

# Gesundheit im Habitus von Führungskräften

Eine rekonstruktive Studie anhand von Interviews mit Führungskräften

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität Tübingen.

vorgelegt von

Verena Hellfritsch

Düsseldorf

Tübingen

2015

Tag der mündlichen Prüfung

18. Januar 2016

Dekan

Prof. Dr. Josef Schmid

1. Gutachter

Prof. Dr. Ansgar Thiel

2. Gutachter

Prof. Dr. Stephan Zipfel

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	V
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Transkriptionsregeln .....	VII
<i>I Einführung und theoretische Grundlagen</i> .....	1
1. Einleitung .....	1
2. Problemstellung .....	3
3. Theoretische Grundlagen .....	7
3.1 Grundbegriffe des praktischen Bezugsrahmens ‚Unternehmen‘ .....	7
3.1.1 Unternehmen und Unternehmenskultur .....	7
3.1.2 Führungskraft .....	10
3.1.3 Die Führungskraft als Teil des ‚Managements‘ .....	12
3.1.4 Die Karriere der Führungskraft .....	13
3.2 Rolle .....	14
3.3 Gesundheit .....	16
3.3.1 Zugänge zur Gesundheit .....	16
3.3.2 Gesundheit in der zeitlich-begrifflichen Entwicklung .....	17
3.3.3 Von der subjektiven Vorstellung von Gesundheit zum Gesundheitshandeln .....	19
3.3.4 Lebenswelten – die Bedeutung des sozialen Umfelds .....	21
3.3.5 (Gesundheits-)Handeln vs. (Gesundheits-)Verhalten .....	23
3.4 Die konstruktivistische Perspektive .....	24
3.5 Bourdieus Habitus und dessen theoretische Rahmung .....	26
3.5.1 Der Habitus und sein Stellenwert für diese Arbeit – Blick in die Forschung .....	28
3.5.2 Bourdieus soziale Praxis .....	29
3.5.3 Der Weg des Sozialen in den Körper – Entwicklung und Wirkweisen des Habitus .....	30
3.5.4 Das Feld .....	32
3.5.5 Das Kapital .....	34
3.5.6 Karriere .....	36
3.5.7 Handlungslogik - der praktische Sinn .....	39
3.6 Habitusrekonstruktion .....	39
3.6.1 Der Habitus von Führungskräften .....	40
3.6.2 Das forschungsbezogene Verständnis des Habitus .....	43

3.7	Forschungsstand und Forschungsfrage .....	47
3.7.1	Die relevanten Forschungsfelder .....	48
3.7.2	Forschungsarbeiten zum Habitus von Führungskräften .....	54
3.7.3	Forschungsfrage.....	58
<i>II Methoden</i> .....		61
4.	Untersuchungsplan .....	61
5.	Methode der Datengewinnung .....	65
5.1	Fallauswahl .....	67
5.2	Durchführung der Interviews .....	69
5.3	Transkription und Vorgehen in der computergestützten Auswertung .....	70
6.	Methode der Datenauswertung und -interpretation.....	72
6.1	Die dokumentarische Methode .....	72
6.2	Arbeitsschritte der dokumentarischen Methode .....	73
6.3	Die relationale Typenbildung nach Nohl .....	74
6.4	Das Vorgehen der relationalen Typenbildung .....	76
6.5	Die dokumentarische Methode in dieser Studie .....	82
<i>III Empirische Studie</i> .....		85
7.	Die Herangehensweise im Überblick.....	85
8.	Gesundheitsbezogene Orientierungen.....	89
8.1	Die vier Dimensionen im Überblick .....	89
8.2	Dimension I – Konstruktionen von Gesundheit.....	90
8.2.1	Funktionsaspekte des Körpers .....	91
8.2.2	Abwesenheit von Krankheit .....	91
8.2.3	Leistungs-/ Arbeitsfähigkeit .....	94
8.2.4	Ausdruck (übergeordneten) Wohlbefindens.....	95
8.3	Körperliche und geistige Komponenten im Zusammenspiel.....	99
8.4	Zwischenfazit .....	101
8.5	Dimension II – Muster des Gesundheitshandelns.....	103
8.5.1	Präventives Gesundheitshandeln .....	104
8.5.2	Gesundheitshandeln als Reaktion auf Erkenntnisse oder Empfehlungen .....	106
8.5.3	Gesundheitshandeln als ‚Wartungspflicht‘ .....	107
8.5.4	Gesundheitshandeln als unbewusstes Tun.....	110
8.5.5	Ausbleiben/ Unterlassen von Gesundheitshandeln.....	112
8.5.6	Gesundheitshandeln als verbindlicher Teil der Rolle ‚Führungskraft‘ .....	115
8.6	Zwischenfazit .....	117
8.7	Dimension III – Handlungstreiber .....	117
8.7.1	Die Wirkrichtungen der Handlungstreiber .....	118
8.7.2	Vom Einzelfall zum Muster.....	120

---

8.7.3	Innenorientierung.....	122
8.7.4	Außenorientierung.....	123
8.7.5	Fall mit Transformation des Treibers: von außen nach innen.....	124
8.8	Dimension IV – Verantwortung.....	125
8.8.1	Die Adressaten der Zuschreibung von Verantwortung.....	126
8.8.2	Volle Eigenverantwortung beim Einzelnen.....	127
8.8.3	Ausgelagerte Verantwortung.....	131
8.9	Zwischenfazit.....	135
9.	Führungsbezogene Orientierungen.....	136
9.1	Dimension V – Wert von Führung.....	138
9.2	Dimension VI – Wert von Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle.....	138
9.3	Themenbezogene Falldarstellungen.....	141
10.	Typologie.....	176
10.1	Die Gesundheitstypik.....	178
10.1.1	Der Selbstverwirklicher.....	185
10.1.2	Die Abweichung in der Gemeinsamkeit – die Subtypen.....	192
10.1.3	Der Rückkoppler.....	192
10.1.4	Der Stoiker.....	194
10.1.5	Fazit – Der Gesundheitshandlungstyp.....	195
10.1.6	Reaktives Gesundheitshandeln: Effekt der Katalysatoren auf das Gesundheitshandeln.....	196
10.2	Die Führungstypik.....	197
10.3	Fazit zur Bildung der empirischen Typen.....	210
11.	Gesundheit im Habitus der Führungskräfte – theoretische Anchlüsse.....	211
11.1	Individuelle Konstruktionen – die individuell verstandene Gesundheit.....	213
11.2	Das Kapital der Führungskräfte – die Währung Gesundheit im körperlichen Kapitalstock.....	214
11.3	Treiber als Anlässe zur Spielteilnahme.....	215
11.4	Gesundheitshandlungsmuster als unterschiedliche Strategien des Kapitalmanagements.....	216
11.5	Eigenverantwortung und das Zuspruch von Leistung und Erfolg im Gesundheitshandeln.....	218
11.6	Das Wirkungs-, ‘Feld‘ des Habitus.....	218
11.7	Die gesundheitsbezogenen Praxen der Führungskräfte.....	219
11.8	Zur Bedeutung von Gesundheit als eine Facette im Habitus der Führungskraft.....	221
11.9	Exkurs: Ansätze zur Genese der habituellen Facetten Gesundheit und Karriere.....	222
11.10	Die Bedeutung der biologischen Gesundheit für diese Arbeit.....	224
11.11	Führungskraft – Gesundheit – Habitus.....	224

---

<i>IV Schluss</i> .....	226
12. Zusammenfassung.....	226
13. Chancen und Grenzen der Studie.....	229
14. Ausblick – in unterschiedliche Blickrichtungen .....	230
14.1 Die Unternehmensebene .....	230
14.2 Die Akteursebene.....	234
14.3 Sozialisation oder Selektion.....	236
14.4 Die gesellschaftliche Ebene .....	237
15. <i>Literaturverzeichnis</i> .....	243
16. <i>Anhang</i> .....	259
16.1 Im Anschluss an die Interviews erhobene soziographische Daten .....	259
16.2 Interviewleitfaden .....	261
16.3 Einverständniserklärung .....	263

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsbezogene Orientierungen – über alle Fälle .....	136
Tabelle 2: Führungsbezogene Orientierungen – über alle Fälle.....	139
Tabelle 3: Gesundheitstypik - Darstellung der gesundheitsbezogenen Orientierungen und Dimensionen über alle Fälle mit Hervorhebung der den Haupttyp bildenden Orientierungen (dunkel) .....	178
Tabelle 4: Konstruktionen von Wohlfühlen (Spaß/ Freude) über alle Fälle .....	180
Tabelle 5: ‚Gesundheitshandeln als Reaktion‘ über alle Fälle – mit Auslösern und fallspezifischen Reaktionen .....	182
Tabelle 6: Innen- bzw. Außentreiber über alle Fälle .....	184
Tabelle 7: Übersicht über alle typenbildenden Orientierungen aus den 6 differenzierten Dimensionen.....	198
Tabelle 8: Daten zum sozialen Hintergrund der Befragten .....	259
Tabelle 9: Persönliche Daten zum beruflichen Hintergrund .....	260

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Karriere als Spiel im Sinne Bourdieus (Hermann, 2004, S. 154) .....	37
Abbildung 2: Darstellung von Orientierungsrahmen bei Bohnsack mit entsprechendem Bezugsrahmen (Bohnsack 2013, S. 182) .....	78
Abbildung 3: Die Arbeitsschritte der vorliegenden Studie in der Übersicht.....	88
Abbildung 4: Modell der Außen- versus Innenorientierung beim Gesundheitshandeln über alle Fälle (eigene Darstellung).....	121
Abbildung 5: Identifizierte und schrittweise integrierte Orientierungen und Dimensionen in Richtung Typenbildung .....	177

## Transkriptionsregeln

<b>Kennzeichnung</b>	<b>Bedeutung</b>
Be	Befragter
I	Interviewerin
(Name, Zahl)	Kennzeichnet Fall und Zeile
GROßBUCHSTABEN	Betontes Sprechen
(...)	Auslassung
/	Wort- oder Satzabbruch
[...]	Akustisch unverständlich



# *I Einführung und theoretische Grundlagen*

## 1. Einleitung

Führungskräfte in Unternehmen haben sich im Zuge der gesellschaftlichen und technischen Veränderungen großen Herausforderungen zu stellen: Sie müssen trotz organisatorischer Veränderungen stets adäquat handeln, sich auch in unklaren Situationen zurechtfinden und anderen Orientierung geben, wo sie ihnen manchmal selbst fehlt. Von ihnen wird nicht nur die strategische Führung der Unternehmen und die entsprechende Unterweisung von Mitarbeitern, sondern auch das Führen, Coachen, Entwickeln und Binden von Mitarbeitern erwartet, wobei die Mitarbeiter selbst keine zwangsläufig lebenslange Beschäftigung bei einem Arbeitgeber anstreben, sondern selbst nach Herausforderungen, Chancen, Entwicklung und Karriere für den eigenen optimalen Lebenslauf suchen.<sup>1</sup> Darüber hinaus ist das Umfeld für Führungskräfte fordernder geworden: Sie werden auf unterschiedlichen Ebenen und Kanälen zeitgleich adressiert (Telefon, Smartphone, PC, klassische Besprechungen oder per Video-Konferenz). Jede dieser Möglichkeiten erfordert Arbeit, Input, Zeit und bringt ebenfalls neue Anforderungen ans Handeln mit sich und wenn diese nur im Nein-Sagen oder Löschen von Nachrichten bestehen (vgl. Funken, Stoll & Hörlin, 2011; Kastner, 2006).

Das bedeutet in der Summe eine Vielzahl von Herausforderungen, deren Bewältigung sich belastend auf Führungskräfte auswirken kann und denen oft nur schwer nachzukommen ist.<sup>2</sup> Viele Manager überstrapazieren ihre eigenen körperlichen wie geistigen Ressourcen und lassen sich zu oft erst durch existenzielle Krisen zu einem Umdenken bewegen.<sup>3</sup> Die Studienlage zur Gesundheit von und Gesundheitsdaten über Führungskräfte ist dünn. So zieht Leidenfrost im Jahre 2006 eine Studie der Jahre 1998/99 heran, die auf die gefährdete Gesundheit der Führungskräfte hinweist. Aber auch ein aktueller Blick fördert wenig Konkretes oder Differenziertes zutage. Zu nennen ist eine Studie

---

<sup>1</sup> Vgl. Sauer, 2015; Richter & Wegge, 2011; Holzträger, 2012: Führungskräften wird immer wieder in aller Deutlichkeit nahegebracht, wie wichtig ihr Handeln für die Gesundheit der Mitarbeiter im Unternehmen ist.

<sup>2</sup> Ganz aktuell kann hier der medienwirksame Schwächeanfall des BMW-Vorstands auf der IAA in Frankfurt am 15.9.2015 angeführt werden, den die Frankfurt Allgemeine Zeitung so überschreibt: „BMW-Chef kollabiert. Das gefährliche Leben der Manager“ (Siedenbiedel, 2015).

<sup>3</sup> Es gibt eine umfassende journalistische Berichterstattung zu den Folgen der Überlastung: Eine kritische Betrachtung dieser Entwicklungen und der entsprechenden Aufbereitung findet sich bei Bröckling, 2013.

einer Klinik und Unternehmensberatung, die Managern (nach Selbsteinschätzung) insgesamt eine gute physische Gesundheit attestiert, aber auf die Gefährdung der Gesundheit, vor allem in psychischer Hinsicht, hinweist (Heindrick & Struggels, 2014). Jedoch geben auch Studien zur Gesundheit in Deutschland, wie sie Krankenkassen bspw. regelmäßig veröffentlichen oder der Fehlzeitenreport (Badura, 2011 und 2014) abbildet, Aufschluss darüber, wie es in dieser Hinsicht um Führungskräfte bestellt ist. Auch wenn diese in der Regel keine gesetzlich Versicherten sind, so lassen sich die Daten, die sich mit Problemen durch Arbeitsverdichtung oder dauerhafte Erreichbarkeit sowie dem Phänomen des Präsentismus auseinandersetzen, vermutlich auf die Führungskräfte übertragen – und um die Verantwortung ergänzen, die sie für diejenigen tragen, die unter diesen Problemen und von ihrer Führungsqualität abhängig sind, wie zuvor beschrieben.

Ebenfalls hinweisgebend sind die Aktivitäten der Weiterbildungsbranche, die auch ein Spiegel dafür sind, was Unternehmen als wichtig für ihre Führungskräfte und Mitarbeiter erachten und wo diese Handlungsbedarf sehen. Der umfassende Bericht des Wuppertaler Kreises (2015) bspw. dokumentiert einen deutlichen Anstieg der Maßnahmen zum Stressmanagement und zur Burnout-Prävention. Im Rahmen der Studie von managementseminare wird aus Anbietersicht der Markt für Angebote zum Thema Gesundheit und persönliche Kompetenz ebenfalls groß eingeschätzt: „Ganz oben steht nach wie vor die Mitarbeiterführung, gefolgt von Selbstführung und Teamentwicklung. *Als Wachstumstreiber [sic], nicht verwunderlich, wird der Gesundheitsmarkt eingeschätzt*“ (Bußmann, 2015, ohne Seitenangabe, Hervorhebung V.H.).

Die gleiche Studie führt Führungskräfte als stärkste Zielgruppe von Entwicklungsangeboten auf, was zusammen mit den oben zitierten Trends wertvolle Hinweise auf den Bedarf dieser Zielgruppe gibt: Entwicklung in der beruflichen Rolle sowie persönliche Entwicklung mit einem Fokus auf die eigenen Ressourcen.

Beim Blick auf die Aktivitäten in den Unternehmen, die Berichte der Fachpresse und Weiterbildungsinstitutionen sowie die sich entwickelnde Forschungslage, wie im Weiteren dargelegt, zeigt sich, dass die Gesundheit von Führungskräften ein Thema ist, das zunehmend Beachtung in Gesellschaft und Wissenschaft findet. Eine Fokussierung auf einen Teilaspekt des breiten Themas, der im Folgenden erklärt wird, führte dann zum Entstehen dieser Arbeit.

## 2. Problemstellung

Aus dem persönlichen Erleben dieser Entwicklungen aufgrund der eigenen beruflichen Tätigkeit in der Führungskräfteentwicklung entstand die Motivation zur vertieften wissenschaftlichen Auseinandersetzung im Rahmen einer Promotion. Dabei stand erst einmal der Wunsch im Vordergrund, die Prozesse zu verstehen: „Wie kommt das?“ – Führungskräfte haben in ihrer Entwicklung in der Regel ausreichend Seminarerfahrung, haben vielfältige Entwicklungsangebote wahrgenommen, um in der Rolle reflektierter zu agieren und leistungsfähiger zu werden. Und doch gibt es deutliche Unterschiede unter Führungskräften im gesundheitsbezogenen Handeln, wie die Wahrnehmung aus der Praxis zunächst ergibt. Wo die eine Führungskraft konsequent für sich sorgt, Grenzen zieht, Sport treibt und sich nicht von der Schokolade auf dem Schreibtisch verführen lässt, so erklärt die andere, dass ihr für jede Form des Ausgleichs einfach die Zeit fehle und eine dritte räumt sogar ein, erst nach einer ersten ernsthaften Erkrankung Zeitfenster gefunden zu haben. Soweit stellt sich das Problem aus der impulsgebenden Praxis der beratenden Arbeit mit Führungskräften dar.

Die Frage ist also, wie zu erklären ist, dass manche Führungskräfte in Bezug auf ihre Gesundheit so und andere anders handeln und ob sich diesbezüglich erklärende Muster finden lassen. Gleichzeitig hilft dies der Praktikerin in der Forscherin (sowie Personalabteilungen und Personalentscheidern) perspektivisch dabei, der Führungskraft aus dem Wissen um diese Muster oder um bestimmte Handlungstypen spezifische Angebote in Bezug auf ihre individuelle Gesundheit unterbreiten zu können.

Um vom praktischen, professionell getriebenen Anliegen zu einem wissenschaftlichen Forschungsthema zu gelangen, sind grundlegende ‚Übersetzungen‘ zu leisten, um eine adäquate Frage zu formulieren und dieser im Rahmen einer eigenen Studie nachzugehen. Dazu ist zunächst zu klären, wo dieses Anliegen in der Forschung beheimatet ist – oder anders gesagt: wo es die Forscherin beheimaten möchte, um den größten Mehrwert im Sinne des Forschungsbeitrags zu erzielen.

Dabei stand eines fest: Es sollte um die Akteure gehen, also um Führungskräfte in ihrer Rolle und dementsprechend auch in ihrem beruflichen Wirkungsfeld.

Mit der Übernahme einer Führungsaufgabe gehen bestimmte Haltungen und Einstellungen einher, die – neben der Kenntnis der notwendigen Führungsinstrumente – das pro-

fessionelle Handeln leiten. Zumal es nicht *die* Führung gibt, sondern bestimmte Menschen und Situationen jeweils Anpassungen im Führungsstil erfordern. Die fachliche Diskussion darum, was Führung von Mitarbeitern bedeutet und beinhaltet und wie die ideale Führungskraft aussieht, ist breit gefächert und immer wieder Veränderungen unterworfen. Wesentlich ist der Wandel von der transaktionalen zur transformalen Führung, das heißt in wenigen Worten von einer Führung, die im Wesentlichen auf Weisung und Kontrolle basiert, zu einer deutlich dialogischeren, die motivierend und wertschätzend ist. Auch das virtuelle Führen, um ein weiteres Beispiel für den Wandel im Führen darzustellen, also das Führen von Mitarbeitern, die nicht am selben Ort wie ihre Führungskraft arbeiten, erfordert spezifische Kompetenzen, wie bspw. eine klare Kommunikation und Vertrauensfähigkeit.<sup>4</sup> Ebenso unterliegen gesellschaftliche Einstellungen zur Gesundheit einem Wandel, wobei nun zunehmend Gesundheit fokussiert wird. Und genau hier setzt diese Arbeit an, wobei nicht der Frage nachgegangen werden soll, wie die ideale Führungskraft aussieht oder was sie tut. Vielmehr soll herausgearbeitet werden, welche Bedeutung Gesundheit für diesen Kreis hat und ob dies in einem Zusammenhang mit der Führungsrolle steht – und falls ja: in welchem.

Derartige Fragestellungen sind gesellschaftlich und betriebswirtschaftlich hochaktuell.<sup>5</sup> Mehr denn je werden Aspekte von Gesundheit zu Aspekten von Führung. Gesundes Führen ist mittlerweile ein gängiges Schlagwort in den Unternehmen und vor allem bei den zuständigen Personalentwicklern. Es geht dabei sowohl um die Gesundheit des Führenden als auch um die des Mitarbeiters sowie die Wechselwirkungen aus deren Beziehung und die förderlichen und hinderlichen Faktoren. Dabei kann, entsprechend dem Vorbild der Gesundheitswissenschaften, der Fokus entweder auf die Verhältnisse oder auf das Verhalten gerichtet sein. Entweder richtet sich das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse auf die Einflüsse und Wechselwirkungen aus dem Kontext des Unternehmens oder auf die handelnde Person. Letzteres soll hier geschehen. Es muss also keine Verbindung von der Person oder der Aufgabe der Führung zu Aspekten von Gesundheit konstruiert werden, denn faktisch liegt sie bereits im Unternehmensalltag vor.

---

<sup>4</sup> Vgl. bspw. von Rosenstiel, Regnet & Domsch, 2014; Stroebe, 2006.

<sup>5</sup> Vgl. dazu bspw. Meck, 2014 mit der zentralen Fragestellung einer größer angelegten Studie einer Klinik und Unternehmensberatung: „Wie fit sind Deutschlands Manager?“ (vgl. Heindrick & Struggels, 2014)

Aus diesem praktischen Anliegen kristallisierte sich ein Forschungsinteresse heraus, das sich zunächst über die folgenden ideenleitende Fragen darstellen lässt, bevor diese in eine tragfähige Forschungsfrage überführt werden.

- Welche Rolle spielt Gesundheit für Führungskräfte?
- Was meinen sie überhaupt, wenn sie von Gesundheit sprechen?
- Wie sehen entsprechende gesundheitsbezogene Haltungen aus?
- Wie beschreiben und benennen Führungskräfte diese selbst?
- Welche Folgen hat das für das Handeln?

Um das Thema erst einmal zu verorten, ist zunächst zu prüfen, welche Disziplinen sich am gegenwärtigen Diskurs über dieses Thema beteiligen.

Der Gesundheit von Führungskräften kann man sich aus verschiedenen Richtungen nähern: Als Mediziner wird man vor allem den Blick auf die Vorbeugung oder Heilung von Krankheiten in der Zielgruppe richten. Als Wirtschaftswissenschaftler interessiert man sich für die Auswirkungen von kranken oder gesunden Managern in unternehmerischen Zusammenhängen, während sich der Psychologe vor allem mit den individuellen Treibern von und für Verhalten befasst. Soziologen weiten den Blick über das einzelne Individuum hinaus, um überindividuelle Strukturen für die im Fokus stehende Zielgruppe zu entdecken und damit das Soziale an der Gesundheit zu erfassen.

Auffällig ist das Bestreben aller Disziplinen, lösungsorientiert Maßnahmen anzubieten. Vor dem Hintergrund des Feldes Wirtschaft ist dies verständlich, weil dadurch im Hinblick auf den Anschluss wissenschaftlicher Forschung an die Praxis konkrete Hilfestellungen angeboten werden können, die wiederum Defizite ausgleichen bzw. Unternehmenseinbußen vermeiden lassen. Der Zugang über soziologische Betrachtungen eröffnet – auch ohne unmittelbar anschließende Interventionsansätze – Erklärungsmöglichkeiten, die hinter den Symptomen liegen, und bspw. psychologische verhaltensorientierte Modelle sinnvoll ergänzen können. Es geht nicht darum, in Konkurrenz mit Erklärungsmodellen zu treten, sondern den Blick zu erweitern, indem soziale Entstehungszusammenhänge identifiziert werden und Erklärungen ermöglichen.

Der Gesundheitswissenschaftler Hurrelmann hält fest: „In neueren Ansätzen wird die wechselseitige Beziehung zwischen den psychischen und den sozialen Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit betont. Hierdurch ergeben sich Berührungspunkte

zwischen Gesundheitssoziologie und Gesundheitspsychologie, die symptomatisch für eine zunehmende interdisziplinäre Orientierung sind“ (Hurrelmann, 2010, S. 16).

Die gängigen psychologischen Modelle mit thematischem Bezug bieten Lösungen an, die am Verhalten des Einzelnen ansetzen (vgl. dazu Faltermaier, 2005). Die Frage nach dem Kontext, d.h. warum Menschen in bestimmten Situationen so handeln, wie sie es tun, kann soziologische Forschung klären. Hier kann danach gefragt werden, welche Einflüsse der Kontext und dessen Interpretation auf das individuelle Handeln haben und wo sich das Soziale im Thema Gesundheit findet. Auf den Forschungsgegenstand bezogen heißt das, danach zu fragen, wo es Erklärungen in der Lebenswelt gab bzw. gibt, die das Gesundheitshandeln der Zielgruppe beeinflussen. Die Chance anderes zu entdecken als mit der individuellen und personenbezogenen Innenperspektive des Psychologen, wird hier als Treiber gesehen, sich dem Thema soziologisch zu widmen.

Auch innerhalb der Soziologie bieten unterschiedliche Schulen auch jeweils verschiedene Zugänge – bspw. über die Gesundheitssoziologie. Hurrelmann definiert das Ziel der Gesundheitssoziologie mit der Analyse von gesellschaftlichen Bedingungen für Krankheit und Gesundheit (Hurrelmann, 2010, S. 13). Für ihn schaffen soziale, kulturelle, ökonomische und ökologische Aspekte Gesundheitsverhältnisse, die einen starken Einfluss auf das individuelle Gesundheitshandeln ausüben, weswegen gesundheitsförderliche und -hinderliche Faktoren auch im überindividuellen Kontext zu suchen sind. So führt der Weg wieder relativ direkt zum konkreten Tun bzw. auch zu einer Verbesserung der Bedingungen. Damit sind auch die Bedingungen in gesellschaftlichen Teilbereichen gemeint, wie das hier beleuchtete wirtschaftliche System (ebd.). Er betont, dass neben Bildungspotenzialen auch der sozioökonomische Status eine große Rolle für die Gesundheits- und Krankheitsbilanzen von Menschen spielt. Wenn in der vorliegenden Arbeit das gesundheitsbezogene Handeln der Zielgruppe Führungskräfte beleuchtet wird, *kann* das in einem Zusammenhang mit Gesundheitsförderung stehen. Vorrangig interessiert in dieser Arbeit aber die Frage nach den individuellen Dispositionen, die noch vor jedwedem Aktivwerden eines Akteurs, vor jedem Handeln stehen.

Konkreter sind solche Dispositionen gemeint, die sich über soziale Prozesse (Erleben, Nachmachen und zur automatisierten Gewohnheit werden) etablieren und in den Einzelnen dadurch eingeschrieben haben.

Vor dem Hintergrund des Forschungsanliegens, welches solche Einschreibungsprozesse in den Körper sichtbar machen möchte, ist es naheliegend, sich das Habitus-Konzept von Bourdieu zunutze zu machen. Eine Einführung in dieses Konzept sowie in die grundlegenden Begriffe des Bezugsrahmens dieser Arbeit erfolgt im Weiteren.

### 3. Theoretische Grundlagen

Um die vorliegende Arbeit theoretisch wie forschungspraktisch einordnen zu können, wird der empirischen Studie eine Einführung in die zentralen Begriffe des Bezugsrahmens vorangestellt. Dabei werden zuerst die Kernbegriffe des Forschungsfeldes dargestellt, dann die Grundbegriffe der Praxeologie Bourdieus sowie die hier eingenommene konstruktivistische Grundhaltung skizziert.

#### 3.1 Grundbegriffe des praktischen Bezugsrahmens „Unternehmen“

##### 3.1.1 Unternehmen und Unternehmenskultur

Um das Forschungsfeld zu definieren, muss der Begriff „Unternehmen“ eingegrenzt werden. Es soll sich dabei um die Betrachtung von Geschäftsbetrieben handeln, die mit ihren Aktivitäten Gewinne erwirtschaften.<sup>6</sup> Außerdem ist die Organisation ausreichend groß, dass es dort formale Hierarchien gibt, die die Position Führungskraft ermöglichen.

Für diese Arbeit spielt die genaue Größe der Unternehmen keine Rolle. Wichtiger ist es, Führungskräfte in die Befragung einzubeziehen, die in ihrer Position mehrere Jahre Erfahrung haben, wobei die Hierarchie des Unternehmens so differenziert ist, dass diese Führungskräfte ebenfalls noch einen Vorgesetzten vor sich haben, also nicht agieren, ohne selbst noch weisungsgebunden zu sein. Grundsätzlich ist es möglich, auch Manager der ersten Ebene zu diesem Problembereich zu befragen. Da sich aber der eigene Handlungsspielraum grundlegend verändert, wenn noch eine übergeordnete Instanz in Entscheidungen oder Handlung einbezogen werden muss, soll hier klar getrennt werden und bleibt dieser Personenkreis von der Untersuchung ausgeschlossen.

Dem Gebilde „Unternehmen“ kann man sich über die formale Aufbauorganisation, Berichtslinien, Regelungen über betriebliche Abläufe usw. nähern. Um es aber wirklich zu

---

<sup>6</sup> Vgl. Weniger, 2013, S. 34.

verstehen, muss man tiefer gehen als es Formalitäten erlauben – auf die Ebene der handelnden Personen.

Sackmann fasst Unternehmenskultur folgendermaßen zusammen: „Die von einer Gruppe gemeinsam gehaltenen grundlegenden Überzeugungen, die deren Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln bestimmen und insgesamt typisch für die Gruppe sind“ (2006, S. 13). Bei einem erneuten Blick auf diese Definition nach der Einführung in den hier verwendeten Habitus-Ansatz von Bourdieu wird deutlich werden, dass diese Definition mit leichten Modifikationen den Habitus – aus einer anderen Perspektive und vor einem anderen Erkenntniszusammenhang – zu beschreiben vermag.

Diese Anschlussfähigkeit an Bourdieus Habitus tritt auch bei Schein zutage, wenn er strukturelle Stabilität einer Gruppe als Basis einer Unternehmenskultur betrachtet und ausführt, es ginge um die „weniger bewußte und damit weniger faßbare Tiefe und Stabilität dieser Sache“ (1995, S.22). Bourdieu würde hier mit Bezug auf das Handeln des einzelnen Akteurs ebenfalls von unbewusst sprechen (Bourdieu & Wacquant, 1996, S. 170-171), denn ein Habitus wird in einem neuen Kontext zunächst auf Passung geprüft, wobei sich die Passung aus der gelebten Praxis ergibt und sich im stimmigen Handeln zeigt.<sup>7</sup>

Wie erfasst man Unternehmenskultur? Schein schlüsselt sie folgendermaßen auf, um sie greifbar zu machen: Er unterscheidet zwischen der beobachtbaren Ebene der Artefakte, den dahinter liegenden bekundeten Werten sowie den Grundprämissen.

Was dem Beobachter unmittelbar zugänglich ist, sind die Artefakte. Es sind die Strukturen und Prozesse innerhalb eines Unternehmens. Was abläuft, ist dabei leicht zu sehen, aber das dahinter liegende Prinzip schwer zu entschlüsseln. Dahinter befinden sich dann die bekundeten Werte: die Strategien, Ziele und die Unternehmensphilosophie. Hier sind die Leitlinien für das alltägliche Verhalten festgelegt, die sich aus einer gemeinsamen Einschätzung von ‚richtig‘ ergeben haben. Zunächst, so Schein, bringt ein Verantwortlicher eine Problemlösung ein. Sobald sich diese als adäquat erweist, nimmt diese Lösung den Weg vom richtigen Ansatz zum Wert: „Dann tritt der solchermaßen wahr-

---

<sup>7</sup> Auch diese Beschreibung von Habitus stimmt mit den Betrachtungen zur Unternehmenskultur von Schein überein: „Ein Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt; und das daher an neue Mitarbeiter als rational und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit diesen Problemen weitergegeben wird“ (Schein, 1995, S. 25, Hervorhebung im Original).

genommene Wert (...) in einen Prozess kognitiver Umwandlung. Zunächst wird er in einen gemeinsamen Wert und letztlich in eine gemeinsame Grundprämisse verwandelt“ (Schein, 1995, S. 32, Hervorhebung im Original). Auf der Ebene der Grundprämissen schließlich finden sich die unbewussten Selbstverständlichkeiten. Diese Grundprämisse werden von Schein als Ausgangspunkt für Werte und Handlungen beschrieben und fallen dabei „in den Bereich des Nichtverhandelbaren“ (ebd., S. 29).

Kultur ist also entscheidend für den Verhaltensspielraum im Unternehmen. Außerdem bedient sie – trotz oder gerade wegen ihrer Leitplanken – Bedürfnisse: „Die Herausbildung von Kultur läßt sich daher immer per definitionem als Streben nach Integration bestimmen“ (ebd., S. 25). Genau dieses (oder ein derartiges) Verlangen ermöglicht viele Handlungen, die möglicherweise von außen betrachtet nicht unbedingt verständlich, sinnvoll oder zweckdienlich sind.<sup>8</sup> Ein tiefgehender Blick ist vonnöten, um die Treiber zu erfassen, die in einer Gruppe von Menschen – oder in diesem Fall Rolleninhabern – zu bestimmten Handlungsweisen führen. Dabei soll hier explizit nicht der Blick auf psychologische, sondern soziologische Prozesse gerichtet werden.

In Bezug auf die Akteure innerhalb eines Unternehmens, auf die sich der Blick dieser Arbeit richtet, sind es die Führungskräfte. Und es klingt das Bündel an Erwartungen an, mit denen sie in ihren Umgebungen und in ihrer Rolle konfrontiert werden. Das folgende Zitat unterstreicht die besondere Anforderung an die Führungskraft zur kulturellen Ausrichtung eines Unternehmens, was den Rollenträger noch stärker mit dem Unternehmen verbindet:

„Weder die Kultur noch die Führung eines Unternehmens lassen sich voneinander wirklich isoliert begreifen. Die Schaffung und die Steuerung von Kultur machen die einzige wirklich wichtige Tätigkeit von Führungspersönlichkeiten aus, und das besondere Talent zur Führung liegt in der Kenntnis und der Fähigkeit zur Arbeit mit der Kultur“ (Schein, 1995, S. 20).

Kultur ist außerdem ein Phänomen, das ‚unter‘ dem Handeln liegt. Die Betrachtungsebene der Ressourcen, aus denen sich Kultur speist, ist das System einer konkreten Gruppe von Menschen in ihrem Miteinander.

---

<sup>8</sup> So ist der Anschluss an das, was bei Bourdieu die Logik des Spiels ist, leicht möglich, worauf weiter unten eingegangen wird.

Das, was hier betrachtet wird, bezieht sich nicht nur auf den Einspeise-Prozess einer aktuellen Umgebung, sondern *auch* auf das, was sich vor dem Eintritt in solche Systeme bereits dem Handeln zugrunde gelegt hat. An dem Punkt also, an dem alte Einspeisungs- oder Einschreibungsprozesse auf neue Prägungsversuche in einem neuen sozialen Kontext (dem Unternehmen) treffen, sollte die Wirkung früherer Prägungen besonders sichtbar werden.

### 3.1.2 Führungskraft

Zunächst erfolgen der Einstieg und eine Annäherung an den Begriff über die Tätigkeit, das Führen. Von Rosenstiel formuliert dazu knapp:

„Führung ist zielbezogene Einflussnahme. Die Geführten sollen dazu bewegt werden, bestimmte Ziele, die sich meist aus den Zielen des Unternehmens ableiten, zu erreichen. (...) Die Wege dieser Einflussnahme sind jedoch höchst unterschiedlich. (...) Es handelt sich dabei einerseits um die Führung durch Strukturen, andererseits um die Führung durch Personen“ (Rosenstiel, Regnet & Domsch, 1999, S. 4).

Auch im Weiteren wird in diesem Grundlagenwerk eher abstrakt formuliert und von der „Person des Führenden“ gesprochen (ebd., S. 7). Auf die erforderlichen Eigenschaften und Führungsstile wird eingegangen, wodurch zwar die Person durchaus in ihrer Bedeutung hervorgehoben wird, allerdings verschwindet das Individuum hinter seiner auszufüllenden Rolle deutlich. Das ist insofern nicht verwunderlich, da nur so eine Organisation unabhängig von konkreten Handelnden stabil bestehen und konsistent agieren kann. Hierzu schreiben von Rosenstiel et al.: „Tatsächlich fand man bei einer Vielzahl von Persönlichkeitsmerkmalen einen korrelativen Bezug zum Führungserfolg bzw. zum Erreichen einer Führungsposition. Man hat versucht, die wichtigsten Befunde zu gruppieren“ (1999, S. 7). Auch andere Autoren weisen eher auf die bestehende Vielfalt der Definition der Führungskraft hin<sup>9</sup>, die noch einmal facettenreicher wird, wenn über den Tellerrand des deutschsprachigen Raums hinausgeblickt wird. So verweist bspw. Schulte-Florian in ihrer Arbeit zu den ‚Determinanten der Karriere‘ auf die Definitionen, die zwei Klassiker der Führungslehre geben: Wolfgang Staehle und Oswald Neuberger (vgl. Schulte-Florian, 1999, S. 12). Ebenso betont Hermann (2004) in ihrer Arbeit über ‚Karrieremuster im Management‘, dass im deutschsprachigen Raum eine Führungskraft

---

<sup>9</sup> Vgl. bspw. Echterhoff, 2011; Gerick, 2014.

Teil des Managements ist, auf die bestimmte gesetzliche Regelungen angewandt werden, weil diese Führungskraft auch immer noch Mitarbeiter (im Sinne des Angestellten) im Unternehmen ist. Dennoch hebt sie die Rolle (dazu im Folgenden) der Führungskraft heraus – schon allein durch den Gesetzgeber, der sogenannte Leitende Angestellte von Angestellten unterscheidet und dabei Letztere als besonders schutzwürdig bezeichnet. Das wird bspw. durch den Ausschluss der Leitenden Angestellten im Kündigungsschutz-Gesetz, dem für die Mitbestimmung relevanten Betriebsverfassungsgesetz oder dem Arbeitszeitgesetz deutlich.<sup>10</sup>

Zur Zielgruppe bzw. Forschungspopulation werden also diejenigen Arbeitnehmer gezählt, die fachlich und disziplinarisch in der Rolle der Führungskraft sind. Führungskräfte weitergehend nach Ebenen voneinander trennscharf und verständlich abzugrenzen, ist kaum möglich. Schon innerhalb einzelner Unternehmen ist es ein erheblicher Aufwand, Ebenen klar zu unterscheiden und mit differenzierten Verantwortungen auszustatten. Über Unternehmensgrenzen hinweg ist dies dann weiter kompliziert. Neben der bereits zitierten Arbeit von Schulte-Florian, die ebenfalls die Einteilung von Führungsebenen als uneinheitlich kritisiert (vgl. Schulte-Florian, 2004, S. 14) und welche lediglich an die Klassiker des Management verweist, zeigt auch der Blick ins praxisnahe Wirtschaftslexikon eine vergleichbare Einschätzung. Dort beschreibt Bartscher die Führungsebenen im Unternehmen folgendermaßen:

*„Stufen (Managementebenen, Führungsebenen):* Top Management, Middle Management, Lower Management. Es handelt sich dabei um eine verbreitete, infolge uneinheitlicher Grenzziehungen und situativer Abhängigkeiten aber nur bedingt aussagekräftige Einteilung. Während bei einer zumindest dreistufigen Führungshierarchie das Top- und das Lower Management mit der obersten und der untersten Führungsebene gleichgesetzt werden können, umfasst der Bereich des Middle Management je nach der Leitungstiefe der Führungshierarchie eine oder mehrere Führungsebenen“.<sup>11</sup>

Auch die Praktiker selbst, die Personal- und Führungsexperten in Unternehmen, tun sich schwer, eine einheitliche Beschreibung zu finden. Wieser befragte dazu in ihrer Studie ‚Mittlere Manager in Veränderungsprozessen‘, wie die Experten mittlere Manager im

---

<sup>10</sup> Vgl. dazu Bamberg, Ducki & Metz 1998 sowie Pieper 2009.

<sup>11</sup> <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55235/fuehrungshierarchie-v7.html>, Abruf am 18.2.2015, Hervorhebung im Original).

hierarchischen Zusammenspiel mit den anderen Ebenen einordnen. Die Rückmeldungen fasst sie mit einem Zitat eines Befragten zusammen: *„Geführt werden und Führungsverantwortung haben, das ist für mich mittleres Management“* (Wieser, 2013, S. 177, Hervorhebung im Original).

Welche Zielgruppe wird im Rahmen dieser Arbeit untersucht? Zunächst soll hier die herausgehobene Position der befragten Führungskräfte betont werden, die zwar nicht dem Top-Management der oben wiedergegebenen Definition entsprechen, weil sie nicht an der Spitze der Hierarchie stehen. Doch hat sich in der Praxis für die Führungsebene über der des mittleren Managements auch der Begriff des oberen Managements herausgebildet, der neben der Geschäftsleitung auch eine (oder zwei) weitere Führungsebenen zum oberen Führungskreis hinzuzählt. Der Begriff des Managements wird im nächsten Abschnitt erklärt.

Um jenen Kreis der Führungskräfte geht es in dieser Arbeit: Sie sind weit oben in der Hierarchie eines Wirtschaftsunternehmens angesiedelt, aber dennoch in der klassischen Sandwich-Position, in der die Führungskraft selbst noch eine Führungskraft vor sich hat.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht agiert die Führungskraft aus der Perspektive der Unternehmensleitung und setzt somit Unternehmensinteressen durch, um übergeordnete Ziele zu ermöglichen. Sie steht demnach auf einer anderen (Interessens-)Seite als die Mitarbeiter, die Adressaten dieser Ansprüche sind, gleichwohl auch sie vom Erfolg des Unternehmens profitieren und damit ein Interesse daran haben (sollten).

### **3.1.3 Die Führungskraft als Teil des ‚Managements‘**

Neben der oben eingeführten Differenzierung von Angestellten, die entweder eine leitende Aufgabe innehaben und damit Führungskräfte sind oder nicht-führende Mitarbeiter sind, kann der Kreis der Führungskräfte noch mit einem anderen Begriff erfasst werden, der den Aspekt der Unternehmenssteuerung stärker betont: das Management und als Person: der ‚Manager‘.

Auch hier lassen sich mit jeder neuen Quelle andere Aspekte einer Definition fokussieren, wie Hermann festhält:

„Der Begriff Management wird im deutschen Sprachraum mit Führungsposition verbunden. Aufgrund einer fehlenden äquivalenten Übersetzung sowie einer

sprachlichen Vielfältigkeit, die sich in Umschreibungen sowohl in der Alltagssprache als auch in Theorien findet, ist dieser Begriff offenkundig ungenau“ (Hermann, 2004, S. 100-101).

Im Rahmen dieser Arbeit geht es nicht um begriffliche Diskussionen, sondern es soll vielmehr das dahinter liegende Konstrukt im Sinne der Forschung genutzt werden. Wenn also Führungskräfte als Teil einer Gruppe oder gar eines eigenen Feldes – des Managements – zu betrachten sind, unterliegen sie den Regeln dieses Feldes und es werden dadurch dort habituelle Prozesse aktiviert, die hier Gegenstand sind. Sie sind in eine Organisation eingebunden, die von ihnen die Führung des Unternehmens mit den dazu gehörigen Aufgaben sowie der ihnen unterstellten Mitarbeiter erwartet. Eine Erwartungshaltung, die mit der Positionsbezeichnung und Stellenbeschreibung grundlegend fixiert ist, formal auf Erfüllung setzen kann und nur in der Ausgestaltung der weiteren (kommunikativen) Klärung bedarf.

### **3.1.4 Die Karriere der Führungskraft**

Ein weiterer, immer wieder assoziierter und verwendeter Begriff in unmittelbarem Kontext von Führungskraft ist derjenige der Karriere. Auch hier kann einmal mehr festgehalten werden, wie zahlreich die Definitionen und Perspektiven auf diesen Begriff sind. Diese Vielfalt ist bei der Erforschung dieses Bereichs so präsent, dass sich Geisler in ihrer Dissertation zum Thema ‚Karriere – ein Zusammenspiel aus Individualität und organisationaler Struktur‘ gleich im ersten Absatz des Kapitels zu den definitorischen Grundlagen ihres Forschungsgegenstands entsprechend äußert und auf „ein breites Spektrum an Definitionen, Ansichten und Meinungen zum Karrierebegriff“ verweist (Geisler, 2009, S. 14). Sie geht im Weiteren auf die verschiedenen Ansätze ein, um auf dieser Basis ihre Forschung anzugehen. Hier soll es genügen zu klären, wie der Begriff in der vorliegenden Arbeit verstanden wird.

Das hiesige Verständnis von Karriere entspricht der Definition von Schulte-Florian: „Im allgemeinen wird unter Karriere der berufliche Werdegang einer Person verstanden, der sich sowohl innerhalb einer Organisation als auch zwischen mehreren Organisationen vollziehen kann“ (1999, S. 7). Dabei geht es – konkreter – um die Karrieren von Führungskräften, der Zielgruppe dieser Arbeit. Vor dem Hintergrund, dass sich auch der Karrierebegriff sich im Lauf der Zeit gewandelt hat, ist dieser Zielgruppenfokus hervorzuheben. Dieser Personenkreis befindet sich bereits in einer typischen Karriere, die *auf-*

*stiegsbezogen* in einem Unternehmensgefüge und innerhalb einer definierten Hierarchie verläuft und darüber hinaus, wie die Rollenbezeichnung erklärt, *eine Führungsaufgabe mit einschließt*.

Die Richtung dieser Karriere vollzieht sich dabei folgendermaßen: „Generell geht es um eine Positionsverbesserung basierend auf dem Karriereerfolgsverständnis im Management, die sowohl vertikale als auch horizontale Bewegungen einschließt“ (Hermann, 2004, S. 132). Wie oben erwähnt, sind neue Entwicklungen zu erkennen, die ebenfalls eine Karriere im Sinne der Gestaltung eines beruflichen Werdegangs darstellen. Dabei steht jedoch weniger der Aufstieg innerhalb einer Hierarchie oder innerhalb des allgemeinen Hierarchiegefüges in einem anderen Unternehmen, in das gewechselt werden kann (siehe oben, zu Führungsebenen), im Vordergrund, sondern ein individuelles Streben nach der Ausgestaltung des eigenen Lebenslaufs, das jenseits der aufstiegsbezogenen Entwicklung und Werte liegt (ebd.).

Einerseits haben die Führungskräfte, die im Zuge dieser Arbeit befragt wurden, den klassischen und aufstiegsbezogenen Karriereweg bereits erfolgreich eingeschlagen, aber andererseits, so viel sei vorweggenommen, werden alternative Perspektiven auf die eigene Karriere erkennbar – und entfalten eine Gesundheitsrelevanz.

Darüber hinaus existiert das Bourdieusche Verständnis von Karriere, welches hier aufgrund der theoretischen Fundierung dieser Arbeit wesentlich ist. Da dieses in den Kontext weiterer Kernbegriffe seiner Arbeit gesetzt werden muss, wird sein Karrierebegriff später aufgegriffen, wenn Bourdieus zentralen Gedanken und Begriffe dargestellt werden.

## 3.2 Rolle

Generalisierte Verhaltensmuster, die unabhängig von Akteur und dessen persönlichen Eigenschaften gezeigt, zugeschrieben und vor allem (komplementär) erwartet werden, werden sozialwissenschaftlich als Rolle bzw. Rollenverhalten beschrieben. Krais und Gebauer sehen in ihr ein „mentales, körperloses Substrat“ (2002, S. 74) und verweisen auf die Bedeutung, die das Rollenkonzept u.a. in der Systemtheorie erlangt hat (vgl. ebd., S. 66-67), welche im Gegensatz zu Bourdieus hoch-körperlichen Ansatz körperlose Systeme und Umwelt(en) beschreibt. Krais und Gebauer führen aus, dass das Habitus-Konzept nicht in Konkurrenz zum Rollenkonzept betrachtet werden kann, was es zu

einem anderen Paradigma macht (ebd., S. 66).<sup>12</sup> Geht es bei den klassischen Rollentheorien um die Entgegensetzung von Individuum und Gesellschaft, so begreift Bourdieu das Individuum bereits grundlegend als vergesellschaftet, d.h. im individuellen Handeln zeigt sich immer bereits gesellschaftliches Handeln. Auf dieser Basis lassen sich keine Rollen ableiten, in die situativ geschlüpft werden kann. Sondern die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe und mehr noch, das Hineingeborenwerden in diese, bringen bereits einen spezifischen Habitus hervor. Hier wird wichtig, dass der Habitus singular gedacht wird: Der Mensch hat einen einzigen Habitus, den er situativ auslebt. Dort, wo das Rollenkonzept trennt, vereint der Habitus Handlungen von Individuen: „Der Habitus ist das vereinigende Prinzip, das den verschiedenen Handlungen des Individuums ihre Systematik, ihren Zusammenhang gibt“ (ebd., S. 70).

Dennoch wird oft – und so auch hier – mit dem Begriff der Rolle gearbeitet. Vor allem, wenn es um die ‚Rolle‘ der Führungskraft geht, die hier zentral betrachtet und erforscht wird. Wenn hier von der Rolle der Befragten, der Führungskräfte gesprochen wird, wird nicht Bezug auf den Rollenbegriff gemäß einer bestimmten Rollentheorie genommen, sondern dieser wird in seiner alltagssprachlichen Verwendung genutzt, um die Position, Funktion, Aufgaben und auch Erwartungen zu beschreiben, die einer Führungskraft zugeschrieben werden. Die Perspektive dieser Arbeit liegt dabei auf dem Akteur mit seinem Habitus, der situativ adressiert und ausgelebt wird – und so bspw. auch in bestimmten Feldern besser passt als in anderen und ggf. ‚herausgefordert‘ wird.

Der einst klar vorherrschende Rationalitätsgedanke mit entsprechend ökonomisch-rationalen Handlungsweisen ist über die Zeit einem deutlich komplexeren Anspruch an das Handeln von Führungskräften gewichen (vgl. Hermann 2004). Und mit den Regeln und Erfordernissen des sozialen Kontexts geht ein entsprechender Habitus einher, der sich ebenfalls mit dem Feld<sup>13</sup> entwickelte. Auch wenn es hier nicht darum geht, die Entwicklung eines Feldes im historischen Wandel zu betrachten, ist das Folgende zu beachten: Es ein wichtiger Gedanke, dass die Passung eines Habitus *in einem Feld* nicht nur davon abhängt, ob der Habitus des Akteurs zum Feld passt. Es muss ebenfalls in Erwägung gezogen werden, dass sich Felder und damit ihre Erfordernisse an den Habitus ihrer Akteure entwickeln. Damit entsteht eine neue Herausforderung für den Habitus

---

<sup>12</sup> Der Habitus sowie die anderen auf Bourdieu Bezug nehmenden Begriffe werden im Kapitel 3.4. eingeführt und erklärt.

<sup>13</sup> Bei Bourdieu die Bezeichnung des sozialen Handlungskontexts. Der Begriff wird ebenfalls detailliert besprochen, wenn die Elemente des Bourdieuschen Ansatzes erläutert werden.

der Bewerber auf und Inhaber von Positionen im Feld. So kann eine Führungskraft bspw. im beruflichen Alltag erfahren haben, dass ihr Habitus in der Umgebung eines konservativen deutschen Großkonzerns perfekt passt. Das vor längerer Zeit erworbene Erfahrungswissen ist das richtige Kapital, um erfolgreich zu agieren. Doch bei einem Stellenwechsel auf gleicher Ebene in ein junges High-Tech-Unternehmen ist es gut möglich, dass dieser von dem einen Unternehmen geschätzte Habitus sich dort nicht in gleicher Weise als stimmig herausstellt. Dann erlebt diese Führungskraft eine Nicht-Passung ihres Habitus. Also könnte auch der Wandel auf den Spielfeldern, um es an Bourdieus Metaphorik anzulehnen, konstatiert und ggf. in Arbeiten über diese hinaus erforscht werden. Wie bereits erwähnt, führen historische Betrachtungen über längere Zeiträume und Epochen an dieser Stelle zu weit, sind jedoch im ‚big picture‘ einer sozialen Praxis und ihrer Dynamiken durchaus relevant.

### 3.3 Gesundheit

#### 3.3.1 Zugänge zur Gesundheit

Zwar ist nun das Setting des Akteurs Führungskraft skizziert, um aber auch auf der Basis eines gemeinsamen Verständnisses inhaltlich weiter voranschreiten zu können, müssen auch die grundlegenden Konstrukte zunächst definiert werden. Ein Fundament bildet das Konstrukt ‚Gesundheit‘. Den Versuch zu unternehmen, *eine* Definition zu finden, schlägt schnell fehl.<sup>14</sup> Was sich jedoch in der Literatur abzeichnet, ist der Grund für die vorzufindende Definitionsvielfalt: Je nach Zugangsweg und Interesse der jeweiligen Disziplin ist der Fokus ein anderer.<sup>15</sup> Auch ein zeitlicher Wandel der Verständnisoptionen von Gesundheit ist erkennbar, gesellschaftliche Veränderungen schlagen sich darin nieder:

„Gesundheit und Krankheit können somit als soziale Konstruktionen der Wirklichkeit verstanden werden, sowohl im Alltag als auch in den Wissenschaften. Die Begriffe sind in einem sozialen Kontext entstanden und werden darin auch wieder verändert; sie strukturieren als Denkfolien die Wahrnehmung der Wirklichkeit durch den Einzelnen. Es lässt sich zeigen, dass Sichtweisen von Ge-

---

<sup>14</sup> Vgl. Bengel & Belz-Merk, 1997.

<sup>15</sup> Für eine weitergehende und umfassende Auseinandersetzung mit den Zugängen zur Gesundheit verschiedener Disziplinen und Schulen – von Lern- bis zu Public-Health-Theorien – siehe Gembris-Nübel, 2004.

sundheit und Krankheit einem historischen Wandel unterliegen“ (Faltermaier, 2005, S. 31).

Dieses Zitat beschreibt das zentrale Anliegen dieser Arbeit: Welches sind die Denkformen der Führungskräfte, wie haben sie sich herausgebildet? Doch zunächst möchte ich zur begrifflichen Klärung von Gesundheit zurückkehren.

Die intensivere Beschäftigung mit historischen und perspektivischen Aspekten von Gesundheit belegt im Folgenden, dass Gesundheit weder absolut noch eindimensional zu begreifen ist und damit auch der Umgang von Führungskräften mit ihrer Gesundheit ein mehrdimensionales Verständnis erfordert.

### **3.3.2 Gesundheit in der zeitlich-begrifflichen Entwicklung**

Die Diskussion um den Begriff hat erste Definitionsversuche in der Konstitution der Weltgesundheitsorganisation (WHO) schon im Jahre 1948 in Bewegung gesetzt (World Health Organisation, 2014, S. 1). Diese besagt das Folgende: „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“ Wie der Herausgeber dieser Definition deutlich macht, so war es die Zunft der Mediziner, die sich um eine klare Definition bemühte. Man war bestrebt festzuhalten, inwiefern jemand krank bzw. gesund war, um entsprechende Maßnahmen zur Gesundung ableiten zu können bzw. überindividuell mit dem Vorkommen von Krankheiten bzw. deren Verhinderung und Beseitigung besser umgehen zu können. Dabei war der Fokus auf die Gesundheit schon ein Fortschritt im Kreis der Mediziner, denn bisher fokussierte man sich dort auf Krankheit und deren Prävention bzw. Eliminierung:

„So finden sich im klinischen Wörterbuch von Pschyrembel die folgenden begrifflichen Festlegungen: ‚Gesundheit wird als das Freisein von Krankheiten beschrieben‘ (...) Auffällig an dieser Herangehensweise ist es, nach konstitutiven, inhaltlichen Merkmalen für die Beschreibungen des Zustandes Krankheit zu suchen, Gesundheit aber nicht mit solchen Merkmalen zu definieren“ (Hurrelmann, 2010, S. 114).

Die Definition der WHO legt dabei schon die inhärente Problematik offen: Es geht um die Frage, wie sich Gesundheit und Krankheit zueinander verhalten, sprich: Ist es ein Gegensatzpaar, ist man entweder gesund oder krank? Oder sind dies lediglich Pole eines

Kontinuums, auf dem man sich als Mensch unablässig bewegt? Diese Ansätze haben weitere Definitionen in der Folge evoziert, die diese Dichotomie überwinden wollten. Damit wird das Verständnis breiter, das rein biomedizinische (funktional angelegte) Modell wird durch psychische und soziale Aspekte ergänzt. Es geht nicht mehr nur um aus dem Gleichgewicht geratenen Organismus, sondern auch um weniger offensichtliche oder messbare Abweichungen vom Zustand der Gesundheit. Auch die Psyche und der soziale Rahmen gewinnen dadurch an Bedeutung. Beim Einbeziehen dieser Aspekte wird dann vom biopsychosozialen Gesundheitsbegriff gesprochen, der die aktuelle Diskussion bestimmt.

Ein späterer, und immer noch als aktuell betrachteter soziologischer Ansatz geht noch weiter, denn dort werden die biopsychosozialen Veränderungen nicht mehr aus der Perspektive der Krankheit betrachtet, sondern man nähert sich von der Seite des Gesunden, von der Gesundheit und den Faktoren, die den Menschen gesund halten: das Konzept der ‚Salutogenese‘ des Soziologen Antonovsky (1997). Der Blick auf das Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit statt einem Entweder-oder wird auch heute noch in Ansätzen zur Gesundheitsförderung zugrunde gelegt.<sup>16</sup> Kritisch merkt Faltermaier (2005) zu diesem Modell an, dass dabei die Perspektive des Subjekts als aktiv Gesundheitshandelndem fehlt, es zu sehr als „Instanz“ dargestellt wird, die auf Anforderungen aus der Umwelt nur noch reagiert. Um Gesundheit und vor allem Gesundheitshandeln erfassen und einordnen zu können, wird diese in den folgenden Abschnitten zunächst beschrieben. Dennoch bleibt schon festzuhalten, dass dem modernen Gesundheitsverständnis nach zur Perspektive „Was macht uns krank?“ immer „Was macht/ hält uns gesund?“ mitgedacht werden muss. Damit ist erst einmal hinreichend der Paradigmenwechsel begründet, um sich im Weiteren dem „Was kann ich tun, um gesund zu bleiben?“ zu widmen.

Bei der Vielzahl der Annäherungen gab es die wiederholt die wissenschaftlichen Bestrebungen, Kategorien zu bilden. Thiel, Mayer & Digel (2010, S. 22) setzen sich mit dieser Vielfalt der Zugangswege und der Suche nach passenden Kategorien auseinander und geben im Kontext ihrer Forschungsarbeit zur Gesundheit im Spitzensport einen Überblick darüber, wie Gesundheit – je nach Disziplin und Forschungsinteresse – verstanden, differenziert beschrieben und kategorisiert werden kann.

---

<sup>16</sup> Vgl. zu Krankheits- und Gesundheitsmodellen: Faltermaier, 2005, S. 44-52.

Festzuhalten ist, dass sich in Expertenkreisen interdisziplinär über die Zeit eine differenzierte und mehrdimensionale Betrachtung von Gesundheit und Krankheit etabliert hat, die bei der Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Forschungsthemen Beachtung finden muss. Auch die zeitliche Dimension ist entscheidend, die im Weiteren dargestellt wird, weil sie im Forschungskontext zentral ist: Das allmähliche Einbeziehen von Laien im Hinblick auf eine ‚Definitionsmacht‘ zur (eigenen) Gesundheit schafft neuen Perspektiven.

### **3.3.3 Von der subjektiven Vorstellung von Gesundheit zum Gesundheitshandeln**

Neben den unterschiedlichen Perspektiven, die sich aus den verschiedenen Fachrichtungen ergeben, existiert noch eine weitere Perspektive, wie oben angedeutet wurde. Diese ist unabhängig von einem Expertenstatus und richtet sich auf sich selbst: die subjektiv verstandene Gesundheit. Dieses Konzept und die hiermit verknüpften Konstrukte wurden bereits an anderen Stellen besprochen bzw. zum grundlegenden Verständnis eingeführt.<sup>17</sup>

Daher soll hier der Hinweis auf exemplarische Quellen genügen, der gleichsam mit der Erklärung verbunden wird, inwiefern subjektive Vorstellungen von Gesundheit in dieser Arbeit eine Rolle spielen. Experten- und Laienvorstellungen von Gesundheit fallen immer weiter auseinander, woraus sich Herausforderungen für die erfolgreiche gesundheitliche Versorgung ergeben (Bengel & Belz-Merk, 1997). Für die vorliegende Arbeit ist diese Differenzierung dahingehend wichtig, weil mit dem Verfolgen eines (re-)konstruktiven Forschungsanliegens die subjektive Perspektive per se inkludiert ist. Das Wissen um die zuvor erwähnten Perspektiven, ihren Anwendungsbereich und ihre Unterscheidung ist grundlegend, wie sich zeigen wird.

Da von der Wahrnehmung und Bewertung der (eigenen) Gesundheit mögliche Maßnahmen und Handlungsweisen abhängen, ist es wesentlich zu erfassen, auf welcher Basis von Gesundheit gesprochen und wie sie im Zuge einer Forschungsarbeit gefasst wird. Bengel und Belz-Merk betonen, wie wichtig es für die Forschung ist zu wissen,

---

<sup>17</sup> Bengel & Belz-Merk, 1997; Faltermaier, 2005; ders. auch 1994 sowie Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering, 1998; Flick, 1998. Eine übersichtliche und instruktive Einführung in das Konzept verschafft die Dissertation von Gembris-Nübel (2004), die unter der Betreuung von Klaus Hurrelmann aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften erstellt wurde. Zur Differenzierung ähnlicher Begriffe und Ansätze – von der subjektiven Theorie über das Konzept hin zur Vorstellung – siehe Bengel & Belz-Merk, 1997. Hier soll ebenfalls der eher als „Sammelbegriff“ zu verstehende Begriff der subjektiven Vorstellung gebraucht werden (ebd., S. 24).

von welcher Gesundheit im konkreten Fall ausgegangen wird. Denn davon hängt es ab, wer als verantwortlich betrachtet wird, welche Einflussmöglichkeiten dem Einzelnen zugeschrieben werden und was grundsätzlich als gesundheitsförderlich erachtet wird. Sie legen dar, dass diese Bestimmung vor jedweder potenziellen Maßnahme steht, die sich ebenfalls aus der Perspektive ableitet (Bengel & Belz-Merk 1997, S. 24).

Welche Perspektive wird in dieser Arbeit nun eingenommen? Wie oben skizziert, ist die Zielgruppe der Führungskräfte in der Regel den Laien zuzuordnen – es sei denn, es handelt sich um medizinische Experten mit Führungsaufgaben. Das ist hier aber nicht der Fall. Es ist grundlegend herauszuarbeiten, was die Zielgruppe selbst als gesundheitsförderlich versteht und wie sich dies ggf. in Handeln übersetzt. Dabei soll konsequent verfolgt werden, was sich als typisch in den Körper einschreibt und im Habitus als Praxis sichtbar wird.

Schon die Ausführungen Faltermaiers weisen in Richtung eines im Hinblick auf spätere Praxen entscheidend wirkenden Habitus: Er hebt die Bedeutung hervor, die soziale Erfahrungen aus dem familiären Umfeld, also dem Feld der primären Habitualisierung, auch für das Gesundheitshandeln haben. Dazu betont er den frühkindlichen Erwerb von gesundheitsförderlichen Ressourcen, um in bestimmten Situationen einen stabilen Kohärenzsinn zur Verfügung zu haben. Diesen Erwerb beschreibt er als essenziell: „Die sozialen Strukturen, in denen Menschen aufwachsen, schaffen eine wesentliche Grundlage für die verfügbaren Ressourcen (z.B. materielle, soziale), sie sind damit auch die Wurzeln eines starken Kohärenzgefühls“ (Faltermaier, 2005, S. 168). So ist der Übergang von der bloßen Vorstellung von Gesundheit zum Gesundheitshandeln geschaffen. Die soziale Prägung macht den Einzelnen mehr oder weniger kompetent in Bezug auf seine Gesundheit und damit auch mehr oder weniger kundig in dem, was er tun sollte, um gesund zu sein oder zu bleiben. Erst auf dieser Grundlage kann Gesundheitshandeln entstehen. Diesen Ansatz schließt er, wie oben zitiert, ans Kohärenzgefühl an, das Antonovsky (1997) im Rahmen seines Salutogenese-Ansatzes eingeführt hat. Um dieses wesentliche Element dieses Ansatzes nachvollziehbar einzubinden, ist es in seinen Entstehungszusammenhang zu setzen: Grundsätzlich baut Antonovsky sein Modell auf dem Gedanken auf, wie Gesundheit erhalten werden kann und was den Einzelnen widerstandsfähig macht. Dabei blickt er hinter die bloße Kompetenz der Widerstandsfähigkeit und entwickelt den Ansatz des Kohärenzsinn oder -gefühls (*sense of coherence*). Dadurch möchte er die hinter der Gesundheitskompetenz liegende Frage beantworten

können, worauf diese Kompetenz beruht. Dabei findet er den Weg zur sozialen Entwicklung des Einzelnen entscheidend, der im Laufe seines Lebens (idealerweise) erfahren hat, dass die Welt und ihr Lauf a) verstehbar, b) zu bewältigen und c) insgesamt sinnhaft ist. Das heißt, vor einem möglichen Gesundheitshandeln liegen die nötigen Ressourcen. Das heißt aber auch, dass hier zwei Konzepte koexistieren, die nicht zwingend aufeinander aufbauen: die Verfügbarkeit über Ressourcen sowie aktives Gesundheitshandeln. Faltermaier (2005) betont, dass es bislang nicht möglich ist, vom einen auf das andere zu schließen.

Dieser (scheinbaren) Trennung entspricht auch die Vorgehensweise dieser Arbeit. Zunächst gilt es, den Habitus und damit die Dispositionen zu erschließen, die ein Gesundheitshandeln erst ermöglichen und wahrscheinlich werden lassen.

In der Gesellschaft und Wissenschaft kursieren viele detaillierte Differenzierungen und Diskussionen, was gesundheitsdienlich ist und was nicht. Es liegt geradezu im Trend sich darüber auszutauschen, was eine gesunde Ernährung ausmacht und was sie in Bezug auf den Gesundheitszustand zu erreichen vermag und was nicht. Einigkeit besteht in groben Aspekten über das, was als gesund oder gesundheitsförderlich betrachtet wird: Hradil führt zahlreiche Aspekte unter den folgenden Oberbegriffen aus: Ernährung, Einnahme von Substanzen [sic], körperliche Bewegung, Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen, Umgang mit Stress (Hradil, 2005, S. 71-72). Dies ist ein eigenes Forschungsgebiet. In der vorliegenden Arbeit soll es darum gehen, was von den jeweiligen Betroffenen in der Zielgruppe als gesund erachtet wird. Gesundheitshandeln wird als deskriptives Konzept aus der Sicht des Akteurs verstanden, welches „noch keine Wertungen über die Angemessenheit der Aktivität enthält“ (Faltermaier, 2005, S. 201).

### **3.3.4 Lebenswelten – die Bedeutung des sozialen Umfelds**

Mit dem sozialen Umfeld werden auch bestimmte Lebenswelten und ihre unterschiedlichen Einflüsse auf das subjektive Verständnis von Gesundheit einbezogen. Für diese Arbeit ist die hier betrachtete Lebenswelt der Zielgruppe gleichzusetzen mit dem Unternehmen der Wirtschaft:

„Die Gesundheitsvorstellungen werden vielmehr in der Regel im Rahmen des sozialen, persönlichen und biografischen Lebenskontextes dargestellt und beziehen sich auch in ihren Inhalten auf diese konkreten Bedingungen“ (Faltermeier, 2003, S. 75).

Hier bringt er bzw. bringen sie (Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering) die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit auch in Zusammenhang mit den angrenzenden Konstrukten, wobei sie diese als das „Gesamt der auf die Gesundheit bezogenen Überzeugungen, Überlegungen und Ideen einer Person oder einer Gruppe von Personen“ verstehen (1998, S. 37). Darunter fallen die Teilbereiche des subjektiven Konzepts von Gesundheit („Was versteht eine Person unter Gesundheit?“) sowie den subjektiven Theorien von Gesundheit („Welche Einflüsse sieht eine Person in Bezug auf ihre Gesundheit?“ (ebd.).

Im selben „Begriffsnetzwerk“ definieren die zuvor genannten Autoren das, was sich als Gesundheitshandeln aus den vorgenannten Punkten zeigen kann: Es bedeutet für sie das „relativ bewußte, subjektiv bedeutungsvolle und zielgerichtete Handeln für die eigene Gesundheit, das als soziales Handeln nur im Kontext des Alltagshandelns sowie im lebensweltlichen und biographischen Zusammenhang verstanden wird“ (1998, S. 38).

Die Bedeutung der Lebenswelten für die Vorstellung von Gesundheit sowie das Gesundheitshandeln wurde herausgestellt. Daher ist es für diese Arbeit unabdingbar, neben den begrifflichen Klärungen zu erfassen, welche inhaltlichen Entwicklungen in Bezug auf die Lebenswelt Unternehmen und die dortigen Führungskräfte in Forschungshinsicht zu verzeichnen sind.

Bei Gilly zeigt sich im Jahr 2008, dass bis dahin in Bezug auf die Gruppe der Führungskräfte keine Arbeiten zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen vorliegen, wenngleich der Ansatz der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitshandelns bereits in diesen sozialen Kontext vorgedrungen war (vgl. zur Übersicht Gilly, 2008). Auch danach ist dieser Bereich nicht wesentlich vorangetrieben worden, obwohl es zum Thema Veröffentlichungen gibt.<sup>18</sup>

Knoteks Erhebung zum Gesundheitshandeln bei österreichischen Top-Managern (2005) weist zwar vom Titel her auf einen soziologischen Ansatz hin (vgl. dazu den folgenden Abschnitt dieser Arbeit) es zeigt sich aber, dass es sich um eine psychologische Studie

---

<sup>18</sup> Im Sinne des inhaltlichen Anschlusses wird der Überblick über die Entwicklung und damit den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Zielgruppe an dieser Stelle behandelt, statt den Absatz im Rahmen des eigentlichen Forschungsstands einzufügen. Dort soll nur der Forschungsstand zusammengefasst dargestellt werden, der sich tatsächlich dem Habitus von Führungskräften widmet und nicht mehr um die Forschung zu den Grundbegriffen.

zum Gesundheitsverhalten der Zielgruppe handelt, die die subjektive Vorstellungen der Führungskräfte erfasst.

Echterhoff (2011) hat sich später und eher sekundär mit Gesundheitsvorstellungen von Führungskräften befasst: In ihrer Arbeit geht es eigentlich um die Gesundheit der Mitarbeiter. Die Gesundheitsvorstellungen der Führungskräfte werden dabei eher am Rande deutlich und aus den geschilderten Aktivitäten der Manager abgeleitet. Es ist kein einmaliges Phänomen, dass unter den Stichworten Gesundheit und Führung oder Führungskräfte diese nur mittelbar Thema sind: eben als die Führungskräfte der Zielgruppe (vgl. auch Wilde, Hinrichs, Bahamondes-Paves & Schüpbach, 2009). Unmittelbar mit den Gesundheitsvorstellungen im Beruf oder auf die Profession bezogen haben sich Böning (2014, Berufspolitiker) sowie Weichenrieder (2012, Mitarbeiter eines Automobilkonzerns) oder Gembris-Nübel (2004, Fachleute in der Behindertenhilfe) beschäftigt.

### **3.3.5 (Gesundheits-)Handeln vs. (Gesundheits-)Verhalten**

Wesentlich für die Ausrichtung dieser Arbeit ist die Begriffsbestimmung, die zwischen Verhalten und Handeln differenziert. Gesundheitshandeln steht als thematisch konkretisierte Form des Handelns begrifflich in einer sozialwissenschaftlichen Tradition (vgl. Faltermaier, 2005, S. 200). Neben dem stärker gesellschaftstheoretischen Ansatz wird dem Individuum als Akteur, also als aktivem, kompetentem und gestaltendem Subjekt eine andere Rolle zugeschrieben. Dieser Ansatz steht im Gegensatz zu einer psychologischen Annäherung, die sich der Gesundheit „in Form von isolierten kognitiven Variablen“ nähert (Faltermaier, 2005, S. 189ff.).<sup>19</sup> Faltermaier unterstreicht, dass in seinen Augen einiges dafür spreche, Gesundheit sozial zu fassen. Diese Perspektive, die dem Akteur Raum gibt und ihn vielmehr als Gestalter statt nur von Umweltbedingungen determiniert einordnet, wird auch in der vorliegenden Arbeit eingenommen. Es interessiert, wie oben eingeführt, die Perspektive des Subjekts, dessen komplexe und auf das soziale Umfeld bezogene Vorstellungen rekonstruiert werden. Dazu bietet es sich an, diese forschungspraktische Perspektive gleich theoretisch entsprechend anzubinden: an den Konstruktivismus, wie es im Folgenden vollzogen wird.

---

<sup>19</sup> Vgl. auch Weniger, 2013, S. 45.

### 3.4 Die konstruktivistische Perspektive

Aus dem zuvor Dargestellten, dem Betonen der individuellen Akteurskonstruktionen von Gesundheit, leitet sich die grundlegende Perspektive ab, aus der in dieser Arbeit auf die Problemstellung geblickt wird.

Das Kernthema des Konstruktivismus ist die „prozessual verstandene Entstehung von Wirklichkeit“ (Pörksen, 2015, S. 5). Es wird zusätzlich davon ausgegangen, dass Wirklichkeit jeweils subjektiv konstruiert wird. Entsprechendes gilt für soziale Konstruktionen, denen man sich nähert „durch Rekurs auf deren *Vorgeschichte*“ (Knorr-Cetina, 1989, S. 88, Hervorhebung im Original).<sup>20</sup>

„Alles, was gesagt wird, hat ein Beobachter gesagt“ – so einfach lässt sich die Kernbotschaft des Konstruktivismus laut Pörksen nach seinem ‚Vater‘, dem Neurobiologen Maturana, skizzieren, weil jedes Erkennen notwendigerweise auf einer Beobachtung und einer Konstruktion des Beobachters beruht (Pörksen, 2015, S. 4). Dieser Beobachter wird dann auf der Basis seiner Erfahrungen, eben seiner Beobachtungen und den daraus abgeleiteten Deutungen, agieren „und nicht auf der punktgenauen Übereinstimmung der eigenen Wahrnehmungen mit einer externen Wirklichkeit“ (ebd.). Denn die kann es laut Konstruktivismus nicht geben, weil es nicht die eine Wirklichkeit gibt, sondern Wirklichkeiten.

Zur Perspektive des handelnden Beobachters kommt forschungsbedingt eine weitere: die des Forschenden, der wiederum die Akteure beobachtet, um daraus Schlüsse zu ziehen. Hierzu bedarf es a) einer definierten Denkfolie, die wissenschaftlich geleitete Ableitungen ermöglicht und b) eines Weges, um die Beobachtungen des forschenden Beobachters eine Ebene über die Beobachtungen der Akteure zu heben, um Forschung betreiben zu können, die nicht von der eigenen Perspektive behindert wird:

---

<sup>20</sup> Auch wenn hier vom Konstruktivismus im Singular gesprochen wird, so hat er in unterschiedlichen Wissenschaften und deren Disziplinen Eingang gefunden: in der Soziologie, (Sozial-)Psychologie oder Philosophie ebenso wie in der Neurobiologie und Physik (siehe dazu die Ausführungen von Knorr-Cetina 1989). Im Bestreben, das Gemeinsame unter den Disziplinen herauszuarbeiten, sieht Pörksen (2015, S. 11), dass es allen Ansätzen gemein ist, von der Frage nach dem Was zum Wie zu gelangen. Wenngleich dies ein Vorgriff auf die in dieser Arbeit verwendete Forschungsmethode der Dokumentarischen Methode ist, so soll bereits hier auf die Anschlussfähigkeit der konstruktivistischen Haltung an die Arbeitsweise der Methode hingewiesen werden. Wie wertvoll diese Methode über den oben angesprochenen Konstruktivismus hinaus ist, weil damit erst die habitualisierte Praxis und damit das konjunktive zusätzlich zum kommunikativen Wissen erfasst wird, beschreibt Kubisch (2008, S. 77).

- Die Denkfolie ist die Theorie, auf deren Grundlage geforscht wird und damit die Perspektive definiert, mögliche Erkenntnisse selektiert und bestimmte Chancen schafft, aber ebenso Grenzen mit sich bringt (vgl. Bette & Schimank, 2006, S. 21). Die hier gewählte Grundlage ist Bourdieus Habitus im Rahmen seiner ‚Sozialen Praxis‘, die im Weiteren beschrieben und angebunden wird.
- Der Weg, als Forschender seine Beobachtungen *nicht* vor dem eigenen Hintergrund dieser zu interpretieren, ist nur über eine konsequente Methodik zu lösen. Gelänge das nicht, wäre ein Preis zu zahlen: „Die Interpretation wäre stark durch die ‚Standortgebundenheit‘ und ‚Seinsverbundenheit‘ (Mannheim 1985) der Interpret(inn)en geprägt“ (Nohl, 2012, S. 6).

In leichter Abwandlung eines Zitats von Heinz von Foerster aus dem Erklärungsraum des Konstruktivismus kann der eingeschlagene Lösungsweg beschrieben werden: For-  
sche so, „dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst!“ (Pörksen, 2015, S. 13). Genau dies will die dokumentarische Methode mithilfe der Methodik der komparativen Analyse erreichen, die im Weiteren beschrieben und genutzt wird.

Konkret auf die vorliegende Problemstellung bezogen, heißt die Suche nach Konstruktionen: Was ist für die Führungskraft Gesundheit? Wie gehört Gesundheitshandeln zu ihrer Rolle? Diese Leitfragen stehen am Beginn, erst dann schließen sich Fragen zum Handeln an und auf dieser Grundlage werden Zusammenhänge hergestellt. Die Bedeutung individueller gesundheitsbezogener Konstruktionen für die Forschung hat Faltermaier differenziert dargestellt und dabei auch das Gesundheitshandeln, das sich daraus ergibt, beschrieben (vgl. dazu Faltermaier, 2005, S. 189ff.).

Wie angekündigt und im folgenden Kapitel ausführlicher dargestellt, wird hier der theoretische Suchscheinwerfer Bourdieus Sozialer Praxis (oder Praxeologie) mit den Bestandteilen: Habitus x Kapital + Feld gewählt. Mit diesen drei Komponenten gelingt es, die zentral interessierenden Ebenen in den Blick zu nehmen: Handlungsmuster und ihre Entwicklung sowie das konkrete Ausleben in definierten Kontexten. Die Führungskraft wird mit ihrem gesundheitsbezogenen Handeln im Unternehmenszusammenhang beleuchtet.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> „Praxeologische Typenbildungen (...) zielen auf die Rekonstruktion der Handlungspraxis der Akteure und stellen den Versuch dar, die Strukturprinzipien dieser Praxis typologisch zu verdichten - so am prominentesten das Konzept des Habitus im Sinne von Bourdieu“ (Bohnsack, 2008, S. 49).

### 3.5 Bourdieus Habitus und dessen theoretische Rahmung

Der Habitus stellt für Bourdieu ein Prinzip dar, das Wahrnehmen, Denken und Handeln von Individuen beinhaltet und erklärt. Dieses Prinzip beruht auf dem Kerngedanken, dass sowohl das Wahrnehmen als auch das Denken und Handeln sozial vermittelt ist, sich mittels Übung (also dem Wiederholen des Erlebten) in den Körper des Akteurs einschreibt und daraufhin ein selbstverständliches Handeln in sozialen Situationen ohne bewusste Reflexion dessen (oder gar rationalen Zweckerwägungen) auslöst.<sup>22</sup>

So entsteht im Einzelnen ein implizites Wissen darüber, wie die Dinge funktionieren und wie man situativ passend handelt. Dazu greift der Akteur nicht auf bewusste Reflexionen zurück, denn das wäre im komplexen sozialen Alltag nicht möglich, sondern er kann sich in der Regel darauf verlassen, dass sein eingeschriebener Habitus aktiviert wird, welcher sein Handeln (nach entsprechenden Wahrnehmungs- und Denkprozessen) strukturiert.<sup>23</sup> In diesem Zusammenhang beschreiben Fröhlich und Rehbein anschaulich, dass der Habitus aber keineswegs völlig kopfloses, automatisiertes Handeln produziert. Nach ihrer Darstellung enthält soziales Handeln zum einen stets ein gewisses Überlegen, zum anderen schreiben sie Bourdieu schon durch dessen Definition (Wahrnehmungs-, *Denk*- und Handlungsmuster) zu, dass auch dem verinnerlichten Handlungsmuster Denkprozesse vorausgehen, wenngleich eben keine rational-zweckgerichteten (vgl. Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 114).

Als Handlungstendenz beschreibt Rehbein Bourdieus Habitus treffend, weil der Begriff des Tendenziellen etwas vom oft vermuteten Determinismus eines so erklärten Handlungsprinzips nimmt, wenngleich sich dadurch eine Reduktion von Komplexität ergibt: „Er ist das Prinzip des Handelns, Wahrnehmens und Denkens sozialer Individuen. Er begründet die Gleichförmigkeit von Handlungen eines Individuums in verschiedenen Situationen und zu unterschiedlichen Zeiten“ (Rehbein 2006, S. 111).

Struktur ist ebenfalls wesentlich für den Habitus – und das ist zweifacher Hinsicht: „Der Habitus stellt das Bindeglied zwischen den verinnerlichten handlungsleitenden Strukturen der Individuen und den ihnen transzendenten Strukturen dar“ (Ebert, 2012, S. 79).

---

<sup>22</sup> Zur begrifflichen und historischen Entwicklung des Habitus vgl. z.B. Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 110-115.

<sup>23</sup> Zu den Ausnahmen dieses „in der Regel“ komme ich bei der ausführlichen Besprechung von Bourdieus sozialer Praxis.

Dieser Prozess läuft notwendig im Sozialen ab: Der Habitus entwickelt sich in der Auseinandersetzung mit den Strukturen, die er vorfindet. Gleichzeitig tragen die Individuen zur Gestaltung der sozialen Strukturen, auf die sie treffen, bei.<sup>24</sup> Das ermöglicht es, Erklärungen zum aktuellen Handeln aus der sozialen Entwicklung sowie den Einfluss eines aktuellen sozialen Kontexts auf Handlungsweisen (in einem bestimmten Lebensbereich oder -thema, wie Gesundheit) mit einzubeziehen. Der Habitus wird „zum Erzeuger von Praktiken, die unmittelbar an die Gegenwart sowie an die im Gegenwärtigen eingeschriebene Zukunft angepaßt sind“ (Bourdieu, 1992, S. 115).

Das heißt, inkorporierte soziale Erfahrungen und Strukturen ermöglichen stimmiges Handeln. Zweckdienlichkeit und Regelmäßigkeit, welche Bewusstheit über die ablaufenden Mechanismen erfordern, spielen in diesem Konzept keine Rolle:

„Erzeugungs- und Ordnungsgrundlagen für Praktiken und Vorstellungen, die objektiv an ihr Ziel angepaßt sein können, ohne jedoch bewußtes Anstreben von Zwecken und ausdrückliche Beherrschung der zu deren Erreichung erforderlichen Operationen vorauszusetzen, die objektiv ‚geregelt‘ und ‚regelmäßig‘ sind“ (Bourdieu, 1993, S. 98-99).

Bourdieu geht davon aus, dass der Einzelne das für ihn und seine soziale Umgebung passende Handeln durch das dortige Hineingeborenwerden verinnerlicht. So formuliert er auch, dass der Körper nicht nur Speicher von individuellen Erfahrungen für zukünftiges Handeln ist, sondern mehr noch: dass dieser auf diesem Wege Gesellschaft in sich trägt, diese weiterlebt und in einem dialektischen Prozess auf der Basis der eigenen habitualisierten Dispositionen weiterschreibt.<sup>25</sup>

Damit ist in Grundzügen das Prinzip des Habitus bei Bourdieu skizziert: als Summe von Dispositionen, die sich über soziale Erfahrungen körperlich einschreiben und im weiteren Akteursleben damit bei dessen souveräner Gestaltung wirksam werden. Das bezieht sich auf Situationen, die strukturell denen entsprechen, die einst prägend waren, denn hierfür hat der Akteur Handlungsmuster parat. Daraus folgt einerseits, dass Individuen vorzugsweise Kontexte aufsuchen, in denen sie sozusagen habituell kompetent sind.

---

<sup>24</sup> Vgl. auch Bourdieu, 1993, S. 98-99.

<sup>25</sup> Dieser Umstand eröffnet eine Diskussion über Klasse, Klassenbewusstsein und Determinismus, die jedoch hier zu weit führt und an anderer Stelle weitergeführt werden muss (dazu vgl. bspw. Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 115ff.).

Andererseits bedeutet dies aber auch, dass es für Akteure eine Herausforderung darstellt, mit neuen Situationen umzugehen und hier angemessen zu agieren.

Dies sind die interessanten Anknüpfungspunkte von Bourdieus Habitus an das hier bearbeitete Forschungsfeld: das Handeln in sozialen Strukturen – insbesondere dort, wo sich die Strukturen und Prozesse wandeln und darüber hinaus Handlungsweisen gefordert werden, für die sich möglicherweise noch keine (habitualisierten) Handlungsmuster ausgebildet haben. Dieser Aspekt bietet den im Weiteren herausgearbeiteten Anschluss von Bourdieu an die Forschungsmethode der relationalen Typenbildung nach Nohl, die in dieser Arbeit verfolgt wird (vgl. Seite 74 dieser Arbeit).

### **3.5.1 Der Habitus und sein Stellenwert für diese Arbeit – Blick in die Forschung**

Das Konzept des Habitus scheint in der Wissenschaft so umstritten wie beliebt. So schreiben die Autoren im Vorwort eines aktuellen Werks zu Bourdieus Habitus:

„Bourdies Habituskonzept – so die Ausgangsthese des vorliegenden Sammelbandes – ist deshalb anschlussfähig und populär, weil es sich auf große Traditionen verschiedener Disziplinen bezieht. (...) Trotz zahlreicher Abhandlungen zu Bourdieus Theorie liegt ein systematischer Überblick über die theoretischen Wurzeln des Habitusbegriffs bisher nicht vor. Dies lässt sich teilweise durch Bourdieus Zitierpraxis erklären, denn nur an sehr wenigen Stellen seiner Schriften verweist er explizit auf theoretische Vorläufer und damit auf die Genealogie seiner eigenen Soziologie. Erst auf der Basis der theoretischen Rekonstruktion des Konzepts wird die interdisziplinäre Anschlussfähigkeit vollständig verständlich“ (Lenger, Schneickert & Schumacher, 2013, S. 9).

Vielleicht liegt für die Soziologie und andere Disziplinen gerade darin sein Reiz: die Flexibilität des Konzepts, wodurch sich immer wieder neue Anwendungsbereiche erschließen lassen.

Resch beschreibt in ihrer distanziert-kritischen Arbeit, dass es – neben ihrer – noch andere Arten gibt, um sich Bourdieu zunutze zu machen. Gleichzeitig plädiert sie dafür konzeptionell weiterzuarbeiten, was an die beobachteten Forschungsdesiderata von Lenger et al. anschließt:

„Nur‘ die Grundlogik und die Begrifflichkeiten werden von Bourdieu übernommen. Das können thematische Fragestellungen sein, in denen einschlägige

Arbeiten von Bourdieu zum fiktiven Diskussionspartner für die Entwicklung von Theorien werden (...) In dieser Haltung ist Bourdieu nicht zuerst Klassiker, sondern ein Forscher, der ein Programm hinterlassen hat, an dem weitergearbeitet wird“ (Resch, 2012, S. 35).

