

Brandl, Julia; Kugler, Alexandra

## Article

Rationalität betrieblicher Gesundheitsförderung in der Unternehmenskommunikation: Eine Analyse von Begründungen für Gesundheitsförderungsprogramme in Österreich

Zeitschrift für Personalforschung (ZfP)

## Provided in Cooperation with:

Rainer Hampp Verlag

*Suggested Citation:* Brandl, Julia; Kugler, Alexandra (2009) : Rationalität betrieblicher Gesundheitsförderung in der Unternehmenskommunikation: Eine Analyse von Begründungen für Gesundheitsförderungsprogramme in Österreich, Zeitschrift für Personalforschung (ZfP), ISSN 1862-0000, Rainer Hampp Verlag, Mering, Vol. 23, Iss. 1, pp. 47-64, [https://doi.org/10.1688/1862-0000\\_ZfP\\_2009\\_01\\_Brandl](https://doi.org/10.1688/1862-0000_ZfP_2009_01_Brandl)

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/71031>

### Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

### Terms of use:

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Julia Brandl, Alexandra Kugler\*

## **Rationalität betrieblicher Gesundheitsförderung in der Unternehmenskommunikation. Eine Analyse von Begründungen für Gesundheitsförderungsprogramme in Österreich\*\***

Die aktuelle Diskussion über betriebliche Gesundheitsförderung fokussiert auf freiwillige Maßnahmen, für die Betriebe zusätzliche Kosten tragen. Bezug nehmend auf das Konzept des Rationalitätsmythos im soziologischen Neoinstitutionalismus wird untersucht, welche Gründe für betriebliche Gesundheitsförderung im österreichischen Kontext angeführt werden. Auf Basis einer Causal Mapping Analyse der Unternehmenskommunikation zur Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen arbeitet die Studie heraus, inwieweit Betriebe die Gesundheit der Beschäftigten, personalwirtschaftliche Ziele und unternehmensbezogene Erfolgsgrößen zur Begründung ihrer Aktivitäten heranziehen. Die Ergebnisse zeigen, dass auf die Gesundheit der Beschäftigten bezogene, individuelle Erfolgsgrößen in der Argumentation zwar überwiegen, aber auch zur Verfolgung personalwirtschaftlicher und unternehmensbezogener Ziele instrumentalisiert werden. Dies weist auf eine ökonomische Rationalität der Begründung von Gesundheitsförderung hin, deren zentrales Argumentationsmuster ist, dass gesunde Mitarbeiter und Motivation dem wirtschaftlichen Erfolg nutzen. Die Studie gibt einen Einblick in den Stellenwert und die Ausgestaltung ökonomischer Rationalität in einem sich etablierenden Themenfeld der Personalarbeit. Sie illustriert überdies, wie Causal Mapping nützlich sein kann, um Rationalitätsformen zu unterscheiden und ihre Ausprägungen zu erschließen.

### **Rationality of Corporate Health Care in Corporate Communications. An Analysis of Accounts for Corporate Health Care Activities in Austria**

The contemporary debate on corporate health care focuses on voluntary activities which usually involve additional costs for companies. Referring to the concept of rationalized myth in sociological new institutionalism this paper investigates rationales for corporate health care in the Austrian context. Based on a causal mapping analysis of accounts on health care purposes in project reports of 40 Austrian companies the study analyzes how companies rationalize their activities with accounts of employee health improvement, human resource management measures and organizational performance criteria. Findings reveal that while accounts on the improvement of employee health predominate, these goals are means for pursuing human resource management goals and organizational performance. This suggests an economic rationality in rationalizing corporate health care with the major reasoning being "healthy employees and motivation improve economic success". The study provides insights on the relevance and content of economic rationality in an emerging field of human resource management. Moreover it illustrates how the causal mapping technique can be useful for shedding light on different rationalities.

Key words: **corporate health care, rational myth, causal mapping analysis, corporate communication, Austria**

---

\* Dr. Julia Brandl, Interdisziplinärer Arbeitsbereich für verhaltenswissenschaftlich orientiertes Management, Wirtschaftsuniversität Wien, Althanstrasse 51, A – 1090 Wien.

E-mail: [julia.brandl@wu-wien.ac.at](mailto:julia.brandl@wu-wien.ac.at).

Mag. Alexandra Kugler, IVENTA Austria Personalberatung GmbH, Neubaugasse 36, A – 1071 Wien. E-mail: [alexandra.kugler@iventa.at](mailto:alexandra.kugler@iventa.at).

\*\* Artikel eingegangen: 5.2.2007

revidierte Fassung akzeptiert nach doppelt-blindem Begutachtungsverfahren: 22.12.2008.

## 1. Einführung

Seit einigen Jahren widmet sich die Personalmanagementforschung verstärkt dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. beispielsweise Badura/Hehlmann 2003; Böhnisch/Krennmair/Stummer 2006; Kuhn/Sommer 2004; Turck 2003; Wilkens 2007). Nach der vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung verabschiedeten Luxemburger Deklaration umfasst betriebliche Gesundheitsförderung „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (ENWHP 1997, 1). Die unter Gesundheitsförderung subsumierten Maßnahmen reichen von Instrumenten der Arbeitszeitgestaltung über Betriebssport bis hin zu medizinischen Leistungen (für eine Systematisierung vgl. Brandl/Kugler/von Eckardstein 2008). Gesundheitsförderung wird auf betrieblicher Ebene von unterschiedlichen Parteien getragen, wobei das Engagement der Betriebe einen hohen Stellenwert einnimmt. Zahlreiche Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung beruhen auf freiwilliger Initiative, zu der Betriebe nicht verpflichtet werden können und für die sie zusätzliche Kosten tragen. Für diese Maßnahmen geben Betriebe mehr Geld aus als für Weiterbildung (Turck 2003).

Die aktuelle Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung betont die Wichtigkeit ökonomischer Rationalität. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass Betriebe bei der Einführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen abwägen, welchen wirtschaftlichen Nutzen ihre Aufwendungen für Gesundheitsförderung haben. Betriebe orientieren sich demzufolge bei der Bewertung von Gesundheitsförderung an Maßstäben wie beispielsweise eingesparten Kosten für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle, ihrer Wertschöpfung sowie ihrer Wettbewerbsfähigkeit. Systematische Bewertungen finden Ausdruck in EFQM-Modellen (vgl. Zink/Thul 2006). Dieses Verständnis wird durch ökonomische Ansätze der Personalbewertung wie beispielsweise den Humankapitalansatz gestützt (vgl. Scholz/Stein/Bechtel 2004; Turck 2003). Engagement in der Gesundheitsförderung stellt aus dieser Perspektive eine Investition dar, bei der betriebliche Aufwendungen in die Verbesserung der Funktionstüchtigkeit der Beschäftigten den Nutzungsumfang anderer Investitionen in die Beschäftigten (beispielsweise für Bildung und Qualifizierung) verlängern. Der Stellenwert dieser Debatte wird reflektiert in einer wachsenden Zahl empirischer Studien, die finanzielle Wirkungen betrieblicher Gesundheitsförderung untersuchen (für Übersichtsarbeiten vgl. Aldana 2001; Chapman 2003; Golaszewski 2001; Kreis/Bödeker 2003; Meuser 2004).

Im deutschsprachigen Raum trifft das Aufgreifen ökonomischer Rationalität betrieblicher Gesundheitsförderung auf zumindest zwei Grenzen. Zum einen ist anerkannt, dass im Rahmen von Studien ermittelte finanzielle Wirkungen nicht beliebig zwischen institutionellen Kontexten übertragbar sind. Beispielsweise profitieren Betriebe im deutschsprachigen Raum von Kostensenkungseffekten aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsstrukturen von Krankheitskosten im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme nur bedingt (von Eckardstein et al. 1995, 286). Zum anderen besteht im deutschsprachigen Raum eine Tradition sozialer Rationalität betrieblichen Engagements. Diese betont, dass Betriebe freiwillig Aufwendungen übernehmen, weil sie eine ethische Verpflichtung zur Schaffung von Arbeitsbedingungen haben, die Be-

schäftigten auch über den Betrieb hinaus eine angemessene Lebensführung ermöglichen. Betriebliche Gesundheitsförderung ist demzufolge geboten, um Beschäftigte an Vorteilen günstiger betrieblicher Entwicklungen teilhaben zu lassen. Dieses Verständnis stützt sich mehr oder weniger explizit auf die katholische Soziallehre, gemäß der Arbeitgeber und abhängig Beschäftigte eine sich wechselseitig verpflichtete Solidargemeinschaft bilden (Drumm 1993; Werhahn 1990).

Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag, auf welche Zielvorstellungen Betriebe zurückgreifen, um ihre eigenen freiwilligen Gesundheitsförderungsprogramme zu begründen. Bezug nehmend auf das Konzept des Rationalitätsmythos im soziologischen Neoinstitutionalismus (Meyer/Rowan 1977) wird davon ausgegangen, dass sich Betriebe bei der Begründung von Gesundheitsförderung an Erwartungen ihrer institutionellen Anspruchsgruppen orientieren. Diese Erwartungen beinhalten Vorstellungen der Betriebe, was legitime Zwecke für Gesundheitsförderung sind, und Annahmen, wie diese Zwecke kausal miteinander verknüpft sind. Mit Hilfe einer Analyse betrieblicher Begründungen von Gesundheitsförderungsprogrammen will der Beitrag die Frage beantworten, welchen Rationalitätsvorstellungen ein aufkommendes Thema der Personalarbeit im österreichischen Kontext folgt. Die der empirischen Studie zugrunde liegenden Daten basieren auf einer Causal Mapping Analyse öffentlich zugänglicher Projektberichte von 40 österreichischen Betrieben, in welchen diese Argumente für die Einführung und Maßstäbe für die Beurteilung von Gesundheitsförderung darlegen.<sup>1</sup>

Der Artikel leistet zwei Beiträge zur Erforschung von Zielvorstellungen in der Personalarbeit. Erstens lassen sich aus der empirischen Untersuchung Einsichten gewinnen, ob und in welcher Form sich der zunehmende ökonomische Druck und die entsprechenden Erwartungen an Unternehmen in den Rationalitätsvorstellungen der betrieblichen Praxis wiederfinden. Die Causal Mapping Technik lenkt die Aufmerksamkeit auf die von Betrieben verwendeten Argumentationsstrukturen und ist damit wertvoll, um die Reflexion von Rationalitätsformen durch betriebliche Entscheider genauer zu erschließen.

Zweitens leistet die im Rahmen der Arbeit eingesetzte Causal Mapping Technik einen methodischen Beitrag zur wachsenden Zahl an Arbeiten, die Legitimation über Sprache analysieren (vgl. beispielsweise Vaara/Tienari/Laurila 2006; Zilber 2006). Während diese Arbeiten mehr oder weniger explizit auf dem Konzept des Rationalitätsmythos aufbauen, haben sie bislang kaum Vorschläge gemacht, wie komplexe Zielbündel empirisch erschlossen werden können. Die hier vorgestellte Analyse gewährt einen Einblick in die Hierarchie von Zielvorstellungen, wie sie vor allem für die Analyse von Konsensthemen relevant ist.

---

<sup>1</sup> Dem Konzept des Rationalitätsmythos folgend nimmt die Studie nicht „für bare Münze“, dass die in den Berichten angeführten Gesundheitsförderungsprogramme die genannten Erfolgsgrößen erreicht haben; die Arbeit beansprucht folglich nicht, Aussagen darüber machen zu können, was Gesundheitsförderung „tatsächlich“ bewirkt. Deswegen ist es auch nicht maßgeblich, ob Betriebe die Erfolgsgrößen als Erwartungen an Gesundheitsförderungsprogramme oder als Erfolge aus der Durchführung von ebensolchen Projekten artikulieren.

Nach Darlegung der theoretischen Fundierung der Studie mit dem Konzept des Rationalitätsmythos wird erläutert, wie die Causal Mapping Technik zur Erschließung von Argumentationsmustern eingesetzt wurde. Anschließend werden die Befunde – die zentralen Argumente und Argumentationsmuster – dargestellt. Schließlich erfolgt eine Diskussion der Befunde vor dem Hintergrund des institutionellen Kontextes, und es werden Implikationen für Personalforschung und -praxis aufgezeigt.

## 2. Theoretische Orientierung

Als konzeptionelle Basis der Analyse greift der Beitrag auf neoinstitutionalistische Ansätze in der Organisationsforschung zurück (für aktuelle Überblicksarbeiten in deutscher Sprache vgl. Senge/Hellmann 2006; Walgenbach/Meyer 2008). Die neoinstitutionalistische Organisationsforschung betont, dass Betriebe in institutionelle Umwelten eingebettet sind. Diese Umwelten prägen das Handeln betrieblicher Akteure. Sie geben vor, welche Ziele Betriebe verfolgen sollen und welche Mittel geeignet sind, um diese Ziele zu erreichen. In anderen Worten, die Repertoires von angemessenen Zielvorstellungen von Betrieben sind durch normative Erwartungen ihrer institutionellen Anspruchsgruppen geprägt. Gemäß dem sozial-konstruktivistischen Erbe neoinstitutionalistischer Forschung (Berger/Luckmann 1967) erfolgt die Übernahme von Regeln unter dem Gesichtspunkt der Reziprozität von Erwartungen zwischen Betrieb und institutionellen Anspruchsgruppen. Betriebe können innerhalb ihres vertrauten Kontextes einigermaßen zuverlässig antezipieren, welche Erwartungen an sie gerichtet werden. Indem sie diese Erwartungen berücksichtigen, erzielen sie Legitimität gegenüber ihren Anspruchsgruppen.

Das in der neoinstitutionalistischen Organisationsforschung zentrale Konzept des Rationalitätsmythos (Meyer/Rowan 1977) eignet sich, die zur Begründung betrieblicher Gesundheitsförderung verwendeten Argumentationsmuster zu beleuchten. Eine zentrale Überlegung von Meyer und Rowan (1977) ist, dass Betriebe Unsicherheit in Entscheidungen bewältigen, indem sie vorgefertigte Rationalitätsvorstellungen ihres institutionellen Umfelds übernehmen. Mit dem Begriff Rationalitätsmythos beziehen sich Meyer und Rowan (1977) einerseits auf Max Webers Konzept der Zweckrationalität, das Zweck-Mittel-Beziehungen als Grundlage von Entscheidungen betont, und andererseits sein Konzept der formalen Rationalität, welches die Unpersönlichkeit von Regeln hervorhebt (Tacke 2006). Meyer und Rowan (1977) definieren einen Rationalitätsmythos als eine unpersönliche Regel, die erstrebenswerte Ziele bestimmt und gleichzeitig die Mittel festlegt, welche zur Verfolgung dieser Ziele angemessen sind. Diese Regeln sind Mythen in dem Sinne, dass die Gültigkeit von Zweck-Mittel-Beziehungen vom geteilten Glauben der Beteiligten und nicht vom praktischen Nachweis abhängt. Der Glaube an die Angemessenheit von Regeln ist historisch gewachsen und variiert zwischen institutionellen Kontexten; maßgeblich für diesen Glauben ist die Erwartung betrieblicher Akteure, dass ihr institutionelles Umfeld die Regel als angemessen ansieht (Meyer/Rowan 1977, 344). Die normative Gültigkeit macht auch den strategischen Einsatz von Regeln möglich: Betriebe haben Vorstellungen darüber, welche Erwartungen ihres Umfelds sie berücksichtigen sollten, um ihre Aktivitäten so zu begründen, dass sie Legitimität zugesprochen bekommen. Dies schließt neben der Betonung von Zielen, für die Betriebe eine hohe Zustimmung er-

warten, auch das Weglassen von Zielen ein, von denen sie annehmen, dass diese auf Unverständnis treffen.

Jüngere Studien zur Erforschung der Verbreitung rationalisierter Praktiken befassen sich mit der Rolle von Sprache in der Legitimation dieser Praktiken (beispielsweise Meyer 2003; Suddaby/Greenwood 2005; Vaara/Tienari/Laurila 2006; Zilber 2002, 2006). Diese Arbeiten betonen die zentrale Rolle von Accounts zur Erschließung der in einem institutionellen Kontext vorherrschenden Rationalität. Accounts sind Begründungen für Verhalten (Scott/Lyman 1968); sie reflektieren, welche Zwecke für eine Praktik als legitim angesehen werden. Entsprechend der historisch gewachsenen Regeln variieren diese Accounts zwischen institutionellen Kontexten (Meyer 2003; Zilber 2006). Die neoinstitutionalistische Forschung geht davon aus, dass Accounts zur Nützlichkeit von Praktiken abgegeben werden, wenn nicht genügend Klarheit über Zweck der Praktik vorhanden ist. Mit wachsender Selbstverständlichkeit des Zwecks einer Praktik geht der Bedarf an der Abgabe von Erklärungen zur Funktion von Praktiken zurück (Maier/Brandl 2008). Dann reicht die Nennung der Praktik aus.

Vorliegende Studien analysieren zumeist Situationen, in denen Zielvorstellungen in Konkurrenz zueinander stehen, so dass Erwartungen des institutionellen Umfelds sich in den im Diskurs dominierenden Zielvorstellungen niederschlagen. Demgegenüber lässt das Thema Gesundheitsförderung einige Besonderheiten erwarten, wie normative Erwartungen in Begründungen reflektiert werden.

Literatur über betriebliche Gesundheitsförderung, besonders wenn sie eine gestaltungsorientierte Ausrichtung hat, ermutigt die Sicht, dass sowohl Beschäftigte als auch Arbeitgeber von Gesundheitsförderung profitieren (Haunschild 2003, 51). Individuelle Erfolgsgrößen reflektieren Gesundheitsziele für Beschäftigte. Unter Gesundheit werden dabei nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch Wohlbefinden, Selbstbefähigung und Kompetenzentwicklung verstanden (Ottawa-Charta 1986; WHO 1946). Betriebliche Ziele der Gesundheitsförderung (vgl. Brandenburg/Nieder/Susen 2000; Helmenstein 2004) liegen demgegenüber in der Beeinflussung personalwirtschaftlicher Erfolgsgrößen und in der Förderung des Unternehmenserfolgs.

Im aktuellen Paradigma des Human Resource Management wird davon ausgegangen, dass individuelle Wohlfahrt und betriebliche Effektivität keine Gegensätze sind, sondern sich miteinander vereinbaren lassen (vgl. beispielsweise Guest 2002). Im Allgemeinen wird angenommen, dass individuelle Gesundheit personalwirtschaftliche Erfolgsgrößen (wie z.B. die Anwesenheitsrate und die Arbeitsleistung) positiv beeinflusst, die wiederum positiv auf den finanziellen Unternehmenserfolg wirken (Klimecki/Gmür 2005, 63-80).

In diesem Fall kommen normative Erwartungen nicht nur darin zum Ausdruck, dass eine bestimmte Zielvorstellung den Diskurs prägt, wie dies bei konkurrierenden Zielvorstellungen der Fall ist und wie dies bisherige Arbeiten zur Erforschung von Rationalitätsmythen betont haben. Normative Erwartungen schlagen sich auch darin nieder, welche Hierarchie zwischen Zielvorstellungen angenommen wird, d.h. welche Zwecke dabei als Mittel und welche als finale Ziele dargelegt werden.

Ökonomische Rationalität betrieblicher Gesundheitsförderung wird in Argumentationsmustern reflektiert, wie sie beispielsweise in Ansätzen der personalwirtschaft-

lichen Erfolgsfaktorenforschung vertreten werden: Die Förderung individueller Gesundheit und Motivation trägt zur Herstellung von Commitment der Beschäftigten gegenüber dem Betrieb bei, über das die Leistungsbereitschaft der Beschäftigten positiv beeinflusst und in der Folge finanzielle Zielsetzungen erreicht werden können (Klimecki/Gmür 2005, 71). Hingegen findet soziale Rationalität darin Ausdruck, dass in der Argumentation lediglich auf individuelle Gesundheitsziele Bezug genommen wird. Die Begründung betrieblicher Gesundheitsförderung mit personalwirtschaftlichen bzw. unternehmensbezogenen Erfolgsgrößen steht in Konflikt mit sozialer Rationalität, weil dadurch die Gesundheit der Beschäftigten für betriebliche Ziele instrumentalisiert wird (vgl. Haunschild 2003; Zoller 2003). Beschäftigte als Mittel zu betrachten, ist aus Sicht einer sozialen Rationalität abwertend (vgl. Sadowski/Schröder 1994).

Wenn Betriebe in der Begründung von Gesundheitsförderung lediglich auf individuelle Erfolgsgrößen fokussieren, ist dies ein Hinweis darauf, dass sie keine Zustimmung ihres institutionellen Kontextes für eine ökonomische Rationalität erwarten (Brandl/Welpe 2006). Der Verweis auf personalwirtschaftliche und unternehmensbezogene Ziele kann in Widerspruch zu den in einem institutionellen Kontext anerkannten Zielvorstellungen stehen, dass betriebliches Engagement in der Gesundheitsförderung aus einer ethischen Überlegung heraus erfolgen soll. Somit würde die Darlegung ökonomischer Kalküle die Legitimität von Gesundheitsförderung gefährden statt sie zu fördern. Schließen Argumentationsmuster hingegen personalwirtschaftliche und unternehmensbezogene Erfolgsgrößen mit ein, so deutet dies auf die Anerkennung ökonomischer Rationalität hin.

Vor diesem Hintergrund analysiert die nachfolgend vorgestellte Studie, welche normativen Erwartungen an betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich vorherrschen. Für die empirische Untersuchung stehen folgende zwei Fragen im Vordergrund:

- Wie häufig sind individuelle, personalwirtschaftliche und unternehmensbezogene Erfolgsgrößen in den Begründungen?
- Wie häufig sind Kausalbeziehungen zwischen individuellen, personalwirtschaftlichen und unternehmensbezogenen Erfolgsgrößen in den Begründungen?

### 3. Methodik

Grundlage für die Beantwortung der Fragen bildet eine explorative Analyse von im Zeitraum zwischen 1999 und 2005 veröffentlichten Projektberichten, in denen Betriebe Ziele ihrer Gesundheitsförderungsprogramme vorstellen. Die Unternehmenskommunikation ist besonders geeignet, um normative Erwartungen an Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung zu erschließen. Medien lassen sich als zentrale Einrichtung für die Legitimierung betrieblicher Aktivitäten und für die Gewinnung von Rückhalt sehen. In ihnen wird offensichtlich, durch welche Praktiken und Ziele sich ein guter Betrieb auszeichnet (Gamson et al. 1992).

Da sich die Berichte an eine breite Leserschaft (beispielsweise Analysten, Kunden, Beschäftigte, Gesundheitsexperten, öffentliche Fördereinrichtungen) mit potenziell unterschiedlichen Erwartungen richten und weder eine bestimmte Form der Be-

richterstattung über betriebliche Gesundheitsförderung noch eine Berichterstattung überhaupt zwingend vorgegeben sind, geben die in den Berichten verwendeten Argumente Aufschluss darüber, wie Betriebe sich zwischen Erwartungen verschiedener lokaler Anspruchsgruppen positionieren, und ermöglichen Rückschlüsse auf den gesellschaftlichen Bezugsrahmen betrieblichen Handelns. Das schließt nicht aus, dass in anderen Settings (beispielsweise bei Managementbesprechungen) andere Erwartungen gelten (vgl. Zilber 2006).

Ausgangspunkt für die Zusammenstellung der Berichte war die Ermittlung von Betrieben, in denen nachweislich Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt wurden. Hierzu wurden einerseits das „Österreichische Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung“, eine gemeinnützige Einrichtung auf Bundesebene, und die Gebietskrankenkassen der einzelnen Bundesländer kontaktiert und um Zusendung von Informationen über betriebliche Projekte zur Gesundheitsförderung ersucht. Ergänzend dazu wurden auf Homepages österreichischer Betriebe veröffentlichte Projektberichte miteinbezogen. Zu Beginn der Analyse standen über 100 Berichte zur Verfügung, darunter zahlreiche Berichte, in denen Gesundheitsfördermaßnahmen lediglich beschrieben wurden, ohne dass deren Ziele explizit benannt wurden. Nach Sichtung der Berichte unter diesem Kriterium konnten 40 Berichte in die Analyse aufgenommen werden. Die vertretenen Betriebe verteilen sich über das gesamte österreichische Bundesgebiet; ihre strukturellen Merkmale (Größe, regionale Verteilung, Finanzierung) unterscheiden sich nicht von denen der nicht in die Analyse einbezogenen Betriebe.

Die 40 Berichte enthalten insgesamt 223 Argumente in Form von Erfolgsgrößen betrieblicher Gesundheitsförderung; pro Bericht werden im Schnitt 5,6 Argumente (Median 3, Standardabweichung 4,26) vorgebracht; die maximale Anzahl liegt bei 14 Argumenten. Die Argumente wurden zu insgesamt 44 Konzepten verdichtet. Überdies wurden zwischen den Argumenten 70 kausale Bindungen ermittelt.

Die Argumente wurden mittels Inhaltsanalyse aus den Berichten herausgearbeitet (Mayring 1999; Titscher et al. 1998). Die Inhaltsanalyse hat das Ziel, bestimmte Aspekte aus dem Textmaterial herauszufiltern und unter vorab festgelegten Ordnungskriterien zu untersuchen. Dabei wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt: In einem ersten Schritt wurden die für die Analyse relevanten Textstellen identifiziert und induktiv in Konzepte überführt. Anschließend wurden diese Konzepte entlang der weiter vorne getroffenen Unterscheidung individueller, personalwirtschaftlicher und unternehmensbezogener Erfolgsgrößen gruppiert (vgl. Abb. 1). Die Konzepte wurden an einer Reihe von Berichten getestet, um Inkonsistenzen beim Kodieren der Berichte zu minimieren. Anschließend wurde die Intercoder-Reliabilität geprüft, die den Grad der Übereinstimmung zwischen den an der Kodierung beteiligten Forschern analysiert (Merten 1983). Dazu wurden fünf Berichte ausgewählt und von zwei Mitgliedern des Forschungsteams getrennt analysiert. Die übereinstimmenden Kodierungen bezogen auf alle Kodierungen lagen bei 80 Prozent und damit über dem empfohlenen Richtwert von 75 Prozent (Früh 1991, 173).

Die Analyse zielte einerseits auf die Häufigkeit des Gebrauchs einzelner Konzepte im Diskurs ab und andererseits auf die kausale Verknüpfung von Konzepten. Um kausale Verbindungen zwischen Konzepten zu analysieren, wurde eine Causal Map-



ping Technik eingesetzt. Ein Causal Map ist eine graphische Abbildung einer Anordnung von Konzepten, welche die zentralen Elemente eines Sachverhalts und deren Beziehungen zueinander beschreiben, wie sie von einem Akteur subjektiv geäußert werden (Eden/Ackermann/Cropper 1992; Laukkanen, 1994). Causal Mapping Technik eignet sich dazu, subjektiv geäußerte Ursache-Wirkungsbeziehungen abzubilden. Kennzeichnend für ein Causal Map ist, dass Vorstellungen über für einen Akteur relevante Konzepte und deren kausale Zusammenhänge offen gelegt werden. Maps können zahlreiche Konzepte und Beziehungen enthalten, welche die Argumente des betreffenden Akteurs als Netzwerk graphisch abbilden. In der Managementforschung wird die Technik dazu genutzt, um Einblick in die „belief systems“ von Entscheidungsträgern zu bekommen (vgl. Markoczy/Goldberg 1995).

Um zu analysieren, zwischen welchen Konzepten kausale Verbindungen argumentiert werden, wurden in der vorliegenden Studie folgende zwei Regeln angewendet. Eine Verbindung liegt vor, wenn Signalwörter (z.B. „führt zu / um zu / und dadurch/zur...“) zwischen zwei Argumenten stehen. Eine Verbindung liegt auch dann vor, wenn Argumente sinngemäß gekoppelt sind (z.B. „... hat sich die psychische Belastung reduziert. Unsere Reinigungsmitarbeiter arbeiten seither produktiver“). Hier wurde unterstellt, dass sich die beschriebenen Folgewirkungen nur auf diese Wirkung beziehen.

Die Berichte wurden mit Hilfe des Programms CMAP2 (Cause Mapping 2), einer von Laukkanen (1994) entwickelten Software zur Untersuchung von Causal Maps, analysiert (ausführliche Darstellungen zum Arbeiten mit CMAP2 finden sich bei Laukkanen 1994; Meindl/Stubbart/Porac 1994). Mittels CMAP2 lässt sich die kollektive Relevanz von Konzepten sowie der Beziehungen von Konzepten untereinander herausarbeiten. Als erstes wurden die aus den Berichten herausgearbeiteten Argumente in natürlichen Spracheinheiten (NLU bzw. natural language units) erfasst. Um Originalaussagen vergleichbar zu machen, wurden die NLUs sodann in ein standardisiertes Vokabular überführt, indem sinngleiche Aussagen zu einem Konzept zusammengefasst wurden. Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konzepten wurden über Natural Causal Units (NCU) erfasst. Schließlich wurde über CMAP2 abgefragt, zwischen welchen Konzepten Beziehungen bestehen, in welcher kausalen Richtung sie bestehen und wie häufig die Beziehungen geteilt werden. CMAP2 unterstützt so die Datenverarbeitung bezüglich der Bestimmung der Relevanz eines Konzeptes sowie seiner Stellung als finales Ziel bzw. als Mittel.

#### 4. Ergebnisse

Die Häufigkeiten, in denen Konzepte zu individuellen, personalwirtschaftlichen und unternehmensbezogenen Erfolgsgrößen genannt werden, belegen die starke argumentative Bedeutung individueller Gesundheit als Erfolgsgröße für die Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen (vgl. Abb. 1). Während sich 27,4 Prozent der Argumente auf unternehmensbezogene Ziele und 29,6 Prozent auf personalwirtschaftliche Erfolgsgrößen berufen, entfallen 43 Prozent der Begründungen auf die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten.

Während vier von fünf Betrieben personalwirtschaftliche und unternehmensbezogene Erfolgsgrößen als Zwecke für die Errichtung von Gesundheitsförderung nen-

nen, greifen sie auf diese Argumente gegenüber der Verbesserung individueller Gesundheit in der öffentlichen Darstellung seltener zurück. Nach diesem Bild ist die Förderung individueller Gesundheit ein zentrales Anliegen, das Betriebe mit der Einrichtung freiwilliger Gesundheitsförderungsprogramme verfolgen.

Die dominierenden Themen in Bezug auf die Förderung individueller Gesundheit sind Wohlbefinden (17,7 Prozent) und gesunde Mitarbeiter (15,6 Prozent). Im Vergleich beziehen sich nur 2,5 Prozent der Argumente auf die Reduzierung des Alkoholkonsums. Auffällig ist, dass besonders häufig genannte Zielvorstellungen eher einen allgemeinen Charakter haben, während konkrete Erfolgsgrößen weniger oft genannt werden. Nachstehende Auszüge aus den Berichten illustrieren, wie die am häufigsten genannten Erfolgsgrößen in Bezug auf individuelle Gesundheit argumentativ verwendet werden.

„Die Gründe für das Management der (Name des Betriebs), das Gesundheitsförderungsprojekt ‚F I I T‘ gemeinsam mit den ArbeitnehmervertreterInnen und externen Partnern durchzuführen, waren folgende: der allgemein zunehmende Arbeitsdruck, der das *Wohlbefinden* und die Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen erheblich beeinträchtigt.“

„Es ist ein Gesundheits- und Entwicklungsprogramm, welches auf den drei Säulen Bewegung, Ernährung und Entspannung aufbaut und als übergeordnetes Ziel hat, „den *Einklang zwischen Körper, Geist und Seele*, zwischen Berufs- und Privatleben zu verbessern.“

„45 % der KollegInnen gaben an, jetzt mehr auf ihre *Gesundheit* zu achten.“

„Die Ausgangssituation für all diese Maßnahmen war und ist die Verbesserung der Sicherheits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen in allen Bereichen des Unternehmens. Die Hauptziele sind *gesunde* und zufriedene *MitarbeiterInnen*, weniger Arbeitsunfälle und der Bau von sicheren Maschinen und Anlagen für die Kunden von (Name des Betriebs).“

Den zweitwichtigsten Themenblock für die Begründung betrieblicher Gesundheitsförderung bilden personalwirtschaftliche Erfolgsgrößen. Die Ergebnisse zeigen, dass in dieser Gruppe Motivation, Arbeitszufriedenheit und Betriebsklima die am häufigsten verwendeten Argumente darstellen. Diese Zielvorstellungen heben sich in Bezug auf die Frage, inwieweit sowohl Beschäftigte als auch Arbeitgeber von ihrer Erreichung profitieren, von den weniger häufig verwendeten Argumenten in dieser Gruppe (beispielsweise Belastbarkeit) ab. Das prominenteste Argument bei personalwirtschaftlichen Erfolgsgrößen bildet Motivation, auf dieses entfällt fast jede vierte Antwort in dieser Gruppe.

„Von den Mitarbeiterinnen selbst getragen, konnte das Projekt einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, den Arbeitsalltag gesundheitsfördernder und dadurch auch *motivierender* zu gestalten.“

„Das Gesundheitsbewusstsein der gesamten Belegschaft wird ständig gefördert und damit die *Motivation* und Leistungsfähigkeit erhöht.“

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass innerhalb der Argumente in der Gruppe der Unternehmenserfolgsgrößen wirtschaftlicher Erfolg und Fehlzeiten die größten Themenblöcke sind. Die Argumente zu Fehlzeiten beziehen sich typischerweise auf Feststellungen, dass die Einführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Reduzierung von Krankenständen führt, wie folgende Argumente illustrieren.

„Die *Krankenstände* sind von 7,9 Tage pro DienstnehmerIn im Jahr 1999 auf 6,7 Tage im Jahr 2001 zurückgegangen.“

Abb 1: Begründungen für betriebliche Gesundheitsförderung in der Unternehmenskommunikation

| Gruppe                                | Erfolgsgröße                             | Code | % der Betriebe | Konzepte  |              | Ausgehende Bindungen |              |
|---------------------------------------|--|------|----------------|-----------|--------------|----------------------|--------------|
|                                       |  |      |                | n         | in Gruppe    | n                    | in Gruppe    |
| Individuelle Gesundheit               | Wohlbefinden (+)                         | W05  | 42,5%          | 17        | 17,7%        | 5                    | 14,3%        |
|                                       | gesunde Mitarbeiter (+)                  | G01  | 37,5%          | 15        | 15,6%        | 8                    | 22,9%        |
|                                       | individuelle Problemlösungsfähigkeit (+) | P02  | 22,5%          | 9         | 9,4%         | 4                    | 11,4%        |
|                                       | körperliche Belastung (-)                | B02  | 20%            | 8         | 8,3%         | 1                    | 2,9%         |
|                                       | Gesundheitsbewusstsein (+)               | G05  | 17,5%          | 7         | 7,3%         | 6                    | 17,1%        |
|                                       | psych. Belastung (-)                     | B03  | 15%            | 6         | 6,3%         | 4                    | 11,4%        |
|                                       | körperliche Gesundheit (+)               | G02  | 12,5%          | 5         | 5,2%         | 1                    | 2,9%         |
|                                       | Eigenverantwortlichkeit (+)              | E02  | 10%            | 4         | 4,2%         | 1                    | 2,9%         |
|                                       | Ernährungsverhalten (+)                  | V02  | 10%            | 4         | 4,2%         | 1                    | 2,9%         |
|                                       | Belastung (-)                            | B01  | 7,5%           | 3         | 3,1%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | psych. Gesundheit (+)                    | G03  | 7,5%           | 3         | 3,1%         | 1                    | 2,9%         |
|                                       | Lebensqualität (+)                       | L04  | 7,5%           | 3         | 3,1%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Gesundheitsverhalten privates Umfeld (+) | V04  | 7,5%           | 3         | 3,1%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Bewusstseinsveränderung körperlich (+)   | B05  | 5%             | 2         | 2,1%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Bewusstseinsveränderung psychisch (+)    | B06  | 5%             | 2         | 2,1%         | 1                    | 2,9%         |
|                                       | Bewegungsverhalten (+)                   | V01  | 5%             | 2         | 2,1%         | 1                    | 2,9%         |
|                                       | Gesundheitsverhalten (+)                 | V03  | 5%             | 2         | 2,1%         | 1                    | 2,9%         |
| Alkoholkonsum (-)                     | A03                                      | 2,5% | 1              | 1,0%      | 0            | 0,0%                 |              |
| <b>Gesamt</b>                         |  |      | <b>80,0%</b>   | <b>96</b> | <b>43,0%</b> | <b>35</b>            | <b>49,0%</b> |
| Personalwirtschaftliche Erfolgsgrößen | Motivation (+)                           | M99  | 37,5           | 15        | 22,7%        | 6                    | 26,1%        |
|                                       | Arbeitszufriedenheit (+)                 | Z01  | 32,5           | 13        | 19,7%        | 7                    | 30,4%        |
|                                       | Betriebsklima (+)                        | K02  | 27,5           | 11        | 16,7%        | 3                    | 13,0%        |
|                                       | Informationsfluss (+)                    | I02  | 20             | 8         | 12,1%        | 1                    | 4,3%         |
|                                       | Soziale Gesundheit (+)                   | G04  | 10             | 4         | 6,1%         | 1                    | 4,3%         |
|                                       | Leistungsfähigkeit (+)                   | L02  | 7,5            | 3         | 4,5%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Leistungsbereitschaft (+)                | L03  | 7,5            | 3         | 4,5%         | 2                    | 8,7%         |
|                                       | Arbeitsqualität (+)                      | Q01  | 7,5            | 3         | 4,5%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Belastbarkeit (+)                        | B04  | 5              | 2         | 3,0%         | 1                    | 4,3%         |
|                                       | Qualifikation (+)                        | Q02  | 5              | 2         | 3,0%         | 2                    | 8,7%         |
|                                       | Kommunikationsfähigkeit (+)              | K03  | 2,5            | 1         | 1,5%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Konfliktfähigkeit (+)                    | K04  | 2,5            | 1         | 1,5%         | 0                    | 0,0%         |
| <b>Gesamt</b>                         |  |      | <b>82,5%</b>   | <b>66</b> | <b>29,6%</b> | <b>23</b>            | <b>32,0%</b> |
| Unternehmensbezogene Erfolgsgrößen    | wirtschaftlicher Erfolg (+)              | W01  | 30             | 12        | 19,7%        | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Fehlzeiten (-)                           | F01  | 25             | 10        | 16,4%        | 2                    | 15,4%        |
|                                       | Unfälle (-)                              | U01  | 20             | 8         | 13,1%        | 2                    | 15,4%        |
|                                       | Arbeitsproduktivität (+)                 | P01  | 15             | 6         | 9,8%         | 3                    | 23,1%        |
|                                       | Fluktuation (-)                          | F02  | 10             | 4         | 6,6%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Leistung (+)                             | L01  | 10             | 4         | 6,6%         | 1                    | 7,7%         |
|                                       | Image (+)                                | I01  | 7,5            | 3         | 4,9%         | 1                    | 7,7%         |
|                                       | Kosten (-)                               | K01  | 7,5            | 3         | 4,9%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Wettbewerbsfähigkeit (+)                 | W02  | 7,5            | 3         | 4,9%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | gesundes Unternehmen (+)                 | W04  | 7,5            | 3         | 4,9%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Arbeitsbedingungen (+)                   | A01  | 2,5            | 1         | 1,6%         | 1                    | 7,7%         |
|                                       | Arbeitsprozesse/-abläufe (+)             | A02  | 2,5            | 1         | 1,6%         | 2                    | 15,4%        |
|                                       | Mitarbeiter-Einsatz (+)                  | E01  | 2,5            | 1         | 1,6%         | 1                    | 7,7%         |
|                                       | Effizienz (+)                            | E03  | 2,5            | 1         | 1,6%         | 0                    | 0,0%         |
|                                       | Wertschöpfung (+)                        | W03  | 2,5            | 1         | 1,6%         | 0                    | 0,0%         |
| <b>Gesamt</b>                         |  |      | <b>80,0%</b>   | <b>61</b> | <b>27,4%</b> | <b>13</b>            | <b>18,0%</b> |

„Die Zielsetzung, die *Krankenstandstage* aufgrund von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates zu verringern, wurde erreicht.“

Die bisherige Betrachtung vermittelt ein Bild von der Präsenz einzelner Argumente, erlaubt aber keine Beurteilung der Relevanz sozialer bzw. ökonomischer Rationalität in der Begründung von Gesundheitsförderung. Zur Beantwortung der Frage, welche Rationalität in den Begründungen zum Ausdruck gebracht wird, wurden die Argumentationsstrukturen untersucht. In einem ersten Schritt wurde anhand der Richtungen der Kausalbeziehungen ermittelt, inwieweit Argumente mit Bezug zur individuellen Gesundheit als finales Ziel erklärt werden, was auf eine soziale Rationalität hindeutet, oder sie als Mittel dargelegt werden, was gemäß den vorher dargelegten Überlegungen für eine ökonomische Rationalität der Begründungen spricht.

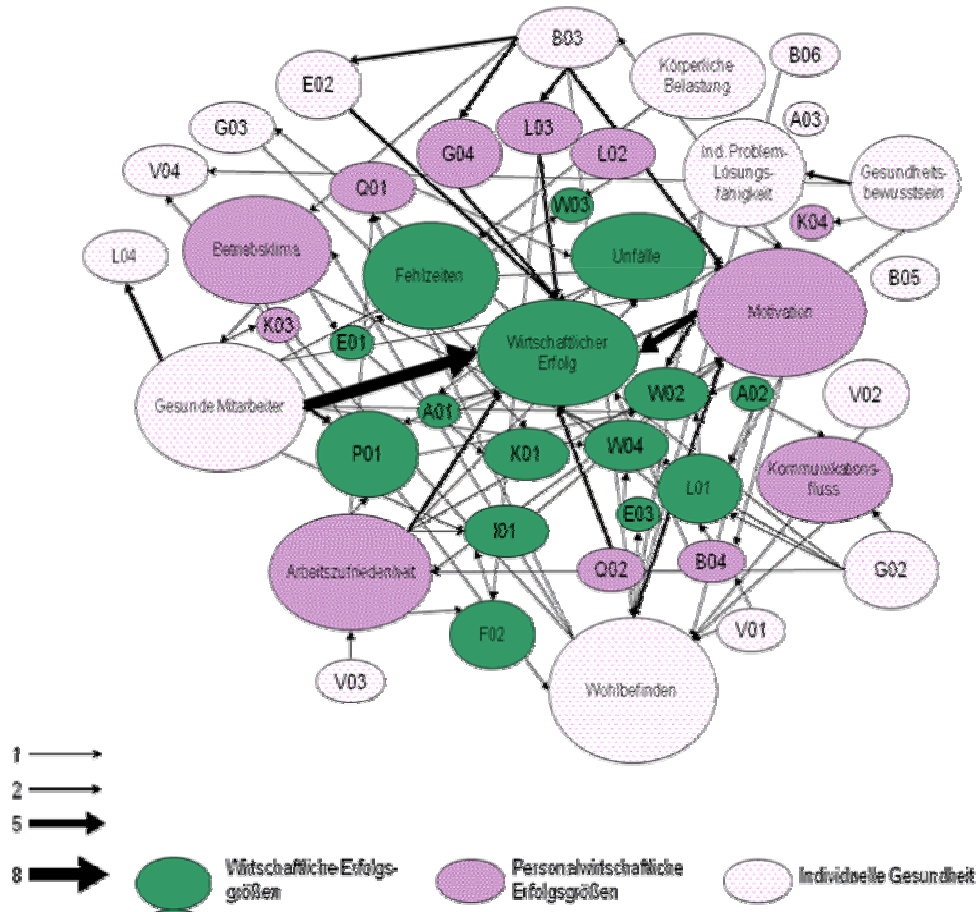
Die Ergebnisse zeigen, dass von den ausgehenden Bindungen 49 Prozent auf Argumente in der Gruppe individuelle Gesundheit, 32 Prozent auf personalwirtschaftliche Erfolgsgrößen und lediglich 18 Prozent auf Unternehmenserfolgsgrößen entfallen. Der Anteil ausgehender Bindungen deutet an, dass Argumente zur individuellen Gesundheit gegenüber personalwirtschaftlichen und unternehmensbezogenen Argumenten stärker als Mittel denn als finale Ziele herangezogen werden. Ein hoher Anteil deutet auf eine geringe Relevanz sozialer Rationalität in der Begründung von Gesundheitsförderung hin. Innerhalb der Gruppe der Argumente zu individueller Gesundheit fällt auf, dass einige Ziele nicht instrumentalisiert werden. Während Gesundheitsziele wie beispielsweise die Reduzierung von Belastung, Steigerung von Lebensqualität und Verbesserung des Gesundheitsverhaltens im privaten Umfeld der Beschäftigten also von ökonomischer Rationalität ausgenommen scheinen, sind andere Gesundheitsziele (auch) Mittel zum Zweck. Am meisten instrumentalisiert sind die Argumente gesunde Mitarbeiter (22,9 Prozent) und Gesundheitsbewusstsein (17,1 Prozent).

Während dieser Befund die Präsenz ökonomischer Rationalität in der Begründung von Gesundheitsförderung anzeigt, bleibt zu klären, welche inhaltlichen Zusammenhänge in der ökonomischen Rationalität im Zentrum sind. Um den Charakter der Begründungen unter diesem Gesichtspunkt zu analysieren, wurden in einem zweiten Schritt die Kausalbeziehungen zwischen den Argumenten untersucht.

Abbildung 2 zeigt die in den Berichten argumentierten Zusammenhänge zwischen den untersuchten Erfolgsgrößen. Die Größe der Ellipse gibt Auskunft über die absolute Anzahl der Betriebe, die ein Konzept anführen, und kennzeichnet somit dessen Relevanz. Die Ellipse ist umso größer, je mehr Betriebe ein Konzept anführen. Die Stärke der Pfeile lässt erkennen, wie hoch die absolute Zahl der Betriebe ist, die Sichtweisen über Zusammenhänge der Konzepte teilen (vgl. Laukkanen 1994, 323). Je stärker der Pfeil ist, der zwei Ellipsen miteinander verbindet, desto mehr Betriebe verwenden Argumente, in denen diese beiden Konzepte kausal miteinander in Verbindung stehen. Die Richtung der Pfeile gibt an, welches Konzept als Mittel und welches als Zweck betrachtet wird.

Die Abbildung 2 lässt erkennen, dass die Herstellung eines Zusammenhangs mit wirtschaftlichem Erfolg die größte Bedeutung hat. Wirtschaftlicher Erfolg ist zum einen die am häufigsten genannte unternehmensbezogene Erfolgsgröße; zum anderen sind Kausalbeziehungen, die wirtschaftlichen Erfolg einbeziehen, am häufigsten unter

Abb. 2: Kausalbeziehungen zwischen Erfolgsgrößen betrieblicher Gesundheitsförderung in der Unternehmenskommunikation



Ergänzung zur Abbildung 2: Grundlagen zur Berechnung der Größe der Ellipsen

| Betrieb | Höhe x Breite in cm |
|---------|---------------------|
| 1       | 0,8 x 1,25          |
| 2       | 1 x 2               |
| 3       | 1,2 x 2,5           |
| 4       | 1,6 x 2,5           |
| 5       | 1,82 x 2,74         |
| 6       | 2 x 3               |
| 7       | 2,19 x 3,19         |
| 8       | 2 x 4               |
| 9       | 2,5 x 3,6           |
| 10      | 2,5 x 4             |
| 11      | 2,5 x 4,4           |
| 12      | 2,4 x 4,8           |
| 13      | 2,7 x 4,82          |
| 15      | 3 x 5               |
| 17      | 3,4 x 5             |

den Kausalbeziehungen vertreten. Acht Betriebe stellen einen kausalen Zusammenhang zwischen gesunden Mitarbeitern und wirtschaftlichem Erfolg her. Zwischen motivierten Mitarbeitern und wirtschaftlichem Erfolg legen fünf Betriebe eine kausale Verbindung dar. Wirtschaftlicher Erfolg ist dabei eine Folge von Motivation und Gesundheit. Nachstehende Auszüge aus den Berichten illustrieren diese beiden Argumentationsmuster.

„Das Projekt trägt zur Erhöhung der *Gesundheitsrate* der MitarbeiterInnen (...) bei und hilft, den Unternehmenserfolg zu sichern.“

„Durch die Beseitigung von Negativgefühlen und Stress-Situationen konnten Kräfte wie *Motivation*, Teamgeist, Einsatzbereitschaft und Lernfähigkeit freigesetzt werden, die für den Unternehmenserfolg entscheidend sind.“

## 5. Diskussion

Vor dem Hintergrund der Betonung ökonomischer und sozialer Ziele betrieblicher Personalarbeit im deutschsprachigen Raum sowie des stärkeren ökonomischen Drucks und entsprechender Erwartungen an die Unternehmen hat der vorliegende Beitrag anhand der Begründungen österreichischer Betriebe für betriebliche Gesundheitsförderung untersucht, welche Vorstellungen Betriebe über legitime Zielkonzeptionen der betrieblichen Gesundheitsförderung haben. Obgleich im deutschsprachigen Raum eine Tradition sozialer Rationalität betrieblicher Personalarbeit besteht, zeigt die Studie auf, dass normative Erwartungen an die Ziele betrieblicher Personalarbeit heute auch durch ökonomische Rationalität geprägt werden. Zwar suggeriert die Häufigkeit einzelner Argumente, dass mit der Einrichtung freiwilliger Gesundheitsförderungsprogramme vornehmlich die Förderung der Gesundheit verfolgt wird, was auf eine soziale Rationalität hindeutet. Die Analyse der Argumentationsmuster, welche den Grad der Instrumentalisierung individueller Gesundheit für die Verfolgung personalwirtschaftlicher bzw. unternehmensbezogener Ziele aufzeigt, weist jedoch auf eine Prägung der Begründungen durch eine ökonomische Rationalität hin, deren zwei zentrale Argumentationsmuster sind, dass gesunde Mitarbeiter bzw. Motivation dem wirtschaftlichen Erfolg dienen.

Mit der Analyse der Begründungen für betriebliche Gesundheitsförderung hat die vorliegende Arbeit aufgezeigt, welche Zielfunktionen in einem Tätigkeitsfeld der Personalarbeit in Österreich vorherrschen. Die Ergebnisse haben Parallelen zu einer in US-amerikanischen Betrieben durchgeführten Untersuchung (Maxwell/Briscoe/Temin 2000), gemäß der Betriebe ihre Gesundheitsförderungsprogramme mit erwarteten Effekten dieser Programme auf Produktivität, Unternehmenserfolg und Kundenzufriedenheit begründen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen erkennen, welche Aspekte der individuellen Gesundheit als Gegenstand betrieblicher Einflussnahme akzeptiert sind (vgl. Haunschild 2003). Im Unterschied zu früheren Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum, die finden, dass sich Betriebe vornehmlich mit der Beeinflussung physischer Gesundheitsaspekte (Grießler/Krajic/Pelikan 1997) und der Vermeidung von Krankheiten (Pelikan/Halbmayer 1999) befassen, deutet die vorliegende Studie an, dass auch eine Beeinflussung sozialer und psychischer Aspekte der Gesundheit von Beschäftigten als betriebliches Betätigungsfeld akzeptiert ist. Diese Erweiterung ist aus

neoinstitutionalistischer Perspektive einerseits Ausdruck der Veränderung von Sichtweisen über den Wert von Beschäftigten weg von der physischen hin zur geistigen Leistungsfähigkeit (vgl. Luo 2002). Zum anderen reflektiert sie den langfristigen Wandel in den Grundlagen für die Gewährung von Gesundheitsförderung (Inoue/Drori 2006), wonach sich das Verständnis von Gesundheitsförderung von einem Akt der Wohltätigkeit hin zu einer Aktivität zur Entwicklungsförderung verändert hat.

Anders als in empirischen Wirkungsanalysen zum ökonomischen Nutzen der Gesundheitsförderung werden innerhalb des von den Betrieben verwendeten Argumentationsmusters einer ökonomischen Rationalität eher allgemein formulierte Erfolgsgrößen verwendet. Aus neoinstitutionalistischer Sicht setzt die Anerkennung von Begründungen nicht nur voraus, dass Begründungen erwünscht sind, sondern auch, dass diese als realistisch angesehen werden. Somit müssen Betriebe in ihren Begründungen auch berücksichtigen, inwieweit Effekte gesichert sind. Wirkungsanalysen von Gesundheitsförderungsprogrammen befassen sich bislang vor allem mit gesundheitlichen Wirkungen auf einzelne Beschäftigte. Die Zahl an Studien zu Effekten gesundheitsfördernder Maßnahmen auf unternehmensbezogene Erfolgsgrößen ist vergleichsweise gering und bezieht sich vornehmlich auf den US-amerikanischen Kontext. Bei diesen Studien wird neben der Übertragbarkeit auch die mangelnde Zurechenbarkeit von Effekten aufgrund der Untersuchungsdesigns kritisiert. Eine vage Operationalisierung von Argumenten bei unternehmensbezogenen Erfolgsgrößen (z.B. „wirtschaftlicher Erfolg“, „gesundes Unternehmen“) trägt dieser Unsicherheit, inwieweit Effekte gesichert sind, Rechnung und gibt Betrieben Spielraum bei der Bewertung der Art und Höhe von Effekten.

Mit der Verwendung der Causal Mapping Technik zur empirischen Analyse von Zielvorstellungen illustriert die vorliegende Arbeit, wie sich unterschiedliche Rationalitätsformen bei Konsensthemen erschließen lassen. Die bislang in Arbeiten zu diskursiver Legitimation vernachlässigten Konsensthemen zeichnen sich dadurch aus, dass eine bestimmte Rationalität nicht in der Häufigkeit von Argumenten, sondern in der Verortung von Argumenten als Ziele bzw. Mittel reflektiert wird. Angesichts der im Personalmanagement vorliegenden Tendenz, individuelle und betriebliche Effekte als aufeinander aufbauend zu betrachten, eignet sich dieses Analyseinstrument, um zu beleuchten, welche Rationalitätsformen in der Begründung von Personalmaßnahmen vorherrschen. Neben freiwilliger betrieblicher Gesundheitsförderung, die sich insbesondere in den letzten Jahren zu einem personalwirtschaftlichen Betätigungsfeld etabliert hat, sind Trainings und Weiterbildung empirische Felder für Konsensthemen. Ein Vergleich der Argumentationsmuster zur Gesundheitsförderung mit diesen Feldern wäre aufschlussreich, um Art und Umfang der Präsenz ökonomischer Rationalität in unterschiedlichen Betätigungsfeldern der Personalarbeit zu erschließen.

Für diejenigen, die an der Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung beteiligt sind und diese vorantreiben wollen, vermitteln die Befunde Anhaltspunkte, welche Argumente zur Begründung von Gesundheitsförderung als akzeptiert gelten. Arbeiten, die sich mit der Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung befassen (vgl. beispielsweise Böhnisch/Krennmair/Stummer 2006; Zink/Thul 2006), betonen für die Implementierung häufig die Notwendigkeit partizipativer Vorgehensweisen oder den Vorbildcharakter von Führungskräften. Die Durchsetzung von Praktiken er-

folgt aber auch auf Basis der Angemessenheit der Argumente, was mit einer Praktik erreicht werden soll (Green 2004). Die im Rahmen der Studie ermittelten Argumente geben Anhaltspunkte, womit sich in der Öffentlichkeit Akzeptanz für Gesundheitsförderungsprogramme herstellen lässt. Die Befunde stützen einerseits Überlegungen, dass personalwirtschaftliche und unternehmensbezogene Erfolgsgrößen Argumentationshilfen für die Etablierung von betrieblicher Gesundheitsförderung bilden (vgl. Göbel 2004, 34; Kuhn/Sommer 2004). Zum anderen zeigen sie auf, für welche Gesundheitsziele eine ökonomische Rationalität nicht üblich ist.

Bei Nutzung der Ergebnisse sollten zumindest drei Einschränkungen beachtet werden. Erstens müssen sich in den Medien kommunizierte Begründungen nicht mit den Motiven betrieblicher Entscheider für die Einrichtung von Gesundheitsförderungsprogrammen decken. Gerade weil Medien ein breites Publikum mit potenziell unterschiedlichen Erwartungen ansprechen, können die darin vermittelten Argumente einer anderen Rationalität folgen als die der internen betrieblichen Kommunikation (vgl. Fiol 1995). Zweitens erlaubt der Fokus der hier vorgelegten Analyse auf normative Erwartungen auf Länderebene keine Rückschlüsse darauf, inwieweit sich innerhalb dieses Kontextes normative Erwartungen an Betriebe unterscheiden. Schließlich ist die Studie davon ausgegangen, dass die Betriebe in der Lage sind, Erwartungen ihres institutionellen Kontextes korrekt zu antizipieren, eine Annahme, die prinzipiell in Zweifel gezogen werden könnte.

Es finden sich im Datenmaterial keine Hinweise, dass die abgegebenen Begründungen abgelehnt wurden und den Maßnahmen Legitimität abgesprochen wurde. Andere Arbeiten deuten allerdings an, dass die einer ökonomischen Rationalität folgende Begründungen für Gesundheitsförderung Misstrauen erzeugen und Vertrauensspielräume einschränken (Maxwell/Briscoe/Temin 2000, 291). Um die legitimierende Wirkung von Rationalitätsformen empirisch zu bestimmen, sollten künftige Studien daher analysieren, wie Adressaten die Angemessenheit von Argumenten bewerten. Um Anforderungen des institutionellen Kontextes an einzelne Betriebe zu spezifizieren, sollte überdies untersucht werden, inwieweit Erwartungen an Betriebe variieren. Die neoinstitutionalistische Forschung legt nahe, dass der institutionelle Druck von betrieblichen Merkmalen wie beispielsweise Neuheit, Größe und Eigentumsverhältnissen abhängig ist, so dass unterschiedliche Erwartungen resultieren. Ein dritter Ansatzpunkt für weitere Forschung ist die Untersuchung von Entwicklungen von Vorstellungen über die Ziele der Personalarbeit (vgl. Gaugler 1982 für erfolgsorientierte Vergütung). Neoinstitutionalistische Ansätze bieten einen Bezugsrahmen, um Treiber für Entwicklungen zu identifizieren, deren Relevanz für beobachtete Veränderungen es zu überprüfen gilt.

## Literatur

- Aldana, Steven G. (2001): Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. In: *American Journal of Health Promotion*, 15, 296-320.
- Badura, Bernhard / Hehlmann, Thomas (Hg.) (2003): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Heidelberg.
- Berger, Peter L. / Luckmann, Thomas (1967): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt/Main.



- Böhnisch, Wolf R. / Krennmair, Norbert / Stummer, Harald (Hg.) (2006): Gesundheitsorientierte Unternehmensführung: Eine Werteperspektive. Wiesbaden.
- Brandenburg, Uwe / Nieder, Peter / Susen, Britta (2000): Leistung fordern – Gesundheit fördern. In: Brandenburg, Uwe / Nieder, Peter / Susen, Britta (Hg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Weinheim/München, 9-20.
- Brandl, Julia / Kugler, Alexandra / von Eckardstein, Dudo (2008): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis: Wie vorbildlich sind Vorzeigebetriebe? In: Zeitschrift Führung + Organisation, 77, 226-232.
- Brandl, Julia / Welpel, Isabell (2006): Ursachen der Ablehnung von Human Capital Management seitens der Unternehmensführung. In: Die Betriebswirtschaft, 66, 540-558.
- Chapman, Larry (2003): Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. In: The Art of Health Promotion, 6, 1-10.
- Drumm, Hans-Jürgen (1993): Die neueren Enzykliken zur katholischen Soziallehre: eine Grundlage der Personalwirtschaftslehre? In: Weber, Wolfgang (Hg.): Entgeltsysteme. Lohn, Mitarbeiterbeteiligung und Zusatzleistungen. Stuttgart, 23-39.
- Eden, Colin / Ackermann, Frances / Cropper, Steve (1992): The Analysis of Causal Maps. In: Journal of Management Studies, 29, 309-324.
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (1997): Cardiff Memorandum on Workplace Health Promotion in Small and Medium Sized Enterprises. Cardiff.
- Fiol, C. Marlene (1995): Corporate Communications: Comparing Executives' Private and Public Statements. In: Academy of Management Journal, 38, 522-536.
- Früh, Werner (1991): Inhaltsanalyse – Theorie und Praxis. 3. Aufl. München.
- Gamson, William A. / Croteau, David / Hoynes, William / Sasson, Theodore (1992): Media Images and the Social Construction of Reality. In: Annual Review of Sociology, 18, 373-393.
- Gaugler, Eduard (1982): Zieldynamik erfolgsorientierter Mitarbeitervergütungen. In: Ackermann, Karl-Friedrich / Braun, Walter / Gaugler, Eduard / Kossbiel, Hugo / Reber, Gerhard / Weber, Wolfgang (Hg.): Verantwortliche Personalführung. Beiträge zu einem Kolloquium anlässlich des 75. Geburtstags von Professor Dr. August Marx. Mannheim, 107-128.
- Göbel, Eberhard (2004): Bilanz und Perspektiven. Eine Standortbestimmung der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Rolf Busch / AOK Berlin (Hg.): Unternehmensziel Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven. München/Mering, 34-45.
- Golaszewski, Thomas (2001): Shining Lights: Studies That Have Most Influenced the Understanding of Health Promotion's Financial Impact. In: American Journal of Health Promotion, 15, 332-341.
- Green, Sandy Edward Jr. (2004): A Rhetorical Theory of Diffusion. In: Academy of Management Review 29, 653-669.
- Grießler, Erich / Krajic, Karl / Pelikan, Jürgen M. (1997): Grundlagen für einen Gesundheitsförderungsplan in Wien. Nationale und internationale Erfahrungen. Im Auftrag der MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien: MA 15 – Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien.
- Guest, David (2002): Human Resource Management, Corporate Performance and Employee Wellbeing. In: The Journal of Industrial Relations, 44, 335-358.
- Haunschild, Axel (2003): Humanization through Discipline? Foucault and the Goodness of Employee Health Programmes. In: Tamara. Journal of Critical Postmodern Organization Science, 2, 46-59.
- Helmenstein, Christian (2004): Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung. Wien.
- Inoue, Keiko / Drori, Gili S. (2006): The Global Institutionalization of Health as a Social Concern: Organizational and Discursive Trends. In: International Sociology, 21, 199-219.
- Klimecki, Rüdiger G. / Gmür, Markus (2005): Personalmanagement. 3. Aufl. Stuttgart.
- Kreis, Julia / Bödeker, Wolfgang (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. Essen.
- Kuhn, Detlef / Sommer, Dieter (Hg.) (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung. Wiesbaden.

- Laukkanen, Mauri (1994): Comparative Causal Mapping of Organisational Cognitions. In: *Organization Science*, 5, 322-343.
- Luo, Xiaowei (2002): From Technical Skills to Personal Development: Employee Training in U.S. Organizations in the Twentieth Century. In: Sahlin-Andersson, Kerstin / Engwall, Lars (Hg.): *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows and Sources*. Stanford, 195-211.
- Maier, Florentine / Brandl, Julia (2008): They're Natural and Everywhere: How Evaluative Practices Permeate the Organization. In: *Business Research*, 1, 78-92.
- Markoczy, Livia / Goldberg, Jeff (1995): A Method for Eliciting and Comparing Causal Maps. In: *Journal of Management*, 21, 305-333.
- Mayring, Philipp (1999): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 4. Aufl. München.
- Maxwell, James / Briscoe, Forrest / Temin, Peter (2000): Corporate Health Care Purchasing and the Revised Social Contract with Workers. In: *Business & Society*, 39, 281-303.
- Meindl, James R. / Stubbart, Charles / Porac, Joseph (1994): Cognition Within and Between Organizations: Five Key Questions. In: *Organization Science*, 5, 289-293.
- Merten, Klaus (1983): *Inhaltsanalyse – Einführung in Theorie, Methode und Praxis*. Opladen.
- Meuser, Thomas (2004): Die ökonomischen Wirkungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Kuhn, Detlef / Sommer, Dieter (Hg.): *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Wiesbaden, 237-249.
- Meyer, John W. / Rowan, Brian (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: *American Journal of Sociology*, 83, 340-363.
- Meyer, Renate E. (2003): Globale Managementkonzepte und lokaler Kontext. Organisatorische Wertorientierung im österreichischen öffentlichen Diskurs. Wien.
- Ottawa-Charta (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa.
- Pelikan, Jürgen M. / Halbmayer, Ernst (1999): Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, Jürgen M. / Wolf, Stephan (Hg.): *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus*. Weinheim/München, 13-37.
- Sadowski, Dieter / Schröder, Michael (1994): Freiwillige Publizität und personalpolitische Reputation. In: *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 46, 127-144.
- Scholz, Christian / Stein, Volker / Bechtel, Roman (2004): *Human Capital Management. Wege aus der Unverbindlichkeit*. München.
- Scott, Marvin B. / Lyman, Stanford M. (1968): Accounts. In: *American Sociological Review*, 33, 46-62.
- Senge, Konstanze / Hellmann, Kai-Uwe (Hg.) (2006): *Einführung in den Neo-Institutionalismus*. Wiesbaden.
- Suddaby, Roy / Greenwood, Royston (2005): Rhetorical Strategies of Legitimacy. In: *Administrative Science Quarterly*, 50, 35-67.
- Tacke, Veronika (2006): Rationalität im Neoinstitutionalismus. Vom exakten Kalkül zum Mythos. In: Senge, Konstanze / Hellmann, Kai-Uwe (Hg.): *Einführung in den Neo-Institutionalismus*. Wiesbaden, 89-101.
- Titscher, Stefan / Wodak, Ruth / Meyer, Michael / Vetter, Eva (1998): *Methoden der Textanalyse. Leitfaden und Überblick*. Wiesbaden.
- Turk, Florian (2003): *Betriebliches Gesundheitskapital. Ein vertragstheoretischer Ansatz*. München/ Mering.
- Vaara Eero / Tienari, Janne / Laurila, Juha (2006): Pulp and Paper Fiction: On the Discursive Legitimation of Global Industrial Restructuring. In: *Organization Studies*, 27, 789-810.
- von Eckardstein, Dudo / Lueger, Günther / Niedl, Klaus / Schuster, Brigitte (1995): *Psychische Befindensbeeinträchtigungen und Gesundheit im Betrieb. Herausforderung für Personalmanager und Gesundheitsexperten*. München/Mering.

- Walgenbach, Peter (1998): Personalpolitik aus Perspektive des Institutionalistischen Ansatzes. In: Martin, Albert / Nienhüser, Werner (Hg.): Personalpolitik: Wissenschaftliche Erklärung der Personalpraxis. München/Mering, 267-290.
- Walgenbach, Peter / Meyer, Renate E. (2008): Neoinstitutionalistische Organisationstheorie. Stuttgart.
- Werhahn, Peter H. (1990): Der Unternehmer. Seine ökonomische Funktion und gesellschaftspolitische Verantwortung. Trier.
- Wilkens, Uta (2007): MACHT MACHT krank!? – MACHT MACHT gesund!? Individuelles Gesundheitsverhalten und gesundheitsbezogenes Führungshandeln von Führungskräften. Paper für den Herbstworkshop der Kommissionstagung Personal in Essen, 20./21. September.
- World Health Organization (WHO) (1946): Preamble to the Constitution of the World Health Organisation as adopted by the International Health Conference. New York.
- Zink, Klaus, J. / Thul, Martin J. (2006): Corporate Health Management: Designing and Evaluating Health in Organizations. In: William Steven Marras, Waldemar Karwowski (Eds.): The Occupational Ergonomics Handbook. Interventions, Controls and Applications in Occupational Ergonomics. 2. Aufl. London, 7-1 – 7-39.
- Zilber, Tammar B. (2006): The Work of the Symbolic in Institutional Processes: Translations of Rational Myths in Israeli High Tech. In: Academy of Management Journal, 49, 281-303.
- Zilber, Tammar B. (2002): Institutionalization as an Interplay between Actions, Meanings and Actors: The Case of a Rape Crisis Center in Israel. In: Academy of Management Journal 45, 234-254.
- Zoller, Heather M. (2003): Working Out. Managerialism in Workplace Health Promotion. In: Management Communication Quarterly, 17, 171-205.