

Betriebliche Gesundheitsförderung

Detlev Liepmann und Jörg Felfe

Das Interesse an primärer Prävention durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung seitens der Organisation wuchs in Abhängigkeit steigender Gesundheitskosten wie auch der gehobenen Lebensansprüche schnell (DeLeon & Pallack, 1982, Matarazzo, 1980, 1982; Warner & Murt, 1985). Im Rahmen der ökonomisch günstigen Situation der 60er und 70er Jahre wurde der Wert von Gesundheitsprogrammen in Organisationen nicht hinterfragt. Unternehmensleitungen waren bereit, auch ausgefallenen Konzepten eine Realisierungschance zu geben und ihre Nützlichkeit für Organisation und Organisationsmitglieder zu evaluieren. Die entstehenden Kosten wurden als minimal betrachtet, sofern man sie in Relation zu den sich potentiell als günstig entwickelnden Mitarbeiterbeziehungen (i. w. S.) setzte. Diese Sichtweise wurde im Laufe der wirtschaftlichen Rezession Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre relativiert. Geringere Produktivität, sinkende Profite, inflationäre Tendenzen und steigende Arbeitslosenzahlen bestimmten u. a. in zunehmendem Maß die Geschäftspolitik. Eine starke Skepsis gegenüber dem sozialen und ökonomischen Nutzen von Gesundheitsprogrammen und -konzepten machte sich breit. In den Mittelpunkt des Interesses rückte die Frage, inwieweit Gesundheitsprogramme als Determinanten des Gewinns und Verlustes, der Produktivität und des Betriebsklimas zu identifizieren waren. Unter diesen veränderten ökonomischen und sozialen Randbedingungen begann eine kritische Diskussion bezüglich der Wirksamkeit und Effektivität von Gesundheitsprogrammen in Organisationen. Betriebliche Gesundheitsförderung muß sich zunehmend Fragen und Anforderungen eines Qualitätsmanagements stellen. Konzepte eines Total Quality Managements (TQM) werden verstärkt auch im Rahmen von Gesundheitsprogrammen in Organisationen diskutiert (Badura, Grande, Janßen & Schott, 1995; Maiden, 1993). Damit wird ein prozeßorientiertes Umgehen und Handeln in den Mittelpunkt gestellt, das auf eine kontinuierliche Verbesserung der Abläufe abzielt.

Theoretisch orientierte Entwicklung von Gesundheitsprogrammen: Ansätze und Probleme

Eine theoretische Grundlegung für Gesundheitsprogramme in Organisationen festzuschreiben, ist schwierig und erscheint partiell auch beim momentanen Stand der Forschung nicht angebracht. Gründe dafür liegen zweifelsohne in der Breite des Forschungs- und Anwendungsbereiches. Empirisch anspruchsvolle Forschungskonzepte, beispielsweise im Rahmen von angemessenen Längsschnittstudien, sowie Schwierigkeiten einer optimalen Programmevaluation bzw. Prozeßbegleitung verstär-

ken diese Sichtweise. Hinzu kommt, daß eine optimale Implementierung von Gesundheitsprogrammen, die letztlich auf langfristige Veränderungen abzielt und in den spezifischen Organisationsentwicklungsprozeß integriert werden muß, ihr Augenmerk auf drei Ebenen sozialer Strukturen lenken muß: das Individuum, die Gruppe und die Organisation. Somit sind neben psychologischen und soziologischen Aspekten u.a. Fragen der lernenden Organisation (s. unten) angesprochen. Die Phasen umfassen dabei Aspekte der Problemidentifikation, der Einführung von Förderungsmaßnahmen, des Trainings und der Generalisierung spezifischer Fähigkeiten sowie der Aufrechterhaltung der Veränderungen.

Es lassen sich etablierte Prinzipien für Veränderungen auf der individuellen oder Kleingruppenebene ausmachen, die auf der Theorie des Sozialen Lernens sensu Bandura (1977) basieren (Wilson, 1980). Im klinischen Bereich haben Programme, die auf der Basis des Sozialen Lernens aufgebaut sind, erfolgreich Anwendung gefunden (Franks, Wilson, Kendall & Brownell, 1982). In Organisationen sind derartige Konzepte bisher wenig erfolgreich. Die geringen Erfolge sind u. a. auf die hohen Kosten und die schwere Durchführbarkeit individueller Programme bei einer großen Anzahl von Personen sowie die Schwierigkeit bei der Aufrechterhaltung der veränderten Verhaltensweisen zurückzuführen. Eine Rückfallquote von bis zu 50% innerhalb der ersten sechs Monate ist eher die Regel (Abrams, Elder, Carleton, Lasater & Artz, 1986; Macdonald & Wells, 1994).

Der Gegensatz zwischen individuellen und organisationalen Ansätzen wird besonders durch die methodischen Randbedingungen deutlich. Auf der organisationalen Ebene ist die Grundlage von Gesundheitsprogrammen im Einsatz von Methoden der Gesundheitserziehung, Gesundheitszirkeln, der Arbeitsgestaltung oder Arbeitssicherheit zu sehen. Bei individuellen Ansätzen stehen hingegen psychologische Prinzipien des Verhaltenstrainings, der Verhaltensmodifikation, spezielle Kenntnisse oder Konzepte der Einstellungsänderung sowie Ansätze der Stabilisierung und Generalisierung von relevanten Verhaltensbereichen im Vordergrund. Hinzu kommen Interaktionen zwischen Merkmalen der Gesundheitsprogramme und individueller Veränderungsbereitschaft, die sich in organisationalen Ansätzen schwer berücksichtigen lassen.

Eine günstigere Ausgangssituation ergibt sich beim Rückgriff auf Selbstkontrolltheorien, die für alle drei sozialen Ebenen angewendet werden (Kanfer, 1975). Abrams et al. (1986) schlagen vor, Aspekte der Selbstkontrolle und des Problemlösetrainings mit Grundprinzipien organisationaler Verhaltensmodifikation in einem Rahmenkonzept zu vereinigen, das für ein organisationsweites Gesundheitsprogramm Anwendung finden könnte. Abrams und Follick (1983) zeigen, daß eine Übertragung der traditionell individuell orientierten Veränderungsstrategien der Selbstkontrolle auf Gruppensituationen möglich ist.

Der häufige Rückgriff auf eine Wettbewerbssituation unterscheidet sich von traditionell klinischen Programmen. Selbstkontrolltechniken in der Gruppe setzen eine starke gegenseitige Unterstützung voraus. Aspekte komplexer sozialer Netzwerke (Häufigkeit, Dichte, Anzahl der Kontakte etc.) werden thematisiert, sind bisher allerdings nicht direkt als Ziel von Veränderungen durch Gesundheitsprogramme angesprochen worden.