Darüber hinaus gibt es andere Forscher, die mit Bourdieu und seiner Arbeit wie Arbeitsweise wohlwollender umgehen und den Blick, wie Lenger et al. (2013), auf die daraus entstehenden Chancen richten. Gerlinger sieht in Bourdieus Habitus-Konzept innerhalb einer sich entwickelnden Gesundheitssoziologie hohes Erklärungspotenzial, um diesen Gegenstandsbereich angemessen zu erfassen:

„Die Anwendung des Habitus-Konzepts auf den Gegenstandsbereich Gesundheit kann helfen, objektivistische und subjektivistische Verkürzungen zu vermeiden, also weder einer bloßen Orientierung an Indikatoren der sozialen Lage noch einer Loslösung individuellen Gesundheitshandelns vom sozialen Raum anzuhängen, in dem das Individuum sozialisiert worden ist und sich bewegt. Das analytische Potenzial liegt nicht nur in einem tiefer gehenden Verständnis der sozialen Vermittlung gesundheitsbezogenen Handelns von Individuen und Gruppen“ (2006, S. 51).

Hradil erklärt charmant, dass man mit Bourdieus Habitus in der Forschung dann weiterkommt, wenn man den Ansatz „elastisch“ einsetzt. Dabei verweist er auf den zeitlichen Kontext, den es zu beachten gilt (Hradil, 2005, S. 91).

Das schließt an die oben aufgeführten Werke an, die allesamt dafür plädieren, die Inspirationen aus dem theoretischen Kern aufzugreifen, diese zu nutzen und sich methodisch angemessen zu eigen zu machen.

Im Weiteren werden die hier beschriebenen Gedanken, Theorien und Konstrukte genutzt, um sie – wie bereits an verschiedenen Stellen angesprochen – auf die konkrete Fragestellung anzuwenden.

### **3.5.2 Bourdieus soziale Praxis**

Dass Bourdieu und seine soziale Praxis oder Praxeologie im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine bedeutende Rolle spielt, wurde bisher an grundlegenden Begriffsbestimmungen deutlich. Über das Begriffliche hinaus wird nun die inhaltliche Bedeutung dargestellt. Für den weiteren Verlauf, vor allem für die empirische Arbeit, ist ein detaillier-

ter Blick auf einige von Bourdieus zentralen Begriffen wichtig, um deren Bedeutung für die hier formulierten Fragen und zu erarbeitenden Antworten einordnen zu können.

Das Konzept wurde zwar in der Wissenschaft vielfach aufgegriffen, aber Einschreibungsprozesse feldspezifisch in Unternehmen zu betrachten und dabei auf einen Aspekt – das Gesundheitshandeln – abzuheben, ist bislang noch nicht erfolgt.

### **3.5.3 Der Weg des Sozialen in den Körper – Entwicklung und Wirkweisen des Habitus**

Der Habitus beschreibt umfassend die Einschreibung der Gesellschaft ins Individuum, wobei dem Körper eine zentrale Rolle für diesen Prozess zukommt, denn er ist das Medium. Bourdieu beschreibt den Körper als einen Speicher sozialer Erfahrungen (Bourdieu, 1993, S. 126-127). Was sich durch Erfahrungen einschreibt und somit Struktur gibt, strukturiert nach der Einschreibung in den Körper die weiteren Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsprozesse. Dieses Ineinander-Verschränktsein schließt ans konstruktivistische Verständnis an, wo es nicht um das Strukturierte und gleichermaßen Strukturierende geht, sondern um „das Erkennende und Erkannte“, wo nach Pörksen (2015, S. 14) „der Beobachter und das Beobachtete in einer unauflösbaren Weise miteinander verflochten [erscheinen].“

Gebauer und Wulf (1998) greifen unter anderem das Habitus-Konzept auf, um ihre Ideen vom mimetischen Handeln in der sozialen Welt zu entwickeln. Sie unterstreichen die Bedeutung des Körpers, gehen selbst aber vor allem auf Ritual, Geste und Spiel ein. Der Blick richtet sich also unmittelbar auf konkret beobachtbare Handlungen, geht aber insofern deutlich weiter als dass er auch die persönliche Wahrnehmung oder Haltungen mit einschließt. Ebenso wie Bourdieu skizzieren sie die Verschränkungen des Handelns mit der Welt: „Wir handeln eigenständig, aber wir verhaken uns zugleich, wie beim Schließen eines Reißverschlusses, mit einer anderen Welt“ (ebd., S. 9). Die Materialität des Körpers, die sie hier beschreiben, führt dazu, dass er zentral für soziale Situationen wird, weil er unmittelbar beobachtbar und damit auch interpretierbar ist. Der Körper vermag Gefühle und Assoziationen zu wecken, und wird damit auch selbst zum Habitus:

„Der Habitus als inkorporierte Erfahrung des Subjekts mit der sozialen Welt schlägt sich also nicht nur im Körper nieder, manifestiert sich in den Gesten, in der Körperhaltung und im Körpergebrauch, und der Körper fungiert auch nicht

nur als ein Medium, in dem sich der Habitus ausdrückt; vielmehr ist der Körper als Speicher sozialer Erfahrung wesentlicher Bestandteil des Habitus“ (ebd., S. 75).

Der funktionale Ausdruck Körpergebrauch (Krais & Gebauer, 2008, S. 75) kann im Kontext der vorliegenden Arbeit ein Hinweis darauf sein, wie Führungskräfte Gesundheit für sich interpretieren und welches Gesundheitshandeln sie daraus für sich als angemessen ableiten. Für Bourdieu ist der Körper weitaus mehr als ein Träger, er ist auch Produzent von Zeichen (Bourdieu, 2007, S. 310). Rollenerwartungen dürften eine nicht unerhebliche Rolle dabei spielen, wie der Zeigeaspekt des Körpers genutzt wird und auch bei Bourdieu selbst stehen Führungskräfte beispielhaft für dieses Phänomen:

„Alles scheint darauf hinzuweisen, daß die Beschäftigung mit Körperkultur in ihrer elementaren Form, als Gesundheitskult, in Verbindung nicht selten mit einem übersteigerten Asketismus der Nüchternheit und Diätstrenge, zunächst innerhalb der Mittelklassen auftritt (bei den mittleren Führungskräften (...)), in jenen Kreisen also, die sich bekanntermaßen um ihr Äußeres — mithin ihren ‚Leib-für-den-Anderen‘ - erhebliche Gedanken machen“ (ebd., S. 340).<sup>26</sup>

Es leitet sich die Frage ab, zu welchen sichtbaren, in Haltung und Handlung übertragenen Resultaten das Sich-Beschäftigen führt. Einerseits gibt es also diesen aktuellen und situativen bewussten Such- und Orientierungsprozess, andererseits sind die sozialen Erfahrungen des Lebens in die Körper bereits eingeschrieben und werden ‚nur noch‘ wirksam. Was wird also im Habitus der Führungskräfte in Bezug auf Gesundheit angelegt und wie wird es in der Rolle und im entsprechenden Feld konkret adressiert und aktiviert?

Dazu kommt eine Eigenart des Habitus, die Bourdieu als dessen Trägheit beschreibt. Damit meint er, dass sich a) die prägende Phase der Einschreibung als stabilisierend auswirkt (vgl. Bourdieu, 1993, S. 105) und b) der Akteur tendenziell in einer Umgebung bewegt, die seinem Habitus entspricht, d.h. wo dieser passend ist und damit keine Erschütterung erfährt, die seine Passung in Frage stellen würde (ebd., S. 114). Dies wieder-

---

<sup>26</sup> Es sei an dieser Stelle lediglich angemerkt, dass es bemerkenswert ist, dass Bourdieu Diätstrenge, Asketismus usw. in Verbindung mit der Selbstdarstellung von Führungskräften bringt – und dies in einer Zeit, in der der Typus vom Marathon laufenden oder Fitness-Tracker tragenden Manager noch nicht weit verbreitet war, und in der Übergewicht noch als stattlich und „gewichtig“ im Sinne von Macht durchgehen konnte.

rum führt zu einer wiederkehrenden Bestätigung der Passung und zu einer weiteren Festigung des Habitus mit den entsprechenden Wahrnehmungs- und Handlungsschemata, was Bourdieu zu der Erkenntnis führt, der Habitus werde „zum Erzeuger von Praktiken, die unmittelbar an die Gegenwart sowie an die im Gegenwärtigen eingeschriebene Zukunft angepaßt sind“ (Bourdieu, 1992, S. 115).<sup>27</sup>

Die zentralen Größen seiner Praxeologie, die auch den Habitus beinhaltet, definiert Bourdieu wie folgt:

$$\text{Soziale Praxis} = \text{Habitus} \times \text{Kapital} + \text{Feld}$$

Die Wirkweisen dieser Formel im Zusammenhang dieser Forschungsarbeit werden im Weiteren erklärt, wobei zunächst auf die einzelnen Bestandteile dieser Formel eingegangen wird, die zum Verständnis ihrer Wirkungsweise wichtig sind.

### 3.5.4 Das Feld

Der Handlungsrahmen bei Bourdieu ist das ‚soziale Feld‘, in dem sich die Akteure bewegen, die jeweils feldspezifisch ihre unterschiedlich entstandenen Ressourcen einsetzen. Dabei kommt ihnen das im Leben mitgegebene oder erworbene ‚Kapital‘ unterschiedlicher ‚Kapitalsorten‘ zugute. Allein dieser Satz zeigt, dass Bourdieu mit vermeintlich gebräuchlichen Begriffen operiert, die jedoch für den wissenschaftlichen und dem Ansatz entsprechenden Gebrauch zu erklären sind. Sie stehen in seinen Arbeiten nicht lose nebeneinander, sondern bedingen sich gegenseitig. So hat er bspw. folgende Zusammenhänge hergestellt: Die Praxis (das aktuelle und erlebbare Handeln) ergibt sich aus dem wechselseitigen Einfluss von Habitus und Kapital, welche noch zusammen der Einwirkung des Feldes, also des aktuellen Wirkungsbereiches ausgesetzt sind:  $\text{Praxis} = \text{Habitus} \times \text{Kapital} + \text{Feld}$  (vgl. Rehbein, 2006, S. 169).

„Mit der Theorie der sozialen Felder trägt Bourdieu der arbeitsteiligen Organisation moderner Gesellschaften Rechnung (...) Wird dort aber die subjektfreie Funktionalität sozialer Strukturen und Prozesse betrachtet - charakteristisch hier-

---

<sup>27</sup> Der Habitus mag im ursprünglichen Ansatz von Bourdieu träge gegenüber neuerlichen Impulsen sein, allerdings gibt es Ansätze, diese Argumentation entsprechend ihrem Entstehungszusammenhang einzuordnen und auf diesem Weg zeitgemäß für neue Ansätze zu öffnen: Grabow argumentiert schlüssig, dass Bourdieu hier einmal mehr im zeitlichen Kontext betrachtet werden muss: In seiner Zeit ist man noch von einer weitaus geringeren Hirnplastizität ausgegangen, als wir es heute tun. Das heißt, man konnte begründet davon ausgehen, dass einmal in jungen Jahren Erlerntes stabil ist. Auch wenn wir heute wissen, dass Lernen und Entwicklung auch im Erwachsenenalter möglich ist (vgl. Grabow, 2015, S. 59). Vgl. darüber hinaus auch von Rosenberg, 2011

für ist die Position Luhmanns -, so geht es Bourdieu gerade um das über den Habitus vermittelte Zusammenwirken von handelnden Subjekten und sozialen Feldern. (...) Bourdieu begreift soziale Felder als Kräftefelder, die geprägt sind von der Konkurrenz unter den Akteuren“ (Krais & Gebauer, 2002, S. 55-56).

Nach diesen Worten fällt es leicht, ein Wirtschaftsunternehmen als Feld zu verstehen. Zudem schließen die hinter den Worten liegenden Überlegungen auch an die im vorigen Kapitel skizzierten Aspekte von Kultur in Unternehmen an. Das Feld ist kein abstraktes, hohles Gebilde, sondern lebt von seinen Akteuren. Ein Feld ist bei Bourdieu ein Wirkungsbereich von Kräften, den er auch als Spiel-Raum beschreibt, wenn er wiederholt Analogien zum (Mannschafts-)Spiel, wie Fußball, zieht. Diese stellt er her, um das Funktionieren des Geschehens im Feld zu veranschaulichen. Recht detailliert skizziert er Abläufe, Regeln, Ziele und Einsätze der Spieler (vgl. dazu Bourdieu, 1993, S. 122-123). Ebenso kann ein Unternehmenskontext als Spielfeld mit eigener Logik begriffen werden. Auch hier geht es um Kräfte, man spielt um Positionen im Feld und um Einflussnahme und Macht.

Die Position im Feld als weitere räumliche Kategorie ist eine wichtige Differenzierung, denn die Führungskräfte versammeln sich gemeinsam in einem bestimmten Bereich des Feldes, in abgegrenzten Positionen also, die es erst einmal zu erreichen gilt. Nur wer die nötigen Ressourcen mitbringt, kann sich seinen Platz sichern. Diese Ressourcen, die das souveräne Bewegen in einem Feld ermöglichen, sind zum einen der Habitus und zum anderen das erforderliche bzw. zur Verfügung stehende Kapital. Um zu verstehen, wie man die nötigen Ressourcen erwirbt, muss man sich die unterschiedlichen Biographien ansehen. Dabei sei erwähnt, dass es nicht um Einzelfälle als solche geht, sondern um typische Entwicklungsverläufe.

„In der Tat läßt sich das Feld mit einem Spiel vergleichen. (...) Sie verfügen über Trümpfe, mit denen sie andere ausstechen können und deren Wert je nach Spiel variiert (...) Es gibt, mit anderen Worten, Karten, die in allen Feldern stechen und einen Effekt haben — das sind die Kapital-Grundsorten —, doch ist ihr relativer Wert als Trumpf je nach Feld und, sogar je nach den verschiedenen Zuständen ein und desselben Feldes ein anderer“ (Bourdieu & Wacquant, 1996, S. 127).

Das entspricht also dem, was Bourdieu und Wacquant als Logik des Feldes beschreiben: Nicht in jedem Feld ist der Tauschwert eines Kapitalstocks derselbe.

Im Weiteren betonen sie explizit den engen Zusammenhang von Feld und Kapital und Bourdieu bezieht dies auch explizit auf die Wirtschaft. Denn erst das gemeinsame Handeln im Feld bringt die geltende Logik des Feldes überhaupt zum Vorschein – eben durch jeden einzelnen Akteur, der die in ihn eingeschriebenen Erfordernisse durch seine Zugehörigkeit und damit Anerkennung erfüllt. Dieses kollektive Handeln macht Institutionen, hier nennt Bourdieu die Wirtschaft, erst wirklich „vollständig und lebensfähig“ (Bourdieu, 1993, S. 108).

### **3.5.5 Das Kapital**

Eine weitere Einflussgröße wurde bereits angesprochen: das Kapital, das der Einzelne erworben hat und das ihm zur Verfügung steht. Mit diesem vermag er im klassischen Sinne zu handeln und kann es in andere Kapitalarten konvertieren. Bourdieu hat drei Kapitalsorten herausgearbeitet: das ökonomische Kapital (Geld, Wertgüter), das kulturelle (Informationskapital, Bildung oder Fertigkeiten als inkorporierte Variante und Bücher, Kunstgegenstände als objektive) sowie das soziale Kapital (Beziehungen, Netzwerk) (vgl. Rehbein, 2006, S. 112-113). Dazu kommt eine weitere Kapitalsorte, das symbolische Kapital, die aber nicht in gleicher Weise zu erwerben ist. Ein Symbol – somit auch jenes im Sinne des Kapitalbegriffs – steht für etwas. Bei symbolischem Kapital handelt es sich um eine der anderen Kapitalsorten, jedoch ist diese erweitert um die *explizite Anerkennung und Wertschätzung dieses Kapitals durch andere*. Bourdieu schreibt auch, das symbolische Kapital sei im Grunde ein „anderer Name für Distinktion“, also das Bestreben, sich abzuheben und Unterschiede hervorzuheben, um daraus Vorteile zu erzielen.<sup>28</sup>

„Bourdieu's erweiterter Kapitalbegriff bezieht sich auf alle Entitäten, die Handlungsmöglichkeiten eröffnen und eine Bewahrung oder Verbesserung der sozialen Position ermöglichen. (...) Bei einem Sportler sagt man, sein Körper (oder sein Geschick) sei sein Kapital. Ebenso können akademische Titel oder wohlha-

---

<sup>28</sup> „Symbolisches Kapital — ein anderer Name für Distinktion — ist nichts anderes als Kapital (gleich welcher Art), wahrgenommen durch einen Akteur, dessen Wahrnehmungskategorien sich herleiten aus der Inkorporierung der spezifischen Verteilungsstruktur des Kapitals, mit anderen Worten: ist Kapital, das als selbstverständliches erkannt und anerkannt ist“ (Bourdieu, 1995, S. 22).

bende Familienmitglieder als Kapital bezeichnet werden“ (Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 134).

Demzufolge bezeichnet Gugutzer das Kapital, das Sportler einsetzen, als „Körperkapital“ (vgl. Gugutzer, 2002, S. 122). Aber er überträgt diese Kapitalisierung des Körpers auch auf das hier betrachtete Feld: „Wer in sein Körperkapital Arbeit, Zeit und/oder Geld investiert, hat gute Chancen, — auf dem Arbeitsmarkt (...) hohe soziale und/oder persönliche Rendite, zum Beispiel in Form von sozialer Anerkennung und Selbstwertgefühl, zu erzielen“ (Gugutzer, 2004, S.68).

Dabei ist zu beachten, dass Gugutzer mit Bezug auf Bourdieu das Körperkapital als Kapitalform wie das ökonomische oder soziale beschreibt (2004, S. 66-68), ihr darüber hinaus den Wert des symbolischen Kapitals zuschreibt, also als eines, das mit der Konvertierung an Wert gewinnt. Dennoch erscheint gerade der Blick auf den materiell eingesetzten Körper als eigenständig betrachtete Kapitalform wertvoll.

In dieser Arbeit wird beides Raum finden – und zwar unmittelbar anschließend an die Ausführungen zum symbolischen Kapital: Wenn, und das soll hier angenommen werden, der Körper als Kapitalsorte verstanden wird, die unmittelbar eingesetzt wird, um wiederum anderes Kapital zu generieren, so soll hier von der Gesundheit als der symbolischen Form des Körperkapitals ausgegangen werden (vgl. Brunnett, 2009a, S. 87-104). Denn wenn, wie zuvor beschrieben, symbolisches Kapital erst über soziale Anerkennungsprozesse eben dazu wird, so wird Gesundheit symbolisch als mögliche Konvertierung des Körperkapitals sichtbar: Eine Investition des Körpers führt (über kurz oder lang) zu einer Reduktion des Kapitalstocks Körper und damit mittelbar, auf der symbolischen Ebene, des Gesundheitskapitals. Eine Investition *in den Körper* führt zu einer Erhöhung des Kapitalstocks mit der Chance zu weiteren Investitionen. Wie viel Wert nun diese Gesundheit an sich und dieses Mehr oder Weniger ist, ist sozial betrachtet relativ zum Feld.

Gugutzer führt an anderer Stelle aus, dass es für den Einzelnen kritisch ist, viel in den Erwerb dieses Kapitals zu investieren, weil es in der Natur des symbolischen Kapitals liegt, dass man es nicht selbst aktiv erwerben kann, sondern die symbolische Komponente seines Kapitals im sozialen Miteinander zugewiesen bekommt (vgl. Gugutzer, 2002, S. 121). Dennoch sind die Chancen auf Anerkennung bestimmter Investitionen nicht schlecht, wie im Absatz zuvor dargestellt. So hat sich der Wert der körperlichen

Fitness für Manager bereits durchgesetzt: Der stattliche, soziale akzeptierte, (über-)gewichtige Manager wurde durch den Idealtypus einer sportlich-schlanken Führungskraft ersetzt.<sup>29</sup>

Was beim Kapital bzw. bei seinem Aufbau eine Rolle spielt, ist auch der Zeitfaktor. Dieser Aspekt mag insbesondere für die Zielgruppe der Arbeit von Bedeutung sein. Unter der Prämisse, dass Zeit bei Führungskräften eine knappe Ressource ist und dass sich ein Habitus auch in einem bestimmten Feld erst noch entwickelt – oder entwickeln müsste, was näher zum Kern des Problems führt – lässt sich daraus die Annahme ableiten, dass es bei einem Handeln, das den habituellen Erwartungen des Feldes nicht entspricht, noch keine Zeit oder Gelegenheit in der Biographie gab, um den erforderlichen Habitus auszubilden. Auf die Wirtschaft übertragen bedeutet dies, dass in der Praxis der Unternehmen oft eine mangelnde Führungskompetenz beklagt wird<sup>30</sup>, die auf einem fehlenden Verständnis für die Erfordernisse der Rolle oder einer nicht ausgebildeten Identifikation mit dieser beruht bzw. darauf zurückzuführen ist. Es liegt die Vermutung nahe, dass es biographisch keine Möglichkeit gab, entsprechendes Kapital, kulturell oder auch sozial, anzusammeln. Und diese, zumindest grundlegende Akkumulation von Kapital – ebenfalls eine Annahme – ist heute notwendig, da eine (erste) Führungsposition üblicherweise auf der Basis angenommenen Potenzials oder bereits gezeigter Leistungen übertragen wird.

### **3.5.6 Karriere**

Für Bourdieu stellt eine Karriere eine besondere biographische Entwicklung dar. Sie beschreibt das Innehaben einer Reihe von Positionen im Verlauf. Dabei ist der Feldbezug wichtig, denn die Bedeutung dieser Positionen hängt vom Zustand sowie von der Struktur des Feldes ab, in dem diese Karriere durchlaufen wird (vgl. Bourdieu, 1998, S. 72-73).

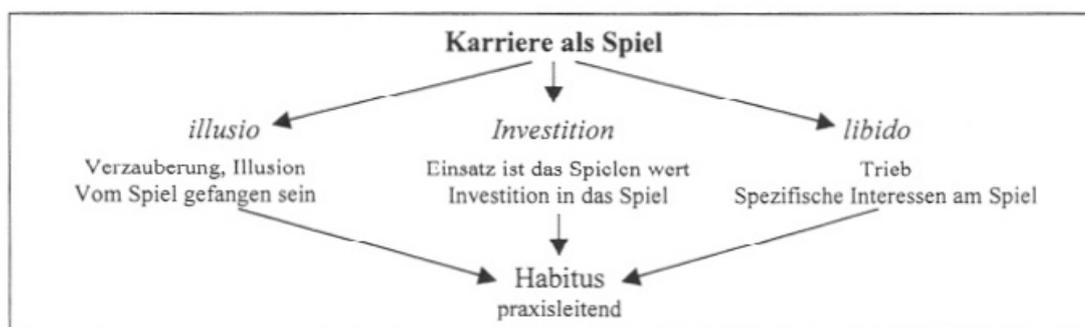
---

<sup>29</sup> „Die Sozialfigur des Managers (...) adaptiert nicht zufällig die Fitness-Semantik. Mit Bildern psychophysischer Präsenz, die am Körper gewonnen werden, zeigt man Robustheit gegenüber widersprüchlichen Situationen, Reaktionsfähigkeit und Flexibilität, die Fähigkeit zum schnellen Verarbeiten von Informationen, ganz generell die körperliche Disposition zum geschmeidigen Umgang mit beschleunigten immateriellen Abläufen und Symbolen. Die präzisen Gesten, der schlanke Körper, eine dargestellte leichte, elastische Spannung wie Dynamik in den Bewegungen signalisieren die Eleganz der Problembewältigung“ (vgl. Rittner, 1989, S. 374).

<sup>30</sup> Vgl. bspw. Reimann, 2014.

Hermann geht in der Darstellung des Bourdieuschen Karrierebegriffs in ihrer Arbeit zu geschlechtsspezifischen Karrieren weiter auf die Bedeutung der sozialen Herkunft ein, weil Karriere selbst das Thema der Arbeit ist. Zwar ist dies hier nicht der Fall, aber sie stellt in einer anschaulichen Graphik (Hermann, 2004, S. 154) die Verbindungen zwischen den wesentlichen Stellhebeln für Karrieren dar, die auch hier bedeutsam sind, um die habituellen Dispositionen der Befragten in einen Zusammenhang bringen und einordnen zu können:

Abbildung 1: Karriere als Spiel im Sinne Bourdieus (Hermann, 2004, S. 154)



Betrachtet man die Prozesse im Feld Unternehmen mit den Aktionen der Handelnden als Spiel, so kann auch die unternehmensinterne Karriere als solches betrachtet werden. Damit kommen weitere Aspekte hinzu, die notwendig gegeben sein müssen, um die Prozesse als Spiel zu bezeichnen: Jeder Akteur, jeder Spieler muss in dem Spiel aufgehen. Er darf es nicht kognitiv verstehen wollen oder es gar infrage stellen. Zu leicht erscheint einem Außenstehenden ein Spiel als „absurd“ und er wird von einer Teilnahme absehen (Bourdieu, 1993, S. 122). Er muss Interesse zeigen, ein Begriff, den Bourdieu schlicht wörtlich als mittendrin und „dabeisein“ fasst. Er schreibt jedoch auch, dass man den Begriff „durch weniger stringente Begriffe wie *illutio*, Investition oder auch *libido* ersetzen kann“, womit er all diese in einen Zusammenhang bringt: Mit dem Eintauchen ins Spiel (*illutio*) geht einher, dass der Akteur auch ein Interesse daran hat, was ihn diese Absurdität ‚übersehen‘ lässt und dazu führt, an das Spiel zu glauben und bereit zu sein, ins Spiel zu investieren. Dieses unbewusste, durch den praktischen Sinn geleitete Handeln ist ein habitualisiertes. Damit wird deutlich, wie die eingeschriebene Selbstverständlichkeit des Habitus dazu führt, sich auf Spiele einzulassen, dabei zu bleiben und darüber hinaus zu investieren (Bourdieu, 1998, S. 140-143).

Dabei gibt es Fälle, in denen sich der Einzelne „nicht bewußt zur Teilnahme [entscheidet], sondern (...) in das Spiel hineingeboren [wird]“ (Bourdieu, 1993, S. 123), wie bspw. bei Familienunternehmen, in denen davon ausgegangen wird, dass die Folgegeneration das Geschäft weiterführt. Es würde zu weit führen, eine berufliche Tätigkeit grundsätzlich oder voll umfänglich als eines dieser fraglosen Spielteilmomente zu sehen. Es erscheint jedoch plausibel, dass der Schritt in die Erwerbstätigkeit durchaus diesen Mechanismen folgt: Über das Bildungssystem und den Bedarf, den Lebensunterhalt zu sichern, wird jeder an dieses Spiel(feld) herangeführt. Dieser Weg ist habituell geleitet. Das ist an den Fällen gut nachzuvollziehen, wo im Zuge einer Karriere plötzlich diese infrage gestellt wird, der Wert von Positionen, Gehältern und Statussymbolen hinterfragt, also bewusst gemacht wird und unter Umständen eine Erschütterung des Habitus einleitet, der dann wiederum zu einer Bewusstwerdung der Prozesse und zum Erkennen der Absurdität des Spiels führen kann.<sup>31</sup>

Solange der Akteur im Spiel aktiv ist, von ihm also gefangen und daran interessiert ist, solange sind auch feldspezifische Treiber aktiv<sup>32</sup>, was ebenfalls für diese Arbeit wichtig ist, wenn es im empirischen Teil dieser Arbeit um die Bildung von Typen geht, die bestimmten Interessen folgen.

Auch Herrmann beschreibt die Interessengeleitetheit von Akteuren mit dem Ziel der Maximierung von symbolischem Kapital:

„Karriere — als Spiel verstanden — erfolgt über den Habitus, der praxisleitend ist. Es werden bestimmte *Interessen* verfolgt, die in Abhängigkeit vom jeweiligen sozialen Feld definiert werden. *Ziel dieser Spiele ist die Akkumulation von Kapital*, speziell symbolischen Kapitals, und die Besetzung hoher Positionen in dem jeweiligen sozialen Feld“ (Hermann, 2004, S. 155).

---

<sup>31</sup> Bspw. in der Art und Weise, die in einem Artikel der Welt (2013) über einen ‚Aussteiger‘, vom Banker zum Würstchenverkäufer beschrieben wird:

<http://www.welt.de/regionales/frankfurt/article119448059/Der-Banker-der-lieber-Wuerstchen-verkaufen-wollte.html>. Zugriff am 22.2.2015

<sup>32</sup> „Es gibt nämlich ebenso viele *libido*, wie es Felder gibt: Ist doch die Arbeit der Sozialisation der *libido* genau das, wodurch Triebe in spezifische Interessen verwandelt werden, in sozial begründete Interessen, die nur im Zusammenhang mit einem sozialen Raum existieren, in dem bestimmte Dinge wichtig und andere gleichgültig sind“ (Bourdieu, 1998, S. 142).

Es kann, was die Studie zeigen wird, aber auch sein, dass im Feld Interessen verfolgt werden, die mit der Akkumulation von Kapital verbunden sind, aber jenseits dem oben beschriebenen Ziel liegen, *nur* eine hohe Position im Feld zu besetzen.

### 3.5.7 Handlungslogik - der praktische Sinn

Die vorab beschriebenen Fundamente führen zu einem Handeln, das bei Bourdieu dem praktischen Sinn folgt, der für ihn Handeln leitet, das zwar nicht zweckgerichtet, sich jedoch systematisch vollzieht:

„Als besonders exemplarische Form des praktischen Sinns als vorweggenommener Anpassung an die Erfordernisse eines Feldes vermittelt das, was in der Sprache des Sports als ‚Sinn für das Spiel‘ (wie ‚Sinn für Einsatz‘, Kunst der ‚Vorwegnahme‘ usw.) bezeichnet wird, eine recht genaue Vorstellung von dem fast wundersamen Zusammentreffen von Habitus und Feld, von einverleibter und objektivierter Geschichte, das die fast perfekte Vorwegnahme der Zukunft in allen konkreten Spielsituationen ermöglicht. Als Ergebnis (...) sorgt der Sinn für das Spiel dafür, daß dieses für die Spieler subjektiven Sinn, d. h. Bedeutung und Daseinsgrund, aber auch Richtung, Orientierung, Zukunft bekommt.“ (Bourdieu, 1993, S. 122).

Diese Aussagen zum Sportspiel kann man auch auf die ‚Spiele‘ in Unternehmen übertragen, wobei sich hier die Spielregeln stetig verändern. So verändert eine wandelnde Unternehmenskultur auch die Vorstellungen von adäquatem Handeln, wie im Kapitel zu den Grundbegriffen ausgeführt. Die Auswirkungen von vermeintlich stimmigem Tun unter neuen Vorzeichen sind leicht vorstellbar – eine Herausforderung für den an sich so stabilen Habitus. Auch dieser Gedanke soll im Weiteren mit Bezug auf gesundheitsbezogene Haltungen und Aktivitäten genutzt werden.

## 3.6 Habitusrekonstruktion

Die Art und Weise, wie Bourdieu sein Habitus-Konzept entwickelt hat – nämlich über quantitativ ausgerichtete Datenerhebungen – entspricht der einer Konstruktion des Habitus, wie Meuser (2007, S. 214) festhält. Doch ist das Erschließen eines Habitus auch und gerade auf einem rekonstruierenden Weg möglich, sofern die passende Methode herangezogen wird. Ein in dieser Hinsicht passendes rekonstruktives Verfahren stellt dabei die dokumentarische Methode dar, deren Vorgehensweise darauf basiert, in ver-

schiedenen Arbeitsschritten nicht nur das ‚Was‘ einer Aussage oder Textstelle zu betrachten und zu interpretieren, sondern auch und vor allem das ‚Wie‘. Das heißt, dass primär dem nachgegangen wird, wie der Akteur Wirklichkeit herstellt, was ihn dazu führt, die Dinge so zu sehen, wie er das tut. Antworten darauf ermöglichen dem Forscher den Zugang zum jeweiligen Habitus, zum Erzeugungsprinzip der Praxisformen, wie Bohnsack formuliert (2010, S. 151) und von Rosenberg darstellt (2011, S. 95-96). Das entspricht dem Anliegen dieser Arbeit insofern, als dass es einen Erkenntnisweg zur Beantwortung der Eingangsfrage bedeutet: Wie gelangt – zunächst praktisch formuliert – das Gesundheitshandeln in die Führungskraft? Theoretisch formuliert: Welcher Habitus hat sich eingeschrieben, um eine Praxis herauszubilden?

Es kann grundsätzlich alles, was beobachtet werden kann, dem Habitus eines Menschen zugeschrieben werden, also dem ‚einen‘ Habitus, der je nach Feld situativ bestimmte Facetten adressiert und aktiviert. Das hiesige Forschungsinteresse hat den Fokus auf die gesundheitsbezogenen Anteile im Habitus gerichtet, die sich über das Feld Unternehmen bemerkbar machen.

Darüber hinaus wird der Blick nicht auf einen ausschließlich kollektiv gedachten Habitus gelenkt, sondern auch auf den individuellen. Das heißt, die hier erfolgende Rekonstruktion bildet keinen Klassenhabitus ab, sondern ist bestrebt, die Besonderheiten zuzulassen und offenzulegen, die aus der individuellen Biographie jeder Führungskraft resultieren. Diese Argumentation ignoriert weder Bourdieus üblicherweise als kollektiv interpretierten Habitus, was zur eingangs angesprochenen Kritik führte, noch widerspricht sie ihm grundlegend: Kramer zeigt auf, dass auch Bourdieu seinen Habitusbegriff keineswegs ausschließlich kollektiv denkt (vgl. Kramer, 2011, S. 50-52). Allerdings verfolgt Bourdieu die individuellen Ansätze aus der „Besonderheit der sozialen Lebensläufe“, wie Kramer zitiert (ebd., S. 52), zugunsten der kollektiven in seinen Arbeiten nicht weiter.<sup>33</sup>

### **3.6.1 Der Habitus von Führungskräften**

Bevor zu den besonderen Aspekten von Rolle und Gesundheit in ihrem Zusammenspiel übergegangen wird, ist zunächst ein Blick auf die Genese des Habitus als Ganzes zu

---

<sup>33</sup> Kramer, der sich auch die Anschlussfähigkeit der dokumentarischen Methode zunutze macht, nutzt seinen Ansatz und erforscht individuelle Orientierungsrahmen und damit auch Habitus anhand der dokumentarischen Methode (vgl. Helsper, Kramer, Brademann & Ziem, 2007).

werfen, um in der empirischen Arbeit daran anknüpfen zu können. Denn auch wenn es um eine besondere Facette des Habitus einer definierten Zielgruppe geht, sollte dies in den Gesamtprozess der Habitualisierung eingeordnet werden:

1. Am Beginn der Betrachtung steht bei der Zielgruppe wie bei allen anderen Menschen die Ausbildung eines primären Habitus, der im Fall der Zielgruppe zu einer beruflichen Laufbahn in der Wirtschaft führt. Zum grundlegenden Prozess der Habitualisierung sei auf die grundlegenden Ausführungen zum Habitus, seiner Entwicklung, Wirkung und Bedeutung von Bourdieu verwiesen.<sup>34</sup>
2. Auf der Basis des Primärhabitus aktualisiert sich der Habitus der Person mit Eintritt ins Feld, wobei das Wissen um das „How-to“ genutzt wird.<sup>35</sup> Gemäß der Definition des Habitus greifen hier Wahrnehmungs- und Denkmuster, die eine individuelle Variante des „How-to’s“ hervorbringen (Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 82). Schon zu Beginn der Berufstätigkeit steht ein kommunikatives Wissen über die normativen Erfordernisse im Feld zur Verfügung. Diese Erkenntnisse sammelt jeder Einzelne unabhängig von seiner Position im Feld, so wie jeder (s)ein Wissen über die Institution Familie hat.<sup>36</sup>
3. Im Sinne einer Karriere verändern sich im Laufe der Berufstätigkeit Aufgabe und Position. Dass es dazu kommen konnte, bestätigt eine Passung des Habitus zu diesem Feld. Wie Bourdieu ausführt, erfährt ein Habitus beim Eintritt in ein neues Feld eine Prüfung auf Passung, um ins Feld zu gelangen und um damit zum Spiel zugelassen zu werden. Bei diesen *ersten* Positionswechseln sind die Herausforderungen für den Habitus begrenzt. Wie Hermann (2004, S. 195) be-

---

<sup>34</sup> Grundlegend: Bourdieu, 2007, S. 277ff. Im Kontext wird dies bspw. bei Kraus & Gebauer, 2008, S. 75 und Schwingel, 2009, S. 76ff. erklärt.

<sup>35</sup> Zu Habitualisierungen beim Eintritt in ein neues Feld: „Man tritt in ein soziales Feld nicht mit einem Habitus ein, der fix und fertig ist, der passende Habitus wird nicht schon von vornherein vorausgesetzt: ‚Was der neu Eintretende tatsächlich in dieses Spiel hineinbringen muss, ist nicht der Habitus, der hier stillschweigend oder explizit verlangt wird, sondern ein Habitus, der praktisch kompatibel sein oder eine genügende Nähe aufweisen und der vor allem formbar und geeignet sein muss, um sich in einen konformen Habitus konvertieren zu lassen“ (Kraus & Gebauer, 2008, S. 61, mit einem Zitat von Bourdieu, hier Bourdieu, 1993, S. 120).

<sup>36</sup> „Wenn wir als ein Beispiel den Begriff bzw. die gesellschaftliche Realität der Familie nehmen, so ist uns einerseits – relativ unabhängig von unserer Milieu- und teilweise auch Kulturzugehörigkeit – die Realität der Familie als Institution bekannt, als Bereich institutionalisierten und rollenförmigen Handelns, welcher u.a. generalisierte Erwartungserwartungen hinsichtlich beispielsweise der Beziehungen zwischen Eltern und Kindern und deren sozialen Identitäten beinhaltet, ein Wissen um die rechtlichen und religiösen Traditionen der Institution Familie ebenso wie auch die Common Sense-Theorien über die Familie und ihre normative Legitimation“ (Bohnsack, 2013, S. 179).

schreibt, ist der primär angelegte Bildungsweg und dort fortentwickelte Habitus zunächst entscheidend für die Übernahme einer ersten Führungsaufgabe. Das erforderliche Kapital ist im Grunde bereits bereitgestellt und wird über Leistung aktualisiert. Leistung geht in der Regel mit erhöhtem zeitlichen Einsatz<sup>37</sup> und damit einem Festlegen der Prioritäten einher. Dadurch sind grundlegende Voraussetzungen für den Eintritt ins Management geschaffen.

4. Die erlebte Passung führt zu einer Karriere und damit zu Statuspassagen, also zur Übernahme einer Führungsverantwortung. Einerseits hilft hier der praktische Sinn, d.h. eine Idee davon zu haben, wie man sich hier zu bewegen hat oder haben könnte. Andererseits wird damit Zutritt zu einem Teil des Feldes möglich, der nun Neuland darstellt. Es kommen Situationen auf die Führungskraft zu, die von institutionellen Erwartungen<sup>38</sup> geprägt sind und Handeln erfordern. Erst hier kann man erfahren, ob der Habitus so ausgebildet ist, dass dieser schon passende Handlungsweisen auch für diese neuen Situationen bereithält. Das ist kein positiver Automatismus, wie Bourdieu festhält, sondern eine echte Passungsprüfung, ob und wie „das Weiterwirken der Erstkonditionierung“ (Bourdieu, 1993, S. 117) funktioniert.

Hier ist es wichtig, sich vor Augen zu führen, dass nur bestimmte Facetten des Gesamthabitus adressiert werden: diejenigen, die in diesem Feld relevant sind. Die Führungskraft setzt sich in den neuen Situationen in seiner Rolle als Führungskraft mit den Erwartungen und Ansprüchen der Institution auseinander. Die Art der an sie gerichteten Erwartungen leitet sich aus der (neuen) Rolle ab. Diese Auseinandersetzung ist ein aktiver reflektierender Prozess. Nach Bourdieu geschieht dies in besonderen (krisenhaften) Situationen (Bourdieu & Wacquant, 1996, S. 165-166). Nun ist eine Statuspassage kein traumatisches Ereignis, dennoch eines, welches die automatisierten Handlungsmuster des Habitus herausfordert.

Die meisten Befragten dieser Studie geben an, sie hätten in der Praxis gelernt, und einige sagen deutlich, dass es die Fehler waren, die den Lernprozess im Besonderen geför-

---

<sup>37</sup> Vgl. Bourdieu, 1983, S. 188 zur Bedeutung von zur Verfügung stehender Zeit und erfolgreicher Kapitalisierung: „Es ist unmittelbar ersichtlich, daß die zum Erwerb erforderliche Zeit das Bindeglied zwischen ökonomischem und kulturellem Kapital darstellt.“

<sup>38</sup> Vgl. die Ausführungen zum engeren und weiteren Orientierungsrahmen, wie ihn Bohnsack definiert (2013, S. 181).

dert hätten. An diesen Aussagen zeigt sich, dass es vorab mangels Gelegenheit kaum möglich ist, routiniert (automatisch im Sinne des Habitus) zu agieren.

Diese Ausführungen zu den grundlegenden Habitualisierungen auf dem Weg zur Führungskraft sollen zunächst genügen, wobei dieser Weg keiner ist, der an den Akteuren spurlos (auch buchstäblich im Sinne der Inkorporierung) vorbeigeht. Die positionellen Veränderungen lösen Anpassungsprozesse aus. Was in dieser Dialektik dann passiert, interessiert hier auf einen Ausschnitt des Gesamthabitus bezogen. Es geht um die Prozesse, die a) im Feld und b) in der Rolle der Führungskraft adressiert und aktiviert werden – und c) die sich weiter eingeschränkt auf den Bereich Gesundheit beziehen.

### **3.6.2 Das forschungsbezogene Verständnis des Habitus**

In den theoretischen Rahmen der sozialen Praxis Bourdieus und seines Habitus-Konzepts wurde bereits eingeführt. Dennoch stellte sich im Zuge der Auswertung des Forschungsstands und seiner Diskussion heraus, dass es wichtig ist, den von Bourdieu in seinen eigenen Arbeiten definierten Habitus genauer zu fassen: Im Formulieren der Texte dieser Arbeit sowie in der Diskussion im Fachbereich entwickelten sich aus einem Habitus mal mehrere. Dann entstanden im Austausch und im Verdeutlichen von Sachverhalten wie selbstverständlich „Bindestrich-Habitus“, wie der Manager-Habitus oder der Gesundheits-Habitus. Weist Ersterer darauf hin, dass es neben diesem rollen- und damit feldbezogenen Habitus eines Menschen noch weitere gibt, die anderen Kontexten zuzuordnen sind, so legt Letzterer nahe, dass es in einer Person auch themen- oder anforderungsbezogene Habitus geben könnte.<sup>39</sup> Von mehreren Habitus eines Menschen auszugehen, widerspricht dem Ansatz von Bourdieu, der in seiner Konzeption einen Habitus annimmt, der sich ins Speichermedium Körper einschreibt und in allen (neuen) Situationen des weiteren Lebens angesprochen und ausgelebt wird. Dies geschieht mal passend zum Feld, aber auch mal weniger passend, je nach bisherigen Erfahrungen in den jeweiligen Erfahrungsräumen. Diese Überlegungen, wie der Habitus von Bourdieu zu verstehen ist, sollen hiermit nicht beiseitegeschoben werden, sondern sie sollten als Impulse weiterverfolgt werden. Vor allem vor dem Hintergrund, dass Bourdieus Ansätze im historischen Kontext seiner Forschungen gesehen werden können

---

<sup>39</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird der Plural des Habitus über die lateinische u-Deklination gebildet, die auch im Plural Habitus lautet, hier aber mit langem u, also gemäß Lautschrift [u:] gesprochen wird. Ein zitierfähiger Beleg von Bourdieu kann hier nicht eingefügt werden, doch scheint dies die schlüssigste Umgehensweise.

und sollten, ergeben sich möglicherweise Anstöße für Anpassungen des Konzepts an die heutige Gesellschaft.

Es wurde bereits die Frage aufgeworfen, ob nicht von mehreren Habitus auszugehen ist. Jeder Akteur lebt in unterschiedlichen Feldern, unterliegt hier mehreren, unter Umständen deutlich verschiedenen Habitualisierungsimpulsen. Außerdem mag sich ein Impuls nicht auf das Handeln in allen Belangen auswirken. Um also konkret das habitualisierte Gesundheitshandeln von Führungskräften zu erforschen, könnte es demnach sinnvoll sein, von mehreren Habitus auszugehen, von denen einer – der gesundheitsbezogene Aspekt des Manager-Habitus oder, verkürzt formuliert, der Gesundheitshabitus von Führungskräften – hier zum Forschungsgegenstand wird.

Dass auch andere Wissenschaftler damit ringen, ob und wann sich ein oder eben mehrere Habitus herausbilden, sei an diesem Beispiel gezeigt. Die in vielen Punkten wichtige Arbeit von Hermann zur Entwicklung eines Karrierehabitus vor dem Hintergrund der Gender-Perspektive (2004) arbeitet im Wesentlichen mit dem Begriff des Karriere-Habitus. Im Zuge der Kapital-Erörterung formuliert sie: „Die Ausbildung eines Karriere-Habitus erfolgt bereits über das Elternhaus“ (ebd., S. 197). Andere Habitus, die sich in dieser Zeit möglicherweise ebenfalls bilden, beschreibt sie nicht, was auch nicht erforderlich ist, da es in ihrer Arbeit um diesen einen Habitus geht. An dieser Stelle fällt diese Formulierung jedoch auf, da sie einen Hinweis auf das Vorhandensein mehrerer Habitus darstellen kann, betrachtet man die Differenzierung Karriere-Habitus als Aussage, dass es daneben andere Habitus gibt, sozusagen als weitere Bindestrich-Habitus. Zur Entwicklung von Habitus äußert sie sich auch: „Der Habitus ist über die Primärsozialisation stabil, wird aber innerhalb der Sekundärsozialisation noch wesentlich entwickelt.“ Es erscheint durchaus leicht abweichend von der vorhergegangenen Formulierung, wann sich exakt welcher Habitus – oder ob sich ein umfassender mit unterschiedlichen Facetten – herausbildet. Doch sollte an dieser Stelle nicht ihre Analyse infrage gestellt, sondern darauf hingewiesen werden, wie diffizil die Herausbildung und Differenzierung von einem oder mehreren Habitus und seinen Facetten – und der treffende Sprachgebrauch – ist.

Kommen also feldspezifisch neue Einschreibungen hinzu, stellt sich die Frage, ob der eine Habitus eine feldspezifische Anpassung erfährt oder ob sich ein neuer Habitus herausbildet. Wie hier bereits zu sehen ist, gibt es Argumente für beide Wege, allerdings geht diese Arbeit von einem Habitus aus. Wichtig erscheint es dabei zu verdeutlichen,

wie sich die forschungsrelevante Entscheidung begründet und welche Auswirkungen sie unter Umständen hat.

Diese Differenzierung zwischen einem oder mehreren Habitus ist aber, und damit näher an Bourdieus Ausgangsansatz, auch möglich über das Neudenken des einen Habitus: Wenn man diesen als *einen* mehrdimensionalen Habitus begreift, dann ist dieser Ansatz nicht neu, aber ein wichtiger Ansatzpunkt, auch für die vorliegende Arbeit, denn auf dieser Basis ist Gesundheit als ein Teil, eine Facette des Gesamthabitus zu beschreiben.

Neben den im Verlauf dieser Arbeit relevanten Ansätzen von Bohnsack (exemplarisch: 2010 und Bohnsack, Nentwig-Gesemann & Nohl, 2007) und Nohl (2012, 2013) kommt die Arbeit von von Rosenberg (2011) hinzu. Letzterer hat sich mit den Arbeiten der ersten beiden eingehend befasst und selbst darauf aufbauend gearbeitet (von Rosenberg, 2011). Im Zuge dessen hat er seine Erkenntnisse aus den Arbeiten der Erstgenannten sehr anschaulich beschrieben. Deshalb wird die Argumentation zur Mehrdimensionalität des Habitus von von Rosenberg hier dargelegt, welche auf Arbeiten von Bohnsack und Nohl fußt. Darüber hinaus werden diese Erkenntnisse von Rosenbergs im einführenden Kapitel zur dokumentarischen Methode detaillierter thematisiert (s. S. 72-73 dieser Arbeit).

Von Rosenberg beschäftigt sich mit ‚Bildung und Habitustransformation‘ (2011), also mit grundlegenden Veränderungen im Habitus eines Menschen, die im Gegensatz zur Wandlung eines Habitus stehen, der weniger grundlegende Veränderungen meint. Einer der Ausgangspunkte für seine Theorie ist die angenommene Mehrdimensionalität des Habitus. Er verschweigt nicht, dass es sich dabei bei Bourdieu um einen „weitestgehend vernachlässigten Aspekt“ handelt (ebd., S. 76), erwähnt aber später, dass sich dieser durchaus dessen bewusst ist, dass ein Habitus nicht „konflikt- und widerspruchsfrei“ sei und zitiert ihn mit dem Begriff des „zerrissenen Habitus“ (ebd., S. 79). Bourdieu selbst schafft also mit diesem Terminus die Gelegenheit zu einer Diskussion, über die Facetten des Habitus erneut nachzudenken.

Bohnsack zeigt einen anderen Zugang zur Vielfalt des beobachtbaren Handelns, die ein Akteur zeigen kann. Er zitiert dazu Bourdieu (1989, S. 406) dass „ein und derselbe Habitus je nach Zustand des Feldes zu höchst unterschiedlichen Praktiken und Stellungnahmen führen kann“ (zitiert nach Bohnsack, 2013, S. 195). Für ihn heißt das, dass sich bei Bourdieu Tendenzen zeigen würden „eine Relationierung und Überlagerung unter-

schiedlicher Habitus mit dem Begriff des Feldes zu fassen“ (ebd.). Mit dieser begrifflichen Gleichsetzung bringt Bohnsack also einen weiteren Ansatz ins Spiel, um die Mehrdimensionalität zu greifen.

Es soll hier nicht um Deutungen gerungen werden, es bleibt in dieser Arbeit beim Verständnis des einen Habitus. Demnach bildet sich ein umfassender Habitus heraus, der aber je nach Feld und Situation andere Facetten zeigt, weil jeweils andere seiner unzähligen Einschreibungen und damit Facetten adressiert und aktiviert werden. Bourdieu beschreibt den Habitus als Folge unterschiedlicher Dispositionen im Wahrnehmen, Denken und Handeln.

Eine *Facette* kann hier folgendermaßen eingeordnet werden: Während diese Bourdieuschen Dispositionen noch eher abstrakt zusammenwirken, finden sie in ihrem Zusammenspiel Ausdruck – je nach Situation und Feld – über ganz bestimmte Facetten: Einmal tritt die Facette Geschmack hervor bzw. ins (forschungsbezogene) Blickfeld, ein anderes Mal berufliches Streben oder eben Gesundheit.

Bohnsack und Nohl haben sich in unterschiedlichen Arbeiten intensiv mit der Mehrdimensionalität von Erfahrungen und Habitualisierungen auseinandergesetzt. Bohnsack arbeitet in seiner Studie ‚Generation, Milieu und Geschlecht. Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen‘ „den mehrdimensionalen Charakter jugendlicher Erfahrungsräume heraus“, wie von Rosenberg festhält (2011, S. 77). Obwohl von Rosenberg zu Recht darauf hinweist, dass Bohnsack eher mit dem Milieu- statt dem Habitusbegriff arbeitet, ist eines zentral: Handlungsleitende, implizite Muster ergeben sich aus einer Überlagerung unterschiedlicher, aber konjunktiver Erfahrungsräume (ebd.). Genau in diesen unterschiedlichen Erfahrungsräumen liegt für Bohnsack die Mehrdimensionalität (Bohnsack & Nohl, 1998, S. 262).

Wenn es später darum geht, die dokumentarische Methode als Forschungsprogramm darzustellen, um ihren Wert für diese Arbeit zu skizzieren und sie einzuführen, wird deutlich werden, dass die komparative Analyse als Kern der Methode zu einer Typenbildung führt, die über die Mehrdimensionalität der herausgearbeiteten Typen auch die Vielschichtigkeit des Habitus aufzeigt.

Dem Ansatz der Mehrdimensionalität eines Habitus soll auch hier im Weiteren gefolgt werden, der sich dem von von Rosenberg in der aufgeführten Studie anschließt: „Bei

der Rekonstruktion von Typen muss immer von Überlappungsphänomenen ausgegangen werden; Typenbildungen sind demnach konstitutiv mehrdimensional“ (von Rosenberg, 2011, S. 98).<sup>40</sup>

Das kann, kulturgeschichtlich begründet, dazu führen, „dass unterschiedliche Logiken der Praxis in einem Habitus durchaus hybrid und widerstreitend organisiert sein können“ (von Rosenberg, 2011, S. 78).<sup>41</sup>

Die Befragten, die in den Interviews als Führungskräfte adressiert wurden, haben – wie jeder Mensch – von Geburt an habitualisierende Einschreibungsprozesse erfahren, die zur Herausbildung ihres Habitus geführt haben; vor ihrem Eintritt ins Feld, vor der Übernahme der Position im Feld mit der Bezeichnung Führungskraft. Ebenso hat sich Gesundheit lebensbegleitend in einer ganz unterschiedlichen Weise in den Habitus eingeschrieben, die Dispositionen haben sich jeweils in besonderer Weise ausgestaltet.<sup>42</sup>

### 3.7 Forschungsstand und Forschungsfrage

Nachdem zuvor der praktische wie vor allem auch theoretische Bezugsrahmen dieser Arbeit abgesteckt wurde, werden nun die Relevanz der vorliegenden Arbeit und ihr Erkenntnisinteresse kritisch reflektiert. Es wird herausgearbeitet, wie sich im aktuellen Forschungsstand noch Forschungsdesiderata ergeben.

Um den Forschungsstand für das in dieser Arbeit relevante Forschungsgebiet darzustellen, ist zunächst das zu betrachtende Umfeld zu definieren. Im vorangegangenen Kapitel wurden im Rahmen der Problemstellung das Interesse und damit die Richtung umrissen. Es ging um die Rekonstruktion eines Habitus (bzw. einer Facette dessen) einer bestimmten Zielgruppe. Das heißt, der Blick wendet sich nun dem zu, was heute an Praxis dieser bestimmten sozialen Gruppe zu erfassen ist, was dabei immanent auf die Genese des jeweiligen Habitus hinweist.

---

<sup>40</sup> Er führt weiter aus: „Gerade in ihrer Betonung von Mehrdimensionalität hebt sich die Forschungspraxis der dokumentarischen Methode ein Stück weit von den empirischen Arbeiten Bourdieus ab, insofern Bourdieu meist eine habituelle Disposition, beispielsweise die einer Klasse, einer Generation oder eines Geschlechts beschreibt, Überlagerungsverhältnisse jedoch weitestgehend vernachlässigt“ (von Rosenberg, 2011, S. 98).

<sup>41</sup> Von Rosenberg weist neben den genannten Autoren darauf hin, dass darüber hinaus auch weitere diesen Ansatz verfolgen: vgl. von Rosenberg, 2011, S. 81.

<sup>42</sup> Wird in dieser Arbeit an der einen oder anderen Stelle doch vom Gesundheitshabitus oder einem anderen Bindestrich-Habitus gesprochen, so geschieht dies aus Gründen der Lesefreundlichkeit, nicht um auf eine Vielzahl von Habitus hinzuweisen.

Dennoch soll der Weg von allgemeinen Themen zur Gesundheit von Führungskräften hin zum Forschungsbereich dieser Arbeit grundlegend nachgezeichnet werden. Entlang dieser Etappen hin zur Eingrenzung des Forschungsgebiets finden sich wesentliche Arbeiten zum jeweiligen Themenkomplex, die ein vertieftes Erarbeiten der Themenbereiche ermöglichen. Eingehend wird dann die Forschungslandschaft des unmittelbaren Forschungsgegenstands ausgeleuchtet: dem Gesundheitsbezug im Habitus der Führungskräfte.

### **3.7.1 Die relevanten Forschungsfelder**

Insgesamt ist es sinnvoll, die Betrachtung des Forschungsumfelds eine Ebene über den Unternehmen zu beginnen, nämlich mit einer **gesellschaftspolitischen Perspektive**, denn Gesundheit ist politisch geworden. Dergestalt, dass Kickbusch im Jahre 2006 sogar von der „Gesundheitsgesellschaft“ schreibt, an der sich eine Kultur-Veränderung ablesen lässt: der Wandel von Gesundheit als Thema medizinischer Autoritäten hin zu einer Frage der Eigenverantwortung.

Auch die Sozialwissenschaftlerin Brunnett erkennt in Gesundheit eine „wichtige ökonomische, soziale und politische Kraft“ (2009b, S. 66). Gesundheit erhält einen doppelten Wert, wobei sie sich an Bourdieus Kapital-Begriffen orientiert. Grundlegend stellt sie fest, dass der Körper für sich genommen an Bedeutung verliert, wenn es darum geht, ökonomisches Kapital zu mehren. Dazu sind heute andere Fähigkeiten und Merkmale gefragt, wie sie argumentiert. Dabei nennt sie in erster Linie Kreativität und Einfühlungsvermögen. Dazu gesellt sich eine Werteverstärkung zu immateriellen Kapitalstücken wie „Entspannung und Wohlbefinden“ (ebd., S. 68). Beides hat unmittelbar Einfluss darauf, wie Gesundheit eingeordnet wird. Sie wird über den Körper als grundlegendes Kapital hinaus zum symbolischen Kapital, das erworben, hergestellt oder sich angeeignet werden kann – bspw. über Entspannungstechniken, die die Entwicklung einer ganzen Industrie gefördert haben. Gesundheit wird zum Projekt und zur Aufgabe, für die jeder selbstverantwortlich ist (vgl. auch Gugutzer & Duttweiler, 2012). Brunnett spricht hier von „Gesundheit als Selbstmodellierung“ (2009b, S. 68). Auch wenn Bourdieu noch den Schwerpunkt auf das „Körper-Kapital“ gelegt hat (Bourdieu, 2007, S. 345), so können seine Erkenntnisse zum bewussten körperbezogenen – und aus heutiger Perspektive gesundheitsförderlichem – Handeln von Führungskräften durchaus im Kern noch als aktuell angesehen werden, wenngleich seine konkreten Beobachtungen dem historischen Kontext zuzuordnen sind (ebd., S. 340).

Bröckling (2007) liefert nicht nur eine Diagnose zur Handlungsmaxime der heutigen Gesellschaft: unternehmerisches Handeln bis zur totalen Selbstoptimierung, sondern er stellt den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit des Einzelnen am Arbeitsmarkt her: Konkurrenz um Positionen erfordert Distinktionsbestrebungen und -erfolge. Damit ist der Bezug zu Bourdieu herzustellen, der die Bedeutung des Kampfes um Positionen in sozialen Feldern beschreibt. Es ist damit auch die Brücke zum Thema dieser Arbeit geschlagen, in dem diese Erkenntnisse ebenso auf Führungskräfte – wie auf alle Teilnehmer am Arbeitsmarkt – bezogen werden: Wo jedoch Brunnett und Bröckling aus einer gesellschaftlichen Perspektive auf die Umwälzungen im Verständnis von Gesundheit blicken, so wird es in dieser Arbeit um *subjektive* Vorstellungen der Zielgruppe gehen. Diese bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse ermöglichen, neben dem Wert für die vorliegende Arbeit, eine noch weiterführende und einen Ausblick vorwegnehmende Fragestellung: Empfinden die befragten Führungskräfte die konstatierte Entwicklung in ihrer Wirkung auf sich selbst bezogenen in der Weise, die bis dahin gesamtgesellschaftlich eingeordnet wurde? Bestätigen die hier zusammengetragenen Aussagen der Führungskräfte die zuvor dargestellten Erkenntnisse oder weisen sie in neue Richtungen und werfen neue Fragen auf?

Immer wieder kommt auch bei der gesellschaftlichen Perspektive der Körper ins Spiel, ob als Kapital oder Projekt. Mittlerweile hat sich der Körper oder die Körper-Soziologie als Forschungsbereich etabliert, was bedeutet, dass es hier zahlreiche Arbeiten gibt, in denen der Körper bestimmter Zielgruppen thematisiert wird. Meuser weist auf „neues Interesse“ sowie auf den Forschungsstand hin (Meuser, 2014, S. 65). Auch der Körper von Führungskräften wird nun betrachtet und erforscht. Stellvertretend für dieses Feld und den aktuellen Trend nennt Meuser den „body turn“, den Gugutzer (2006) beschreibt. Darüber hinaus sind im thematischen Umfeld der vorliegenden Arbeit die von Leidenfrost sowie Weniger zu nennen, die sich explizit mit dem Körper von Führungskräften beschäftigen (Leidenfrost, 2006 und Weniger, 2013).

Leidenfrost hat ihre wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Körper von Führungskräften und den Zusammenhang mit deren Leistungsfähigkeit in einen unmittelbar betrieblichen Kontext gestellt, woraus sie folgende Leitfrage entwickelte: „Welche individuellen und kollektiven Muster im Umgang mit dem Körper sind bei Führungskräften zu beobachten und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Leistungsfähigkeit des Einzelnen sowie für die Gestaltung einer zukünftigen Führungskräfteentwicklung?“

(ebd., S. 6). Im Zuge ihrer Studie erarbeitet sie Handlungsempfehlungen für die Führungskräfte-Entwicklung heraus und macht bspw. eine Bestandsaufnahme zur Gesundheit der befragten Führungskräfte. Damit verfolgt sie grundsätzlich ein anderes Forschungsziel, welches sie dementsprechend anders bearbeitet: Sie ermittelt zahlreiche instruktive, aber eher quantitativ aufbereitete Daten, die für konkrete Maßnahmen von zentraler Bedeutung sind. Doch mangelt es der Arbeit vor diesem Hintergrund an Antworten auf Ursachen und Zusammenhänge dessen, was sie herausarbeitet und für den betrieblichen Kontext nutzt.<sup>43</sup> Zudem fundiert sie ihre Arbeit systemtheoretisch, Bourdieu bspw. findet bei ihr keinerlei Erwähnung, auch das ein Hinweis auf eine andere Perspektive. Sie arbeitet auf Systemebene heraus, welche Interventionen sich aus den Erkenntnissen unmittelbar und wirtschaftlich relevant empfehlen.

Weniger (2013) hat sich dem Körperverständnis von Führungskräften gewidmet und dabei vier Kernfelder definiert und untersucht: Gesundheit, Nahrung, Sport und Krankheit. Dazu hat sie deren gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kontext beleuchtet und dies in den Überschriften der einzelnen Abschnitte verdeutlicht: Macht, Arbeit und Körper schaffen aus unterschiedlichen Perspektiven Schwerpunkte. Mit den einzelnen Aspekten ihrer Arbeit hat sie ebenfalls Vergleichspunkte für diese Arbeit ermöglicht, indem sie bspw. die Bedeutung von auch hier relevanten Themen aufgreift, wie z.B. Gesundheit als Basiskompetenz der Führungskraft (ebd., S. 162), Eigenverantwortung (ebd., S. 191) oder den Stellenwert von Arbeit für diese Zielgruppe (ebd., S. 65).

**Von der gesellschaftlichen Ebene auf diejenige der Organisation:** Gesundheit in Unternehmen ist ein sehr weites Feld, das mehr umfasst als den Gegenstand der vorliegenden Arbeit, also den Habitus der Führungskräfte bzw. eine Facette davon. Daher sei an dieser Stelle auf ein Standardwerk für dieses Feld verwiesen, den „Fehlzeitenreport“. Der Schwerpunkt des letzten Bandes (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2014) lautet „Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten“ und 2011 lag dieser Schwerpunkt sogar noch konkreter auf dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Führung (Badura, 2011).

Hier wird nicht nur dem interessierten Praktiker, sondern auch dem Forschenden über die dortigen Literaturverweise ein guter Überblick über das Themenfeld gegeben. The-

---

<sup>43</sup> Diesen Umstand merkt auch Weniger kritisch an, als sie die Arbeit von Leidenfrost im Zuge ihrer Recherchen heranzieht (2013, S. 7).

menfeld ist dabei interdisziplinär zu verstehen, was die Herkunft der Autoren mit ihren jeweiligen Beiträgen belegen. Grundsätzlich ist Gesundheit im Kontext der Unternehmen bereits ein etabliertes Thema. Auch Führungskräfte finden hier immer mehr Beachtung. Insgesamt wird in den Unternehmen die Gesundheitsförderung aller in einem Unternehmen Tätigen gefördert, die auf einer strategischen Ebene als betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) eingesetzt wird. Eine wesentliche Quelle, um sich weitergehend damit zu befassen, ist mit Badura genannt. Außerdem sei zur betrieblichen Gesundheit exemplarisch auf Bamberg, Ducki und Metz (1998) sowie Uhle und Treier (2015) hingewiesen. Siegrist (1996, 2015) sowie Siegrist und Dragano (2006) setzen sich mit den gesundheitlichen Belastungen der Arbeitswelt auseinander, bieten Erklärungen sowie Lösungen an.

Zur **Gesundheit der Führungskräfte als Zielgruppe** liegen weniger Arbeiten vor als zur betrieblichen Gesundheit insgesamt: Diese werden in der Forschungsliteratur überwiegend als Stellhebel für die Gesundheit der Mitarbeiter gefasst und erst in zweiter Linie selbst als Adressaten. Lediglich implizit wird ihre eigene Gesundheit ins Blickfeld genommen und auf Umwegen werden sie selbst zum Adressaten: im Sinne des Führens mit Vorbildfunktion.<sup>44</sup>

Die Erkenntnis, dass es durchaus sinnvoll ist, sich der Gruppe der Führungskräfte gesondert zuzuwenden, wenn es um Gesundheit in Unternehmen geht, scheint sich nun langsam auch in der Wissenschaft durchzusetzen und spiegelt sich mehr und mehr in Forschungsarbeiten wider. Es ist nachvollziehbar, dass Führungskräfte in dieser Hinsicht auch als Angestellte des Unternehmens gelten und damit ebenso Zielgruppe der Fördermaßnahmen sind – aber nicht exakt aus derselben Perspektive wie Mitarbeiter (also Angestellte ohne Führungsaufgabe) betrachtet werden können. Dies ergibt sich zum einen aus der Belastung der Doppelrolle heraus. Neben der Aufgabe, sich selbst als Mensch gesund zu halten, muss eine Führungskraft Mitarbeiter nicht nur einfach führen, sondern nun auch gesund führen. Holzträger (2012) kommt in ihrer Studie zum Schluss, dass die Mehrbelastung durch die Verantwortung als Führungskraft im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements dessen Akzeptanz schmälert, wodurch hier Ansatzpunkte für weitere Forschungen gesehen werden. Zum anderen ist es nicht nur die faktische Mehrbelastung der Aufgabe, die Führungskräfte davon abhält, allgemeine

---

<sup>44</sup> Exemplarisch: Badura, 2011; Holzträger, 2012, vgl. dazu insbes. Ausführungen im Ausblick: S. 248; Echterhoff, 2011; Wilde et al., 2009.

Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements anzunehmen. Hier kommt in anderer Weise das distinktive Moment der Rolle zum Tragen, was verhindert, sich mit den Mitarbeitern im Bereich der Gesundheit ‚auf eine Stufe zu stellen‘.<sup>45</sup> Das fangen Unternehmen zunehmend dadurch auf, indem sie ihren Führungskräften, wie einigen in dieser Studie, eigene und exklusive Angebote zur Gesundheitsförderung bzw. Vorsorge anbieten.

Noch wenige Arbeiten wenden sich explizit der Gesundheit der Führungskräfte zu, wie bereits dargestellt, womit hier vor allem Forschungsarbeiten bspw. zur Einstellung oder zum Umgang mit Gesundheit gemeint sind.

Die Konstruktionen von Gesundheit der Zielgruppe zu erfassen und sich dem Körperbild dieser zu nähern, ist eine grundlegende Frage. Weniger (2013) beschäftigt sich mit dem Körperverständnis von Führungskräften und schafft damit eine Basis nicht nur in Bezug auf weitergehende Fragestellungen im Hinblick auf Gesundheit, sondern auch in Bezug auf andere „Bedürfnisfelder“: Nahrung, Sport und Krankheit. Dabei findet sich ein Thema nicht nur zuvor in der Forschung zur Gesundheit wieder, sondern es wird auch in dieser Arbeit eine besondere Rolle spielen: die Eigenverantwortung für die Gesundheit (vgl. Weniger, 2013, S. 118, 191).

Leidenfrost (2006) setzt sich ebenfalls mit dem Körper der Führungskraft auseinander, jedoch mit einer deutlich interventionsorientierten Herangehensweise. Diese ist vor dem Hintergrund der Ausgangslage nachvollziehbar, weil sich ihre Befunde auf Betrachtungen innerhalb eines Unternehmens zu einer konkreten Fragestellung innerhalb der Führungskräfte-Entwicklung stützen. Auf der Basis des herausgearbeiteten Körperverständnisses erkennt sie den Körper als wesentliche Ressource, die im Sinne des Leistungserhalts systematisch innerhalb der Organisation gefördert werden sollte. Diese These begründet sie mit den Daten ihrer Befragung innerhalb des die Studie beauftragenden Unternehmens und leitet praxisnahe Möglichkeiten zur Entwicklung einer Gesundheitsförderung innerhalb der Führungskräfte-Entwicklung ab. Damit liegt ihr Ansatz quasi

---

<sup>45</sup> So ist aus Erfahrungen aus der Praxis festzuhalten, dass es immer wieder als gelungene Maßnahme seitens der Personalbereiche gilt, Führungskräfte und Mitarbeiter zu gemeinsamen Aktivitäten über das unmittelbar Berufliche hinaus zu gewinnen. Die rein praxisbasierte Erfahrung ist hier, dass sich eher Führungskräfte entziehen und es Mitarbeiter bedauern, ihre Manager nicht auch einmal in anderen Situation und Rollen zu erleben.

hinter, also chronologisch nach dem liegt, der hier angestrebt wird. Hier sollen zunächst die Hintergründe erfasst werden, um über das „Was“ zum „Wie“ zu gelangen.

An den Kernbegriffen setzen ebenfalls zwei Abschlussarbeiten an: Gilly (2008) arbeitet die individuellen Gesundheitsbegriffe von Führungskräften heraus und bietet mit ihren Erkenntnissen Anschluss- und Vergleichspunkte an, wobei auch sie bereits weiter als diese Grundlage geht und mit diesem Wissen den Zusammenhang mit strategischen Entscheidungen im BGM analysiert. Knoteks Arbeit (2005) kommt dem Anliegen der vorliegenden Studie thematisch schon deutlich näher, wenn sie sich mit dem Gesundheitshandeln von Top-Managern auseinandersetzt. Dies geschieht jedoch auf einem quantitativen Weg, auf dem sie tatsächlich erfolgtes Gesundheitshandeln erfasst.

Spatz (2014) konzentriert sich im Themenfeld Gesundheit auf den Aspekt Work-Life-Balance bei Führungskräften, womit zwar im Feld der Führungskräfte-Gesundheit geforscht wird, aber dennoch eine andere Zielsetzung verfolgt wird. Ihr geht es um die „subjektiv wahrgenommene Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit (Arbeit) und individuellem, privatem und sozialem Lebensbereich (Leben). Sie analysiert Einflussfaktoren und Wirkungszusammenhänge zwischen den Lebensbereichen“ (ebd., Klappentext). Sie greift also einen Aspekt von Gesundheit bzw. Gesundheitshandeln heraus und konzentriert den Blick auf einen – unbestritten wichtigen – aber dennoch kleinen Teilbereich von Gesundheit.

Eine kommerziell angelegte Studie einer Unternehmensberatung in Zusammenarbeit mit einer Klinik setzt sich mit der Gesundheit von Managern ebenfalls quantitativ auseinander und geht dabei der Frage nach, wie gesund deutsche Führungskräfte sind (Heindrick & Struggels, 2014). Die Studie erfasst körperliche wie mentale Aspekte der Gesundheit und beinhaltet auch Fragen zur subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit. Als Schwäche der Studie, wie die Studienleiter selbst zugeben, ist dabei anzumerken, dass neben messbaren medizinischen Daten und konkreten Verhaltensinformationen (bspw. zur Vorsorge oder Ausgleichsmaßnahmen) auch der eigene Gesundheitszustand mit einfachen Fragen skaliert wird.

Im Zuge der noch spärlichen Forschungslandschaft kann noch auf die Berichterstattung in den Medien hingewiesen werden. So thematisiert die „Welt“<sup>46</sup> den Umstand, dass

---

<sup>46</sup> Gillies, 2011.

ausschließlich Leistung bei den Leistungsträgern in Fach und Führung den Vorzug vor gesundheitsförderlichen Maßnahmen erhält, selbst wenn Work-Life-Balance und Betriebliche Gesundheitsförderung in aller Munde ist. Obwohl Gesundheit von Personalern oder Beratern gerne und öffentlichkeitswirksam Bedeutung zugemessen wird, kommt sie im beruflichen Kontext zu kurz, so der Tenor des Artikels.

Gerade diese Diskrepanz offenbart, wie wichtig es ist, die Hintergründe für Gesundheitshandeln zu erforschen, um Angebote bereitzustellen, die so attraktiv sind, dass Gesundheitsförderung auch für die Zielgruppe als relevant und gleichermaßen vielversprechend wahrgenommen wird, um rechtzeitig mit der Pflege der eigenen Ressourcen und des zentralen Kapitals zu beginnen. Dem soll hier mit einer passenden theoretischen Grundlage Rechnung getragen werden, die in Bourdieus Habitus-Konzept gesehen wird.

### **3.7.2 Forschungsarbeiten zum Habitus von Führungskräften**

Zunächst fällt bei der Recherche auf, dass die beiden Begriffe zusammen durchaus oft zu finden sind, allerdings vornehmlich in Presstexten, die sich ohne wissenschaftliche Fundierung den griffigen wie gängigen Begriff des Habitus im Sinne eines Erscheinungsbildes, einer Haltung oder eines Gebaren (vgl. Duden, 1997, S. 306) zunutze machen. So urteilt man im manager magazin über Alfred Oetker: „Ein Habitus, der an britische Royals erinnert“ (Machatschke, 2014). Auch ältere Führungskräfte weiß man schnell zu kategorisieren: „Elder-Statesman-Habitus à la Helmut Schmidt“ (Buchhorn & Werle, 2013). Diese Benennungen liefern zwar interessante Hinweise auf die (populärwissenschaftliche) Rezeption des Bourdieuschen Ansatzes, leisten aber keinen Beitrag zum Forschungsstand im Arbeitsbereich.

Einer der wenigen, die sich empirisch mit dem Habitus von Führungskräften befassen, ist Grabow (2014). In seiner quantitativen Studie versucht er, den Habitus der Eliten in der Wirtschaft zu erfassen. Auf seinem Weg, diesen spezifischen Habitus so zu operationalisieren, dass er ihn quantitativ erfassen kann, macht er sich die Arbeiten von Hartmann zunutze, dessen Schwerpunkt Eliten und deren Habitus ist.<sup>47</sup> Zentrale Merkmale des Habitus „kondensiert“ Grabow (2014, S. 53) zu den Merkmalen:

---

<sup>47</sup> Vgl. bspw. Hartmann, 2001.

- Beherrschen der im hohen Management gültigen geschriebenen und ungeschriebenen Regeln, äußere Erscheinung/ Kleidung, angemessene Umgangsformen, Vertrautheit mit den gültigen Verhaltens- und Dresscodes
- Gute/ breite bildungsbürgerliche Allgemeinbildung
- Unternehmerische Einstellung, optimistische Lebenseinstellung, Risikobereitschaft
- Persönliche Souveränität, Selbstsicherheit

Souveränität ist deshalb so wichtig, weil es das zentrale Distinktionsmerkmal der Eliteangehörigen ist, so unterstreicht Grabow. Die (finanzielle und gedankliche) Unabhängigkeit, sich bestimmte Dinge und auch Haltungen leisten zu können, ist nur dem gegeben, der die finanziellen Ressourcen sowie die eingeschriebene Selbstverständlichkeit im Handeln erworben hat, auch mal Dinge anders zu denken und tun. Dabei bezieht sich Grabow direkt auf Bourdieu (vgl. Grabow, 2014, S. 55).

Neben die oben genannten Merkmale des Habitus stellt er Kompetenzen, die hier unberücksichtigt bleiben, die bei ihm für die Erforschung von Recruiting-Entscheidungen als wesentlich erachtet zu erfassen sind.

Für diese Arbeit ist der Blick auf die Eigenschaften insgesamt doch wertvoll. Legt man den von Grabow identifizierten Habitus neben die Ergebnisse der vorliegenden Studie, so deuten sich Anschlüsse an. So bietet es sich zum Beispiel an, über die Führungsebenen hinweg habituelle Muster zu identifizieren und Ähnlichkeiten wie Unterschiede herauszuarbeiten, die sich aus der hierarchischen Ebene ableiten lassen.

2012 hält Siewecke im Rahmen einer literaturbasierten Arbeit bereits fest: „Bourdieu’s absence in management and organization research is surprising“ (S. 3), wobei er auf der Basis der bisher erfolgten Ansätze neue Chancen und Wege erörtert, um Bourdieus Theorie der Praxis mit ihren einzelnen Komponenten bis hin zur eigenständigen Betrachtung des Körpers in Institutionen für die Erforschung in Wirtschaftsunternehmen nutzbar zu machen.

Mayrhofer und seine Forscherkollegen setzen sich mit einem Begriff des Karriere-Habitus auseinander, der deutlich über die Karriere hinausgeht, die innerhalb von Organisationen zu realisieren ist. Ihr Karrierebegriff ist über die Manager-Karriere hinaus ein subjektiver: „Subjective‘ careers can be regarded as the way an agent perceives and

constructs his personal career, his course of positions within a social field“ (Mayrhofer et al., 2001, S. 2). Dabei erhält eine derartige Karriere eine identitätsstiftende Bedeutung, man ist sozusagen selbst sein eigenes Projekt (ebd.). Nun wird in der vorliegenden Arbeit mit einem klassischen Karrierebegriff gearbeitet, doch da die hiesige Blickrichtung vom Akteur aus das relevante Feld beinhaltet, in dem er sich bewegt. Es ist durchaus vorstellbar, dass auch die Feldgrenzen erreicht oder überschritten werden. Dann kann der Blick auf eine umfassender gedachte Karriere wertvolle Ideen oder Anschlüsse ermöglichen.

Weitere und eine deutlich größere Anzahl von Arbeiten, die die Führungskraft durch die Brille des Habitus betrachten, wenden das Konzept auf einen anderen Forschungsbe- reich an: Gender Studien. In der Übersicht werden nun die Arbeitstitel aufgelistet, um das spezifische Erkenntnisinteresse zu veranschaulichen:

- Geschlechtliche Ungleichheit in transnationalen Unternehmen (Gruhlich, in Arbeit),
- Karrieremuster im Management. Pierre Bourdieus Sozialtheorie als Ausgangspunkt für eine genderspezifische Betrachtung (Hermann, 2004),
- Konkurrentinnen außer Konkurrenz? Zugangsbarrieren für Frauen im Management aus der Perspektive des Bourdieuschen Distinktions- und Habituskonzepts (Hofbauer, 2006),
- Bewährungsstrategien von Topmanagerinnen (Hänzi, 2012),
- Mind the (Gender) Gap. Gender, Gender Role Types, and Their Effects on Objective Career Success over Time (Schneidhofer, Schiffinger & Mayrhofer, 2010).

**Arbeiten zu gesundheitsbezogenen Habitualisierungen:** Die oben aufgelisteten Arbeiten befassen sich jeweils mit dem Habitus *einer* Zielgruppe und damit mit *einem* Habitus. Sie dringen dabei aber nicht zur Gesundheit als spezifische – und explizit untersuchte – Facette des Habitus vor.

Ebenso gibt es Arbeiten, die den Wert des Habitus-Konzepts nutzen, um Gesundheitsthemen zu erforschen, aber ohne sich einer bestimmten Zielgruppe zuzuwenden. Ohne (diesen) Zielgruppenbezug gibt es folgende gesundheitsbezogene Arbeiten auf der Grundlage von Bourdieus Habitus bzw. solche, die den Wert des Habitus-Konzepts für die Gesundheitsforschung sehen: Abel, 2007; Alkemeyer & Schmidt, 2003; Brunnett,

2009a/b, Cockerham, Rütten & Abel, 1997; Gerlinger, 2006; Kickbusch, 2006; Mayer & Thiel, 2011 und Vester, 2009. Im Folgenden gebe ich stellvertretend für diesen Forschungszweig die Position Gerlingers wieder, der ich mich nicht nur theoretisch mit dieser Arbeit anschließe, sondern auch pragmatisch seine Forderung nach einer (betrieblichen) Gesundheitsförderung und dessen praktischen Wert vertrete:

„Die Anwendung des Habitus-Konzepts auf den Gegenstandsbereich ‚Gesundheit‘ kann helfen, objektivistische und subjektivistische Verkürzungen zu vermeiden (...) Das analytische Potenzial liegt nicht nur in einem tiefer gehenden Verständnis der sozialen Vermittlung gesundheitsbezogenen Handelns von Individuen und Gruppen. Zugleich verbindet sich damit die Erwartung, Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung zielgenauer zu konzipieren und damit ihre Effektivität zu erhöhen“ (Gerlinger, 2006, S. 51).

Schließlich soll noch der Hinweis darauf gegeben werden, dass der Habitus im beruflichen Kontext von Berufen und Professionen durchaus in anderen Forschungsarbeiten eine Rolle spielt und es einige Arbeiten gibt, die einen Beruf oder eine Profession mit der Brille des Habitus analysieren, wie beispielsweise die Lehrer (Baar, 2011), Ärzte (Reimann, 2013), Sozialpädagogen (Bauer, 2007) oder Bankangestellte (Schröder & Schmidtke, 2010).

Wenngleich im Feld des Leistungssports, der nur selten Beruf ist, so soll hier dieser Bereich ebenfalls beleuchtet werden. Besonders vor dem Hintergrund, dass der Spitzensport mit den Logiken seines Feldes heute dem Wirtschaftsraum als Beispiel dient (vgl. Wollsching-Strobel, Hänsel, Sternecker & Wollsching-Strobel, 2009; Sprenger, 2008), sind hier Anschlüsse durchaus denkbar und ergiebig. So bringen Mayer und Thiel (2011) auf der Grundlage von Bourdieu und Foucault einen „spezifischen gesundheitsbezogenen Habitus im sozialen Raum Leistungssport“ (ebd., S. 125) in die Diskussion ein. Ein Vergleich der (gesundheitsbezogenen) Habitus der Akteure in den Feldern könnte instruktiv sein. Spricht Mayer (2010) vom „playing hurt“ bei Sportlern, so könnte dies dem Phänomen des Präsentismus entsprechen, das bei den Leistungsträgern der Wirtschaft eine Rolle spielt (vgl. Badura, 2011, S. 3).

Dieses sukzessive Verengen der Perspektive von der gesellschaftlichen Sicht auf Gesundheit hinunter zum Wirtschaftsraum, dann zu den Führungskräften und schließlich zum gesundheitsbezogenen Habitus der Zielgruppe weist auf eine Forschungslücke hin.

Das heißt, in der Fokussierung auf die konkrete Frage nach dem Sozialen in der Gesundheit, dem Gesundheitshandeln der Führungskräfte und nach ihrem Habitus zeigt sich ein sinnvoller Ansatzpunkt für die vorliegende Arbeit. Die dargestellte Forschungslage mit ihren Ansätzen und Hinweisen auf bestehende Forschungslücken eröffnet die Chance, mit einer explorativen Arbeit hier Grundlagenarbeit zu leisten, auf die es aufzubauen gilt.

### **3.7.3 Forschungsfrage**

Zu Beginn dieser Arbeit wurde der praktisch motivierte Auslöser zu dieser Arbeit beschrieben: die zunächst einmal subjektive Wahrnehmung einer zunehmenden Belastung und Beanspruchung der Führungskräfte durch die Erfüllung ihrer Aufgabe zusammen mit dem nicht seltenen Unterlassen möglicher ressourcenerhaltender Maßnahmen, die ich als Führungskräfte-Entwicklerin anstellen konnte. So ergibt sich die grundlegende Frage nach dem Zusammenhang des Innehabens einer Führungsrolle und der eigenen Gesundheit der Führungskraft – und den sich anschließenden Fragen danach, wie sich diese Wechselbeziehung ausdrückt sowie ob und wie sich diese als Facette des Habitus rekonstruieren lässt.

Um diese Fragen in eine wissenschaftliche Fragestellung zu überführen, wurden bis hierhin der Kontext, die Bezugspunkte und die grundlegenden theoretischen Begrifflichkeiten geklärt. Bourdieus Habitus-Konzept erscheint als schlüssige theoretische Basis, um das Forschungsanliegen zu bearbeiten:

- Das Erarbeiten des weiteren und näheren Forschungsumfeldes mit dem entsprechenden Forschungsstand, wie zuvor skizziert, unterstreicht die Chancen, die sich aus bisherigen Arbeiten zur Gesundheit mit dem Habitus-Konzept ergeben.
- Die breite Basis zum Thema Gesundheit in Unternehmen, die aber mit einer verhältnismäßig wenig beachteten Differenzierung zur Gesundheit von Führungskraft und Angestellten ohne Führungsverantwortung einhergeht, legt nahe, hierauf ein besonderes Augenmerk zu richten.
- Arbeiten zum individuellen Körper- und Gesundheitsverständnis von Führungskräften unterstreichen, dass einerseits der körperorientierte Habitus und andererseits die vertiefte Beschäftigung mit dem Aspekt Gesundheit im Habitus von Führungskräften einen relevanten Beitrag zur Forschung liefern würde.

Aus dem oben dargestellten Forschungsstand ergibt sich eine breite Basis an anknüpfbaren Erkenntnissen in Bezug auf die Arbeitswelt, ihre Organisation, ihre Einbettung in die Gesellschaft sowie Aspekte von Gesundheit, Körperlichkeit und Identität zur Zielgruppe der Führungskräfte.

Aus der bisherigen Forschung werden bereits praktische Schussfolgerungen abgeleitet, wie bspw. bei Leidenfrost in ihrer Dissertation. Sie benennt Maßnahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung, die entweder bei den Rahmenbedingungen in den Unternehmen ansetzen oder bei den Einzelnen, die Techniken erlernen sollen, um sich im Umfeld gesund zu halten.

Die wissenschaftliche Reflexion der jüngst beobachtbaren gesellschaftlichen Prozesse zeigt sich in Arbeiten wie z.B. die von Brunnett oder Bröckling, die sich dort kritisch, teilweise alarmierend, jedenfalls konstruktiv äußern.

Aus diesen gesellschaftskritischen Problematiken lässt sich wieder auf die Akteursebene zurückgehen, um zu fragen, wie diese Strukturen in den Einzelnen hineingelangen konnten, dass dieser in dieses „Spiel“ des innerbetrieblichen Handelns, so aktiv involviert ist: Das heißt, es gibt hier einen idealen Ansatzpunkt, um die Einschreibungen in den Einzelnen und damit in seinen Habitus zu rekonstruieren. Mit dem Fokus auf die Gesundheit der Zielgruppe der Führungskräfte strebt die vorliegende Arbeit dies an, um die strukturierenden Strukturen zu erfassen und nachzuvollziehen.

Das schafft neue Grundlagen, denn so neu gewonnene Erkenntnisse und damit ein reflexives Wissen über Habitualisierungen hinaus bietet Chancen, den gesundheitsbezogenen Habitus der Führungskräfte nicht nur rekonstruiert zu haben, sondern diese Erkenntnisse zur weiteren Forschung oder praktischen Maßnahmenentwicklung in der Führungskräfteentwicklung zu nutzen.

Die zentrale Forschungsfrage lautet: *Weist der Habitus von Führungskräften eine gesundheitsbezogene Facette auf und welche typischen Dimensionen und Ausprägungen sind dabei zu identifizieren?*

Der damit im Weiteren genutzte Begriff der *Facette* des Habitus ist als eine Komponente des (als einem umfassenden) Habitus des Einzelnen zu verstehen und soll über der Vielschichtigkeit auch anklingen lassen, dass sich der Habitus je nach Perspektive (oder Feld) anders betrachten lässt, ähnlich wie Facetten des Diamanten andere, gleicherma-

ßen attraktive Perspektiven ermöglichen. Später wird im Zuge der Auseinandersetzung mit der (Mehr-)Dimensionalität des Habitus, auch bei anderen Forschern, im Detail beleuchtet – und diese Begriffswahl lässt sich klarer einordnen (vgl. S. 77).

