

Aus dem Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktorin: Professorin Dr. phil. Gabriele Meyer

GESUNDHEITRESSOURCEN UND BEWÄLTIGUNG IM ZUSAMMENHANG MIT TÄTIGKEITSANFORDERUNGEN

Eine qualitative Betrachtung von Fach- und Führungskräften mit
wissensbasierten Tätigkeiten der Automobilindustrie

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Medizinischen Wissenschaften
(Doctor rerum medicarum, Dr. rer. medic.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Von Anja Wartmann
Geboren am 29. Mai 1982 in Magdeburg

Gutachterin/Gutachter:
Prof. Dr. Johann Behrens
Prof. Dr. Heike Ohlbrecht
Prof. Dr. Stefan Watzke

10.10.2017
25.09.2018

DISCLAIMER

Die Ergebnisse, Meinungen und Schlüsse dieser Dissertation sind nicht notwendigerweise die des untersuchten Industrieunternehmens.

Für Ang

REFERAT

Zielsetzung: Ziel ist nachzuzeichnen wie Fach- und Führungskräfte, die wissensbasiert tätig sind, Gesundheitsressourcen, Bewältigung von Arbeitsanforderungen und Hemmnisfaktoren erleben und mit ihnen umgehen. Die Ebenen, die für die Zielerreichung betrachtet werden, betreffen das Individuum, die Organisation und das soziale Umfeld. Forschungsleitend sind die Fragen: 1. Welche beruflichen Themen und Anforderungen stehen im Zusammenhang mit Gesundheitsressourcen bei Fach- und Führungskräften im Umgang mit wissensbasierten Tätigkeiten? 2. In welchem Umfang nutzen Fach- und Führungskräfte Gesundheitsressourcen aufgrund von Hemmnisfaktoren nicht? 3. Welche Bewältigungsoptionen thematisieren Fach- und Führungskräfte im Umgang mit ihren Tätigkeiten?

Methodik: Die Daten werden mit episodischen Interviews erhoben. Ausgewertet werden die Daten mit der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring, die mit der Rekonstruktion von Tiefenstrukturen angereichert ist. Kriterienbasiert sind in die Auswertung 13 Fach- und Führungskräfteinterviews eingeschlossen, die in einem Industrieunternehmen wissensbasiert arbeiten. Das Sample setzt sich aus sechs unternehmensinternen Arbeits- und Hierarchieebenen zusammen. Der Kontrastierungsparameter bildet das Kriterium *Verantwortung* ab.

Ergebnisse: Wissensbasierte Tätigkeiten sind im untersuchten Unternehmen charakterisiert durch hohe Komplexität, hohe Kooperation, hohe Ganzheitlichkeit und häufige Unterbrechungen. Wächst die Verantwortung, die ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin aus dem Kreis der Befragten trägt, steigen auch die emotionalen Anforderungen. Eine hohe Verantwortung im Unternehmen ist eine organisationale Gesundheitsressource, die der Auswertung der Interviews diente. Sie schützt die Befragten in ihrer beruflichen Rolle. Personen mit weniger Verantwortung zeigen sich fähig, sich durch taktische und emotionale Optionen im betrieblichen Anforderungssystem zu bewegen. Ausgewertete Hemmnisfaktoren (*Berufsstereotype, Widersprüche, reaktiver Umgang mit Fehlern*) machen es den Befragten schwer, je nach vorhandenen und zugänglichen Gesundheitsressourcen, einerseits betriebliche Anforderungen zu erfüllen und blockieren temporär die Nutzung vorhandener Gesundheitsressourcen. Andererseits fördern sie die psychische Entwicklung – vorausgesetzt eines Gleichgewichts zwischen Anforderung und Gesundheitsressource.

Fazit: Werden der Blick auf das Subjekt und die Bedürfnisse im Unternehmen vernachlässigt, werden Ausweichstrategien und eine innere Distanz zum Unternehmen gefördert.

Wartmann, Anja: Gesundheitsressourcen und Bewältigung im Zusammenhang mit Tätigkeitsanforderungen. Eine qualitative Betrachtung von Fach- und Führungskräften mit wissensbasierten Tätigkeiten der Automobilindustrie., Halle (Saale), Univ., Med. Fak.; Diss., 97 Seiten, 2017

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	III
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 Rolle von Gesundheitsressourcen in der Ausübung wissensbasierter Tätigkeiten ...	1
1.2 Theoretischer Bezugsrahmen.....	4
1.2.1 Subjektivierung und Entgrenzung von Arbeit als Faktoren die Gesundheitsressourcen beeinflussen	4
1.2.2 Individuelle, organisationale und soziale Gesundheitsressourcen	5
1.2.3 Wechselwirkungen und Wirkungsweisen von Gesundheitsressourcen .	11
1.3 Empirische Befundlage zu Gesundheitsressourcen im Bewältigungsprozess.....	14
1.3.1 Gesundheits- und Bewältigungsressourcen im Bewältigungsprozess	15
1.3.2 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus.....	16
1.3.3 Klassifikation der Bewältigung	17
2 ZIELSTELLUNG	19
3 MATERIAL UND METHODE.....	21
3.1 Forschungsfragen	21
3.2 Untersuchungskontext unter Hinzuziehung unternehmensbezogener demographischer und gesundheitsbezogener Daten	22
3.3 Fallbeschreibung wissensbasierter Tätigkeiten mit Hilfe personen- unabhängiger Merkmale	25
3.4 Samplebildung	27
3.5 Methodische Erhebungs- und Auswertungsschritte	30
3.6 Güte qualitativer Forschungsergebnisse	36
4 ERGEBNISSE	38
4.1 Thematisierungsweisen der episodischen Interviews.....	38
4.2 Fallbeschreibungen mit Bezug zu Gesundheitsressourcen	40
4.2.1 Tätigkeitsgruppen	40
4.2.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Tätigkeitsgruppen	44
4.3 Tätigkeitsübergreifende Themen mit Bezug zu Gesundheitsressourcen.....	47
4.3.1 Bewältigungsstrategien.....	49
4.3.2 Informationskompetenz und Wissen.....	52
4.3.3 Bedürfnisorientierte Kommunikation	53
4.3.4 Soziales Miteinander.....	54
4.4 Hemmnisfaktoren.....	55
4.4.1 Widersprüche.....	56
4.4.2 Berufsstereotype.....	57
4.4.3 Umgang mit Fehlern.....	59
4.5 Gesundheitsressourcen im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung im Unternehmen	60
4.6 Ergebnisbezogene Zusammenfassung	62

5	DISKUSSION	66
5.1	Diskussion der Ergebnisse	66
5.2	Kritische Würdigung und Limitationen der Untersuchung.....	70
5.3	Handlungsempfehlungen	71
6	ZUSAMMENFASSUNG.....	75
	LITERATURVERZEICHNIS.....	76
	THESEN.....	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
	ANLAGEN	84
	Anlage 1: Interviewleitfaden.....	84
	Anlage 2: Transkriptionsregeln	84
	Anlage 3: Checkliste psychischer Belastung	85
	Anlage 4: Tätigkeitsbeschreibungen nach psychischen Anforderungen	87
	Anlage 5: Unternehmensdaten zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung.....	88
	Anlage 6: Unternehmensdaten aus dem Personalcontrolling.....	91
	Anlage 7: Unternehmensleitlinien, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung	94
	Anlage 8: Wissenschaftliche Veröffentlichungen zur Dissertation.....	95
	ANHÄNGE.....	IV
	Anhang 1: Seitenzahlüberschreitung	IV
	Anhang 2: Selbständigkeitserklärung	V
	Anhang 3: Erklärung über frühere Promotionsversuche	V
	Anhang 4: Erklärung zum Wahrheitsgehalt der Angaben	V
	Anhang 5: Lebenslauf.....	VI
	Anhang 6: Danksagung	VII

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASS	Assistenz
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
EMA	Emotionale Anforderungen
FETO	Fehlertoleranz
FR	Fachreferenz
GAHEI	Ganzheitlichkeit der Aufgabe
GF	Gleichförmigkeit
GFBpsychB	Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung
GFL	Geschäftsfeldleitung
HS 1	Handlungsspielraum Reihenfolge/Einteilung der Tätigkeiten
HS 2	Handlungsspielraum Arbeitstempo
HS 3	Handlungsspielraum Arbeitsmenge
J-DR	Job Demands-Resources Model
KOM	Komplexität
KONZ	Konzentrationsanforderung
KOO	Kooperationserfordernis
SEK	Sekretariat
SOC	Sense of Coherence (Kohärenzsinn)
TSB	Technische Sachbearbeitung
UA	Unterabteilungsleitung
UB	Unterbrechungen durch Kunden, Mitarbeiter, Telefon
VER	Verantwortung für Personal, Budget und/oder Prozesse

1 EINLEITUNG

Beschäftigte, die in Deutschland im wissensbasierten Tätigkeitsbereich arbeiten, sind mit globalen arbeitsweltlichen und betrieblichen Veränderungen konfrontiert: Selbstverantwortung und Selbststeuerung nehmen einen hohen Stellenwert ein und die psychischen Anforderungen¹ verändern sich neben den inhaltlichen und arbeitsorganisatorischen (Jürgens, 2011). Eine Folge dieser tätigkeitsbezogenen Veränderung ist, dass Beschäftigte gefordert sind, ihre persönlichen Gesundheitsressourcen (z. B. Resilienz) und ihr Potenzial wie Kompetenzen, Fähigkeiten, Motivationen und Handlungsvielfalt im Sinne von Bewältigungsoptionen stärker in ihre Arbeit einzubringen. Junghanns und Morschhäuser (2013) sprechen in diesem Zusammenhang von einer rasanten Veränderung, die alle Arbeits- und Produktionsprozesse betrifft und die sich auf die Lebens- und Arbeitsbereiche der Beschäftigten auswirkt.

Ziel dieser Dissertation ist es das Zusammenspiel von psychischen Anforderungen aus der Tätigkeit sowie individuellen Gesundheitsressourcen und Bewältigungsoptionen (siehe Kap. 2) zu untersuchen. Dazu werden Fach- und Führungskräfte mit wissensbasierten Tätigkeiten interviewt. Die interviewten Personen verfügen über subjektive Wahrnehmungen, Interpretationen und Eindrücke, die mit einem qualitativen Forschungszugang (siehe Kap. 3) untersucht werden. Es werden episodische Interviews mit Fach- und Führungskräften durchgeführt, die wissensbasiert tätig sind. In diesen Interviews beschreiben Fach- und Führungskräfte Tätigkeitsanforderungen und positive wie negative Aspekte im Zusammenhang mit beruflichen Episoden ihrer alltäglichen Arbeit. Auf der Basis der Ergebnisse (siehe Kap. 4), die die Interviews liefern, werden nach der Diskussion mit dem Forschungsstand (siehe Kap. 5) Handlungsempfehlungen für die Sensibilisierung und die Etablierung von Gesundheitsressourcen in bestehende betriebliche Strukturen gegeben.

1.1 Rolle von Gesundheitsressourcen in der Ausübung wissensbasierter Tätigkeiten

Wissensbasierte Tätigkeiten zeichnen sich dadurch aus, dass immaterielle Leistungen erbracht werden, die auf die kognitiven Fähigkeiten der Beschäftigten zurückgreifen. Dies betrifft hauptsächlich die Aufgabenbereiche Planung und Vorbereitung, Dokumentation, Recherche und In-

¹ In dieser Dissertation werden die Begrifflichkeiten psychische Anforderung bzw. Anforderung aus der Tätigkeit mit einem neutralen Verständnis gebraucht und lehnen sich an die DIN EN ISO 10075-1 an. Psychische Anforderungen werden als Gesamtheit, der von außen auf den Menschen einwirkenden Faktoren, und unabhängig von einer subjektiven Bewertung, verstanden.

formationsmanagement. Zu weiteren Aufgaben zählen die fachliche Diskussion, die Vernetzung und die Abdeckung einer breiten Themenvielfalt (Junghanns und Morschhäuser, 2013). Auf der Seite der psychischen Anforderung werden zur Ausübung der Tätigkeit Selbstverantwortung und Selbststeuerung zunehmend notwendig (Jürgens, 2011). Diese tätigkeitsbezogene Veränderung führt dazu persönliche Gesundheitsressourcen und subjektive Potenziale stärker in die Arbeit einzubringen. Mit dieser Forderung nach persönlichem Engagement müssen sich auch Beschäftigte auseinandersetzen, die wissensbasierte Tätigkeiten erbringen.

Bei den wissensbasierten Tätigkeiten ließ sich in den letzten Jahren eine Zunahme in Deutschland beobachten. Zu ihnen gehören auch produktionsnahe Dienstleistungen wie Forschung, Entwicklung, Organisation, Management und Beratung. Wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Berechnungen zeigen, dass zwischen 2007 und 2011 die Anzahl an Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Produktion um 2,5 % gesunken ist. Hingegen die Anzahl der Beschäftigten in produktionsnahen Dienstleistungen stieg im gleichen Zeitraum um 4,5 % und die der Leitungsfunktionäre sogar um 16 % d. h. Angestellte mit Personal- und Projektverantwortung (DIW, 2014). Prognosen zu Folge setzt sich diese Entwicklung fort (Destatis, 2017). Zur wachsenden Zahl derer, die in produktionsnahen Dienstleistungen tätig sind, zählen diejenigen Fach- und Führungskräfte, die wissensbasierte Tätigkeiten ausüben. Die Entwicklung weg von produzierenden hin zu produktionsnahen, also wissensbasierten Tätigkeiten, macht es nötig, die Gesundheitsressourcen und Potenziale der Beschäftigten dieser Berufsgruppe zu betrachten, denn für diese Gruppe gilt, dass sie veränderten psychischen Anforderungen ausgesetzt ist.

Für die Beschäftigten jeder beruflichen Position – ob Führungs- oder Fachkraft – stellt die Entwicklung von produzierenden hin zu wissensbasierten Tätigkeiten eine Veränderung der Anforderungen an die Psyche dar. Laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gehören dazu eine erhöhte Arbeitskomplexität sowie vermehrte Unterbrechungen im Arbeitsprozess (BAuA, 2014). Auch lassen sich neben Einzelfaktoren wie der Arbeitskomplexität und den Unterbrechungen spezifische Belastungskombinationen² aufzeigen. Zu diesen Kombinationen zählt die Situation, dass komplexe Tätigkeiten, z. B. das parallele Arbeiten an verschiedenen Projekten, häufig zusammen mit dem Erfordernis, sich mit anderen Personen oder Arbeitsbereichen abstimmen zu müssen, auftreten. Dies zeigt eine unternehmensinterne Vorstudie für wissensbasierte Tätigkeiten (Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GFBpsychB), 2015,

² In dieser Dissertation wird, nach einem neutralen Verständnis, unter einer psychischen Belastung die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken, verstanden (DIN EN ISO 10075-1). Wirken mehrere Einzelfaktoren auf den Menschen ein, handelt es sich um Belastungskombinationen.

siehe Anlage 5). Diese spezifischen Belastungsfaktoren stellen Anforderungen an die Psyche Beschäftigter, vor denen diese sich durch eigene Gesundheitsressourcen schützen.

Gesundheitsressourcen sind gesundheitsförderliche Treiber und ein Faktor, der eine schützende Funktion gegenüber Anforderungen übernimmt. Uhle und Treier (2015) bezeichnen Gesundheitsressourcen als Schnittstelle zwischen einer Anforderung und einer subjektiven Bewertung. Den Autoren zufolge wirken sie vermittelnd zwischen Beschäftigtem und Tätigkeitsanforderung (Uhle und Treier, 2015). Ob Anforderungen von Beschäftigten als herausfordernd, bedrohend oder schädigend eingeschätzt werden, ist u. a. abhängig von den zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen und Teil eines individuellen Bewältigungsprozesses, in welchem Gesundheitsressourcen eine vermittelnde Funktion einnehmen (Wienemann, 2011; Leppin, 1997; Lazarus, 1974).

Individuelle, organisationale und soziale Gesundheitsressourcen beeinflussen in einem Bewältigungsprozess Tätigkeitsanforderungen (Schwarz et. al, 1997). Auf der Ebene des Individuums sind Gesundheitsressourcen einzelne Personenmerkmale (z. B. Optimismus) und treten kombiniert auf (z. B. protektives Personenmerkmal und soziale Integration). Aber auch auf der sozialen und der organisationalen Ebene finden sich Gesundheitsressourcen (Leppin, 1997, Uhle und Treier, 2015), denn durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und -organisation trägt der Arbeitgeber zu ihrer Ausprägung und Förderung bei. Hervorzuheben ist bspw. die Gesundheitsressource „Kohärenzsinn“ (Antonovsky, 1987, 1997). Versteht ein Beschäftigter seine Tätigkeit, ihren Sinn und ihre Bedeutung, balanciert dies das Verhältnis von Qualität und Quantität dieser Tätigkeit aus.

Gesundheitsressourcen haben „einen ‚Bereich‘ der Anwendbarkeit [...] und einen ‚Fokus‘ der Anwendbarkeit, innerhalb dessen sie besonders sinnvoll anzuwenden sind.“ (Weber, 1997, 8). Der ‚Fokus‘ der Anwendbarkeit liegt innerhalb dieser Dissertation auf tätigkeits- und unternehmensbezogenen Themen und Verhaltensweisen, in denen Gesundheitsressourcen in einem Bewältigungsprozess erforderlich werden. Dafür werden für diese Untersuchung drei Ebenen, die Fach- und Führungskräfte im untersuchten Unternehmen betreffen, zunächst theoretisch und anschließend empirisch, betrachtet zu denen die Ebene des Individuums, die Ebene des Unternehmens sowie die soziale Ebene gehören. Der ‚Bereich‘ der Anwendbarkeit von Gesundheitsressourcen, der aus einem individuumzentrierten Blickwinkel heraus untersucht wird, findet seinen Anfang mit dem folgenden theoretischen Bezugsrahmen sowie mit der Auseinandersetzung mit Ergebnissen bestehender Untersuchungen (siehe Kap. 1.2 und 1.3).

1.2 Theoretischer Bezugsrahmen

Die Veränderungen bei den beruflichen Anforderungen, die auf die wachsende Zahl wissensbasierter Tätigkeiten zurückzuführen sind, geben Anlass dazu, sich mit Gesundheitsressourcen von Fach- und Führungskräften zu befassen. Für sie gilt besonders, dass bei den Beschäftigten die Selbststeuerung im Berufsalltag zunimmt. Die Selbststeuerung ist bei der Durchführung einer Aufgabe gefordert, da diese Aufgabe mit Vorgaben und Standardisierungen verbunden ist. Auch bezieht sich die Selbststeuerung auf die Arbeitsorganisation, z. B. indem durch eine einzelne Person die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen geplant wird (Kratzer und Dunkel, 2013). In beiden Fällen werden individuelle Gesundheitsressourcen mobilisiert, die Teil eines individuellen Bewältigungsprozesses sind und direkt und indirekt einwirken.

Im Folgenden werden die Einflussfaktoren eines Strukturwandels auf die Beschäftigten vorgestellt. Der Zusammenhang mit Gesundheitsressourcen besteht hierbei im persönlichen Umgang mit Rahmenbedingungen und arbeitsweltlichen Widersprüchen. Dieser Umgang mit Rahmenbedingungen schließt individuelle Gesundheitsressourcen ein, auf die neben den sozialen und organisationalen im Kapitel 1.2.2 Bezug genommen wird. In der wissenschaftlichen Literatur wird mehrfach darauf hingewiesen, dass Gesundheitsressourcen auf diesen drei Ebenen in einer Wechselwirkung stehen und sich gegenseitig bedingen (Ulich und Wülser, 2012). Mit dem Ziel Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsressourcen in dieser Untersuchung darzustellen, werden die Grundlagen zum theoretischen Verständnis im Kapitel 1.2.3 geschaffen.

1.2.1 Subjektivierung und Entgrenzung von Arbeit als Faktoren die Gesundheitsressourcen beeinflussen

Subjektivierung von Arbeit und Entgrenzung sind übergeordnete strukturelle Phänomene, die sich indirekt auf die Gesundheitsressourcen von Beschäftigten auswirken. Die Ausgestaltung professionellen Handelns im Unternehmen wird durch diesen Strukturwandel erschwert und erfordert von den Beschäftigten einen Umgang mit Rahmenbedingungen und internen Widersprüchlichkeiten auf der Grundlage eigener Gesundheitsressourcen (Voß et al., 2013). Wie wissensbasierte Tätigkeiten von Beschäftigten ausgestaltet werden, unterliegt zunehmend Gesundheitsressourcen und subjektiven Potenzialen, zu denen Motivation, Kompetenzen und Handlungsvielfalt gehören. Die Beschäftigten sind gefordert, mit der Kombination aus Fachlichkeit und individuellen Gesundheitsressourcen, den betrieblichen Vorgaben sowie marktabhängigen Gegebenheiten umzugehen (Jürgens, 2011). Dazu bedarf es u. a. eigener Strategien für ein professionelles Handeln sowie Selbstreflexion und Selbstkontrolle (Voß et al., 2012). Auch rücken Eigenverantwortung und Selbststeuerung der Mitarbeiter bzw. der Mitarbeiterin stärker in den Mittelpunkt und werden zu

Unternehmensressourcen. Unternehmen erkennen an, dass diese Ressourcen nicht in der Arbeitswelt, sondern in der privaten Lebenswelt der Beschäftigten entwickelt werden, die im Unternehmen als „produktiv verwertbare Ressource – in neuer Qualität und Quantität – mobilisiert und in die Erwerbswelt eingespeist werden soll.“ (Jürgens, 2006, 60). Wird Selbststeuerung, die häufig erhöhte Handlungsspielräume mit sich bringt, als defizitär wahrgenommen, wird diese situativ mit weiteren zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen, z. B. aus dem sozialen Umfeld oder mit Personenmerkmalen als sogenanntes „funktionales Erfordernis zur Bewältigung“ (Voß et al., 2013, 68), kompensiert.

Auf einer strukturellen Ebene werden diese Veränderungen, also das immer stärker werdende Einbringen persönlicher Eigenschaften, anhand struktureller Konzepte wie dem der Entgrenzung und dem der Subjektivierung von Arbeit diskutiert. Unter dem Begriff Entgrenzung wird eine Prozessdynamik mit Veränderungen bei der Arbeitsorganisation auf der Unternehmens- und Individuumebene verstanden. Diese Veränderungen zeigen sich in der gesamten Wertschöpfungskette. Sie werden u. a. sichtbar in einer flexibleren und dezentralen Unternehmensorganisation, in flexiblen Beschäftigungsverhältnissen und neuen Arbeitsformen (Jürgens, 2006). Die Subjektivierung von Arbeit ist einerseits verbunden mit erhöhten Komplexitäts- und Flexibilisierungsanforderungen in veränderten Handlungs- und Verhaltensspielräumen (Heiden und Jürgens, 2013), andererseits profitieren die Beschäftigten von einem hohen Regulierungsgrad und persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten im Berufsalltag. Subjektivierung von Arbeit ist kein neues Phänomen, allerdings zeigt sie sich aufgrund der veränderten Anforderungen und Anforderungskombinationen in neuer Qualität. Schon immer waren Arbeitsprozesse so ausgerichtet, dass das subjektive Potenzial der Beschäftigten eingebracht und betriebswirtschaftliche Ziele internalisiert werden. Mit einem veränderten Wertewandel verändert sich aber auch der Anspruch, den Beschäftigte an ihre Tätigkeit haben, indem sie sich ganzheitlich mit ihren Fähigkeiten und ihren Bedürfnissen in die Arbeitsabläufe einbringen. Durch diesen Wunsch erweitern sich Handlungs- und Verhaltensspielräume; gleichzeitig sind die Beschäftigten gefordert, selbststeuernd und selbstorganisierend zu agieren (Jürgens, 2006). Also steigt die individuelle Verantwortung bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen.

1.2.2 Individuelle, organisationale und soziale Gesundheitsressourcen

Gesundheitsressourcen lassen sich auf der Ebene des Individuums, auf der Ebene des Unternehmens sowie auf der sozialen Ebene finden. Auf der Ebene des Individuums (individuell) geht es primär um die Betrachtung themenbezogener Gesundheitsressourcen im Bewältigungsprozess. Auf der Ebene des Unternehmens (organisational) werden unterstützende Gesund-

heitsressourcen zur Arbeitsgestaltung und zur Arbeitsorganisation sichtbar. Auf der sozialen Ebene wird sich auf Kraftquellen außerhalb des Arbeitsumfeldes konzentriert.

▪ Individuelle Gesundheitsressourcen

Mit dem Paradigmenwechsel von Pathogenese zu Salutogenese hat sich eine Perspektive auf gesundheitsförderliche Parameter, zu denen die individuellen Gesundheitsressourcen gehören, entwickelt. Das transaktionale Stressmodell von Lazarus (1974) stellt den wissenschaftlichen Bezug her, wenn es darum geht, Gesundheitsressourcen und Bewältigung zu hinterfragen. In der Ressourcen- und Bewältigungsforschung gilt dieses Stressmodell als ein häufig diskutiertes Basiskonzept, das weder in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung noch im betrieblichen Anwendungsbezug an Aktualität verloren hat.³ Nicht nur in Lazarus' Modell, auch in Modellen zum Gesundheitsverhalten mit Variablen zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung von Gesundheit, sind Gesundheitsressourcen Gegenstand (Knoll et al., 2011).

Im salutogenetischen Verständnis sind individuelle Gesundheitsressourcen protektive Faktoren,

„[...] die es ermöglichen, die eigenen Ziele trotz Schwierigkeiten anzustreben, Stressbedingungen zu verhindern, einen besseren Umgang mit Stressoren zu erreichen, Belastungen erfolgreich zu bewältigen und dadurch Stressreaktionen zu reduzieren und zu eliminieren.“ (Edelmann, 2002, 59)

Individuelle Gesundheitsressourcen sind als sogenannte Personenmerkmale relativ stabil in der Person verankert und beziehen sich auf Selbstbewertungen, Kompetenzzuschreibungen und Grundeinstellungen von Menschen (Schröder, 1997). Sie stärken die Widerstandskraft einer Person und werden als „[...] relativ überdauernde Merkmale einer Person“ (Korunka und Kubicek, 2013, 33 nach Hobfoll et al., 2003) verstanden. Jerusalem (1990) beschreibt individuelle Gesundheitsressourcen damit, dass sie

„sich auf das Ausmaß [beziehen], in dem sich Personen generell den unterschiedlichsten Umweltanforderungen gegenüber gewachsen bzw. unterlegen fühlen. Es handelt sich um ein bipolares Konstrukt, dessen Pole einerseits durch positive Ressourcen (z. B. gutes Selbstwertgefühl), andererseits durch spezifische Vulnerabilitäten der Persönlichkeit (z. B. Pessimismus) gekennzeichnet sind.“ (Jerusalem, 1990, 29)

Nach Jerusalem (1990) bewegen sich individuelle Gesundheitsressourcen in einem Kontinuum mit den Polen *resilience* (Unverwüstlichkeit) und *vulnerability* (Verwundbarkeit) (Schröder und Schwarzer 1997; Edelmann, 2002). Wenige Jahre später spricht Udris (1992) von „Situationskonstante[n], aber zugleich [von] flexible[n] gesundheitserhaltende[n] und -wiederherstellende[n] Handlungsmuster[n] sowie kognitive[n] Überzeugungssystem[en] der Person [...]“ (Udris, 1992, 17). Basierend auf beiden Definitionen können individuelle Gesundheitsressourcen den kontinuierlichen Prädiktionsmodellen zugeordnet werden, die die Ebene des Gesundheitsverhaltens betref-

³ In Kapitel 1.3.2 wird das Modell vorgestellt und bildet einen Referenzpunkt für die vorliegende Untersuchung.

fen. Für diese Modelle sind affektive (z. B. Gefühle) und kognitive (z. B. Einstellungen) Eigenschaften von Menschen charakteristisch, die eine wichtige Bedeutung für ein Verhalten oder eine Verhaltensänderung haben.

Individuelle Gesundheitsressourcen werden in generalisierte Gesundheitsressourcen (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus) und spezifische Gesundheitsressourcen unterschieden. Die spezifischen Gesundheitsressourcen sind nur bedingt austauschbar und die generalisierten spielen dann eine Rolle, wenn eine Situation uneindeutig oder ambivalent ist (Leppin, 1997). Zu den am häufigsten untersuchten individuellen Gesundheitsressourcen gehören:

- Kohärenzsinn

Antonovsky (1997) entwickelte das Modell des Kohärenzsinns und erachtete den Kohärenzsinn als zentrale Widerstandsressource. Der Kohärenzsinn wird als ein umfassendes, dauerhaftes und zugleich dynamisches Gefühl des Vertrauens definiert, das die Grundhaltung speist, dass die Anforderungen verstehbar, handhabbar und sinnhaft sind und mit den eigenen Ressourcen und Kompetenzen bewältigt werden können (BZgA, 2001).

- Dispositionaler Optimismus

Scheier und Carver (1992) verstehen darunter die Überzeugung, dass Ereignisse, die auf das eigene Handeln zurückzuführen sind, einen guten Ausgang finden. Der Unterschied zur Gesundheitsressource Selbstwirksamkeit liegt darin, dass ein Individuum einer Handlung eine Ursache zuschreibt, z. B. Glück (Knoll et al., 2011). Um dispositionalen Optimismus zu erfassen, entwickelten Scheier und Carver (1985; 1992) den Life Orientation Test (LOT). Insbesondere bei der Auswertung der Adaptionenfähigkeit von Patienten und Patientinnen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, hat sich dieser Test bewährt. Testauswertungen ergaben, dass bei optimistischen Bypass-Patientinnen bzw. Patienten weniger perioperative Komplikationen auftraten und eine bessere Leistungsfähigkeit vorhanden war.

- Selbstwirksamkeitserwartung

Bei der Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977, 1997) handelt es sich „um die Einschätzung [,] Handlungen durchzuführen und Probleme lösen zu können“ (Uhle und Treier, 2015, 46). Dabei steht im Gegensatz zum dispositionalem Optimismus „[die] eigene[n] Kompetenz einer Person, ein Verhalten auch in schwierigen Situationen auszuführen“ (Knoll et al., 2011, 28) im Mittelpunkt. Die Rolle der Selbstwirksamkeit im beruflichen Kontext kann ambivalent sein. Einerseits kann Selbstwirksamkeit eine Gesundheitsressource sein, andererseits zeigten sich Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung bei zunehmender Stressbelastung eher gereizt als Personen mit niedrigerer Selbstwirksamkeitserwartung (Edelmann, 2002).

- Kontrollüberzeugung

Unter Kontrollüberzeugung wird die vorhandene oder nicht vorhandene Kontrolle über Geschehnisse verstanden. Rotter (1966) unterscheidet in seinem Konzept des Locus of Control zwei Arten der Kontrollüberzeugung: die internale Kontrollüberzeugung, bei der Personen davon überzeugt sind, ihr Schicksal lenken zu können und durch Handeln Einfluss zu nehmen; die externale Kontrollüberzeugung, unter der das Ausgeliefertsein in einer Situation verstanden wird und die geprägt von passivem Handeln und einer defensiven Haltung ist (Nerdinger, 2008). Insgesamt hat sich gezeigt, dass Menschen mit internaler Kontrollüberzeugung einen besseren Gesundheitszustand haben als Menschen mit externaler Kontrollüberzeugung (Ulich und Wülser, 2012 nach Cohen und Edwards, 1989).

- Hardiness

Das stressimmunisierende Konzept Hardiness umfasst die Komponenten Kontrolle, Engagement und Herausforderung, die sich in dieser Kombination positiv auf die Gesundheit auswirken. Diese Komponenten sind verantwortlich, unabhängig von einem spezifischen Stressor, für eine stresspuffernde Wirkung (Kobasa, 1979).

- Resilienz

Resilienz steht für „die Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit“ sowie „der Erhalt der Funktionsfähigkeit trotz vorliegender beeinträchtigender Umstände [z. B. Gesundheitsrisiken]“ (Staudinger und Greve, 2001, 101). Resilienz kann als Anpassungsfähigkeit einer Person, aber auch als Teil einer Person-Umwelt-Konstellation verstanden werden. Bei letzterer werden sowohl persönliche Eigenschaften, z. B. Bewältigungsstrategien, als auch Umweltfaktoren, wie Unterstützungsnetzwerke genutzt (Knoll et al., 2011).

In der Literatur wird auf inhaltliche Überlappungen zwischen den hier vorgestellten Gesundheitsressourcen hingewiesen (Knoll et al., 2011). Diese Überlappungen zeigen sich meist beim Zusammenspiel von Wirksamkeits- und Ergebniserwartungen (Siegrist, 2005), bei dem entweder ein bestimmtes Verhalten zum Ergebnis führt oder eine Person die Überzeugung hat, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, um das Ergebnis zu erzielen. Zudem können individuelle Gesundheitsressourcen fehlerhaft von einer Person angewendet werden; dazu kann es dann kommen, wenn Gesundheitsressourcen zu stark ausgeprägt sind. So kann z. B. eine starke Kontrollüberzeugung dazu führen, dass eine Person eine Situation kontrollieren will, die aber nicht kontrollierbar ist, und damit der Erfolg ausbleibt oder das Ziel nicht erreicht wird, das zur Lösung eines Problems angestrebt wurde. Gesundheitsressourcen hängen davon ab, wie der Realität angemessen eine Person eine Situation einschätzen kann, um ihr persönlich definiertes Ziel zu erreichen (Folkman, 1984).

▪ Organisationale Gesundheitsressourcen

Organisationale Gesundheitsressourcen sind in der DIN EN ISO 9241 „Ergonomische Anforderungen für Bürotätigkeiten mit Bildschirmgeräten“ sowie in der DIN EN ISO 6385 zur „Gestaltung von Arbeitssystemen“ festgeschrieben. Gesundheitsressourcen können demnach in den Arbeitsinhalten und der Arbeitsumgebung bzw. den Rahmenbedingungen der Ausübung der Arbeit liegen. Das können Hilfsmittel sein, die es einer Person erleichtern, Tätigkeitsanforderungen zu bewältigen (DIN EN ISO 9241; DIN EN ISO 6385). Für die vorliegende Forschungsarbeit wird ebenfalls diesem Verständnis von organisationalen Gesundheitsressourcen ausgegangen, es wird aber ergänzt um den Aspekt der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation auf verhaltens- und verhältnispräventiver Ebene.

Die am häufigsten untersuchten organisationalen Gesundheitsressourcen sind Tätigkeitsspielraum, Rückmeldung und Ganzheitlichkeit der Aufgabe (Ulich und Wülser, 2012; Melzer und Hubrich, 2014). Unter dem Begriff Tätigkeitsspielraum versteht Ulich (2001, 2004) die Einflussnahme auf Arbeitsbedingungen und -abläufe. Eine weitere Differenzierung erfolgt nach Ulich (2001) in Entscheidungs-, Gestaltungs- und Handlungsspielraum nach Menge, Zeit und Reihenfolge (siehe Anlage 3). Die organisationale Gesundheitsressource Rückmeldung und Ganzheitlichkeit der Aufgaben sind in der Anlage 3 definiert und werden in einem systematischen Review der BAuA (2014) beachtet. In drei Studien konnte der positive Einfluss der Gesundheitsressource Rückmeldung auf die Arbeitszufriedenheit, Arbeitsmotivation bzw. Arbeitsleistung aufgezeigt werden. Ein weiterer positiver Einfluss auf die psychische Gesundheit, insbesondere auf den Faktor Arbeitszufriedenheit, besteht laut Reviews in der Ganzheitlichkeit der Aufgabe. Laut Viswesvaran et al. (1999) herrscht weiterhin Konsens darüber, dass Personen, die von sozialer Unterstützung im Betrieb berichten, sich wohler fühlen und seltener über physische und psychische Symptome klagen (BAuA, 2014).

Ein wichtiges Ressourcenmodell im Zusammenhang mit organisationalen Gesundheitsressourcen ist das Job Demands-Resources Model (JD-R) (Bakker und Demerouti, 2007), das zwischen zwei Einflüssen unterscheidet, die sich auf die Motivation und die psychische Beanspruchung auswirken: a) *job demands* und b) *job resources*. Dabei sind *job demands*

„[...] those physical, social, or organizational aspects of the job that require sustained physical and/or psychological effort and are, therefore, associated with physiological and/or psychological costs.“ (Demerouti et al., 2007, 122)

Job Resources sind

„those physical, social or organizational aspects of the job that (a) are functional in achieving work-related goals, (b) reduce job demands and associated physiological and psychological costs, and (c) stimulate growth and development.“ (Demerouti et al., 2007, 122).

Im JD-R Model wird ein dualer Prozess erläutert, in dem sich zwei Haupteffekte (*job demands* und *strain*; *job resources* und *motivation*) ablesen lassen. Ein Teil des Prozesses umfasst das Entstehen von Gesundheitsproblemen (z. B. Burn-out) durch Tätigkeitsanforderungen. Ein anderer Teil des Prozesses zeigt das motivierende Potenzial, das Arbeit für ein Individuum birgt (Bakker et al., 2005; Bakker und Demerouti, 2007). Gesundheitsressourcen nehmen nach diesem Modell eine Pufferfunktion ein und können die psychische Beanspruchung⁴ beeinflussen. Die kognitive Bewertung einer Person, hinsichtlich einer sich negativ auswirkenden Arbeitsbedingung, kann dadurch verändert und die Reaktion der Person auf die Arbeitsbedingung wird durch den veränderten Bewertungsprozess moderiert (Turgut, 2014).

▪ Soziale Gesundheitsressourcen

Die soziale Unterstützung aus dem privaten Umfeld bezieht sich allgemein auf den Umfang und die Qualität sozialer Einbettung und die situativen Lebensbedingungen von Menschen, z. B. durch formale oder informelle Unterstützung durch Bezugspersonen (Renneberg und Hammelstein, 2006). In Abgrenzung zu organisationalen Gesundheitsressourcen, die ebenfalls den Aspekt der sozialen Unterstützung enthalten, werden hierunter verstanden:

„Personen, Handlungen, Interaktionen sowie Erfahrungen und Erlebnisse, die der Person das Gefühl geben geliebt, geachtet, anerkannt und umsorgt zu sein“ (Ulich und Wülser, 2012, 42 nach Baumann und Laireiter, 1995).

Soziale Unterstützung aus dem privaten Umfeld hat das Potenzial, Umwelтанforderungen (z. B. aus der Tätigkeit) so zu begegnen, dass psychische Verluste minimiert und psychische Gewinne maximiert werden (Renneberg und Hammelstein, 2006). Hobfoll (1989) setzte sich in der *Conservation of Resources*-Theorie (COR; Hobfoll, 1989; Hobfoll und Shirom, 2001) damit auseinander, dass Menschen ihre Umwelt subjektiv bewerten. Insbesondere stellt er die Bedeutung von Verlusten und Bedrohungen sowie der gemeinsamen Bewertung von Menschengruppen und der Einbettung eines Individuums heraus z. B. in Familie und Arbeitsumfeld. Auch beinhaltet die Theorie eine motivationale Komponente, die besagt, dass das Wissen um eine stressreiche Situation dazu motiviert, widerstandsfähig gegen Stress zu sein. Schlüsselressourcen, die hierbei dienlich sind, sind nach Hobfoll (1989) Gesundheit, Wohlbefinden, positive Selbsteinstellung und Sozialkapital.

Soziale Unterstützung durch Bezugspersonen hat in Abhängigkeit von den situationsspezifischen Bedürfnissen einer Person eine puffernde Wirkung (Ulich und Wülser, 2012 nach Cohen und Wills, 1985). Beispielsweise kann bei einem technischen Problem emotionale Unterstützung für einen

⁴ In dieser Dissertation wird unter einer psychischen Beanspruchung die unmittelbare und kurzfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum verstanden (DIN EN ISO 10075-1). Nach der DIN EN ISO 10075-1 hängt die Auswirkung einer psychischen Belastung ab von den überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, den individuellen Bewältigungsstrategien sowie den Gesundheitsressourcen.

Moment hilfreich sein, aber langfristig ist eine handfeste Lösung im Sinne einer instrumentellen sozialen Unterstützung nötig. Letztere wiederum gestaltet nur auf Basis individueller Gesundheitsressourcen eine Beziehung, die wiederum Voraussetzung für eine instrumentelle soziale Unterstützung ist. Die verbindende Komponente zeigt sich hierbei in der Fähigkeit, Beziehungen einzugehen, herzustellen und zu erhalten.

Im Modell der Unterstützungsinteraktion nach Knoll und Schwarzer (2005) wird zwischen a) tatsächlich erhaltener (*received support*) und b) wahrgenommener bzw. erwarteter sozialer Unterstützung und der damit verbundenen Erwartung an generelle Verfügbarkeit (*perceived support*) unterschieden. Bei der wahrgenommenen Unterstützung wird davon ausgegangen, dass, sobald das persönliche Bedürfnis nach Unterstützung besteht, diese Unterstützung seitens der Unterstützung suchenden Person mobilisiert wird und sofort verfügbar ist. Dunkel-Schetter und Bennett (1990) konnten nachweisen, dass erhaltene und wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung nur gering miteinander korrelieren. Wahrgenommene Unterstützung deckt sich nicht mit der erhaltenen sozialen Unterstützung. Erklärt wird diese Diskrepanz damit, dass erhaltene Unterstützung von Umweltfaktoren beeinflusst ist, wahrgenommene Unterstützung hängt von Persönlichkeitsmerkmalen ab, z. B. dem Bindungsstil der Person (Schwarzer, 2005).

1.2.3 Wechselwirkungen und Wirkungsweisen von Gesundheitsressourcen

Annahme der vorliegenden Arbeit ist, dass Gesundheitsressourcen sich auf den Ebenen Individuum, Organisation und Soziales wechselseitig beeinflussen und dass Gesundheitsressourcen der einen Ebene Gesundheitsressourcen einer anderen Ebene aktivieren. Zum Beispiel ermöglicht es die organisationale Gesundheitsressource *objektiver Handlungsspielraum* (Hacker, 1998), generell frei handeln zu können, den aber Beschäftigte nicht zwangsläufig, sondern kontextabhängig nutzen (Uhle und Treier, 2015). Auch auf derselben Ebene kommt es zu Wechselwirkungen von Gesundheitsressourcen. Dies betrifft z. B. die Gesundheitsressource *Kohärenzsinn*, die weitere Widerstandskräfte aktiviert, die eine positive Bewertung einer Anforderung bewirken können (Schlipfenbacher und Jacobi, 2014).

Die Trennschärfe bei den Gesundheitsressourcen ist weder zwischen den Ebenen noch in der Abgrenzung einzelner Gesundheitsressourcen immer eindeutig. In verschiedenen klinischen, gesundheits- und arbeitswissenschaftlichen Studien werden Wechselwirkungen und Einflüsse auf das psychische Befinden am Arbeitsplatz betrachtet. Eher selten wird auf den drei Ebenen Individuum, Organisation und Soziales untersucht. Anstelle einer umfassenden Darstellung dieses Untersuchungsfeldes werden in dieser Arbeit exemplarisch einige der Ergebnisse des systematischen Reviews der BAuA (2014) zum Einfluss arbeitsbezogener und individueller Ressourcen vorgestellt. In

diesem Review werden zwanzig Primärpublikationen aus den Jahren 1990 bis 2011 zu Erkenntnissen über arbeitsbezogene Ressourcen und Wechselwirkungen aufgeführt; vorrangig wurden die Studien, die in den Publikationen dargestellt werden, mit quantitativen Studiendesigns durchgeführt. Hier untersuchte Wechselwirkungen umfassen meist Einzelmerkmale individueller Gesundheitsressourcen (z. B. Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeitserwartung) und organisationaler Gesundheitsressourcen (z. B. Tätigkeitsspielraum, Rückmeldung), die das psychische Befinden von Beschäftigten beeinflussen. Sie konnten in Modellen wie im Job-Demand-Control-Model (Karasek und Theorell, 1990) oder im Job-Characteristics-Model (Hackman und Oldham, 1980) bestätigt werden. Wechselwirkungen zeigen sich auch zwischen individuellen und sozialen Gesundheitsressourcen, wenn z. B. sozialer Rückhalt indirekt über individuelle Gesundheitsressourcen wie die Selbstwirksamkeitserwartung vermittelt wird (Leppin, 1997). Untersuchungen, die sich mit Wechselwirkungen auf allen drei Ebenen befassen, sind laut dem Review der BAuA eher selten. Es wird auf eine Studie von Daniels und Guppy (1994) hingewiesen, in der der Einfluss von Tätigkeitsspielraum, sozialer Unterstützung und Kontrollüberzeugung auf das subjektive Wohlbefinden untersucht wurde. Jedoch konnten die Annahmen zur Auswirkung auf Kontrollüberzeugung nicht bestätigt werden (BAuA, 2014).

Abbildung 1 ist die konzeptionelle Grundlage für den weiteren Forschungsverlauf; sie basiert auf den zuvor beschriebenen Wechselbeziehungen auf den drei Ebenen der Gesundheitsressourcen. Sie gilt für die Erstellung des Interviewleitfadens und bildet wichtige Referenzpunkte für die Auswertung der Ergebnisse ab. Die Blickrichtung in der Abbildung geht vom Individuum aus. Es wird die Annahme verfolgt, dass Gesundheitsressourcen sich auf den Ebenen Individuum, Organisation und Soziales wechselseitig indirekt und direkt beeinflussen.

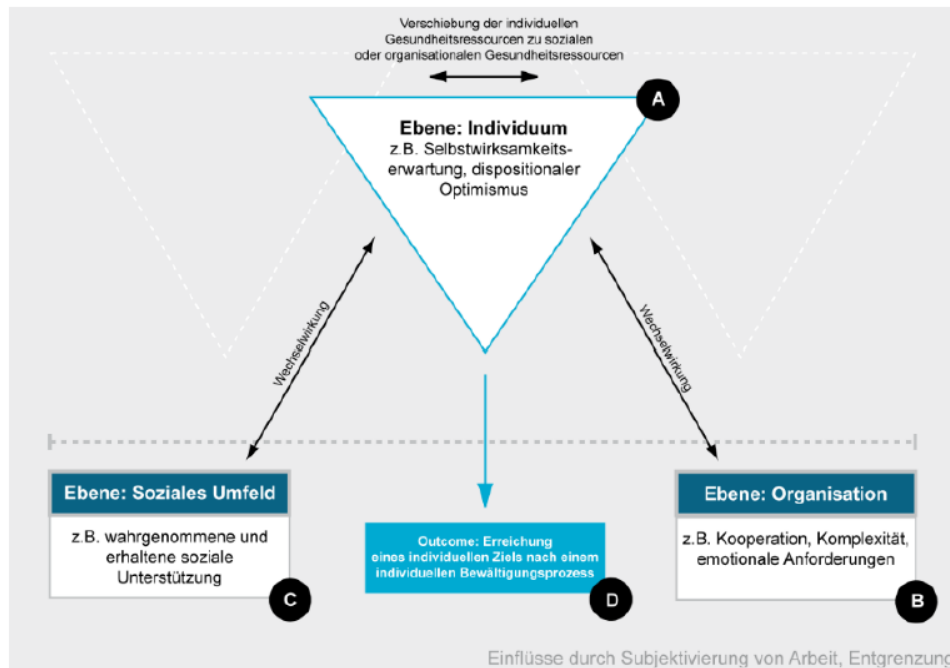


Abbildung 1: Theoretische Zusammenführung, eigene Darstellung

Abbildung 1 zeigt prototypisch die Ebenen der Gesundheitsressourcenkomplexe [A-C]. Individuum [A] nimmt – dem Verständnis kontinuierlicher Prädiktionsmodelle (siehe Kap. 1.2.2) folgend – mit der Bewegung in einem Kontinuum eine zentrale Rolle ein. Als Kontinuum wird in diesem Zusammenhang verstanden, dass sich Individuum A mithilfe vorhandener Gesundheitsressourcen (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, dispositionaler Optimismus) dynamisch zwischen der Ebene des sozialen Umfeldes [C] und der der Organisation [B] bewegt. Beide Ebenen beeinflussen das Individuum und stärken dessen Gesundheitsressourcen. In Rückkopplungsprozessen beeinflusst das Individuum [A] die Ebenen [B] und [C] ebenfalls. Einflüsse aus Subjektivierung von Arbeit und Entgrenzung (siehe Kap. 1.2.1) beeinflussen Gesundheitsressourcen auf allen Ebenen [A-C] mindestens indirekt. Auf der Ebene [B] werden vom Arbeitgeber organisationale Gesundheitsressourcen zur Verfügung gestellt, die den arbeitsorganisatorischen Rahmen einer Tätigkeit (z. B. Kooperation, Komplexität, emotionale Anforderungen) bilden (dazu J-DR Model; siehe Kap. 1.2.2). Auf der Ebene [C] wirken soziale Gesundheitsressourcen wechselseitig auf das Individuum ein, das diese Gesundheitsressourcen indirekt in das Unternehmen einbringt (dazu Modell der Unterstützungsinteraktion; siehe Kap. 1.2.2). Als Outcome [D] eines individuellen Bewältigungsprozesses wird durch die Mehr-Ebenen-Vielfalt von Gesundheitsressourcen die persönliche Zielerreichung in einem dynamischen Prozess forciert.

Neben den zuvor beschriebenen Wechselwirkungen stehen spezifische Wirkungsweisen im Zusammenhang mit Gesundheitsressourcen, die Puffer- und Umkehreffekte betreffen. Puffereffekte von Gesundheitsressourcen zeigen sich dann, wenn diese Ressourcen zur Bewältigung von Prob-

lemen ausreichend vorhanden sind und eine negative Folge für die Person abgeschwächt werden kann (Ulich und Wülser, 2012). Eine Person mit Selbstwirksamkeitserwartung dürfte in der Lage sein, sich soziale Unterstützung vom Vorgesetzten einzuholen; damit könnte sie im höheren Maß soziale Unterstützung erfahren. Verfügen Beschäftigte über verschiedene Gesundheitsressourcen (z. B. die Fähigkeit zur Selbstregulation, soziale Unterstützung durch Bezugspersonen und angemessene Qualifizierung seitens des Unternehmens), die sie in einer spezifischen Situation einsetzen, haben sie leichten Zugang zu weiteren Gesundheitsressourcen (Hobfoll, 1989).

Von Umkehreffekten wird dann gesprochen, wenn Gesundheitsressourcen sich je nach Situation in eine negative Richtung umkehren (Junghans und Morschhäuser, 2013). So können Entscheidungsfreiräume bei gleichzeitig engen Zeitvorgaben oder fehlender Qualifikation mit negativen Gefühlen einhergehen. Junghans und Morschhäuser (2013) äußern sich dazu wie folgt:

„[...] die umfassende Verfügbarkeit arbeitsrelevanter Informationen kann in Informationsüberflutung münden, deren Regulationsaufwand die theoretisch positiven Wirkungen übertrifft [...].“ (Junghans und Morschhäuser, 2013, 11)

Werden die positiven Wirkungen von Gesundheitsressourcen durch einen erhöhten Regulationsaufwand übertroffen, kann es zu Fehlbeanspruchung⁵ in Form von Unzulänglichkeit, Überforderung und Resignation kommen. Dabei können relativ stabil verankerte Gesundheitsressourcen außer Kraft gesetzt werden (Junghans und Morschhäuser, 2013; Schröder und Schwarzer 1997). Auch kann sich ein Umkehreffekt im Zusammenhang mit Optimismus zeigen. Angenommen wird, dass optimistische Menschen eher an die Möglichkeit glauben, die sie beanspruchenden Situationen beeinflussen zu können, und dazu neigen, problemzentrierte Bewältigungsstrategien anzuwenden, um eine Situation aktiv zu beeinflussen. Bei einem überhöhten Optimismus jedoch kann es zu einer Umkehr der Gesundheitsressource kommen, indem die Vulnerabilität erhöht und die Anpassungsfähigkeit erschwert wird, wenn die Erwartung im Widerspruch zum Ergebnis steht.

1.3 Empirische Befundlage zu Gesundheitsressourcen im Bewältigungsprozess

Gesundheitsressourcen beeinflussen sich direkt und indirekt gegenseitig, haben eine Pufferfunktion, sind mit Umkehreffekten verbunden und aktivieren Gesundheitsressourcen auf anderen Ebenen. Übertragen auf Betriebe bedeutet dies, dass sowohl die Beschäftigten als auch der Arbeitgeber zur Mobilisierung von Gesundheitsressourcen beitragen, indem das Gleichgewicht zwischen

⁵ Darunter wird verstanden: „Werden die individuellen Voraussetzungen des Menschen durch die Einflüsse der Arbeit (z. B. Arbeitsaufgabe) über- oder unterfordert, so führt psychische Belastung zu Fehlbeanspruchung“ (Gefährdungsbeurteilung, 2016).

individuellen Bedürfnissen, persönlichen Schutzfaktoren und äußeren Anforderungen, z. B. Tätigkeitsanforderungen, hergestellt wird (Faltermaier, 2006). Mit diesem Gleichgewicht können organisationale Gesundheitsressourcen wie Entscheidungs-, Handlungs- und Gestaltungsspielräume nutzbar gemacht (Altgeld et al., 2006; Uhle und Treier, 2015) und Arbeitsfolgen wie Überforderung, Überlastung oder Resignation reduziert oder bestenfalls abgewendet werden.

Wie beschrieben stehen Gesundheitsressourcen in Verbindung mit einer beanspruchenden Situation und sind Teil eines individuellen Bewältigungsprozesses, der neben Gesundheitsressourcen Bewältigungsressourcen aktiviert. Im Folgenden werden die theoretischen Abgrenzungen von Gesundheits- und Bewältigungsressourcen beschrieben, die während des Bewältigungsprozesses von den Beschäftigten aktiviert werden, um ein individuelles Ziel (z. B. Erleben von Freude, Entspannung) zu erreichen.

1.3.1 Gesundheits- und Bewältigungsressourcen im Bewältigungsprozess

Individuelle Gesundheitsressourcen unterstützen bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, der Persönlichkeitsmerkmale sowie bei der Reflexion von Möglichkeiten, mit beanspruchenden Situationen umzugehen (Leppin, 1997). Diese Attribute zu einem positiven Selbstkonzept sind einem individuellen Bewältigungsprozess vorgeschaltet und beeinflussen ihn situationsspezifisch (Leppin, 1997). So ist es z. B. bei wissensbasierten Tätigkeiten notwendig, häufig mit anderen Abteilungen zu kooperieren. Das kann zu einer Diskrepanz zwischen der Tätigkeitsanforderung und den individuellen Personenmerkmalen führen. Anpassungskompetenzen und/oder eine optimistische Haltung können bei der Bewältigung der Tätigkeitsanforderung unterstützen. Mit dieser Aussage wird dem transaktionalen Stressansatz nach Lazarus (siehe Kap. 1.3.2) gefolgt, demzufolge Alltagsanforderungen als weniger bedrohlich oder schädigend erlebt werden, wenn Menschen ihre Gesundheitsressourcen kennen und situativ einsetzen (Lazarus, 1974).

Sobald Gesundheitsressourcen in Verbindung mit einer beanspruchenden Situation stehen, werden sie Teil des Bewältigungsprozesses. In diesem Prozess nehmen Gesundheitsressourcen eine vermittelnde Funktion ein und werden im Rahmen der Einschätzung einer beanspruchenden Situation zu Bewältigungsressourcen. Somit verändern sich Gesundheitsressourcen zu Bewältigungsressourcen und werden Teil des Bewältigungsprozesses. Als Bewältigungsressourcen stehen sie dann mit einer konkreten beanspruchenden Situation in Verbindung. Bewältigungsressourcen zielen auf die Einschätzung von Handlungsmöglichkeiten und Optionen ab, die für einen positiven Umgang mit der beanspruchenden Situation bereitstehen (Leppin, 1997). Wichtig ist, hervorzuheben, dass es sich dabei nicht zwangsläufig um eine aktive Handlung handeln muss, sondern dass es auch um

Gefühlslenkungen gehen kann, die losgelöst von einer Handlungsabsicht sind (Schröder und Schwarzer, 1997).

1.3.2 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus

Nach Lazarus hängen die Wahrnehmung und die Bewertung einer Anforderung vom Umfang, von Handlungsspielräumen und der sozialen Unterstützung in der Situation ab. Aufseiten der Person hängt die Wahrnehmung und die Bewertung von individuellen Motiven, Fähigkeiten und Gefühlen ab (Hirsch, 1983). Die psychische Bewertung, die eine Person vornimmt, wird von der Person in einer Situation in den Mittelpunkt gestellt. Greif (1991) beschreibt negativ beanspruchende Situationen als „komplexe und dynamische Interaktions- und Transaktionsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und dem handelnden Individuum“. Lazarus (1974) gliedert die Situationsbeurteilung in drei Bewertungsprozesse – die primäre Bewertung, die sekundäre Bewertung und die nochmalige Bewertung –, die sich mehrmals wiederholen können und nicht zwangsläufig in einem bewussten Prozess entschieden werden:

- Primäre Bewertung (*primary appraisal*), d. h., das Ereignis (z. B. die Übernahme einer neuen Arbeitsaufgabe) wird als irrelevant, positiv oder stressvoll bzw. als Herausforderung, Bedrohung oder als Schaden/Verlust eingeschätzt. Liegen in dem Ereignis potentiell beanspruchende Faktoren, so wird von der Person eine veränderte Verhaltensweise erfordert.
- Sekundäre Bewertung (*secondary appraisal*) bedeutet, dass eine Situation in der primären Bewertung als bedrohlich eingeschätzt wurde (z. B. Fehler, die Konsequenzen mit sich bringen). Dieses Ergebnis fließt in den sekundären Bewertungsprozess ein. An dieser Stelle des Prozesses prüft die Person, ob sie ausreichend Gesundheitsressourcen besitzt, die Anforderung zu bewältigen. Dazu können finanzielle Mittel, soziale Unterstützung oder Persönlichkeitseigenschaften zählen. Im Anschluss daran erfolgt eine letzte Bewertung der Situation.
- Nochmalige Bewertung (*re-appraisal*), um zu prüfen, ob die Situation bewältigt werden kann oder noch immer als bedrohlich bewertet wird.

Wird das transaktionale Stressmodell in Bezug zur vorliegenden Untersuchung gesetzt, läuft folgender Prozess ab (Abb. 2): Die äußere Einwirkung durch eine Tätigkeitsanforderung fordert vom Individuum eine Ereigniseinschätzung in einem meist unbewussten primären Bewertungsschritt. Nachdem die Einschätzung, ob die Anforderung gefährdend, schädigend oder herausfordernd ist, erfolgt ist, schließt sich eine zweite Bewertung an. In dieser Phase prüft die Person Gesundheitsressourcen, die im Individuum verankert sind, die auf der organisationalen Ebene zur Verfügung stehen oder aus dem sozialen Umfeld heraus positiven Einfluss nehmen. In Verbindung mit der

individuellen Lösung für eine beanspruchende Situation vermitteln Gesundheits- zu Bewältigungsressourcen. Im weiteren Verlauf werden von der Person mit Hilfe von Bewältigungsressourcen Handlungsmöglichkeiten oder emotionszentrierte Optionen erzeugt, die ein persönlich definiertes Ziel erreichen.

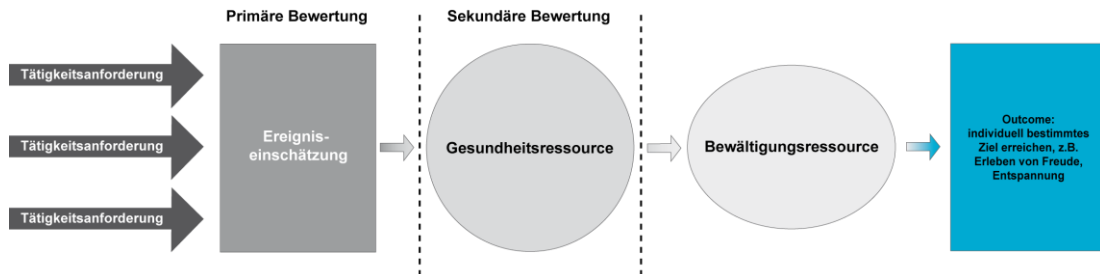


Abbildung 2: Gesundheitsressourcen im Bewältigungsprozess in Anlehnung an Wienemann/Wartmann (2011); Rohmert und Rutenfranz (1975); Bakker und Demerouti (2007), eigene Darstellung

1.3.3 Klassifikation der Bewältigung

Gleiche psychische Anforderungen können bei verschiedenen Menschen zu unterschiedlichen Einschätzungen führen. In der Ressourcenforschung wurde sich mehrfach mit Möglichkeiten der Differenzierung der Kategorie Bewältigung befasst, doch fehlt eine allgemeine Klassifizierung aller Bewältigungsformen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass jede Situation unter den Aspekt Bewältigung fällt und kein Verhalten bewältigungsirrelevant ist (Weber, 1997). Eine Möglichkeit, sich dennoch einer Klassifizierung anzunehmen, ist Verhaltensweisen (z. B. Ablenkung, Vermeidung, Klärung) und nicht einzelne Situationen zu betrachten. Ein Beispiel zeigt der von Janke et al. (2002) entwickelte Stressverarbeitungsfragebogen, der in der klinischen Anwendung genutzt wird und mit den Bewältigungsstrategien klassifiziert werden (Tab. 1).

Tabelle 1: Subskalen und Reliabilität des SVF 120 und SVF 78 nach Janke et al., 2002

Skala	SVF 120 ¹	SVF 78 ²	Skala	SVF 120 ¹	SVF 78 ²
1) Bagatellisierung	.71	-	11) Soziales Unterstützungsbedürfnis	.90	.93
2) Herunterspielen	.85	.90	12) Vermeidung	.88	.90
3) Schuldabwehr	.71	.83	13) Flucht	.84 ³	.89
4) Ablenkung	.75	.77	14) Soziale Abkapselung	.88	-
5) Ersatzbefriedigung	.81	.86	15) Gedankliche Weiterbeschäftigung	.91	.94
6) Selbstbestätigung	.85	-	16) Resignation	.84	.88
7) Entspannung	.84	-	17) Selbstbemitleidung	.83	-
8) Situationskontrolle	.75	.79	18) Selbstbeschuldigung	.83	.84
9) Reaktionskontrolle	.77	.80	19) Aggression	.83	-
10) Positive Selbstinstruktionen	.79	.84	20) Pharmakaeinnahme	.65	-

Anmerkungen: ¹ Cronbach α bezogen auf 20-64 Jahre; Standardisierungsstichprobe N = 288; ² Standardisierungsstichprobe N = 246 (20-64 Jahre); ³ mod. Subtest „Flucht“ (N = 96)

Eine weitere Klassifizierung von Bewältigungsstrategien, die bis heute nicht an Aktualität verloren hat, nimmt Lazarus (1974) vor. Er unterscheidet zwischen problemzentriertem bzw. instrumentel-

len und emotionszentrierten Bewältigungsstrategien. Die problemzentrierte Bewältigung betrifft situationsveränderndes Verhalten; die Neuinterpretation einer Situation wird tendenziell in beeinflussbaren Situationen angewandt, z. B. durch direktes Handeln, Abwägung von Gewinn und Kosten einer Handlung. Emotionszentrierte Bewältigung (passiv) hingegen ist auf kognitive oder emotionale Veränderungen ausgerichtet und wird häufig in nichtkontrollierbaren Situationen eingesetzt, z. B. Entspannung, Ärger gegenüber anderen Personen abreagieren (Puls, 2003).

Eine andere Form der Klassifizierung sind Klassenbegriffe, die kategorisch zusammengefasst werden und denen Verhalten nach dessen Funktion zugeteilt wird (Weber, 1997). Unterschieden wird zwischen kognitiv vermeidenden und vigilanten Reaktionen. Erstere setzen bedrohungsrelevante Reize und letztere implizieren die kognitive Kontrolle über eine Situation. Eine weitere Form der Unterscheidung nach Klassen nahmen Brandtstädter (1989) mit der assimilativen und akkommodativen Bewältigung vor. Assimilativ steht für die subjektiv erlebte Ist-Soll-Diskrepanz die subjektiv erlebt wird, sobald sich die Lebensumstände verändern und eigene Zielvorgaben trotzdem berücksichtigt werden. Hingegen wird die akkommodative Bewältigung als Anpassung an situative Beschränkungen verstanden.

Grundsätzlich können Menschen dynamisch zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien tendieren. Die Art der Strategie ist immer auch abhängig von der jeweiligen Situation (Nerdinger, 2008). Übertragen auf das Forschungsthema, bedeutet dieser Sachverhalt, dass sich Menschen nach betrieblichen Normen und Regeln verhalten, um mit Tätigkeitsanforderungen umzugehen und aus der zu bewältigenden Situation zu einem positiven Ergebnis kommen möchten (z. B. das Erleben von Freude).

Die zuvor beschriebenen theoretischen Hintergründe zu Gesundheitsressourcen sowie zu Gesundheitsressourcen im Bewältigungsprozess, fließen in die empirische Untersuchung dieser Dissertation ein, die im Kapitel 3 ihren Beginn findet.

2 ZIELSTELLUNG

Das Forschungsprojekt geht der Frage nach Gesundheitsressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Tätigkeitsanforderungen nach. Dazu werden Fach- und Führungskräfte wissensbasierter Tätigkeiten, die als eine wachsende Zielgruppe in Deutschland zu verzeichnen ist, betrachtet. Die Besonderheit dieser Tätigkeitsgruppe besteht in dem Wahrnehmen von Selbstverantwortung und Selbststeuerung und die Beschäftigten sind gefordert sich mit ihren subjektiven Potenzialen einzubringen. Gesundheitsressourcen nehmen gegenüber diesen tätigkeitsbezogenen Anforderungen eine schützende Funktion ein und dienen als Verbindung zwischen der Tätigkeitsanforderung und der subjektiven Bewertung.

Dieses Zusammenspiel von tätigkeitsbezogenen Anforderungen sowie individuellen Gesundheitsressourcen und Bewältigungsoptionen stehen im Zentrum dieser qualitativen Forschung. In dieser Arbeit werden themenspezifisch die positiven Einflüsse und die Bewältigungsmöglichkeiten einer spezifischen Tätigkeitsgruppe der Automobilbranche untersucht. Denn obwohl die Wirksamkeit von Gesundheitsressourcen mehrfach belegt (u. a. Udris et al., 1991; Udris et al., 1994; Udris und Frese, 1999) und auch mit anderen Konzepten wie der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsverhalten in Verbindung gebracht wurde (Nutbeam, 2000; Baker, 2006; Kickbusch, 2006), werden Gesundheitsressourcen in Betrieben unzureichend thematisiert und erfasst. Die bisherige Forschung hat unzureichend untersucht, inwieweit Beschäftigte unterschiedlicher Tätigkeitsgruppen in Unternehmen ihre Gesundheitsressourcen nutzen, um Anforderungen zu bewältigen. Mit einem selektiven Ansatz wird innerhalb dieser Untersuchung diese Forschungslücke für eine spezifische Berufsgruppe, den Beschäftigten mit wissensbasierten Tätigkeiten, der Automobilbranche bearbeitet. Weiterhin wurden Gesundheitsressourcen im Zusammenhang mit positiven Aspekten (z. B. positive Wahrnehmung von Arbeit) auf das psychische Befinden im Arbeitskontext wenig betrachtet. Unter Berücksichtigung dieser Sachlage und zur Schließung der Forschungslücke werden im Verlauf der vorliegenden Arbeit mit einem qualitativen Ansatz für ein Industrieunternehmen Gesundheitsressourcen im Bewältigungsprozess, die sich auf Themen des Arbeitsalltags beziehen, nachgezeichnet.

Diese Forschung verfolgt das Ziel, Kenntnisse über subjektive Einstellungen, Sichtweisen und Umgangsformen mit Tätigkeitsanforderungen sowie über mögliche Diskrepanzen zwischen geforderten und wahrgenommenen Tätigkeitsanforderungen von Beschäftigten zu erhalten. Mit dem Wissen aus den durchgeführten Interviews werden Wirkungen, Widersprüche und Hemmnisfaktoren, die bei den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen auftreten und aus organisationalen Anforderungen resultieren, aus Sicht der Beschäftigten transparent. Diese

Zielstellung

gesundheitsressourcenorientierte Forschung ist anwendungsbezogen und wird im Auftrag des Gesundheitswesens des Unternehmensstandorts, der für diese Arbeit betrachtet wurde, durchgeführt. Sie knüpft an die unternehmensinternen Leitlinien zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung an (siehe Anlage 7). Mit diesen Leitlinien verfolgt das Unternehmen die Absicht, für Gesundheitsressourcen im Unternehmen bei sich verändernden psychischen Tätigkeitsanforderungen zu sensibilisieren und spezifische Berufsgruppen zu erreichen.

3 MATERIAL UND METHODE

Im Rahmen dieser explorativen, qualitativen Studie werden episodische Interviews mit Fach- und Führungskräften, die wissensbasiert tätig sind, durchgeführt und inhaltsanalytisch mit strukturierendem Vorgehen nach Mayring (2010, 2015) ausgewertet.

Dieses für diese Arbeit eingesetzte qualitative Vorgehen basiert auf theoretischen Bezügen (siehe Kap. 1.2 und 1.3) zu den folgenden interessierenden Fragestellungen. Dieses generierte Vorwissen ist zentraler methodischer Schritt in einem deduktiv-induktiven Erkenntnisprozess (siehe Kap. 3.5) und dient im weiteren Forschungsverlauf als Grundlage für die Bildung der Hauptkategorien dieser Untersuchung.

3.1 Forschungsfragen

Der theoretische Rahmen (siehe Kap. 1.2 und 1.3) bezieht sich auf Gesundheitsressourcen bei der Ausübung wissensbasierter Tätigkeiten sowie auf den Stellenwert von Gesundheitsressourcen im Bewältigungsprozess. Aus einem individuumzentrierten Blickwinkel heraus werden tätigkeits- und unternehmensbezogene Themen betrachtet, in denen Gesundheitsressourcen in einem Bewältigungsprozess erforderlich werden. Dafür werden drei Ebenen, die Fach- und Führungskräfte im untersuchten Unternehmen betreffen, betrachtet:

- Auf der Ebene des Individuums stehen Themen, die individuelle Gesundheitsressourcen (z. B. die Einschätzung von Fähigkeiten, Zuversicht) und Bewältigung erfordern, im Mittelpunkt.
- Auf der Ebene des Unternehmens werden organisationale Gesundheitsressourcen (z. B. Tätigkeitsspielraum) betrachtet. Als ein möglicher Schutzfaktor gilt in dieser Untersuchung die berufliche Stellung im Unternehmen.
- Auf der sozialen Ebene werden soziale Gesundheitsressourcen im Sinne von Unterstützungs- und Kraftquellen außerhalb des Unternehmens thematisiert.

Aus diesem Erkenntnisinteresse heraus werden drei Hauptfragestellungen fokussiert:

- Welche beruflichen Themen und Anforderungen stehen im Zusammenhang mit individuellen, organisationalen und sozialen Gesundheitsressourcen bei Fach- und Führungskräften im Umgang mit wissensbasierten Tätigkeiten?
- In welchem Umfang nutzen Fach- und Führungskräfte Gesundheitsressourcen aufgrund von Hemmnisfaktoren nicht?

- Welche Bewältigungsoptionen thematisieren Fach- und Führungskräfte im Umgang mit wissensbasierten Tätigkeiten?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wird mit einem qualitativen Ansatz die subjektive Sicht von Fach- und Führungskräften mit wissensbasierten Tätigkeiten auf Gesundheitsressourcen im Bewältigungsprozess nachgezeichnet.

Die Entscheidung für eine qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethodik fiel aufgrund des explorativen Charakters der Studie, der Fragestellungen und der Zielsetzung. Weiterhin bestätigte sich nach der Auftragsklärung mit dem Unternehmen, das untersucht werden sollte, diese Entscheidung für die Methodenauswahl. Denn im Unternehmen werden aus zeitökonomischen Gründen meist quantitative Untersuchungen durchgeführt. Durch sie werden wichtige Informationen über kausale Zusammenhänge (z. B. zwischen Führungsverhalten und Arbeitszufriedenheit im Abteilungsvergleich) und beobachtbare Sachverhalte im Betrieb erhoben. Dieses Vorgehen setzt definierte Konzepte und zu operationalisierende Hypothesen voraus.

Seltener entscheidet sich das Unternehmen, wie in dieser Untersuchung, für hypothesengenerierende Untersuchungsmethoden, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als interaktiv handelnde Subjekte mit Einstellungen und Wahrnehmungen, Bewertungen und betrieblichen Erfahrungen einbeziehen. Doch führt die Kommunikation zwischen der Forscherin und den zu Beforschten in einem offenen Prozess zu Hintergründen und Beschreibungen des eigenen Erlebens und den damit verbundenen Bewertungen der zu Beforschten, die nur mit einer qualitativen Forschungsmethode adäquat untersucht werden können. Daher werden für diese Arbeit episodische Interviews durchgeführt. Ein zentraler Grund für die Auswahl der Methode ist das Verstehen der alltäglichen Berufswelt der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner; hierfür ist die Kommunikation im Interview erkenntnisleitend (Ohlbrecht, 2016).

3.2 Untersuchungskontext unter Hinzuziehung unternehmensbezogener demographischer und gesundheitsbezogener Daten

Das hier untersuchte Industrieunternehmen legt den Schwerpunkt auf Komponentenfertigung und beliefert fahrzeugbauende Unternehmen. Beim Systemlieferanten besteht die Besonderheit darin, internen Kunden und externen Kunden bzw. Firmen Qualitätsprodukte zu einem für beide akzeptablen Preis anzubieten. Mit der Fertigung und Produktion sind ca. 4.000 Personen beschäftigt. An den der Fertigung und Produktion vor- und nachgelagerten Prozessen wie Planung und Entwicklung sowie den vorbereitenden Tätigkeiten sind ca. 2.600 Mitarbeiter und

Mitarbeiterinnen beteiligt. Sie arbeiten in den sogenannten wissensbasierten Tätigkeitsbereichen.

Die Stammebelegschaft ist durchschnittlich 42 Jahre alt. Unternehmensinternen Prognosen zufolge wird das Durchschnittsalter im Jahr 2020 auf 45 Jahre ansteigen. 2004 betrug der Anteil der unter 40-Jährigen 48 %, der der über 55-Jährigen 8%. Prognostiziert wird eine Änderung dieses Anteils im Jahr 2024: der der unter 40-Jährigen wird dann bei 27 % und der Anteil der über 50-Jährigen wird bei 48 % liegen (siehe Anlage 6). Aus ökonomischer Sicht können veränderte Altersstrukturen mit finanziellen Verlusten verbunden sein, die durch Leistungseinschränkungen oder Langzeiterkrankungen entstehen (BKK-Gesundheitsreport, 2015). Aus betriebswirtschaftlicher Sicht, aber auch mit Blick auf das physische und psychische Wohl der Beschäftigten empfiehlt es sich, sich frühzeitig und langfristig mit der Förderung von tätigkeitsbezogenem Wohlbefinden und der Aktivierung von Gesundheitsressourcen zu befassen (Uhle und Treier, 2015).

Das standortübergreifende unternehmensinterne zentrale Gesundheitswesen trägt mit den im Jahr 2005 entwickelten Leitlinien zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung dazu bei:

„Durch eine qualitativ hochwertige und bedarfsorientierte medizinische Betreuung, die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt und durch gezielte Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollen die Leistungsfähigkeit und die Leistungsbereitschaft (Motivation) der Beschäftigten erhalten und gefördert werden.

Konkret bedeutet dies:

- Die Beschäftigten sollen vor arbeitsbedingten Gefahren geschützt werden.
- Das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Beschäftigten soll gefördert werden.
- Die Handlungskompetenz des Einzelnen soll entwickelt werden.
- Das Engagement der Beschäftigten soll erhalten und gesteigert werden.
- Der Gesundheitszustand soll dauerhaft erhöht, die Wirtschaftlichkeit verbessert, die Qualität gesteigert und die Kundenorientierung optimiert werden.“ (siehe Anlage 7)

Die Leitlinien spiegeln ein Gesundheitsverständnis wider, das auf die Förderung von physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden ausgerichtet ist. Auch wenn der Begriff Gesundheitsressource nicht explizit genannt wird, lassen sich Handlungskompetenz und Engagement als individuelle Gesundheitsressourcen zuordnen. Gleiches gilt für die organisationalen Gesundheitsressourcen, da Rahmenbedingungen, um den „Gesundheitszustand dauerhaft [zu]

erhöhen“ beschrieben werden (Interne Leitlinien, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung, 2015).

Im Gesundheitswesen des untersuchten Standorts wurden diese allgemeingültigen Leitlinien um die Handlungskompetenz des Einzelnen erweitert (Interne Leitlinien, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung, 2015):

- Eigenverantwortung: Jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin ist selbst für seine bzw. ihre Gesundheit verantwortlich.
- Subsidiarität: Selbsthilfe hat Vorrang vor Fremdhilfe.
- Solidarität: Zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und dem Unternehmen besteht eine gegenseitige Unterstützung und Bindung.

In dem untersuchten Unternehmen werden strategische Maßnahmen, die Rahmenbedingungen wie Arbeits- und Organisationsgestaltung und operative Maßnahmen wie Angebote, die das Verhalten der Beschäftigten betreffen, entwickelt und umgesetzt. Dazu gehören z. B. universelle Präventionsangebote, die sich an die gesamte Belegschaft richten, wie sportliche Aktivitäten, freiwillige Vorsorgeuntersuchungen und Ernährungsberatung. Selektive Präventionsangebote, ausgerichtet an den vier häufigsten Krankheitsarten (Fehlzeitenreport, 2014; BKK-Gesundheitsreport, 2015), sind Angebote:

- zur gezielten Reduktion und Vorbeugung von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit ergonomischem Unternehmensprogramm,
- zur frühzeitigen Erkennung von Atemwegserkrankungen, z. B. Influenza-Erkrankungen, durch Rachenabstriche, Impfungen,
- zur Reduktion und Vorbeugung psychischer Erkrankungen: Sozialcoaching, psychologische Beratung,
- und zur Reduzierung und Prävention von Verletzungen: Ambulanz, Rettungsdienst, Arbeitssicherheit.

Das Unternehmen blickt aus einer betrieblichen Gesundheitsförderungsperspektive auf die Belegschaft und richtet den Fokus auf deren Gesunderhaltung. Daher wurde im Jahr 2013 unter Federführung des Gesundheitswesens vom Arbeitskreis Psychische Gesundheit die *Strategie Mensch* entwickelt. Mit der Ausrichtung auf Schutzfaktoren, und damit auf Gesundheitsressourcen, werden in dem Arbeitskreis subjektive, gesellschaftliche sowie umweltrelevante Dimensionen sowie Wechselwirkungen unterschiedlicher Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit einbezogen. Die Themen, die die psychische Gesundheit auf den Ebenen Mensch und Unternehmen betreffen, wurden in einem gemeinsamen Aushandlungs- und Abstimmungspro-

zess mit den Mitgliedern des Werkmanagements, dem Betriebsrat, der Personalleitung, dem Bereich Planung/Entwicklung, der Arbeitssicherheit und des Controllings erarbeitet. Dabei wurden Handlungsfelder auf operativer und strategischer Ebene entwickelt. Sie betreffen die Unternehmenskultur, Arbeitsgestaltung, Gesundheitsmanagement, Personal- und Teamentwicklung, Personaleinsatzplanung und Arbeitszeitgestaltung. Eine Messgröße, die als Ziel für die Umsetzung einzelner Maßnahmen in den Handlungsfeldern fungiert, ist u. a. die Fehlzeitenquote mit einem Soll-Wert von 3,3 %. Dieser Wert sagt aus, welcher Anteil an der Soll-Arbeitszeit durch Fehlzeiten, z. B. durch Krankheit oder durch andere persönliche Abwesenheitsgründe, verloren geht. In dem Unternehmen erhöht sich die Fehlzeitenquote von 2012 (5,3 %) bis 2015 (6 %) um durchschnittlich 0,7 Prozentpunkte, im Jahr 2016 liegt sie bei 6,9 % bezogen auf die Stammebelegschaft. Der relative unternehmensinterne Zielwert liegt bei durchschnittlich 3,4 % (siehe Anlage 6) und damit 0,1 Punkte über dem Soll-Wert der *Strategie Mensch*. Verglichen mit den bundesweiten durchschnittlichen Fehlzeiten, die sich den Gesundheitsberichten der BKK (4,8 %) (BKK-Gesundheitsreport, 2015), TK (4,23 %) (TK-Gesundheitsreport, 2016) und AOK (5,2 %) (AOK-Fehlzeitenreport, 2015) entnehmen lassen, liegt die vom Unternehmen berechnete und gemittelte Quote bei ca. 4,8 %. Fehlzeitenquoten werden in der Gesundheitswissenschaft kontrovers diskutiert (u.a. Badura, 2010; Brandenburg und Nieder, 2009;). Vorteilhaft ist der direkte Bezug zum Arbeitsumfeld. Nachteilig in der Abbildung von Fehlzeiten ist der fehlende Bezug zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Krankheiten und Arbeitsunfähigkeit. Zudem sind Fehlzeiten weder ein Indikator für die emotionale Bindung der Beschäftigten an das Unternehmen noch für Präsentismus – also die Praxis, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen –, da keine Informationen zum subjektiven Gesundheitszustand der anwesenden Beschäftigten vorliegen (Brandenburg und Nieder, 2009; Badura 2014; Dragano, 2016). Mit der Fokussierung auf Fehlzeiten im untersuchten Unternehmen wird noch immer eine Perspektive eingenommen, die auf Risikofaktoren und Krankheiten anstatt auf Schutzfaktoren ausgerichtet ist (Franzkowiak, 2015).

3.3 Fallbeschreibung wissensbasierter Tätigkeiten mit Hilfe personenunabhängiger Merkmale

Kapitel 3.2 informiert über den Untersuchungskontext, in dem sich ca. 6.500 Beschäftigte des untersuchten Industrieunternehmens in die unterschiedlichsten Tätigkeitsfelder einbringen. In diesem Kapitel stehen die zu untersuchende Beschäftigtengruppe der Fach- und Führungskräfte mit wissensbasierten Tätigkeiten und ihre Tätigkeitsmerkmale im Mittelpunkt. Dafür wird eine personenunabhängige Ebene gewählt, die losgelöst ist von der subjektiven Bewertung der aus-

zuführenden Person. Zur allgemeinen Charakterisierung wissensbasierter Tätigkeiten im untersuchten Unternehmen werden auf einer personenunabhängigen Ebene Tätigkeitsmerkmale erhoben. Mittels eines unternehmensinternen Screening-Instruments *Checkliste psychische Belastung* wurden 187 Tätigkeiten in den sechs Bereichen Geschäftsfeldleitung, Unterabteilungsleitung, Assistenz, Fachreferenz, Sekretariat und Technische Sachbearbeitung ausgewertet. Dieses Instrument erfasst 31 Merkmale psychischer Belastung in den Dimensionen Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalte, Arbeitsaufgabe, Arbeitsumgebung und Qualität der Informationsdarstellung (siehe Anlage 3). Für die im Folgenden dargestellte deskriptive Auswertung werden diese relevanten Items extrahiert, die für wissensbasierte Tätigkeiten charakteristisch sind. Die übrigen 17 Items aus der *Checkliste psychische Belastung* betreffen die produzierenden und fertigen Tätigkeitsbereiche. Inwieweit äußere Einflüsse von den Beschäftigten als herausfordernd, bedrohend oder schädigend eingeschätzt werden, wird mit diesem Instrument nicht erhoben.

Die deskriptive Ergebnisauswertung zeigt, dass im untersuchten Unternehmen wissensbasierte Tätigkeiten unabhängig vom Grad der Verantwortung, in ihrer Häufigkeit mit den folgenden Merkmalen charakterisiert sind:

- hohe *Komplexität*, d. h., die verschiedenen Teilaufgaben haben ein unterschiedliches Anspruchsniveau; zu ihnen zählen das Berechnen, das Auswerten und das Überwachen betriebswirtschaftlicher Kennzahlen oder Tätigkeiten mit umfangreichem Informationsfluss;
- hohe *Ganzheitlichkeit*, d. h., die Aufgabe beinhaltet sowohl planungsbezogene und vorbereitende als auch ausführende und kontrollierende Tätigkeiten; sie werden z. B. von Projektverantwortlichen oder Führungskräften ausgeführt;
- hohe *Kooperationserfordernisse*, d. h., die Tätigkeit erfordert inhaltliche und zeitliche Abstimmung, z. B. den Informationsaustausch zur Aufgabenerledigung oder Assistenten- und Sekretariatstätigkeiten.
- häufige *Unterbrechungen*, d. h., die Tätigkeit wird durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, interne oder externe Kunden, Telefon oder E-Mails unterbrochen, z. B. sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Diensttelefonen oder in Großraum- oder Durchgangsbüros betroffen.⁶

⁶ Ausführlicher können die Deskription und die Diskussion der Daten im dazu veröffentlichten Paper nachgelesen werden: Wartmann A, Behrens J (2016), Gesundheitsressourcen von Fach- und Führungskräften mit wissensbasierten Tätigkeiten, In: Prävention und Gesundheitsförderung, doi:10.1007/s11553-016-0542-5, S. 9-14.

Werden die Ergebnisse dieser deskriptiven Auswertung zusätzlich nach dem Merkmal *Verantwortung* ausgewertet, dann wird ein Zusammenhang zwischen Hierarchieebene und dem Merkmal *emotionale Anforderung* nahegelegt. Emotionale Anforderungen umfassen die Regulation der eigenen Gefühle und Emotionen, z. B. bei Tätigkeiten mit Service- oder Empfangsaufgaben oder beim Führen von Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie steigen mit dem Grad der Verantwortung, die eine Führungskraft für das Personal oder Arbeitsprozesse hat. Bezogen auf die Tätigkeitsbereiche zeigt sich, dass der Grad der Verantwortung bis zur Unterabteilungsleitung steigt. Die höchste Verantwortung trägt jedoch die Geschäftsfeldleitung, die zusätzlich zu Personalmanagement und Arbeitsprozessen, auch die Budgets verantwortet. Interessanterweise reduziert sich in der Tätigkeitsgruppe Geschäftsfeldleitung das Merkmal *emotionale Anforderung*. Die Verlässlichkeit dieses Ergebnisses, das zunächst auf deskriptiven Berechnungen basiert und daher als Indiz zu bewerten ist, muss weiter im Unternehmen überprüft werden.

In dem untersuchten Unternehmen sind wissensbasierte Tätigkeiten charakterisiert mit den Merkmalen hohe Komplexität, hohe Ganzheitlichkeit, hohe Kooperationserfordernisse sowie häufige Unterbrechungen. Weiterhin steigen mit dem Grad der Verantwortung die emotionalen Anforderungen. Diese ausgewerteten personenunabhängigen Merkmale bilden die Kriterien zur Fallauswahl für die Interviews, in denen folgend die subjektive Sicht auf wissensbasierte Tätigkeiten forciert wird.

3.4 Samplebildung

Das Material dieser Untersuchung, welches u. a. aus dem theoretischen Vorverständnis (siehe Kap. 1.2 und 1.3) und dem Wissen um die Zielgruppe (siehe Kap. 3.3) besteht, ergeben sich Implikationen für das Untersuchungsdesign, die sich in der Samplebildung ausdrücken. Die Fallauswahl, d.h. die Entscheidung darüber, welche Fach- und Führungskräfte interviewt werden, basiert auf einer Datengrundlage bedingt durch die Organisationsstruktur des Unternehmens. Der Fall, der sich auf die Fach- und Führungskräfte bezieht, zeigt einen Querschnitt im Unternehmen, der aus der maximalen Variation von sechs Hierarchie- und Arbeitsebenen resultiert (Abb. 3). Für die Ermittlung dieses Querschnitts stellte das Unternehmen Daten aus dem Controlling zur Verfügung. Sie eröffneten softwaregestützt den Zugang zu den betrieblich vordefinierten Rollen. Diese Rollen enthalten eine Zusammenstellung von Tätigkeiten und Aufgaben sowie eine Übersicht über die hierarchische Position. Die Verfasserin dieser Arbeit übernahm für die Interviews die Auswahl der Interviewpartner bzw. -partnerinnen aus den umfassenden Controlling-Daten und die telefonische Kontaktaufnahme. Eine Mittlerperson

wurde nicht hinzugezogen, um den Grad der Selektion von gezielt ausgewählten Interviewpartnern bzw. -partnerinnen zu verringern. Die Teilnahme an den episodischen Interviews war freiwillig. Zudem wurde den Interviewpartnern bzw. -partnerinnen der vertrauliche Umgang mit den Aussagen sowie die Pseudonymisierung und Anonymisierung der Transkripte zugesagt. Alle haben ihre Einwilligung zum Interview gegeben. Die Interviews fanden an den Arbeitsplätzen während der Arbeitszeit statt.

Das Sample setzt sich auf sechs Hierarchie- bzw. Arbeitsebenen folgendermaßen zusammen (Abb. 3):

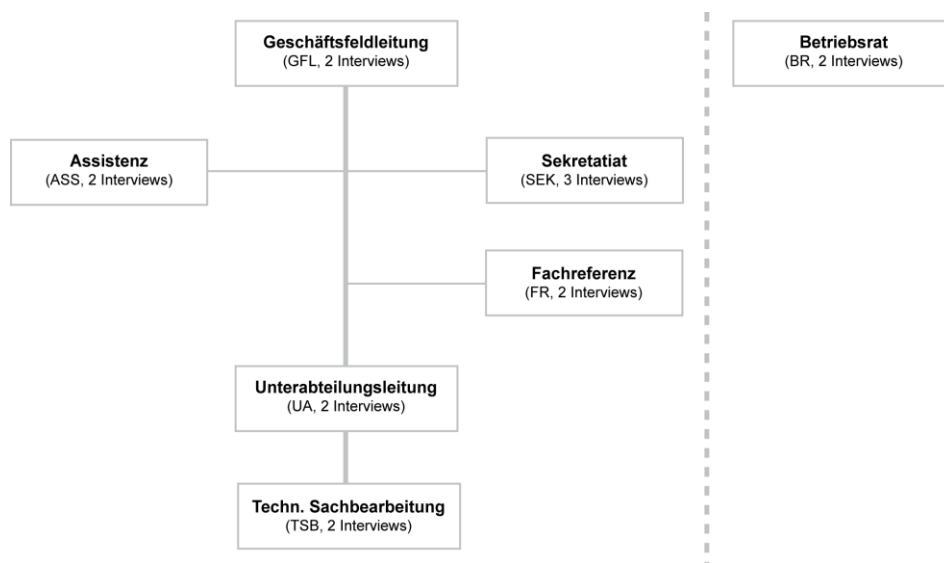


Abbildung 3: Fallauswahl über sechs Hierarchie- und Arbeitsebenen sowie Stabsfunktionen, eigene Darstellung

Es wurden 15 episodische Interviews durchgeführt, 13 Interviews wurden kriterienbasiert in die Auswertung inkludiert. Zu diesen Einschlusskriterien gehören zum einen die Differenzierung *Tätigkeitsbeschreibung*⁷ als Zuordnung der Hierarchieebene und zum anderen das Kriterium *wissensbasierte Tätigkeit* entsprechend der Tätigkeitsmerkmale hohe Komplexität, hohe Ganzheitlichkeit, hohe Kooperationserfordernisse und häufige Unterbrechungen (siehe Kap. 3.3). Die Entscheidung, ob die Bedingungen erfüllt sind, wurde anhand einer Checkliste psychische Belastung zugehörigen Kriterienkatalogs abgeglichen.

Das Sample hat folgende Struktur: Die höchste Ebene umfasst die Geschäftsfeldleitung (GFL). In Stabsfunktionen mit beratenden und unterstützenden Aufgaben sind die Tätigkeitsgruppen Assistenz (ASS), Sekretariat (SEK) und der Bereich Fachreferenz (FR) direkt dem GFL unterstellt. In weiterer Linienfunktion befinden sich die Unterabteilungsleitung (UA) und die Technische

⁷ Tätigkeitsbeschreibungen dienen den Eingruppierungs- und Bewertungsverfahren. Diese umfasst eine abstrakte Beschreibung der auszuführenden Tätigkeit (Bundesverwaltungsamt, 2016).

Sachbearbeitung (TSB); sie sind hierarchisch der GFL zugeordnet. Der Betriebsrat bildet als Interessensvertretung der Belegschaft ein eigenes Unternehmensorgan und wird daher in diese Untersuchung nicht einbezogen.

Bei genauerem Blick auf die einzelnen Hierarchie- und Arbeitsebenen und Stabsfunktionen ergibt sich, dass sie sich wiederum in hochkomplexe, komplexe Tätigkeiten von Spezialisten bzw. Spezialistinnen und fachlich ausgerichtete Tätigkeiten unterteilen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Zuordnung Beschäftigtengruppe und ausführende Tätigkeit und über die soziodemographischen Parameter der Interviewpartner bzw. -partnerinnen.

Tabelle 2: Samplebeschreibung

Beschäftigtengruppe	Hochkomplexe Tätigkeiten			Komplexe Tätigkeiten von Spezialisten und Spezialistinnen		Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten		
	Geschäftsfeldleitung (GFL)	Unterabteilungsleitung (UA)	Assistenz (ASS)	Fachreferenz (FR)		Sekretariat (SEK)	Technische Sachbearbeitung (TSB)	
Ausführende Tätigkeit	strategisch mit disziplinarischer Personalverantwortung	strategisch mit disziplinarischer Personalverantwortung	Unterstützung GFL	Qualitätssicherung	Controlling	administrative Tätigkeiten	Werkzeugplanung	Werkzeugbeschaffung
männlich	2	2	2	2		---	1	
weiblich	---	---	---	---		3	1	
< 40 Jahre	---	---	2	1		2	1	
> 40 Jahre	2	2	---	1		1	1	
ledig	---	---	2	1		2	---	
verheiratet	2	2	---	1		1	2	
keine Kinder	---	---	2	---		3	1	
1 Kind	---	---	---	---		---	---	
> 1 Kind	2	2	---	2		---	1	
ohne Ausbildung	---	---	---	---		---	---	
berufliche Ausbildung	---	---	---	---		3	2	
Hochschulabschluss	2	2	2	2		---	---	

Bei dem Industrieunternehmen handelt es sich um ein männerdominiertes Unternehmen, was sich in der Fallauswahl widerspiegelt und die Geschlechterkontrastierung begrenzt. Die höheren (GFL) und mittleren Managementfunktionen (UA) übernehmen Männer. Frauen führen eher Fachtätigkeiten (u. a. TSB) und unterstützende Funktionen (SEK) aus. Die jüngsten Befragten sind die Assistenten, die Ältesten die Geschäftsfeldleiter. Von den Interviewten wurden sechs direkt im Unternehmen ausgebildet. Weitere sechs waren die ersten Berufsjahre nach der Ausbildung oder dem Studium in anderen Unternehmen beschäftigt. Eine Person wurde direkt nach dem Studium in dem Unternehmen eingestellt. Allen gemeinsam ist, dass sie den größten Teil ihrer Berufsjahre in dem Unternehmen verbracht haben. Auch zeigt sich konsistent, dass, je höher der Ausbildungs- und Qualifizierungsstatus ist, die Verantwortung im Unternehmen ansteigt.

3.5 Methodische Erhebungs- und Auswertungsschritte

Im Folgenden werden die methodischen Schritte vorgestellt, die für die Untersuchung unter-
nommen wurden. Zu ihnen zählen die Entwicklung und der Aufbau des Interviewleitfadens, die
Beschreibung und die Begründung der Auswahl des Erhebungsverfahrens und das Vorgehen
der Interviewauswertung.

Interviewleitfaden: Entwicklung und Aufbau

Der Interviewleitfaden bezieht sich teilweise auf den Fragebogen von Udris (1997), der im For-
schungsprojekt SALUTE verwendet wurde und der sich auf Gesundheitsressourcen auf den
Ebenen Individuum, Soziales und Unternehmen sowie auf Widerstandskräfte und Bewälti-
gungsstrategien konzentriert. Das heißt, in diese Untersuchung werden möglichst viele Berei-
che einbezogen, aus denen ein Mensch Gesundheitsressourcen aktiviert und ausbildet. Inhalt-
lich durch den von Udris entwickelten Fragebogen geleitet, werden in diese Untersuchung
Erfahrungen und Geschehnisse aus dem beruflichen Alltag einbezogen, die die Inter-
viewpartner und -partnerinnen erzählt haben.

Für diese Untersuchung wurden zunächst zwei Pilotinterviews durchgeführt, um den Inter-
viewleitfaden auf Erzählaufforderung, Aufbau und Logik zu testen. Schlussendlich gliedert sich
der Interviewleitfaden in folgende Schwerpunktbereiche:

- Ausbildungs- und Berufslaufbahn,
- Aspekte tätigkeitsbezogenen Wohlbefindens,
- Situationen am Arbeitsplatz, die positive Emotionen erzeugen,
- Situationen am Arbeitsplatz, die negative Emotionen erzeugen,
- berufliche und private Bewältigungsstrategien,
- Rolle des Vorgesetzten in gewünschten Unterstützungssituationen,
- wahrgenommene Unterstützungsangebote durch das Unternehmen.

Durch eine Anstoßfrage zur Berufs- und Ausbildungslaufbahn, die das Erzählen auslösen soll,
werden bereits erste berufliche Hürden und Herausforderungen sichtbar. Danach beschreiben
die Interviewten ihre Tätigkeit; durch immanentes Nachfragen werden sie angeregt, immer
detaillierter zu beschreiben.

Erhebungsverfahren: Episodische Interviews

Die Entscheidung für episodische Interviews fiel deshalb, weil der Begriff Gesundheitsressourcen
im alltäglichen Sprachgebrauch nicht verhaftet ist und Gesundheitsressourcen insbesondere im
Betrieb nur selten aktiv von den Beschäftigten reflektiert werden. Allerdings werden für die Er-

hebung und zur Auswertung weitaus mehr zusammenhängende Informationen benötigt als z. B. die Benennung persönlicher Eigenschaften. Erst die Kombination aus Reflexion persönlicher Kompetenzen und Eigenschaften mit der Erzählung spezifischer Situationen führt zu Hintergründen und Zusammenhängen, die Informationen darüber geben, welche Rolle Gesundheitsressourcen und Bewältigung im beruflichen Alltag spielen. Aus den Erzählungen der Interviewpartner und -partnerinnen können dann deren Nutzung von Gesundheitsressourcen und Bewältigungsoptionen zum Umgang mit Tätigkeitsanforderungen rekonstruiert werden.

In den Interviews erzählen Fach- und Führungskräfte Episoden aus ihrem Berufsalltag und eröffnen damit aus ihren Erinnerungen heraus ein reflexives und handlungspraktisches Wissen. Diese Beobachtung beschreiben bereits Mey und Mruck (2010). Richter und Hurrelmann folgern daraus, dass auf diese Weise – aus der Laienperspektive heraus und auf narrativer Ebene – theoretische Modelle zugänglich werden (Flick, 2007).

Episodische Interviews sind durch ihre Verselbstständigung durch persönliche Erzählung von anderen Interviewformen abgegrenzt. Für diese Narrationen, d. h. für die Erinnerungen, wird „[...] gezielt Raum geschaffen und die [...] Interviewten [bekommen] die Gelegenheit [...], eigene Relevanzen zu entwickeln und zu formulieren.“ (Honer, 2003, 97). Die Stärke dieser Methode besteht in der Offenheit gegenüber dem fremden Relevanzsystem (Honer, 2003). Durch eine Erzählaufforderung bei dem jeweiligen thematischen Schwerpunkt des Interviewleitfadens entsteht keine weitere thematische Einengung des Interviewpartners bzw. der -partnerin. Sie werden über „Zugzwänge“ (Flick, 2007, 231) in eine Erzählung verstrickt, was die Selbstläufigkeit der Erzählung fördert. Flick spricht von „Gestaltschließungszwängen“, womit das zu Ende bringen einer Geschichte gemeint ist. Auch spielen Kondensierungszwänge, die nur das Nötigste an Informationen in der zur Verfügung stehenden Zeit enthalten, und der Detaillierungszwang, der Hintergrundinformationen und Zusammenhänge liefert, eine Rolle (Flick, 2007).

Auswertungsverfahren: Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Interviews wurden nach einem Regelwerk der Konventionen eines Basistranskripts vollständig wörtlich transkribiert⁸ (Selting et al., 2009). Diese Aufbereitung erfolgte mittels der Software F4 (Abb. 4). Die Interviews dauerten zwischen 45 Minuten und 1 Stunde 30 Minuten. Die Basistranskription erfolgte in einem Zeitverhältnis von 1:4.

⁸ Die Interviewtranskripte können aufgrund der Einhaltung von Ethikrichtlinien und von zugesagter Vertraulichkeit bei der Autorin eingesehen werden.

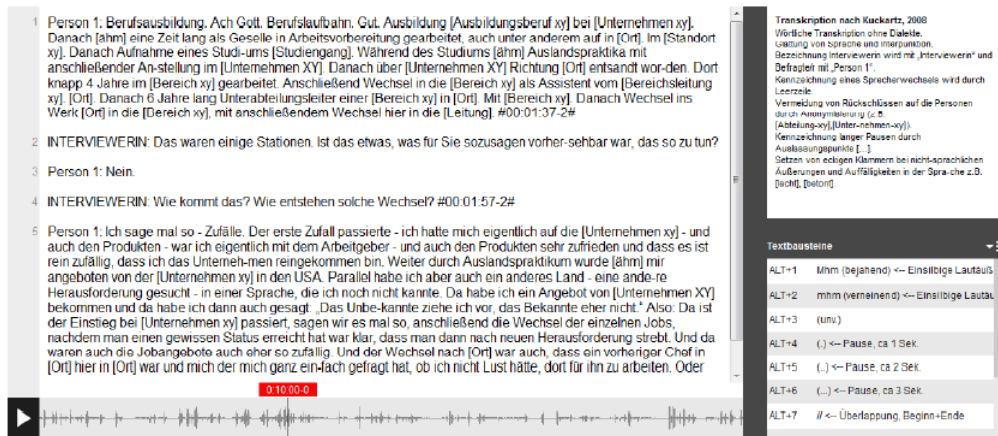


Abbildung 4: Ausschnitt Basistranskript F4

Die Auswertung der Transkripte erfolgt inhaltsanalytisch mit strukturierendem Vorgehen. Sie wird mit der Rekonstruktion von Tiefenstrukturen zur Analyse des sprachlichen Materials auf verschiedenen Aufmerksamkeitsebenen angereichert. Die Interpretationsschritte, mit denen auch handlungsgenerierende Tiefenstrukturen aus dem Interviewmaterial herausgearbeitet werden, finden auf verschiedenen Aufmerksamkeitsebenen statt. Diese beziehen sich auf Inhalte, die Interaktion zwischen der Interviewerin und den Befragten, auf die sprachlichen Besonderheiten und auf die Auswahl des Vokabulars (Flick, 2007; Kruse, 2011). Ziel dieser inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ist es, die innere Struktur des Interviewmaterials aufzudecken. Während des Interpretierens treffen zwei Perspektiven aufeinander: die Sinnperspektive der Interviewerin und die Bedeutungskonstruktion, die im Interviewmaterial enthalten ist. Zu diesem Umstand äußern sich Karbach und Güthlin (2015) und Mayring (2015) dahingehend, dass es wichtig ist, den eigenen Deutungsprozess mithilfe wissenschaftlicher Theorien und dem Wissen aus dem Forschungsfeld, aber auch die Wechselbeziehung zu anderen Personen kontinuierlich zu reflektieren (Karbach und Güthlin, 2015; Mayring, 2015). Dies wird bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Grundsätzlich ist die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse charakterisiert durch:

- eine deduktive Vorgehensweise, basierend auf dem theoretischen Bezugsrahmen, die ein deduktives Kategoriensystem entstehen lässt,
- eine induktive Vorgehensweise, basierend auf dem erhobenen Interviewmaterial, die ein induktives Kategoriensystem entstehen lässt.

Beide Bearbeitungsschritte werden meist kombiniert und in einen Verallgemeinerungsschritt umgeleitet (Mayring, 2010). Dies wurde bei der vorliegenden Untersuchung vorgenommen. Die Auswertung des Interviewmaterials wurde mittels der Software MAXQDA Standard 12 – The art

of text analysis systematisiert (Abb. 5). Diese Software ermöglicht Systematisierungen und Visualisierungen, die insofern bei der Auswertung der Interviews unterstützen, dass die Software z. B. Textstellen zusammenstellt, die gleich oder ähnlich kodiert sind.

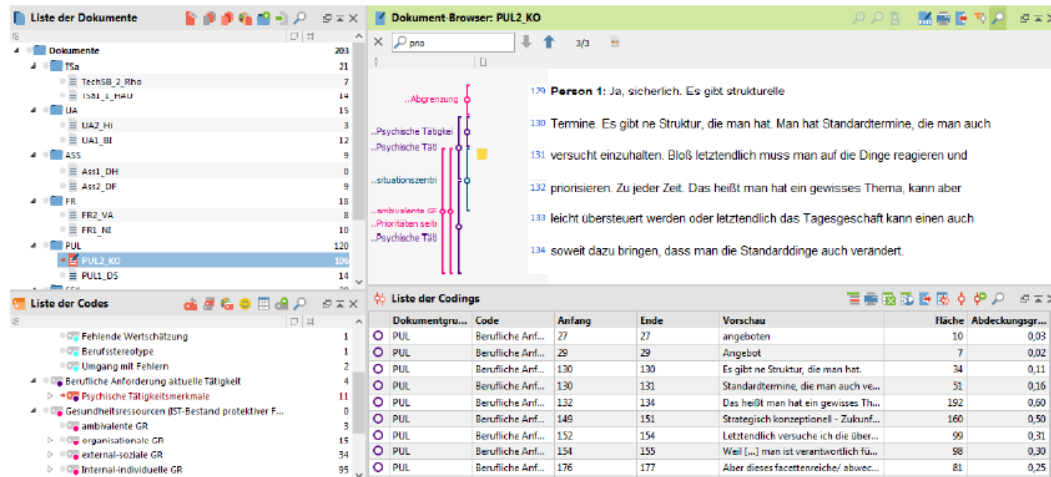


Abbildung 5: Darstellung der Codierung in MAXQDA Standard 12

In der Analysesoftware MAXQDA Standard 12 werden mithilfe von Codes inhaltliche Kategorien erarbeitet. Der Begriff Kategorie wird für die Auswertung der Interviews in der Software durch Codieren ersetzt; er umfasst die Zuordnung von Textpassagen zu einem oder mehreren Codes. Mit Codings werden wiederum die Textstellen bezeichnet, die den einzelnen Codes zugeordnet werden. Neben dem Codieren von Textstellen ist das Schreiben von Memos ein wichtiges Instrument, welches auch für diese Untersuchung insbesondere zur Analyse der Tiefenstrukturen der Transkripte genutzt wurde. Memos helfen in der Auswertung dabei, während der Datenerhebung Kontextbedingungen, Beobachtungen und Irritationen zu verschriftlichen, aus denen sich Zusammenhänge ergeben können, die in die Auswertung einfließen (Maxqda, 2016).

Die Auswertung der Interviews begann mit Probekodierungen zweier Interviews (GFL, SEK), die kollegial validiert wurden. Daraufhin folgte die Kodierung des gesamten Interviewmaterials. Zur Veranschaulichung der gebildeten Kategorien dient der Ausschnitt des hierarchischen Kategoriensystems im Codebaum (Abb. 6).






Abbildung 6: Codesystem

Für die Auswertung der Interviews wurden Sinnabschnitte gewählt und Codiereinheiten als tragende Elemente im Interviewmaterial definiert, die die jeweiligen Kategorienbeschreibungen aufgreifen. Diese Beschreibungen werden im Folgenden dargestellt; dabei wird ihre Verwendung für das deduktive und induktive Kategoriensystem geklärt.

Deduktives Kategoriensystem

Das deduktive Kategoriensystem steht in enger Verbindung mit dem gegenstandsbezogenen Theoriebestand (siehe Kap. 3); es beschreibt die Hauptkategorien. Aus bereits bekanntem Wissen werden Annahmen formuliert, die anhand des Interviewmaterials überprüft werden. Das deduktive Kategoriensystem für diese Untersuchung lässt sich folgendermaßen abbilden (Tab. 3):

Tabelle 3: Deduktives Kategoriensystem

Deduktive Kategorien			
Hauptkategorie: Gesundheitsressourcenkomplex	Hauptkategorie 1: individuelle Gesundheitsressourcen als individuumzentrierte Merkmale	Hauptkategorie 2: soziale Gesundheitsressourcen	Hauptkategorie 3: organisational Gesundheitsressourcen
			
	Selbstwirksamkeitserwartung	Kraftquellen: <ul style="list-style-type: none"> ● Beziehungspartner- und partnerinnen ● Familie ● Freunde 	Gestaltung der Arbeitsumgebung
	dispositionaler Optimismus	erhaltene und wahrgenommene soziale Unterstützung	Gestaltung des Arbeitsinhalts
	Hardiness/Robustheit		Gestaltung der Arbeitsmittel
	emotionszentrierte Bewältigungsstrategien		Gestaltung der Arbeitsorganisation
	problemzentrierte Bewältigungsstrategien		

Vor der Auswertung der Interviews wurden Codiereinheiten⁹ definiert. Dadurch wurden Zuordnungsregeln festgelegt, die auch Dritten eine inhaltliche Überprüfung ermöglicht. Das folgende Beispiel zeigt diesen Vorgang anhand der Kategorie *Selbstwirksamkeitserwartung* und eines Ankerbeispiels (Tab. 4):

Tabelle 4: Deduktives Kategoriensystem

Deduktive Kategorie „Individuelle Gesundheitsressourcen als individuumzentrierte Merkmale“		
Diese Kategorie ist eine Oberkategorie, in die persönlichkeitsbeschreibende Gesundheitsressourcen fallen, die auf das eigene Handeln zurückzuführen sind.		
Name der Unterkategorie	Definition der Codiereinheit, d. h. der tragenden Elemente im Interviewmaterial, die die Kategoriendefinition aufgreifen	Ankerbeispiel
Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura 1977; 1997)	Diese Kategorie beinhaltet Codiereinheiten, die Zuversicht hinsichtlich der eigenen Entwicklung umfassen.	„Gestern war da gerade erst eine Geschichte, ich habe erzählt, dass ich mich impfen gelassen habe, da meint er da könnte dieses und jenes passieren und ich habe gesagt, dass bei mir auch nichts passiert, weil ich auch nicht will.“ (1_GFL_1_A)

Induktives Kategoriensystem

Das induktive Kategoriensystem (Tab. 5) geht über das deduktive Kategoriensystem hinaus. Aus dem Interviewmaterial wurden qualitative Merkmale des untersuchten Falls herausgearbeitet und mit externen Daten aus dem Theoriebestand erweitert.

⁹ Aufgrund des begrenzten Seitenumfangs dieser Forschungsarbeit kann das gesamte Kategoriensystem und die definierten Codiereinheiten mit Ankerbeispielen nur in den Unterlagen der Autorin eingesehen werden.

Tabelle 5: Induktives Kategoriensystem

Induktive Kategorien			
Hauptkategorie: Gesundheitsressourcenkomplex	Hauptkategorie 1: Individuelle Gesundheitsressourcen ↓	Hauptkategorie 2: Soziale Gesundheitsressourcen ↓	Hauptkategorie 3: Organisational Gesundheitsressourcen ↓
	Gesundheitsressource „Klärung anstreben“	„bedürfnisorientierte Kommunikation“ als Gesundheitsressource aus dem sozialen Umfeld	Gesundheitsressource „Entscheidungen treffen innerhalb des eigenen Verantwortungsbereichs“
	Gesundheitsressource „persönliche Schonung erreichen“	„kritische Rückmeldungen empfangen“ als Gesundheitsressource aus dem sozialen Umfeld	Gesundheitsressource „Einblicke in Interna erhalten“
	Gesundheitsressource „persönlichen Entspannungsraum schaffen“	„Entspannung und Entlastung“ finden als Gesundheitsressource im sozialen Umfeld	Gesundheitsressource „implizites Wissen erweitern, z. B. durch Berufserfahrung“
		„positive Ablenkung und Verdrängung“ als Gesundheitsressource des sozialen Umfelds	Gesundheitsressource „Entstehung eines Sicherheitsgefühls zur sozialen Unterstützung durch den Vorgesetzten“
		„soziale Integration“ als Gesundheitsressource des sozialen Umfelds	Gesundheitsressource „klare Zuständigkeiten“
			Gesundheitsressource „Mitarbeiterorientierte Unternehmensangebote“

Wie im deduktiven Kategoriensystem werden auch im induktiven Kategoriensystem die Kategorien als Codiereinheiten definiert. Dieser Auswertungsschritt zeigt sich am Beispiel der induktiven Kategorie *Individuelle Gesundheitsressource ‚Klärung anstreben‘* (Tab. 6).

Tabelle 6: Induktives Kategoriensystem

Induktive Kategorie 3: Individuelle Gesundheitsressource ‚Klärung anstreben‘		
Name der Unterkategorie	Definition der Codiereinheit, d. h. der tragenden Elemente im Interviewmaterial, die die Kategoriendefinition stützen	Ankerbeispiel
Klärung anstreben	Diese Kategorie beinhaltet Codiereinheiten, die das Ziel verfolgen, eine Klärung aktiv anzustreben, die seitens der Person forciert wird.	„Dann such ich auch in Ruhe noch mal zum Beispiel in dem Fall nochmal mit dem Controlling das Gespräch, erkläre das.“ (2_TSB_B_2)

3.6 Güte qualitativer Forschungsergebnisse

Die Güte von Forschungsergebnisse wird begleitet durch ein „methodisch kontrolliertes Fremdverstehen“ (Bohnsack, 2010, 21). Dies wird auch für die Auswertung der für diese Forschungsarbeit erstellten Arbeit berücksichtigt. Zusätzlich wird die Güte hier aber losgelöst von der ausschließlichen Selbstreflexion und -interpretation, indem mit mehreren Personen die Inter-

viewtranskripte analysiert werden. Dieses Gütekriterium der „Multiperspektive“ wird neben weiteren Ansätzen zur Qualitätsbewertung¹⁰ qualitativer Studien herangezogen, auch für diese Arbeit. Die regelmäßige Diskussion in Analyse- und Forschungsgruppen über das Interviewmaterial, die Kategorien und Theoriekonzepte begleitet den Analyseprozess maßgeblich. Besonders intensiv diskutiert werden die Selbstreflexivität von Vorannahmen, die Entwicklung zusätzlicher Perspektiven auf das Interviewmaterial und die Überprüfung eigener Interpretationen. Begleitet von Wechselbeziehungen zwischen Theoriestand, Feldforschungsergebnissen und mehrperspektivischen Sichtweisen werden unterschiedliche Lesarten und Ergebnisse geordnet und verdichtet. Zur Interpretation des Interviewmaterials und der Ergebnisdiskussion werden in unterschiedliche Analyse,- und Forschungs- und Fachgruppen Interpretationsgespräche geführt. Dazu gehören:

- eine Analysegruppe mit heterogener Besetzung durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Kriminologie, Umweltsoziologie und Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Braunschweig,
- Ergebnispräsentationen und -diskussionen in der Internationalen Graduiertenakademie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften,
- die Forschungswerkstatt für Nachwuchswissenschaftler der Sozial- und Bildungsforschung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
- professorale Gespräche mit Medizinsoziologinnen und Medizinsoziologen, mit Sozialwissenschaftlern und Sozialwissenschaftlerinnen,
- unternehmensinterne Gespräche mit Fachärzten der Arbeitsmedizin und Inneren Medizin sowie Sozialberaterinnen und Sozialberatern,
- begleitende Tagungen, z. B. des Wissenschaftsnetzwerks Qualitative Gesundheitsforschung.

¹⁰ Weitere Qualitätskriterien zur Bewertung qualitativer Studien sind nach Steinke (2012) intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation des Forschungsprozesses, die empirische Verankerung, Limitation, Kohärenz, Relevanz und reflektierte Subjektivität.

4 ERGEBNISSE

Dieser Untersuchung liegt die Annahme zugrunde, dass Gesundheitsressourcen bei dem Zusammenhang von personenunabhängigen Tätigkeitsanforderungen und abweichenden subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen von Tätigkeiten eine vermittelnde Rolle spielen. Dahingehend werden die episodischen Interviews inhaltsanalytisch und mit weiteren rekonstruierenden Strategien ausgewertet. Die Ergebnisse und die Essenz episodischer Fach- und Führungskräfteinterviews werden im Folgenden dargestellt. Dazu wird der inhaltliche Fokus auf der sogenannten Was-Ebene auf Gesundheitsressourcen, Bewältigungsoptionen und Hemmnisse sowie auf tätigkeitsbezogene Themen, in denen Gesundheitsressourcen notwendig werden, gerichtet. Auf einer weiteren Auswertungsebene (Wie-Ebene) wird die Art und Weise der verwendeten Sprache und Begriffe und ihr Bedeutungsgehalt dargestellt. Dazu gehören auch Stilmittel wie Erzählweisen, die auf unternehmensspezifische Kommunikationsstrukturen schließen lassen.

Die Auswertung nach einem deduktiv-induktiven Vorgehen (siehe Kap. 3.5) betrifft die Hauptkategorien:

- berufliche Themen in Verbindung mit Gesundheitsressourcen auf individueller, sozialer und organisationaler Ebene,
- Hemmnisse auf individueller, organisationaler und sozialer Ebene,
- Bewältigungsoptionen auf individueller Ebene.

4.1 Thematisierungsweisen der episodischen Interviews

Auf der Sprachebene lassen sich in den Interviews syntaktische und wortsemantische Besonderheiten mit Erzähl- und Beschreibungspräferenzen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner nachweisen. Auffällig ist, dass die narrativen Anteile in den Interviews gering sind, was mit der konstruierten Interviewsituation und der Kommunikationskultur im Unternehmen zu tun haben kann bzw. mit deren wechselseitiger Begünstigung. Auch können organisationspezifische Erfahrungen zu Unsicherheiten in der freien Kommunikation führen.

Die Interviewpartner und -partnerinnen kommunizieren auf einer eher beschreibenden Ebene und greifen in ihren Erzählpassagen selten auf Hintergründe von Problemen, auf Freude auslösende Situationen oder auf mit der Situation verbundene Gefühle zurück. Aktivieren Erzählauforderungen ein selbstreflexives Moment, erhöhen sich die Redeanteile; die Situation wird retrospektiv erinnert und, mit Details gespeist, beschrieben. Dies tritt besonders bei Themen

auf, die mit Emotionen wie Unverständnis bzw. Enttäuschung verbunden sind oder bei denen sich auf das eigene Recht berufen wird. Eine Erwähnung von Emotionsbeschreibungen (z. B. wütend, traurig gemacht, fröhlich gestimmt) ist eher selten.

Generell kann der Sprachstil der Interviewten als kontrolliert, in distanzierter Man-Sprache formuliert und loyal dem Unternehmen¹¹ gegenüber beschrieben werden. Spielen negative Erfahrungen eine Rolle, die in der Vergangenheit auch zu negativen Emotionen führten, führen die Interviewpartner und -partnerinnen diese Themen (z. B. nichtfunktionierende Technik, Reduktion von Privilegien) detailreich aus. Auf den Ebenen, auf denen die Fach- und Führungskräfte mit Verantwortung für Personal tätig sind (UA, GFL), ist die Sprache elaboriert und abstrakt, in den Tätigkeitsgruppen Technische Sachbearbeitung und Sekretariate ist sie detailreicher und kleinteiliger. Zeitliche Freiräume zur Beantwortung von Fragen verschaffen sich die Befragten durch die Wiederholung und Bewertung der Sinnhaftigkeit der Interviewfrage oder über deren positiv bestätigende Anerkennung. Des Weiteren ist ein tätigkeitsübergreifendes Erzählmuster mit einer kontrastierenden Sprache sichtbar. Die Interviewpartner bzw. Interviewpartnerinnen zeigen vergangene berufliche Stationen (z. B. andere Unternehmensstandorte), andere Unternehmen und Positionen (z. B. vorherige Karriereschritte) auf und vergleichen sie mit der aktuellen Tätigkeit oder Position.

Auf der interaktiven Ebene zwischen Interviewten und Interviewerin entsteht während der Interviews der Eindruck einer Bewährungssituation, in der die Interviewten nach antizipierten Vorgaben und Bewertungsmaßstäben antworten. Eine Erklärung kann sein, dass es im Unternehmen Usus ist, die Berechtigung für die berufliche Entwicklung durch Qualifizierungsleistungen, z. B. Prüfungen, zu erlangen. Auch ist hervorzuheben, dass im Rahmen einer Interviewsituation die Interviewten ihr vergangenes und zukünftiges Handeln verantworten müssen; dies kann Chancen auf Anerkennung bergen oder das Risiko von Negativbewertung in Bezug auf die Bewältigung von Aufgaben oder von Deutungsmustern im Interview beinhalten.

Die verwendeten Sprachstile und Erzählmuster, aber auch der Umgang mit Narration, weisen auf die Kommunikationskultur im Unternehmen und des Einzelnen hin. Die Interviewten antworten auf einer beschreibenden Ebene und distanzieren sich von den mit beruflichen Situationen verbundenen Emotionen. Auf der Ebene des Wies werden Referenzpunkte zur weiteren Betrachtung von Gesundheitsressourcen wie Handlungsalternativen, Umgang mit Grenzen und Selbstreflexion bereitgestellt.

¹¹ Die Interviews wurden direkt am Arbeitsplatz durchgeführt, der mit Rollenerwartungen, Professionalität, Kompetenzzuschreibungen und Erwartungshaltungen seitens des Unternehmens an den Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin bzw. untereinander, aber auch an außenstehende Personen assoziiert ist.

4.2 Fallbeschreibungen mit Bezug zu Gesundheitsressourcen

Mit der Aufforderung zum offenen Erzählen sollen die Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner ihre Tätigkeit subjektiv beschreiben. Im narrativen Nachfrageteil wurde die Reflexion über Gesundheitsressourcen, Bewältigung und positive Aspekte, die das psychische Befinden beeinflussen, aktiviert. Im Folgenden stehen, differenziert nach Tätigkeitsgruppen, die Rekonstruktionen von subjektiven Eindrücken der Interviewten auf ihre Tätigkeiten im Mittelpunkt.

4.2.1 Tätigkeitsgruppen

Die Tätigkeiten und ihre subjektiven Einschätzungen lassen sich mit Aussagen aus den Interviews folgendermaßen beschreiben:

Sachbearbeiter/in für Bürokommunikation¹² (SEK)

„Man muss schon diszipliniert sein und einschätzen können, was sind A-Probleme, was sind B-Probleme und was sind C-Probleme.“ (3_SEK_C_3)

Laut Interviewpartnerinnen hat sich der Aufgabenbereich „Sachbearbeiter/in für Bürokommunikation“ in den letzten fünf Jahren erweitert. Es bedarf einer zunehmenden eigenen Aufgabenstrukturierung. Um Arbeitsaufträge zu strukturieren, müssen Prioritäten gesetzt werden, um die Arbeit nach Wichtigkeit und Notwendigkeit zu unterscheiden. Auch zeigen sich veränderte Anforderungen bei der sozialen Anpassungsfähigkeit durch die zunehmenden Fluktuationen der Vorgesetzten. Die Besetzung des Sekretariats ist häufig mit der längsten Betriebszugehörigkeit in einer Abteilung verbunden, nur die Vorgesetzten, meist die GFL, wechseln häufiger.

Die Tätigkeit der Sekretärinnen zeichnet sich auf inhaltlicher Ebene durch Abwechslungsreichtum und Zusammenarbeit mit anderen aus. In den Interviews wird Zwischenmenschlichkeit bzw. Interaktion als ambivalentes Kriterium für psychisches Befinden genannt. „Die rechte Hand des Chefs“ (2_SEK_B_2) zu sein wird mit positiven Gefühlen wie Stolz beschrieben. Kontrastierend dazu lässt sich anhand der Thematisierungsweise erkennen, dass das Setzen eigener Grenzen bei der telefonischen Erreichbarkeit für den Vorgesetzten und Kooperationspartner bzw. -partnerinnen negative Gefühle erzeugt. In der formalen Tätigkeitsbeschreibung, so betonen es die Sekretärinnen, ist dieses Merkmal nicht erwähnt. Also wird hier sozialen Zwängen gefolgt, um u. a. Konflikten zu entgehen oder offene Konfrontation zu verhindern.

¹² „Sachbearbeiter/in für Bürokommunikation“ ist die offizielle unternehmensinterne Tätigkeitsbezeichnung. Die Personen selbst sprechen über ihre Tätigkeit als Sekretärinnen.

Assistenz (ASS)

„Arbeitet bedeutet für mich eine gewisse Art von Verwirklichung.“ (1_ASS_A_1)

Durchschnittlich beträgt die Verweildauer als Assistent bzw. Assistentin mindestens zwei und maximal drei Jahre. Auch wird die Funktion im Kreis der Assistenten als Zwischenstation in der Kette interner Aufstiegsmöglichkeiten im Unternehmen genutzt.

Der inhaltliche, arbeitsorganisatorische Rahmen dieser Tätigkeit ist objektiv nur schwer eingrenzbar, da er nicht als formale Tätigkeitsbeschreibung vorliegt. Ambivalenzen zwischen den geforderten und den erlebten Anforderungen entstehen für die Assistenten einerseits durch die individuelle Balance zwischen Anforderungen und dem Austarieren persönlicher Grenzen. Andererseits ist das Ausüben dieser Tätigkeit mit Stolz verbunden, da Personen für diese Tätigkeit empfohlen werden. Sie durchlaufen damit nicht, anders als üblich, den normalen internen Personalauswahlprozess.

Auf inhaltlicher Ebene zeigt sich, dass die Tätigkeit von Aufgaben- und Gestaltungsvielfalt gekennzeichnet ist, die es ermöglicht, in Ausbildung und Studium erworbene Kompetenzen einzubringen. Daraus entsteht eine spürbare Verantwortung für die eigenen Arbeitsergebnisse; sie gilt als elementarer persönlicher Anspruch. Weitere positive Merkmale der Tätigkeit sind die Kooperationserfordernisse und kommunikativen Fähigkeiten, die zur Ausgestaltung der Beziehungen zu anderen Fachbereichen nötig sind.

Negative Gefühle erzeugt bei den Assistenten bzw. Assistentinnen das spontane Verwerfen von Prioritäten, wenn diese zuvor aufgrund unklarer Aufträge und Aufgaben gesetzt worden waren; dies erfordert flexibles Handeln. Eine schnelle Auffassungsgabe ist nötig, um Informationen, die häufig zwischendurch gegeben werden, zu verarbeiten. Auch fällt Mehrarbeit über die normale Arbeitszeit hinaus an. Dies bemängeln die Befragten nicht per se, sondern betrachten die Mehrarbeit als Zeichen ihrer Bedeutung für die Arbeit und als Ausdruck von Engagement. Dieses Engagement zeigt sich über die Unternehmensgrenzen und das Werkstor hinaus, z. B. wenn in der Freizeit das Diensthandy eingeschaltet bleibt. Dieses Beispiel zeigt, dass Entgrenzungs- und Subjektivierungsthemen vordergründig eine Rolle spielen, wobei Gesundheitsressourcen wie die Reflexion einzelner Situationen und das Erreichen persönlicher Ziele eine ermöglichende Rolle einnehmen.

Technische Sachbearbeitung (TSB)

„Das ist halt wie ein großes Puzzle, wo die Teile aber nicht zusammenpassen.“ (2_TSB_B_2)

Die Haupttätigkeiten der TSB sind das Planen von Produkten, Prozessen und maschinellen Anlagen, was spezifisches Produktwissen verlangt. Sind die Arbeitsergebnisse nicht zufriedenstel-

lend für die Produktion, fällt dies direkt oder indirekt auf die TSB zurück. Dies zeigt sich in den Interviews dadurch, dass die Belastungssituation in der Produktion als eng mit der in der TSB zusammenhängend geschildert wird. Beanspruchungsquellen liegen u. a. in der Abhängigkeit von Informationen anderer oder in der Notwendigkeit zu kooperieren. Damit der Informationsaustausch und die Kooperation klappen, ist die funktionierende Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen Voraussetzung. Auch stellt die Tätigkeit Herausforderungen an die eigene emotionale Regulation, z. B. keine Konflikte zu erzeugen, weil Mängel in der Prozesskette herrschen und daher zufriedenstellende Kooperation nicht möglich ist. Auch werden Widersprüche und Unternehmenserwartungen, die Vorgesetzten übermitteln, im Zusammenhang mit negativen Emotionen genannt.

Die TSB stellen zwar Leistungsdruck fest, profitieren jedoch von einer abwechslungsreichen und herausfordernden Tätigkeit, die zudem Gestaltungsmöglichkeiten bietet. Die Interviewten können sich engagiert in ihre Tätigkeit einbringen, um die beruflichen Anforderungen zu meistern.

Fachreferenz (FR)

„Muss man alles irgendwo selbständig erarbeiten, verfolgen, überprüfen.“ (2_FR_B_2)

Die Tätigkeit ist charakterisiert durch die Übernahme von Sonderaufgaben im Unternehmen. Bevor es möglich wird, diese Tätigkeit auszuüben, benötigt ein Fachreferent bzw. eine Fachreferentin Prozessinformationen, die den Auftrag zu der bevorstehenden Aufgabe enthalten. Auf der Grundlage des Prozessgeschehens, in das verschiedene Fachbereiche fest involviert sind und das durch Meinungsvielfalt geprägt ist, treffen die Fachreferenten und Fachreferentinnen die Entscheidungen. Sie sind laut Interviewaussagen nicht zwangsläufig in inhaltliche Projekte involviert, sondern prüfen Endergebnisse anderer Personen und entscheiden aus fachlicher Sicht und nach Unternehmenskriterien über Freigaben, z. B. Qualitäts- oder Finanzfreigaben. Auch finanzielle Entscheidungen können sie in einem vorgegebenen Rahmen eigenverantwortlich treffen. Darüber hinaus haben sie eine beratende Funktion. Andere Fachbereiche richten Ad-hoc-Anfragen an die Fachreferenten und Fachreferentinnen, sodass sie ihren Arbeitstag zwar planen und priorisieren können, aber auch immer wieder spontan und flexibel reagieren müssen. Sie sind in kein Team eingebunden und nehmen im Unternehmen eine Alleinstellung ein. Sie sehen sich selbst als Einzelkämpfer bzw. Einzelkämpferinnen und hegen dafür ambivalente Gefühle.

Fachreferenten führen den Alltagsaustausch in abteilungsübergreifenden Fachgruppen und erhalten vom Unternehmen Freiheitsgrade, die sich in Zeichnungsbefugnissen und in finanziel-

ler Entscheidungsmacht zeigen. Auch zählt nicht zwangsläufig der Weg zum Ergebnis, sondern der Erfolg ist am Ergebnis orientiert.

Als positiv heben die Befragten hervor, dass ihre Tätigkeit Einblicke in Unternehmensinterna ermöglicht, z. B. in die Finanzentwicklung und in die Finanzströme oder in die unternehmenspolitische Ausrichtung. Auch wird das Passverhältnis zwischen der Grundausbildung und dem Einsatz im Fachbereich positiv betrachtet, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die eigenen Kompetenzen gezielt einsetzen können. Sie beschreiben dies als „Flow-Erlebnis“. Die Zuschreibung von Spezialistentum und Vertrauen in die Ausübung der Tätigkeit wird als weiterer positiver Aspekt genannt und resultiert in der positiven Emotion Stolz.

Unterabteilungsleitung (UA)

„Das ist ja immer eine Balance, die man finden muss.“ (1_UA_A_1)

Anders als die zuvor beschriebenen Tätigkeiten enthält die Tätigkeit UA disziplinarische Personalverantwortung; zudem werden hier Unternehmensziele strategisch umgesetzt. Diese Gruppe stellt im Unternehmen den größten Teil an Beschäftigten mit Personalverantwortung im Unternehmen dar; sie besteht ausschließlich aus Männern.

Laut den Interviewpartnern ist die Tätigkeit dadurch charakterisiert, dass durch sie Entscheidungen des Vorstandes verwirklicht werden, die für den ihren verantwortlichen Bereich getroffen wurden waren. Des Weiteren fallen die Koordination, die Kontrolle und der Einsatz von Personal unter Beachtung von Unternehmensvorschriften und -richtlinien in den Aufgabenbereich dieser Gruppe. Auch beinhaltet diese Tätigkeit die Analyse von Schwachstellen und Optimierungsmöglichkeiten unter Abwägung wirtschaftlicher Gesichtspunkte. Abzugrenzen ist sie von inhaltlichen Projektarbeiten, die vom Arbeitsteam zu erfüllen sind; dies benannten die Interviewpartner als ambivalent.

Als positiv heben die UA ihre Handlungs- und Gestaltungsspielräume hervor. Sie können Überlegungen und Ideen einbringen, die dazu beitragen, den Bereich, aber auch die zu führenden Personen, weiterzuentwickeln. Dazu müssen die befragten Unterabteilungsleiter aus ihrer Steuerungsfunktion heraus eine tragfähige Arbeitsbeziehung mit dem Arbeitsteam aufbauen, um Ziele gemeinsam zu tragen, jedoch ohne Teil des Teams zu sein. Ebenfalls positiv bewerten die Befragten die Zusammenarbeit mit der Gesamtorganisation, d. h. mit verschiedenen Fachbereichen oder in unterschiedlichen Gremien.

Auf inhaltlicher Ebene beschreiben die Befragten in den UA-Interviews die Balance zwischen wirtschaftlichen Unternehmenszielen und eigenen beruflichen und persönlichen Werten und Werteverständnissen. Hierfür ist es einerseits notwendig, die Unternehmensziele zu kennen

und zu reflektieren, und andererseits wichtig, diese Ziele mit den persönlichen Werten abzugleichen.

Geschäftsfeldleitung (GFL)

„Strategisch Richtung Zukunftsvisionen, die man auf den Weg bringen möchte.“ (2_PUL_B_2)

Die im Organisationssystem am höchsten angesiedelte Position und die erste Ebene unterhalb der Werksleitung ist die GFL. Sie fungiert als direkte Schnittstelle zur Werksleitung und bezieht von ihr direkt Arbeitsaufträge. Eine Besonderheit dieser Tätigkeit ist, dass die GFL – im Sinne einer symbolischen Ehrung – vom ranghöchsten Vorstand im Konzern ernannt werden. Im Durchschnitt ist die GFL für ca. 500 Beschäftigte der Produktion und Verwaltung weisungsbehaftet und disziplinarisch verantwortlich. Ihre zentrale Aufgabe ist, strategische Entscheidungen umzusetzen und diesen Prozess zu überwachen, was meist mit langfristigen Aufgaben verbunden ist. Hierzu gehört auch die Umsetzung einer angestrebten Gestaltung der Rahmenbedingungen für gemeinsame unternehmensbezogene Werte.

Allgemein zeichnet diese Tätigkeit die Ausführung überfachlicher Aufgaben aus; dies ist nach Meinung der Befragten zu selten mit Kontakten zum operativen Geschehen verbunden. Die Herausforderung besteht darin, Unternehmensziele unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verfolgen und die Beschäftigten im Alltagsgeschäft ohne direkten Kontakt zu motivieren. Zudem ist die Tätigkeit durch eine Vielzahl von Meetings charakterisiert; hier ist der persönliche Handlungsspielraum bei der Terminierung eingeschränkt.

Als positiv stellen die Befragten hervor, dass die Tätigkeit abwechslungsreich und vielfältig ist und Gestaltungsmöglichkeiten bietet. Auch werden Lösungen und Ideen genannt, die mit den UA vor dem Hintergrund von Unternehmenszielen erarbeitet werden.

Negative Gefühle erzeugen unvorhersehbare Änderungen im Tagesablauf. In der Folge können die Befragten an Meetings nicht teilnehmen, obwohl sie bereits zugesagt haben. Weiterhin müssen sie sich auf Informationen anderer, z. B. Daten, verlassen; dies erzeugt ein Abhängigkeitsgefühl.

4.2.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Tätigkeitsgruppen

Bei den interviewten Beschäftigten handelt es sich um unterschiedliche Hierarchie- und Arbeitsebenen. Dennoch zeigen sich positive Gemeinsamkeiten im Erleben einzelner Tätigkeitsaspekte, die im Folgenden dargestellt werden. Anschließend werden dann die Unterschiede, die sich auf die geforderten und erlebten Tätigkeitsanforderungen beziehen, vorgestellt.

Die Interviews weisen auf gemeinsame positive Aspekte bei wissensbasierten Tätigkeiten über alle Tätigkeitsgruppen hin. Die positiven Anteile der Tätigkeiten nehmen für die Fach- und Führungskräfte eine gesundheitsschützende Funktion ein, die mit dem Zielzustand *Erleben von Freude* in Verbindung steht. Diese Aspekte gehören zum einen zu den Ebenen Arbeitsaufgabe, Rahmenbedingungen und Arbeitsinhalte, zum anderen zählen sie durch ein bereits verankertes positives Selbstkonzept zu der individuellen Ebene. Zu diesen positiv wahrgenommenen Aspekten des Arbeitsalltags gehören (Tab. 7):

Tabelle 7: Gemeinsamkeiten wahrgenommener positiver Aspekte auf der Tätigkeits- und Emotionsebene

Wahrgenommene positive Aspekte auf der Tätigkeits- und Emotionsebene	
• Erleben von Freude durch Arbeitsaufgabe:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abwechslungsreichtum ○ Aufgabenvielfalt
• Erleben von Freude durch Rahmenbedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Selbstverwirklichung und Sinnhaftigkeit ○ Neugier und Stolz oder durch die Wechselwirkung mit anderen Personen ○ Rückhalt durch den Vorgesetzten ○ positive Rückkopplung durch Kommunikation
• Erleben von Freude durch Arbeitsinhalte:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prozessverantwortung und Mitgestaltung am Endprodukt der Prozesskette ○ das Vollziehen gemeinsamer Analyseschritte mit anderen Fachbereichen, die der Prozesskette angehören ○ Organisation und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen mit Vertretern und Vertreterinnen aller Hierarchieebenen
• Erleben von Freude durch ein positives Selbstkonzept der Person:	<ul style="list-style-type: none"> ○ positive arbeitsbezogene Einstellung ○ problemzentriertes Coping ○ optimistische Haltung
• Erleben von Freude durch das soziale Umfeld:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aufnahmebereitschaft von Informationen aus dem Berufsalltag

Ein positiver Aspekt, z. B. der oder die erste Ansprechperson zu sein, kann für einen Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin negative Folgen in anderen Bereichen zur Folge haben. Demzufolge ist die Betrachtung ambivalenter Gefühle ebenso wichtig wie die von positiv und negativ polarisierten. Die rechte Hand des Chefs zu sein, ist einerseits mit Stolz verbunden und kann andererseits mit Konflikten behaftet sein (z. B. zugleich ein Ventil für Emotionen des Gegenübers zu sein). Die Herausforderung besteht hier im Finden einer persönlichen Balance.

Aus ihrer individuumzentrierten Ausgangsperspektive heraus richten die interviewten Beschäftigten ihr Handeln an objektiven Gestaltungsparametern des Unternehmens, die in den Tätigkeitsbeschreibungen vorgegeben sind, aus. Allerdings weichen die subjektiven Eindrücke der Beschäftigten von den objektiven Merkmalen einer Tätigkeit ab. Dieser Unterschied zeigt sich nicht in der impliziten Benennung von Merkmalen der Tätigkeiten (z. B. Kommunikations- oder Kooperationserfordernisse), sondern in der Bewertung dieser Merkmale und der Gesundheitsressourcen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit beruflichen Anforderungen. Ein Assistent bringt dies auf den Punkt:

„Wenn man natürlich viele Sachen parallel machen muss, ist das schwierig, da muss man für sich selber ein Tool finden, um durch diesen zeitlich bedingten Stress durchzukommen.“ (1_ASS_A_1)

Persönliche stellen- und aufgabenbezogene Tätigkeitsbeschreibungen sind für das Unternehmen die Basis aller Aufgaben. Diese Beschreibungen gelten personenunabhängig und als arbeitsorganisatorischer Rahmen für alle Personen einer Hierarchieebene. Sie beinhalten global gefasste Inhalte und Tätigkeitsbereiche (z. B. die Ausführung administrativer Tätigkeiten), aber auch Entgeltstufen. Dem bzw. der Beschäftigten eröffnet eine weit gefasste Tätigkeitsbeschreibung einerseits Handlungsspielräume, andererseits entstehen so Unsicherheiten im Umgang mit dieser Freiheit.

Je mehr Verantwortung eine Beschäftigte bzw. ein Beschäftigter trägt, desto stärker wird der Handlungsspielraum durch Gestaltungsspielraum ausgebaut. Ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin (z. B. FR, PUL) kann bei der Ausführung einer Tätigkeit unter der Maßgabe, das Unternehmensziel zu erreichen, persönliche Akzente setzen. Weiterhin werden mit dem Mehr an Verantwortung eher persönliche Bedürfnisse wie Selbstverwirklichung oder Zielerreichung von den Befragten verbalisiert. Letztere kann dadurch erschwert werden, dass mit der Zunahme der Verantwortung die Abhängigkeit von validen Informationen größer wird. TSB oder FR erzeugen die Informationen, die über eine Mittlerebene wie UA an den GFL weitergetragen werden, mit möglichen Informationsverlusten.

Gemeinsamkeiten bei allen Tätigkeitsgruppen bestehen darin, dass die Befragten das flexible situative Agieren negativ bewerten, was an Beanspruchungsgrenzen der Befragten spürbar wird. Hier wird das Thema Entgrenzung, z. B. durch ständige telefonische Erreichbarkeit innerhalb und außerhalb der Arbeitszeit, sichtbar, dass insbesondere die ASS und SEK benennen. Spontaneität durch unkonkrete oder widersprüchliche Arbeitsaufträge ist mit negativen Gefühlen assoziiert. Auch Zeitmangel bei der Entwicklung einer Bereichsstrategie oder die Erarbeitung von Konzeptionen wird als Problem in den Tätigkeitsebenen GFL oder UA benannt.

Unterschiede im Umgang mit Tätigkeitsanforderungen zeigen sich hinsichtlich der Zwischenmenschlichkeit und Interaktion mit anderen Beschäftigten und Fachbereichen. Diese stellen sich als persönliche Zufriedenheitsgefühle heraus, wenn sie von den Interaktionspartnern und -partnerinnen eine positive Rückkopplung (z. B. Lob) erfahren. Auf der Ebene der GFL fungieren Interaktion und Zwischenmenschlichkeit als Hilfsmittel für das Erreichen von Unternehmenszielen, ohne dass emotionale Tiefen ausgelotet werden müssen.

Mit Bezug auf das Kapitel 3.3, in dem die personenunabhängigen Merkmale einer Tätigkeit dargestellt wurden, kann konstatiert werden, dass sich zwischen den objektiven Daten aus der GFBpsychB und den subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen Unterschiede zeigen. Die

Auswertung der personenunabhängigen Daten (siehe Kap. 3.3) zeigt, dass Komplexität, Ganzheitlichkeit, Kooperation und Unterbrechungen zu den psychischen Merkmalen wissensbasierter Tätigkeiten gehören. Ein tätigkeitsbezogenes Merkmal, z. B. Kooperation, kann auf gleicher und unterschiedlicher Hierarchieebene in Abhängigkeit von 1. der Situation, 2. dem Gegenüber und 3. aufgrund der persönlichen Verfassung zu voneinander abweichenden Bewertungen führen. Für einen befragten TSB stellt die Erfordernis Kooperation mit dem Vorgesetzten über Finanzentscheidungen ein Hemmnis dar und führt zu Wut und Unverständnis, während ein anderer TSB die Notwendigkeit von Kooperation als neutralen Fakt bewertet. Auch können Kooperationserfordernisse als positiv bewertet oder aufgrund von Informationsabhängigkeiten zur Hürde werden, wenn die Kooperation zwischen den Fachbereichen erschwert ist und zu negativen Emotionen durch gegenseitiges Unverständnis führt.

Die Folgen der subjektiven Bewertung personenunabhängiger Merkmale, die durch den arbeitsorganisatorischen Rahmen vorgegeben werden, zeigen sich in Bewältigungsstrategien. Die Notwendigkeit dafür entsteht aus selbst erlebten oder beobachteten Widersprüchen, im Umgang mit Fehlern oder aufgrund fehlender Arbeitsmittel. Auf der Verhaltensebene agieren die Befragten mit Handlungsalternativen, z. B. dem doppelten Einreichen von Anträgen als taktische Vorgehensweise oder dem Abfassen von Abfragen, die mittels Delegation an untere Hierarchieebenen erfolgt. Auf der emotionalen Ebene resultieren aus diesen – meist erfolgreichen – Strategien Gerechtigkeitsgefühle, Stolz und Motivation, aber auch Resignation als Folge von Wut, Enttäuschung oder Unverständnis. Persönliche Bewältigungsstrategien werden von den Befragten teilweise flexibel je nach Situation, Hierarchieebene oder Person eingesetzt. Damit werden kreative Optionen geschaffen, sich im betrieblichen Regel- und Anforderungssystem zu bewegen und Einfluss auf das tätigkeitsbezogene Wohlbefinden zu nehmen. Dazu gehören: Anpassungsfähigkeit (z. B. bei Fluktuation), Klärungsabsichten (z. B. bei Konflikten) oder gezielte Gefühls- und Bedürfnislenkung (z. B. zur Vermeidung oder Ablenkung).

4.3 Tätigkeitsübergreifende Themen mit Bezug zu Gesundheitsressourcen

Bezogen auf die Forschungsfrage *Welche beruflichen Themen und Anforderungen stehen im Zusammenhang mit individuellen, organisationalen und sozialen Gesundheitsressourcen bei Fach- und Führungskräften im Umgang mit wissensbasierten Tätigkeiten?* werden im Folgenden die Ergebnisse der Interviews dargestellt.

Bereits in der Interviewsituation werden, bedingt durch sozial erwünschtes Verhalten, aus Loyalität und durch Zustimmungstendenzen, individuelle Gesundheitsressourcen sichtbar, die in der Person verankert sind. Auch die Auseinandersetzung mit beruflichen Situationen und

Grenzsituationen aktiviert die Selbstreflexion der Interviewpartnerinnen bzw. -partner. Für die Auswertung der episodischen Interviews bedeutet dies, dass Gesundheitsressourcen nicht als Einzelmerkmale ausgewertet werden und eine themenbezogene, zeitliche und kontextuale Einbettung notwendig ist. Auch beeinflussen unterschiedliche Ebenen, wie das soziale Umfeld oder die Organisation, das Individuum und zeigen Wechselwirkungen auf.

Bereits in Kapitel 4.2.2 wurden Themen aufgezeigt, bei denen aus der subjektiven Sicht der Befragten heraus auf unterschiedlichen Ebenen der Einsatz von Gesundheitsressourcen und Bewältigungsstrategien erforderlich ist. Weiterhin gehörten zu den genannten Themen beobachtete oder erlebte Widersprüche im Unternehmen oder im Arbeitsteam oder der Umgang mit Fehlern. In den Interviews kristallisierten sich weitere über alle Tätigkeitsbereiche hinweg weitere Themen heraus, die als Oberkategorien im folgenden Ergebnisteil leitend sind:

- Bewältigungsstrategien,
- Wissen und Information,
- bedürfnisorientierte Kommunikation,
- soziales Miteinander.

Im Zusammenhang mit diesen Themen zeigen sich Ausprägungen von Gesundheitsressourcen als spezifische Schutzfaktoren für das Individuum. Sie sind in Tabelle 8 zusammengefasst und gelten als Unterkategorien.¹³

¹³ Diese Studie bezieht sich auf die aktuelle Situation der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner, d. h., es geht um die gegenwärtig in der Person vorhandenen individuellen Gesundheitsressourcen, die im Unternehmen sichtbar werden. Bei der Auswertung des Interviewmaterials wurden Ursachen oder entstehungsrelevante Historien zu Gesundheitsressourcen vernachlässigt, wobei dieser hier ausgesparte Aspekt für die Ausprägung von Gesundheitsressourcen eine hohe Relevanz hat. Zum Beispiel wären biographische Verlaufskurven hilfreich, um persönliche bzw. berufliche Sozialisationsprozesse im Zusammenhang mit Gesundheitsressourcen zu rekonstruieren.

Tabelle 8: Zentrale Themen mit Bezug zu Gesundheitsressourcen

Zentrale Themen in Verbindung mit Gesundheitsressourcen			
Zentrales Thema	Individuelle Gesundheitsressourcen, die dem Individuum Schutz verleihen durch individuumzentrierte Gesundheitspotenziale, die durch Bewertungen das Denken und das Handeln internal beeinflussen.	Soziale Gesundheitsressourcen, die dem Individuum Schutz verleihen durch außerbetriebliche Kraftquellen, die entweder mit einer einzelnen Person oder mit einer positiven Funktion zur sozialen Unterstützung verbunden sind.	Organisationale Gesundheitsressourcen, die dem Individuum Schutz verleihen durch vom Unternehmen ausgehenden Regelungen, die die Tätigkeit betreffen und die Ausübung der Tätigkeit erleichtern soll.
Bewältigungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ problemzentrierte Bewältigungsstrategien mit dem Ziel der Klärung ▪ emotionszentrierte Bewältigungsstrategie mit den Zielen Schonung, Entspannung, das Erleben von Freude 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entspannung und Entlastung ▪ Ablenkung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedürfnisorientierung
Wissen und Information	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lerninteresse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahmebereitschaft für Informationen und Wissen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entscheidungen treffen ▪ implizites Wissen ▪ klare Zuständigkeitsverteilung
Bedürfnisorientierte Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empathie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kritische Rückmeldungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lob ▪ Kritik
Soziales Miteinander	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offenheit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ soziale Integration ▪ soziales Regulativ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ persönliches Interesse durch Vorgesetzte

In den folgenden Kapiteln werden diese vier zentralen Oberkategorien beschrieben und mit Gesundheitsressourcen in Zusammenhang gestellt.

4.3.1 Bewältigungsstrategien

Der Umgang mit emotionalen Situationen hängt von individuellen Denk- und Bewertungsprozessen ab, die in problem- und emotionszentrierten Bewältigungsstrategien resultieren (siehe Kap. 1.3.2). In den episodischen Interviews zeigen sich *problemzentrierte Bewältigungsstrategien*, zu denen die *Klärung* von konflikträchtigen Situationen gehört. Insbesondere in Tätigkeitsbereichen ohne Führungsverantwortung werden diese Strategien dann aktiv forciert, wenn das Ergebnis durch die zu konfrontierende Person, z. B. der bzw. die Vorgesetzte, schon im Vorfeld einschätzbar ist. Ist erfahrungsgemäß der Rückhalt seitens der unterstützungsgebenden Person unwahrscheinlich, so zeigt sich insbesondere bei Fachkräften, dass Konflikte mit sich selbst ausgetragen werden oder negative Gefühle dem Selbstschutz oder der Vermeidung von Zurückweisung dienen. Das kann durchaus ambivalent sein, wenn sich der Konflikt verfestigt und nicht aktiv gelöst wird. Doch ist bei einem emotional bewerteten Übermaß die Wahrung der eigenen Grenzen durch Schonung und auch das Schaffen von Freiräumen bei den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen erforderlich. Zu den emotionszentrierten Bewältigungsstrategien gehört das Erzeugen von Gefühlen, die zu individueller *Schonung*, zu *Ent-*

spannung und zum *Erleben von Freude* führen. Insbesondere die individuelle Gesundheitsresource *Erleben von Freude* erwies sich als tragendes Gefühl, das dem tätigkeitsbezogenen Wohlbefinden zuträglich und mit Neugierde, Stolz und intrinsischem Interesse verbunden ist. Hervorzuheben sind emotionale Wechselwirkungen, z. B. wenn die eigene Freude durch die Freude anderer aktiviert wird.

„Hier lässt keiner den Kopf hängen, sondern bringt es einfach Spaß in die Teams reinzugehen. Bringt es einfach Spaß, dort mit den Leuten zu arbeiten. Das Lächeln kommt, die Freude kommt, die Verbesserungen sind dann da. Und da freut sich ein ganzes Team und sagt: ‚Mensch, was haben wir alles geschafft?!‘ Und dann diese Freude überträgt sich dann einfach auf mich. Das sind sehr positive Dinge.“ (2_GFL_B_2)

Neben Freude werden unterschiedliche Bedeutungsgehalte zum Anlass von Freude sichtbar. Sie entsteht auf einer tätigkeitsbezogenen Ebene u. a. durch Prozessverantwortung und die Gestaltung eines Endprodukts.

„... [...] eigentlich freut man sich immer, wenn das, was man mal vorausgeschätzt hat auch so eintritt. Also, ob man jetzt zum Beispiel sagt: ‚Ahm, wir hatten ein Teil kalkuliert.‘ Gehen davon aus, dass es gut funktionieren würde mit dem Preis, den man dann am Ende auch durchgesetzt hat, wenn man dann sieht, wir machen damit auch Gewinn, dann sagt man: ‚OK, das hat Spaß gemacht, das war gut.‘ Und das ist doch dann auch etwas, wo man dann für die folgenden Kalkulationen weiß: ‚Ok, ganz so doof bist du eigentlich nicht.‘ Weil das ist ja [unv.], man gewinnt die Teile trotzdem und hat auch noch Gewinn dabei. Und das war das Gleiche auch in [xy]. Da haben wir auch unsere [Aufträge] gehabt. Die haben wir an in die ganze [Bereich XY] bei [Unternehmen XY] verschickt, ob das Mexico war, ob das China war oder was nicht überall. Und wenn die dann am Ende angenommen wurden, [...] und dann am Ende auch des Jahres auch die Gewinne so gekommen sind, wie man sich, dass alles vorher ausgerechnet hat, da hat man sich schon gefreut.“ (2_FR_B_2)

Hinzu kommt, dass die Fachkräfte den praktischen Anteil an wissensbasierter Tätigkeit positiv erwähnen, z. B. wenn sie fehlerhafte Bauteile oder Werkzeuge gemeinsam mit den Produktionsmitarbeitern und Produktionsmitarbeiterinnen analysieren. Das mit Stolz verbundene eigene Qualitätsverständnis für das Endergebnis zeigt sich als weiterer Anlass für Freude. Auch seltene oder besondere Unternehmensereignisse wie ein zweijährlich stattfindendes Symposium, sind mit Freude verbunden.

„2010 haben wir mal ein Standortsymposium ausgerichtet. Ich weiß gar nicht wo, [Herr xy] erzählt davon heute noch. Also der Betriebsratsvorsitzende. Das war Ende November, als er vorgeschlagen hat, dass wir vom [Bereich], das ausrichten. Das ist ein extrem kurzer Zeitpunkt so etwas auszurichten. Ich glaube, das war nach wie vor ein Symposium, das man durchaus als Bestes hier im Standort bezeichnen kann. Das war herausragend, mitten in der Fertigung. Wir haben dann zugweise, die Produktion, die Maschinen abgeschaltet, damit man immer noch eine gute Akustik hatte, aber man konnte dennoch Maschinen sich drehen sehen.“ (1_GFL_A_1)

Auf der Ebene der Arbeitsorganisation nennen die Befragten freudeassoziierte Aspekte wie Abwechslungsreichtum, Kontakt mit Menschen, Selbstverwirklichung. Auf der Tätigkeitsebene der Sekretariate betonen die Personen den zwischenmenschlichen Aspekt positiv, der sich

meist auf ein gutes dienstliches Verhältnis zwischen dem Vorgesetzten und der Sekretärin bezieht. Dabei sind Anerkennung durch den Vorgesetzten und eine Vertrauensbeziehung zu dem Vorgesetzten dem persönlichen Wohlbefinden zuträglich.

Eine weitere Form von Freude zeigt sich im Zusammenhang mit Genugtuung. So kann ein Befriedigungsgefühl ausgelöst werden, das aus der Überwindung eines negativen Gefühls wie Enttäuschung oder Sich-ungerecht-behandelt-Fühlen entsteht und in ein positives Gefühl endet, z. B. die Steigerung des Selbstbewusstseins.

„Und die Genugtuung, mit den Kollegen zusammen, dass man sagt: ‚Jawoll! Wir haben es jetzt doch gekriegt.‘ Und das sind dann so Dinge, wo ich sage, letztendlich haben andere Entscheidungsträger den Vorgang verzögert. Wir haben es letztendlich aber doch realisieren können. Aber es sind Monate ins Land gegangen, die hätten eigentlich nicht verstreichen müssen. Der Frust, der Mehraufwand, hätte gar nicht sein brauchen. Wenn man es beim ersten Mal entsprechend genehmigt hätte. Das heißt, man muss auch mit einer gewissen [Pause] vielleicht Abgebühtheit ... oder nachsetzen ... sich nicht einschüchtern lassen.“ (1_TSB_A_1)

Emotionszentrierte Bewältigungsstrategien erzeugen ein verändertes Gefühl, das bei der Verarbeitung einer negativ konnotierten Situation hilft. Das positive Resultat einer erfolgreichen Bewältigung können die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung, persönliche Erfolge oder innere Anerkennung sein.

Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner nennen im Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien Schutzfaktoren aus dem sozialen Umfeld. Diese sogenannten Kraftquellen gehen einher mit Zielzuständen von *Entspannung, Entlastung und Ablenkung*.

„Also, ich habe wie gesagt nicht so das Bedürfnis, mit meiner Partnerin über Arbeit zu sprechen. Aber nichtsdestotrotz ist es schon eine Ablenkung. Dass man etwas unternimmt oder auch, wenn man in Gedanken wieder etwas ausschweift, ist doch schon, dass man es vergisst. Oder zumindest ein bisschen verdrängt, sagen wir es mal so.“ (2_ASS_B_2)

Auf der organisationalen Ebene beeinflusst die *Bedürfnisorientierung* gegenüber den Beschäftigten gezielt Gefühle, was laut den Befragten nicht nur den Vorgesetzten zuzuschreiben ist. Der aktive Einfluss der Organisation löst Zufriedenheitsgefühle aus, insofern die betrieblichen Angebote vor der persönlichen Schwerpunktsetzung (z. B. Wertschätzung der Berufsrolle, Gleichbehandlung) stehen. Zu den bedürfnisorientierten Maßnahmen gehören laut der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner auf materieller und tangibler Ebene Wechselmöglichkeiten und Auslandsentsendungen innerhalb des Unternehmens, inner- und außerbetriebliche Weiterbildung, unternehmensspezifische Sozialleistungen, gesundheitsbezogene Angebote innerhalb und außerhalb der Arbeitszeit (z. B. primärpräventive Angebote der Stressbewältigung oder Ernährung).

4.3.2 Informationskompetenz und Wissen

Fach- und Führungskräfte, die wissensbasierte Tätigkeiten ausüben, zeichnen sich im Unternehmen dadurch aus, dass sie immaterielle Leistungen, z. B. *Informationskompetenz* und *Wissen* erbringen, die von ihren individuellen kognitiven Fähigkeiten und vom *Lerninteresse* abhängen. Das Unternehmen und die Beschäftigten benötigen Gesundheitsressourcen, um mit häufig vielfältigen Informationen umzugehen und selbst Wissen zu generieren. Dazu gehören laut den Befragten auf organisationaler Ebene die Verknüpfung von *explizitem und implizitem* Wissen. FR und TSB verfügen über Produktwissen (z. B. über Bauteile) und Erfahrungswissen (z. B. Wissen über die organisationalen Systemgrenzen aufgrund von Betriebszugehörigkeit).

„Berufserfahrung. Zu Anfang natürlich, wenn man noch gar keine Berufserfahrung hat, zehrt man von Aussagen der Kollegen. Die einem da versuchen, eine gewisse Unterstützung zu geben. Das sind eigentlich so die wichtigsten Punkte. Oder dass man sich mit den Leuten unterhält, die in diesem gesamten Prozess eingebunden sind. Auch die anderen Fachbereiche, sei es die Fertigung, sei es die Qualitätssicherung, Entwicklung. Das man sich da dann der Thematik nähert und letztendlich Schlüsse zieht und Entscheidungen trifft.“ (1_TSB_1_A)

Abhängig vom Selbstverständnis der Führungskraft wird implizites Wissen bei einer Entscheidung und auch in Gremien und Gesprächsrunden, in denen Standortentscheidungen getroffen werden, berücksichtigt. Wird dieses Erfahrungs- und Alltagswissen vernachlässigt, z. B. durch den Umgang mit vorhersehbaren Fehlern, bewerten die Beschäftigten dies als Schwierigkeit und Wissensverlust auf organisationaler Ebene.

„Da habe ich letzte Woche die entsprechenden Systemadministratoren angeschrieben, die mir dann rückgespiegelt haben: ‚Ja da ist ein Fehler im System und der wird jetzt demnächst beseitigt.‘ Und da ärgere ich mich insofern schon, dass man letztendlich nicht ausgereifte Systeme auf uns ablässt. Mit denen man arbeiten soll, die aber noch nicht 100-prozentig so funktionieren. Wo es dann heißt, dass es Eingaben waren, die nicht funktioniert haben.“ (1_TSB_1_A)

Aus den Interviews wird ersichtlich, dass mit der Zunahme kombinierter Wissens Ebenen auch der Handlungs- und Entscheidungsspielraum einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters vergrößert wird. Dieser Spielraum kann als organisationale Gesundheitsressource *Entscheidungen innerhalb des eigenen Verantwortungsbereichs treffen* benannt werden. Zu weiteren organisationalen Gesundheitsressourcen im Zusammenhang mit dem Thema Wissen und Information gehören als zentrale Orientierungspunkte zur Ausübung der Tätigkeit einheitliche arbeitsorganisatorische Regelungen, z. B. *klare Zuständigkeiten*.

„Ich habe die Ausströmer, die betreue ich. Einmal die Ausströmer vom [Produkt xy] und dann jetzt auch zukünftig vom neuen [Produkt xy], der kommen wird. Also das ist einmal [Produkt xy] und der mal [Produkt xy] die Ausströmer, die vorne inna Armaturentafel sitzen, wo die Luft rauskommt, das sind die Bauteile, die ich betreue. Wir sind eigentlich so nach Bauteilen aufgeteilt. Jeder von uns hat so ´ne gewisse Anzahl an Bauteilen, die er betreut und dann halt alles was dazu gehört [...].“ (1_TSB_A_1)

Im sozialen Umfeld werden Gesundheitsressourcen sichtbar, die geleitet von den Bedürfnissen der unterstützungssuchenden Person, mit der *Bereitschaft, Informationen und neu erlangtes Wissen aufzunehmen*, verbunden sind.

„Wenn ich das Bedürfnis habe, dann rede ich natürlich auch drüber, dann ruf ich meine Mutter an, oder ´ne Freundin oder weiß der Herrgott was.“ (2_TSB_B_2)

4.3.3 Bedürfnisorientierte Kommunikation

In den Interviews beschreiben die Befragten eine bedürfnisorientierte Kommunikation, die in Wechselwirkung mit einer *empathischen Haltung als individuelle Gesundheitsressource* gegenüber anderen Personen steht. Mit der bedürfnisorientierten Kommunikation vermitteln die Befragten dem Gegenüber ein Gefühl, das durch das Einnehmen seiner Sichtweise entsteht.

„Und dann eigentlich junge Leute bekommen, die in gewisser Weise umgelernt werden sollen. Oder auch teilweise bei dem einen oder anderen mitlaufen. Oder wir denen für Fragen jederzeit offenstehen, damit sie eben vieles, was hier so in der Fabrik läuft und auch an persönlichen Problemen entstehen kann, mit anderen Leuten, dass man denen das schon mit auf den Weg gibt. Und sie da versucht, zu beraten. Oder zu unterstützen und dass man ihnen auch das Gefühl gibt: ‚Du kannst jederzeit zu mir kommen und auch Fragen stellen.‘ Das ist für mich eigentlich ganz wichtig.“ (1_TSB_A_1)

Im Unternehmen kommunizieren das Team und die Vorgesetzten bedürfnisorientiert indem sie z. B. loben oder kritisieren; dies gilt als Zeichen anerkennenden zwischenmenschlichen Verhaltens.

„Letztendlich habe ich die dadurch erhalten, dass ich die Entscheidung der Werkmanager bekommen habe und dass ich dann, im Nachgang, unter vier Augen quasi Lob bekommen habe. So wie ich es vorbereitet habe und wie ich es dann letztendlich auch zur Entscheidung gebracht habe. Das war noch mal die Bestätigung, dass man es richtiggemacht hat.“ (2_ASS_B_2)

Die an den Bedürfnissen von Menschen ausgerichtete Kommunikation ist die Grundlage einer tragfähigen und zugewandten Arbeitsbeziehung. An ihr können sich die Beschäftigten orientieren, da das eigene Handeln von außen als positiv wahrgenommen wird. Die Aussagen in den Interviews deuten darauf hin, dass ein *Lob* punktuell durchaus erwünscht ist, doch nicht von jeder Person angenommen wird. Insbesondere das Lob einer hierarchisch übergeordneten Person hat eine besonders positive Wirkung auf seinen Empfänger und wird als Wertschätzung in Abhängigkeit von dessen Erfahrungshintergrund sowohl positiv als auch negativ bewertet. Spüren die Fach- und Führungskräfte eine nicht wertschätzende Haltung des Gegenübers, ist ein Lob schwer annehmbar. Auch *Kritik* als organisationale Gesundheitsressource im Zusammenhang mit bedürfnisorientierter Kommunikation bewerten die Interviewpartnerinnen bzw. -partner positiv, wenn sie konstruktiv auf die Situation bezogen ist und Handlungspotenzial bietet.

„Es ist auf der einen Seite ein Anreiz, um es beim nächsten Mal wieder besser zu machen, auf der anderen Seiten, kann man sich hinterfragen: ‚Was habe ich da verkehrt gemacht? Habe ich da irgendwo nicht den richtigen Fokus gesetzt?‘ oder ‚Habe ich aufgrund einer gewissen Sicherheit nicht richtig gearbeitet?‘ Und dann muss man gucken wie man das verbessern kann.“ (1_ASS_A_1)

Die grundsätzliche Anerkennung von Leistung wird auf einer übergeordneten Ebene spürbar. Zu ihr gehört eine positive und zugewandte Grundhaltung bei z. B. dem Vorgesetzten und der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter. Werden Bedürfnisse verletzt, resultiert daraus auf emotionaler Ebene Enttäuschung, die wiederum auf individueller Ebene (siehe Kap. 4.4) als Hemmnis wirkt.

Auf der sozialen Ebene zeichnet sich die *kritische Rückmeldung* im Sinne einer konstruktiven Kritik, die positive Gefühle wie Bestätigung, Anerkennung oder Zuspruch erzeugt, als Gesundheitsressource ab. Erleben die Befragten positive Erfahrungen oder Rückmeldungen, entsteht auch die erneute Bereitschaft, sich soziale Unterstützung einzuholen, um das erwünschte Gefühl hervorzurufen. Als Symbol hierfür kann die Gratifikationswaage stehen, die dafür sorgt, dass berufliche Anforderungen der sozialen Unterstützung gegenüberstehen und ein persönliches Gleichgewicht herstellt.

4.3.4 Soziales Miteinander

Die Oberkategorie *Soziales Miteinander* ist das letzte Thema in den Interviews; es steht im Zusammenhang mit Gesundheitsressourcen. Auf der Ebene des Individuums zeigt sie sich in der Gesundheitsressource *Offenheit* gegenüber Diversitäten.

„Und das ist zum Beispiel auch immer so, wo ich sage: ‚Ja, das macht Spaß.‘ Also ich find das gut. Man darf halt keine Scheu haben, klar weil es ja nun behinderte Menschen sind. Manch einer kann damit ja nicht so gut umgehen. Ich hab kein Problem damit und find das immer total toll, wenn die alle um einen rum stehen und so neugierig sind und so wissbegierig.“ (2_TSB_B_2)

Auf der sozialen Ebene zeigt sich *soziale Integration* als Gesundheitsressource und in der metaphorischen Beschreibung des *Regulativs* (1_GFL_A_1), indem Bezugspersonen von außen mit der Erwartung einwirken, einen sozialen Ausgleich zu schaffen.

„Zu Hause ist es so, da ist meine Frau das gute Gewissen nach außen, weil die alle möglichen freiwilligen und ehrenamtlichen Arbeiten macht, die es so gibt. Sie ist diejenige, die unseren Freundeskreis bearbeitet, anruft, zum Geburtstag gratuliert und Neujahrsbriefe schreibt und alles was so dazu gehört.“ (1_GFL_A_1)

Außerhalb der Familie nennen die Befragten Freundschaften und Freundschaftskonzepte, die mit der Frage verbunden sind, wie soziale Integration erlebt wird. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gehören zu Gemeinschaften, die ein Zugehörigkeitsgefühl vermitteln. Die Befragten charakterisieren Freundschaften als ungelöstes Freireden, Enthemmtheit, als Prä-

sentieren persönlicher Schwächen und Defizite. Innerhalb ihrer Freundschaften steht nicht das aktive Problemlösen im Vordergrund, sondern Formen positiver Bedürfnisbefriedigungen, z. B. Entspannung, Entlastung und Abstand zum Berufsalltag.

Eine weitere Form des sozialen Miteinanders ist gleichzeitig auch die organisationale Gesundheitsressource: das *persönliche Interesse durch Vorgesetzte*, durch das innerbetriebliche und private Themen platziert werden können.

„Wenn ich mit seiner Meinung, ich will nicht sagen ‚nicht einverstanden bin‘, aber so ein bisschen zweifele, dann frag ich auch den Chef. Im Moment geht es privat bei mir darum, dass wir uns Eigentum kaufen möchten und es gibt zwei Objekte. Bei denen ich mich nicht wirklich entscheiden kann. Meine bessere Hälfte aber auch nicht. Und dann frage ich den Chef einfach. Der hat schon mal ein Haus gebaut. Und auch ein zweites Haus gebaut. Der hat so Erfahrung damit. Und dann spreche ich ihn an, er freut sich auch darüber, mal auch helfen zu können. In privater Hinsicht.“
(3_SEK_C_3)

Zusammenfassung

Unterschiedliche Ebenen wie das soziale Umfeld oder die Organisation beeinflussen die Beschäftigten im untersuchten Unternehmen und weisen Wechselwirkungen auf. Zusammengefasst werden kann, dass Gesundheitsressourcen thematisch, tätigkeitsbezogen und situativ in den Arbeitsalltag eingebettet sind. In der subjektiven Betrachtung der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen sind für die Ausübung wissensbasierter Tätigkeiten individuelle Gesundheitsressourcen wie *Informations- und Wissenskompetenz*, *Selbstorganisation*, *Emotionsregulierung* und *Prioritätensetzung* notwendig. Erst damit bewältigen die Befragten wesentliche Tätigkeitsmerkmale wie häufiges Kooperieren, große Ganzheitlichkeit, hohe Komplexität und emotionale Anforderung gesundheitsschützend. Verfügen Personen über individuelle Gesundheitsressourcen wie *Selbstwirksamkeitserwartung*, *Optimismus* und *Resilienz* und gleichzeitig über *Unterstützung* aus dem sozialen Umfeld und *Gestaltungsspielraum*, den die Organisation ermöglicht, fällt es leichter, sich auf vorhandene Gesundheitsressourcen zu stützen und weitere zu erschließen. Das Unternehmen kann durch das Einbringen organisationaler Gesundheitsressourcen, zu denen die *Beachtung der Bedürfnisse* durch eine *bedürfnisorientierte Kommunikation* und Haltung zählt, aber auch durch *klare Zuständigkeiten* auf struktureller Ebene auf positive Weise Einfluss auf die individuellen Gesundheitsressourcen nehmen.

4.4 Hemmnisfaktoren

Gesundheitsressourcen unterliegen Störfaktoren, die sich als Hemmnisfaktoren auf der individuellen, sozialen und organisationalen Ebene beschreiben lassen. Bezogen auf die Fragestellung *In welchem Umfang werden Gesundheitsressourcen aufgrund von Hemmnisfaktoren nicht genutzt?* erfolgt im Folgenden die Auswertung der Interviews.

Aus der Rekonstruktion der episodischen Interviews wurden vier Oberkategorien als zentrale Themen sichtbar, die Hemmnisse betreffen (Tab. 9).

Tabelle 9: Hemmnisfaktoren auf individueller, sozialer und organisationaler Ebene

Oberkategorie	Hemmnis auf individueller Ebene durch	Hemmnis auf sozialer Ebene durch	Hemmnis auf organisationaler Ebene durch
Widersprüche	... antizipierte soziale Konsequenzen	... die Diskrepanz zwischen Wunsch und Realverhalten des Unterstützungsgebenden	... fehlende Konsistenz und Widerspruchsfreiheit
Berufsstereotype	... persönliche Einstellung über sich selbst	... die bewusst entschiedene Abgrenzung des Unterstützungsgebenden	... fehlende menschliche Gleichbehandlung
Umgang mit Fehlern	... Fehleranfälligkeit	... Zurückweisung und Ablehnung des Unterstützungsgebenden	... durch reaktiven Umgang mit Fehlern

4.4.1 Widersprüche

Ein Hemmnisfaktor ist *fehlende Konsistenz und Widerspruchsfreiheit*, der durch ein informell geltendes Regelwerk innerhalb der Arbeitsteams, z. B. zugunsten des zu befriedigenden Bedürfnisses, kompensiert wird. So wird etwa in der gleichen Angelegenheit erneut nachgefragt, nur anders formuliert.

„Habe dann entsprechend andere Formulierungen gewählt. Hab zwei Monate gewartet und das Gleiche noch mal losgeschossen. Dann ist es durchgegangen.“ (1_TSB_a_1)

Auch gehören zum Hemmnisfaktor *Widersprüche* wahrgenommene unternehmensbezogene Widersprüche, die die Sensibilität für Widersprüche im Unternehmen fördern und nicht unmittelbar den einzelnen Mitarbeiter bzw. die einzelne Mitarbeiterin betreffen.

„Beispielsweise, wenn man liest, Rekordabsätze. Und dann kriegt man mit, dass in einigen Abteilungen an Keksen gespart wird. So welche Dinger halt, von den extremen. Wo wir versuchen, nach draußen zu glänzen und eigentlich weiß man, dass es eigentlich ein bisschen anders aussieht.“ (2_ASS_B_2)

Besteht eine Diskrepanz zwischen Innen- und Außenwirkung, die die Beschäftigten direkt tangiert, thematisieren die Beschäftigten einen Widerspruch, z. B. bei der freiwilligen Teilnahme an gemeinnützigen Veranstaltungen und dem fehlenden Unternehmensstand.

„Und wo ich mir sage, da kann das Unternehmen eigentlich auch für den Mitarbeiter- wenn die sich schon sportlich betätigen, freiwillig neben der Arbeit, also ich glaube, es wäre nicht zu viel verlangt, da Wasser zur Verfügung zu stellen. Das sind so die Kleinigkeiten. Ich bin da ja auch eher bescheiden. Ich erwarte nicht, dass ich jetzt da ... ein Zelt aufgebaut wird, der, wie auch immer. Und ich habe auch kein Problem, für ein Wasser 50 Cent zu bezahlen. Aber wenn man sieht, was andere Unternehmen da machen, dann fand ich das wiederum sehr wenig.“ (2_ASS_A_2)

Sich auf individueller Ebene einem Hemmnis nicht zu widersetzen geschieht durch eigene *antizipierte soziale Konsequenzen*, z. B. durch vermutete Zurückweisungen und Enttäuschungen.

Diese Konsequenzen stehen nicht im Zusammenhang mit Ängsten hinsichtlich des Arbeitsplatzverlustes, sondern zeigen sich auf zwischenmenschlicher Ebene.

„Eine gewisse Sicherheit, falls nun etwas wirklich ist, dass man einfach erreichbar ist, dass man nicht den Vorwurf bekommt, man war nicht erreichbar.“ (1_ASS_1_A)

Auf der sozialen Ebene lässt sich als hemmender Faktor die *Diskrepanz zwischen dem eigenen Wunsch und dem Realverhalten des Gegenübers*, z. B. einer Bezugsperson, hinsichtlich der tatsächlich erhaltenen und wahrgenommenen bzw. erwarteten sozialen Unterstützung aufzeigen.

„Ja, sprechen wir natürlich schon drüber oder so, ne? Und dann sagt er, reg dich nicht auf über so was, also da ist er auf meiner Seite. Manchmal dann auch, ist es für ihn natürlich, dann wahrscheinlich, wenn ich ihm so was wie heute Morgen zum Beispiel erzählen würde, mit dem Spruch den der Kollege gemacht hat, dann sagt er: ‚Komm hier, da rein und da raus, reg dich nicht auf.‘ (2_SEK_B_2)

Nicht jede verfügbare soziale Unterstützungsperson oder auch instrumentell unterstützende Situation erfüllt das situative Bedürfnis. So können Familienmitglieder eine berufliche Situation, die mit negativen Gefühlen einhergeht, zwangsläufig nicht mit Emotionalität verändern. Die Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner nehmen diese Hürden wahr, weil sie eine begrenzte, den beruflichen Alltag betreffende Nachvollziehbarkeit und thematische Komplexität erfahren haben.

4.4.2 Berufsstereotype

Stereotype zeigen sich als Hemmnisfaktoren auf der Individuumebene. Sie sind mit der Berufsrolle verbunden. Eigenschafts- und Kompetenzzuschreibungen sind in der Wahrnehmung der SEK „Blond, blauäugig und doof“ (2_SEK_2_B); sinngemäß haben Unterabteilungsleiter theoretisches Wissen, Geschäftsfeldleiter sind weltfremd. Aus Gründen des Selbstschutzes kann dieses stereotype Denken, das auf implizitem Wissen basiert, positiv und neben einem Hemmnisfaktor auch als organisationale Gesundheitsressource verstanden werden. In diesem Zusammenhang kann Selbstschutz die Abwehr unangenehmer Reaktionen aus dem beruflichen Umfeld sein, z. B. indem die Berufsrolle anderer bewertet und die eigene Berufsrolle höhergestellt wird.

Eine weitere stereotype Besonderheit steht in Verbindung mit der Führungsrolle, die mit bestimmten Erwartungen wie Durchsetzungsvermögen und Sachlichkeit zusammenhängt und mit dem eigenen Handeln, z. B. in Gesprächs- und Entscheidungsrunden, ausgefüllt wird. Stereotype, die in problematischen Situationen sichtbar werden, werden von Fach- und Führungskräften gewissermaßen mitgetragen. Statt situationsorientierter Bewältigungsstrategien, z. B. Klä-

rung, werden emotionszentrierte Bewältigungsstrategien, z. B. Umgehen der Situation, angewandt.

„Oder, wenn man bei einem Projekt nicht weiterweiß. Oder früher mit einem Kunden, wenn es da ein Problem gab, wo man dann denkt: ‚So ein Blödmann, dem sage ich jetzt mal die Meinung‘ – ja gut, dann schläft man eine Nacht drüber und reagiert doch anders oder findet eine Lösung. Sehr unterschiedlich dann.“ (2_ASS_B_2)

Auch bagatellisieren die Befragten im Sinne einer Bewältigung Situationen, die mit negativen Gefühlen einhergehen. Dadurch werden Stereotype, die sich auf die Geschlechterrolle oder auf die Berufsrolle beziehen, verfestigt anstatt aufgebrochen. Mangelnde Akzeptanz der beruflichen Kompetenz, Konkurrenz innerhalb einer Tätigkeitsgruppe, verdeckte Konflikte und Vorurteile sind Aspekte, die sich aus den Interviews ergeben, die eine wertschätzende Zusammenarbeit im Unternehmen hemmen. Bedrohliche Situationen relativieren die Befragten in Abhängigkeit von der beruflichen Stellung des Gegenübers (z. B. einem Vorgesetzten) durch Selbstregulationsmechanismen, die Klärung einer Situation vermeiden sie oder ziehen emotionale Vergleichsmomente heran, die eine stärkere Emotionalität mit sich bringen.

Auf der sozialen Ebene besteht die Notwendigkeit der *bewussten Abgrenzung eines potentiellen Unterstützungsgebers oder einer Unterstützungsgeberin* (z. B. von der Lebenspartnerin bzw. dem Lebenspartner) gegenüber. Aus Erfahrungen, die u. a. aus einer begrenzten Nachvollziehbarkeit der Themenkomplexität resultieren, folgt als mögliche Umgehungsstrategie die Vermeidung der Situation, in der soziale Unterstützung notwendig sein könnte. Aufgrund der Komplexität beruflicher Alltagsthemen werden berufliche Themen in der Familie oder bei Freunden ausgespart. Innerhalb des Arbeitsteams oder bei Sparringspartnerinnen bzw. -partnern, die auch Vorgesetzte sein können, sind wechselseitiges Verständnis, kurzfristige Entlastung und niedrigschwellige Unterstützung zentral.

Auf der individuellen Ebene stehen die Beeinflussung durch Stereotype in Verbindung mit der *persönlichen Einstellung über sich selbst*, indem der Blick auf die Stärken gerichtet wird.

„Oder, wenn man bei einem Projekt nicht weiterweiß. Oder früher mit einem Kunden, wenn es da ein Problem gab, wo man dann denkt: ‚So ein Blödmann, dem sage ich jetzt mal die Meinung‘ – ja gut, dann schläft man eine Nacht drüber und reagiert doch anders oder findet eine Lösung. Sehr unterschiedlich dann.“ (2_ASS_B_2)

Im umgekehrten Fall, bei dem die eigenen Defizite in den Vordergrund gestellt werden, bieten Stereotype eine stärkere negative Angriffsfläche des Individuums.

„Ja gut- dann klingelte das Telefon und dann stand ich da wie so ein kleiner Bube oder Junge. Dann ist er erst mal ans Telefon gegangen und hat angefangen zu reden und über andere Sachen zu reden. Dann habe ich gesagt: ‚Sie wissen ja, wo ich sitze.‘ Und bin wieder an meinen Platz gegangen. Und das hat ihn gar nicht interessiert.“ (2_ASS_B_2)

4.4.3 Umgang mit Fehlern

Als letztes zentrales hemmendes Thema lässt sich der Umgang mit Fehlern darstellen. Dabei kann sich die *Fehleranfälligkeit* durch neue Technologien, die den täglichen souveränen Umgang mit Hard- und Software beeinflussen, auf der individuellen Ebene auf das Individuum auswirken. Hier nennen die Befragten die schnelllebige Entwicklung technischer Hilfsmittel, die sie zunächst nicht als positive Unterstützung, sondern als Last bewerten.

Auf der sozialen Ebene erweisen sich Zurückweisung und *Ablehnung der/des Unterstützenden* durch Bagatellisierung als Hemmnisfaktoren.

Den *reaktiven Umgang mit Fehlern* anstelle eines langfristigen oder präventiven Umgangs mit Fehlern, damit diese im Unternehmen nicht passieren beschreiben die Interviewten als Hemmnis auf organisationaler Ebene.

„[...] was ja auch eigentlich im Sinne der Arbeit viel mehr Sinn macht, präventiv arbeiten. [...] Ich will mir Prozesse angucken. [...] Das macht auch viel mehr Sinn. Dass ich ganz früh reingehe und Fehler abstelle oder Fehler vermeide, die ich dort bearbeite.“ (1_FR_A_1)

Auch hemmt eine Fehlerkultur, die einen verdeckten anstelle eines offenen Umgangs mit Fehlern und Fehlertoleranz impliziert, das Einbringen individueller Gesundheitsressourcen, z. B. die eigene Haltung im Umgang mit Fehlern.

„Auf der anderen Seite ist es natürlich leider so, und das wird in allen Firmen so sein, wenn eine Hierarchieebene eine Entscheidung gefällt hat, möchte sie ihr Gesicht nicht verlieren und ihre Entscheidung wieder rückgängig machen. Das heißt, das wird irgendwie weitergemacht, bzw. man versucht dann vielleicht, irgendwo die Kurve zu kriegen. Aber bloß nicht offensichtlich einen Fehler einzugestehen. Das ist hier in unserem Laden hier teilweise offensichtlich.“ (1_TSB_A_1)

Zusammengefasst liefert das Interviewmaterial Informationen zu Hemmnisfaktoren, die dadurch charakterisiert sind, dass sie sich als temporär blockierend erweisen. Zu diesen Hemmnisfaktoren gehören: *strukturelle und arbeitsorganisatorische Widersprüche*, *Berufsstereotype* und der *Umgang mit Fehlern*. Ein Hemmnisfaktor im Gesundheitsressourcenprozess blockiert eine Entscheidung oder eine Ambivalenz, je nach Wert der Situation oder Person. Hemmnisfaktoren haben den Vorteil, dass sie dazu verhelfen, den Gesundheitsressourcenprozess dynamisch aufrechtzuerhalten. Sie können einer psychischen Entwicklung förderlich sein, wenn die Balance zwischen Rahmenbedingungen und subjektiver Potenziale ausgleichbar ist. Ihre Nachteile für das Unternehmen und die Beschäftigten sind Demotivation und Resignation. Auch ist innere Distanz gegenüber unternehmerischen Zielen eine Folge, zwar erfüllen die Befragten ihre Aufgaben, reduzieren aber das persönliche Engagement.

4.5 Gesundheitsressourcen im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung im Unternehmen

Im Folgenden richtet sich die Auswertung auf das Differenzkriterium *Verantwortung*. Bereits in Kapitel 3.3 wurde darauf Bezug genommen. Die Rolle als Führungskraft unterscheidet sich von der der Fachkräfte insbesondere durch die Personal- und Budgetverantwortung. Auch hat diese Rolle eine Vorbildfunktion: Sie soll durch Glaubwürdigkeit Vertrauen beim Gegenüber schaffen, Kontinuität und Verlässlichkeit vorleben und Loyalität gegenüber dem Unternehmen und den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern zeigen (Albrecht, 2013).

Größere berufliche Verantwortung im Unternehmen ist zugleich als Gesundheitsressource, als Hemmnisfaktor oder als Ambivalenz für das Individuum zu bewerten.

Das untersuchte Unternehmen bietet Führungskräften auf der organisationalen Gesundheitsressourcenebene einen größeren Gestaltungsspielraum zur Ausführung der meist strategischen und konzeptionellen Aufgaben an, um Unternehmensziele anzusteuern und zu erreichen. Es wird gesprochen von

„Vielfältigkeit und Gestaltungsmöglichkeit. Eigentlich Gestaltungsmöglichkeit als erstes, Vielfältigkeit, was bewegen zu können. In der Lage zu sein, durch sein Handeln etwas nach vorne zu treiben, etwas zu verbessern.“ (1_GFL_A_1)

Auch in dem Zusammenhang mit der beruflichen Position, als individuell schützende Gesundheitsressource, beschreiben die Führungskräfte Situationen, in denen der faktische Aspekt *erhöhte Verantwortung* als Lösungsstrategie von fehler- oder problembehafteten Situationen Einsatz findet.

„Wenn die Zahlen nicht zueinander passen, gebe ich das dem Controlling zurück und sage: ‚Rechne das noch mal durch, da ist ein Fehler drin passiert. Mach das bitte mal neu.‘ Hat man sich ein bisschen drüber geärgert, aber es ist so vom Magengefühl her alles in Ordnung. Beim anderen Thema ist die Rückmeldung meinerseits dann heftiger. Und auch emotionsdurchwachsender. Da kann ich auch schon mal unseren [Person xy] anschreien. Und ihn fragen, ob er noch alle Latten am Zaun hat. Das passiert dann schon.“ (2_GFL_B_2)

Als Hemmnis zeigt sich eine ambitionierte Stellung im Beruf, wenn die eigene Einstellung und Personenmerkmale mit den Führungsvorstellungen des Unternehmens kollidieren und daraus Rollenkonflikte resultieren. Kollisionen entstehen an dieser Stelle mit den eigenen Werten und mit denen des Unternehmens.

„Da bin ich vom Pendel her stärker beim Mitarbeiter manchmal als beim Unternehmen.“ (2_UA_B_2)

und

„Nicht weil ich sie nicht gleich behandeln möchte, sondern weil ich sie eben gleich behandeln möchte, möchte ich jeden so nehmen, wie er ist, und deshalb muss ich ihn unterschiedlich führen. Und das gelingt mir, glaub ich, noch nicht immer. Da fehlt mir hier und da ein Stück weit die Abgeklärtheit.“ (2_UA_B_2)

Auch stellt sich die eigene Unsicherheit im Umgang mit unterschiedlichen Charakteren als Schwierigkeit dar.

„Weil, dass, was ich hier erlebe in den zwei Jahren ist schon so, dass ich sage, dass Führung extrem anstrengend, komplex und kompliziert ist. [Pause] Und sagen wir mal so, meine Verhaltenselastizität ist noch nicht so ausgeprägt, dass ich alle Mitarbeiter so ‚bedienen‘ kann, dass sie von mir sagen würden: ‚Das ist ne gute Führungskraft.‘ (2_UA_B_2)

Als ambivalent kann die hierarchische Stellung dann gedeutet werden, wenn auf der einen Seite ein Vorteil durch z. B. organisationalen Gestaltungsspielraum entsteht und auf der anderen Seite persönliche Emotionalität und Zugewandtheit zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aufeinandertreffen.

„Also die Sandwichperson, die einem sehr viel Gestaltungsspielraum lässt. [ähm] Diese Position gut auszufüllen, mit der ganzen Elastizität, die es braucht. Da hab ich keinen Klemmer mit, das ist für mich keine Form von Spagat, sondern es ist eher für mich eine Sache, wo ich das Gefühl, wenn ich per se ein Menschenfreund bin und Menschen entwickeln möchte, muss ich ein Stück weit die [Pause] die Unternehmensbrille ein wenig häufiger aufsetzen müssen.“ (2_UA_B_2)

Auch erweist sich ein temporäres Missverhältnis von hohem Gestaltungsspielraum und hoher Verantwortung als ambivalent. Das Unternehmen räumt Tätigkeitsgruppen mit zunehmender Verantwortung einen erweiterten Gestaltungsspielraum ein. Gleichzeitig tragen diese Gruppen die Verantwortung für alle darin getroffenen Entscheidungen.

„Weil ich hier eben selber beeinflussen und gestalten kann. Das gibt einen großen Gestaltungswillen, große Gestaltungsfreiheit. Ist allerdings auch das Problem, dass man vollständig verantwortlich ist, natürlich würde ich mal ganz gern auch mehr Verantwortung abgeben.“ (1_GFL_A_1)

Sowohl die Schutz- als auch die Hemmnisfaktoren und die Ambivalenzen hängen von individuellen Gesundheitsressourcen ab. Das Unternehmen gibt mit dem Aspekt Verantwortung einen organisationalen Gestaltungsrahmen vor, in dem sich die Führungskräfte nach Führungs- und Handlungsleitlinien bewegen, die zugleich Orientierung geben und Selbstreflexion sowie Selbstregulationsmechanismen nötig machen.

„Jede Führungskraft an einer Stelle ist immer irgendwie auch ein Kompromiss von Themen, die er gut kann und die er nicht gut kann. Aber, das ist natürlich so, dass man elementare Schwächen auch bearbeiten muss, sonst ist es dann doch die falsche Person, auch wenn ganz viele Dinge gut laufen.“ (1_GFL_A_1)

Durch die Interviews können individuelle Gesundheitsressourcen rekonstruiert werden, die sich je nach Absicht unterschiedlich ausprägen. Dazu gehören funktional-instrumentelle Emotionen wie Wut und Ärger.

„Letztendlich ist es Mittel zum [...] es ein Werkzeug. Dieses typische Ausrasten. Wenn man mal laut wird. Emotional wird. Mal auch wirklich die Stimme erhebt. Das kann auch als Werkzeug benutzt werden. Und das passiert hier doch das ein oder andere Mal, dass ich auch dann aufn Tische haue und dann auch relativ laut meine Meinung verkünde. Das ist ein Werkzeug.“ (2_GFL_B_2)

Eine weitere individuelle Gesundheitsressource, die sich in Abhängigkeit von der Verantwortung unterschiedlich ausprägt, ist die Funktion von Kommunikation und Interaktion, die bereits in Kapitel 4.2.2 im Zusammenhang mit unterschiedlichen Funktionen je nach Hierarchieebene aufgezeigt wurde. Dazu gehört, dass auf der Ebene der *Verantwortung für Prozesse* die Kompetenz von Interaktion eine wichtige zwischenmenschliche Komponente mit sich bringt, die als wichtiges Orientierungsmerkmal für die Qualität auf der Beziehungsebene steht. Auf den Ebenen *Verantwortung für Prozesse*, *Budget* und *Personal* lässt sich Interaktion als pragmatische Mittlerfunktion rekonstruieren, die als Türöffner für Informationen und implizite Wissenserweiterung steht. Insbesondere auf der Ebene UA nimmt Interaktion eine funktionale Stellung für den Aufbau und Erhalt tragfähiger Arbeitsbeziehungen ein. GFL nutzen Interaktion als Hilfsmittel, ohne für Unternehmensziele emotionale Tiefen anzusteuern. Je höher die berufliche Stellung ist, desto stärker verringert sich der Gesprächskontakt mit der operativen Arbeitsebene, sodass weitere emotionale „Handwerkzeuge“ (2_GFL_B_2) nötig werden.

4.6 Ergebnisbezogene Zusammenfassung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen (siehe Kap. 3.1) liegt ein qualitatives Forschungsdesign mit episodischen Interviews zu Grunde. Es handelt sich um einen explorativen Forschungsprozess, der aufzeigt wie sich Beschäftigte nach den vorliegenden Regeln (z. B. Tätigkeitsanforderungen) im untersuchten Unternehmenskontext verhalten. Aus diesem so genannten deduktiv-induktiven Prozess entstehen kategorial gebündelte Interpretationen, die in den Kapiteln 4.1 – 4.5 anhand von Ankerbeispielen dargestellt werden. Es ist im Rahmen des qualitativen Ansatzes unerheblich, wie oft sich gewisse Verhaltensweisen in einem vorgegebenen Regelwerk vorkommen, sondern wie klar und konsistent sich ein Muster zeigt. Nach dem hier gewählten qualitativen Forschungsansatz stehen mit Blick auf die Forschungsfragen die Verdichtung der empirischen Ergebnisse und die Theoretisierung im Vordergrund.

Mit dem folgenden theoretischen Modell (Abb. 7) wird ein sich aus den Interviewergebnissen ergebendes Modell vorgestellt. Es beinhaltet Bewertungen von Tätigkeitsanforderungen im Zusammenhang mit Gesundheitsressourcen, die eine Tätigkeitsanforderung neu bewerten lassen. Am Ende dieses dynamischen Prozesses steht die Erreichung eines individuellen SOLL-Zustandes, der mit einem Zufriedenheitsgefühl, wie dem Erleben von Freude, verbunden ist.

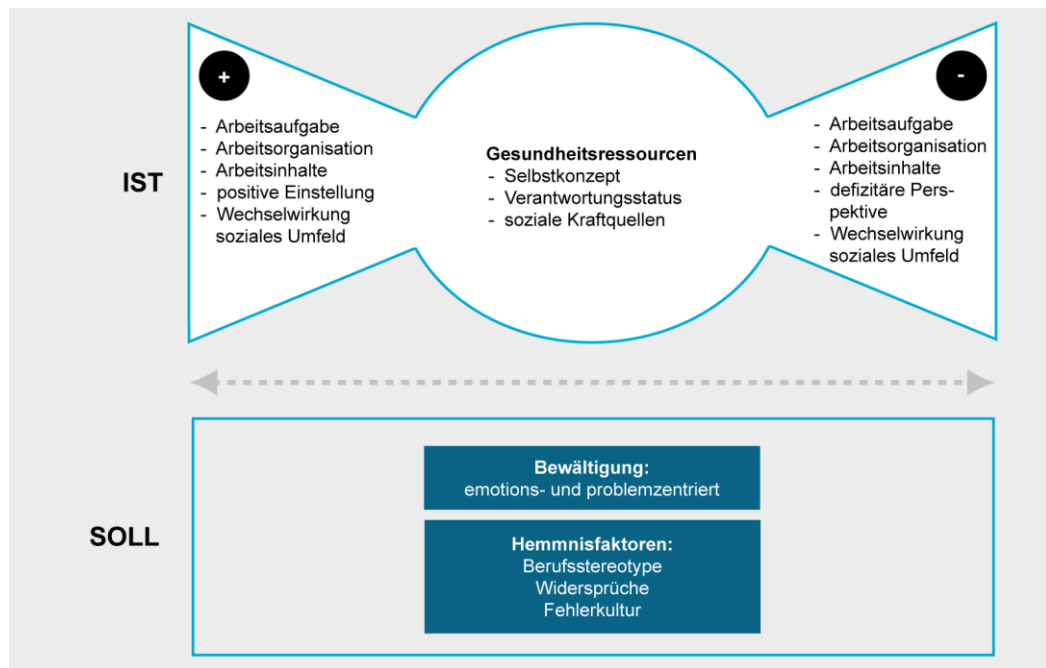


Abbildung 7: Positiv und negativ bewertete Aspekte von Arbeit im Zusammenhang mit Bewältigung und Hemmnisfaktoren, eigene Darstellung

Grundlage der Ausführung wissensbasierter Tätigkeiten im untersuchten Unternehmen sind formale Tätigkeitsbeschreibungen (siehe Kap. 3.3). In diesem Rahmen schreibt das Unternehmen die Aufgabeninhalte fest. Werden wissensbasierte Tätigkeiten in den Interviews auf ihre Anforderungen, die auf die Psyche der Beschäftigten einwirken, hin untersucht, zeigt sich, dass hohe Komplexität, hohe Kooperation, hohe Ganzheitlichkeit und häufige Unterbrechungen charakteristisch sind. Steigt die Verantwortung für Personal und Budget, steigen auch die emotionalen Anforderungen. Ein zentrales Ergebnis der Interviews ist die Abweichung der Tätigkeitsbeschreibungen von den subjektiven Bewertungen der Interviewten hinsichtlich der Tätigkeitsanforderungen. Diese Diskrepanz erklären die Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner häufig mit Widersprüchen in der Arbeitsorganisation, den -inhalten und den -aufgaben. Auch spielen Wechselwirkungen mit dem sozialen Umfeld, die persönliche Einstellung zur Tätigkeit und die Nutzenbewertung eine entscheidende Rolle bei der Bewertung von Tätigkeitsanforderungen. Bewerten die Befragten positive und negative Aspekte von Tätigkeiten, ist dies mit Abhängigkeiten verbunden, die die individuellen Gesundheitsressourcen *positives Selbstkonzept* und *Erfahrungswissen*, die organisationale Gesundheitsressource *Status der Verantwortung* im Unternehmen sowie die soziale Gesundheitsressource *soziale Kraftquellen* betreffen. Mit Hilfe dieser Gesundheitsressourcen, die Teil des individuellen Bewältigungsprozesses sind, soll ein positiver SOLL-Zustand im Sinne von Zufriedenheit, wie in dieser Untersuchung mit dem Erleben von Freude, erreicht werden. Die Bewertung eines Mitarbeiters bzw. einer Mitarbeiterin ändert sich je nach dessen bzw. deren Zielen; diese Ziele können sein: be-

rufliche Weiterentwicklung zugunsten des eigenen Aufstiegs in der Unternehmenshierarchie; die Abgrenzung des Berufs vom Privatleben.

Die Interviews zeigen, dass für die Befragten der Weg zum SOLL-Zustand mit mehreren unterstützenden Faktoren verbunden ist. Dieser Weg wird als Prozess verstanden, zu dem Bewältigungsmechanismen zählen, die die persönliche und organisationale Handlungsmacht und die dazugehörigen Optionen erweitern (siehe Kap. 4.3.1), um Anforderungen als weniger bedrohlich oder schädigend zu erleben und Resignation, Demotivation oder innere Distanz abzuwenden. Je nach Verantwortungsgrad verändern sich Bewältigungsoptionen, die den Befragten zur Verfügung stehen. Als zentrales Ergebnis zeigt sich, dass mit Zunahme des Verantwortungstatus' die problemzentrierten Bewältigungsoptionen (z. B. direkte Ansprache einer Situation) zunehmen. Eine hohe Verantwortung übernimmt bei spezifischen beruflichen Themen eine schützende Funktion der Berufsrolle. Dies zeigt sich dadurch, dass Verantwortung auf inhaltlicher Ebene zum einen als Instrument zur Problemlösung eingesetzt wird und sich zum anderen positiv auf arbeitsorganisatorischer Ebene auswirkt, wenn der Gestaltungsspielraum durch höhere Verantwortung größer wird. Den äußeren Gestaltungsspielraum einer Führungskraft gibt das Unternehmen weitgehend vor. Die Ambivalenz, die die befragten Führungskräfte verspüren, ruft die inneren Gestaltungsspielräume hervor. Damit ist gemeint, Situationen, in denen es um die Umsetzung und Erreichung von Unternehmenszielen geht, stehen ambivalente Bewertungen der Führungsrolle von den Führungskräften gegenüber.

Auf der individuellen Ebene entstehen Wertekollisionen, die zwischen den persönlichen und den Unternehmenswerten ausbalanciert werden müssen. Je nach individuellen Gesundheitsressourcen wie dem positiven Selbstkonzept, der Selbstwirksamkeitserwartung, einer optimistischen Haltung und einem Repertoire an Bewältigungsstrategien kann durch das Ausbalancieren die Verantwortung von Führungskräften individuell ausgestaltet und stabilisiert und damit das psychische Befinden beeinflusst werden. Die Notwendigkeit zur Fülle und Vielfältigkeit individueller Gesundheitsressourcen und Bewältigungsoptionen vergrößert sich allein dadurch, dass sich mit Anstieg der beruflichen Position in der Hierarchie der Kontakt zur Arbeitsebene verringert. Gleichzeitig nimmt die Abhängigkeit von validen Informationen zu, während die direkte Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern als beziehungsgestaltende Komponente abnimmt.

Werden die Bewältigungsoptionen von Fachkräften, die Prozess- und keine Personal- bzw. Budgetverantwortung tragen, betrachtet, zeigt sich dieses zentrale Ergebnis: Fachkräfte wenden hauptsächlich emotionszentrierte Bewältigungsstrategien an, die zu Handlungsabsichten und veränderten Emotionen wie dem Entspannungsgefühl durch Ablenkung nach negativer

Emotion führen. Problemzentrierte Bewältigungsstrategien, die auf der Handlungsebene eine Situation beeinflussen, wenden die Fachkräfte dann an, wenn das Ergebnis (z. B. eine Klärung) vorhersehbar und planbar ist. Weitere Bewältigungsoptionen, die als Ausweichstrategien auf der Tätigkeitsebene zu deuten sind, betreffen den Umgang mit Widersprüchen und den persönlich vertretbaren Umgang mit Fehlern. Auch hier gilt, dass jede Handlung mit dem Erreichen eines positiven Zielzustandes verbunden ist und das Verhalten und Handeln mit den organisationalen Regeln und betrieblichen Anforderungen kollidieren können. Die Interviews zeigen zudem, dass sich innerhalb des Unternehmens informelle Regelsysteme bilden, mit denen formale Regeln umgangen und eigene Bedürfnisse kompensiert werden können. Dazu gehören taktische Handlungen, formale Tricks oder auch die bewusste innere und äußere Distanzierung von der Tätigkeit und den damit zusammenhängenden Personen. Im Ergebnis werden Möglichkeiten geschaffen, sich im betrieblichen Regel- und Anforderungssystem zu bewegen. Es handelt sich dabei nicht zwangsläufig um einen bewussten Prozess, wenn das betriebliche Regelsystem umgangen wird. Fachkräfte überwinden auf die Art Hemmnisse im Unternehmen, erhalten ihre Handlungs- und Funktionsfähigkeit und nehmen somit selbstregulierenden Einfluss auf ihr psychisches Befinden. Zur Überwindung von Hemmnissen sind weitere individuelle Gesundheitsressourcen notwendig und werden gefördert. Daher sind in der vorliegenden Studie Hemmnisfaktoren nicht als Endpunkt, sondern als dynamischer Faktor in einem kontinuierlichen Gesundheitsressourcenprozess zu bewerten (siehe Abb. 1, Kap. 1.2.3). Hemmnisfaktoren wirken temporär blockierend und benötigen weitere Gesundheitsressourcen, um mögliche individuelle Verluste (z. B. Ansehen, Minderung der Akzeptanz der Berufsrolle) auszugleichen. Sind Fach- und Führungskräfte, mit Eigenschafts- und Kompetenzzuschreibungen im Unternehmen konfrontiert, so stört die offene Auseinandersetzung mit Zuschreibungen die individuelle Gesundheitsressource *Kontrollüberzeugung* auf der Handlungsebene. Auf der emotionszentrierten Ebene schützt die Gesundheitsressource *Selbstschutz* vor unangenehmen Reaktionen aus dem beruflichen Umfeld. Kann jedoch ein Verlust, wie der des Ansehens der Berufsrolle, nicht dauerhaft ausgeglichen werden, resultieren daraus Demotivation, Enttäuschung und Resignation bei den Beschäftigten. Im Ergebnis können Hemmnisfaktoren bei der psychischen Entwicklung durch die Stärkung und Förderung individueller Gesundheitsressourcen unterstützen, insofern Rahmenbedingungen und subjektive Potenziale ausbalanciert sind. Werden Hemmnisfaktoren wie Berufsstereotype oder eine auf Defizite ausgerichtete Fehlerkultur durch das Unternehmen nicht beachtet und die Subjektivität vernachlässigt, entsteht eine innere Distanz bei den Beschäftigten gegenüber unternehmerischen Zielen. Die Folge ist, dass Aufgaben zwar erfüllt, aber das persönliche Engagement reduziert wird.

5 DISKUSSION

Der Forschungsverlauf umfasst einen deduktiv-induktiven Prozess mit Interpretationen von Aussagen aus 13 episodischen Interviews mit Fach- und Führungskräften. Für die Auswertung leitend ist ein Kategoriensystem (siehe Kap. 3.5), das zusammen mit Ankerbeispielen aus dem Interviewmaterial in eine sich zunehmend verdichtende Ergebnisdarstellung einfließt. Endpunkt dieses gegenstandsbezogenen Prozesses ist ein prototypisches Modell, das Tätigkeitsanforderungen, Gesundheitsressourcen, Bewältigung und Hemmnisse verbindet (Abb. 7).

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Beschäftigte des wissensbasierten Bereichs sind im Arbeitsleben insbesondere durch das Einbringen subjektiver Potenziale psychisch gefordert (Jürgens, 2011). In der Folge entstehen zum einen neue psychische Belastungskombinationen und zum anderen verändert sich das häufig nicht offen kommunizierte und systematisch erfasste subjektive Beanspruchungserleben (u.a. DGB, 2016; BAuA, 2010; DGFP, 2011). Diese Studie trägt ihren Teil dazu bei, positiv und negativ bewertete Aspekte wissensbasierter Tätigkeiten mittels eines narrativen Zugangs nachzuzeichnen, um mehr über Hintergründe zu Sichtweisen auf die Tätigkeit, blockierende Hemmnisfaktoren und Bewältigungsmechanismen zu erfahren. Studien zum Thema psychische Gesundheit und angrenzende Themen wie psychische Belastung, psychische Beanspruchung und Fehlbeanspruchungsfolgen werden häufig in der Wissenschaft, aber auch in Unternehmen mit quantitativen Methoden untersucht (dazu u. a. DAK-Gesundheitsreport, 2016; BKK-Gesundheitsreport, 2015; Wieland, 2013). Für die Handlungsableitung werden von den zitierten Quellen beteiligungsorientierte Zugänge wie die Durchführung von Gesundheitszirkeln zunehmend empfohlen.

Die Berufsgruppe der Fach- und Führungskräfte mit wissensbasierten Tätigkeiten wird stetig größer in Deutschland (Destatis, 2015). Diese Gruppe ist mit arbeitsweltlichen Veränderungen konfrontiert, die sich mit deutlich mehr Freiheit bei der Aufgabenausführung und mit Selbststeuerung im Rahmen von Subjektivierungs- und Entgrenzungstendenzen beschreiben lassen (siehe Kap. 1.2.1). Gesundheitsressourcen und Bewältigungsstrategien unterstützen Beschäftigte bei dem Umgang mit Anforderungen und beeinflussen deren subjektive Bewertungen der auszuführenden Tätigkeit (Leppin, 1997; Mucha et al., 2015). Am Beispiel der ständigen telefonischen Erreichbarkeit zeigt sich in dieser und in anderen Untersuchungen, wie die gleiche Anforderung positiv und negativ bewertet wird. Für die eine Person besteht darin die Chance zur beruflichen Weiterentwicklung, eine andere versteht darunter eine fehlende Abgrenzung

zur Arbeit, die die Person emotional fehlbeansprucht und z. B. schlecht schlafen lässt (IGA, 2016; DGUV, 2012). Über dieses Beispiel hinaus sind weitere Anforderungen, die an die Psyche der befragten Beschäftigten gestellt werden (z. B. Kooperation, Komplexität), die von Tätigkeiten ausgehen, für die Beschäftigten mit positiv und negativ bewerteten Aspekten verbunden. Wie psychische Tätigkeitsanforderungen erlebt werden, hängt von unterschiedlichen Faktoren wie Erfahrungen, Kompetenzen und psychischer Konstitution (Lazarus, 1974) ab. In dieser Studie konnten zusätzlich ein *positives Selbstkonzept* als individuelle Gesundheitsressource, *Verantwortungsstatus* als organisationale Gesundheitsressource sowie *soziale Kraftquellen* als Abhängigkeitsfaktoren in der Bewertung von Tätigkeitsfaktoren ermittelt werden, was für spezifische, kontextbezogene und situative, im Gegensatz zu generalisierten, Gesundheitsressourcen spricht, die für jede Art von Situation wirksam werden (dazu z. B. Antonovsky, 1987). Dieses Ergebnis kann durch den Ansatz des tätigkeitsbezogenen Wohlbefindens (Warr, 1999) gestützt werden. Dieser beinhaltet, dass im Gegensatz zu einem kontextlosen Wohlbefinden in der Arbeitsumgebung tätigkeitspezifische Gefühle entstehen (Ulich, 2012 nach Warr, 1999).

Konkrete berufliche Anforderungen wissensbasierter Tätigkeiten erfordern in Abhängigkeit von einem persönlich definierten Ziel Gesundheitsressourcen. Subjektive Potenziale der Fach- und Führungskräfte schließen Gesundheitsressourcen ein, die in einem dynamischen Wechselverhältnis auf den Ebenen Individuum, Organisation und soziales Umfeld zueinanderstehen. Ein systematisches Review der BAuA (2016) zum Einfluss arbeitsbezogener und individueller Ressourcen zeigte, dass von 20 eingeschlossenen, quantitativen Studien lediglich zwei Studien die Wechselwirkungen zwischen organisationaler und individueller Ebene untersuchten. Die Notwendigkeit sich mit Wechselwirkungen eines dynamischen Gesundheitsressourcenprozesses zu befassen, ist begründet durch die spezifische Wirkungsweise von Gesundheitsressourcen, die Puffer- und Umkehreffekte betreffen (Ulich und Wülser, 2012). Diese Wirkungsweise konnte auch in dieser Studie bestätigt werden. Weiterhin werden Gesundheitsressourcen der einen Ebene wiederum auf einer anderen Ebene aktiviert, ausgebildet und gefördert, wobei die Trennschärfe der Gesundheitsressourcen nicht immer eindeutig ist. Dies zeigt sich beim Differenzkriterium *Verantwortung* in dieser Studie und wird bestätigt durch eine Untersuchung von Bierhoff et al. (2012). In der Untersuchung zu Eigenverantwortung, in der auch Selbstwirksamkeit und freiwilliges Arbeitsengagement betrachtet wurden, konnte konstatiert werden, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stärker motiviert sind, wenn sie an ihre Fähigkeiten glauben. Auch nehmen Führungskräfte ihre Selbstwirksamkeit stärker wahr, wenn es um die unternehmensbezogene Mitgestaltung geht (Bierhoff et al., 2012). Der organisationale Verantwortungsstatus nimmt in dieser vorliegenden Studie eine hervorzuhebende Funktion ein.

Wächst die Verantwortung, unterstützt dies Handlungsmöglichkeiten und die Handlungsmacht im Unternehmen. Das Unternehmen fördert mittels hierarchischer Strukturen strukturelle Unterschiede, die sich auf die Beschäftigten durch die unterschiedliche Verteilung von Wissen, Macht, Geld und Prestige auswirken. Dieses Vorgehen bildet das Modell zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit nach Elkeles und Mielck (1997) und Mielck (2000, 2005) ab. Junghanns und Morschhäuser (2013) verbinden für die psychosoziale Ebene mit dem Aufstieg in der Hierarchie Sicherheiten und Rückhalt in der Bewältigung von Arbeitsanforderungen, was diese Studie zum Teil bestätigt. In dieser Untersuchung wurde mit Zunahme der Verantwortung eine Veränderung von problem- zu situationszentrierten Bewältigungsstrategien, z. B. aktive Ansprache und Klärung, sichtbar. Hintergrund dessen sind Personenmerkmale wie erhöhte Selbstwirksamkeit durch Erfolge. Allerdings sind die Bewältigungsstrategien mit dem Druck verbunden, Unternehmensziele zu erreichen, was zwangsläufig zu Handlungen führt (Bertelsmann Stiftung, 2013). Das Unternehmen fördert durch Führungsverantwortung die Selbstwirksamkeit von Führungskräften, gleichzeitig setzt es aber oftmals eine stabile Selbstwirksamkeitserwartung und das Vertrauen auf ausreichend soziale Unterstützung aus dem Umfeld voraus, die Veränderungen in einer Situation bewirken. Auch die Bertelsmann Stiftung konnte 2013 hochsignifikante Ergebnisse ($p = .000$) bei dem Vergleich von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern mit Führungskräften in Bezug auf u. a. die individuellen Gesundheitsressourcen Selbstwirksamkeitserwartung und Emotionssteuerung aufzeigen. Insbesondere bei Führungskräften mit häufigen kooperativen Anforderungen spielen Sensitivitätsanforderungen gegenüber anderen Personen eine wichtige Rolle; dies trifft auch auf die hier untersuchte Zielgruppe zu. Bereits im Selbstwirksamkeitskonzept von Bandura (1977) steht die Überzeugung im Mittelpunkt, eine Handlung erfolgreich durchführen zu können, um das erwünschte Ergebnis zu erzielen (Ruholl, 2007). Dabei kann Selbstwirksamkeit ambivalent sein, wie Edelman (2002) in Verbindung mit einer Studie zu Gesundheitsressourcen feststellt. Einerseits kann Selbstwirksamkeit eine Gesundheitsressource sein, andererseits zeigen sich Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung bei zunehmender Tätigkeitsanforderung eher gereizt als Personen mit niedrigerer Selbstwirksamkeitserwartung (Edelman, 2002).

Sind Situationen nicht beeinflussbar oder kontrollierbar, können emotionszentrierte Strategien wie Resilienz hilfreich sein. Hier ist jedoch anzumerken, dass die Resilienzstärkung im Unternehmen durchaus als ambivalent einzuschätzen ist. Ein Gesundheitsressourcenaufbau trägt einerseits zum Aufbau persönlicher Gesundheitsressourcen bei, um Anforderungssituationen aktiv zu verändern. Andererseits kann bei emotions- oder problemzentrierten Bewältigungsstrategien die Gefahr bestehen, Tätigkeitsanforderungen, die mit negativen Gefühlen einher-

gehen, unangetastet zu lassen (Nuber, 2011). Menschen entwickeln ausgeprägte Bewältigungsstrategien, die das psychische Befinden zumindest kurzfristig positiv beeinflussen (Faltermaier, 2016). Aber diese passiven Strategien verfestigen auch Berufsstereotype – ein zentrales Hemmnis in dieser Studie –, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter problem- oder emotionszentriert umdeuten. Kann dieses Hemmnis nicht dauerhaft ausgeglichen werden, entstehen beim Individuum Demotivation oder Resignation. In der Regel – und so zeigen es die Ergebnisse – werden zum Erhalt der Handlungsaktivität Ausweichstrategien, als eine weitere Möglichkeit des Umgangs mit Hemmnissen, angewendet. Individuelle und organisationale Hemmnisse wie Berufsstereotype, der Umgang mit Fehlern und Widersprüche werden nachgezeichnet. Insbesondere Widersprüche zwischen Regeln und organisationalen, gesundheits-schützenden Ressourcen beeinflussen die Wahrnehmung von Freiheiten im Unternehmen, die Beschäftigten zur Verfügung gestellt werden, und beeinflussen die subjektive Bewertung von Tätigkeiten (Junghanns und Morschhäuser, 2013). Hemmnisse blockieren einen Gesundheitsressourcenprozess temporär und halten diesen gleichzeitig dynamisch. Daher sind sie nicht als Endpunkte zu verstehen, sondern als Faktoren, die weitere Gesundheitsressourcen aktivieren und bestehende fördern. Werden z. B. Widersprüche im Unternehmen beobachtet oder erlebt, so werden Alternativen notwendig, wie z. B. der Aufbau informeller Regelsysteme, bei denen Hierarchieebenen übersprungen oder Verbündete in anderen Abteilungen gesucht werden. Mit dieser „brauchbaren Illegalität“ (Kühl, 2015, 1) besteht die Anforderung für die Beschäftigten, abzuwägen, ob entsprechend der geltenden Strukturen gearbeitet wird oder informelle Alternativen genutzt werden. Meist fällt die Entscheidung für den informellen Weg, wenn die Sinnhaftigkeit von Unternehmensentscheidungen in Frage gestellt wird (Rummel, 2010). Damit zeigen die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, dass trotz veränderter Tätigkeitsanforderungen, wie sie aus dem Anstieg der Zahl wissensbasierter Tätigkeiten resultieren, die Handlungsfähigkeit einer einzelnen Person nicht zwangsläufig beeinträchtigt ist. Haubl et al. (2013, 54) beschreiben, dass vor den Hintergründen von Unternehmensveränderungen „die taktischen Vorgehensweisen [zunehmen].“ Auch in der von Haubl (2013) durchgeführten Studie zur psychosozialen Situation in deutschen Organisationen wurde sichtbar, dass Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter bei Dokumentationen mit inhaltsleeren Formulierungen agierten und sich so Handlungsoptionen offenhielten. Die Ursachen für diesen Umgang mit dem Arbeitsgegenstand (z. B. Produkt, Arbeitsaufgabe) liegen in dieser Untersuchung in der Abweichung der geforderten von der subjektiv bewerteten Tätigkeitsanforderung und im Aufbau von emotionaler Distanz zu anderen Hierarchie- und Arbeitsebenen. Badura betont in verschiedenen Unternehmensstudien, die die Bedeutung des Sozialkapitals in Unternehmen betreffen, den Aspekt der fehlenden emotionalen Bindung und den damit zusammenhängenden ökonomischen

Verlust (u.a. Badura, 2010; Badura und Steinke, 2011). Damit steht, entgegen dem Unternehmensinteresse, nicht das Erreichen des Unternehmensziels im Vordergrund, sondern die individuellen Bedürfnisse und Interessen, die zu einer positiven Emotion führen. Positiv ausgedrückt heißt dies, dass mit verstärkter emotionaler Bindung zur Tätigkeit, z. B. durch salutogenetische Potenziale, auch die Chance steigt, Risiken und psychische Beanspruchung zu vermeiden bzw. zu mindern (Badura, 2010b).

Die unterschiedliche Bewertung tätigkeitsbezogener Aspekte in dieser Untersuchung und auch die erneut bestätigte Diskrepanz zwischen geforderten und erlebten Tätigkeitsanforderungen (dazu auch Rau und Henkel, 2013; Buyken, 2015) steigern im „Laienverständnis“ (Richter und Hurrelmann, 2016) die Notwendigkeit für eine Subjektorientierung im Unternehmen. Denn sowohl die negativen Aspekte einer Tätigkeit als auch die Abweichung der geforderten Anforderungen vom subjektiven Erleben kompensieren die Befragten unterschiedlich. Beides kann in der Folge für das Unternehmen mit Qualitätseinbußen oder Leistungsmängeln einhergehen. In den Antworten der Fach- und Führungskräfte liegen wichtige Hinweise für ressourcenorientierte Hintergründe und zielgruppenspezifische Zugänge. Mit der Beachtung von Bedürfnissen und der Berücksichtigung der Vorstellungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steigt die Akzeptanz für Unternehmensprogramme oder, im Speziellen, auch für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Ulich und Wülser, 2012).

5.2 Kritische Würdigung und Limitationen der Untersuchung

Diese Dissertation unterlag unternehmensbedingten und methodischen Limitierungen, die im Folgenden reflektiert werden.

Die Untersuchung fand am Arbeitsplatz der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner statt. Dies beeinflusste möglicherweise die Offenheit der Antworten. Auch sind sozial erwünschte Antworten in Verbindung mit dem Arbeitsumfeld möglich. Vorteil am direkten Kontakt mit der Arbeitsumgebung ist die offene Beobachtung dazu, wie häufig das Diensthandy in der Interviewzeit klingelte, wie der bzw. die Befragte damit hinsichtlich eigener Gesundheitsressourcen umging (z. B., indem der Anruf nicht entgegengenommen wurde) oder wie sich die Kommunikation mit den Anrufenden gestaltete.

Erfreulich ist, dass trotz des auch in den Interviews kommunizierten Zeit- und Leistungsdrucks auf allen Hierarchieebenen eine Durchführung der Interviews ermöglicht wurde und über die Dauer nicht verhandelt wurde. Dies kann ein Zeichen dafür sein, dass Expertinnen bzw. Experten zur eigenen Tätigkeit gerne Stellung nehmen. Wichtig hierbei ist die Reflexion der eigenen

Rolle. Als Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter des Unternehmens kann die Erwartung an die Teilnahme am Interview in verschiedene Richtungen interpretiert werden. Zum einen kann es sich um einen kollegialen Gefallen handeln, zum anderen um eine Sprachrohrfunktion mit der Erwartung an die Forscherin, Arbeitsbedingungen, insbesondere von den Fach- an die Führungskräfte zu kommunizieren. Im Zusammenhang mit der Fallauswahl ist der *selection bias* zu beachten. Die Auswahl erfolgte danach, dass bei den Personen bereits in der Vergangenheit die GFBpsychB durchgeführt wurde. Damit konnte diese thematische Schnittstelle genutzt werden. Jedoch wurden damit Fälle vernachlässigt, bei denen es noch keinen Kontakt zu Themen der psychischen Gesundheit gab. Die GFBpsychB wurde ebenfalls von der Autorin durchgeführt. Damit bestand bereits früher ein erster persönlicher Kontakt. Wegen der Vertraulichkeit und Anonymität wurde strengstens vermieden, eine vermittelnde Person einzuschalten.

Der narrative Gesprächsanteil wurde in den episodischen Interviews geringgehalten und die Interviews hatten wenig Selbstläufigkeit. Weiterhin war auffällig, dass negative Episoden den positiven vorangestellt wurden. Es kann vermutet werden, dass die Interviewten es nicht gewöhnt sind, im Arbeitskontext zu erzählen. Auch stehen private und persönliche Themen möglicherweise konträr zum Berufsalltag. Bei den Interviews dominierten bei den Gesprächsanteilen die Episoden, die mit negativen Gefühlen zusammenhingen. Thematisch passend äußerte sich ein FR dazu mit den Worten „[...] die schönen Sachen, die verdrängt man oder gehn meistens wieder flöten und man behält immer nur die schlechten Dinge dann“ (2_FR_B_2). Ereignisse mit negativen Emotionen bleiben im Kopf der Befragten länger haften; dies bestätigt auch Hobfoll (1989) in der Ressourcentheorie.

5.3 Handlungsempfehlungen

Diese Untersuchung unterliegt einem explorativen Forschungsprozess, der themenbezogene Gesundheitsressourcen von Fach- und Führungskräften mit wissensbasierten Tätigkeiten qualitativ aufzeigt. Sollen die Ergebnisse aus dieser Untersuchung als repräsentativ anzusehen sein, müssten die Ergebnisse unterstützend mit quantitativen Ansätzen untersucht werden. Eine Handlungsempfehlung auf wissenschaftlicher Ebene ist es zu überprüfen, inwiefern eine kausale Beziehung zwischen den abhängigen Variablen *innere Distanz* und *Ausweichstrategien* und der unabhängigen Variable *Umgang mit Bedürfnissen* mit Beschäftigten besteht.

Auf der betrieblichen Ebene ergeben sich weitere Handlungsempfehlungen. Vorschläge zur Stärkung von Gesundheitsressourcen finden sich im weiteren Sinne in gesetzlichen Rahmenbedingungen wie z. B. im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), in der DGUV – Vorschrift 1 und 2 und im Präventionsgesetz. Damit ist die Grundlage geschaffen, um in Unternehmen Strukturen und

Prozesse der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung umzusetzen und zu etablieren. Eine wichtige Regelung (ArbSchG § 5) legte der Gesetzgeber im Jahr 2013 fest: Psychische Einflussfaktoren in der Gefährdungsbeurteilung sollen miterfasst werden. Auch durch das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ aus dem Jahr 2015 wird eine stärkere Lebensweltorientierung u. a. im Betrieb forciert werden (Meierjürgen et al., 2014). Weiterhin ermöglicht der Gesetzgeber finanzielle Unterstützung und steuerliche Begünstigung bei anerkannten Maßnahmen, die die Prävention und Gesundheitsförderung im Unternehmen betreffen (IGA, 2011).

Ziel der Sensibilisierung für gesundheitsressourcenorientierte Themen und von deren Umsetzung sollte für das untersuchte Unternehmen sein, dass a) die Verhältnisprävention zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und b) die Verhaltensprävention zur Einflussnahme auf individuelles Verhalten miteinander verzahnt werden. Eine weitere Handlungsempfehlung ist, bestehende betriebliche Strukturen zu nutzen und Geschäftsprozesse im Unternehmen zu betrachten.

Zu den Prozessen der Verhältnisprävention, die vergleichbaren Unternehmen in der Automobilbranche ähneln, gehören im untersuchten Unternehmen:

- Managementprozesse, die die Voraussetzungen und den Rahmen für nachfolgende Prozesse schaffen. Dabei handelt es sich um Entscheidungsroutrinen auf Arbeitgeber- und Sozialpartnerseite. Hierbei geht es um die Akzeptanz und die Umsetzung von Gesundheitsressourcen. Die Gesundheitsressourcen können durch das Unternehmen in unternehmensstrategische Programme zur Förderung eines Kulturwandels im Unternehmen und einer gesundheitsorientierten Führung in das Personalmanagement eingebettet werden. Auch sollten Themen, die Gesundheitsressourcen betreffen, in Auszubildendenprogrammen und Führungsqualifikationen bereits vermittelt und erlebt werden.
- Kernprozesse, die durch die zielgruppenspezifische Betrachtung von Stakeholdern (z. B. Beschäftigte, Führungskräfte) charakterisiert sind. Hilfreich hierfür sind der übergeordnete Steuerkreis *Gesundheit*, der Arbeitskreis *Psychische Gesundheit* oder Gremien, die sich mit der *Gefährdungsbeurteilung psychische Belastung* befassen und entscheiden.
- Weitere Prozesse unterstützen einen reibungslosen Ablauf der Management- und Kernprozesse durch IT, Projektmanagement und interne und externe Kommunikationsstrukturen zur Informationsvermittlung.

Ansätze zur Verhaltensprävention hinsichtlich der Förderung gesundheitsressourcenorientierter Themen im untersuchten Unternehmen sind:

- universelle Ansätze für die gesamte Belegschaft (z. B. Gesundheitstage im Unternehmen).
- selektive Ansätze für spezifische Zielgruppen hinsichtlich ihrer tätigkeitsbezogenen psychischen Belastung und ihren Gesundheitsressourcen (z. B. für Fachkräfte mit wissensbasierten Tätigkeiten ohne Budget- und Personalverantwortung und weibliche Fach- und Führungskräfte). Je größer das Wissen über den Zusammenhang von Gesundheitsressourcen und psychischer Belastung ist, desto mehr kann dies die organisationale Gesundheitskompetenz erweitern und den Willen zur Veränderung der eigenen Haltung und die Chancen für ein gesundheitsbewusstes Verhalten und Handeln verbessern.
- individuelle Coaching- und Beratungsangebote zu Gesundheitsressourcen.

Im Folgenden wird auf zwei Ansätze, der Verhältnis- und Verhaltensprävention, die für die betriebliche Praxis empfohlen werden (u.a. BAuA, 2016) näher eingegangen. Mit den Ergebnissen aus dieser Untersuchung werden diese beiden Ansätze auf das Unternehmen ausgerichtet.

1. Subjektorientierter Zugang zu Gesundheitsressourcen mittels der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GFBpsychB)

In Deutschland ist jedes Unternehmen gesetzlich verpflichtet, eine GFBpsychB durchzuführen und spezifische Maßnahmen zur Beseitigung von Gefährdungen abzuleiten (§ 5, 6 ArbSchG; BAuA, 2016). Die Ebene, auf der die GFBpsychB seitens des Gesetzgebers vorgeschrieben ist, betrifft diese der psychischen Belastung, d.h. Einflüsse, die nach einem neutralen Verständnis von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken (DIN EN ISO 100751). Eine Durchführungs- oder Auswertungsmethode wird seitens des Gesetzgebers nicht vorgeschrieben. Dieses Gestaltungspotenzial einer GFBpsychB, und die daraus resultierende Chance zur Betrachtung der subjektiven Eindrücke von Mitarbeitenden, liegt damit in der Entscheidung des Arbeitgebers. Wie in der vorliegenden Untersuchung und in anderen Studien festgestellt, weichen die vom Unternehmen geforderten und die von Beschäftigten subjektiv erlebten Tätigkeitsanforderungen voneinander ab. Zwischen diesen beiden Anforderungsvorstellungen vermitteln die Gesundheitsressourcen. Für die Durchführung der GFBpsychB liegen fast ausschließlich Instrumente vor, die zwar die psychische Belastung, nicht aber Gesundheitsressourcen einbeziehen (dazu Toolbox der BAuA, 2010). Empfehlenswert ist eine GFBpsychB vom Arbeitgeber so auszugestalten, dass sie um einen subjektiven Erhebungsteil erweitert wird, um die Gesundheitsressourcen auch auf einer narrativen Ebene einzubeziehen. Dazu

empfehlen sich die Verknüpfungen zu z. B. der „salutogenen Geschäftsprozessanalyse“ (Wienemann, 2011), eine umfangreichere Form der Erweiterung der Arbeitssituationsanalyse nach Nieder (2005) oder Gesundheitszirkel. Sie ermöglichen die Mitgestaltung von Tätigkeitsanforderungen und erhöhen die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsmotivation. Frick, Kluge und Streeck (1999) sowie Bhatti und Qureshi (2007) berichten bereits über einen positiven Zusammenhang zwischen der Partizipation von Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmern und der Arbeitszufriedenheit. Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter in die GFBpsychB einzubeziehen, entspricht aktuellen Empfehlungen (Hahnzog, 2015). Auch empfiehlt sich, Gesundheitsressourcen aus subjektorientierter Sicht gezielt zu betrachten.

2. Offenes Gesundheitsressourceninterview auf der Ebene des Individuums

Diese Form des Interviews, welches auf Schiepek und Cremer (2003) zurückgeht, zielt auf die Förderung der Selbstreflexion hinsichtlich der Anforderungen im Einflussfeld der Organisation, an Personenmerkmale und an soziale Zusammenhänge. Ähnlich wie die in dieser Untersuchung angewendete Methode der episodischen Interviews werden im offenen Gesundheitsressourceninterview auf den Ebenen Individuum, Organisation und Soziales Gesundheitsressourcen und Wechselwirkungen reflektiert. Am Anfang eines solchen Interviews steht die berufsbiographische Entwicklung. Im zweiten Schritt erfolgt die Einschätzung und Bewertung vorhandener und benötigter Gesundheitsressourcen im persönlichen Veränderungsprozess. Im Interview werden bewusste Kommunikations- und Problemlösekompetenzen sichtbar.

Es sind nicht allein die Instrumente, sondern auch der organisationale Rahmen, die einen offen-kommunikativen und selbstreflexiven Umgang zulassen, in dem Ursachen und Hintergründe kommuniziert werden können und die im weitesten Sinne als Steigerung einer organisationalen Gesundheitskompetenz verstanden werden können. Als Gemeinschaftsaufgabe im Sinne eines gemeinsamen Verständnisses von Zielen, Aufgaben, Bedürfnissen wird eine gesundheitsorientierte Unternehmenskultur gefördert und stärkt gleichzeitig die Eigenverantwortung und die Fähigkeiten für das eigene Gesundheitsverhalten (Badura et al., 2013).

6 ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Promotionsprojekt werden das Zusammenspiel von äußeren Tätigkeitsanforderungen und Gesundheitsressourcen auf der individuellen, organisationalen und sozialen Ebene betrachtet. Mit einem qualitativen Forschungsansatz werden dafür 15 Fach- und Führungskräfte interviewt, die wissensbasiert in einem Unternehmen der Automobilbranche tätig sind. Die Vorstudie zur Beschreibung der Zielgruppe (N = 187) kommt zu den Ergebnissen, dass wissensbasierte Tätigkeiten hinsichtlich ihrer psychischen Belastung, im Sinne eines neutral zu verstehenden Begriffs, charakterisiert sind mit hoher Komplexität, hoher Ganzheitlichkeit, hoher Kooperationserfordernisse sowie häufigen Unterbrechungen. Zudem steigen mit dem Grad der Verantwortung die emotionalen Anforderungen. Eine hohe berufliche Verantwortung, wie es die Hierarchieebenen Unterabteilungsleitung oder Geschäftsfeldleitung erfordern, erweist sich in der Untersuchung als eine organisationale Gesundheitsressource und schützt die Person in ihrer beruflichen Rolle. Zudem wird der Gestaltungsspielraum mit erhöhter beruflicher Verantwortung durch das Unternehmen erweitert, was sich auf das Spektrum an Bewältigungsoptionen auswirkt. So wird eine erhöhte Verantwortung beispielsweise als Instrument zur Problemlösung eingesetzt.

Im Anschluss an diese deskriptive Vorstudie, die im Ergebnis die Merkmale zur Fallauswahl enthält, werden episodische Interviews durchgeführt. Darin werden die subjektive Sicht von tätigkeitsbezogenen Anforderungen sowie individuelle Gesundheitsressourcen und Bewältigungsoptionen nachgezeichnet. Zu den Ergebnissen dieser qualitativen Forschung gehören auf der Individuumebene die positiven Anteile wissensbasierter Tätigkeiten, die eine gesundheits-schützende Funktion einnehmen und mit einem emotionalen Zielzustand des Erlebens von Freude in Verbindung stehen. Dieser Zielzustand setzt ein *positives Selbstkonzept* als individuelle Gesundheitsressource voraus. Des Weiteren gehören zu den Ergebnissen, dass Hemmnisfaktoren, wie *Berufsstereotype*, *Widersprüche*, *Fehlerkultur* im Unternehmen, es erschweren einerseits die betrieblichen Anforderungen zu erfüllen und die Nutzung vorhandener Gesundheitsressourcen temporär blockieren. Andererseits wird bei einem Gleichgewicht von Tätigkeitsanforderung und Gesundheitsressource die Möglichkeit der individuellen Arbeitsausgestaltung (z. B. durch erweiterten Handlungsspielraum durch das Unternehmen) gefördert.

Zusammengefasst werden kann, dass Ausweichstrategien als Bewältigungsoptionen und eine innere Distanz zum Unternehmen gefördert werden, wenn der Blick auf die Beschäftigten und deren Bedürfnisse seitens des Unternehmens vernachlässigt wird.

LITERATURVERZEICHNIS

- Albrecht M (2013) Bedeutung, Umsetzung und Bewertung von Führung bei der AUDI AG. [Diplomarbeit]. Würzburg: Julius-Maximilians-Universität Würzburg
- Altgeld T, Raimund G, Glaeske G, Kolip P, Rosenbrock R, Trojan A (2006) Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Antonovsky A (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky A (1997) *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Ausgabe von Franke A. Tübingen: Dgvt Verlag
- Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBI. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 427 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBI. I S. 1474) geändert worden ist. § 5, 6: https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/_5.html (08.08.2016)
- Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.) (2014) *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.) (2015) *Fehlzeiten-Report 2015, Schwerpunktthema: Neue Wege für mehr Gesundheit- Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*, Berlin
- Badura B, Greiner W, Rixgens P, Ueberle M, Behr M (Hrsg.) (2013) *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer
- Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.) (2010) *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Badura B, Steinke M (2011) *Die erschöpfte Arbeitswelt. Durch eine Kultur der Achtsamkeit zu mehr Energie, Kreativität, Wohlbefinden und Erfolg*. Gütersloh: Bertelmann Stiftung
- Badura B, Walter U, Hehlmann T (2010) *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler
- Baker D (2006) The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*: 21; DOI: 10.1111/j.1525-1297.2006.00540.x, pp. 878-883
- Bakker AB, Demerouti E (2007) The Job Demands-Resources model: state of the art. In: *Journal of Managerial Psych* 22(3), DOI: 10.1108/02683940710733115, pp. 309-328
- Bakker AB, Demerouti E, Euwema MC (2005) Job resources buffer the impact of job demands on burnout, *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 10 No. 2, pp. 170-180
- Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, Vol 84(2), Mar 1977, pp. 191-215
- Bandura A (1997) Self-efficacy and health behaviour. In Baum A, Newman S, Wienman J, West R, McManus C (Eds.): *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 160-162
- Baumann U, Laireiter A (1995) Individualdiagnostik interpersonalen Beziehungen. In Pawlik K, Amelang M (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie*. Band 1: *Differentielle Psychologie*. Göttingen: Verlag für Psychologie, C.J. Horefe

- Baumeister R F, Heatherton T F, Tice D M (1993) When ego threats lead to self-regulation failure: negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, pp. 141–156.
- Behrens J, Morschhäuser, M, Viebrock, H, Zimmermann, E (1999) *Länger erwerbstätig aber wie?.* Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Bertelsmann Stiftung (2013) *Führung, Gesundheit und Resilienz.* Gütersloh, http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Fuehrung__Gesundheit__Relienz_Studie.pdf (09.10.2016)
- Bhatti KK, Qureshi TM (2007) Impact of Employee Participation on Job Satisfaction, Employee Commitment and Employee Productivity. *International Review of Business Research Papers*, Vol 3(2), June 2007, pp. 54-68
- Bierhoff H W, Lemiech K, Rohman, E (2012) Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit und Freiwilliges Arbeitsengagement, In: *Wirtschaftspsychologie*, 14 (1), S. 83–90
- BKK (Hrsg.) (2016) *Gesundheitsreport, 2015.* Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- BKK (Hrsg.) (2015) *BKK-Gesundheitsatlas 2015.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Brandenburg U, Nieder P (2009) *Betriebliches Fehlzeiten-Management. Instrumente und Praxisbeispiele für erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement.* Wiesbaden: Springer Gabler
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010) *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten.* Dortmund: BAuA
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014a) *Systematischer Review. Der Einfluss arbeitsbedingter psychosozialer Belastungsfaktoren auf die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen.* Projekt F 2264/Los 1. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014b) *Einfluss arbeitsbezogener und individueller Ressourcen auf positive Aspekte der mentalen Gesundheit.* 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2264-3.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (11.04.2016)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016) *Gefährdungsbeurteilung* http://www.gefahrdungsbeurteilung.de/de/service/glossar/glossary/psychische_fehlbeanspruchung/?searchterm=fehlbeanspruchung (12.04.2016)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) *Vierter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung* https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile (20.12.2016)
- Bundesverwaltungsamt (2016) *Arbeitsplatzbeschreibung Basis für tarifgerechte Eingruppierung* http://www.bva.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/BVA/BeratungModernisierung/Eingruppierung/160108_Arbeitsplatzbeschreibung_Basis_tarifgerechte_Eingruppierung_2016.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (20.12.2016)

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann Erweiterte Neuauflage. Köln: BZgA
- Buyken D (2015) Tätigkeitsbezogene Kooperation und Kommunikation im Rahmen betrieblicher Gefährdungsanalysen Potenzielles Gesundheitsrisiko oder Schutzfaktor vor Fehlbeanspruchungen. [Dissertation] Halle/Wittenberg: Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg
- Cohen S, Edwards JR (1989) Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*. New York: Wiley
- Cohen S, Wills TA (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985 Sep, 98(2), pp. 310-57
- DAK (Hrsg.) (2016) DAK-Gesundheitsreport 2016. Berlin: DAK
- Dawen K (2007) Subjektorientierung in der soziologischen Organisationsberatung. Marburg: Tectum Verlag
- Deutsches Statistisches Bundesamt (2010) Die Klassifikation der Berufe 2010 – Entwicklung und Ergebnis. Wiesbaden, Bonn, Berlin: Destatis
- Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) (2016) Arbeitshetze und Arbeitsintensivierung bei digitaler Arbeit Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit 2016 <http://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++9c8210e4-2b4b-11e7-b90f-525400e5a74a> (15.05.2017)
- Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (Hrsg) (2011) Psychische Beanspruchung von Mitarbeitern und Führungskräften. Praxispapier 2-2011. Düsseldorf
- DIN EN ISO 6385:2016-12, Grundsätze der Ergonomie für die Gestaltung von Arbeitssystemen: <https://www.beuth.de/de/norm/din-en-iso-6385/250516638> (11.04.2016)
- DIN EN ISO 9241, Ergonomie der Mensch-System-Interaktion: <http://www.handbuch-usability.de/iso-9241.html> (11.04.2016)
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.) DIW-Wochenbericht 2014. 33.: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.478715.de/14-33.pdf
- Dragano N (2016) Arbeit und Gesundheit In: *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Berlin, Halle: Springer VS, S. 71-87
- Dunkel-Schetter C, Bennett TL (1990) Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR (Eds.): *Social support: An interactional view*, New York: Wiley, pp. 267-296
- Edelmann M (2002) *Gesundheitsressourcen im Beruf*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Elkeles T, Mielck A (1997) Entwicklung eines Modells zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. *Das Gesundheitswesen* 26, S. 23-44
- Flick U, v Kardorff E, Steinke I (2007) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt
- Frick B, Kluge N, Streeck W (Hrsg.) (1999) *Die wirtschaftlichen Folgen der Mitbestimmung Expertenberichte für die Kommission Mitbestimmung von Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung*
- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) hat am 10. Juli 2015 im Bundesrat die letzte parlamentarische Hürde genommen und trat in sei-

- nen wesentlichen Teilen am 25. Juli 2015 in Kraft:
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html> (09.07.2016)
- Güthlin C, Karbach U (2016) Quality of qualitative research. *Das Gesundheitswesen*, Vol 77, Dec 2015, pp. 966 - 975
- Hacker W (1998) *Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. 4. Aufl. Bern: Huber
- Hahnzog S (2015) *Psychische Gefährdungsbeurteilung. Impulse für den Mittelstand*. Wiesbaden: Springer Gabler
- Haubl R, Voß G, Alsdorf N, Handrich C (2013) *Belastungsstörung mit System. Die zweite Studie zur psychosozialen Situation in deutschen Organisationen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Heiden M, Jürgens K (2013) *Kräftemessen. Betriebe und Beschäftigte im Reproduktionskonflikt*. Hans-Böckler-Stiftung Edition Sigma: Berlin
- Hirsch RD (1983) *Arbeitsbelastung und deren Bewältigung*. München: Verlag N. Leudemann
- Hobfoll SE (1989) Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, Vol 44(3), Mar 1989, pp. 513-524
- Hobfoll SE, Shirom A (2001) Conservation of Resources Theory. In R. Golembiewski (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior*, New York, NY: Dekker, pp. 57-80
- Honer A (2003) Interview. In: Bohnsack, R; Marotzki, W; Meuser, M (Hg.): *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich
- Initiative Gesundheit und Arbeit- IGA (2016) *Ständige Erreichbarkeit führt zu Defiziten bei Schlaf und Erholung – Beschäftigte wünschen sich Regelungen für Erreichbarkeit*. Essen
- Initiative Gesundheit und Arbeit- IGA (2011) *Auswirkung der Steuerbefreiung auf die Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung*. Essen
- Jerusalem M (1990) *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe
- Junghanns G, Morschhäuser M (2013) *Immer schneller, immer mehr. Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit*. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS
- Jürgens K (2006) *Arbeits- und Lebenskraft. Reproduktion als eigensinnige Grenzziehung*. Wiesbaden: Springer
- Jürgens K (2011) Prekäres Leben. In: *WSI Mitteilungen*, 64. Jg., Nr. 8, S. 379-385
- Kickbusch I (2006) *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Knoll N, Scholz U, Rieckmann N (2011) *Einführung Gesundheitspsychologie*. 2. Akt. Aufl. München/Baseö: Ernst Reinhardt Verlag
- Knoll N, Schwarzer R (2005) Soziale Unterstützung [Social support]. In Birbaumer N, Frey D, Kuhl J, Schneider W, Schwarzer R (Eds.) & Schwarzer R (Vol. Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie, Series X (1): Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, pp. 333-349
- Kobasa SC (1979) Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, pp. 1-11
- König E (2013) *Studie zur Informationskompetenz* Ausgabe 1/2014
<http://www.libess.de/studie-informationskompetenz/> (13.10.2016)

- Kruse J, Biesel K, Schmieder C (2011) Metaphernanalyse. Ein rekonstruktiver Ansatz. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
- Kühl S (2015) Volkswagen ist überall. Hamburger Institut für Sozialforschung, <http://www.soziopolis.de/beobachten/wirtschaft/artikel/volkswagen-ist-ueberall/> (16.11.2016)
- Lazarus RS (1991) Emotion and adaption. New York: Oxford University Press
- Leppin, A (1997) Streßeinschätzung, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen?. S. 196 - 207 In: Psychologie der Bewältigung (1997). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Marx G, Wollny A (2009) Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. ZFA.Z Allg Med, S. 105-113
- MAXQDA (2016): MAXQDA 12 Handbuch. http://www.maxqda.de/download/manuals/MAX12_manual_ger.pdf (15.5.2017)
- Mayring P (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. akt. und überarb. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz
- Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz
- Meierjürgen R, Böcken J, Braun B (Hrsg.) (2014) Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/2014-05-Beitrag.pdf (11.05.2016)
- Mey G, Mruck K (2010) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze Interventionsmöglichkeiten. Huber: Göttingen
- Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Mucha A, Frieß, W, Jarren J, Rastetter D (2015) Schützt strategisches Handeln vor den negativen Folgen von Stress? Zur Bedeutung mikropolitischen Fähigkeiten als Gesundheitsressource in entgrenzten Arbeitskontexten in: Arbeit; Ausgabe 24 (3-4), 111-128
- Nerdinger F, Blickle G, Schaper N (2008) Arbeits- und Organisationspsychologie. Springer-Lehrbuch. Heidelberg: Springer Verlag
- Nuber U (2011) Leben mit einer dicken Haut. In: Psychologie heute, Heft 7/2011, S. 20-27
- Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15, pp. 259-267
- Ohlbrecht H (2016) Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit, In: Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Berlin, Halle: Springer VS, S. 71-87
- Oppermann-Brandenburg U (1996) Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Anlagenführern in der mechanisierten Fertigmontage eines Automobilunternehmens. Dissertation Universität Gesamthochschule Kassel. Kassel
- Przyborski A (2014) Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg: Wissenschaftsverlag

- Puls W (2003) Arbeitsbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Theoretische Konzeptionen und empirische Befunde. Band 160. Opladen: Leske + Budrich
- Rau R, Buyken D (2015) Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. Ein systematisches Review über Metaanalysen und Reviews. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 59, DOI: 10.1026/0932-4089/a000186, S. 113-129
- Rau R, Henkel D (2013) Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen. Review der Datenlage. Nervenarzt, 84, DOI: 10.1007/s00115-013-3743-6, S. 791-798
- Renneberg B, Hammelstein P (2006) Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer
- Richter M, Hurrelmann K (2016) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS
- Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 1966, 33(1), pp. 300-303
- Ruholl S (2007) Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen: Status und Verlauf. Dissertation Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen. Aachen
- Rummel M (2010) Resilienz aufbauen. Sich selbst und andere für schwierige Zeiten wappnen in: KONTUREN. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen; Ausgabe 6-2010, 12-17
- Schabel F, Stiehler A (2012) Wissensarbeiter und Unternehmen im Spannungsfeld. Thesenpapier im Rahmen einer Studie von PAC und Hays AG. Hays, Mannheim
- Scheier MF, Carver CS (1992) Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research 16, pp. 201-228
- Schiepek G, Cremer S (2003) Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel, J. Schaller (Hrsg.), Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit (S. 147-192). Tübingen: dgvt Verlag
- Schlipfenbacher C, Jacobi F (2014) Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz, in Public Health Forum 22 Heft 82., S. 2.e1 – 2.e4
- Schröder K, Schwarzer R (1997) Bewältigungsressourcen S. 176 - 193 In: Psychologie der Bewältigung (1997). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Schwarzer R (2005) Überblick über die Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 1-10). Göttingen: Hogrefe, S. 1- 10
- Selting M (2010) Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 10 (2009), S. 353-402
- Siegrist J (2005) Medizinische Soziologie. 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Elsevier: München und Jena
- Statista (2015) Entwicklung der Erwerbstätigen im tertiären Sektor (Dienstleistungen) in Deutschland in den Jahren 1991 bis 2014 <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/255725/umfrage/entwicklung-der-erwerbstaetigen-im-tertiaeren-sektor-in-deutschland/> (15.09.2016)
- Staudinger U M Greve W (2001) Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Opladen: Leske & Buddrich, S. 94 – 144

- Techniker Krankenkasse (2016) Gesundheitsreport 2016. Gesundheit zwischen Beruf und Familie <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/855594/Datei/169019/TK-Gesundheitsreport-2016-Zwischen-Beruf-und-Familie.pdf> (13.05.2016)
- Turgut S (2014) Gesundheit im Arbeitskontext-eine Mehrebenenbetrachtung aus inhaltlicher und methodischer Perspektive. [Dissertation] Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- Udris I (1984) Psychologische Stressforschung in Organisationen. Konzeptionelle, methodische und empirische Probleme und Lösungsansätze. Unveröffentlichte Habilschrift. Zürich: ETH, Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie
- Udris I (2006) Salutogenese in der Arbeit – ein Paradigmenwechsel? In *Wirtschaftspsychologie* 8, H. 2-3; S. 4-13
- Udris I, Frese M (1999) Belastung und Beanspruchung. In C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch*, Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 429-445
- Udris I, Kraft U, Mussmann C (1991) Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit. Bericht Nr. 1. Zürich: Institut für Arbeitspsychologie
- Udris I, Kraft U, Mussmann C, Rimann M (1992) Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben. Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In Udris I (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit. Psychosozial. Band 52*. Weinheim, S. 7-21
- Udris I, Rimann M, Thalmann K (1994) Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In Bergmann B & Richter P (Hrsg.): *Die Handlungsregulationstheorie*. Göttingen: Hogrefe, S. 199-215
- Uhle T, Treier M (2015) *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer
- Ulich E (2001) *Arbeitspsychologie*. 5. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
- Ulich E (2003) Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Positionsbestimmung. In *Ta- gungsbericht Qualität in der Betrieblichen Gesundheitsförderung* (S. 25–42). Wien: Österreichisches Netzwerk BGF und Fonds Gesundes Österreich
- Ulich E (2004) Erwerbsarbeit und andere Lebenstätigkeiten – eine arbeitspsychologische Perspektive. In: Grossenbacher S, Höpflinger F, Ulich E, Fagnani J, Matthies AL, Jurczyk K (Hrsg.): *Zeit für Familien: Beiträge zur Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsalltag aus familienpolitischer Sicht*. Bern, S. 53-71
- Ulich E, Wülser M (2012) *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. 5. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler
- Viswesvaran C, Sanchez JJ, Fisher J (1999) The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of vocational behavior*, 54 (2), pp. 314-334
- Warr P (1987) *Work, unemployment, and mental health*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Warr P (1997) Age, work and mental health. In: Schaie KW, Schooler W (Eds.): *The impact of work on older adults*. New York: Springer, pp. 252-296
- Warr P (1999) Well-being and the Workplace. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N (Eds.): *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation, pp. 392-412

- Wartmann A, Behrens J (2016) Gesundheitsressourcen von Fach-und Führungskräften mit wissensbasierten Tätigkeiten, In: Prävention und Gesundheitsförderung, S. 9-14
- Weber H (1997) Zur Nützlichkeit des Bewältigungskonzeptes. S. 7 - 17 In: Psychologie der Bewältigung (1997). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Wieland R (2013) Status-Bericht: Psychische Gesundheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine arbeitspsychologische Perspektive. In: Hold H, Wenninger G (Hrsg.). Rückengesundheit und Psychische Gesundheit. Kröning: Asanger Verlag
- Wienemann E (2011) Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: G. Hensen und P. Hensen (Hrsg.): Gesundheits- und Sozialmanagement. Leitbegriffe und Grundlagen modernen Managements. Stuttgart

ANLAGEN

Anlage 1: Interviewleitfaden

Einleitende Worte:	
Beschreibung der Arbeitstätigkeit	Beginnen wir mit Ihrer Berufslaufbahn. Könnten Sie diese bitte mit den wichtigsten Stationen skizzieren? Immanent: Wie sind Sie in Ihre jetzige Position gekommen?
Individuelle Gesundheitsressourcen	
Persönlicher Spaß und Freude	Was macht Ihnen Spaß, bereitet Ihnen Freude an Ihrer Arbeit?
Persönlicher Spaß und Freude	Und wenn wir nun noch eine Ebene tiefer gehen. Erzählen Sie mir doch einmal eine berufliche Situation in der Sie Spaß hatten.
Persönlicher Stress	Und wenn Sie nun das Blatt wenden und die andere Seite der Medaille betrachten: Was ärgert Sie bei Ihrer Arbeit?
Persönlicher Stress	Erzählen Sie doch bitte in welcher Situation Sie sich das letzte Mal bei der Arbeit geärgert haben.
Persönliches Bewältigungsverhalten	Und wie sind Sie mit dieser Situation umgegangen?
Soziale Gesundheitsressourcen	
Soziales Umfeld	Beschreiben Sie bitte einmal welche Rolle ihr privates Umfeld in schwierigen Situationen spielt.
Bewältigungsverhalten	
Reflexion der eigenen Strategien	Haben Ihre Strategien geholfen? Wie ging es Ihnen hinterher?
Organisationale Gesundheitsressourcen	
Führung	Welche Rolle spielt Ihr Vorgesetzter bei der Klärung von schwierigen Situationen?
Betriebliches Umfeld	Was kann das Unternehmen tun, damit es Ihnen gut geht? Immanent: Und wie sieht das gerade so aus?
Verantwortung für den Spaß bei der Arbeit	Wenn Sie sich mehr Freude und Spaß am Arbeitsplatz wünschen, wer sollte hierfür die Sorge tragen?

Anlage 2: Transkriptionsregeln

1. Wörtliche Transkription ohne Dialekte.
2. Glättung von Sprache und Interpunktion.
3. Bezeichnung Interviewerin wird mit „Interviewerin“ und Befragte/r mit „Person 1“.
4. Kennzeichnung eines Sprecherwechsels wird durch Leerzeile.
5. Vermeidung von Rückschlüssen auf die Personen durch Anonymisierung (z. B. [Abteilung-xy], [Unternehmen-xy]).
6. Kennzeichnung langer Pausen durch Auslassungspunkte [...].
7. Setzen von eckigen Klammern bei nicht-sprachlichen Äußerungen und Auffälligkeiten in der Sprache z. B. [lacht], [betont].

Modifiziert nach Kuckartz, 2008

Anlage 3: Checkliste psychischer Belastung

ClIP – Checkliste Psychische Belastung

indirekter Bereich

Nr. Standort Kostenstelle OE Bezeichnung Ort Halle Feld Geschoss Eingang Raum Inventar-Nr. für ASI

Eintrag: Bevor wir mit dem Fragen beginnen, möchten wir Sie bitten, einen normalen Arbeitstag mit Tätigkeitsschwerpunkten und besonderen Aufgaben zu beschreiben!

Gleichförmigkeit (GF) 1 selten 2 gelegentlich 3 häufig Vertiefung zur Einstiegsfrage / Erzählen lassen Wie oft wiederholt sich bei Ihnen die gleiche (Teil-) Tätigkeit?	Handlungsspielraum 1: Reihenfolge/Einteilung der Tätigkeiten (HS-R) 1 selten selbst wählbar 2 gelegentlich selbst wählbar 3 häufig selbst wählbar Können Sie Ihre eigenen Prioritäten setzen in Bezug auf die Reihenfolge Ihrer Tätigkeit?
Ganzheitlichkeit (GAHE) 1 niedrig <input type="checkbox"/> planen 2 mittel <input type="checkbox"/> vorbereiten 3 hoch <input type="checkbox"/> ausführen <input type="checkbox"/> kontrollieren Vertiefung zur Einstiegsfrage In wie weit planen, vorbereiten, führen Sie aus und kontrollieren Sie Ihre Arbeitsaufgabe?	Handlungsspielraum 2: Arbeitstempo (HS-Z) 1 selten selbst wählbar 2 gelegentlich selbst wählbar 3 häufig selbst wählbar Können Sie die Zeit für eine Tätigkeit selbst bestimmen?
Komplexität (KOM) 1 niedrig 2 mittel 3 hoch Vertiefung zur Einstiegsfrage Beschreiben Sie mal näher... Wie viele unterschiedliche Tätigkeiten haben Sie heute schon ausgeführt?	Handlungsspielraum 3: Arbeitsmenge (HS-A) 1 selten selbst wählbar 2 gelegentlich selbst wählbar 3 häufig selbst wählbar Können Sie Ihre Arbeitsmenge selbst bestimmen?
Konzentrationsanforderungen (KON) 1 niedrig 2 mittel 3 hoch Wenn Sie an den gestrigen (letzten) Arbeitstag denken - Bei welchen Tätigkeiten mussten Sie sich besonders konzentrieren? (Beschreibung des Konzentrationslevels vgl. Bsp. Autofahren)	Verantwortung (VER) 1 niedrig <input type="checkbox"/> Qualität / Sachwerte 2 mittel <input type="checkbox"/> Personal 3 hoch -> FETO Müssen Sie bei Ihrer Arbeit Entscheidungen treffen, für die Sie Verantwortung tragen? Wenn Sie sich an eine Situation erinnern, in der Ihnen ein Fehler unterlaufen ist, welche Konsequenzen hatte das?
Kooperationserfordernisse (KOO) 1 selten 2 gelegentlich 3 häufig / ständig Bleiben wir beim gestrigen (letzten) Arbeitstag - Mit wie viel Kollegen, Vorgesetzten oder anderen Bereichen mussten Sie sich abstimmen? Ist das Ausnahme oder Regelfall?	Fehlertoleranz (FETO) 1 niedrig 2 mittel 3 hoch -> RÜQQ Evtl. Könnten Sie den Fehler selbständig korrigieren?
Eindeutige Ansprechpartner (AP) <input type="checkbox"/> ja eindeutig <input type="checkbox"/> nein nicht immer eindeutig Können Sie Ihrem Ansprechpartner/In, an den/ die Sie sich bei Problemen wenden können?	Rückmeldung (RÜQQ) 1 selten 2 gelegentlich 3 häufig Werden Sie auf Fehler angesprochen? Wie oft in der Woche erhalten Sie Feedback von Ihrem Vorgesetzten, Teamleiter/In oder Kolleg/In? Erzählen lassen, evtl. fragen... In welcher Form erhalten Sie das Feedback?

CIIP – Checkliste Psychische Belastung

Unterbrechungen 1: Technische Störungen (UB-T) 1 nie oder selten 2 gelegentlich 3 häufig Wie oft kommt es in einer Woche vor, dass Sie mit einem bestimmten Computerprogramm nicht arbeiten können aufgrund einer Störung/ eines Updates? Erzählen lassen, evtl. fragen Wie lang ist dann diese Unterbrechung? Wer kann die Störung beheben?	Rotation (ROT) <input type="checkbox"/> ja Belastungswechsel <input type="checkbox"/> nein Keine Rotation oder kein Belastungswechsel <input type="checkbox"/> pausengebunden <input type="checkbox"/> tageweise <input type="checkbox"/> Sonstiges
Unterbrechungen 2: Wartezeiten (UB-W) 1 nie oder selten 2 gelegentlich 3 häufig Wie oft müssen Sie auf Ergebnisse, Entscheidungen, Unterlagen oder Personen warten und können keine andere Tätigkeit ausführen?	Isolation (ISO) 1 nicht isoliert 2 teilweise isoliert 3 vollkommen isoliert
Unterbrechungen 3: Nebenarbeiten (UB-N) 1 nie oder selten 2 gelegentlich 3 häufig Wie oft übernehmen Sie neben Ihrer Arbeitstätigkeit Aufgaben, die nicht in Ihrer Tätigkeits-/ Stellenbeschreibung verankert sind? Evtl. Welche sind das?	Arbeitsumgebung (AUM) 1 mind. 3 Faktoren nicht optimal gestaltet 2 1-2 Faktoren nicht optimal gestaltet 3 weitgehend optimal gestaltet -> Ergo Zusatzliste (5 Min. vor Beginn)
Unterbrechungen 4: Mitarbeiter, Kunden, Tel. (UB-M) 1 nie oder selten 2 gelegentlich 3 häufig Wie häufig werden Sie in einer Stunde durch Personen und/oder Telefonate unterbrochen?	Informelle Kontakte (INFKO) 1 selten 2 gelegentlich 3 häufig Haben Sie die Möglichkeit, einen Kaffee zusammen mit Ihren Kollegen/innen zu trinken oder einen Plausch zu halten?
Emotionale Anforderungen (EMA) 1 gering 2 mittel 3 hoch Inwiefern führen Sie Tätigkeiten aus bei denen Sie sich in Ihr Gegenüber einfühlen müssen z.B. in Lob + Kritikgespräche? Gibt es Tätigkeiten, die mit persönlichen Konsequenzen (z.B. Haftung) verbunden sind?	Möglichkeit von Micropausen (MIPA) 1 selten 2 gelegentlich 3 häufig Haben Sie die Möglichkeit eine kurze Pause während Ihrer Arbeitstätigkeit zu machen und den Arbeitsplatz zu verlassen? (z.B. für eine Tasse Kaffee oder einen Gang zur Toilette)

Einzelarbeitsplatz (EAP)
 ja Einzelarbeitsplatz
 nein Arbeitsplatz mit Mehrfachbesetzung

ClIP – Checkliste Psychische Belastung

Überstunden/ Pausendurchlauf (ÜSPA)	<input type="radio"/> 1	selten	Wie häufig müssen Sie Überstunden leisten?	Eindeutigkeit d. Signale (EIS)	<input type="radio"/> 1	nicht / selten eindeutig	Sind die Signale eindeutig und werden sie genau und schnell vermittelt?
	<input type="radio"/> 2	gelegentlich	Wie häufig müssen Sie in den Pausen weiterarbeiten?		<input type="radio"/> 2	gelegentlich eindeutig	
	<input type="radio"/> 3	häufig			<input type="radio"/> 3	häufig eindeutig	
Wochenendarbeit (WOA)	<input type="radio"/> 1	keine	Wie oft im Monat müssen Sie am Wochenende arbeiten?	Verständlichkeit d. Signale (VSS)	<input type="radio"/> 1	nicht / selten verständlich	Sind die Signale verständlich?
	<input type="radio"/> 2	gelegentlich			<input type="radio"/> 2	gelegentlich verständlich	
	<input type="radio"/> 3	häufig			<input type="radio"/> 3	häufig verständlich	
Bildschirmgerät/ Bedienerplätze v. Maschinen (BEMA)	<input type="checkbox"/> ja	Nutzung eines Bildschirmgerätes bzw. Bedienerplatz von Maschinen		Kompaktheit d. Signale (KOPS)	<input type="radio"/> 1	nie / selten kompakt	Werden Signale gegeben, die für das Arbeiten notwendig sind?
	<input type="checkbox"/> nein	keine Nutzung eines Bildschirmgerätes bzw. Bedienerplatz von Maschinen			<input type="radio"/> 2	gelegentlich kompakt	
Erkennbarkeit d. Signale (ERS)	<input type="radio"/> 1	nicht / selten erkennbar	Sind Sie die Bildschirmgeräte/ Monitore von Ihrem Arbeitsplatz aus sichtbar?	Konsistenz d. Signale (KOPS)	<input type="radio"/> 1	selten konstant	Werden Signale immer auf die gleiche Art und Weise dargestellt?
	<input type="radio"/> 2	gelegentlich erkennbar			<input type="radio"/> 2	gelegentlich konstant	
	<input type="radio"/> 3	häufig erkennbar			<input type="radio"/> 3	häufig konstant	

Anlage 4: Tätigkeitsbeschreibungen nach psychischen Anforderungen

Item	Code	Definition
Arbeitsaufgabe		
Gleichförmigkeit	GF	Wiederholung der gleichen vorgegebenen Arbeitsabläufe z. B. Mix aus Routine- und Problemlöseaufgaben.
Ganzheitlichkeit der Aufgabe	GAHEI	Die Aufgabe beinhaltet sowohl planende, vorbereitende, ausführende und kontrollierende Tätigkeiten z. B. Tätigkeiten von Projektverantwortlichen oder Führungskräften.
Komplexität	KOM	Bearbeitung verschiedener Teilaufgaben mit unterschiedlichem Anspruchsniveau z. B. Berechnung, Auswertung und das Überwachen von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen oder Tätigkeiten mit umfangreichem Informationsfluss.
Konzentrationsanforderungen	KON	Erforderliche Aufmerksamkeitsleistung z. B. Eingabetätigkeiten.
Kooperationserfordernisse	KOO	Inhaltliche und zeitliche Abstimmungserfordernisse z. B. Informationsaustausch zur Aufgabenerledigung, Assistenten- und Sekretariatstätigkeiten.
Handlungsspielraum Reihenfolge/Einteilung der Tätigkeiten	HS1	Einfluss auf die Reihenfolge und/oder Art und Weise der Tätigkeitsausübung z. B. kreative Tätigkeiten, Tätigkeiten, die Wissen generieren, konzeptionelle Tätigkeiten.
Handlungsspielraum Arbeitstempo	HS2	Einfluss auf die zeitliche Planung bzw. Arbeitsgeschwindigkeit z. B. freie Einteilung der Aufgaben über einen Arbeitstag.
Handlungsspielraum Arbeitsmenge	HS3	Einflussnahme auf die Arbeitsmenge z. B. Mitarbeiter/in erhält keine Vorgaben über die abzuleistende Menge von Aufgaben.
Verantwortung für Personal, Budget und/oder Prozesse	VER	Verantwortung für die Qualität der Arbeitsergebnisse, Sachwerte, Budget, Prozesse und/oder Personal z. B. Betriebliche Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Patentwesen.
Unterbrechungen durch Kunden, Mitarbeiter, Telefon	UB4	Unterbrechungen bei der Tätigkeit durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, interne oder externe Kunden, Telefon, E-Mails z. B. Mitarbeiter mit Diensttelefonen oder in Durchgangsbüros.
Emotionale Anforderungen	EMA	Regulation der eigenen Emotionen und Gefühle z. B. Tätigkeiten mit Serviceaufgaben, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die Konfliktgespräche führen.
Arbeitsorganisation		
Fehlertoleranz/-korrektur	FETO	Das Arbeitsergebnis ist bei fehlerhafter Ausführung und gegebener Ausführung und gegebener Rückmeldung mit geringem Aufwand selbstständig vor Ort korrigierbar und führt nicht zu gravierenden Konsequenzen z. B. falsche Eingaben können EDV-gestützt rückgängig gemacht werden.
Rückmeldung	RÜQQ	Transparenz/Feedback über das Arbeitsergebnis z. B. Feedback durch den Vorgesetzten in regelmäßigen Austauschterminen.
Möglichkeit zur Mikropause	MIPA	Möglichkeit zur kurzzeitigen Unterbrechung der Arbeitstätigkeit z. B. Möglichkeit für einen kurzen Austausch mit den Kollegen und Kolleginnen.

Anlage 6: Unternehmensdaten aus dem Personalcontrolling (2016)

Abbildung: Personalverteilung (2015)

Detailierung indirekter Bereich, aktive Belegschaft,
Stand 31.12.2015

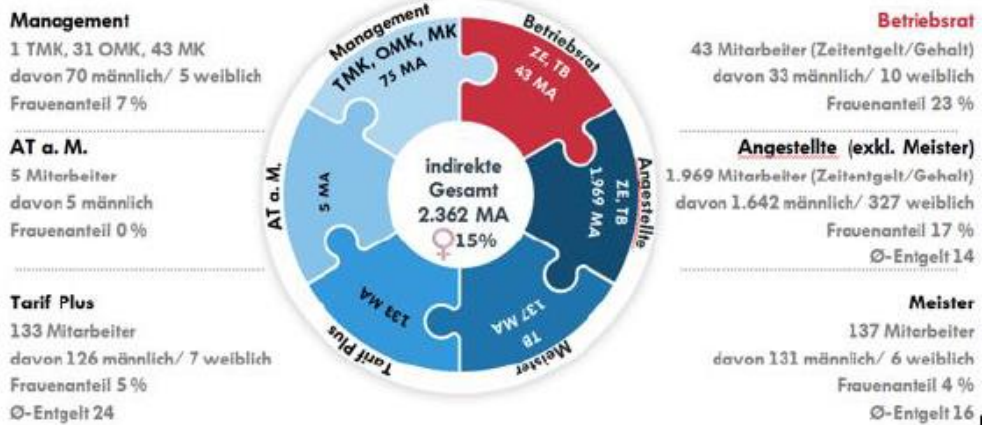


Abbildung: Altersstruktur (2015)

Altersstruktur - aktive Belegschaft, Stand 06.2015 : 2020

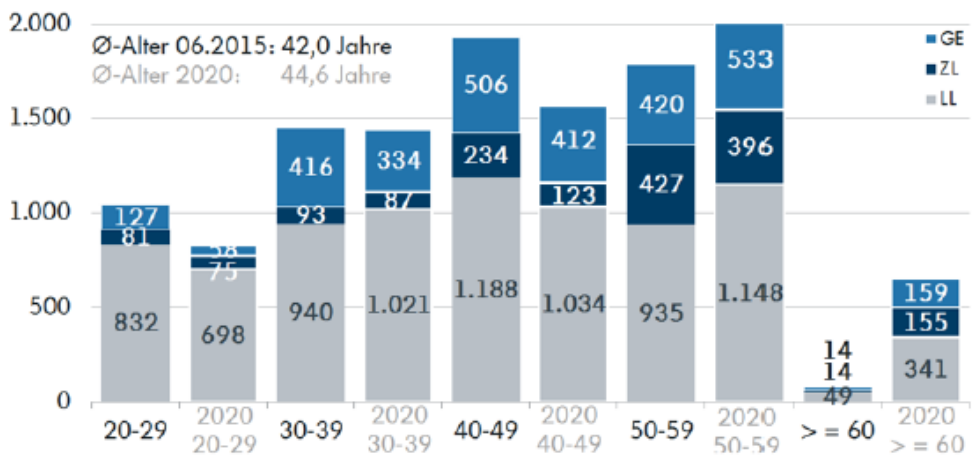


Abbildung: Altersprognose (2015 – 2024)

Altersprognose Belegschaft, Ø-Alter Jun.2015 : 2024

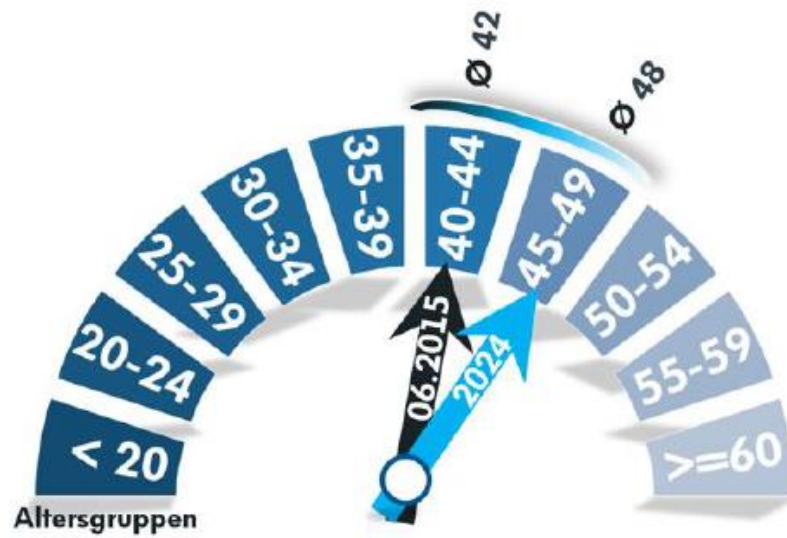


Abbildung: Entwicklung Altersgruppen (2004 – 2024)

Hochrechnung der Entwicklung der Altersgruppen Jahre 2004 bis 2024

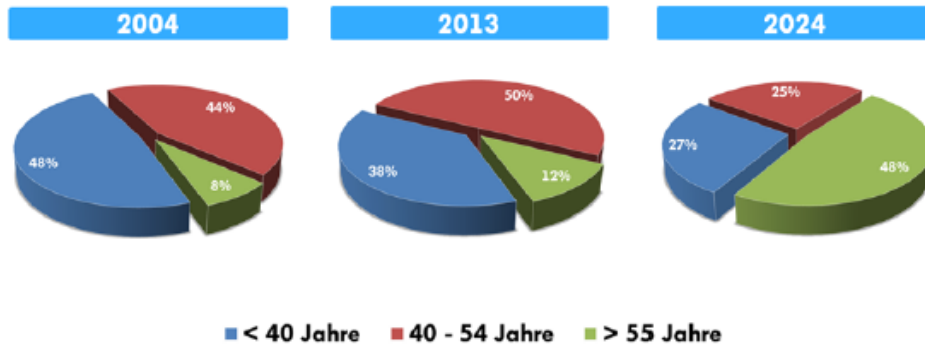


Abbildung: Fehlzeiten (2016)

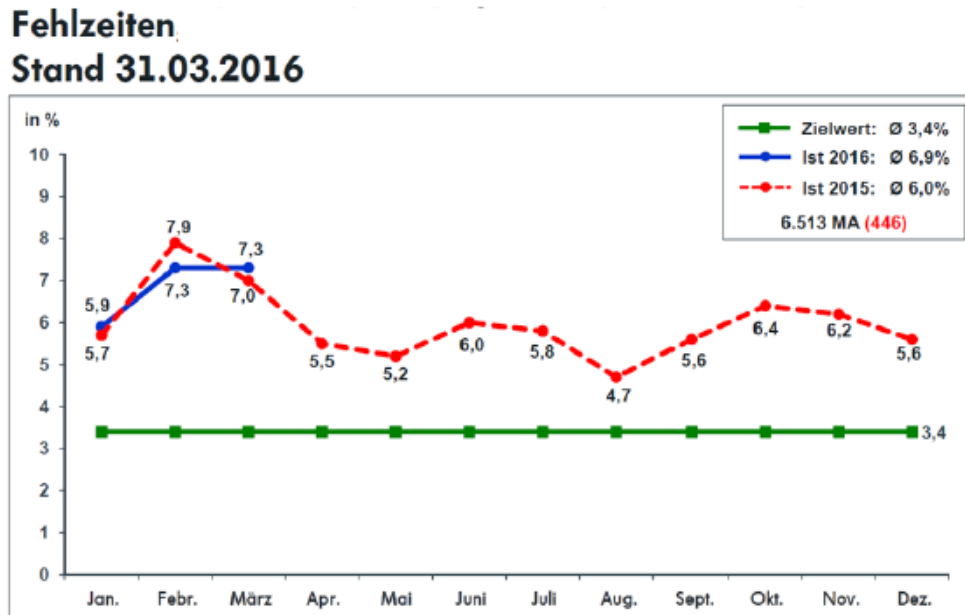


Tabelle: Personalstandsentwicklung (2010 – 2020)

Aktive Belegschaft - Personalstandsentwicklung

OE	Langtext zur Organisationseinheit	Kal./Jahr/Monat	IST						Planungsrunde 64				
			12.2010	12.2011	12.2012	12.2013	12.2014	09.2015	12.2016	12.2017	12.2018	12.2019	12.2020
		Direkter Bereich	2.830	2.716	2.753	2.874	3.338	3.476	3.481	3.493	3.908	3.929	2.942
		Indirekter Bereich	457	485	508	535	554	563	575	587	599	611	623
		Ergebnis	3.287	3.201	3.261	3.409	3.892	4.039	4.056	4.080	4.107	4.136	4.165

OE	Langtext zur Organisationseinheit	Kal./Jahr/Monat	IST					
			12.2010	12.2011	12.2012	12.2013	12.2014	09.2015
		Meister	76	71	78	95	95	102
		IA	19	22	25	30	31	30
		MX	5	4	6	6	9	7
		OMK	6	5	6	7	6	7

Anlage 7: Unternehmensleitlinien, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung (2015)

Leitlinien

Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sind zentrale Elemente sozialer und ökonomischer Unternehmensverantwortung. Sie sind integrale Bestandteile der Unternehmenswerte der [Unternehmen] und einer auf Nachhaltigkeit und langfristige Wertsteigerung ausgerichteten Unternehmensstrategie.

Schutz und Förderung der Gesundheit der Beschäftigten sind Aufgabe aller im Unternehmen. Unternehmensleitung und Arbeitnehmervertretung sind ebenso involviert wie die Führungskräfte, die Fachabteilungen und jeder einzelne Beschäftigte. Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sind Zielsetzungen, die keinen rein wirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkülen untergeordnet werden.

Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung werden im Rahmen einer vorausschauenden Gesundheitspolitik in Form eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements betrieben, das sich auf die Arbeitssituation, die Beschäftigten, das Unternehmen als Ganzes, die Produkte und das betriebliche Umfeld erstreckt. (Auszug Präambel [Unternehmens]leitlinien zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung im [Unternehmen]).

Anlage 8: Wissenschaftliche Veröffentlichungen zur Dissertation

Diese Dissertation basiert auf dem Artikel einer Vorstudie und wurde im peer review Verfahren begutachtet:

Wartmann A, Behrens J (2016) Gesundheitsressourcen von Fach-und Führungskräften mit wissenschaftlichen Tätigkeiten. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Band 12, Heft 1, S. 9-14

ANHÄNGE

Anhang 1: Seitenzahlüberschreitung

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät
Promotionsausschuss
Der Vorsitzende

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 04097 Halle (Saale)

Herrn Prof. J. Behrens
Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft

FA 9.11.16

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom
Unsere Zeichen
WO
☎ 03441 557-2488
Halle (Saale)
01.11.2016

Sehr geehrter Herr Kollege Behrens,

In Beantwortung Ihres Antrages auf Seitenüberschreitung vom 19.09.2016 für die Dissertation von

Frau Anja Wartmann

Thema:
Psychische Beanspruchung in der Gefährdungsbeurteilung und die Rolle der Gesundheitskompetenz bei der Volkswagen AG am Standort Braunschweig


möchte ich Ihnen mitteilen, dass der Promotionsausschuss in seiner Sitzung vom 20.09.2016 Ihrem Antrag einstimmig entsprochen hat.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. R. Horstkorte
Vorsitzender

Anhang 2: Selbständigkeitserklärung

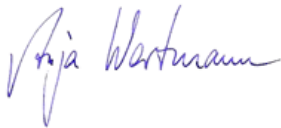
Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.



Halle (Saale), 22. August 2017

Anhang 3: Erklärung über frühere Promotionsversuche

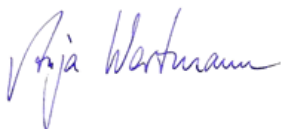
Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.



Halle (Saale), 22. August 2017

Anhang 4: Erklärung zum Wahrheitsgehalt der Angaben

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.



Halle (Saale), 22. August 2017

Anhang 5: Lebenslauf

Persönliche Angaben

Anja Wartmann, Adolfstraße 58, 38102 Braunschweig;
Geboren am 29.05.1982 in Magdeburg

Beruflicher Werdegang

Volkswagen AG , Braunschweig Projektkoordination Psychische Gesundheit und Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung	04.13 – 09.16
Evers Arbeitsschutz GmbH , Braunschweig Unternehmensberaterin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement	07.12 – 12.12
Technische Universität Braunschweig , Braunschweig TechnologieTransfer-Stelle/Entrepreneurship	11.09 – 05.12
Leibniz Universität Hannover , Hannover Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft Wissenschaftliche Mitarbeit und Lehre Studienschwerpunkt: Betriebliches Gesundheitsmanagement und Betrieblichen Suchtprävention	10.06 – 12.11
BildungsCent e.V. , Berlin Partizipationsförderung in Organisationsentwicklung, Steuerungsgruppenleitung	10.09 – 04.10
Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH , Bonn ASA-Programm (Stipendium) St. Francis, Counsellor Training Institute, Uganda/Afrika	08.08 – 12.08

Akademische Ausbildungen

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg , Halle a.d. Saale Promotionsstudiengang Pflege- und Gesundheitswissenschaft Abschluss Promotionsstudiengang: Doktor der Medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic.)	seit 03.14
Universität Bielefeld , Bielefeld Master-Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health Abschluss Master-Studiengang Public Health (PH, M.Sc.)	10.06 – 09.08
Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel , Braunschweig Studiengang: Sozialpädagogik/Sozialarbeit Abschluss: Staatlich anerkannte Diplom-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin (FH)	04.01 – 12.05

Anhang 6: Danksagung

Mir ist es ein großes Anliegen, mich bei den Menschen zu bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Dissertation unterstützt haben. Meiner lieben Schwester Julia danke ich für ihre Kontinuität, große Hilfsbereitschaft und unerschöpfliche Geduld gegenüber meinem Lautdenken. Es ist mir wichtig, auf sprachliche Nuancierung und Differenzierung zu achten, und doch braucht jeder Text seinen Endpunkt. Dazu, aber auch zur Reflexion hast du mich immer wieder liebevoll und doch bestimmt gebracht. Auch danke ich meinen Großeltern für ihre warmherzige Unterstützung auf dem Weg zur Promotion. Ich weiß es sehr zu schätzen, dass ihr euch für die Themen, die mich beschäftigen und umtreiben, interessiert und mir das Gefühl gibt, dass ich meine Entscheidungen wohlüberlegt treffe.

Meiner Freundin Jule danke ich, dass sie auch in dieser Lebensphase bei mir ist. Du hast dich wieder auf den Weg gemacht, zu mir, an meine Seite. Du stelltest hohe kognitive Anforderungen und hast mich mit deinem kritischen Blick und deinen Fragen konfrontiert. Danke, dass du wieder zur richtigen Zeit am richtigen Ort bist. Britta, Dopki, Jenni, Konstantin, Marga, Mel, Steff, Sven – ich danke euch, dass ihr mit aufbauenden Worten, Lachen und Loslassen, Weinen und Festhalten und praktischer Unterstützung da seid. Alex, dir danke ich für die Auseinandersetzung mit meinen arbeitsweltlichen Perspektiven, die du durch deine Sicht auf die Welt aktiv anstößt.

Meinen Kolleginnen Jenny und Amrit danke ich für die intensive Arbeit an den Interviews. Trotz eurer eigenen Promotionsprojekte hattet ihr immer ein offenes Ohr für und einen genauen Blick auf meine Arbeit. Jenny, dir danke ich für deine Unterstützung, wenn es mal wieder schnell gehen musste. Ich wünsche euch für den Abschluss eurer Dissertationen alles Gute. Dass ich mich für die Promotion entschieden haben, verdanke ich Frau Dr. Elisabeth Wienemann sowie meinen Kollegen und Kolleginnen aus dem Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover. Auch danke ich Herrn Prof. Behrens und Herrn Dr. Andreas Weber für den fachlichen Austausch sowie meinem musikalisch Gleichgesinnten Armin Burghardt und meiner langjährigen Freundin Sandra für die Korrektur. Frau Dr. Daniela Kirstein danke ich für eine erfahrungs- und erkenntnisreiche Zeit, in der ich die Chancen und die Grenzen einer Organisation kennen lernen und den mir entgegengebrachten Gestaltungsspielraum nutzen durfte.

Außerdem danke ich meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für die mir entgegengebrachte Offenheit. Ohne Ihre Aussagen wäre die Bearbeitung des Themas nicht möglich gewesen.