Organisationale Selbstkontrolle ist bisher eher im Hinblick auf Konzepte der Führung, der Produktivität, des Absentismus etc., nicht aber unter Gesundheitsaspekten diskutiert worden. Man muß sehen, daß einzelne oder Gruppen von Organisationsmitgliedern durch organisationale Ressourcen für Gesundheitsprogramme stark profitieren können. Wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, gibt es eine Anzahl von Anreizsystemen in Organisationen, um Gesundheitsprogramme zu fördern und Organisationsmitglieder für die Teilnahme zu gewinnen. Dabei ist das Leistungs-Feedback eine grundlegende Technik für Verhaltensänderungen in Organisationen. Hierin kann eine Strategie zur Verhaltensmodifikation gesehen werden, um letztlich bestimmte Organisationsziele zu erreichen.

Durch die Anwendung von Selbstkontrolltechniken auf unterschiedlich komplexen sozialen Stufen ergeben sich neue Gesichtspunkte. Die Einbeziehung bisher wenig motivierter Organisationsmitglieder, die Optimierung von Generalisierungsaspekten, die Stabilisierung des veränderten Verhaltens und die permanente Verbesserung der laufenden Programme könnten einige mittelfristige Ziele darstellen.

Gesundheitsprogramme: Rahmenbedingungen, Aufgaben, Beispiele

Der Ausgangspunkt fast aller Gesundheitsprogramme in Organisationen ist in dem Wunsch einer Kostenreduktion auf lange Sicht zu sehen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen, der Aufbau der Programme, aber auch die kritischen Einwände sind in vielen Fällen sehr ähnlich (Naditch, 1984; Nathan, 1984; Feldman, 1984). Eine jahrelange Diskussion begleitete die Frage, inwieweit arbeitsplatzbezogene Maßnahmen geeignet sind, therapeutische und präventive Strategien zu optimieren. Letztlich hat sich aber die Erkenntnis durchgesetzt, daß sowohl „Employee Assistance Programme“ (organisationsinterne Unterstützung u. a. bei Alkohol- und Drogenproblemen) als auch „Health Promotion Programme“ organisations- bzw. arbeitsplatzbezogen eingesetzt werden können und von den Betroffenen als unterstützend wahrgenommen werden.

Die Programmcharakteristiken streuen dabei allerdings stark zwischen den Organisationen und den spezifischen Arbeitsplätzen. So lassen sich beispielsweise Strategien und Maßnahmen identifizieren, die einerseits durch das Management, andererseits durch Arbeitnehmerorgane (oder durch beide gemeinsam) initiiert und durchgesetzt worden sind. Zahlreiche Programme arbeiten auf freiwilliger Basis, andere hingegen sind mehr oder weniger strengen Vorgaben verpflichtet. Kuhn und Lück (1995) betonen einen formalen Gestaltungsrahmen, der einen allgemeineren Anspruch für betriebliche Gesundheitsförderung darstellt. So betonen sie, daß betriebliche Gesundheitsförderung

- nicht nur auf die Verhütung von Krankheiten und Unfällen abzielt, sondern darüber hinaus die Erweiterung individueller und kollektiver Ressourcen einbezieht,
- Verhaltens- und Verhältnisprävention umfaßt,
- kooperatives Anliegen des gesamten Unternehmens sein muß,

- als Partizipationsmaßnahme zu verstehen ist,
- als transparenter Prozeß für alle Beteiligten konzipiert ist,
- auf Kontinuität ausgelegt ist und
- ein unternehmensspezifisches, schrittweises Vorgehen darstellt.

Aus der Vielzahl von Programmen soll daher stellvertretend nur auf zwei Ansätze ausführlicher eingegangen werden: Das STAYWELL-Programm von Control Data (Naditch, 1984, 1986) sowie das „Live-for-Life“-Programm von „Johnson und Johnson“ (Nathan, 1984; Wilbur, Hartwell & Piserchia, 1986). Sie spiegeln in ihrer Anlage und Komplexität allerdings ein breites Problemspektrum wider, das zahlreiche angesprochene Aspekte berücksichtigt.

Das STAYWELL-Programm wurde Ende der 70er Jahre von der Firma Control Data initiiert. Von vornherein bestand die Absicht, den Erfolg des Programms über mehrere Jahre empirisch zu überprüfen sowie das Programm entsprechend zu modifizieren, um es letztlich unter Kosten-Nutzen-Erwägungen einzusetzen. Der Ausgangspunkt war die These: „...people with poor health habits cost the company more money...“. Der primäre Anstoß wurde durch die mittlerweile nachgewiesenen Beziehungen zwischen Risikoverhalten und Krankheitsbildern wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrebs etc. gegeben. Die generelle Erwartung bestand in einem Absinken der Häufigkeit dieser Krankheitsbilder einige Jahre nach Installation des Programms. Eine zusätzliche Stützung ergab sich aus der Analyse von vorliegenden Daten der eigenen Organisationsmitglieder. Die Gegenüberstellung von Nichtrisiko- vs. Risikogruppen (Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, mangelnde Fitness) erbrachte für die abhängigen Variablen „Krankheitskosten“ bzw. „Anzahl der Krankentage“ teilweise systematische Unterschiede. Starke Zusammenhänge ergaben sich zwischen einem „Verhaltensrisikoindex“ (Gewicht, Stress, Fitness, Ernährung und Rauchen) und Absentismus, Produktivität sowie subjektiven Arbeitseinschränkungen (Naditch, 1986). Diese Befunde regten dazu an, auch kurzfristige Zielsetzungen (Senken der Absentismusrate, eingeschränkte Arbeitsfähigkeit) zu diskutieren.

Das STAYWELL-Programm wurde in den ersten Jahren von annähernd 22.000 Organisationsmitgliedern und Ehepartnern der Control Data Company in 14 nord-amerikanischen Städten freiwillig nachgefragt. Die Beteiligung der Organisationsmitglieder schwankte in der ersten Zeit zwischen 65% und 95%, wobei sich keine systematischen Unterschiede für soziodemographische Variablen wie Alter, Geschlecht, Einkommen oder Schulbildung zeigten. Im Mittelpunkt des Programms stehen Rauchverhalten, Gewichtskontrolle sowie Stress-Management, Fitnessstraining und Ernährungsverhalten (Verringerung von Cholesterin, Salz- und Zuckeranteilen). Das STAYWELL-Programm besteht aus einer Orientierungsphase für Arbeitnehmer und Management, einer Überprüfung des aktuellen Gesundheitsverhaltens und der Bewertung von Gesundheitsgefahren. Hinzu kommt die Durchführung von verhaltensorientierten Kursen in jeder Phase. Ein weiterer Programmteil besteht in der Modifikation der Arbeitsumgebung unter Gesundheitsaspekten.

Für jeden neuen Einsatz wird eine zwei- bis dreimonatige Abstimmungsphase mit dem jeweiligen Management angesetzt, in der es primär um die notwendige „lokale“ Unterstützung geht. Das Programm wird während der Arbeitszeit angeboten,

ausgenommen die Orientierungs- und Screeningphase. Erste Ergebnisse, die allerdings noch nicht im Sinne der oben angeführten Annahmen zu interpretieren sind, wurden nach zwei bzw. drei Jahren berichtet. Der Gruppenvergleich (zwischen einer Kontrollgruppe und mehreren Treatmentgruppen, die in unterschiedlichen Formen des aktuellen Gesundheitsverhaltens bestanden) erbrachte teilweise starke Unterschiede zugunsten einer „positiven“ Veränderung seitens der Treatmentgruppen (s. dazu Naditch, 1984, 1986).

Zwischenzeitlich ist das Programm über Control Data hinaus auch in anderen Organisationen implementiert worden. Dabei fanden zahlreiche Modifikationen und Anpassungen an die jeweiligen organisationalen Bedürfnisse und schon bestehende Programme statt.

Das „Live-for-Life“-Programm der Unternehmung „Johnson und Johnson“ wurde im Laufe der ersten Jahre von über 25.000 Beschäftigten der Organisation in 43 Orten Nord- und Mittelamerikas nachgefragt (Wilbur, Hartwell & Piserchia, 1986). Wie das STAYWELL-Programm von Control Data ist auch das „Live-for-Life“-Programm stark durch die Idee geprägt, langfristig eine Kostenreduktion für die Organisation zu erreichen. Unter dem Druck des Managements („...company boards and officers wanted to know whether the program would earn back its costs in a reasonable time and how those costs and the program's benefits would be measured...“, Nathan, 1984, S. 1067) wurden über das ökonomische Ziel hinaus (die Kosten zu senken, die durch inadäquates Gesundheitsverhalten entstehen) zwei weitere Ziele verfolgt. Mittelfristig wurde erwartet, daß sich positive Veränderungen in der allgemeinen Lebensqualität ergeben, eine Leistungssteigerung zu beobachten ist und Einstellungsänderungen der Beschäftigten gegenüber der Organisation „Johnson und Johnson“ stattfinden. Kurzfristige, direkte Ziele, die sich aus dem Programm ergeben, betreffen die physische Fitness, das Ernährungsverhalten, die Gewichtskontrolle, das Stress-Management, die Rauchgewohnheiten, die Kontrolle des Blutdrucks, den Alkoholkonsum sowie Kenntnisse über das Gesundheitsverhalten.

Das Programm ist in mehrere Abschnitte gegliedert. Der erste Schritt besteht in einer Gesundheitsbeurteilung. Von allen Organisationsmitgliedern, die an dem „Live-for-Life“-Programm teilnehmen wollen, werden medizinische, Verhaltens- und Einstellungsdaten erhoben. In einem zweiten Schritt dienen die individuellen Gesundheitsprofile im Rahmen von Seminaren als Grundlage, die Teilnehmer auf das Programm vorzubereiten und sie auf die Unternehmensphilosophie von „Johnson und Johnson“ einzustimmen. Der dritte Schritt ist durch Programmteile unterschiedlicher Länge gekennzeichnet (Rauchen, Gewichtskontrolle, Bewegungsübungen, Stress-Management, Yoga, Ernährungsverhalten, Bluthochdruck, Alkoholkonsum). Parallel dazu wird durch das Management versucht, eine gesundheitsfördernde Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Der letzte Abschnitt letztlich schließt Rückmeldungen und Folgemaßnahmen ein.

Im Rahmen eines quasi-experimentellen Designs wurde nach 12 bzw. 24 Monaten eine erste epidemiologische Evaluation versucht. Vier Werke, die als Untersuchungsgruppen, und drei, die als Kontrollgruppen fungierten, standen zur Verfügung. Insgesamt lassen die ersten Ergebnisse auf eine systematische Überlegenheit der Untersuchungsgruppen schließen (s. ausführlich Wilbur et al., 1986).

Für die skizzierten Konzepte, das STAYWELL- und das „Live-for-Life“-Programm, sind zahlreiche Randbedingungen zu berücksichtigen, die eine Übertragung vom nordamerikanischen auf den europäischen Kontext sehr erschweren, wenn nicht sogar unmöglich machen. Hierzu zählen u. a. die Unterschiede im Sozialwesen, das Mitspracherecht von Gewerkschaften bzw. Verbänden, die Frage des Marketing derartiger Maßnahmen und/oder die Unternehmensphilosophie und -kultur.

Einen guten Überblick über den Verlauf von „Employee Assistance Programmen“ als auch „Health Promotion Programmen“ geben Macdonald und Wells (1994). Ihre Studien sind auf den kanadischen Raum beschränkt, wobei sie 802 mittlere und größere Unternehmen in ihre Langzeitstudie einbeziehen. Sie berichten dabei von einem „dramatischen“ Anstieg der Nachfrage zwischen den Jahren 1989 und 1993. Gemäß eigenen Schätzungen fragen ca. 37.5% aller Beschäftigten indessen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach. Dabei lassen sich zwei Haupttrends beobachten. Erstens ist eine starke Entwicklung zur Freiwilligkeit zu beobachten, und zweitens besteht ein Trend, im stärkeren Maß organisationsexterne Anbieter von Maßnahmen zu konsultieren. Dabei wird zunehmend auf private und weniger auf öffentliche Träger gesetzt. Ein Zuwachs läßt sich dabei für alle inhaltlichen Bereiche feststellen. Dabei stehen Blutdruck- und Ernährungsprobleme mit einem Zuwachs zwischen 70% - 90% an erster Stelle, während Programme zum Antiraucherverhalten und Alkoholkonsum zwar am Ende rangieren, aber auch noch einen Anstieg der Nachfrage von knapp 30% verzeichnen.

Eine vergleichbare Studie legen Bös und Gröben (1995) vor. Bei 62 deutschen Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten stehen Gesundheitschecks, gefolgt von Screenings, an erster Stelle. Danach folgen Suchtvorsorge und erst zum Schluß Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu Bewegung, Ernährung und Entspannung. Dabei ist zu beobachten, daß eine positive Kovariation zwischen der Güte der Beurteilung und der Anzahl der von den Unternehmen durchgeführten Maßnahmen besteht. Eine positive Beurteilung geht einher mit einem großen Angebot und vice versa.

Ein Vorgehen, das eher der Tradition und Philosophie westeuropäischer Organisationen entspricht, könnte in der Einrichtung von **Gesundheitszirkeln** zu sehen sein, die in letzter Zeit verstärktes Interesse finden. Auch bei diesem Konzept steht neben dem gewachsenen Gesundheitsbedürfnis der Organisationsmitglieder ein ökonomisches Interesse der Organisation. Das Ziel dieses Verfahrens liegt eindeutig in der primären Prävention. Ein Schwerpunkt wird in Fragen des Stress-Managements (Friczewski, Jenewein, Lieneke, Schiwen-Spies & Westermayer, 1989) bzw. der Prävention von stressbezogenen Erkrankungen gesetzt. Friczewski et al. (1989) weisen darauf hin, daß die Arbeitnehmer es lernen, „... ihre Stress“-Belastungen zu artikulieren und - zusammen mit Arbeitsschutzexperten - Initiativen zum Abbau dieser Belastungen zu ergreifen...“ (S. 140). Die Maßnahmen sollen u. a. schon im psycho-sozialen sowie im außerorganisationalen Kontext angesiedelt sein. Die Bandbreite der individuellen und kollektiven Maßnahmen reicht dabei von der Vermittlung von Entspannungstechniken bis hin zu Modifikationen der Belastungsursachen.

Friczewski et al. (1989) haben am Beispiel des Stress-Managements die einzelnen Schritte aufgezeigt, die von Seminartätigkeiten als Ausgangsbasis bis zu Veränderungen der Arbeitsatmosphäre (i. w. S.) reichen. Erste Ergebnisse deuten an, daß schon kurzfristig Verbesserungen im Erleben und Befinden zu verzeichnen sind und daß „...das Gesundheitsbewußtsein gestiegen ist...“ (S. 143).

Gesundheitszirkel stellen ein zentrales Instrument zur Optimierung der Gesundheitsförderung dar. Sie setzen wie Qualitätszirkel an der Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen an (Westermayer & Bähr, 1994). Hier greift einerseits der Partizipationsgedanke bzw. die Selbstbestimmung, und andererseits wird das Erfahrungswissen der Betroffenen in den Prozeß eingebunden. Die eigene subjektive Befindlichkeit, die Aufarbeitung objektiver Belastungen und das gemeinsame Erarbeiten von Verbesserungsvorschlägen sind zentrale Phasen der Arbeit in Gesundheitszirkeln. Die hierarchieübergreifende Problemlösestrategie ist charakteristisches Merkmal eines kontinuierlichen Prozesses. Im Sinne eines Teilaspekts einer komplexen Organisationsentwicklung sind Gesundheitszirkel neben Gesundheitsaudits, Gesundheitscontrolling, Gesundheitsberichterstattung und kontinuierlichen Gefährdungsanalysen Facetten eines zukunftsorientierten Gesundheitsmanagements.

Implementationsprobleme: Motivierung durch ökonomische Anreize?

Betrachtet man neuere Konzepte des Personalmanagements bzw. des Human Resource Managements, so nimmt der Aspekt der „Personalmotivation“ einen zentralen Stellenwert ein. Anreize wie Arbeitsentgelt, Arbeitsinhalt und Arbeitszeit werden vorrangig diskutiert (Staehele, 1991). Dieser ökonomische bzw. betriebswirtschaftliche Ansatz wird in modifizierter Form für die Implementation, Durchführung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsprogrammen in Organisationen zugänglich gemacht. Warner und Murt (1985) unterscheiden in diesem Zusammenhang zwischen zwei Anwendungsbereichen (innerhalb und außerhalb der Arbeitsumgebung), wobei der Fokus im ersten Fall sowohl auf den Arbeitgeber- wie auch den Arbeitnehmeraspekt gerichtet sein kann. Unabhängig davon postulieren sie vier Kategorien ökonomischer Anreize: (1) Einkommensveränderungen, (2) Preisgestaltung, (3) Veränderungen bei anderen möglichen Kosten und (4) ein gesundheitsorientiertes betriebliches Versicherungswesen.

Mehrere Implikationen sind dabei zu bedenken. So ist der positive oder negative Charakter von Anreizen zu beachten, die Frage, ob Anreize direkt oder indirekt erfolgen, das Ausmaß der Freiwilligkeit für die Teilnahme an einem Programm, der zeitliche Rahmen sowie die Transparenz der Verknüpfung zwischen Anreiz und Verhaltensänderung.

Wie oben angeführt, hat sich die Einstellung des Managements gegenüber dem Nutzen von Gesundheitsprogrammen in den letzten Jahren gewandelt. Für den nordamerikanischen Raum kann man davon ausgehen, daß **interne** Gesundheitsprogramme vorrangig in großen Organisationen durchgeführt werden, der größte Teil

der Organisationsmitglieder zunehmend externe Maßnahmen (i. w. S.) nachfragt (siehe dazu Macdonald & Wells, 1994).

Das Grundprinzip der Anreize durch Einkommensveränderungen ist relativ einfach. Die Organisationsmitglieder werden für ein klar definiertes Gesundheitsverhalten durch Einkommensverbesserungen belohnt, die einmalig oder kontinuierlich erfolgen können. Für unterschiedliche Anti-Raucherprogramme in Organisationen läßt sich eine Spanne von 50 bis 1000 Dollar ausmachen, die als Anreiz gesetzt wurden. Eine zusätzliche Gratifikation von sieben Dollar pro Woche bei Arbeitern der Speedcall Corporation erbrachte nach einem Monat einen Rückgang des Rauchens während der Arbeitszeit von 67% auf 43% und nach vier Jahren einen Abfall auf 13%. Ähnliche Befunde ergeben sich auch in anderen Bereichen, wobei die Überlegenheit einer kontinuierlichen Gratifikation durchgängig ist (Warner & Murt, 1985). So überzeugend derartige Zahlen auch erscheinen, es darf nicht übersehen werden, daß es für eine generelle Bewertung von Einkommensverbesserungen als Anreizsystem zu früh ist. Die Anzahl der etablierten Programme ist gering, die Vergleichbarkeit ist nicht gegeben, und bezüglich der Evaluation stellt die Interaktion zwischen Stichproben- bzw. Populationszugehörigkeit und spezifischem Programm ein ungelöstes Problem dar.

Ein anderer Zugang liegt in der Einbringung von Versicherungsleistungen. Auch hier sind es wiederum in erster Linie große Organisationen, die durch Gesundheitsprogramme in Form von Kostensenkungen profitieren. Ein Anreiz für kleinere Unternehmungen könnte darin bestehen, durch Senken des Risikos bei seinen Arbeitern in den Genuß niedrigerer Versicherungsprämien zu gelangen. Fielding (1979) verweist in diesem Zusammenhang auf den Erfolg der oben zitierten Speedcall Corporation. Aber auch andere, indirekte Möglichkeiten werden berichtet. Die Bereitstellung einer medizinischen Versorgung, die kostenlose Vergabe von Medikamenten, die Bereitstellung von Ressourcen im Fitnessbereich etc. erbringen sichtbare Erfolge, solange dies im Organisationskontext geschieht.

So unterschiedlich die berichteten Artreizsysteme, Programme und Befunde sind, es lassen sich einige grundlegende, u. a. lernpsychologische Mechanismen erkennen. So scheint beispielsweise eine kontinuierliche Belohnung effektiver als eine einmalige, aber höhere Gratifikation zu sein. Die Höhe des Anreizes wie auch der Gruppendruck sind weitere wirksame Faktoren. Ähnlich scheint es mit der Überlegenheit positiver gegenüber negativen Anreizen zu sein. Letztlich sieht es so aus, daß eher im organisationalen als im privaten Kontext ökonomische Anreizsysteme angeboten werden, um Gesundheitsverhalten zu beeinflussen. Dies spiegelt allerdings auch einschlägige Forschungsarbeiten wider, die bedeutend häufiger im Organisationsfeld angesiedelt sind.

Evaluationsprobleme: Einige Minimalbedingungen

Bedenkt man die Anstrengungen, Kosten und Erwartungen, die an den Einsatz von Gesundheitsprogrammen in Organisationen geknüpft werden, so fällt die Evaluation dieser Maßnahmen vergleichsweise bescheiden aus. Nichts kann die Situation besser

beschreiben als die Aussage „...probably the only thing more difficult than trying to evaluate the effectiveness and costs of worksite health promotion programs is trying to draw conclusions from what has been published on the subject...“ (DeMuth, Fielding, Stunkard & Hollander, 1986, S. 433).

Eine sehr eingeschränkte Diskussion bezieht sich vornehmlich auf methodische Fragen der Designentwicklung und konzentriert sich hierbei in Anlehnung an Campbell und Stanley (1963) und Cook und Campbell (1979) auf Fragen der internen und externen Validität. Besonderes Interesse gilt hierbei quasi-experimentellen Versuchsanordnungen sowie Längsschnitt- und Zeitreihenanalysen (Feldman, 1984; Komaki & Jensen, 1986).

Eine große Schwierigkeit besteht in der mangelnden Operationalisierung und Quantifizierung von Effektivitätsmaßen, den Inkonsistenzen in der Konzeptualisierung, der fehlenden begrifflichen Eindeutigkeit sowie in adäquaten Maßen für ökonomische bzw. Kostengrößen. Der Effekt einer mittel- und langfristigen Kostensenkung durch Implementation von Gesundheitsprogrammen ist nicht eindeutig. Hierbei zeigt sich, daß die Sozial- und Verhaltenswissenschaften bedeutend stärker ökonomische Indikatoren berücksichtigen müssen. Dies betrifft sowohl situative bzw. kontextuelle als auch strukturelle Aspekte von Organisationen. Konzepte, wie sie das kontingenztheoretische Forschungsprogramm formuliert, können dabei hilfreich sein (Lipmann, 1989). Bedacht werden muß die Konstruktion veränderter Arbeitsumwelten, die Diskussion um theoriegeleitete Anreizsysteme und die Einbettung in den sozialen, außerorganisationalen Kontext. Weiterhin müssen zahlreiche ethische Implikationen mitberücksichtigt werden.

Die uneinheitliche Sichtweise wird durch divergierende Akzentuierungen der Beteiligten verstärkt. Eine Abstimmung von Management, Forschern, Organisationsmitgliedern und externen Geldgebern sowie die Berücksichtigung des familiären Kontextes und des Gesamtgesundheitswesens, um nur einige zu nennen, erscheint schwierig.

Die verhaltenswissenschaftlichen Ansätze müssen bedeutend starker Evaluations-techniken aufgreifen, die ökonomische Konzepte wie „return-on investment“, „cost-effectiveness“, „cost-benefit“ berücksichtigen (Coates & DeMuth, 1984). Bedingt durch das Fehlen unzureichender Datenkörper sowie das relativ atheoretische Vorgehen, bleiben speziell unter „Kosten-Nutzen“-Gesichtspunkten viele Fragen offen. Welche Populationen oder Risikogruppen werden in die Untersuchung einbezogen, welche Periodizität ist für die „Follow-up“-Studie(n) notwendig, wie wird „langfristig“ definiert, und welcher Art ist aus ökonomischer Sicht das Endprodukt?

Die kritischen Einwände dürfen allerdings nicht darüber hinwegtauschen, daß zahlreiche Programme erst kurzfristig im Einsatz sind, so daß speziell unter dem Gesichtspunkt von Längsschnitt- und/oder Prozeßdaten keine zu großen Erwartungen gestellt werden dürfen. Hinzu kommt eine grundlegende Uneinigkeit darüber, welche Evaluationsdaten letztlich in die Analyse eingebracht werden. Unterschiedliche Interessen zwischen dem verantwortlichen Management (notwendige Ressourcen zu investieren und/oder mangelnde Motivation) und den Betreuern bzw. Forschern belasten die Forschungstätigkeit von Beginn an.

Zahlreiche Vorschläge werden gemacht, die Vorhersagegenauigkeit der Treatmentbedingungen zu erhöhen. Sie reichen von Hinweisen auf Faktoren der internen und

externen Validität quasi-experimenteller Designs bis zur Einflußnahme von Kontext- und Strukturparametern von Organisationen. Die zugrundeliegenden Populationen variieren nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Organisationen. Die Interaktion zwischen sozio-demographischen Variablen und Treatment sowie die unterschiedliche Stellung der Betroffenen in der Hierarchie der Organisation sind von entscheidender Bedeutung. So kann ein Programm zur Gewichtsreduktion im oberen Management nach einigen Wochen sehr große, hingegen auf unteren hierarchischen Ebenen keine Effekte zeigen. Eine weitere Störgröße liegt in der Teilnehmerrate. Die „experimentelle Mortalität“ wird sehr unterschiedlich behandelt. Über den „drop-out“ an Teilnehmern während eines Programms wird selten exakt berichtet. Ähnliche Einschränkungen ergeben sich für die Beschreibung der Interventionsmaßnahmen. Es fehlen explizite Angaben über die eingesetzten Methoden, die Art und Weise der Anreizsysteme oder der Hinweis auf weitere, ergänzende Programmteile.

Ein großer Nachholbedarf besteht auch in der Einbeziehung des Kontextes und der Struktur von Organisationen. Neben kontingenztheoretischen Überlegungen (s. o.) und Fragen der Unternehmenskultur spielt generell die Unternehmenspolitik die herausragende Rolle. Der häufig vermißte erfolgreiche Transfer von Programmen auf andere Organisationen mag hier seine Hauptursache haben.

Motivationale Aspekte können den Effekt unterschiedlicher Treatments moderieren, sofern sie nicht kontrolliert werden. Dies beginnt bei ökonomischen oder anderen Anreizsystemen (s. o.), die in allen Organisationen unterschiedlich eingesetzt werden. Einen speziellen Anreiz bildet dabei die Beteiligung der Organisationsmitglieder an der Entwicklung einzelner Programmabschnitte. So werden beispielsweise bei „Johnson und Johnson“ interessierte Mitarbeiter in unterschiedlichen Arbeitsgruppen eingebunden. Diese Mitarbeiter nehmen zusammen mit Betreuer Veränderungen der Bedingungen am Arbeitsplatz vor. Eine strenge Kontrolle und Einbeziehung dieser Variablen in ein komplexes Design erscheint notwendig, sofern man aussagekräftige Evaluationsdaten erhalten will.

Ein letzter Punkt darf nicht unerwähnt bleiben. Breiten Raum nimmt in der Diskussion um die Implementation, Durchführung, Evaluation und Modifikation von Gesundheitsprogrammen die Frage ethischer Randbedingungen ein. Nichts kann den Erfolg eines Programms mehr in Frage stellen als die Mißachtung ethischer Grundsätze (Puder, 1983). Datenschutz muß höchste Priorität haben. Dort, wo Daten offengelegt werden, dürfen sie nur auf einem nicht individuell rekonstruierbaren Niveau Verwendung finden.

Gesundheitsmanagement, Qualitätssicherung und Strategisches Management

Betrachtet man die starke Zunahme von Gesundheitsprogrammen und Gesundheitsberatungen in Organisationen (s. beispielsweise Cataldo & Coates, 1986; Fielding, 1982; Jacobs & Chovil, 1983; Manuso, 1983, Macdonald & Wells, 1994), so stellt sich speziell unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten die Frage, inwieweit diese

nicht als Teil eines Strategischen Managements einzuordnen sind. Hier ist es zweifelsohne der Aspekt der Personalentwicklung, den es zu beachten gilt. Dabei ist zwischen strategischer Planung und Strategischem Management neuerer Prägung klar zu trennen.

In Organisationen sind neben Konzepten der Aus- und Weiterbildung vorrangig Programme zu diskutieren, die u. a. der Erhaltung und Verbesserung gesundheitlicher Aspekte dienen. Einen ausgezeichneten Überblick im Bereich neuer Technologien geben Sethi, Caro und Schuler (1987) mit ihrem Reader „Strategic Management of Technostress in an Information Society“. Die Sicherung eines qualifizierten Mitarbeiterstammes muß in den Mittelpunkt rücken. Gesundheitsprogramme werden somit zu einem integralen Bestandteil der Voraussetzungen einer effektiven Personalentwicklungsplanung. Damit wird aber das Gebiet der „klassischen“ Personalentwicklung verlassen, das definitorisch zwischen „Personalentwicklung als betriebliche Bildung“ (klassische Personalwirtschaftslehre) einerseits und der „geplanten Entwicklung des Personals“ andererseits anzusiedeln ist. Staehle (1991) zählt dazu neben der betrieblichen Bildungsarbeit Maßnahmen der Laufbahnentwicklung, Karriereplanung, Versetzung und Beförderung, Maßnahmen der Organisationsentwicklung, Einführung von Teamarbeit und Aufgabenbereicherung sowie generell die Schaffung persönlichkeitsförderlicher Arbeitsstrukturen und -prozesse. Gesundheitsberatung bzw. Gesundheitsprogramme erweitern somit diesen Rahmen. Betrachtet man die real verfolgten Ziele (Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit, Flexibilität, Motivation und Integration, die Sicherung eines qualifizierten Mitarbeiterstammes und die Berücksichtigung individueller und bildungspolitischer Ansprüche) der Organisation und der Organisationsmitglieder, so waren Gesundheitsprogramme, wie oben angedeutet, aus Sicht des Managements eindeutig der Sicherung eines qualifizierten Mitarbeiterstammes zuzurechnen. Die Berücksichtigung individueller Ansprüche als Zielformulierung wird hingegen eher den Mitarbeitern entsprechen. Fragen der Belastungsreduzierung, die Erhöhung der sozialen Sicherheit, Realisierung von Chancengleichheit etc. sind Unterziele, die mit Gesundheitsprogrammen partiell angestrebt werden können. Insgesamt ist allerdings zu berücksichtigen, daß Mitarbeiter- und Organisationsziele nur unter bestimmten Randbedingungen vereinbar sind. In der Regel werden individuelle Ziele nur soweit Berücksichtigung finden, wie sie den Zielen des Managements nicht entgegenstehen.

Ein nicht zu unterschätzender Faktor besteht in Überlegungen zum Qualitätsmanagement von Gesundheitsprogrammen. Definitionen von Qualität sind klassischerweise durch einen betriebswirtschaftlichen Hintergrund geprägt. So sind neben einer produktbezogenen Sichtweise (Qualität ist meßbar) eine anwendungsbezogene (Qualität ist Erfüllung der Kundenwünsche), eine prozeßbezogene (Qualität entsteht durch zuverlässige Arbeit) und eine Preis-Nutzen-bezogene (Qualität ist eine bestimmte Leistung zu einem akzeptablen Preis) zu unterscheiden. In letzter Zeit wird zunehmend eine sozialwissenschaftliche („humane“) Sichtweise mitdiskutiert. Qualität wird zu einem gesellschaftlichen Wert im Sinne einer ganzheitlichen Strategie.

Grundsätzlich lassen sich drei grobe Orientierungen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung im Prozeß der Gesundheitsförderung festhalten. Es besteht Konsens dahingehend, eine output-, input- und prozeßorientierte Variante zu unter-

scheiden. Eine outputorientierte Konzeption ist die am häufigsten verwendete Strategie, die aber gleichzeitig auch nicht selten den geringsten Erkenntnisfortschritt liefert. Prozeßorientierte Strategien gehen über eine Verknüpfung von input- und outputorientierten Ansätzen hinaus. Sie stellen eine kontinuierliche Erfassung von Zuständen in den Mittelpunkt und eröffnen damit die Registrierung von Veränderungen. Möglichkeiten und Notwendigkeiten von Rückkopplungen sind die Folge, die damit letztlich ein Denken in Regelkreisen erfordern. Damit ist ein System permanenter Qualitätskontrolle und -sicherung gegeben, das nicht unmittelbar an der einzelnen Maßnahme orientiert ist, sondern die gesamten Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprozesses einbezieht. Prozeßorientierte Strategien dienen nicht nur der Qualitätssicherung, sondern sind gleichzeitig auch Werkzeuge für eine permanente Qualitätsverbesserung. Eine grobe Darstellung ergibt sich aus Abbildung 1.

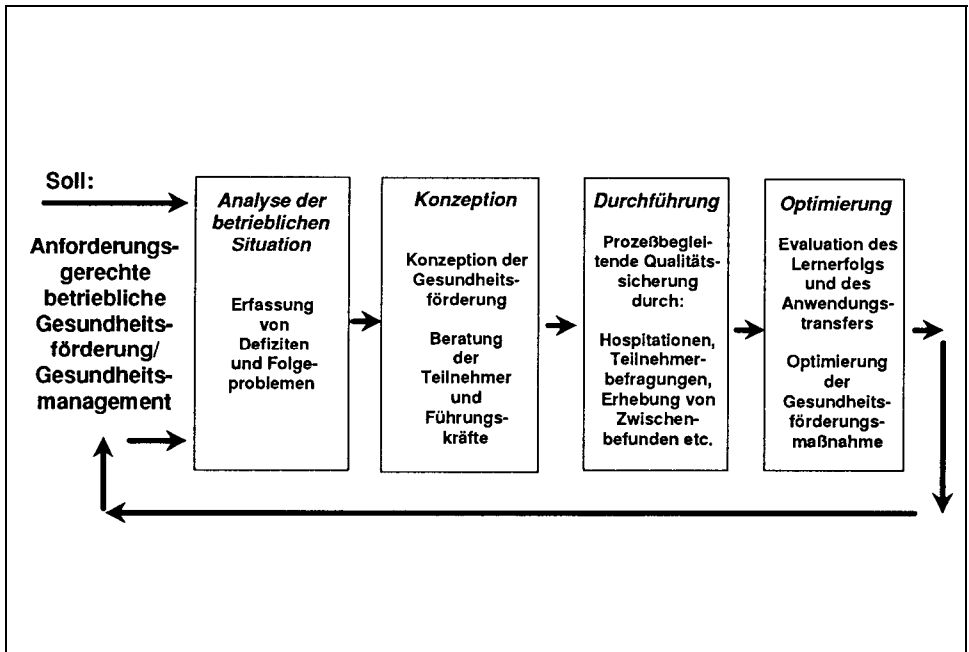


Abbildung 1. **Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung.**

Das zur Zeit anspruchsvollste Konzept der Qualitätskontrolle bzw. -sicherung ist als „Total Quality Management (TQM)“ in die Diskussion eingegangen. Dabei werden immer wieder drei Aspekte betont: (a) die Erhöhung der Qualität, (b) eine Reduktion der Kosten und (c) eine Verkürzung der Fertigungszeiten. Dabei ist nicht zu übersehen, daß weltweit die Bemühungen um Qualitätssicherung in dieses Konzept einmünden. Kurz formuliert kann gesagt werden, daß ein umfassendes Qualitätsmanagement dann realisiert wird, wenn im Rahmen einer „Kundenorientierung“ Qualitätsziele formuliert werden, die wiederum der Organisation vorgegeben werden,

um sie in einem kontinuierlichen, konsequenten Qualitätsmanagement durchzusetzen. Überträgt man die Grundgedanken dieses Konzepts auf betriebliche Gesundheitsförderung, so wird ein Qualitätsmanagement und eine Qualitätssicherung u. a. durch Kontinuität realisiert. Versteht man umfassendes Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung als ein dynamisches System, so sind damit permanente Modifikationen und Verbesserungen auf allen Teilgebieten angesagt, um eine Effizienzoptimierung für das Unternehmen zu erreichen.

Geht man davon aus, daß der „zufriedene Kunde“, d. h. das Organisationsmitglied das anzustrebende Ziel eines umfassenden Qualitätsmanagements ist, so erscheint es zwingend notwendig, die Wünsche, Anforderungen und Erwartungen der Organisationsmitglieder zu analysieren. Damit kann ein Fit erreicht werden, der die Lücke zwischen den Möglichkeiten der Organisation und den Erwartungen der Organisationsmitglieder minimiert. Im Gegensatz zu „klassischen“ Produkten ist dem Hersteller der Ware „Gesundheit“ der Endverbraucher bekannt. Somit bieten sich für die Ermittlung der Anforderungen und Erwartungen unterschiedliche Möglichkeiten an. Diese Möglichkeiten reichen von direkten Befragungen der Betroffenen über entsprechende Bedarfsanalysen, systematische Auswertung von Defizitanalysen, Strategien des Benchmarkings bis hin zur Einbindung von kompetenten Mitarbeitern.

Versucht man, die Zufriedenheit (i. w. S.) als einen der wichtigen Indikatoren für Qualität zu erfassen, so lassen sich u. a. folgende Teilaspekte benennen:

- Termingerechte Durchführung der Maßnahme,
- Vollständigkeit der angebotenen Maßnahme,
- Fehlerfreiheit bei der Durchführung der Maßnahme,
- Vollständigkeit des Inhalts,
- Verständlichkeit des Inhalts,
- Fachgerechte Beratung beim Transfer vom Lernort zum Funktionsort,
- Berücksichtigung von Modifikationsvorschlägen,
- Reklamationsquoten.

Damit wird aber deutlich, daß der Prozeß einer permanenten Modifikation und Verbesserung zum großen Teil in „den Köpfen“ der Betroffenen verankert sein muß. Dies beginnt mit den organisationalen Zielen, die explizit ein Qualitätsdenken zum Ausdruck bringen müssen. Entsprechende Leitbilder und Identifikationsmöglichkeiten durch das obere Management sind unabdingbare Voraussetzung.

Auf der operativen Ebene sollten alle Möglichkeiten des interaktiven Informationsaustausches genutzt werden. Gesundheitszirkel, Qualitätszirkel, Projektarbeit, Verbesserungsteams etc., die sowohl vertikal als auch horizontal konzipiert sein können, stellen mögliche Formen eines Optimierungsprozesses dar.

Zukünftige Perspektiven

Es ist unbestritten, daß Gesundheitsprogramme in Organisationen einen hohen Kostenfaktor darstellen, der in Zukunft noch weiter zunehmen wird. Man muß realistisch sein: Gesundheitskonzepte bzw. -programme haben nur dann eine Überlebenschance in Organisationen, wenn sie im gleichen Maße auf die Ziele der Organisation und die der Organisationsmitglieder abgestimmt sind. Dies erfordert eine neue Sichtweise von allen Beteiligten. So muß die Frage gestellt werden, inwieweit sich öffentliche und organisationale Programme gegenseitig ergänzen können, bzw. eine Verlagerung von einem Bereich in den anderen angezeigt ist. Ergänzend dazu verweist Graham (1983) darauf, daß „...awareness of emerging potential health Problems, identification of the most effective means of preventing them, and maintenance of a high degree of flexibility are the keys to meeting the challenges to occupational health programs, today and tomorrow...“ (S. 23). Eine schnelle und flexible Anpassung aller an den Gesundheitsprogrammen Beteiligten ist gefordert. Eine zukunftsorientierte Gesundheitskonzeption muß die Mitglieder von Organisationen darauf verpflichten, vorhandene Ressourcen selbst zu erkennen, sie adäquat bzw. effektiv auszusuchen und einzusetzen. Die Herausforderungen sind in der Verknüpfung neuer Probleme, Technologien, Umwelten, Populationen und aktuellen Versorgungssystemen zu sehen. Ideal waren Versorgungssysteme, die eine Steigerung der physischen und psychischen Gesundheit, des „Wohlbefindens in Organisationen“ garantieren, gleichzeitig aber den Forderungen medizinischer Dienste, der Kostenstabilisierung und der unmittelbaren Verfügbarkeit Rechnung tragen. Eine Neukonzeptualisierung der Gesundheitsberatung und Gesundheitsversorgung in Organisationen ist gefordert. Garfield (1979) schlägt ein geeignetes „Health Testing“ vor. Mit Hilfe dieses Vorgehens sollen „the well, the worried well, the early sick, the acutely sick and the chronically sick“ identifiziert werden und eine wechselseitige Anpassung zwischen Gesundheitsprogramm und individuellen Bedürfnissen hergestellt werden.

Eine pragmatische Trennung zwischen Personen, die als „well“ oder „worried well“ sowie „early sick“ oder „chronically sick“ einerseits und jenen, die als „acutely ill“ andererseits kategorisiert werden können, erscheint angezeigt. Damit ist eine Systematisierung von Anforderungen an Programme gegeben, die weitaus produktiver und kostensparender als herkömmliche Vorgehensweisen ist. Speziell im Bereich von Gesundheitsprogrammen in Organisationen sollte eine derartige Systematisierung etabliert sein, die dann in erster Linie auf die „gesunden“ Organisationsmitglieder zugeschnitten sein müßte. Unter dem Leitgedanken einer Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten sowie einer Reduzierung der Kosten von „health care benefits“ ist ein Umdenken in Organisationen zu beobachten. Zunehmend läßt sich eine Orientierung an sogenannten „wellness“-Programmen beobachten, die eine Neukonzeptualisierung von „Gesundheitsüberlegungen in Organisationen“ erfordert. Unter anderem wird nicht mehr ausschließlich auf klinische Programme zurückgegriffen, sondern es werden starker organisationale Aspekte (z. B. Kooperation, Gruppenkohäsion) einbezogen, die bis zu Wettbewerbssituationen innerhalb und zwischen einzelnen Organisationen führen (Brownell, 1986). Pointiert verweist

Graham (1983) auf die ökonomische Bedeutung von Gesundheitsprogrammen „...never before has the nation depended so much on enhancement of the health of employees in the workplace to improve the public health and to help maintain the United States as a productive, competitive nation in world markets. How this challenge is met will affect not only the survival of occupational health programs and medicine, but also - possibly - the future of this country...“ (S. 31).

Literatur

- Abrams, D. B., Elder, J. P., Carleton, R. A., Lasater, T. M. & Artz, L. M. (1986). Social learning principles for organizational health Promotion: An integrated approach. In M. F. Cataldo & T. J. Coates (Eds.), **Health and industry: A behavioral medicine perspective** (pp. 28-51). New York: Wiley.
- Abrams, D. B. & Follick, M. J. (1983). Behavioral weight loss intervention at the worksite: Feasibility and maintenance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 243-251**.
- Badura, B., Grande, G., Janßen, H. & Schott, **Th. (1995). Qualitätsforschung im Gesundheitswesen**. Weinheim/München: Juventa.
- Bandura, A. (1977). **Social learning theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bös, K. & Gröben, F. (1995). Betriebliche Gesundheitsförderung. **Prävention, 18** (1) 11-14.
- Brownell, K. D. (1986). Weight control at the workplace: The power of social and behavioral factors. In M. F. Cataldo & T. J. Coates (Eds.), **Health and industry: A behavioral medicine perspective** (pp. 143-161). New York: Wiley.
- Campbell, T. D. & Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In N. L. Gage (Ed.), **Handbook of research on teaching** (pp. 171-246). Chicago, IL: Rand McNally.
- Cataldo, M. F. & Coates, T. J. (Eds.). (1986). **Health and industry: A behavioral medicine perspective**. New York: Wiley.
- Coates, T. J. & DeMuth, N. M. (1984). Health psychology: Training, responsibilities, contributions. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), **Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention** (pp. 1196-1203). New York: Wiley.
- Cook, T. D. & Campbell, T. D. (1979). **Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings**. Chicago, IL: Rand McNally.
- DeLeon, P. H. & Pallak, M. S. (1982). Public health and psychology. **American Psychologist, 37, 934-935**.
- DeMuth, N. M., Fielding, J. E., Stunkard, A. J. & Hollander, R. B. (1986). Evaluation in industrial health Promotion programs: Return-on-investment and survival of the fittest. In M. F. Cataldo & T. J. Coates (Eds.), **Health and industry: A behavioral medicine perspective** (pp. 433-452). New York: Wiley.
- Feldman, R. H. L. (1984). Evaluation health Promotion in the workplace. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), **Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention** (pp. 1087-1093). New York: Wiley.
- Fielding, J. E. (1979). Preventive medicine and the bottom line. **Journal of Occupational Medicine, 21, 79-88**.

- Fielding, J. E. (1982). Effectiveness of employee health improvement programs. *Journal of Occupational Medicine*, **24**, 907-916.
- Franks, C. M., Wilson, G. T., Kendall, P. C. & Brownell, K. D. (1982). *Annual review of behavior therapy: Theory and practice* (Vol. 8). New York: Guilford.
- Friczewski, F., Jenewein, R., Lieneke, A., Schiwon-Spies, L. & Westermayer, G. (1989). Betriebliche Gesundheitszirkel: Primärprävention streßbezogener Erkrankungen am Arbeitsplatz. *Psychomed*, **1**, 140-143.
- Garfield, S. R. (1979). Health testing - A new concept of health care delivery. In G. Chadro (Ed.), *Health handbook* (pp. 159-189). Amsterdam: North-Holland.
- Graham, M. D. (1983). The corporate medical department: History of the development of occupational health programs and an overview of the future. In J. S. J. Manuso (Ed.), *Occupational clinical psychology* (pp. 18-32). New York: Praeger.
- Jacobs, P. & Chovil, A. (1983). Economic evaluation of corporate medical programs. *Journal of Occupational Medicine*, **25**, 273-278.
- Kanfer, F. H. (1975). Self management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 309-356). New York: Pergamon.
- Komaki, J. L. & Jensen, M. (1986). Within-group designs: An alternative to traditional control-group designs. In M. F. Cataldo & T. J. Coates (Eds.), *Health and industry: A behavioral medicine perspective* (pp. 86-139). New York: Wiley.
- Kuhn, J. & Lück, P. (1995). Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung: Die betriebliche Gesundheitspolitik auf innovativen Wegen. *Prävention*, **18** (3), 74-77.
- Liepmann, D. (1989). Fragen zu einer empirischen Unternehmenskulturforschung. In W. Dürr, D. Liepmann, H. Merckens & F. Schmidt (Hg.), *Wertvorstellungen in Unternehmenskulturen*. Baltmannsweiler: Pädagogischer Verlag.
- Macdonald, S. & Wells, S. (1994). The prevalence and characteristics of employee assistance, health promotion and drug testing programs in Ontario. *Employee Assistance Quarterly*, **10** (1), 25-55.
- Maiden, P. R. (1993). Principles of Total Quality Management and their application to Employee Assistance Programs: A critical analysis. *Employee Assistance Quarterly*, **8** (4), 11-40.
- Manuso, J. S. J. (Ed.). (1983). *Occupational clinical psychology*. New York: Praeger.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, **35**, 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, **37**, 1-14.
- Naditch, M. P. (1984). The STAYWELL Program. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 1071-1078). New York: Wiley.
- Naditch, M. P. (1986). STAYWELL: Evolution of a behavioral medicine program in industry. In M. F. Cataldo & T. J. Coates (Eds.), *Health and industry: A behavioral medicine perspective* (pp. 323-337). New York: Wiley.
- Nathan, P. E. (1984). Johnson & Johnson's „Live-for-Life“: A comprehensive positive lifestyle change program. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 1064-1070). New York: Wiley.
- Puder, M. (1983). Credibility, confidentiality, and ethical issues in employee counseling programming. In J. S. J. Manuso (Ed.), *Occupational clinical psychology* (pp. 95-104). New York: Praeger.

- Sethi, A. S., Caro, D. H. J. & Schuler, R. S. (1987). **Strategic management of technostress in information society**. Lewiston, NY/Toronto: Hogrefe.
- Staehle, W. H. (1991). **Management** (6. Aufl.). München: Vahlen.
- Warner, E. W. & Murt, H. A. (1985). Economic incentives and health behavior. In J. C. Rosen & L. J. Solomon (Eds.), **Prevention in health psychology** (pp. 236-274). Hanover, NH/London: University Press of New England.
- Westennayer, G. & Bähr, B. (Hg.). (1994). **Betriebliche Gesundheitszirkel**. Göttingen: Hogrefe.
- Wilbur, C. S., Hartwell, T. D. & Piserchia, P. V. (1986). The Johnson & Johnson „LIVE FOR LIFE“ Program: Its organization and evaluation plan. In M. F. Cataldo & T. J. Coates (Eds.), **Health and industry: A behavioral medicine perspective** (pp. 338-350). New York: Wiley.
- Wilson, G. T. (1980). Cognitive factors in lifestyle Change: A social learning perspective. In P. R. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), **Behavioral medicine: Changing health lifestyles** (pp. 3-37). New York: Brunner/Mazel.