## *II Methoden*

Bisher wurden der thematische Rahmen beschrieben und die als offen erkannten Fragen im Themenfeld formuliert. Darüber hinaus wurde herausgearbeitet, an welcher Stelle sich daraus Ansätze zur Forschung ergeben.

Zunächst wird ein Untersuchungsplan entworfen und dargestellt, der das Nachvollziehen der Ziele und Vorgehensweise der darauffolgenden empirischen Studie erleichtert. Mayring weist darauf hin, dass im angelsächsischen Sprachraum hier vom „design“ gesprochen wird, was diesen Schritt sehr gut kennzeichnet, weil es um eine Skizze des großen Ganzen geht: Welches Ziel wird verfolgt, welcher Ablauf schließt sich an? Es folgen die entsprechenden Methoden-Entscheidungen (vgl. Mayring, 2002, S. 40).

Als Erhebungsmethode wird das problemzentrierte Interview herangezogen und zur Auswertung der Daten die dokumentarische Methode, insbesondere die von Nohl weiterentwickelte Form des relationalen Typenvergleichs. Dabei wird zum einen die jeweilige Methode an sich skizziert und zum anderen auch deren Umsetzung in der vorliegenden Arbeit.

### 4. Untersuchungsplan

Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, welche Rolle Gesundheit im Denken und Handeln von Führungskräften spielt. In eher theoriebezogenen Worten geht es also darum, den gesundheitsbezogenen Anteil im Habitus von Führungskräften zu rekonstruieren. Damit kristallisieren sich bereits grundlegende Entscheidungen in Bezug auf das Forschungsvorgehen heraus – und führen zur Auswahl der Forschungsmethoden.

Das Rekonstruieren von Habitus geschieht auf der theoretischen Grundlage von Bourdieus Habitus-Konzept, aber auf Bourdieus theoretische Ausführungen wird über das Habitus-Konstrukt allein hinausgehend zurückgegriffen, denn der Habitus ist eingebettet in seine Theorie der sozialen Praxis, die bereits weiter oben dargestellt wurde. Meuser beschreibt die verdienstvollen Bemühungen Matthiesens, der Bourdieus wissenssoziologisch angelegte Forschung aus dessen Werk ‚Die feinen Unterschiede‘ an die rekonstruktive Forschung anschloss. Matthiesen, so Meuser, bezeichnet Bourdieus eigene Herangehensweise als Habitus-Konstruktionen, da er sowohl qualitativ als auch quantitativ forscht, um aber dann mit der primären Auswertung von Fragebögen zu seinen

Ergebnissen zu gelangen: Das seien dann auf dieser Methodenbasis eben Konstruktionen. Dennoch sei der notwendige und sinnvolle Schritt zur Rekonstruktion zum Erfassen eines Habitus aber machbar. Meuser betont die für die rekonstruktive Forschung wesentlichen Schritte: „Aus der Perspektive einer rekonstruktiven Methodologie ist aber darauf zu beharren, dass das Wirken eines Habitus in der Handlungspraxis erst dann erfasst ist, wenn sich zeigen lässt, wie er sich in fallspezifischen Kontexten dokumentiert“ (Meuser, 2007, S. 214).<sup>48</sup>

Um Daten zu gewinnen, die eine rekonstruierende Forschung erst ermöglichen, wurde hier eine entsprechend verwertbare Methode gewählt. Zur Datenerhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit Vertretern der Zielgruppe Führungskräfte geführt. Vor dem Hintergrund, gesundheitsbezogene Habitualisierungen und Handlungsmuster herauszuarbeiten, bot sich eine Einzelfallmethode an, bei der in jedem einzelnen Fall (also bei jedem Interview) individuellen Konstruktionen nachgegangen werden kann, um zu einer Rekonstruktion des Habitus der Befragten zu gelangen. Die Kenntnis des Feldes und der Zielgruppe gewährleistete, dass gezielte Fragen und Nachfragen in wenig gesteuerten Interviews auf professioneller Augenhöhe gestellt werden konnten, was ein freies Sprechen der Führungskräfte ermöglichte. Es konnte auch auf Experten-Ebene gesprochen werden, ohne regelmäßig störende Verständnisklärungen seitens der Interviewerin einzufügen, was sich positiv auf den Erzählfluss auswirkte. Der genutzte Leitfaden diente als roter Faden und stellte sicher, dass die zentralen Fragen gestellt wurden.

Der Datengewinnung war eine anschlussfähige Auswertungs- und Interpretationsmethode anzuschließen, die mit der dokumentarischen Methode gefunden wurde, denn die Rekonstruktion eines Habitus erfordert einen subjektorientierten Blick mit einer entsprechend ausgerichteten Methode. Diese muss nicht nur den Blick auf das Subjekt ermöglichen, sondern auf seine Handlungspraxis und das dahinter liegende handlungsleitende Wissen:

---

<sup>48</sup> Es reiben sich immer wieder Forscher am methodischen Vorgehen Bourdieus, sein Habitus-Konzept zu entwickeln. Da die Vorteile und der zu erwartende Nutzen aber im Vordergrund stehen und bereits schlüssige Erkenntnisse und Möglichkeiten zur zielführenden Arbeit mit Bourdieu gefunden wurde, sollen diese in den Vordergrund gerückt und genutzt werden, wie dies Meuser auch tut. Dieser räumt zwar die Diskrepanz zwischen Bourdieuschen Forschungsmethoden und denen der klassischen rekonstruktiven Forschung ein, kommt aber zum Schluss: „Diese Differenz soll hier jedoch nicht weiter verfolgt werden; vielmehr ist es die Absicht der folgenden Ausführungen zu zeigen, dass und in welcher Weise die dokumentarische Methode der Interpretation ein Instrumentarium bereithält, mit dessen Hilfe die Habitus-theorie in eine konsequent sinnrekonstruierend verfahrenende Empirie umgesetzt werden kann“ (Meuser, 2007, S. 216).

„Die Rekonstruktion der Handlungspraxis zielt auf das dieser Praxis zugrunde liegende habitualisierte und z.T. inkorporierte Orientierungswissen, welches dieses Handeln relativ unabhängig vom subjektiv gemeinten Sinn strukturiert. Dennoch wird dabei die empirische Basis des Akteurswissens nicht verlassen. Dies unterscheidet die dokumentarische Methode von objektivistischen Zugängen, die nach Handlungsstrukturen ‚hinter dem Rücken der Akteure‘ suchen“ (Bohnsack et al., 2013, S. 9).

Doch bietet die dokumentarische Methode mehr als den Zugangsweg. Vor dem Hintergrund einer verhältnismäßig neuen Fragestellung wie im vorliegenden Fall soll die Methode den Prozess des Erkenntnisgewinns möglichst offen gestalten, um nicht mit bestehenden Theorien oder Erfahrungen (auch des Forschers selbst<sup>49</sup>) Neues kategorisch auszuschließen. Das gelingt, wenn die Daten nicht mittels zuvor festgelegter Kategorien analysieren werden, wie im Falle einer Inhaltsanalyse. Die Theoriebildung vollzieht sich stattdessen „auf der Grundlage einer Rekonstruktion von Alltagspraxis und Erfahrungswissen der Erforschten“ (Fritzsche, 2007, S. 38).

Um dies zu erreichen, werden in der dokumentarischen Analyse in mehreren Analyseschritten Daten (hier: Interviewsequenzen) in Beziehung zueinander gesetzt. Das heißt, im Rahmen von Sequenzanalysen werden Fälle systematisch miteinander verglichen, Übereinstimmungen wie Abweichungen werden genutzt, die schließlich zu einer Verallgemeinerung und Typisierung führen. Dabei geht die dokumentarische Methode davon aus, der Vergleich mehrerer Fälle zu einer Validierung der Daten führt, denn dadurch wird gewährleistet, dass der Forscher seinen eigenen Orientierungsrahmen<sup>50</sup> verlassen kann. Der Forschende muss sozusagen den Kopf für neue Muster öffnen. Da-

---

<sup>49</sup> Nohl (2012, S. 6-7) äußert sich zu den Vorzügen der Methode, die er in der Überwindung der sogenannten Standortgebundenheit des Interviewers/Forschers sieht, die schon mit kleinen Fallzahlen zu überwinden ist: „Hätten wir nur den einen Interviewtext vor Augen, würden wir ihn ausschließlich vor dem Hintergrund unseres eigenen (impliziten und expliziten) Alltagswissens über das jeweilige Thema (...) interpretieren. Die Interpretation wäre stark durch die ‚Standortgebundenheit‘ und ‚Seinsverbundenheit‘ (Mannheim, 1985) der Interpret(inn)en geprägt. Indem wir nun aber die Sequenzen im ersten Interview (...) mit den — möglicher Weise sich ganz anders gestaltenden — Erfahrungen in einem zweiten und dritten Interview vergleichen, sehen wir das erste Interview nicht mehr nur vor dem Hintergrund unseres eigenen Alltagswissens, sondern auch vor dem Hintergrund anderer empirischer Fälle. Unser Vorwissen wird zwar nicht suspendiert, aber methodisch relativiert (...) Deshalb ist die komparative Analyse der Königsweg des methodisch kontrollierten Fremdverstehens.“

<sup>50</sup> Zu den Begriffen der dokumentarischen Methode, so auch dem Orientierungsrahmen nach Bohnsack s. S. 69ff. zur Methode der Datenauswertung und -interpretation in dieser Arbeit.

her spielen hier neben den Gemeinsamkeiten zwischen den Fällen auch kontrastierende Fälle eine große Rolle. Erst der Kontrast erlaubt, Typisches (inklusive möglicher Spielarten) zu erkennen und zuzuordnen.<sup>51</sup>

Die dokumentarische Methode unterscheidet dabei zwischen dem, was wörtlich gesagt wird sowie dem, wie etwas gesagt wird. Darin liegt der Schlüssel zum Erkenntnisgewinn: Mit dem Erfassen der Praxis der Einzelnen und dem Vergleich der Praxen der Vergleichsgruppe können Rückschlüsse auf (strukturell) gemeinsame soziale Erfahrungen und Prägungen gezogen werden, weil der Einzelne diese Erfahrungen als atheoretisches Handlungswissen verinnerlicht. Im Fallvergleich lassen sich daraus kollektive Wissensbestände und Orientierungen sowie habituelle Übereinstimmungen nachzeichnen, um zu praxeologischen Typen zu gelangen:

„Es gilt, die wissens- bzw. erlebnismäßigen Konstitutionsbedingungen der Orientierungsrahmen oder des Habitus von Individuen oder Gruppen zugleich als Produkt und Voraussetzung einer kollektiven Handlungspraxis zu verstehen und in ihrer Prozesshaftigkeit zu rekonstruieren“ (Nentwig-Gesemann, 2007, S. 278).

Das heißt, die Typenbildung folgt der impliziten Logik der nachvollzogenen Praxis (Nohl, 2013, S. 38). Fritzsche sieht darin das Besondere der dokumentarischen Methode: Abseits der Bearbeitung von „Einzelschicksalen“ (2007, S. 39) wendet sich die Methode deren Verankerung in gemeinsamen bzw. strukturell vergleichbaren sozialen Vorerfahrungen zu. Auf dieser Grundlage wendet sich diese Arbeit den gemeinsamen Orientierungen der Führungskräfte in Bezug auf ihre Gesundheit zu. Laut von Rosenberg (2011, S. 99) lassen sich nur so individuelle Konstruktionen von Gesundheit und die darauf aufbauenden Haltungen und Handlungen erschließen.

Auf der Basis der gefundenen Typiken und gebildeten Typen kann abschließend der gesundheitsbezogene Teil des Habitus der Führungskräfte beschrieben werden, um die gewonnenen Erkenntnisse theoretisch zu reflektieren, zu interpretieren und über die konkreten Ergebnisse der Arbeit hinauszublicken.

---

<sup>51</sup> Vgl. Meuser (2007, S. 220), dem es gelingt, den vermeintlichen Gegensatz der Suche nach Ähnlichkeiten bzw. Unterschieden schlüssig aufzulösen, der darin begründet liegt, dass die dokumentarische Methode nach Gemeinsamkeiten sucht, wohingegen Bourdieu im Habitus zunächst ein Mittel der Distinktion sieht.

## 5. Methode der Datengewinnung

Um aussagekräftige Daten zu erhalten, sollte eine Interviewmethode gewählt werden, die den Führungskräften weitestgehend freies Erzählen ermöglicht. Das war vor dem Hintergrund eines kaum erschlossenen Themenfeldes sinnvoll, um hier nicht durch zu enge Gesprächssteuerung Ausführungen zu behindern oder Unvorhergesehenes gar von vorneherein zu unterbinden.

Geführt wurden dann leitfadengestützte Interviews. Das heißt, vorab wurde ein Leitfaden konstruiert, der der Interviewerin als Hilfs- und Orientierungsmittel diente. Dort wurden alle wichtigen Aspekte des Interessengebiets festgehalten, aber weniger um im Detail vorformulierte Fragen abzuarbeiten, sondern vielmehr um diese während des Gesprächsverlaufs flexibel handhaben zu können. Eine eher flexiblere Herangehensweise fördert die freie Entwicklung von Gedanken, die für die spätere Auswertung mittels dokumentarischer Methode bedeutsam ist, weil aus Erzählungen und Erzählsträngen Erkenntnisse gewonnen werden. Auch wenn das Erzählen gefördert werden soll, so ist das Leitfadeninterview durchaus narrativ angelegt, aber nicht mit einem klassisch biographischen Interview zu verwechseln. Zentraler Unterschied zwischen beiden Interviewformen ist es, welche Aspekte der Person relevant sind: Beim biographischen Interview steht die Person insgesamt im Vordergrund, wie die Bezeichnung schon nahelegt. Der Leitfaden nutzt hingegen die thematische Eingrenzung, um bestimmte biographische Aspekte zur Sprache zu bringen.

Die Interviews wurden als problemzentriert konstruiert, wobei die Zielgruppe durch ihre Rolle auch als Experten adressiert wurde. Im Besonderen wurden die Interviewten hinsichtlich ihrer Rolle als Führungskraft angesprochen, die gleichermaßen eine Funktion in einer Organisation sowie eine Position innerhalb des hierarchischen Gefüges bedeutet.

Flick stuft sowohl das problemzentrierte als auch das Experteninterview als geeignet ein, um rekonstruktiv zu forschen (Flick, 2009, S. 210-219). Diese Mischform bot sich deshalb an, da die Interviewerin – ebenfalls mit entsprechendem Kontext- und Expertenwissen ausgestattet – ein Gespräch auf Augenhöhe führen konnte. So konnte im Sinne des problemzentrierten Interviews der Leitfaden zur Einhaltung des Erzählstrangs eingesetzt werden, dennoch wurde eine offene und konstruktive Atmosphäre geschaffen, in der allgemeinere wie spezifische Sondierungsfragen gestellt werden konnten,

ohne mit Widerstand rechnen zu müssen. So kam es in der Tat auch nur einmal vor, dass ein Gesprächspartner wiederholt erklärte, seine Äußerungen zu bestimmten Themen besonders gut zu überdenken, da seine Worte aufgezeichnet würden.<sup>52</sup> Aber auch hier bezog sich die ausgesprochene Vorsicht lediglich auf die Dokumentation. Das Interesse, die Forschung damit zu unterstützen, und die damit verbundene Auskunftsfreude und Offenheit wurde auch hier durchweg deutlich. Jederzeit ließ die Situation und auch der jeweilige Gesprächspartner zu, auch Rückfragen zu stellen, Hypothesen anzubieten, die souverän entweder bestätigt oder auch zurückgewiesen wurden.

Was die Auswertung dieser Wege der Datengenerierung angeht, so weist Flick darauf hin, dass sich dem problemzentrierten Interview in der Regel die qualitative Inhaltsanalyse sinnvoll anschließt und die Daten von Experten häufig kodiert genutzt werden. Dennoch wird hier ein Mehrwert in der Anwendung der dokumentarischen Methode gesehen, die eine größere Offenheit in Bezug auf die weitere Bearbeitung ermöglicht (im Vergleich zur eher schematisch angelegten Auswertung der Inhaltsanalyse, vgl. Flick, 2009, S. 416).

Nohl setzt sich kritisch mit den Ausführungen von Witzel auseinander, der über das Nachfassen bei bestimmten Antworten schreibt. Das, was dieser laut Nohl mit „spezifischen Sondierungen“ verbindet, bedeutet für ihn, „die Befragten argumentativ unter Druck zu setzen und zur Explikation ihrer Motive und Handlungsgründe zu bewegen“ (Nohl, 2007, S. 16).<sup>53</sup> Er argumentiert, dass das Wissen der Interviewten mit hoher Wahrscheinlichkeit atheoretisch, also nicht explizierbar ist. Genau diese Explikation sei Aufgabe des Forschers. Eine Selbstexplikation des Befragten würde in seinen Augen den Gehalt des Interviews dann nur noch auf das reduzieren, was für die Betreffenden selbst reflektierbar und explizierbar sei. Zwar ist dies nachvollziehbar, allerdings gehe ich davon aus, dass dem methodisch gegenzusteuern ist, wenn die spezifische Sondierung sich zum einen der allgemeinen anschließt und damit kein – vermeintlicher – Druck ausgeübt wird. Und zum anderen sollte darauf geachtet werden, erst Antworten zu erreichen, die einen Zugang zum atheoretischen Wissen ermöglichen. Und Nohl räumt dann auch ein: „Wenn dann doch auch argumentative Stellungnahmen der Be-

---

<sup>52</sup> Vertraulichkeit wurde schriftlich zugesichert, vgl. S. 65 dieser Arbeit.

<sup>53</sup> Zum Begriff der Sondierungen: siehe Flick, 2009, S. 211.

fragten erhoben werden sollen, muss die kategoriale Differenz zwischen Erzählung und Argumentation beachtet werden“ (Nohl, 2007, S. 17).<sup>54</sup>

## 5.1 Fallauswahl

Die Zielgruppe dieser Forschung wurde zu Beginn grundsätzlich als Führungskräfte aus Wirtschaftsunternehmen bezeichnet. Um Führungskräfte erreichen und ihren (gesundheitsbezogenen) Habitus rekonstruieren zu können, war eine mehrjährige Führungserfahrung Auswahlkriterium.

Außerdem sollten es Führungskräfte einer vergleichbaren Ebene sein, weswegen das obere Management gewählt wurde, weil hier bereits ausreichend Führungserfahrung gesammelt wurde. Außerdem liegt es nahe, dass die besonders hohe Verantwortung innerhalb der Organisation und damit auch die Leistungserwartungen eine besonders intensive Auseinandersetzung mit Leistungsfähigkeit und den eigenen Ressourcen fördert oder sogar provoziert. Beides bringt auch das Top-Management der ersten Führungsebene mit sich. Aber durch die fehlende eigene Führung als Leiter eines Unternehmens sind andere Effekte, wie bspw. Freiheitsgrade in der nicht rechenschaftsbefähigten Zeiteinteilung, zu vermuten, denen hier nicht nachgegangen wird. Diese würde neue Einflussfaktoren hinzufügen, die entsprechend ergänzend analysiert werden müssten.<sup>55</sup>

Schließlich flossen in die Studie nur Ergebnisse aus Interviews mit männlichen Führungskräften ein. Auch hier geht es wieder um die Vergleichbarkeit innerhalb der kleinen Fallzahl, da von einem genderspezifischen Verhalten in Bezug auf Gesundheit auszugehen ist, weswegen Gender eine eigenständige Einflussvariable darstellt und ein zusätzlicher Interpretationsfaktor wäre. Da das erforderliche Einbeziehen von Gender-Effekten gänzlich neue Blickrichtungen erfordert und ggf. auf andere Aspekte der Habitualisierung hinweisen würde, wurde zur Eingrenzung im Rahmen dieser Arbeit darauf verzichtet.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> Auch hier schließe ich mich der Sichtweise von Rosenberg (2011, S. 102) an.

<sup>55</sup> Ähnlich liegt der Fall bei der oben erwähnten Genderproblematik. Dass vor diesem Hintergrund eine für sich stehende Untersuchung zu einem wesentlichen Thema sinnvoll wäre, zeigen bspw. Siegrist (1996) oder Siegrist & Dragano (2006).

<sup>56</sup> Ein erster Auftakt mit Interviews mit entsprechenden weiblichen Führungskräften war vielversprechend und bietet Raum für weitergehende Forschung an anderer Stelle und mit alleinigem Fokus.

Die anstehende Studie mit ihrer explorativen Herangehensweise soll richtungsweisende Antworten geben, die weitergehende qualitative wie quantitative Forschungsimpulse bieten. Weitere Eingrenzungen bei der Fallauswahl, z.B. im Hinblick auf Alter, Qualifikation, Herkunft, Tätigkeit oder Branche wurden daher nicht vorgenommen, könnten sich aber für mögliche Anschlussforschungen als relevant erweisen.

Die Gespräche wurden möglich durch das berufliche Netzwerk der Forscherin. Auf direktem Weg oder über den vermittelten Kontakt zu einer der führenden Business Schools wurden Vertreter der Zielgruppe angesprochen. In diesen Institutionen stellte sich die Forscherin mit ihrer persönlichen beruflichen Entwicklung, ihrem daraus abgeleiteten aktuellen Forschungsinteresse und ihrem Anliegen an die potenziellen Gesprächspartner im Rahmen einer größeren Weiterbildung vor, bei der viele potenzielle Interviewpartner mit dem oben skizzierten Hintergrund zusammenkamen. Den so angesprochenen Personen wurden die Kontaktdaten mitgeteilt und darum gebeten, sich für die Interviews zur Verfügung zu stellen. Auf diesem Wege meldeten sich (direkt bzw. über das weitere Ansprechen von nicht anwesenden Kollegen) neun Gesprächspartner, die den Voraussetzungen entsprachen und mit denen dann Interviews geführt wurden. In drei Fällen war diese Vorstellung nicht nötig, da bereits zuvor ein professioneller Kontakt bestanden hatte: Die Ansprache dieser Führungskräfte erfolgte im Rahmen beruflicher Kontexte.

Bei der Ansprache der möglichen Gesprächspartner wurde zum Vorgehen erklärt, dass es sich um Interviews handeln würde, die ca. 90 Minuten Zeit in Anspruch nehmen würden. Es wurde auf die Aufnahme der Gespräche hingewiesen und Vertraulichkeit zugesichert. Um die erhobenen Daten in der weiteren Forschung nutzen zu dürfen, wurde auf die Anonymisierung der Daten hingewiesen und das Einverständnis dazu eingeholt. Beides wurde im Zuge des Interviews schriftlich festgehalten.

Darüber hinaus erfuhren die potenziellen Gesprächspartner, dass die Interviewerin Sozialwissenschaftlerin ist und die Studie ein soziologisches Erkenntnisinteresse verfolgt. Als grobes Thema wurde „Führungskräfte und Gesundheit“ genannt, sodass keine spezifischen Erwartungen und damit entsprechende Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit gegeben werden konnten. Sie erfuhren auch, dass es um ihre eigene berufliche Entwicklung zur Führungskraft gehen und im Zusammenhang damit auch das Thema Gesundheit zur Sprache kommen würde. Alle Interviewpartner wussten also

vorab, dass es neben Fragen zur Rolle auch zu persönlicheren Themen wie Gesundheit und ihrer Entwicklung kommen würde.

Zwischen Ansprache der Interviewpartner und Durchführung der Interviews, die alle wie geplant zustande kamen, lagen acht bis zwölf Wochen.

## 5.2 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden alle in den Räumlichkeiten des jeweiligen Unternehmens durchgeführt. Vier Gespräche fanden im Büro des Gesprächspartners statt, sechs in einem eigens für das Interview durch die Assistentin des Bereichs vorbereiteten Besprechungsraum. Sehr professionell hatte diese zuvor den Rahmen des Gesprächs geklärt, nach benötigten Medien gefragt und eine exakte Interviewplanung durchgeführt. Die letztgenannten sechs Gespräche fanden dementsprechend in einem einzigen Unternehmen statt. Hier waren nicht alle Gesprächspartner durch direkte Ansprache eingeladen worden, sondern erklärten sich bereit, nachdem ein Kollege ihnen vom Projekt erzählt hatte.

Die formalen Rahmenbedingungen unterstrichen die Professionalität des Interviewkontextes sowie die Rolle und Position der Befragten. Dort, wo ein Besprechungsraum genutzt wurde, war er von der Assistentin der Führungskraft, die sich durchgängig sorgfältig um den Ablauf kümmerte, organisiert. In den anderen Fällen fand das Interview in einem Einzelbüro statt, das sich dem Besucher als das typische Büro darstellte, das Führungskräfte des oberen Managements erhalten: groß, geräumig und mit Zugang zum Nachbarbüro, in dem die eigene Assistentin arbeitet und sich um Besucher kümmert.

Zu Beginn der Gespräche wurde neben einleitendem Smalltalk und dem Anrichten von angebotenen Getränken das Prozedere besprochen: die Aufnahmen und die spätere Nutzung. Dazu kam es in keinem Fall zu Rückfragen oder Irritationen. Im Gegenteil: in allen Fällen vermittelten die Führungskräfte durch ihre Aufmerksamkeit Auskunftsbereitschaft.

Für die Interviewerin stellten sich die Interviews ausnahmslos als konstruktiv, gehaltvoll und atmosphärisch ansprechend dar, da alle als Frage formulierten, angebotenen Gesprächsimpulse aufgenommen wurden und zu ausführlichen Antworten und auch zu unaufgeforderten Weiterführungen führten.

Die Interviews dauerten zwischen 50 Minuten und 2 Stunden. Dabei bot der Gesprächspartner des kürzesten Interviews an, weitere Fragen im Nachgang schriftlich oder telefonisch zu beantworten, da ihm ein Termin dazwischenkam, der die Fortsetzung des begonnenen Gesprächs unterbrach. Diese Führungskraft erhielt die noch offenen Themen und Fragen schriftlich per E-Mail und beantwortete diese ebenso. Ein weiterer Gesprächspartner, der sich gern im Nachgang zu den gestellten Fragen weitergehende Gedanken machen wollte, bot ebenfalls an, diese dazukommenden vertiefenden Gedanken schriftlich nachzureichen. Auch dieses Angebot wurde von der Interviewerin angenommen, sodass es auch hier zum schriftlichen Austausch von Fragen und deren Antworten per E-Mail kam. Beide schriftlichen Dokumente wurden zusammen mit den Transkripten ausgewertet.

Am Ende der Interviews bat die Interviewerin die Gesprächspartner um das Ausfüllen eines Bogen zu biographischen Informationen sowie um eine Unterschrift auf dem Bestätigungsschreiben (s. Anhang), dass die Interviews im Rahmen der Forschung anonymisiert genutzt werden dürfen. Damit endeten die Gesprächstermine.<sup>57</sup>

### 5.3 Transkription und Vorgehen in der computergestützten Auswertung

Im Anschluss an die Durchführung aller Interviews wurden diese vollständig transkribiert, obwohl die gewählte dokumentarische Methode zunächst eine weniger aufwendige Herangehensweise vorschlägt: ein erstes Durchgehen mit dem Festhalten der zentralen Sequenzen – orientiert am Forschungsinteresse und an sich ergebenden Auffälligkeiten und Besonderheiten in den Erzählungen (Fokussierungsmetaphern).<sup>58</sup>

Um im Zuge der Auswertung aber das vollständige Material im Kontext zur Verfügung zu haben, wurden gleich alle Interviews in vollem Umfang verschriftlicht.

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wurden die Texte ins Schriftdeutsch übertragen. Dabei wurden Füllwörter oder Wiederholungen generell weggelassen mit Ausnahme der Formulierungen, wo sie beim nochmaligen Hören der Sequenzen eine Bedeutung für den Sinngehalt der Aussagen hatten. Ebenfalls im Sinne der Lesbarkeit und gleich-

---

<sup>57</sup> Die transkribierten und anonymisierten Interviews können bei der Autorin eingesehen werden.

<sup>58</sup> Die Orientierungsfiguren, die hinsichtlich des am ausdrucksfähigsten sind, sind diejenigen, die sich durch interaktive und metaphorische Dichte auszeichnen: die Fokussierungsmetaphern (vgl. Bohnsack, 2010, S. 136-137).

ermaßen vorsichtig wurden grammatikalische Umstellungen vorgenommen, was jedoch selten der Fall war. Betonungen von Worten oder Satzteilen wurden durch Großschrift gekennzeichnet.

Zum weiteren Bearbeiten und Analysieren der Daten wurden die vollständigen Transkripte sowie die beiden zusätzlich erhaltenen Schriftdokumente in das Programm MAXQDA importiert. Diese Software zur Arbeit mit qualitativen Daten ermöglicht übersichtliches Organisieren, Analysieren und Interpretieren der Daten. Die vorhandenen Daten können codiert werden und je nach aktueller Fragestellung oder thematischer Suche jeweils neu geclustert werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, die Daten mit Notizen zu versehen, um die individuellen Fragestellungen bearbeiten zu können. Zu den Anwendungsmerkmalen und Vorteilen der Arbeit mit dieser oder vergleichbarer Software hat Kuckartz (2010) eine ausführliche Anleitung geschrieben, welche die flexiblen Handhabungsweisen darstellt. In der Nutzung einer Software für qualitative Daten differenziert Flick (2009) im Wesentlichen zwei zentrale Wege: einen offenen, der sich am Vorgehen der „Grounded Theory“ orientiert und das Wachsen und Wandeln von Codierungen im Arbeitsprozess erlaubt. Der zweite Weg ist „in stärkerem Maße formalisiert“ (ebd. S. 465) und erfordert ein Codierschema, das der Bearbeitung der Daten vorausgeht. In der vorliegenden Arbeit wird MAXQDA an den Möglichkeiten der offenen Analyse und Codierung orientiert genutzt.

In dieser Studie wurde die Auswertung der Daten begonnen, ohne zuvor erste Codes definiert zu haben. Ein Code wurde nach einem Stichwort oder einer Phrase der markierten Sequenz benannt. Bei der weiteren Arbeit wurde zunächst nicht darauf geachtet, ob es bei neuen Sequenzen bereits eine passende Codierung gibt. Es wurden aus der aktuell vorliegenden Sequenz heraus Überschriften (Codierungen) mit dem Ziel vergeben, im nächsten Analysedurchgang die Zahl der Codierungen über Zusammenfassungen deutlich zu reduzieren.

Diese Offenheit gegenüber möglichen Tendenzen in den Antworten sollte den Blick für Aspekte weiten, die unter Umständen zuvor noch nicht als relevant erkannt worden waren. Dieses Vorgehen hatte den Preis eines erhöhten Auswertungsaufwands, da zunächst einmal alle Sequenzen markiert und mit einer Codierung versehen wurden, die eventuell auf Entsprechungen in weiteren Fällen treffen würden und für die Fragestellung in irgendeiner Weise zu Bedeutung kommen könnten. Am Ende der ersten Auswertungsrunde stand deshalb eine immense Zahl von Codierungen, weswegen mehrere weitere

Reduzierungsrunden vollzogen wurden, um zu den Themenbereichen zu gelangen, mit denen im weiteren Forschungsprozess gearbeitet wurde. Im folgenden Kapitel wird darauf eingegangen, wie sich die zunehmende Fokussierung gestaltet hat.

Im Rahmen der Interviews wurden teilweise sehr persönliche Themen angesprochen, Meinungen formuliert und dabei Bezüge zum eigenen Arbeitskontext hergestellt. Durch die in manchen Fällen sehr speziellen Aufgaben und Arbeitsfelder in Unternehmen lassen sich unter Umständen Rückschlüsse auf die Befragten ziehen. Um dies zu verhindern, galt es, diese sensiblen Daten angemessen zu schützen. Dazu wurden alle in den Daten vorkommenden Namen von Personen, Orten, Unternehmen anonymisiert und mit Alias-Namen versehen.

## 6. Methode der Datenauswertung und -interpretation

Die Datenauswertung und -interpretation orientiert sich grundlegend an der dokumentarischen Methode. Was zu dieser Entscheidung führte, wurde bereits im Untersuchungsplan erläutert. In diesem Kapitel werden die Grundzüge der Methode, ihre Vorteile für die vorliegende Arbeit sowie ihre Umsetzung im Rahmen dieser dargelegt.

### 6.1 Die dokumentarische Methode

Die dokumentarische Methode versprach in den vorausgehenden Überlegungen bei der Auswahl einer angemessenen Methode Vorteile gegenüber anderen Herangehensweisen für diese Studie: Wo beispielsweise die qualitative Inhaltsanalyse mit vordefinierten Kategorien Daten systematisiert und hier im Stile einer quantitativen Auswertung nach messbaren Strukturen sucht, da bietet die dokumentarische Methode andere Chancen: Sie kann in der sensibilisierten Beobachtung der Forschenden Ideen, Ergebnisse und Antworten zutage fördern, die nur dann entdeckt werden können, wenn der Suchkorridor nicht zu eng definiert wurde und der Blick für Neues und Unerwartetes offen bleibt. Darin bestand gleichzeitig der Reiz der aufwändigen Suche und dem vorsichtigen schrittweisen Vortasten im Datenmaterial, so wie es im Folgenden skizziert wird.

Die Vorteile der Methode sprachen dafür, sich diese hier zunutze zu machen, dabei aber das Forschungsinteresse im Auge zu behalten und entsprechend flexibel vorzugehen. Es wurde sozusagen auf der Grundlage der dokumentarischen Methode geforscht. Auf der Grundlage heißt dabei, dass sich zwar vor allem an Bohnsacks sehr detaillierten und eng

definierten Prozessschritten orientiert, diesen aber nicht vollständig gefolgt wurde. Bohnsack hat die Methode aus den Erkenntnissen seiner eigenen Arbeiten (weiter-)entwickelt. Auch andere Forscher, die mit dieser Methode arbeiten, haben Abwandlungen oder Weiterentwicklungen beschrieben, die der aktuellen eigenen Forschung noch besser entsprechen.<sup>59</sup>

## 6.2 Arbeitsschritte der dokumentarischen Methode

Die dokumentarische Methode geht systematisch schrittweise vor. Dazu gehört unter anderem ein Wechsel der Perspektiven, mit denen die Daten betrachtet werden: Dazu werden zwei sogenannte Sinngehalte differenziert: der immanente Sinngehalt und der Dokumentsinn. Erst auf dieser Basis werden Typen gebildet. Die Typenbildung aus den durchgeführten Interpretationsschritten erfolgt in der vorliegenden Arbeit auf der Grundlage der relationalen Typenbildung. Diese wird, entsprechend dem Gang der Datenauswertung und -interpretation, im Anschluss an die grundlegenden Schritte beschrieben.

Zunächst wird in diese relationale Typenbildung allgemein eingeführt und dann auf die spezifische Anwendung in dieser Arbeit bezogen.

### *Die formulierende Interpretation*

Im ersten Schritt der formulierenden Interpretation erfasst der Forschende den immanenten Sinngehalt des Gesagten. Man bleibt bei dem, *was* der andere sagt. In der Sprache der Methode ist die formulierende Interpretation die Interpretation der Akteure, die ihren Ausdruck in der Formulierung als begrifflichen Explikation findet (vgl. Bohnsack et al., 2007, S. 15): „Die formulierende Interpretation verbleibt vollständig in der Perspektive des Interpretierten, *dessen thematischen Gehalt sie mit neuen Worten formulierend zusammenfasst*“ (Nohl, 2012, S. 3, Hervorhebung VH).

Für diese Arbeit hieß das, alle Interviews in transkribierter Form so auszuwerten, dass mit den Textsequenzen selbst gearbeitet wurde: Sie wurden im Sinne des Forschungs-

---

<sup>59</sup> Vgl. bspw. Nohl (2013) mit der Weiterentwicklung zur relationalen Typenbildung oder von Rosenberg und sein Umgang mit Textsorten oder der Priorisierung der Komparation vor der Analyse einzelner Orientierungsrahmen: von Rosenberg, 2011, S. 102. Ebenso leiten die speziellen Interessen und Ziele bei dieser Untersuchung die Auswahl und Nutzung der Methoden, was weiter unten in diesem Kapitel zur Nachvollziehbarkeit ausführlicher dargestellt wird.

teresses priorisiert: die zentralen Sequenzen durch das Vergeben von Codierungen hervorgehoben und zur weitere Analyse auf diese Weise verdichtet und vorbereitet.

### *Die reflektierende Interpretation*

Der zweite Sinngehalt ist der sogenannte *Dokumentsinn*, der sich auf den Habitus und habitualisierte Stile bezieht (Bohnsack 2010, S. 66): Das Geschilderte ist das *Dokument einer Orientierung*, welche die geschilderte Erfahrung strukturiert. Der Dokumentsinn verweist auf die Herstellungsweise der Schilderung, auf den *modus operandi*. Hier steht im Vordergrund: *Wie* wird eine Handlung in einer Erzählung konstruiert? In welchem Rahmen, in welchem Orientierungsrahmen wird eine Problemstellung bearbeitet (vgl. Nohl, 2012, S. 3)? Man könnte auch formulieren: Welcher Habitus liegt dem zugrunde? Dieser Schritt ist die Suche nach Mustern innerhalb und vor allem über alle Fälle hinweg. Der Orientierungsrahmen ist ein Aspekt, der den Erkenntnismehrwert dieser Methode gegenüber anderen qualitativen Analysemethoden begründet. Werden lediglich thematische Verknüpfungen abgebildet, so erfährt der Forschende nichts über die generativen Mechanismen, die den Handelnden geleitet haben. Gerade diese sollen jedoch hier erschlossen werden. Welches ist die Blaupause des Handelns? Welche Regelmäßigkeiten lassen sich in und zwischen Fällen entdecken? Wo gibt es Ähnlichkeiten und – ebenso bedeutsam – wo gibt es kontrastierende Mechanismen? Nur die die Kombination aus Ähnlichkeit und Abgrenzung lässt eine erkenntnisgenerierende Analyse zu.

### 6.3 Die relationale Typenbildung nach Nohl

Der Ansatz von Bohnsack, den Habitus (Orientierungsrahmen im engeren Sinn) zusammen mit den Einflüssen des Feldes (Orientierungsschemata) auf das Handeln zu fassen (vgl. S. 77), öffnet den Blick für eine weitergehende Betrachtung, die auch Einflüsse *aktueller* Felder auf den Habitus miteinbezieht. Diese führt hier zu einem ebenfalls weiterentwickelten Ansatz innerhalb der dokumentarischen Methode – der relationalen Typenbildung. Nohl (2013) hat diese aus der bisherigen Entwicklung und Arbeit mit soziogenetischen Typenbildungsprozessen entwickelt. Er weist darauf hin, schon bei der sukzessiven Bearbeitung der Fälle darauf zu achten, welche Übereinstimmungen es gibt und welche Hinweise auf Typiken daraus ableitbar sein könnten. Das betont er vor allem vor dem Hintergrund, dass beim Anwenden der Methode „die Vergleichspunkte in der relationalen Typenbildung zunächst noch unklar“ sind (ebd., S. 63). Dies liegt daran, weil die Forschung in eine Richtung zielt, in der sich vor dem Hintergrund

gesamtgesellschaftlicher Entwicklung auch Veränderungen auch in einzelnen sozialen Kontexten zeigen (ebd., S. 60).

Die unterschiedlichen individuellen Vorstellungen von Gesundheit innerhalb der Gesellschaft, der unterschiedlich ausgeprägte Rollenbezug einer Führungskraft, insgesamt die sehr unterschiedlichen Zugänge und Umgangsweisen mit dem Thema Gesundheit zusammen mit der eventuell nicht einheitlich zu typisierenden Genese des Habitus der Zielgruppe legen nahe, dass das Gesundheitshandeln von Führungskräften durchaus eines dieser Themen im sozialen Wandel ist.

Unternehmen diskutieren Personalthemen vielschichtiger als früher, wobei die Diskussion unter dem Vorzeichen der demographischen Entwicklung geführt wird. Dabei wird zur Sprache gebracht, wie sich die sehr unterschiedlich agierenden (und denkenden) Generationen zielführend ansprechen und erreichen lassen. Die Generation Y ist mittlerweile geradezu in aller Munde, ihre Sinnsuche und Abkehr von alten Karrieremustern viel diskutiert.<sup>60</sup> Im Zuge dessen wird dann meist ein Wandel in der Führungskultur propagiert: von der althergebrachten (historisch erklärbaren) transaktionalen Führung zur transformalen Führung.<sup>61</sup> Dabei gilt, was in Zeiten des Wandels stets greift: In Übergangsphasen, wo das Alte nicht mehr gilt, aber das Neue noch nicht vollständig erreicht und damit keinesfalls gefestigt ist, da besteht Unsicherheit und Handlungsvielfalt auf der Suche nach dem neuen Weg. Dies stellt eine doppelte Herausforderung an den Habitus des Einzelnen dar, der sich im Feld bewegen und zurechtfinden muss. Vor allem gilt dies für die Führungskraft, von der das Vorgehen per Rollendefinition erwartet wird. Der Habitus ist nicht nur (heraus)gefordert, um sich in der Rolle der Führungskraft überhaupt einordnen zu können. Er ist quasi gefordert, solange schwebend und flexibel zu bleiben, bis es wieder klare Spielregeln im Feld gibt, an denen man sich

---

<sup>60</sup> Vgl. dazu bspw. die Studie von Jana-Tröller (2014), die mit ihrer zeitgemäßen Forschungsarbeit neben der durchgeführten Studie in ihrer Einleitung (ebd., S. 17-19) die regelmäßig als zusammenhängend eingebrachten Schlagworte des Fachkräftemangels und der demographischen Entwicklung aufgreift und auf entsprechende weiterführende Studien verweist, die oftmals aus Wirtschaftskreisen stammen (Beratungsunternehmen, die damit die eigenen Angebote zur Lösung derartiger Probleme verknüpfen) anstatt aus akademischen Kontexten.

<sup>61</sup> Zur Entwicklung dieser Führungskonzepte, also der transaktionalen zur transformalen Führung: In Beck-Tauber (2012) findet sich zum Auftakt ihrer Dissertation an der Universität St. Gallen zur Effektivität der transformalen Führung ein historischer Überblick von der transaktionalen Führung (Burns) hin zur transformalen (ebd., S. 5-11). Als Grundlagenwerke gelten: Burns, 1978 sowie Bass & Avolio, 1993.

orientieren kann, um danach das eigene Kapital zu überprüfen und die erforderlichen Einsätze tätigen zu können.

Wenn aber dort Vergleiche gezogen und Verbindungen – sinnhaft – hergestellt werden sollen, wo noch nicht klar ist, zwischen welchen thematischen Aspekten diese zu finden sein werden, bedarf es einer systematischen Suchstrategie. Die dokumentarische Methode, nicht nur als relationale Typenbildung, bedient sich dabei sogenannter „*tertia comparationis*“ (Nohl, 2013, S. 63). Die Suche folgt der Frage, welcher Oberbegriff (dann als neues Drittes gefasst) nun diese Phänomene vereint und bzw. oder auf Unterschiede hinweist. Als Antworten ergeben sich daraus „typische Orientierungen, die man dann auch noch aufeinander beziehen kann“ (ebd.).

Dazu sind mehrere *tertia comparationis* zu wählen, die sich in der Regel aus der Forschungsfrage ergeben und nicht eigens konstruiert werden müssen. Je häufiger dann sinnhafte Verbindungen zwischen den Dimensionen herzustellen sind, desto belastbarer sind die schließlich generalisierten Typen.

#### 6.4 Das Vorgehen der relationalen Typenbildung

Der Unterschied zwischen der klassischen dokumentarischen Methode mit ihren soziogenetischen Typen und den relationalen Typen liegt in der verschiedenen Vorgehensweise nach der Bildung der sinngenetischen Typen. Wenn hiermit herausgearbeitet ist, in welchen unterschiedlichen Orientierungen sich die Interviewten bewegen, verlässt Nohl den klassischen Weg der dokumentarischen Methode, die im nächsten Schritt die Erarbeitung der sozialen Zusammenhänge und deren Genese vorsieht: Vor dem Hintergrund noch offener Zusammenhänge, ggf. quer zu den gesellschaftlichen Differenzkategorien (Nohl, 2013, S. 55), werden die erfassten Orientierungen in Dimensionen nebeneinandergelegt und regelmäßige Verbindungen zwischen ihnen herausgearbeitet (exemplarische Dimensionen: vgl. ebd., S. 56).

Dann werden in einem zweiten Schritt die Verbindungen zwischen einer typisierten Orientierung der einen Dimension mit einer ebenfalls typisierten Orientierung einer weiteren Dimension gesucht. Wichtig dabei ist, dass hier der Weg zurück über den Einzelfall verläuft, da derartige Verbindungen nicht abstrakt als gegeben angenommen werden können, sondern am konkreten Fall rekonstruiert werden müssen (ebd., S. 58).

Sobald es gelingt, mehrere derartige Verbindungen von Orientierungen zwischen den Dimensionen festzuhalten, kann der Weg vom Einzelfall zurück zur abstrakten Typisierung führen (ebd., S. 58).

Schließlich, und hier liegt der Erkenntnisgewinn der Methode, sind die Relationen nicht nur nachzuzeichnen, sondern in ihrer Sinnhaftigkeit zu erklären. Damit ist die Chance gegeben, neue soziale Zusammenhänge zu erfassen und zu beschreiben (ebd., S. 58).

Dieses Vorgehen und diese Entscheidung zur Modifizierung der Methode entspricht nicht dem „aus der Not“ Geborenen, wie es Nohl in Bezug auf seine erste Anwendung der Methode beschreibt (ebd., S. 55). In seiner Studie, die die Entwicklung dieser Methode hervorbrachte, schlug die geplante soziogenetische Typenbildung fehl. Bei der vorliegenden Studie ist die Ausgangslage eine andere: Hier scheint mit dem Einsatz der Methode eine Chance geboten, um sich angemessen dem komplexen Forschungsgegenstand zu nähern. Denn wie zuvor im Zuge des Forschungsstands dargestellt, bieten die bisherigen Annäherungen an das Thema noch keine Erklärungen zum Gesundheitshandeln von Führungskräften und dessen sozialen Entstehungszusammenhängen.

#### *Die Mehrdimensionalität der dokumentarischen Methode und die Dimensionalität des Habitus*

Der Entschluss mit der dokumentarische Methode zu arbeiten oder sich auch nur an dieser zu orientieren, ist leichter gefasst als ausgeführt, denn mit dem zunehmend intensiveren Befassen damit und den Projekten, die mittels der Methode bearbeitet wurden, zeigte sich, dass sich auch die dokumentarische Methode im Laufe der Zeit entwickelt hat. Ihr maßgeblicher ‚Ziehvater‘, Ralf Bohnsack, hat im Laufe der Zeit die verwendeten Begriffe angepasst und sein Modell dementsprechend auch modifiziert.

Der Kern der Methode wurde zuvor bereits skizziert. Durch die nicht immer einheitliche Verwendung von Begriffen und dem damit einhergehenden abweichenden Umgang mit der Methode entsteht Erklärungs- oder Abgrenzungsbedarf. Daher folgen hier zunächst ergänzende Erklärungen zu Bohnsack und ‚seiner‘ dokumentarischen Methode. Dabei werden die Begriffe aufgeschlüsselt, mit denen er operiert. Zentral ist, dass Bohnsack zunächst den Orientierungsrahmen mit dem Habitus gleichsetzt und darin das konjunktive Wissen bzw. die Strukturierung der Handlungspraxis sieht (vgl. Bohnsack, 2013, S. 81). In anderen, älteren Veröffentlichungen spricht er gleichbedeutend im Wechsel vom Orientierungsrahmen oder von Orientierungsmustern oder -figuren (vgl. Bohnsack,

2007, S. 233-234). Dann kann der Orientierungsrahmen aber auch bereits einem Typus entsprechen, nämlich dann, wenn dieser bei mehreren Fällen zu erkennen ist. Dieser übereinstimmende Orientierungsrahmen heißt dann ‚Basistypik‘, wenn er als grundlegend für die weitere Auswertung betrachtet wird (vgl. Bohnsack, 2007, S. 237).

Für den Studien vergleichenden Leser wird es dann begrifflich schwer fassbar, wenn Nohl, der auf den Ansätzen von Bohnsack aufbauend forscht, in Studien zur dokumentarischen Methode nur von Orientierungen statt Orientierungsrahmen spricht oder in anderen abwechselnd von beiden, wobei beides dem eigentlichen Orientierungsrahmen nach Bohnsack entsprechen. Das wird klarer, wenn man die Methode in ihrer Entwicklung betrachtet. So zitiert Nohl 1996 Bohnsack wiederum aus dem Jahre 1989 mit einem Ansatz zu den „kollektiven Orientierungen“, wobei sich aus dem Kontext bereits andeutet, dass diese nur der begriffliche Vorläufer zu der später aufkommenden Bezeichnung Orientierungsrahmen ist (vgl. Nohl, 1996).

In heute aktuellen Arbeiten (vgl. Bohnsack, 2013) differenziert er klar(er) zwischen Orientierungsrahmen im engeren oder weiteren Sinn und dem Habitus, was dem Begriff des Orientierungsrahmens das Anschließen an andere Konstrukte erleichtert (wie z.B. dem der Rolle).

Abbildung 2: Darstellung von Orientierungsrahmen bei Bohnsack mit entsprechendem Bezugsrahmen (Bohnsack 2013, S. 182)



Von Rosenberg wiederum baut auf Bohnsack und Nohl auf und lehnt in einer Arbeit die Verwendung des so zentralen Begriffs des Orientierungsrahmens kategorisch ab, was er folgendermaßen begründet:

„In der Folge wird aus Gründen der metatheoretischen Anschlussfähigkeit zum Feldbegriff mit dem Habitusbegriff gearbeitet und nicht wie in der dokumentarischen Methode oft gebräuchlich mit dem Begriff des Orientierungsrahmens. Dabei wird in der Folge nicht von einem Habitus, sondern von unterschiedlichen Habitusformen gesprochen. Dies soll anzeigen, dass habituelle Muster immer mehrdimensional strukturiert sind, beispielsweise durch die unterschiedlichen Dimensionen von Generation, Milieu und Geschlecht“ (von Rosenberg, 2008, S. 277).

Bei von Rosenberg kommt auch gleich der Aspekt der *Mehrdimensionalität des Habitus* zur Sprache, die er als unterschiedliche Erfahrungsräume ansieht, die „unterschiedliche Logiken von Praxis versammeln“ (von Rosenberg, 2011, S. 78) und damit zu einem mehrdimensional angelegten Habitus führen: „Ein Habitus kann also als ein mehrdimensionales Überlagerungsverhältnis von unterschiedlichen Logiken der Praxis gesehen werden“ (ebd., S. 79).

Die Mehrdimensionalität des Habitus hat sich als diskussionswürdig und -bedürftig herausgestellt, was auch Bremer und Teiwes-Kügler (2010) aufdecken, um dann selbst einen ganz neuen Begriff einzuführen, indem sie von Habitus als „Syndrom“ sprechen.

Dabei knüpfen sie nach ihren eigenen Worten an Adornos Syndromkonzept an. Die Art, wie Adorno ein soziales Syndrom anlegt (= das Zusammenfügen verschiedener Züge und Dispositionen zu einem Typ, um dies zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen), übernehmen sie auch für ihre Auffassung des Habitus (ebd.). Typenbildung erfolgt nach ihrem Ansatz über die Exploration von Habitusmustern. Auf den Habitus des Einzelnen bezogen gibt es bei ihnen dann die einzelnen Habituszüge, die in Summe den Habitus ausmachen.

Wenn Bremer und Teiwes-Kügler ihren eigenen Ansatz vom demjenigen Bohnsacks abgrenzen, wird die Herangehensweise beider noch einmal anschaulicher – und eine eigene Forscherhaltung kann sich quasi als Synthese herausbilden. Die beiden sehen ihre Methode zur Bildung von Habustypen durchaus in der Nähe der dokumentari-

schen Methode zu verorten, doch sie zeigen deutliche Unterschiede auf, die sich zuerst mit einer diametralen Ausgangslage beschreiben lässt: Wo Bohnsack auf der Basis von verschiedenen Erfahrungsräumen Orientierungsrahmen an Orientierungsrahmen fügt (also damit Habitus an Habitus, folgt man seinem Verständnis sehr wörtlich) und so zu einer mehrdimensionalen Typologie kommt, da kommen Bremer und Teiwes-Kügler von der anderen Seite: Für sie ist die Mehrdimensionalität schon im Habituskonzept selbst enthalten, also der eine Habitus ist an sich mehrdimensional angelegt – und ergibt sich nicht erst aus der Betrachtung unterschiedlicher Felder oder Erfahrungsräumen (vgl. Bohnsack, 2013, S. 195).

Diesem Ansatz wird auch in dieser Arbeit gefolgt. Diese genannten Habituszüge entsprechen in ihrem Ansatz dem, was in der vorliegenden Arbeit als Facette beschrieben wird.

So wird auch nachvollziehbar, wenn sie den Habitus so zu fassen versuchen, wie es Bourdieu tat: als ‚modus operandi‘, der sich im Wahrnehmen und Handeln selbst vermittelt – und an der Klassifikation der Akteure zeigt. Sie brauchen dazu kein Vehikel, wie den Orientierungsrahmen, als Grundlage, auf deren Basis Wahrnehmungen und Handlungsweisen erfahrungsraumspezifisch erfasst, typisiert und dann wieder zusammengeführt werden (ebd., S. 270).

Überdies bezweifeln Bremer und Teiwes-Kügler, dass sich durch die strukturelle Trennung der Erkenntnisse aus einzelnen Orientierungsrahmen entsprechend aus verschiedenen Erfahrungsräumen letztlich wirklich zielführend ist: „Andererseits stellt sich die Frage, ob bzw. wie die Dimensionen innerhalb der Typen und Typologie wieder zusammengeführt werden, was also letztlich dann den Typ ausmacht und von der Typik unterscheidet“ (ebd., S. 270-271).

Erfahrungsräume werden bei Bohnsack dazu genutzt, soziogenetische Typen zu bilden. Nur auf der Basis einer guten und vergleichbaren Kenntnis der biographischen Einschreibemomente können diese entwickelt werden. Da in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an Nohls relationale Typenbildung bewusst nach etwas Typischem und nach Verbindungen gesucht werden, die nicht in klassischen soziographischen Kategorien zu finden sind, spielt hier nur der gemeinsame Erfahrungsraum ‚Führungskraft im Unternehmen‘ die zentrale Rolle in der Typenbildung. Daher konzentrierte sich die Datenerhebung auf den Status quo des jeweiligen Interviewpartners, der eine Rekonstruktion

des aktuellen Habitus ermöglichen soll. Die Rekonstruktion ist nicht so angelegt, über ein biographisches Interview die Genese eines Habitus detailliert nachzuzeichnen.

Die unterschiedlichen Operationalisierungsansätze zur Rekonstruktion eines Habitus unterstreichen sehr anschaulich, wie komplex ein Habitus angelegt ist. Diese Komplexität aufzubrechen und einen Einblick in eine Facette – hier Gesundheit im Habitus von Führungskräften – zu geben, soll das Ziel sein.

Wie zuvor bei den Ausführungen zur Mehrdimensionalität des Habitus geht es hier um eine Klarheit bei der Verwendung von Begrifflichkeiten. Darüber hinaus gibt diese Diskussion einen Hinweis darauf, dass und wie Weiterentwicklungen der Methode als Impulse aufgegriffen werden können.

Neben der Arbeit zur Mehrdimensionalität des Habitus (von Rosenberg) ist die Entwicklung der Methode zur relationalen Typenbildung durch Nohl, wie oben skizziert, zu betonen. Nohl hat mit seinem Ansatz die dokumentarische Methode deutlich weiterentwickelt und mit der relationalen Typenbildung ganz neue Forschungsmöglichkeiten eröffnet. Mit dem Entkoppeln der Typenbildung von der verbindlichen soziogenetischen zur relationalen hat er die Tür zur Entdeckung neuer sozialer Typen aufgestoßen. War diese Methode nach eigenen Angaben eher aus der Not geboren, so lässt sie sich auch ohne Not, sondern mit dem Interesse nach habituellen Mustern sehr sinnvoll einsetzen, wie diese Arbeit belegt.

Kramer überträgt den von Bohnsack kollektiv angelegten Orientierungsrahmen auf eine zusätzliche individuelle Ebene. Dabei geht er den Weg zurück über Bohnsacks Orientierungsrahmen, der mehr oder weniger dem Habitus von Bourdieu entspricht und dementsprechend, so hat man den Eindruck bei Bohnsack, kollektiv angelegt ist. Kramer geht dem nach und setzt sich mit Aussagen von Bourdieu auseinander, die ihm den Weg bereiten, neben der kollektiven Komponente auch explizit eine individuelle zu erkennen (vgl. Kramer, 2011). Dabei merkt er ausdrücklich an, dass Bourdieu, wie auch die Forscher, die sich im Weiteren auf diesen beziehen, die individuelle Komponente zugunsten der kollektiven vernachlässigt bzw. vernachlässigen (ebd., S. 50). Kramer baut auf dem individuellen Ansatz auf und geht den Weg weiter.

Diese Schritte wiederum führen zu einem anderen Ziel – bzw. außerdem gleich Ausgangspunkt weiterer Forschungsmöglichkeiten: zu möglichen Veränderungen, also zu

Transformationen des Habitus. Denn nach Kramer schaffen genau diese individuellen prägenden Ereignisse Zäsuren, die Veränderungsimpulse setzen, was schon Bourdieu wahrnimmt. Dabei kann Kramer im Jahr 2013 bereits Forscherkollegen zitieren, die ebenfalls an diesem Aspekt arbeiten (Kramer, 2013, S. 14), wozu auch der bereits erwähnte von Rosenberg zählt.

Auch dieser Aspekt in der Forschung wird hier berücksichtigt, denn im Zuge der vorliegenden Arbeit ergab sich die sehr zentrale Frage, wie bedeutsam Gesundheitsereignisse für den Habitus sind. Dieser Frage wird im Zuge der Analyse unter der Überschrift „Gesundheitshandeln als Reaktion“ nachgegangen (vgl. 10.1.6: Reaktives Gesundheitshandeln: Effekt der Katalysatoren auf das Gesundheitshandeln)

Diese oben genannten Forscher greifen die dokumentarische Methode auf und machen sie sich im Sinne ihres Forschungsanliegens zunutze. So konnte die Methode auch für neue Themen erschlossen und weiterentwickelt werden. Der starke Fokus auf die komparative Analyse, die den Fall zunehmend hinter dem Typus zurückstehen lässt, hat sich im Zuge der Forschung mit der dokumentarischen Methode entwickelt und bspw. dazu geführt, dass die Bedeutung ausführlicher Falldarstellungen abnahm.

Es zeigt sich, dass die dokumentarische Methode offen für Entwicklungen ist, die sich aus der zunehmenden Forschung mit ihr ergeben. In diesem Sinne bildet auch hier die dokumentarische Methode die Basis – mit Anpassungen, die sich aus dem Forschungsanliegen ergaben, was im folgenden Kapitel nochmals zusammengefasst wird.

## 6.5 Die dokumentarische Methode in dieser Studie

Aus den zuvor ausgeführten Kritikpunkten und Impulsen aus Weiterentwicklungen werden die folgenden Konsequenzen in Bezug auf das Konstrukt des Habitus und die Anlage und Anwendung der dokumentarischen Methode für diese Arbeit gezogen:

- Die dokumentarische Methode wird in der vorliegenden Arbeit grundlegend eingesetzt, ohne jedoch alle Schritte, wie sie zuvor entsprechend der Arbeitsweise von Bohnsack skizziert wurden, zu folgen. Das heißt, dass die Vorteile der Methode genutzt werden, die sich aus der konsequent fallübergreifenden Auswertung ergeben, die die Herausbildung von Strukturen über die tiefe Einzelfallkenntnis setzt. So treten die von Bohnsack formulierten Prozess-Schritte sowie die Herausarbeitung der Textsorten in den Hintergrund (vgl. von Rosenberg,

2011, S. 102). Wie zuvor beschrieben, soll die dokumentarische Methode mit ihrem Wert für die rekonstruktive Forschung in Habitualisierungsprozessen genutzt werden.

- Vorrangig ist die Suche nach fallübergreifenden Entsprechungen einzelner Sequenzen, die sich in Ähnlichkeit oder Gegensätzlichkeit zeigen, um Strukturen herausarbeiten zu können. Hier wieder orientiert sich die Arbeitsweise an den Zielen der relationalen Typenbildung von Nohl, da sich diese Suche nach Mustern auf dem Weg veränderte und so darauf hindeutete, auf Pfade zu führen, die abseits der sinngenetischen oder soziogenetischen Typen liegen.
- Der Habitus wird als mehrdimensional betrachtet: Jeder hat (s)einen Habitus, der wiederum einzelne Facetten aufweist, die sich feldspezifisch, also situativ zeigen.
- Abweichend von Bohnsack und von Rosenberg wird hier auch der Habitus begrifflich weiter ausdifferenziert. Es wird, wie bei von Rosenberg, auch von einem mehrdimensionalen Habitus ausgegangen, allerdings wird zur Verdeutlichung dieser Charakteristik hier von ‚Facetten‘ eines Habitus gesprochen.
- Zur Rekonstruktion wird die Facette der Gesundheit im Sinne und in der Begrifflichkeit der dokumentarischen Methode bzw. relationalen Typenbildung entsprechend operationalisiert. *Der Habitus zeigt sich in seiner Vielfalt in einzelnen Orientierungen, die zusammen sinnhaft und zur Typenbildung typisiert in Dimensionen zusammengefasst werden.* Bspw. werden so die Orientierungen ‚Gesundheit als Wartungspflicht‘ und ‚Gesundheitshandeln als Reaktion‘ in dieser Weise typisiert beschrieben und zusammen der Dimension ‚Muster des Gesundheitshandelns‘ zugewiesen.
- Basierend auf Bourdieu wird davon ausgegangen, dass die ersten Einschreibungen (für jeweils neue Themen oder Erfahrungen) prägend sind, welche vorwiegend in der familiären primären Sozialisation erfolgen. Es gibt damit Habitualisierungen, die sich in ähnlicher Weise in zahllosen Familien abspielen – entsprechend der Struktur des Erfahrungsraums der jeweiligen Familie. Individuelle Erfahrungen, die eine Biographie prägen, werden ebenso als habitusprägend anerkannt: Es wird von einem kollektiven oder individuellen Habitus gesprochen, wenn es der Differenzierung bedarf.
- Abweichend von der Bedeutung, die Erfahrungsräume bei Bohnsack zur soziogenetischen Typenbildung einnehmen, wird ohne den biographischen Längsschnitt, also ohne das Erfassen einer vollständigen Biographie, mit dem Ziel einer

relationalen Typenbildung geforscht und ein gemeinsamer Erfahrungsraum (den der Führungskraft im Unternehmen) bearbeitet.

- Von einem individuellen Habitus ausgehend, werden auch Transformationen eines Habitus grundsätzlich als möglich in Betracht gezogen.

### *III Empirische Studie*

In den vorausgegangenen Abschnitten wurde zuerst der Rahmen dieser Arbeit erörtert und gesetzt. In Abschnitt I wurde zum einen über die praktisch begründete Ausgangslage referiert, während zum anderen auch theoretisch die Betrachtungsweise auf den Forschungsgegenstand fundiert wurde. In Abschnitt II wurde der Weg beschrieben, der methodologisch beschritten werden soll, um die Fragestellung nach einer gesundheitsbezogenen Facette im Habitus der Führungskräfte beantworten zu können. Diese notwendigen Grundlagen sind nun hinreichend geklärt, um sich der empirischen Studie, ihrer Entwicklung und ihren Ergebnissen zuzuwenden, um diese schließlich im letzten Abschnitt IV theoretisch rückzubinden.

## 7. Die Herangehensweise im Überblick

Die dokumentarische Methode arbeitet mit dem konsequenten Fall- und Sequenzvergleich. Da der Keim einer Relation bereits im einzelnen betrachteten Fall liegt, sollte mit dem Vergleich zu Beginn der Datenauswertung begonnen werden, wie auch in der vorliegenden Studie verfahren wurde. So ergaben sich auf der Basis des Forschungsinteresses bereits Ansatzpunkte für mögliche *tertia comparationis*.

Da bis dahin noch nicht klar war, wie sich die Typenentwicklung gestalten würde, wurden zum einen alle Interviews in vollem Umfang transkribiert und ausgewertet. Aus dieser noch sehr umfangreichen Datenbasis wurden über die einzelnen Schritte der dokumentarischen Methode, nämlich der formulierenden und reflektierenden Interpretation, die Orientierungen herausgearbeitet, die im Sinne von Fokussierungsmetaphern relevant erschienen. Fokussierungsmetaphern sind laut Nohl die Themen, „zu denen sich die befragten Personen besonders ausführlich, engagiert und metaphorisch geäußert haben“ (Nohl, 2012, S. 40). Dabei sind die Forschungsfrage und ihre Umsetzung im Interview über gezieltes Erfassen bestimmter Themen oder Themenbereiche richtungsweisend. Die Themen Gesundheit, Gesundheitshandeln und Führung haben die Suche nach relevanten Aspekten vorstrukturiert und zu den zentralen Orientierungen und Dimensionen geführt, die im Verlauf der Auswertung als Vergleichspunkte dienen sollten.

*Datenauswertung und Identifikation von Orientierungen und Dimensionen*

In der Analyse wurde von Beginn an über die einzelnen Fälle hinweg nach Gemeinsamkeiten gesucht. Dabei war der Fokus auf das Thema Gesundheit gerichtet und wie sich dies aus der Sicht der befragten Manager im Kontext von Feld und Führungsrolle einfügt. Um ein Bild von der Führungskraft und ihrem Habitus zu erhalten, wurde auch die eigene Entwicklung zur Führungskraft mit ihren Einflüssen und Entwicklungswegen erfasst.

Im Zuge des ersten Suchlaufs wurden thematische Cluster gebildet, die sich im Stil der formulierenden Interpretation an Stichworten der Interviews orientierten. Im zweiten und in weiteren Interpretationsdurchgängen wurden diese Cluster reduziert und thematisch zusammengeführt. Die dann noch immer sehr große Anzahl an wertvollen Clustern wurde dann so weiter reduziert, indem von allgemeinen Fragestellungen der Suchkorridor konsequent zur zentralen Forschungsfrage hin verengt wurde.

Dann zeigten sich die folgenden Themenbereiche als die gehaltvollsten im Sinne der Fokussierungsmetapher, da die Interviewten hier besonders detailliert und teilweise ohne Frageimpuls ausführlicher antworteten. Damit zeigten sie an, dass diese Themen für sie selbst relevant sind.

Folgende thematische Schwerpunkte erwiesen sich für die Befragten im Zuge der Datenauswertung als bedeutsam im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit:

- die berufliche Entwicklung zur Führungskraft
- die in der Biographie sichtbar werdende Haltung zur und der Umgang mit der eigenen Gesundheit
- die individuelle Vorstellung von Gesundheit
- biographische Prägungen in Bezug auf Gesundheit
- die Interpretation und Bewertung der Rolle ‚Führungskraft‘ (in Bezug auf gesundheitsbezogene Themen) und Auswirkungen auf das Rollenhandeln

Es stellte sich heraus, dass die Felder Führung und Rolle in den Antworten auffallend nebensächlich blieben und dies ist umso erstaunlicher, als dass alle Interviews in Unternehmensräumen stattfanden und die Befragten in ihrer Rolle als Führungskraft adressiert wurden. Dieser Umstand führte dazu, erst einmal die unmittelbar gesundheitsbezo-

genen Orientierungen zu erfassen und die Anbindung zu Feld und Rolle später separat in einem eigenen Analysedurchgang aufzunehmen.

Im Anschluss an diesen Schritt wurde mit der Bildung von Relationen der bis dahin herausgearbeiteten Orientierungen und Dimensionen, die sich auf Gesundheit und Führung beziehen, fortgefahren. Bevor dies ausführlich dargestellt wird, werden zunächst die Dimensionen vorgestellt, die sich in den Bereichen Gesundheit und Führung als Vergleichspunkte herausgebildet hatten<sup>62</sup>:

#### *Gesundheitsbezogene Dimensionen*

- Konstruktionen von Gesundheit,
- die Handlungsmuster,
- erkennbare Treiber sowie
- eine besonders auffällige Einstellung in Bezug auf das Übernehmen von Verantwortung für die eigene Gesundheit.

#### *Führungsbezogene Dimensionen*

- Wert von Führung
- Wert von Gesundheit in Bezug zur Führungsrolle gesetzt

Nach dem Identifizieren der Orientierungen wurden diese in typisierter Form mit Orientierungen anderer Dimensionen in eine sinnhafte Beziehung gesetzt. Um das zu gewährleisten, musste unmittelbar am Fall gearbeitet werden. Ein abstraktes Postulieren von Relationen anhand identifizierter und typisierter Orientierungen allein reicht hier nicht, um Zusammenhänge zu erfassen und beschreiben (Nohl, 2013, S. 58).

Um das Bilden der sogenannten typisierten Relationen nachvollziehbar zu machen, wird im Folgenden über das Verdichten der Orientierungen innerhalb von Dimensionen in Tabellenform auch mit kurzen *themenspezifischen* Fallskizzen gearbeitet. Diese zeichnen einerseits einen Arbeitsschritt anschaulich nach, andererseits bilden sie in ihrem thematischen Zuschnitt die Sinnhaftigkeit der Relationen ab.

---

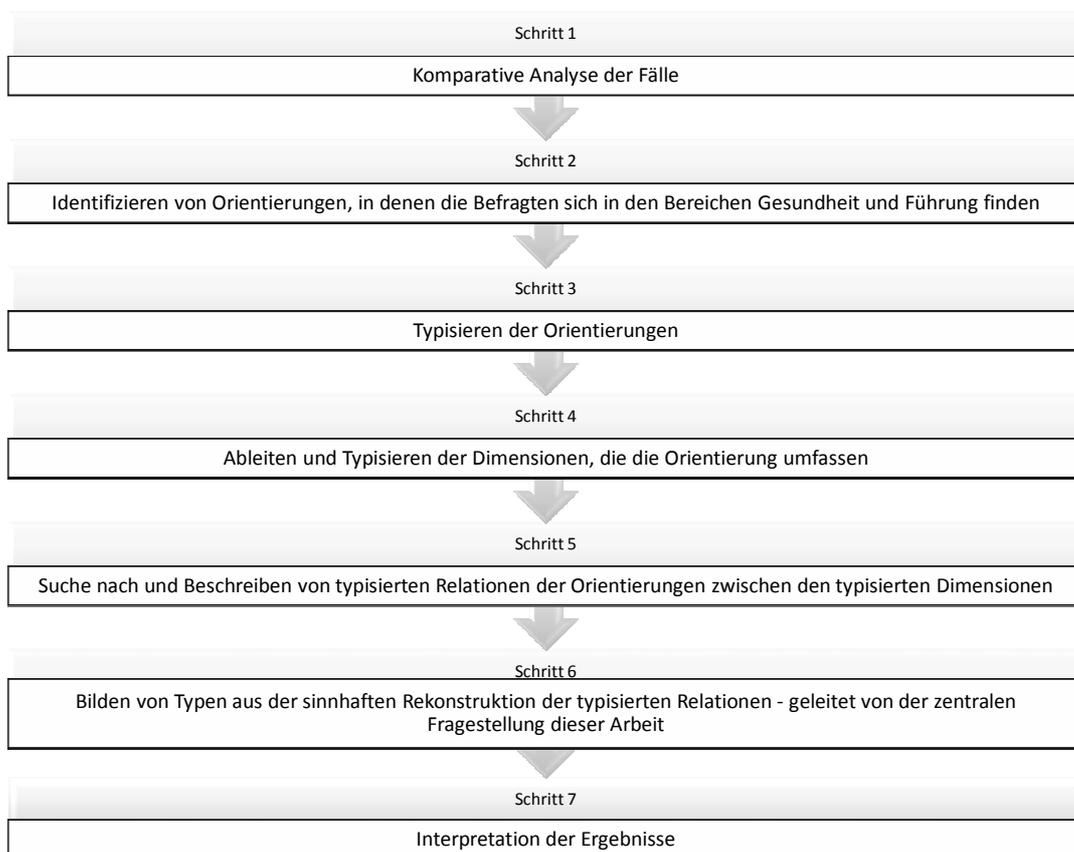
<sup>62</sup> Hier muss darauf hingewiesen werden, dass sich der Begriff ‚Dimension‘ an seiner Verwendung von Nohl orientiert, der jedoch noch nicht grundlagentheoretisch verankert ist, wie Nohl ausführt; anders als der Dimensionsbegriff, den Bohnsack verwendet und sich damit auf konjunktive Erfahrungsräume bezieht (Nohl, 2013, S. 61).

Die zwischen einzelnen Fällen eingefügten Zwischenfazits explizieren den Erkenntniszuwachs aus dem Prozess der fallnahen Relationierung. Schließlich werden die identifizierten Relationen zu den ‚relationalen Typen‘ (neuer) sozialer Zusammenhänge entwickelt, die der Methode ihren Namen gibt.

#### *Zur Darstellung der Arbeitsschritte und Ergebnisse*

Es ist das Anliegen dieser Arbeit, nicht nur neue soziale Zusammenhänge zu identifizieren und zu beschreiben, sondern der Leser soll damit auch die Möglichkeit haben, den Forschungsprozess nachzuvollziehen, um sich ein Urteil über die erfolgten Interpretationen bilden zu können. Aus diesem Grund fließen in der Darstellung der Analyse immer wieder auch mehrzeilige Aussagen oder Interviewsequenzen ein. Das geschieht vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen Anspruchs dieser Arbeit nicht nur, um die Studie mit ihren Ergebnissen anschaulich und nachvollziehbar zu gestalten, sondern auch und vor allem, um im Sinne der Gütekriterien der intersubjektiven Überprüfbarkeit zu genügen (Przyborski & Wohrab-Sahr, 2014, S. 409).

### Abbildung 3: Die Arbeitsschritte der vorliegenden Studie in der



## Übersicht

### 8. Gesundheitsbezogene Orientierungen

#### 8.1 Die vier Dimensionen im Überblick

Die *erste Dimension* wurde so erfasst, wie sie bereits zuvor geplant war: die individuellen Vorstellungen von Gesundheit werden als grundlegende Information betrachtet, um sich einem gesundheitsbezogenen Habitus der Führungskräfte zu nähern.

Die *zweite Dimension* bildet Antworten zum Gesundheitshandeln ab. Konkret wurde diese Dimension jedoch aus den Antworten gebildet, die das Gesundheitshandeln selbst in seinen sozialen Zusammenhang bringt und es spezifiziert, indem es gleich Muster abbildet, wie bspw. Gesundheitshandeln als Wartungspflicht für den Körper zu betrachten. Denn im Zuge der Datenauswertung wurde erkennbar, dass der Kontext, der Handlungsbezug deutlich mehr zur hier interessierenden Typisierung beitragen würde als das konkrete ‚Was‘ (also, welche Aktivitäten, wie Sport oder Ernährung). So entstand aus den Antworten der Führungskräfte eine eigene Dimension, die abbildet, was ihr jeweiliges Gesundheitshandeln für sie bedeutet, was sie dazu motiviert oder was sie damit zu erreichen hoffen.

Die *dritte Dimension* entstand aus der Frage nach dem, was hinter dem Gesundheitshandeln liegt, was von den Vorstellungen über Gesundheit dann zu konkreten Handlungen führt, die dann zu Mustern werden. Nach dem ersten Schritt in diese Richtung, hinter das konkrete Handeln in der zweiten Dimension zu blicken, bietet diese nun weiterführende Erkenntnisse: Das geschilderte Handeln ließ sich in zwei Handlungsorientierungen differenzieren. Die Innen- bzw. Außen-Orientierung ließ Typiken erkennen, die für die weitere Analyse wichtig sein würden. Vor allem dadurch, dass sich im Verlauf der Analyse ein ‚Entwicklungsfall‘ herauskristallisierte, der sich von einer zur anderen Orientierung entwickelt hat.

Die *vierte Dimension* schließlich war in dieser Form nicht vorgesehen und nicht einmal im ursprünglichen Fragenkatalog angelegt, wobei sie sich vielleicht gerade deshalb als wertvoll erweisen sollte. Von den Befragten wurde das Thema der (Eigen-)Verantwortung (zunächst) selbst eingebracht und ausführlich besprochen. Als Fokussierungsmetapher betrachtet, gab sie Anstöße im Hinblick auf Typiken.

## 8.2 Dimension I – Konstruktionen von Gesundheit

Be: „Wann ICH gesund bin?“

I: „Mhm.“

Be: „JETZT zum Beispiel.“

I: „Was macht das, also, was sind die Faktoren, wo setzen Sie einen Haken dran?“

Be: „Mein Körper ist in Ordnung. Mit meiner Familie ist alles super. Mein Job läuft rund. FERTIG.“ (Dr. Albrecht, 97-101)

Wenn der Habitus das erfasst, was sich als Disposition im Wahrnehmen, Denken und Handeln ausdrückt, so sind individuelle Konstruktionen die Grundlage für daraus erfolgreiches Handeln. Auch wenn im Weiteren der Begriff der ‚Definition‘ verwendet wird, heißt dies nicht unbedingt, dass die Befragten für sich eine reflektierte Kategorie geschaffen haben müssen. Die schlichte Frage danach, was denn Gesundheit für den Befragten sei, löste mehr als einmal Erstaunen und längeres Nachdenken aus. Das kann so interpretiert werden, dass die Einfachheit der Frage zusammen mit der Schwierigkeit, sie spontan zu beantworten, keine weitergehenden Überlegungen zur Thematik im Voraus bedeutete. Außerdem ist anzunehmen, dass eine bisher ausgebliebene Reflexion und Kategorienbildung aus der Selbstverständlichkeit des Gesundseins heraus zu begründen ist.

Die Frage nach der eigenen Konstruktion und dem Verständnis von Gesundheit löste unterschiedliche innere Suchrichtungen aus. Diese werden zunächst kurz skizziert und im Weiteren detailliert ausgeleuchtet.

Auch wenn nun die Konstruktionen der Einzelnen erst einmal aufgebrochen und einzelnen Kategorien zugeordnet werden, so kann eine individuelle Definition von Gesundheit mehrdimensional sein. Das heißt, dass sie nicht in einer einzigen der folgenden Kategorien vollständig aufgehen muss, sondern sich in verschiedenen wiederfindet. Die teilweise ausführlichen Zitate sollen das Bestreben der Befragten veranschaulichen, ihr Verständnis von Gesundheit umfassend zu beschreiben. Außerdem soll es einen Einblick darein ermöglichen, wie mühsam der Weg sein kann, sich das vorreflexive Wissen bewusst zu machen und zu versprachlichen.

Die folgenden vier Orientierungen machen diese Dimension aus:

- Funktionsaspekte des Körpers
- Abwesenheit von Krankheit
- Leistung-/ und Arbeitsfähigkeit
- Ausdruck (übergeordneten) Wohlbefindens

### 8.2.1 Funktionsaspekte des Körpers

Weil Gesundheit sich über Körperlichkeit ausdrückt, d.h. über das Medium Körper zeigt, steht dieser Aspekt am Anfang. Obwohl im Weiteren deutlich wird, dass durchweg die reinen Funktionsaspekte des Körpers nicht ausreichen, um Gesundheit zu erklären, spielen diese eine wesentliche Rolle. Nur selten wird dabei auf harte Zahlen und Messgrößen verwiesen, wie sie ein Arzt erhebt und damit Rückmeldungen zur Funktionsfähigkeit des Körpers gibt: „Die rein physikalische, körperliche Gesundheit im Sinne, wie sie ein Arzt definieren würde. Ich sag mal Blutwerte etc. pp.“ (Dr. Albrecht, 83). Doch nicht nur der Arzt ist hier Prüfer oder bewertende Instanz, auch der Betroffene selbst schätzt die Funktionen ein und bewertet diese für sich: „Ja, mein Körper FUNKTIONIERT, da ist alles ok und ich habe hier nicht stechen in der Brust oder Verspannungen oder was auch immer“ (Dr. Schwarzer, 103). Die wenigsten ziehen dabei jedoch eine Skala oder Messpunkte heran, sondern geben pauschalere Auskünfte: „Mein Körper ist in Ordnung“ (Dr. Albrecht, 101).

Insgesamt ist hier festzuhalten, dass das körperliche Funktionieren *ein* Aspekt ist, der jedoch für die Befragten Gesundheit nicht hinreichend definiert.

### 8.2.2 Abwesenheit von Krankheit

Es entspricht einer traditionellen Sichtweise Gesundheit und Krankheit insofern in einem unmittelbaren Zusammenhang zu betrachten, dass das eine über die Abwesenheit des anderen beschrieben wird.<sup>63</sup>

„NICHT nur Fehlen von Krankheit, sondern, ich glaube, für mich gehört zur Gesundheit auch Zufriedenheit dazu. Wenn du körperlich krank bist, könntest du dennoch zufrieden sein. Es gibt viele, ich will jetzt bei Behinderung nicht von

---

<sup>63</sup> Vgl. Faltermaier, 2005, S. 193: Hier geht er auf eine – mittlerweile klassische – Studie von Herzlich (1973) ein, in der „Gesundheit als Vakuum“ und als eine Vorstellung von Gesundheit dargestellt wird. Das heißt, Gesundheit wird nur am Fehlen von Krankheit festgemacht.

Krankheit sprechen, aber bei Einschränkungen, die sind trotzdem glücklich und zufrieden mit ihrem Leben, weil sie sich irgendwie arrangiert haben. Aber ich denke doch, dass Zufriedenheit eine Messgröße sein kann, ob sich jemand gesund fühlt oder nicht“ (Carstens, 10).

Nicht nur das Fehlen von Krankheit wird hier als Charakteristikum von Gesundheit erkannt. Es deutet sich aber auch an, dass von einem gemeinsamen Verständnis darüber ausgegangen werden kann, dass das Fehlen von Krankheit wesentlich ist, das Konstrukt Gesundheit aber eben nicht ausreichend fasst und deshalb zur Definition nicht (bei keinem Befragten) allein steht. In diesem Fall werden bereits nicht-körperliche Anteile angesprochen. Aber an dieser Stelle soll der Blick zunächst auf die Aussage gelenkt werden, wie Krankheit Richtung Gesundheit skaliert wird. Es wird Behinderung genannt, diese eingeordnet und mit dem Label „Einschränkung“ versehen. Eine andere Führungskraft zieht im selben Kontext den Begriff „gehandicapped“ heran, um zu verdeutlichen, dass es eine Form der Einschränkung gibt, die sie aber ebenfalls nicht als krank (und damit weniger funktionierend für den Gesamtorganismus) einstufen möchte: „Der ist gehandicapped ganz klar. Aber der Kopf funktioniert, ne?“ (Dr. Schwarzer, 215).<sup>64</sup>

Beachtenswert sind die unterschiedlichen Bestrebungen, Kranksein bzw. die Schwelle zum Kranksein zu beschreiben und einzuordnen: Das Ringen um die passende Beschreibung sowie ein Verorten von Zuständen auf der Skala Krankheit – Gesundheit wird in folgendem Gesprächsbeitrag veranschaulicht:

„Gesundheit ist das Nichtvorhandensein von schwerwiegenden Erkrankungen ((lacht und hustet, passend zur durchweg hörbaren Erkältung)). Nein, aber ich glaube, das Thema Erkrankung, Krankheit ist ein wichtiger Aspekt von Gesundheit. Ja, wie soll man das definieren? Was ist Gesundheit? Also, ich bin gesund, wenn ich mich gut fühle und wenn ich jetzt tatsächlich nicht KRANK bin. Jetzt kann man definieren, was ist krank? Also, Sie hören, Schnupfen hab ich ein bisschen und meine Schulter habe ich mir gestern auch verknackst. Also, ich bin jetzt nicht 100 Prozent nicht krank, aber ich würde trotzdem sagen, mit meiner Gesundheit steht das gut. Und ich fühle mich gut“ (Beck, 86).

---

<sup>64</sup> Hier bringt er im Nachsatz einen weiteren Aspekt ein: mentale Gesundheit vs. physische Unversehrtheit.

Aufschlussreich ist hier der Nachsatz: „Und ich fühle mich gut“, der wie eine Lösung, eine Quintessenz am Schluss seiner Ausführungen steht. Die Bedeutung der Ebene der Empfindungen und Gefühle wird weiter unten detailliert betrachtet. An dieser Stelle soll zunächst nur dafür sensibilisiert werden. Wie unbefriedigend sich diese Erklärung anzu-fühlen scheint, zeigt sich darin, dass derselbe Gesprächspartner einen Moment später doch weiter räsoniert:

„Also, ist Gesundheit mehr als das Fehlen von Krankheit? Ja, frage ich jetzt mal zurück? Also, oder vergesse ich jetzt einen wichtigen Aspekt, der mit Gesundheit zu tun hat? Also Gesundheit und Krankheit. Das sind ja: Bin ich gesund oder bin ich krank? Das sind ja die beiden Pole. Also Krankheit und Gesundheit sind zwei Dinge. Aber das ist mir ein bisschen wenig bei Gesundheit, weil man kann ja auch mal krank sein und trotzdem ist aber Thema Gesundheit kein Problem“ (Beck, 100).

Er selbst versucht, sich Klarheit über seine eigenen Vorstellungen von Gesundheit zu verschaffen, indem er den Facettenreichtum seiner ersten Ausführung (die Skalierung, die Ebene der Empfindungen) verringert, indem er nun nur noch von „zwei Dingen“, „zwei Polen“ spricht, wodurch er Komplexität zu reduzieren versucht. Nimmt man bei diesem Fallbeispiel noch die Äußerungen hinzu, die zwischen beiden zitierten stehen, so wird es noch einmal spannender, denn hier kommen noch weitere, völlig andere Aspekte seiner Definition von Gesundheit zum Vorschein: „Ich komme gerne zur Arbeit und habe eigentlich ganz gute Laune und fühle mich in der Lage, meinen Job zu machen“ (Beck, 96). Hier kommen nun ganz neue Themen zur Sprache: noch intensiver der Ausdruck von Gefühlen sowie der Bezug zum Feld. Liest man nun alle Antworten sequenziell, so unterstreicht es das oben Angesprochene: Es findet während des Gesprächs eine Suche nach einer Definition statt. Er gibt klar erkennbar persönliche Vorstellungen davon ab, was dazu gehört, aber ihm selbst scheint dies nicht zu reichen oder jedenfalls im Rahmen des Interviews nicht zu genügen („Jetzt frage ich mal zurück... vergesse ich einen wichtigen Aspekt?“). Es zeichnet sich der Blick auf Krankheit und deren Abwesenheit als sehr grundlegend ab, aber es zeigt sich gleichsam, wie wenig hinreichend diese Erklärung auch von den Befragten selbst empfunden wird, um Gesundheit zu erklären.

Ein anderer Befragter löst dies für sich, indem er Gesundheit in zwei Bereiche gliedert: körperliche und psychische Gesundheit. Er verortet „Herz, Kreislauf, alles, was so dazu

gehört“ bei der körperlichen Gesundheit und macht diese messbar, greifbar und leicht definierbar. Davon trennt er die psychischen Aspekte von Gesundheit ab, worunter er Ausgeglichenheit, Ruhephasen und Ablenkung fasst (Völkers, 109). Beiden Bereichen ordnet er aus seiner Sicht geeignete Maßnahmen zu, wobei er diese für den körperlichen Anteil nicht weiter ausführt („Dafür tue ich etwas“), und beim psychischen „Ruhephasen“ benennt, die dabei helfen sollen, im Beruf („wenn ich hier unter Strom stehe“) belastbar zu sein.

Ein anderer Manager versieht einen Zwischenbereich mit der Überschrift: „semi-krank“. Dieser Zwischenzustand trifft auf ihn zu, wenn er zwar nicht zum Arbeiten ins Büro fahren kann, aber sich doch in der Lage fühlt, etwas per Laptop von Zuhause aus zu erledigen (Werle, 287). Hier kommt ein neuer Aspekt zum Tragen: Hier wird sich bei den Überlegungen zur Gesundheit sowie zum Gesundheitshandeln *direkt auf das Feld* bezogen bzw. auch über den Feldwechsel und die Erfordernisse nachgedacht, um sich dort in vollem Umfang und gemäß den geltenden Spielregeln bewegen zu können.

Dass auf der Skala von Krankheit bis hin zu ihrer Abwesenheit diese auch anders begriffen werden kann, zeigt der Fall, wo eine körperliche Einschränkung als „nicht gesund“ empfunden wird (Völkers, 344-356). Da genau dieser Zustand, in diesem Fall ein mit Metall gestützter Knochen, die Bewegung einschränkt, wodurch ein impliziter Verweis auf eine andere Kategorie angezeigt wird: Handlungsfähigkeit, die hier als die Möglichkeit verstanden wird, Dinge gemäß den eigenen Vorstellungen auszuführen. Dies erweist sich als eine eigene und wesentliche Kategorie, auf die später eingegangen wird.

### **8.2.3 Leistungs-/ Arbeitsfähigkeit**

Vor dem Hintergrund des Forschungssettings und auch des Interviewsettings in den Unternehmen war eines besonders auffällig und widersprüchlich: In keinem Fall erfolgte – als spontane erste Reaktion – ein konkreter Bezug zum beruflichen Kontext sowie zur Rolle. So gab es zum Beispiel keine Antworten dergestalt, dass Gesundheit Leistungsfähigkeit im Sinne der Berufsausübung sei – oder im unmittelbaren Zusammenhang stehe.

Grundsätzlich spielt die Fähigkeit bzw. das „In-der-Lage-Sein“ eine Rolle, jedoch nicht so berufsbezogen, wie es vielleicht zunächst vermutet werden könnte. Hier kommt etwas zum Tragen, was sich in der Studie wie ein roter Faden durchzieht und im Weiteren

verfolgt wird: Die Führungskräfte stellten sich als Gestalter ihres Lebensentwurfs dar, in der die Berufsausübung und die Übernahme einer Führungsfunktion einen Teil davon darstellt. Dieser ermöglicht es ihnen, bestimmte und individuell gefasste Dinge zu verwirklichen, aber das allgemein bekannte Motto vom „Leben, um zu arbeiten“ bzw. Führungskraft zu sein, ist hier als Orientierung oder Leitsatz nicht in der Form zu identifizieren.

Dazu passt auch die Reaktion eines Befragten auf die Frage, wozu ihm Gesundsein wichtig ist: um nicht in seinem „Tatendrang eingeschränkt“ zu sein (Dr. Albrecht, 111). Etwas tun zu wollen ist ein Schaffensprozess und gleichzeitig das Erbringen einer Leistung. Er bezieht das auf sich und auf sein Bedürfnis, das zu tun, was er gerne möchte, ohne dabei einen Bezug zum Beruf mit seinen Anforderungen herzustellen. Diesen Anspruch bezieht er nur auf sich. Dies unterstreicht ein anderer Manager, der Arbeit vom beruflich-professionellen Setting abstrahiert:

„Ich definiere mich nicht über ARBEIT, ich definiere mich darüber, dass ich das, was ich tue, dass mir das gefällt. Ob das jetzt ein Job ist, für den ich Geld bekomme oder ob das irgendwas ist, was ich gerade, ich sag mal drei Wochen Ski fahren, mache oder was auch immer. Es ist für mich sozusagen das Tätigkeitsumfeld“ (Dr. Albrecht, 105).

Weiter oben wurde ein Manager bereits mit diesen Worten zitiert, aber Teile der Gesamtaussage fallen auch unter diese Überschrift: „Ich komme gerne zur Arbeit und habe eigentlich ganz gute Laune und fühle mich in der Lage, meinen Job zu machen“ (Beck, 96). Es geht durchaus darum, im Beruf etwas leisten zu können, was aber nicht isoliert dasteht. Es ist in einem Satz verbunden mit dem Wunsch nach Freude und guter Laune. Dazu gesellt sich ein weiterer formulierter Aspekt einer Definition von Gesundheit: „Wenn ich morgens mit Freude zur Arbeit gehe“. Es reicht nicht aus, nur zur Arbeit gehen zu können, sondern es sollte auch Freude dabei sein, damit es dem Verständnis von Gesundheit aus Managementsicht standhält.

#### **8.2.4 Ausdruck (übergeordneten) Wohlbefindens**

Diese beiden kleinen Sequenzen leiten diesen Abschnitt treffend ein:

I: „Was ist Gesundheit für Sie?“

Be: „Zustand. Hmhmhmh. Erst mal ein Zustand. Wie GEHT'S mir. Das ist meine Gesundheit. So, im Prinzip ist es das schon.“

... und fünf Minuten später äußert er noch auf Nachhaken Folgendes:

I: „Was noch? Was für Aspekte hat Gesundheit für Sie noch? (...) Wann ist man gesund?“

Be: „Das ist für mich GEFÜHL. Wenn's mir so, ich sag mal, gut geht.“ (Althaus, 149 und 183)

Gesundheit wird hier als Zustand begriffen und ebenso als Gefühl, also als etwas, das nur mit einem eigenen, inneren Maßstab erfasst werden kann.<sup>65</sup>

Dieses Fallbeispiel steht nicht allein. Es wiederholt sich der Gedanke in den geführten Interviews, dass das Gefühl und damit das In-sich-hinein-Spüren als oberste Referenz für Gesundheit betrachtet werden:

Be: „Für mich ist Gesundheit eigentlich immer dieses WOHLfühlen. Auf den KÖRPER hören. Dinge machen, von denen ich ausgehe, wo mein Körper mir widerspiegelt: JA, das macht mir Spaß, das GEFÄLLT mir. Das sind eigentlich so die Dinge, die für mich unter gesunde Ernährung, gesundes Leben oder so fallen“ (Wächter, 106).

Wiederholt ist es der Begriff des Wohlfühlens, der Gesundheit beschreiben und definieren soll. Das reflexive Verb ‚sich wohlfühlen‘ legt schon sprachlich nahe, dass der Ausdruck sehr persönlich gemeint ist, denn das reflexive Verb verweist nur auf den Sprecher als Instanz. Laut Duden ist es ein „schwaches Verb“, obwohl es dennoch eine beachtliche Tiefe in seinen möglichen Bedeutungen erlangt, denn es ist geeignet, eine Vielzahl unterschiedlicher Gefühlszustände zu umfassen. Für das Anliegen, Orientierungen wie Dimensionen angegessen zu erfassen, ist es wertvoll, diese Tiefe auszu-leuchten.

---

<sup>65</sup> Interessant ist der Fortgang bei der zweiten Sequenz für die weitere Analyse insofern, als dass hier erkennbar wird, dass dem Gefühl eine wichtige Beurteilungsfähigkeit zugesprochen wird. Die Urteilskraft von Gefühl reicht auch bis zu körperlich-funktional gefassten Gesundheit: „Das ist für mich GEFÜHL. Wenn's mir so, ich sag mal, gut geht. Hört sich blöd an. Ich hab keine Einschränkungen (...) Solange es mir mit dem Kopf gut geht und ich keine Schmerzen habe, ich mich bewegen kann, und das kann ich, fühl ich mich gesund“ (Althaus, 149 und 183).

Gesundheit drückt sich auch über empfundene Maßeinheiten wie Spaß oder Wohlfühlen aus. Wenn jemand mit Gesundheit assoziiert, dass er gern zu Arbeit gehe anstatt bspw. das Leistungsvermögen in den Vordergrund zu stellen, oder wenn ein anderer Gesprächspartner Gesundheit an sichtbarer Lebensfreude festmacht, so sind dies wertvolle Hinweise darauf, wie Gesundheit auch erlebt werden kann. Die Antworten legen bereits nahe, dass Gesundheit im individuellen Erleben mehrdimensional ist und mehr als die Abwesenheit von Krankheit, von Symptomfreiheit und Messbarkeit umfasst. Es geht um einen eigenen Maßstab und demnach ein eigenes Referenzsystem für die eigene Gesundheit. Wohlfühlen hat dabei Verweischarakter, denn es verweist auf etwas, was nicht unmittelbar sichtbar bzw. den Befragten zugänglich ist. Jedoch sind auch hier unterschiedliche Betrachtungsweisen auf das Wohlfühlen auszumachen.

Wohlfühlen wird bei der nachfolgend zitierten Führungskraft als eine Ortung in einem fast mechanistischen Bereich verstanden. Es misst gleichsam mit dem Maßstab, mit dem Körperfunktionen gemessen werden und meint hier nicht in erster Linie psychisches Wohlbefinden oder Ausgeglichenheit:

„Mhm, also ich denke im Wesentlichen ein Sich-wohlfühlen in dem Sinne, dass man eben nicht körperliche Schmerzen oder, ich sage mal, echte Krankheits-symptome eben hat. Nicht unbedingt so wohlfühlen, dass man immer bester STIMMUNG sein muss, aber eben SO wohlfühlen, dass man sagt: Ja, mein Körper FUNKTIONIERT, da ist alles ok und ich habe hier nicht Stechen in der Brust oder Verspannungen oder was auch immer“ (Dr. Schwarzer, 103).

Diese Führungskraft spricht vom Wohlfühlen. Das Wohlfühlen, das diese beschreibt, ist zum einen die positive und damit angenehme Empfindungen auslösende Rückmeldung des Körpers, dass dieser uneingeschränkt funktioniert. Zum anderen spricht er eine mentale Ebene an, die „Stimmung“. Auch legt er einen Maßstab an, der aber anders als bei körperlich-funktionalen Aspekten eingeordnet wird: Ein Stechen in der Brust wiegt schwerer als eine nicht vorhandene „beste Stimmung“. Es kommt ebenso im folgenden Fall zu einer Priorisierung. Dieser kommt der umgangssprachlichen Lesart von Wohlfühlen näher, die sich abhebt von dem, was funktional und messbar ist. Es drückt sich durch mehr Leichtigkeit und durch weniger kognitive Prozesse aus, wobei eben auch eine Rangfolge in der Wichtigkeit des Wohlfühlfaktors ausgemacht wird: „Das heißt, wenn Krankheiten erst mal nicht da sind, schon mal prima. Wenn dann noch ein wirklich gefühltes Wohlsein mit dabei ist, dann perfekt“ (Borgmann, 83). Eine weitere Les-

art könnte hier eine Bescheidenheit darüber sein, was er als Führungskraft zu erwarten können oder dürfen glaubt.

Diese Sichtweise ist allerdings nicht typisch. Ebenso kann ein körperliches Erleben neben ein Gefühl als weitere Ebene gestellt werden, ohne dass diese als konkurrierende oder aufeinander aufbauende gesehen werden: „Wenn du körperlich krank bist, könntest du dennoch zufrieden sein“ (Carstens, 10). Aber nicht nur dass diese Ebenen völlig unabhängig voneinander existieren können, sie stellen auch zwei Seiten dar:

„Was tue ich? Bin ich damit zufrieden oder nicht? Ist mein Körper in Ordnung?“ (Dr. Albrecht 117) sowie: „Das hat für mich zwei Komponenten. Das eine ist die rein physikalische, körperliche Gesundheit im Sinne, wie sie ein Arzt definieren würde. Ich sag mal Blutwerte etc. pp. Und das andere ist der zweite Faktor, wie sie vielleicht der Mensch selber oder eine Psychologe definieren würde, das ist das Thema WOHLFÜHLEN. Also, fühle ich mich wohl, fühle ich mich mit meinem Körper wohl, fühle ich mich wohl, wie ich lebe, wie mein Job ist etc. pp. Das sind für mich ZWEI Komponenten an der Stelle. Das eine ist das rein PHYSIKALISCHE in Anführungsstrichen, was ich an wie auch immer definierten Faktoren ablesen kann, das andere ist ein WOHLFÜHLfaktor quasi“ (Dr. Albrecht, 83).

Noch widersprüchlicher wird die Beschreibung von Gesundheit, wenn die physische Seite als wenig aussagekräftig für den Gesundheitszustand bzw. das –empfinden bewertet wird, wie im nachfolgenden Fall:

I: „Wenn Sie sich das Bein gebrochen haben, sind Sie dann, in welchem Zustand sind Sie dann?“

Be: „Auch gesund“ (Ehrmann, 149).

Aussagekräftig in dieser Hinsicht sind auch Antworten auf die Frage danach, wann Gesundheit als gefährdet betrachtet wird. Vor allem wird darüber spekuliert, wann beim Ausbleiben des eigenen Wohlbefindens eine Grenze zu ziehen wäre, wenn sich dies NICHT auf bekannte Krankheitssymptome zurückführen lässt oder mit ärztlichen Diagnosen oder Befunden zu belegen ist.

„Bei mir/ ich würde schon sagen, wenn ich dauerndes Unwohlgefühl hätte, dann ja. Wenn ich ein Unwohlgefühl habe eine gewisse Zeit, aber selber überzeugt

bin, ich VERSUCHE es mal, dann absolut noch nicht. Erst wenn auf lange Sicht ein Unwohlgefühl da wäre, dann würde ich sagen: Da muss ich was anders machen“ (Ehrmann, 407).

Die Bedeutung des eigenen Gefühls wiegt insgesamt schwerer, wenn es darum geht, die Frage nach der Gesundheit zu beantworten. Dieses Gefühl ist die Basis eines individuellen Referenzsystems.

### 8.3 Körperliche und geistige Komponenten im Zusammenspiel

Die Mehrzahl der Befragten hat im Rahmen ihrer Berufstätigkeit bereits professionelle Gesundheitsberatung – im Sinne einer Wissensvermittlung – erhalten. Neben dem Bildungsgrad kann dies eine Rolle dabei spielen, dass die Frage danach, was Gesundheit für den Einzelnen bedeutet, zu sehr differenzierten Betrachtungen führt. Dies kann sich zum Beispiel auch darin zeigen, dass diese vorgebildeten oder geschulten Personen unter anderem sauber in physische und psychische Anteile von Gesundheit gliedern. Es wird immer wieder einer achtsames Abwägen der beiden Ebenen erkennbar, wobei dann die individuellen Ansichten zum Vorschein kommen.

Dass beide Ebenen bedeutsam sind, geht aus den oben differenzierten Definitionen hervor. Ebenso fällt es den Befragten leichter, körperliche Gesundheit über messbare Faktoren wie Körperfunktionen und Laborwerte zu bestimmen. Häufige Formulierungsabbrüche, längere Ausführungen und teilweise die Suche nach dem passenden Ausdruck zeigen, dass die psychische Ebene als wichtig erachtet wird und dass man erkennbar bestrebt ist, dieses ebenfalls adäquat zu beschreiben. Doch dies stellt die Befragten vor größere Einordnungs- und Formulierungsprobleme. Im Ausdruck Wohlfühlen kondensiert sich dieser Versuch, auch das Psychische zu erfassen, was hier vor allem als Positivzustand gefasst wird, der gewährleistet sein muss, wenn alles in Ordnung ist und man also gesund ist.

Auch wird das Wohlfühlen als eine Art Nicht-Zustand beschrieben: „Körperliche Fitness und geistige Erholung. Die geistige Erholung ist NICHT zu denken, was mit der Firma zu tun hat, sobald ich nach Hause komme“ (Werle, 285).

Wie vielfältig das Thema Gesundheit gesehen wird und welche Ebenen dem Einzelnen wichtig sind, zeigt sich stellvertretend für vergleichbare Aussagen anderer bei Herrn Carstens:

„Äh, ja, wie definiere ich Gesundheit. NICHT nur Fehlen von Krankheit (...) Klar, körperliche Gebrechen, jetzt, diese üblichen Krankheiten erst mal, Grippe, Virusinfektion. Ich glaube, da haben wir eh alle keinen Einfluss drauf. Ist das eine Thema. Seelische Gesundheit, ja, wie soll man das (...) fühle ich mich ausgeglichen? Habe ich Ziele? Glaube ich an etwas? Ja, wohlfühlen. Fühle ich mich wohl? Komme ich auch gerne zur Arbeit? Also, sind verschiedenste Aspekte“ (Carstens, 10).

Neben der Aufzählung der Teilbereiche von Gesundheit wird hier deutlich, dass sich Gesundheit aus verschiedenen Ressourcen speist. Das Fehlen eines Bestandteils muss demnach auch nicht gleichbedeutend mit fehlender Gesundheit insgesamt sein, sondern Balance oder Ausgleich ist dort wichtig, wo Gesundheit beansprucht wird. Auch andere befragte Führungskräfte schreiben Körper und Geist unterschiedliche Funktionen in Bezug auf die Gesundheit zu.<sup>66</sup>

Herr Dr. Albrecht findet im Rahmen seiner Suche nach den Komponenten seiner eigenen Gesundheit und dem erforderlichen Gesundheitshandeln einen persönlichen Begriff. Er fasst die Wechselwirkungen für sich als „Gesundheitsintegral“ bzw. als „großes Summenintegral“ zusammen, bei dem es vielseitige Wechselwirkungen zwischen Körper und Geist gibt – oder auch zwischen privat oder beruflich bedingten Wohl- oder Unwohlsein (vgl. Dr. Albrecht, 115).<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Siehe weiter unten bei: Völkers und Dr. Albrecht

<sup>67</sup> Sehr anschaulich beschreibt dies Herr Völkers: „Gesundheit ist zu unterscheiden zwischen körperlicher Gesundheit und psychischer Gesundheit. Körperliche Gesundheit heißt für mich, dass mein Körper gesund ist. Ganz einfach. Herz, Kreislauf, alles was so dazu gehört. Dafür tue ich was, regelmäßig. Und psychische Gesundheit heißt für mich, dass ich ausgeglichen bin, also auch meine Ruhephasen habe, meine Ablenkung, was auch immer habe, die mich für die Phasen, wenn ich hier unter Strom stehe, genügend Ruhe habe, belastbar bin“ (Völkers, 110). Ähnlich beschreibt dies Herr Dr. Albrecht: „Das hat für mich zwei Komponenten. Das eine ist die rein physikalische, körperliche Gesundheit im Sinne, wie sie ein Arzt definieren würde. Ich sag mal Blutwerte etc. pp. Und das andere ist der zweite Faktor, wie sie vielleicht der Mensch selber oder eine Psychologe definieren würde, das ist das Thema WOHL-FÜHLEN. Also, fühle ich mich wohl, fühle ich mich mit meinem Körper wohl, fühle ich mich wohl, wie ich lebe, wie mein Job ist etc. pp. Das sind für mich ZWEI Komponenten an der Stelle. Das eine ist das rein PHYSIKALISCHE in Anführungsstrichen, was ich an wie auch immer definierten Faktoren ablesen kann, das andere ist ein WOHLFÜHLfaktor quasi“ (Dr. Albrecht, 83).

## 8.4 Zwischenfazit

Gesundheit stellt sich als ein facettenreiches und sehr individuelles Konstrukt dar. Ihrer persönlichen Definition nähern sich die Führungskräfte überwiegend über selbst konstruierte Referenzsysteme. An diesen messen sie ihren aktuellen Zustand und vergleichen ihn mit einem Ideal, das teilweise den üblichen Messwerten (medizinisch betrachtet) entspricht und teilweise oder überwiegend auch eigenen Standardwerten. Dabei wird oft ein Begriff aus der Alltagssprache herangezogen (Wohlfühlen), um diesen dann für sich bzw. für die Gesprächspartnerin mit Inhalt zu füllen. Die Vielfalt der Aspekte, die zu einer Definition von Gesundheit beitragen, belegen die obigen Fallbeispiele und Zitate. Mit der dokumentarischen Methode und ihren interpretativen Schritten wird diese Vielfalt verdichtet, und es gelingt durchaus, wiederkehrende Strömungen in den unterschiedlichen Konstruktionen und Fällen auszumachen, die sich systematisieren lassen und nun im Rahmen der Typenbildung genutzt werden können.<sup>68</sup>

Obwohl die Führungskräfte in ihrem beruflichen Kontext sowie der Rolle als Führungskraft in den Interviews adressiert werden, so ist erstaunlich, wie wenig dies Eingang in ihre Definitionen findet. Oder anders formuliert: Es findet durchaus Eingang, aber eben durch konsequentes Rückbeziehen auf sich selbst, auf den Menschen über der Rolle. Dieses Distanzieren von der eigenen Rolle belegen alle Teile der Definitionen. Die Rückmeldungen, wie wichtig es ist, sein Tun im Sinne eigener Vorstellungen und Lebenspläne oder Ideale zu gestalten, sind bemerkenswert, vor allem vor dem Hintergrund der Untersuchung, die klar Feld und Rolle der Interviewpartner adressiert.

Ein Blick in die Forschung zeigt, dass auch andere Studien zu ähnlichen Dimensionen gelangen, ohne den hier vorgenommenen Zielgruppenbezug. Flick (1989, S. 8) kommt zu ähnlichen Kategorien, wobei die in der vorliegenden Arbeit entwickelten Kategorien weiter verdichtet sind. Faltermaier erfasst bei seinem Vergleich mehrerer Studien zu Gesundheitsvorstellungen die zentralen, übergreifenden Regelmäßigkeiten und Übereinstimmungen: Gesundheit wird körperlich wie psychisch gefasst, meist als Wohlbefinden bezeichnet, als Aktionspotenzial verstanden. Darüber hinaus wird es als Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Zusammenhängen erlebt sowie auch negativ über das Fehlen von Symptomen und die Abwesenheit von Krankheit definiert (Faltermaier

---

<sup>68</sup> Vgl. Flick, 1998, S.8, wobei die vom ihm erarbeiteten Kategorien hier weiter verdichtet sind, also die Kategorien mehrere thematische Einzelpunkte beinhalten als das bei ihm der Fall ist.

2005, S. 193-194). Beide Autoren heben den sozialen Bezug und den sozialen Entstehungszusammenhang der Gesundheitsvorstellungen hervor – und kommen dabei bis zu dieser Ebene der Kategorienbildung zu vergleichbaren Ergebnissen wie die vorliegende Arbeit mit ihrem sehr konkreten Zielgruppenbezug.

*Gesundheit als Bedingung der Möglichkeit – der Übergang von der Konstruktion der Gesundheit zum Gesundheitshandeln*

Wie bereits in den Ausführungen zum Wohlbefinden entwickelt, sind die individuellen Gesundheitskonstruktionen in einem größeren Zusammenhang zu sehen. Für die Befragten ist Gesundheit neben etwas in Messgrößen oder vergleichbaren Einheiten Bestimmbares auch etwas darüber Hinausgehendes, was vor allem individuell zu fassen ist. Sie ist auch erst einmal eine Bedingung einer Möglichkeit: Hier geht es um die Ressourcen, die nur mit Gesundheit zur Verfügung stehen: mit körperlicher und geistiger Gesundheit, was die Führungskräfte teilweise sehr explizit und ausführlich differenzieren. Dass diese sprachliche Versiertheit und gedankliche Auseinandersetzung auch mit der in den Unternehmen geleisteten Vorarbeit der Führungskräfte-Entwicklungsprogramme geschieht, wurde zuvor beschrieben. Das soll jedoch nicht einschränkend gesehen werden, lediglich als Hinweis darauf, woher die differenzierte Ausdrucksweise und die erfolgte Reflexion kommen kann.<sup>69</sup>

Wie im Folgenden zu sehen ist, sind die Grenzen der individuellen Konstruktionen zum Handlungsmuster und dem zugrunde liegenden Treiber fließend. Wie sich das Individuelle in den Handlungstreibern und -mustern fortschreibt, ist im Detail in den weiteren Kapiteln dargestellt.

Auf einer körperlichen Ebene drücken viele Führungskräfte auf unterschiedliche Weise aus, dass es ihnen darum geht, grundsätzlich aktiv sein zu können, um das Leben den eigenen Vorstellungen entsprechend zu führen. Manchmal wird es sehr allumfassend formuliert („Gesundheit ist Leben“):

„Gesund ist für mich ein Begriff, der doch eigentlich mit zum Leben gehört. Also, ein Mensch müsste doch eigentlich, MÜSSTE EIGENTLICH (-) für mich ist ein Mensch ein MENSCH, wenn er weiß, dass Gesundheit LEBEN ist. Und das

---

<sup>69</sup> Auch der hohe Bildungsgrad der Interviewpartner muss hier als mögliche Erklärung für Eloquenz und Reflexion in Betracht gezogen werden.

kann ich nur, indem ich was für meinen Körper TUE. Mein Körper ist nicht gebaut, um den ganzen Tag auf dem Allerwertesten zu sitzen. Sondern man braucht Bewegung. Mein Körper braucht ganz bestimmte Dinge, um gesund zu bleiben. Da muss ich aber bewusst drauf hören. Also Gesundheit ist für mich LEBEN“ (Wächter, 175).

Und an anderen Stellen steht die reine körperliche Mobilität im Vordergrund:

„Also, ich muss mich irgendwie auch bewegen können. Also bewegungsfähig, Spaß an dem haben, was ich tue. Ob ich jetzt sitze, lese oder was auch immer. Aber dann fühle ich mich gesund, ja. Ja, also, die Möglichkeit haben aufzuspringen“ (Dr. Fehling, 91).

Hier wird die Möglichkeit genannt, überhaupt Sport treiben zu können, um auf diese Weise Ausgleich zum beanspruchenden Job zu bekommen.

Auf einer geistigen Ebene geht es darum, zielgerichtet, also mit den passenden, greifenden Maßnahmen, Ausgleich zum anspruchsvollen Beruf zu finden („Ruhephasen... Ablenkung...“), um dadurch der Belastung im beruflichen Alltag gewachsen zu sein:

„Psychische Gesundheit heißt für mich, dass ich ausgeglichen bin, also auch meine Ruhephasen habe, meine Ablenkung, was auch immer habe, die mich für die Phasen, wenn ich hier unter Strom stehe, genügend Ruhe habe, belastbar bin“ (Völkers, 110).

Ein Interviewpartner schildert einen höheren Anspruch an Erholung, der über die einfache Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hinausgeht, die unmittelbar mit Arbeit verbunden ist, und den Wunsch beschreibt, mit guter Gesundheit in der Lage zu sein, nachdenken zu können, kreativ zu werden und Dinge zu verändern. Und dies ist nicht nur im beruflichen Umfeld gemeint, sondern darüber hinaus (vgl. Wächter, 129).

## 8.5 Dimension II – Muster des Gesundheitshandelns

Aufbauend auf den herausgearbeiteten Bestandteilen der individuellen Konstruktionen von Gesundheit geht es in diesem Kapitel um den weiteren Schritt – das Gesundheitshandeln. Ebenso wie es in jedem eine mehr oder weniger konkrete und klar verbalisierbare Vorstellung davon gibt, was für ihn Gesundheit ist, so ist auch das – theoretische

(über das bloße Vorhaben) und praktische Handeln – im einzelnen Fall zu identifizieren und erweist sich als facettenreich.

Das, was unter Gesundheitshandeln konkret verstanden (und teilweise in die Tat umgesetzt) wird, ist in wenigen Worten umrissen und entspricht dem, was im einführenden Kapitel zu den Grundbegriffen dieser Arbeit beschrieben wurde (vgl. S. 23). Auch auf die Trennung von physischen und psychischen Aspekten von Gesundheitshandeln wurde im Zuge der begrifflichen Definition eingegangen. Diese Trennung findet sich auch bei den folgenden Handlungsmustern wieder, zu denen jeweils Beispiele angeführt werden. Gesundheitshandeln bedeutet demnach für die Führungskräfte:

- auf der körperlichen Ebene: Bewegung (Sport), Ernährung, Minimieren von Risikofaktoren wie Tabak- oder Alkohol-Konsum sowie
- auf der geistigen Ebene: Ruhe- oder Ausgleichsphasen, sozialer Ausgleich über Familie und Freunde.

Im Sinne der Problemstellung dieser Arbeit ist es weniger zielführend, sich auf das zu fokussieren, was im Alltag konkret an gesundheitsförderlichen Maßnahmen unternommen wird, sondern es ist entscheidend, was mit den konkreten Aktivitäten in Bezug auf die eigene Gesundheit jeweils verbunden wird. Denn im Zuge der Datenauswertung ließen sich daraus wertvolle Erkenntnisse gewinnen. In diesem Abschnitt wird dementsprechend dargestellt, was ihr jeweiliges Gesundheitshandeln für sie bedeutet, was sie dazu motiviert oder was sie damit zu erreichen hoffen.

Die folgenden sechs Muster wurden herausgearbeitet und im Folgenden durch zahlreiche Beispiele erklärt und belegt:

- Präventives Gesundheitshandeln
- Gesundheitshandeln als Reaktion auf Erkenntnisse oder Empfehlungen
- Gesundheitshandeln als „Wartungspflicht“ für Körper und Geist
- Gesundheitshandeln als unbewusstes Tun
- Gesundheitshandeln als Teil der Rolle „Führungskraft“
- Ausbleiben/ Unterlassen von Gesundheitshandeln

### **8.5.1 Präventives Gesundheitshandeln**

Der Blick in die Zukunft ist ein wiederkehrendes Motiv in den Ausführungen der Führungskräfte, also etwas aktiv und vorausschauend für die eigene Gesundheit zu tun, wie

beispielsweise durch eine gesunde Ernährung, wie Salat zum Mittag in der Kantine oder das Weglassen der Pommes frites. Bewegung wird dabei bspw. von einem Interview-Partner in Form von bewusstem Treppensteigen im Büro-Komplex<sup>70</sup> oder in der klassischen Form von Sport betrieben. Ausreichend schlafen, aber auch ganz grundlegende Tätigkeiten, wie das Zähneputzen oder das Trainieren des Kopfes über das Lösen von Rätseln, werden ebenfalls von den Gesprächspartnern genannt. Die Beweggründe bzw. Treiber sind dabei verschieden: Sie sind zum einen lebensbejahend und drücken sich in dem Wunsch aus „lange ein tolles Leben“ führen oder jederzeit aktiv sein zu können. Zum anderen kommt auch der Anflug eines schlechten Gewissens zum Vorschein. Die Maxime lautet: Lieber heute handeln, um sich später keine Vorwürfe machen zu müssen (Beck).

„Lebensqualität behalten“ – so benennt eine Führungskraft ihr Motiv und skizziert eine rationale Herangehensweise mit dem Beschreiben von konkreten Gegenmaßnahmen bei unerwünschten Körpersymptomen. Die ungewünschte Gewichtszunahme wird auf die vorwiegend sitzende Tätigkeit und das ungesunde Kantinen-Essen zurückgeführt. Weniger Essen würde sich nach eigenen Angaben zu maßregelnd anfühlen, deswegen wählt die Führungskraft für sich die Lösung nur noch zwei Mahlzeiten – die dann mit Genuss – am Tag zu sich zu nehmen (Völkens, 306).

Gesundheitshandeln soll auch Wohlfühlen ermöglichen, wobei die konkreten Maßnahmen typisch sind und sich über die körperlichen Möglichkeiten von Sport, Ernährung und Risikenminderung erstrecken und zu geistigen Wegen der Entspannung und Zerstreuung führen:

I: „Wozu ist es Ihnen wichtig, gesund zu bleiben?“

Be: „Also nicht, um alt zu werden. Aber um mich wohlzufühlen, um mich HEUTE wohlzufühlen. Mich vielleicht auch morgen wohlzufühlen. Also das Aktuelle ist mir wichtig.“

I: „Und was ist, wenn Sie sich wohlfühlen, gewährleistet?“

Be: „Ja, wenn ich mich wohlfühle, kann ich Dinge machen, wo ich überlege, halt stopp, da bist du noch gar nicht (-), das könntest du mal tun. Also ich kann kreativ sein. Ich kann Dinge verändern. Ich kann Dinge angehen, versuchen zu ver-

---

<sup>70</sup> Das, so ist in diesem Zusammenhang anzumerken, in seiner Außenwirkung nicht zu unterschätzen ist.

ändern, was ich, wenn ich mit persönlichen Problemen belastet bin, gesundheitlichen Problemen eben halt NICHT kann“ (Wächter, 129-132).

Diese Schilderungen spiegeln ein bekanntes Anliegen wider, denn dieses Fortschreiben des heutigen Zustands in die Zukunft oder das Referenzieren auf eine angenehme Erinnerung folgt dem Maßstab, der oben bereits ausgeführt wurde: dem Wohlfühlen. Hier wurde es als Hinweis darauf eingeordnet, wie die eigene Konstruktion von Gesundheit in Handlungsweisen (oder zumindest innere Handlungsempfehlung) übersetzt wird.

### **8.5.2 Gesundheitshandeln als Reaktion auf Erkenntnisse oder Empfehlungen**

Hinter diesem Aspekt steht mit zukunftsgerichtetem Blick ebenfalls der Präventionsgedanke, wie oben beschrieben. Allerdings entspringen die zuvor dargestellten Handlungsweisen einem inneren Treiber, denn bislang gab es für die Führungskräfte, deren Gesundheitshandeln hier zugeordnet wurde, noch keine Anhaltspunkte dafür, dass konkreter Handlungsbedarf bestehen könnte.

Genau hier schließt dieses Muster an: Der Betroffene erhält ein Feedback durch den eigenen Körper (größere Kleidergröße, Kurzatmigkeit o.ä.) oder durch jemand anders – wie bspw. den Arzt, der auf kritische Messwerte hinweist – und reagiert dann mit Gesundheitshandeln, indem er Veränderungen im Bewegungsverhalten, der Ernährung oder Arbeitsweise umsetzt:

„Ich bin übergewichtig, stark übergewichtig, so, also, das sieht man bei der Größe vielleicht nicht, aber da muss schon was runter. Vielleicht auch bedingt dadurch, dass ich mit dem Rauchen aufgehört habe. Da sind wieder so ein paar Pfunde dazugekommen. Da muss ich weg (...) weil die Werte nicht in Ordnung sind (...) und ich würde ganz gerne was dran ändern wollen“ (Carstens, 50-62).

Neben der grundsätzlichen Einschätzung des eigenen körperlichen Zustands, wie z.B. im vorhergehenden Fall der Übergewichtigkeit, erleben die Führungskräfte auch Momente des Erwachens in Bezug auf ihr Gesundheitshandeln, die sie zur Umkehr und mehr Vorsicht aufrufen, wie z.B. ein unvorhergesehener Krankenhausaufenthalt:

„Irgendwann hatte ich, ja mit 28, da war es, genau. Jetzt kann ich mich entsinnen. Da bin ich mal einmal ins Krankenhaus gekommen nach einem Skiurlaub und hatte wahnsinnige Bauchschmerzen. (...) nach fünf Tagen war es so einigermaßen vorbei und nach zehn Tagen war ich auch draußen und der Arzt, die haben

nicht festgestellt, was es war (...), aber DA hat es für mich das erste Mal, war das erste Mal, dass ich mich mit Tod auseinandergesetzt habe. So neben dem, die Oma stirbt, oder sonst was, wo ich mal über Tod und Leben oder Gesundheit nachgedacht habe. Aber da habe ich gedacht, und seitdem bin ich da ein bisschen enger mit verbunden und horche in mich hinein.“

I: „Was hat das konkret ausgelöst?“

Be: „Dass es schneller passieren kann, als man sich das vorstellt. Insbesondere in dem Alter schon. Und seitdem achte ich auch immer wieder mal auf Blutdruck oder gehe auch zum Arzt und versuche, in regelmäßigen Abständen zum Arzt zu gehen und mich mit Gesundheit soweit auseinanderzusetzen, dass ich sage: Wie geht es dir denn wirklich, was hast du, wie viel Kaffee trinkst du, wie viel Wein trinkst, was isst du? Heute Mittag habe ich mich auch zwingen müssen, nicht die Pommes zu nehmen. Man muss es aber immer wieder bewusst machen. Das Unterbewusstsein macht es nicht einfach automatisch“ (Dr. Fehling, 201-205).

Bemerkenswert sind dabei die unterschiedlichen Lösungen, die sich die Führungskraft für seine Gesundheit zurechtlegt: Es gibt zwei Tendenzen festzuhalten: eine sehr funktional-pragmatische, bei der sich die Maßnahme unmittelbar am Ereignis orientiert (Problem: Kurzatmigkeit; Lösung: mit dem Rauchen aufhören) sowie eine generelle Achtsamkeit auf sich selbst, wodurch dann die individuell empfundene Bandbreite von Gesundheitshandeln für sich selbst ausgelotet wird.

### **8.5.3 Gesundheitshandeln als ‚Wartungspflicht‘**

Schon im Bestreben, Gesundheit begrifflich zu fassen, steckt für manchen eine Handlungsaufforderung. Diese folgt nicht primär einem individuell formulierten Anliegen und Ziel, sondern stellt sich geradezu als Wartungspflicht für Führungskräfte dar: zum Sporttreiben, zum gesunden Essen, zum Nicht-Rauchen etc. Diese wird von den Führungskräften als umso dringlicher empfunden, weil man älter wird, zu viel sitzt und eben „die Erkenntnis von allein kommt“, wie dies in den Interviews zum Ausdruck kommt (Völkers 148). Man akzeptiert die Erfordernisse, wie sie sind und wie sie Körper und Geist anmelden.

Was heißt das für die interviewten Manager? Ein Befragter sieht Gesundheit als etwas an, das erst einmal gegeben ist und dann in der Verantwortung des Einzelnen liegt. Die-

ses Verständnis von Gesundheit findet sich auch bei anderen wieder, wenn Gesundheit über Aktivität in Form von Vorsorge bspw. entsteht (Borgmann, 85).

Eine andere, die Gesundheit aufrechterhaltende Aktivität, die häufig in einem Atemzug mit Gesundheit genannt wird, ist der Sport.

Be: „Die Vorgehensweise war eigentlich im Prinzip alles auf einen zukommen lassen, ruhig viel arbeiten und ein bisschen Sport treiben, wenn es einem Spaß gemacht hat. Also dann ist man eben Fahrrad mal gefahren oder ist/ hat man Roller Skater gemacht oder sonst was. Aber jetzt muss man sich eigentlich dazu zwingen, WENIGER zu arbeiten und dem Sport oder der Bewegung mehr Raum zu geben“ (Ehrmann, 188).

Muss man also Gesundheit – über die idealerweise naturgegebene positive Grundausstattung hinaus – in einer Form leisten oder eventuell sogar erzwingen? Weitere Fälle bestätigen das insofern, als die Gesprächspartner eine Reihe von Aktivitäten oder Grundeinstellungen aufzählen (weniger Alkohol, gesünder essen, regelmäßiger bewegen, Kopf trainieren, schlafen, Zahnpflege etc.), die sie im Sinne der Gesundheit unternehmen.

Herr Völkers gebraucht dafür bezeichnenderweise sogar ein Wort aus dem Finanzwesen: Er „investiert“ in seine Gesundheit als sein Kapital und erhofft sich dann durch dieses Investment auch einen Ertrag, nämlich nicht tot vom Stuhl umzufallen, wie er schildert:

Be: „Ich versuche so zweimal die Woche, dreimal die Woche eigentlich eineinhalb Stunden zu investieren (...), um hier nicht irgendwann tot vom Stuhl zu fallen“ (Völkers, 214-216).

Be: „Und da (ein längerer Heilungsprozess nach einem Skiunfall, V.H.) ist mir erstmals bewusst geworden, dass ich älter geworden bin.“

I: „Was hat das ausgelöst?“

Be: „Man geht ein bisschen sorgsamer mit sich um.“

I: „Und wie sieht das dann aus?“

Be: „Wie gesagt, man erholt sich länger, man GÖNNT sich längere Erholungs-pausen. Man achtet so ein bisschen mehr auf den Ausgleich. Also, ich habe in

meinem Terminkalender konsequent zwei Termine stehen, wo ich abends dann laufe. Ausdauer betreibe. Muss nicht immer laufen sein, kann auch Ellipsentrainer oder sonst was sein. Im Winter gehe ich dazu ins Fitnessstudio, im Sommer bin ich gern draußen und laufe weiter, fahre viel Fahrrad. Also, ich gehe schon sehr bewusst mit dem Thema BEWEGEN um, weil wir hier viel sitzen und doch immer viel Kaffee und wenig Bewegung, immer angespannt, das belastet schon“ (Völkers, 142-146).

Die Führungskräfte achten auf sich und pflegen ihr Kapital. Diese Perspektive nahm auch dieser Befragte sehr explizit ein, indem er die rhetorische Frage stellte: „Was ist Ihr höchstes Gut und mein höchstes Gut? Es ist eigentlich unsere Gesundheit. Weil, was anderes habe ich ja im Endeffekt auch nicht zu verkaufen“ (Dr. Albrecht, 79). Vor dem Hintergrund dieses Treibers beschreibt der Interviewpartner später, wie er mit dem Kapitalstock dieses Gutes umgeht (vgl. Dr. Albrecht, 228).

Einen Manager treibt vor allem die intrinsische Motivation an, sich später mal keine Vorwürfe machen zu müssen, nicht alles getan zu haben (Beck, 162). In diesem Fall und dieser Sequenz geht es um die Betrachtung der eigenen Gesundheit und darüber hinaus aus der Blickrichtung der Führungskraft. Diesen Wechsel führt die Interviewerin durch die Fragen an dieser Stelle aktiv herbei, daher soll dies nicht als Beleg dazu dienen, die eine oder andere Sichtweise wäre die bei diesem Manager die vorherrschende. Im Gespräch gestaltet sich der Perspektivwechsel wie selbstverständlich, erzeugt keinen Moment der Irritation oder des Überlegens. Herr Beck erzählt, dass ihm bei seinem Tun (wie z.B. der Essenswahl) bewusst ist, dass er damit auch sichtbar wird und es Teil seines Vorbildverhaltens ist. Er betont aber, dass er in Sachen Sport z.B. nicht die „gesundheitsbewusste Sportkanone“ abgebe, also sein Verhalten hier im Sinne der Rolle bewusst steuere. Auch in einem anderen Fall ist sich der Befragte seiner Vorbildfunktion bewusst und versucht ausdrücklich, seine Mitarbeiter dazu „zu motivieren, dass sie was für sich tun“ (Völkers, 240). In den weiteren Ausführung wird deutlich, dass der Ursprung seines Handelns bei sich selbst und seinen eigenen Bedürfnissen liegt:

„Ich spreche auch darüber, dass ich Sport treibe, die meisten wissen es auch. Dass es vielleicht den einen oder anderen motiviert, es auch selber zu tun, weil man (-) wenn einer sagt: Heute Nachmittag um 18 Uhr mache ich keinen Termin mehr, weil: ich hab da Sport“ – womit er gleich ganz praktisch anschließt, welchem Beispiel andere folgen könnten (Völkers, 242).

Die Handlungsaufforderung ist dabei noch zur Verpflichtung zu steigern, sodass diese zur Pflicht wird, die über den Einzelnen und seinen Bedürfnisse hinausgeht und damit im Grunde als gleichberechtigt mit der Aufgabenerfüllung zu sehen ist:

„Und ich glaube auch, dass es auch hier für Geschäftsführer nicht anders sein sollte. Nämlich, wenn sie sich sonst nichts vorzuwerfen haben, sprich, der Laden läuft doch gut, warum sollen sie denn dann nicht gehen? (Schon am Mittag statt zu einer üblichen Zeit am Nachmittag oder Abend, V.H.) Auch das ist doch nur ein Mensch. Auch der hat ein Recht und der hat auch eine Pflicht, sich eigentlich um seine Gesundheit zu kümmern. Also ich habe eigentlich das RECHT auch und die PFLICHT auch“ (Werner, 183).

Eine Verbindung zu einem der zentral genannten Aspekte der individuellen Vorstellung von Gesundheit, dem Wohlfühlen, wird auch unter der Überschrift der Wartungspflicht deutlich. Auch Wohlfühlen ist herzustellen. Dieser Eindruck wird zumindest in einem Interview vermittelt, in dem über das erfolgreiche Gesundheitshandeln gesprochen wurde und wie es funktioniert. Dort wird betont, dass man auf Ausgleich achten, Stressvermeidung durch entspannendes Privatleben am Wochenende fördern und Sport treiben sollte – sowie eine grundlegende Achtsamkeit im Job gegeben sein soll, die die Führungskraft folgendermaßen auf den Punkt bringt: „Weil ich aufpasse, dass ich mich wohlfühle, auch wenn es stressig wird. Ich achte darauf, dass mir die Jobs Spaß machen“ (Dr. Albrecht, 228).

#### **8.5.4 Gesundheitshandeln als unbewusstes Tun**

Bewegung und Sport sind gesund, was als Allgemeinplatz angeführt werden kann. Aber nicht jeder betreibt Sport mit dem Ziel, etwas für seine Gesundheit zu tun. Im Rahmen der Studie stellte sich auch heraus, dass nicht jedes gesundheitsförderliche Tun ein Gesundheitshandeln darstellt, also dementsprechend zielgerichtet, ist. Das kann sich auf die Bewertung einzelner sportlicher Aktivitäten beziehen, die aus anderen Gründen betrieben werden:

I: „Ist Golfspielen für Sie ein Gesundheitsaspekt, ein Gesundheitsthema?“

Be: „Nee, ein Spaß-Aspekt“ (Dr. Schwarzer, 234-235).

Sport kann auch für diejenigen bereits zu einem Zeitpunkt im Leben eine Rolle gespielt haben, als Gesundheitshandeln für ihn noch keine Priorität hatte, sondern *möglicher-*

*weise* andere Ziele, wie z.B. der Karriereaufstieg, im Vordergrund stand, der sich z.B. auch mit sozial-sportlichen Ereignissen gut kombinieren lässt (wie z.B. dem Golfspielen). In einem früheren Lebensabschnitt bedeutete Sport teilweise geradezu das Gegenteil, denn Leistungssport kann die Gesundheit eben auch strapazieren statt fördern. Hat aber Sport erst einmal auf positive Weise Einzug ins (Manager-)Leben gehalten, wird es nicht mehr unbedingt als Gesundheitshandeln – oder als eine Aktivität zur Gesundheitsförderung – empfunden. Dann kann weniger auch mehr bedeuten, was die Manager auch als maßvolles Sport treiben durchaus reflektieren:

Be: „Wobei ich es auch so sehe, dass ebend, wenn man jetzt Marathonlauf wirklich dann intensiv betreiben WÜRDE, was ich halt nicht tue, das ist dann schon gesundheitlich was, was auf die Gesundheit schlagen kann. Ich habe auch die Erfahrung gemacht, wenn ich dann ebend, um dieses Ziel zu erreichen, etwas überdreht habe, ein bisschen zu viel trainiert habe, dass sich das dann auch direkt auch kleine Infektionskrankheiten, Erkältung ausgewirkt hat oder dass die Muskeln nicht mitgemacht haben oder was auch immer“ (Borgmann, 113).

Das Positive daran ist aber, dass dieses verringerte Maß an Sport schon als etwas empfunden wird, was sich in Bezug auf den Ertrag lohnt:

„Das heißt, wenn meine Knochen mir wehtun, dann laufe ich auch nicht. Oder wenn ich erkältet bin, laufe ich auch nicht. Und das ist es mir dann auch nicht wert. Und wirklich laufen um der Gesundheit willen, das ist halt deutlicher weniger als zum Marathon zu trainieren. Für mich zumindest. Also, ich fühle mich bei deutlich geringeren Umfängen auch wohl, wenn ich es hinbekomme“ (Borgmann, 115).

Dieses bereits in einer vorberuflichen Phase inkorporierte Tun zur Gesundheitsförderung kann noch auf eine weitere Art wirksam werden: Wenn der Sport Bestandteil des Lebens ist, etabliert sich darüber eine besondere Körperlichkeit, eine größere Nähe und dadurch erhöhte Sensibilität im Umgang mit dem Körper. Dieser bessere Kontakt führt zu einem besseren Wissen darüber, was dieser braucht. Dies erleichtert den Zugang zu gesundheitsförderlichem Handeln:

Be: „Da war ich Ende 30 so etwa. Da hatte ich mir eine Sportverletzung zugezogen, beim Tennisspielen und ich habe dann gemerkt, wie lange ich gebraucht

habe, um wieder auf Leistungsstand zu kommen. Während das früher mal, so eine Zerrung oder sowas, so eine Woche und dann hat man noch die gleichen Zeiten beim Laufen wieder hingelegt beim Sport wie vorher auch. So hat das damals doch WOCHEN gedauert, um wieder auf gleiches Niveau zu kommen. Und da ist mir erstmals bewusst geworden, dass ich älter geworden bin.“

I: „Was hat das ausgelöst?“

Be: „Man geht ein bisschen sorgsamer mit sich um.“

I: „Und wie sieht das dann aus?“

Be: „Wie gesagt, man erholt sich länger, man GÖNNT sich längere Erholungs-pausen. Man achtet so ein bisschen mehr auf den Ausgleich (...) Also, ich gehe schon sehr bewusst mit dem Thema BEWEGEN um, weil wir hier viel sitzen und doch immer viel Kaffee und wenig Bewegung, immer angespannt, das belastet schon“ (Völkers, 142-146).

Nach der Rückmeldung des Körpers, der ja einem Streik aus Sicht des Managers gleichkam, weil er Wochen der Erholung brauchte, achtet er nun mehr auf sich. ‚Man(n)‘ achtet auf sich. Diese vermeintliche Selbstverständlichkeit legt allerdings nicht jeder (Gesundheits-)Sporttreibende an den Tag.

### **8.5.5 Ausbleiben/ Unterlassen von Gesundheitshandeln**

Schließlich gibt es auch die negative Orientierung: ausbleibendes Gesundheitshandeln. Wiederholt wird die (fehlende) Zeit von den Managern als limitierender Faktor genannt, aber auch die fehlende Energie für gesunde Aktivitäten spielt nach einem langen Arbeitstag eine wesentliche Rolle: „Und man ist ja auch so, dass man sich das eine oder andere mal gar nicht mehr motivieren kann, weil auch für Gesundheit zu sorgen, ist Arbeit“ (Werle, 279).

Im Folgenden wird ein Auszug aus einem Interview wiedergegeben, in dem dieses Nicht-Sorgen für die eigene Gesundheit beschrieben und aus der eigenen Perspektive erklärt wird. Das geschieht distanziert, zumeist mit dem unpersönlichen Indefinitpronomen „man“. In dieser Weise wird zunächst die Entwicklung und Wahrnehmung des Älterwerdens beschrieben, wobei der Interviewpartner sich selbst eingesteht, dass er seine Einstellung verändern müsse und dazu aber wenig „Lust“ verspüre. Er hält also an

seinem bisherigen Lebensmodell fest, welches ein Gesundheitshandeln nur schwer zulässt.

I: „Wie leben Sie HEUTE Gesundheit?“

Be: „SCHLECHT (total schnelle Reaktion). Eigentlich schlecht. Gut, ich arbeite zu viel und treibe zu wenig Sport. Das hat in jungen Jahren keine Rolle gespielt, aber je älter man wird, desto mehr stellt man natürlich fest, dass auch der Körper selber abbaut. (...) Ich geh davon aus, man wird älter. Man wird dann sowieso schwerfälliger. Es fällt alles schwerer, um DA länger fit zu bleiben. Aber das ist natürlich auch, man seine ganze oder ICH muss meine ganze Einstellung ändern und dass (-) ich habe eigentlich keine LUST, früher nach Hause zu gehen und mich jetzt auf irgendein Trimmgerät zu setzen und Sport zu treiben“ (Ehrmann, 181-192).

In einem anderen Fall gesteht sich ein Manager „Schwäche“ ein: „Ich bin auch nur ein Mensch und der Mensch ist schwach“ (Beck, 243).

Eine weitere Erklärung für das Unterlassen von eigenem gesundheitsorientiertem Handeln stellt die Annahme dar, dass die Arbeit unter Umständen nicht nach den eigenen Vorstellungen erledigt würde, wenn man zum Beispiel im Krankheitsfall zu Hause bliebe (Werle, 305).

Eine weitere Facette ist das theoretisch mögliche Für-sich-Sorgen, wenn die Führungskraft für sich zwar sachlich erkennt, dass sie durchaus entbehrlich ist und krank auch zu Hause bleiben sollte und könnte, aber dennoch ins Büro fährt. Dabei ist sie sich dieses Widerspruchs durchaus bewusst, aber agiert dennoch anders und zwar so, wie sie es sich selbst zugesteht:

Be: „Weil ganz ganz selten in dem, was ich tue, ist es so, dass es zwingend erforderlich ist, dass ich HEUTE ausgerechnet wirklich die drei Stunden dabei bin. Da mache ich mir was vor, wenn ich das sagen würde. Die Besprechung KANN auch ohne mich laufen, die Besprechung wird auch nahezu das gleiche Ziel erreichen oder das gleiche Ergebnis erreichen, wenn ich nicht da bin. Und ich könnte mich auch telefonisch einklinken, wenn es ganz notwendig wäre. Man tut es nicht. Ich tue es nicht.“

I: „Sie tun es nicht, Sie sind also tatsächlich dabei?“

Be: „Ich bin der: KÖNNTE man.“ (lacht)

I: (lacht mit) „Ich bin der könnte man, mhm.“

Be: „Ich könnte zu Hause bleiben, aber ich bleibe nicht zu Hause.“

I: „Wie kommt es? Was ist stärker?“

Be: „Ja, ich fühle mich dann krank, wenn ich zu Hause bleiben würde“ (Dr. Fehling, 219-225).

Wenn also Kranksein mit zu Hause bleiben verknüpft ist und der Arbeitsplatz mit Gesundheit und das verinnerlicht ist, dann stellt dieser Manager über das Feld (den Arbeitsplatz) erst mal den gesunden Normalzustand her. Solange es eben geht.

Schließlich eignet sich der eigene Anspruch an Leistung bzw. Leistungserbringung dazu, Gesundheitshandeln dahinter zu priorisieren. Zwar betont man die Bedeutung der Pflege von eigenen Ressourcen und Gesundheit, dennoch genügt man in erster Linie dem Leistungstreiber. Es kollidiert die theoretische „Pflicht“, etwas für sich und seinen Körper zu tun, mit dem Leistungsanspruch aus dem Beruf, wobei letzterer die Oberhand gewinnt:

I: „Ja, das heißt, es gab öfter schon mal so ein Abwägen...“

Be: „Gehe ich jetzt hin oder gehe ich nicht.“

I: „...kann ich mir das erlauben? Ist da so ein sich- etwas- Erlauben- Können drin?“

Be: „Ja, natürlich. Meistens immer abschlägig beurteilt. Erlaube ich mir nicht. Ich gehe hin. Pflichterfüllung. Leistungserbringung.“

I: „Leistungserbringung, mhm.“

Be: „Das ist so ein mentaler Punkt, erbringe ich die Leistung oder erbringe sie nicht.“ (Werner, 230-235)

Dieses Bezugnehmen auf das Feld fällt bei allen Antworten auf, die dieser Orientierung zugeschlagen werden, und wird in der dritten Dimension (Treiber) zum Thema.

Auch wenn aus den oben zitierten bzw. angeführten Sequenzen einzelner Fallstudien das Ausbleiben von Gesundheitshandeln festgehalten wird: Es fließen nur die Fälle in

die Zuordnung dieser Orientierung ein, bei denen in anderen Sequenzen keine Hinweise auf tatsächliches Gesundheitshandeln gegeben werden. Hypothetisches Gesundheitshandeln im Sinne von ‚man müsste‘ (vgl. Ehrmann) wird also dieser Orientierung zugeschlagen. Vereinzelt eingestandene Schwächen, an der einen oder anderen Stelle nicht für die eigene Gesundheit zu sorgen (vgl. Beck), dagegen nicht.

Auch das Vernachlässigen konsequenter Aktivitäten, die der Betreffende selbst für gesundheitsförderlich hält, ist zwar festzuhalten, fällt aber insgesamt nicht unter ‚Ausbleiben‘ – wie im folgenden Fall, wenn auch die Familie in die eigenen Überlegungen mit einbezogen wird:

„Ja, ich glaube, wenn das andere, wenn der Sport eine höhere Wertigkeit hätte (...) nein, sage ich so herum: Ich hätte ein schlechtes Gefühl, wenn ich mich persönlich bereichere, indem ich einfach eine Stunde habe, während meine Frau vielleicht sich abrackern müsste“ (Dr. Fehling, 284).

Diese Führungskraft spricht vom schlechten „Gefühl“, wenn er sich selbst etwas zugesteht. Er sieht sein Gesundheitshandeln also in einem sozialen Zusammenhang durch das Abwägen der Angemessenheit des eigenen Handelns.<sup>71</sup> Das weist auf einen Außentreiber im Sinne der Dimension III (vgl. S. 123) hin. Da diese Führungskraft jedoch einen starken inneren Treiber zum Gesundheitshandeln hat, der ihn ausmacht, soll dieser Aspekt nicht außen vor bleiben, jedoch auf der Handlungsebene als Muster verstanden werden.

### **8.5.6 Gesundheitshandeln als verbindlicher Teil der Rolle ‚Führungskraft‘**

Wenn es um das Gesundheitshandeln *in der Rolle* geht, ist das sogenannte gesunde Führen zentrales Thema, welches sich der Gesundheit der Mitarbeiter verschreibt – und zwar unter dem Vorzeichen des Vorbilds. Führen mit Vorbildfunktion ist eine klassische Forderung an Führungskräfte. Dazu gehört als ein Bestandteil auch und immer mehr das „gesunde Führen“ (vgl. Einleitung), also eines, das an der Gesundheit der Mitarbeiter orientiert ist. So ist zu verstehen, dass eine erfahrene Führungskraft, und das

---

<sup>71</sup> Es geht hier nicht um die Diskussion des psychologischen Aspekts, dass Gefühle stets aus einem selbst heraus entstehen und damit in dessen Verantwortung sind, anstatt dass diese in ihrem Entstehen einem anderen zugeschrieben werden können. Vielmehr geht es hier um die Beurteilung einer Situation, die der Befragte für sich trifft aufgrund seines Gefühls, welches durch den Vergleich mit der Situation der Ehefrau entstehe.

sind hier alle Befragten, um dieses Erfordernis in der Führung weiß. Mehrheitlich weisen sie darauf hin, dass ihnen bewusst ist, dass ihr eigenes Gesundheitshandeln wahrgenommen wird und dass sie an einer exponierten Stelle im Unternehmen stehen und als Vorbild fungieren. Dieser Punkt wird ausgiebig diskutiert, wobei sich aber das eigene Gesundheitshandeln nicht an der Wirkung auf andere ausrichtet oder an der Forderung, Vorbild zu sein.

Es gibt nur einen Fall, in dem ein Gesprächspartner davon spricht, dass die Ausgestaltung *des eigenen* Gesundheitshandelns etwas mit der Rolle als Führungskraft zu tun hat. Herr Beck ist es, der einräumt, dass er das heimliche Rauchen im Büro aufgegeben hat, weil er sich der Wirkung seines Tuns auf die Mitarbeiter bewusst gemacht hat. Dennoch ist auch diese Aussage im Kontext zu sehen, um die Wirkmechanismen zu erfassen: Offen gibt er dazu, dass ein Gespräch mit dem eigenen Vorgesetzten in Bezug auf die Wirkung seines Tuns als Führungskraft an sich Wirkung gezeigt habe, zumal es sich beim Rauchen um einen klaren Regelverstoß gehalten habe (vgl. Beck, 157). Das heißt, es geht hier also nicht zentral um ein Gesundheitsthema, sondern um eines der Führung.

Durchweg können die Reaktionen so beschrieben werden, dass das Thema Gesundheit persönlich verstanden wird (was auch das Ziel der Studie ist und sich im Leitfaden ausdrückt), es aber im Kontext der Rolle eher der Überschrift Führung zugeordnet wird. Das heißt, hier könnte statt Gesundheit auch ein anderes Thema stehen, dass Führungskräfte in ihrer Führung zu leben haben, wie bspw. die richtige Delegation von Aufgaben, um ein Beispiel anzuführen.

Bei diesem Beispiel soll es an dieser Stelle bleiben, ohne als weitere Orientierung in die weitere Analyse mit einzufließen, da die Vorbildfunktion eine zentrale Forderung an Führungskräfte beim Erfüllen ihrer Aufgabe ist. So können diese Bezugnahmen mindestens ebenso dem Thema Führungskompetenz wie Gesundheitshandeln zugeschlagen werden. Eventuelle Einflüsse von einem vorbildhaften Handeln, das bspw. eine positive Rückwirkung auf das Vorbild Führungskraft hat, könnte an anderer Stelle systematisch erforscht werden. In diesem Rahmen bleibt der Fokus beim selbstbezogenen Gesundheitshandeln der Führungskräfte.

## 8.6 Zwischenfazit

Aufbauend auf den individuellen Konstruktionen von Gesundheit wird auch im konkreten (Gesundheits-)Handeln ein individueller Weg gewählt, was zu einer Vielfalt an Handlungsmustern führt, wie die obigen Fallbeispiele illustrieren. Diese Muster beschreiben nicht, welche konkrete Aktivität umgesetzt wird, sondern führen die individuellen Vorstellungen weiter. Das konkrete Tun wird in einen Zusammenhang gebracht – mit dem, was das Muster erfüllen soll. Das drückt sich bspw. darüber aus, dass die verschiedenen Arten von Gesundheitshandeln mit „als“ (Wartungspflicht usw.) bezeichnet werden können.

Die Muster weisen dabei deutlich über den Rollenbezug im Gesundheitshandeln der Führungskräfte hinaus. In folgendem Fallbeispiel spielt etwas anderes eine Rolle, nämlich das persönliche Umfeld, was hier als richtungweisend gesehen wird bzw. als Orientierung: die eigene Familie, der Vater im Besonderen, und deren Gesundheit:

„Wer rastet, der rostet (lacht) aktiv bleiben. Mein Vater ist auch in Rente gegangen, zum Beispiel. Und der ist jetzt als Berater noch unterwegs in der Welt. Und das ist ein Job, der den auch fit hält. Wohingegen der Nachbar, ist zum Beispiel fast zeitgleich in Rente gegangen. Auch aus einem ähnlich stressigen Umfeld und der hat sich einen dicken Fernseher gekauft in Anführungsstrichen und sich in sein Sofa gegangen. Und da kommen dann die die ganzen Themen plötzlich hoch, wie Bypässe, wie keine Ahnung was. Vielleicht ist das auch nur eine blöde Beobachtung. Aber ich glaube echt, wenn du aktiv bleibst, dann bleibst du auch einigermaßen fit“ (Dr. Albrecht, 227).

Das heißt jedoch nicht, dass der Beruf oder die Rolle unbedeutend für die Gesundheit im Sinne dieser Arbeit ist, nur weil die Befragten ihr Tun nicht immer explizit damit in Beziehung setzen. Bis zu diesem Schritt der Analyse sollen die unterschiedlichen Möglichkeiten festgehalten werden, das eigene Gesundheitshandeln einzuordnen. Den spezifischen Zusammenhängen zwischen Gesundheitshandeln und Führungsrolle wird im Zuge der Interpretation bei den Ergebnissen der Datenanalyse nachgegangen.

## 8.7 Dimension III – Handlungstreiber

Nachdem aufgezeigt wurde, was die Zielgruppe unter Gesundheit für sich versteht und den Handlungsmustern nachgegangen wurde, geht es im Folgenden einen Schritt weiter,

um das Gesundheitshandeln in seinen Facetten zu erschließen. In diesem Kapitel werden die Handlungstreiber herausgearbeitet und systematisiert, die in allen Interviews zu erkennen waren und auch im Kapitel zuvor schon anklangen – und im Weiteren mit „innen“ und „außen“ überschrieben werden.

### *Abgrenzung – Dimensionen 2 und 3*

Im vorangegangenen Abschnitt wurde bereits beschrieben, dass es sich bei dem, was dort als Muster präsentiert wurde, nicht um konkrete Aktivitäten handelte, sondern um das, was diese Handlungsmuster *funktional* gewährleisten sollen, wie bspw. beim Gesundheitshandeln als Wartungspflicht für den Körper.

In diesem Abschnitt wird ebenfalls hinter das konkrete Handeln geschaut, um Mustern nachzuspüren. Wurden in den ersten beiden Dimensionen eine Vielzahl an unterschiedlichsten Informationen aus den Interviews gewonnen, die kategorisiert wurden, so findet hier bereits eine Akzentuierung statt. Das heißt, im Zuge der Datenauswertung konnten neben den eine Basis schaffenden Dimensionen I (Gesundheitsvorstellungen) und II (Muster) zwei weitere entwickelt werden<sup>72</sup>, die eine andere Stoßrichtung haben: Sie leuchten einzelne Bereiche der Daten weiter aus, um die Konstruktionen von Gesundheit und das Gesundheitshandeln in seinen Mustern weitergehend zu erschließen. Die Erkenntnisse aller Dimensionen bleiben aber nicht unsortiert nebeneinander stehen, sondern werden im Verlauf der Arbeit im Zuge der Typenbildung zusammengeführt.

#### **8.7.1 Die Wirkrichtungen der Handlungstreiber**

In den ersten Bearbeitungsdurchgängen waren es bestimmte Schlagworte oder Themen, die gehäuft auftraten und nahelegten, diesen im Sinne von Fokussierungsmetaphern, wie es Bohnsack zu dokumentarische Methode vorschlägt, nachzugehen:

- Wohlfühlen<sup>73</sup>
- Spaß, Freude oder Befriedigung bei dem haben, was man tut
- Etwas schaffen/ bewegen

---

<sup>72</sup> Neben der hier ausgeführten Dimension (Handlungstreiber) ist dies auch Dimension IV mit dem Fokus der Verantwortung, auf den im Anschluss an diesen Abschnitt eingegangen wird.

<sup>73</sup> Dieses Wohlfühlen beleuchtet etwas anderes als das im Kapitel zu den Konstruktionen dargestellte. Ging es dort entsprechend der Überschrift um ein ‚Was ist...‘, so wurde hier versucht Antworten auf das ‚Wie‘ zu finden. Es wird auf jenes ‚Wie‘ eingegangen, das zu erklären vermag, was den Einzelnen ins Handeln bringt.

Bei der tieferen Auswertung dieser Aspekte ergab sich ein einheitliches Bild, das in diesem Abschnitt dargestellt wird. Diese drei Treiber sind innengeleitet, tragen ein persönliches Bedürfnis nach außen, das handlungsleitend wird. Das ist die Klammer, die man um diese drei Aspekte setzen kann. Nicht alle dieser Begriffe sind in jedem Interview wiederzufinden, aber sie ergeben – wie hier noch zu sehen sein wird – mit einer kontrastierenden Wirkrichtung über das noch zu definierende ‚Außen‘ eine klare Orientierung, die sich als ‚Innen‘ bezeichnen lässt.

Herrn Dr. Albrecht ‚gelingt es‘, in seiner Aussage diese Treiber-Aspekte aufeinander bezogen darzustellen und als eigenes Anliegen zu formulieren, ohne dies im Sinne der Forschungsfrage so beabsichtigen zu können:

„Wie soll man sagen, Job ist für mich in DEM Fall nicht Job, sondern Beschäftigung in Anführungsstrichen. Ich KANN auch gesund sein ohne Job in Anführungsstrichen (...) Also, sozusagen, ich muss mich wohlfühlen mit meiner Beschäftigung, die ich tue oder mit meinem Schrebergarten oder was auch immer, um die Dimension mal (-) es muss nicht (-) ich definiere mich nicht über ARBEIT, ich definiere mich darüber, dass ich das, was ich tue, dass mir das gefällt. Ob das jetzt ein Job ist, für den ich Geld bekomme oder ob das irgendwas ist, was ich gerade, ich sag mal drei Wochen Ski fahre mache oder was auch immer. Es ist für mich sozusagen das Tätigkeitsumfeld“ (Dr. Albrecht, 105).

Das Bedürfnis, sich in den Situationen, in die sich die Befragten begeben, *wohlzufühlen*, findet sich auffallend oft – und zwar in 9 von 12 Fällen entweder explizit oder entsprechend umschrieben. Dieser Zustand wird dabei individuell verschieden definiert. Wichtig ist jedoch, dass die Befragten einen von ihnen als angenehm bewerteten Gefühlszustand als erstrebenswert und positiv im Sinne der Gesundheit betrachten. Dabei möchten sie tatsächlich in die Richtung handeln, um dies zu verwirklichen – oder beabsichtigen es jedenfalls. Benennen und Belegen tatsächlich umgesetzten Gesundheitshandelns war nicht Gegenstand der Interviews.

*Spaß oder auch Freude bzw. Befriedigung* bei dem haben zu wollen, was man tut - ist ein weiteres Anliegen. Dies ist insofern vom Anliegen des Wohlfühlens abzugrenzen, da sich im Wohlfühlen das unspezifische Fühlen ausdrückt. Es wird Spaß, Freude oder Befriedigung konkret *aus etwas* gezogen wird, das benannt werden kann.

Das Zitat weist darauf hin, dass sich das auf Aktivitäten bezieht, die nicht zwingend mit dem Beruf zusammenhängen müssen. Auch wenn das nicht in allen Fällen so explizit formuliert wird, so lassen die Erzählungen darauf schließen, dass sich dieser Anspruch beim allgemeineren Formulieren zumindest *auch* auf den Beruf bezieht.<sup>74</sup>

Das Zitat kann ebenfalls dazu herangezogen werden, um auf den nächsten Punkt einzugehen: *den ‚Schaffensstreiber‘*. Herr Dr. Albrecht aus diesem Beispiel beschreibt dies sehr anschaulich: Er definiert sich über eine produktive Aktivität. Das Befriedigen seines Anspruchs wird über das Schaffen erreicht sowie durch das damit einhergehende Wohlbefinden und die damit erlebte Freude, hier „gefallen“ genannt.

Darüber hinaus gibt Herr Dr. Albrecht einen weiteren instruktiven Hinweis auf das, was seine Aktivität gewährleistet: Er spricht von „in Anführungsstrichen“. Das heißt, er bedient sich eines Begriffs, der zwar eine allgemein bekannte Bedeutung hat, möchte diesen aber für sich selbst anders gefüllt oder definiert wissen. Dies verdeutlicht er durch die Anführungszeichen. Die Äußerungen sind dabei gleichwohl Hinweise darauf, um was es ihm geht und was ihn treibt: situatives Wohlfühlen, Spaß haben, etwas persönlich Erstrebenswertes zu erreichen. Das sind die Dinge, die in den Vordergrund gerückt und die als handlungsleitend unabhängig vom Feld dargestellt werden.

### **8.7.2 Vom Einzelfall zum Muster**

Wie im Kapitel zuvor zu erkennen ist, ist Gesundheitshandeln ein vielseitiges Tun, das an die unterschiedlichsten persönlichen Themen und Anliegen anschließt, vom Bestreben, lange aktiv leben zu können bis hin zur Förderung der Kreativität. Die hier aufgezählten drei Aspekte wurden aber von den Interviewten wiederkehrend als bedeutsam genannt, weswegen sie eigens überprüft wurden und auf dieser Grundlage zu einer Dimension wurden. Denn es stellte sich heraus, dass sie sich in eine beachtenswerte, weil eindeutige Struktur fügen ließen, die weiter unten graphisch dargestellt wird (vgl. Abbildung 4: Modell der Außen- versus Innenorientierung beim Gesundheitshandeln über alle Fälle (eigene Darstellung), S. 121).

Ausgangspunkt dafür waren die oben genannten drei Bereiche des Handlungstreibers, bei denen immer ein innerer Beweggrund für Gesundheitshandeln ausschlaggebend war.

---

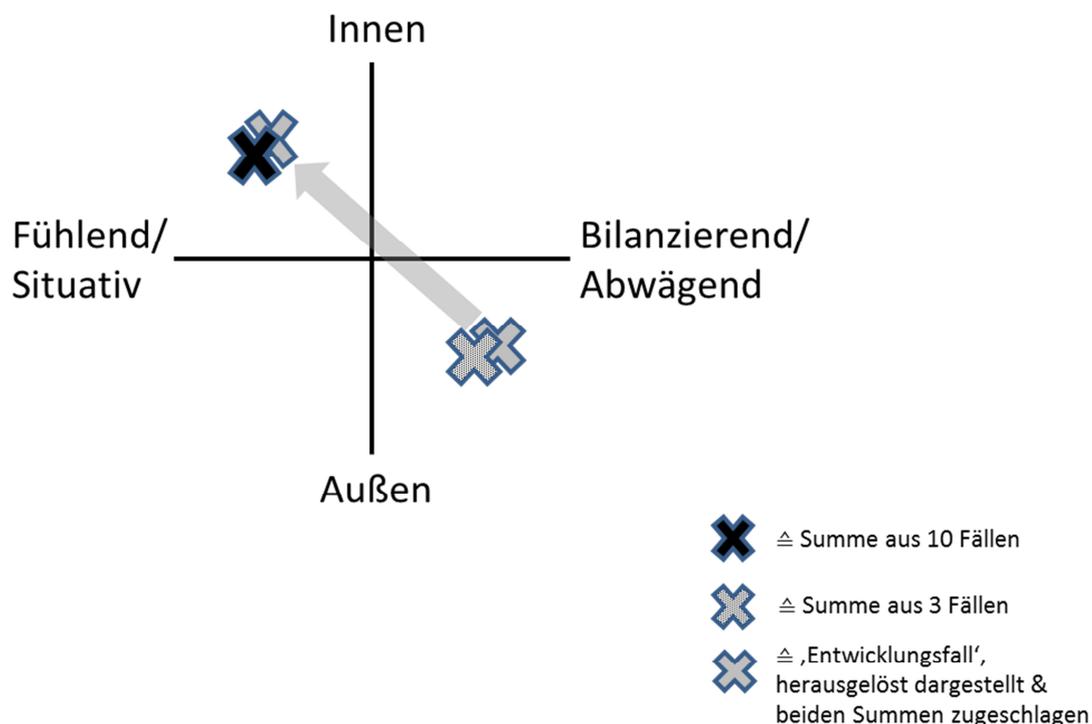
<sup>74</sup> Vgl. bspw. Dr. Schwarzer 181: „Ich bin froh, dass alles so funktioniert und dass der Körper bei dem mitspielt, was mir hier eben beruflich Spaß macht und was mir auch privat Spaß macht“ oder Dr. Fehling, für den Gesundheit u.a. heißt: „Spaß an dem haben, was ich tue“ (91).

Dass hier etwas Typisches identifiziert werden konnte, zeigte sich mithilfe der dokumentarischen Methode: Eine Kontrastierung dieser innengeleiteten Orientierung wird erkennbar und erweist sich als *bilanzierendes* Denken und Handeln. Dieses Abwägen ist nach außen gerichtet. Es bezieht sich entweder auf Investitionen in die Arbeitsbeziehung oder/und auf solche innerhalb des privaten Umfelds bzw. den Ausgleich zwischen beiden Sphären.

Die Innenorientierung kennzeichnet ein situatives Element (spüren, fühlen) und die Außenorientierung ein bilanzierendes, bedingendes Moment (wenn – dann).

Hinzu kommt ein noch detailliert zu beschreibender Fall, der beiden Orientierungen zuzuordnen ist. Die Deutlichkeit, mit der vor dem Hintergrund einer chronologischen Perspektive einerseits die Innen- und andererseits auch die Außenorientierung zu erkennen ist, betont die beiden Orientierungen.

Abbildung 4: Modell der Außen- versus Innenorientierung beim Gesundheitshandeln über alle Fälle (eigene Darstellung)



Die Orientierungen dieser Dimension erhalten auf zwei Wege ihre besondere Bedeutung. Erstens ist der dichotomische Charakter aufschlussreich, da sehr deutlich wird,

welches die vorherrschende Orientierung ist. Zweitens unterstreicht der als ‚Entwicklungsfall‘ benannte die Bedeutung der Dimension, weil dieser einen gezielten Blick auf Orientierungen und ihre Zusammenhänge zwischen den Dimensionen nahelegt: Was bedeutet also der Innen- oder Außentreiber in Verbindung mit einzelnen Orientierungen anderer Dimensionen. Welche Zusammenhänge sind hier zu erkennen, die dann zu Typiken führen?

### **8.7.3 Innenorientierung**

Konstituierend ist hier ein klar situativ angelegter Wohlfühltreiber. In all diesen Fällen geht es darum, ein Wohlfühlen zum Maßstab zu machen, das im Hier und Jetzt angelegt ist. Wohlfühlen bedeutet demnach das Wohlfühlen mit dem, was der Betreffende im Moment tut. Oder hier:

I: „Sie sagten gerade: Ja, gut ich bin ein bisschen erkältet und hab es ein bisschen an der Schulter, aber Sie sagen, das ist für mich noch Wohlbefinden. Gibt es so eine Skala...?“

Be: „Ich komme gerne zur Arbeit und habe eigentlich ganz gute Laune und fühle mich in der Lage, meinen Job zu machen“ (Beck, 95-96).

Dieser Systematik dieser inneren und situativen Prüfung folgen auch die beiden anderen Treiber, die sich aus der Freude an etwas oder am Schaffen von etwas speisen. Auch wenn sich die Befriedigung dieses Treibers über Situationen im Außen und in einem Feld herstellt, so ist der Maßstab doch erneut im Inneren zu verorten. Dies wird daran deutlich, wenn es im Weiteren um die kontrastierenden Fälle geht. Aber auf dieses Abwägen geht folgendes Beispiel ein:

Be: „Ich denke, für mich persönlich ist die große Steuerungseinheit das Unterbewusstsein (...) Was treibt mich denn, abends hier um acht Uhr noch zu sitzen? Wenn es mir Spaß macht, ist es ok. Wenn es mir keinen Spaß macht, dann muss ich es ändern.“

I: „Was hat dieser Spaß, wenn Sie abends um acht da sitzen und abwägen, habe ich jetzt noch Spaß oder nicht, hat es eine Gesundheitsrelevanz oder...?“

Be: „JA“ (Völkers, 280-282)

Herr Völkers formuliert diese innere Prüfung sehr direkt, und obwohl er vom Unterbewussten spricht, sind seine Ausführungen im Sinne der Bourdieuschen Terminologie bewusst und nicht mehr als vorbewusst zu bezeichnen.

#### 8.7.4 Außenorientierung

Dennoch ließen sich nicht alle Fälle hier einordnen. Einige traten kontrastierend hervor, was im Sinne der Typenbildung die entscheidenden Hinweise auf die Bildung dieser Dimension gab: In diesen Fällen fehlt die konsequente Innensicht, das innere Maßnahmen in Bezug auf Wohlfühlen, Spaß oder Befriedigung empfinden und Sinn erleben. Zusammenfassend beziehen diese Fälle in ihren (gesundheitsbezogenen) Handlungstreibern das Feld oder andere Akteure mit ein. Dies geschieht nicht unbedingt direkt und durch ein Zuschreiben von Verantwortung für das, was sie tun. Aber es ist eine Orientierung zu erkennen, die eine Art Bilanzierung darstellt, ein Abwägen des eigenen Einsatzes und dessen, was dafür erzielt wird. Das zeigt sich in den Ausführungen der Manager auf unterschiedliche Art und Weise. Es kann explizit als ein Aufrechnen beschrieben werden:

„Ja. Leistung gegen Leistung. Und vieles, was man gemacht hat in der Vergangenheit und heute noch ist eigentlich eine Vorleistung für die Zukunft. So und, wenn ihnen dann nach (-) für die Zukunft die Perspektiven zusammengestrichen werden, wieso sollen Sie dann noch eine Vorleistung bringen?“ (Werle, 103)

An anderer Stelle betont die Führungskraft das vorweggenommene innere Verhandeln und den Umstand, dass auf der Basis des eigenen Leistungseinsatzes ein Ausgleich angemessen wäre. Dieser müsste aber von außen in Gestalt eines Erlaubers kommen, um wirklich zum Handeln zu führen:

I: „Ja, das heißt, es gab öfter schon mal so ein Abwägen...“

Be: „Gehe ich jetzt hin oder gehe ich nicht?“

I: „...kann ich mir das erlauben. Ist da so ein sich etwas Erlauben-Können drin?“

Be: „Ja, natürlich. Meistens immer abschlägig beurteilt. Erlaube ich mir nicht. Ich gehe hin. Pflichterfüllung. Leistungserbringung.“

I: „Leistungserbringung, mhm.“

Be: „Das ist so ein mentaler Punkt, erbringe ich die Leistung oder erbringe ich sie nicht. Gehe ich an meine Grenzen, auch an meine körperlichen Grenzen, oder nicht? Wichtig ist eigentlich dann in einer Kultur eines Unternehmens oder in einer Kultur des (-) ja in einer Kultur des Unternehmens eigentlich, ist schon richtig beschrieben, dass dann der Vorgesetzte das eigentlich erkennen sollte. Und dann sagt: Herr (Name) wenn das so ist, halten Sie mal den Ball flach, Sie haben doch hier eigentlich gar nichts zu suchen. So ungefähr. Das wäre dann das Umgekehrte dazu.“

I: „Würde Ihnen das helfen? So als Erlauber?“

Be: „Also, ich sage mal, ja natürlich würde das helfen“ (Werner, 230-237).

Dieser personifizierte Erlauber sollte also im Idealfall von sich aus eine Bedürftigkeit erkennen und proaktiv seiner Fürsorgepflicht nachkommen, statt zu warten bis der Betreffende das einfordert.

### **8.7.5 Fall mit Transformation des Treibers: von außen nach innen**

Ganz besonders auffällig ist schließlich beim Kontrastieren der Fälle einer, der in besonderer Weise beiden Treiber-Typen zuzuordnen ist: Es gibt in diesem Fall um ein Vorher-Nachher-Szenario. Der genannte Fall ist der einzige, in dem das Erleben eines wirklich bedrohlichen gesundheitlichen Ereignisses eine signifikante Veränderung beim Interviewten bewirkt hat. Zu Beginn seiner Erzählungen über die eigene berufliche Entwicklung zur Führungskraft ist noch eine klare Außenorientierung zu erkennen, indem er nach den Erfordernissen und Gepflogenheiten des Feldes agiert bzw. gar im vorausweisenden Gehorsam diese befolgt:

Be: „Also die BESTÄTIGUNG, (...) ich sagte, ich habe kaum was richtig gemacht. Man hat mich auch hinterher da rausgeschmissen, weil ich führungstechnisch MIST gebaut hab (...) Das hat mich stark, sehr stark beeinflusst. Nicht davor, dass ich dann keine Verantwortung mehr zum PERSONAL hin übernehmen wollte, sondern dass ich wesentlich mehr überlege, was ich tue.“

I: „Können Sie heute sagen, was der Auslöser war zu sagen, also (-)“

Be: „(Unterbricht) Ich hatte ANGST, was falsch zu machen (...) Dass ich da den Erwartungen nicht entspreche“ (Althaus, 24-28).

Aber ein unvermitteltes gesundheitliches Ereignis führte („Ich bin damals auf der Bahre wach geworden“, Althaus, 108) dazu, sehr plötzlich die eigene Lebensführung infrage zu stellen und zu überprüfen. Mit dieser Zäsur veränderten sich die Handlungsweisen, sie wurden vom Außen unabhängiger und mussten nunmehr inneren Prüfungen standhalten:

„Das (Gesundheit, V.H.) ist für mich GEFÜHL. Wenn's mir so, ich sag mal, gut geht. Hört sich blöd an. Ich hab keine Einschränkungen (...) Solange es mir mit dem Kopf gut geht und ich keine Schmerzen habe, ich mich bewegen kann, und das kann ich, fühl ich mich gesund“ (Althaus, 184).

„Hat nichts mit finanziellen Sachen zu tun. Ich bin, puh, natürlich freue ich mich, wenn ich jetzt, was weiß ich, im Jahr 20.000€ Prämie mehr hab oder so. Da freut man sich auch. Aber das ist nicht die Triebfeder, die LETZTE Triebfeder. Mir macht's mehr Spaß, vielleicht bin ich auch schon zu alt dafür. Nein, ich bin auch so, meine Frau ist (-) arbeitet auch, die ist Lehrerin und wir haben ein Haus da. Das Haus ist bezahlt. Ich würd am liebsten hierbleiben und fertig. Es ist nicht mehr die Triebfeder, dass ich jetzt großartig Karriere machen möchte. Aber ich möchte mit dem, was ich hier TREIBE, so'ne beFRIEDIGUNG finden, dass das, was ich mache, richtig ist und auch das Unternehmen weiterbringt. Das Unternehmen hier vor Ort“ (Althaus, 56).

So unterstreicht das Sowohl-als-auch dieses Falls den Wert der Erkenntnisse dieser Dimension, um sie im Rahmen der Typenbildung zentral miteinzubeziehen. Eine Besonderheit der dokumentarischen Methode liegt im fallübergreifenden Vergleich identifizierbarer Orientierungen. Gibt es wie hier einen Fall, der eine nachvollziehbare Entwicklung zwischen Orientierungen dokumentiert, so bieten sich hier besondere interpretatorische Chancen, die im Weiteren im Rahmen der Typenbildung genutzt werden.

## 8.8 Dimension IV – Verantwortung

In den Transkriptionen tauchten zwei weitere Begriffe immer wieder auf: Verantwortung bzw. Eigenverantwortung. Dazu sei an den Kontext der Untersuchung erinnert: Da die Führungskräfte auch auf ihre Rolle angesprochen wurden und es dabei wichtig erschien, wie mögliche Facetten dieser interpretiert und gelebt werden, kamen die The-

men Verantwortung, Verantwortungszuschreibung und -übernahme an unterschiedlichen Punkten der Interviews zur Sprache.

### **8.8.1 Die Adressaten der Zuschreibung von Verantwortung**

Die Frage bleibt, ob der Einzelne sich selbst die Verantwortung für sein Gesundheits Handeln zuschreibt oder andere Adressaten oder Ziele dafür findet. ‚Ziele‘ stehen dabei für das Übertragen von Verantwortung auf (äußere) Zustände oder Umstände.

Das Thema Verantwortung an sich wurde zunächst nicht im Leitfaden als Frage gestellt. Im Laufe der Interviews verdichteten sich durch die von den Befragten eingebrachten Erzählungen aber die Hinweise darauf, dass es sinnvoll ist, das Thema gezielter zu erfassen. So ist zu erklären, dass in einigen Gesprächen explizit von der (Eigen-)Verantwortung gesprochen wurde, wohingegen in anderen Interviews nur über die Inhalte eine Einstellung zu diesem Thema sichtbar wurde.

Die Hinweise auf eine habituelle Relevanz fanden sich entweder beim Zuschreiben der Verantwortung für die eigene Gesundheit oder aber im eigenen Gesundheitshandeln. Es kam allerdings auch vor, dass sie anderen Einflüssen zugeschrieben wurde, die außerhalb der eigenen Person lagen. Zudem gab es auch eine vermittelnde Position, die Verantwortung nicht ausschließlich zuschreibt. Dies muss weiter differenziert werden, denn das bedeutete einerseits, dass Verantwortung für die eigene Gesundheit zunächst bei sich selbst gesehen wurde, aber auch unterstützende Verantwortung mit entsprechenden Maßnahmen des Unternehmens willkommen geheißen und wertgeschätzt wurden. Andererseits meinte es eine Verteilung der Verantwortung zwischen sich selbst und dem Unternehmen.

Es war die Häufigkeit, mit der Befragte zum Ausdruck brachten, dass sie sich mit ihrem Handeln selbst in der Verantwortung sehen, was hier eine habituelle Dimension andeutete. Offenkundig wurde dies wiederholt in den Antworten zur Frage, ob die Rolle der Führungskraft (im Vergleich zu der Zeit davor) etwas mit dem Gesundheitshandeln zu tun habe. Ebenfalls entsprechende Antworten ergaben Fragen dazu, ob Gesundheitshandeln bei Führungskräften oder Mitarbeitern in irgendeiner Form anders zu betrachten sei (Möglichkeiten, Bewertung, Erwartungen o.Ä.).

Im Interview wurde über entsprechende Fragen immer wieder der Vergleich mit dem Mitarbeiter, also dem Nicht-Führenden hergestellt, um so Ähnlichkeiten oder Unter-

schiede herausarbeiten zu können. Die kritische Frage, ob Gesundheitshandeln für Führungskräfte eine andere Bedeutung habe oder es dem einen leichter als dem anderen falle, führte zu deutlichen Abgrenzungen und erkenntnisreichen Positionierungen. So oft sich die Rolle der Führungskraft scheinbar für andere Handlungsweisen als irrelevant herausstellte, so deutlich zeichnete sie sich durch die provozierte Differenzierung dieser Frage ab. Die unpersönlich gestellte Frage: „Wie wichtig ist es für eine Führungskraft gesund zu sein?“ bot die Gelegenheit, sich mit entsprechenden Einstellungen zu äußern.

Es wurden zwei Orientierungen herausgearbeitet, die im Folgenden dargestellt werden:

- das Zuschreiben und Übernehmen der vollen Eigenverantwortung für Gesundheitshandeln
- das Auslagern der Verantwortung

Schließlich werden zwei Fälle davon genauer betrachtet, weil es hier um eine Ausweitung der Verantwortung auf die Mitarbeiter geht und es gleichzeitig eine bereits dargestellte Haltung aus einer weiteren Perspektive unterstreicht: Die Manager nehmen Stellung dazu, wie sie Verantwortung für ihre Mitarbeiter aus ihrer Führungsrolle heraus bewerten und wahrnehmen. Das ergibt keine zusätzliche Orientierung, sondern soll die verantwortliche Haltung der jeweiligen Führungskräfte in ihrer Besonderheit detaillierter zeichnen

### **8.8.2 Volle Eigenverantwortung beim Einzelnen**

Einmal mehr wurde im Zuge der Analyse deutlich, dass auch ein im Unternehmenskontext geführtes Gespräch nicht unbedingt dazu führt, sich in der hier angelegten Rollenperspektive zu bewegen, geschweige denn, sich auf diese zu fokussieren. Im Gegenteil wurde in den Gesprächen stets der Blick über Rolle und Feld hinaus gesucht. Was das im Einzelnen heißt, wird im Folgenden ausgeführt.

Herr Dr. Albrecht beschreibt eine feld- und rollenübergreifende Haltung zum Gesundheitshandeln. So spricht er von sich und seiner Einstellung, wobei er zur Erklärung ein Beispiel eines langzeitkranken Mitarbeiters heranzieht, um darin beide Felder – das berufliche wie private – zu konkretisieren. Er führt aus, dass jeder selbst verantwortlich ist, für sich zu prüfen, ob er sich mit allem wohlfühlt bzw. womit nicht, um etwas zu

verändern. Denn in seinen Augen gibt es ein „Summenintegral“, das schließlich zur Krankheit führt und welches nur der Einzelne verfolgen und abschätzen kann (112-115).

„Jeder ist seines Glückes Schmied“ – mit dieser Volksweisheit positioniert sich Herr Borgmann auf die Frage, wo er die Verantwortung für die eigene Gesundheit sieht. Dabei bezieht er sich rollenübergreifend auf Führungskräfte wie Nicht-Führende:

„Jeder muss für sich dann auch die Entscheidung treffen, ob man halt gesund leben will oder auch nicht. Und ich denke, das kann eine Führungskraft genauso gut wie ein Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung. Insofern sollten die Möglichkeiten für beide da sein. Also, immer aus der Sicht gesprochen, dass ebend da wirklich jeder für sich selbst verantwortlich sein sollte“ (Borgmann, 158).

Glaubwürdig auch in Bezug auf das konkrete eigene Gesundheitshandeln wird diese Aussage auch dadurch, dass er einräumt, in einem anderen Unternehmen vermutlich zu anderen Handlungsweisen zu kommen. Dabei ist jedoch entscheidend, dass er deshalb auch sein altes Unternehmen verlassen hat, weil er als der Typ Mensch, der er gemäß Selbsteinschätzung ist, dort nicht hätte führen können. Er hat also aus der sprichwörtlichen Bemerkung selbst schon konkretes Handeln abgeleitet. Er schreibt dem Kontext Einflussbestrebungen zu, entscheidet aber, wie er damit umgehen will und übernimmt so die Verantwortung.

Eine weitere Facette der Orientierung ‚Eigenverantwortung‘ ist der ausgedrückte Wunsch, das Unternehmen möge – bei aller Eigenverantwortung – doch einen Rahmen schaffen, in dem eigenverantwortliches Gesundheitshandeln auch möglich sei. Herr Althaus nennt dazu die richtige Einschätzung der Zumutbarkeit von Anforderungen (wie z.B. die Taktung oder Reihung von Dienstreisen oder gleichzeitig angesetzte Termine) oder im kommunikativen Miteinander das Zeigen von Verständnis für ressourcenerhaltende oder gesundheitsförderliche – eigenverantwortlich unternommene – Aktivitäten durch Vorgesetzte. Die eigenverantwortliche Haltung kommt bei ihm darin zum Ausdruck, dass er sehr offen von einem massiven Gesundheitsproblem erzählt (wiederholtes Auftreten eines neurologischen Ausfalls in Folge von Überlastung), aber konsequent das eigenen Tun und Lassen beleuchtet, um die Verantwortung bei sich zu suchen (versäumte Medikamenten-Einnahme, nicht Nein-Sagen-Können), ohne die Über-Beanspruchung (oder deren Verursacher) verantwortlich zu machen und das Unternehmen in die Pflicht zu nehmen. Zwar beschreibt er die Vielfalt der Anforderungen,

aber die Versäumnisse im Gesundheitshandeln liegen nach seinen Schilderungen in der Konsequenz allein bei ihm.

Auch ohne im Interview explizit darüber zu sprechen, ob sich ein anderer Manager für sein Gesundheitshandeln selbst verantwortlich sieht, können Interview-Sequenzen dementsprechend eingeordnet werden. Herr Dr. Fehling stellt sich durchgängig selbst in den Mittelpunkt seiner gesundheitlichen Betrachtungen und der Verantwortung dafür. Auch eine zeitweilig auftretende berufliche Überlastung betrachtet er als selbstgewählt oder, so könnte man es verstehen, durch die Übernahme der Führungsrolle geradezu als selbstgewähltes Schicksal:

„Ich hatte das Glück, dass ich mir IMMER meine Arbeit suchen und mir keiner, eigentlich ganz ganz selten vorgeschrieben hat, was ich eigentlich leisten MUSS. Mich haben aber immer die neuen Dinge wieder so gereizt, dass ich auch diese angefangen habe. Und natürlich ist das dann ein Wellenprinzip, dass dann irgendwann die zeitgleich kommen und irgendwelche enden dann. Und da ist man dann eben unter Druck, dass man dann auch mal einen Abend oder eine Nacht durcharbeiten muss, ja?“ (Dr. Fehling, 213).

Er sucht keine Umstände, denen Verantwortung zuzuschreiben wäre. Eindrucksvoll vermittelt er seine Rolle als unabhängiger und eigenverantwortlicher Gestalter, sowohl seiner beruflichen Entwicklung sowie seiner privaten Situation, die er im Verlauf des Interviews von sich aus anspricht und in seine Überlegungen miteinbezieht:

„Das Abwägen ist immer da und bei der Gesundheit ist das nichts anderes. Dass ich sage: Oh, du bist ganz schön erkältet, hast ja leicht Fieber, könntest ja heute zu Hause bleiben.“

I: „KÖNNTE zu Hause bleiben? Ist das auf der Ebene von ich KÖNNTE oder hat das auch was von: Kann ich es mir ERLAUBEN? Wo würden Sie es einordnen?“

Be: „Nö, ich würde sagen: KÖNNTE. Erlauben kann ich es mir immer“ (Dr. Fehling, 217-219).

Konsequentes Leben von Eigenverantwortung, ohne sie in Frage zu stellen oder delegieren zu wollen, wird auch in einem weiteren Fall thematisiert. Herr Dr. Schwarzer sieht

sich explizit eigenverantwortlich für seine Gesundheit und pflegt dabei einen sehr funktional anmutenden Umgang mit sich.

I: „Was kommt Ihnen dabei in den Sinn: Führung, Gesundheit?“

Be: „Also, ich sage mal, ich sehe mich schon EIGENverantwortlich für meine eigene Gesundheit. Ich selber habe (...) immer das Gefühl gehabt, wenn die Arbeit mir Spaß macht, darf es auch ein Stück mehr sein. Ich habe die POSITIVE Eigenschaft, dann, wenn ich beschlossen habe, es ist Feierabend, dann schalte ich auch ab. Ich habe auch Zeiten erlebt, wo ich, ich sage mal, mir Arbeit mit nach Hause genommen habe, um dann wirklich noch mal abends eine zweite Schicht einzulegen. Kommt PHASENweise vor. Aber sollte nicht die Regel sein. Und es kommt SEHR sehr selten vor, dass ich/ wenn ich tagsüber redlich gearbeitet habe, dass ich dann abends nicht auch tief schlafen kann“ (Dr. Schwarzer, 76-77).

Bemerkenswert ist, dass sein ausführliches Statement zur Eigenverantwortung durch die erste Frage evoziert wird, die eigentlich nur aus thematischen Stichworten besteht. Betrachtet man diesen Auftakt zur Führung und der eigenen Führungsrolle zum Interviewhauptteil, dann ist dieser bereits sehr aussagekräftig. Denn auch im Weiteren bestätigen seine Erzählungen, dass er sein Leben konsequent entlang den eigenen Wertmaßstäben gestaltet. Er hat im Laufe der Jahre ein eigenes Referenzsystem entwickelt, bezieht sich in seinem Handeln darauf - und übernimmt dafür die volle Verantwortung: „Also, ich denke, ich bin für mich selber sensibel und weiß, wenn ich gesundheitlich aus dem Ruder laufe, dass ich dann da auch entsprechend was tun muss dran“ (Dr. Schwarzer, 83).

Die nun wiederholt beschriebene Art und Weise, mit der die Verantwortung für die Gestaltung der eigenen Gesundheit von den Führungskräften selbst übernommen wird, verdichtet sich zu einem Muster. Auch in einem anderen Interviewfall steht die Eigenverantwortung im Zusammenhang damit, dass die Führungskraft sich als Zentrum der Betrachtungen sieht und dabei ihr Leben, ihre Karriere darum gestaltet. Abgeleitet wird dies aus den Erzählungen, in denen keine äußeren Einflüsse erkennbar werden und in denen insgesamt andere relevante Systeme außerhalb der eigenen Person keine besondere Bedeutung erhalten. Herr Werner zeigt die - auch im übertragenen Sinne - gesunde Haltung, dass nur er sein Handeln ändern kann, er aber keinen Einfluss auf andere hat, wenn er etwas (anders) möchte. So betrachtet er das Thema Multitasking als gegebene

Herausforderung der modernen Arbeitswelt und stellt dies nicht infrage. Stattdessen fordert er beispielsweise von Seminaranbietern, Methoden zu entwickeln, wie der Einzelne für sich damit möglichst so umgehen kann, dass die Gesundheit nicht darunter leidet. So kann er sich selbst mit der Herausforderung auseinandersetzen, die er annimmt, ohne sich zu beklagen (vgl. Dr. Schwarzer, 113-116). Klaglos – ohne Verantwortung außerhalb der eigenen Person verorten zu wollen und erneut mit Blick auf die eigene Person – fragt er sich auch bei zentralen Gesundheitsthemen, was ihm bspw. ein Schnupfen sagen will, warum er sich diesen nun zugezogen habe (vgl. ebd., 98).

Herr Völkers belegt seine Haltung mit einem Beispiel, das in diesen Zeiten als Klassiker des dauerbeanspruchten Managers erhalten kann: die durchgängige Verfügbarkeit des Managers – auch im Urlaub. Damit zeigt er, dass er das Thema zum einen als gesundheitsrelevant einstuft und zum anderen für sich eine Position gefunden hat, die ihm gesund erscheint:

„Ich hab den Blackberry mit. Ich bin entspannter, wenn ich jeden Tag mal rein-  
gucke und sehe, wo es brennt. Dann kann man es brennen lassen oder man kann  
einschreiten oder man kann einschreiten, als dass ich nach drei Wochen wieder-  
komme und sehe, das ganze Haus brennt. Und es wäre schon zu spät. Insofern  
BELASTET mich der Blackberry NICHT. Für viele ist das ja ein großes Thema,  
auch in den Medien, muss man immer erreichbar sein? Ich entscheide selbst, ob  
ich drangehe oder nicht. Und wann ich Emails beantworte oder nicht. In meiner  
Freizeit. Das entscheide ich selbst. Aber lesen möchte ich sie“ (Völkers, 170).

„Das entscheide ich selbst“ – diese nachdrückliche Formulierung entspricht dem Tenor unter den Befragten, dennoch wurden auch andere Reaktionen und Einstellungen sichtbar.

### **8.8.3 Ausgelagerte Verantwortung**

In einem Fall kommt die Frage danach, wo der Befragte die Verantwortung für gesundheitsorientiertes Handeln verortet, nicht auf. Es ist das erste Interview der Reihe, bei dem sich dieser Aspekt noch nicht als so aufschlussreich hervortut, wie bereits oben beschrieben. Allerdings spielen im Verlauf dessen doch durchgängig verantwortungsrelevante Aspekte eine Rolle. Herr Werle hat in jüngerer Vergangenheit erlebt, wie seine Gesundheit durch fehlendes Sorgen aus beruflich bedingtem Zeitmangel beeinträchtigt wurde. Darüber hinaus erlebte er, dass seiner Gesundheit im Unternehmen weder Priori-

tät eingeräumt wurde noch dass seine Gesunderhaltung dort aktive Unterstützung fand. Dieses Erleben hat etwas bei ihm etwas angestoßen und führte zu einer Auseinandersetzung innerhalb des Feldes und der Rolle. Mit zunehmend empfundener Nichtachtung seiner gesundheitlichen Situation im Unternehmen steigerte sich noch seine Erwartungshaltung. Sein bewusstes Streben danach für sich zu sorgen und dabei wenigstens etwas Unterstützung von Unternehmensseite zu erfahren (über die Bewilligung eines höhenverstellbaren Schreibtischs nach einem Bandscheibenvorfall), veranlasste ihn dazu, Sanktionen auszusprechen, falls man ihn dabei nicht unterstützt, wie er dies im Rahmen des Interviews beschreibt:

„Es hätte eine Auswirkung gehabt, wenn ich ihn (den Tisch, V.H.) nicht bekommen hätte. Oder das gleiche gilt jetzt für (-) ich habe es auch für damals für einen Mitarbeiter auch besorgt. Ähnliches Leiden. Wenn man das nicht durchbekommen hätte, dann hätte es Auswirkungen gehabt im Grunde, dass (-) ja, gut, dann muss ich halt anders gucken, dass es mir besser geht“ (Werle, 83).

So geht es hier zwar um das Gesundheitshandeln von Herrn Werle, aber er macht seine Entscheidung (ggf. woanders zu arbeiten) vom Handeln des Unternehmens (bzw. seiner Verantwortlichen) abhängig. Dass (Entscheidungs-)Handlungen in Zusammenhang mit anderen Handlungen stehen, dass Kommunikation immer Anschluss-Kommunikation ist und eine weitere hervorruft, steht außer Frage. Doch im Vergleich mit den weiteren Interviews ist dieses Antwortmuster einzigartig. Diese Stellung sowie diese direkte Einflussmöglichkeit des Unternehmens auf die eigene Gesundheit und das damit verbundene Handeln schreibt kein anderer eben diesem so drastisch zu. Im Gegenteil. Ein Beispiel: Herr Borgmann vermutet, dass sein Handeln durchaus im Zusammenhang des Unternehmenskontexts zu sehen ist, schließt aber sachlich an, dass er aus diesem Grund das Unternehmen gewechselt habe. Letzterer übernimmt die Verantwortung für sein Wohlbefinden so umfassend, dass er die Situation reflektiert und danach auch handelt. Allerdings formuliert er keine Erwartungen an das Unternehmen:

„Das hängt immer an den Rahmenbedingungen, was man selbst dann auch entscheiden kann und wie man sich selbst im Unternehmen wohlfühlt. Deswegen bezweifle ich auch, ob ich in dem anderen Unternehmen wirklich Führungskraft geworden wäre.“

I: „Ah, ok.“

Be: „Weil das eben nicht wirklich zu mir gepasst hat“ (Borgmann, 67-69).

Das stellt sich im Fall Werle, wie gezeigt, anders und damit kontrastierend dar. Herr Werle erwartet aktiv ein verändertes, für ihn förderliches Engagement vom Unternehmen und ist dann auch zu einem Unternehmenswechsel bereit, wenn ihm diese Unterstützung nicht gegeben wird. Herr Borgmann bleibt mit seiner Verantwortung und seinen Ansprüchen bei der eigenen Person – und leitet daraus Handlungen und Entscheidungen ab.

Einen besonderen Fall stellen die folgenden Schilderungen zum Gesundheitshandeln dar: Herr Ehrmann beschreibt auch die Auswirkungen von kranken Mitarbeitern auf die Führungskraft und damit auf sich selbst. Er skizziert, dass er als Vorgesetzter insofern hochgradig gefordert ist, um den Krankheitsausfall von Mitarbeitern nicht abdecken zu müssen und dann nicht selbst an der Überlastung zu erkranken:

„Das ist dann schon eine Aufgabe der Führungskraft, das wieder auszu[...]. Denn ansonsten geht es auch wieder auf die eigene Gesundheit der Führungskraft. Denn wenn der erst mal total weggebrochen ist, muss das ja wieder ausgeglichen werden (...) Also es ist eine Art Selbstschutz“ (Ehrmann, 234).

Was er beschreibt ist also durchaus ein eigeninitiatives Handeln im eigenen Interesse (vgl. auch Ehrmann, 228). Er übernimmt also Verantwortung für sich und hält das für angemessen. In der Interviewsequenz kurz zuvor bezieht Herr Ehrmann Stellung zur Frage, wer denn verantwortlich für die Gesundheit einer Führungskraft ist: „MIT auch der nächste Vorgesetzte. UND natürlich die Führungskraft auch selber, indem sie auch ein Signal setzt zum nächsten Vorgesetzten: Das funktioniert jetzt so nicht. Also BEIDE " (Ehrmann, 229-230). Diese Äußerung unterstreicht die anklingende defensive Orientierung: Zuerst wird der Anteil der Verantwortung des Vorgesetzten genannt, dann der Betreffende selbst. Dennoch entzieht er sich selbst nicht völlig der eigenen Verantwortung. Es ist ein Wechselspiel zwischen dem Angebot des Vorgesetzten, der Fürsorgepflicht nachzukommen und der eigenen Verantwortung zu erkennen zu geben, Unterstützung zu benötigen. Die hier dargestellte Position, die in einzigartiger Weise die Verantwortung explizit aufteilt, führt dazu, eine Entscheidung in Bezug auf die Zuordnung zu treffen. Was tritt stärker hervor? Weil diejenigen Führungskräfte, die der Orientierung der vollen Eigenverantwortung zugeschlagen wurden, sehr deutlich eben diese

Haltung zeigen, ist im Fall Ehrmann die Abweichung entscheidend für die Zuordnung zur kontrastierenden Orientierung der Fremdzuschreibung.

*Eigenverantwortung plus Fremd-,Engagement‘*

Bereits zuvor wurde beschrieben, wie sich eine Führungskraft zwar die Verantwortung für das Gesundheitshandeln selbst zuschreibt, aber dennoch Unterstützung von anderer Seite positiv bewertet. Herr Carstens bspw. weiß um seine Schwächen in Bezug auf sein Gesundheitshandeln und nimmt seine Frau insoweit in Anspruch, als sie ihm den Spiegel vorhält, was er tut bzw. unterlässt (bspw. früher mehr Rad gefahren). Die Suche nach Unterstützung verläuft dabei meist ins Private, wobei er diese auch vom Unternehmen erfreut annehmen kann, das beispielsweise Gesundheitschecks für das obere Management anbietet. Dabei empfindet er aber keinen Anspruch darauf, schätzt jedoch die bestärkende Botschaft darin, dass auch das Unternehmen am Gesundheitshandeln seiner Führungskräfte interessiert ist. Das Schaffen eines Rahmens im Unternehmen wird hier, wie auch in anderen entsprechend beschriebenen Fällen, als hilfreich eingestuft, ebenso wie die anderen Führungskräfte, die an solchen Checks teilnehmen.

Eigenverantwortung im Gesundheitshandeln kann zwar nach Meinung vieler Führungskräfte durch die Anerkennung und Unterstützung vom Unternehmen ergänzt werden kann, aber daraus wird keine generelle Anspruchshaltung abgeleitet.

Sehr differenziert beschreibt Herr Wächter die betrieblichen Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, um eigenverantwortlich handeln zu können. Das heißt für ihn, sein Anspruch auf Eigenverantwortung bezieht sich auf beeinflussbare Bereiche wie Rückenschmerzen, Verspannungsschmerzen, depressive Verstimmungen (vgl. dazu Wächter, 112). Auch wenn er sich in seinen Ausführungen zunächst auf Menschen in ihren beruflichen Rollen bezieht, geht er darüber und über die Betrachtung des Feldes hinaus und spricht für Menschen an sich:

„Also es (Gesundheit, V.H.) ist ALLER Aufgabe. Es ist Aufgabe des Mitarbeiters, an sich. Leben heißt Gesundheit, also auf den Körper zu hören. Es ist Aufgabe des Umfeld, familiären Umfeldes, es ist Aufgabe der Führungskraft und es ist auch Aufgabe des Unternehmens. Das gehört einfach DAZU“ (Wächter, 183).

Sein Anspruch an Eigenverantwortung geht über bestimmte Kontexte hinaus und er begreift ihn als allumfassende gesellschaftliche Aufgabe. So postuliert er auch bei Veränderungen der Arbeitswelt und der Anforderungen eine Eigenverantwortung, um sich den neuen Anforderungen, wo möglich, auch anzupassen. Was das Unternehmen, wenn es aktiv wird, zur Gesundheit seiner Mitarbeiter bzw. Führungskräfte beiträgt, nennt er „süße Sahne“, sieht aber auch, dass es eigentlich im Interesse jedes Unternehmens sein müsste, hier Verantwortung zu übernehmen, wenn es fitte Angestellte bis zum 65. Lebensjahr sicherstellen wolle. Auch auf die eigene Person als Führungskraft und damit Vertreter des Unternehmens bezogen sieht er sich in der Verantwortung, den Mitarbeiter zu unterstützen, ihm zu helfen, wenn sich dieser überstrapaziert und Angst hat, beim Kürzertreten Sanktionen zu erfahren (vgl. Wächter, 128).

## 8.9 Zwischenfazit

Der erste Analyseschritt, entlang der dokumentarischen Methode mit dem Ziel über die formulierende Interpretation zu richtungsweisenden Erkenntnissen für die weitere Auswertung zu gelangen, war zielführend, um Orientierungen zu identifizieren, die der weiteren Analyse dienlich sein würden. Die Strategie der offenen Suche mit schmaler werdendem Korridor erwies sich ebenfalls als ergiebig und mündete in die vier zuvor detaillierten Dimensionen. Diese wiederum lieferten über die Suche nach Verbindungen zwischen den Dimensionen weiterführende Resultate. In der Tiefe wurde dies erst deutlich, nachdem ein zweiter Analyse-Schritt vollzogen war, der im folgenden Kapitel ausführlich beschrieben wird.

Die folgende Übersicht stellt die bisher identifizierten Dimensionen mit ihren Orientierungen dar. In jedem der 12 geführten Interviews ließen sich die vier Dimensionen identifizieren. Im vorigen Abschnitt zu den gesundheitsbezogenen Orientierungen konnte die Bedeutung der einzelnen Dimensionen für mögliche Erklärungen zum gesundheitsbezogenen Habitus der Führungskräfte gezeigt sowie grundsätzliche Zusammenhänge untereinander hergestellt werden. Die Verteilung von Orientierungen und Dimensionen bildet die folgende Darstellung ab:

Tabelle 1: Gesundheitsbezogene Orientierungen – über alle Fälle

Name	Dimension I				Dimension II					Dimension III		Dimension IV	
	Gesundheitskonstruktionen				Muster des Gesundheitshandelns					Treiber des Gesundheitshandelns		Verantwortung	
	Funktion	Abwesenheit von Krankheit	Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	Wohlfühlen/ Spaß/ Freude	Prävention	Reaktion	Wartungspflicht	Ausbleiben/ Unterlassen	Unbewusst/ nicht zielgerichtet	Innen	Außen	Eigen	Fremd
Torsten Werle			X	X		X					X		X
Marcus Beck		X	X	X	X	X				X		X	
Henning Völkers	X		X	X	X	X	X			X		X	
Dr. Oliver Albrecht	X			X	X	X	X			X		X	
Lutz Ehrmann			X	X		X		X		X		(X) <sup>1</sup>	X
Dr. Holger Fehling		X	X	X		X	X			X		X	
Dr. Peer Schwarzer	X	X		X	X	X				X		X	
Joachim Werner		X		X		X		X			X	X	
Arne Borgmann		X		X		X			X	X		X	
Boris Althaus		X		X		X				X	(X) <sup>2</sup>	X	
Rolf Carstens		X		X		X				X		X	
Günter Wächter				X	X	X	X			X		X	

<sup>1</sup>: schwache Tendenz, aber Zuordnung zu ‚Fremd‘

<sup>2</sup>: Orientierung vor Habitustransformation

## 9. Führungsbezogene Orientierungen

### *Herangehensweise*

Auch in Bezug auf diesen Teil der Arbeit stellte sich die Frage, welche Sequenzen der Interviews und demnach welche Daten zur weiteren Analyse herangezogen werden sollten. Wie schon zuvor war es wichtig, das konkrete Forschungsanliegen in den Blick zu nehmen, um gezielt Aspekte zur Analyse heranzuziehen. Nachdem bis hierher das Gesundheitshandeln als solches im Vordergrund stand, galt es nun die Daten zu nutzen, die ergänzende Antworten geben könnten - und zwar solche, die die bisherigen Erkenntnisse zum Gesundheitshandeln von Führungskräften in Bezug auf Feld und Rolle ergänzen und profilieren würden.<sup>75</sup>

Dazu rückten zwei Bereiche der erhobenen Daten in den Vordergrund: Antworten auf Fragen, die Informationen zur Haltung, zum Führen und zum Ausfüllen der Führungsrolle gaben und solche, die die Bedeutung und den Wert der Gesundheit für die Führungskraft beleuchteten.

<sup>75</sup> Zur Herangehensweise, wie Orientierungen zunächst typisiert werden, um dann Zusammenhänge mit anderen typisierten Orientierungen zwischen Dimensionen zu identifizieren: vgl. Nohl, 2013, S. 91-95.

Daraus ließen sich zwei neue – führungsbezogene – Dimensionen anlegen, wie im Weiteren beschrieben und der Bildung von Typen zugefügt.

Ausgangspunkt der weiterführenden Auswertung war eine Frage, die sowohl hinsichtlich der Führung als auch im Hinblick von Gesundheit aufschlussreich ist. In zehn von zwölf Interviews<sup>76</sup> wurden als Gesprächsimpuls die Stichworte Führung und Gesundheit gegeben und die Gesprächspartner darum gebeten, offen auszuführen, welchen Zusammenhang sie dabei herstellen, was ihnen assoziativ bei den beiden genannten Stichworten spontan in den Sinn kommt. Aus den beiden Gesprächen, wo diese Frage nicht in dieser Weise explizit gestellt wurde, konnten dennoch inhaltlich entsprechende Sequenzen genutzt werden, um alle Fälle dahingehend auswerten zu können.

Diese Ausgangsfrage mit den sich anschließenden vertiefenden Fragestellungen ermöglichte es, den gesundheitsbezogenen Dimensionen zwei führungsbezogene hinzuzufügen: zum *Wert der Führung* für die Befragten und zum *Wert von Gesundheit* für die Befragten als Führungskraft. Die darauf gegebenen Antworten der Interviewten sind wegweisend für die Interpretation, da durch die bisherigen Äußerungen deutlich geworden war, dass nach etwas bis dahin nicht ausreichend konkret zu Benennendes zu suchen war, was als Anliegen der Akteure hinter der eigentlichen Führungsrolle lag (vgl. Dimension Treiber): etwas, das für die Gesundheit und das Gesundheitshandeln zwar wichtig ist, das aber auf den ersten Blick (bzw. im ersten Analyseschritt) scheinbar wenig mit der Rolle selbst zu tun hat. Betrachtet man diese Dimension aus einer anderen Perspektive, dann hat sie durchaus etwas mit der Rolle zu tun: Wenn man der Führungsrolle eine andere Funktion einräumt als das originäre Führen der Mitarbeiter und Managen, ergeben sich neue Ansätze. Das Übernehmen einer Führungsaufgabe muss nicht das Ziel des Strebens der Führungskräfte sein, für das wiederum Gesundheit wichtig ist, aber es kann hilfreich dabei sein, das persönliche Ziel zu erreichen.

### *Neue Orientierungen und Dimensionen*

Die vergleichbaren Orientierungen der Führungskräfte, die sich im Zuge dieses Auswertungsschrittes herauskristallisierten, ließen sich systematisch wie sinnhaft typisieren sowie neuen Dimensionen zuordnen. Diese wiederum konnten dazu beitragen, im nächsten Schritt wichtige Relationen zur Typenbildung zu ermöglichen.

---

<sup>76</sup> In der Nachbetrachtung der ersten beiden Interviews erschien es als zielführend, diese Frage in dieser Form zu stellen.

## 9.1 Dimension V – Wert von Führung

Wie zuvor eingeführt, wurde diese Dimension gezielt aus den Anschlüssen der vorhergegangenen Fragestellungen an die Führung bzw. die Rolle der Führungskraft entwickelt. Einerseits sollte dabei den vorherigen Schritten entsprechend systematisch analysiert werden, andererseits sollte hier über diesen Anbindungsweg eine neue interpretatorische Ebene erreicht werden. Aus den relevanten Sequenzen ließen sich zwei Orientierungen herauslösen. Entweder, so stellte sich heraus, ist die Führungsaufgabe für die Befragten als

- relevant
- in Kauf nehmend

einzuordnen. Das heißt, diejenigen, für die diese *relevant* ist, haben ihre Rolle um ihrer selbst willen angestrebt. Was sie damit verbinden, ist individuell sehr verschieden und aufschlussreich. Sie wollten Führungskraft werden, um damit etwas zu realisieren. Sie versprechen sich etwas von der Rolle. Ganz anders diejenigen, deren Haltung zur Führungsaufgabe als *eher in Kauf nehmend* zu beschreiben ist. Für sie ist die Rolle sekundär hinter etwas, das sich jedoch (vermeintlich nur) über diese Rolle ermöglichen lässt – wie bspw. die interessanten Themen. Die Antworten finden sich in der Kapitel 9.2. folgenden Tabelle zum Vergleich und Nachvollziehen der sich daraus ergebenden Interpretationen im Zuge der Typenbildung.

## 9.2 Dimension VI – Wert von Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle

Wie bewertet die Führungskraft Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle? Im Grunde wurde hier ein Dreischritt vollzogen: Nachdem im ersten Schritt die Sequenzen analysiert und zu gesundheitsbezogenen Orientierungen und Dimensionen zusammengeführt worden waren, wurde im zweiten Schritt die forschungsfragengemäße Anbindung an die Führung vollzogen, um dann im dritten Schritt zu Fragen, wie sich beides aufeinander bezieht.

Die Orientierungen, die als sechste Dimension zusammengefasst werden, zeigen ein sehr eindeutiges Bild. Es wurden die Orientierungen

- Ermöglicher

- Kapitaleinsatz

gebildet. 11 von 12 Befragten antworteten dergestalt, dass ihre Bewertung von Gesundheit mit Bezug zur Rolle als *Ermöglicher* überschrieben wurde. Das heißt, Gesundheit ermöglicht ihnen etwas – inwiefern und inwieweit das mit der unmittelbaren Führungsaufgabe zu tun hat, ist einmal mehr individuell verschieden und der folgenden Tabelle zu entnehmen. Ein Manager (derjenige mit einer Veränderung des Habitus: Althaus) ist nach der erfolgten Transformation hier einzuordnen und ebenfalls eine Führungskraft zeigt eine andere Orientierung. Diese wird hier mit *Kapitaleinsatz* beschrieben und meint eben das: Hier geht es bei der Gesundheit nicht darum etwas Weiterreichendes zu ermöglichen, sondern hier wird sie systemisch kapitalisiert – im konkret beruflichen Kontext.

Tabelle 2: Führungsbezogene Orientierungen – über alle Fälle

Name des Interviewten	Wert von Führung (Bewertung/ Haltung)	Typisierte Orientierung: Wert von Führung	Wert von Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle	Typisierte Orientierung: Wert Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle
Torsten Werle	Gehört zum Karrieremachen dazu: „Dann kommt Personalverantwortung dazu“	relevant	Kapitalgetrieben; Gesundheitshandeln mit direktem, kalkulatorischen Bezug zum Job: Leistung gegen Leistung; daran orientiert sich das Gesundheitshandeln Kapitalansatz: Raubbau („immer schon“) - beinhaltet Führung und Gesundheit	Kapitaleinsatz
Marcus Beck	Wollte führen: hat sich engagiert (auch um sichtbar zu werden), wurde als Potenzialträger entdeckt und gefördert und dann gefördert - in Verantwortung und Führung	relevant	Gesundheit als persönlicher Ermöglicher: Der Job hat bei ihm die Qualität eines Spaßfaktors, er macht ihn gern. Der Job gibt also eher, dient ihm mehr als umgekehrt; daher Gesundheit als Ermöglicher - AUCH im Job	Ermöglicher
Henning Völkers	Man muss den Willen haben, Verantwortung zu übernehmen. Aber im Nachsatz spricht er als Treiber gleich davon „erfolgreich sein“ und dies als Ziel zu haben. So gesehen wird die Übernahme von Verantwortung zur Prämisse, um das eigene Ziel, die eigene Sache verfolgen zu können. Führung steht nicht im Vordergrund, sondern gehört dazu.	relevant	Gesundheit als persönlicher Ermöglicher: Die Arbeit soll Spaß machen: Anspruch an den Job und damit Bezug Gesundheit: „um hier nicht tot vom Stuhl zu fallen“; Gesundheitshandeln = Ausgleich für Fitness im Job; Spaß an der Arbeit als Gesundheitsressource, weil fehlender Spaß daran nicht guttut: „Ich möchte auch von meiner Freizeit was haben“ - daher Sport i.S.v. Gesundheitshandeln	Ermöglicher
Dr. Oliver Albrecht	Strebt Führung an, weil damit die für ihn größte Herausforderung verbunden ist („Technik ist überwiegend beherrschbar“)	relevant	Gesundheit als Voraussetzung für Leistung; Leistung bzw. Leistungsfähigkeit wiederum ist nötig, um persönliche Ziele zu erreichen: etwas schaffen; das erreicht er über den Job (Führung = Herausforderung)	Ermöglicher
Lutz Ehrmann	Wertet seinen Zugang zur Führungsrolle ab, wenngleich in eine Frage gekleidet: „Zufall. Weil sich alle anderen geweigert haben?“. Er habe seine erste Position angeboten bekommen, weil er abends so lange im Büro ansprechbar war. Dem entsprechen weitere Erzählungen. Er lässt die Aufgaben auf sich zukommen, wird nur da aktiv, wo es ihn nicht angreifen, im Sinne von (Über)Fordern, könnte.	in Kauf nehmend	Gesundheit als persönlicher Ermöglicher; Ausleben individueller Neigungen über den Job, aber: Führung kann Gesundheit eher abträglich sein: nimmt Führung für den Job (Aufgaben, die Freude machen) in Kauf	Ermöglicher

<i>Name des Interviewten</i>	<i>Wert von Führung (Bewertung/ Haltung)</i>	<i>Typisierte Orientierung: Wert von Führung</i>	<i>Wert von Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle</i>	<i>Typisierte Orientierung: Wert Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle</i>
<i>Dr. Holger Dr. Fehling</i>	Ist gefragt worden (Bereichsaufbau) - nimmt an - und bekommt die Chance, ein kleines Team um sich herum aufzubauen. Dass er damit FK geworden ist, habe er „gar nicht so wahrgenommen“. Sein Bestreben war es, Verantwortung zu übernehmen.	relevant	Gesundheit als persönlicher Ermöglicher; betrachtet Arbeit (etwas tun) als eine Art Gesundheitshandeln; Führung begleitet ihn, ohne sie angestrebt zu haben; Führungsrolle als Ermöglicher, um eigenes Anliegen zu realisieren; ist eine Aktivität, die seinen persönlichen Neigungen und Präferenzen entspricht	Ermöglicher
<i>Dr. Peer Schwarzer</i>	Studium und Promotion - das waren in seinen Augen die Voraussetzungen für einen Einstieg in die Führung nach dem Studium; Führungsaufgabe als biographisch stimmige Entwicklung	relevant	Job als Realisierungsort seines symbolischen Kapitals: Promotion als Stellhebel der sich anschließenden Karriere; setzt in der Aufgabe eigene hohe Standards - Gesundheit soll deren Erfüllen bzw. die Leistungsfähigkeit, die das Erfüllen erfordert, gewährleisten.	Ermöglicher
<i>Joachim Werner</i>	Vom Chef gefragt worden; interpretierte das als leistungsbezogene Entscheidung; kein weitergehender Hinweis zur Haltung zu ihm als Führungskraft; Führungsrolle, um seinem eigenen Anspruch zu genügen	relevant	Gesundheit, um Rollenansprüchen zu genügen: Job, Elternhaus, Frau, eigene Konstruktion; Leistung gegen Erwartung und Anspruch abwägen: daran orientiert sich das Gesundheitshandeln; Basis: leistungs- und wertebezogenes Referenzsystem; stetes Rückkoppeln, ob er seinen Standards entsprechend lebt - Gesundheitshandeln im Zuge dessen bräuchte einen Erlauber; hat eine untergeordnete Rolle in seinem Wertesystem	Ermöglicher
<i>Arne Borgmann</i>	Führung als Weg, um „breiter aufgestellt“ zu sein, mehr Verantwortung zu bekommen, weil sonst das „Aufgabenspektrum begrenzt“ gewesen wäre; Auf dieser Grundlage das gezielte Anliegen, dies über eine Führungsposition zu erreichen; Führung ist ein Weg, den man in dem Unternehmen bei bestimmten Aufgaben gehen „müsse“	in Kauf nehmend	Führung eher in Kauf genommen für spannenden Job, der bei ihm im Fokus steht; bedeutet mit Bezug auf Gesundheit: höherer Zeitaufwand, der Zeit für Sport und Familie beeinflusst; nachlässiges Gesundheitshandeln macht sich in Unwohlsein bzw. nachlassender Belastbarkeit (bspw. Verspannungen) bemerkbar und löst aktives Gegensteuern aus; insgesamt hohe Bedeutung von Gesundheit, aber explizit unabhängig von der Führung betrachtet	Ermöglicher
<i>Boris Althaus</i>	Sieht in seiner Branche keinen anderen Weg als eine Führungsaufgabe, um sich zu entwickeln - in einem Job, der Spaß macht und Geld bringt; spricht erst distanziert von seiner Führungsrolle, dann zeichnet er das Bild einer mitarbeiterorientierten Führung; nutzt Beispiele und Formulierungen, die eher den primus inter pares betonen („erster Mann an der Spritze“)	relevant	Die Führungsrolle war und ist entscheidend für sein Gesundheitshandeln: <i>Früher:</i> Einfaches Funktionieren entsprechend der wahrgenommenen Feld-Kultur und -erfordernisse <i>Heute:</i> Gesundheitshandeln als Lebensbedürfnis, um wirken zu können: Sinnvolles schaffen	Ermöglicher (nach Transformation)
<i>Rolf Carstens</i>	„Zur richtigen Zeit am richtigen Ort“; sieht sich eher der Profession zugehörig (Jurist) als der Rolle als FK	in Kauf nehmend	Beschreibt sich eher über die Profession, Führung hat wenig Relevanz; erfährt hier aber nach den Belastungen und Auswirkungen, die er in der Führung erlebt und über Feedback den Anstoß zum Gesundheitshandeln, was an ein Früher anknüpft: geht vergleichbares Gesundheitshandeln an, um zu diesem Gefühl zurückzukommen	Ermöglicher

<i>Name des Interviewten</i>	<i>Wert von Führung (Bewertung/ Haltung)</i>	<i>Typisierte Orientierung: Wert von Führung</i>	<i>Wert von Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle</i>	<i>Typisierte Orientierung: Wert Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle</i>
<i>Günter Wächter</i>	Wurde FK, weil er nach Sinn suchte und etwas Eigenes schaffen wollte und auf dieser Suche ständig den Status quo hinterfragte. Im Zuge dessen bekam er dann die dazu gehörende Verantwortung für sein Tun. Hat eine eigene Idee von Führung, zeigt Leidenschaft beim Thema. Will Entwickler sein, etwas von seiner Haltung und seiner Sicht der Welt weitergeben.	relevant	Gesundheit als persönlicher Ermöglicher - hat die Einschränkungen fehlender (bzw. eingeschränkter) Gesundheit als Folge des Befriedigens von Bedürfnissen (z.B. Rauchen) erlebt, daher konsequentes Gesundheitshandeln als zentrale Ressourcenpflege; bei guter eigener Gesundheit ist dieses Basis dafür, seine Führungsrolle so zu gestalten, wie es seiner Überzeugung entspricht: Themen treiben, Verantwortung übernehmen und Ermöglicher für andere sein; eigene Gesundheit als Teil des Vorbildverhaltens in der Rolle	Ermöglicher

### 9.3 Themenbezogene Falldarstellungen

Wie Nohl es zur Anwendung der Methode zur relationalen Typenbildung aufzeigt, ist zur Bildung von sinnhaften Relationen und Typen der Rückgriff auf die Einzelfälle wichtig. Aus diesem Grund werden diese Dimensionen, die die Schnittstelle von Aspekten zur Gesundheit und zur Führung erfassen, als themenbezogene Fallskizzen dargestellt, aus denen anschließend die zentralen Stichpunkte tabellarisch verdichtet werden, um Orientierungen und Dimensionen nebeneinanderzustellen und in den Prozess der Relationen-Bildung miteinfließen zu lassen. Für die tabellarische Darstellung der Informationen über die Fälle hinweg spricht sich Nohl aus, um der Gefahr zu entgehen, beim Befassen mit dem Fall „in eine Einzelfallrekonstruktion zurückzufallen“ (Nohl, 2013, S. 91).

#### *Werle*

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit ergibt sich aus dem Gesprächskontext: Er erklärt zunächst - mit Blick auf seine Person -, dass er schon immer Raubbau an seiner Gesundheit betrieben habe. Dann geht er zu seinem Handeln in der Führungsrolle über und erklärt seinen fortgesetzten Raubbau an der eigenen Gesundheit damit, „schon immer in Vorleistung“ gegangen zu sein. Dies sei vor dem Hintergrund geschehen, sich seinen Karrierewunsch erfüllen zu wollen. Dieses Streben nach einer Karriere begründet und rechtfertigt er gleichermaßen, in dem die Interviewsituation aufbricht und aus dieser heraustritt. Er begibt sich selbst in die Perspektive des Wissenschaftlers und versucht, sich selbst innerhalb einer Typologie zu verorten:

„Jetzt kommen wir dann auf den soziologischen Part dahin. Also, wenn Sie so diese typischen Bildchen machen, wie einer gepolt ist, weiß gar nicht, was es da für komische Systeme gibt, können Sie bei mir einen hinmachen, so ein bisschen machtbesseren plus einen kreativen Geist“ (Werle, 183).

Diese Dispositionen, so rasoniert er, hat ihn dazu geführt, eine Karriere anzustreben und dazu gehört dann auch die „Personalverantwortung“, wie er anhand dieser Substantivierung erklärt. Er bleibt auf der Sachebene der Führung, die unmittelbare Mitarbeiterführung bleibt in seinen Ausführungen nebensächlich. Im Fokus steht sein Interesse, etwas zu schaffen und dafür Verantwortung zu übernehmen. Und dabei gilt für ihn die implizite Spielregel: mehr Verantwortung übernehmen, mehr Geld verdienen. Er reflektiert seine bisher getätigten Investitionen und das, was er dafür im Gegenzug erhalten hat. Er erläutert, dass er zur Vorleistung bereit war und bereitwillig Kapital für dieses Karriereziel eingesetzt hat (Körper und Gesundheit). An einem Punkt hält er inne, als er bilanziert und für sich erkennt, dass für ihn zu wenig aus dem eingesetzten Kapital herauspringt.

Über diesen bilanzierenden Ansatz erschließt sich dann die Verbindung zur Gesundheit: Sie ist notwendig, um Leistung erbringen zu können. Sie wird als Mittel zum Zweck (Karriere) konzeptionalisiert. Gesundheit ist demnach das zur Verfügung stehende Kapital, das je nach Ertrag mehr oder zunehmend weniger bereitwillig eingebracht wird. Dieser kapitalgetriebene Ansatz wird auch darin deutlich, dass er wiederholt davon spricht, seine Gesundheit nicht opfern zu wollen. Hier wird die Bedeutung von Feld und Rolle in Bezug auf das Gesundheitshandeln offensichtlich. Der Manager betritt bewusst das Spielfeld Unternehmen, wobei er diese Absichtlichkeit durch seine Erklärungen auf der Metaebene unterstreicht und sich den Spielregeln bewusst wie berechnend unterwirft. Wie wichtig und wie aufrüttelnd das Wissen um Felder auch für den Bereich Gesundheit ist, stellt er selbst dar, wenn er bspw. seinen Frust darüber kundtut, was er erlebt und empfindet, wenn er abends das Feld verlässt: Die anderen, höhergestellten Mitspieler, die mehr verdienen, investieren in seinen Augen aber weniger und haben dennoch bisher eine bessere Position im Feld erreicht. Folgt man seinen Ausführungen, haben diese Reflexionen einen erheblichen Anteil daran, wie er sich fühlt. War das Vorleisten zu Beginn seiner Karriere ein Teil des Spiels, den er akzeptiert hat, so belastet ihn das Erleben vergeblicher Investitionen heute spürbar und führt sukzessive dazu, auch Kapital zurückzuhalten (z.B. keine Mails mehr im Urlaub zu bearbeiten).

Hier ist seine Orientierung als markantes Thema zu erkennen. Seine inneren sowie später auch mit Vorgesetzten geführten Dialoge unterstreichen ein konsequentes Sich-in-Beziehung-Setzen, ein Maßnahmen und damit einhergehend ein nahezu wirtschaftswissenschaftliches Kalkulieren von Aufwand und Ertrag in Bezug auf die eigene Gesundheit.

### *Beck*

Herr Beck zeigt einen ganz anderen Zugang zu den Themen Gesundheit und Führung. So spricht er von seiner Gesundheit bspw. unabhängig von seiner Führungsrolle, positioniert Gesundheit als persönliches Anliegen, das er umfassender auf die Person insgesamt bezieht. Auf der Basis des konkreten Impulses, beide Themen zusammen zu denken, reflektiert er:

„Also Gesundheit, Gesundheitsmanagement ist ein elementarer Bestandteil von Führung. Für sich selber, wie es für jeden auch diese individuelle Komponente gibt, ja, aber als Führungskraft eben auch als Vorsorge und Führung für die Mitarbeiter. Eben für Arbeitsbedingungen, platt gesprochen, für Arbeitsbedingungen zu sorgen, die eben die Gesundheit der Mitarbeiter nicht beeinträchtigen. Möglichst nicht beeinträchtigen. Also, Teil des Gesundheitsmanagements zu sein. Also, das sind die beiden Facetten, das individuelle und das eben in der Aufgabe als Führungskraft.“ (Beck, 84)

Herr Beck nimmt den Frageimpuls auf und antwortet sogleich umfassend. Gesundheit betrifft ihn wie jeden Menschen, aber darüber hinaus auch als Führungskraft in Bezug auf seine Mitarbeiter. Er vollzieht in seiner Erklärung eine interessante Differenzierung: Er sieht sich einerseits als Menschen, was er als das „Individuelle“ bezeichnet, und als den Rollenträger: „als Führungskraft“. Dabei verändert sich sein Bezug. Beim Menschen geht es um die eigene Gesundheit. Im gleichen Atemzug spricht er von der Führungskraft, die er auch ist. Dabei aber verändert sich die Perspektive: Hier geht es dann um die Verantwortung dafür, für die Gesundheit der anderen zu sorgen und nicht um seine eigene. Diese Differenzierung soll hier unterstrichen werden: OHNE den Rollenbezug geht es ihm um die eigene Gesundheit. MIT Rollenbezug bedeutet für ihn Gesundheit die der anderen, der Mitarbeiter, für die er eine Verantwortung hat und denen er Vorbild sein will oder soll.

Ein Blick auf seine Entwicklung zur Führungskraft erklärt sein spezifisches Gesundheitsverständnis: Er wollte Manager werden und hat sich früh überlegt, mit welchen Themen er für die Führungsebene sichtbar wird, um in den Kreis potenzieller neuer Führungskräfte zu gelangen. Er hat den familiären Hintergrund, um diesen Wunsch reifen zu lassen. Sein Vater, ebenfalls Führungskraft, hat viel über den Beruf gesprochen, ohne ihn damit erkennbar beeinflussen zu wollen. So nahm es Herrn Beck als Inspiration wahr. Er hat sich über das Erlebte und später über Seminare und Erfahrungen ein Rollenbild erarbeitet, das ihm passend erscheint. So betont er bspw., dass er es für wichtig hält, als Führungskraft stimmig im Handeln zu sein und authentisch zu bleiben. Auch vom Wunsch, Verantwortung übernehmen zu wollen, spricht er. So zeichnet er ein Bild von sich als Führungskraft, das von seinem eigenen eingeschriebenen Bild geprägt ist. Er hat sich Felder gezielt gesucht, in denen sein sich entfaltender Habitus gut passte. Er hat sich gezielt in die Rolle eingelebt. Er sieht und beschreibt sie als solche, mit der er kommunikativ, also bewusst und reflektiert umgehen kann und somit auch wieder Distanz zu dieser erlangen kann. Diese bewusste Rollen-Distanzierung zeigt sich besonders, wenn er von *seiner* Gesundheit spricht.

Be: „Also, die Schmerzen, die ich dann immer häufiger hatte, entweder nach dem Schlafen oder nach dem Tennis oder nach dem Laufen, die wurden eben immer häufiger und schmerzhafter. Bis ich irgendwann mal so starke Schmerzen hatte, dass ich kaum aus dem Bett kam und mir über Tage erst mal mit Schmerzmitteln da beholfen habe. Und da habe ich gesagt, also, jetzt ist vorbei. Jetzt musst du mal irgendwas tun. Und das war der Anstoß vor zwei Jahren, ungefähr, ja, vor zwei Jahren.“

I: „Hatte das etwas mit - auch oder primär - mit ihrer Rolle als Führungskraft zu tun? Glauben Sie, dass Sie in einer anderen (-) mit einem Mitarbeiter-Status oder wie auch immer sich anders verhalten hätten?“

Be: „Nein, also, da ging es ja nur um mich selber. Da habe ich auch nur an mich selber gedacht. Und deswegen hätte ich das genauso gemacht in jeder anderen Funktion. Den Erfolg habe ich natürlich SCHON in meiner Rolle als Führungskraft genutzt und habe das an der einen oder anderen Stelle auch mal geschildert in der Hoffnung, dass es vielleicht auch bei der anderen Seite zum Nachdenken führt und auch dazu führt, das eigene Verhalten des Mitarbeiters zu verändern.“

In der Hoffnung, dass das Vorbild eben an der Stelle dann auch zieht (Beck, 187-189).

Gesundheitshandeln wird hier relativ zum Feld betrachtet: einmal für sich als Individuum und einmal rollen- und damit feldbezogen. Es ist Herrn Beck Anliegen, diese Unterscheidung für sich zu treffen bzw. das so zum Ausdruck zu bringen. In einem anderen Kontext, aber einem ebensolchen Business-Setting würde man hier davon sprechen, ‚Erfolgsgeschichten‘ am eigenen Beispiel zu schreiben und damit Positives in die Belegschaft zu tragen, was eine PR-Methode und ein Führungsinstrument sein kann.

### *Völkers*

Herr Völkers versteht die Frage nach dem Zusammenhang von Gesundheit und Führung deutlich feldbezogen und antwortet entsprechend: „Also, ich glaube, dass nur ein gesunder Mensch eine vernünftige Arbeit machen kann, leistungsfähig ist“ (Völkers, 106). Bemerkenswert ist, dass auch in der Ausführung dieser ersten Reaktion nur das Feld (nicht aber die Rolle) über das Arbeiten zur Sprache kommt und das den Hinweis auf seine Haltung gibt, das Feld mit der rollenunspezifischen Arbeit oder Aufgabe im Vordergrund zu sehen. Nach einigen Sätzen, in denen er über den „Mensch“ im Kontext gesprochen hat, geht er in die Rolle. Dann differenziert er explizit, dass das Gesagte sowohl für ihn als auch für seine Mitarbeiter gilt, weshalb er sich darum bemüht, Rahmenbedingungen für diese zu schaffen, in denen sie sich wohlfühlen können.

Er übernimmt dabei Verantwortung, weil diese für ihn zur Aufgabe der Führungskraft dazu gehört. Aber sein Treiber, überhaupt führen zu wollen und damit bereit zu sein, auch Verantwortung zu übernehmen, beschreibt er mit dem Wunsch nach eigenem Erfolg. Das heißt, er verfolgt ein persönliches Ziel über den Weg der Führungsrolle, weswegen er auch die dazugehörige Verantwortung – auch in Gesundheitsfragen – gerne übernimmt. Er möchte etwas schaffen, was für ihn eine Typ-Sache ist. Um das erklären und zu belegen, zieht er die in der Personaldiagnostik (und in seinem Fall auch bei der Bundeswehr) genutzten Typentests heran, die ihn „schon immer“ als Macher-Typ ausgewiesen hätten. Das soll zum Ziel „Erfolg“ führen, eine bestimmte Leistung hervorbringen zu können. Und dafür, so skizziert er, ist Gesundheit elementar. Er investiert viel, bringt Leistung und möchte dafür auch etwas zurückbekommen: „Darum (Leistungsfähigkeit, V.H.) geht es. Leistung wird bezahlt. Früher hat man Leistung noch

BELOHNT<sup>77</sup>. Insofern, nur wenn ich gesund bin, wenn ich fit bin, ausgeruht bin, kann ich meine Leistung bringen.“ (Völkers, 108).

Später ordnet er sein eigenes Gesundheitshandeln rollenübergreifend ein, denn hinsichtlich der Gesundheit sieht er sich zuerst als Mensch und nicht in einer Rolle, wie er ausführt:

Be: „Ich kümmere mich um meinen Körper, um meine Gesundheit, immer um die zwei Aspekte: psychisch und physisch. Egal unter welcher Rolle. Das nutzt mir ja nichts.

I: „Bitte?“

Be: „Auch wenn ich nicht führe, muss, WILL ich ja gesund bleiben. Muss ich nicht, WILL ich“ (Völkers, 236-238).

Die Habitualisierung nimmt bei diesem Manager den folgenden Weg: Eine frühe Prägung, dem eigenen Verständnis nach ohne spezifisches Vorbild, determiniert den Weg des aktiven Machers zum Erfolg über die Übernahme einer Führungsposition.<sup>78</sup> Der Habitus bringt nun zwei Handlungsweisen mit sich: stimmiges Handeln in Bezug auf die eigene Person sowie Verantwortung den Mitarbeitern gegenüber. So erfüllt Gesundheitshandeln zwei Funktionen: sein eigenes, selbstbezogenes dient ihm unmittelbar als Voraussetzung zum Erzielen weiterer persönlicher Erfolge. Das mittelbare Gesundheitshandeln betrifft den Aspekt der Führungsaufgabe. Die *eigene* Gesundheit ist seinem Verständnis nach aber der Rolle übergeordnet oder vorgelagert, wenngleich diese nicht völlig feldunabhängig zu sehen ist, denn auch im beruflichen Feld ist Gesundheitshandeln zur Leistungsfähigkeit erforderlich. Dass es hier aber keine Abhängigkeit vom Feld gibt, sondern das eigene Bestreben im Vordergrund steht und er sich die feld-

---

<sup>77</sup> Auch wenn bei diesem Sachverhalt „entlohnt“ das richtige Wort wäre, ist seine Wortwahl an dieser Stelle signifikant, beschreibt das Entlohnen den Prozess des Abgeltens durch die Lohnzahlung und die Belohnung ein Honorieren.

<sup>78</sup> Eine anschauliche Übersicht über die klassische Karriere und die in diesem Zusammenhang verwandten Begrifflichkeiten sowie aktuelle Entwicklungen zu neuen Karriereformen findet sich im Einleitungskapitel zur Karriere im Buch von Funken, Hörlin et al. 2011, S. 87: „Im allgemeinen Sprachgebrauch wird mit dem deutschen Wort ‚Karriere‘ eine erfolgreiche Berufslaufbahn verbunden, wobei die über lange Zeit vorherrschende Ausprägung die Form eines innerhalb einer hierarchischen Struktur erfolgenden Aufstiegs annahm. Dieser Aufstieg ergab sich idealiter – bei entsprechender Leistung und Qualifikation – mehr oder minder automatisch. Die Richtung ‚nach oben‘ galt dabei als ebenso selbstverständlich wie die Zunahme an Führungsverantwortung und ggf. monetäre Entlohnung.“

bzw. rollenspezifischen Bedingungen zu konsequent eigen gemacht hat, verdeutlicht die folgende Sequenz:

Be: „Die Zeit habe ich mir IMMER genommen. Solange ich mich erinnern kann, habe ich mir die Zeit genommen, weil ich immer sportlich aktiv war. Ich habe mein ganzes Leben Sport getrieben und habe mir immer die Zeit genommen, um zu trainieren.“

I: „Das hat auch immer gepasst? Das war Ihnen immer möglich?“

Be: „Im Prinzip ja.“

I: „(Nachfrage zur Gestik) Kopfschütteln heißt?“

Be: „Es hat vielleicht manchmal nicht gepasst, aber ich habe es trotzdem getan (lacht).“

I: „Wie sah das dann aus? Also, wie mussten Sie da für sich sorgen?“

Be: „Ja, ich habe dann eben auch schon mal einen Termin abgesagt. Mittwochs nachmittags oder mittwochs abends um sechs oder sieben mache ich keine Termine, weil da hab ich Training. So, und dann bin ich weg“ (Völkers, 150-156).

Er gesteht sich aber auch ein, dass es eben aufgrund seiner Rolle nicht immer gepasst hat. Er sieht da schon auch einen Rollenkonflikt, den er zunächst nur mit einem Kopfschütteln andeutet und nur auf Nachfrage ausführt. D.h. auch im Gesundheitshandeln muss sich die Führungskraft durchsetzen und dies von sich aus als wichtig betrachten und dafür sorgen, weil das von außen aufgrund des Zeitmangels in der Rolle nicht unbedingt gefördert wird.

### *Zwischenfazit*

Bei den Managern zeigt sich eine Dimension des Habitus, nach etwas zu suchen, womit der eigene Treiber befriedigt werden kann. Das berufliche Feld und insbesondere die Führungsaufgabe sind prädestiniert dafür, etwas zu schaffen und sichtbaren Erfolg zu erreichen. Die Führungskräfte machen sich dabei die Bedingungen des Feldes zunutze und sind bereit, sich dort im Gegenzug entsprechend der geltenden Regeln zu bewegen. Für diese Macher- oder Verwirklicher-Typen erweist es sich als förderlich, dass der eigene Habitus und der im Feld erforderliche hier kompatibel sind. So wird dieser Feld-Habitus als kein sich Unterordnen empfunden, sondern als ein souveränes Bewegen in

einem Feld, das man sich ausgesucht hat, um die eigenen Ziele zu erreichen. Dort, wo Souveränität erlebt wird, bewegt man sich selbstverständlich. Wie Herr Völkers, der seine Ressourcenpflege und das eigene Gesundheitshandeln nicht infrage stellt und dadurch seine Souveränität erhält.

Hier wird der Kontrast zu Herrn Werle deutlich. Für beide ist Leistung und Leistungsfähigkeit ein zentraler Begriff, aber sie erbringen ihre Leistung aus einem anderen Verständnis heraus. Wo Herr Werle im Sinne eines Kapitalgeschäfts (Vor-)Leistung und entsprechende Gegenleistung sieht bzw. letztere erwartet, da kommt dieses kalkulierende Geben und Erhalten bei Herr Völkers nicht zum Tragen. Zum einen hat er bald erfahren, dass sich sein Einsatz stets lohnte und zum anderen hat er diesen nicht vergleichbar kalkulierend getätigt. Er hat sich – so wie er es beschreibt – entsprechend seinem Charakter, seinem „Typ“ eingesetzt. Es ist allerdings nicht abzuschätzen, wie sich seine Haltung verändert hätte, wenn sich trotz hohen Einsatzes und Leistungsbereitschaft kein Erfolg im Sinne des für eine Karriere geltenden Kapitals für ihn eingestellt hätte. Aus der Situation ergab sich für ihn eine souveräne Stimmigkeit, die zu keinem Anzweifeln seines Tuns führen musste und seinen Habitus insofern bestätigte.

Einen weiteren Kontrast im Gesundheitsverständnis und –handeln kann man bereits zwischen Herrn Werle einerseits und den Herren Beck und Völkers andererseits festhalten: Um über die eigene Führungsrolle zu sprechen, setzen sie sich in Beziehung zu den von ihnen Geführten, zu denen, die sie zu Führungskräften machen. Herr Werle bleibt in seinen Ausführungen stets bei sich<sup>79</sup> oder er setzt sich eher in Beziehung zu seinem Verhandlungspartner oder Anspruchsgegner, dem Unternehmen.

#### *Dr. Albrecht*

Herr Dr. Albrecht ist über den Weg der Forschung zur Führung von Mitarbeitern gekommen. Als Assistent im Hochschulinstitut bekam er zunehmend mehr Verantwortung, auch für Menschen, zunächst für Studierende, die er betreute. Seine berufliche Karriere führte aufgrund seiner fachlichen Expertise von der Hochschule in die Wirtschaft. Bei seinen Erzählungen steht der Spaß an der Tätigkeit an erster Stelle, wobei es nach dem Ende des Studiums erst die Freude am Fach war. Mit Übernahme der Füh-

---

<sup>79</sup> Dass er für einen ebenfalls rückenkranken Mitarbeiter auch ein ergonomisches Möbel beschaffen wollte, bleibt hier außen vor, weil dieser das gesunde Führen thematisiert, soll hiermit aber dennoch Erwähnung finde.

rungsrolle hat er auch für sich entdeckt: „Mir macht die Kombination aus Technik und Menschen Spaß.“ Da lag die Frage nach, ob er sich bei einer neuen Aufgabe, die ihm Freude machen würde, eine mit oder eine ohne Führungsverantwortung auswählen würde. Diese Entscheidung für oder gegen Führungsverantwortung fiel ihm aber leicht, wie er selbst hier ausführt. Er würde

„IMMER die Führungsaufgabe nehmen. Weil das mir sehr sehr viel Spaß macht, muss ich ganz einfach sagen. Mir macht die Kombination mit Technik Spaß, aber mir macht einfach das FÜHREN, das Miteinander mit Menschen (-) mich hat letztens mal jemand gefragt, ganz blöd, was ich mir vorstellen könnte. Ach, hab ich gesagt, ich könnte mir auch DURCHAUS vorstellen, so ein Skigebiet zu übernehmen oder irgendwas in der Art. Also, einfach was völlig anderes zu machen, Hauptsache, es gibt eine Herausforderung dabei. Und die besteht für meinen Geschmack meistens in der Führung, weil die Technik ist überwiegend beherrschbar und machbar“ (Dr. Albrecht, 20-51).

Spaß und Herausforderung sind zwei Gefühlszustände, die er nach vielen persönlichen Erfahrungen in der Führung von Menschen gefunden hat: als Resultat auf der Suche nach den persönlichen Antreibern und nicht mit dem Ziel, eine Karriere als Führungskraft zu machen. Er orientiert sich klar an seinem Empfinden, seinem Wohlbefinden und beschreibt anschaulich und mit Nachdruck, dass und wie er das schon im Elternhaus erlebt hat. Die familiäre Prägung stellt für ihn selbst schon als Kind einen bedeutenden Einflussfaktor, auch mit Führungsbezug, dar, der sich bis zum heutigen Tag fort schreibt und zu einem daraus ableitbaren Handlungsmuster führt:

Be: „Mein Vater hat zweimal den Job gewechselt, weil er sich nicht WOHLgeföhlt hat.“

I: „Oh, mhm.“

Be: „PUNKT. Mein Vater den Job gewechselt, also, er hat sozusagen die Firmenführung bei einem Unternehmen aufgegeben und ist in ein anderes gewechselt, weil er dort sich mit gewissen Dingen einfach nicht mehr wohlgeföhlt hat. Fertig. Also das Thema Wohlföhlen in Anführungsstrichen ist immer schon präsent gewesen“ (Dr. Albrecht, 155-157).

Hier ist für die folgenden Schritte festzuhalten, dass eine gesundheitsbezogene Haltung im Feld und in der Rolle vorhanden ist, die er nachdrücklich anführt, wobei er aus dem väterlichen Vorbild die eigene ableitet. Das entschiedene „Punkt“ mit der entsprechenden Betonung zeigt, dass in seinem Fall weder Disposition noch Handeln vorbewusst abläuft, sondern ausgesprochen bewusst, entschieden und sogar nachdrücklich.

Die reflektierte Entschiedenheit setzt sich dann auch bei der Frage nach der Verbindung von Gesundheit und Führung fort und weist über diesen Fall hinaus in Richtung Typenbildung:

„Ich kann mich ja nur DANN gut verkaufen als Mensch an ein Unternehmen oder sonst wie oder als Mensch an meine Familie oder sonst wie, wenn ich persönlich, wenn ich persönlich gesund“ (Dr. Albrecht, 81).

Er spricht vom Menschen, der sich jeweils verkauft, der sein Kapital einsetzt. Dabei spricht er von sich als Mensch und bezieht sich auf die Rollen, in denen er sich den jeweiligen Feldern (beruflich und privat) mit seinen Investitionen einbringt.

### *Ehrmann*

Herr Ehrmann ist im Kreise anderer Interviewter einer derjenigen, die vor dem Interview bereits kurz Kontakt zur Interviewerin hatten und dabei ein wenig zum Forschungsanliegen erfahren haben. So verwundert es nicht, dass er auf den Frageimpuls zur Verbindung von Gesundheit und Führung mit einer Bezugnahme antwortet, die jedoch auch so zu deuten ist, dass seine Überlegungen bereits vor dem thematischen Impuls des ersten Kontakts begonnen haben: „Also, ich habe mir oft darüber Gedanken gemacht, insbesondere weil ich nicht weiß, wie aktiv kann man selber dazu beitragen, gesund zu führen. Oder ist es unter Umständen Veranlagungssache“ (Ehrmann, 116).

Herr Ehrmann geht bei den Stichworten Gesundheit und Führung sofort in die Rolle der Führungskraft und hat dabei den Blick auf seine Führungsaufgabe und Verantwortung gerichtet. Die eigene Gesundheit und der Blick auf sich selbst sind dabei nachrangig und stehen hinter der gesunden Führung als primäre Aufgabe.

Er schließt dann mit Überlegungen dazu an woher Treiber – allgemein formuliert, nicht auf sich bezogen – rühren und beschreibt sich dann selbst als Workaholic, wobei er hier explizit beide Rollen anspricht, die des Mitarbeiters sowie des Managers, aber gleich-

zeitig keine Unterschiede im Handeln in der jeweiligen Rolle sieht und ein grundsätzlich verschiedenes rollenspezifisches Gesundheitshandeln verneint.

Seine Mutter ist genauso gewesen, außerdem macht es ihm Freude, etwas zu schaffen, so seine Erklärung. Also lebt er gemäß seiner Habitualisierung, die ihm auch bereits ansatzweise bewusst geworden ist, weil er selbst über seine familiäre Sozialisation nachdenkt. Über sein Sosein und die von ihm angenommene Genese spricht er auch in der dargestellten Art und Weise reflektierend. Die Frage bleibt dennoch, wie das zur Übernahme einer Führungsrolle passt und wie er sich hier sieht.

Herr Ehrmann zieht seine Energie aus freudvollem Schaffen und nicht aus seiner Führungsrolle und -aufgabe: „Und es macht einfach Spaß, irgendwas zu schaffen. Und ich habe auch früher schon, als ich hier angefangen habe, habe ich mir immer noch Zusatzaufgaben gesucht, die ich neben meinem Job noch gemacht habe“ (Ehrmann, 118). Den Weg in die Führungsaufgabe stellt er als Frage in den Raum, die die Interpretation nahelegt, dass er nicht davon ausgeht, es habe am Fleiß oder Talent gelegen: „Zufall? Weil alle anderen sich geweigert haben?“. Er positioniert sich nicht als Führungskraft und spricht von der Rolle selbst wenig positiv. So reagiert er beispielsweise auf die Frage danach, was eine gute Führungskraft ausmacht, eher defensiv: „Einmal darf man sich meines Erachtens nicht verrückt machen lassen. Also, es kommt ja sehr viel auf einen zu und man darf sich jetzt nicht ins Kleinkleine verheddern. Denn all das, was auf einen zukommt, kann man gar nicht erledigen“ (Ehrmann, 78).

Auch die Bedeutung von Gesundheitshandeln bei Managern erklärt er eher aus einer defensiven Haltung heraus: Ist die Führungskraft nicht gesund, wirkt sich das auf die Mitarbeiter aus und kranke Mitarbeiter wiederum bedeuten in seinen Augen für den Manager eine Mehrbelastung.

Die Dinge kommen auf ihn zu, mit denen er sich als Führungskraft möglichst ressourcenschonend – und dazu gehört auch die eigene Gesundheit – auseinandersetzen muss. Das kann auch darauf bezogen werden, wie er mit anstehenden Herausforderungen und Belastungen bisher umging, und heute umgeht oder in Zukunft umgehen müsste:

„Die Vorgehensweise war eigentlich im Prinzip alles auf einen zukommen lassen, ruhig viel arbeiten und ein bisschen Sport treiben, wenn es einem Spaß gemacht hat. Also dann ist man eben Fahrrad mal gefahren oder ist/ hat man Rol-

ler-Skater gemacht oder sonst was. Aber jetzt muss man sich eigentlich dazu zwingen, WENIGER zu arbeiten und dem Sport oder der Bewegung mehr Raum zu geben“ (Ehrmann, 181-188).

Das Auf-sich-zukommen-Lassen bezieht sich also auch auf gesundheitsbezogenes Handeln. Es gibt – so sieht es in diesem Kontext zumindest aus – keinen wirklich greifenden Treiber oder konkreten Anstoß. Seine Worte sind hypothetisch („eigentlich“) und werden eher als Vorhaben für die Zukunft formuliert.

Bemerkenswert ist mit Blick auf seine Biographie, dass es ein Ereignis gab, das durchaus die Qualität eines Auslösers für ein besonderes Gesundheitshandeln gehabt hätte: Bei ihm wurde nach der Geburt ein Herzfehler entdeckt – und den Eltern die Prognose gegeben, er würde das Erwachsenenalter nicht erreichen. Den Erzählungen nach hat man den Jungen nie als Kranken behandelt und er selbst schien Ressourcen zu haben, selbst in Krankenhausaufenthalten etwas zu finden, das ihm Freude machte und das ihn in Bewegung hielt.

#### *Dr. Fehling*

Während bei Herrn Ehrmann die Bedeutung der eigenen Gesundheitsbiographie nur angedeutet wird, spricht Herr Dr. Fehling dies direkt an: Das Erleben von signifikanten Ereignissen in Bezug auf die eigene Gesundheit könnte Auswirkungen darauf haben, wie sich das Gesundheitshandeln bei der einzelnen Führungskraft entwickelt. Herr Dr. Fehling spricht den Gedanken aus, unter welchen Bedingungen man sich mit Gesundheit vor allem beschäftigt:

I: „Wie gut passt in ihren Augen das Thema Gesundheit in den Kontext Führung. Was kommt Ihnen da in den Sinn?“

Be: „Dass ich mir nicht viel Gedanken darüber mache, machen musste, weil ich eigentlich bisher immer gesund war“ (Dr. Fehling, 84-85).

Es wird der Impuls gesetzt, das Thema Gesundheit in Beziehung zu Führung zu setzen und die prompte Reaktion darauf ist, dass er sich „darüber“ keine Gedanken machen musste – *weil* der konkrete Anlass bzw. Auslöser bisher fehlt. Sein Rollenbezug kann hier implizit gesehen werden: Auf die Frage nach Gesundheit und Führung spricht er von *seiner* Gesundheit. Ausgehend von seiner bisherigen Gesundheitsbiographie stellt

sich ihm bisher die Frage nach Gesundheit weder als Führungskraft noch als Privatperson nicht, weil er noch nicht krank war.

Welchen Bezug zum Gesundheitshandeln stellt er her? Herr Dr. Fehling spricht den dafür nötigen Zeitfaktor an, setzt diesen aber konkret in Bezug zu seinem Familienleben und nicht zu seinem Berufsalltag. Er spricht davon, dass ihm die Zeit zum Sporttreiben fehlt, seit er Kinder hat. Zeit ist auch bei anderen Fällen ein Thema, aber dort wird die knapper werdende Zeit dem zeitraubenden Führungsjob zugeschrieben.

Auf die Frage, wie wichtig es als Führungskraft ist, gesund zu sein, spricht er von der Bedeutung ein Vorbild zu sein. In seinen Ausführungen verbindet er das berufliche mit dem privaten Feld und betont, dass ein angemessener Ausgleich zwischen beiden Bereichen einen Aspekt von Gesundheit darstelle. Instrukтив werden die weiteren Aussagen, als sich „Arbeiten“ im Sinne eines beruflichen oder professionellen Tuns in ein allgemeineres Schaffen wandelt:

„Ich bin der Meinung, ich kann nicht gesund sein, wenn ich nicht arbeite. Arbeite jetzt in dem Sinne, dass ich was tun kann. Ich glaube, ich würde zusammensinken oder verkümmern, wenn ich nicht was tun könnte. Es muss nicht hier bei (Unternehmen) sein, das kann auch zu Hause sein, aber eine Tätigkeit muss ich ausüben. Das heißt gesund und arbeiten oder gesund und was tun, gehören für mich einfach zusammen. Ich kann nicht das eine ohne das andere. Ohne gesund zu sein, kann ich nicht was tun und ohne was tun, kann ich nicht gesund bleiben“ (Dr. Fehling, 236).

Das lässt die Lesart zu, dass das individuelle Bedürfnis etwas zu schaffen im Vordergrund steht und die Übernahme der Führungsrolle dabei als Mittel zum Zweck hilft – und auch, dass Arbeit oder sinnvolles Tun als wichtiger Bestandteil von Gesundheit gesehen und für sich definiert wird. Dieser Ansatz wird unterstützt durch die Aussagen von Herrn Dr. Fehling, dass es sein Bestreben war, Verantwortung zu übernehmen, was sich dann über die Übernahme von Personalverantwortung abbilden ließ und gleichermaßen den im Feld geltenden Sprachgebrauch aufzeigt: mehr Verantwortung - Führungsverantwortung.

Dass sein Bestreben in seinem Interesse an der Sache und Aufgabe begründet lag, in der Entscheidung dann zur Rollenübernahme führte, verdeutlicht das folgende Zitat:

Be: „Also für mich überraschend. Wobei ich habe das gar nicht so wahrgenommen, dass ich Führungskraft geworden bin.“

I: „Och?“

Be: „Nein (...) Als Projekt Mitarbeiter (...) Und das hat mir auch Spaß gemacht, das hat mir viel Spaß gemacht. Und hab mich da auch engagiert. Und nach drei Jahren, nach zweieinhalb Jahren auf einer Weihnachtsfeier fragt mich mein Chef: Mensch, ich muss da eine Abteilung gründen. Oder: Ich will eine Unterabteilung gründen, die ist aber in (Standort des Unternehmens), willst du das machen?“ (Dr. Fehling, 9-11)

Nicht der Wille zur Führung, sondern der ‚Spaß-Faktor‘ wird auch hier als Treiber für Engagement definiert, wodurch sich dann auch beruflich Chancen ergeben: das Besetzen einer freien Stelle mit Führungsverantwortung. Auch Herr Dr. Fehling vermittelt eine eher distanzierte Haltung zur Führung und noch mehr zur Gruppe der Führungskräfte als Rollenträger, die ein gewisses Verhalten an den Tag legen, wovon er sich distanziiert. Auf die Frage nach den Gemeinsamkeiten oder Unterschieden unter ihnen geht er ausgesprochen deutlich auf die Punkte ein, die er eher als trennend empfindet:

„Also, was ich nicht mag, und was ich auch an vielen Führungskräften einfach erlebe, ist das elitäre Denken, ja? Dass sie meinen, zu einer gewissen Elite zu gehören. Und wenn es dann schon bei einem Gesprächsthema manchmal anfängt: Ich bin im Golfclub soundso oder man sieht auch, was tragen die für Anzüge oder was. Dann ist für mich schon eine Distanz da. Damit ich Spaß habe, möchte ich mit Leuten wirklich offen sprechen“ (Dr. Fehling, 61).

Auch ihm geht es um das ‚Eigene‘, darum, seinen eigenen Vorstellungen von Führung und Ausübung der Rolle nachgehen zu können, was für ihn bedeutet: „mit den Leuten wirklich offen zu sprechen“. Als positiv an seiner Rolle beschreibt er in diesem Zusammenhang, dass er kaum vorgeschrieben bekommt, was er zu tun hat, sondern sich im Grunde seine Aufgaben selbst suchen muss. Das hat er in der nicht-führenden Rolle so gut gemacht, dass er mehr Verantwortung bekam, bis er – so seine Erzählung – geradezu unbemerkt Führungskraft wurde. Dieses schleichende Hinübergleiten in die Rolle hieß auch, dass er weiter den präferierten Aktivitäten nachgehen konnte. Der Rollenwechsel wird für ihn daher nicht zur Zäsur, die tiefgreifend andere Handlungsweisen erforderte. Er erlebte den Wechsel eher en passant, weil sich ihm Chancen eröffnet ha-

ben. Rollenspezifische Äußerlichkeiten fallen hier weitaus mehr ins Gewicht, wie im voranstehenden Zitat beschrieben, was bei ihm zu einem genauen Prüfen von Zugehörigkeit führt. Diese ist nach seinem Empfinden nicht immer gegeben, aber im Gespräch gibt es keinen Hinweis darauf, dass es bei Herrn Dr. Fehling habituelle Anpassungen gibt. Vom schwindenden Zeitbudget einmal abgesehen, das er seit dem Positionswechsel zur Verfügung hat, vermitteln seine Ausführungen vielmehr eine gewisse Konsistenz im Habitus.

Die Aussage zu den selbst zu suchenden Aufgaben weist noch auf etwas anderes hin: Dieses Handeln-Können oder -Müssen erfordert ein hohes Maß an (Eigen-)Verantwortung. Die positive Bewertung der Arbeitsweise an sich gibt also auch einen Hinweis darauf, dass er auch damit die eigene Rolle als positiv bewertet und diese Verantwortung für sein Tun gern übernimmt (vgl. Dimension IV).

### *Zwischenfazit*

Für das eigene Gesundheitshandeln scheint ein wohltemperiertes Verhältnis, also eine gewisse Distanz zur Rolle, förderlich zu sein. Und zwar in dem Sinne, dass es dem Manager zugutekommt, einen persönlichen Treiber zu haben, der über der Rolle liegt. Es mehren sich also zwischenzeitlich die Hinweise darauf, dass dieses ‚Eigene‘ in der Tätigkeit oder Rolle ein wesentlicher Aspekt des Habitus ist.

### *Dr. Schwarzer*

Herr Dr. Schwarzer steigt nach Studium und Promotion gleich mit einer Führungsposition in seine erste berufliche Aufgabe ein. Das beschreibt er in der Art eines Ertrags aus einer zuvor getätigten Investition, wenn man die Promotion im Sinne Bourdieus als besonderes symbolisches Kapital betrachtet: „Ich kam dann in diese Forschungs- und Entwicklungsabteilung und als junger Doktor (Name) war ich dann eben auch schon jemand“ (Dr. Schwarzer, 15), d.h. er hatte also eine gewisse Einstiegserleichterung in die Führungsrolle durch den Titel.

Damit legt er ein anderes Verhältnis zu seiner Rolle als Manager an den Tag als die meisten anderen Gesprächspartner. Zu führen stellt sich bei ihm als schlüssige Konsequenz einer bestimmten beruflichen Entwicklung dar. Die Führungsaufgabe wird als Ergebnis einer bestimmten Leistung und Investition betrachtet, bei der er selbst der Treiber war und andere ihn dabei unterstützt haben, wie zum Beispiel sein Vorgesetzter.

So früh, wie er sich in die Rolle der Führungskraft hineingefunden hat, so klar und früh (im sequenziellen Sinne des Interviews) bezieht er auch Stellung zur Bedeutung der Gesundheit einer Führungskraft. Bei einer Frage, bei der andere die Relevanz der Rolle mehr oder weniger nachdrücklich verneinen, bekräftigt er die Bedeutung von Gesundheit für eine Führungskraft, weil an diese besondere Erwartungen gestellt werden und auch die Komplexität der Aufgaben höher ist, was eine gute Gesundheit erfordert. Erst im Weiteren geht er aus der Rollenperspektive heraus und betrachtet Gesundheit für alle als gleichermaßen wichtig, unterstreicht allerdings noch einmal die anders gelagerten Erwartungen an Führungskräfte.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang seine spontane Reaktion auf die Stichwort-Frage nach den Assoziationen zu Führung und Gesundheit. Ohne expliziten Rollenbezug spricht er hier seine Eigenverantwortung an einer Stelle an, an der die Interviewerin soeben den Übergang von einer vorhergehenden Interviewsequenz mit konkretem Bezug zur Führung hergestellt hat. Er beschreibt den Umgang mit seinen Ressourcen, wie er abends abschaltet und wie er Abstand vom Arbeiten bekommt. Er spricht vom Arbeiten und bezieht sich auf das Feld. Das heißt, er beschreibt, wie der Feldaustritt mit dem Prozess des Abschaltens verbunden ist. Darüber hinaus veranschaulicht er, dass es durchaus nicht selbstverständlich sein muss, dass der äußere Feldwechsel mit der gewünschten Wirkung (Abstand) einhergeht.

Das Bestreben, dieses Bedürfnis durch aktives Zutun zu befriedigen und der damit einhergehende Erfolg veranschaulichen den Anspruch, der mit dem Verlassen des Feldes verbunden ist. Diese Erwartung hat aber der Einzelne, in diesem Fall Herr Dr. Schwarzer, selbst zu leisten: abschalten als aktiver Prozess. Ihm gelingt es in der Regel, was er in einer Weise erzählt, die anklingen lässt, dass er auch dies als einen persönlichen Erfolg verbucht: Er hat sich das Abschalten über den Tag verdient. Das schließt nun unmittelbar an Überlegungen zum Kapital und die damit zusammenhängenden Investitionen an: Da Kapital und sein Einsatz individuell verschieden ist und von der besonderen Konstellation von Habitus, Kapitalstock und Feld abhängt, ist davon auszugehen, dass die Handlungsweisen jedes Einzelnen für etwas stehen. Das Unterstreichen der Eigenverantwortung erklärt sich bei Herrn Dr. Schwarzer daraus, weil nur dann etwas mit dem Kapitaleinsatz im Sinne der Rolle zu gewinnen ist: weil man ihm diesen erhöhten Einsatz selbst zuschreibt, was dann zu einer Anerkennung als Führungskraft und damit in seiner Rolle führt.

*Werner*

Herr Werner zeigt eine Handlungsstruktur, die Parallelen zu derjenigen von Herrn Dr. Schwarzer aufzeigt: besonders im Verhältnis von Investition und resultierendem Verdienst bzw. Kapital. Dabei stellt Herr Werner einen ursächlicheren Bezug zum Gesundheitshandeln her. Dies wird als eine notwendige Investition in den Kapitalstock Körper betrachtet, um bei der Arbeit entsprechend investieren zu können, also leistungsfähig zu bleiben. Dabei ist bei ihm das kalkulierende Moment sehr ausgeprägt und von vielen Erwägungen beeinflusst – so auch den konkreten Überlegungen, wann wie viel Gesundheitshandeln angezeigt ist. Exemplarisch steht hierfür die folgende Interviewpassage:

Be: „Ja, es war ein, also klassisch eigentlich, arbeiten, arbeiten, arbeiten. Niveau war natürlich da. Sprich: man musste irgendwo ständig 100 Prozent bringen und es kam dazu, ich sage es mal, normale Krankheitserscheinungen, so, aber nicht dass diese Krankheitserscheinungen dann weggingen, dass man sich irgendwie kurieren konnte durch Schlaf und sonst wie heilen und Medikamente oder was auch immer. NEE. Ging nicht, ging in dem Moment nicht. Körper sagt: Danke, und jetzt bist DU GANZ zu Hause. Jetzt bist du nicht mehr nur bei 82 Prozent, sondern jetzt bist du unter 80 Prozent, das heißt, jetzt ist das Thema erledigt (lacht beim letzten Halbsatz).“

I: „Haben Sie was mitgenommen aus der Erfahrung?“

Be: „Ja, ich habe mitgenommen, dass – ich sage mal – der Umgang mit Leistungserbringung natürlich beobachtet werden muss. Sprich: Wie viel Leistung kann man erbringen?“ (Werner, 268-271).

Das heißt, der Körper wird nun nicht mehr als selbstverständlich angesehen. Er wird nun beobachtet und nicht erst, wenn der Körper deutliche Symptome liefert.

Seine eigene Gesundheit ist ihm insofern sehr wichtig, als dass er dadurch gemäß seinen Vorstellungen und Maßstäben agieren kann. Zwar geht er in seinen Ausführungen zum unpersönlichen „man“ über, doch dies vermittelt – im Kontext betrachtet – nicht den Eindruck, hier nicht mehr persönlich werden zu wollen, obwohl es einem oft anzutreffenden Sprachmuster des Entpersönlichen entspricht. Herr Werner lässt sich auf das Gespräch zu seiner persönlichen Situation und zu seinen Sichtweisen ein. In dieser Sequenz sowie an anderen Stellen im Interview werden die Überlegungen am eigenen Er-

leben festgemacht, gehen aber über die eigene Person hinaus. Sie werden zunächst als zentral identifiziert und dann mit seinem „man“ allgemeingültig gemacht.

Um den Blick bewusst auf die Rolle der Führungskraft im Kontext von Gesundheits handeln zu richten, wird gezielt nach der Bedeutung von Gesundheit für eine Führungskraft gefragt. Hier betont er die Bedeutung von Gesundheit für Manager. Dabei leitet er nach wenigen Worten von den Führungskräften im Allgemeinen zu sich selbst in der Rolle über, um seine Ansicht zum Thema zu erklären. Nach wenigen Worten, in denen er den Rollenbezug über die Führungsbeziehung zum Mitarbeiter illustriert, verlässt er dann diesen Standpunkt und verändert seine Perspektive: Herr Werner führt aus, dass seine Einschätzung auch im Agieren unter Kollegen oder auch außerhalb des Geschäfts gilt. Diese Erweiterung und Übertragung des Rollenverhaltens auf andere Kontexte kann als Weiterführung unter der Überschrift ‚spricht aus der Rolle herausgetreten‘ betrachtet werden. Es kann aber, das ist auf der Basis der vorliegenden Daten nicht mit Sicherheit zu sagen, ebenso als erweiternder Exkurs gedeutet werden:

„Ich kann nur bewusst handeln als Führungskraft, wenn ich gesund bin. (...) Und, nicht nur bezogen auf meine Mitarbeiter, sondern auch auf alle anderen, mit denen ich im Hause intern wie extern kommuniziere. Wenn ich nicht fit bin, bin ich nicht agil, kann ich keine Gespräche führen oder nicht SO führen, bin nicht bei der Sache, bin nicht schnell genug im Denken“ (Werner, 122).

Diese Erweiterung seiner Gedanken und Haltung über Rolle und Feld hinaus wird in einer späteren Sequenz bewusst aufgegriffen, als es um die konkreten gesundheitlichen Voraussetzungen oder Erfordernisse geht, um den zuvor von sich selbst geforderten Ansprüchen gerecht werden zu können:

I: „Brauchen Sie ein anderes FIT und gut abseits der Arbeit als bei der Arbeit, also haben Sie da eine andere...“

Be: „DAS ist eine GUTE, eine sehr gute Frage. Durchaus. Das ist eine sehr gute Frage. (...) Aber BRAUCHT man es, das ist jetzt (-) Ich hätte fast gesagt, man braucht es nicht, aber ich tue mich schwer mit einer Antwort, weil ich überlege, gibt es denn jetzt so einen großen Unterschied quasi wie ich irgendwie jetzt im privaten Bereich wäre wie im beruflichen Bereich, wenn ich hier im Umfeld BIN. DA ist aber wiederum auch nicht so das große Delta da. Also, es IST SCHON SO, das hängt aber vielleicht ein bisschen an der Funktion. Ich habe na-

türlich viel Kundenkontakt, intern wie extern. Ich kann mich jetzt hier nicht gehen lassen. Also hier irgendwie mit Dreitagebart und so weiter. Das geht SO NICHT. Oder auch von der Kleidung her oder so. Das sind wieder Sachen, das geht SO NICHT. Das ist auch etwas, was man, wo man durchaus Wert legen muss, was am Ende wieder so ein bisschen reingeht in die Schiene: Naja, wer stellt denn jetzt was DAR. Also, das geht, ich will nicht sagen schauspielern, aber das ist so ein bisschen was, was mit dazugehört. Also, das ist auch etwas, was manchmal andere Menschen vielleicht auch nicht verstehen WOLLEN, weil sie das irgendwie in einen, wie kann man das sagen, in einen Eingriff in ihre Privatsphäre oder vielleicht beziehen wollen bis hin zu DER KÖRPER. Wieder so. Wenn einer jetzt 20 Kilo zu viel drauf hat und meint, er muss nun gar nichts tun, ja gut, dann hat er für sich die Entscheidung getroffen, es IST so. Oder vielleicht ist er krank und er macht trotzdem nichts oder so. Aber die Frage ist ja, wie man damit UMGEHET. So, und von daher, ja das ist am Ende wieder so viel so mit Stimmigkeit, aber es ist für mich kein Unterschied oder so. Ich lasse mich jetzt zu Hause auch nicht gehen. (...) auch mal eine Jogginghose anziehe, ich muss jetzt nicht immer in Anzug raumlaufen (lacht), also (Werner, 220-221).

Oben wird zwar formuliert, dass es sich hier um eine Erweiterung seiner Haltung handelt, aber, genauer gesagt, wird derselbe Anspruch nicht um ein weiteres Feld erweitert, sondern die Reflexion über den Gegenstand wird in gleicher Weise auf das private Feld übertragen. Diesem Prozess des lauten Denkens zu folgen, ist bemerkenswert, weshalb an dieser Stelle so ausführlich zitiert wird. Herr Werner berührt in diesem Prozess wichtige Aspekte von Rolle, Feld, Habitus, Kapital und Körper und stellt diese Konstrukte selbstverständlich dar, wodurch er gleichzeitig wesentliche Facetten seines Habitus beschreibt. Er skizziert das eingangs beschriebene „Delta“ zwischen den Feldern Privatleben und Beruf und nimmt die Differenz beider deutlich wahr, ebenso wie die Dinge, die für ihn als Eintrittsvoraussetzung, als passender Habitus, gelten: eine bestimmte körperliche Erscheinung, zu der auch Kleidung gehört sowie insgesamt ein Sich-Zusammennehmen (im Gegensatz zum „Sich-gehen-Lassen“). Dass er die Regeln des Feldes akzeptiert, belegen die Worte, mit denen er sich von Abweichungen distanziert („Dann hat er für sich die Entscheidung getroffen, es ist so.“). In dieser Phase der bewussten Reflexion des Habitus spricht Herr Werner auch die Grenzen der Felder mit seinen Grenzsetzungen an („Eingriff in die Privatsphäre“). Das, was anderen manchmal schwer zu fallen scheint, nennt er „Stimmigkeit“. Stimmigkeit ist ein sehr persönlicher

Begriff mit hohem Innen-Bezug. Das macht es sehr aufschlussreich, denn das, was in dieser Analyse als Facetten des Habitus und seiner Kompatibilität in verschiedenen Feldern betrachtet wird (also durch Erfahrungen eingeschrieben ist), stellt sich für ihn selbst als persönlicher Marker dar, der für ihn erfahrungs- und handlungsleitend ist.

Vor dem Hintergrund der hier eingenommenen konstruktivistischen Haltung ist dieses eigene Erleben und Deuten der Welt wesentlich. Und hier ist festzuhalten, dass er sich an einem eigenen Maßstab, der Stimmigkeit, orientiert, was zu einem gesundheitlichen Wohlbefinden führt, das gleichzeitig Souveränität in der Rolle vermittelt.

Wie tragfähig diese bewusste Aneignung ist, wie viel Klarheit diese vermittelt, zeigen auch andere Beispiele, in denen er über soziale Vergleiche mit anderen eine Bestätigung seines Habitus verspürt: Diese Stärke und dieses Gefühl der Stimmigkeit, dass sein So- sein, also sein Habitus passt, fließt auch in die Haltung zum Gesundheitshandeln ein und in die Erwartung, was das Unternehmen und damit der Ausrichter des ‚Spiels‘ dazu beizutragen hat. Herr Werner führt aus, dass es eine gute Führungskraft ausmacht, sich mit starken und leistungsfähigen Mitarbeitern zu umgeben. Dazu erwartet er dann Rahmenbedingungen im Unternehmen, die dies wertschätzen und nicht zu einer – ungesunden – Befürchtung führen dürfen, sich durch gute Führung selbst wegzubefördern (vgl. Werner, 94).

Diese detaillierte Fallbeschreibung soll den Anschluss von Gesundheit zur Führung und Führungsrolle beleuchten, so wie die Akteure ihn selbst herstellen. Bei diesem Bestreben fällt hier auf, wie konsequent Herr Werner auf die erforderliche Stimmigkeit einer Situation oder Handlung hinweist. Im Zuge dessen fällt bei den diesbezüglichen Ausführungen auf, wie hoch der soziale Bezug bei dem ist, was er als „stimmig“ beschreibt und erst einmal auf innere Passung hindeutet. Doch die äußere Passung spielt eine mindestens ebenso große Rolle. Wie in den Beschreibungen oben zu erkennen ist, erwächst dieses Gefühl in hohem Maße aus dem Abgleich in sozialen Situationen. Es geht um ein Abwägen von Ansprüchen und Erwartungen, wobei er beispielsweise einen Erlauber (in Gestalt des eigenen Vorgesetzten) für ein Gesundheitshandeln bräuchte (vgl. Werner, 108). Dies führt dazu, hier einen Außentreiber in der dritten Analyse-Dimension zu sehen. Zieht man diese Erkenntnis hinzu, so kann der gesuchte Anschluss hier auch so gesehen werden, dass er seine Gesundheit bzw. sein Gesundheitshandeln in Bezug zum eigenen Geführtwerden setzt. Das stellt keine Bewertung seiner Führung selbst dar, ist aber im Zuge der Fragestellung nach dem Zusammenhang zwischen Führung und Ge-

sundheit sehr aufschlussreich: Eine Führungskraft des oberen Managements, die eine klare Vorstellung von Führung und von guter Führung hat und dies mit zahlreichen wie reflektierten Beispielen belegt, nimmt da, wo es im wahrsten Sinne substantiell wird, wo das (Körper-)Kapital angetastet ist, keine führende Rolle und keine Verantwortung für sich ein.

Vom aktuellen Er-und Ausleben zur Genese: In den Zusammenhang mit den Interviewpunkten zur beruflichen Entwicklung gehört die Frage, woher er das berufliche Rüstzeug bekommen hat. Aus dieser initialen Frage an den Gesprächspartner zu seiner beruflichen Entwicklung bewegt sich seine Erzählung ganz ungefragt weiter zu übergreifenden Aspekten von Prägung – wie z.B. durch das Elternhaus. Dabei skizziert er den Prägungsprozess, an dem sich Hinweise zum Habitus herauslesen lassen. Er lässt sein Gegenüber an der Abwägung teilhaben, dass einerseits das Elternhaus eine habituelle Grundausstattung vermittelt hat und andererseits diese Ausstattung erst die Grundlage dafür sein konnte, dass eventuelle erziehungsunabhängige Dispositionen wirksam wurden, um beim Erfahrungslernen Schlüsse zu ziehen, die wiederum in eine Haltung mündeten. Darüber hinaus kann man sagen, dass die Dispositionen, Prägungen und Erfahrungen identitätsbildend waren („Man fühlt sich also selber als Person.“). Herr Werner gewährt Einblick in die Genese seines „Bauchgefühls“ und seiner zitierten Stimmigkeit, wofür auch sprachlich eine sehr körperliche Beschreibung gewählt wurde, die unterstreicht, wie sehr sich Erfahrungen physisch einschreiben.

Im Folgenden bezieht er diese frühe Sozialisation auch auf die berufliche Erfahrung:

„Man nimmt sozusagen auch noch eine Bestätigung mit. Entweder von DEM, dass man am Ende das eigene Verhalten dagegen spiegelt. *Man fühlt sich also selber als Person* (...) oder aber auch, das, was man im Laufe seines Lebens, also jetzt mal unabhängig, also da war ich jetzt davor gedanklich bei meiner Erziehung. Bei meinem Elternhaus“ (Werner, 64).

Und bezieht sie auf grundlegende Charaktereigenschaften, die sich als hilfreich für die Berufsrolle erweisen:

Be: „Wahrscheinlich eher, dass solche Begriffe so vermeintliche TUGENDEN wie ich sage mal Ehrlichkeit oder Glaubwürdigkeit oder Integrität, ich sage mal,

etwas ist, was man entweder hat oder man hat es eben irgendwie ein Stückweit aus dem Elternhaus schon mitgekriegt“ (Werner, 66).

Sein Habitus ermöglichte und ermöglicht ihm eine feld- und rollenmäßigen Passung im Sinne von Stimmigkeit, wie er es nennt, die bei ihm auf einer spürbaren Ebene zu Wohlfühlen führt.

### *Borgmann*

Dieser Fall ist ein weiterer in der Reihe der Manager, für die die Übernahme der Führungsaufgabe eine Möglichkeit bietet, um die eigenen präferierten Themen vorantreiben zu können. Er beschreibt die Führungsposition als den einzigen Weg, „breiter aufgestellt“ zu sein, mehr Verantwortung zu bekommen, weil sonst das „Aufgabenspektrum begrenzt“ ist. Als er seine Haltung beschreibt, sagt er an einer Stelle im Interview, dass Führung ein Weg ist, den man in dem Unternehmen bei bestimmten Aufgaben gehen muss. Daraus spricht kaum das Bestreben um die Rolle als solche, sondern es sind vielmehr die Aufgaben, die sich ihm als Herausforderung bieten. Dabei möchte er etwas gestalten können – auch mit der Aussicht auf neue Herausforderungen, die dann im Zuge eines Rotationsprinzip anstehen können.

„Also, es ist nicht auf ewig, dass ich dann halt da in der Richtung (Ort) bin. Irgendwann werde ich auch mit der Aufgabe dann mal durch sein und dann steht auch irgendwo die nächste Rotation an. Zu einer Aufgabe, die vielleicht etwas anders gestaltet ist, die jetzt nicht so tief mit Personalthemen zu tun hat, wie es momentan der Fall ist, sondern mehr vielleicht etwas sachlicher orientiert sind. Und das sind dann auch Themen, die mir dann auch ein Stück weit mehr liegen. Aber es ist auch eine Erfahrung, die ich da dann mache, die ich halt vorher nicht hatte. Und von daher ist das Thema schon anspruchsvoll. Aber eben keine Thema, welches ich bislang hatte und bislang auch gern gemacht habe“ (Borgmann, 219-222).

An anderer Stelle äußert er sich eher kritisch gegenüber Führungskräften, wenn es darum geht, Gemeinsamkeiten zu benennen – ohne sich hier erkennbar zuzuordnen oder die Antworten gleichermaßen auf sich zu beziehen. Zum einen sieht er im Wunsch, vorankommen zu wollen, eine Gemeinsamkeit, der Führungskräfte im Allgemeinen eint. Zum anderen nennt er auch das Bestreben, „ein Stück mehr Macht zu haben (...) wobei

das eher nicht so eine positive Eigenschaft ist in dem Sinne, dass das ebend das wirklich trägt, ne Führungsrolle oder insgesamt die Führungsverantwortung“ (Borgmann, 41).

Herr Borgmann hängt dabei nach eigenen Aussagen nicht an seiner Führungsrolle, sondern er fragt sich, ob ihm das, was er tut, Spaß macht. Und dabei schwingt auch immer die Frage mit, wie befriedigend das für ihn ist. Wie weiter oben zitiert, ist das Führen für ihn kein hinreichender Treiber, der Befriedigung verschafft, sondern es sind für ihn die Inhalte.

„Macht das (Aufgaben, die mit der Führungsposition verbunden sind, VH) wirklich Spaß? Ist es das, was ich wirklich tun will oder machen andere Aufgaben nicht mehr Spaß? (...) Aber insgesamt ist das Umfeld insgesamt noch ok und die Aufgabe als solche ist ok“ (Borgmann, 214).

Durch seine Schilderungen zu den Punkten, die ihn beim Führen wenig begeistern, schafft er auch den Übergang zum Thema Gesundheit. Die auch hier nebeneinander gestellten Begriffe Führung und Gesundheit<sup>80</sup> führen zur Assoziation eines erhöhten Stresslevels und die knapper werdende Zeit für Dinge, die ihm persönlich wichtig sind, wie der Sport oder die Familie (vgl. Borgmann, 76-79). Es trifft auch hier zu, was sich bereits bei der Führungsthematik vorher gezeigt hat: Tätigkeiten werden danach bemessen, wie sehr sie seinen persönlichen Vorstellungen und Bedürfnissen gerecht werden.

Die Rolle trägt nicht, um ihm Freude zu bereiten. Das Feld betritt er mit Freude, sofern er sich Herausforderungen widmen kann, die seinem persönlichen Interesse genügen. Ist die Grundlage gegeben, betritt er das Feld und zeigt sich bereit, den Spielregeln zu folgen, also auch in die Führungsrolle zu gehen, um die Aufgaben machen zu können, die ihm Spaß bereiten. Er folgt also seinem „Spaß-Treiber“ und zahlt ggf. einen Preis, also eine Rolle zu übernehmen, die er nicht anstrebt. Dennoch verliert er nicht den kritischen Blick darauf, wahrt eine gewisse verbal vermittelte Distanz, wie oben dargestellt. Für ihn verändert sich erst mit der Position im Feld Grundlegendes, denn Führung bedeutet Stress und damit auch weniger Zeit für das private Feld.

Die negative ‚Aura‘, die die Führungskraft aufgrund ihrer Rolle umgibt, spiegelt sich auch darin wider, wenn er sich im Krankheitsfall der Führungskraft darum sorgt, dass

---

<sup>80</sup> „Wenn sie diese beiden Stichworte so im Zusammenspiel hören: Was fällt Ihnen dazu spontan so ein?“, Borgmann, 76.

diese eventuell nicht ernst genommen wird. Nicht ernst genommen in dem Sinne, dass man wegen mangelnder Leistungsfähigkeit durch die Krankheit ggf. Handlungen und Entscheidungen in Frage stellt. Bemerkenswert ist dabei, dass er annimmt, Krankheiten „überlagern das normale Leben“ (Borgmann, 154). Damit bringt er zum Ausdruck, dass eine kranke Führungskraft erst einmal als Mensch insgesamt krank ist, dies aber eine feld- und dann anschließend rollenbezogene Relevanz entwickelt, wie soeben beschrieben.

Trotz dieser kritischen Einschätzung beurteilt er sich selbst mit seinem Gesundheitsverhalten als unbeeinflusst von äußeren Einflüssen, glaubt eher, dass er sich selbst mit seinem Sporttreiben „tendenziell risikobewusst verhält“ (Borgmann, Teil 2, 46) – ggf. mit Auswirkungen auf seine Gesundheit. Er selbst ist davon überzeugt, dass Feld und Gesundheit sich für ihn nicht nachteilig aufeinander auswirken, obwohl mit der Rolle Risikofaktoren hinzukommen: Zeit, Stress sowie Interpretationen der Mitarbeiter.

### *Zwischenfazit*

Herrn Borgmann fällt zur beruflichen Rolle durchaus Kritisches und gar gesundheitlich Belastendes ein. Das berufliche Feld ohne Rollenbezug hingegen beschreibt er wertfrei. Nicht neutral äußert er sich hingegen zu einzelnen Arbeitgebern, aber da er sich seinen Arbeitgeber eigenverantwortlich aussucht, schafft er sich einen unbelasteten Rahmen, in dem er sich mit Freude entfalten kann und der damit auch für seine Gesundheit förderlich ist. Hat er sich *sein* Spiel herausgesucht, welches seinem eigenen Spaßtreiber entspricht, dann empfindet er Freude und arrangiert sich mit den Bedingungen des Feldes. Dass sein Habitus nicht in jedem Bereich dieses Feldes – oder sozusagen in jedem Subfeld – gleichermaßen passt, hat er bereits erfahren und Konsequenzen daraus gezogen. Hier trifft zu, was bereits bei anderen Managern deutlich wurde: ein Wohlfühlen aus der Eigensteuerung sowie dem Gefühl heraus, *sein* Spiel zu spielen. Wenn das Führen hier die eigene Befriedigung nicht steigert, sondern diese sogar reduziert, steht die Rolle zur Disposition, aber nicht das Feld.

Was sich auch in diesem Fall wiederholt ist der Treiber, sich nur dann in einem Feld zu betätigen, welches dem eigenen Spaß-, Wohlfühl- oder Erfüllungstreiber entspricht. Womit genau dies zu realisieren ist, das variiert. In dieser Konsequenz entspricht es dem, was vom Habitus wiederholt zum Vorschein kam: der Blick über die Rolle und

das Feld hinaus auf etwas Eigenes. Das heißt, die Führungskraft investiert nicht ihr kostbares Kapitel in etwas, was ihr und ihrer Überzeugung nicht entspricht.

### *Althaus*

Diese Führungskraft beschreibt im Interview eine Entwicklung des Habitus, die als Veränderung oder Transformation des Habitus (vgl. von Rosenberg, 2011) betrachtet werden kann. Der insgesamt als träge und dadurch eher als stabil angenommene Habitus einer Person wird nur durch ein signifikantes Ereignis so erschüttert, dass es zu grundlegenden Veränderungen kommt, die im Wahrnehmen, Denken und Handeln sichtbar werden.

Aus den Daten lässt sich keine Information zur familiären Habitualisierung ziehen. Es steht die berufliche Entwicklung im Vordergrund, die wiederum klare Hinweise bietet. Die Entwicklung dieser Führungskraft begann geradezu klassisch und feld-spezifisch typisch: Die eher traditionelle Handelsbranche kannte lange nur einen Weg, überzeugende Leistungen zu honorieren und Mitarbeiter mit Potenzial zu entwickeln: über die Beförderung in eine Führungslaufbahn. Diese Karriereplanung beinhaltete dann meist, dass diese Art der Karriere sich für diese Führungskraft als zwangsläufig darstellt, also in einer Weise, die keine Option des Nein-Sagens kennt. Immerhin hat sie aber bei ihm zur Gewöhnung geführt sowie zum Spaß daran, wie er später erzählt. Aber dies war die Entdeckung aus der Tätigkeit heraus, das Führen war kein eigenes Ziel oder gar Ergebnis eines Strebens:

„In die Rolle reingekommen bin ich so ganz zwangsläufig, weil ich nach der Ausbildung/ man gemerkt hat, dass man mich irgendwo gebrauchen konnte zu der Geschichte und dann hat man ja so eine kleine Abteilung mit drei vier Leuten und dann wird man auch dran gewöhnt“ (Althaus, 12).

Dies bedeutet, dass er Zutritt zum Feld in einer anderen Rolle oder Position erhalten hat. Dort erwies sich sein Habitus als so passend, dass er Zuspruch und Förderung erfuhr, was ihm zur ersten Führungsposition verhalf.

Was er als Gewöhnungsprozess beschreibt, kann als die anfängliche Prüfung und Anpassung des Habitus an die Anforderungen der Position im Feld gesehen werden.

Er erfuhr bald, dass ein generell zum Feld passender Habitus aber nicht gleichbedeutend mit der Passung zu allen Habitus-Anforderungen in diesem Feld ist. Durch Fehler in der neuen Rolle, die durch die Suche nach dem ‚richtigen‘ Handeln entstanden sind, zeigte sich, dass es Situationen gab, für die sein Habitus keine eingeschriebenen Handlungsempfehlungen mit sich brachte. Die Konsequenzen der Fehler erlebte er als Hinweise darauf, wie er sich anpassen muss und gab dem – nach einer Phase der Erholung und Neujustierung – nach.

Dass sein Habitus ihm kein reibungsloses Spiel im Feld ermöglichte, merkte er früh, allerdings ohne dem zunächst die nötige Aufmerksamkeit zu schenken: Körperliche Reaktionen wie Kurzatmigkeit oder Gefäßprobleme schob er auf das Rauchen, was er dann aufgab. Er verinnerlichte den Manager-Habitus, den er im Feld erlebte, und betrieb Raubbau mit seinen Ressourcen, die schließlich zu einem Zusammenbruch in Form eines belastungsbedingten epileptischen Anfalls führten. Dieser stellt die Zäsur dar, die beim ihm eine grundlegende Veränderung des Habitus nach sich zog.

Nach einer frühen Entwicklung in die Rolle der Führungskraft mit dem Bestreben, sich den geltenden Habitus anzueignen, führte der körperliche Zusammenbruch dazu, Denken und Handeln zu reflektieren, also sich bis dahin vorbewusst Ablaufendes bewusst zu machen und dieses zu hinterfragen.

Zwar bleibt er im Feld und in der Rolle, aber er agiert anschließend auf der Basis eines veränderten Habitus. Festzumachen ist dies an seinen Erzählungen dazu, was er in Feld und Rolle heute anders macht als früher.

Die habituellen Veränderungen sind bei Herrn Althaus unmittelbar gesundheitsbezogen, da auch der Auslöser für die Veränderungen dort zu suchen ist. Sichtbar werden die neuen Habitualisierungen auch über unmittelbares Gesundheitshandeln hinaus im beruflichen Kontext:

Be: „Ich bin damals auf der Bahre wach geworden und hab mir (-)/ der erste Gedanke, der mir durch den Kopf ging, war: So einfach ist das also. Du merkst ja gar nicht, wenn du irgendwann mal tot umfällst. So, und der Gedanke (-) ich hab keine Lust, irgendwann mal (-) dafür bin ich noch viel zu jung. Aber der Gedanke, der treibt mich an und lässt mich dann, lässt dann nicht mehr zu, dass ich mir zu viel, dass ich mir zu viel zumute und, und, und. Deswegen kann ich heute viel

eher sagen: NEE, ich gehe heute nach Hause, NEE, ich mache anstatt zehn Veranstaltungen Fastnacht nur drei. NEE, ich fahre mit dem Zug darunter“ (Althaus, 108).

Er geht in seinen Überlegungen auch auf die kritischen Punkte in seiner Biographie ein. Er sucht im Inneren sowohl nach Faktoren, die bei ihm positive Gefühle auslösen, als auch nach negativen Emotionen. In diesem Sinne hadert er mit sich selbst, Medikamente nicht genommen oder damals nicht auch mal Nein gesagt zu haben. Erst überlegt er, dass ihm damals der aktuelle Anlass fehlte, dann konstatiert er einmal mehr selbstkritisch, dass er früher auf seinen Körper hätte hören sollen.

Er spürt, dass es zwischen seinem Handeln und dem Körper als Speicher seiner Erfahrungen eine Verbindung gibt, die wichtige Hinweise gibt, solange man sie (er-)hört. Im Grunde formuliert Herr Althaus hier, wider seinen ureigenen Habitus gehandelt zu haben, um sich den Spielregeln des Feldes anzupassen. Ein weiterer Spagat – bis er erkannte, dass er sich (wie die anderen Erfolgreichen/ Gesunden auch) das Spiel zu seinem eigenen machen muss: Wenn er Freude an der Aufgabe hat (was er hat), dann muss und kann er definieren, was und wie viel er investiert. Dahingehend hat er seinen Habitus angepasst. Er spielt sein neues Spiel im alten Feld – und erkennt, dass er damit gut fährt:

„Mein Problem war, dass ich (...) viel zu viel mitgenommen habe von irgendwelchen Terminen. Ich konnte nie, nicht nein sagen. (...) Mittlerweile kann ich das, dass ich eher drauf achte, wie beLASTE ich meinen Körper am besten. Ich fahre nicht mehr mit dem Auto nach München zu nem Meeting (...) und fahre mit dem Zug darunter. Wunderbar. Man kann lesen, man kann auch aufstehen, man kann mal irgendwo im Zug rauf- und runtergehen, was man im Auto NICHT kann. Da ist man ja wesentlich mehr angespannt. Also, diese Erkenntnis für sich zu treffen, a, was kannst du dir zumuten und b, wie kannst du dann DAS, was zu deinem Job gehört, am besten gestalten.“ (Althaus, 92)

Für ihn brauchte es in der Vergangenheit sehr deutliche Signale in Form von Einschränkungen, die ihn faktisch zum Innehalten zwangen, denn weniger dramatische Signale haben ihn nach eigener Aussage nicht dazu gebracht, auf eben diese zu hören und Konsequenzen – welcher Art auch immer – daraus zu ziehen:

„Und damals hat's schon angefangen, dass man dann irgendwie Durchblutungsstörungen kriegte und (...). Das ist ja alles nicht GESUND und wenn man da schon eher auf sich gehört hätte, auf den Körper gehört hätte, dann hätt man damals wahrscheinlich schon auf den heutigen Missstand hinarbeiten können, dass das nicht funktioniert hätte“ (Althaus, 96).

Wenn die Analyse einen Schritt weiter auf das konkrete Gesundheitshandeln betrieben wird, dann stellt es sich wie folgt dar: Es ist, wie sich oben schon andeutet, ein anlassbezogenes Handeln, wenngleich er aufgrund seiner Erfahrungen sensibler geworden ist und früher (re-)agiert. Er ist nun im Alltag darauf bedacht, sich nicht zu überlasten, und er hat sich über die Möglichkeiten am Arbeitsplatz hinaus Ausgleichsmöglichkeiten geschaffen, also gezeigt, dass er aktiv für seine Gesundheit sorgt. Dabei musste er Rückschläge verkraften (Bandscheibenleiden) und merkt dabei, dass die Gefahr groß ist, wieder ins anlassbezogene Gesundheitshandeln zurückzufallen, und es dann erneut einer körperlichen „Einschränkung“ bedürfte, um wieder aktiv zu werden:

I: „Was müsste denn passieren, damit Sie's tun?“

Be: „Wahrscheinlich müssten die gesundheitlichen Einschränkungen noch größer werden“ (Althaus, 173-174).

Es bleibt bei einer kurzen Anmerkung zu den Schwierigkeiten, die er empfindet, Beruf und Gesundheitshandeln unter einen Hut zu bringen. Konkreter nachgefragt, wie er die Verbindung von Gesundheit und Führung sieht (die stets verwendeten Stichwort-Impulse), sagt er spontan und zunächst Bezug auf andere nehmend:

„Das ist auch sehr personenbezogen. Ich hab viele Kollegen, die (-) da weiß man, dass die sich versuchen, gesundheitlich eher besser darzustellen, wenn sie Sport noch nebenbei machen oder so, vielleicht auch auf ihre Ernährung achten, oder, oder, oder“ (Althaus, 82).

Zunächst ist es wichtig, seinen Begriff „sich darzustellen“ zu erklären. In einer anderen Sequenz wird deutlich, dass er diesen im Sinne von ‚etwas dafür tun‘ verwendet. Das heißt, andere tun erkennbar etwas für ihre Gesundheit: Sie treiben Sport oder achten auf ihre Ernährung. Es bleibt eine ungewöhnliche Formulierung, die Interpretationsspielraum lässt, wie sie hier verwendet wird: Sich darstellen ist ein Nach-außen-Zeigen der eigenen Person. Was sagt es aus, wenn Gesundheitshandeln im Kontext von Führung

eine darstellerische Note erhält? Möglich sind Lesarten, dass im gesunden Körper das Kapital erkannt wird, das im aktuellen Spiel Wert hat. Auf jeden Fall betont es die zeigende Wirkung des Körpers als Träger einer Information, bspw. dass die Betroffenen über das Management der berufsbezogenen Themen auch noch den eigenen Körper, die eigene Gesundheit erfolgreich zu managen wissen. Ob gewollt oder nicht, es bleibt eine interessante Wortwahl, die durchaus stimmig im Hinblick auf die Gesamtanalyse ist, die Gesundheit und Gesundheitshandeln durchgängig in einen größeren Zusammenhang setzt und etwas darstellt oder auch aufzeigt.

Wenn man etwas zu seinem eigenen Gesundheitshandeln erfahren möchte, dann bedarf dies der Nachfrage, die wie oben beschrieben ausfällt: Es ist – über das veränderte Agieren innerhalb des beruflichen Tagesablaufs – anlassbezogen.

Und wie sieht er sein Gesundheitshandeln in Bezug auf seine Rolle als Führungskraft im Vergleich zu einem Szenario, in dem er keine Führungsverantwortung hätte? Dazu sagt er:

Be: „Ich persönlich würd gar nichts anders machen. Ich sehe mich grundlegend, was die Gesundheit angeht, nicht in der Rolle als Führungskraft, dass ich da etwas anders machen muss wie ein Mitarbeiter, außer dass ich gewisse Initiativen zum Gemeinwohl der Firma hier vor Ort da ins Leben rufe (...) Das hat aber nichts damit zu tun, meines Erachtens, dass ich mich jetzt deswegen anders verhalten muss, als wenn ich ein ganz stinknormaler Mitarbeiter wäre.“

I: „Ok.“

Be: „Gar nichts (...) Ich bin der, der die, den Job macht hier (Arbeitsplatz) so als erster Mann an der Spritze [sic], aber ich bin nicht der MENSCH, der deshalb was anderes ist. Ich hab halt die POSITION“ (Althaus, 145-148).

Herr Althaus formuliert auch explizit, was sich oben schon offenbart: Sein Gesundheitshandeln gestaltet er nicht in Beziehung oder besser in Abhängigkeit zur Rolle, die er gerade innehat. Er distanziert sich an anderer Stelle sogar, da er kein Interesse am Gesundheitshandeln der Führungskräfte seitens des Unternehmens wahrnimmt. Er geht vielmehr davon aus, dass es ausreicht zu funktionieren.

Bei allen Besonderheiten in diesem Fall, so geht auch dieser in einem Punkt äußerst konform mit den anderen Fallbeispielen: in der klaren Übernahme von Verantwortung

für sein Tun und den daraus resultierenden Konsequenzen. Er verweist immer wieder auf sich selbst, das eigene Erkennen von Handlungsbedarf und beschreibt die inneren Prozesse, die vom Erkennen zum Handeln führten. Von Fall zu Fall verdichtet sich die Bedeutung der Dimension ‚(Eigen-)Verantwortung‘ im Hinblick auf die Typenbildung.

### *Zwischenfazit*

Hier wird der Wert der gewählten Methode, der dokumentarischen Methode, besonders sichtbar. Der konsequente Vergleich von Sequenzen mit dem Ziel, Typiken aufzudecken, ergibt unter anderem zwei entgegengesetzte Handlungstreiber: einen außen- oder einen innengeleiteten. Das trifft auch auf den soeben beschriebenen Fall zu, wobei hier beide Orientierungen festzustellen sind. Der Interviewpartner beschreibt sehr ausführlich, was den Treiber-Übergang ausgelöst hat. Das gibt wertvolle Hinweise zur früheren und späteren Habitualisierung, denn der Gesprächspartner beschreibt, was sein Denken und Handeln zum jeweiligen Zeitpunkt leitete. Auch hier sind die mit anderen Fällen gezogenen Vergleiche wichtig, denn sowohl das frühere als auch das aktuelle Denken und Handeln findet seine Entsprechungen. Zentral ist die Zäsur, die zwischen den beiden Habitus liegt: das als existenziell (empfundene) gesundheitliche Ereignis. Dabei ist ‚empfundene‘ bewusst in Klammern gesetzt, da es mit der konstruktivistischen Brille keine Rolle spielt, wie lebensbedrohlich die Situation tatsächlich wirklich war, allerdings wurde sie vom Interviewten als solche empfunden. Bedeutsam ist die dadurch ausgelöste Veränderung.

### *Carstens*

Wenn die eigene Entwicklung zur Führungskraft mit den Worten „zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ eingeleitet wird, deutet es bereits darauf hin, dass der vorliegende Fall sich in die Reihe derer einfügt, die andere Haupttreiber für ihr berufliches Handeln als die Übernahme einer Führungsposition angeben.

Herr Carstens fühlt sich eher seiner Profession (Jurist) nahe als der Gruppe der Führungskräfte. Er formuliert wertschätzend und klammert dabei die Rolle verbal aus, wenn er von seinen Mitarbeitern als seinen Kollegen spricht. Er sieht stets den Menschen hinter der Rolle und vermittelt rollen- oder positionsunabhängig eine hohe Wertschätzung – sowohl für die Führungskraft als auch für den einfachen Mitarbeiter im Kittel.

Es zeigt sich, dass Herr Carstens, wie andere der befragten Manager, einen eigenen Maßstab hat, wobei dieser aber kein originär innerer, sondern ein weit außerhalb seiner Person liegender ist: Er ist ein gläubig und praktizierender Christ, der erkennbar bestrebt ist, nach christlichen Werten zu leben. So möchte er in der Führung „in jeder Situation das Richtige tun“. Er strebt nach einem Maßstab, einer Bewertung, die sich den Regeln des Feldes entzieht.

Mit dieser höheren Instanz kommt eine anders gelagerte Richtschnur ins Spiel. Man kann den Glauben durch die Vielzahl an Ritualen durchaus als eingeschrieben und damit Teil des Habitus betrachten und ihm eben durch die ausgesprochen sozialen Rituale eine hohe soziale Komponente zusprechen.

Auf die Frage, ob er Unterschiede darin sieht, welche Erwartungen Unternehmen in Bezug auf Gesundheit an Führungskräfte bzw. Mitarbeiter stellen, erkennt Herr Carstens an, dass an Führungskräfte „zu Recht“ höhere Anforderungen gestellt werden als an Nicht-Führende. Das begründet er mit der Vorbildfunktion, die in seinen Augen mit der Rolle einhergeht. Sein spontan hergestellter Bezug ist der kommunikative: „Du stehst da mehr im Rampenlicht“, was ein aufmerksameres Handeln erfordert (vgl. Carstens, 94). Er schlüpft also gleich in die Beziehungsperspektive und geht dabei von sich selbst als Rolleninhaber Führungskraft weg. Diese Haltung entspricht dem, was oben bereits im Sinne der Habitualisierung auf- und ausgeführt wurde. Die Rolle taugt bei ihm nicht als (Handlungs-)Treiber, was er auch unterstreicht, wenn es um das konkrete Gesundheitshandeln geht. Dies sieht er rollenunabhängig und als Verpflichtung für jeden Einzelnen:

„Ich meine, dass jeder selbst zu 100% für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden verantwortlich ist, das kann man nicht an andere ‚abgeben‘“ (Carstens, Teil 2, 15).

Gleichwohl wertschätzt er das Engagement seines Unternehmens für die Gesundheit seiner Führungskräfte über aufwendige Gesundheitschecks. Aber auch hier formuliert er sachlich, dass das Unternehmen auch ein wirtschaftliches Interesse an der Erhaltung seiner Führungskräfte hat. Herr Carstens geht nie so weit in die Rolle, dass er den Kontext nur aus der Rollenperspektive betrachten kann. Er reflektiert das große Ganze und bleibt in einer gewissen Distanz.

Dabei beeinflussen christliche Werte sein Handeln:

Be: „Tugenden. Ja? WERTE. Werte führt jeder heute im Munde, aber wenn du nachfragst, ist da eigentlich wenig hinter. Es gibt ja diese göttlichen und die weltlichen Tugenden. göttlichen Tugenden: Glaube, Liebe, Hoffnung. weltliche Tugenden: Maßhalten, Gerechtigkeit, MUT.“

(...)

I: „Und was hat das ausgelöst?“

Be: „Bei mir?“

I: „Ja.“

Be: „Wirklich mal drüber NACHzudenken. Wie lebst du denn? Zum BEISPIEL, bei Maßhalten jetzt zum Beispiel auch was Genuss- und Suchtmittel angeht. Ich habe geraucht wie ein SCHLOT. Das ist definitiv ungesund“ (Carstens, 14).

Wo es beim vorhergehenden Gesprächspartner noch eines spürbaren und äußeren Anstoßes zum Nachdenken bedarf, so wird es bei diesem Gesprächspartner ganz unmittelbar handlungsleitend dort, wo ein persönlicher Wert betroffen ist:

I: „Was war der Auslöser dafür zu sagen...“

Be: (dreht sich zu einer Reihe von Kinderfotos an der Wand um) „DIE DA. Meine Tochter, mit der ich letztes Jahr im Kinderwagen geschoben bin. Die ist jetzt 18 Monate alt und ich hatte einen Zigarillo an und die hat mich angekuckt. Und ich habe mir gesagt: Nee, so darf die dich nicht in Erinnerung behalten. Das war der maßgebende Auslöser dafür“ (Carstens, 20).

Hier kommt eine andere Form von Maßstab und persönlichem Treiber zum Ausdruck, der sich von den bisherigen Interviews unterscheidet. Das, was sich wiederholt, sind Äußerungen, dass Gesundheit und Gesundheitshandeln unabhängig von der Rolle der Führungskraft gedacht werden. Somit sucht er auch seine Wege außerhalb des Geltungsbereichs der Rolle sowie außerhalb des Feldes, die aber oftmals in Konflikt zu den inneren Überzeugungen stehen.

„(W)as diesen geistigen Weg angeht, das müsste ich vielmehr auch wirklich IN den Job umsetzen, da MUTIGER sein (...) Das ist SCHON ein Problem bei mir,

was körperliche Gesundheit angeht, wirklich körperliche Gesundheit angeht, hängt zwar alles miteinander zusammen, aber das ist mein Thema“ (Carstens, 45-50).

Sein Gesundheitshandeln und die Fürsorge für sich selbst liegen also für ihn außerhalb des beruflichen Feldes. Er erwirtschaftet ein Kapital (verschafft sich Wohlbefinden), aber trägt dies erst einmal nicht ausreichend nutzbringend ins Feld ein, ohne das jedoch inhaltlich zu erklären. Und genau dies fällt ihm auf: Er hat einen Kapitalstock, den er nutzen könnte – und denkt genau darüber nach. Ungewöhnlich im Vergleich ist hier, dass ein Manager über einen Kapital-Überschuss verfügt, dass er diese Kapitalsorte – eine Form mentaler Gesundheit – aber (noch) nicht gewinnbringend einsetzt. Nach Bourdieu kann dies zwei Gründe haben: Zum einen, dass es an der Führungskraft selbst liegt, sein Kapital auch einzusetzen, also soweit Interesse am Spiel zu haben oder überhaupt den Wert seines Kapitals zu erkennen. Zum anderen kann es aber auch den Grund haben, dass diese Kapitalsorte in diesem Feld keinen Wert hat.

Insgesamt ist hier also eine reflektierte Führungskraft zu erleben, die über ganz unterschiedliches Kapital verfügt. Verschiedene Ereignisse haben den nicht bewussten Habitus angestoßen, Reflexionen angeregt und es wäre durchaus aufschlussreich im Anschluss an die Arbeit zu erfahren, ob die Impulse an den Habitus in seinem Fall hinreichend sind, Veränderungen auszulösen.

### *Wächter*

Eine Führungskraft kann sich auch als leidenschaftlich bei einer Sache erweisen, mit denen unter Umständen ursprünglich ganz andere Karriereziele verfolgt wurden. So stellt es sich im folgenden Fall dar: Herr Wächter spricht engagiert, unternehmerisch strategisch wie mitarbeiterorientiert, wenn es um Managementthemen geht. Angefangen hat die berufliche Entwicklung von Herrn Wächter als engagierter Angestellter, der zunächst eine Ausbildung gemacht hatte, um von Neugier getrieben parallel zum Beruf einen akademischen Abschluss zu erreichen, was bedeutsam im Hinblick auf die Genese eines Habitus ist. Das beschreibt er als formalen Weg zur Führungskarriere, den er mit einem „eigentlich“ einschränkt bzw. ergänzt:

„Aber eigentlich bin ich Führungskraft geworden, weil für mich immer wichtig war, in den Dingen, die ich tun musste, einen SINN zu sehen. (...) Und wir haben vieles an Veränderungen erreicht und durch diese Veränderungen, insbeson-

dere wie gesagt im Team bin ich eigentlich in die Verantwortung gekommen, dass man mir gesagt hat: Naja, wenn du hier schon aufmuckst und Dinge verändern willst, dann tu es auch. Und so bin ich in die Personalverantwortung gekommen und das hat mich immer von Anfang an getrieben, ja, Dinge zu verändern, aber eben halt und das war mir wichtig, die Kollegen auch mitzunehmen auf diesem Weg“ (Wächter, 11).

Diese Erzählung spricht sehr für sich: Es geht um Inhalte und Prozesse sowie um Veränderungen. Das ursprüngliche Motiv, in die Führungsrolle zu kommen, um dem eigenen Interesse zu folgen, hat sich über die Zeit weiterentwickelt und ist ein mittlerweile fallübergreifendes Handlungsmotiv.

In seinen Worten klingt eine positive Haltung an, da er die Führungsrolle gern angenommen hat und sie auch so ausfüllen möchte:

„Es gibt ZWEI Arten von Menschen, glaube ich aus meiner Sicht. Es gibt einmal dieses Alpha-Tierchen. Dieses Alpha-Tierchen braucht das eigentlich fürs eigene EGO: Ich bin jemand, der was zu sagen hat. Ich bin die geborene Führungsperson. Und es gibt denjenigen, dem es Spaß macht, mit MENSCHEN zusammenzuarbeiten (...) So, das sind so Erfolgsmomente, wo ich wirklich sagen kann: WOW. Davon noch ein bisschen mehr. Und das sind, ich glaub (-) muss wieder sagen für MICH (-) so Momente, wo ich sage: Es macht Spaß. Nicht, weil die Bilanz aufgeht, nicht weil wir wieder irgendwas gemacht haben, was eben halt von der fachlichen Seite so toll ist, sondern, wenn ich erlebe, dass eben halt Kollegen aufgehen in dem, was sie tun“ (Wächter, Teil 2, 20).

Er möchte andere in ihrer Entwicklung fördern und ihnen etwas von seiner eigenen Neugier mitgeben. Es ist der zweite Manager, der von seinen Mitarbeitern als Kollegen spricht. Die Art und Weise, wie die Verwendung des Begriffs in den Kontext eingebettet ist, lässt die Hypothese zu, dass es keine gelernte Floskel von Wertschätzung ist, sondern hier ehrlicher Respekt kundgetan wird, der über hierarchische Unterschiede hinwegsieht, um den einzelnen Menschen in den Vordergrund zu stellen.

Inhaltlich lebt er seine Führungsrolle, füllt sie aus, begreift sie und sich als Förderer. Gibt es eine Verbindung seiner Rolle zum Thema Gesundheit und seinem Gesundheits-

handeln? Die Stichwortfrage nach der Verbindung dieser Schlagworte führt zu einer zweidimensionalen Antwort:

Be: „Ist mein persönliches (Thema, V.H.). Glaube ich aber, ist auch eine gute Sache für alle Führungskräfte. Je nachdem, wie man sich das eben halt einrichten kann.“

I: „Was heißt eine gute Sache?“

Be: „Für mich ist die gute Sache, davon zu profitieren. Ich glaube, wenn sie in einem gesunden Körper leben, fällt es ihnen leichter, Dinge zu verändern. Fällt es ihnen LEICHTER, Dinge anzugehen, fällt es ihnen LEICHTER, auch mit dieser BELASTUNG als Führungskraft zurechtzukommen. Wenn sie mit sich selbst im Reinen sind, ist es EINFACHER“ (Wächter, Teil 2, 169-171).

Schon beim ersten Impuls differenziert Herr Wächter zwischen der eigenen Person und der Führungskraft bzw. zwischen sich und den Führungskräften insgesamt. Wie schon in einem anderen Fall kann hier nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob sich das „persönlich“ auf das ihn als Mensch oder auf ihn in der Rolle der Führungskraft bezieht. Für die Rolle sieht er es als „gute Sache“ an. Diese gute Sache, die er einsetzt, entspricht dem Kapitaleinsatz im Spiel, von dem er positive Auswirkungen auf die Rolle erwartet.

Auf ihn persönlich bezogen, betont er den Wert seines Gesundheitshandelns, das im Wesentlichen aus Sport und gesunder Ernährung besteht. Nur mit guter Gesundheit, so vermittelt er, hat er die nötige Körperlichkeit und Präsenz, um sein Sosein *wirksam* nach außen tragen zu können.

So hilft ihm das auch in seiner Rolle, um fit und offen zu sein und seine Botschaft zu transportieren. Dabei betont er nachdrücklich, wie sehr er sich über seinen Körper ausdrückt, wie sie seine Persönlichkeit nach außen darstellt. Der Bezug zu seinem Körper ist außergewöhnlich ausgeprägt im Kreis der Befragten.

Gesundheit und Gesundheitshandeln sind seine persönliche Anliegen, wovon auch der Anteil ‚Rolleninhaber‘ profitiert. Damit weist sein Gesundheitshandeln auch über das Feld hinaus, er ist konsequent und sorgt dafür, Zeit zu finden, trägt also die eigenen Be-

dürfnisse in das Feld hinein. Als Typik begriffen ist es erneut das Ausleben<sup>81</sup> eines persönlichen Anliegens, das er konsequent im Feld und *auch* in der Rolle der Führungskraft lebt.

Anhand der Fallskizzen sind nicht nur die typisierten Orientierungen leicht nachzuvollziehen, sondern sie ermöglichen auch bereits Anknüpfungspunkte für die Bildung von Relationen über alle Dimensionen hinweg, was im Anschluss erfolgt.

## 10. Typologie

Die bis hierher identifizierten Orientierungen und Dimensionen ermöglichen es nun, sich der Antwort auf die zentrale Frage nach der Gesundheit im Habitus der Führungskräfte weiter zu nähern<sup>82</sup>.

Die Bildung von habituellen Dimensionen erfolgte in zwei Schritten mit zwei unterschiedlichen Auswertungswegen. Nach

- der grundlegenden Bearbeitung der *gesundheitsbezogenen Orientierungen* der Zielgruppe und deren Zuordnung zu habituellen Dimensionen wurde
- der Feldbezug über das gezielte Aufgreifen und *Integrieren der führungsbezogenen Orientierungen* hergestellt.

Ein Habitus ist ohne Feldbezug nicht zu rekonstruieren, wie aus den Ausführungen zu Bourdieu und seiner Theorie der Praxis ersichtlich wird. Um diese mehrdimensionale Analyse und Interpretation nicht zu unübersichtlich und zu komplex werden zu lassen, wird das ‚Einspeisen‘ der führungsbezogenen Dimensionen anschaulich mit Fallbezug angeschlossen.

So lassen sich aus den gesundheits- wie aus den führungsbezogenen typisierten Orientierungen Zusammenhänge abbilden, die sowohl die Gesundheitstypik als auch die Führungstypik hervorbringen, welche später im weiteren Vergleich die mehrdimensionalen Typen ergeben.

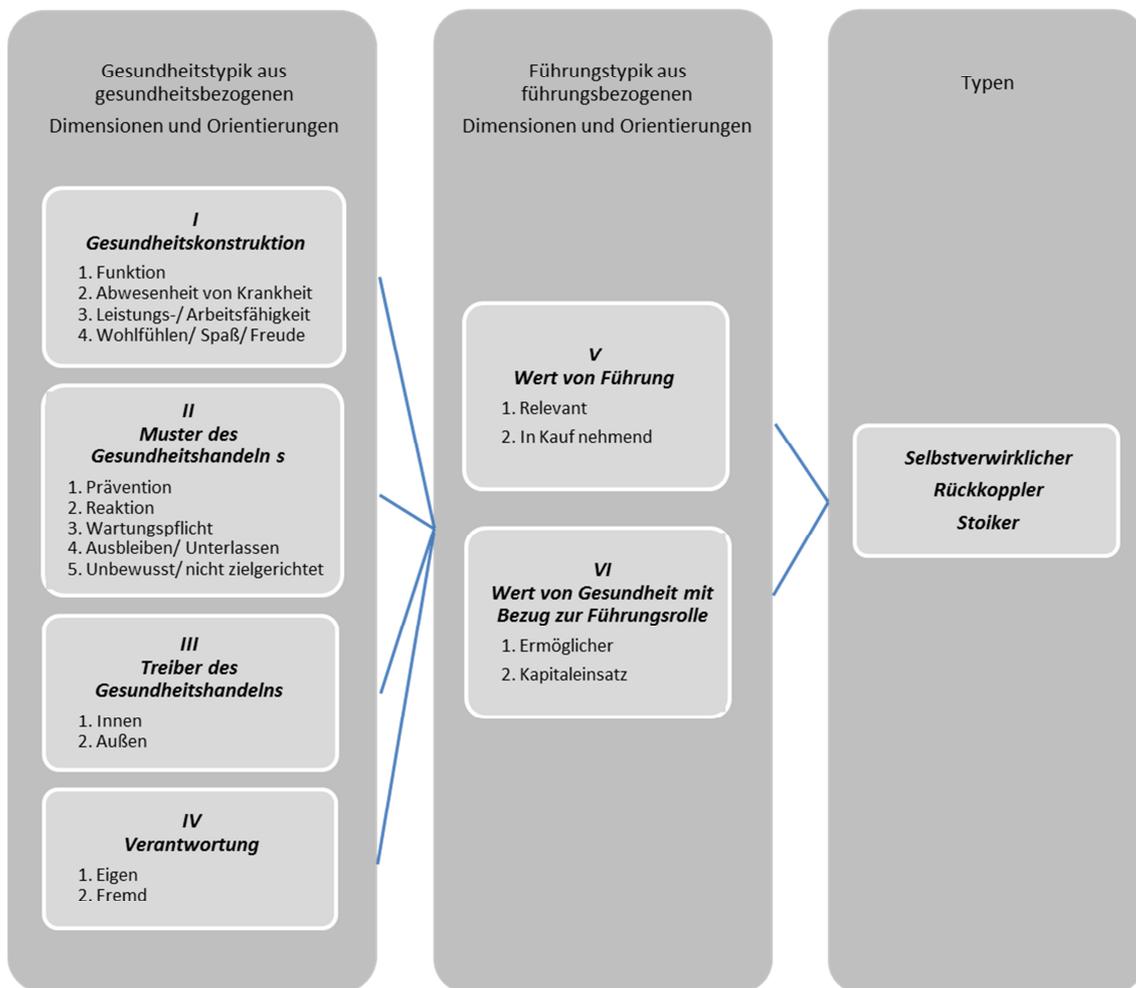
---

<sup>81</sup> Was hier im Weiteren ‚ausleben‘ genannt wird, also „die konkrete Umsetzung (bzw. Umsetzbarkeit) einer Orientierung im alltäglichen Leben“ entspricht in der dokumentarischen Methode der „Enaktierung“ (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 296).

<sup>82</sup> Dabei steht es außer Frage, dass die Daten unter ähnlichen anderen Perspektiven, Schwerpunkten und Fragestellungen noch weitere Erkenntnisse hervorbringen.

Wie sich diese Typenbildung von der Gesundheitstypik über das Aufsetzen der Führungstypik bis zur Typenbildung gestaltet bzw. wie die einzelnen Analyseschritte und -ergebnisse zusammenhängen und schlüssig in Richtung Typenbildung vorangetrieben werden können, soll zum Überblick vor der detaillierten Beschreibung die folgende Darstellung veranschaulichen:

Abbildung 5: Identifizierte und schrittweise integrierte Orientierungen und Dimensionen in Richtung Typenbildung



Nun wird zunächst dargestellt, wie die einzelnen Orientierungen über die Dimensionen hinweg fallübergreifend zusammenhängen. Entsprechend der zuvor gewählten Herangehensweise wird zunächst die Gesundheitstypik beschrieben und zu drei Gesundheitstypen entwickelt, um davon ausgehend die Führungstypik anzuschließen, die die Typen noch genauer zu zeichnen erlaubt.

## 10.1 Die Gesundheitstypik

Zwei Orientierungen ließen sich finden, die in allen Fällen zu erkennen waren: die individuellen gesundheitsbezogenen Vorstellungen von ‚Wohlfühlen/ Freude/ Spaß‘ sowie das Muster ‚Reaktion‘ als Gesundheitshandeln. Darüber hinaus konnten weitere Orientierungen identifiziert werden, die zwar nicht auf alle Fälle zutrafen, doch so häufig, dass entschieden wurde, damit zunächst einen Haupttyp zu beschreiben. Das waren bei der dritten Dimension III (Treiber) die Innenorientierung sowie die Eigenverantwortung der vierten Dimension (Verantwortung), wie die folgende Tabelle visualisiert.

Tabelle 3: Gesundheitstypik - Darstellung der gesundheitsbezogenen Orientierungen und Dimensionen über alle Fälle mit Hervorhebung der den Haupttyp bildenden Orientierungen (dunkel)

Name	Dimension I				Dimension II					Dimension III		Dimension IV	
	Gesundheitskonstruktionen				Muster des Gesundheitshandelns					Treiber des Gesundheitshandelns		Verantwortung	
	Funktion	Abwesenheit von Krankheit	Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	Wohlfühlen/ Spaß/ Freude	Prävention	Reaktion	Wartungs-pflicht	Ausbleiben/ Unterlassen	Unbewusst/ nicht zielgerichtet	Innen	Außen	Eigen	Fremd
Torsten Werle			X	X		X					X	X	X
Marcus Beck		X	X	X	X	X				X		X	
Henning Völkers	X		X	X	X	X	X			X		X	
Dr. Oliver Albrecht	X			X	X	X	X			X		X	
Lutz Ehrmann			X	X		X		X		X		(X) <sup>1</sup>	X
Dr. Holger Fehling		X	X	X		X	X			X		X	
Dr. Peer Schwarzer	X	X		X	X	X				X		X	
Joachim Werner		X		X		X		X			X	X	
Arne Borgmann		X		X		X			X	X		X	
Boris Althaus		X		X		X				X	(X) <sup>2</sup>	X	
Rolf Carstens		X		X		X				X		X	
Günter Wächter				X	X	X	X			X		X	

<sup>1</sup>: schwache Tendenz, aber Zuordnung zu ‚Fremd‘

<sup>2</sup>: Orientierung vor Habitus transformation

Die Häufigkeit, mit der diese Kombination typisierter Orientierungen zu finden war, führte dazu, hier von einem Haupttyp auszugehen, der als Grundlage für Kontrastierungen und weitere Typisierungen dienen sollte. Diese Typen werden nun Schritt für Schritt entwickelt und beschrieben:

- Haupttyp - der ‚Selbstverwirklicher‘, der aus Eigenmotivation das Leben nach eigenen Maßstäben gesund gestalten möchte
- Sub-Typ - der Rückkoppler, der gesund (re-)agiert, wenn er den Anlass dazu sieht,

- Sub-Typ - der Stoiker, der Dinge auf sich zukommen lässt.

Folgende Muster in Bezug auf die zentralen Orientierungen machen den Haupttyp sowie die beiden Sub-Typen aus:

#### *Überblick über die Typen mit ihren zentralen Orientierungen*

Den Haupttyp ‚Selbstverwirklicher‘ zeichnet das folgende habituelle Muster aus:

- Wohlfühlen als Bestandteil der individuellen Gesundheitskonstruktion
- reaktives Gesundheitshandeln als Handlungsmuster
- Innentreiber als Wirkrichtung des Gesundheitshandelns
- Eigenverantwortung für das Gesundheitshandeln.

Den Sub-Typ ‚Rückkoppler‘ zeichnet das folgende habituelle Muster aus:

- Wohlfühlen als Bestandteil der individuellen Gesundheitskonstruktion
- reaktives Gesundheitshandeln als Handlungsmuster
- Außentreiber als Wirkrichtung des Gesundheitshandelns

Die vierte Dimension (Verantwortung) stellt sich hier unterschiedlich dar, doch als wesentliche Variation ist der Außentreiber anzusehen.

Den Sub-Typ ‚Stoiker‘ zeichnet das folgende habituelle Muster aus:

- Wohlfühlen als Bestandteil der individuellen Gesundheitskonstruktion
- reaktives Gesundheitshandeln als Handlungsmuster
- Innentreiber als Wirkrichtung des Gesundheitshandelns
- Fremdverantwortung für das Gesundheitshandeln

Diesen einzelnen Fall, der dennoch als eigenständiger Sub-Typ betrachtet wird, macht neben den Kernorientierungen der Dimensionen I und II die Kombination der Orientierungen aus den Dimensionen III und IV aus. Das soll an dieser Stelle im Rahmen des Überblicks so stehenbleiben, um es im Folgenden bei der detaillierten Darstellung des Typs zu begründen.

Die tragenden Orientierungen Wohlfühlen/ Spaß/ Freude (Dimension I), Reaktion als Gesundheitshandlungsmuster (Dimension II) sowie der Innentreiber (Dimension III) sind im Hinblick auf die Nachvollziehbarkeit der Typen(-bildung) wertvoll, weshalb die

zentralen Aussagen aller Fälle auf den nächsten Seiten in tabellarischer Form zusammengefasst zu finden sind. Dem Innentreiber wird, aufgrund der dichotomischen Anlage der Dimension ‚sein‘ Außentreiber zur Seite gestellt. Die Details, die in der Dimension Verantwortung den Unterschied machen, finden sich im Text, bieten tabellarisch an dieser Stelle für sich genommen weniger Mehrwert als kontextbezogen im weiteren Text.

*Die Orientierung: Wohlfühlen/ Freude/ Spaß*

Schon der Oberbegriff weist auf eine Zusammenfassung hin. Es kam zum Cluster dieser drei individuellen gesundheitsrelevanten Komponenten durch die Bildung und Typisierung aller Orientierungen dieser Dimension. Gerade in der Abgrenzung zu anderen Aspekten, wie beispielsweise Funktion oder Abwesenheit von Krankheit, zeigten die Interviews eine auffällige Übereinstimmung im Ausdruck positiven Erlebens und Empfindens, der entsprechend zu einem bspw. guten Blutdruckwert auf körperlicher Ebene einen sehr individuellen und gefühlsmäßigen Maßstab für Gesundheit darstellt. Die Konstruktionen von Wohlfühlen der Befragten, die diese teilweise dadurch beschrieben, den Spaß oder die Freude im Tun zu empfinden, was der Orientierung ihre Überschrift gab.

Tabelle 4: Konstruktionen von Wohlfühlen (Spaß/ Freude) über alle Fälle

<i>Name des Interviewten</i>	<i>Konstruktion von ‚Wohlfühlen‘ (Spaß/ Freude)</i>
<i>Torsten Werle</i>	Zufriedenheit/ Abwesenheit von Dingen, die stressen oder krankmachen
<i>Marcus Beck</i>	Stimmung („Gute Laune“)/ Arbeitsfähigkeit und Freude daran
<i>Henning Völkers</i>	Voraussetzung für anderes, das miteinander zusammenhängt: als passend empfundener Job/ Lebensqualität entspricht: das machen können, was er möchte → körperliches Wohlfühlen/ geistiges Wohlfühlen → Sinnerleben im Tun
<i>Dr. Oliver Albrecht</i>	Zufriedenheit mit der Art des Lebens: Beschäftigung, neues Feld suchen, bei Unwohlsein/ Grenzt Wohlfühlen ab von Gesundheit als Funktion und körperlicher Gesundheit
<i>Lutz Ehrmann</i>	Unwohlsein als Indikator für Aktion, d.h. handeln zu müssen/ Wohlfühlen, unabhängig vom Feld
<i>Dr. Holger Fehling</i>	Aktiv sein können, „was tun“ können

<i>Name des Interviewten</i>	<i>Konstruktion von ‚Wohlfühlen‘ (Spaß/ Freude)</i>
<i>Dr. Peer Schwarzer</i>	Nicht unbedingt immer bester Stimmung sein, aber funktionieren
<i>Joachim Werner</i>	„Stimmigkeit“ - ein mit sich im Reinen sein: morgens mit Freude zur Arbeit gehen/ gutgelaunt sein, sorgsam und dem Anlass entsprechend gekleidet sein
<i>Arne Borgmann</i>	„Gefühltes Wohlsein“ als Krönung von körperlicher Gesundheit
<i>Boris Althaus</i>	Markiert das Subjektive am „Gefühl“ von „Es geht mir gut“
<i>Rolf Carstens</i>	Oberbegriff für: Empfinden von Zufriedenheit auch bei mangelnder körperlicher Fitness/ zentrale Messgröße für Gesundheit/ Maßstab: Indikator, der anzeigt, bei abnehmendem Wohlfühlen oder Unzufriedenheit ins Handeln zu kommen
<i>Günter Wächter</i>	Wohlfühlen und Spaß heißt auf den Körper zu hören und sich damit zu spüren

### *Die Orientierung: Gesundheitshandeln als Reaktion*

Entsprechend der voranstehenden wurde die Orientierung ‚Gesundheitshandeln als Reaktion‘ eingehend betrachtet, weil sich beim Betrachten die Frage stellte: Wie kann ein Gesundheitshandeln ‚nur‘ reaktiv sein, wenn das Wohlfühlen so wichtig ist? Wann wird also ein Auslöser für was als wichtig betrachtet?

Durch den unmittelbaren Fallvergleich wird deutlich, wie unterschiedlich mögliche Reaktionen auf verschiedene Anlässe für Gesundheitshandeln ausfallen können. Während eine Person bereits durch einen theoretischen Input ins proaktive Handeln fällt, so führt selbst ein massiv gesundheitsbedrohliches Ereignis bei einer anderen nicht zu einem daraus erkennbar abgeleiteten und nachhaltigen Handeln oder zumindest zu einem Umdenken im Gesundheitshandeln (vgl. dazu auch S. 196: Reaktives Gesundheitshandeln: Effekt der Katalysatoren auf das Gesundheitshandeln).

Tabelle 5: ‚Gesundheitshandeln als Reaktion‘ über alle Fälle – mit Auslösern und fallspezifischen Reaktionen

Name des Interviewten	Auslöser des Gesundheitshandelns: Reaktion auf Erfahrung oder Erkenntnis	...gezeigte Reaktionen
Torsten Werle	defensiv	Unterlässt Dinge, die er bis dahin getan hat: e-Mails am WE oder im Urlaub; plant Konsequenzen - das Unternehmen zu verlassen - wenn auf gesundheitsbezogene Bedürfnisse im Unternehmen nicht eingegangen wird, wie z.B. keine rückengerechten Büro-Möbel zur Verfügung gestellt werden
Marcus Beck	körperliche Symptome	Vater bekommt Krebs (in hohem Alter). Er geht seitdem zur Vorsorge. Persönliches Erleben: Rückenschmerzen, geht daraufhin zum Arzt → Empfehlung Rückenmuskulatur stärken → tut er seitdem aktiv und erlebt Erfolg und sieht konkreten Nutzen und direkten Ertrag im Gesundheitshandeln
Henning Völkers	Dauer der Reha-Phase nach Unfall	Vielfältige Erfahrungen, die jeweils spezifische Auswirkungen haben: Rückenschmerzen in neuem Job - Jobwechsel führt zur Besserung Sportverletzung, die heute zu längerer Genesungsphase führt als in jüngeren Jahren → aktiveres Gesundheitshandeln in Form von Sport Gewichtszunahme → programmatisch anders bzw. konkret: weniger essen
Dr. Oliver Albrecht	Krebsfälle am Arbeitsplatz	Krebsfälle im Institut lösen erste Reflexionen aus, über die eigene Lebensweise nachzudenken; danach ein Orientieren am eigenen Wohlfühl-Referenzsystem, das regulierende Reaktionen auslöst - bzw. würde, weil sein Regulationssystem ihn bislang vor gesundheitlich negativen Erfahrungen bewahrt hat
Lutz Ehrmann	Augenflimmern in Belastungssituation	Nimmt als Folge des Auslösers Gesundheitschecks wahr, die interne Angebot des Unternehmens sind; lässt sich durch ärztliche Rückmeldungen beruhigen; macht weiter wie bisher
Dr. Holger Dr. Fehling	Seminar/ körperliche Symptome	Sensibilisiert über „Health & Safety“ Maßnahmen im Unternehmen; wenige Male Herzrasen, was der Arzt nicht besorgniserregend fand → für ihn (dennoch): Signal innezuhalten und eine Standortbestimmung zu machen sowie Maßnahmen einzuleiten, die ihm schlüssig schienen: Ernährung umstellen, weniger Alkohol, Sporttreiben, mehr Ruhephasen; macht das von sich aus und so lange, bis sein eigenes Gefühl ihm sagt, dass es ok ist; eine Sportverletzung hat er, als es dringend nötig war, konsequent behandeln lassen; sachliche und funktional geprägte Beschreibung („Meniskus hops - Krankenhaus“), ebenso der Umgang damit
Dr. Peer Schwarzer	körperliche Symptome	Will die Wiederholung von als „unangenehm“ selbst erlebten Krankheitszustände möglichst vermeiden → „vernünftig“ mit den eigenen Körper umgehen

<i>Name des Interviewten</i>	<i>Auslöser des Gesundheitshandelns: Reaktion auf Erfahrung oder Erkenntnis</i>	<i>...gezeigte Reaktionen</i>
<i>Joachim Werner</i>	theoretische Impulse/ Weiterbildung	Eher hypothetisches Handeln; Referenzerleben war ein einmaliges Kranksein (klassischer Infekt), der ihn am üblichen Tagesgeschäft hinderte → erhöhte Aufmerksamkeit in Bezug auf sein Leistungsvermögen, das als Indikator für seine Gesundheit dient
<i>Arne Borgmann</i>	wenn das Wohlfühlen ausbleibt	Anlassbezogene Reaktion - Unwohlsein deuten und adäquat reagieren: Verspannungen oder Gewichtszunahme → mehr Bewegung und Sport
<i>Boris Althaus</i>	körperliche Symptome	Grundlegendem, Habitus transformierendem Auslöser wird große Aufmerksamkeit, im Sinne von Achtsamkeit, geschenkt; konkrete Maßnahmen sind sehr kausal begründet: das ausschalten, was zum Ereignis führte: Atemnot → hörte mit dem Rauchen auf; epileptischer Anfall als psychische Überlastung diagnostiziert → gezieltes Reduzieren der Belastung durch Nein-Sagen, Bahn statt Auto, Aufmerksamkeit für bekannte Symptome; einst hilfreiches Sporttreiben wurde wegen Bandscheibenproblemen aufgegeben; sucht keine Alternative, weil zu zeitaufwendig
<i>Rolf Carstens</i>	körperliche Symptome/ Feedback von anderen/ Referenzsituationen	Basierend auf einem individuellen Referenzgefühl (jüngerer Jahre) von Ausgeglichenheit → Fokus auf die seelische Gesundheit; seine Frau forciert Bewegung  Hat erkannt, dass er etwas für seine körperliche Gesundheit tun muss: Gewicht - optischer und ärztlicher Marker → beginnt mit einem Fitness-Coach zu arbeiten
<i>Günter Wächter</i>	körperliche Symptome/ Selbstbild	Erleben eines Anstoßes von außen - Ansteckung mit Keuchhusten durch das eigene Kind sowie hoher Alkoholkonsum in jungen Jahren - reichte, um nachhaltige Maßnahmen in Bezug auf die Gesunderhaltung und insgesamt das Überdenken des Lebensstils zu ergreifen: Sport treiben, maßvoll essen, nicht mehr rauchen

### *Die Orientierung ‚Innen‘ und ihre kontrastierende Orientierung ‚Außen‘*

Da im Rahmen dieser Arbeit die Rekonstruktion von Habitus im Vordergrund steht, um damit Gesundheitshandeln von Führungskräften einordnen zu können, war diese dritte Dimension besonders instruktiv: Der schon mehrfach hervorgehobene Fall des Herrn Althaus lieferte hier wichtige Erkenntnisse, denn die Veränderung im Habitus von einem Außentreiber zum Innentreiber war nicht nur als Kontrast in dieser Dimension wichtig. Auch bei der Bildung von Relationen über die Dimensionen hinweg schien es bedeutsam zu prüfen, wie sich diese Veränderung auch bei anderen Orientierungen verhält.

Im der Darstellung des Haupttyps wird sogleich neben der Treiber-Wirkrichtung ‚Innen‘ auch die weitere und in diesem Fall einzige kontrastierende Orientierung (‚Außen‘) mit abgebildet, da das Entweder-oder, das sich aus der dichotomischen Anlage dieser Dimension ergab, im Hinblick auf die Typenbildung durch die damit sichtbare Deutlichkeit wertvoll ist.

Tabelle 6: Innen- bzw. Außentreiber über alle Fälle

<i>Name des Interviewten</i>	<i>Innentreiber</i>	<i>Außentreiber</i>
<i>Torsten Werle</i>		Bilanz/ Investition/ Erwartung ROI
<i>Marcus Beck</i>	situativ/ Wohlbefinden prüfen	
<i>Henning Völkers</i>	Lebensqualität und Sinn/ Wohlfühlen/ Steuerungseinheit des Unterbewusstseins	
<i>Dr. Oliver Albrecht</i>	situativ/ Wohlbefinden prüfen	
<i>Lutz Ehrmann</i>	situativ/ Wohlbefinden prüfen (= defensiv - Abwehren von Belastendem)	
<i>Dr. Holger Fehling</i>	Gesundheitshandeln, um körperlich die Voraussetzung zu haben, beweglich zu sein, Freude zu haben	
<i>Dr. Peer Schwarzer</i>	Wohlfühlen: Dinge tun können, die Spaß machen: Job und Familie	
<i>Joachim Werner</i>		Leistungsfähigkeit (in %)/ Bilanz/ Zahlen (bräuchte äußeren Erlauber fürs Gesundheitshandeln)
<i>Arne Borgmann</i>	Befriedigung durch Aktivitäten: Berufliche Aufgaben und Sport	
<i>Boris Althaus</i>	Befriedigung in der Aufgabe finden/ Sinn	den Erfordernissen und Gepflogenheiten des Feldes folgen (Treiber vor Transformation)
<i>Rolf Carstens</i>	eigenes Referenzerlebnis	
<i>Günter Wächter</i>	Wohlfühlen/ etwas schaffen	

*Die Orientierung: Eigenverantwortung und ihre kontrastierende Orientierung der ausgelagerten Verantwortung*

Auch die Dimension Verantwortung ist dichotomisch angelegt: Entweder wird die eigene Verantwortung genannt oder es werden andere Adressaten gefunden. Hier zeigte sich, dass die Zuordnung zu einer der Orientierungen bei der Bildung von Relationen aufschlussreich war, sodass hier auf eine ausgeprägte Vertiefung, sowie eine tabellarische Aufbereitung, wie bereits erwähnt, verzichtet wurde. Dort, wo sie zur Typenbildung wesentliche Ergänzungen liefert, finden sich die entsprechenden Ausführungen.

In Bezug auf die Vorgehensweise empfahl es sich, den Haupttyp zum Ausgangspunkt für den Prozess zur Bildung von typisierten Relationen zu machen. Denn wenn dieser Typ so vorherrschend ist, so liegt es nahe, diesen zuerst zu entwickeln, Zusammenhänge herzustellen und zu verstehen. Dieser Prozess beinhaltet zwangsläufig bereits direkte Vergleichen mit den anderen Fällen, um so unmittelbar Ähnlichkeiten und Kontraste zu erfassen (dazu: Bohnsack, 2007, S. 236). So wird nun mit der Beschreibung des Haupttyps begonnen.

### **10.1.1 Der Selbstverwirklicher**

Grundlage dieses Typs ist die Orientierung am Wohlfühlen-Konzept in der **Dimension Gesundheitskonstruktionen**, wobei sich das Gemeinsame beim Wohlfühl-Verständnis der Fälle am besten damit beschreiben lässt, dass hinter dieses Wohlfühlen im übertragenen Sinn ein Doppelpunkt gesetzt wird und die Befragten dahinter ein eigenes Referenzsystem für ihre Gesundheit setzen. Dieses liegt außerhalb der Orientierungen von rein messbarem Funktionieren, von Leistungsfähigkeit oder auch der Abwesenheit von Krankheit als Kriterium für Gesundheit. Wohlfühlen verweist auf etwas, das hinter dem Begriff steht.

Obwohl Wohlfühlen als Begriff in zwei Fällen nicht explizit vorkommt, passt die Orientierung auch da insofern, als dass das Gesagte entsprechend dieser Kategorie interpretiert werden kann: Eine positive, als angenehm empfundene Gefühlslage wird als wesentlicher Bestandteil von Gesundheit für den Betroffenen dargestellt.

In der **zweiten Dimension, dem Muster des Gesundheitshandelns**, ist es die Orientierung des reagierenden Gesundheitshandelns, das durchgängig auszumachen ist. Reaktion heißt dabei, alle Befragten wurden durch besondere Impulse, also Ereignisse dazu angeregt, ein dem Auslöser entsprechend abgeleitetes Gesundheitshandeln an den Tag

zu legen. Erneut decken sich hier die Aussagen der Befragten nicht, inwiefern welcher Impuls wozu führt, aber hier geht es um den strukturellen Vergleich.

Es gibt zwei Fälle, die einer weiteren Erklärung bedürfen, weil ihre Reaktionen bzw. ihr Handlungsmuster sich strukturell nicht genau mit dem der anderen deckt. Es sind darüber hinaus die einzigen beiden Führungskräfte, die sich (unter anderem) in der Orientierung ‚Ausbleiben von Gesundheitshandeln‘ wiederfinden. Logisch ist es zwar nicht möglich, einerseits *Nicht*-Gesundheitshandeln als Orientierung eines Falls zu identifizieren und daneben im selben Fall weitere Orientierungen, die dann positiv ein Vorkommen von Gesundheitshandeln belegen, aufzunehmen. Warum solche dennoch hier verortet wurden, sollen die weiteren Ausführungen erklären.

Herr Werner ist mit den formulierten Vorsätzen, die aber von ihm zugegebenermaßen nur sporadisch umgesetzt werden, dort mit seiner Orientierung eingeordnet worden. Er hat durch das einmal für ihn bedeutsam erlebte Kranksein (und der damit verbundenen Krankschreibung) einen Impuls erfahren, der ihn zu der Erkenntnis führte, ein anderes, achtsameres Gesundheitshandeln pflegen zu müssen. Im Spannungsfeld mit einer weiteren habituellen Disposition, die „Pflichterfüllung“ vor die eigene Gesundheit positioniert, konnte er für sich noch kein systematisches, an dieser Erkenntnis gereiftes Gesundheitshandeln entwickeln. Seine Vorsätze sich mehr zu bewegen bspw. beschreibt er so: „Also in einer regelmäßigen Unregelmäßigkeit, so kann man es eigentlich beschreiben. Also dann, wenn Zeit ist, dann wenn die Kraft und die mentale Einstellung ausreicht“ (Werner, 195), wobei er Letzteres dann selbst durch die oben angesprochene Einstellung zur Pflichterfüllung einschränkt. Durch den erfolgten Impuls und die immerhin sporadische Umsetzung der Erkenntnisse erfolgte die Zuordnung zu dieser Orientierung. Allerdings wurde er durch das prinzipiell doch ausbleibende Handeln als Konsequenz der habituellen Arbeitshaltung gleichermaßen der Orientierung ‚Ausbleiben‘ zugeordnet.

Herr Ehrmann wurde aus ähnlich ‚grenzgängerischen‘ Gründen in beide Orientierungen eingruppiert. Er formuliert die Gründe selbst, die zu einem konsequenten Gesundheitshandeln führen sollten, wie das Erleben, dass er heutzutage beim Lauf zur abfahrenden Bahn schneller außer Atem ist als früher oder belastungsbedingte Symptome („Flackern vor den Augen“). Er reagiert insofern, als er die im Unternehmen angebotenen Gesundheitschecks für Führungskräfte nutzt und sich durch die positive Rückmeldung beruhigt.

gen lässt. Proaktives Gesundheitshandeln als Reaktion auf die spürbar nachlassende Ausdauer, die er bspw. beschreibt, als er die Bahn noch erreichen wollte, erfolgt nicht.

Diese Tatsache ist umso erstaunlicher, als er mehr als die meisten anderen Führungskräfte dafür sensibilisiert sein müsste, weil er mit einer nur kurzen Lebenszeit verheißenden Herzkrankheit zur Welt gekommen ist. Dies könnte als Auslöser im Leben erfahren werden, der durchaus das Potenzial hat, Gesundheitshandeln zu fördern oder bei dem aktives Gesundheitshandeln zumindest als naheliegend erscheint. Aber in den eigenen Begründungen, was Gesundheitshandeln auslösen sollte, finden sich andere aktuellere Auslöser. Hier könnte auf der Suche nach Erklärungen ein weiterer Blick in den Fall geworfen werden: Die Einstellung, dann gesund zu sein, wenn man sich so fühlt oder jeder Situation (auch in der Krankheit) etwas Positives abzugewinnen, scheint hier maßgeblich und das abzubilden, was für diese Führungskraft unter Gesundheitshandeln zu sehen ist. Da dies an dieser Stelle zu sehr in Richtung der Einzelfall-Analyse gehen würde, soll der Hinweis auf eine besondere Habitualisierung genügen. Damit sind die beiden durchgängig festzustellenden Orientierungen als tragendes Element der relationalen Typenbildung beschrieben.

In der **dritten Dimension, den Treibern des Gesundheitshandelns**, bestimmt die Orientierung ‚Innen‘ den Selbstverwirklicher.

Der Innentreiber, wie zuvor (vgl. S. 122) ausführlich beschrieben, beinhaltet drei Orientierungen. Neben dem bereits als wesentlich beschriebenen ‚Wohlfühlen‘ sind das: das Anliegen, etwas zu (er)schaffen sowie Freude oder Spaß bei dem zu erfahren, was gerade die Tätigkeit ist. Der letztgenannte Begriff steht hier bewusst an der Stelle von Job, Beruf oder Aufgabe, weil er das eigenbestimmte Aktivwerden betonen soll. Dieser Ausdruck wurde von einer der Führungskräfte übernommen, die genau dies betont – die Befriedigung aus einer schaffenden Tätigkeit, die auch nicht unmittelbar mit dem Beruf einhergehen muss.

Durch die vergleichende Arbeit stellte sich bei der Datenanalyse heraus, dass das bereits zuvor beschriebene und in einer Dimension als Orientierung erkannte Wohlfühlen eine weitere Bedeutung erhält: Im Kontext der individuellen Konstruktionen kam es zwar zunächst in Gestalt eines Bestandteils davon daher. In der dritten Dimension zeigt sich nun Wohlfühlen jedoch nicht nur im Sinne eines Bestandteils einer individuellen Kon-

struktion, sondern auch im Sinne einer Handlungsorientierung aus einem inneren Anliegen heraus.

Das Typische an der Innen-Orientierung wurde erst dann sichtbar, als sich eine kontrastierende Orientierung („Außen“) zeigte. Daher werden zur Beschreibung der Orientierung hier die Kontraste dargestellt: Das kontrastierende Moment zwischen der Innen- und Außenorientierung lässt sich genauer damit beschreiben, dass der Innentreiber in der Darstellung der Führungskraft auf sich selbst zurückverweist: sich wohlfühlen, Befriedigung in einer Sache finden. Das deutet auf das eigene Anliegen hin, auch wenn es soziale Auswirkungen hat oder Wechselwirkungen zu erkennen sind. Vor dem Hintergrund, diese Bestrebungen auch in feldbezogenen, also in bestimmten sozialen Kontexten zu verwirklichen, ist es naheliegend, dass das persönliche Streben auch Auswirkungen im Umfeld hat. So hat zum Beispiel aktives Gesundheitshandeln in Form von festen Sportzeiten unter Umständen Einfluss auf die Planung von Terminvereinbarungen mit Kollegen.

Die kontrastierenden Fälle zeigen eine deutlich stärkere soziale Ausrichtung in der Handlungsorientierung ihres Treibers. Das heißt, sie setzen sich auf unterschiedliche Weise erkennbar in Beziehung zu bestimmten Akteuren und richten ihr Handeln danach aus. Sie orientieren sich daran, aber das heißt nicht, dass sie ihr Tun den Vorstellungen anderer anpassen, also eigene Wünsche zwingend nachordnen. Herr Werle betrachtet beispielsweise Gesundheitshandeln im Sinne einer Investition, die er entsprechend bewertet und einsetzt. In der Logik von Kapitaleinsatz und Ertrag soll sich der Einsatz lohnen. Hier geht es um eine Investition aus dem Kapitalstock Gesundheit. Das meint, durch hohe quantitative (Zeit) wie qualitative (wenig Freizeit, Überstunden usw.) Investitionen aus diesem Kapitalstock heraus wird dieser bewusst verringert – in der Berechnung entsprechender Rückzahlung. Hier wird Gesundheitshandeln also unter anderen Vorzeichen betrachtet. Dieser Fall entspricht einer Logik, etwas vom aktuellen Kapital abzugeben, um im Feld etwas zu erreichen, statt es als Ressource zu betrachten, die zur Möglichkeit des Kapitaleinsatzes überhaupt erst führen kann. Deshalb wäre dieses eher nachhaltig zu pflegen bzw. auch als Ressource vorzuenthalten, um leistungsfähiges Arbeiten langfristig zu gewährleisten. Die Außenorientierung drückt sich also im Investitionsgeschäft aus, das naturgemäß einen Handelspartner bzw. einen Abnehmer involviert.

Im Fall Werner, der zuvor bereits im Zusammenhang mit dem Ausbleiben von Gesundheitshandeln erwähnt wurde, ist die Zuordnung zu einem Treiber nicht so eindeutig.

Denn während des gesamten Interviews spricht er immer wieder davon, „stimmig“ handeln zu wollen. Auch er hat sein eigenes Referenzsystem entwickelt, wobei dies nicht bedeutet, dass es jenseits der Einflüsse Dritter liegt. Prägungen aus dem Elternhaus benennt er klar und von sich aus, woraus er für sich im Laufe der Jahre ein System entwickelt hat, das sein Handeln leitet. Dieses handlungsleitende System von Einstellungen, Werten und „Tugenden“, wie er an einer Stelle ausdrückt, stellt sich im Interview als ausgesprochen strukturiert dar. Strukturgebend sind dabei Aspekte, die sehr unmittelbar an ein ‚Außen‘ anschließen. So hängen seine Entscheidungen für oder gegen ein Gesundheitshandeln davon ab, ob er in der Lage ist, ein bestimmtes Leistungsvermögen abzurufen. Dieses kann er prozentual benennen und leitet daraus den eigenen Anspruch an seine Arbeitsfähigkeit ab. Arbeits- und leistungsfähig zu sein geht über den Anspruch an die eigene Person hinaus. Er erweitert diesen zur gesellschaftlichen Größe und erklärt, man habe die „Pflicht“ im Sinne der Ressourcenpflege etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Zum Handlungstreiber gesellt sich unter derselben Überschrift ein Handlungsverhinderer, der sich ebenfalls wieder am „Außen“ orientiert und ausschlaggebend dafür war, diesen Fall als kontrastierend im Sinne des Haupttyps einzuordnen. Herr Werner würde eher ein Gesundheitshandeln zeigen, wenn er eine Befugnis von einem Erlauber von außen erhielte, also bspw. im Falle einer sichtbaren Erkrankung explizit ermuntert oder sogar aufgefordert werden würde, nun für sich zu sorgen.

So ist zu erklären, wie sich ein Fall, bei dem sich ein dezidiertes Referenzsystem ausgebildet hat und entlang explizit dargelegter Werte und Ansprüche agiert wird, in die Dimension ‚Außentreiber‘ einzureihen ist.

Schließlich bringt das Kontrastieren den aufschlussreichsten Fall dieser Dimension zum Vorschein, der darüber hinaus in seinen möglichen Folgerungen sogar insgesamt als herausragend zu betrachten ist. Der Fall Althaus wurde oben bereits skizziert. Das, was ihn in der vergleichenden Typenbildung so wertvoll und aufschlussreich macht, ist die fall-immanente Veränderung einer zentralen Dimension: Durch ein Ereignis entsprechend der Orientierung „Reaktion“ in der zweiten Dimension (Muster des Gesundheitshandelns) erhält sein Habitus einen Transformationsimpuls von einer Außen- zu einer Innenorientierung. Die Führungskraft, die einst ihre Gesundheit und ihr Gesundheitshandeln deutlich hinter den vermeintlichen Erwartungen und Erfordernissen des Berufs priorisiert hat, also im ‚Außen‘ verharrt, erfährt eine Erschütterung des Habitus. Dadurch setzt ein Bewusstwerden dessen ein, wodurch er sich zukünftig neu orientiert:

an einem nun ebenfalls herausgebildeten eigenen Referenzsystem, das in höchstem Maße erfahrungsgeleitet ist und situativ immer wieder herangezogen wird. Die Frage nach den erklärenden Zusammenhängen liegt hier auf der Hand und hat die Fragestellungen im Zuge der Typenbildung maßgeblich beeinflusst.

Die **vierte Dimension** entwickelte sich strukturell ähnlich wie die dritte: Es wurde eine zentrale Orientierung ausgemacht: das umfassende Übernehmen der **Verantwortung für das eigene Gesundheitshandeln**. Das mag selbstverständlich klingen, doch die Durchgängigkeit mit der dieses Thema, auch ohne explizit angesprochen worden zu sein, Raum einnahm, war beachtlich und führte zur einer genaueren Betrachtung, die dann über feine Kontrastierungen die Typisierung stützte. Keineswegs unterstrichen alle Führungskräfte gleichermaßen nachdrücklich ihre vollumfängliche Eigenverantwortung hinsichtlich ihres Gesundheitshandelns. In zwei Fällen wurden Abweichungen sichtbar. Auch in dieser Dimension soll zum Hervorheben des Haupttyps auf die Ausgestaltung der kontrastierenden Fälle eingegangen werden.

Auf die Frage, wer in seinen Augen für die Gesundheit einer Führungskraft verantwortlich ist, reagiert Herr Ehrmann prompt, was den Eindruck vermittelt, seine Haltung im Formulieren noch anzupassen: „MIT auch der nächste Vorgesetzte. UND natürlich die Führungskraft auch selber, indem sie auch ein Signal setzt zum nächsten Vorgesetzten: das funktioniert jetzt so nicht. Also BEIDE“ (Ehrmann, 230). Diese vermittelnde Zuschreibung von Verantwortung ist besonders, denn der nächste Vorgesetzte, üblicherweise auch eine Führungskraft, wird nur bei ihm sowie bei noch einem zweiten Gesprächspartner genannt.

Der zweite besonders liegende Fall zeigt ein defensives Sorgetragen für sich. Die Erzählungen von Herrn Werle lassen kaum darauf schließen, dass er proaktiv die Verantwortung für sein Gesundheitshandeln übernimmt. Er sieht über seine Rolle im Unternehmen (und seine oben beschriebene kapitalisierende Haltung) seine Gesundheit grundsätzlich investiert und in Anspruch genommen. Daraus resultiert für ihn die defensive Haltung: darauf achten, dass nicht zu viel davon genommen wird und dass die Bilanz stimmt. Diese Haltung entspricht nicht der proaktiven gesundheitsförderlichen Haltung bei der Mehrzahl der interviewten Führungskräfte, die ein eigenmotiviertes Bestreben zum Gesundheitshandeln zeigen (entsprechend der dargestellten Treiber und Muster).

Die anderen Führungskräfte bleiben konsequent bei sich – in der Zuschreibung sowie im Zurechnen einer positiven Wirkung in dieser Richtung. Das heißt, der Haupttyp übernimmt nicht nur die volle Verantwortung, sondern er beansprucht diese sogar: Sie sorgen selbst für sich, weil sie darin einen Aspekt ihres eigenen Anliegens oder Projekts sehen. Dazu gehört auch, eine derartige Verantwortung nicht auszulagern, sondern sie bei sich zu sehen – und damit die Handlungs- und ‚Erfolgshoheit‘. Dazu passt, dass zwei Führungskräfte ihre Eigenverantwortung betonen. Umsetzungsangebote, wie die vom Unternehmen angebotenen medizinischen Checks für Führungskräfte, nehmen sie an und wertschätzen diese auch im Rahmen ihrer empfundenen Fürsorgepflicht für sich selbst. An der von ihnen empfundenen Verantwortung, selbst handeln und für ihre Gesundheit sorgen zu müssen, ändert das Annehmen von Angeboten zur Unterstützung nichts.

### *Zusammenfassung*

In allen Fällen ist die Kombination aus den Orientierungen ‚Wohlfühlen‘ und ‚Reaktion‘ zu erkennen. Interpretiert wird dieser Zusammenhang als individuelles Referenzsystem, das den Maßstab an Gesundheit (sich wohlfühlen) situativ prüft und so zu einem reaktiven Muster kommt: Spürt das innere Referenzsystem des Einzelnen eine Abweichung vom gesundheitsrelevanten Wohlfühlen auf, dann wird reagiert. Der Begriff Reaktion soll an dieser Stelle auch von seiner bisweilen negativen Konnotation befreit werden: Es geht nicht um eine Wertung des Gesundheitshandelns als nur reaktiv anstatt im besten Sinne pro-aktiv. Vielmehr soll darauf hingewiesen werden, wie die Dimensionen sinnvoll zusammenhängen können. Die mögliche Verbindung besteht in der weiteren Dimension, dem inneren Referenzsystem, das individuelles (Re-)Agieren anstößt.

Für den Haupttyp gilt, dass es ein innengeleiteter Treiber ist, der das Gesundheitshandeln in Gang zu setzen vermag. Schließlich ist auch die letzte Dimension (Verantwortung) plausibel in Beziehung zu setzen. Es wurde ausgeführt, wie wichtig den Akteuren das ist, was sie mit ihrem inneren Antreiber erreichen möchten. Dazu passt es, für dieses Streben auch Verantwortung zu übernehmen. Denn das heißt ja auch im besten Fall, dass das Erreichen des persönlichen Anliegens auch nur ihnen zugerechnet werden kann und dass sie das als Erfolg für sich allein verbuchen können. So setzt sich Stück für Stück ein Gesundheitshandlungstyp zusammen, der als Selbstverwirklicher zu beschreiben ist.

### 10.1.2 Die Abweichung in der Gemeinsamkeit – die Subtypen

Was verändert sich nun, wenn diesem Typ seine Innenorientierung fehlt – und an deren Stelle eine Außenorientierung steht? Oder wenn die Verantwortung für das Gesundheitshandeln eher bei anderen verortet wird als bei sich selbst?

Grundsätzlich ist zu diesen möglichen Variationen zu erwähnen, dass sich die gewählten Perspektiven und Schwerpunkte mit der definierten Basistypik (hier zum Haupttyp des Selbstverwirklichers führend) aus dem Forschungsanliegen ergeben und nicht die einzig möglichen sind (vgl. Bohnsack, 2008, S. 61).

### 10.1.3 Der Rückkoppler

Die wesentliche Abweichung vom Haupttyp „Selbstverwirklicher“ ergibt sich aus der Außenorientierung im Gesundheitshandeln, da der Haupttyp einer Innenorientierung folgt. Der Typ des Rückkopplers entwickelte sich aus der Kontrastierung mit dem Haupttyp, der die Ausgangsbasis der gesamten Betrachtung darstellt: In beiden Fällen ist die Gesundheit konstitutiv mit dem eigenen Referenzsystem Wohlfühlen/ Freude/ Spaß verknüpft ebenso wie mit dem dominierenden Muster des Gesundheitshandelns, der Reaktion. Allen Führungskräften gemein ist also dieses situative Referenzieren auf ihren persönlichen Wohlfühlkompass, der beim Haupttyp klar innenorientiert ist und demnach auf das Ausleben persönlicher Anliegen ausgerichtet ist (Selbstverwirklichung). Beim Rückkoppler lässt sich ein ähnlicher Prozess nachzeichnen. Dort ist Gesundheitshandeln reaktiv ans eigene Referenzsystem gekoppelt, wobei jedoch Rückkopplungen mit dem sozialen Umfeld stattfinden, die dann ins eigene Handeln einbezogen werden.

Im Fall Werle ist dies ein investitionsbezogenes Rückkoppeln: Wie viel Gesundheit habe ich (symbolisch) investiert und was habe ich dafür zurückbekommen? Was heißt das in Bezug auf das weitere eigene Handeln? Hier schließt auch die Bedeutung der vierten Dimension mit der Orientierung „Fremdverantwortung“ an: Gesundheitshandeln wird als Teil des Spiels begriffen: Gesundheit investieren und idealerweise Kapital dafür zurückerhalten. Wenn Gesundheit allerdings ein Investitionsgut darstellt, dann stellt das die Logik der anderen Handlungsmuster infrage, wo Gesundheitshandeln eher der (Körper-)Kapitalpflege entspricht. Damit geht schlüssig eine andere Betrachtung zur eigenen Verantwortung einher. Das Spiel mit (Körper-)Einsätzen lebt von der Erwartung, dass etwas von *außen* zurückkommt. Beim Betrachten der Handlungsmuster in

diesem Fall ist deshalb anzunehmen, dass mit der gestellten Erwartung auch ein Verschieben von Verantwortung von innen nach außen einhergeht.

Der Fall Werner ist vergleichbar angelegt: Es finden die beschriebenen sozialen Rückkopplungen in Bezug auf das eigene Gesundheitshandeln statt<sup>83</sup>. Auch wenn es hier nicht so explizit kalkulierend von der Führungskraft selbst in Worte gefasst wird, verhält es sich entsprechend: Die Führungskraft beschreibt anschaulich, welche sozialen Vergleiche ablaufen, um einzuschätzen, ob Gesundheitshandeln angezeigt ist oder nicht. In der Regel entscheidet er sich dagegen.

Für das Nicht-Handeln in Bezug auf die eigene Gesundheit wird hier von der Führungskraft die volle Verantwortung übernommen. Als Erklärung für das bewusste Versäumnis bei der eigenen Gesundheit bieten sich Hinweise auf eine besondere Habitualisierung an, die im Verlauf des Interviews immer wieder Thema werden. Das konsequente Ausleben des Habitus bedingt in diesem Fall die Übernahme der Verantwortung für das eigene Handeln, das im Rahmen des Interviews auch durchweg erziehungs- bzw. wertebezogen erklärt und begründet wird. Ein sozial rückgekoppeltes Gesundheitshandeln schließt demnach nicht aus, dass die Führungskraft für ihr Handeln die Verantwortung übernimmt. Ob sie das tut, ist eher in den individuell verschiedenen primären Habitualisierungen zu suchen und finden.

Schließlich ist auf die gleiche Weise der Fall Althaus zu betrachten – und zwar mit Blick auf die Zeit vor der gesundheitlichen Zäsur. Dann ist eine weitere Führungskraft zu erkennen, die dem Typ Rückkoppler zuzuordnen ist und vergleichbar mit dem davor skizzierten Fall ist. Das heißt, diese damals junge Führungskraft reagierte sensibel auf die sozialen Rückkopplungssignale im Feld und leitete daraus ihr weiteres Handeln ab. Dabei muss betont werden, dass es nicht um den Erfolg dieses Prozesses geht, sondern um die Struktur dessen. Auf einer inhaltlichen Ebene wurde hier den üblichen Handlungsweisen des Feldes gefolgt, Gesundheit vorausgesetzt und ohne Beachtung so lange investiert, bis sich entweder im günstigen Fall alle Karrierebestrebungen realisieren lassen oder im ungünstigen Fall zu viel investiert und die Führungskraft davon krank wird. Was die Orientierung Eigenverantwortung anbelangt, so können in Bezug auf den früheren Status nur Hypothesen gebildet werden. Einen Hinweis gibt es jedoch, der die-

---

<sup>83</sup> Er reflektiert bspw. die Wirkung, die frühes Heimgehen hätte, auch wenn es aufgrund der bereits geleisteten Arbeit vertretbar wäre (Werner, 173-179).

sen Fall an die beiden zuvor geschilderten anschließt: Da Herr Althaus sich vorreflexiv den Erfordernissen des Feldes zu genügen bemühte, war Verantwortungsübernahme in Bezug auf Gesundheit kein Thema. Denn wenn, wie oben dargestellt, Verantwortungsübernahme ein aktiver und bewusster Prozess ist, so vermittelt das im aktuellen Fall beschriebene Szenario sehr deutlich, dass es auch im beruflichen Feld zu keinem Befassen mit gesundheitlichen Fragen kam – geschweige zu einer Reflexion mit dem Herausbilden einer Haltung. Seine von außen als Raubbau zu bezeichnende Arbeitsweise brachte keine Reflexionskategorie Gesundheit hervor, es ging um das den Ansprüchen Genügen oder Nicht-Genügen. Die Frage der Zuständigkeit stellt sich bei einem Nicht-Thema also auch nicht, wenngleich von außen betrachtet sich auch und gerade hier Gesundheit habitualisierte.

#### **10.1.4 Der Stoiker**

Schließlich kann ein Typ beschrieben werden, der sich ebenfalls aus den typisierten Relationen der Dimensionen erschließt: In einem Fall besteht die zentrale Abweichung vom Haupttyp in der Dimension Verantwortung, da hier bei Herrn Ehrmann eine Tendenz zur Fremdverantwortung vorliegt (differenzierter wird diese Zuordnung in der Darstellung des Haupttyps begründet).

Auch in diesem Fall ist die Orientierung des Wohlfühlens verbunden mit einem reaktiven Gesundheitshandeln. Diese Zuordnung ist aber nicht so klar wie in anderen Fällen, denn seine Reaktion auf mögliche Auslöser für sein eigenes Gesundheitshandeln bleibt im Hypothetischen: er müsste und sollte Dinge für seine Gesundheit tun. Da aber auch in den anderen Fällen nicht überprüft werden kann, ob das postulierte Handeln wirklich umgesetzt wird, wurde der Fall Ehrmann sowohl der Orientierung „Reaktion“ als auch der des „Ausbleibens von Gesundheitshandeln“ zugeschlagen.

An diesem Punkt nun ist es sinnvoll, diese Auffälligkeit heranzuziehen und sie in Relation zu den anderen Orientierungen zu setzen. Wie passt das sinnhaft zum Innentreiber? Auch dieses Gesundheitsverständnis ist von einem situativen Wohlfühlen geprägt - wie bei den anderen Fällen auch, allerdings ist es hier eher defensiv angelegt. Er ist bestrebt, von außen an ihn herangetragene Belastungen, die sein Wohlfühlen und damit seine Gesundheit (!) beanspruchen, fernzuhalten. Zentral ist bei seiner Innenorientierung, dass Herr Ehrmann von innen heraus aktiv ist, und sein Leben gestaltet. Er orientiert sich dabei nicht am Außen, sondern achtet lediglich darauf, dass sein von innen geleitetes

Streben gesichert ist. An dieser Stelle lässt sich auch die Orientierung „Fremdverantwortung“ einordnen: Er beschreibt sein gesundheitsbezogenes Handeln – ebenso wie den Umgang mit Anforderungen an ihn als Führungskraft – damit, dass er die Dinge auf sich zukommen lasse und dann tut, was zu tun ist. Warum? Vergleicht man diesen Ansatz mit dem der Eigenverantwortung, der in anderen Fällen zu erkennen ist, so wird deutlich, dass dort Verantwortung anders eingeordnet wird. Dort bedeutet Eigenverantwortung das proaktive Sich-selbst-Zuschreiben des eigenen Handelns und der Konsequenzen, statt eines Umgehens mit dem Unausweichlichen, wie in diesem Fall.<sup>84</sup> Das heißt, die fehlende Zuordnung zur Orientierung ‚Eigenverantwortung‘ zeigt über die Kontrastierung den entscheidenden Unterschied sehr anschaulich auf. Dieser macht hier die typisierende Differenz aus, die wiederum zur Bezeichnung des Typs führt. Die als unbeschwert dargestellten und implizit vermittelten Erfahrungen sowie (auch in diesem Fall) die ausblendende Haltung werden mit dieser aus der Philosophie ‚geborgten‘ Typenbezeichnung des Stoikers begrifflich gefasst.

### 10.1.5 Fazit – Der Gesundheitshandlungstyp

Der bis hierher herausgearbeitete Haupttyp des Selbstverwirklichers und seine kontrastierenden Ergänzungstypen (Rückkoppler sowie Stoiker) beschreiben übergreifend die Gesundheitstypik. Diese Typen sind bis zu diesem Punkt noch nicht vollständig erarbeitet, denn bis dahin fehlt noch der Schritt der Anbindung der Erkenntnisse aus der Analyse der vier gesundheitsbezogenen Dimensionen an die mit der Führung verbundenen Aspekte. Die Führungstypik, die die Typenbildung vertieft und um wesentliche Aspekte erweitert, wird nun angeschlossen. Das erlaubt die Bildung von generalisierbaren Typen<sup>85</sup>.

Diese anzuschließen ist auch unabdingbar, um den Habitus der Zielgruppe Führungskraft weitergehend rekonstruieren zu können. Auch wenn es in dieser Arbeit um die habituelle Facette der Gesundheit geht, so unterstreichen die Erkenntnisse, die sich aus den führungsbezogenen Dimensionen ergeben, wie wichtig es für das Untersuchungsergebnis ist, ebendiese mit einzubeziehen. Die Bewertung der eigenen Führungsrolle und

---

<sup>84</sup> Vgl. Völkers, 340: „Ob Sie abends ein Kilo Lasagne essen mit 6000 Kalorien oder nicht, müssen sie doch selbst entscheiden. Ich meine, wir sind alle volljährig. Wir arbeiten. Das ist nicht mein Thema.“ Auch wenn er sich hier auf andere bezieht, seine Haltung zum eigenverantwortlichen Gesundheitshandeln wird sehr deutlich und ist vergleichbar auch in den anderen Fällen zu erkennen.

<sup>85</sup> Zum Genügen des Anspruchs der Generalisierbarkeit über die relationale Typenbildung: vgl. Nohl, 2013, S. 60.

die Bezugnahme darauf bei Gesundheitsthemen ermöglicht das Erkennen neuer Zusammenhänge, die im Weiteren – nach der Ausführung eines besonderen Aspekts – unter der Überschrift der Führungstypik dargestellt werden.

### **10.1.6 Reaktives Gesundheitshandeln: Effekt der Katalysatoren auf das Gesundheitshandeln**

Konnte im Zuge dieser Arbeit vom Fall Althaus eine Signalwirkung ausgehen, um mögliche Auslöser-Momente für das Gesundheitshandeln genauer zu betrachten, so lassen sich die Hinweise nicht nur in der drastischen Folge von Erlebnissen und Veränderungen im Habitus entdecken. Unter den Mustern des Gesundheitshandelns ist es der Typ der „Reaktion“, dem in allen Fällen eine Bedeutung zukommt (vgl. S. 106 dieser Arbeit). In allen Fällen können Ereignisse gezeigt werden, die in der Darstellung der Befragten individuell verschiedene Auswirkungen auf ihr Gesundheitshandeln hatten und – mehr oder weniger nachhaltig – haben. Sowohl Auslöser als auch Gesundheitshandeln zeigen sich bei der Zielgruppe unterschiedlich:

- Der Auslöser, also ein gesundheitsbezogenes Ereignis bei sich selbst oder in der unmittelbaren Umgebung, ist von Fall zu Fall verschieden. In der Intensität bewegt sich das auslösende Moment zwischen einem theoretischen, einem unkomplizierten Signalgeber, wie z.B. dem ersten grippalen Infekt, der erstmals einige Tage der Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht, und tatsächlich lebensbedrohlichen Situationen.
- Die Re-Aktion und das für sich daraus abgeleitete Handlungsmuster fällt ebenfalls verschieden aus und kann aber nach weiteren Typiken untergliedert werden: Es gibt diejenigen Führungskräfte, die seit dem Ereignis **konsequent** etwas tun, das nach ihrer Vorstellung von Gesundheit gesundheitsförderlich ist. Daneben gibt es die Manager, die **anlassbezogen** handeln. Das heißt, Gesundheitshandeln spielt so lange keine Rolle, wie sie keine akute Notwendigkeit verspüren.
- Das anlassbezogene Handeln kann inhaltlich auch anders aussehen: mal bedeutet dies eine durchgängige Aufmerksamkeit oder mal auch (mehr) punktuell handeln. Das eingeschränkte ‚Mehr‘ bezieht sich darauf, dass es zwischen diesen beiden Erscheinungsformen (konsequent und anlassbezogen) eine Grauzone gibt, die mit ‚achtsam‘ bezeichnet wird. Denn bei manchen Führungskräften geht mit dem dann punktuell eingesetzten Aktivwerden eine beobachtende Haltung und Handlungsweise einher: Die aktuelle gesundheitliche Situation wird am eigenen

Wohlfühlreferenzsystem gemessen, jedoch ohne dass dies dann parallel konsequent gesundheitsförderliches oder -erhaltendes Handeln nach sich zieht. Das reaktive Element ist hier damit deutlicher ausgeprägt als bei denen, für die ein Anlass Auslöser und damit Startschuss für konsequentes Gesundheitshandeln bedeutet. Darüber hinaus gibt es einen Fall, in dem das Muster mit rein ‚achtsam‘ überschrieben wird, weil – jedenfalls im Interview – nicht deutlich wird, dass ein konkretes Gesundheitshandeln erfolgt, der Manager verharrt in den Erzählungen beim hypothetischen „sollte“ oder „müsste“.

Was dabei grundlegend deutlich wird, ist der Umstand, dass dieses Ereignis keine lineare Wirkung auf das Gesundheitshandeln der Führungskraft hat.

Die Erkenntnis, dass Gesundheitshandeln nach anderen Bewertungsmaßstäben beurteilt wird als die empfundene oder vermeintliche Schwere der gesundheitlichen Einwirkung, weist auf andere Mechanismen hin. Um also Handlungslogiken und damit Handlungsrichtungen einordnen zu können, sind demnach mehrere Aspekte in Zusammenhang zu setzen: die persönlichen Gesundheitsvorstellungen, die ebenso individuelle Bedeutung, die der Führungsrolle zugeschrieben wird sowie schließlich das Anliegen, das jede Führungskraft auf dieser Basis realisieren möchte. Ohne alle Facetten im Kontext zu betrachten, ist dazu keine Aussage zu treffen. Das erfordert eine weitergehende Analyse dieser speziellen Erkenntnisse und Zusammenhänge mit einer dementsprechend angepassten Forschungsfrage.

## 10.2 Die Führungstypik

Diese Typik wird hinzugezogen, um bisherige Ergebnisse auf einer Vergleichsbasis, einem weiteren Tertium Comparationis, zu schärfen. Die Ergebnisse dieses Schritts führen daher zum Ergebnis der Typenbildung insgesamt, weil sie damit alle als wesentlich identifizierten Themen in Beziehung zueinander setzen.

Zunächst wurde als thematischer Anschluss erfasst, wie bedeutsam die Befragten ihre Führungsrolle für sich einschätzen, da hier Zusammenhänge damit angenommen wurden, welchen Stellenwert Gesundheit innerhalb ihrer zur Führungsrolle einnimmt. Dabei offenbarten neun Führungskräfte erst einmal, dass ihre Führungsaufgabe für sie einen Wert an sich darstellt, also als **relevant** betrachtet werden kann, wohingegen drei Manager diese Aufgabe eher **in Kauf** für etwas anderes **nehmen**, was sie nur durch die

Übernahme der Führung erlangen. Das ist als typisierte Orientierung so festzuhalten. Um diese Information jedoch sinnvoll in einen Zusammenhang setzen zu können, ist der Blick ins Detail wichtig, der über die Fallbeschreibung sowie durch die tabellarische Übersicht möglich ist.

Auch bei der zweiten führungsbezogenen Dimension sind die Orientierungen deutlich verteilt: Gesundheit als **Ermöglicher** steht klar im Vordergrund, wenn die Führungskraft in ihrer Rolle spricht. Das Zweite, wofür Gesundheit in Bezug auf die Führungsrolle steht, ist **Kapital**. Im Fall von Herrn Werle wird dies in dieser Weise explizit genannt und im Fall von Herrn Althaus eher implizit, da er diese im Grunde gemäß seines früheren Rollenverständnisses nach völlig investierte (und aufbrauchte, um im Bild zu bleiben), um seiner Rolle gerecht zu werden. Gesundheit als Ermöglicher ist dennoch das vorherrschende Motiv bei den Führungskräften, wie die folgende Tabelle in der Übersicht darstellt.

Tabelle 7: Übersicht über alle typenbildenden Orientierungen aus den 6 differenzierten Dimensionen

	Konstruktion von Gesundheit	Typisiertes Gesundheitshandeln in - Reaktion	Innentreiber	Außentreiber	Verantwortung (Eigen)	Verantwortung (Fremd)	Typisierte Orientierung: Wert von Führung	Typisierte Orientierung: Wert von Gesundheit mit Bezug zur Führungsrolle	Gesundheits-handlungstyp
Dimension	I	II	III		IV		V	VI	
Torsten Werle	x	anlassbezogen wachsam		x		x	relevant	Kapitaleinsatz	Wachsamer Rückkoppler
Marcus Beck	x	konsequent	x		x		relevant	Ermöglicher	Selbstverwirklicher
Henning Völkers	x	konsequent	x		x		relevant	Ermöglicher	Selbstverwirklicher
Dr. Oliver Albrecht	x	konsequent	x		x		relevant	Ermöglicher	Selbstverwirklicher
Lutz Ehrmann	x	anlassbezogen	x		(x)1	x	in Kaufnehmend	Ermöglicher	Stoiker
Dr. Holger Fehling	x	achtsam anlassbezogen	x		x		relevant	Ermöglicher	Selbstverwirklicher
Dr. Peer Schwarzer	x	achtsam (anlassbezogen)	x		x		relevant	Ermöglicher	Selbstverwirklicher
Joachim Werner	x	achtsam		x	x		relevant	Ermöglicher	Rückkoppler
Arne Borgmann	x	anlassbezogen	x		x		in Kaufnehmend	Ermöglicher	Selbstverwirklicher
Boris Althaus	x	anlassbezogen (achtsam anlassbezogen)	x	(x)2	x		relevant	Ermöglicher (nach Transformation)	Selbstverwirklicher (nach Transformation)
Rolf Carstens	x	anlassbezogen	x		x		in Kaufnehmend	Ermöglicher	Selbstverwirklicher
Günter Wächter	x	konsequent	x		x		relevant	Ermöglicher	Selbstverwirklicher

1: schwache Tendenz, aber Zuordnung zu ‚Fremd‘

2: Orientierung vor Habitustransformation

Da zum Bilden von sinnhaften Typen auch der Blick in den Einzelfall erforderlich ist, schließen sich hier die Fallbeschreibungen an, die nun sowohl die Resultate der vorheri-

gen Auswertungen aufgreifen sowie diese anbinden an diejenigen aus der Führungstypik.<sup>86</sup>

### *Typisierte Fallbeschreibungen*

In den folgenden Fallbeschreibungen sind die bis dato zur Entwicklung einer Typologie fallunabhängig betrachteten Typiken nun als solche wieder an ihre Ausgangsfälle rückgebunden und miteinander in Beziehung gesetzt. Wie zuvor beschrieben, bedarf es der Arbeit am konkreten Fall, um im Sinne der relationalen Typenbildung neue Zusammenhänge zu identifizieren.

#### *Beck*

Herr Beck entspricht dem typischen **Selbstverwirklicher**. Sein **Gesundheitshandeln ist ein Ermöglicher** für etwas, das mit aktiv erhaltener oder geförderter Gesundheit erreicht werden kann und von einem **Innentreiber** in Gang gesetzt wird. Daher ist sein Gesundheitshandeln **konsequent**, weil es eben durch ein dauerhaft vorhandenes persönliches Anliegen motiviert ist. Sein Referenzsystem liegt in seinem Inneren und wird situativ adressiert, wobei das momentane Wohlfühlen mit der aktuellen Tätigkeit und Situation geprüft wird. Das schließt auch Führungssituationen und darüber hinaus auch seine Führungsrolle mit ein, denn auch darin hat er etwas gefunden, das ihm etwas gibt, das ihm ein Wohlgefühl vermittelt und eine Art Ressource darstellt. Führung bzw. das Ausleben seiner Führungsrolle ist für ihn damit ein Wirkbeschleuniger seines persönlichen Anliegens und kann damit als relevant betrachtet werden.<sup>87</sup>

Er profitiert von einer Habitualisierung, die ihm früh (über die Konfrontation und den Vergleich mit der Karriere des Vaters) Ideen und Anregungen zur eigenen beruflichen Entwicklung gab. Gleichzeitig kam er mit den Dispositionen des Habitus in Berührung, um diese Entwicklung überhaupt verfolgen und erreichen zu können. Gesundheitsbezogen gab es für ihn keinen kritischen Auslöser, bevor er den Schritt zur Führungskraft

---

<sup>86</sup> Der Vollständigkeit halber ist hier noch einmal darauf hinzuweisen, dass die identifizierten Orientierungen weitere Fragestellungen mit entsprechenden Erkenntnismöglichkeiten bieten, indem die Tertia Comparationis variiert werden, was eine neue Ausgangslage schafft. Hier bleibt es dabei, die Orientierungen der Führungstypik an die Gesundheitstypik anzuschließen und die angestoßene Bildung von Relationen zu vertiefen anstatt neu anzulegen (vgl. dazu Nohl, 2013, S. 90).

<sup>87</sup> Im spannenden Ingenieur-Projekt-Umfeld, das er vom Vater kannte, wollte er aber „mehr“ erreichen, was er dann in der Führung fand: „mehr Verantwortung, interessantere Aufgaben und auch mehr Geld“ (Beck, 10).

getan hat. Die dann erfolgten Denkanstöße bzw. Katalysator-Ereignisse im Hinblick auf die eigene Gesundheit fielen eher milde aus: durch betriebliche Gesundheitsseminare und das eigene Erleben, dass Sportverletzungen heute länger zum Ausheilen brauchen als in jüngeren Jahren.

#### *Völkers*

Dieser Fall schließt sich im Sinne der Typenbildung anschaulich an den vorherigen Fall, Herrn Beck, an, da alle relevanten Kategorien übereinstimmen: Auch er ist von einem **Innentreiber** geleitet, der ihn **konsequent gesund handeln** lässt, weil **Gesundheit ein Ermöglicher** für seine **Selbstverwirklichung** ist. Für ihn bedeutet dies, dass sein Innentreiber neben Wohlfühlen auch Sinnerleben und den Erhalt von Lebensqualität meint, wobei er seine „Steuerungseinheit“ im Unterbewusstsein verankert sieht. Auch für sein Verwirklichungsanliegen ist die Führungsrolle **relevant** – und auch die Beweggründe entsprechen dem zuvor dargestellten Fall. Diese Rolle ermöglicht Zugang zu besonderen Themen: Dinge aktiv vorantreiben und dafür Verantwortung übernehmen zu können. Erneut fungiert die Führungsaufgabe als Wirkbeschleuniger der (Selbst-)Verwirklichung, wobei Herr Völkers betont, dass diese Themen nicht nur exklusiv in einer beruflichen Aufgabe zu erlangen sind.

#### *Dr. Albrecht*

Mit Herrn Dr. Albrecht kann ein weiterer Fall in der Typologie eingereiht werden: Ein **Selbstverwirklicher**, der mit **Innentreiber konsequentes Gesundheitshandeln** betreibt - vor dem Hintergrund, dass **Gesundheit ein Ermöglicher** für das eigene Anliegen ist. Und auch hier spielt seine Führungsaufgabe eine wichtige Rolle ( $\hat{=}$  **relevant**). Bei Herrn Dr. Albrecht liegt das entscheidende Element in der wechselseitigen Bedingtheit, die Gesundheit und Führung miteinander verbindet. Bei ihm steht die Suche nach der persönlichen Herausforderung situationsübergreifend im Vordergrund, die er in einer anspruchsvollen beruflichen Führungsaufgabe befriedigt findet. Dazu sieht er die Notwendigkeit einer stabilen Gesundheit, die ihm das persönliche Streben nach Herausforderungen auch ermöglicht. Deshalb gilt für ihn die Formel: Je größer die (berufliche) Herausforderung, desto größer der Bedarf an wirksamem Gesundheitshandeln. Dazu ist zu unterstreichen, dass die Führungsaufgabe eine Form der Aktivität ist, Befriedigung seines Strebens zu erlangen, nicht die eine exklusive.

*Wächter*

Auch Herr Wächter ist ein typischer Vertreter der **Selbstverwirklicher** bei den interviewten Führungskräften. Für ihn ist seine Gesundheit und das entsprechende Gesundheitshandeln ein **Ermöglicher** für das, was er tun möchte. Was er möchte, hat sich jedoch inhaltlich über die Jahre verändert. Mit dem Eintritt in den Beruf fand er Befriedigung und Bestätigung in seinen Aufgaben, für die er immer mehr Verantwortung übernehmen wollte und das auch öffentlich kundtat, bis er die dazu passende Führungsrolle übertragen bekam. Auf dieser Basis kann er sein Anliegen weiter voranbringen: Er hat für sich herausgefunden, wie viel es ihm gibt, nicht nur Inhalte zu bewegen, sondern auch Menschen. So ist **nicht nur Gesundheit, sondern auch die Führungsrolle ein Ermöglicher** seiner persönlichen Bestrebungen und kann als **relevant** eingestuft werden. Sein Gesundheitshandeln ist sehr **konsequent**, das seinen Ursprung im Erleben hat, wie sehr ihn Krankheit außer Gefecht setzen kann und wie viel Einfluss er auf seinen Zustand selbst nehmen kann (bspw. mit dem Rauchen aufzuhören oder nur maßvoll Alkohol oder Essen zu sich zu nehmen). Die Wirkung war für ihn so positiv, dass er nun das, was er mit gesundem Leben über Bewegung, Ernährung und Entspannung verbindet, völlig selbstverständlich in sein Leben integriert bzw. für ihn mittlerweile zum Leben untrennbar gehört: „Gesundheit ist für mich persönlich mein Leben“ (Wächter, Teil 2, 110).

*Dr. Fehling*

Mit Herrn Dr. Fehling kommt eine neue Spielart des Typs **Selbstverwirklicher** hinzu. Diese ist zwar in allen Belangen so aufgebaut wie die oben beschriebenen, allerdings unterscheidet sich das primäre Muster seines Gesundheitshandelns: Er handelt **anlassbezogen**. Vor dem gleichen Hintergrund wie die bereits beschriebenen Führungskräfte lässt sich auch sein Gesundheitshandeln auf ein persönliches Anliegen zurückführen, das für ihn und sein Handeln so große Bedeutung hat, dass er daran auch sein Gesundheitshandeln orientiert. Seine Begründung über den Innentreiber entspricht ebenfalls demjenigen eines **konsequent** Handelnden: um körperlich die Voraussetzungen zu haben, um beweglich zu sein und Freude zu haben, was sich für ihn auch im Beruf erfüllt. Diesen macht er gern, wobei er in die Führungsrolle eher en passant gekommen ist: Da er mit Engagement und Freude seinen Aufgaben in seinem damaligen Job nachgegangen und immer mehr Verantwortung übernahm, wurde ihm dann auch die Personalverantwortung für Mitarbeiter übertragen – was ihn ebenfalls mit Freude er-

füllt. Die ressourcervolle Führung führt zur Zuordnung **relevant**. Dies steht in direkter Verbindung zum Gesundheitshandeln, was für ihn wesentlich mit Sport verbunden ist. In jüngeren Jahren stellte Sport einen zentralen Lebensinhalt dar, ohne dabei direkt mit Gesundheit in Verbindung zu stehen. Im Rahmen des Vereins- oder Hochschulsports wurde er auch hier schon zur Führungskraft: als Leiter von Sportgruppen. So verschmolzen die Bereiche Gesundheit und Führung bei ihm früh unter der Überschrift Freude am Tun.

Heute ist sein Gesundheitshandeln etwas funktionaler geprägt und entspricht der anlassbezogenen Orientierung: Er hatte einige Male Herzrasen, welches der Arzt zwar als nicht besorgniserregend einstufte, aber ihm selbst signalisierte, regelmäßig innezuhalten und eine Standortbestimmung zu machen – und dementsprechend Maßnahmen einzuleiten, die ihm sinnvoll scheinen: gute Ernährung, wenig Alkohol, mehr Sport und noch mehr Ruhephasen. Das macht er von sich aus und so lange, bis sein Gefühl ihm sagt, dass es in Ordnung ist. Eine Sportverletzung hat er, als es unausweichlich wurde, konsequent behandeln lassen. Hier ist die Beschreibung seines Gesundheitszustands sachlich und funktional geprägt („Meniskus hops – Krankenhaus“) und ebenso sein Umgang damit. Er handelt demnach **anlassbezogen**, aber geht durchaus achtsam mit seiner Gesundheit um, indem dass er die Anlässe, wann er aktiv zu werden hat, auch erkennt.<sup>88</sup>

#### *Dr. Schwarzer*

Mit Herrn Dr. Schwarzer kommt ein weiterer Fall und damit ebenso neue – fallspezifische – Aspekte zum **Selbstverwirklicher** hinzu, denn er realisiert für sich das konsequente (Aus-)Leben der habitualisierten Dispositionen. Früh hat er im familiären Umfeld erlebt, dass ein, wie er es nennt, unstetes Leben insgesamt ungesund ist. Daraus hat er für seine eigene Lebensführung entsprechende Schlüsse gezogen: Er strebt nach Regelmäßigkeit, ausreichend Schlaf und einem ausgeglichenen Familienleben. Auf dem Weg in den möglichen Beruf als Rettungssanitäter kristallisierte sich der Wunsch heraus, Medizin zu studieren. Das Vorhaben scheiterte am Mediziner-Test. Dafür schloss er ans absolvierte Ingenieursstudium eine Promotion an. Diese Qualifizierungen führten

---

<sup>88</sup> Auf Nachfrage, ob Gesundheit zu leisten ist, zählt er die Dinge auf, die er im Alltag bereits tut: Bewegung, Ernährung, Zähne pflegen, den Kopf trainieren, bequem kleiden, auch Arztbesuche für Check-ups zur Vorsorge. Dabei betrachtet er Gesundheitshandeln aber als aktiven, immerwährenden Prozess, was an diesem Beispiel illustriert: „Heute Mittag habe ich mich auch zwingen müssen, nicht die Pommes zu nehmen“ (205).

ihn ohne Umwege in ein Unternehmen, das junge promovierte Hochschulabgänger gleich in eine entsprechend angelegte Laufbahn zur Führungskraft brachte. Studium und Promotion stellen eine Grundinvestition dar, die Kapital mit erheblichem Wert im Feld bedeutet. Wie wichtig ihm diese Schritte und die Position im Feld im Sinne des persönlichen Anliegens war, verdeutlicht seine Bemerkung, dass er als junger Absolvent mit der Promotion dann „schon jemand war“. Er stellt weniger die attraktive Führungsaufgabe in den Vordergrund, sondern die Möglichkeit, damit einen eigenen Plan zu verfolgen: das, was es in seinen Augen bedeutet, jemand zu sein. Dazu gehört auch für ihn der **innere Treiber**, der auch Wohlfühlen und die Möglichkeit beinhaltet, Dinge tun zu können, die Spaß machen. Das umfasst für ihn Beruf und Familie gleichermaßen. Um diesen Dingen freudvoll nachgehen und um auch den eigenen Ansprüchen genügen zu können, braucht es Gesundheit, die einen **Ermöglicher** darstellt. Dabei ist interessant, wie er unterstreicht, dass eine mit Freude ausgeübte Arbeit eine eigene Ressource ist, von der man nicht genug kriegen kann ( $\hat{=}$  **relevant**).

Sein Ansatz mutet funktionaler an als diejenigen anderer Selbstverwirklicher, wie oben im Zuge der Fallbeschreibungen zur Führungstypik beschrieben, dennoch verfolgt auch Herr Dr. Schwarzer konsequent den eigenen, inneren habitualisierten Plan, den er nach eigenen Angaben unter der Überschrift des Wohlfühlens verfolgt. Wie mehrfach beschrieben, geht es hier um die Strukturen sowie subjektiven Konstruktionen.

Sein Gesundheitshandeln selbst ist **achtsam** und **anlassbezogen**. Seine Perspektive auf Gesundheitshandeln ist allerdings davon bestimmt, dass er vor allem darum bemüht ist, nicht in einen negativen Zustand aufgrund seiner beruflichen Belastungen zu kommen. Das führt dazu, dass er erst einmal darauf achtet, nicht in so einen Negativ-Bereich zu gelangen. Dies strebt er bspw. durch das Wahrnehmen der betrieblich angebotenen medizinischen Check-ups an, durch ausreichend Schlaf oder das Vermeiden von unfallträchtigen Situationen. Das insgesamt proaktivste beschriebene Gesundheitshandeln ist sein abendliches Abschalten vom Arbeitsalltag. Die Kombination von „redlicher Arbeit“ und gutem Schlaf zum Ausgleich führt zusammen zu dem von ihm als gesund beschriebenen Zustand des Wohlfühlens: Wenn er dem eigenen Anspruch nach genügende Arbeit geleistet hat, führt dies automatisch zu verdient erholsamen Schlaf und ermöglicht dies wiederum. So betrachtet entspricht sein Gesundheitshandeln diesem sich bedingenden Kreislauf. Darin steckt implizit bereits der Anschluss von der Gesundheit zur Führung.

*Borgmann*

Auch Herr Borgmann lässt sich als **Selbstverwirklicher** typisieren. Er ist ein aktiver Sportler, dem Sport nicht nur als Gesundheitshandeln dient, sondern für ihn Freude und Lebensinhalt gleichermaßen bedeutet. Er strebt deshalb danach, Zeit dafür einräumen zu können und erlebt den berufsbedingten Zeitmangel sowie dessen Konsequenzen (Gewichtszunahme oder Rückenverspannung) als unangenehm und als Anlass und konkreten Auslöser, wieder aktiv zu werden.

Im ureigenen Interesse möchte er diesen Dingen nachgehen können, die ihm Freude bereiten: Freizeit- oder beruflichen Aktivitäten, die chronologisch betrachtet nach dem Sport in sein Leben kamen. Für seinen Beruf kann er sich über die an ihn gestellten Aufgaben begeistern, und er zieht über Themen, die ihm liegen, ebenso Befriedigung aus diesen Aktivitäten.

Wenn man Sport aus der Gesundheitsperspektive betrachtet, dann handelt es sich auch bei ihm um ein **anlassbezogenes** Gesundheitshandeln. Auch wenn man seine individuelle Konstruktion heranzieht, die Wohlfühlen als einen wesentlichen Aspekt von Gesundheit beinhaltet, dann handelt er anlassbezogen aus dem Wunsch heraus, einen Zustand des Wohlfühlens zu erreichen ( $\cong$  **Ermöglicher**).

Der Einstieg ins Berufsleben bescherte ihm also einen weiteren Bereich mit Aktivitäten, die ihm Freude bereiten. Mit der Übernahme der Führungsrolle ergab sich für ihn ein „breiteres Aufgabenspektrum, das (...) spannender ist“ (Borgmann, 33). Aufgrund des Rotationsprinzips in diesem Unternehmen kann eine Rotation auf demselben Hierarchielevel auch wieder eine Aufgabe ohne Personalverantwortung bedeuten. Das ist hier insofern bedeutsam, als dass er über die Führungsrolle auf eine Ebene vorgedrungen ist (in eine Position im Feld), die ihm Zugang zu bestimmten und befriedigenden Themen verschafft. Dort würde er auch ohne Führungsverantwortung bleiben, deren Verlust er nicht bedauern würde, da für Herrn Borgmann die hochwertigen Aufgaben im Vordergrund stehen. Das sind bemerkenswerte Aussagen, da sie belegen, dass die Führungsrolle zwar wichtig und wegbereitend für einen Schritt zur Selbstverwirklichung ist (nämlich dem Wunsch nach Zugang zu spannenden Themen), aber dann nicht mehr als notwendig (und einem **In-Kauf-Nehmen** entspricht) angesehen wird. Hier spielt einzig die Unternehmenshierarchie eine Rolle, mit der bestimmte Aufgaben einhergehen, was eine

besondere Konstellation im Zusammenspiel der Bedeutung von Gesundheit und Führung darstellt.

### *Althaus*

Heute<sup>89</sup> ist Herr Althaus als sehr typischer **Selbstverwirklicher** einzuordnen: Gesundheit ist für ihn die Basis und der **Ermöglicher**, um das zu tun, was ihn mit Befriedigung und mit Sinn erfüllt. Dabei spielt seine Führungsaufgabe eine wichtige Rolle ( $\hat{=}$  **relevant**). Aufgrund des massiven gesundheitlichen Einschnitts wäre es nachvollziehbar, dass er in seinen Erzählungen davon spricht, gerne völlig aus dem Feld treten zu können oder zu wollen, aber davon ist nicht die Rede. Er beschreibt, dass er nicht danach strebt, seinen Bonus in die Höhe zu treiben, sondern sich lieber darauf konzentriert, seine Aufgabe so zu erfüllen, wie es sein eigenes Referenzsystem nahelegt: mit seinem Tun etwas schaffen, um sich so wohlfühlen. Unter ‚etwas schaffen‘ versteht er in seinem Fall das erfolgreiche Leiten einer Unternehmenseinheit mit Mitarbeitern, die sich trauen, ihm auf Augenhöhe zu begegnen und denen er ein Arbeiten in einem angenehmen-konstruktiven Klima mit guter Weiterbildung ermöglicht. Somit hat auch für ihn Führung die Funktion, ein Wegbereiter zur Verwirklichung eines persönlichen Anliegens zu sein.

Auch sein Gesundheitshandeln ist als **achtsam**, aber doch **anlassbezogen** einzuordnen. Das erlebte massive gesundheitliche Ereignis hat ihn aufgeschreckt und gleichzeitig sensibilisiert. Diese Sensibilisierung führte bei ihm zu einer Art Neujustierung seines inneren Gesundheitshandlungskompasses: Er hat unmittelbar nach seinem körperlichen Zusammenbruch zentrale Entscheidungen getroffen, wie er seine Aufgaben ressourcenschonender erledigen kann, priorisiert stärker und beobachtet seine eigenen körperlichen wie mentalen Reaktionen auf den beruflichen Alltag stärker als früher.

In diesem Fall hat sich eine Entwicklung in der Typenzuschreibung vollzogen: **Vom einstigen Rückkoppler**, der sich mit seinem Gesundheitshandeln an einem Maßstab orientiert, der außerhalb der eigenen Person liegt, wurde er **zu einem Selbstverwirklicher**, der aufgrund eines körperlichen Weckrufs zu einem neuen, inneren Maßstab fand.

Bei den sogenannten Rückkopplern findet sich das, was in der dritten Analyse-Dimension der ‚Außentreiber‘ genannt wurde. Für Herrn Althaus heißt das, dass sich

---

<sup>89</sup> Die Entwicklung im Fall Althaus wurde zuvor in allen Dimensionen und im Zuge der Interpretationsschritte dargestellt, worauf damit Bezug genommen wird.

sein Rückkoppeln vormals auf die übliche Praxis des Feldes bezog: die Branche, die Position und die dort vorherrschende berufliche Entwicklung nach einer Ausbildung. Gesundheit spielte hier, so seine Beschreibung, keine Rolle und war kein Gegenstand von Reflexion. Somit reagierte er anlassbezogen auf gesundheitliche Probleme (z.B. hörte er nach Atemwegsproblemen mit dem Rauchen auf) und fokussierte sich auf den Beruf, ohne innezuhalten oder auch derartige, wiederkehrende Probleme mit anderen Auslösern in Verbindung zu bringen. Seine Gesundheit war so lange ein vorhandenes und sukzessiv beanspruchtes Kapital, bis es fast unbemerkt völlig verbraucht war. Auf diese Weise bestimmte die Führungsrolle früher auch sein Gesundheitshandeln, das in diesem Falle damals reaktiv bzw. ausbleibend war. Bis zu jenem Ereignis, das oben bereits als Weckruf eine Transformation zum Typ des Selbstverwirklichers auslöste.

### *Carstens*

Mit Herrn Carstens folgt erneut eine Führungskraft, die dem Typ **Selbstverwirklicher** zugeordnet werden kann: Gesundheit erlaubt ihm (im Sinne des **Ermöglichers**) das Leben und Erleben von Dingen, die ihm wichtig sind. Dass das mit aktivem Gesundheitshandeln zu tun hat, ruft er sich **anlassbezogen** in Erinnerung und löst dann entsprechendes Handeln aus: Das Rauchen erschien ihm in Gegenwart seiner neugeborenen Tochter als unangemessen und auch der Blick in den Spiegel mit deutlich sichtbarer Gewichtszunahme bewirkte ein Unwohlsein. Es sind besondere wie persönliche Auslöser, die ihn ins Handeln bringen. Dazu hat er, auf sein eigenes Wohlfühlen bezogen, ein besonders persönliches Referenzsystem: ein bereits selbst erfahrener Zustand des Wohlfühlens und Stimmigkeit mit seinem Tun. Dieser dient dann als Anshub, aktiv zu werden, was auch die Anknüpfung zu seinem Beruf darstellt. Diese Referenzsituation fand im Prüfungsstadium des Studiums, also einer berufsnahen Phase, statt. Er erlebte diese Zeit als ähnlich beanspruchend und fordernd wie den Beruf heute und nimmt Bezug zu den Ressourcen, die ihm durch das Sorgetragen für sich selbst zur Verfügung standen.

Heute empfindet er nach eigenen Schilderungen durch seine Aufgabe ähnliche Beanspruchungen. Dabei rückt er mehr das Feld, den Kontext seines Wirkens in den Vordergrund als die Führungsaufgabe. Er verdeutlicht, dass der Beruf bzw. die Profession (Jurist) vor der Führungsaufgabe steht, die er nicht aktiv angestrebt hat. Im Zusammenhang mit seinem Gesundheitshandeln wird sie insofern relevant, als dass die höheren Anforderungen an einen Angestellten in dieser Position belastender sind und als dass er so Mitarbeiter hat, die ihm im Zuge offener Feedback-Gespräche zurückmelden, dass er

sich in seinem Umgang verändert hat. So ist hier der Einfluss der Führungsrolle eher mittelbar<sup>90</sup> und hier kontrastierend als **in Kauf nehmend** eingeordnet.

### *Werner*

Was es bedeutet, dem Typ des **außengetriebenen Rückkopplers** zugeschrieben zu werden, wurde bereits bei Herrn Althaus skizziert. Das Referenzsystem von Herrn Werner liegt im so genannten Außen, obwohl er immer wieder davon spricht, nach Stimmigkeit zu streben. Dabei handelt es sich um das ständige Abwägen von Ansprüchen und Erwartungen – der eigenen gegen andere. Er ist bestrebt, Rollenerfordernissen, wie er sie versteht, zu entsprechen und bräuchte einen Erlauber, um wirklich zu einem aktiven Gesundheitshandeln zu kommen (vgl. Werner, 108). Das weist darauf hin, dass Gesundheitshandeln solange ausbleibt, bis es diesen Erlauber gibt – oder er keine Leistungsfähigkeit mehr zur Ausübung seiner Rolle besitzt und der Erlauber in Gestalt einer Krankschreibung daherkommt. Das führt zu einer Kategorisierung als **achtsam**, da das Handeln hier im Theoretischen bleibt und ein möglicher Bezug zu einem Anlass erst einmal offen ist. Auch die Einschätzung, dass die Führungsaufgabe für als **relevant** einzustufen ist, leitet sich aus einem Außen ab, weil er damit Bestätigung seines Strebens nach Stimmigkeit erfährt: „Wo dann der Vorgesetzte irgendwie gesehen hat, dieser Mitarbeiter ist ja vielleicht fähig, auch etwas anderes zu tun. Mitarbeiter zu führen, das Unternehmen zu vertreten“ (Werner, 88).

Gesundheit stellt für ihn bemerkenswerterweise – wie für die Selbstverwirklicher-Typen – einen **Ermöglicher** dar. Möglich wird bei ihm durch Gesundheit das Leben nach seinem eigenen Referenzsystem, das er selbst mit „Stimmigkeit“ überschreibt und zu dem Leistungsfähigkeit gehört, was er sehr klar sogar in Prozentzahlen von 100 übersetzt. Der Rollenbezug besteht in seinem Fall in seinem Referenzsystem der Stimmigkeit. Hier hat er selbst definiert, was von einer Führungskraft wie ihm von außen zu erwarten ist (vgl. u.a. Werner, 179).

### *Werle*

Herr Werle ist als **Gesundheitshandlungstyp als ‚wachsamer‘ Rückkoppler** zu bezeichnen. In seinen Ausführungen drückt sich kein Streben nach der Verwirklichung

---

<sup>90</sup> Mittelbar soll hier darauf hinweisen, dass es Dritte als Feedbackgeber gibt und braucht, den er in Form seiner Mitarbeiter hat. Für eine derartige Rückmeldung hätte es aber auch Kollegen auf gleicher Ebene geben können, dazu braucht es nicht zwingend die Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehung.

eines persönlichen Anliegens aus, dem sein Gesundheitshandeln dienen soll. Gesundheitsförderliches Tun ist weniger proaktiv zu erkennen, sondern eher defensiv angesiedelt, um die Leistungsfähigkeit zu erhalten. Grundsätzlich beklagt er diesen Zustand nicht, sondern beschreibt es im Sinne seines Feldes und seiner Rolle als normal, im Sinne der Karriere Raubbau am Körper zu betreiben. Das Rückkoppeln bei ihm bezieht sich darauf, dass er sehr aufmerksam und kritisch darauf achtet, dass seine Gesundheit nicht unter ein von ihm für sich definiertes kritisches Level absinkt, dass ihn nachhaltig schädigen würde (körperlich wie sozial, also sein Familienleben betrifft). Diese Aufmerksamkeit führt zu einem **anlassbezogenen Gesundheitshandeln**, wenn das von ihm für sich definierte Maß des (Nicht-mehr-)Erträglichen erreicht ist. Der Anspruchsgegner, wenn man so will, ist das Unternehmen mit seinen Erwartungen und Anforderungen an ihn, sein Treiber wurde außen verortet: bilanzierend, investierend, im Sinne eine ROI (return on investment), also im Sinne von **Kapital**.

Seine Gesundheit sowie sein Gesundheitshandeln stehen in deutlichem Zusammenhang mit der beruflichen Rolle, denn das von ihm beschriebene In-Vorleistung-Gehen, wodurch er körperlich Raubbau betreibt, bezieht sich direkt auf ihn in der Führungsrolle. Diese gehört zu seinem eingeschriebenen Karrierebegriff (ist für ihn **relevant**), welcher sich auch durch das Erleben seines Vaters verfestigt hat, der auch in gehobener Stellung in einem großen Unternehmen tätig war und durchaus Vorstellungen für eine Karriere seines Sohnes hatte.<sup>91</sup> Der so eingeschriebene Habitus bezieht sich sowohl auf das berufliche Streben als auch auf die Auswirkungen auf ein Gesundheitshandeln. Er lebt durch diese Verbindung seinen Habitus aus und lebt damit innerhalb seines Referenzsystems stimmig.

### *Ehrmann*

Herr Ehrmann ist im Konzert der Führungskräfte ein besonderer Fall, der weder dem Selbstverwirklicher noch dem Rückkoppler zugeordnet werden kann und daher als besonderer Subtyp des **Stoikers** in die Typenbildung einfließt.

---

<sup>91</sup> Diese bezogen sich zwar auf eine andere Ausbildung als Ausgangsbasis, aber der Gedanke des Vaters für den Sohn war das Grundsteinlegen für eine Karriere mit der Möglichkeit „richtig schönes Geld“ (Werle, 223) zu verdienen. Dies ist nur über eine entsprechende Position zu realisieren ist, die wiederum mit dem Übernehmen einer Führungsposition einhergeht.

Diese Führungskraft lebt ihr Handlungsprinzip, nicht nur auf Gesundheit oder Führung bezogen, mit einer sehr positiven, lebensfrohen Grundhaltung aus: Er beschreibt seinen Umgang mit Situationen, die an ihn herangetragen werden und mit Dingen, die geschehen als „auf sich zukommen lassen“ (288). So salopp dies hier angedeutet wird, so ernst ist die Ressource, die sich hier habitualisiert hat: Er hat gelernt, das Leben anzunehmen, da es sich nicht immer so entwickelt, wie man es selbst gern möchte.

Beides, das Erleben kritischer Ereignisse wie die Chance, diese für sich anzunehmen und konstruktiv zu wenden, hat er in Bezug auf Gesundheit sehr früh erfahren: Mit einem Herzfehler geboren, gab man ihm nur wenig Lebenszeit und er sammelte bereits sehr früh Krankenhauserfahrungen mit erheblichen medizinischen Eingriffen. Er wurde jedoch von seinem Umfeld nie als Kranker behandelt, überstand die Krankheit und leitete daraus für sich ab, dass man erst wirklich krank wird, wenn man dem Gefühl nachgibt, sich so auch zu fühlen. Das bestätigt auch ein weiteres Ereignis aus seinem familiären Umkreis: Eine krebskranke nahe Verwandte hat ihm mit unerschütterlichem Frohmuth vermittelt, dass und wie jede Situation etwas Gutes in sich trägt, sodass es keiner präventiven Hektik bedarf.

So gestaltet er dann auch sein Leben: Er passt sich den Situationen an und prüft immer, wie wohl er sich jeweils dabei fühlt (auch also ein klarer innerer Treiber mit dem Blick auf den Wohlfühlfaktor). So wählte er den beruflichen Einstieg und so gestaltete er seine Entwicklung. Die Rolle der Führungskraft strebte er nicht aktiv an. Er sieht sich als stets aktiven Menschen, der etwas tun und erreichen möchte. Mit diesem Habitus kam er im Beruf voran, fand seine Themen und als eine Führungsposition frei wurde, besetzte man sie mit ihm. Auch hier zeigt sich seine abwartende Grundhaltung, Dinge anzunehmen: „Weil kein anderer wollte?“, lautet dazu seine trocken-humorige Reaktion auf die Frage, wie es dazu gekommen sei. Die Situationen (an-)nehmen, wie sie kommen.

Diesem Motto folgt er in der Rolle der Führungskraft auch heute noch und da erlebt er dann, dass dieses ‚Auf-sich-zukommen-lassen‘ nicht immer funktioniert, weil dann teilweise sehr viel gleichzeitig kommt, das ihn dann überwältigt. So stellt er diese Konsequenzen in der Führungsrolle kritisch dar und hat im Sinne eines Gesundheitshandelns eine defensive Strategie entwickelt, die sich noch immer an das Auf-sich-zukommen-lassen anschließt und von ihm als „Selbstschutz“ beschrieben wird.

Sein Gesundheitshandeln entspricht also nicht dem proaktiven gesundheitsförderlichen Tun, das andere betreiben, vor allem derjenigen, die mit einem starken (= konsequen- ten) Selbstverwirklichungstreiber ausgestattet sind. Er ist vielmehr bestrebt, die überlas- tenden Situationen präventiv abzuwehren, sich ihnen nicht auszusetzen, bspw. auch bestimmte Gespräche nicht zu führen, weil er spürt, dass ihm das nicht guttun würde. Für die interessantere Aufgabe, die er verbunden mit der Führungsrolle sieht, **nimmt er diese Rolle** aber sozusagen **in Kauf**. Auch über den Beruf hinaus entspricht sein Ge- sundheitshandeln der beschriebenen Haltung: Er weiß, dass das Älterwerden gesund- heitsförderliches Tun anempfiehlt. Auch spürt er, dass er heute etwas schneller außer Atem gerät. Aber durch seinen Habitus bleibt er passiv und belässt es beim „müsste“ und „sollte“. Es ist sozusagen ein ‚unter eventuell gegebenen zukünftigen Umständen‘ an den Tag zu legendes anlassbezogenes Gesundheitshandeln. Es ist ein völlig anderes Bild, als es sich in den Vergleichsfällen zeichnen lässt und dennoch ist Gesundheit auch für ihn, gerade für ihn, ein **Ermöglicher**: Er beschließt deshalb, gesund zu sein und an- dere Anzeichen nicht zuzulassen. Auch in der Führungsrolle, die ihm tendenziell auf- zeigt, dass sie nicht optimal zum Habitus passt.

### 10.3 Fazit zur Bildung der empirischen Typen

Wie die Darstellungen der Typenbeschreibungen sowie die typisierten Übersichten zei- gen, dokumentiert die empirische Untersuchung zahlreiche Verbindungen zwischen den Fällen der Zielgruppe in Bezug auf Gesundheit. Ebenso wird deutlich, dass das Typisie- ren von Orientierungen und das darauffolgende Typisieren der Relationen keine ein- fach-strukturierten Typen hervorbringen. Es gibt sowohl das Typische über die Fälle und Dimensionen hinweg als auch ein individuelles Element, das der jeweiligen Bio- graphie zuzuschreiben ist.

So auffällig unauffällig in dieser Arbeit zu Beginn der Auswertungen das (Nicht-)Vor- kommen bzw. das Nicht-Erwähnen der Führungsrolle im selbst dargestellten Gesund- heitshandeln schien, so deutlich tritt ihre Relevanz in der Analyse zu diesem Zeitpunkt hervor. In neun von zwölf Fällen zeigt sich, dass Gesundheit durchaus in einem Zu- sammenhang mit der Führungsrolle zu sehen ist.

Hier erklärt sich, wie Führung dazu beiträgt, den Weg zur Selbstverwirklichung über- haupt zu gehen, sodass er zu dem ganz eigenen wird: Sie dient als Wegbereiter, ist aber kein eigenes Ziel. Eine Führungskarriere ist damit bedeutsam, wenngleich, wie sich

interpretieren lässt, sie keinen exklusiven Weg darstellt. Ausgeschlossen ist damit keineswegs, dass dieselbe Befriedigung nicht auch auf anderem Wege erfahren werden könnte. Es sei exemplarisch auf die Aussagen einer Führungskraft verwiesen, die dieselbe Befriedigung aus dem beruflichen Wirken auch aus einem Aktivurlaub oder auch einer alternativen Beschäftigung erreichen könnte, wie mit dem Betreiben eines Skigebietes, was er exemplarisch nennt.<sup>92</sup>

Insgesamt ist also eine starke Selbstbezüglichkeit festzustellen, die zu einem in sich schlüssigen Verfolgen eines eigenen Weges führt. Dieser führt ins Feld Unternehmen und in die Laufbahn der Führungskraft, die wiederum bessere Möglichkeiten schafft, die persönlichen Ziele zu realisieren. So lässt sich nachvollziehen, dass sich die Führungskräfte einerseits im Unternehmen und in ihrer Rolle entwickeln und den Erfordernissen des Feldes genügen, sofern diese auch die Voraussetzungen erfüllen: dass sie sich wohlfühlen, Spaß haben und insgesamt etwas damit gestalten können. Andererseits lässt sich so die Struktur des Gesundheitshandelns nachvollziehen: Sie steht im Einklang und ist in einer Wechselwirkung mit dem eigenen selbst gesteckten ‚großen‘ Ziel zu sehen. Deshalb wird dieses Gesundheitshandeln auch je nach Bedarf flexibel angepasst, es gestaltet sich in diesem Sinne also als re-aktiv. Wie sich das als konkrete Aktivitäten darstellt, sieht dann individuell sehr verschieden aus. Die grundlegende habituelle Struktur der Führungskräfte entspricht sich jedoch weitgehend, wie aus dem hier Dargestellten zu sehen ist.

## 11. Gesundheit im Habitus der Führungskräfte – theoretische Anschlüsse

Wie lässt sich nun der Weg zurück von den einzelnen empirischen Resultaten zum theoretischen Hintergrund und damit vom empirischen Typ zur Frage nach dem Gesundheitsbezug im Habitus der Führungskräfte beschreiben?

Die eindimensionale Antwort auf die Forschungsfrage, ob Gesundheit eine erkennbare und typisierbare Rolle im Habitus von Führungskräften spielt, lautet: Ja – die Studie kann eine Facette im Habitus von Führungskräften nachweisen, die sich auf deren Ge-

---

<sup>92</sup> Vgl. Iellatchitch, Mayrhofer & Meyer, 2003, S. 733 zur Differenzierung von „work“ und „labour“, wobei ihre Untersuchung sich am „labour“- Habitus orientiert, also an dem, der im Kontext von Erwerbsarbeit und dort verorteter Karriere erfasst wird.

sundheit bezieht und sich in einer typischen Praxis äußert. Doch mit Blick auf die über die Typenbildung differenziert herausgearbeiteten habituellen Dimensionen können weitere Aussagen zu einem typischen Gesundheitshabitus<sup>93</sup> der Zielgruppe getroffen werden. Wesentlich für die Beantwortung der Forschungsfrage war das Entwickeln der vier gesundheitsbezogenen Dimensionen aus den Erzählungen der Führungskräfte. Dazu kam die Ergänzung dieser Dimensionen um die zwei führungsbezogenen Orientierungen, die darüber hinaus wertvolle Informationen zur Bildung von Typiken und schließlich Typen lieferten. Diese typisierten Orientierungen sind als Dimensionen des Habitus der Zielgruppe zu betrachten, also Dispositionen des Wahrnehmens, Denkens und Handelns. Wie lässt sich nun aus diesen Dimensionen, den Typiken und daraus entwickelten komplexeren Gesundheitstypen eine abstraktere Aussage dazu treffen, welche Rolle Gesundheit im Habitus von Führungskräften spielt?

Der Blick auf gesundheitsbezogene Dispositionen bei Führungskräften vermittelt ein besonderes Verständnis für Handlungsmuster im Feld ‚Unternehmen‘ und auch in der Rolle der Führungskraft. Muster werden besonders dann sichtbar, wenn Überlegungen zum Kapital und dessen Einsatz hinzugezogen werden. Dieser Aspekt ist ebenso zentral für Bourdieus soziale Praxis, weswegen dem Gedanken hier konsequent nachzugehen ist, da er auch in den Interviews sich als relevante Kategorie erwies. Die Befragten äußerten sich in dieser Hinsicht mal explizit („investieren“) und mal ließ sich dies auch aus ihren Erzählungen ableiten.

Vor detaillierten Ausführungen erfolgt hier zunächst ein kurzer Überblick darüber, wie die empirischen Erkenntnisse einzuordnen sind, wie die Dimensionen in Bourdieus Theoriearchitektur übertragen werden können:

- Dimension I: Jedem Handeln liegt eine individuelle Konstruktion zugrunde, so auch dem hier untersuchten Gesundheitshandeln. Das Gesundheitshandeln drückt sich dann wiederum im ausgelebten Habitus aus.
- Dimension II: Die herausgearbeiteten Muster zeigen auf, wie jeder Einzelne mit seinem Kapitalstock umgeht, was er für wichtig hält und was er investiert.
- Dimension III: Die Treiber (und ihre Wirkrichtung) zeigen auf, was die Bereitschaft erwirkt, am Spiel teilzunehmen.

---

<sup>93</sup> Hier wie auch an anderen Stellen des Textes meint die verkürzte Formulierung Gesundheitshabitus stets die auf Gesundheit bezogene Facette im Habitus eines Akteurs.

- Dimension IV zeigt einen besonderen Aspekt der Führungskraft im Umgang mit seinem Körperkapital, der erfolgreiches Wirken anzeigt: über das bekundete Beanspruchen oder Zurückweisen von Verantwortung in Bezug auf Gesundheit.
- Dimension V und Dimension VI stellen über die Führungsrolle den Feldbezug her, der wesentlich ist, um das Wirken des Habitus als erkennbare Praxis im Feld einordnen zu können.

## 11.1 Individuelle Konstruktionen – die individuell verstandene Gesundheit

Im Erleben, Wahrnehmen und Interpretieren der Welt zeigt sich der Habitus. In Bezug auf Gesundheit sind individuelle Konstruktionen damit eine Kerninformation. Wie diese erfasst wurden und welche Resultate sich daraus ergaben, wurde ausführlich dargestellt.

Die herausgearbeiteten Vorstellungen von Gesundheit der jeweiligen Führungskräfte sind Voraussetzung und Handlungsgrundlage. Erst wenn klar ist, was unter Gesundheit verstanden wird, kann sich daraus eine Idee davon entwickeln, was erforderlich ist, um diese zu erhalten und was damit zu erreichen ist. Wenn also Gesundheit eher als ein Wohlfühlen im Sinne permanenten Sinnerlebens und -erfüllens ist, wird das andere Handlungsweisen nahelegen als in dem Fall, in dem Gesundheit bspw. auf ein körperliches Funktionieren reduziert wird. Das heißt, mit der unterschiedlichen Konzeption und Interpretation von Gesundheit geht auch ein unterschiedliches Gesundheitshandeln einher.

Dies sind dann im Bourdieuschen Sinne die individuell verschiedenen Ausgangslagen dafür, mit Kapitaleinsätzen am Spiel teilnehmen zu können, denn Kapital muss vor dem Einsatz in jedem Fall erst einmal vorhanden sein oder akkumuliert werden.

Bis hierhin haben die Gesundheitskonstruktionen der Führungskräfte erst einmal offengelegt, wie vielfältig Gesundheit gesehen wird und vor allem, dass alle Definitionen eine übereinstimmende wie nuancenreiche Komponente aufweisen: eine nicht-universell messbare oder vergleichbare Kategorie des Wohlfühlens. Diese zeigt auf, dass die über die Fälle betrachtet am häufigsten vertretene und stärkste Komponente von Gesundheit ein ganz eigenes Referenzsystem ist, welches es den Führungskräften ermöglicht, Abweichungen zu definieren, zu erkennen und ggf. Maßnahmen einzuleiten.

## 11.2 Das Kapital der Führungskräfte – die Währung Gesundheit im körperlichen Kapitalstock

Die individuelle Vorstellung davon, was Gesundheit ist und damit die Möglichkeit, den eigenen Zustand auf einer Skala einzuordnen, schafft den thematischen Übergang zum theoretischen Kapitalbegriff und seiner praktischen Bedeutung in diesem Forschungskontext. Bourdieus ursprünglicher Kapitalbegriff wurde zuvor beschrieben (vgl. S. 34) – mit seinen Unterscheidungen zwischen ökonomischem, kulturellem, sozialem und auch symbolischem Kapital.

Wie ebenfalls skizziert, haben sich später Forscher Bourdieus Arbeiten als Ausgangsbasis für weiterführende Überlegungen zunutze gemacht. Auch der Kapitalbegriff wurde in neuen Forschungszusammenhängen bereits angepasst (vgl. S. 35). Die Interpretation des Körpers als sehr unmittelbare, gut konvertierbare und damit sehr funktionale Kapitalart, die sich symbolisch als Gesundheit zeigt und wodurch diese zu einem sehr sozialen Konstrukt wird, erweist sich als zielführend. Die Führungskräfte dieser Studie setzen ihren Körper ein und nutzen das ihnen dadurch zur Verfügung stehende Kapital. Wenn Gesundheit als symbolisches Kapital interpretiert wird, steht und fällt ihr Wert mit dem Feld, auf dem es eingesetzt werden soll, und mit der Einsatzbereitschaft der anderen Akteure, d.h. was die anderen Akteure gewillt sind, dafür einzubringen. Von jedem Akteur im Feld wird Gesundheit unterschiedlich bewertet und eingesetzt.

Das heißt in der Konsequenz, dass die Investitionen von Gesundheit im Feld nicht immer quasi proportional oder linear bestimmbare Ergebnisse oder Rückmeldungen nach sich ziehen, obwohl die Rolleninhaber sich alle in einem ähnlichen Feld bewegen. Der Wert jeder Aktivität, also jeglichen Gesundheitshandelns, muss also feldspezifisch geprüft und erfahren werden. Welches Gesundheitshandeln die Führungskraft an den Tag legt, ist zunächst aus ihrem Habitus abzuleiten. Bei denjenigen Befragten, für die Gesundheit und Gesundheitshandeln bislang keinen messbaren Wert entwickeln konnten, weil Gesundheit bisher als etwas Vorhandenes empfunden wurde, liegen andere habituelle Voraussetzungen vor als bei denen, die bereits am eigenen Leib erfahren haben, dass Gesundheit kein selbstverständliches Gut ist und man selbst Einfluss nehmen kann – und davon sogar profitiert.

Das erklärt, wie habituelle Unterschiede aufgrund unterschiedlicher Biographien auch offenkundige Unterschiede in den Antwortkategorien dieser Studie hervorbringen. Denn

jeder Akteur wird auf der Basis seiner habituellen Dispositionen und der darauffolgenden Erfahrungen ein anderes Gesundheitshandeln entwickeln – mit anderen Bewertungen, anderen Treibern und Mustern. Auf der symbolischen Ebene ist bspw. die sportliche Aktivität, die für alle im gemeinsamen Kalender-System (wie das gängige MS Outlook®) für alle sichtbar festgelegt ist, ebenso bedeutsam wie das Unterlassen jeglicher Bewegung zugunsten von Überstunden und permanenter Büro-Anwesenheit.

### 11.3 Treiber als Anlässe zur Spielteilnahme

„Eine der notwendigen Voraussetzungen für das direkte und persönliche Engagement innerhalb eines spezifischen Feldes, für die Teilnahme an den dortigen Auseinandersetzungen, besteht darin, dass man sich für genau dieses Feld und die dortigen Einsätze ‚interessiert‘, dass man also eine affektive und motivationale Bindung an dieses spezifische Feld und damit einen Glauben an den Wert des dortigen Spiels entwickelt. Es gibt von daher keine absolut interesselose Praxis“ (Schwingel, 2009, S. 98).

Kapital wird also nur dann investiert, wenn der Handelnde Interesse am Spiel hat. Und das haben alle hier Befragten. Die Treiber hinter dem Handeln sind der entscheidende Punkt: Die Manager suchen eine Form der Sinn-Erfüllung, die über das notwendige Geldverdienen hinausgeht. Sie haben im Beruf das Feld gefunden, um das auszuleben, wonach sie suchen. Sie haben Interesse am Spiel, was die Basis dafür schafft, dort zu investieren, weil es sich (für sie) auszahlen könnte.

Dieses Interesse hat dann unterschiedliche Überschriften. Aber die Führungskräfte finden zunächst so viel Befriedigung und Passung ihres Habitus im beruflichen Umfeld, dass sie sich soweit darauf einlassen, bis ein ‚Feldherr‘, sprich Vorgesetzter, sie für Weitergehendes empfiehlt – mit dem Beginn der klassischen Unternehmenskarriere, also der Übernahme einer Führungsposition.

Das von Bourdieu identifizierte Bestreben, seine Position im Feld zu verbessern, zielt bei den Führungskräften auf ein subjektives ‚Besser‘ ab: Auch wenn die Logik einer Karriere im Unternehmen noch immer über die Entwicklung zur Führungskraft mit Personalverantwortung läuft, so ist dies nicht zwingend das ausgegebene Ziel der Manager. Sie verfolgen eigene Ziele, haben individuelle Bedürfnisse und lassen sich von unterschiedlichen Treibern leiten, die jedoch in einen Teilbereich des großen Feldes Unter-

nehmen verweisen – den exklusiven der Führungskräfte. Führungskraft zu sein, diese Rolle zu übernehmen, führt in einen limitierten Teil des Feldes, wo sich das eingesetzte Kapital am besten vermehrt. Das macht diesen Teil attraktiv. Es muss also nicht zwingend der Wunsch zur Führung bzw. Chef zu sein damit verbunden werden (vgl. Akademie für Führungskräfte, 2009). Die drei zentralen Treiber, die in Dimension III herausgearbeitet wurden, zeigen, was wirklich trägt, um sich auf die Rolle und das Feld einzulassen und eigenes Kapital, in welcher Form auch immer, einzubringen: Spaß/Freude/ Befriedigung, Wohlfühlen sowie das produktive Anliegen, etwas zu schaffen.

Bis hierher wurde dargestellt, dass die Führungskräfte die Voraussetzungen mitbringen, ins Spiel einzusteigen und dementsprechend im Sinne Bourdieus auch Interesse daran zeigen. Wie sie sich auf dieser Grundlage gesundheitsbezogen im Feld einbringen, zeigen die Gesundheitshandlungsmuster.

#### 11.4 Gesundheitshandlungsmuster als unterschiedliche Strategien des Kapitalmanagements

Wie bereits oben gesagt, wurde in dieser Studie nicht primär die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitshandelns untersucht, sondern vielmehr interessierte hier, woran die Akteure ihr (Gesundheits-)Handeln orientieren. Da sich die Muster als Strategien der Führungskräfte erweisen, mit deren Hilfe die im Feld besseren Positionen erreicht werden können und sollen. Gesundheitshandeln soll etwas gewährleisten, und das wird im Weiteren herausgearbeitet.

Auf der Basis der bisherigen Erkenntnisse wird Gesundheitshandeln – theoretisch betrachtet – als Pflege oder Management des eigenen Kapitalstocks (Körperkapital) betrachtet. Ebenso wurde festgehalten, dass schon Gesundheit an sich in den Interviews unterschiedlich definiert wird. Dementsprechend leiten sich unterschiedliche ‚Management-Strategien‘ ab, um angemessen mit seinem Kapital hauszuhalten. Diese lassen sich nun anhand der herausgearbeiteten Handlungsmuster nachvollziehen, die auch mit ‚Strategien des Kapitalmanagements‘ überschrieben sein könnten.

Hinter den Antworten in den Kategorien der Dimension ‚Muster des Gesundheitshandelns‘ steht also eine Frage, die von jeder Führungskraft anders beantwortet wird. Gleichzeitig gibt jeder mit seiner persönlichen Antwort Aufschluss darüber, welches die zielführendste Art der Kapitalpflege oder des Kapitalaufbaus ist. Gesundheit wird

dadurch ein Wert im sozialen Spiel zugeschrieben. Hier zählt dann die feldspezifische Austauschrate, also der Wert, den Gesundheit in diesem Feld zugesprochen bekommt:

„Die ‚Austauschrate‘ des körperlichen Kapitals (ist) keinesfalls sichergestellt. Zum einen ist immer das Risiko gegeben, dass das eventuell mit viel Mühe erworbene körperliche Kapital sozial nicht anerkannt wird, da die Wertschätzung der verschiedenen Arten körperlichen Kapitals nach Zeit und Ort variiert. Auch verändern sich die in einem bestimmten gesellschaftlichen Bereich angemessener oder erwarteten Formen körperlichen Kapitals in Abhängigkeit von eben diesem, wie Bourdieu sagt, ‚sozialem Feld‘: Mit dem Wandel der ‚Logik des Feldes‘ (vgl. Bourdieu & Wacquant 1996, S. 124-147) ‚Wirtschaft‘ ging beispielsweise auch der Wandel vom wohlbeleibten Firmenchef zum schlanken Manager einher (vgl. hierzu Rittner, 1989, S. 37). (...) Das heißt, die soziale und ökonomische Rendite der Investition ins Körperkapital ist keineswegs gesichert“ (Gugutzer, 2004, S. 69).

Gugutzer orientiert sich eng an Bourdieu, wenn er darstellt, wie bedeutsam die Arbeit am eigenen Körperkapital für den Einzelnen ist, um „soziale Anerkennung und Erfolg herzustellen“ (Gugutzer, 2002, S. 122). Genau dies spiegelt sich auch in den Ausführungen der Manager wider. Die Führungskräfte prüfen für sich, welche Art von Handeln, das auf ihren individuellen Vorstellungen von Gesundheit aufbaut, ihnen Vorteile verschafft: Dabei geht es nicht immer vordergründig um den Vorteil einem klar zu benennenden Anderen gegenüber. Oft wird ein Besserstellen beschrieben, das sich lediglich auf die eigene Person bezieht.<sup>94</sup>

Wie bei der ersten Dimension ist auch bei den Mustern des Gesundheitshandelns und damit den individuellen Strategien nicht erforderlich zu erfassen, ob das vollzogene Muster erfolgreich in einem Sinne ist, der über die Einschätzung und Bewertung der handelnden Person hinausgeht. Ob die Handlungen und das Muster tatsächlich zu einer

---

<sup>94</sup> Nichtsdestotrotz ist dies nicht ohne sozialen Bezug denkbar: „Jedes Handeln ist distinktiv im Sinne von Unterscheidungen setzend, und insofern ist Distinktion nicht notwendigerweise ein bewusstes Streben nach Distinktion. Dies schließt selbstverständlich nicht aus, dass der oder die Einzelne nicht doch bewusst danach strebt, sich von anderen abzugrenzen oder abzuheben. Da Identität sich immer nur in Differenz zu anderen konstituiert, liegt das scheinbar geradezu auf der Hand. Und so mag es nicht wenige geben, deren absichtsvolles Bestreben dahin geht, sich durch die Arbeit am und mit dem eigenen Körperkapital von anderen zu unterscheiden und hervorzuheben in der Hoffnung, dadurch symbolisches Kapital zu erlangen“ (Gugutzer, 2002, S. 122.)

besseren Gesundheit führen, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden, weil es andere und zusätzliche Methoden erfordert.

Kapital und seine Investition spielt auch bei der theoriebezogenen Interpretation der vierten Dimension (Verantwortung) wieder eine Rolle, was nun im Anschluss ausgeführt wird.

### 11.5 Eigenverantwortung und das Zuspruch von Leistung und Erfolg im Gesundheitshandeln

Mit der Übernahme von Eigenverantwortung behält der Handelnde buchstäblich das Heft in der Hand: Er ist frei in seinen Entscheidungen, weil er zu seiner Verantwortung steht und diese nicht an andere abgibt. In den Fällen, wo es Erwartungen von außen, von anderen oder vom Unternehmen gibt und denen entsprochen wird, fehlt ein Stück dieser Entscheidungs- und damit Handlungsfreiheit, da das eigene Tun an dem anderer orientiert wird. Vor diesem Hintergrund fließt auch die vierte Dimension in die Typenbildung mit ein.

Es werden hier die Erkenntnisse aus der dritten Dimension (Treiber) fortgeführt. Eigenverantwortung ist ein Statement, das die Investitionen und deren Relevanz unterstreicht. Der Akteur betont damit seine Zuständigkeit und die Zurechnung des Kapitaleinsatzes – sowie dann auch des Erfolges einer Transaktion! – zur eigenen Person. In diesem Fall war es die Häufigkeit, mit der das Thema ohne entsprechenden Gesprächsimpuls zur Sprache kam, die Anlass gab, das Thema Verantwortung in den Kontext der Dimensionen-Bildung einzubinden.<sup>95</sup>

### 11.6 Das Wirkungs-,Feld‘ des Habitus

Erst mit dem Einbeziehen der beiden führungs- und damit feldbezogenen Dimensionen können die vier vorherigen eingeordnet werden, da Felder jeweils unterschiedliche habituelle Anteile hervorbringen. Ganz wesentlich ist in einem Feld der Umgang mit dem zur Verfügung stehenden Kapital. Bis hierher wurde ausführlich dargestellt, wie die interviewten Führungskräfte mit ihrem Körperkapital haushalten. Wenn deutlich her-

---

<sup>95</sup> Auf eine andere, deutlich weniger proaktiv und positiv angelegte Eigenverantwortung wird im Schlusskapitel eingegangen, wenn der Ausblick den Blick auf gesellschaftliche Entwicklungen richtet und die Resultate auch einmal strukturanalytisch reflektiert.

vorgegangen ist, welchen Wert die Führungsrolle im Habitus des Einzelnen hat und welchen Wert die Führungskraft der Gesundheit als Investitionsgut beimisst, kann eine gesundheitsbezogene Praxis eingeordnet werden, wie bspw. als eine gelebte Praxis der Selbstverwirklichung.

## 11.7 Die gesundheitsbezogenen Praxen der Führungskräfte

Bourdieu's „soziale Praxis“ ist mit folgender Gleichung darstellbar:

$$\text{Soziale Praxis} = \text{Habitus} \times \text{Kapital} + \text{Feld}$$

Vor dem Hintergrund der Bedeutung des Bourdieuschen Ansatzes für diese Arbeit als theoretische Grundlage, kann auch dieser Kreis geschlossen bzw. können alle Teile der Gleichung als ausgefüllt und stimmig erklärt werden.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass der Habitus der Führungskräfte die notwendigen Dispositionen mitbringt, die für einen Zutritt *zum* sowie ein Bewähren *im* Feld Unternehmen erforderlich sind. Darüber hinaus ermöglichen sie den Zugang zu dem noch eingeschränkteren Teil des Feldes, der nur Führungskräften zugänglich ist. Dazu bedarf es des passenden Habitus sowie eines speziellen Kapitals. Auf der Basis der Erkenntnisse der Studie kann Gesundheit als Ressource für Führungskräfte betrachtet werden, die ein aktives Einbringen im Feld – unter anderem – erst ermöglicht. Diese Ressource, deren Einsatz-Art und Höhe<sup>96</sup> individuell festgelegt wird, kann dementsprechend als Kapital im Sinne Bourdieus gesehen werden.

Wie sich die Beziehung von Körper, Kapital und Gesundheit darstellt, wenn Führungskräfte tatsächlich oder auch nur empfunden in einen Zustand des negativen oder fehlenden Kapitals gelangen, ist in den jeweiligen Fällen zu erkennen. Zum Beispiel begreift Herr Werle den Körper insofern als Kapital, als dass er bereit ist, ihn sichtbar so einzusetzen und zu gebrauchen, dass sich der Kapitalstock aufzehrt. In einem anderen Fall, der in diesem Sinne sehr anschaulich für den Mechanismus des Kapitaleinsatzes im Feld der Führungskräfte ist, wird über die Erzählungen von Herrn Ehrmann deutlich, dass er die Erfordernisse im Feld aufgrund der Position als kapitalintensiv und eher zehrend empfindet.

---

<sup>96</sup> Dies kann je nach Interpretation der Führungskräfte bedeuten: Gesundheit pflegen und vorhalten oder investieren und aufbrauchen.

Im besten Fall also führt der Einsatz des vorhandenen – und idealerweise vorgehaltenen und nachhaltig gepflegten – Körperkapitals zur Erhöhung eines anderen tauschfähigen Kapitals: Im Feld Unternehmen sind dies symbolische Kapitalsorten: anerkannte Fachkompetenz oder/ und Führungskompetenz, welche zu einer weiteren Verbesserung der Position im Feld führen.

Da die (Führungs-)Position nicht nur die weitere Spielteilnahme ermöglicht, sondern das persönliche Verwirklichungsanliegen der Führungskräfte in geeigneter Form vorantreibt, wird der Körper im eigenen Sinne unmittelbar kapitalisiert. Der zuvor skizzierte Kapitalisierungsprozess ist dabei ein Weg, das Kapital zu mehren, um im ‚Lebensfeld‘ im eigenen Sinne weiterspielen zu können. Weiter oben wurde beschrieben, dass die Führungsrolle eine Art Wegbereiter ist. Hier wird auch im Sinne des Bourdieuschen Gedanken deutlich, wie dies konkret aussieht: Die Kapitalisierungsprozesse, die mit dieser Rolle und dem Spiel in der Rolle einhergehen, schaffen einen besonderen Kapitalstock, dessen Wert für die Führungskräfte über das Feld hinausgehen. Für das Thema dieser Arbeit kann Bourdieus Gleichung also in dieser Form modifiziert werden:

$$\begin{aligned} & \textit{Gesundheitspraxis} \\ & = \textit{Gesundheitsbezogene Facette des Habitus} \times \textit{(Körper-)Kapital} + \textit{Feld}^{97} \end{aligned}$$

Die eingangs formulierte Forschungsfrage kann also folgendermaßen beantwortet werden: Gesundheit kann als eine Facette neben anderen betrachtet werden, die in der Summe den Habitus ausmachen und sich als Praxis zeigen.

Gesundheitshandeln ist dabei ein Teil dieser Praxis, durch die ein Habitus sichtbar wird. Auf der Basis der Erkenntnis, dass Gesundheit als (symbolisches) Kapital im sozialen Spiel fungiert, ist ihr eine hohe funktionale Relevanz innerhalb des Habitus zuzuschreiben. Insbesondere wenn man berücksichtigt, dass ein Großteil der befragten Führungskräfte dieses Kapital innerhalb und über das Feld hinaus wieder investieren möchte, was dem Typ des Selbstverwirklichers entspricht. Die konkrete Ausgestaltung dieser Praxis ist dabei eher einem individuellen Habitus als einem kollektiven zuzuschreiben, da sich

---

<sup>97</sup> Der Körper steht hier in Klammern, da wie oben beschrieben, dessen Einsatz im Feld bedeutet, in anerkanntes Positionskapital wie Fach- oder Führungskompetenz getauscht werden zu können. Darüber hinaus hat der Einzelne weiteres Kapital als nur den Körper zur Verfügung, wie seine fachliche Qualifikation als kulturelles Kapital.

zeigt, dass die individuellen biographischen Erlebnisse zu abweichenden Praxen führen.<sup>98</sup>

Das Vorkommen von abweichenden Praxen, also Verwirklichungsbestrebungen, die sich nicht in der hier beschriebenen typisierten Form als Selbstverwirklichung zeigen, wurden mit ihren Abweichungen als Subtypen beschrieben. Das soll an dieser Stelle betont werden, weil sich die Ausführungen schwerpunktmäßig auf den Haupttyp beziehen. Insgesamt bestätigt dieser Kontrast in der Gemeinsamkeit die Typisierung. Das heißt, diese kontrastierenden Orientierungen innerhalb übereinstimmender Dimensionen unterstreichen eine stimmige Typisierung, die eben nicht nur Ähnlichkeiten sucht, sondern diese Übereinstimmungen einiger Fälle über sinnhafte Abweichungen anderer unterstützt.

Sowohl für die weitere Forschung und Praxis unterstreichen diese Erkenntnisse und Ausführungen den Bedarf, Bourdieus Ansatz des Habitus zeitgemäß weiterzuentwickeln und damit bspw. dem Aspekt des Individuellen im Habitus Rechnung zu tragen.

### 11.8 Zur Bedeutung von Gesundheit als eine Facette im Habitus der Führungskraft

Alles, was bisher praktisch erfolgt ist, hat Dimensionen des Habitus hervorgebracht. Alles, was beobachtet werden kann, gehört zum Habitus eines Menschen, also dem ‚einen‘ Habitus, der je nach Feld situativ bestimmte Anteile adressiert und aktiviert. Das hiesige Forschungsinteresse hat den Fokus auf die gesundheitsbezogenen Anteile im Habitus von Führungskräften ausgerichtet.

Gesundheit ist dabei *eine* Facette des Habitus, die nicht nur bei Führungskräften, sondern in jedem Habitus in irgendeiner Weise verankert ist. Sie ist im Rahmen dieser Studie der gewählte Zugangsweg zum Habitus und wird deshalb fokussiert, obwohl sie gleichberechtigt neben anderen Facetten steht. Dennoch ist es wichtig festzuhalten, dass der Habitus als Summe der erfahrenen Einschreibungen deutlich mehr umfasst und dass auch alle andere Facetten gleichermaßen Gegenstand von Betrachtungen zu Habitualisierungen und bestimmten Praxen sein können.

---

<sup>98</sup> Vgl. die Ausführungen zu Kramer, S. 38 dieser Arbeit.

## 11.9 Exkurs: Ansätze zur Genese der habituellen Facetten Gesundheit und Karriere

Im Rahmen der klassischen dokumentarischen Methode nimmt die Aufarbeitung der biographischen Entwicklung üblicherweise deutlich mehr Raum ein, genetische Fragen stehen hier mit dem Ziel der Bildung von soziogenetischen Typen zumeist im Vordergrund. Da hier das Erkenntnisinteresse in der Entdeckung von Relationen lag, die wiederum Hinweise auf neue Typiken und Typen geben können, wurden Interviews geführt, die den Habitus mit seinen aktuellen handlungsrelevanten *Dispositionen* erfassen. Das Nachzeichnen einer Biographie war nicht Gegenstand der Gespräche.

Es konnten dennoch Daten aus den Interview-Sequenzen genutzt werden, um grundlegend nachzuvollziehen, wie Gesundheit und Führung aufgrund der jeweiligen Biographie der Befragten Eingang in den Habitus finden. Das Resultat wird in einer auf diesen thematischen Ausschnitt bezogene Darstellung der Habitualisierung präsentiert, die als Ergänzung zur allgemeinen Entwicklungsskizze eine Habitus weiter vorn betrachtet werden kann.

### *Der Entwicklungsprozess im Überblick*

- 1) Bei Führungskräften findet – wie bei jedem anderen auch – die vorberufliche, primäre Habitualisierung statt. Die berufliche Karriere ist dann zunächst von familiären Einflüssen geprägt. Über Beruf und Karriere erfahren Kinder früh im Leben durch das Vorbild ihrer Eltern. Schilderungen aus dem beruflichen Alltag der Eltern gehören zum Familienleben. Es wird viel stärker vorgelebt als das Thema Gesundheit. Dennoch findet hier eine primäre Habitualisierung statt. Ob es Ereignisse gibt, die mit dem Label Gesundheit überschrieben werden oder die Prägung über das Ausbleiben zuordnungsfähiger Erlebnisse und Einschreibungsoptionen: Jedes Erleben schreibt sich ein und wartet im körperlichen Speicher darauf, zu einem späteren Zeitpunkt adressiert zu werden.
- 2) Da die befragten Führungskräfte den Schritt nicht nur ins Feld vollzogen, sondern auch eine Führungsposition erreicht haben, muss der Habitus so gestaltet sein, dass a) die nötigen feld- sowie rollenspezifischen Facetten vorhanden sind und ebenso b) die entsprechend gesundheitsbezogenen.

- 3) Die vorberufliche, primäre Habitualisierung schafft als Dispositions-Set eine besondere Bedürfnislage (Treiber, Ziele) und gleichermaßen einen erkennbar passenden Habitus für einen erfolgreichen Weg ins und im Feld.<sup>99</sup>
- 4) Das mit dem Eintritt ins Erwerbsleben neu betretene Feld wird als Raum erkannt, in dem sich das realisieren lässt, was zuvor an Dispositionen verinnerlicht wurde.
- 5) Die vorberuflich eingeschriebenen Dispositionen umfassen Einstellungen und Handlungstreiber, die deutlich über das Feld (also auch die Rolle) hinausweisen bzw. über dem beruflichen Feld angesiedelt sind und angesprochen werden.
- 6) Das Feld Unternehmen ist der gewählte Raum von Führungskräften, um gemäß ihrer habitualisierten Dispositionen Befriedigung zu finden, als Ziel ihres Strebens.
- 7) Die besondere Position im Feld, die Führungskräfte einnehmen, ist nach den Erkenntnissen aus den Interviews nicht unbedingt Ziel der Bestrebungen, sie ermöglicht ‚nur‘ Befriedigung des eigenen Treibers auf höherem Niveau.
- 8) Gesundheit (als Kapital verstanden) wird entsprechend der habitualisierten Bewertung eingesetzt oder investiert: zwar in Feld und Rolle, aber vor dem Hintergrund des persönlichen Treibers und gemäß der eigenen Logik, die in den Handlungsmustern beschrieben wird.
- 9) Die besondere Bedeutung des sozialen Prozesses der Habitualisierung kann besonders gut nachvollzogen werden, wenn besondere Ereignisse Anpassungsimpulse hervorrufen: Es gibt Katalysatoren unterschiedlicher Art und Wirkung, die einen Formungsprozess in Gang setzen: vom ersten Nachdenken im Seminar bis zur Nah-toderfahrung. Das ist sehr anschaulich gerade dort zu beobachten, wo es eine Habitus -Transformation gibt.
- 10) Der gesundheitsbezogene Habitus schreibt sich wie andere Habitualisierungen über Erfahrungen ein und wirkt mit: Er begleitet dann das Denken und Handeln im Feld und in der Rolle (also auf der neuen Position des Feldes, der besonderen Nische).

---

<sup>99</sup> Vgl. dazu Hermann, 2004, S. 195. Hier führt sie aus, wie nach der primären Sozialisation und den dort erfahrenen Habitualisierungen der Eintritt in den Beruf einer sekundären Habitualisierungsphase gleichkommt: „entwickelt sich dieser Habitus über feldinterne Strukturen, die historisch eingelagert sind, zu einem feldspezifischen Karrierehabitus.“

## 11.10 Die Bedeutung der biologischen Gesundheit für diese Arbeit

Habitualisierungen beschreiben einen sozialen Prozess. Demnach wird hier Gesundheit auch als etwas Soziales betrachtet. Damit wird sie keinesfalls völlig soziologisch verinnahmt. Es gibt gleichermaßen eine medizinische Gesundheit, der man sich mit klassischen Maßstäben (wie dem ICD-10 Katalog von Krankheiten<sup>100</sup>) nähert, um Menschen ‚gesund‘ oder durch eine definierbare Diagnose ‚krank‘ einzustufen. Zunehmend wird Gesundheit auch umfassender definiert, wie es z.B. der WHO in einer Begriffsbestimmung vorschlägt, die über dieses dichotomische Verständnis und einem Entweder-oder hinausgeht.

Für diese Arbeit ist festzuhalten: Alle befragten Führungskräfte verfüg(t)en offenbar über die biologischen und sozialen gesundheitlichen Voraussetzungen, um Zutritt zum Feld zu erlangen und darüber hinaus zur Führungskraft zu werden. Ganz grundlegend gesprochen: Alle verfügen über die nötigen physischen und psychischen Ressourcen, die erforderlich sind, eine (mehr als) Vollzeitaufgabe wahrzunehmen – und damit ins Feld zu treten, um am Spiel teilzunehmen.

Was genau das heißt, wie und in welcher Hinsicht sie medizinisch betrachtet auch tatsächlich messbar gesund sind oder nicht, was bspw. der angeborene Herzfehler bedeutet, spielt in diesem Zusammenhang solange keine Rolle, als es für den Betroffenen selbst und das Umfeld keine spielt, wodurch Gesundheit selbst eine soziale Komponente erhält. Das konstruktivistische Grundverständnis dieser Arbeit verweist dabei auf die Konstruktionen der Akteure.

## 11.11 Führungskraft – Gesundheit – Habitus

Nach der Darstellung der Studie sowie ihrer Resultate kann damit die Frage beantwortet werden, wie sich Gesundheit im Habitus von Führungskräften manifestiert. Gesundheit ist eine Facette des Habitus, welche im Feld der wirtschaftlichen Unternehmen und in der Rolle der Führungskraft treibende Kraft einer Praxis sein kann.

---

<sup>100</sup> Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information und die ICD-10-Klassifizierung. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/> (Abruf am 9.2.2015).

So kollektiv die Strukturen sein mögen, in denen sich der Habitus einschreibt, der Bedarf, sich dem Individuellen im Habitus anzunehmen, um einen Habitus zu rekonstruieren, sollte die erfolgte Studie gezeigt haben. Viele kollektive Orientierungen ließen sich identifizieren und typisieren. Relationen konnten herausgearbeitet und Typen gebildet werden. Doch ein einfach dimensioniertes Bild, in das sich alle Führungskräfte über dieselben Orientierungen einfügen ließen, ergab sich nicht.

So verlockend es zunächst klingen mag, mit *einem* Führungskräfte-Habitus oder einem Gesundheitshabitus zu operieren, um Praxen über eine ganze Zielgruppe hinweg zu verstehen: der Unterschied in der Gemeinsamkeit scheint der Schlüssel. So deutlich die Bestrebung unter den Befragten zu Tage tritt, mit der Führungsaufgabe Möglichkeiten zu schaffen, etwas über die Rolle hinaus, etwas Eigenes zu ermöglichen, so individuell ist doch das Anliegen, das sich dahinter verbirgt.

Dieses Zusammenspiel von kollektiven und individuellen Aspekten zeigt auch der – nicht weiter verfolgte, aber eventuell aussichtsreiche – Ansatz, sich mit den als Katalysatoren bezeichneten gesundheitsrelevanten Ereignissen im Leben der Zielgruppe zu befassen. Die fehlende Kausalität zwischen Ereignis(schwere) und Gesundheitshandeln weist zwar erst einmal auf individuelle biographische Prägungen hin, dennoch könnten sowohl Fallanalysen wie quantitative Studien neue Erkenntnisse im Hinblick auf Strukturen, Handlungsmuster und eventuelle Transformationsimpulse hervorbringen.

Mit diesen Resultaten, Erkenntnissen und Ansatzpunkten wird an dieser Stelle die Studie abgeschlossen, um den Faden mit Blick nach vorn im Sinne eines Abschlusses und Ausblicks im letzten Abschnitt wieder aufzunehmen und diese Arbeit abzurunden.

Nach der bereits in diesem Abschnitt erfolgten Typenbildung als Ergebnis und Antwort auf die Forschungsfrage, geht im Folgenden der Blick über die unmittelbaren Resultate hinaus zur Frage, was sie für die weitergehende Forschung bedeuten können, welche Konsequenzen in der Unternehmenspraxis gezogen werden könnten und auch, was die Erkenntnisse für die einzelne Führungskraft bedeuten.

## *IV Schluss*

### 12. Zusammenfassung

Ganz am Anfang standen Fragen danach, was Gesundheit für Führungskräfte ist und welches Handeln sie auf dieser Basis ableiten. Außerdem stand die Frage zentral im Raum, ob etwas ‚in‘ der Führungskraft angelegt ist, das handlungsleitend ist, noch bevor etwaige Handlungsimpulse von einem Außen auf sie einwirken, also beispielweise vom Unternehmen, in dem sie diese Rolle ausfüllen. Der Fokus der Untersuchung war dabei auf die handelnde Person gerichtet, nicht auf das Unternehmen, das eine Rolle im Sinne des zu betrachteten Feldes einnehmen sollte. Auch war es das Soziale, was sich in Haltung und Handeln äußert, das hier in den Blick genommen werden sollte, nicht etwa die durch die Psychologie zu erfassenden innerpsychischen Prozesse.

Ansatzpunkt der Studie dabei war die praktisch motivierte Überlegung, die Mechanismen kennenzulernen, die Führungskräfte dazu bewegen können, gesundheitsförderlich zu agieren oder nicht, um daraus später in der unternehmerischen Praxis unterstützende gesundheitsfördernde Maßnahmen ableiten zu können.

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit lag in der Frage danach, ob der Habitus, den Führungskräfte zeigen, einen Gesundheitsbezug aufweist und wie sich dieser gestaltet. Anhand dieser Formulierung lässt sich nun die Entscheidung dokumentieren, die in Bezug auf den theoretischen Rahmen getroffen wurde: das Habitus-Konzept von Bourdieu sowie seine umfassender und kontextbezogen angelegte ‚soziale Praxis‘ bot einen optimalen Rahmen zur Beantwortung der Fragen.

Obwohl die Gesundheit von Führungskräften durchaus bereits Gegenstand der Forschung war, vor allem aus einer psychologischen Perspektive, und auch der Habitus anderer Professionen rekonstruiert wurde, so blieb die Frage danach, ob und wie sich Gesundheit im Habitus von Führungskräften als Personenkreis darstellt, bisher in der Soziologie unbearbeitet. Doch gerade von dieser soziologischen Perspektive konnten wichtige Impulse ausgehen: Wenn die gesundheitsbezogenen ‚Selbstverständlichkeiten‘ im Wahrnehmen, Denken und Handeln der Führungskräfte erfasst, nachvollzogen und erklärt werden könnten, würden sich Anschlussmöglichkeiten im Themenspektrum von Führung und Gesundheit ergeben, so der Grundgedanke.

Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Basis galt es dann, adäquate Forschungsmethoden zu finden, die dem Anspruch gerecht werden würden, diese Facette im Habitus der Zielgruppe zuverlässig und differenziert herauszuarbeiten. Um im Themenfeld Grundlagenarbeit zu leisten, bot sich eine qualitative und explorative Untersuchung mit einer kleinen Fallzahl an, die in der Tiefe betrachtet werden sollte. Die Datenbasis wurde über 12 Fallstudien geschaffen. Dabei galt es vorrangig, die hohe Anzahl wertvoller Daten adäquat und theoretisch anschlussfähig zu analysieren. Entlang der dokumentarischen Methode wurden die Daten dann analysiert und interpretiert. Über eine von Beginn an konsequent vergleichende Sequenzanalyse konnten Typiken identifiziert werden, die über die Fälle hinweg zu Typen verdichtet wurden. Bei der Interpretation wurde auf eine Weiterentwicklung der Methode zurückgegriffen, die in der Typenbildung abseits der klassischen soziographischen Kategorien in besonderer Weise bislang untypischen oder eher untypisierten Mustern Rechnung trägt: die relationale Typenbildung.

Konkret bedeutete diese offene Herangehensweise, dass nach allen Dispositionen Ausschau gehalten wurde, die Bestandteil des Habitus sind: Wahrnehmungen, Bewertungen, Einstellungen und nicht zuletzt Handlungsweisen. Die Suche nach einem ‚Etwas‘, das etwas Typisches darstellt, führte erst einmal zu einer sehr breiten Informationsbasis. Das lag, wie beschrieben, einerseits an der dargestellten offen gehaltenen Umsetzung der dokumentarischen Methode. Andererseits brachte die Methode nur hervor, was in den Daten steckt: zahlreiche Informationen, die mehr als ein einziges oder eindimensionales ‚Etwas‘ im Habitus vermuten ließen. So verschwand der offensichtliche Kontext und das für die Forschungsfrage zunächst als bedeutsam eruierte Feld in den gesundheitsbezogenen Erzählungen der Zielgruppe auf bemerkenswerte Weise. Gleichzeitig machte dieser Wegfall den Blick frei auf eine Dimension des Themas, die noch hinter den vordergründigen Betrachtungsebenen von Unternehmenskontext, Führung oder Gesundheitshandeln liegt.

Ob in den individuellen Konstruktionen, den Handlungsmustern oder den Handlungstreibern mit Gesundheitsbezug, immer wieder deuteten die Aussagen auf etwas Dahinterliegendes hin. Was das war, erschloss sich erst im Zuge der Forschung: Die Typik, die das Gesundheitshandeln von Führungskräften zu fassen vermag, weist über den Bezug Gesundheit hinaus: Gesundheit und ein individuell daraus abgeleitetes Gesundheitshandeln dient beim ausgemachten Haupttyp der Führungskräfte (*Selbstverwirklicher*) dem Erreichen eines persönlichen Anliegens, wobei sich auch Varianten und Ab-

weichungen von diesem Haupttyp beschreiben ließen. Die Position der Führungskraft ist dafür insofern relevant, als das Setting und das Feld, in dem diese Rolle verortet ist, offenbar dazu dienlich ist, das persönliche Verwirklichungsanliegen zu erreichen. Und umgekehrt sind die betreffenden Personen habituell sowie mit dem erforderlichen Kapital so ausgestattet, dass ihnen der Zutritt ins Feld und auch in diese spezielle Ecke des Feldes möglich war und ist. Diese Resultate ließen sich über die Bourdieusche Formel der sozialen Praxis abbilden und darüber hinaus ließen sie die Begriffe auf den Untersuchungsbereich übertragen und anpassen. Hier wurde allerdings keine allgemeine soziale Praxis beschrieben, sondern die Gesundheitspraxis der Führungskräfte. Es ging dabei nicht um den Gesamthabitus, sondern um die gesundheitsbezogene Facette dessen. Außerdem sind die Kapitalbetrachtungen hier körperbezogen zu sehen, da der Körper als das Medium zu betrachten ist, durch das sich Gesundheit zeigt.

Demnach hat die Studie die Gesundheitspraxen der Zielgruppe zutage gefördert– mit den individuellen Stellhebeln, die jeweils in der besonderen Biographie und Habitualisierung liegen.

Wenn also diese Praxen ein Ausleben dessen bedeuten, was sich in den Einzelnen als Habitus eingeschrieben hat und sich stets in Wahrnehmung, Denken und Handeln vermittelt UND dies anders als beim Rollenkonzept aus einer inneren, schon in der Primärsozialisation angelegten Selbstverständlichkeit statt aus Rollenerwartungen entsteht, stehen am Ende dieser Arbeit ‚ganz besondere‘ Führungskräfte. Demnach konnte nicht nur gezeigt werden, wie das Gesundheitshandeln angelegt oder strukturiert ist, sondern es konnte darüber hinaus auch noch mit den persönlichen Anliegen verknüpft werden, die mit diesem Handeln erreicht werden sollen. Die abgebildete Praxis konnte also auch in ihrer Funktion erklärt werden.

So eindeutig und abschließend das klingen mag, Abweichungen sollen auch hier die Regel bestätigen. Nicht alle der Befragten sind voll umfänglich demselben Typ zuzuordnen und lassen sich auch nicht unter den Haupttyp des Selbstverwirklichers subsumieren. Zentrale Abweichungen erlaubten erst die Typenbildung gemäß dem Kerngedanken der dokumentarischen Methode. Denn dieser entsprechend sind belastbare Erkenntnisse in der Abweichung der Gemeinsamkeit zu finden (vgl. Bohnsack, 2010, S. 143). Im hier gezeichneten Typenbild sind die Abweichungen auf einer zweiten Betrachtungsebene. Mit dem Entschluss, die Typiken um die individuelle Vorstellung von Gesundheit und das Gesundheitshandlungsmuster anzulegen (womit alle Befragten er-

fasst wurden), wurden die Abweichungen davon und damit Subtypen betrachtet. Auf diese Weise trat der Treiber hinter dem zuvor typisierten Gesundheitshandeln hervor, mit dem die Typen schärfer konturiert werden konnten.

Ein innenorientierter Handlungstreiber macht einen Aspekt des Haupttyps aus, der außenorientierte Treiber zeigt eine wesentliche und damit typbildende Abweichung auf und weist darauf hin, dass auch ein vergleichbar gelagertes Muster im Gesundheitshandeln mit einem vergleichbaren individuellen Verständnis von Gesundheit eine andere Handlungsbasis, eine andere Motivation haben kann.

Ähnlich verhält es sich mit der letzten herausgehobenen Kontrastierung, der Eigenverantwortung. Als Typ grundsätzlich vergleichbar aufgebaut, schafft die Dimension der Verantwortung mit ihrer Orientierung der fremd zugeschriebenen Verantwortung für das Gesundheitshandeln eine Variation, die die Nachvollziehbarkeit des gesundheitsbezogenen Handelns einer dergestalt zu einzuordnenden Führungskraft ermöglicht.

Alle Typen, ob mehrheitlich auszumachen oder Kontrasttyp, die Befunde weisen auf unterschiedliche Biographien mit unterschiedlich richtungsweisenden Erfahrungen hin, die im Sinne gesundheitsförderlicher Maßnahmen anders adressiert werden sollten.

### 13. Chancen und Grenzen der Studie

In dieser explorativ angelegten Studie liegen Chancen wie Grenzen. Die deutlichen Chancen, die sich aus den Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse ergeben, werden im Weiteren ausführlich beschrieben.

Die Grenzen dieser Studie ergeben sich aus ihrem explorativen Charakter. Die kleine Zahl der Befragten, die entsprechend nicht umfassend die Gruppe der Führungskräfte repräsentieren, begrenzt per se den Geltungsbereich der hier geschilderten Ausführungen und bedürfen der weiteren, quantitativ ausgeweiteten Untersuchung. Um mit dem Blick in die Tiefe aber neue Wege aufzeigen zu können, wurde diese Einschränkung in der Aussagekraft in Kauf genommen.

Auch das ausschließliche Befassen mit männlichen Führungskräften verengt den Blick. Zu Beginn wurde von einem vielversprechenden Auftakt mit einer weiblichen Führungskraft auf der gleichermaßen hohen Führungsebene gesprochen, was ein Wiederaufgreifen und Vergleichen zu einem attraktiven Ansatz für eine komparative Studie

macht. Zumal Bourdieu nun auch in der Genderforschung, wie oben skizziert, durchaus als zielführender Ansatz erkannt wurde und eine entsprechend angelegte Arbeit anschlussfähig wäre.

## 14. Ausblick – in unterschiedliche Blickrichtungen

Die Ergebnisse der empirischen Studie sind erfasst und beschrieben, offen geblieben sind nun abschließend mögliche Anschlüsse an die empirischen Befunde sowie Ausblicke über die hier gefundenen Erkenntnisse hinaus. Dazu gab es bis zu diesem Punkt immer wieder Andeutungen und Verweise, die nun abschließend aufgegriffen werden.

Um bei der zu Beginn dargestellten Perspektive zu bleiben, wird nun in diesem Schlusskapitel zunächst auf die Perspektive eingegangen, mit der Arbeit begonnen wurde: um eine praxis- und unternehmensweltnahe. Dabei wird es aber nicht bleiben, denn es wird sich bald zeigen, dass ein Zoom aus diesem Unternehmens-Blickfeld heraus auch durchaus ein anderes Bild ergibt.

### 14.1 Die Unternehmensebene

Das zentrale Anliegen von Unternehmen liegt fraglos im wirtschaftlichen Handeln und einem entsprechenden Erfolg. Um diesen zu erzielen, braucht es kompetente und leistungsfähige, gesunde Mitarbeiter – auch in der Rolle der Führungskraft. Daher betreffen diese Ergebnisse auch die Ebene der Organisation, wenngleich die hier eingenommene Untersuchungsperspektive diejenige der Akteure ist. Da Unternehmen mittlerweile gezielt in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter und auch, oder sogar besonders, in die ihrer Führungskräfte investieren<sup>101</sup>, lassen sich die Erkenntnisse, entsprechend operationalisiert, im Kontext einer Organisations- und Führungskräfte-Entwicklung nutzen.

Wie die Befunde zeigen, ist das Konstrukt Gesundheit nicht einheitlich gefasst. Die damit einhergehenden Aktivitäten leiten sich aus sehr individuellen, erfahrungsbezogenen, habitualisierten Dispositionen und Bedürfnissen ab. Daraus entsteht die Gesundheitspraxis der Führungskräfte und daraus ergibt sich auch das, was sie mit dem Ausfüllen ihrer Führungsaufgabe verwirklichen möchten. Wenngleich dieses persönliche Anlie-

---

<sup>101</sup> So haben einige der befragten Führungskräfte bspw. davon berichtet, dass bestimmte, besonders hochwertige und individuelle Angebote der Vorsorge ausschließlich Führungskräften vorbehalten ist.

gen, das zuvor ausführlich beschrieben wurde, in der Regel über das Unternehmen mit seinen Zielen hinausweist, so muss zielgruppengerechte Förderung hier ansetzen.

Sie muss eben nach den hier gewonnenen Erkenntnissen noch mehr als an der *Zielgruppe* orientiert sein. Auch wenn die Maßnahmen letztendlich ähnlich sein werden, so muss jeder doch individuell erreicht werden. Entsprechend dem mittlerweile überstrapazierten pädagogischen Leitsatz, dass jeder dort abgeholt werden muss, wo er steht, lässt sich dies auch auf das Gesundheitshandeln übertragen. Das ist zweifellos ein aufwendiger Ansatz. Das bedeutet Wege und Maßnahmen, die über klassische Führungskräfte-Entwicklung hinausgehen, die klassisch mit ebenen- oder positionsspezifischen Anforderungsprofilen arbeitet und dahingehend Angebote zur Entwicklung und Förderung macht. Unternehmen müssen erkennen, dass Führungskräfte-Entwicklung mehr ist als eine unmittelbare Passungsprüfung sowie Potenzialeinschätzung in Bezug auf konkrete Aufgaben oder Positionen. Die Verantwortlichen sind damit aufgefordert, danach zu fragen, welche Rolle sie als Unternehmen im persönlichen Lebensplan der Führungskraft spielen. Denn nur wenn sich die persönlichen Treiber hier befriedigen lassen, wird sich die Führungskraft engagiert einbringen und somit auch das Unternehmen voranbringen. An dieser Stelle ist explizit nicht nur die Führungskraft gemeint, die von einem inneren Treiber geleitet und von den eigenen inneren Bildern motiviert agiert. Hier muss auch die Führungskraft angesprochen werden, die einem äußeren Treiber folgt. Das ist keinesfalls ein Freifahrtschein für die Führungskräfteentwicklung, weil diese Führungskräfte sich, wie es scheint, an den äußeren Bedingungen orientieren. Auch hier konnte im Rahmen der Studie ein persönliches Referenzsystem ausgemacht werden, auch hier gibt es Treiber, die nicht zwangsläufig bedeuten, dass sich diese in ihrem Streben und Tun den Vorstellungen des Unternehmens kritiklos unterordnen.

Es muss zu einer Passung der Vorstellungen von Führungskräfteentwicklung auf unternehmerischer Seite einerseits und Entwicklung der eigenen Interessen andererseits kommen. Das heißt, die auf Kompetenzentwicklung im Sinne der Leistungssteigerung ausgerichtete Führungskräfteentwicklung, die dabei den Unternehmenserfolg fokussiert, muss auf die individuellen Anforderungen der Zielgruppe Führungskräfte angepasst werden. Das muss soweit geschehen, dass die Unternehmen einerseits ihr Kerngeschäft nicht vernachlässigen, aber andererseits Angebote in der Führungskräfteentwicklung machen, welche die Führungskräfte mit ihren ganz persönlichen Anliegen und vor allem Treibern erreichen. Das bedeutet nicht, auf der Basis von individuell entwickelten An-

reizen die Führungskräfte zu mehr Leistung zu verführen, sondern wirklich eine Umgebung zu schaffen, in der das eigene Tun eigene Bedürfnisse befriedigt und damit das Unternehmen voran bringt. Dass Führungskräfte durchaus einen inneren Treiber haben, produktiv zu sein, Dinge zu schaffen, hat die vorliegende Studie gezeigt. Dann profitieren beide Seiten.

Von Belang dürfte aber auch ein kontrastierendes Ergebnis der Studie sein, auf das bisher nicht eingegangen wurde, um den Untersuchungsbereich wegen aller wertvollen Aspekte nicht zu breit werden zu lassen. Auf die Frage, ob und welche Gemeinsamkeiten unter Führungskräften der jeweilige Befragte ausmacht, gab es den Trend, eine distanzierte Haltung gegenüber anderen Führungskräften oder Führungskräften an sich einzunehmen. Das unterstreicht den Wunsch nach Distinktion und unterstreicht gleichsam das Bedürfnis, etwas Eigenes über die kollektiv gedachte Rolle und angelegte Aufgabe zu schaffen. Außerdem betont dies zusätzlich den Bedarf der individuellen Ansprache.

All das unterstreicht bei allen Distinktionsbestrebungen gerade auf diese Weise etwas Gemeinsames: Die Führungskräfte eint eine stark wirkende Facette im Habitus, die etwas Eigenes anstreben lässt. Dies muss etwas Tragendes sein, das Freude oder gar Spaß bereitet oder eben zu Wohlfühlen im individuell unterschiedlich verstandenen Sinne führt. Gesundheit zu haben ist dabei wichtig: für die einen, um aktiv die Möglichkeit zu haben, diese im Sinne von Kapital im Feld zu nutzen, für die anderen, um dieses Kapital (der Sorte Gesundheit) zu mehren und im eigenen Interesse als Ressource vorrätig zu haben (was dem Typ des *Ermöglichers* entspricht). Gesundheitshandeln ist das Mittel, das Gewünschte zu erreichen. Neben dem Gesundheitshandeln gibt es einen zweiten Wegbereiter zum Gewünschten: die Führungsaufgabe. So unterschiedlich sich dabei das ‚Gewünschte‘ ausdrückt, wie oben für die einzelnen Befragten dargestellt, so markant ist die strukturelle Übereinstimmung. Denn selbst diejenigen, die ihre Führungsrolle eher passiv in Kauf nehmen als sie proaktiv als Wegbereiter anzustreben, schätzen die positiven Effekte dieser Position im Feld.

Die vorliegende Studie bietet nun Ansatzpunkte, wie (zukünftige) Führungskräfte erreicht werden können, um sich nachhaltig im Unternehmen zu engagieren und sich an dieses zu binden. Die nächsten Schritte, um die neuen Erkenntnisse unternehmerisch nutzbar zu machen, liegen also in einer genaueren Betrachtung der Zielgruppe mit ihren Anliegen sowie darin, passende Schnittstellen zu finden, an denen Führungskräfte-

Entwicklung die Zielgruppe erreicht. Diese Arbeit verfolgt nicht das Ziel, konkrete Interventionen hervorzubringen, dennoch ist die Stoßrichtung damit aufgezeigt: Kollektive Angebote sind für die Ansprache von Führungskräften kaum das Mittel der Wahl. An dieser Stelle mag der eine oder andere Unternehmensvertreter die Hände über dem Kopf zusammenschlagen, weil dies im Unternehmen nicht abzubilden ist. Doch ließe sich eine individuelle Herangehensweise vor dem Hintergrund eines doch einenden Habitus wieder ökonomisch bündeln. Ein ähnliches Vorgehen wird bereits bei Coaching oder Check-up Angeboten praktiziert und hat sich bewährt: ein kollektives Angebot, doch eine maximal individuelle Umsetzung, die maßgeschneidert ist und die Führungskraft deren individuelles Anliegen ernst nimmt.

Von der rein praktischen Umsetzung nochmal ein Schritt zurück zur dahinter liegenden Theorie: In Bezug auf den Habitus stellt sich schließlich die Frage,

- ob der primäre Habitus in seinen Grundzügen in besonderer Weise geeignet ist, den Weg ins Feld zu finden, um dann entlang weiterer, feldspezifischer Impulse zu einem gesundheitsbezogenen ‚Führungskräfte-Habitus heranzureifen‘ (vgl. S. 40) oder
- ob sich ein bereits weitestgehend kompatibler Habitus seinen Weg sucht, der unter anderem Passung im Feld Unternehmen sowie in der spezifischen Feld-Nische der Führungskräfte findet – also ohne den Bedarf größerer Anpassungen.

Ideen zu diesen Überlegungen kann die bereits im Forschungsstand thematisierte Arbeit von Grabow zum Habitus von Eliten (2014) geben. Ein Gesundheitshandeln, wie es im Wesentlichen beim Typ *Selbstverwirklicher* beschrieben ist, ist durchaus denkbar als eine Praxis, die besonders von Führungskräften und von Eliten betrieben wird, denn das hier herausgearbeitete Verständnis von Gesundheit und die entsprechende Praxis entspringen einem Habitus, der sich durchaus als anschlussfähig an den der Eliten zeigt. Das Gesundheitshandeln der vorliegenden Studie ist von Selbstsicherheit und Souveränität geprägt, denn die hier betrachtete Zielgruppe ist ebenfalls über den gesellschaftlichen Kreis derer hinaus, die aufgrund starker wirtschaftlicher Zwänge angepasst und fremdbestimmt agiert. Diese Zielgruppe kann es sich (auf der Grundlage von Position, sozialem Status und nicht zuletzt finanziellen Mitteln) erlauben, über die Erfordernisse der aktuellen Aufgabe nachzudenken, rechts und links zu schauen und neue Felder zu erschließen. Gesundheitshandeln, so äußern dies zumindest die ‚Selbstverwirklicher‘

unter ihnen konsequent, ist für ein solch schöpferisches Tun über die aktuell auszufüllende Rolle hinaus eine wesentliche, ressourcenerhaltende Grundlage.

Hier wäre es für weitere Arbeiten ein lohnenswertes Ziel zu analysieren, ob sich die gesundheitsbezogene Facette im Habitus von Führungskräften unterschiedlicher Führungsebenen anders darstellt. Das würde ganz konkrete Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Interventionen und die Entwicklung von entsprechenden Maßnahmen auf allen Ebenen schaffen. Denn wenn Gesundheit unterschiedlich begriffen wird und daraus eine abweichende Praxis abgeleitet wird, sind Führungskräfte als Zielgruppe gesundheitsfördernder Maßnahmen auch nur dann zu erreichen, wenn sie gemäß ihres Habitus und des hier angelegten Verständnis von Gesundheit angesprochen werden. Möglicherweise tritt bei dieser Betrachtung auch eine kollektive Seite eines Habitus in den Vordergrund.

## 14.2 Die Akteursebene

Nun soll die Führungskraft selbst über die vorangehende Betrachtung der Unternehmensebene sowie der folgenden gesamtgesellschaftlichen Perspektive nicht in Vergessenheit geraten. Mit der Analyse und Einordnung der Ergebnisse ist kein Abschluss gefunden, die Praxis setzt sich fort – entweder, weil sich die Rahmenbedingungen ändern oder weil in der Führungskraft selbst etwas angestoßen wird.

Wenngleich das Gros der Befragten hinter der Führungsaufgabe andere Ziele verwirklicht wissen möchte, so müssen sie konsequent abwägen, ob das, was die Führungsaufgabe von ihnen fordert, immer noch stimmig innerhalb ihres Referenzsystems ist. Um auch hier wieder an den Habitus und die soziale Praxis anzuknüpfen, heißen die konsequenten Schritte: Mit einer vollzogenen Positionsänderung im Feld oder sich wandelnden Anforderungen oder Rahmenbedingungen (bspw. wirtschaftliche Situation des Unternehmens, selbst mit einer neuen Führungskraft konfrontiert, mehr Arbeit mit weniger Personal o.ä.), muss erneut geprüft werden, wie es um das eigene Interesse am Spiel und um das zu mobilisierende Engagement sowie um das überhaupt zur Verfügung stehende Kapital und den Kapitaleinsatz steht. Das bezieht sich auch auf den Gesundheitskapitalstock, der von den Führungskräften dahingehend hinterfragt wird:

- Habe ich genug von dieser leistungserhaltenden Kapitalsorte?

- Ist es mir zusätzlichen Aufwand wert in Körperkapital (Gesundheit) zu investieren?
- Wie viel bringt mir diese Investition im Feld - kurz und langfristig?
- Im Zuge all dieser Reflexionen schwingt die Überlegung mit: Bin ich hier richtig? War dies das letzte Ziel meines Strebens?

Überlegungen dieser Art laufen, anders als im Habitus angelegt, nun bewusst ab. Wird die Beförderung in eine (höhere) Führungsposition als kleines Trauma oder Statuspassage betrachtet, die geeignet ist, den Habitus zu erschüttern, so können diese Gedanken zum Tragen kommen und für das Unternehmen praktische Konsequenzen haben: Die Führungskraft kann ‚wachgerüttelt‘ zum Schluss kommen, dass es für sie nicht mehr reicht oder passt und sie das Feld verlässt (Sinn des Spiels geht verloren, Einsätze zu hoch...), also kündigt.

An dieser Stelle ist auf die Ausführungen von Faltermaier (2005) zurückzukommen. Im Zuge der Identifikation der ersten Dimension der Gesundheitstypik, also den individuellen Konstruktionen von Gesundheit, wurde zum einen festgestellt, dass sich über diese Studie und die Zielgruppe hinaus Gesundheitsvorstellungen stark ähneln. Zum anderen wurde darauf hingewiesen, dass sowohl Faltermaier als auch Flick (1998) das Soziale an der Gesundheit sowie Gesundheitsvorstellungen unterstreichen. Ersterer benennt hier konkret den lebensweltlichen Kontext sowie die lebensweltlichen Erfahrungen. Gesundheitsvorstellungen sollen also stets vor dem Hintergrund der Lebenssituation sowie den individuellen gesundheitsbezogenen (Vor-)Erfahrungen betrachtet werden. Letzteres entspricht dem Blick auf die gesundheitsbezogene Habitualisierung. Faltermaier geht dabei noch einen Schritt weiter und bezieht auch das Selbstkonzept und das Lebenskonzept in seine Überlegungen ein. Zwar bewegen sich diese Begriffe wieder im Raum der (Sozial-)Psychologie, doch gerade diese inhaltliche Übereinstimmung mit der vorliegenden Studie mag deren Ergebnisse Studie unterstreichen. Faltermaier hält dazu fest, dass die subjektiven Bezüge auf Gesundheit, auch damit etwas zu tun haben, „welche Ziele und Schwerpunkte sich ein Mensch für sein Leben setzt“ (Faltermaier, 2005, S. 199), was sich durchaus mit dem spezifischen Treibern und Anliegen von Führungskräften, die in dieser Arbeit ermittelt wurden, deckt. Anders gesagt: sowohl hier wie dort zeigt sich: Gesundheit ist ‚größer‘ und ganzheitlicher zu denken, denn die Interviewten der vorliegenden Arbeit selbst verbinden mit Gesundheit darüber hinausgehende Konzepte, Anliegen und Prämissen.

### 14.3 Sozialisation oder Selektion

Im Zuge der vorliegenden Arbeit wurde stets auf die frühe, in der Primärsozialisation zu verortende, Herausbildung eines Habitus hingewiesen. Ebenso wurde jedoch die Bedeutung des Feldes hervorgehoben, in dem ein Habitus zutage tritt oder angesprochen wird. Demnach liegt es nahe zu hinterfragen, welcher Wirkmechanismus in Bezug auf Führungskräfte und ihr Gesundheitshandeln aktiv ist. Sind die Resultate Ausdruck des Habitus der Zielgruppe, der sich im skizzierten Unternehmenssetting als passend herausstellt? Oder, und auch das ist möglich, sind es die Unternehmen, die den eingestellten Führungskräften erst den Boden bereiten, dass sich derartige Dispositionen des Habitus zeigen können oder gar neue Dispositionen herausbilden können (wenn man die Möglichkeit in Betracht zieht, dass sich der Habitus auch verändern kann)?

Dazu muss auf das Zustandekommen der Stichprobe eingegangen werden. Es kann sein, dass die Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe, die nicht im Sinne der Repräsentativität zusammengestellt wurde, zustande kamen. Das schließt aber nicht aus, dass die Stichprobe durchaus die Ergebnisse hervorbrachte, die auch eine größere und statistisch in jeder Hinsicht belastbare Stichprobe aufweisen würde.

Der Frage der Genese des Habitus und der entsprechenden Auswirkungen sind unter anderen Überschriften andere nachgegangen, indem sie den Habitus von Führungskräften unter bestimmten Gesichtspunkten rekonstruiert haben. Hartmann (2001) und Grabow (2014) haben sich dem kleinen Anteil derjenigen zugewandt, die im Topmanagement als Elite zu bezeichnen sind. Jedoch kann auch Grabow anhand seiner Ergebnisse nicht mit Bestimmtheit sagen, ob der elitäre Habitus, der zu einer bevorzugten Rekrutierung ins Topmanagement führt, einer elitären Herkunft entspringt oder ob sich die Kandidaten diesen im Laufe der Zeit erarbeiten können, also das Feld Impulse gibt, den Habitus zu erweitern, anzupassen oder gar zu verändern. Er findet u.a. heraus, dass der elitäre Habitus des Topmanagements nicht zwingend durch die Herkunft gegeben sein muss. Dieser Spielraum öffnet auch den Blick für die gesundheitsbezogene Facette im Habitus der Führungskräfte, wie sie hier betrachtet wurde: Das eine wie andere ist möglich und hängt von weiteren Faktoren ab. Nach Grabow ist dies beispielweise davon bestimmt, wie der Habitus adressiert, aktiviert wird und ggf. zur Anpassung motiviert wird – in seinem Fall mit dem Karriere-Versprechen oder zumindest mit der Perspektive darauf. Die Frage der zentralen Prägung eines Führungskräfte-Habitus bzw. seiner

Facetten (wie z.B. der Gesundheit) und der resultierenden Praxis ist also durchaus noch nicht geklärt und eröffnet weitere Forschungsmöglichkeiten.

#### 14.4 Die gesellschaftliche Ebene

Bis hierher beziehen sich die Betrachtungen zu den Ergebnissen der Studie auf die Ebene der Unternehmen und die darin agierenden Rolleninhaber – mit einem deutlich zukunftsgerichteten Blick nicht nur auf weitere Forschungschancen, sondern auch auf die Erkenntnisse in Bezug auf die Führungskräfteentwicklung in Unternehmen.

Nähert man sich den Resultaten auf einer anderen Ebene, so geraten auch andere Aspekte ins Blickfeld. Bei der Erarbeitung des Forschungsstandes zeigte sich für das Feld Unternehmen eine gesellschaftsbezogene Annäherungs- und Sichtweise auf. Mit dem Rückblick auf die weiter vorn ausgeführten Perspektiven könnten die nun vorliegenden Resultate entweder einfach als anschlussfähig oder aber durchaus auch als relativierend betrachtet werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit legen eine Übereinstimmung mit dem „Selbst-Projekt“-Ansatz nahe, wie ihn Brunnett (2009a, b) und Bröckling (2007, 2012 und 2013) beschreiben und auf die Bewertung von und dem Umgang mit Gesundheit anwenden.<sup>102</sup> Brunnett spricht in diesem Zusammenhang von „gesunder Selbstmodellierung“ (2009a, S. 80) und beschreibt Gesundheitshandeln als typisch für die „symbolische Gesundheit“ des Postfordismus, wo Gesundheit eben einen symbolischen Mehrwert erhält und damit als Kapital wirksam wird (ebd.).<sup>103</sup> Sie formuliert, „dass Gesundheit für Individuen kein eigenständiges Lebensziel bildet, sondern in den Kontext subjektiv relevanter Lebensbereiche und -ziele gestellt wird“ (Brunnett, 2009, S. 92), was mit den Erkenntnissen der vorliegenden Studie übereinstimmt.

Wenn das symbolisch zur Gesundheit gewordene Körperkapital nun unter einer gesellschaftlichen Perspektive betrachtet wird, zeigt sich auch der Körper und der Umgang

---

<sup>102</sup> Dabei sollen nun nicht die Differenzierungen, die die Typenbildung ergab, wieder egalisiert werden. Der identifizierte Haupttyp bietet jedoch aufgrund seines gehäuftten Vorkommens die schlüssigsten Ansatzpunkte. Ein gezieltes Bearbeiten der Subtypen bietet gleichermaßen Chancen für die weitere Forschung, wenn sich diese bei größeren Fallzahlen bestätigen.

<sup>103</sup> Vgl. in diesem Kontext auch das Beziehen auf Bourdieu, der Gesundheit und das (symbolische Arbeiten am Körper) zum Mittelschichtsthema macht: Denn hier (und Bourdieu meint damit auch explizit Führungskräfte) ist zum einen das Wissen vorhanden, um die eigene Gesundheit förderlich zu beeinflussen und zum anderen ist diese Gruppe ökonomisch ausreichend unabhängig, um, salopp formuliert, den Kopf frei für diese Selbstmodellierung mit Blick nach vorn zu haben (Bourdieu, 2007, S. 341. Brunnett, 2009a, S. 73).

mit dieser grundlegenden Ressource als weniger individuell als angenommen. Neben den biographischen Aspekten, die einen individuellen körperpraxisbezogenen Habitus prägen, kommen kollektive Prägungen unter der Überschrift von Freiheit und Eigenverantwortung hinzu. Gugutzer und Duttweiler (2012) sowie Meuser (2014) betonen, wie diese Selbstprojekt-Appelle und -entwicklungen den Körper wie selbstverständlich erfassen. Da jeder, wie Meuser schreibt (2014, S. 70), immer noch schöner, fitter und gesünder sein kann, wird der Körper einer Dauerbeobachtung unterzogen, die sich im Lauf der Zeit auf reflexives Körperwissen verlassen kann:

„Mittel und Ziel dieser Körperbearbeitung finden die Einzelnen jedoch nicht in sich selbst, sie beziehen sich vielmehr auf diejenigen Leitbilder, Techniken und Praktiken, die im Diskurs zirkulieren. Die Weisen der Körperbearbeitung sind mithin eingelassen in Macht- und Wissensformationen, die diese Technologien des Selbst legitimieren und es dem Individuum ermöglichen, sich selbst eine sozial akzeptierte Form zu geben“ (Gugutzer & Duttweiler, 2012, S. 7).

Zuvor habe ich die Ergebnisse aus einer unternehmerischen Perspektive mit den Möglichkeiten und Handlungsempfehlungen für die innerbetriebliche Praxis der Führungskräfte-Entwicklung beleuchtet und Chancen abgeleitet. Doch nunmehr wechselt diese Perspektiveneinnahme über zu einer Kulturkritik. Geht es unternehmensseitig betrachtet um die Wertschätzung vermittelnde (oder: suggerierende?) individuell ausgerichtete Förderung der Gesundheit der Führungskräfte, so geht es hier um die im Wettbewerb relevante symbolische Gesundheit:

„Die Art und Weise, wie wir unser Leben gestalten, können wir uns nicht aussuchen. Auch die Forderung ‚Verwirkliche dich selbst‘ oder ‚Sei autonom‘ ist eine soziale Norm. In der Gegenwart steht dieser Ruf immer unter der Bedingung des Wettbewerbs. Sich selbst zu entwickeln heißt dann, sich gegenüber der Konkurrenz zu behaupten. Man muss nicht nur gut, schnell, flexibel und kreativ sein, sondern besser, kreativer, flexibler als die anderen. Und weil die anderen permanent aufholen, ist das eine Bewegung ohne Ende und Ziel“ (Bröckling im Interview, in: Brauer, 2012, S. 25).

Vielleicht ist also das, was zuvor reflexiv als Selbstverwirklichung bezeichnet wurde, nur das unumgängliche Ausfüllen eines ‚Programms‘. Die Ergebnisse würden auf den Kopf gestellt, interpretativ jedenfalls. Die Interviews vermitteln beim Haupttyp den

Eindruck eines Typen, der aus sich heraus („Innentreiber“) strebt, über die die Rolle der Führungskraft hinaus, etwas tun möchte, das ihn auf die eine oder andere Art befriedigt (Spaß, Freude, etwas schaffen...).

Doch auch eine andere Lesart ist möglich: Bröckling beschreibt den Typ des „unternehmerischen Selbst“: ein angestellt Arbeitender, der dem Unternehmer entsprechend nicht nur rational über Kosten-Nutzen-Kalkulationen einen Mehrwert schaffen möchte. Das „unternehmerische Selbst“ bedeutet, diese: gehen neue Wege, besitzen ein Gespür für Gewinnchancen, gehen Risiken ein und entsprechen auf Unternehmensebene dem Souverän eines Staates: „Sie mobilisieren und koordinieren die Kräfte, disponieren die Ressourcen, setzen die Regeln, schließen die Verträge“ (2012, S. 136). Bröckling beschreibt die Unmöglichkeit, sich der Dynamik zu entziehen und sich entsprechend zu entwickeln. Dabei kann hier nicht ausgeschlossen werden, dass der SELBST-Verwirklicher neben dem Selbst ein anderes Verwirklichungsprogramm durchläuft. In der Konsequenz hätte das Auswirkungen auf die hier gebildeten Typen. Es egalisiert nicht den Unterschied, der unterscheidbare Typen inhaltlich ausmacht, aber könnte andere Überschriften nahelegen.

Das wäre auch eine Überlegung vor dem Hintergrund wert, dass sich das in der vorliegenden Studie eher unerwartet zu Bedeutung gekommene Thema der (Eigen-)Verantwortung auch in dieser Diskussion wiederfindet. Der Selbst-Unternehmer ist selbstredend voll verantwortlich für sein Ich-Projekt, was die Gesundheit natürlich mit einschließt. Ist es die mehr von außen zugeschriebene Eigenverantwortung derjenigen Manager, welche die oben skizzierte Projekt-Agenda voll verinnerlicht haben? Dafür spräche ein weiterer Punkt der Studie, was sich im dominanten Muster des Gesundheitshandelns ‚als Reaktion‘ äußert. Auch wenn darunter vielfältige Auslöser für eine Re-Aktion fallen, die sich aus der individuellen Biographie und Situation erklären, mag es bereits ein Hinweis sein, auf was reagiert wird.

So kommen einige Punkte zusammen, die dazu anregen, andere Perspektiven einzunehmen und die Gesundheitspraxis der Führungskräfte und den entsprechenden Habitus tiefer zu erforschen. Die Wirtschaft jedenfalls kann bereits heute von dem profitieren, was hier an möglichen Zusammenhängen aufgezeigt wird, wenn Führungskräfte konsequent stärker über ihre persönlichen Treiber erreicht, gefördert und so idealerweise an das jeweilige Unternehmen gebunden werden.

Das, was zuvor als Selbst-Projekt beschrieben wird, schließt auf der Ebene der Unternehmen nahtlos an das wirtschaftliche Interesse an. Denn ein movierter Angestellter, der nicht erst davon überzeugt werden muss, seine Karriere von sich aus voranzutreiben und sich somit den entsprechenden Druck selbst macht, ist fraglos unkomplizierter zu steuern. So greifen Unternehmen im Rahmen der Angebote ihrer Personal- und Führungskräfteentwicklung zunehmend Maßnahmen zum Thema Resilienz auf<sup>104</sup>. So wird, ganz im Sinne Brunnetts oder Bröcklings, deutlich gemacht, dass die Verantwortung für Erfolg oder Scheitern im Einzelnen liegt, was bis zur „interessierten Selbstgefährdung“ geht, wie es Peters (2011) treffend bezeichnet. Wenn Gesundheit also herstellbar ist, falls man es nur richtig anstellt, so ist es einfach, Gesundheit subjektiv zu konzipieren oder die Akteure konzipieren zu lassen, statt die Verhältnisse im Feld zu hinterfragen und auf ihre Gesundheitsförderlichkeit zu überprüfen.

Doch hätte das eine Bedeutung über die Semantik hinaus? Es verändert keine Ergebnisse, aber wirft ein anderes Licht auf deren Interpretation. Falls die gesundheitsbezogene Facette des Habitus der Führungskräfte nicht stark darauf basiert, dass sie selbst über den Tellerrand ihrer Rolle und des Feldes etwas verwirklichen möchten und nach etwas streben, verändert das die möglichen Ansatzpunkte möglicher nachgelagerter Interventionen. Wenn die Führungskräfte nicht mit einem exklusiv individualisierten Angebot zu erreichen sind, um daraus Gesundheitsförderliches zu ziehen, weil sie – bewusst oder unbewusst – einem anderen Programm folgen – dem ewigen Streben nach Distinktion, das der Markt (Wettbewerb – immer besser sein als der andere) vom Unternehmer wie unternehmerischen Selbst verlangt, dann sind sie entweder den Regeln des Marktes ausgeliefert, die sogleich Distinktionswege mitliefern (kreativer, schneller, innovativer zu sein...) oder es sind andere Interventionen anzustreben, gesundheitsförderliches Handeln zu motivieren und zu erreichen. Dazu formuliert Bröckling Strategien des Ausgleichs und Balance, die schon fast trivial oder jedenfalls alles andere als innovativ und bahnbrechend daherkommen (ausführlich zur facettenreichen Metaphorik von Burnout, vgl. Bröckling, 2013).

---

<sup>104</sup> Resilienz, also die mentale Widerstandskraft in Bezug auf Krisen oder traumatische Ereignisse, ist in Trainingskreisen zunehmend als *erlernbare Kompetenz* in die Angebotslisten gelangt (Vgl. Götze 2013 – Zum Überblick über das Thema, seine Entwicklung und Weg in die Personalentwicklung der Unternehmen). Also ein weiterer Ansatz, psychologisch beheimatet und fundiert, der in Richtung Selbst-Projekt und Eigenverantwortung deutet.

Doch liegen in diesen Anregungen zur Balance – wirtschaftlich gesehen – die wirklichen Risiken. Work-Life-Balance-Ansätze, das Betonen eines sozialen ausgleichenden Umfelds oder anderer Betätigungen weisen explizit auf zwei Lebensbereiche und damit zwei Felder hin, bei denen der Leistungsträger gut daran tut, sie im Sinne der Gesundheit zu trennen. Bringt man diese Ansätze nun wieder getrennt zur Geltung, so konterkariert das die Entwicklung, die Bereiche von Beruf und Privatleben immer mehr verschwimmen zu lassen und allem die Überschrift des Selbst-Projekts zu geben. Für die Personal- und Führungskräfteentwicklung hieße das, den personenorientierten Ansatz, den Einzelnen stärker oder resilienter zu machen, zugunsten organisationaler Veränderungen zurückzustellen.

Das soll nicht per se alle Angebote einer Gesundheitsförderung diskreditieren, die dem Einzelnen dabei helfen, den beruflichen Herausforderungen auch gesundheitlich gewachsen zu sein. Es unterstreicht die Bedeutung eines anderen, zielgruppenspezifisch auf Führungskräfte ausgerichteten Bereichs der Gesundheitsförderung in Unternehmen. Es ist auch eine Frage der Perspektive, denn Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die Rolle die damit verbundenen Aufgaben bieten nachgewiesenermaßen (Siegrist, 1996) gesundheitsförderliche Vorteile. So gesehen wäre der zuvor skizzierte gesellschaftliche Trend dann insofern positiv zu sehen, als der Einzelne im Unternehmen noch nie so viele Freiheiten und Möglichkeiten hatte (von Karriereplänen zu Arbeitszeitmodellen und freier Wahl des Arbeitsortes dank der zur Verfügung stehenden technischen Möglichkeiten und Medien).

In der Theorie gilt es, neben den oben gestellten Fragen und formulierten Anregungen, die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Akteur und seinem Handeln sowie dem Feld (und damit auch Rolle) weiter zu erforschen.

Für die Praxis heißen die Ergebnisse insgesamt, Wege und Lösungen für folgende Herausforderungen zu finden:

- Anerkennen, dass Führungskräfte einerseits leistungsbereit in ihrer Rolle und für das Unternehmen agieren, aber andererseits nicht für das Unternehmen leben.
- Schaffen von gestalterischen Freiräumen in der Aufgabe, um den individuellen Entfaltungsansprüchen gerecht zu werden und um gleichzeitig das Risiko der interessierten Selbstgefährdung zu minimieren.
- Angebote zur Gesundheitsförderung auf individueller Ebene (,Habitus-gerecht‘).

- Bewusstes Trennen von Angeboten der Führungskräfte-Entwicklung (auf Gesundheit wie andere Kompetenzen der Führungskräfte bezogen) und einer „Du-hast-es-selbst-in-der-Hand“-Rhetorik.
- Konkrete und konsequent ermöglichte Angebote der Trennung der Felder Unternehmen und Privatleben.

Diese Arbeit konnte auf der Grundlage ihrer theoretischen Perspektive neue Ansätze in der Forschung zur Gesundheit von Führungskräften und Praxis zur Gesundheitsförderung dieser Zielgruppe aufzeigen. Bourdieus soziale Praxis und vor allem sein Konzept des Habitus haben sich als ausgesprochen wertvoll nicht nur dafür herausgestellt, kollektive Muster zu identifizieren. Sie konnte darüber hinaus auch und gerade über den Weg einer Typenbildung zeigen, wie wichtig der Blick in die Tiefe auf die Ebene der Biographie und die sozialen Prägungen ist. So können habituelle Disposition sowie das daraus hervorgehende (Gesundheits-)Handeln theoretisch eingeordnet, verstanden und erklärt werden.

Eine zwischen kollektiven und individuellen Anteilen vermittelnde Sichtweise führt abschließend zu einem sich schließenden Kreis, der auf den Habitus und seine Wirkweisen zurückweist: Einmal auf den kollektiven Habitus. Ein anderes Mal auf den individuellen Habitus, der durchweg auf biographische Besonderheiten hinweist, instruktive Typiken und Typen hervorbrachte.

Dabei ist es wünschenswert, dass aus den theoretischen Erkenntnissen und den oben daraus skizzierten Anschlussmöglichkeiten wirkliche Impulse für die weitere Forschung zur Gesundheit von Führungskräften und ihrem gesundheitsbezogenen Handeln hervorgehen.

Ebenso wünschenswert ist es, wenn die gefundenen Antworten von der Ebene der Theorie in praktische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung übersetzt werden. Zu deutlich weist der Habitus ein Potenzial auf, das wissenschaftlich auch mit dieser Arbeit längst nicht umfassend erschlossen ist und das – wie gezeigt – auf wirtschaftliche Handlungsfelder bezogen deutlich mehr Chancen in sich trägt, als der eher populärwissenschaftlich oder fast umgangssprachlich verwandte Begriff des Habitus als bloßes Erscheinungsbild oder Haltung vermitteln kann.

## 15. Literaturverzeichnis

- Abel, T. (2007). Cultural Capital in Health Promotion. In D. Mc Queen & I. Kickbusch (Hrsg.), *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion* (S. 43–73). New York, NY: Springer.
- Alkemeyer, T. (Hrsg.). (2003). *Aufs Spiel gesetzte Körper. Aufführungen des Sozialen in Sport und populärer Kultur*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Alkemeyer, T. & Schmidt, R. (2003). Habitus und Selbst. Zur Irritation der körperlichen Hexis in der populären Kultur. In T. Alkemeyer (Hrsg.), *Aufs Spiel gesetzte Körper. Aufführungen des Sozialen in Sport und populärer Kultur*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Baar, R. (2010). *Allein Unter Frauen. Der Berufliche Habitus Männlicher Grundschullehrer*: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (Hrsg.). (2011). *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2014). *Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). (1998). *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998). Handlungsbedingungen und Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 17–36). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bartscher, T. *Gabler Wirtschaftslexikon. Führungshierarchie*. Zugriff am 18. Februar 2015. Verfügbar unter:  
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55235/fuehrungshierarchie-v7.html>

- Bass, Bernard M. & Avolio, Bruce J. (Hrsg.). (1993). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, London: Sage.
- Bauer, R. (2007). *Habitusbildung im Studium der Sozialpädagogik. Eine explorative Studie zur Strukturtypik studentischer Professionalisierungsprozesse*. Dissertation, Johannes Gutenberg-Universität. Mainz. Verfügbar unter <http://ubm.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2007/1497/>
- Bauer, U. (Hrsg.). (2009). *Health inequalities*. Hamburg: Argument.
- Beck-Tauber, D. (2012). *Transformational Leadership. Exploring its Functionality*. Dissertation, Universität St. Gallen. St. Gallen.
- Bellebaum, A. & Hettlage, R. (Hrsg.). (2014). *Unser Alltag ist voll von Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 23–43). Göttingen: Hogrefe.
- Bette, K.-H. & Schimank, U. (2006). *Doping im Hochleistungssport. Anpassung durch Abweichung* (2., erw. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bohnsack, R. (2007). Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (2. Aufl., S. 225–254). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, R. (2010). Die Mehrdimensionalität der Typenbildung und ihre Aspekthaf­ tigkeit. In J. Ecarius (Hrsg.), *Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung* (S. 47–72). Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Bohnsack, R. (2010 (2003)). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden* (7. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, R. (2013). Dokumentarische Methode und die Logik der Praxis. In A. Lenger (Hrsg.), *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven* (S. 175–200). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Bohnsack, R. & Marotzki, W. (Hrsg.). (1998). *Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M. (Hrsg.). (2007). *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M. (2007). Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (2. Aufl., S. 9–27). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M. (Hrsg.). (2013). *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (3., akt. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, R. & Nohl, A.-M. (1998). Adoleszenz und Migration - Empirische Zugänge einer praxeologisch fundierten Wissenssoziologie. In R. Bohnsack & W. Marotzki (Hrsg.), *Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung* (S. 260–282). Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, R. & Nohl, A.-M. (1998). Adoleszenz und Migration - Empirische Zugänge einer praxeologisch fundierten Wissenssoziologie. In R. Bohnsack & W. Marotzki (Hrsg.), *Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung* (S. 260–282). Opladen: Leske + Budrich.
- Böning, D. (2014). „*Ich sehe nur, wie sich die Menschen plagen*“: *Gesundheitsvorstellungen, -risiken und -verhalten von Berufspolitikern. Eine empirische Analyse*. Dissertation, Universität Göttingen. Göttingen. Zugriff am 07. August 2015. Verfügbar unter <http://hdl.handle.net/11858/00-1735-0000-0022-5E99-8>
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten* (Sonderband 2, S. 183–198). Göttingen: Schwartz.
- Bourdieu, P. (1989). Antworten auf einige Einwände. In K. Eder (Hrsg.), *Klassenlage, Lebensstil und kulturelle Praxis. Beiträge zur Auseinandersetzung mit Pierre Bourdieus Klassentheorie* (S. 395–410). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1992). *Rede und Antwort*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Bourdieu, P. (1993). *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1995). *Sozialer Raum und "Klassen". Leçon sur la leçon. 2 Vorlesungen* (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1998). *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (2007). *Die feinen Unterschiede Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1996). *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brauer, A. (2012, 19. Mai). Jeder ist seines Unglückes Schmied. Kreativer, flexibler: Der Soziologe Ulrich Bröckling über den Zwang zur Selbstvermarktung. *Der Tagesspiegel*, 21336, S. 25. Zugriff am 15. Juli 2015.
- Bremer, H. & Teiwes-Kügler, C. (2010). Typenbildung in der Habitus- und Milieuforschung. Das soziale Spiel durchschaubarer machen. In J. Ecarius (Hrsg.), *Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung* (S. 251–276). Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Bröckling, U. (2007). *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bröckling, U. (2012). Der Ruf des Polizisten. Die Regierung des Selbst und ihre Widerstände. In R. Keller, W. Schneider & W. Viehöver (Hrsg.), *Diskurs – Macht – Subjekt* (S. 131–144). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bröckling, U. (2013). Der Mensch als Akku, die Welt als Hamsterrad. Metaphern im Burnout-Diskurs. *Merkur*, 67 (768), 400–411.
- Brunnett, R. (2009a). *Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus*. Bielefeld: transcript Verlag
- Brunnett, R. (2009b). Zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34 (2), 65–71.
- Buchhorn, E. & Werle, K. (2013, 19. Juli). Altenglühn. *manager magazin*, 8, S. 96.  
Verfügbar unter:

[https://www.wiso-net.de/login?targetUrl=%2Fdocument%2FMM\\_\\_CODESCO-MM-2013-008-116936](https://www.wiso-net.de/login?targetUrl=%2Fdocument%2FMM__CODESCO-MM-2013-008-116936) (Abruf am 09. Juni 2015)

Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper Perennial.

Bußmann, N. (2015, 02. März). *Themen und Trends im Training*. Zugriff am 29. Juli 2015. Verfügbar unter <http://www.managerseminare.de/blog/themen-und-trends-im-training-weiterbildungsszene-deutschland-2015-ist-erschiene/2015/03>

Cockerham, W. C., Rütten, A. & Abel, T. (1997). Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38 (2), 321–342.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. *ICD-10-GM*, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Zugriff am 09. Februar 2015. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/> (Abruf am 9.2.2015)

Die Akademie für Führungskräfte. (2009). *Führungsrollen – Beruf und Berufung deutscher Manager*. Akademie Studie 2009.

Die Welt. (2013, 27. August). *Der Banker, der lieber Würstchen verkaufen wollte*. Verfügbar unter <http://www.welt.de/regionales/frankfurt/article119448059/Der-Banker-der-lieber-Wuerstchen-verkaufen-wollte.html> (Abruf am 22. Februar 2015)

Ebert, J. (2012). *Erwerb eines professionellen Habitus im Studium der Sozialen Arbeit*. Hildesheim: Olms, Georg.

Ecarius, J. (Hrsg.). (2010). *Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung*. Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.

Echterhoff, M. (2011). *Führung und Gesundheit. Welchen Einfluss nehmen Führungskräfte auf die gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen der Beschäftigten für sich selbst wahr*. Dissertation, Universität Bielefeld. Bielefeld.

Eder, K. (Hrsg.). (1989). *Klassenlage, Lebensstil und kulturelle Praxis. Beiträge zur Auseinandersetzung mit Pierre Bourdieus Klassentheorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Faltermaier, T. (2003). Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 57–77). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- Faltermeier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz Psychologie-Verlag-Union.
- Flick, U. (Hrsg.). (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa-Verlag
- Flick, U. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 2. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag
- Fritzsche, B. (2007). Mediennutzung im Kontext kultureller Praktiken als Herausforderung an die qualitative Forschung. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (2. Aufl., S. 29–44). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fröhlich, G. & Rehbein, B. (2009). *Bourdieu-Handbuch. Leben, Werk, Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Funken, C., Hörlin, S. & Stoll, A. (2011). *Die Projektdarsteller: Karriere als Inszenierung. Paradoxien und Geschlechterfallen in der Wissensökonomie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gärtner, K., Grünheid, E. & Luy, M. (Hrsg.). (2005). *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gebauer, G. & Wulf, C. (1998). *Spiel - Ritual - Geste. Mimetisches Handeln in der sozialen Welt*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Geisler, K. (2009). *Karriere – ein Zusammenspiel aus Individualität und organisationaler Struktur. Eine Studie über die Beziehung zwischen Karriereorientierungen und*

- organisationalen Sozialisationserfahrungen*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität. München.
- Gembris-Nübel, R. (2004). *Gesundheit und Behinderung. Eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe*. Dissertation, Universität Bielefeld. Bielefeld. Zugriff am 20. August 2015. Verfügbar unter <http://pub.uni-bielefeld.de/publication/2305315>
- Gerick, J. (2014). *Führung und Gesundheit in der Organisation Schule. Zur Wahrnehmung transformationaler Führung und die Bedeutung für die Lehrergesundheit als Schulqualitätsmerkmal*. Münster, Westf.: Waxmann.
- Gerlinger, T. (2006). Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In C. Wendt & C. Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit* (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderhefte, Bd. 46, S. 34–56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gillies, J.-M. (2010, 13. November). Schuften erwünscht. *Die Welt*. Zugriff am 09. August 2015. Verfügbar unter:  
[http://www.welt.de/print/die\\_welt/finanzen/article10903952/Schuften-erwuenscht.html?print=t](http://www.welt.de/print/die_welt/finanzen/article10903952/Schuften-erwuenscht.html?print=t)
- Gilly, S. (2008). *Zur Bedeutung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei strategischen Entscheidungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Diplomarbeit, Eberhard Karls Universität. Tübingen.
- Glaserfeld, E. von. (2008). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? ; Beiträge zum Konstruktivismus* (4. Aufl., S. 16–38). München, Zürich: Piper.
- Götze, U. (2013). *Resilienzentwicklung im Personalmanagement. Angebote zur Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit von MitarbeiterInnen*. Wiesbaden: Springer.
- Grabow, H. (2014). *Elitenrekrutierung aus sozialpsychologischer Perspektive. Einflüsse von Habitus, Herkunft und wahrgenommener Kompetenz auf Auswahlentscheidungen für Führungspositionen*. Paderborn: IFB.
- Grulich, J. (in Arbeit). *Geschlechtliche Ungleichheit in transnationalen Unternehmen. Eine praxeologische Fallstudie zu Reproduktionsmechanismen geschlechtlicher*

- Ungleichheit am Beispiel der Auslandsentsendung in einem Unternehmen der Automobilzulieferindustrie (Arbeitstitel)*. Paderborn. Zugriff am 09. Juni 2015. Verfügbar unter [https://www.wiso-net.de:443/document/SOFI\\_\\_20119803](https://www.wiso-net.de:443/document/SOFI__20119803)
- Gugutzer, R. (2002). *Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Gugutzer, R. (2004). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: transcript-Verlag
- Gugutzer, R. (2006). *Body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*. Bielefeld: Transcript.
- Gugutzer, R. & Duttweiler, S. (2012). Körper - Gesundheit - Sport. Selbsttechnologien in der Gesundheits- und Sportgesellschaft. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SuB)*, 35 (1), 5–19.
- Hänzi, D. (2013). Bewährungsstrategien von Topmanagerinnen. Was nicht passt, wird passend gemacht. *PERSONALquarterly*, 65 (1), 17–21.
- Hartmann, M. (2001). Klassenspezifischer Habitus oder exklusive Bildungstitel als soziales Selektionskriterium? Die Besetzung von Spitzenpositionen in der Wirtschaft. In B. Kraus (Hrsg.), *An der Spitze: von Eliten und herrschenden Klassen (Analyse und Forschung Sozialwissenschaften*, S. 157–208). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Heindrick & Struggels. (2014, 22. September). *Die Gesundheit deutscher Führungskräfte. Pressemitteilung*.
- Helsper, W., Kramer, R.-T., Brademann, S. & Ziems, C. (2007). Der individuelle Orientierungsrahmen von Kindern und der Übergang in die Sekundarstufe. Erste Ergebnisse eines qualitativen Längsschnitts. *Zeitschrift für Pädagogik*, 53 (4), 477–490.
- Hermann, A. (2004). *Karrieremuster im Management. Pierre Bourdieus Sozialtheorie als Ausgangspunkt für eine genderspezifische Betrachtung*. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verlag
- Hofbauer, J. (2006). Konkurrentinnen außer Konkurrenz? *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 31 (4), 23–44.

- Holzträger, D. H. (2012). *Gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung. Gestaltung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte*. Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Hradil, S. (2005). Der theoretische Hintergrund - Gesundheitslebensstile. In K. Gärtner, E. Grünheid & M. Luy (Hrsg.), *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB* (S. 65–93). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (7. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag
- Iellatchitch, A., Mayrhofer, W. & Meyer, M. (2003). Career fields: a small step towards a grand career theory? *The International Journal of Human Resource Management*, 14 (5), 728–750.
- Jana-Tröller, M. (2014). *Führung im Spiegel der Generationen. Führungsverständnis im Vergleich etablierter und angehender Führungskräfte in einem Telekommunikationsunternehmen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Kastner, M. (2006). Prävention in der Arbeitswelt. *Psychotherapeut*, 51 (6), 440–451.
- Keller, R., Schneider, W. & Viehöver, W. (Hrsg.). (2012). *Diskurs – Macht – Subjekt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Werbach-Gamburg: Verlag f. Gesundheitsförderung.
- Knorr-Cetina, K. (1989). Spielarten des Konstruktivismus. Einige Notizen und Anmerkungen. *Soziale Welt*, 40 (1/2), 86–96.
- Knotek, M. (2005). *Erhebung zum Gesundheitshandeln bei österreichischen Top-Managern*. unbekannt, inter-uni.net for integrated health sciences. unbekannt. Zugriff am 10. Juni 2015. Verfügbar unter:  
[www.inter-uni.net/download/bibliothek/Thesis\\_Knotek.pdf](http://www.inter-uni.net/download/bibliothek/Thesis_Knotek.pdf)

- Krais, B. (Hrsg.). (2001). *An der Spitze: von Eliten und herrschenden Klassen*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Krais, B. & Gebauer, G. (2008). *Habitus* (2. Aufl.). Bielefeld: transcript-Verlag
- Kramer, R.-T. (2011). *Abschied von Bourdieu? Perspektiven ungleichheitsbezogener Bildungsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kramer, R.-T. (2013). »Habitus(-wandel)« im Spiegel von »Krise« und »Bewährung«. Strukturtheoretische Überlegungen zu einer dokumentarischen Längsschnittforschung. *Zeitschrift für qualitative Forschung*, 14 (1), 13–32.
- Kratzer, N. (Hrsg.). (2011). *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement*. Berlin: sigma.
- Kreckel, R. (Hrsg.). (1983). *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz.
- Kubisch, S. (2008). *Habituelle Konstruktion sozialer Differenz. Eine rekonstruktive Studie am Beispiel von Organisationen der freien Wohlfahrtspflege*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leidenfrost, J. (2006). *Kritischer Erfolgsfaktor Körper? Leistung neu denken: Ressourcenpflege im Management*. München: Hampp.
- Lenger, A. (Hrsg.). (2013). *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lenger, A., Schneickert, C. & Schumacher, F. (2013). Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. In A. Lenger (Hrsg.), *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven* (S. 13–41). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Machatschke, M. (2014, 18. Juli). Ein Rebel wider Willen. *manager magazin*, 8. Zugriff am 09. Juni 2015. Verfügbar unter:  
[https://www.wiso-net.de/login?targetUrl=%2Fdocument%2FMM\\_\\_CODESCO-MM-2014-008-150906](https://www.wiso-net.de/login?targetUrl=%2Fdocument%2FMM__CODESCO-MM-2014-008-150906)
- Mayer, J. (2010). *Verletzungsmanagement im Spitzensport. Eine systemtheoretisch-konstruktivistische Analyse mit Fallstudien aus den Sportarten Leichtathletik und Handball*. Hamburg: Feldhaus.

- Mayer, J. & Thiel, A. (2011). Verletzungen im Leistungssport aus soziologischer Perspektive. *Sportwissenschaft*, 41 (2), 124–136.
- Mayrhofer, W., Steyrer, H., Meyer, M., Iellatchitch, A., Hermann, A., Strunk, G. et al. (2001). *ViCAPP Project. Towards a habitus based concept of managerial careers.* : Universität Wien. Zugriff am 09. Juni 2015. Verfügbar unter [http://www.complexity-research.com/pdf/toronto\\_paper.pdf](http://www.complexity-research.com/pdf/toronto_paper.pdf)
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5., neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mc Queen, D. & Kickbusch, I. (Hrsg.). (2007). *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion.* New York, NY: Springer.
- Meck, G. (2014, 21. September). Wie fit sind Deutschlands Manager? *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, 38.
- Meuser, M. (2007). Repräsentation sozialer Strukturen im Wissen. Dokumentarische Methode und Habituskonstruktion. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (2. Aufl., S. 209–224). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meuser, M. (2014). Körperarbeit - Fitness, Gesundheit, Schönheit. In A. Bellebaum & R. Hettlage (Hrsg.), *Unser Alltag ist voll von Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge* (S. 65–84). Wiesbaden: Springer VS.
- Nentwig-Gesemann, I. (2007). Die Typenbildung der dokumentarischen Methode. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (2. Aufl., S. 277–302). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nohl, A.-M. (1996). *Jugend in der Migration. Türkische Banden und Cliques in empirischer Analyse.* Baltmannsweiler: Schneider-Verlag.
- Nohl, A.-M. (2012). *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nohl, A.-M. (2013). *Relationale Typenbildung und Mehrebenenvergleich. Neue Wege der dokumentarischen Methode.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Peters, K. (2011). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In N. Kratzer (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement* (S. 105–124). Berlin: sigma.
- Pfadenhauer, M. (2009). Professioneller Stil und Kompetenz. Einleitende Überlegungen im Rekurs auf Bourdieus Habitus-Konzept. In M. Pfadenhauer & T. Scheffer (Hrsg.), *Profession, Habitus und Wandel* (S. 7–19). Frankfurt, M.: Lang.
- Pfadenhauer, M. & Scheffer, T. (Hrsg.). (2009). *Profession, Habitus und Wandel*. Frankfurt, M.: Lang.
- Pieper, R. (2009). *ArbSchR, Arbeitsschutzrecht Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und andere Arbeitsschutzvorschriften* (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Bund-Verlag
- Pörksen, B. (Hrsg.). (2015). *Schlüsselwerke des Konstruktivismus* (2. erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4., erw. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Rehbein, B. (2006). *Die Soziologie Pierre Bourdieus*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Reimann, S. (2014). Führen hierzulande die Falschen? Leadership-Kompetenzen. *managerseminare* (198), 38–44.
- Reimann, S. (2013). *Die medizinische Sozialisation. Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Resch, C. (2012). *Schöner Wohnen: Zur Kritik von Bourdieus "feinen Unterschieden"*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Richter, P. & Wegge, J. (2011). Occupational Health Psychology. Gegenstand, Modelle, Aufgaben. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 337–359). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rittner, V. (1989). Körperbezug, Sport und Ästhetik. Zum Funktionswandel der Sportästhetik in komplexen Gesellschaften. *Sportwissenschaft*, 19 (4), 359–377.
- Rosenberg, F. v. (2010). Habitus und Feld. Überlegungen zu zwei unterschiedlichen Formen der komparativen Typenbildung. In J. Ecarius (Hrsg.), *Typenbildung und*

- Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung* (S. 277–287). Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Rosenberg, F. v. (2011). *Bildung und Habitustransformation. Empirische Rekonstruktionen und bildungstheoretische Reflexionen*. Bielefeld: Transcript.
- Rosenstiel, L. v., Regnet, E. & Domsch, M. E. (Hrsg.). (2014). *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement* (7., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Sauer, S. (2015, 11. März). Die Freude an der Arbeit steigt. Doch die meisten Beschäftigten machen weiter Dienst nach Vorschrift. *Frankfurter Rundschau*, 59, S. 13.
- Schein, E. H. (1995). *Unternehmenskultur. Ein Handbuch für Führungskräfte*. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Schneidhofer, T. M., Schiffinger, M. & Mayrhofer, W. (2010). Mind the (Gender) Gap. Gender, Gender Role Types, and Their Effects on Objective Career Success over Time. *management revue*, 21 (4), 437–457.
- Schröder, F. & Schmidtke, O. (2010). Zum erwünschten Habitus zukünftiger Investmentbanker und anderer Bankangestellter. *Sozialer Sinn*, 11 (2), 219–242.
- Schulte-Florian, G. (1999). *Determinanten der Karriere. Eine theoretische Analyse unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten*. München: Hampp.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1997). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwingel, M. (2009). *Pierre Bourdieu zur Einführung* (6. Aufl.). Hamburg: Junius.
- Siedenbiedel, C. (2015). *BMW-Chef kollabiert. Das gefährliche Leben der Manager*, Frankfurter Allgemeine Zeitung. Zugriff am 16. September 2015. Verfügbar unter <http://www.faz.net/-gqi-87vwe>
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen*. München: Urban & Fischer.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2006). Berufliche Belastungen und Gesundheit. In C. Wendt & C. Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit* (Kölner Zeitschrift für Soziologie

und Sozialpsychologie. Sonderhefte, Bd. 46, S. 109–124). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sieweke, J. (2012). *Putting Bourdieu into Action. Analyzing the Contributions of Pierre Bourdieu's Theory of Practice to Research in Management and Organization Studies*. Dissertation, Heinrich Heine Universität. Düsseldorf. Zugriff am 09. Juni 2015. Verfügbar unter:

<http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DocumentServlet?id=23056>

Spatz, M. (2014). *Work-Life-Balance. Junge Führungskräfte als Grenzgänger zwischen verschiedenen Lebensbereichen*. Mering: Rainer Hampp Verlag.

Sprenger, R. K. (2008). *Gut aufgestellt. Fussballstrategien für Manager*. Frankfurt, M.: Campus Verlag.

Stroebe, R. W. (2006). *Grundlagen der Führung. Mit Führungsmodellen* (12., überarb. Aufl.). Frankfurt am Main: Verlag Recht und Wirtschaft.

Thiel, A., Mayer, J. & Digel, H. (2010). *Gesundheit im Spitzensport. Eine sozialwissenschaftliche Analyse*. Schorndorf: Hofmann.

Uhle, T. & Treier, M. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (3., überarb. und erw. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

Vester, M. (2009). Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. In U. Bauer (Hrsg.), *Health inequalities* (Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Bd. 45, S. 36–56). Hamburg: Argument.

Watzlawick, P. (Hrsg.). (2008). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? ; Beiträge zum Konstruktivismus* (4. Aufl.). München, Zürich: Piper.

Weichenrieder, M. (2012). *Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln. Eine empirische Erhebung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Automobilkonzerns*. Göttingen: Cuvillier.

Wendt, C. & Wolf, C. (Hrsg.). (2006). *Soziologie der Gesundheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Weniger, K. (2013). *Karriere-Körper. Das Körperverständnis angestellter Führungskräfte*. Marburg: Tectum-Verlag.

- Wieser, D. (2014). *Mittlere Manager in Veränderungsprozessen. Aufgaben, Belastungsfaktoren, Unterstützungsansätze*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Wilde, B., Hinrichs, S., Bahamondes Paves, C. & Schüpbach, H. (2009). Führungskräfte und ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Eine empirische Untersuchung zu den Bedingungsfaktoren gesundheitsförderlichen Führens. *Wirtschaftspsychologie* (2), 74–89. Zugriff am 17. August 2015. Verfügbar unter [https://www.wiso-net.de:443/document/WPSY\\_\\_20092017](https://www.wiso-net.de:443/document/WPSY__20092017)
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wollsching-Strobel, P., Hänsel, F., Sternecker, P. & Wollsching-Strobel, U. (2009). *Die Leistungsformel. Spitzenleistung gestalten und erhalten*. Wiesbaden: Gabler Verlag / GWV Fachverlage GmbH.
- World Health Organisation. (2014). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Zugriff am 12. August 2015. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/>
- Wuppertaler Kreis e. V. (2015). *Trends in der Weiterbildung. Verbandsumfrage 2015*, Köln. Zugriff am 5.10.2105. Verfügbar unter <http://www.wkr-ev.de/>



## 16. Anhang

### 16.1 Im Anschluss an die Interviews erhobene soziographische Daten

Tabelle 8: Daten zum sozialen Hintergrund der Befragten

Name des Interviewten (anonymisiert)	Sozialer Hintergrund					
	Alter zum Zeitpunkt der Befragung *	Familienstand	Kinder - ja/nein	Beruf von Vater und/ oder Mutter	Berufswunsch als Kind oder Jugendlicher	Freizeitaktivitäten neben dem Beruf (Hobby)
Torsten Werle	36-40	verheiratet	nein	Leiter Lager/Logistik Konzern	Börsenmakler, Investment Banker	Familie
Marcus Beck	46-50	verheiratet	ja	Dipl. Ingenieur/ Hausfrau	kaufmännischer Beruf	Tennis, Joggen, Klavier, Hund
Henning Völkers	51-55	geschieden	ja	Dipl. Kaufmann	Pilot	Sport
Dr. Oliver Albrecht	36-40	verheiratet	ja	Dipl. Ingenieur/ Kunststopferin	s..o. (was er heute ist)	Fahrrad fahren/ Wohnmobil
Lutz Ehrmann	46-50	verheiratet	ja	Kaufmännischer Angestellter/ Steuerberaterin	Etwas mit Elektronik bis ich merkte (beim Lesen von Literatur) dass das nicht das Richtige ist	Wenig nordic walking, wenig radfahren, handwerken
Dr. Holger Fehling	56-60	verheiratet	ja	Elektromeister/ Hausfrau	Lehrer, Sporttrainer	Lesen, Fahrrad fahren, wandern
Dr. Peer Schwarzer	56-60	verheiratet	ja	Ingenieur/ Sozialarbeiterin	Verfahreningenieur	Familie, Reisen, Golf...
Joachim Werner	36-40	verheiratet	ja	k.A.	k.A.	k.A.
Arne Borgmann	41-45	ledig	ja	Beamter/ Kauf-frau	Irgendwas mit Technik	Sport: Laufen, Fußball
Rolf Carstens	46-50	verheiratet	ja	Kaufmännischer Angestellter/ -	Seemann	Bogenschießen, Lesen, Spielen mit der Tochter
Boris Althaus	51-55	verheiratet	ja	Werkleiter/ Hausfrau	Bankkaufmann	Haus und Garten (schreibt erst "nichts", streicht das dann durch)
Günter Wächter	56-60	verheiratet	ja	Metzger/ Heb-amme	Kaufmännischer Beruf	Sport

\* Zur besseren Anonymisierung wurden Altersgruppen in Fünfjahresintervallen gebildet; bspw. 36 - 40 und 41 - 45 Jahre

Tabelle 9: Persönliche Daten zum beruflichen Hintergrund

Name des Interviewten (anonymisiert)	Berufliche Entwicklung						
	Branche	Höchster Bildungsabschluss	Unternehmensgröße bei 1. Anstellung (Zahl der Mitarbeiter)	Nach xx Jahren Berufserfahrung	Als Beförderung intern oder über Unternehmenswechsel	Auf eigenes Bestreben/ Bewerbung hin oder gefragt worden	Aktuelle Führungsebene (in der Unternehmenshierarchie)
Torsten Werle	Industrie	Mag. Rer. Soc. Oec.	170.000	7	intern	beides	2
Marcus Beck	Energie	Dipl. Ingenieur	> 50.000	9	intern	eigenes Bestreben	3
Henning Völkers	Energie	Dipl. Ingenieur	12	2	intern	gefragt worden	3
Dr. Oliver Albrecht	Energie	Promotion	>10.000	0	0	gefragt worden	3
Lutz Ehrmann	Energie	Dipl. Ingenieur	200	23	intern	eigenes Bestreben	3
Dr. Holger Fehling	Energie	Promotion (Dipl. Ingenieur)	Großunternehmen	2,5	intern	gefragt worden	3
Dr. Peer Schwarzer	Energie	Promotion	15.000	sofort	n.v.	n.v.	2 (an Vorstand)
Joachim Werner	Energie	Dipl. Wirtschaftswissenschaftler	Großunternehmen	(nach wenigen Jahren)	intern	beides	3
Arne Borgmann	Energie	Dipl.-Ingenieur	>35.000	13	intern	beides	3
Rolf Carstens	Handel	2. Staatsexamen (Jurist)	Großunternehmen	9	intern	beides	2
Boris Althaus	Handel	Groß- und Außenhandelskaufmann	350	2 (Substitut)	intern	Förderprogramm	3
Günter Wächter	Handel	Dipl. Betriebswirt	1500 MA/ Konzern	7	intern	gefragt worden	2 (Bereichsleiter/ Direktor)

## 16.2 Interviewleitfaden

<b>Führung: Kontext, Rolle, Entwicklung</b>
<b>Entwicklung zur/ als Führungskraft</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie kam es überhaupt, dass Sie FK geworden sind?</li> <li>• Welche Rolle spielten andere bei diesen Entscheidungen (Wer? Wie?)</li> <li>• Erinnern Sie sich an Ihre erste berufliche Aufgabe: Woher "wussten" Sie, wie Sie sich zu verhalten haben, wie der Hase läuft im Business?</li> <li>• Wie haben Sie gelernt, wie man führt?</li> </ul>
<b>Reflexion der Rolle der Führungskraft</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ich Sie bitte, einen Manager-Idealtypus zu beschreiben, wie sieht der dann aus?</li> <li>• Was haben Führungskräfte in Ihren Augen gemeinsam?</li> <li>• Und Sie selbst? Wenn Sie sich im Kontext mit anderen FK betrachten, welche Perspektive ist Ihnen näher: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ähnlichkeit, also: Die sind wie ich/ Die denken wie ich oder die haben die gleiche Entwicklung gemacht und die gleichen Erfahrungen? Oder Fremdheit, das gegenteilige Empfinden?</li> <li>• In welchen Momenten, bei welchen Anlässen erleben Sie das?</li> <li>• Was ist es, was sie denken, spüren....</li> </ul> </li> <li>• Denken Sie manchmal, dass die Dinge und Abläufe in Ihrem Unternehmen so besonders sind, dass Sie anderswo anders agieren würden? (Aspekte zur Unternehmenskultur erfassen)</li> </ul>
<b>Gesundheit und Körperlichkeit</b>
<b>Allgemeine Bezugnahme, Herleitung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie finden Sie passt das Thema Gesundheit in den Kontext von Führung? Bitte erzählen Sie, was Ihnen bei dieser Verbindung in den Sinn kommt.</li> <li>• Ganz grundsätzlich...: Was ist Gesundheit überhaupt – in Ihren Augen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wann ist man gesund? Also: Wie zeigt sie sich (sichtbar)?</li> <li>• Wozu gesundbleiben?</li> </ul> </li> <li>• Wann haben Sie sich erstmals bewusst über Ihre Gesundheit Gedanken gemacht? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wodurch wurden diese angestoßen?</li> <li>• Was hat das bei Ihnen ausgelöst?</li> </ul> </li> <li>• War sie in der Familie ein Thema? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inwiefern?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Gesundheit der Führungskraft</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wichtig ist es, als Führungskraft gesund zu sein?</li> <li>• Ist die Gesunderhaltung einer Führungskraft anders einzuordnen als die von nicht führenden Mitarbeitern? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielleicht im Sinne von Wichtigkeit, gesund zu sein?</li> <li>• ... oder in Bezug auf die Schwierigkeit, diese zu bewahren oder wiederherzustellen?</li> </ul> </li> <li>• Was ist mit dem Erscheinungsbild: Spielt das eine Rolle? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche?</li> <li>• Wie genau muss der Körper einer Führungskraft beschaffen sein?</li> <li>• Wozu muss das so sein?</li> <li>• Was macht den Unterschied zur Nicht-Führungskraft?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Persönlicher Bezug - Gesundheit in der Rolle</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie leben Sie Gesundheit? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie hat dies mit Ihrer beruflichen Rolle der Führungskraft zu tun?</li> <li>• Empfinden Sie äußere Einflüsse, ob und wie sie gesundheitsbezogen handeln?</li> <li>• Wie haben Sie Gesundheit gelebt, bevor Sie Führungskraft wurden?</li> </ul> </li> <li>• Welche Rolle spielt Ihr Körper für Sie? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ...und für Sie in der Rolle der FK?</li> </ul> </li> <li>• Haben Sie einmal Ihre Gesundheit überstrapaziert? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie/ womit?</li> <li>• Was hat sie zu Ihrem Handeln bewogen?</li> </ul> </li> <li>• Gibt es in Ihrem Leben in Bezug auf Ihre Gesundheit entscheidende, richtungsweisende Ereignisse?</li> </ul>

---

<ul style="list-style-type: none"><li>• Haben Sie in Bezug auf Ihren Körper schon einmal eine Krise durchlebt? War danach etwas anders?<ul style="list-style-type: none"><li>• Musste es erst so schlimm kommen, damit Sie etwas verändert haben?</li><li>• Was hätte eine andere Entwicklung bewirken können?</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Haben Sie da oder in einer anderen Situation abgewogen, ob Sie sich eine Handlungsweise, im Sinne Ihrer Gesundheit, erlauben können?<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Überlegungen standen da im Vordergrund und haben sie dann geleitet?</li><li>• Gab es Grenzen für Sie, so in der Art "Bis dahin und nicht weiter!"?</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Wenn Sie ein Bild, eine Metapher für Ihren Körper nutzen, was kommt Ihnen da in den Sinn?</li></ul>
<b>Abschließend</b> Gibt es noch etwas, das Ihnen auf der Zunge liegt, das noch offen ist und festgehalten werden sollten?

## 16.3 Einverständniserklärung

### Einverständnis zur Tonbandaufzeichnung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am xxxx von Frau Hellfritsch geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen und verschriftet werden darf in Hinblick auf die Durchführung ihrer wissenschaftlichen Arbeit zum Thema „Führungskräfte und Gesundheitshandeln“.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ort, Datum,

Unterschrift