

Bergische Universität Wuppertal
Fachbereich D – Abteilung Sicherheitstechnik
Fachgebiet Arbeitssicherheit / Ergonomie

**Organisationales Sozialkapital:
eine Ressource für Gesundheit und Wohlbefinden?**

Eine empirische Studie in zwölf Justizbehörden
in Nordrhein-Westfalen



Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Sicherheitswissenschaften (Dr. rer. sec.)

vorgelegt von:
Diplom-Psychologin Benita Gauggel

Düsseldorf, im Oktober 2011

Die Dissertation kann wie folgt zitiert werden:

urn:nbn:de:hbz:468-20120503-125851-3

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=urn%3Anbn%3Ade%3Ahbz%3A468-20120503-125851-3>]

1. Gutachter: Prof. Dr. B. H. Müller
2. Gutachter: Prof. Dr. H. O. Häcker

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Bernd H. Müller bedanken, der es mir ermöglichte, meine Dissertation in seinem Fachgebiet Arbeitssicherheit/Ergonomie zu erstellen sowie für seine bereichernden Anregungen im Rahmen der Betreuung dieser Arbeit.

Herrn Prof. Dr. Hartmut O. Häcker danke ich besonders für die konstruktiven Ratschläge und die fachliche Bewertung dieser Arbeit sowie für seine Tätigkeit als Zweitgutachter.

Mein ausdrücklicher Dank gilt Herrn Dr. Dr. Jian Li für seine methodischen Anregungen und wertvollen Hinweise, die mir bei der Erstellung dieser Arbeit eine sehr große Hilfe waren.

Mein außerordentlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. Rainer Tielsch und Frau Dr. Heidi Wunenburger für ihre unermüdliche menschliche und fachliche Unterstützung während der Erstellung dieser Arbeit.

Ich bedanke mich bei Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn, der die IPSO-Studie initiiert hat, in dessen Rahmen diese Arbeit entstanden ist sowie für seine Inspiration, diese Arbeit zu verfassen. Ferner bedanke ich mich bei den Kooperationspartnern der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen für die fruchtbare und unterstützende Zusammenarbeit im Rahmen der empirischen Untersuchung. Mein ausdrücklicher Dank gilt den an dieser Studie beteiligten Justizbehörden und Justizbeschäftigten, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ganz besonders herzlich möchte ich all denjenigen danken, die mir durch ihre Worte, Gedanken und ihr Verständnis Kraft gegeben und an mich geglaubt haben.

Mein größter Dank gilt meinem Freund Lars, der mich durch alle Höhen und Tiefen geduldig begleitet und mir jederzeit mit Rat und Tat zu Seite gestanden hat.

Insbesondere möchte ich auf diesem offiziellen Weg meinen Eltern danken. Sie haben mir diese Universitätsausbildung ermöglicht, mir jederzeit und in jeder Hinsicht zur Seite gestanden und mich nicht zuletzt fortlaufend ermuntert, diese Arbeit fertig zu stellen.

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund. Der Wandel der Arbeitswelt stellt den öffentlichen Dienst vor große Herausforderungen. Anhaltende Reformen und Veränderungsprozesse sowie die demografische Entwicklung erfordern Strategien und Maßnahmen, die die Leistungsfähigkeit und Produktivität und gleichzeitig die Gesundheit der Beschäftigten erhalten und fördern. Das Konzept des Sozialkapitals hat in sozialepidemiologischen Studien bedeutsame Zusammenhänge zur Gesundheit aufgezeigt. Welche Bedeutung hat das Sozialkapital im organisationalen Kontext? Welchen Einfluss hat das organisationale Sozialkapital vermittelt durch die Behörden- und Führungskultur auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten?

Ziele. Ziel dieser Arbeit war, die Sozialkapitalforschung in Bezug auf die Anwendung in Organisationen zu erweitern und deren Relevanz für die Gesundheit und das Wohlbefinden herauszustellen. Anhand einer umfassenden Literaturanalyse wurde aufgezeigt, inwieweit das Konzept des Sozialkapitals im organisationalen Kontext Zusammenhänge zur Gesundheit und dem Wohlbefinden aufweist. Auf Basis einer empirischen Studie wurde untersucht, ob Sozialkapital eine Ressource für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Justizbeschäftigten darstellt bzw. wie hoch der Einfluss der einzelnen Kerndimensionen von Sozialkapital zu beurteilen ist, mit dem Ziel, differenzierte Aussagen über anwendungsbezogene Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Methode. Die analytische epidemiologische Untersuchung basierte auf schriftlichen Befragungen an 3034 Beschäftigten in zwölf Justizbehörden in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2009. Die Datenanalyse erfolgte anhand logistischer Regressionen unter Berücksichtigung der Verschachtelung der Individuen auf verschiedenen Ebenen (Mehrebenenmodelle).

Ergebnisse. Insgesamt nahmen 1409 Justizbeschäftigte aus unterschiedlichen Berufs- und Altersgruppen an der Befragung teil, was einer durchschnittlichen Beteiligungsquote von 46 % entspricht. Die zentralen Ergebnisse der logistischen Mehrebenenanalysen auf individueller Ebene (nach Adjustierung für soziodemografische Variablen) zeigten, dass niedriges Sozialkapital, im Vergleich zu Beschäftigten mit hohem Sozialkapital, ein 6-fach erhöhtes Risiko (OR 6.20) für schlechte Gesundheit, ein 7-fach erhöhtes Risiko (OR 7.33) für Burnout sowie ein 14-fach erhöhtes Risiko (OR 14.13) für niedrige Arbeitszufriedenheit darstellt. Die Varianzaufklärung durch die Behörden ergab keine signifikanten Effekte mit Ausnahme in der Arbeitszufriedenheit, hier lag die Varianzaufklärung bei 1 % und ist somit sehr gering. Differenzierte Analysen der Kerndimensionen von Sozialkapital zeigten die höchsten Risikowahrscheinlichkeiten im Aspekt „Gerechtigkeit und Respekt“ (Gesundheit:

OR 5.45, Burnout: OR 20.85, Arbeitszufriedenheit: OR 11.5) sowie im Aspekt „Vertrauen zur Führungsebene“ (Gesundheit: OR 4.96, Burnout: OR 9.28, Arbeitszufriedenheit: OR 5.77).

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse der Studie unterstützen die Annahme, dass Sozialkapital in Organisationen ein bedeutender Einflussfaktor auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten darstellt. Der hohe Einfluss der kulturellen und führungsbezogenen Dimensionen verdeutlicht, dass das Konzept des Sozialkapitals ein Ansatz für eine gesundheitsförderliche, mitarbeiterorientierte und wertschätzende Organisations- und Führungskultur darstellt und gleichzeitig Hinweise auf präventive Maßnahmen aufzeigen kann.

Schlagwörter. Sozialkapital, Gesundheit, Wohlbefinden, Burnout, Arbeitszufriedenheit, psychosoziale Faktoren, Behörden.

ABSTRACT

Background. The changing world of employment poses significant challenges to the public service. Ongoing reforms and modification processes, as well as the demographic trend call for strategies and policies that preserve and promote both performance and productivity as well as the health of employees. In socio-epidemiological studies, the concept of social capital has shown significant correlations to health. What is the significance of social capital in the organisational context? What impact does the organisational social capital, propounded by the bureaucratic and management culture, have on the health and welfare of employees?

Objectives. The aim of this work was to expand social capital research with regard to application in organisations and highlight its relevance to health and wellbeing. Based on a comprehensive literature review, the extent to which the concept of social capital exhibits correlations to health and well-being in the organisational context was demonstrated. On the basis of an empirical study, the question of whether social capital represents a resource for the health and well-being of judicial employees and the degree of influence of the individual core dimensions of social capital to be assessed were investigated, with the aim to deduce differentiated statements on application-specific recommendations for action.

Methods. The analytical epidemiological study was based on written surveys of 3034 employees at twelve judicial authorities in North Rhine-Westphalia in 2009. The data were analysed using logistic regressions, taking into account the grouping of individuals at different levels (multilevel models).

Results. A total of 1409 judicial employees from various professional backgrounds and age groups participated in the survey. This corresponds to an average participation of 46 %. The main results of the logistic multilevel analysis at the individual level (after adjustment for socio-demographic variables) showed that low social capital represents a 6-fold increased risk (OR 6.20) for poor health, a 7-fold increased risk (OR 7.33) for burnout and a 14-fold increased risk (OR 14.13) for low job satisfaction, when compared to employees with high social capital. The variance explained by the authorities showed no significant effects, except in job satisfaction with a very low explained variance of 1 %. Differentiated analysis of the core dimensions of social capital showed the highest risk probabilities for the aspect of "equal rights and respect" (health: OR 5.45, burnout: OR 20.85 and job satisfaction: OR 11.5) and in the aspect of "confidence in the management" (health: OR 4.96, burnout: OR 9.28 and job satisfaction: OR 5.77).

Conclusions: The results of this study support the notion that social capital represents an important factor that influences the health and well-being of employees in organisations. The

high impact of cultural dimensions and leadership-related issues shows that the concept of social capital represents an approach for health-promoting, employee-oriented and value-adding organisational and management culture and can also point out to information on preventive measures at the same time.

Key words: social capital, health, well-being, burnout, work satisfaction, psychosocial factors, authorities.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG	III
ZUSAMMENFASSUNG	IV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XI
TABELLENVERZEICHNIS	XII

1 EINLEITUNG **1**

1.1 ÖFFENTLICHER SEKTOR IM WANDEL	1
1.2 ORGANISATIONALES SOZIALKAPITAL	3
1.3 STAND DER FORSCHUNG	6
1.4 ZIELSETZUNG UND AUFBAU	7

2 BESONDERHEITEN DES UNTERSUCHUNGSGEGENSTANDES **11**

2.1 ÖFFENTLICHE VERWALTUNGEN	11
2.1.1 MERKMALE UND VERWALTUNGSORGANISATION	11
2.1.2 STRUKTURELLE VERÄNDERUNGEN	14
2.1.3 PERSONELLE HERAUSFORDERUNGEN	17
2.1.4 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	19
2.2 JUSTIZBEHÖRDEN IN NRW	22

3 SOZIALKAPITAL **28**

3.1 KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN	28
3.1.1 DEFINITIONEN UND MERKMALE	28
3.1.2 KONZEPTE	31
3.1.3 KLASSIFIKATION	35
3.1.4 QUANTITATIVE MESSUNG	38
3.2 ANWENDUNG IN ORGANISATIONEN	42
3.2.1 HINTERGRUND	42
3.2.2 DEFINITIONEN	43
3.2.3 KONZEPTE	44
3.2.4 DIMENSIONEN	46
3.2.5 EINFLUSSFAKTOREN	51

3.2.6	QUANTITATIVE MESSUNG	54
3.2.7	UNTERNEHMERISCHE EFFEKTE	57
3.2.8	AUSWIRKUNGEN AUF GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN	58
3.3	UNTERSUCHUNGSMODELL UND HYPOTHESEN	72
3.3.1	WIRKMODELL	72
3.3.2	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	73
4	METHODE	76
4.1	STICHPROBE UND UNTERSUCHUNGSFELD	76
4.2	METHODEN DER DATENERFASSUNG	77
4.2.1	SOZIALKAPITAL	77
4.2.2	GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN	78
4.2.3	KONTROLLIERTE VARIABLEN	79
4.3	UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG	79
4.4	STATISTISCHE DATENAUFBEREITUNG	80
5	ERGEBNISSE	82
5.1	DESKRIPTIVE ERGEBNISSE UND INTERKORRELATIONEN	82
5.2	MULTIVARIATE ERGEBNISSE	87
5.2.1	MEHREBENENANALYSEN	87
5.2.2	EINFLUSS DER EINZELDIMENSIONEN	90
6	DISKUSSION	94
6.1	EINORDNUNG DER ERGEBNISSE	94
6.1.1	ORGANISATIONALES SOZIALKAPITAL ALS PRÄDIKTOR FÜR GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN	94
6.1.2	INDIVIDUELLE EINFLUSSFAKTOREN	96
6.1.3	PRÄDIKTIVE KRAFT DER EINZELDIMENSIONEN	98
6.2	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN	102
6.2.1	UNTERSUCHUNGSDESIGN	103
6.2.2	ERHEBUNG DER INDIKATOREN	103
6.2.3	STATISTISCHE METHODEN	104
6.2.4	KAUSALITÄT UND WIRKMECHANISMEN	105

6.3	AUSBLICK: IMPLIKATIONEN FÜR DIE ANWENDUNG	106
6.3.1	SOZIALKAPITAL ALS RESSOURCE IN BEHÖRDEN	106
6.3.2	RAHMENBEDINGUNGEN UND VORAUSSETZUNGEN	107
6.3.3	FÖRDERUNG VON SOZIALKAPITAL	108
7	<u>LITERATUR</u>	111

ANHANG

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1.1	ALTERSSTRUKTUR IM ÖFFENTLICHEN DIENST IM JAHR 2010 (QUELLE: STATISTISCHES BUNDESAMT, 2011).	1
ABBILDUNG 1.2	POPULARITÄT UND STEIGENDES FORSCHUNGSINTERESSE VON SOZIALKAPITAL IN ORGANISATIONEN SOWIE DIE VERKNÜPFUNG MIT GESUNDHEITSBEZOGENEN FRAGESTELLUNGEN.	3
ABBILDUNG 1.3	ANWENDUNGS- UND FORSCHUNGSFELDER VON SOZIALKAPITAL IN ORGANISATIONEN (QUELLE: AUTOR).	5
ABBILDUNG 1.4	ANWENDUNG VON SOZIALKAPITAL IM BEHÖRDLICHEN KONTEXT (QUELLE: AUTOR).	8
ABBILDUNG 1.5	AUFBAU DER ARBEIT.	9
ABBILDUNG 2.1	MERKMALE, ORGANISATION UND LEISTUNGSERWARTUNGEN IN ÖFFENTLICHEN VERWALTUNGEN (QUELLE: AUTOR).	12
ABBILDUNG 2.2	JUSTIZORGANISATION UND AUFBAU IN NRW.	23
ABBILDUNG 2.3	BERÜCKSICHTIGUNG EINER GANZHEITLICHEN GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG IN JUSTIZBEHÖRDEN IN NRW (QUELLE: UNFALLKASSE NRW, SCHWERPUNKTBESICHTIGUNGSAKTION IM JAHR 2005).	26
ABBILDUNG 3.1	SOZIALKAPITAL UND DIE BILDUNG VON INTELLEKTUELLEM KAPITAL NACH NAHAPIET & GHOSHAL (1998).	45
ABBILDUNG 3.2	KONZEPTUELLES MODEL VON SOZIALKAPITAL NACH ADLER & KWON, 2002). ..	46
ABBILDUNG 3.3	FORMEN ORGANISATIONALER GERECHTIGKEIT (QUELLE: AUTOR).	50
ABBILDUNG 3.4	MÖGLICHE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE AUSBILDUNG VON SOZIALKAPITAL IN ORGANISATIONEN (QUELLE: AUTOR).	52
ABBILDUNG 3.5	EBENEN UND KOMPONENTEN VON UNTERNEHMENSKULTUR (QUELLE: SACKMANN, 2009, S. 17).	53
ABBILDUNG 3.6	AUSGEWÄHLTE STUDIEN.	61
ABBILDUNG 3.7	BEZIEHUNG ZWISCHEN INDIVIDUELLEN MERKMALEN UND ORGANISATIONSMERKMALEN, SOZIALKAPITAL UND GESUNDHEIT & WOHLBEFINDEN BEI DER ARBEIT (IN ANLEHNUNG AN LOWE & SCHELLENBERG, 2001; BADURA ET AL., 2008).	73
ABBILDUNG 6.1	ODDS RATIO FÜR UNTERSCHIEDLICHE AUSPRÄGUNGEN IM SOZIALKAPITAL UND GESUNDHEIT, BURNOUT UND ARBEITSZUFRIEDENHEIT.	95

Tabellenverzeichnis

TABELLE 2.1 ANSATZPUNKTE UND MAßNAHMEN DES NEW PUBLIC MANAGEMENT (NACH BOGUMIL & JANN, 2009).	15
TABELLE 3.1 AUSSCHNITT ÜBER AKTUELLE SOZIALKAPITALDEFINITIONEN.	29
TABELLE 3.2 KOMPLEMENTÄRE KATEGORIEN VON SOZIALKAPITAL (IN ANLEHNUNG AN UPHOFF, 2000, S. 221).	35
TABELLE 3.3 DIFFERENZIERUNG VON SOZIALKAPITAL IN ANLEHNUNG AN ALMEDOM (2005).	37
TABELLE 3.4 DIMENSIONEN VON SOZIALKAPITAL INNERHALB VON ORGANISATIONEN.	47
TABELLE 3.5 SOZIALKAPITAL IN ORGANISATIONEN UND GESUNDHEIT (S. FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE).	64
TABELLE 3.6 ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIEN ZUR BEZIEHUNG ZWISCHEN SOZIALKAPITAL IN ORGANISATIONEN UND GESUNDHEIT.	66
TABELLE 3.7 STUDIEN ZU ORGANISATIONALEM SOZIALKAPITAL UND BURNOUT.	68
TABELLE 3.8 ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIEN ZUR BEZIEHUNG ZWISCHEN SOZIALKAPITAL IN ORGANISATIONEN UND BURNOUT.	69
TABELLE 3.9 ORGANISATIONALES SOZIALKAPITAL UND ARBEITSZUFRIEDENHEIT.	70
TABELLE 3.10 ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIEN ZUR BEZIEHUNG ZWISCHEN SOZIALKAPITAL IN ORGANISATIONEN UND ARBEITSZUFRIEDENHEIT.	71
TABELLE 4.1 UNTERSUCHUNGSDESIGN IPSO-JUSTIZ STUDIE.	76
TABELLE 4.2 SOZIALKAPITAL-DIMENSIONEN, FRAGEBEISPIELE UND ANTWORTMÖGLICHKEITEN.	78
TABELLE 5.1 BESCHREIBUNG UND VERTEILUNG DER STICHPROBE (N=1409).	83
TABELLE 5.2 DESKRIPTIVE STATISTIK: VERGLEICH SOZIODEMOGRAFISCHEN VARIABLEN, SOZIALKAPITAL UND DER AUSPRÄGUNG VON GESUNDHEIT, BURNOUT UND ARBEITSZUFRIEDENHEIT.	85
TABELLE 5.3 INTERKORRELATIONEN DER UNTERSUCHUNGSVARIABLEN.	86
TABELLE 5.4 MEHREBENENSCHÄTZUNGEN FÜR SCHLECHTE GESUNDHEIT ^A (ODDS RATIO UND 95 %-VERTRAUENSINTERVALL).	88
TABELLE 5.5 MEHREBENENSCHÄTZUNGEN FÜR EIN HOHES BURNOUTRISIKO (ODDS RATIO UND 95 %-VERTRAUENSINTERVALL).	89
TABELLE 5.6 MEHREBENENSCHÄTZUNGEN FÜR NIEDRIGE ARBEITSZUFRIEDENHEIT ^A (ODDS RATIO UND 95 %-VERTRAUENSINTERVALL).	90
TABELLE 5.7 ODDS RATIO UND 95 %-VERTRAUENSINTERVALL FÜR SCHLECHTE GESUNDHEIT, NIEDRIGE ARBEITSZUFRIEDENHEIT UND HOHES BURNOUTRISIKO BEI DER ARBEIT IN ZUSAMMENHANG MIT DEN SOZIALKAPITALDIMENSIONEN ^A .	92

„Man is, at one and the same time,
a solitary being and a social being.“

Albert Einstein
(*Ideas and Opinions*, 1995, S. 153).

1 EINLEITUNG

Der folgende Abschnitt erläutert die Relevanz und Bedeutung des vergleichsweise neuen Konzepts des Sozialkapitals in der Anwendung im organisationalen Kontext im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten als auch aus unternehmerischer Perspektive.

1.1 Öffentlicher Sektor im Wandel

Die zunehmende Globalisierung, die Nutzung neuer Technologien und globaler Wettbewerb stellen Gesellschaft und Wirtschaft vor große Herausforderungen. Unternehmen reagieren auf diese Veränderungen mit Restrukturierungsprozessen, Fusionen, Unternehmensübernahmen und Verschrankungsprozessen. Der rasche und drastische Wandel der Arbeitswelt führt zur Verdichtung und Intensivierung von Arbeit bei einer immer geringer werdenden Anzahl an Beschäftigten und zunehmender Fokussierung auf Wettbewerb und Gewinnmaximierung.

Auch im öffentlichen Sektor haben sich in den letzten Jahren verstärkt Veränderungen vollzogen (Bandemer, 2002). Die kritische Entwicklung der öffentlichen Finanzlage sowie technologische und gesellschaftliche Veränderungen erforderten eine Neuausrichtung und Veränderung von organisatorischen, rechtlichen, personellen und fiskalen Strukturen der Verwaltung mit dem Ziel, die Effizienz, Effektivität und Transparenz des öffentlichen Sektors zu steigern. Die seit Ende der 60er Jahre durchgeführten umfangreichen Staats- und Verwaltungsreformen (Naschold, 1998) haben nicht die erwarteten Effekte gezeigt. Ursachen hierfür sind unter anderem in der Verwaltungskultur, in dem immer noch vorherrschenden autoritären Führungsstil als auch in der fehlenden Beteiligung der Beschäftigten begründet (Bandemer, 2002; Düren, 2009; Schridde, 2005).

Altersverteilung im öffentlichen Dienst im Jahr 2010

(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2011)

■ unter 35 Jahre ■ 35 bis 54 Jahre ■ über 55 Jahre

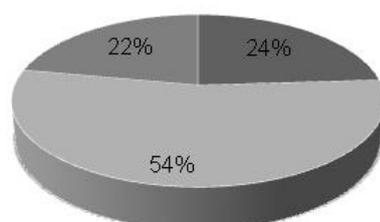


Abbildung 1.1 Altersstruktur im öffentlichen Dienst im Jahr 2010 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2011).

Zudem stellt die Altersstruktur den öffentlichen Dienst vor weitere Herausforderungen. Zudem ist durch den Abbau von Personalstellen über die vergangenen Jahre hinweg ein Anstieg des Durchschnittsalters zu

beobachten (Statistisches Bundesamt, 2011). Das Durchschnittsalter der 4,6 Millionen Beschäftigten im öffentlichen Dienst betrug 2010 rund 44 Jahre und liegt damit höher als in

den Jahren zuvor. 54 Prozent der Beschäftigten waren zwischen 35 und 54 Jahre alt, rund 22 Prozent waren 55 Jahre und älter bei vergleichsweise wenig jüngeren Beschäftigten (24 Prozent jünger als 35 Jahre, s. Abbildung 1.1). Personal ist der teuerste Produktionsfaktor im öffentlichen Bereich und zugleich der am schlechtesten gemanagte (Koetz, 1993). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Bundesverwaltung verursachten 2009 Personalausfallkosten in Höhe von rund 553 Millionen Euro (Bundesministerium des Innern, 2011). Der öffentliche Dienst weist im Vergleich zu anderen Branchen seit Jahren die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf. Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Bundesverwaltung im Jahr 2009 weisen eine Fehlzeitenquote von 7,08 Prozent auf und lagen damit über dem Gesamtwert der AOK-Versicherten im Bereich öffentlichen Dienst (5,4 Prozent), wobei die Fehltage 2009 in der Bundesverwaltung im einfachen Dienst (25,44 Tage) dreimal so hoch waren wie im höheren Dienst (8,27 Tage).

Gesunde und motivierte Mitarbeiter sind eine zentrale Voraussetzung für die Produktivität und Leistungsfähigkeit in Organisationen und Behörden sowie für die Bewältigung der anstehenden Herausforderungen. Deshalb stellt sich im behördlichen Kontext die Frage nach den Bedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter.

Zwischenmenschliche Prozesse sind sowohl für die Gesundheit der Beschäftigten als auch für die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen sowie für die gesellschaftlichen Sicherungssysteme von grundlegender Bedeutung (Peters & Waterman, 2007). Deshalb muss sich eine produktive und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung an den psychischen und sozialen Bedürfnissen des Menschen orientieren und diese in die Organisationsstruktur integrieren.

Gesundheit und Arbeit sind eng miteinander verbunden. Eine Befragung der Unfallkasse des Bundes an rund 2800 Beschäftigten der Bundesbehörden im Jahr 2009 ergab, dass das Betriebsklima und das Führungsverhalten den größten Einfluss auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in den Bundesbehörden haben (Bundesministerium des Innern, 2011). Die Bedeutung der Organisations- und Führungskultur kommt auch in der Rede des Bundesinnenministers Dr. Hans-Peter Friedrich anlässlich der Behördenleitungstagung des Bundes am 17. Juni 2011 in Berlin zum Ausdruck:

„... es ist eine Aufgabe für Ihr Führungsgeschick, eine Behördenphilosophie zu entwickeln, die – wie beispielsweise in einem Unternehmen die Unternehmensphilosophie – Ihre Mitarbeiter miteinander verbindet und motiviert“.

Bei der Ausbildung von sozialen Beziehungen kommt der hierarchischen Behördenstruktur eine zentrale Bedeutung zu. Sie gibt soziale Strukturen vor und beeinflusst somit die Vernetzung und das Gemeinschaftsgefühl der Beschäftigten und hierdurch auch den

Informationsfluss und die Kommunikation. Diese Rahmenbedingungen wirken sich auch auf die Identifikation, Motivation und letztendlich auch auf die Gesundheit und das Wohlbefinden bei der Arbeit aus. Das nachfolgend dargestellte Konzept des Sozialkapitals stellt einen geeigneten Ansatz dar, welcher über individuelle Faktoren hinausgeht und organisationsbezogene psychosoziale Rahmenbedingungen, im Hinblick auf gesundheitliche und leistungsbezogene Auswirkungen integriert.

1.2 Organisationales Sozialkapital

Das ursprünglich aus der Soziologie stammende Konzept des Sozialkapitals hat in den letzten Jahren wachsende Aufmerksamkeit und Interesse in Organisationen erreicht (Adler & Kwon, 2002). „...it seems likely that social capital is destined to become, like ‘class’, ‘gender’, and ‘race’, one of the ‘essentially contested concepts’ of the social sciences.” (Szreter & Woolcock, 2004; S. 654). Dies verdeutlicht der zunehmende Anstieg an Publikationen von 17 Artikeln im Jahr 1996 auf 340 Artikel im Jahr 2010 (siehe Abbildung 1.2).

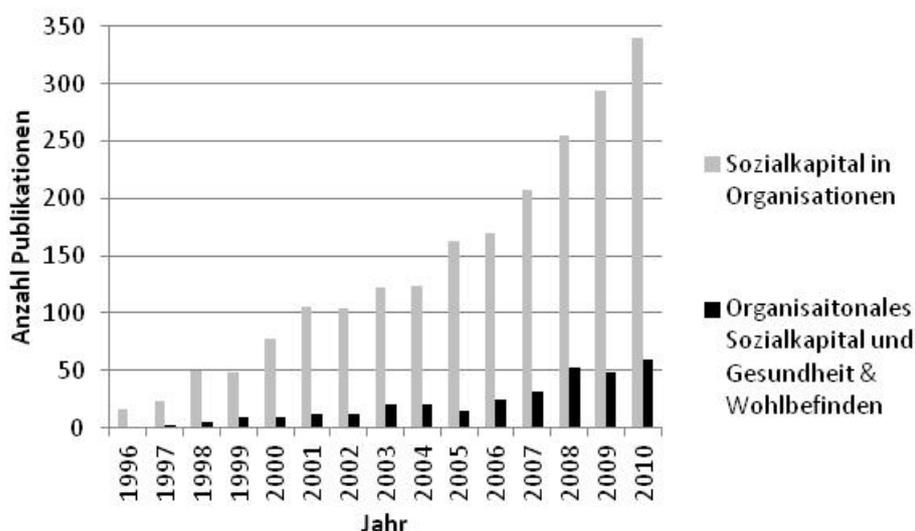


Abbildung 1.2 Popularität und steigendes Forschungsinteresse von Sozialkapital in Organisationen sowie die Verknüpfung mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen.

Anmerkung: Recherche im Web of Science Social Science Citation Index (SSCI). Anzahl an Publikationen von 1996-2010 zum Thema Sozialkapital in Organisationen (Suchbegriff: “social capital” AND (business OR management OR organizations OR firms OR small business OR economics OR entrepreneurship OR workplace OR work)) und organisationales Sozialkapital und Gesundheit & Wohlbefinden (Suchbegriff: “social capital” AND (business OR management OR organizations OR firms OR small business OR economics OR entrepreneurship) AND (health OR well-being)). In der Suche wurden keine Einschränkungen bezüglich der Sprache oder der Publikationsart vorgenommen.

Im Vergleich zu sozialwissenschaftlichen Disziplinen, die im Zeitraum von 1996 bis 2010 über 4600 Publikationen zum Thema Sozialkapital veröffentlicht haben, ist die Anwendung des Konzepts im Arbeits- bzw. Organisationskontext jedoch vergleichsweise selten (Beugelsdijk & van Schaik, 2005; Harpham, 2008; Takao, 2009). Insbesondere sind gesundheitsbezogene

Fragestellungen in Verbindung mit organisationalem Sozialkapital mit einer maximalen Anzahl von 53 Veröffentlichungen im Jahr 2010 sehr gering besetzt (s. Abbildung 1.2), obwohl in soziologischen Studien signifikante Zusammenhänge zu verschiedenen Gesundheitsindikatoren vorliegen und die Gesundheit der Beschäftigten eine wichtige Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit von Organisationen darstellt.

Aufgrund der unterschiedlichen Anwendungsfelder existieren eine Vielzahl von Definitionen zu Sozialkapital (Adler & Kwon, 2002). Cohen & Prusak (2001, S. 3) beschreiben Sozialkapital in Organisationen als „*relationships that make organizations work effectively*“. Sie betonen den Einfluss von Führungskultur- und -verhalten auf die sozialen Beziehungen in Organisationen. Diese stellen das Bindeglied zwischen den Individuen innerhalb einer Organisation dar (Field, 2003) und sind gleichzeitig ein Mittel zur Entwicklung der Unternehmenspotenziale (Adler & Kwon, 2002).

Das Konzept integriert Unternehmensziele unter gleichzeitiger Berücksichtigung der sozialen Beziehungen. Es zeigt auf, wie Organisationen mit den wachsenden Anforderungen und Veränderungen in Bezug auf Qualität, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit umgehen können. In diesem Sinne bringt es die *kollektive Fähigkeit* einer Organisation zum Ausdruck, unternehmerische Ziele zu erreichen und gleichzeitig die damit einhergehenden Macht- und Interessenskonflikte auf und zwischen unterschiedlichen Ebenen zu bewältigen (Hasle, et al., 2007). Sozialkapital stellt somit eine Ressource für Mensch und Organisation dar, mit Anforderungen und Stress umzugehen und salutogene Potenziale aufzubauen und zu fördern (Ommen et al., 2009). Durch eine wertschätzende und vertrauensvolle Arbeitsumgebung können somit die Gesundheit und das Wohlbefinden verbessert werden (Hasle et al., 2007; siehe Abbildung 1.4). Darüber hinaus bietet Sozialkapital die Möglichkeit, auf Informationen, Wissen und Ressourcen zuzugreifen (Maurer & Ebers, 2006).

Relevanz und Anwendungsbereiche. Das Konzept des Sozialkapitals wird im organisationalen Kontext vor dem Hintergrund von drei unterschiedlichen Ansätzen und Perspektiven angewandt, die sich gegenseitig nicht ausschließen (Staveren & Knorringa, 2007, siehe Abbildung 1.3): (1) in Verbindung mit unternehmerischen Vorteilen (Adler & Kwon, 2002; Cohen & Prusak, 2001; Glaeser et al., 2000; Lee, 2009; Nahapiet & Ghoshal, 1998; Prusak & Cohen, 2001), (2) als individuelle Ressource von Individuen oder Organisationen (Völker & Flap, 2007) sowie als (3) Instrument zur Reduzierung von gesundheitsbezogenen oder sicherheitsrelevanten Risiken (Dasgupta & Seralgeldin, 2000; De Silva, 2006). Rao (2007) betont die Bedeutung von Werten, Einstellungen und Verhaltensmustern von Individuen und Gruppen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Sicherheitskultur von Unternehmen.

„...different levels of management may influence health and safety in different ways, for example managers through communication and supervisors by how fairly they interact with workers...ultimately management's attitudes and behaviour in terms of safety influence many aspects of safety behaviour...“ (Gadd & Collins, 2002, S. 2).



Abbildung 1.3 Anwendungs- und Forschungsfelder von Sozialkapital in Organisationen (Quelle: Autor).

Aus Perspektive der unternehmerischen Vorteile wurde der Sozialkapitalansatz vor dem Hintergrund populär, dass Organisationen erkannt haben, dass die Nutzung des Humankapitals (Hitt & Ireland, 2002) sowie der Personalführung (Luthans & Youssef, 2004) eine entscheidende Ressource für den Erfolg und die Wettbewerbsfähigkeit darstellt (Granovetter, 1985; Ellinger et al., 2011). Die traditionellen Managementsysteme haben nicht zum erwarteten Erfolg geführt und standen bzw. stehen zunehmend unter Kritik. Organisationen funktionieren besser, wenn Menschen innerhalb einer Organisation sich kennen und sich gegenseitig vertrauen (Prusak & Cohen, 2001). „... *Social ties can affect firm behavior and enhance economic performance.*“ (González et al., 2006, S. 1). Aus unternehmerischer Perspektive, sind Investitionen in das Sozialkapital auch strategische Investitionen und Ressourcen (Hitt & Ireland, 2002).

Die Führungs- und Managementkonzepte der Unternehmen sind immer noch von mechanistischen Perspektiven der Einflussnahme geprägt, im Sinne von vorhersehbaren Einheiten (Cohen & Prusak, 2001; Larson & Luthans, 2006). Bindungen werden hauptsächlich über vertragliche Regelungen und Bezahlung moderiert, während das Potenzial und die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen vernachlässigt werden. Cohen & Prusak (2001) fassen dies in folgender Aussage zusammen:

“A social capital approach to organizational work differs from what we might call the individualistic or atomic theory of organizations, which recognizes a legitimate relationship of sorts between an individual employee and the firm – contracts, paychecks, and performance reviews document its existence – but ignores the networks of relationships among people in the organization and the less tangible elements of the employee-firm relationship: the human need for membership and identification, the satisfaction gained from recognition by peers, the pleasure of giving as well as getting help.” (S. 7).

Die Bedeutung des Humankapitals und die damit verbundene Nutzung menschlicher Potenziale werden jedoch längst nicht ausgeschöpft (de Geus, 1998; Pfeffer & Sutton, 2000), obwohl jede unternehmerische Handlung im Kern auf sozialen Beziehungen, gemeinsamen Werten und Vertrauen basiert: *„Human work is social to a much greater degree than people realize even today.“* (Cohen & Prusak, 2001, S. 6). Menschen sind *„auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen. Kern aller menschlichen Motivation ist es, zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung zu finden und zu geben.“* (Bauer, 2007, S. 21).

Die Bedeutung von Sozialkapital für die Gesundheit und das Wohlbefinden bei der Arbeit wurde von Ansätzen aufgegriffen, die über die klassischen psychosozialen Modelle hinausgehen (wie z. B. Efford-Reward-Imbalance Modell, Demand-Controll-Modell) und *organisationsbezogene Risikofaktoren* berücksichtigen, die im sozialen Miteinander bzw. in der Organisationskultur begründet sind, wie z. B. das Vertrauen zur Führungsebene oder die Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung (Hasle et al., 2007; Kristensen, 2010). Kivimäki et al. (2007) haben in Längsschnittuntersuchungen belegt, dass organisationale Gerechtigkeit und Efford-Reward-Imbalance unabhängige Prädiktoren für Gesundheit sind. Dies verdeutlicht den unabhängigen Einfluss von Kontextfaktoren auf das Wohlbefinden (s. a. Head et al., 2007). Das soziale Miteinander in Organisationen hat einen wesentlichen Einfluss auf die Wahrnehmung und das Befinden der Beschäftigten und kann somit einen entscheidenden Beitrag zur Erklärung von Gesundheitsunterschieden in Organisationen leisten.

1.3 Stand der Forschung

Die Herausforderung der Wissenschaft wird es sein, die mit den globalen Veränderungen einhergehenden neuen Risikofaktoren der Arbeit für die Gesundheit und das Wohlbefinden zu bestimmen, welche über die individuelle Ebene hinausgehen (Gordon & Schnall, 2009). Das Konzept des Sozialkapitals stellt einen hierfür geeigneten Ansatz dar, in dem die Arbeitsumgebungsfaktoren und sozialen Beziehungen Berücksichtigung finden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse können neue Präventions- und Interventionskonzepte entwickelt werden (s. Abbildung 1.4).

Das Konzept des Sozialkapitals hat vor allem in der Gesundheitsforschung zunehmende Aufmerksamkeit erlangt. Die sozialepidemiologische Forschung hat in den letzten 20 Jahren gezeigt, dass soziale Beziehungen, welche als positiv und unterstützend wahrgenommen werden, die Gesundheit und das Wohlbefinden fördern und vor körperlichen Beeinträchtigungen schützen (Berkman & Kawachi, 2000). Ergebnisse des deutschen sozio-ökonomischen Panels aus dem Jahr 2003 zeigen eindeutige positive Beziehungen zwischen verschiedenen Formen von Sozialkapital (Vertrauen, Reziprozitätsnormen, zivilgesellschaftliche Partizipation, soziale Integration) und der subjektiven Gesundheit auf (Kroll & Lampert, 2007).

Es stellt sich die Frage, ob die in den sozialepidemiologischen Studien aufgezeigten Zusammenhänge zwischen Sozialkapital und Gesundheit auf den organisationalen Kontext übertragen werden können bzw. welche Effekte Sozialkapital im Arbeitskontext auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter ausübt. Einige wenige Studien, die Effekte von Sozialkapital in Organisationen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter untersuchen, zeigen signifikant positive Zusammenhänge auf (Oksanen, 2009, 2010). Erste umfangreiche Untersuchungen zu Sozialkapital in Verwaltungskontexten wurden in Deutschland von Badura et al. (2008) durchgeführt. Die Studien belegen einen hohen Einfluss der sozialen Strukturen und Beziehungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten.

1.4 Zielsetzung und Aufbau

Die strukturellen und personellen Herausforderungen in Behörden können nur dann erfolgreich bewältigt werden, wenn gesundheitsförderliche organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die sich an den Bedürfnissen der Beschäftigten orientieren. Voraussetzung hierfür sind vertrauensvolle und unterstützende Beziehungen, die eigenverantwortliches Handeln fördern und über Regelungen und Vorgaben hinausgehen. Hierdurch kann sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter gestärkt und erhalten werden (siehe Abbildung 1.4).

Bisher wurde jedoch das soziale System in Behörden und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten kaum berücksichtigt. Auch im Rahmen der erfolgten Veränderungsprozesse wurden die Beziehungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter nur in geringem Umfang mit einbezogen (Bogumil & Jann, 2009; Düren, 2009; Speier-Werner, 2006).



Abbildung 1.4 Anwendung von Sozialkapital im behördlichen Kontext (Quelle: Autor).

Die Analyse der sozialen Beziehungen ist eine notwendige Voraussetzung für zielgerichtete Präventions- und Interventionsansätze im Sinne eines systematischen Gesundheitsmanagements. Auf Basis dieser Erkenntnisse ist es möglich, Bedingungen und Konzepte für die Erhaltung von Gesundheit als auch für die Leistungsfähigkeit der Behörde zu formulieren.

Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit ist es, die Sozialkapitalforschung in Bezug auf die Anwendung in Organisationen zu erweitern und deren Relevanz für die Gesundheit und das Wohlbefinden herauszustellen. Auf Basis einer umfassenden Literaturanalyse, sollen im ersten Schritt Zusammenhänge zwischen organisationalem Sozialkapital und der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Beschäftigten auf Grundlage bisheriger Forschungsarbeiten aufgezeigt werden. Anschließend werden die Zusammenhänge anhand einer empirischen Untersuchung an einer umfangreichen Stichprobe in insgesamt zwölf Justizbehörden untersucht. Die Studie basiert auf einem analytischen epidemiologischen Ansatz und fokussiert die internen sozialen Strukturen und Beziehungen in Behörden und deren potenziellen Einflüsse auf die Gesundheit, Burnout und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten.

Durch die Anwendung von Mehrebenenanalysen wird der Verschachtelung der Beschäftigten in den unterschiedlichen Behörden Rechnung getragen. Dies ermöglicht differenzierte Aussagen sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene. Im Hinblick auf die anwendungsorientierte Fragestellung, sollen auf Basis der Ergebnisse Schlüsselfaktoren herausgestellt und Vorschläge für eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Behördenkultur abgeleitet werden.

Aufbau der Arbeit. Abbildung 1.5 zeigt den Aufbau und die Gliederung der Arbeit. *Kapitel 2* stellt die Besonderheiten des Untersuchungsgegenstandes dar. Die Merkmale von öffentlichen Verwaltungen (*Kapitel 2.1.1*) werden aufgezeigt. Insbesondere werden die strukturellen Veränderungen (*Kapitel 2.1.2*) und anstehenden personellen

Herausforderungen (Kapitel 2.1.2) sowie die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung (Kapitel 2.1.4) dargestellt und diskutiert.

Konzeptuell	Besonderheiten des Untersuchungsgegenstandes
	Sozialkapital – Definitionen und konzeptionelle Grundlagen
Theoretisch	Ableitung eines Wirkmodells zu organisationalem Sozialkapital und Gesundheit und Wohlbefinden
	Deduktion empirisch überprüfbarer Hypothesen
Empirisch	Operationalisierung des Sozialkapitals
	Empirische Überprüfung der Hypothesen
Implikationen für die Anwendung	Aufzeigen von Risikofaktoren & Ressourcen
	Ableitung von Handlungsempfehlungen

Abbildung 1.5 Aufbau der Arbeit.

In *Kapitel 3* werden die konzeptionellen Grundlagen von Sozialkapital (Kapitel 3.1) aufgezeigt bevor das Konzept auf den Anwendungsbereich in Organisationen übertragen wird (Kapitel 3.2). In einer ausführlichen Literaturanalyse werden gesundheitliche Effekte von organisationalem Sozialkapital analysiert (Kapitel 3.2.8). Anschließend wird das Untersuchungsmodell sowie die Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet und dargestellt (Kapitel 3.3).

Kapitel 4 erläutert angewandte Untersuchungsmethodik. Diese umfasst die Beschreibung der Stichprobe und des Untersuchungsfeldes (Kapitel 4.1), die Methoden der Datenerfassung (Kapitel 4.2), die Untersuchungsdurchführung (Kapitel 4.3) sowie die statistische Datenaufbereitung (Kapitel 4.4).

In *Kapitel 5* werden die Ergebnisse der deskriptiven (Kapitel 5.1) und multivariaten Analysen (Kapitel 5.2) dargestellt.

Kapitel 6 widmet sich der Einordnung der Ergebnisse (Kapitel 6.1), dem Aufzeigen von methodischen Stärken und Schwächen (Kapitel 6.2) sowie abschließenden Implikationen für die Anwendung und Umsetzung der Ergebnisse (Kapitel 6.3).

Kapitel 7 enthält eine Auflistung der verwendeten Literaturquellen.

2 BESONDERHEITEN DES UNTERSUCHUNGSgegenSTANDES

Verwaltungen zeichnen sich durch spezielle Rahmenbedingungen und Besonderheiten aus, die in Untersuchungen berücksichtigt werden müssen (Brede, 2005). Im Folgenden sollen die spezifischen Rahmenbedingungen, Merkmale und Managementkonzepte des Untersuchungsgegenstandes dargestellt und im Hinblick auf die anstehenden Herausforderungen diskutiert werden.

2.1 Öffentliche Verwaltungen

Organisationen sind soziale Systeme und zeichnen sich durch mehr oder wenig durchlässige Systemgrenzen als auch durch das soziale Miteinander aus, beides sind wichtige Determinanten im Hinblick auf Veränderbarkeit, Flexibilität und Anpassungsfähigkeit von Organisationen.

2.1.1 Merkmale und Verwaltungsorganisation

Das Bürokratiekonzept im Staat steht für ein ausdifferenziertes Funktionssystem mit beständigen und festen Systemgrenzen (König, 2008). Amtliche und persönliche Rollen fallen auseinander, die Rollen der Mitglieder bzw. Beschäftigten (und auch die der Kunden) sind klar definiert.

Das System selbst zeichnet sich durch spezifische Merkmale aus (s. Abbildung 2.1). Zum einen sind bürokratische Verwaltungen in *festen Zuständigkeiten* organisiert. Die Aufgaben werden aufgegliedert und anhand den entsprechenden Befugnissen und Kompetenzen an organisatorische Teileinheiten verteilt (Luhmann, 2007). Die Zuteilung von Befugnissen kann bis zur Anwendung von autoritären Zwängen reichen und erfolgt nach fester Ordnung. Ein zweites Merkmal von bürokratischen Organisationen ist deren *hierarchisch-pyramidenförmiger Aufbau*. Hierbei geht es vor allem um eine spezifisch organisatorische Form der Verstetigung kommunikativer Beziehungen. Die Struktur der Verwaltung wird so in einer beständigen Ordnung zusammengehalten. Trotzdem muss betont werden, dass sich die private Wirtschaft und öffentliche Verwaltungen nicht auf das einfache Schema Markt bzw. Hierarchie verkürzen lassen (Bosetzky, 1968). Die Staatsbürokratie umfasst mehr als durch Weisungsstränge verknüpfte Über- und Unterordnungsverhältnisse (König, 2008). Ein weiteres Merkmal von bürokratischen Verwaltungen ist die *Regelgebundenheit* der Amtstätigkeiten. Hierin werden Funktionalität und Dysfunktionalität des Bürokratismus deutlich. Individuelle Handlungsspielräume, persönliche Anliegen müssen aufgrund der Vorschriftenhörigkeit zurückgewiesen werden und führen in einem gewissen Maße zur Entfremdung des Menschen (König, 2008). Andererseits können durch die Regel- und

Gesetzgebundenheit wichtige gesellschaftliche Werte garantiert werden wie z. B. die Freiheitsrechte der Bürger, Gleichbehandlung, Rechtssicherheit sowie Ansprüche auf öffentliche Leistungen. Ein weiteres Merkmal ist der *Formalismus*, der oft als Störfaktor kritisiert wird. Ohne ihn wäre jedoch die Kommunikation nach innen und außen oder Kontrollen von Vorgängen nicht möglich, welcher auf eine Entscheidungsfindung oft einen erheblichen Einfluss hat. *Professionalität und Kompetenz* sind ebenfalls zentrale Merkmale. Fachwissen und Amtswissen (Dienstverkehr), die z. T. in sehr spezifischen Ausbildungen vermittelt werden, schaffen die Voraussetzung für die bürokratische Verwaltung. Die Berufsausübung ist prinzipiell auf die Lebenszeit angelegt und schließt eine Treuepflicht bzw. Loyalität mit ein. Insbesondere das Beamtentum, welches die markanteste Berufsgruppe, nicht aber die größte darstellt, zeichnet sich durch die spezifische Ausbildung, die lebenslängliche Bindung als auch durch eine Bindung an Stellenpläne aus. (Bogumil & Jann, 2009; Brede, 2005).

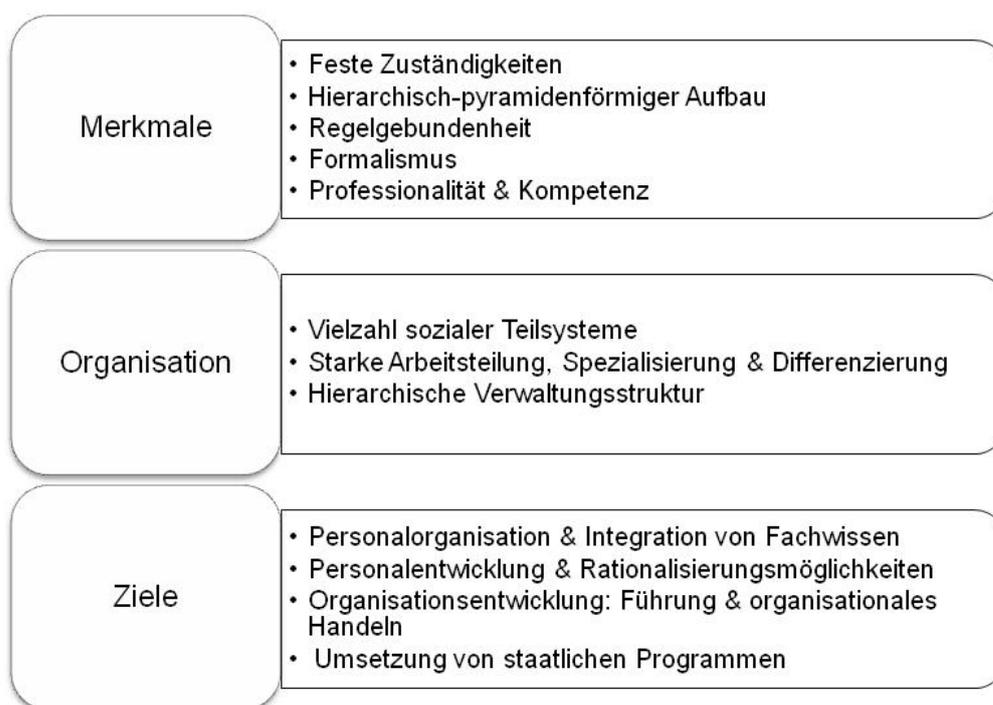


Abbildung 2.1 Merkmale, Organisation und Leistungserwartungen in öffentlichen Verwaltungen (Quelle: Autor).

Staats- und Verwaltungsorganisation. Organisationen sind hochdifferenzierte soziale Phänomene, die sich von Ihrer Umwelt abgrenzen. Die öffentliche Verwaltung zeichnet sich durch eine *Vielzahl sozialer Teilsysteme* aus (Maynz, 1997). Diese große Vielfalt geht mit zum Teil unterschiedlichen Aufgaben und Leistungen einher (Bogumil & Jann, 2009). Öffentliche Verwaltungen zeichnen sich durch *starke Arbeitsteilung, Spezialisierung und Differenzierung* aus, d. h. dass das Innere nochmals in verschiedene Umwelten aufgeteilt

und durch die Selektion Systemgrenzen unterworfen ist (Bogumil & Jann, 2009; König, 2008). Dies spiegelt sich in den (vertikalen und horizontalen) hierarchischen Verhältnissen (Über- und Unterordnung) wieder. Behörden zeichnen sich insbesondere durch eine streng *hierarchisch organisierte Verwaltungsstruktur* mit ausgeprägten Macht- und Hierarchiegefällen aus. Bindungen werden hauptsächlich über regelorientierte Arbeitsweisen mit klaren Befugnissen und Vorschriften moderiert (Speier-Werner, 2006). Ständig neue Anforderungen der Spezialisierung verlangen flexible Gestaltungsspielräume (Bea & Göbel, 2010). Die durch das Organisationssystem verknüpfte Machtdynamik setzt diese Ordnungen in Bewegung (König, 2008).

In bürokratischen Verwaltungen werden andere Leistungserwartungen gestellt. Loyalität, Legalität, Gerechtigkeit, Unparteilichkeit und Zuverlässigkeit sind neben Effizienz Hauptkriterien. Vorgaben aus dem bürokratischen Haushaltswesen (Zweckbindung der Mittel) verlangen Effizienz gewährleistende Organisationsstrukturen. Hieraus lassen sich verschiedene Perspektiven bürokratischer Systeme hinsichtlich des Outputs und der Ziele formulieren, die unterschiedliche Schwerpunkte verfolgen: Aus *bürokratiethoretischer* Perspektive steht die Personalorganisation und somit die Integration von Fachwissen als dringlichstes Effektivitätsproblem im Vordergrund. Aus *berufssoziologischer* Perspektive stehen die Entwicklung von Karrieren, die Beurteilung von Dienstposten und die Bedingungen und Wirkungen von Rationalisierungsmöglichkeiten im Zentrum der Aufmerksamkeit. Aus der Perspektive der *Organisationsentwicklung* sind Führung und organisationales Handeln, die Beratung des Managements, Strategien der Organisationsentwicklung von Bedeutung. Aus Perspektive der *Staats- und Planungstheorie*, haben die Umsetzung von staatlichen Programmen Priorität. Der Systembestand hängt nicht von der Konkurrenz bzw. dem Markterfolg ab, sondern von der politischen Notwendigkeit, die den Bestand garantiert. Die Ziele der Entscheidungsträger stehen im Vordergrund. Verwaltungsorganisationen zeichnen sich somit dadurch aus, dass die Strukturen und Arbeitsabläufe und somit auch die Arbeitsbeziehungen durch einen gewissen Grad durch den Staat geregelt sind, der durch Gesetze Grenzen setzt, innerhalb derer die Organisationen handeln können.

Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten. In den aufgeführten Perspektiven werden die Grenzen der Organisierbarkeit von bürokratischen Verwaltungen deutlich. Viele beeinflussbare aber auch nicht beeinflussbare Faktoren sind zu berücksichtigen (Weber, 2002). Bürokratische Verwaltungen erfüllen bestimmte politische Ziele, welche einem rechtsstaatlichen Prinzip folgen. Die bürokratische Organisationsgestaltung ist nicht frei, sondern eingebunden in *politische Vorgaben und Programme*, wodurch Veränderungen (politische) Grenzen gesetzt sind. Bei der Analyse bürokratischer Verwaltungen und

Institutionen kann nicht, wie von Systemtheoretikern postuliert, von offenen sich gegenseitig (frei) beeinflussenden Systemen ausgegangen werden, da hier *Abhängigkeiten auf verschiedenen Ebenen* zu berücksichtigen sind. Die empirische Organisationsforschung in bürokratischen Verwaltungen erfordert deshalb die Beachtung organisationstheoretischer als auch methodischer Besonderheiten. Somit sind die Gestaltungsmöglichkeiten der einzelnen Behörden in einem weiten Bereich eingeschränkt. Zudem kommen *humanen Faktoren und Ressourcen* nur indirekt über Personalentwicklungsansätze oder in Führungskonzepten Beachtung zu. Schon in den 70er Jahren betonte Renate Mayntz in Ihrem Aufsatz über „Max Webers Idealtypus der Bürokratie und die Organisationssoziologie“, dass die „Beachtung informeller Elemente in der Organisation, ... die durch die soziale Natur der Mitglieder, ihren persönlichen Wertvorstellungen und Bedürfnissen entstehen“ (1968, S. 29), in der Betrachtung Webers Bürokratiebegriff als Deskription der Organisationswirklichkeit fehlt. Hierbei muss betont werden, dass es Weber weniger auf eine Beschreibung der Wirklichkeit, sondern gerade auf die Formulierung des maximal zweckmäßigen Sollgeschehens ankam. In der empirischen Verwaltungsforschung reichen die durch herkömmliche Organisationstheorien vorgegebenen Orientierungen an Organisationsstrukturen, organisatorischen Handlungsimperativen, Organisationszielen usw. nicht aus, um das Organisationsverhalten von Verwaltungsbehörden zu erklären.

Die Besonderheit von bürokratischen Verwaltungen ist letztendlich in dem *Verhältnis von Umweltabhängigkeit und Umweltsteuerung* festzumachen. Forschungsstrategien aus der Industrie können nur bedingt auf bürokratische Verwaltung übertragen werden. Kriterien wie „Produktivität“ und „Effizienz“ müssen unter gesellschaftlichen und rechtlichen Funktionsbedingungen neu ausgelegt werden. Eine allgemeine Theorie der Verwaltung ist deshalb schwierig, dies ist allenfalls auf einer Abstraktionsebene möglich, die für eine anwendungsbezogene empirische Verwaltungsforschung als untauglich bezeichnet werden kann (Wohlfahrt, 1988). