweisen (siehe Tabellen im Anhang).

Die in Abbildung 7 genannten Beanspruchungen haben im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen. Die anderen sind unverändert geblieben. Es wurde bei keiner Beanspruchung im Median eine Abnahme angegeben.

Faktorenanalysen zu Beanspruchungen

Mittels Faktorenanalyse konnten die insgesamt 37 erfragten Beanspruchungen auf drei Faktoren reduziert werden. In Tabelle 13 sind die benannten Faktoren mit den erklärten Varianzanteilen sowie die Inhalte des jeweiligen Faktors mit den Faktorladungen angegeben.

Der erste Faktor in Tabelle 13 enthält die Items, die den Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern kennzeichnen. Dabei zeigt sich, dass bei diesem Faktor die Items zum Konkurrenzverhalten sowie zu den Kommunikationsstörungen die höchsten Faktorladungen aufweisen. Durch einen Großteil der Items dieses Faktors sind die Mittleren Führungskräfte mittel beansprucht (Durchschnitt).

Der zweite Faktor kann als „quantitative und qualitative Unterforderung sowie fehlende Unterstützung“ dargestellt werden. Hierbei zeigt sich, dass die Items „Unterforderung“, „wenig Arbeit“ und „monotone Arbeit, (z.B. Ablage, Statistik)“ die höchsten Ladungen aufweisen.

Der dritte Faktor in Tabelle 13 enthält dabei mit hohen Faktorladungen die Beanspruchungen, die nach Einschätzung der Mittleren Führungskräfte in den letzten fünf Jahren zugenommen haben.

Tabelle 13 Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Stärke von Beanspruchungen bei Mittleren Führungskräften

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Beanspruchungen aus dem Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern	26,7 %	Konkurrenzverhalten unter den Vorgesetzten	0,811
		Kommunikationsstörung unter den Vorgesetzten	0,776
		Konkurrenzverhalten unter den Mitarbeitern	0,766
		Konkurrenzverhalten unter den Kollegen	0,706
		Kommunikationsstörung mit oberen Hierarchieebenen	0,674
		mangelnde Kompetenz der Kollegen	0,655
		mangelnde Kompetenz der Vorgesetzten	0,653
		Kommunikationsstörung mit unteren Hierarchieebenen	0,606
		meine Unzufriedenheit mit einzelnen Mitarbeitern	0,606
		Konkurrenzverhalten gegenüber den Vorgesetzten	0,557
		Kommunikationsstörung unter den Kollegen	0,556
		fehlende Anerkennung vom Vorgesetzten	0,555
		Kommunikationsstörung unter den Mitarbeitern	0,525
		mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgruppen/Abteilungen	0,457
		Unsicherheit meines eigenen Arbeitsplatzes	0,395
Arbeitsplatzunsicherheit der Mitarbeiter	0,304		

Fortsetzung von Tabelle 13

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Quantitative und qualitative Unterforderung sowie fehlende Unterstützung	10,8 %	Unterforderung	0,883
		wenig Arbeit	0,871
		monotone Arbeit (z.B. Ablage, Statistik)	0,853
		mangelnder Entscheidungsspielraum	0,742
		mangelnde Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten einzusetzen	0,726
		geringe Chancen der beruflichen Entwicklung	0,586
		Informationsmangel	0,555
		schlechtes Betriebsklima	0,45
		mangelnde Kontrolle über den eigenen Verantwortungsbereich	0,389
		geringe Unterstützung durch die Familie bzgl. der Arbeit	0,369
Quantitative und qualitative Überforderung	6,1 %	Zeitdruck	0,718
		Informationsüberflutung	0,63
		Anfragen per E-Mail, Telefon etc.	0,627
		gegensätzliche Anforderungen von Arbeit und Privatsphäre	0,581
		viel Arbeit	0,575
		nicht planbare Arbeitszeit	0,562
		Angst mit den Herausforderungen nicht fertig zu werden	0,553
		hohe Anforderungen des Vorgesetzten	0,532
		ständige Änderung der Zielvorgaben (moving targets)	0,477
		Überforderung	0,456

[KMO-Koeffizient = 0,847 (gut geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,908]

Beanspruchungen aus dem privaten Umfeld

Im Fragebogen wurden umfangbedingt nur zwei Beanspruchungen aus dem privaten Umfeld erfragt. Diese sind mit den Mittelwerten für die Stärke und die Häufigkeit des Auftretens in Tabelle 14 angegeben. Die Mittleren Führungskräfte konnten bei der Stärke zwischen „1 = sehr gering“ bis „5 = sehr stark“ und bei der Häufigkeit zwischen „1 = nie“ bis „5 = immer“ differenzieren. Nach Angaben der befragten Mittleren Führungskräfte gab es dabei keine Veränderung im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren.

Tabelle 14 Beanspruchungen von Mittleren Führungskräften im privaten Bereich (aktuell und im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren)

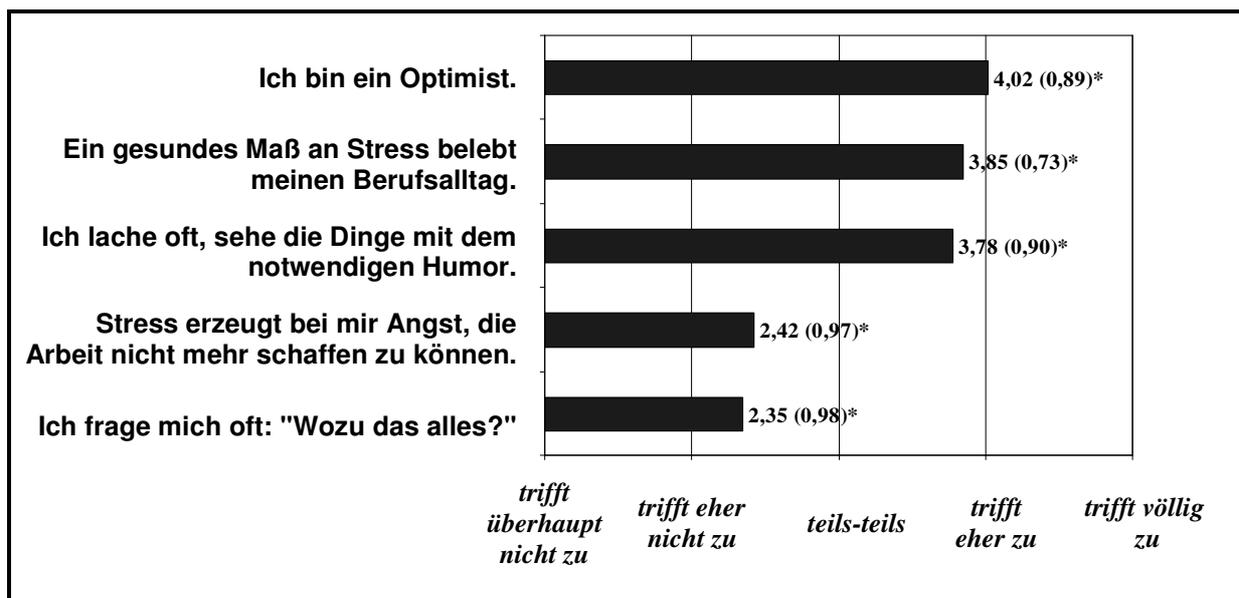
	\bar{x} Stärke	\bar{x} Häufigkeit	Veränderung zur Situation vor fünf Jahren
gegensätzliche Anforderungen von Arbeit und Privatsphäre	3,15	2,91	keine
geringe Unterstützung durch die Familie bezüglich der Arbeit	2,46	1,89	keine

Nach Einschätzung der Mittleren Führungskräfte sind die allgemeinen Beanspruchungen in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt gestiegen. Die Befragten sind im Besonderen durch „Zeitdruck“, „Informationsüberflutung“, „Anfragen per E-Mail, Telefon etc.“ und „viel Arbeit“ beansprucht. Diese Beanspruchungen haben im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen. Mittel stark beansprucht sind Mittlere Führungskräfte insbesondere durch den Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern. Mittels Faktorenanalyse konnten die Beanspruchungen in folgende drei Gruppen zusammengefasst werden:

- Probleme bei der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern
- Unterforderung durch sowie fehlende Unterstützung bei der Arbeit
- Überforderung durch die Arbeit.

7.1.1 Stress

Zum Thema „Umgang mit Stress und dessen Auswirkungen“ wurden die Mittlere Führungskräfte gebeten, auf einer fünffach gestuften Likert-Skala („trifft überhaupt nicht zu“ = 1 bis „trifft völlig zu“ = 5) ihre Einschätzungen abzugeben.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 8 Umgang mit Stress und dessen Auswirkungen bei Mittleren Führungskräften

Die Abbildung 8 verdeutlicht, dass Mittlere Führungskräfte im Durchschnitt eher optimistisch eingestellt sind, sich durch Stress eher belebt fühlen und die Dinge eher mit dem notwendigen Humor sehen. Mittelwerte zwischen 2,5 und 3,5 wurden nicht dargestellt, da diese die Einschätzung „teils-teils“ repräsentieren und somit keine eindeutige Aussage darstellen.

Bei dem Antwortverhalten der Mittleren Führungskräfte zu Stress ist die mögliche soziale Erwünschtheit zu berücksichtigen (Bortz und Döring, 2006, S. 232). Oft haben Führungskräfte ein Selbstbild des erfolgreichen, belastbaren und gesunden Managers, der keine Schwächen zeigen darf, woraus unter Umständen der Zwang entstehen kann, Sicherheit und Stärke zu demonstrieren (vgl. Sachs, 2006, S. 16). Bei der im Themenbereich Stress eingesetzten ungeraden Ratingskala wird durch die neutrale Mitte den Befragten das Ausweichen auf diese Neutralkategorie erleichtert (vgl. Bortz und Döring, 2006, S. 180).

Faktorenanalysen zu Stress

Mittels Faktorenanalyse konnten vier Faktoren ermittelt werden (siehe Tabelle 15). Diese Faktoren erlauben Aussagen zu Eustress und Dysstress, zu Stressreduktion und einer positiven Einstellung zur Stressbewältigung.

Tabelle 15 Ergebnisse der Faktorenanalyse für den Umgang mit Stress und dessen Auswirkungen bei Mittleren Führungskräften

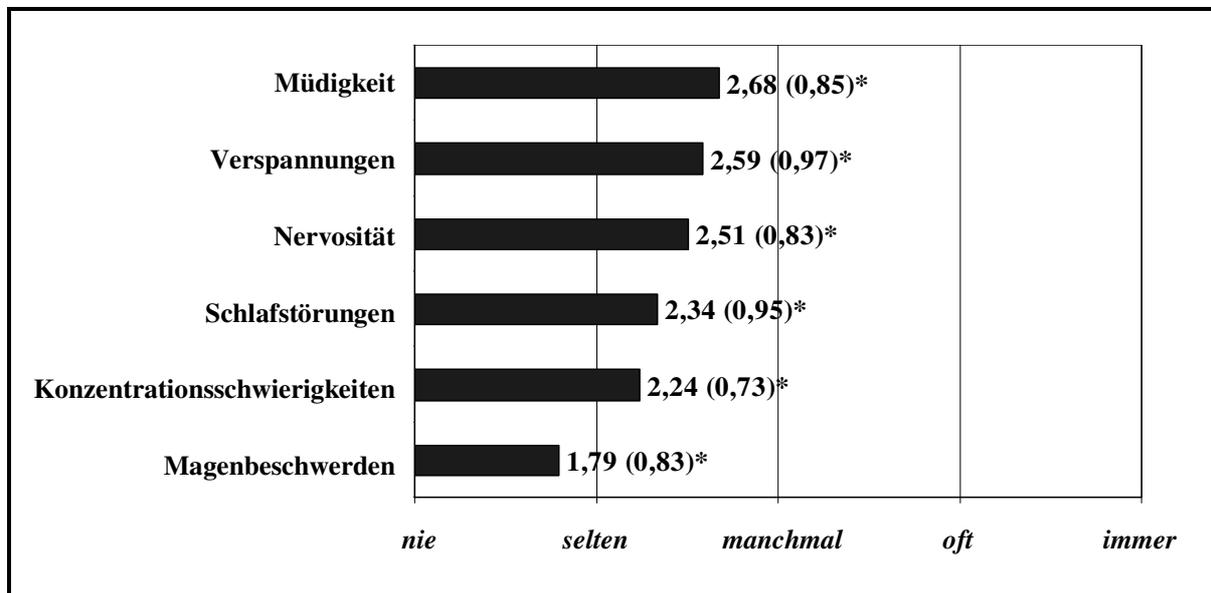
Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Dysstress und Eustress	27,0 %	Stress blockiert meine Leistungsfähigkeit.	0,895
		Stress blockiert meine Kreativität.	0,832
		Stress belastet mich.	0,724
		Durch Stress komme ich richtig in Fahrt, meine Leistungsfähigkeit ist dadurch höher.	0,585
		Stress erzeugt bei mir Angst, die Arbeit nicht mehr schaffen zu können.	0,518
Stressbewältigung	16,6 %	Ich habe regelmäßig die Möglichkeit, Stress abzubauen.	0,857
		Ich Sorge für regelmäßige Entspannungsphasen, um mich zu regenerieren.	0,82
		Ich frage mich oft: „Wozu das alles?“	0,559
		Ich habe das Gefühl, ständig unter Druck zu stehen.	0,557
Persönliche Grundeinstellungen zum Stress	9,3 %	Ich bin ein Optimist.	0,873
		Ich lache oft, sehe die Dinge mit dem notwendigen Humor.	0,822
		Stress verursacht bei mir schlechte Laune, dadurch bin ich reizbar.	0,479
Wirkungen von Stress	7,9 %	Stress macht mich überaktiv.	0,628
		Ein gesundes Maß an Stress belebt meinen Berufsalltag.	0,588

[KMO-Koeffizient = 0,756 (mittel geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,34]

In Bezug auf Stress sind die Mittleren Führungskräfte im Durchschnitt optimistisch eingestellt. Durchschnittlich betrachtet scheint ein gesundes Maß an Stress ihren Berufsalltag zu beleben.

7.1.2 Körperliche Symptome

Die Mittleren Führungskräfte wurden gebeten, aus einer Liste von 18 körperlichen Symptomen anzugeben, ob sie das Problem primär auf Stress zurückführen, wie häufig das Problem bei ihnen auftritt und ob eine Veränderung im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zu verzeichnen ist. Bei der Frage nach Häufigkeit und Veränderung wurden die bekannten und somit den Mittleren Führungskräften vertrauten fünffach gestuften Likert-Skalen eingesetzt. Abbildung 9 stellt die körperlichen Symptome dar, die auf Stress zurückgeführt werden können.

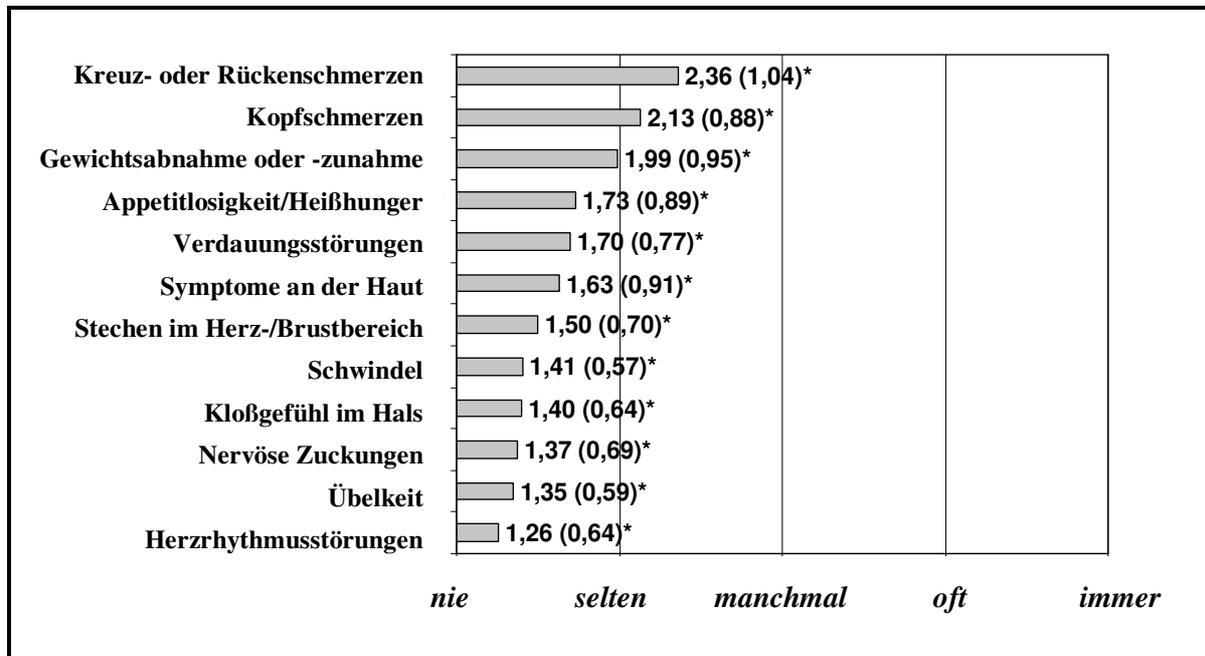


* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 9 Körperliche Symptome, die Mittlere Führungskräfte auf Stress zurückführen

Im Durchschnitt treten Müdigkeit, Verspannungen, Nervosität, Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten selten bis manchmal auf. Im Median gibt es bezüglich dieser körperlichen Symptome keine Veränderungen zur Situation vor fünf Jahren.

In der Abbildung 10 sind die körperlichen Symptome dargestellt, die von den Mittleren Führungskräften nicht auf Stress zurückgeführt werden. Dabei stehen Kreuz- oder Rückenschmerzen an erster Stelle, gefolgt von Kopfschmerzen. Gewichtsabnahme oder -zunahme treten selten auf.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 10 Körperliche Symptome, die Mittlere Führungskräfte nicht auf Stress zurückführen

Faktorenanalysen zu körperlichen Symptomen

Mittels Faktorenanalyse konnten die 18 körperlichen Symptome auf sechs übergeordnete Faktoren reduziert werden. Beim ersten Faktor in Tabelle 16 laden Kreuz- oder Rückenschmerzen am höchsten; diese Art von Schmerzen rangiert bei den nicht auf Stress zurückgeführten Beschwerden an erster Stelle bei den Führungskräften.

Tabelle 16 Ergebnisse der Faktorenanalyse für körperliche Symptome bei Mittleren Führungskräften

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
muskulo-skelettale Probleme und Kopfschmerzen	25,2 %	Kreuz- oder Rückenschmerzen	0,907
		Verspannungen	0,764
		Kopfschmerzen	0,553
Magen-Darm-Probleme	9,6 %	Verdauungsstörungen	0,87
		Magenbeschwerden	0,792
		Übelkeit	0,681
Herz-Kreislauf-Probleme	7,7 %	Stechen im Herz-/Brustbereich	0,828
		Herzrhythmusstörungen	0,825
		Kloßgefühl im Hals	0,441
Probleme im Ernährungsbereich	6,8 %	Appetitlosigkeit/Heißhunger	0,836
		Gewichtsabnahme oder -zunahme	0,818
psycho-vegetative Probleme	6,3 %	Nervöse Zuckungen	0,714
		Konzentrationschwierigkeiten	0,637
		Nervosität	0,633
		Müdigkeit	0,509
unspezifische Probleme	5,7 %	Schlafstörungen	0,75
		Symptome an der Haut	0,482
		Schwindel	0,412

[KMO-Koeffizient = 0,776 (mittel geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,814]

Mittlere Führungskräfte führen im Durchschnitt insbesondere Müdigkeit, Verspannungen und Nervosität auf Stress zurück. Die körperlichen Symptome konnten zu sechs Gruppen zusammengefasst werden.

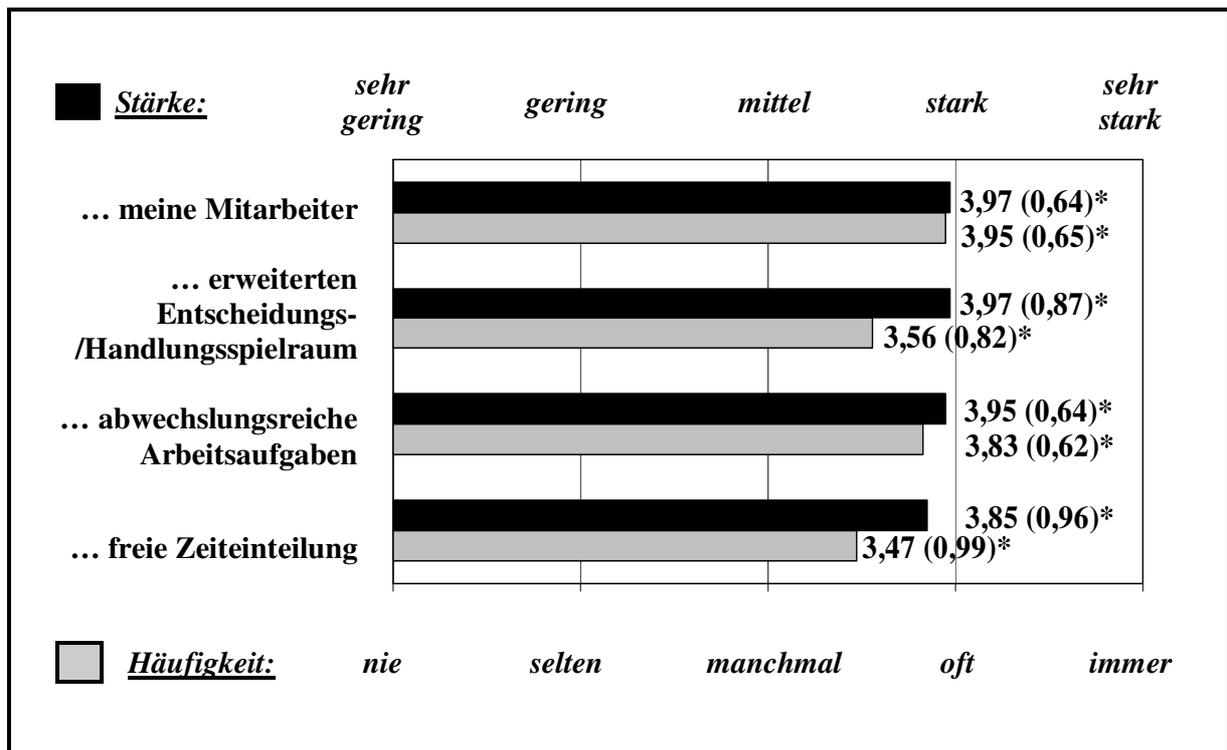
7.2 Ergebnisse zu Ressourcen

Weiterhin wurden die Mittleren Führungskräfte gebeten, die im Fragebogen genannten Ressourcen nach Stärke und Häufigkeit auf den bekannten fünf- bzw. dreifach gestuften Likert-Skalen einzuschätzen.

Ressourcen aus dem beruflichen Umfeld

Die Mittleren Führungskräfte fühlen sich im Durchschnitt stark unterstützt durch ihre „Mitarbeiter“ und einen „erweiterten Entscheidungs-/Handlungsspielraum“ gefolgt von „abwechslungsreichen Arbeitsaufgaben“. Die Unterstützung durch die Mitarbeiter erfolgt im Durchschnitt oft. Abbildung 11 stellt die beruflichen Ressourcen mit den größten Ausprägungen dar. Im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren haben sowohl die Ressource „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“ sowie „erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum“ im Median zugenommen.

Auf die Frage nach Teilzeit im Sinne von bis zu 50% reduzierter Wochenarbeitszeit antworteten 65 von 189 Mittleren Führungskräften. Die berechneten Mittelwerte repräsentieren hier jeweils die Minimalausprägungen aller erfragten Ressourcen (Stärke: 1,4 und Häufigkeit: 1,31). Teilzeit stellt somit eine sehr geringe bzw. nie erfahrene Ressource dar. Für fast zwei Drittel der Befragten (65,6%) war die Frage nach Teilzeit nicht zutreffend. Die Frage nach Telearbeit wurde von 145 der 189 Mittleren Führungskräfte beantwortet. Die Mittelwerte ergaben die zweitgeringsten Ausprägungen (Stärke: 2,67 und Häufigkeit: 2,44).

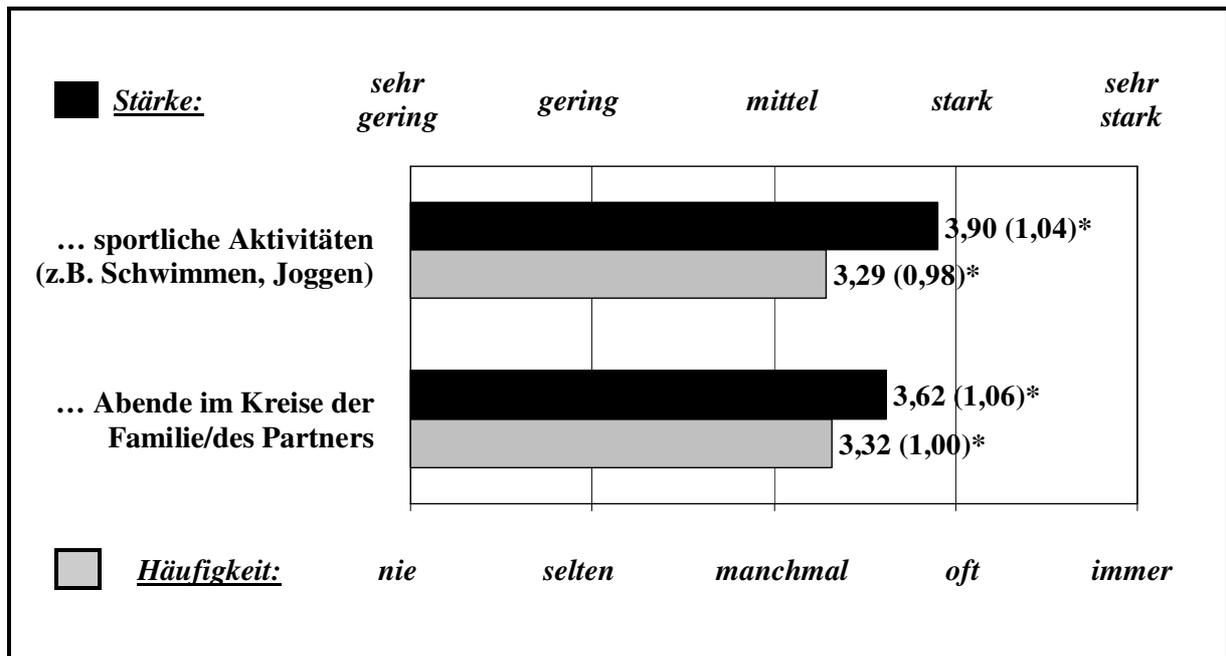


* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 11 Einschätzung ausgewählter beruflicher Ressourcen bei Mittleren Führungskräften, differenziert nach Stärke und Häufigkeit

Ressourcen aus dem privaten Umfeld

Als private Ressourcen erfahren Mittlere Führungskräfte durchschnittlich starke Unterstützung durch „sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)“ sowie „Abende im Kreise der Familie/des Partners“. Diese Ressourcen haben die maximalen Werte und sind in Abbildung 12 dargestellt.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 12 Einschätzung ausgewählter privater Ressourcen bei Mittleren Führungskräften, differenziert nach Stärke und Häufigkeit

Entspannungstechniken zum seelischen Ausgleich weisen nach der Intensität und Häufigkeit im Durchschnitt Minimalausprägungen auf. Nach Einschätzung der Befragten hat sich die Situation im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren im Median nicht verändert.

Faktorenanalysen zu Ressourcen

Mittels Faktorenanalyse konnten die acht beruflichen und sieben privaten Ressourcen theoriegeleitet auf jeweils zwei Faktoren reduziert werden.

Tabelle 17 Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Stärke der Ressourcen bei Mittleren Führungskräften

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Ressourcen im Arbeitsumfeld und durch Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	18,3 %	Abende im Kreise der Familie/des Partners	0,794
		Abende mit Freunden	0,784
		Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge	0,664
		Gespräche mit Freunden/Bekanntem über berufliche Dinge	0,501
		Teilzeit (bis zu 50% reduzierte Wochenarbeitszeit)	0,395
		Arbeiten von zu Hause aus (z.B. Telearbeit, home office)	0,323
		allein sein (um zu reflektieren und zu entspannen)	0,315
Ressourcen im beruflichen Bereich	14,6 %	erweiterter Entscheidungs-/ Handlungsspielraum	0,666
		mein Vorgesetzter	0,655
		Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung	0,639
		abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben	0,529
		sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)	0,518
		meine Kollegen	0,494
		meine Mitarbeiter	0,413

[KMO-Koeffizient = 0,537 (schlecht geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,607]

Die Intensität der Ressourcen ist in Tabelle 17 mit den Inhalten der beiden Faktoren dargestellt; hierbei ergab sich der erste Faktor als Kombination aus Beruf und Privatleben. Der zweite Faktor fokussiert den beruflichen Bereich. Es fällt auf, dass „sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)“ zu den beruflichen Ressourcen gehören. Dies ist möglicherweise auf den Leistungsaspekt des Sports zu beziehen. Entspannungstechniken sind keinem der beiden Faktoren zuzuordnen.

In einer weiteren Faktorenanalyse wurden die Ressourcen aus der Perspektive der Häufigkeit ihres Auftretens betrachtet. Tabelle 18 stellt die beiden dazu ermittelten Faktoren dar. Diese betreffen sowohl das „Arbeitsumfeld und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ als auch eine Kombination „sozialer und privater Ressourcen“. Hierbei sind die „sportlichen Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)“ nicht zuzuordnen.

Tabelle 18 Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Häufigkeit der Ressourcen bei Mittleren Führungskräften

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Arbeitsumfeld und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	18,3 %	mein Vorgesetzter	0,717
		meine Kollegen	0,691
		Abende mit Freunden	0,637
		Teilzeit (bis zu 50% reduzierte Wochenarbeitszeit)	0,47
		Abende im Kreise der Familie/des Partners	0,468
		Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung	0,426
		allein sein (um zu reflektieren und zu entspannen)	0,36
soziale und private Ressourcen	14,6 %	erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum	0,645
		Gespräche mit Freunden/Bekanntem über berufliche Dinge	0,601
		Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge	0,569
		abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben	0,564
		meine Mitarbeiter	0,38
		Arbeiten von zu Hause aus (z.B. Telearbeit, home office)	0,369

[KMO-Koeffizient = 0,503 (schlecht geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,59]

Die zum beruflichen Bereich zählenden Ressourcen „erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum“ sowie „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“ haben nach Angaben der Mittleren Führungskräfte im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen (Median). Ressourcen aus dem privaten Umfeld sind insbesondere „sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)“ und „Abende im Kreise der Familie/des Partners“. Mittels Faktorenanalysen konnten zwei Faktoren ermittelt werden.

7.3 Ergebnisse zur Gesundheit

7.3.1 Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen

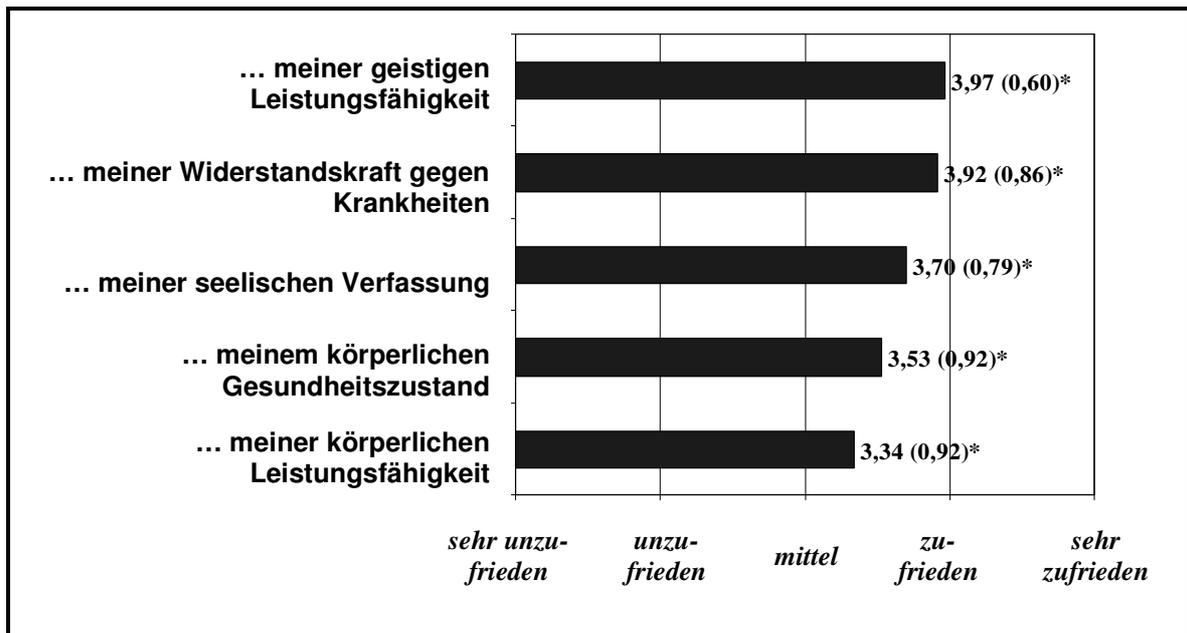
Mittels fünffach gestufter Likert-Skala wurden die Mittleren Führungskräfte gebeten einzuschätzen, wie zufrieden sie mit ihrer Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen sind. Parallel sollte die Veränderung im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren (mittels dreifach gestufter Likert-Skala) angegeben werden. Im Median ist die Situation unverändert.

Zufriedenheit mit der Gesundheit

Bei der Einschätzung der Gesundheit wurde nach unterschiedlichen Aspekten differenziert. Diese sind in Abbildung 13 dargestellt. Dabei sind die befragten Mittleren Führungskräfte im Durchschnitt mit ihrer geistigen Leistungsfähigkeit und mit ihrer Widerstandskraft gegen Krankheiten zufrieden.

Die folgenden Bereiche wurden zusätzlich von den Ärzten während des Gesundheits-Check-ups als Gesamteindruck bewertet:

- seelische Verfassung
- körperlicher Gesundheitszustand
- körperliche Leistungsfähigkeit.

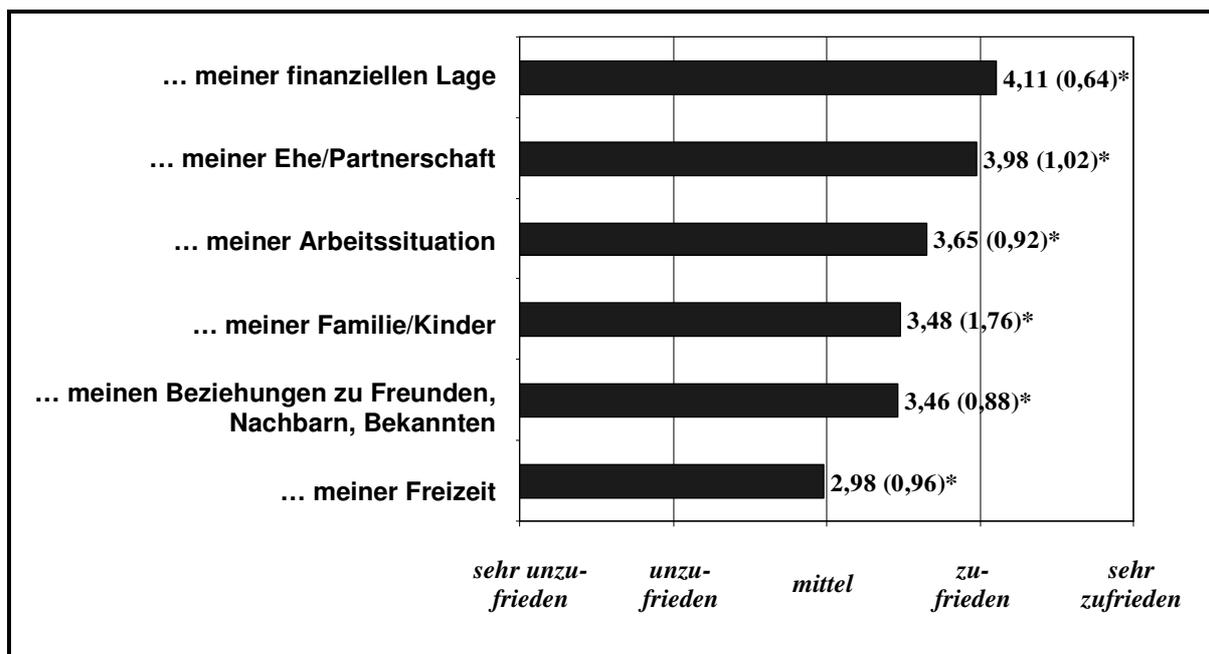


* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 13 Zufriedenheit der Mittleren Führungskräfte mit unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit

Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen

Wie aus Abbildung 14 ersichtlich sind die Mittleren Führungskräfte mit ihrer finanziellen Situation im Durchschnitt zufrieden. Nur durchschnittlich mittel zufrieden sind die Befragten mit ihrer Freizeit.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 14 Zufriedenheit der Mittleren Führungskräfte mit verschiedenen Lebensbereichen

Faktorenanalysen zur Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen

Mittels Faktorenanalyse konnten theoriegeleitet zwei Faktoren ermittelt werden (siehe Tabelle 19). Der erste Faktor repräsentiert subjektive Zustandsbeschreibungen zur Gesundheit und zu den Rahmenbedingungen. Der zweite Faktor thematisiert die „Zufriedenheit mit dem privaten sozialen Umfeld“.

Tabelle 19 Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Zufriedenheit von Mittleren Führungskräften mit ihrer Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Zufriedenheit mit der Gesundheit und den beruflichen Rahmenbedingungen	29,9 %	meine seelische Verfassung	0,715
		mein körperlicher Gesundheitszustand	0,7
		meine Widerstandskraft gegen Krankheiten	0,696
		meine Arbeitssituation	0,603
		meine körperliche Leistungsfähigkeit	0,515
		meine finanzielle Lage	0,512
		meine geistige Leistungsfähigkeit	0,426
		meine Freizeit	0,423
Zufriedenheit mit dem privaten sozialen Umfeld	12,6 %	meine Ehe/Partnerschaft	0,794
		meine Familie/Kinder	0,768
		meine Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten	0,59

[KMO-Koeffizient = 0,715 (mittel geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,678]

Mittlere Führungskräfte sind mit ihrer „geistigen Leistungsfähigkeit“ und „Widerstandskraft gegen Krankheiten“ zufrieden (Durchschnitt). Ihre finanzielle Lage schätzen sie durchschnittlich am besten ein. Mit ihrer „Freizeit“ sind sie mittel zufrieden (Durchschnitt).

7.3.2 Erkrankungen

Bei den Fragen zur Arbeitsbewältigung (WAI) wurden die Mittleren Führungskräfte unter anderem gebeten, anhand zwölf vorgegebener Krankheitsgruppen anzukreuzen, von welchen aktuellen Krankheiten und Verletzungen sie betroffen sind. Nur 44,4 % gaben an, dass eine oder mehrere Krankheitsgruppen auf sie zutreffen. Tabelle 20 veranschaulicht dazu die Rangfolge nach Prozent.

**Tabelle 20 Rangfolge der Krankheitsgruppen nach Prozenten
(Eigendiagnosen von Mittleren Führungskräften)**

Eigendiagnose	Rang	N	%
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	1	41	33,1
Hautkrankheiten	2	15	12,1
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	3	11	8,9
Unfallverletzungen	3	11	8,9
Atemwegserkrankungen	3	11	8,9
Erkrankungen des Verdauungssystems	3	11	8,9
neurologische, sensorische Probleme	7	8	6,5
Hormon- und Stoffwechselerkrankungen	8	7	5,6
psychische Erkrankungen	9	6	4,8
Harnwegs- und Geschlechterkrankungen	10	3	2,4
Tumore	11	0	0
Blutkrankheiten	11	0	0
gesamt	-	124	100,0

An erster Stelle der Krankheitsgruppen stehen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 33,1 %, gefolgt von Hautkrankheiten. An dritter Stelle stehen sowohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfallverletzungen, Atemwegserkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungssystems. Harnwegs- und Geschlechterkrankungen wurden an letzter Stelle genannt. Tumore und Blutkrankheiten wurden von den Mittleren Führungskräften nicht angegeben.

Die Faktorenanalyse zu körperlichen Symptomen (siehe Kapitel 7) ergab einen Faktor „muskulo-skelettale Probleme und Kopfschmerzen“.

Bei den Eigenangaben zu Krankheiten stehen Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 33,1 % an erster Stelle. Fast 56 % der Mittleren Führungskräfte gaben an, von keiner Krankheit betroffen zu sein.

7.4 Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit

Die Fragen zur Arbeitsbewältigung (WAI) erfassen neben den aktuellen Krankheiten und Verletzungen (siehe Kapitel 7) auch folgende Themen:

- Fehltage aus gesundheitlichen Gründen (im letzten Jahr)
- aktuelle Arbeitsfähigkeit (WAI)
- Arbeitsfähigkeitsprognose (für die nächsten beiden Jahre).

Fehltage aus gesundheitlichen Gründen (im letzten Jahr)

Im Median blieben die Mittleren Führungskräfte auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr ein bis neun Tage der Arbeit fern. Bei 4,2 % der Befragten waren dies 10 – 24 Tage, bei 1,1 % der Stichprobe waren es 25 – 99 Tage.

Aktuelle Arbeitsfähigkeit (WAI)

Die befragten Mittleren Führungskräfte haben einen durchschnittlichen WAI von 42 (Standardabweichung: 3,3; Spannweite: 23 – 49). Hierbei handelt es sich um eine gute Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 2).

Arbeitsfähigkeitsprognose (für die nächsten beiden Jahre)

Ziemlich sicher sind sich die Mittleren Führungskräfte, dass sie ausgehend von ihrem jetzigen Gesundheitszustand ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können. Bei dieser Prognose handelt es sich um den Median. Zwei der befragten 189 Personen gaben an, dass dies unwahrscheinlich bzw. nicht sicher ist. Dies sind 2,2 % der Untersuchungspopulation.

Nach subjektiven Angaben haben die Mittleren Führungskräfte wenig Fehltage, eine gute Arbeitsfähigkeit sowie eine günstige Arbeitsfähigkeitsprognose.

7.4.1 Arbeitsfähigkeit und körperliche Symptome

Zum Vergleich der Arbeitsfähigkeit (WAI) mit den erfragten 18 körperlichen Symptomen wurden T-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Nur bei Nervosität besteht zwischen den Mittleren Führungskräften, die dieses körperliche Symptom auf Stress zurückführen, und solchen, die dies nicht tun, ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des WAI (siehe Tabelle 21 und 22). Für die übrigen 17 körperlichen Symptome konnte im Vergleich mit der Arbeitsfähigkeit keine statistische Signifikanz nachgewiesen werden.

Tabelle 21 Zusammenhang von Stress und Nervosität im Vergleich mit dem WAI

	"Ich führe Nervosität primär auf Stress zurück."	N	\bar{x}	s
WAI	ja	138	41,59	3,48
	nein	49	43,05	2,63

Tabelle 22 T-Test zum WAI im Zusammenhang von Stress und Nervosität

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		F	p	T	df	p (2-seitig)
WAI	Varianzen sind gleich	3,505	0,063	2,677	185	0,008
	Varianzen sind nicht gleich			3,054		0,003

Es besteht ein statistisch signifikanter Unterschied (T = 2,677; df = 185; p = 0,008) hinsichtlich des WAI für diejenigen Mittleren Führungskräfte, die Nervosität auf Stress zurückführen, und diejenigen, die dies nicht tun.

7.4.2 Arbeitsfähigkeit und Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen

Aus den Tabellen 23 und 24 ist erkenntlich, dass der Zusammenhang zwischen WAI und Zufriedenheit mit den diversen Aspekten der Gesundheit sowie verschiedenen Lebensbereichen niedrig bis mittel ist.

Tabelle 23 Korrelationen zwischen WAI und Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit

	N	rho	p	Zusammenhang
Zufriedenheit mit dem körperlichen Gesundheitszustand	189	0,346	0,000	niedrig bis mittel
Zufriedenheit mit der seelischen Verfassung	189	0,265	0,000	niedrig
Zufriedenheit mit der körperlichen Leistungsfähigkeit	189	0,317	0,000	niedrig bis mittel
Zufriedenheit mit der geistigen Leistungsfähigkeit	189	0,347	0,000	niedrig bis mittel
Zufriedenheit mit der Widerstandskraft gegen Krankheiten	189	0,317	0,000	niedrig bis mittel

Ein mittlerer Zusammenhang ($\rho = 0,402$; $p = 0,000$) ist bei der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation festzustellen.

Tabelle 24 Korrelationen zwischen WAI und Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen

	N	rho	p	Zusammenhang
Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	189	0,402	0,000	mittel
Zufriedenheit mit der finanziellen Lage	189	0,104	0,155	niedrig
Zufriedenheit mit der Freizeit	189	0,137	0,060	niedrig
Zufriedenheit mit der Ehe/Partnerschaft	189	0,081	0,267	niedrig
Zufriedenheit mit der Familie/den Kindern	189	0,055	0,455	niedrig
Zufriedenheit mit den Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten	185	0,013	0,862	niedrig

Bei Mittleren Führungskräften besteht ein mittlerer Zusammenhang zwischen WAI und Zufriedenheit mit der Arbeitssituation.

7.5 Veränderungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren

Veränderungen (Median) im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren waren festzustellen bei ausgewählten Beanspruchungen (siehe Abbildung 7) und Ressourcen (siehe Abbildung 11). Es waren nur Zunahmen zu verzeichnen.

Bei den beruflichen Beanspruchungen handelt es sich um die vier Items des Fragebogens:

- „Zeitdruck“
- „Informationsüberflutung“
- „Anfragen per E-Mail, Telefon etc.“
- „viel Arbeit“.

Die zwei beruflichen Ressourcen im Fragebogen, die nach Einschätzung der Mittleren Führungskräfte in den letzten fünf Jahren zugenommen haben, lauten:

- „erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum“
- „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“.

Hierbei sind es jeweils die Variablen mit den höchsten bzw. hohen Ausprägungen in Bezug auf die Stärke und Häufigkeit, die nach Angaben der Mittleren Führungskräfte zugenommen haben.

Vier Beanspruchungen aus dem Bereich Überforderung bei der Arbeit und zwei Ressourcen aus dem beruflichen Bereich haben nach Einschätzung der Mittleren Führungskräfte im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen.

8 Ärztliche Befunde von Mittleren Führungskräften

Im Folgenden werden die mittels Anamnese und Untersuchungen erhobenen medizinischen Befunde beschrieben.

8.1 Anamnese

Im Rahmen der ausführlichen Anamnese wurden folgende Bereiche erfragt bzw. untersucht:

- Familienanamnese
- Herz-Kreislauf-Risikofaktoren
- weitere Parameter wie Alkoholkonsum, BMI, Sport und Teilnahme an Gesundheits-Check-ups.

Bei Risikofaktoren handelt es sich um „(epidemiol.) Bedingungen, die in Bevölkerungsstudien bei der Untersuchung der Pathogenese best. Erkrankungen als krankheitsfördernde Umstände statist. gesichert wurden“ (Pschyrembel, 2007). Der jeweilige Einzelbeitrag zur Pathogenese chronischer Erkrankungen ist umstritten (vgl. Pschyrembel, 2007).

8.1.1 Familienanamnese

In Bezug auf familiäre bzw. genetische Belastungen wurden folgende Krankheiten erhoben:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 21,2 %
- Karzinome (bösartige Tumore) mit 22,2 %.

Genetische Dispositionen spielen bei der Pathogenese eine Rolle und wurden deshalb erfragt.

8.1.2 Herz-Kreislauf-Risikofaktoren

Folgende Risikofaktoren konnten bei den untersuchten Mittleren Führungskräften ermittelt werden:

- Hypercholesterinämie (Fettstoffwechselstörungen) bei 27,5 %
- Hypertonie bei 18,5 %
- Diabetes mellitus bei 3,7 %
- Rauchen bei 10,1 %.

Ein zu hoher Cholesterinspiegel (Hypercholesterinämie) kann für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten verantwortlich sein (vgl. Robert Koch-Institut, 2006, S. 117).

Hypertonie ist der häufigste Risikofaktor für Schlaganfall. Dabei steigt das Risiko mit zunehmenden Blutdruckwerten linear an (vgl. Robert Koch-Institut, 2006, S. 115).

Laut dem Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP-Studie) (Helmert, 1996) hat die Berufsgruppe der Führungskräfte das geringste Herz-Kreislauf-Risiko. In der DHP-Studie wurden zwischen 1984 und 1991 die zwölf wichtigsten Berufsgruppen bezüglich der Risikofaktoren untersucht.

Die Häufigkeit des Diabetes mellitus nimmt mit steigendem Alter zu („Altersdiabetes“) (vgl. Robert Koch-Institut, 2006, S. 21). Mit einer Prävalenz von 2,5 % in der „Oberschicht“ der deutschen Bevölkerung (vgl. Robert Koch-Institut, 2006, S. 21 f.) liegen die hier erhobenen Daten für einen Diabetes mellitus etwas darüber.

Bei der Nikotinanamnese wurde nicht nach quantitativen und qualitativen Aspekten (Zigaretten-, Zigarren- bzw. Pfeifenrauchen) differenziert. Rauchen ist die Hauptursache für die Diagnose Lungenkarzinom; dies gilt im Besonderen für Frauen. Rauchen ist unter anderem Auslöser für die Koronare Herzkrankheit und periphere Gefäßerkrankungen (vgl. Eberle, 1990). Bei der von Pfeiffer (2001) geleiteten PREVENT-Studie rauchten 11,5 % der männlichen Führungs-

kräfte Zigaretten, 5,4 % rauchten Zigarre oder Pfeife. Die von der Hochschule Neubrandenburg befragten Mittleren und Oberen Führungskräfte aus der bundesdeutschen Wirtschaft (N = 68) rauchten mit 22,1 % häufiger als die Mittleren Führungskräfte in der vorliegenden Studie (vgl. Sachs, 2006, S. 50). Die beiden Populationen sind nur eingeschränkt vergleichbar. Bei der Vergleichsstudie wurden die Daten mit versandten Fragebögen erhoben und nicht im direkten Gespräch mit den untersuchenden Ärzten erfragt. Nur 31 dieser an der Fragebogenaktion teilnehmenden Führungskräfte kommen aus Großunternehmen (definiert mit einer Anzahl von Mitarbeitern über 250). Schwerpunkt der Untersuchung sind Unternehmen aus dem Gesundheitswesen mit dem Bereich Pflege. Die erfragte durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 51,5 Stunden. Es handelt sich mit 37 % um einen hohen Anteil an befragten Frauen. 70 % der Befragungsteilnehmer sind in den neuen Bundesländern tätig (vgl. Sachs, 2006, S. 23 ff.).

Alle untersuchten Risikofaktoren korrelieren bei der vorliegenden Population niedrig mit dem Alter der Mittleren Führungskräfte ($\rho \leq 0,260$; $p < 0,01$).

8.1.3 Weitere Parameter

Alkoholkonsum

Durch direkte Befragung wurde die regelmäßig zugeführte Alkoholmenge in Form von Bier, Wein, Spirituosen und Sekt nach Häufigkeit und konsumierter Menge erhoben. Nach Umrechnung durch die Ärzte ergab sich daraus eine durchschnittliche wöchentliche Menge an Reinalkohol von 105,8 g (Standardabweichung: 99,4; Spannweite: 0 – 560). Eine wie hier durchgeführte differenzierte Alkoholanamnese ist erforderlich, um eine möglichst realistische Einschätzung der tatsächlich konsumierten Menge an Alkohol zu ermitteln (vgl. Baum et al., 2002, S. 559), da „durch Routinebefragungen der Alkoholkonsum falsch niedrig eingeschätzt wird“ (Baum et al., 2002, S. 559). Daher ist ein Vergleich des Alkoholkonsums mit einem Gesundheitssurvey in der Allgemeinbevölkerung nicht angebracht.

Es wird von einer ausgeprägten Präferenz der Führungskräfte für Wein ausgegangen (vgl. Baum et al., 2002, S. 560). „Der Unterschied in der Sozialisation und im soziokulturellen Umfeld der Führungskräfte begünstigt den Weingenuss im Vergleich mit anderen Alkoholika. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass geringem Weinkonsum eine präventive antiatherosklerotische Wirkung zugewiesen wird“ (Baum et al., 2002, S. 561).

In einer PREVENT-Studie (Baum et al., 2002, S. 560) zeigte sich, dass Führungskräfte im Vergleich mit der Normalbevölkerung mehr Alkohol trinken. Dabei nahm der Konsum mit dem Alter tendenziell zu. Außerdem war der Anteil an Rauchern, die mehr als 40 g Alkohol täglich zu sich nehmen, signifikant erhöht. Führungskräfte mit hohem Alkoholkonsum haben signifikant erhöhte Blutdruckwerte. Als Ursachen für die erhöhten Werte werden die vermuteten falsch niedrigen Angaben der Allgemeinbevölkerung sowie die erhöhte psychische Belastung im Führungskräftealltag diskutiert. Somit dient Alkohol einmal als Sedativum und ist in diesem Kollektiv als „social drinking“ akzeptiert. In einer weiteren PREVENT-Studie (Pfeiffer et al., 2001) konsumierten 90 % der Führungskräfte Alkohol in geringen bis moderaten Mengen und lagen damit innerhalb der damals empfohlenen Obergrenzen von 40 g Alkohol pro Tag für männliche Personen und 20 g Alkohol pro Tag für Frauen.

Die tolerablen oberen Alkoholfuhrmengen (TOAM) liegen in Deutschland für Männer bei 140 – 168 g und für Frauen bei 70 – 84 g reinem Alkohol pro Woche. Bei den TOAM handelt es sich um Grenzwerte des Alkoholkonsums, bei deren Überschreitung die Mehrheit der gesunden Erwachsenen mit einem insgesamt erhöhten Erkrankungsrisiko rechnen muss. Der günstige Effekt von mäßigem Alkoholverzehr auf Herz-Kreislauf-Leiden ist darin bereits berücksichtigt (vgl. Robert Koch-Institut, 2006, S. 110). Alle befragten Mittleren Führungskräfte liegen unter den angegebenen tolerablen Alkoholmengen.

Anthropometrische Daten

Als biometrischer Wert wurde der Body Mass Index (BMI) mit 25,6 (Standardabweichung: 3,3; Spannweite: 18,6 – 39,2) ermittelt. Der BMI ist definiert als der Quotient aus Körpergewicht in kg und dem Quadrat der Körpergröße in m². Er dokumentiert das relative Körpergewicht.

Zur Beurteilung des BMI gelten folgende Normen, die in Kategorien festgelegt sind (WHO, 2006):

- Untergewicht: BMI < 18,5 kg/m²
- Normalgewicht: BMI 18,5 – 24,99 kg/m²
- Übergewicht: BMI 25 – 29,99 kg/m²
- Adipositas: BMI ≥ 30 kg/m²

Der BMI ist ein häufig verwendeter Indikator für Unter-, Normal- oder Übergewicht. Wie aus Tabelle 25 ersichtlich sind 45,5 % der Mittleren Führungskräfte übergewichtig und 9 % adipös.

Tabelle 25 Überblick zum Body Mass Index (BMI) bei Mittleren Führungskräften

BMI	N	%	kumulierte %
untergewichtig	0	0,0	0,0
normalgewichtig	86	45,5	45,5
übergewichtig	86	45,5	91,0
adipös	17	9,0	100,0
gesamt	189	100,0	

Bei der von PREVENT durchgeführten Vergleichsstudie (Renz et al., 2004) betrug der durchschnittliche BMI 26,2 bei einem Durchschnittsalter von 48,6 Jahren der untersuchten Mittleren und Oberen Führungskräfte. Bei der im gleichen Setting durchgeführten Studie von Pfeiffer et al. (2001) wiesen 52 % der männlichen Führungskräfte einen BMI über 25 auf (Durchschnittsalter 51 Jahre).

Regelmäßiger Sport (mehr als zwei Stunden pro Woche)

Regelmäßig treiben 41,5 % der untersuchten Mittleren Führungskräfte Sport mit mehr als zwei Stunden pro Woche. Diese Angaben scheinen realistisch zu sein bzw. sind nachvollziehbar. Sie lassen sich gut mit dem fahrradergometrischen Belastungs-EKG und der Messung der maximalen Sauerstoffaufnahmekapazität (VO₂ max) verifizieren.

Bei einer Querschnittsstudie (vgl. Renz et al., 2004) an 366 männlichen Führungskräften der Mittleren und Oberen Ebene gaben 52,4 % an, mehr als zwei Stunden pro Woche Sport zu treiben. Das Durchschnittsalter des Kollektivs betrug 48,64 Jahre. Mit einem durchschnittlichen BMI von 26,2 liegen diese Führungskräfte über dem Normalwert von 18,5 bis 24,99 kg pro m².

36 % der von Pfeiffer et al. (2001) untersuchten Führungskräftepopulation gaben an, überhaupt keinen Sport zu treiben. Alle Untersuchten unterzogen sich freiwillig einem eintägigen internistischen Check-up vom gleichen Typ wie die Untersuchungspopulation der Mittleren Führungskräfte in dieser Arbeit.

Internationale Studien und Metaanalysen belegen die Reduktion des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen um 30 – 50 % bei regelmäßiger sportlicher Aktivität (vgl. Löllgen, 2008; Blair et al., 1995; Carnethon et al., 2003; Erikssen et al., 1998; Halle et al., 2000; Haunger et al., 2000; Kujala et al., 1998; Lakka et al., 2001; Myers et al., 2002; Paffenbarger et al., 1993; Sandvik et al., 1993).

Regelmäßige körperliche Aktivität kann Risikofaktoren sowie Osteoporose und Karzinome verhindern bzw. günstig beeinflussen (vgl. Hollmann et al., 2001; Jeschke et al., 2004; Siegmund-Schultze, 2009, S. 444 ff.).

Körperliche Aktivität von mehr als zwei Stunden Sport pro Woche senkt das Herz-Kreislauf- und das Gesamtmortalitätsrisiko (vgl. Graf et al., 2001).

Der Arbeitsalltag von Führungskräften ist von Bewegungsmangel geprägt, körperliche Beanspruchungen treten eher durch Reisetätigkeit auf.

Bei der oben erwähnten Studie von Renz (2004) würden fast die Hälfte der regelmäßig über 2 Stunden pro Woche Aktiven gerne noch aktiver sein. Bei der Frage nach Gründen wurden der Ausgleich zur mentalen Beanspruchung im Berufsleben und die erhoffte gesundheitsförderliche Wirkung von Sport genannt. „Als Grund, warum dennoch nicht mehr Sport ausgeübt wird, gaben 81 % fehlende Zeit an, was angesichts der hohen zeitlichen Arbeitsbelastung von Führungskräften nicht überrascht. 11 % führten gesundheitliche Gründe an und 17 % sonstige Gründe, wobei meist fehlender Antrieb bzw. der ‚innere Schweinehund‘ genannt wurden“ (Renz, 2004).

Gesundheits-Check-up vor fünf oder mehr Jahren

19,6 % der Mittleren Führungskräfte haben an dem gleichen Gesundheits-Check-up des Anbieters in Deutschland vor mindestens fünf Jahren teilgenommen. Der bei einer Mittleren Führungskraft vor fünf Jahren diagnostizierte Verdacht auf Herzphobie hat sich heute als Krankheit manifestiert (vgl. Alpers, 2008, S. 528).

8.2 Diagnose von Erkrankungen

Keine Erkrankung wurde bei 61,9 % der Mittleren Führungskräfte diagnostiziert. Die von den Ärzten gestellten Diagnosen wurden zu Krankheitsgruppen zusammengefasst, die denen der dritten WAI-Dimension bei den Fragen zur Arbeitsfähigkeit entsprechen (siehe Kapitel 2). Dabei kann eine Mittlere Führungskraft von mehreren Erkrankungen in der jeweiligen Krankheitsgruppe betroffen sein.

In Tabelle 26 ist die Rangfolge nach Prozenten der von den Ärzten diagnostizierten Krankheitsgruppen angegeben. Dabei haben die mit gleicher Prozentzahl denselben Rang. Dabei stehen Hormon- und Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüsen- und Lebererkrankungen) an erster Stelle, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Angina pectoris), welche in Deutschland die höchsten Therapiekosten verursachen und die häufigste Todesursache darstellen (Robert Koch-Institut, 2006, S. 23). Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeiten bzw. Frühberentungen in dieser Krankheitsgruppe ist geringer als vor zehn Jahren.

Tabelle 26 Rangfolge der Krankheitsgruppen nach Prozenten bei Mittleren Führungskräften (ärztliche Diagnosen)

ärztliche Diagnosen	Rang	%
Hormon- und Stoffwechselerkrankungen	1	29,2
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2	15,9
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	3	12,4
Atemwegserkrankungen	3	12,4
Erkrankungen des Verdauungssystems	5	10,6
Harnwegs- und Geschlechterkrankungen	6	5,3
Tumore	6	5,3
Hautkrankheiten	8	3,5
neurologische, sensorische Erkrankungen	9	2,7
psychische Erkrankungen	9	2,7
Unfallverletzungen	11	0
Blutkrankheiten	11	0

Muskel-Skelett-Erkrankungen wurden an dritter Stelle diagnostiziert, ebenso Atemwegserkrankungen. Auf Rang fünf folgen Erkrankungen des Verdauungssystems. An sechster Stelle stehen Harnwegserkrankungen. Dabei wurden keine Geschlechtskrankheiten festgestellt. Den gleichen Rang nehmen Tumore ein, gefolgt von Hautkrankheiten. Auf dem neunten Platz stehen neurologische, sensorische und psychische Erkrankungen. Letztgenannte sind häufiger die Ursache für Arbeitsunfähigkeiten sowie vorzeitigen Renteneintritt von Erwerbstätigen in Deutschland (vgl. Robert Koch-Institut, 2006).

8.3 Ärztliche Gesamtbeurteilung der Gesundheit

Die Einordnung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erfolgte mittels quasiobjektiver Kriterien durch die untersuchenden Ärzte als Experten. Auf der fünffach gestuften Likert-Skala beurteilten die Ärzte dabei sowohl den körperlichen Gesundheitszustand und die seelische Verfassung als auch die körperliche Leistungsfähigkeit jeweils im Median und auch im Durchschnitt als zufrieden stellend.

Körperlicher Gesundheitszustand

Bezüglich der körperlichen Gesundheit waren die Ärzte mit 0,5 % der Mittleren Führungskräfte (N = 1) sehr unzufrieden, mit 4,8 % unzufrieden, mit 18,5 % mittel zufrieden, mit 56,1 % zufrieden und mit 20,1 % der Untersuchten sehr zufrieden. Die Daten sind in Tabelle 27 zusammengefasst.

Tabelle 27 Zufriedenheit der Ärzte mit dem körperlichen Gesundheitszustand der Mittleren Führungskräfte

	N	%	kumulierte %
sehr unzufrieden	1	0,5	0,5
unzufrieden	9	4,8	5,3
mittel	35	18,5	23,8
zufrieden	106	56,1	79,9
sehr zufrieden	38	20,1	100,0
gesamt	189	100,0	

Körperliche Leistungsfähigkeit

Bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit waren die Ärzte mit 0,5 % der Mittleren Führungskräfte (N = 1) sehr unzufrieden, mit 9 % unzufrieden, mit 26,5 % mittel zufrieden, mit 38,6 % zufrieden sowie mit 25,4 % sehr zufrieden (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28 Zufriedenheit der Ärzte mit der körperlichen Leistungsfähigkeit der Mittleren Führungskräfte

	N	%	kumulierte %
sehr unzufrieden	1	0,5	0,5
unzufrieden	17	9,0	9,5
mittel	50	26,5	36,0
zufrieden	73	38,6	74,6
sehr zufrieden	48	25,4	100,0
gesamt	189	100,0	

Seelische Verfassung

Bezüglich der seelischen Verfassung waren die Ärzte mit 2,6 % der Mittleren Führungskräfte unzufrieden, mit 9 % mittel zufrieden, mit 69,3 % zufrieden sowie mit 19 % sehr zufrieden. Es wurde keine der Mittleren Führungskräfte als sehr unzufrieden eingestuft (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29 Zufriedenheit der Ärzte mit der seelischen Verfassung der Mittleren Führungskräfte

	N	%	kumulierte %
sehr unzufrieden	0	0	0
unzufrieden	5	2,6	2,6
mittel	17	9,0	11,6
zufrieden	131	69,3	81,0
sehr zufrieden	36	19,0	100,0
gesamt	189	100,0	

Die subjektiven Maße der Befindlichkeit (Selbsteinschätzungen der Mittleren Führungskräfte) wurden in Kapitel 7 beschrieben.

Bei 61,9 % der Mittleren Führungskräfte wurden keine Krankheiten diagnostiziert. Bei den Diagnosen stehen an erster Stelle die Hormon- und Stoffwechselerkrankungen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In Bezug auf den körperlichen Gesundheitszustand, die seelische Verfassung und die körperliche Leistungsfähigkeit waren die Ärzte jeweils im Durchschnitt mit den Mittleren Führungskräften zufrieden.

54,5 % des befragten Personenkreises sind übergewichtig. Bis auf den Risikofaktor Hypertonie haben die Mittleren Führungskräfte ein günstiges Risikoprofil. Der durchschnittliche Alkoholkonsum liegt unterhalb der empfohlenen tolerablen Obergrenzen.

Für fast 20 % der Mittleren Führungskräfte war dieser Gesundheits-Check-up eine Wiederholung nach mindestens fünf Jahren. Zu berücksichtigen ist, dass die Führungskräfte vermutlich eine Positivselektion darstellen.

9 Vergleich der subjektiven Einschätzungen mit den ärztlichen Diagnosen bei Mittleren Führungskräften

9.1 Vergleich der Erkrankungen

Der Vergleich der Eigendiagnosen von Mittleren Führungskräften (siehe Kapitel 7) mit den ärztlichen Diagnosen (siehe Kapitel 8) in Bezug auf die Krankheitsgruppen nach Prozenten und Rang ist in Abbildung 15 dargestellt. Hierbei ergeben sich folgende Abweichungen:

Bei den Eigendiagnosen durch die Mittleren Führungskräfte stehen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems an erster Stelle mit 33,1 %, gefolgt von Hauterkrankungen mit 12,1 %.

Dagegen stehen bei den ärztlichen Diagnosen die Hormon- und Stoffwechselerkrankungen mit 29,2 % an erster Stelle, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 15,9 %.

Vergleich der Eigendiagnosen mit den ärztlichen Diagnosen in Bezug auf die Häufigkeiten der Krankheitsgruppen

Tabelle 30 gibt einen Überblick zu der von den Mittleren Führungskräften in der dritten WAI-Dimension angegebenen Anzahl der Krankheitsgruppen. Dies wird den ärztlichen Diagnosen gegenübergestellt. Dabei gaben 55,6 % der Befragten keine Krankheit bzw. Krankheitsgruppe an. 27,5 % der Mittleren Führungskräfte sind nach eigenen Angaben von einer oder mehreren Krankheiten in einer Krankheitsgruppe betroffen. Zwei Personen kreuzten vier Krankheitsgruppen an.

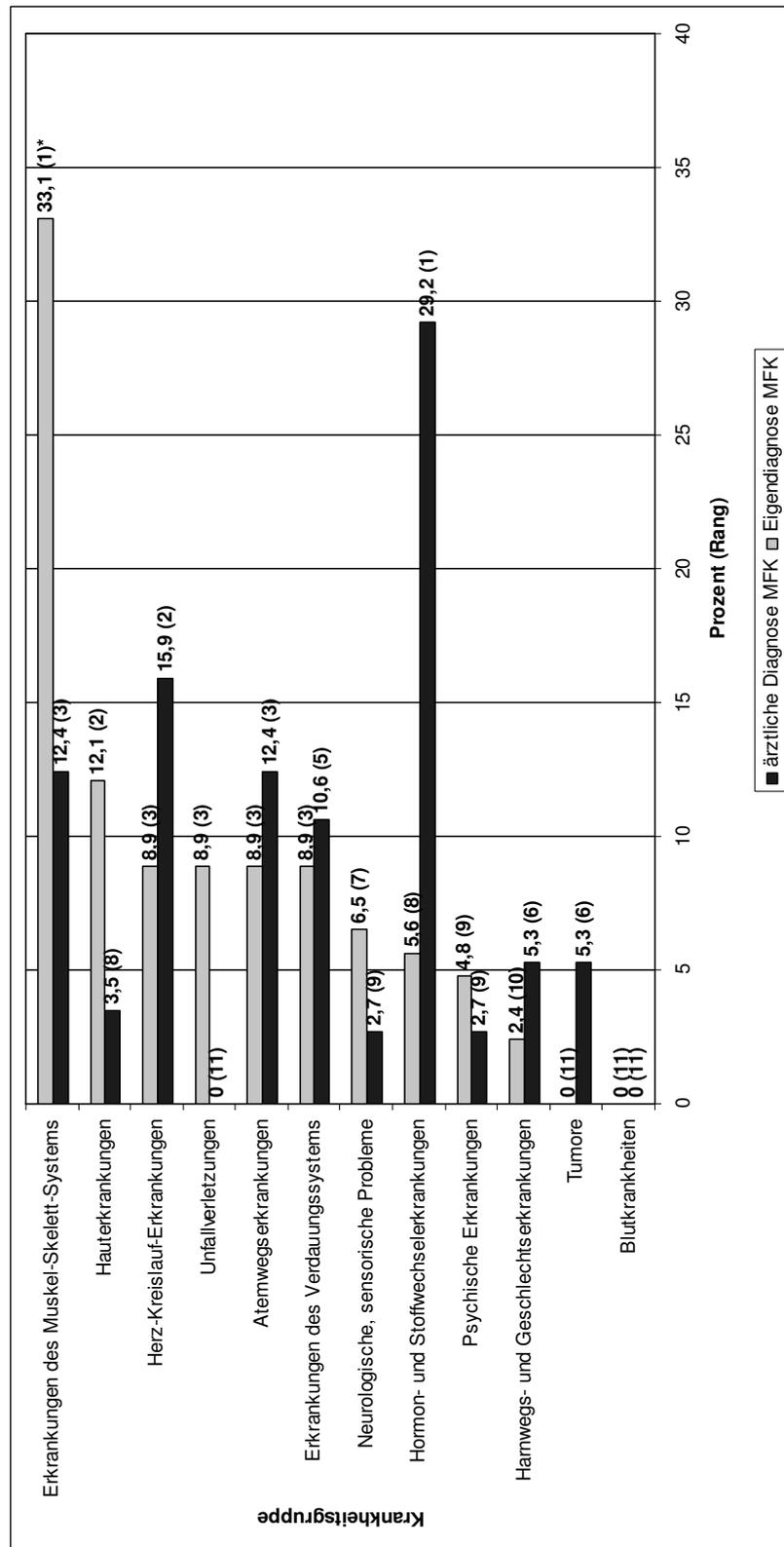


Abbildung 15 Vergleich der Eigendiagnosen von Mittleren Führungskräften (MFK) mit den ärztlichen Diagnosen in Bezug auf die Krankheitsgruppen nach Prozenten und Rang

Tabelle 30 Vergleich der Eigendiagnosen von Mittleren Führungskräften mit den ärztlichen Diagnosen in Bezug auf die Häufigkeiten und Prozentangaben der Krankheitsgruppen

Anzahl der angegebenen Krankheitsgruppen	Eigendiagnosen von Mittleren Führungskräften		ärztliche Diagnosen	
	N	%	N	%
0	105	55,6	117	61,9
1	52	27,5	40	21,2
2	26	13,8	23	12,2
3	4	2,1	7	3,7
4	2	1,1	1	0,5
6	0	0	1	0,5
gesamt	189	100,0	189	100,0

Bei 61,9 % der Mittleren Führungskräfte wurden aufgrund der Gesundheits-Check-ups keine Krankheiten diagnostiziert. In 21,2 % der Fälle wurde von den Ärzten eine Krankheitsgruppe angegeben. Bei je einer Mittleren Führungskraft wurden ärztliche Diagnosen in vier bzw. sechs Krankheitsgruppen gestellt. Hierbei sind keine Aussagen über die Anzahl von Krankheiten möglich, die pro Krankheitsgruppe diagnostiziert wurden. Es kann nur ausgesagt werden, dass die Mittlere Führungskraft von diesen Krankheitsgruppen betroffen ist.

In der Tabelle 31 sind die Eigenangaben der Mittleren Führungskräfte bezüglich Krankheitsgruppen und der von den Ärzten diagnostizierten Krankheitsgruppen gegenübergestellt. In 78 Fällen wurde weder von den Mittleren Führungskräften noch von den Ärzten eine Krankheit angegeben. Bei 17 Untersuchten diagnostizierten die Ärzte eine Krankheitsgruppe. Diese Personen gaben bei den Fragen zur Arbeitsfähigkeit keine Krankheit an. Eine Mittlere Führungskraft gab an, von vier Krankheitsgruppen betroffen zu sein; der Gesundheits-Check-up ergab eine Krankheitsgruppe. In einem Fall wurden vom Arzt sechs Krankheitsgruppen diagnostiziert. Die Führungskraft selbst war der Meinung von vier Krankheitsgruppen betroffen zu sein. Es kann jeweils keine Aussage gemacht werden, ob die gleiche Krankheitsgruppe gemeint ist.

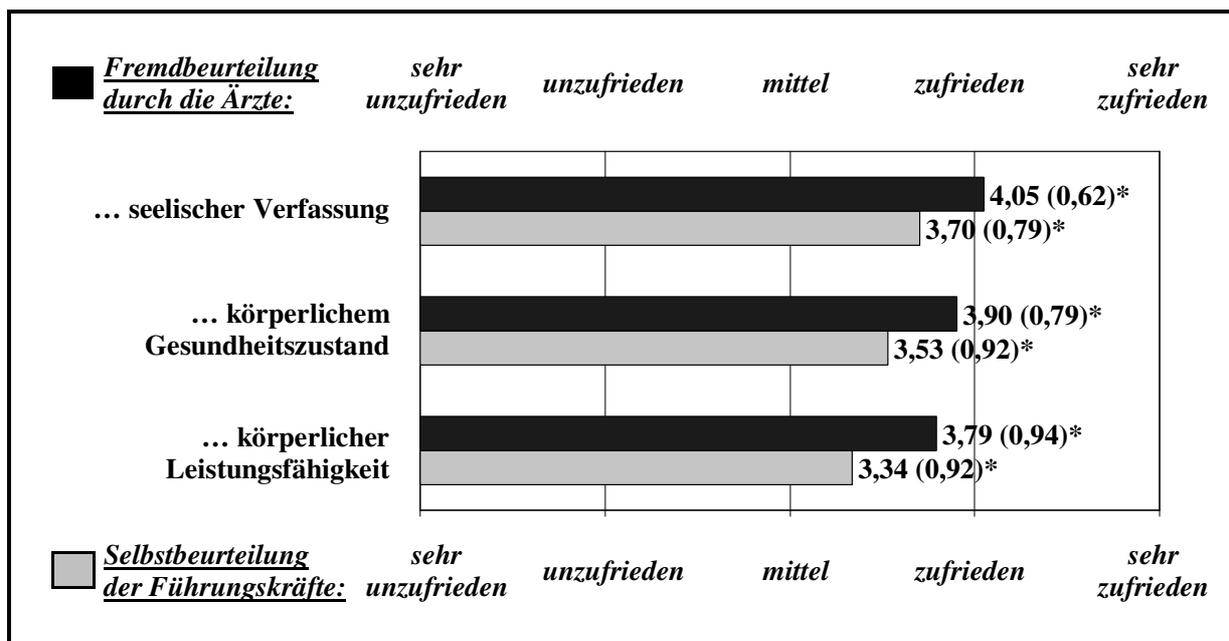
Tabelle 31 Kreuztabelle zu Häufigkeiten der angegebenen Krankheitsgruppen von Mittleren Führungskräften und Ärzten

Anzahl der angegebenen Krankheitsgruppen (Eigendiagnosen der Mittleren Führungskräfte)	Anzahl der angegebenen Krankheitsgruppen (ärztliche Diagnosen)						
	0	1	2	3	4	6	gesamt
0	78	17	8	1	1	0	105
1	27	11	10	4	0	0	52
2	10	10	4	2	0	0	26
3	2	1	1	0	0	0	4
4	0	1	0	0	0	1	2
gesamt	117	40	23	7	1	1	189

Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied ($\text{Chi}^2 = 117,733$; $\text{df} = 20$; $p = 0,000$) zwischen der Anzahl von Krankheitsgruppen, die von den Mittleren Führungskräften selbst angegeben, und derjenigen, die von den Ärzten diagnostiziert wurden.

9.2 Gesamtbeurteilung der Gesundheit

Über die subjektiven Maße der Befindlichkeit erfolgt die Selbstbeurteilung der Mittleren Führungskräfte im Fragebogen zu verschiedenen Gesundheitsdimensionen (siehe Kapitel 7). Die Lokalisierung zu diesen Gesundheitsdimensionen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erfolgt über die Beurteilung der zu untersuchenden Ärzte als Experten zum Abschluss der Gesundheits-Check-ups. Der Vergleich ist in Abbildung 16 dargestellt. Es ergibt sich ein positives Gesamtbild der Gesundheit, wobei die Fremdbeurteilung durch die Ärzte jeweils höher und somit günstiger ausfällt.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 16 Vergleich der Gesundheitseinschätzung von Mittleren Führungskräften

Bei den Korrelationen bezüglich der unterschiedlichen Aspekte der Gesundheit zwischen ärztlichen Diagnosen und Eigendiagnosen der Mittleren Führungskräfte ergaben sich niedrige Zusammenhänge bei seelischer Verfassung und körperlichem Gesundheitszustand ($\rho \leq 0,358$; $p = 0,000$) bzw. niedrig bis mittlere Zusammenhänge bei körperlicher Leistungsfähigkeit ($\rho = 0,395$; $p = 0,000$) (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32 Korrelationen zwischen Beurteilung der Gesundheit aus ärztlicher Sicht und aus Sicht der Mittleren Führungskräfte

	N	rho	p	Zusammenhang
seelische Verfassung	189	0,289	0,000	niedrig
körperlicher Gesundheitszustand	189	0,358	0,000	niedrig
körperliche Leistungsfähigkeit	189	0,395	0,000	niedrig bis mittel

Zur Einschätzung der Gesundheit wurde ein Mittelwertsvergleich mit dem T-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Varianzhomogenität liegt nur für den körperlichen Gesundheitszustand und die körperliche Leistungsfähigkeit vor; kein Item ist standardnormalverteilt (siehe Anhang). Da die Abweichungen gering sind, kann dennoch der T-Test angewendet werden (vgl. Bös et al., 2000, S. 146). Wie aus Tabelle 33 zu entnehmen ist, besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der Mittleren Führungskräfte und der Ärzte bezüglich der Einschätzung der Gesundheit.

Tabelle 33 Mittelwertsvergleich zur Einschätzung der Gesundheit zwischen Mittleren Führungskräften und Ärzten

	$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	s	empirisches T (df)	theoretisches T (df) (bei $p < 0,01$)	p
seelische Verfassung	0,344	0,853	5,54 (df = 187)	2,609* (df = 150) bzw.	0,000
körperlicher Gesundheitszustand	0,370	0,973	5,232 (df = 187)		0,000
körperliche Leistungsfähigkeit	0,455	1,023	6,113 (df = 187)	2,601* (df = 200)	0,000

* vgl. <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/268/html/tvert.htm>, Stand: 29.11.2008

Bei den Mittleren Führungskräften besteht ein statistisch signifikanter Unterschied (df = 187; p = 0,000) bei allen drei Aspekten der Gesundheit.

Bei fast 62 % der Mittleren Führungskräfte konnten die Ärzte keine Krankheit feststellen. Fast 56 % der an den Gesundheits-Check-ups teilnehmenden Personen gaben im Fragebogen bei den Fragen zur Arbeitsfähigkeit an, von keiner Krankheit betroffen zu sein. Die Eigenangaben der Mittleren Führungskräfte und ärztliche Diagnosen unterscheiden sich statistisch signifikant. Nach Einschätzung der Untersuchten stehen an erster

Stelle Muskel-Skelett-Erkrankungen. Durch die Ärzte wurden an erster Stelle Hormon- und Stoffwechselerkrankungen diagnostiziert. Die Anzahl der angegebenen Krankheitsgruppen unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf Eigendiagnosen und ärztliche Diagnosen.

Die Mittleren Führungskräfte und die Ärzte schätzen die Gesundheit positiv ein. Die Korrelationen zwischen diesen Beurteilungen sind gering. Es gibt statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Einschätzungen.

10 Vergleich der Daten zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Beanspruchungen, Ressourcen, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie ärztliche Befunde

In diesem Kapitel werden ausgewählte Daten von Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Beanspruchungen, Ressourcen, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie ärztliche Befunde verglichen. Die Daten von Oberen Führungskräften wurden im identischen Setting wie dem der Mittleren Führungskräfte erhoben.

Vorab werden die soziodemografischen Daten der Führungskräfte in Tabelle 34 gegenübergestellt.

Das Durchschnittsalter der Oberen Führungskräfte beträgt 45,3 Jahre. Wie bei den Mittleren Führungskräften sind die 40- bis 44-jährigen Führungskräfte am häufigsten vertreten. Bei den Oberen Führungskräften beträgt dieser Anteil 36,8 %.

Bezüglich der Branchen bei Oberen Führungskräften wurden folgende Angaben gemacht: 23,2 % der Befragten sind im Bereich Transport und Verkehr tätig, 13,7 % entfallen je auf die Branchen Versicherungen/Banken und Maschinenbau/Elektro. Im Bereich IT sowie Automobil und Zulieferer sind je 11,6 % tätig. Zu den weiteren Branchen zählen die Bereiche Pharma (5,3 %), Handel (4,2 %) und Dienstleistung (2,1 %) sowie die Bereiche Energieversorgung, Textil, Telekommunikation und Medien.

Im Folgenden werden die Themenbereiche Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit sowie Arbeitsfähigkeit genauer betrachtet. Die Ergebnisse der Prüfungen auf Signifikanz sind angegeben.

**Tabelle 34 Vergleich der soziodemografischen Daten zwischen Mittel-
ren und Oberen Führungskräften**

Merkmal	Mittlere Führungskräfte (N = 189)	Obere Führungskräfte (N = 95)
Alter	$\bar{x} = 45$ Jahre (s = 6,7; r: 30 – 63)	$\bar{x} = 45,3$ Jahre (s = 6,9; r: 32 – 64)
Geschlecht		
Männer	93,1 %	94,7 %
Frauen	6,9 %	5,3 %
Arbeitsform		
Vollzeit	97,9 %	98,9 %
Teilzeit	2,1 %	1,1 %
WAI	$\bar{x} = 42$ (s = 3,3; r: 23 – 49) gute Arbeitsfähigkeit	$\bar{x} = 41$ (s = 3,7; r: 29,5 – 48) gute Arbeitsfähigkeit
verheiratet oder in Partnerschaft lebend	92,6 %	92,6 %
Akademiker	84,1 %	88,4 %
Wochenarbeitsstunden		
gesamt	$\bar{x} = 55,2$ h (s = 7,7; r: 28 – 90)	$\bar{x} = 58,2$ h (s = 8,1; r: 42 – 80)
davon Telearbeit	$\bar{x} = 4,1$ h (s = 5,5; r: 0 – 30)	$\bar{x} = 3,3$ h (s = 4,5; r: 0 – 20)
im Haushalt	$\bar{x} = 4,3$ h (s = 4,3; r: 0 – 30)	$\bar{x} = 4,4$ h (s = 3,4; r: 0 – 15)
Wie lange im Durch- schnitt sind Sie/haben Sie schon ...?		
in Ihrer Position	$\bar{x} = 7,1$ Jahre (s = 5,1; r: 1,0 – 25)	$\bar{x} = 5,4$ Jahre (s = 4,2; r: 0,5 – 23)
im jetzigen Unternehmen	$\bar{x} = 11,7$ Jahre (s = 9,3; r: 0,5 – 41)	$\bar{x} = 14,3$ Jahre (s = 9,9; r: 1,0 – 40)
Personalverantwortung	$\bar{x} = 11,3$ Jahre (s = 6,8; r: 1,0 – 35)	$\bar{x} = 13,4$ Jahre (s = 6,9; r: 1,0 – 34)

10.1 Ergebnisse zu Beanspruchungen

Für die im Fragebogen erfragten Beanspruchungen der Oberen Führungskräfte sind im Anhang die Werte gelistet. Die Tabellen enthalten jeweils die Anzahl, Mittelwert und Standardabweichung für die Fragen „Wie stark fühle ich mich belastet durch ...“ sowie „Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...“. Für die Veränderung der Beanspruchungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren sind dort die Anzahl der Nennungen sowie der Median angegeben.

Die allgemeinen Beanspruchungen haben nach Einschätzung der befragten Mittleren und Oberen Führungskräfte in den letzten fünf Jahren durchschnittlich von einem mittleren Niveau auf ein hohes Niveau zugenommen. Die durchschnittlichen Abweichungen der Untersuchungspopulationen sind sehr gering.

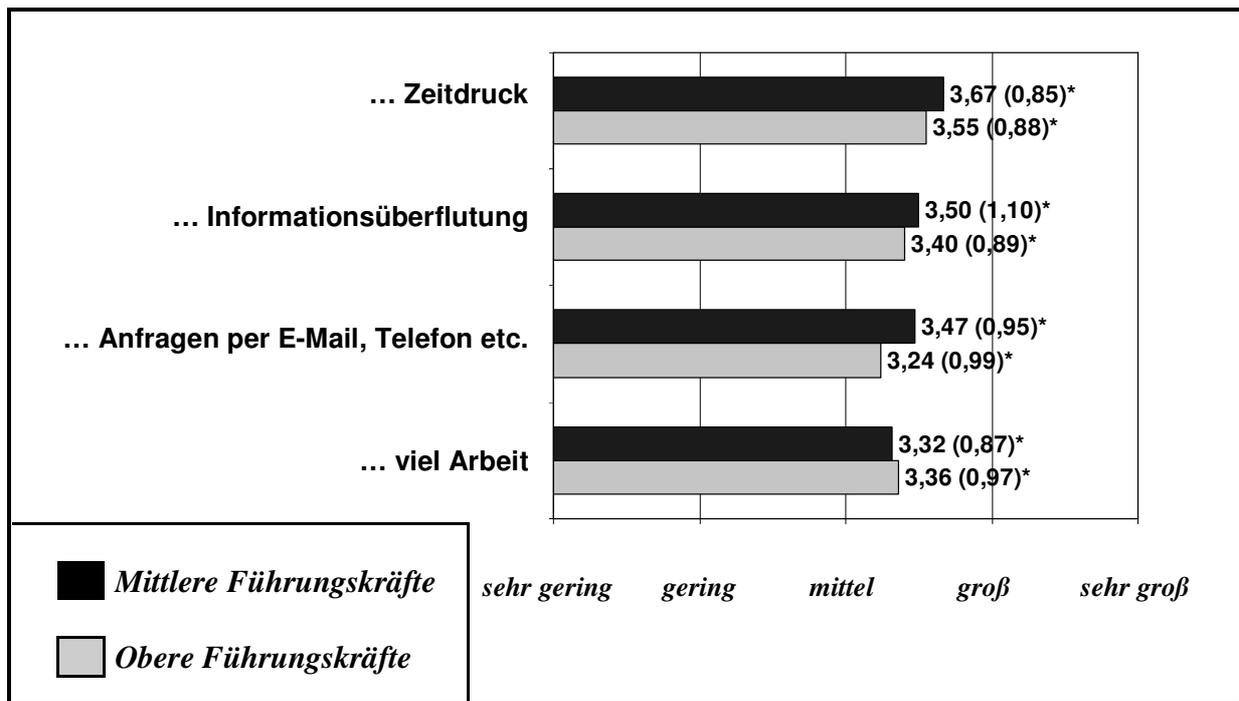
Beanspruchungen im beruflichen Bereich

Abbildung 17 illustriert den Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften bezüglich der Stärke der Beanspruchungen.

Gefragt nach der Stärke der Beanspruchungen beträgt bei den Oberen Führungskräften die Maximalausprägung der Mittelwerte 3,55 (Standardabweichung: 0,88). Hierbei handelt es sich um die Beanspruchung „Zeitdruck“. Bei den Mittleren Führungskräften liegt dieser Wert bei 3,67 (Standardabweichung: 0,85).

Weiterhin sind Obere Führungskräfte mittel stark beansprucht durch:

- „mangelnden Entscheidungsspielraum“ ($\bar{x} = 2,95$)
- „mangelnde Kompetenz der Kollegen“ ($\bar{x} = 3,00$)
- „Kommunikationsstörung unter den Kollegen“ ($\bar{x} = 2,98$)
- „Kommunikationsstörung unter den Mitarbeitern“ ($\bar{x} = 3,03$)
- „Kommunikationsstörung mit oberen Hierarchieebenen“ ($\bar{x} = 3,03$)
- „Unzufriedenheit mit einzelnen Mitarbeitern“ ($\bar{x} = 2,96$).



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 17 Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf die Stärke der Beanspruchungen, die im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen haben

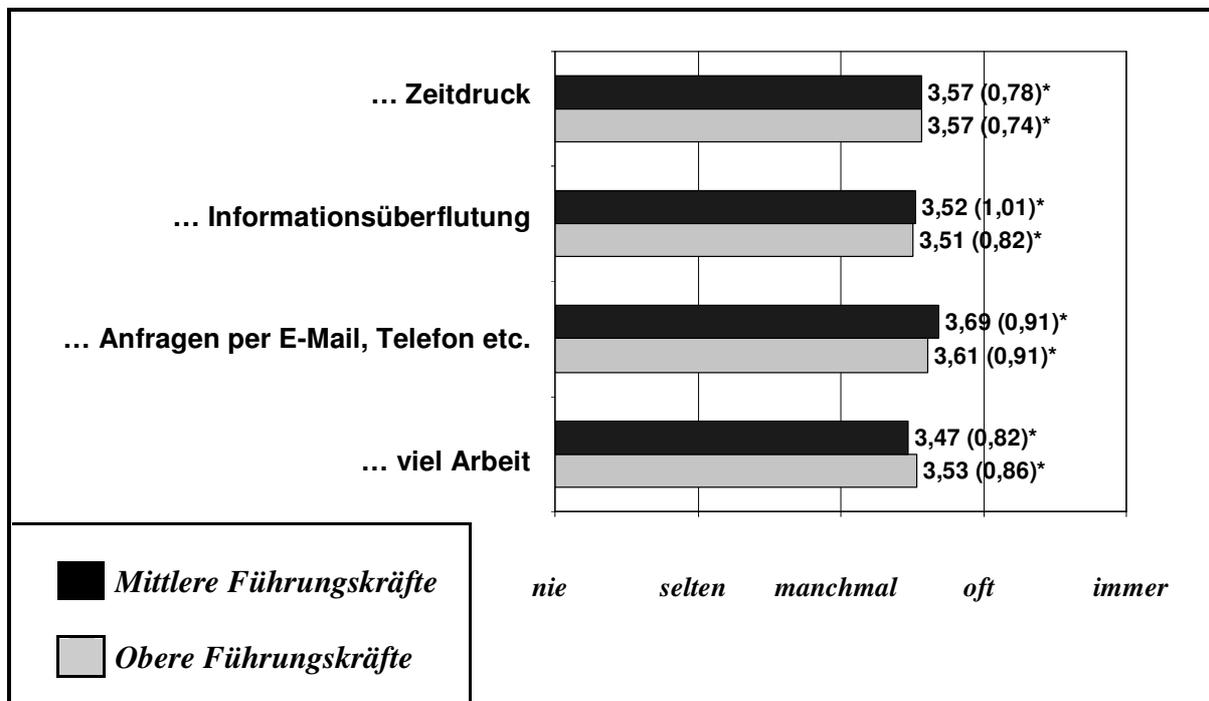
Hierbei handelt es sich um durchschnittliche Ausprägungen der Beanspruchungen (Stärke), die den Wert größer gleich 2,95 erreichen. Die Führungskräfte konnten auf der Skala zwischen „1 = sehr gering“ bis „5 = sehr stark“ differenzieren. Es wurde im Durchschnitt die Ausprägung „3 = mittel“ gewählt (siehe Tabellen im Anhang).

Beim Vergleich der mittel starken Beanspruchungen (Durchschnitt) zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften fällt auf, dass Mittlere Führungskräfte die „mangelnde Kompetenz der Kollegen“ nicht angeben. Im Gegensatz dazu sind diese durch die „mangelnde Kompetenz der Vorgesetzten“ mittel stark beansprucht (Durchschnitt), ebenso auch durch „die ständige Änderung der Zielvorgaben (moving targets)“, „nicht planbare Arbeitszeit“, „mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgruppen/Abteilungen“, „Kommunikationsstörung“

unter den Vorgesetzten“ sowie die „fehlende Anerkennung vom Vorgesetzten“ (siehe Kapitel 7).

Der minimale Wert aller Mittelwerte liegt bei 2,14 (Standardabweichung: 1,31) mit der Beanspruchung „wenig Arbeit“ (Obere Führungskräfte). Bei den Mittleren Führungskräften beträgt dieser Wert nur 2,06 (Standardabweichung: 1,31).

Bei den Häufigkeiten der Beanspruchungen wird die größte Ausprägung der Mittelwerte mit 3,61 (Standardabweichung: 0,91) bei der Beanspruchung „Anfragen per E-Mail, Telefon etc.“ erreicht (Obere Führungskräfte). Bei den Mittleren Führungskräften beträgt dieser Wert 3,69 (Standardabweichung: 0,91) (siehe Abbildung 18).



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 18 Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf die Häufigkeit der Beanspruchungen, die im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugezogen haben

Der Minimalwert der Häufigkeiten der beruflichen Beanspruchungen beträgt nur 1,35 (Standardabweichung: 0,63) als Mittelwert bei „wenig Arbeit“ (Obere Führungskräfte). Bei den Mittleren Führungskräften liegt der Minimalwert mit 1,45 (Standardabweichung: 0,77).

Wie bei den Mittleren Führungskräften haben nur die gleichen vier genannten Beanspruchungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen (siehe Kapitel 7). Die restlichen Beanspruchungen sind unverändert. Es wurde bei keiner Beanspruchung im Median eine Abnahme angegeben.

Beanspruchungen im privaten Bereich

Tabelle 35 enthält die durchschnittliche Stärke und Häufigkeiten der beiden erfragten Beanspruchungen, die für die Oberen Führungskräfte aus dem Privatleben resultieren. Mittlere und Obere Führungskräfte zeigen hier ähnliche Werte.

Tabelle 35 Beanspruchungen von Oberen Führungskräften im privaten Bereich (aktuell und Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren)

	\bar{x} Stärke	\bar{x} Häufigkeit	Veränderung zur Situation vor fünf Jahren
gegensätzliche Anforderungen von Arbeit und Privatsphäre	3,19	2,96	keine
geringe Unterstützung durch die Familie bezüglich der Arbeit	2,54	1,97	keine

Faktorenanalysen zu Beanspruchungen (Obere Führungskräfte)

Die 37 Items im Fragebogen, die den Bereich der Stärke der Beanspruchungen abdecken, konnten mit einer Faktorenanalyse auf zwei Faktoren reduziert werden (siehe Tabelle 36). Das Item „Unterforderung“ lädt auf beiden Faktoren gleich hoch. Es kann daher aus methodischer Sicht nicht eindeutig zugeordnet werden.

Tabelle 36 Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Stärke von Beanspruchungen bei Oberen Führungskräften

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Probleme bei der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern sowie ungünstige Rahmenbedingungen	30,4 %	Kommunikationsstörung unter den Vorgesetzten	0,78
		schlechtes Betriebsklima	0,761
		mangelnde Kontrolle über den eigenen Verantwortungsbereich	0,751
		Kommunikationsstörung mit oberen Hierarchieebenen	0,725
		geringe Chancen der beruflichen Entwicklung	0,708
		mangelnde Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten einzusetzen	0,682
		fehlende Anerkennung vom Vorgesetzten	0,679
		Kommunikationsstörung unter den Kollegen	0,676
		mangelnder Entscheidungsspielraum	0,67
		Kommunikationsstörung unter den Mitarbeitern	0,663
		Informationsmangel	0,647
		mangelnde Kompetenz der Vorgesetzten	0,622
		Konkurrenzverhalten unter den Kollegen	0,621
		Kommunikationsstörung mit unteren Hierarchieebenen	0,615
		monotone Arbeit (z.B. Ablage, Statistik)	0,614
		ständige Änderung der Zielvorgaben (moving targets)	0,607
		Konkurrenzverhalten gegenüber den Vorgesetzten	0,606
unklare Anweisungen	0,601		
mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgruppen/Abteilungen	0,588		

Fortsetzung Tabelle 36

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Probleme bei der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern sowie ungünstige Rahmenbedingungen	30,4 %	geringe Unterstützung durch die Familie bzgl. der Arbeit	0,578
		mangelnde Kompetenz der Kollegen	0,559
		Angst mit den Herausforderungen nicht fertig zu werden	0,524
		Konkurrenzverhalten unter den Mitarbeitern	0,483
		meine Unzufriedenheit mit einzelnen Mitarbeitern	0,449
		Konkurrenzverhalten unter den Vorgesetzten	0,437
		Arbeitsplatzunsicherheit der Mitarbeiter	0,433
		Unsicherheit meines eigenen Arbeitsplatzes	0,354
Überforderung durch die Arbeit und Arbeitszeit	10,5 %	viel Arbeit	0,774
		Zeitdruck	0,748
		Anfragen per E-Mail, Telefon etc.	0,599
		hohe Anforderungen des Vorgesetzten	0,539
		Überforderung	0,454
		wenig Arbeit	0,412
		Informationsüberflutung	0,399
		gegensätzliche Anforderungen von Arbeit und Privatsphäre	0,394
		nicht planbare Arbeitszeit	0,391

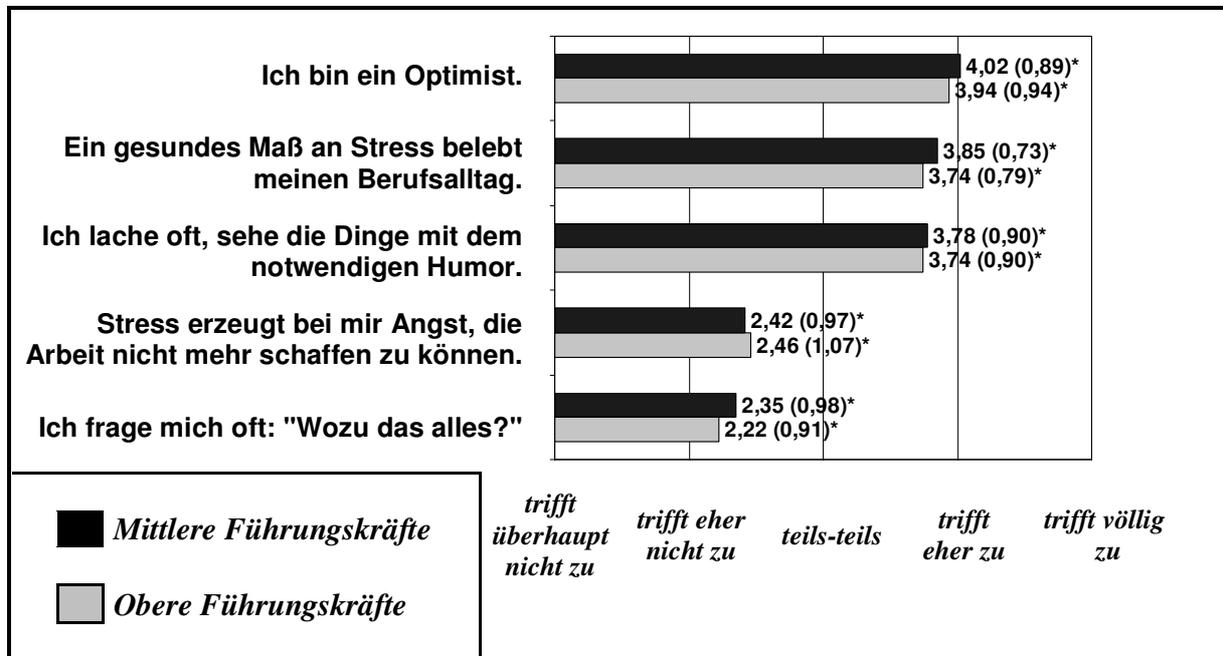
[KMO-Koeffizient = 0,774 (mittel geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,921]

Wie bei den Mittleren Führungskräften sind die Beanspruchungen, die in den letzten fünf Jahren zugenommen haben, im Faktor „Überforderung durch die Arbeit und die Arbeitszeit“ enthalten. Bei den Mittleren Führungskräften existiert ein eigener Faktor „Unterforderung und fehlende Unterstützung bei der Arbeit“.

Nach Einschätzung der Mittleren und Oberen Führungskräfte haben die allgemeinen Beanspruchungen in den letzten fünf Jahren durchschnittlich zugenommen. Führungskräfte fühlen sich im Durchschnitt am meisten beansprucht durch „Zeitdruck“, „Informationsüberflutung“, „Anfragen per E-Mail, Telefon etc.“ sowie „viel Arbeit“. Nach Einschätzung beider Populationen haben die gleichen Beanspruchungen aus dem Bereich „Überforderung“ in den letzten fünf Jahren zugenommen. Die mittel starke Beanspruchung (Durchschnitt) von Mittleren Führungskräfte ist im Bereich der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern sowie in Bezug auf ungünstige Rahmenbedingungen auf mehr Beanspruchungen zurückzuführen. Hierbei handelt es sich z.B. um „die ständige Änderung der Zielvorgaben (moving targets)“ und die „fehlende Anerkennung vom Vorgesetzten“.

10.1.1 Stress

Aussagen zu Stress werden von Mittleren und Oberen Führungskräften sehr ähnlich eingeschätzt (siehe Abbildung 19).



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 19 Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Stress

Faktorenanalyse zu Stress (Obere Führungskräfte)

Tabelle 37 enthält die vier Faktoren, die für die Oberen Führungskräfte in Bezug auf Stress ermittelt wurden. Im Vergleich mit den Mittleren Führungskräften weicht nur der Faktor „negative Wirkungen von Stress“ ab; bei der Vergleichspopulation entspricht dies dem Faktor „Wirkungen von Stress“.

Tabelle 37 Ergebnisse der Faktorenanalyse für den Umgang mit Stress und dessen Auswirkungen bei Oberen Führungskräften

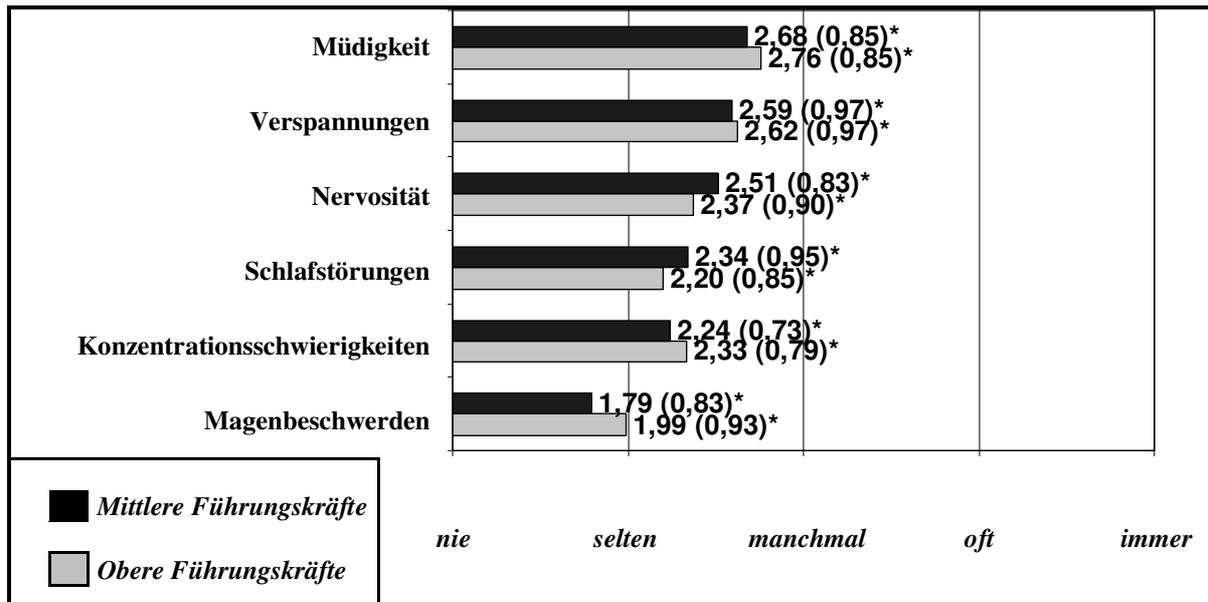
Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Dysstress und Eustress	30,7 %	Stress blockiert meine Leistungsfähigkeit.	0,877
		Stress blockiert meine Kreativität.	0,829
		Stress belastet mich.	0,681
		Stress erzeugt bei mir Angst, die Arbeit nicht mehr schaffen zu können.	0,564
		Durch Stress komme ich richtig in Fahrt, meine Leistungsfähigkeit ist dadurch höher.	0,523
Stressbewältigung	14,2 %	Ich habe regelmäßig die Möglichkeit, Stress abzubauen.	0,828
		Ich Sorge für regelmäßige Entspannungsphasen, um mich zu regenerieren.	0,786
		Ich habe das Gefühl, ständig unter Druck zu stehen.	0,732
		Ich frage mich oft: „Wozu das alles?“	0,494
persönliche Grundeinstellungen zum Stress	10,7 %	Ich lache oft, sehe die Dinge mit dem notwendigen Humor.	0,816
		Ich bin ein Optimist.	0,688
		Ein gesundes Maß an Stress belebt meinen Berufsalltag.	0,594
negative Wirkungen von Stress	7,3 %	Stress verursacht bei mir schlechte Laune, dadurch bin ich reizbar.	0,751
		Stress macht mich überaktiv.	0,652

[KMO-Koeffizient = 0,765 (mittel geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,398]

Der Umgang und die Auswirkungen von Stress sind bei Mittleren und Oberen Führungskräften sehr ähnlich.

10.1.2 Körperliche Symptome

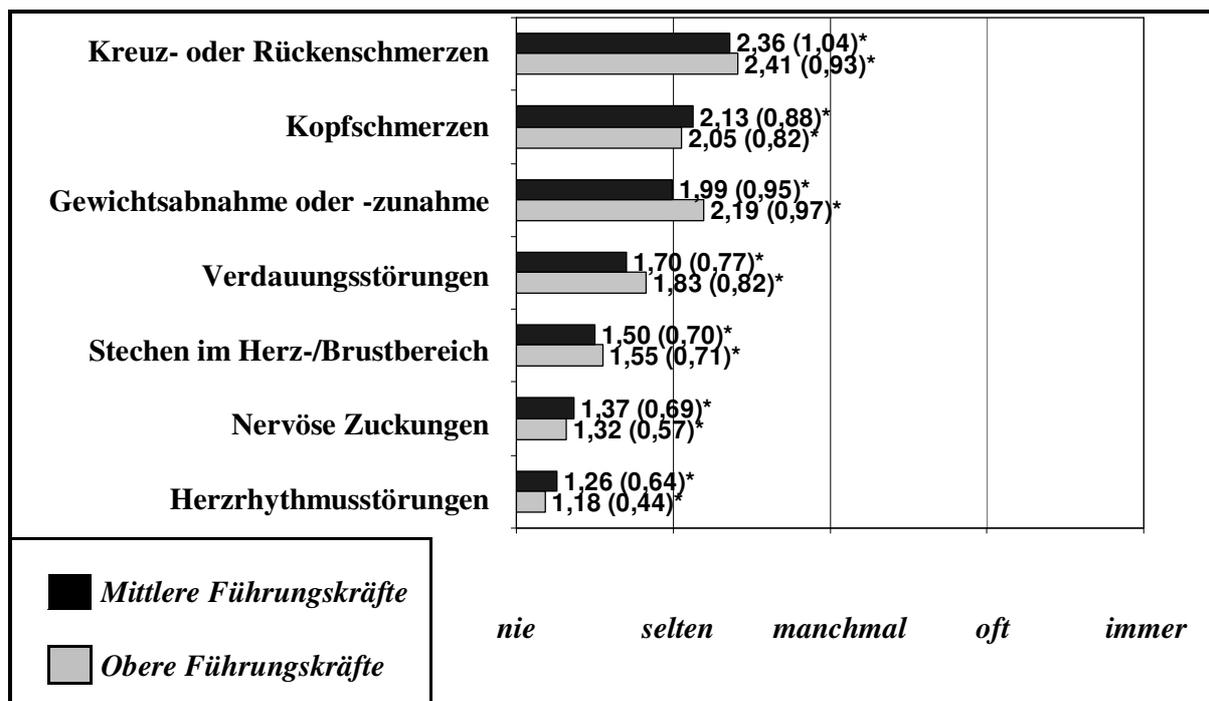
Mittlere und Obere Führungskräfte führen die gleichen körperlichen Symptome auf Stress zurück (siehe Abbildung 20). Obere Führungskräfte empfinden durchschnittlich nur geringfügig häufiger Müdigkeit, Verspannungen, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten und Magenbeschwerden.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 20 Körperliche Symptome, die auf Stress zurückgeführt werden, im Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften

Körperliche Symptome, die von beiden Populationen als nicht Stress abhängig eingeschätzt wurden, sind in Abbildung 21 dargestellt. Es wurden solche Beschwerden erfasst, bei denen die Differenz der Mittelwerte der Gruppen größer bzw. gleich 0,05 betragen. Bei der Gewichtsabnahme oder -zunahme ist der Unterschied am größten.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 21 Körperliche Symptome, die nicht auf Stress zurückgeführt werden, im Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften

Faktorenanalyse zu körperlichen Symptomen (Obere Führungskräfte)

Wie bei der Vergleichspopulation ergaben sich für die Oberen Führungskräfte sechs Gruppen von körperlichen Symptomen (siehe Tabelle 38). Für diese konnten die gleichen Benennungen gewählt werden. Die Faktorenstruktur wurde somit bestätigt. Die Inhalte weichen dabei geringfügig ab. So beinhaltet die Gruppe „unspezifische Probleme“ bei den Mittleren Führungskräften Schlafstörungen, Symptome an der Haut und Schwindel. Bei den Oberen Führungskräften wurden das Kloßgefühl im Hals und die Schlafstörungen zu „unspezifische Probleme“ zusammengefasst.

Tabelle 38 Ergebnisse der Faktorenanalyse für körperliche Symptome bei Oberen Führungskräften

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
psycho-vegetative Probleme	27,9 %	Konzentrationsschwierigkeiten	0,784
		Nervosität	0,764
		Nervöse Zuckungen	0,609
		Müdigkeit	0,59
		Symptome an der Haut	0,406
Magen-Darm-Probleme	8,0 %	Magenbeschwerden	0,837
		Übelkeit	0,753
		Verdauungsstörungen	0,669
muskulo-skelettale Probleme und Kopfschmerzen	7,8 %	Verspannungen	0,908
		Kreuz- oder Rückenschmerzen	0,841
		Kopfschmerzen	0,407
Probleme im Ernährungs-bereich	7,2 %	Appetitlosigkeit/Heißhunger	0,833
		Gewichtsabnahme oder -zunahme	0,806
Herz-Kreislauf-Probleme und Schwindel	6,6 %	Herzrhythmusstörungen	0,791
		Stechen im Herz-/Brustbereich	0,558
		Schwindel	0,386
unspezifische Probleme	6,2 %	Kloßgefühl im Hals	0,84
		Schlafstörungen	0,325

[KMO-Koeffizient = 0,739 (mittel geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,839]

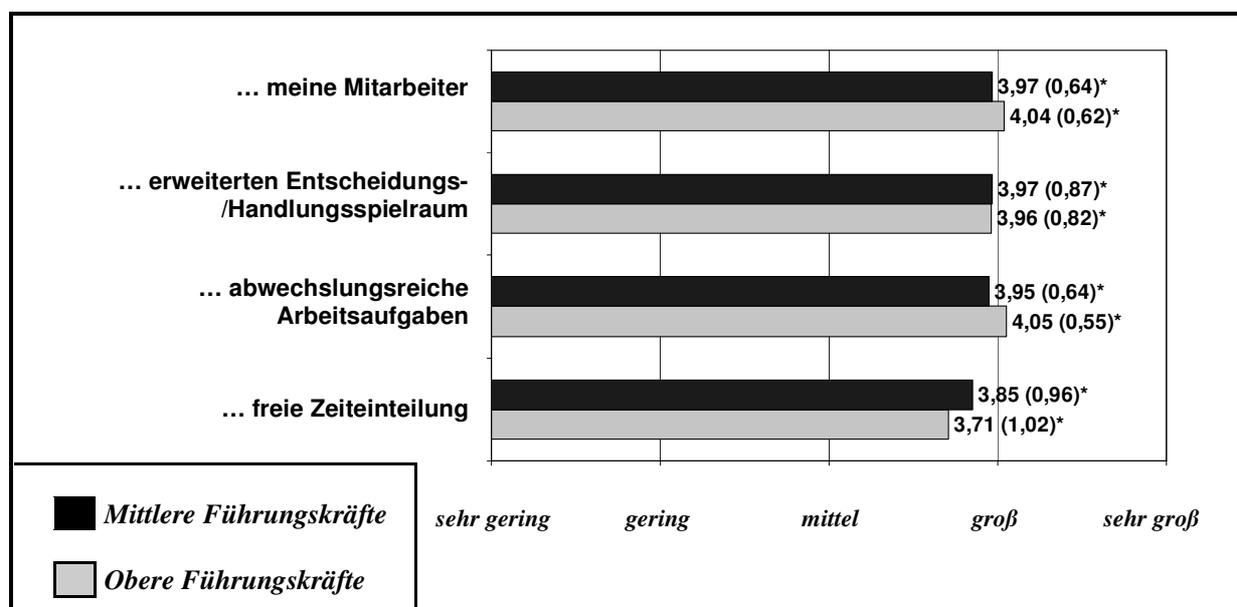
In der PREVENT-Studie (Pfeiffer, 2001, S. 14) klagten 20 – 25 % über psycho-vegetative Beschwerden. Dort wurde nach den vier Bereichen Schlafstörungen, Depressionen, Erschöpfung und Müdigkeit sowie Reizbarkeit und Nervosität differenziert. Laut den Ergebnissen der Kienbaum-Studie zur Work-Life-Balance internationaler Top-Manager klagen „mehr als die Hälfte der Führungskräfte regelmäßig über Befindungsstörungen wie beispielsweise Rücken- oder Gelenkschmerzen, Schlafstörungen, Herzstolpern o.ä.“ (Hunziger, 2004, S. 23).

Mittlere und Obere Führungskräfte führen die gleichen körperlichen Symptome auf Stress zurück. Mittels Faktorenanalysen konnte die Faktorenstruktur bestätigt werden.

10.2 Ergebnisse zu Ressourcen

Ressourcen aus dem beruflichen Umfeld

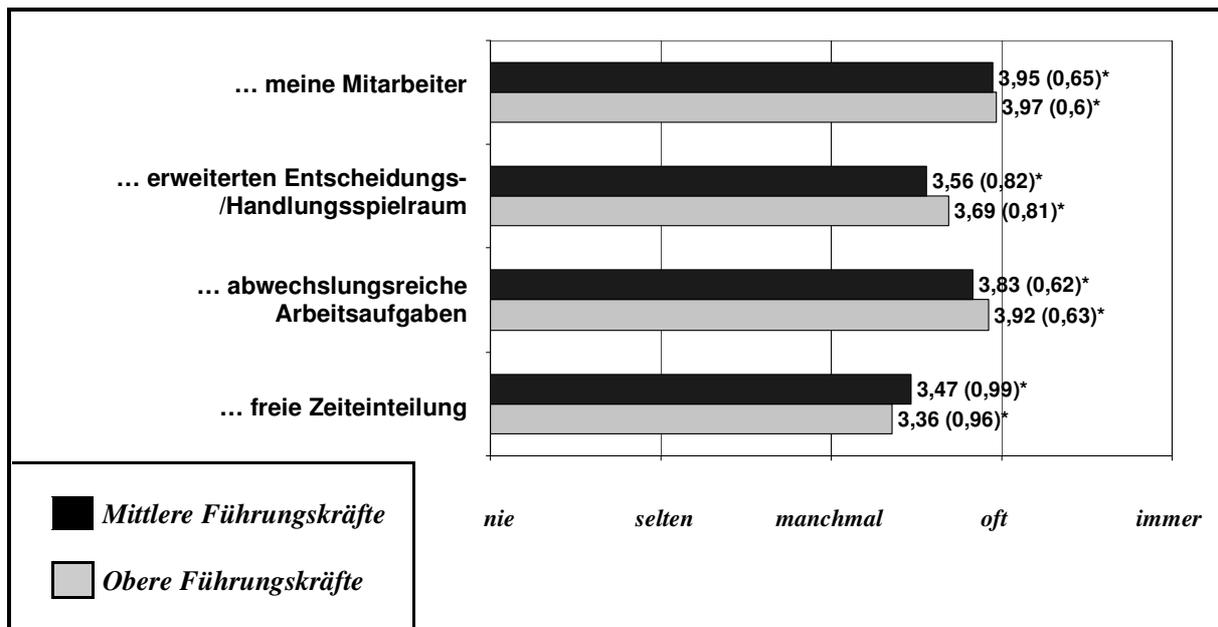
Obere wie Mittlere Führungskräfte erfahren im Durchschnitt eine große Unterstützung durch die in Abbildung 22 dargestellten Ressourcen.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 22 Einschätzung der Stärke ausgewählter beruflicher Ressourcen bei Mittleren und Oberen Führungskräften

Die Angaben für die Häufigkeit der erfahrenen Ressourcen von Mittleren und Oberen Führungskräften zeigt Abbildung 23.



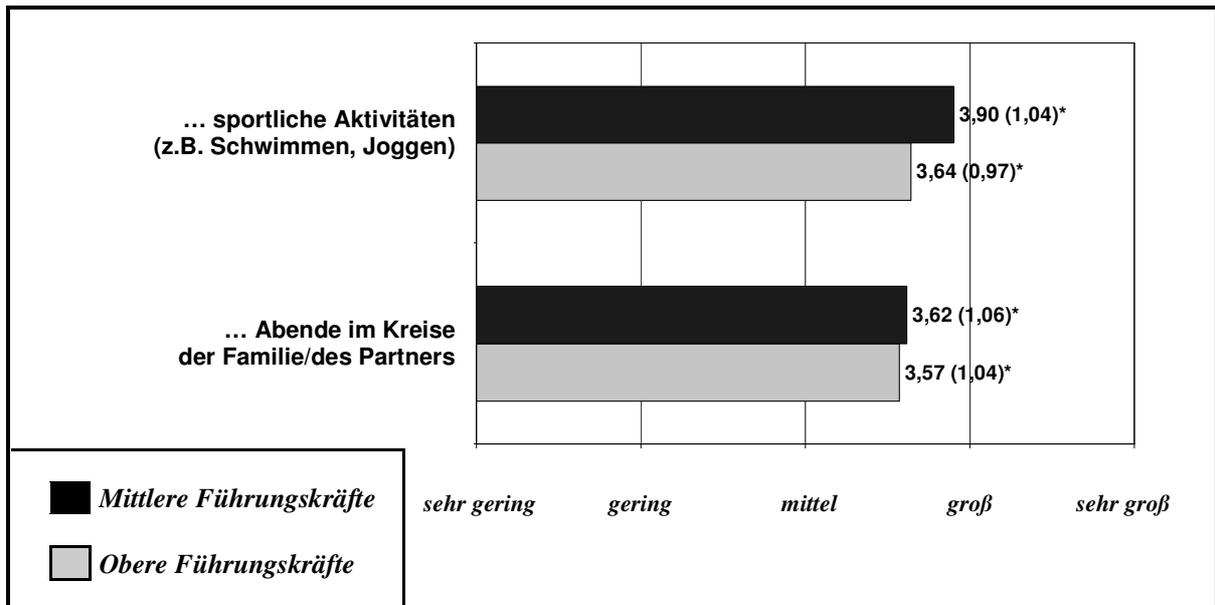
* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 23 Einschätzung der Häufigkeit ausgewählter beruflicher Ressourcen bei Mittleren und Oberen Führungskräften

Nach Einschätzung der Oberen Führungskräfte haben die Ressourcen „erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum“ und „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“ im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen. Für Mittlere Führungskräfte trifft dies genauso zu.

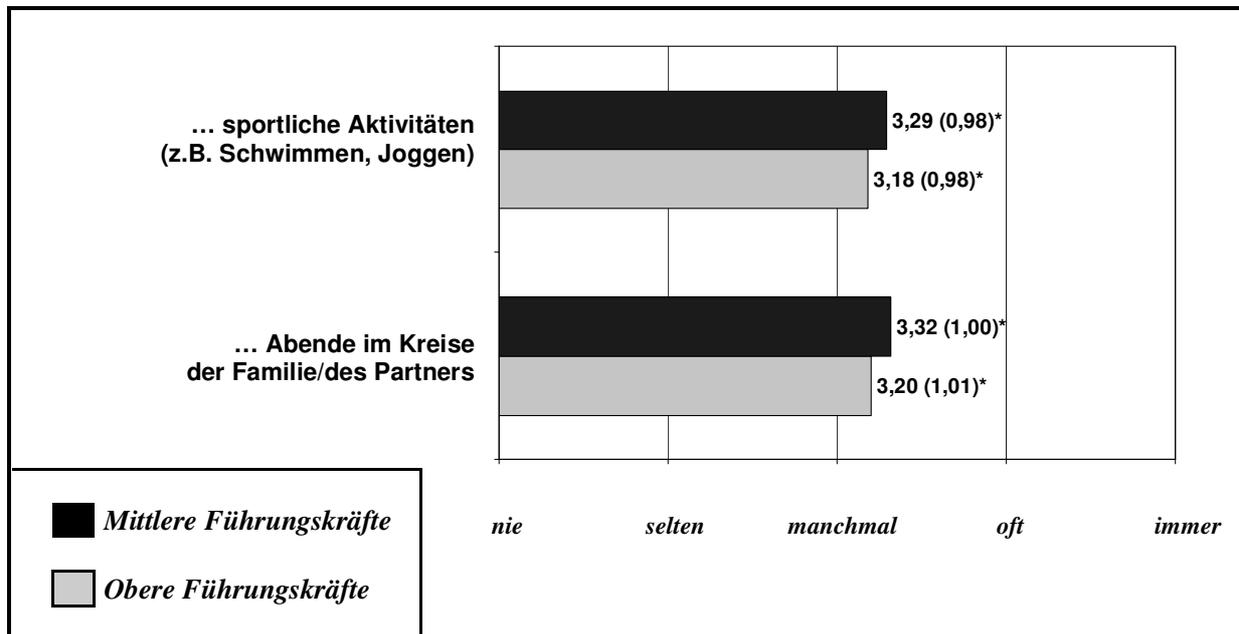
Ressourcen aus dem privaten Umfeld

Gefragt nach der Stärke der Ressourcen ergaben sich die durchschnittlich größten Ausprägungen für die in Abbildung 24 dargestellten Ressourcen. Für die Mittleren Führungskräfte trifft dies genauso zu, allerdings ist der durchschnittliche Wert bei den „sportlichen Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)“ etwas höher. Die in Abbildung 24 illustrierten privaten Ressourcen treten bei den Führungskräften im Durchschnitt manchmal auf.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 24 Einschätzung der Stärke ausgewählter privater Ressourcen bei Mittleren und Oberen Führungskräften



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 25 Einschätzung der Häufigkeit ausgewählter privater Ressourcen bei Mittleren und Oberen Führungskräften

Faktorenanalysen zu Ressourcen (Obere Führungskräfte)

Mittels Faktorenanalyse konnten die Ressourcen bezüglich ihrer Stärke auf die zwei Faktoren „soziale Unterstützung und Bewältigungsstrategien“ sowie „intrinsische Motivatoren und Austausch mit sozialem Umfeld“ reduziert werden (siehe Tabelle 39).

Tabelle 39 Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Stärke der Ressourcen bei Oberen Führungskräften

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
soziale Unterstützung und Bewältigungsstrategien	18,3 %	Abende mit Freunden	0,774
		Arbeiten von zu Hause aus (z.B. Telearbeit, home office)	0,63
		sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)	0,619
		Abende im Kreise der Familie/des Partners	0,52
		Teilzeit (bis zu 50 % reduzierte Wochenarbeitszeit)	0,447
		meine Kollegen	0,432
		Entspannungstechniken zum seelischen Ausgleich (z.B. Meditation, Yoga)	0,426
intrinsische Motivatoren und Austausch mit sozialem Umfeld	15,9 %	erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum	0,7
		Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge	0,669
		allein sein (um zu reflektieren und zu entspannen)	0,657
		abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben	0,644
		Gespräche mit Freunden/Bekanntem über berufliche Dinge	0,618

[KMO-Koeffizient = 0,523 (schlecht geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,628]

Bei den Mittleren Führungskräften konnten ebenfalls zwei Faktoren ermittelt werden. Dabei handelt es sich bei einem der Faktoren um „Ressourcen im Arbeitsumfeld und durch Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“. Der andere Faktor enthält „Ressourcen im beruflichen Bereich“, wozu auch das Item „sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)“ zählt.

Die Items zur Häufigkeit des Auftretens von Ressourcen bei Oberen Führungskräften wurden mittels Faktorenanalyse zu vier Faktoren gebündelt (siehe Tabelle 40).

Tabelle 40 Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Häufigkeit der Ressourcen bei Oberen Führungskräften

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
berufliche zeitliche Freiräume und soziale Unterstützung	23,1 %	Arbeiten von zu Hause aus (z.B. Telearbeit, home office)	0,767
		Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung	0,732
		sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)	0,693
		Abende im Kreise der Familie/des Partners	0,575
		meine Kollegen	0,506
		allein sein (um zu reflektieren und zu entspannen)	0,5
intrinsische und extrinsische Motivatoren	13,1 %	abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben	0,814
		erweiterter Entscheidungs-/ Handlungsspielraum	0,789
		mein Vorgesetzter	0,674
		Teilzeit (bis zu 50 % reduzierte Wochenarbeitszeit)	0,445
Austausch mit Partner und Freunden	10,5 %	Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge	0,845
		Gespräche mit Freunden/Bekanntem über berufliche Dinge	0,84
		Abende mit Freunden	0,538
Unterstützung durch Mitarbeiter und persönliche Entspannung	9,4 %	meine Mitarbeiter	0,798
		Entspannungstechniken zum seelischen Ausgleich (z.B. Meditation, Yoga)	0,426

[KMO-Koeffizient = 0,585 (schlecht geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,738]

Bei den Mittleren Führungskräften konnten die Items bezüglich der Häufigkeit des Auftretens der Ressourcen zu nur zwei Gruppen zusammengefasst werden. Dabei handelt es sich um das „Arbeitsumfeld und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ sowie um „soziale und private Ressourcen“.

Führungskräfte erfahren große Unterstützung durch ihre „Mitarbeiter“, den „erweiterten Entscheidungs-/Handlungsspielraum“, „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“ und die „Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung“. Private Ressourcen sind „sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)“ und „Abende im Kreise der Familie/des Partners“.

Bezüglich der Stärke der Ressourcen ergaben sich bei Mittleren und Oberen Führungskräften jeweils zwei Faktoren.

Nach Einschätzung der Führungskräfte haben die Ressourcen „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“ und „erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum“ im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen.

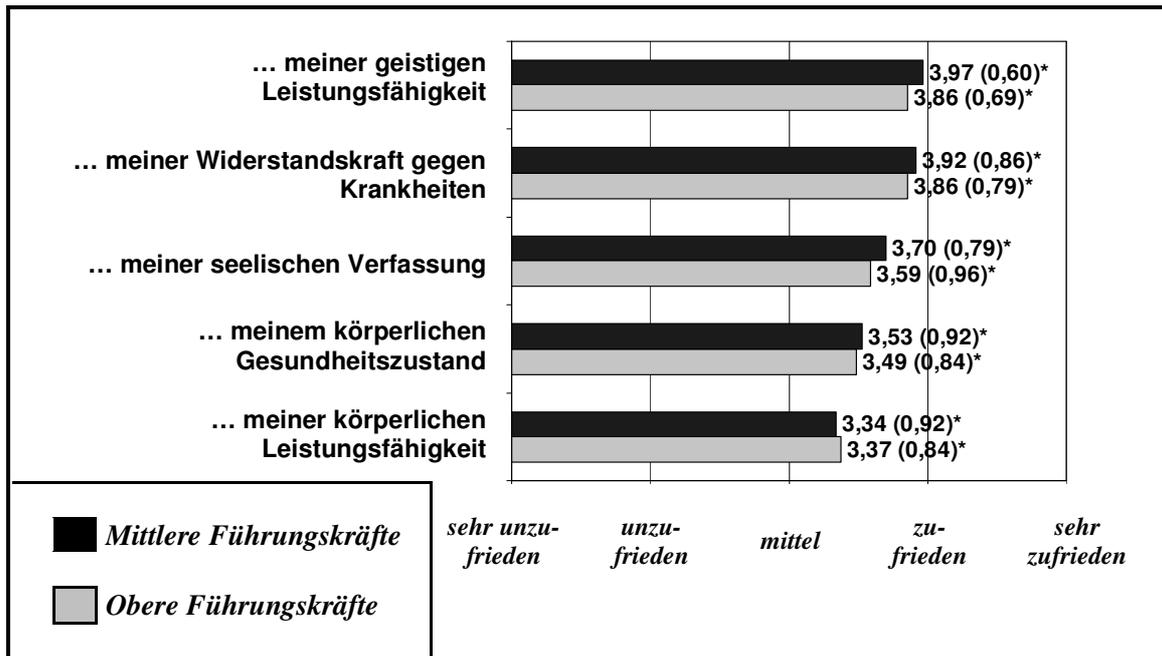
10.3 Ergebnisse zur Gesundheit

10.3.1 Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen

Zufriedenheit mit der Gesundheit

Die folgenden Abbildungen geben die Einschätzungen der beiden Untersuchungspopulationen bezüglich ihrer Zufriedenheit wieder. Insgesamt sind die befragten Führungskräfte zufrieden.

Die Mittleren Führungskräfte schätzen durchschnittlich die Bereiche ihrer Gesundheit geringfügig positiver ein als die Oberen Führungskräfte (siehe Abbildung 26). Im Bereich der Gesundheit sind die beiden Untersuchungsgruppen mit ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit am wenigsten zufrieden.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 26 Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit im Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften

Tabelle 41 enthält die Mittelwerte und Standardabweichungen bezüglich der Selbsteinschätzung der Gesundheit von Mittleren und Oberen Führungskräften.

Tabelle 41 Vergleich der Einschätzung der Gesundheit zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften

	Position im Unternehmen	N	\bar{x}	s
Zufriedenheit mit der seelischen Verfassung	Mittlere Führungskraft	189	3,70	0,79
	Obere Führungskraft	95	3,59	0,96
Zufriedenheit mit dem körperlichen Gesundheitszustand	Mittlere Führungskraft	189	3,53	0,92
	Obere Führungskraft	95	3,49	0,84
Zufriedenheit mit der körperlichen Leistungsfähigkeit	Mittlere Führungskraft	189	3,34	0,92
	Obere Führungskraft	95	3,37	0,84

Mittels T-Test für unabhängige Stichproben konnten die beiden Untersuchungspopulationen bezüglich ihrer Selbsteinschätzungen zur Gesundheit verglichen werden. Die Einschätzungen von Mittleren und Oberen Führungskräften bezüglich ihrer Gesundheit weisen in allen drei Bereichen keinen statistisch signifikanten Unterschied auf (siehe Tabelle 42).

Zwischen den Mittleren und Oberen Führungskräften besteht kein statistisch signifikanter Unterschied ($df = 282$; $p \geq 0,01$) bei allen drei Aspekten der Gesundheit.

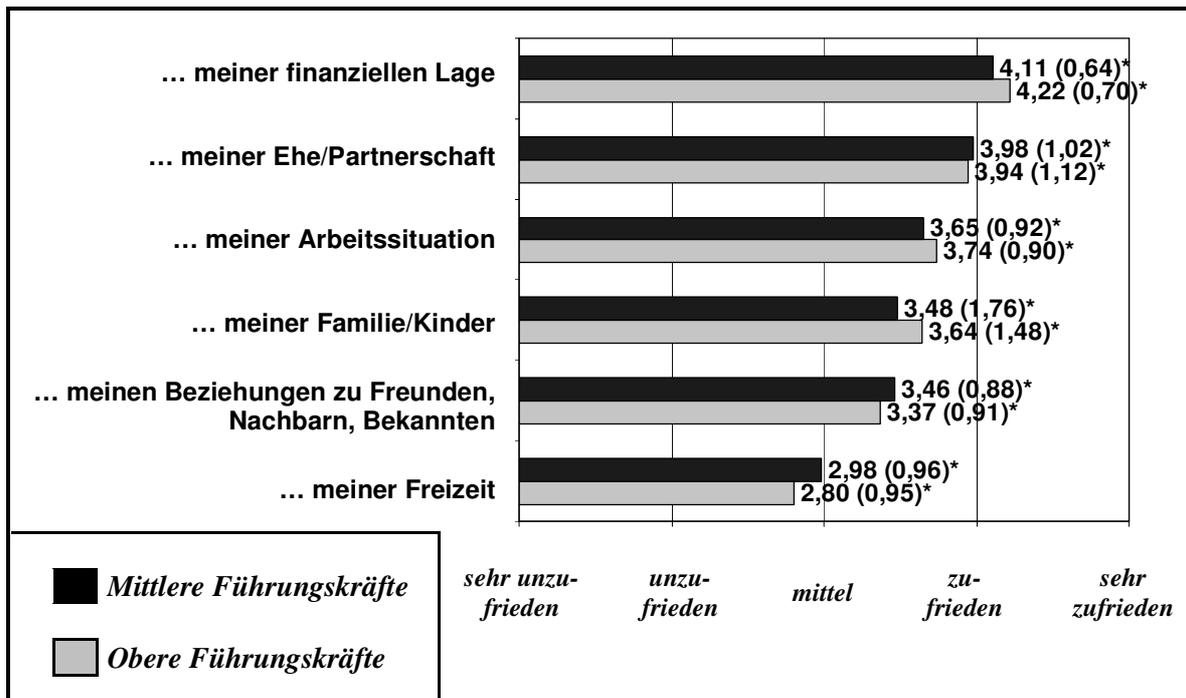
Tabelle 42 Vergleich der Mittelwerte zur Einschätzung der Gesundheit zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		F	p	T	df	p (2-seitig)
Zufriedenheit mit der seelischen Verfassung	Varianzen sind gleich	6,668	0,010	1,067	282	0,287
	Varianzen sind nicht gleich			1,000		0,319
Zufriedenheit mit dem körperlichen Gesundheitszustand	Varianzen sind gleich	1,013	0,315	0,353	282	0,724
	Varianzen sind nicht gleich			0,364		0,716
Zufriedenheit mit der körperlichen Leistungsfähigkeit	Varianzen sind gleich	1,437	0,232	0,266	282	0,791
	Varianzen sind nicht gleich			0,274		0,785

Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen

Obere Führungskräfte sind mit ihrer finanziellen Lage, Arbeitssituation sowie Familie und Kindern im Durchschnitt geringfügig zufriedener als Mittlere Führungskräfte (siehe Abbildung 27).

Insgesamt am wenigsten zufrieden (Durchschnitt) sind die beiden Populationen mit ihrer Freizeit. Hierbei schneiden die Oberen Führungskräfte am schlechtesten ab.



* Mittelwert (Standardabweichung)

Abbildung 27 Einschätzung der Zufriedenheit mit diversen Lebensbereichen im Vergleich zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften

Faktorenanalyse zur Zufriedenheit mit der Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen (Obere Führungskräfte)

Analog zu den Mittleren Führungskräften konnten bei den Oberen Führungskräften die gleichen Gruppen gebildet werden (siehe Tabelle 43). Die Faktorenstruktur wurde somit bestätigt. Das Item zur seelischen Verfassung und zur Freizeit fällt bei den Oberen Führungskräften in die Gruppe „Zufriedenheit mit privatem sozialem Umfeld“.

Tabelle 43 Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Zufriedenheit von Oberen Führungskräften mit ihrer Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen

Benennung des Faktors	erklärter Varianzanteil	Inhalte des Faktors bzw. Items des Fragebogens	Faktorladung
Zufriedenheit mit der Gesundheit und den beruflichen Rahmenbedingungen	32,0 %	mein körperlicher Gesundheitszustand	0,795
		meine körperliche Leistungsfähigkeit	0,794
		meine finanzielle Lage	0,577
		meine Arbeitssituation	0,57
		meine Widerstandskraft gegen Krankheiten	0,485
		meine geistige Leistungsfähigkeit	0,358
Zufriedenheit mit privatem sozialem Umfeld	15,5 %	meine Familie/Kinder	0,922
		meine Ehe/Partnerschaft	0,885
		meine seelische Verfassung	0,534
		meine Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten	0,502
		meine Freizeit	0,366

[KMO-Koeffizient = 0,717 (mittel geeignet); Cronbach-alpha-Koeffizient = 0,754]

Mittlere und Obere Führungskräfte sind im Durchschnitt mit ihrer Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen zufrieden. Wenig zufrieden (Durchschnitt) sind sie mit ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Selbsteinschätzungen von Mittleren und Oberen Führungskräften bezüglich der seelischen Verfassung, des körperlichen Gesundheitszustands und der körperlichen Leistungsfähigkeit weisen keinen statistisch signifikanten Unterschied auf. Am wenigsten zufrieden (Durchschnitt) sind die Populationen mit ihrer Freizeit. Mittels Faktorenanalysen wurde die Faktorenstruktur bestätigt.

10.3.2 Erkrankungen

48,4 % der Oberen Führungskräfte gaben bei den Fragen zur Arbeitsfähigkeit Krankheitsgruppen an. Sie sind nach Eigenangaben prozentual von mehr Krankheitsgruppen betroffen als die Mittleren Führungskräfte mit 44,4 % (siehe Tabelle 44).

Tabelle 44 Vergleich der Eigendiagnosen zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Häufigkeiten und Prozentangaben der Krankheitsgruppen

	N	%
Mittlere Führungskräfte (N = 189)	84	44,4
Obere Führungskräfte (N = 95)	46	48,4

Im Vergleich der Selbsteinschätzungen sind Obere Führungskräfte prozentual von mehr Krankheitsgruppen betroffen als Mittlere Führungskräfte.

10.4 Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit

Aktuelle Arbeitsfähigkeit (WAI)

Die befragten Mittleren Führungskräfte haben einen durchschnittlichen WAI von 42 (Standardabweichung: 3,3; Spannweite: 23 – 49). Hierbei handelt es sich um eine gute Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 2). Diesen Grad der Arbeitsfähigkeit gilt es zu unterstützen bzw. zu verbessern. Der WAI der Oberen Führungskräfte beträgt im Durchschnitt 41 (Standardabweichung: 3,7; Spannweite: 29,5 – 48). Dies entspricht dem Grad der Arbeitsfähigkeit der Mittleren Führungskräfte. Das Durchschnittsalter der befragten Führungskräfte beträgt 45 Jahre.

Eine Studie von Freude (2007, S. 549) ergab einen WAI von 46 bei 49 untersuchten Führungskräften eines Unternehmens. Bei der Vergleichspopulation

nahmen ca. 70 % der im Unternehmen beschäftigten Führungskräfte aller Hierarchieebenen teil. Das durchschnittliche kalendarische Alter betrug 48,8 Jahre (Spannweite: 35 – 64).

Fehltage aus gesundheitlichen Gründen (im letzten Jahr)

Im Median blieben die Oberen Führungskräfte auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr ein bis neun Tage der Arbeit fern. Dies entspricht den Angaben der Mittleren Führungskräfte.

Arbeitsfähigkeitsprognose (für die nächsten beiden Jahre)

Ziemlich sicher (Median) sind sich die Oberen Führungskräfte, dass sie ausgehend von ihrem jetzigen Gesundheitszustand ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können. Mittlere Führungskräfte haben die gleichen Angaben gemacht.

Mittlere und Obere Führungskräfte haben eine gute Arbeitsfähigkeit. Diese gilt es zu unterstützen bzw. zu erhalten. Im letzten Jahr hatten Mittlere und Obere Führungskräfte ein bis neun Fehltage (Median) aus gesundheitlichen Gründen. Für die nächsten beiden Jahre haben die Populationen eine günstige Arbeitsfähigkeitsprognose.

10.5 Veränderungen im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren

Nach Einschätzung der befragten Mittleren und Oberen Führungskräfte haben im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren vier berufliche Beanspruchungen zugenommen (Median). Hierbei handelt es sich um:

- „Zeitdruck“
- „Informationsüberflutung“
- „Anfragen per E-Mail, Telefon etc.“
- „viel Arbeit“.

Berufliche Ressourcen, die im Median zugenommen haben, sind:

- „erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum“
- „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“.

Es sind es jeweils die Variablen mit den höchsten bzw. hohen Ausprägungen in Bezug auf Stärke und Häufigkeit, die zugenommen haben.

Nach Einschätzung der Mittleren und Oberen Führungskräfte haben die gleichen vier Beanspruchungen aus dem Bereich Überforderung bei der Arbeit sowie die gleichen zwei Ressourcen aus dem beruflichen Bereich im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen.

10.6 Vergleich der ärztlichen Befunde zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften

10.6.1 Anamnese

Familienanamnese

In Bezug auf familiäre bzw. genetische Belastungen wurden bei Oberen Führungskräften folgende Krankheiten erhoben:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 22,1 %
- Karzinome mit 25,3 %.

Bei den Mittleren Führungskräften liegen nur 22,2 % familiär gehäufte Karzinome vor.

Herz-Kreislauf-Risikofaktoren

Beim Vergleich bezüglich der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren fällt auf, dass die Prävalenz von Hypercholesterinämie bei Oberen Führungskräften deutlich höher ist. Auch das Auftreten von Hypertonie ist erhöht. Es wurde kein Diabetes mellitus diagnostiziert (siehe Tabelle 45).

Tabelle 45 Herz-Kreislauf-Risikofaktoren von Mittleren und Oberen Führungskräften

Herz-Kreislauf-Risikofaktoren	Mittlere Führungskräfte (Alter: $\bar{x} = 45$ Jahre)	Obere Führungskräfte (Alter: $\bar{x} = 45,3$ Jahre)
Hypercholesterinämie	27,5 %	46,3 %
Hypertonie	18,5 %	21,1 %
Diabetes mellitus	3,7 %	0,0 %
Raucher	10,1 %	11,6 %

Weitere Parameter zu Mittleren und Oberen Führungskräften sind in Tabelle 46 dargestellt.

Tabelle 46 Anamnese von Mittleren und Oberen Führungskräften

Parameter	Mittlere Führungskräfte (Alter: $\bar{x} = 45$ Jahre)	Obere Führungskräfte (Alter: $\bar{x} = 45,3$ Jahre)
regelmäßiger Sport (> 2 h/Woche)	41,5 %	48,4 %
Body Mass Index (kg/m ²)	$\bar{x} = 25,6$ (s = 3,3; r: 18,6 - 39,2)	$\bar{x} = 26,25$ (s = 4,2; r: 19,9 - 46,8)
Alkohol (g/Woche)	$\bar{x} = 105,8$ (s = 99,4; r: 0 - 560)	$\bar{x} = 110$ (s = 75,1; r: 0 - 400)
Gesundheits-Check-up vor ≥ 5 Jahren	19,6 %	18,9 %

Alle untersuchten Risikofaktoren korrelieren – ebenso wie bei den Mittleren Führungskräften – niedrig mit dem Alter der Oberen Führungskräfte ($\rho \leq 0,239$; $p < 0,01$).

Bei fast gleichem Durchschnittsalter der Untersuchten sind die Ergebnisse sehr ähnlich. Allerdings treiben mehr Obere Führungskräfte regelmäßig Sport. Der durchschnittliche BMI von Oberen Führungskräften ist höher. Sie sind wie die Untersuchten der Mittleren Führungsebene übergewichtig.

Obere Führungskräfte treiben mehr regelmäßigen Sport als Mittlere Führungskräfte. Im Durchschnitt sind die Vergleichspopulationen übergewichtig. Obere Führungskräfte haben gegenüber Mittleren Führungskräften ein etwas ungünstigeres Risikofaktorenprofil.

10.6.2 Diagnose von Erkrankungen

Eigendiagnosen versus ärztliche Diagnosen

In Tabelle 47 sind die Häufigkeiten und Prozentangaben der Eigendiagnosen aus den Fragen zur Arbeitsfähigkeit den ärztlichen Diagnosen während der Gesundheits-Check-ups gegenübergestellt. Obere Führungskräfte sind nach Eigenangaben prozentual von mehr Krankheitsgruppen betroffen als Mittlere Führungskräfte. Dies gilt auch für die ärztlichen Diagnosen. Die Gesundheits-Check-ups der Oberen Führungskräfte ergaben prozentual mehr Krankheitsgruppen, als sie selbst angegeben haben. Auffallend ist, dass die Ärzte weniger Krankheitsgruppen bei Mittleren Führungskräften feststellten, als sie selbst ankreuzten.

Tabelle 47 Vergleich der Eigendiagnosen und ärztlichen Diagnosen zwischen Mittleren und Oberen Führungskräften in Bezug auf Häufigkeiten und Prozentangaben der Krankheitsgruppen

	Eigendiagnosen		ärztliche Diagnosen	
	N	%	N	%
Mittlere Führungskräfte (N = 189)	84	44,4	72	38,1
Obere Führungskräfte (N = 95)	46	48,4	51	53,7

Der Vergleich der Eigendiagnosen von Oberen Führungskräfte mit den ärztlichen Diagnosen in Bezug auf die Krankheitsgruppen nach Prozent und Rang ist in Abbildung 28 dargestellt. An erster Stelle der Eigendiagnosen, jedoch in prozentual geringerer Ausprägung als bei den Mittleren Führungskräften (33,1 %), stehen die Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 26,2 %. Eigenen Angaben zufolge sind prozentual mehr Obere Führungskräfte von Hauterkrankungen (13,8 %) als Mittlere Führungskräfte mit 12,1 % betroffen. Bei der Selbsteinschätzung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind ebenfalls mehr Obere Führungskräfte mit 13,8 % als Mittlere Führungskräfte (8,9 %) betroffen.

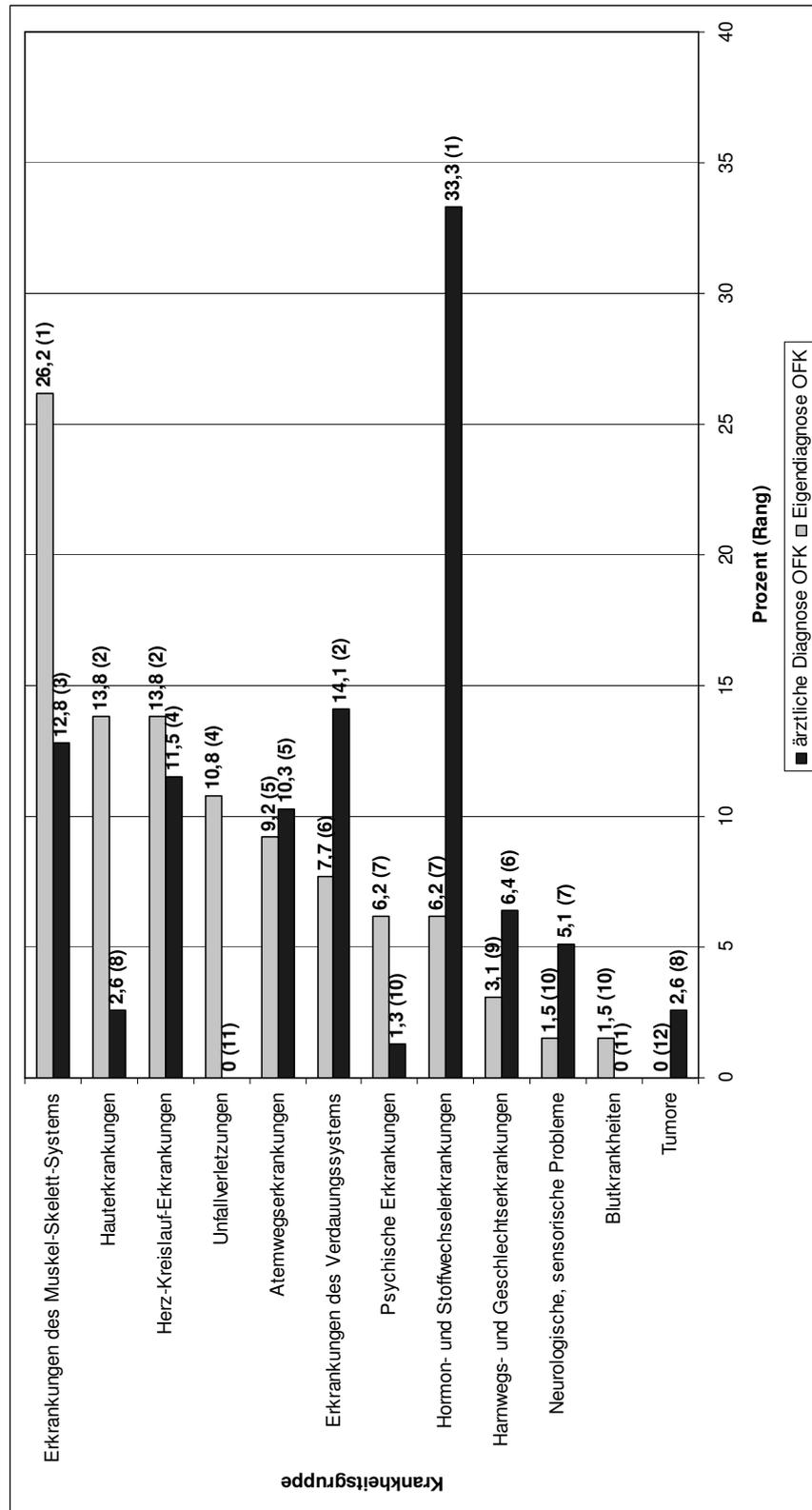


Abbildung 28 Vergleich der Eigendiagnosen von Oberen Führungskräften (OFK) mit den ärztlichen Diagnosen in Bezug auf die Krankheitsgruppen nach Prozenten und Rang

Bei den ärztlichen Diagnosen stehen, wie bei den Mittleren Führungskräften, die Hormon- und Stoffwechselerkrankungen an erster Stelle. Prozentual sind mehr Obere Führungskräfte mit 33,3 % als Mittlere Führungskräfte (29,2 %) davon betroffen. An zweiter Stelle diagnostizierten die Ärzte bei den Oberen Führungskräften Erkrankungen des Verdauungssystems (14,1 %), bei den Mittleren Führungskräften sind dies die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (15,9 %).

In der Tabelle 48 sind die Eigenangaben der Oberen Führungskräfte und die von den Ärzten diagnostizierten Krankheitsgruppen gegenübergestellt. In 29 Fällen wurde von keiner Population eine Krankheit angegeben. Bei 10 Untersuchten diagnostizierten die Ärzte eine Krankheitsgruppe. Diese Personen gaben bei den Fragen zur Arbeitsfähigkeit keine Erkrankungen an. Weitere 10 Obere Führungskräfte gaben an, von einer Krankheitsgruppe betroffen zu sein; die Gesundheits-Check-ups ergaben jedoch keine Krankheiten. In einem Fall wurden vom Arzt 4 Krankheitsgruppen diagnostiziert. Die Führungskraft selbst war der Meinung, nur von zwei betroffen zu sein. Bei einem anderen Fall stellte der Arzt keine Krankheitsgruppen fest; der Proband gab jedoch 3 an. Es kann jeweils keine Aussage gemacht werden, ob die gleiche Krankheitsgruppe gemeint ist.

Tabelle 48 Kreuztabelle zu Häufigkeiten der angegebenen Krankheitsgruppen von Oberen Führungskräften und Ärzten

Anzahl der angegebenen Krankheitsgruppen (Eigendiagnosen der Oberen Führungskräfte)	Anzahl der angegebenen Krankheitsgruppen (ärztliche Diagnosen)					
	0	1	2	3	4	gesamt
0	29	10	8	2	0	49
1	10	16	3	1	0	30
2	4	3	3	2	1	13
3	1	2	0	0	0	3
gesamt	44	31	14	5	1	95

Obere Führungskräfte sind prozentual von mehr Krankheitsgruppen betroffen als Mittlere Führungskräfte. Dies gilt sowohl für die Selbsteinschätzung der Führungskräfte als auch für die während der Gesundheits-Check-ups gestellten Diagnosen.

Eigen- und ärztliche Diagnosen weichen bei Mittleren und Oberen Führungskräften ab. Führungskräfte leiden nach eigenen Angaben an erster Stelle an Muskel-Skelett-Erkrankungen, gefolgt von Haut- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Nach ärztlichen Diagnosen stehen Hormon- und Stoffwechselerkrankungen an erster Stelle. An zweiter Stelle der ärztlichen Diagnosen stehen bei Mittleren Führungskräften die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei Oberen Führungskräften die Erkrankungen des Verdauungssystems.

10.6.3 Ärztliche Gesamtbeurteilung der Gesundheit

Auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum sind die Oberen Führungskräfte durchschnittlich zufrieden mit den diversen Aspekten ihrer Gesundheit. Die durchschnittlichen Werte der Ärzte liegen etwas höher. Diese subjektive Einschätzung sowie Fremdeinschätzung entspricht den Daten der Mittleren Führungskräfte.

Die Korrelationen bezüglich der unterschiedlichen Aspekte der Gesundheit zwischen ärztlicher Diagnose und Eigendiagnose der Oberen Führungskräfte sind in Tabelle 49 ersichtlich. Es besteht ein niedriger Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Ärzte und den Oberen Führungskräften bei der seelischen Verfassung ($\rho = 0,204$; $p = 0,048$) und dem körperlichen Gesundheitszustand ($\rho = 0,388$; $p = 0,000$). Ein mittlerer Zusammenhang besteht bei der körperlichen Leistungsfähigkeit ($\rho = 0,496$; $p = 0,000$).

Tabelle 49 Korrelationen zwischen Beurteilung der Gesundheit aus ärztlicher Sicht und aus Sicht der Oberen Führungskräfte

	N	rho	p	Zusammenhang
seelische Verfassung	95	0,204	0,048	niedrig
körperlicher Gesundheitszustand	95	0,388	0,000	niedrig
körperliche Leistungsfähigkeit	95	0,496	0,000	mittel

Auch bei Mittleren Führungskräften sind diese Korrelationen gering.

Der Mittelwertsvergleich zur zweifachen Einschätzung der Gesundheit ist in Tabelle 50 enthalten. Es besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der Ärzte und den Oberen Führungskräften bezüglich der Einschätzung zur seelischen Verfassung ($T = 3,498$; $df = 93$; $p = 0,001$) und der körperlichen Leistungsfähigkeit ($T = 3,828$; $df = 93$; $p = 0,000$). Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der Ärzte und der Oberen Führungskräfte bezüglich der Einschätzung zum körperlichen Gesundheitszustand ($T = 2,615$; $df = 93$; $p = 0,01$).

Tabelle 50 Mittelwertsvergleich zur Einschätzung der Gesundheit zwischen Oberen Führungskräften und Ärzten

	$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	s	empirischer T-Wert (df)	theoretischer T-Wert (df) (bei $p < 0,01$)	p
seelische Verfassung	0,400	1,115	3,498 (df = 93)	2,632* (df = 90) bzw.	0,001
körperlicher Gesundheitszustand	0,263	0,981	2,615 (df = 93)		0,010
körperliche Leistungsfähigkeit	0,347	0,884	3,828 (df = 93)	2,626* (df = 100)	0,000

* vgl. <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/268/html/tvert.htm>, Stand: 29.11.2008

Bei den Oberen Führungskräften besteht ein statistisch signifikanter Unterschied bei „seelische Verfassung“ ($T = 3,498$; $df = 93$; $p = 0,001$) und „körperliche Leistungsfähigkeit“ ($T = 3,828$; $df = 93$; $p = 0,000$). Bei dem dritten Aspekt „körperlicher Gesundheitszustand“ ($T = 2,615$; $df = 93$; $p = 0,01$) wurde kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt.

Beim Vergleich der Ergebnisse von Mittleren mit Oberen Führungskräften fällt auf, dass die Ergebnisse ähnlich sind.

Mittlere und Obere Führungskräfte schätzen ihre Gesundheit durchschnittlich positiv ein. Im Vergleich dazu sind die durchschnittlichen Angaben der Ärzte positiver.

Obere Führungskräfte treiben prozentual regelmäßiger Sport. Sie sind wie die Mittlere Führungsebene im Durchschnitt mäßig übergewichtig. Bei gleichem Durchschnittsalter haben die Oberen Führungskräfte ein etwas ungünstigeres Risikofaktorenprofil als die Mittleren Führungskräfte.

Eigen- und ärztliche Diagnosen weichen bei Mittleren und Oberen Führungskräften voneinander ab. Führungskräfte leiden nach eigenen Angaben an erster Stelle an Muskel-Skelett-Erkrankungen, gefolgt von Haut- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Nach ärztlichen Diagnosen stehen Hormon- und Stoffwechselerkrankungen an erster Stelle.

Bezüglich der Einschätzung der verschiedenen Aspekte der Gesundheit gibt es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Eigen- und Fremdeinschätzungen durch die Ärzte bei Mittleren und Oberen Führungskräften. Einzige Ausnahme ist die Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes bei Oberen Führungskräften.

11 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassung

In Kapitel 1 wurden die Problemstellung und das Forschungsdefizit erläutert. Aufgrund dessen erforscht die vorliegende Arbeit den Themenkomplex Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften im Sinne einer Exploration aus einem wissenschaftspragmatischen Ansatz heraus. Zum Abschluss der Einleitung wurde die Zielsetzung der Arbeit erläutert.

Nach der Klärung wichtiger Begrifflichkeiten und der Erläuterung theoretischer Konzepte im Kapitel 2 wurden in Kapitel 3 die wesentlichen Einflüsse auf die Gesundheit von Mittleren Führungskräften und das Spannungsfeld ‚Mittlere Führungskräfte und Gesundheit‘ erläutert. Es wurden wissenschaftliche Annahmen bezüglich der subjektiven Einschätzung von Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften und den ärztlichen Befunden formuliert.

In Kapitel 4 wurden die Grundlagen sowie die quantitativen und qualitativen Methoden empirischer Forschung vorgestellt. Für das fast unerforschte Themenfeld der Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften war die Kombination dieser Analysemethoden das geeignete Forschungsdesign.

Der empirische Teil dieser Arbeit besteht aus einer qualitativen und einer quantitativen Analyse. Im qualitativen Teil in Kapitel 5 wurde als Erhebungsinstrument ein Interviewleitfaden mit Kurzfragebogen entwickelt. Nach Pretests wurden 15 Interviews mit Mittleren Führungskräften aus Großunternehmen der deutschen Wirtschaft durchgeführt. Die Interviews lieferten wertvolle Informationen bezüglich Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften. Mittlere Führungskräfte schätzen sich als gesund ein. Sie sind im beruflichen und privaten Bereich beansprucht. Sie nutzen innere und äußere Ressourcen. Das Vorgehen der qualitativen Analyse wurde durch eine Auflistung der potenziellen Fehler kritisch bewertet.

Im quantitativen Teil dieser Forschungsarbeit in Kapitel 6 wurden aufbauend auf den Erkenntnissen aus der qualitativen Vorstudie und den Pretests mittels Fra-

gebogen die subjektiven Einschätzungen von 189 Mittleren Führungskräften zu Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit erhoben. Die Ergebnisse sind in Kapitel 6 detailliert wiedergegeben. Die quantitative Analyse wurde durch kritische Anmerkungen zur Methodik ergänzt.

Kapitel 7 fasst die Befragungsergebnisse zu subjektiven Einschätzungen von Mittleren Führungskräften zusammen: Die allgemeinen Beanspruchungen sind in den letzten fünf Jahren gestiegen (Durchschnitt). Die Befragten sind im Besonderen durch „Zeitdruck“, „Informationsüberflutung“, „Anfragen per E-Mail, Telefon etc.“ und „viel Arbeit“ beansprucht (Durchschnitt). Diese Beanspruchungen haben im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen. Mittel stark beansprucht sind Mittlere Führungskräfte insbesondere durch den Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern (Durchschnitt).

Die beruflichen Ressourcen „erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum“ sowie „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“ haben nach Angaben der Mittleren Führungskräfte im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren zugenommen (Median). Ressourcen aus dem privaten Umfeld sind insbesondere „sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)“ und „Abende im Kreise der Familie/des Partners“ (Durchschnitt).

Mit ihrer Freizeit sind die Mittleren Führungskräfte mittel zufrieden (Durchschnitt).

Sie schätzen ihre Gesundheit positiv ein. Bei der Eigenangabe zu Krankheiten stehen Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 33,1 % an erster Stelle. Die Befragten führen insbesondere Müdigkeit, Verspannungen und Nervosität auf Stress zurück (Durchschnitt). Fast 56 % der Mittleren Führungskräfte gaben an, von keiner Krankheit betroffen zu sein. Sie haben eine gute Arbeitsfähigkeit.

Parallel nahmen die Befragten an einer freiwilligen, eintägigen internistischen Präventivuntersuchung teil. Zusammenfassend konnte in Kapitel 8 gezeigt werden, dass Mittlere Führungskräfte bis auf Hypertonie ein günstiges Risikofaktorenprofil bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben. Bei den Diagnosen stehen an erster Stelle Hormon- und Stoffwechselerkrankungen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Ärzte schätzen die Gesundheit positiv ein.

Bei fast 62 % der Mittleren Führungskräfte wurden keine Krankheiten diagnostiziert.

In Kapitel 9 werden die subjektiven Daten von Mittleren Führungskräften mit den medizinischen Befunden aus den Gesundheits-Check-ups verglichen. Die Eigenangaben der Mittleren Führungskräfte bezüglich Krankheiten und die ärztlichen Diagnosen unterscheiden sich statistisch signifikant.

In Kapitel 10 wurde ein Benchmark mit 95 Oberen Führungskräften durchgeführt. Die Daten wurden im gleichen Setting wie dem der Mittleren Führungskräfte erhoben. Die Ergebnisse sind ähnlich. Mittlere und Obere Führungskräfte haben die gleichen Beanspruchungen und tendenziell die gleichen Ressourcen. Die Einschätzungen zur Zunahme der Beanspruchungen und Ressourcen sind gleich (Durchschnitt). Sie führen die gleichen körperlichen Symptome auf Stress zurück (Durchschnitt). Mittlere und Obere Führungskräfte sind mit ihrer Gesundheit zufrieden (Durchschnitt). Im Vergleich der Selbsteinschätzungen mit den ärztlichen Diagnosen sind Obere Führungskräfte prozentual von mehr Krankheitsgruppen betroffen als Mittlere Führungskräfte. Selbsteinschätzungen und ärztliche Diagnosen von Führungskräften (Mittlere und Obere) unterscheiden sich. Bei gleichem Durchschnittsalter (45 Jahre) haben Mittlere Führungskräfte ein etwas günstigeres Risikofaktorenprofil bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Einschätzungen der Ärzte und der Führungskräfte bezüglich der Gesundheit sind positiv. Tendenziell sind Mittlere Führungskräfte gesünder als Obere Führungskräfte.

Das Fazit dieser ersten Studie zu Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften lautet: Für ein aussagekräftiges Gesamtbild der Gesundheit von Führungskräften ist es wichtig und notwendig, Verfahren der subjektiven Einschätzung, Fremdeinschätzungen und medizinische Daten zu kombinieren. Dabei müssen sowohl die Beanspruchungs- als auch die Ressourcensituation berücksichtigt werden.

Ausblick

Es besteht weiterer Forschungsbedarf: Es sollten repräsentative Befragungen unter Mittleren Führungskräften durchgeführt werden, die als kontrollierte Längsschnittuntersuchungen angelegt sind. Daten zur Gesundheit von Führungskräften müssen auf eine breitere Basis gestellt werden, damit eine Generalisierbarkeit möglich wird. Positivselektionen sollten vermieden werden.

Das Phänomen der sozialen Erwünschtheit muss weiterhin bei der Dateninterpretation berücksichtigt werden. Es müssen Verfahren zur Elimination derselben entwickelt werden.

Da sich Selbsteinschätzungen und ärztliche Diagnosen von Führungskräften unterscheiden, ist es notwendig, subjektive und objektive Verfahren zur Erfassung der Gesundheit einzusetzen.

Nach Einschätzungen der Mittleren und Oberen Führungskräfte haben die Belastungen in den letzten fünf Jahren zugenommen. Geht man davon aus, dass der Trend zur Intensivierung der Arbeit anhält und dass aufgrund der demografischen Entwicklung die Führungskräfte länger im Berufsleben bleiben müssen, so sollten aus gesundheitlichen und arbeitswissenschaftlichen Aspekten Maßnahmen ergriffen werden (vgl. Rantanen, 2001).

Empfehlungen können in zweifacher Hinsicht gegeben werden. Auf der einen Seite im Sinne eines persönlichen Gesundheitsmanagements für die Führungskräfte und auf der anderen Seite für die Unternehmen.

Persönliches Gesundheitsmanagement

Die Fitness der Führungskräfte muss verbessert werden bzw. durch gezielte Verhaltensänderung muss körperliche Aktivität zur Selbstverständlichkeit werden. So kann z.B. das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mittel- bis langfristig deutlich verbessert werden, wenn regelmäßig wöchentlich mindestens 1500 kcal zusätzlich zum Grundumsatz verbraucht werden (vgl. Paffenbarger et al., 1993): Die körperliche Aktivität sollte mehr als zwei Stunden pro Woche betragen. Weitere Effekte sind neben dem geringeren Risiko für Karzinome die

Steigerung der konditionellen und koordinativen Fähigkeiten sowie die positiven Auswirkungen auf die Psyche und Stressresistenz. Gerade in Phasen hoher beruflicher Beanspruchung sind diese gesundheitsförderlichen Effekte notwendig. Auf die Work-Life-Balance sollte Wert gelegt werden, auch wegen der steigenden Zahl von psychischen Erkrankungen (Burn-out). Großkinsky (2008, S. 140 ff.) gibt Empfehlungen zu selbstaktiver Gesundheitsförderung. Grundlage ist die Übernahme von Eigenverantwortung für die Gesundheit.

Die Kompetenz zur aktiven Lebensbewältigung im Sinne eines ganzheitlichen Konzeptes von Körper, Geist und Psyche und das Management personeller Ressourcen (vgl. Steiner, 1997) müssen unterstützt werden. Das den Führungskräften aus dem Unternehmensalltag bekannte Instrument der Balanced Scorecard kann personalisiert werden.

Führungskräfte werden sowohl an den wirtschaftlichen Ergebnissen ihrer Arbeit als auch am Umgang mit ihren Mitarbeitern, Kollegen und Vorgesetzten gemessen. Ihre Kennzeichen sind das Entscheiden und das Verantworten. Dennoch sind Führungskräfte keine Übermenschen. Viel zu wenig wird bedacht, dass sie eine Verantwortlichkeit auch gegenüber sich selbst haben. Eine gute Basis für Entscheidungen ist, sich genügend Zeit zu nehmen für das Nachdenken über sich, die angestrebten Ziele und über den Beitrag, den man leisten kann für die Förderung der Mitarbeiter, des übertragenen betrieblichen und privaten Umfelds sowie für die Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit. Die Auseinandersetzung mit Fragen der Ethik kann bei der Suche nach dem individuellen „gelingen Leben“ hilfreich sein. Nicht zuletzt deswegen wird von den Führungskräften vermehrt neben der Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz eine ethische Kompetenz gefordert (vgl. Winnes, 1996, S. 94).

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gesundheits-Check-ups als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist ein unternehmensstrategisches Angebot an die Führungskräfte. Diese präventivmedizinischen Untersuchungen sowie frühzeitige Beratungen zu Lebensstil, Ernährung und Sport sollten allen Führungskräften angeboten werden. Dabei könnten die Unternehmen vielfach auf die Unterstützung von Managed Care

Organisationen wie z.B. Krankenversicherungen zurückgreifen; dies gilt vor allem, wenn die besondere Betreuung der Führungskräfte ein möglicher Ausgangspunkt für eine umfassende, sich auf alle Mitarbeiter erstreckende medizinische Versorgung ist (vgl. Wiechmann, 2003, S. 49 ff.).

Der WAI mit seiner prädiktiven Funktion für Berufsausstieg und Sterblichkeit sollte als Frühwarnsystem regelmäßig ermittelt werden. Für die Führungskräfte selbst ist dies eine gute Gelegenheit zur Selbstreflexion („Haus der Arbeitsfähigkeit“, Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 339). Der ermittelte WAI muss unterstützt bzw. verbessert werden. Ilmarinen und Tempel (2003) nennen Maßnahmen bzw. Handlungsbereiche zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 2):

Stressoren- und Anforderungsreduktion auf Unternehmensseite sowie präventive und kompensatorische Maßnahmen zur Stressbewältigung sollten angestrebt werden (vgl. Knauth, 2000, S.16).

Die Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle bei Führungskräften (z.B. Teilzeitarbeit) sind zu empfehlen (vgl. Knauth und Hornberger, 2005).

Im Sinne der Salutogenese geht es um die Stärkung der für die Führungskräfte zugänglichen organisationalen und individuellen Ressourcen. Als Ziel wird angestrebt, die Gesundheit zu erhalten bzw. die Arbeitsfähigkeit zu fördern. Gesundheitsförderung muss als integrativer Teil der Unternehmensführung verstanden werden, der somit einen Beitrag zur langfristigen Wettbewerbs- und Effizienzsicherung leistet. Die Unternehmen erwarten gerade von ihren Führungskräften überdurchschnittliches Engagement und herausragende Leistungen. Dem müssen die Arbeitsbedingungen, die Honorierung und vor allem die Fürsorgepflicht der Unternehmensführung entsprechen. Dauerhaft erfolgversprechend ist nur eine wechselseitige Loyalität.

Die Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (2004, S. 78 ff.) gibt neben den Empfehlungen an die Unternehmen auch Vorschläge für Sozialpartner, den Staat und überbetriebliche Akteure sowie Bildung und Wissenschaft, damit betriebliche Gesundheitspolitik zukunftsfähig sein kann.

Die Realisation der genannten Vorschläge zur Verhaltens- und Verhältnisprävention leistet letztlich auch einen Beitrag zur Umsetzung der Lissabon-Strategie. Im März 2000 hat der Europäische Rat in Lissabon das Gemeinschaftsziel beschlossen, die Union zum „wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt“ zu machen (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2001, S. 21). Voraussetzung für das Erreichen dieses Ziels sind in erster Linie gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen.

Literaturverzeichnis

- Alpers, G. (2006): Arbeitsfähigkeit. In: Knauth, P. und Wollert, A. (Hrsg.): Human Resource Management – Neue Formen betrieblicher Arbeitsorganisation und Mitarbeiterführung, 60. Ergänzungslieferung, Juni. Deutscher Wirtschaftsdienst, Köln, S. 1 – 16.
- Alpers, G. (2006): Gesundheit von Managern. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.): Innovationen für Arbeit und Organisation. Bericht zum 52. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft. GfA-Press, Dortmund, S. 169 – 172.
- Alpers, G. (2008): Führungskräfte und ihre Gesundheit – eine empirische Untersuchung. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.): Produkt- und Produktions-Ergonomie – Aufgabe für Entwickler und Planer. Bericht zum 54. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft. GfA-Press, Dortmund, S. 525 – 528.
- American Statistical Association (ASA) (2004): What is a survey? How to conduct Pretesting. <http://www.amstat.org/sections/srms/brochures/pretesting.pdf>, Stand: 16.02.2006.
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping. New Perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen.
- Aschauer, A. (2005): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Qualitätskriterien und Effekte. In: Auinger, F., Böhnisch, W. R., Stummer, H. (Hrsg.): Unternehmensführung durch Werte. Konzepte – Methoden – Anwendungen. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.

- Atteslander, P. (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. Walter de Gruyter Verlag, Berlin, New York.
- Atteslander, P. (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. Erich Schmidt Verlag, Berlin.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2008): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (2003): Fehlzeiten-Report 2002. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (2004): Fehlzeiten-Report 2003 – Wettbewerbsfaktor Work Life Balance. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, p. 191-215.
- Bandura, A. (1997): Self-efficacy: The exercise of control. Freeman, New York.
- BAuA (Hrsg.) (2007): Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis.
- Baum, M., Pfeiffer, W., Ciré, L., Kentner, M. (2002): Der Alkoholkonsum bei Führungskräften im Vergleich zur Normalbevölkerung. In: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 37, 11, S. 559 – 562.
- Baumann, U., Humer, K., Lettner, K., Thiele, C. (1998): Die Vielschichtigkeit von sozialer Unterstützung. In: Margraf, S., Siegrist, J., Neumer, S. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Springer-Verlag, Berlin.
- Becker, F. G., Fallgatter, M. J. (2005): Strategische Unternehmensführung. Eine Einführung mit Aufgaben und Lösungen. Erich Schmidt Verlag, Berlin.

- Becker, P. (1997): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, S. 517 – 534.
- Becker, P. (2001): Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung. In: Höfling, S. (Hrsg.): Gesundheitsoffensive Prävention – Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik. Akademie für Politik und Zeitgeschehen, München, S. 41 – 53.
- Becker, P., Minsel, B. (1986): Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Beermann, B. (1996): Psychosoziale Belastung und Mitarbeiterbeteiligung – ein Widerspruch? In: Brandenburg, U., Kuhn, K., Marschall, B., Verkoyen, C.: Gesundheitsförderung im Betrieb. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S. 411 – 416.
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1998): Was hält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band. 6, Köln.
- Beutel, M. (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. In: Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 39, S. 452 – 462.
- Blair, S. N., Kohl, H. W. III, Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S. Jr., Gibbons, L. W., Macera, C. A. (1995): Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men. JAMA, 273, p. 1093 – 1098.
- Bleicher, K. (1985): Betriebswirtschaftslehre. In: Wunderer, R. (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre als Management- und Führungslehre. Poeschel Verlag, Stuttgart.

- Bogdan, R., Taylor, S. J. (1975): *Introduction to Qualitative Research Methods*. Wiley, New York.
- Bohley, P. (2000): *Statistik*. R. Oldenbourg Verlag, München, Wien.
- Borg, I. (2003): *Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung. Theorien, Tools und Praxiserfahrungen*. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Bortz, J. (2005): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer-Verlag, Berlin.
- Bortz, J., Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Bös, K., Hänsel, F., Schott, N. (2000): *Empirische Untersuchungen in der Sportwissenschaft: Planung – Auswertung – Statistik*. Czwalina Verlag, Hamburg.
- Brandenburg, U., Marschall, B. (2000): *Gesundheitscoaching für Führungskräfte*. In: *Fehlzeiten-Report. Zahlen, Daten, Fakten aus allen Branchen der Wirtschaft 1999*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 254 – 267.
- Brewer, W. F. (1986): *What is autobiographical memory?* In: Rubin, D. C. (ed.), *Autobiographical memory*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Brewer, W. F. (1994): *Autobiographical memory and survey research*. In: Schwarz, N., Sudman, S. (eds.), *Autobiographical memory and the validity of retrospective reports* (p. 11 – 20), Springer-Verlag, New York.
- Brosius, F. (2006): *SPSS 14*. mitp-Verlag, Heidelberg.
- Bühl, A. (2006): *SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse*. Pearson Studium, München.
- Bühl, A. (2008): *SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse*. Pearson Studium, München.
- Bühner, M. (2006): *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. Pearson Studium, München.

- Bullinger, M. (2000): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 43,3, S. 190 – 197.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2001): Europäischer Bildungsraum. Grenzenlos Lernen und Arbeiten, Bonn.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2007): Geschäftsbericht 2007, Berlin.
- Bungard, W., Holling H., Schultz-Gambard, J. (1996): Methoden der Arbeits- und Organisationspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Büssing, A., Glaser, J. (1998): Managerial Stress and Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Untersuchung. Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie Nr. 44. Technische Universität, München.
- Calnan, M., Johnson, B. (1985): Health, health risks and inequalities: an exploratory study of women`s perceptions. *Sociology of Health and Illness*, 7 (1), p. 55 – 75.
- Carnethon, M. R. (2003): Fitness important for cardiovascular health. *JAMA*, 290, p. 3092 – 3100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (2001): Optimism, pessimism and self regulation. In: Chang, E. C. (ed.): *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice*. American Psychological Association, Washington D. C., p. 189 – 216.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Pozo, C. (1992): Conceptualizing the process of coping with health problems. In: Friedmann, H. S. (ed.): *Hostility, coping and health*. American Psychological Association, Washington D. C., p. 167 – 182.
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, p. 310 – 357.

- Comelli, G., Rosenstiel, L. von (2001): Führung durch Motivation. Vahlen Verlag, München.
- Cox, D. R. (1992): Planning of experiments. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics. John Wiley & Sons, New York.
- Cox, T., Cox, S. (1996): Psychosoziale und organisatorisch bedingte Gefahren bei der Arbeit. Wirtschaftsverlag, Bremerhaven.
- Crawford, R. (1987): Cultural influences on prevention and the emergence of a new health consciousness. In: Weinstein, N. D. (ed.): Taking care, Cambridge University Press, Cambridge, p. 95 – 113.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK): Gesundheitsreport 2008.
- Die Bundesregierung, Die Regierungschefs der Länder (Hrsg.) (2008): Aufstieg durch Bildung. Die Qualifizierungsinitiative für Deutschland. Dresden.
- Diekmann, A. (2008): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Deutsches Institut für Normung (2000): DIN EN ISO 10075-1, Ausgabe: 2000-11. Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Teil 1: Allgemeines und Begriffe (ISO 10075:1991). Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2000.
- Dopson, S., Stewart, R. (1990): What is happening to middle management? In: British Journal of Management. 1, p. 3 – 16.
- Dorn, L., Hammer, G. (2004): Zur Entwicklung von Qualifikationsstruktur und Qualifizierungsbedarf in der Digital Economy. In: Bullinger, H.-J., Bott, P., Schade, H.-J. (Hrsg.): Qualifikationserfordernisse durch die Informatisierung der Arbeitswelt. „Qualifikationen erkennen – Berufe gestalten“, Band 10. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld, S. 79 – 100.
- Eberle, G. (1990): Leitfaden Prävention, Sankt Augustin.

- Erbslöh, E. (1972): Interview. Seminar für Soziologie der Universität zu Köln. In: Scheuch, E. K. (Hrsg.): Studienskripten zur Soziologie. Techniken der Datensammlung, 1. B. G. Teubner Verlag, Stuttgart.
- Erikssen, G., Liestöl, K., Bjørnholt, J., Thaulow, E., Sandvik, L., Erikssen, J. (1998): Changes in physical fitness and changes in mortality. *Lancet*, 352, p. 759 – 762.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Wilk, D., Kreutel, K. (1986): Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit. Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36, S. 347 – 354.
- Faltermaier, T. (1991): Subjektive Theorie von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: Flick U. (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Roland Asanger Verlag, Heidelberg, S. 45 – 59.
- Fett, M. (1985): Motivation durch Selbstfindung. In: Pullig, K.-K., Schäkel, U., Scholz, J., Institut für Management-Entwicklung (Hrsg.), Neuberger, O. (Mitverfasser): *Leistungsträger in der Krise? Die Zukunft des mittleren Managements*. Reihe Betriebliche Weiterbildung, Band 7. Windmühle Verlag, Hamburg. S. 217 – 245.
- Filstead, W. J. (1970): *Qualitative Methodology. First Hand Involvement with the Social World*. Markham Rand Mc Nally, Chicago.
- Flade, A. (1988): Wahrnehmung. In: Asanger, R., Wenninger, G.: *Handwörterbuch der Psychologie*. Psychologie Verlags Union, München, Weinheim.
- Flick, U., Kardorff von, E., Keupp, H., Rosenstiel, L. von, Wolff, S. (1995): *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Beltz Verlag, Weinheim.
- Flick, U. (2008): *Triangulation. Eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

- Fowler, F. J., Mangione, T.W. (1990): Standardized Survey Interviewing: Minimizing Interviewer-Related Error. Sage, London.
- Frank, G. (2001): Gesundheitscheck für Führungskräfte. Ihr persönlicher Weg zu mehr Leistungsfähigkeit jenseits aller Moden. Campus Verlag, Frankfurt, New York.
- Freier, K. (2005): Work Life Balance. Zielgruppenanalyse am Beispiel eines deutschen Automobilkonzerns. In: Knauth, P. (Hrsg.): Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis, Band 23. Peter Lang - Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main.
- Freude, G. (2007): Vitalität und Arbeitsfähigkeit von Führungskräften. Altersassoziierte Veränderungen und salutogenetische Faktoren. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. 42, 10, S. 544 – 553.
- Friedrichs, J. (1973): Methoden empirischer Sozialforschung. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Froemer, F. (1991): Immun gegen Krankheiten? Die Persönlichkeit ist Faktor Nr. 1. In: Der Arbeitgeber. Heft 91.03, S. 100 – 101.
- Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R., Rammstedt, O., Wienold, H. (Hrsg.) (1994): Lexikon zur Soziologie. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Fydrich, T., Sommer, G. (2003): Diagnostik sozialer Unterstützung. In: Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen.
- Gabler Wirtschaftslexikon (1992): Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Gerlmaier, A. (2002): Neue Selbstständigkeit in der Informationsgesellschaft. Ein Vergleich von Anforderungen und individuellen Ressourcenpotenzialen bei autonom-flexiblen und arbeitsteiligen Arbeitsformen im IT-Bereich. Dortmund.
- Goffee, R., Scase, R. (1986): Are the rewards worth the effort? Changing managerial values in the 1980s'. In: Personnel Review, Vol. 15, p. 3 – 6.

- Goldstein, E. B. (1997): *Wahrnehmungspsychologie: Eine Einführung*. Spektrum Verlag, Heidelberg.
- Graf, C. (2001): *Wie viel Sport muss sein?* *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 143, S. 48 – 50.
- Graf, H., Grote, V. (logo consult Unternehmensberatung GmbH) (2003): *Betriebliche Gesundheitsförderung als Personal- und Organisationsentwicklung in Klein- und Mittelunternehmen aus der Sicht von Führungspersonen*, Rosegg.
- Gros, E. (1994): *Anwendungsbezogene Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie – Eine Einführung*. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.
- Großkinsky, S. (2008): *Systemprinzipien der Gesundheitsversorgung in der Sozialen Marktwirtschaft. Eine ordnungsökonomische Analyse*. In: Klusen, N., Meusch, A. (Hrsg.): *Beiträge zum Gesundheitsmanagement*, Band 22. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Grunow, D., Breitkopf, K., Grunow-Lutter, V. (1984): *Gesundheitsselbsthilfe durch Laien. Erfahrungen, Motive, Kompetenzen*. Kleine-Verlag, Bielefeld.
- Halle, M. (2000): *Adipositas und Bewegungsmangel als kardiovaskuläre Risikofaktoren*. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 51, S. 123 – 129.
- Hammar, N., Alfredsson, L., Smedberg, M., Ahlbom, A. (1992): *Differences in the Incidence of Myocardial Infarction among Occupational Groups*. *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, 18, p. 178 – 185.
- Hardege, St., Klös, H.-P. (2008): *Der deutsche Arbeitsmarkt im Spiegel der wirtschaftlichen Megatrends*. In: Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): *Die Zukunft der Arbeit in Deutschland. Megatrends, Reformbedarf und Handlungsoptionen*. Schriften zur Wirtschaftspolitik aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln. Deutscher Instituts-Verlag, Köln. S. 9 – 30.

- Haunger, H., Berg, A. (2000): Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. Deutsches Ärzteblatt, A, 12, S. 768 – 774.
- Haunschild, J. (1991): Zur Messung des Innovationserfolgs. In: ZfB, 4, S. 451 – 476.
- Helmert, U. (1994): Moderate and vigorous leisure-time physical activity and cardiovascular risk factors in West Germany. International Journal of Epidemiology. 23, 2, p. 285 – 292.
- Herzlich, C. (1973): Health and illness: A social psychological analysis. Academic Press, London.
- Hess, M. (1988): Grundlagen der Gestaltung individueller Arbeitszeitsysteme für Führungskräfte. Grösch.
- Hettinger, Th., Wobbe, G. (Hrsg.) (1993): Kompendium der Arbeitswissenschaft, Kiehl Verlag, Ludwigshafen.
- Hofstetter, H. (1988): Die Leiden der Leitenden. Datakontext-Verlag, Köln.
- Hollmann, W., Kurz, D., Mester, J. (eds.) (2001): Current results on health and physical activity. Hofmann-Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Hornberger, S. (2001): Integratives Belastungs-Beanspruchungs-Konzept für individualisierte Arbeitsbedingungen. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.): Arbeitsgestaltung, Flexibilisierung, Kompetenzentwicklung. Bericht zum 47. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft. GfA-Press, Dortmund, S. 393 – 396.
- Hornberger, S. (2006): Individualisierung in der Arbeitswelt aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. In: Knauth, P. (Hrsg.): Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis, Band 26. Peter Lang - Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main.
- House, J. S., Wells, J. A. (1978): Occupational Stress, social support and health. U.S. Department of Health, Education and Welfare. NI-OSH Research Report Nr. 78 – 140.

- Hunziger, A. (2004): Ergebnisse der Kienbaum-Studie „Die Worklife Balance internationaler Top Manager“. In: Meifert, T. M., Kesting, M. (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, S. 15 – 26.
- Hunziger, A., Kesting, M. (2004): „Work-Life-Balance“ von Führungskräften – Ergebnisse einer internationalen Befragung von Top-Managern 2002/2003. In: Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2003: Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Ilmarinen, J., Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA Verlag 2002, Hamburg.
- Ilmarinen, J., Tempel, J. (2003): Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In: Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2002. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K. (2004): Past Present and Future of Work Ability. In: Ilmarinen, J., Lehtinen, S. (Hrsg.): Past Present and Future of Work Ability – People and Work Research Report 65. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, p. 1 – 25.
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.) (2004): Perspektive 2050 – Ökonomik des demographischen Wandels. Deutscher Instituts-Verlag, Köln.
- Janssen, J., Laatz, W. (2005): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Jeschke, D., Zeilberger, K. (2004): Altern und körperliche Aktivität. Deutsches Ärzteblatt, A, 101, 12, S. 789 – 798.

- Jones, F., Fletcher, B. (2003): Job Control, Physical Health and Psychological Well-Being. In: Schabracq, M. J., Winnubst, J. A. M., Cooper, C. L. (eds.): *The Handbook of Work und Health Psychology*. Wiley, Chichester, p. 121 – 142.
- Jürgens, K., Voß, G. G. (2007): Gesellschaftliche Arbeitsteilung als Leistung der Person. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): *Entgrenzung von Arbeit und Leben. APuZ Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*. 34/2007, S. 3 – 9.
- Kahler, T. (1977): Das Miniskript. In: Barnes, G. et al: *Transaktionsanalyse seit Eric Berne*. Band 2, S. 91 – 132.
- Karasek, R. A. (1979): Job demands, Job Decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Sciences Quarterly*, 24, p. 285 – 311.
- Karasek, R. A., Theorell, T. (1990): *Healthy work. Stress, Productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
- Karl, D. (2009): Arbeitsfähigkeit, ein ganzheitlicher, integrativer Ansatz. In: Knauth, P. (Hrsg.): *Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis*, Band 31. Peter Lang - Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien.
- Klaus, G., Buhr, M. (Hrsg.) (1972): *Marxistisch-leninistisches Wörterbuch der Philosophie*. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Klös, H.-P., Neumann, M. (2008): Wachstumsfaktor Arbeit: Ein arbeitsmarkt-ökonomisches Leitbild für Deutschland. In: Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): *Die Zukunft der Arbeit in Deutschland. Megatrends, Reformbedarf und Handlungsoptionen. Schriften zur Wirtschaftspolitik aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln*. Deutscher Instituts-Verlag, Köln. S. 319 – 339.

- Knauth, P. (2000): Lange Anwesenheitszeiten von Führungskräften – ein notwendiges Übel? In: Wollert, A. und Knauth, P. (Hrsg.) (2009): Human Resource Management (Digitale Fachbibliothek). Neue Formen betrieblicher Arbeitsorganisation und Mitarbeiterführung: Strategien, Instrumente, Praxisbeispiele. Symposion Publishing, Düsseldorf, S. 1 – 34.
- Knauth, P., Hornberger, S. (2005): Gesundheitliche Belastungen und flexible Arbeitszeiten. In: Lorenz, F., Schneider, G. (Hrsg.): Vertrauensarbeitszeit, Arbeitszeitkonten, Flexi-Modelle, Konzepte und betriebliche Praxis. VSA-Verlag, Hamburg, S. 77 – 116.
- Kobasa, S. C. (1979): Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), p. 1 – 11.
- Koos, E. L. (1954): *The Health of Regionville. What the People thought and Did about it.* Hafner Publishing, New York, London.
- Kuhlmann, E. (1996): Subjektive Gesundheitskonzepte. Eine empirische Studie mit Professorinnen und Professoren. In: *Medizin & Gesellschaft*, Band 9. LIT Verlag, Münster.
- Kujala, U. M., Kaprio, J., Sarna, S., Koskenvuo, M. (1998): Relationship of leisure time physical activity and mortality. *JAMA*, 279, p. 440 – 444.
- Lackner, C. (1995): *Über den Umgang mit der Zeit in Organisationen.* Klagenfurt.
- Lakka, T. A., Laukkanen, J. A., Rauramaa, R., Salonen, R., Lakka, H. M., Kaplan, G. A., Salonen, J. T. (2001): Cardiorespiratory fitness and progression of carotid atherosclerosis in middle-aged men. *Annual Internal Medicine*, 134, p. 12 – 20.
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch.* Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Lattmann, Ch. (1982): *Die verhaltenswissenschaftlichen Grundlagen der Führung des Mitarbeiters.* Paul Haupt Verlag, Bern, Stuttgart.

- Lazarus, R. S., Launier, R. (1981): Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.): Streß, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Hans Huber Verlag, Bern. S. 213 – 260.
- Lepper, M. (1985): Die Zukunft der mittleren Leitungsebene. In: Verwaltungsführung, Organisation, Personal. 6, S. 270 – 276.
- Linneweh, K., Hofmann, L. M. (1999): Persönlichkeitsmanagement. In: Rosenstiel, L. von, Regnet, E., Domsch, M. E. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. USW-Schriften für Führungskräfte, Band 20, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart. S. 79 – 89.
- Linneweh, K., Hofmann, L. M. (2003): Persönlichkeitsmanagement. In: Rosenstiel, L. von, Regnet, E., Domsch, M. E. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart. S. 100 – 109.
- Löllgen, H. (2008): Neue Befunde zur Prävention. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. 59, 10, S. 243 – 244.
- Lüder gen. Lühr, J. (1998): Das Stress-Lexikon. Hüthig Verlag, Heidelberg.
- Lümkemann, D. (2004): Bewegungsmanagement - Möglichkeiten und Nutzen betrieblicher Angebote. In: Meifert, M. T. (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, S. 167 – 182
- Macharzina, K., Engelhardt, H. (1982): Mittleres Management und Strategische Unternehmenssteuerung – Zur betriebswirtschaftlichen Bedeutung von Angestellten in Leitungsfunktionen. In: Journal für Betriebswirtschaft. 3, S. 165 – 179
- Maiwald, J., Schick, A. (2001): Hören, reden, überzeugen: die Kunst der erfolgreichen Argumentation. Markt-und-Technik Verlag, München.

- Malik, F. (1993): Leistung und Verantwortung – Wozu Top-Manager eigentlich bezahlt werden. In: Schuppert, D., Lukas, A. (Hrsg.): Lust auf Leistung. Die neue Legitimation in der Führung. Gabler Verlag, Wiesbaden. S. 55 – 73.
- Marmot, M., Theorell, T., Siegrist, J. (2002): Work and Coronary Heart Disease. In: Stansfeld, S., Marmot, M. (eds.): Stress and the heart. Psychosocial pathways to coronary heart disease. BMJ Books, London, p. 50 – 71.
- Mayring, P. (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Mayring, P. (1997): Qualitative Analyse: Grundlagen und Techniken. Deutscher Studien Verlag, Weinheim.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Müller, U. R. (1995): Schlanke Führungsorganisation. Die neuen Aufgaben des mittleren Managements. WRS Verlag Wirtschaft, Recht und Steuern, Plannegg.
- Münch, E., Walter, U., Badura, B. (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Sigma Verlag, Berlin.
- Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., Atwood, J. E. (2002): Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. New England Journal of Medicine, 46, p. 793 – 801.
- Nachreiner, F. (2008): Erfassung psychischer Belastung und Rückwirkung auf die Arbeitsgestaltung. In: Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.): Leistung und Lohn. Zeitschrift für Arbeitswirtschaft. Nr. 445 – 449, April, Berlin, S. 5 – 28.

- Neuberger, O., Allerbeck, M. (1978): Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. In: Ulich, E. (Hrsg.): Schriften zur Arbeitspsychologie, Band 26. Hans Huber Verlag, Bern.
- Ohm, S., Strohm, O. (2001): Arbeits-, Führungs- und Gesundheitsrealitäten im Management. In: Wirtschaftspsychologie, 2, S. 52 – 61.
- Otte, R. (1994): Gesundheit im Betrieb. Leistung durch Wohlbefinden. FAZ Wirtschaftsbücher, FAZ Verlag, Frankfurt am Main.
- Paffenbarger, R. S., Hyde, R. T., Wing, A. L., Lee, I.-M., Jung, D. L., Kampert, J. B. (1993): The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *New England Journal of Medicine*, 328, p. 538 – 545.
- Patry, J.-L. (1982) (Hrsg.): Feldforschung. Methoden und Probleme sozialwissenschaftlicher Forschung unter natürlichen Bedingungen. Hans Huber Verlag, Bern.
- Pennebaker, J. W. (1982): The psychology of physical symptoms. Springer-Verlag, New York.
- Pfeiffer, W., Scholl, J., Renz, E., Cirè, L., Kentner, M. (2001): Wie gesund sind Führungskräfte? Eine Querschnittsstudie zum kardiovaskulären Risikofaktorenprofil von Managern. In: *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 36, S. 126 – 131.
- Pinchot, G. (1985): *Intrapreneuring: Why you don't have to leave the corporation to become an entrepreneur*. New York.
- Pospeschill, M. (2006): *Statistische Methoden: Strukturen, Grundlagen, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Elsevier, Spektrum Akademischer Verlag, München.
- Pschyrembel *Klinisches Wörterbuch* (2007): de Gruyter Verlag, Berlin.
- Quaas, W. (1994): *Das arbeitsorientierte und kompetente Unternehmen: ein Leitbild mit Zukunft*. Preprint Verlag, Magdeburg.

- Rantanen, J. (2001): Impact of Globalization on Occupational Health. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. 36, 4-2001, S. 153 – 160.
- Regnet, E. (2003): Stress und Möglichkeiten der Stresshandhabung. In: Rosenstiel, L. von, Regnet, E., Domsch, M. E. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Schäffer-Poeschl Verlag, Stuttgart, S. 119 – 129.
- 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.
- Revenstorf, D. (1976): Lehrbuch der Faktorenanalyse. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Richter, P., Hacker, W. (1998): Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Richter, P., Uhlig, K. (1998): Psychische Belastungen und Ressourcen in der Arbeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Ansätze für eine betriebliche Prävention. In: Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A.-M. (Hrsg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 407 – 422.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Rohmert, W. (Hrsg.) (1974): Entwicklung und Erkenntnisse der Arbeitswissenschaft. Beuth Verlag, Berlin.
- Rohmert, W. (1984): Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Jg. 38, 3, S. 193 – 200.

- Rohmert, W., Rutenfranz, J. (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Bonn.
- Rohmert, W., Rutenfranz, J. (1983): Praktische Arbeitsphysiologie. Thieme Verlag, Stuttgart, New York.
- Rosenstiel, L. von (2003): Entwicklung und Training von Führungskräften. In: Rosenstiel, L. von, Regnet, E., Domsch, M. E. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, S. 67 – 83.
- Rosenstiel, L. von, Einsiedler, H. E. (1987): Führung durch Geführte. In: Kieser, A., Reber, G., Wunderer, R. (Hrsg.): Handwörterbuch der Führung. Poeschel Verlag, Stuttgart, S. 982 – 998.
- Rotter, J. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. Psychological Monographs, Whole No. 609, 80.
- Rudow, B. (2004): Das gesunde Unternehmen. R. Oldenbourg Verlag, München, Wien.
- Rüegg-Stürm, J. (2002): Das neue St. Galler Management-Modell. Grundkategorien einer integrierten Managementlehre. Der HSG-Ansatz. Paul Haupt Verlag, Bern, Stuttgart, Wien.
- Sachs, I. (2006): Gesundheit von Managern – Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten von Führungskräften in der Deutschen Wirtschaft. In: Sachs, I., Claßen, G., Neumann, W. (Hrsg.) (2006): Forschung im Gesundheitsmanagement. Band I: Beiträge zur betrieblichen Gesundheitsförderung, ambulanten Rehabilitation und Gesundheit von Managern. Hochschule Neubrandenburg, S. 7 – 90.
- Sandvik, L., Erikssen, L., Thaulow, E., Erikssen, G., Mundal, R., Rodahl, K. (1993): Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle-aged Norwegian men. New England Journal of Medicine, 328, p. 553 – 557.

- Schanz, G. (1992): Flexibilisierung und Individualisierung als strategische Elemente der Personalpolitik. In: Kienbaum, J. (Hrsg.): Visionäres Personalmanagement, Poeschel Verlag, Stuttgart, S. 255 – 280.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1992): Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update. *Cognitive Therapy and Research*. 16 (2), p. 201 – 228.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. (1989): Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, p. 1024 – 1040.
- Scheuch, E. (1973): Das Interview in der Sozialforschung. In: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 2, Grundlegende Methoden und Techniken, 1. Teil. Stuttgart.
- Schnell, R. (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen - Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Leske und Budrich Verlag, Opladen.
- Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E. (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München, Wien.
- Schwarz, H., Jacobs, J. (1979): Qualitative sociology. A method to the madness. Free Press, New York.
- Scott, W. R. (1986): Grundlagen der Organisationstheorie. Frankfurt am Main, New York.
- Semmer, N. K., Udris, I. (2004): Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, H. (Hrsg.): Lehrbuch Organisationspsychologie. Hans Huber Verlag, Bern. S. 157 – 195.
- Sennett, R. (2008): Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin Verlag, Berlin.
- Siegmund-Schultze, N. (2009): Sport und Krebs. Präventive und therapeutische Effekte. *Deutsches Ärzteblatt*, A, 106, 10, S. 444 – 447.

- Skelton, J. A., Pennebaker, J. W. (1982): The psychology of physical symptoms and sensations. In: Sanders, G. S., Suls, J. (eds.): Social psychology of health and illness. Erlbaum, Hillsdale, p. 99 – 128.
- Sokejima, S., Kagamimori, S. (1998): Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan. *British Medical Journal*, p. 775 – 789.
- Sonntag, S., Frese, M. (2002): Stress in Organizations. In: Bormann, W. C., Ilgen, D. R., Klimoski, R. J., Weiner, I. B. (eds.): *Handbook of Psychology, Industrial and Organizational Psychology*. Wiley, New York.
- Sparks, K., Cooper, C., Fried, Y., Shirom, A. (1997): The effects of hours of work on health: A meta-analytic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 70, p. 391 – 408.
- Spijk, P. v. (1993): Gesundheitskonzepte in historischer Perspektive. In: Gatzwatz, R., Novak P. (Hrsg.): *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte*. Universitätsverlag, Ulm, S. 47 – 59.
- Stadler, P., Spieß, E. (2003): Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien. *Forschung – Fb 977*. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*. Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven.
- Staehele, W. H. (Conrad, P., Sydow, J.) (1999): *Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive*. Verlag Franz Vahlen, München.
- Stahl, H. K. (2004): Stützen des Unternehmens. *Harvard Business Manager*, 04/04, S. 24 – 35.
- Stegmüller, W. (1970): *Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie. Band II: Theorie und Erfahrung*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

- Steiner, H. (1997): Management personeller Ressourcen durch Wellness-Center. Impulse aus den USA für deutsche Unternehmen. In: Wollert, A. und Knauth, P. (Hrsg.) (2009): Human Resource Management (Digitale Fachbibliothek). Neue Formen betrieblicher Arbeitsorganisation und Mitarbeiterführung: Strategien, Instrumente, Praxisbeispiele. Symposium Publishing, Düsseldorf, S. 1 – 32.
- 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.
- Streich, R. (1986): Führungskräfte im Spannungsfeld von Arbeit, Freizeit und Familie – Teil II. In: Management-Forum. 2, S. 277 – 294.
- Sudman, S., Bradburn, N. M., Schwarz, N. (1996): Thinking About Answers. The Application of Cognitive Processes to Survey Methodology. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Syedain, H. (1991): Middle Managers an endangered species. In: Management Today, 5, p. 46 – 50.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007): Using Multivariate Statistics, Pearson Education, Boston, New York, San Francisco, Mexico City, Montreal, Toronto, London, Madrid, Munich, Paris, Hong Kong, Singapore, Tokyo, Cape Town, Sydney.
- Thompson, J. D. (1967): Organizations in action. New York.
- Torrington, D., Weightman, J. (1987): Middle management work. In: Journal of General Management. 13, 2, p. 74 – 89.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C., Rimann, M. (1992): Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. Psychosozial, 15 (4), S. 9 – 22.
- Ulich, E. (1998): Arbeitspsychologie. vdf, Hochschulverlag AG an der ETH Zürich und Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart.

- Ulrich, H. (1984): Management, Paul Haupt Verlag, Bern.
- Uyterhoeven, H. (1990): Wie Mittelmanager ihre schwierige Rolle besser spielen können. Harvard Manager, Band 4, manager magazin Verlagsgesellschaft, Hamburg. S. 18 – 26.
- Vedder, G. (2001): Zeitnutzung und Zeitknappheit im mittleren Management. Personalwirtschaftliche Schriften, Band 18. Rainer Hampp Verlag, München, Mering.
- Virchow, R. (1856): Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin. Frankfurt.
- Viswesvaran, C., Sanchez, J. I., Fisher, J. (1999): The Role of Social Support in the Process of Work Stress: A Meta-Analysis. Journal of Vocational Behavior, 54, p. 314 – 334.
- Voigt, D. (1978): Gesundheitsverhalten. Zur Soziologie gesundheitsbezogenen Verhaltens. Hypothesen, Theorie, empirische Untersuchungen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Walgenbach, P. (1994): Mittleres Management: Aufgaben - Funktionen - Arbeitsverhalten. In: neue betriebswirtschaftliche forschung, Band 127. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Education Monographs, 6, p. 160 – 170.
- Weibler, J. (2003): Führung der Mitarbeiter durch den nächsthöheren Vorgesetzten. In: Rosenstiel, L. von, Regnet, E., Domsch, M. E. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, S. 315 – 328.
- Wiechmann, M. (2003): Managed Care – Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem. In: Witt, D. (Hrsg.): NPO-Management. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.

- Williams, R. (1983): Concepts of health: an analysis of lay logic. *Sociology*, 17 (2), p. 185 – 205.
- Winnes, R. (1996): Führungskompetenz im Wandel der Zeit. In: Becker, J., Bol, G., Christ, T., Wallacher, J. (Hrsg.): *Ethik in der Wirtschaft. Chancen verantwortlichen Handelns*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 84 – 98.
- Witte, J. (2007): Wenn Topmanager ausgebrannt sind, kann der Schaden in die Millionen gehen. In: *vdi-nachrichten* vom 9.2.2007. Interview mit Ruth Stock-Homburg.
- Wobbe, G. (1993): Bedeutung, Abgrenzung, Gesamtsystem. In: Hettinger, Th. und Wobbe, G. (Hrsg.): *Kompodium der Arbeitswissenschaft*. Kiehl Verlag, Ludwigshafen, S. 13 – 22.
- Wollert, A. (2008a): Die Zukunft der Arbeitsgesellschaft. In: Wollert, A. und Knauth, P. (Hrsg.): *Human Resource Management (Digitale Fachbibliothek). Neue Formen betrieblicher Arbeitsorganisation und Mitarbeiterführung: Strategien, Instrumente, Praxisbeispiele*. Symposium Publishing, Düsseldorf, S. 1 – 18.
- Wollert, A. (2008b): Work-Life-Balance: eine soziale Innovation. In: Wollert, A. und Knauth, P. (Hrsg.): *Human Resource Management (Digitale Fachbibliothek). Neue Formen betrieblicher Arbeitsorganisation und Mitarbeiterführung: Strategien, Instrumente, Praxisbeispiele*. Symposium Publishing, Düsseldorf, S. 1 – 20.
- Wollert, A. (2008c): Führen im Unternehmen. In: *Handbuch der Aus- und Weiterbildung*. Deutscher Wirtschaftsdienst, Wolters Kluwer. Köln, 190, Juni, S. 1 – 26.
- World Health Organization (WHO) (1986): *Ottawa Charta for Health Promotion*. Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2006): *Global Database on Body Mass Index*. http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, Stand: 1.2.2009.

- Wunderer, R. (2003): Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre. Luchterhand, ein Imprint der Wolters-Kluwer Deutschland, München, Neuwied.
- Wunderer, R., Kuhn, T. (1993): Unternehmerisches Personalmanagement. Konzepte, Prognosen und Strategien für das Jahr 2000. Ein Gestaltungsansatz unter Mitwirkung von 16 führenden deutschen Unternehmen. Campus Verlag, Frankfurt, New York.
- Wunderer, R., Küpers, W. (2003): Demotivation → Remotivation. Wie Leistungspotenziale blockiert und reaktiviert werden. Luchterhand, ein Imprint der Wolters Kluwer Deutschland, München, Krißfeld, Neuwied.
- Zapf, D., Semmer, N. K. (2004): Stress und Gesundheit in Organisationen. In: Schuler, H. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D, Praxisgebiete, Serie III 3, Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Organisationspsychologie I – Grundlagen und Personalpsychologie. Hogrefe Verlag, Göttingen, S. 1007 – 1112.
- Zerssen, D.v. (1976): Die Beschwerden-Liste. Beltz Verlag, Weinheim.

Anhang

Anhang 1	Fragebogen und Medizinisches Datenblatt	230
Anhang 2	Daten zu Mittleren Führungskräften	246
Anhang 3	Daten zu Oberen Führungskräften	253
Anhang 4	Statistik	260
Anhang 5	Abstract	264

Anhang 1 Fragebogen und Medizinisches Datenblatt



Fragebogen

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

die Gesundheit der Führungskräfte wird im Rahmen der sich rasant verändernden wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen ein immer wichtigerer Aspekt für die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. Deshalb führt IAS PREVENT gemeinsam mit der Universität Karlsruhe (TH) eine wissenschaftliche Studie zum Thema

„Die Führungskraft und ihre Gesundheit“

durch. Der folgende Fragebogen ist eine Ergänzung zu Ihrer ärztlichen Untersuchung.

Der Fragebogen besteht aus den folgenden drei Teilen:

- A Situationen im Alltag
- B Angaben zu Ihrer Person
- C Fragen zur Arbeitsbewältigung

Bitte nehmen Sie auf den folgenden Seiten Stellung zu Ihrer gegenwärtigen Arbeitssituation und Ihrem gesundheitlichen Befinden. Um auch Veränderungen berücksichtigen zu können, werden Sie gebeten, Ihre Situation vor 5 Jahren im Vergleich zur Ihrer heutigen zu beurteilen. Bitte nehmen Sie den Begriff „vor 5 Jahren“ nicht zu wörtlich.

Setzen Sie Ihr Kreuz bitte so spontan wie möglich – die erste Reaktion spiegelt die persönliche Meinung meist am Besten wider.

Hier ein Beispiel zum unterstützenden Faktor „Gespräche mit dem Partner“:

Im beruflichen und privaten Alltag gibt es zahlreiche Faktoren, die Sie als unterstützend empfinden können. Für den Beispielfaktor „**Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge**“ sollen Sie beurteilen, **1. wie stark Sie sich unterstützt fühlen durch ...**, **2. wie häufig Sie sich unterstützt fühlen durch ...** und **3. die Veränderung** dieser Unterstützung im Vergleich zu Ihrer Situation vor 5 Jahren.

	1. Wie stark fühle ich mich unterstützt durch ...					2. Wie häufig fühle ich mich unterstützt durch ...					3. Veränderung		
	sehr gering	gering	mittel	stark	sehr stark	nie	selten	manchmal	oft	immer	abgenommen	unverändert	zugenommen
... Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge?	1	2	3	X	5	1	2	3	X	5	-	0	X

Zu „**1. Wie stark fühle ich mich unterstützt durch ...?**“: Wenn nach Ihrem subjektiven Empfinden Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge für Sie stark unterstützend sind, so setzen Sie bitte im **ersten Block** unter „**stark**“ das Kreuz.

Zu „**2. Wie häufig fühle ich mich unterstützt durch ...?**“: Fühlen Sie sich durch diese Gespräche oft unterstützt, so setzen Sie bitte im **zweiten Block** unter „**oft**“ das Kreuz.

Zu „**3. Veränderung**“: Wenn Sie der Meinung sind, dass für Sie die Unterstützung durch die Gespräche mit dem Partner heute größer ist im Vergleich zu Ihrer Situation vor 5 Jahren, so setzen Sie bitte im **dritten Block** unter „**zugenommen**“ das Kreuz.

Ich versichere Ihnen, dass ich Ihre Antworten streng vertraulich behandle. Ihr Fragebogen wird nicht an Dritte weitergeleitet und von mir treuhänderisch behandelt. Ihre Daten werden anonymisiert ausgewertet und ausschließlich in Form von Gruppendaten (z.B. Altersgruppe) veröffentlicht.

Bitte füllen Sie den Fragebogen während der Wartezeiten zwischen Ihren Untersuchungen aus. Für Ihre Mitarbeit danke ich Ihnen im voraus herzlich. Wenn Sie Rückfragen haben und weitere Informationen wünschen, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.



Dipl.-Wi.-Ing. Gabriele N. Alpers
(Tel: +49 173 - 322 51 40)

P.S.: Als kleines Dankeschön für Ihren vollständig ausgefüllten Fragebogen erhalten sie über Ihren Arzt von mir das Buch „Führen – Verantworten – Werte schaffen“ von Artur Wollert.

A Situationen im Alltag

1. Im beruflichen und privaten Alltag werden Sie durch zahlreiche Faktoren unterstützt. Bitte beurteilen Sie **1. Wie stark Sie sich unterstützt fühlen durch ...** und **2. Wie häufig Sie sich unterstützt fühlen durch ...** sowie **3. die Veränderung** im Vergleich zu Ihrer Situation vor 5 Jahren. Bitte zu jedem Faktor in jedem der drei Blöcke ein Kreuz setzen.

	1. Wie stark fühle ich mich unterstützt durch ...					2. Wie häufig fühle ich mich unterstützt durch ...					3. Veränderung		
	sehr gering	gering	mittel	stark	sehr stark	nie	selten	manchmal	oft	immer	abgenommen	unverändert	zugenommen
... abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... erweiterten Entscheidungs-/Handlungsspielraum?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... meinen Vorgesetzten?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... meine Mitarbeiter?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... meine Kollegen?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Arbeiten von zu Hause aus (z.B. Telearbeit, home office)? *	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Teilzeit (bis zu 50% reduzierte Wochenarbeitszeit)? *	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... sonstiges (bitte hier eintragen):	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+

* sofern zutreffend

Bietet Ihnen Ihr Arbeitgeber in Ihrer derzeitigen Situation die Möglichkeiten zur

Telearbeit (Arbeiten von zu Hause aus):

- nein
 ja, welchen Anteil der Arbeitszeit können/könnten Sie zu Hause bleiben? %

Teilzeit (reduzierte Wochenarbeitszeit):

- nein
 ja, auf welchen Anteil ggü. Vollzeit können/könnten Sie reduzieren? %

	1. Wie stark fühle ich mich unterstützt durch ...					2. Wie häufig fühle ich mich unterstützt durch ...					3. Ver-änderung		
	sehr gering	gering	mittel	stark	sehr stark	nie	selten	manchmal	oft	immer	abgenommen	unverändert	zugenommen
... Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Gespräche mit Freunden/Bekanntem über berufliche Dinge?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Abende im Kreise der Familie/des Partners?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Abende mit Freunden?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Entspannungstechniken zum seelischen Ausgleich (z.B. Meditation, Yoga)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... allein sein (um zu reflektieren und zu entspannen)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... sonstiges (bitte hier eintragen):	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+

2. Im Alltag gibt es zahlreiche Faktoren, die Sie als belastend empfinden könnten. Bitte beurteilen Sie **1. wie stark Sie sich belastet fühlen durch ...** und **2. wie häufig Sie sich belastet fühlen durch ...** sowie **3. die Veränderung** im Vergleich zu Ihrer Situation vor 5 Jahren. Bitte zu jedem Faktor in jedem der drei Blöcke ein Kreuz setzen.

	1. Wie stark fühle ich mich belastet durch ...					2. Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...					3. Veränderung		
	sehr gering	gering	mittel	stark	sehr stark	nie	selten	manchmal	oft	immer	abgenommen	unverändert	zugenommen
... viel Arbeit?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Überforderung?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... wenig Arbeit?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Unterforderung?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... monotone Arbeit (z.B. Ablage, Statistik)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Zeitdruck?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Anfragen per E-Mail, Telefon etc.?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Informationsüberflutung?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Informationsmangel?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... unklare Anweisungen?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... die ständige Änderung der Zielvorgaben (moving targets)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... mangelnde Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten einzusetzen?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... mangelnden Entscheidungsspielraum?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... geringe Chancen der beruflichen Entwicklung?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... nicht planbare Arbeitszeit?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... die Angst, mit den Herausforderungen nicht fertig zu werden?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+

	1. Wie stark fühle ich mich belastet durch ...					2. Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...					3. Ver- änderung		
	sehr gering	gering	mittel	stark	sehr stark	nie	selten	manchmal	oft	immer	abgenommen	unverändert	zugenommen
... die Unsicherheit meines eigenen Arbeitsplatzes?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... die Arbeitsplatzunsicherheit der Mitarbeiter?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... mangelnde Kompetenz der Kollegen?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... mangelnde Kompetenz der Vorgesetzten?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... mangelnde Kontrolle über den eigenen Verantwortungsbereich?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... schlechtes Betriebsklima?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgruppen/Abteilungen?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... sonstiges (bitte hier eintragen):	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+

	1. Wie stark fühle ich mich belastet durch ...					2. Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...					3. Veränderung		
	sehr gering	gering	mittel	groß	sehr groß	nie	selten	manchmal	oft	immer	abgenommen	unverändert	zugenommen
... Kommunikationsstörung unter den Kollegen ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Kommunikationsstörung unter den Mitarbeitern ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Kommunikationsstörung unter den Vorgesetzten ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Kommunikationsstörung mit oberen Hierarchieebenen ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... Kommunikationsstörung mit unteren Hierarchieebenen ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... meine Unzufriedenheit mit einzelnen Mitarbeitern?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... das Konkurrenzverhalten unter den Mitarbeitern ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... das Konkurrenzverhalten unter den Kollegen ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... das Konkurrenzverhalten unter den Vorgesetzten ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... das Konkurrenzverhalten gegenüber dem Vorgesetzten ?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... die hohen Anforderungen des Vorgesetzten?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... die fehlende Anerkennung vom Vorgesetzten?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... geringe Unterstützung durch die Familie bzgl. der Arbeit?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... gegensätzliche Anforderungen von Arbeit und Privatsphäre?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+
... sonstiges (bitte hier eintragen):													
.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	-	0	+

3. Der Alltag lässt oft wenig Zeit, um über sich, die eigene Gesundheit und verschiedene weitere Lebensbereiche nachzudenken. Bitte beurteilen Sie die **Zufriedenheit** mit Ihrer Gesundheit und verschiedenen Lebensbereichen sowie jeweils die **Veränderung** im Vergleich zu Ihrer Situation vor 5 Jahren. Bitte pro Zeile in jedem der zwei Blöcke ein Kreuz setzen.

	1. Wie zufrieden bin ich mit ...					2. Veränderung		
	sehr unzufrieden	unzufrieden	mittel	zufrieden	sehr zufrieden	abgenommen	unverändert	zugenommen
... meinem körperlichen Gesundheitszustand?	1	2	3	4	5	-	0	+
... meiner seelischen Verfassung?	1	2	3	4	5	-	0	+
... meiner körperlichen Leistungsfähigkeit?	1	2	3	4	5	-	0	+
... meiner geistigen Leistungsfähigkeit?	1	2	3	4	5	-	0	+
... meiner Widerstandskraft gegen Krankheiten?	1	2	3	4	5	-	0	+

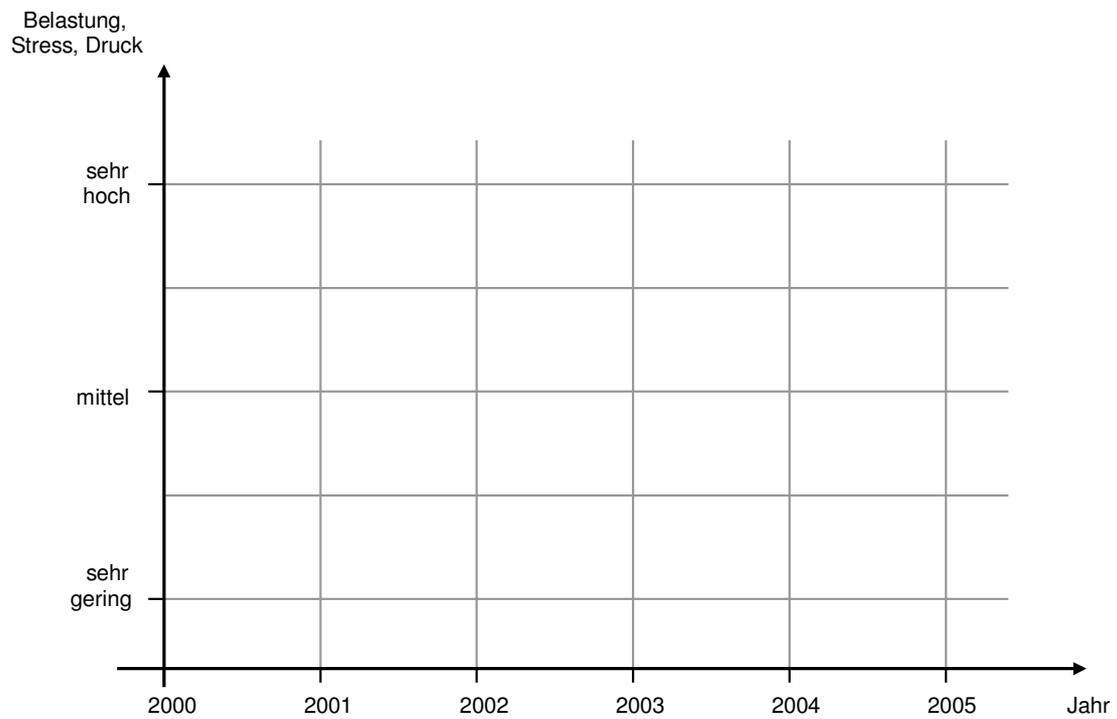
	1. Wie zufrieden bin ich mit ...					2. Veränderung		
	sehr unzufrieden	unzufrieden	mittel	zufrieden	sehr zufrieden	abgenommen	unverändert	zugenommen
... meiner Arbeitssituation?	1	2	3	4	5	-	0	+
... meiner finanziellen Lage?	1	2	3	4	5	-	0	+
... meiner Freizeit?	1	2	3	4	5	-	0	+
... meiner Ehe/Partnerschaft? *	1	2	3	4	5	-	0	+
... meiner Familie/Kinder? *	1	2	3	4	5	-	0	+
... meinen Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	1	2	3	4	5	-	0	+

* sofern vorhanden

4. Der berufliche und private Alltag können Stress hervorrufen. Die **Auswirkungen und der Umgang mit Stress** sind sehr individuell ausgeprägt. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen, indem Sie in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

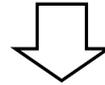
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
Stress blockiert meine Kreativität.	1	2	3	4	5
Stress blockiert meine Leistungsfähigkeit.	1	2	3	4	5
Stress belastet mich.	1	2	3	4	5
Stress macht mich überaktiv.	1	2	3	4	5
Stress verursacht bei mir schlechte Laune, dadurch bin ich reizbar.	1	2	3	4	5
Stress erzeugt bei mir Angst, die Arbeit nicht mehr schaffen zu können.	1	2	3	4	5
Durch Stress komme ich richtig in Fahrt, meine Leistungsfähigkeit ist dadurch höher.	1	2	3	4	5
Ein gesundes Maß an Stress belebt meinen Berufsalltag.	1	2	3	4	5
Ich Sorge für regelmäßige Entspannungsphasen, um mich zu regenerieren.	1	2	3	4	5
Ich bin ein Optimist.	1	2	3	4	5
Ich lache oft, sehe die Dinge mit dem notwendigen Humor.	1	2	3	4	5
Ich habe regelmäßig die Möglichkeit, Stress abzubauen.	1	2	3	4	5
Ich habe das Gefühl, ständig unter Druck zu stehen.	1	2	3	4	5
Ich frage mich oft: „Wozu das alles?“	1	2	3	4	5

4.1 Bitte zeichnen Sie **spontan** eine Kurve zur Entwicklung von Belastung, Stress und Druck in Ihrem Arbeitsleben.



4.2 Stress kann körperliche Probleme hervorrufen. Bitte entscheiden Sie jeweils, ob **1. Sie das genannte Problem primär auf Stress zurückführen** und **2. wie häufig dieses Problem bei Ihnen auftritt**. Bitte beurteilen Sie außerdem **3. die Veränderung** im Vergleich zu Ihrer Situation vor 5 Jahren.

Bitte setzen Sie auf jeden Fall in allen drei Blöcken jeweils ein Kreuz, auch wenn das Problem bei Ihnen „nie“ auftritt.



Bitte immer auch hier ein Kreuz setzen!

	1. Führe ich das Problem primär auf Stress zurück?		2. Wie häufig tritt das Problem bei mir auf?					3. Veränderung		
	ja	nein	nie	selten	manchmal	oft	immer	abgenommen	unverändert	zugenommen
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Konzentrationschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Nervöse Zuckungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Appetitlosigkeit bis Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Stechen im Herz-/Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Verspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Symptome an der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
Gewichtsabnahme oder -zunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+
... sonstiges (bitte hier eintragen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	-	0	+

B Angaben zur Person

Bitte ergänzen Sie im folgenden die Freiräume bzw. kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1. Alter: Jahre

2. Geschlecht: weiblich
männlich

3. Aktueller Familienstand: in Partnerschaft lebend/verheiratet
getrennt lebend/geschieden
verwitwet
allein stehend

4. Haushaltssituation: (Mehrfachnennungen möglich)

Ich lebe überwiegend allein

Ich führe eine Fernbeziehung

Ich lebe mit meinem Partner zusammen

Ich lebe mit Partner und Kind(ern) zusammen

Ich lebe mit meinen Kind(ern) zusammen

Sonstiges bitte eintragen:

Alter der Kinder: ____/____/____

Alter der Kinder: ____/____/____

5. Berufsabschluss: (Mehrfachnennungen möglich)

Abgeschlossene Berufsausbildung

Facharbeiter

Fachhochschulabschluss

Hochschulabschluss

Promotion

Sonstiges bitte eintragen:

C Fragen zur Arbeitsbewältigung

Dies ist ein standardisierter Fragebogen zum Thema Gesundheit. Damit sollen Gesundheitsrisiken auf den Punkt gebracht werden. Der Arbeitsbewältigungsindex-Fragebogen ist in den 80er Jahren von finnischen Arbeitswissenschaftlern entwickelt und in groß angelegten Studien validiert worden. Seither wurde er in etwa 20 Sprachen übersetzt. In Deutschland wird er seit ca. 10 Jahren im Rahmen der betriebsärztlichen Arbeit, aber auch in verschiedenen Unternehmen und Forschungsprojekten eingesetzt.

Wie ist Ihre Arbeit?

- vorwiegend **psychisch** (geistig) belastend
- vorwiegend **physisch** (körperlich) belastend
- psychisch** (geistig) **und physisch** (körperlich) belastend

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, jemals erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für **Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben?

völlig arbeitsunfähig											beste, jemals erreichte Arbeitsfähigkeit
↓											↓
<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Anforderungen der Arbeitsfähigkeit

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den physischen Arbeitsanforderungen ein? (körperliche Fitness)

- sehr gut eher gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den psychischen Arbeitsanforderungen ein? (geistige Fitness)

- sehr gut eher gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht

3. Aktuelle Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste aktuelle Krankheiten oder Verletzungen an.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Unfallverletzungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Seelische Probleme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Neurologische, sensorische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen des Verdauungssystems | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Harnwegs- und Geschlechtskrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumore	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hormon- und Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Eingeschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Keine Beeinträchtigung/Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

5. Krankenstand in den vergangenen 12 Monaten

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) in den vergangenen 12 Monaten der Arbeit fern?

- 0 Tage 1- 9 Tage 10-24 Tage 25-99 Tage 100-365 Tage

6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich nicht sicher ziemlich sicher

7. Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- immer eher häufig manchmal eher selten niemals

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

- ständig eher häufig manchmal eher selten niemals

Vielen Dank für Ihren Beitrag zur Gesundheitsforschung!

Für Ihre Mitarbeit bedanke ich mich bei Ihnen herzlich!

Medizinische Daten zu Fragebogen Nr. _____

Datum: _____ 2006

Initialien des Probanden: _____

Risikofaktoren:

Fettstoffwechselstörung:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Hypertonie:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Raucher:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Familiäre/genetische Belastungen:

Herz-Kreislaufkrankungen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Carcinom	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

BMI:

Alkohol: g / Woche

Regelmäßiger Sport (> 2 Stunden/Woche): ja nein

Check-up bei IAS vor 5 Jahren oder mehr: ja nein

Erkrankungen: bitte hier eintragen: z.B. Gastritis, Tumor

Wie sind Sie als Arzt mit der Gesundheit des Probanden zufrieden?

körperlicher Gesundheitszustand:
 sehr unzufrieden unzufrieden mittel zufrieden sehr zufrieden

seelische Verfassung:
 sehr unzufrieden unzufrieden mittel zufrieden sehr zufrieden

körperliche Leistungsfähigkeit:
 sehr unzufrieden unzufrieden mittel zufrieden sehr zufrieden

Anhang 2 Daten zu Mittleren Führungskräften

Mittlere Führungskräfte: N = 189

Beanspruchungen	Wie stark fühle ich mich belastet durch ...			Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...			Veränderung	
	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Median
... viel Arbeit?	189	3,32	0,87	189	3,47	0,82	189	+
... Überforderung?	189	2,71	1,10	189	2,35	0,67	189	0
... wenig Arbeit?	188	2,06	1,31	188	1,45	0,77	188	0
... Unterforderung?	188	2,42	1,37	188	1,77	0,84	188	0
... monotone Arbeit (z.B. Ablage, Statistik)?	187	2,34	1,43	187	1,72	0,94	187	0
... Zeitdruck?	187	3,67	0,85	187	3,57	0,78	187	+
... Anfragen per E-Mail, Telefon etc.?	189	3,47	0,95	189	3,69	0,91	189	+
... Informationsüberflutung?	189	3,50	1,10	189	3,52	1,01	189	+
... Informationsmangel?	188	2,70	1,15	188	2,26	0,90	188	0
... unklare Anweisungen?	188	2,76	1,08	188	2,53	0,87	188	0
... die ständige Änderung der Zielvorgaben (moving targets)?	189	2,99	1,04	189	2,81	0,91	189	0
... mangelnde Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten einzusetzen?	189	2,68	1,20	189	2,17	0,83	189	0
... mangelnden Entscheidungsspielraum?	189	3,04	1,17	189	2,50	0,90	189	0
... geringe Chancen der beruflichen Entwicklung?	189	2,56	1,15	189	2,12	0,85	189	0

Erläuterung

zu Mittelwert (Stärke):

- 1 = sehr gering
- 2 = gering
- 3 = mittel
- 4 = stark
- 5 = sehr stark

zu Mittelwert (Häufigkeit):

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Beanspruchungen

Mittlere Führungskräfte: N = 189

	Wie stark fühle ich mich belastet durch ...				Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...				Veränderung	
	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Median	gültige Anzahl	Median
... nicht planbare Arbeitszeit?	189	2,97	1,01	189	3,04	0,97	189	0	189	0
... die Angst mit den Herausforderungen nicht fertig zu werden?	188	2,49	1,09	188	2,23	0,79	188	0	188	0
... die Unsicherheit meines eigenen Arbeitsplatzes?	189	2,41	1,02	189	2,20	0,86	188	0	188	0
... die Arbeitsplatzunsicherheit der Mitarbeiter?	188	2,73	1,06	188	2,56	0,89	188	0	188	0
... die mangelnde Kompetenz der Kollegen?	189	2,92	0,95	189	2,69	0,74	188	0	188	0
... die mangelnde Kompetenz der Vorgesetzten?	188	3,07	1,07	188	2,62	0,92	188	0	188	0
... die mangelnde Kontrolle über den eigenen Verantwortungsbereich?	188	2,82	1,07	187	2,38	0,80	188	0	188	0
... schlechtes Betriebsklima?	188	2,81	1,26	188	2,22	0,85	188	0	188	0
... mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgruppen/Abteilungen?	189	3,03	0,99	189	2,72	0,81	189	0	189	0
... Kommunikationsstörung unter den Kollegen?	188	2,95	0,86	188	2,64	0,74	188	0	188	0
... Kommunikationsstörung unter den Mitarbeitern?	187	3,06	0,97	187	2,70	0,69	187	0	187	0
... Kommunikationsstörung unter den Vorgesetzten?	187	3,09	0,93	187	2,82	0,80	187	0	187	0
... Kommunikationsstörung mit oberen Hierarchieebenen?	186	3,15	1,01	186	2,67	0,87	185	0	185	0

Erläuterung

zu Mittelwert (Stärke):

- 1 = sehr gering
- 2 = gering
- 3 = mittel
- 4 = stark
- 5 = sehr stark

zu Mittelwert (Häufigkeit):

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Beanspruchungen Mittlere Führungskräfte: N = 189

	Wie stark fühle ich mich belastet durch ...			Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...			Veränderung		
	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Standardabweichung	Median
... Kommunikationsstörung mit unteren Hierarchieebenen?	186	2,68	0,96	186	2,38	0,69	186	0,69	0
... meine Unzufriedenheit mit einzelnen Mitarbeitern?	189	2,92	1,02	189	2,57	0,62	189	0,62	0
... das Konkurrenzverhalten unter den Mitarbeitern?	189	2,42	0,91	189	2,33	0,74	189	0,74	0
... das Konkurrenzverhalten unter den Kollegen?	189	2,63	0,89	189	2,53	0,74	189	0,74	0
... das Konkurrenzverhalten unter den Vorgesetzten?	189	2,61	0,94	189	2,53	0,88	189	0,88	0
... das Konkurrenzverhalten gegenüber den Vorgesetzten?	186	2,26	0,88	186	2,16	0,81	186	0,81	0
... die hohen Anforderungen des Vorgesetzten?	189	2,81	1,00	189	2,70	0,93	189	0,93	0
... die fehlende Anerkennung vom Vorgesetzten?	189	3,07	1,17	189	2,62	0,95	189	0,95	0
... geringe Unterstützung durch die Familie bzgl. der Arbeit?	188	2,46	1,23	188	1,89	0,81	188	0,81	0
... gegensätzliche Anforderungen von Arbeit und Privatsphäre?	189	3,15	1,09	189	2,91	1,00	189	1,00	0

Erläuterung

zu Mittelwert (Stärke):

- 1 = sehr gering
- 2 = gering
- 3 = mittel
- 4 = stark
- 5 = sehr stark

zu Mittelwert (Häufigkeit):

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Stress **Mittlere Führungskräfte: N = 189**

	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Stress blockiert meine Kreativität.	189	2,94	1,08
Stress blockiert meine Leistungsfähigkeit.	189	2,59	1,00
Stress belastet mich.	189	3,20	0,99
Stress macht mich überaktiv.	188	2,74	1,02
Stress verursacht bei mir schlechte Laune, dadurch bin ich reizbar.	189	2,97	1,03
Stress erzeugt bei mir Angst, die Arbeit nicht mehr schaffen zu können.	189	2,42	0,97
Durch Stress komme ich richtig in Fahrt, meine Leistungsfähigkeit ist dadurch höher.	189	3,29	0,89
Ein gesundes Maß an Stress belebt meinen Berufsalltag.	188	3,85	0,73
Ich Sorge für regelmäßige Entspannungsphasen, um mich zu regenerieren.	189	3,05	1,05
Ich bin ein Optimist.	189	4,02	0,89
Ich lache oft, sehe die Dinge mit dem notwendigen Humor.	189	3,78	0,90
Ich habe regelmäßig die Möglichkeit, Stress abzubauen.	189	3,32	0,96
Ich habe das Gefühl, ständig unter Druck zu stehen.	188	2,88	0,99
Ich frage mich oft: "Wozu das alles?"	189	2,35	0,98

Erläuterung

zu Mittelwert:

- 1 = trifft überhaupt nicht zu
- 2 = trifft eher zu
- 3 = teils-teils
- 4 = trifft eher zu
- 5 = trifft völlig zu

Körperliche Symptome

Mittlere Führungskräfte: N = 189

	Führe ich das Problem primär auf Stress zurück?		Wie häufig tritt das Problem bei mir auf?		Veränderung		
	gültige Anzahl	Median	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Median	
Schwindel	188	nein	188	1,41	0,57	188	0
Kopfschmerzen	188	nein	188	2,13	0,88	188	0
Konzentrationsschwierigkeiten	188	ja	187	2,24	0,73	188	0
Nervosität	187	ja	186	2,51	0,83	188	0
Müdigkeit	187	ja	188	2,68	0,85	188	0
Schlafstörungen	187	ja	188	2,34	0,95	188	0
Nervöse Zuckungen	187	nein	188	1,37	0,69	188	0
Appetitlosigkeit/Heißhunger	187	nein	188	1,73	0,89	188	0
Kloßgefühl im Hals	188	nein	188	1,40	0,64	187	0
Stechen im Herz-/Brustbereich	188	nein	188	1,50	0,70	188	0
Herzrhythmusstörungen	188	nein	188	1,26	0,64	187	0
Kreuz- oder Rückenschmerzen	188	nein	187	2,36	1,04	188	0
Verspannungen	188	ja	188	2,59	0,97	188	0
Symptome an der Haut	188	nein	188	1,63	0,91	188	0
Magenbeschwerden	188	ja	188	1,79	0,83	188	0
Übelkeit	188	nein	188	1,35	0,59	188	0
Verdauungsstörungen	188	nein	188	1,70	0,77	188	0
Gewichtsabnahme oder -zunahme	188	nein	187	1,99	0,95	187	0

Erläuterung

zu Mittelwert:

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Zufriedenheit

Mittlere Führungskräfte: N = 189

	Wie zufrieden bin ich mit ...			Veränderung Median
	gültige Anzahl	Mittel- wert	Standard- abweichung	
... meinem körperlichen Gesundheitszustand?	189	3,53	0,92	0
... meiner seelischen Verfassung?	189	3,70	0,79	0
... meiner körperlichen Leistungsfähigkeit?	189	3,34	0,92	0
... meiner geistigen Leistungsfähigkeit?	189	3,97	0,60	0
... meiner Widerstandskraft gegen Krankheiten?	189	3,92	0,86	0
... meiner Arbeitssituation?	189	3,65	0,92	0
... meiner finanziellen Lage?	189	4,11	0,64	0
... meiner Freizeit?	189	2,98	0,96	0
... meiner Ehe/Partnerschaft?	189	3,98	1,02	0
... meiner Familie/Kinder?	189	3,48	1,76	0
... meinen Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	185	3,46	0,88	0

Erläuterung

zu Mittelwert:

- 1 = sehr unzufrieden
- 2 = unzufrieden
- 3 = mittel
- 4 = zufrieden
- 5 = sehr zufrieden

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Mittlere Führungskräfte: N = 189

Ressourcen

	Wie stark fühle ich mich unterstützt durch ...			Wie häufig fühle ich mich unterstützt durch ...			Veränderung	
	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Median
... abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben?	189	3,95	0,64	189	3,83	0,62	189	+
... erweiterten Entscheidungs-/Handlungsspielraum?	188	3,97	0,87	188	3,56	0,82	188	+
... die Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung?	189	3,85	0,96	189	3,47	0,99	189	0
... meinen Vorgesetzten?	188	3,07	0,98	188	2,85	0,94	188	0
... meine Mitarbeiter?	187	3,97	0,64	187	3,95	0,65	187	0
... meine Kollegen?	188	3,29	0,82	188	3,24	0,75	188	0
... Arbeiten von zu Hause aus (z.B. Telearbeit, home office)?	145	2,67	1,32	145	2,44	1,05	144	0
... Teilzeit (bis zu 50% reduzierte Wochenarbeitszeit)?	65	1,40	0,84	65	1,31	0,83	64	0
... Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge?	187	3,37	1,10	187	3,27	1,04	187	0
... Gespräche mit Freunde/Bekannte über berufliche Dinge?	189	2,76	0,93	189	2,58	0,74	189	0
... Abende im Kreise der Familie/des Partners?	187	3,62	1,06	187	3,32	1,00	187	0
... Abende mit Freunden?	187	3,20	1,04	187	2,75	0,86	187	0
... Entspannungstechniken zum seelischen Ausgleich (z.B. Meditation, Yoga)?	187	1,98	1,26	188	1,68	1,01	187	0
... sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)?	188	3,90	1,04	189	3,29	0,98	189	0
... allein sein (um zu reflektieren und zu entspannen)?	187	3,32	1,05	187	2,90	0,90	187	0

Erläuterung

zu Mittelwert (Stärke):

- 1 = sehr gering
- 2 = gering
- 3 = mittel
- 4 = stark
- 5 = sehr stark

zu Mittelwert (Häufigkeit):

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Anhang 3 Daten zu Oberen Führungskräften

Obere Führungskräfte: N = 95

Beanspruchungen	Wie stark fühle ich mich belastet durch ...			Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...			Veränderung	
	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Median
... viel Arbeit?	95	3,36	0,97	95	3,53	0,86	95	+
... Überforderung?	95	2,74	1,09	95	2,28	0,72	95	0
... wenig Arbeit?	95	2,14	1,31	95	1,35	0,63	95	0
... Unterforderung?	95	2,39	1,34	95	1,61	0,75	95	0
... monotone Arbeit (z.B. Ablage, Statistik)?	95	2,38	1,48	95	1,69	0,84	95	0
... Zeitdruck?	95	3,55	0,88	95	3,57	0,74	95	+
... Anfragen per E-Mail, Telefon etc.?	94	3,24	0,99	94	3,61	0,91	94	+
... Informationsüberflutung?	95	3,40	0,89	95	3,51	0,82	95	+
... Informationsmangel?	95	2,77	1,22	95	2,41	0,88	95	0
... unklare Anweisungen?	94	2,63	1,05	94	2,44	0,85	94	0
... die ständige Änderung der Zielvorgaben (moving targets)?	95	2,84	1,10	95	2,61	0,91	95	0
... mangelnde Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten einzusetzen?	94	2,51	1,20	94	2,02	0,75	94	0
... mangelnden Entscheidungsspielraum?	95	2,95	1,28	95	2,38	0,87	95	0
... geringe Chancen der beruflichen Entwicklung?	95	2,47	1,21	95	1,89	0,75	95	0

Erläuterung

zu Mittelwert (Stärke):

- 1 = sehr gering
- 2 = gering
- 3 = mittel
- 4 = stark
- 5 = sehr stark

zu Mittelwert (Häufigkeit):

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Beanspruchungen

Obere Führungskräfte: N = 95

	Wie stark fühle ich mich belastet durch ...			Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...			Veränderung	
	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Median
... nicht planbare Arbeitszeit?	95	2,93	1,00	95	2,97	0,92	95	0
... die Angst mit den Herausforderungen nicht fertig zu werden?	94	2,54	1,15	94	2,31	0,80	94	0
... die Unsicherheit meines eigenen Arbeitsplatzes?	95	2,36	1,04	95	2,04	0,84	95	0
... die Arbeitsplatzunsicherheit der Mitarbeiter?	95	2,63	0,91	95	2,46	0,80	95	0
... die mangelnde Kompetenz der Kollegen?	95	3,00	0,90	95	2,80	0,69	95	0
... die mangelnde Kompetenz der Vorgesetzten?	94	2,71	1,04	94	2,41	0,85	94	0
... die mangelnde Kontrolle über den eigenen Verantwortungsbereich?	95	2,74	1,04	95	2,39	0,69	95	0
... schlechtes Betriebsklima?	94	2,69	1,24	94	2,13	0,64	94	0
... mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgruppen/Abteilungen?	95	2,91	0,94	95	2,72	0,69	95	0
... Kommunikationsstörung unter den Kollegen?	95	2,98	0,89	95	2,67	0,64	95	0
... Kommunikationsstörung unter den Mitarbeitern?	95	3,03	0,93	95	2,72	0,61	95	0
... Kommunikationsstörung unter den Vorgesetzten?	94	2,91	0,98	94	2,70	0,75	94	0
... Kommunikationsstörung mit oberen Hierarchieebenen?	95	3,03	1,08	95	2,48	0,78	95	0

Erläuterung

zu Mittelwert (Stärke):

- 1 = sehr gering
- 2 = gering
- 3 = mittel
- 4 = stark
- 5 = sehr stark

zu Mittelwert (Häufigkeit):

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Obere Führungskräfte: N = 95

Beanspruchungen

	Wie stark fühle ich mich belastet durch ...				Wie häufig fühle ich mich belastet durch ...				Veränderung	
	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Median		
... Kommunikationsstörung mit unteren Hierarchieebenen?	95	2,65	0,85	95	2,36	0,58	95	0		
... meine Unzufriedenheit mit einzelnen Mitarbeitern?	95	2,96	0,90	95	2,67	0,72	95	0		
... das Konkurrenzverhalten unter den Mitarbeitern?	94	2,29	0,71	94	2,27	0,57	94	0		
... das Konkurrenzverhalten unter den Kollegen?	95	2,52	0,82	95	2,41	0,74	95	0		
... das Konkurrenzverhalten unter den Vorgesetzten?	93	2,39	0,91	93	2,29	0,77	93	0		
... das Konkurrenzverhalten gegenüber den Vorgesetzten?	93	2,26	1,00	93	2,06	0,73	93	0		
... die hohen Anforderungen des Vorgesetzten?	93	2,76	0,94	93	2,55	0,70	93	0		
... die fehlende Anerkennung vom Vorgesetzten?	93	2,63	1,10	93	2,42	0,83	93	0		
... geringe Unterstützung durch die Familie bzgl. der Arbeit?	94	2,54	1,32	94	1,97	0,80	94	0		
... gegensätzliche Anforderungen von Arbeit und Privatsphäre?	94	3,19	1,10	94	2,96	0,99	94	0		

Erläuterung

zu Mittelwert (Stärke):

- 1 = sehr gering
- 2 = gering
- 3 = mittel
- 4 = stark
- 5 = sehr stark

zu Mittelwert (Häufigkeit):

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Stress

Obere Führungskräfte: N = 95

	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Stress blockiert meine Kreativität.	95	2,84	1,04
Stress blockiert meine Leistungsfähigkeit.	95	2,51	0,94
Stress belastet mich.	95	3,09	0,90
Stress macht mich überaktiv.	95	2,72	0,93
Stress verursacht bei mir schlechte Laune, dadurch bin ich reizbar.	95	3,01	0,96
Stress erzeugt bei mir Angst, die Arbeit nicht mehr schaffen zu können.	95	2,46	1,07
Durch Stress komme ich richtig in Fahrt, meine Leistungsfähigkeit ist dadurch höher.	95	3,24	0,87
Ein gesundes Maß an Stress belebt meinen Berufsalltag.	95	3,74	0,79
Ich Sorge für regelmäßige Entspannungsphasen, um mich zu regenerieren.	95	3,09	1,01
Ich bin ein Optimist.	95	3,94	0,94
Ich lache oft, sehe die Dinge mit dem notwendigen Humor.	95	3,74	0,90
Ich habe regelmäßig die Möglichkeit, Stress abzubauen.	95	3,20	0,87
Ich habe das Gefühl, ständig unter Druck zu stehen.	95	2,71	1,02
Ich frage mich oft: "Wozu das alles?"	95	2,22	0,91

Erläuterung

zu Mittelwert:

1 = trifft überhaupt nicht zu

2 = trifft eher zu

3 = teils-teils

4 = trifft eher zu

5 = trifft völlig zu

Obere Führungskräfte: N = 95

Körperliche Symptome

	Führe ich das Problem primär auf Stress zurück?		Wie häufig tritt das Problem bei mir auf?			Veränderung	
	gültige Anzahl	Median	gültige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gültige Anzahl	Median
Schwindel	95	nein	95	1,44	0,63	95	0
Kopfschmerzen	95	nein	95	2,05	0,82	95	0
Konzentrationsschwierigkeiten	95	ja	95	2,33	0,79	95	0
Nervosität	95	ja	95	2,37	0,90	95	0
Müdigkeit	95	ja	95	2,76	0,85	95	0
Schlafstörungen	95	ja	95	2,20	0,85	95	0
Nervöse Zuckungen	95	nein	95	1,32	0,57	95	0
Appetitlosigkeit/Heißhunger	95	nein	95	1,74	0,80	95	0
Kloßgefühl im Hals	95	nein	95	1,38	0,61	95	0
Stechen im Herz-/Brustbereich	95	nein	95	1,55	0,71	95	0
Herzrhythmusstörungen	95	nein	95	1,18	0,44	95	0
Kreuz- oder Rückenschmerzen	95	nein	95	2,41	0,93	95	0
Verspannungen	95	ja	95	2,62	0,97	95	0
Symptome an der Haut	95	nein	95	1,67	0,88	95	0
Magenbeschwerden	95	ja	95	1,99	0,93	95	0
Übelkeit	95	nein	95	1,38	0,53	95	0
Verdauungsstörungen	95	nein	95	1,83	0,82	95	0
Gewichtsabnahme oder -zunahme	95	nein	95	2,19	0,97	95	0

Erläuterung

zu Mittelwert:

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Zufriedenheit Obere Führungskräfte: N = 95

	Wie zufrieden bin ich mit ...			Veränderung	
	<i>gültige Anzahl</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>	<i>Median</i>	
... meinem körperlichen Gesundheitszustand?	95	3,49	0,84		0
... meiner seelischen Verfassung?	95	3,59	0,96		0
... meiner körperlichen Leistungsfähigkeit?	95	3,37	0,84		0
... meiner geistigen Leistungsfähigkeit?	95	3,86	0,69		0
... meiner Widerstandskraft gegen Krankheiten?	95	3,86	0,79		0
... meiner Arbeitssituation?	95	3,74	0,90		0
... meiner finanziellen Lage?	95	4,22	0,70		+
... meiner Freizeit?	95	2,80	0,95		0
... meiner Ehe/Partnerschaft?	95	3,94	1,12		0
... meiner Familie/Kinder?	95	3,64	1,48		0
... meinen Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	93	3,37	0,91		0

Erläuterung

zu Mittelwert:

- 1 = sehr unzufrieden
- 2 = unzufrieden
- 3 = mittel
- 4 = zufrieden
- 5 = sehr zufrieden

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Obere Führungskräfte: N = 95

Ressourcen

	Wie stark fühle ich mich unterstützt durch ...			Wie häufig fühle ich mich unterstützt durch ...			Veränderung	
	gütige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gütige Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	gütige Anzahl	Median
... abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben?	95	4,05	0,55	95	3,92	0,63	95	+
... erweiterten Entscheidungs-/Handlungsspielraum?	93	3,96	0,82	93	3,69	0,81	93	+
... die Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung?	95	3,71	1,02	95	3,36	0,96	95	0
... meinen Vorgesetzten?	94	3,32	0,92	93	3,04	0,87	93	0
... meine Mitarbeiter?	94	4,04	0,62	94	3,97	0,60	94	0
... meine Kollegen?	94	3,38	0,75	94	3,26	0,78	94	0
... Arbeiten von zu Hause aus (z.B. Telearbeit, home office)?	77	2,35	1,21	77	2,32	1,12	77	0
... Teilzeit (bis zu 50% reduzierte Wochenarbeitszeit)?	46	1,37	0,83	45	1,22	0,74	45	0
... Gespräche mit dem Partner über berufliche Dinge?	95	3,27	0,99	95	3,26	1,01	95	0
... Gespräche mit Freunde/Bekannte über berufliche Dinge?	94	2,61	0,92	94	2,54	0,80	94	0
... Abende im Kreise der Familie/des Partners?	95	3,57	1,04	95	3,20	1,01	95	0
... Abende mit Freunden?	94	3,05	1,02	94	2,73	0,74	94	0
... Entspannungstechniken zum seelischen Ausgleich (z.B. Meditation, Yoga)?	95	1,86	1,13	95	1,55	0,85	95	0
... sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Joggen)?	95	3,64	0,97	95	3,18	0,98	95	0
... allein sein (um zu reflektieren und zu entspannen)?	95	3,39	1,02	95	2,83	0,82	95	0

Erläuterung

zu Mittelwert (Stärke):

- 1 = sehr gering
- 2 = gering
- 3 = mittel
- 4 = stark
- 5 = sehr stark

zu Mittelwert (Häufigkeit):

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = manchmal
- 4 = oft
- 5 = immer

zu Veränderung:

- = abgenommen
- 0 = unverändert
- + = zugenommen

Anhang 4 Statistik

Zu Kapitel 9.2: Gesamtbeurteilung der Gesundheit von Mittleren Führungskräften und Ärzten

Voraussetzungen für den T-Test für abhängige Stichproben sind Intervallskalenniveau, Varianzhomogenität, die mithilfe des F-Tests geprüft wird, und Standardnormalverteilung, die mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft wird.

Varianzhomogenität mit dem F-Test:

Formel für den empirischen F-Wert: $F = \frac{\text{größere Varianz}}{\text{kleinere Varianz}}$

Der theoretische F-Wert $F = 1,59$, der zum Vergleich herangezogen wurde, erschließt sich für die Signifikanzgrenze 1 % aus $F = 1,60$ bei df_1 (Zähler) = 100 und df_2 (Nenner) = 175 und $F = 1,58$ bei df_1 (Zähler) = 100 und df_2 (Nenner) = 200 (vgl. <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/268/html/fvert1.htm>, Stand: 12.12.2008). Genauere Angaben für $N = 189$ lagen in der Literatur nicht vor.

		Zufriedenheit der Mittleren Führungskräfte mit der seelischen Verfassung	Zufriedenheit der Ärzte mit der seelischen Verfassung der Mittleren Führungskräfte
N	gültig	189	189
	fehlend	0	0
Varianz		0,625	0,386
Schiefe		-0,596	-0,704
Standardfehler der Schiefe		0,177	0,177
Kurtosis		0,413	2,037
Standardfehler der Kurtosis		0,352	0,352

$$F = \frac{0,625}{0,386} = 1,62 > 1,59 \Rightarrow \text{keine Varianzhomogenität}$$

		Zufriedenheit der Mittleren Führungskräfte mit dem körperlichem Gesundheitszustand	Zufriedenheit der Ärzte mit dem körperlichem Gesundheitszustand der Mittleren Führungskräfte
N	gültig	189	189
	fehlend	0	0
Varianz		0,846	0,619
Schiefe		-0,392	-0,692
Standardfehler der Schiefe		0,177	0,177
Kurtosis		-0,389	0,796
Standardfehler der Kurtosis		0,352	0,352

$$F = \frac{0,846}{0,619} = 1,37 < 1,59 \Rightarrow \text{Varianzhomogenität}$$

		Zufriedenheit der Mittleren Führungskräfte mit der körperlichen Leistungsfähigkeit	Zufriedenheit der Ärzte mit der körperlichen Leistungsfähigkeit der Mittleren Führungskräfte
N	gültig	189	189
	fehlend	0	0
Varianz		0,842	0,888
Schiefe		-0,349	-0,385
Standardfehler der Schiefe		0,177	0,177
Kurtosis		-0,597	-0,552
Standardfehler der Kurtosis		0,352	0,352

$$F = \frac{0,888}{0,842} = 1,05 < 1,59 \Rightarrow \text{Varianzhomogenität}$$

Varianzhomogenität liegt für den körperlichen Gesundheitszustand und die körperliche Leistungsfähigkeit vor.

Standardnormalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test:

		Zufriedenheit der Mittleren Führungs- kräfte mit der seelischen Verfassung	Zufriedenheit der Ärzte mit der seelischen Verfassung der Mittleren Führungskräfte
N		189	189
Parameter der Normal- verteilung	\bar{x}	3,7	4,05
	s	0,79	0,621
extremste Differenzen	absolut	0,318	0,353
	positiv	0,237	0,34
	negativ	-0,318	-0,353
Kolmogorov-Smirnov-Z		4,373	4,854
asymptotische Signifikanz (2-seitig)		0,000*	0,000*

* Es liegt keine Standardnormalverteilung vor.

		Zufriedenheit der Mittleren Führungs- kräfte mit dem körperlichem Gesundheitszustand	Zufriedenheit der Ärzte mit dem körperlichem Gesundheitszustand der Mittleren Führungskräfte
N		189	189
Parameter der Normal- verteilung	\bar{x}	3,53	3,9
	s	0,92	0,786
extremste Differenzen	absolut	0,27	0,31
	positiv	0,185	0,251
	negativ	-0,27	-0,31
Kolmogorov-Smirnov-Z		3,717	4,263
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		0,000*	0,000*

* Es liegt keine Standardnormalverteilung vor.

		Zufriedenheit der Mittleren Führungs- kräfte mit der körperlichen Leistungsfähigkeit	Zufriedenheit der Ärzte mit der körperlichen Leistungsfähigkeit der Mittleren Führungskräfte
N		189	189
Parameter der Normal- verteilung	\bar{x}	3,34	3,79
	s	0,918	0,942
extremste Differenzen	absolut	0,267	0,227
	positiv	0,172	0,16
	negativ	-0,267	-0,227
Kolmogorov-Smirnov-Z		3,672	3,119
asymptotische Signifikanz (2-seitig)		0,000*	0,000*

* Es liegt keine Standardnormalverteilung vor.

Anhang 5 Abstract

Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften

Obwohl die Mittleren Führungskräfte unverzichtbare Leistungsträger der Unternehmen sind, fehlen bisher wissenschaftliche Untersuchungen zu deren psychosozialen Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit. Daher untersucht die vorliegende Arbeit diesen Themenkomplex als Exploration aus einem wissenschaftspragmatischen Ansatz heraus.

Ziel der Arbeit war die Erfassung der aktuellen psychosozialen Beanspruchungen, Ressourcen und Gesundheit von Mittleren Führungskräften aus Großunternehmen der deutschen Wirtschaft. Darüber hinaus schätzten die Mittleren Führungskräfte die gleichen Parameter retrospektiv für die Situation vor fünf Jahren ein. Ein weiteres Ziel war die Analyse der Gesundheit der Befragten durch ärztliche Diagnosen, die während einer freiwilligen, ganztägigen internistischen Präventivuntersuchung erhoben wurden. Als letztes Ziel ist der Vergleich der Daten der Mittleren Führungskräfte mit Oberen Führungskräften zu nennen.

In einer qualitativen Vorstudie wurden 15 Mittlere Führungskräfte interviewt. In der quantitativen Analyse wurden deutschlandweit mittels Fragebogen subjektive Daten von Mittleren Führungskräften (N = 189) erhoben. Am gleichen Tag unterzogen sich diese Führungskräfte einem Gesundheits-Checkup in fünf arbeitsmedizinischen Zentren. Daten zu Oberen Führungskräften (N = 95) als Benchmark wurden im gleichen Setting generiert.

Die Ergebnisse der quantitativen empirischen Analyse zeigen deutlich, dass die allgemeinen Beanspruchungen in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt gestiegen sind. Die Mittleren Führungskräfte sind im Besonderen durch „Zeitdruck“, „Informationsüberflutung“, „Anfragen per E-mail, Telefon etc.“ und „viel Arbeit“ beansprucht. Auf der anderen Seite haben die beruflichen Ressourcen „erweiterter Entscheidungs-/Handlungsspielraum“ sowie „abwechslungsreiche Arbeitsaufgaben“ im Vergleich mit der Situation vor fünf Jahren ebenfalls zugenommen. Die Eigenangaben der Mittleren Führungskräfte und die ärztlichen Diagnosen unterschieden sich signifikant in Bezug auf Krankheitsgruppen. Insgesamt schätzten die Mittleren Führungskräfte ihre Gesundheit als zufriedenstellend und ihre Arbeitsfähigkeit als gut ein. Die Gesamtschätzung der Gesundheit durch die Ärzte war noch etwas positiver als die Eigeneinschätzung (die Mittelwerte unterscheiden sich signifikant). Bei fast 62% der Mittleren Führungskräfte wurden von den Ärzten keine Krankheiten diagnostiziert. Die Ergebnisse von Mittleren und Oberen Führungskräften waren ähnlich, wobei tendenziell Mittlere Führungskräfte bei gleichem Durchschnittsalter gesünder als Obere Führungskräfte waren. Auch die über Faktorenanalysen ermittelten Faktorenstrukturen waren vergleichbar. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Untersuchungspopulation vermutlich um eine Positivselektion handelt. Außerdem kann man bei Führungskräften von dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit bei den Antworten im Fragebogen ausgehen. Das Fazit der Arbeit lautet: Ein aussagefähiges Gesamtbild der Beanspruchungen, Ressourcen und der Gesundheit von Mittleren Führungskräften kann nur über eine Kombination von Methoden zur subjektiven und objektiven Analyse gewonnen werden.

Die Arbeit wurde von Herrn Professor Dr. Peter Knauth, Institut für Industriebetriebslehre und Industrielle Produktion, Abteilung Arbeitswissenschaft der Universität Karlsruhe (TH) betreut.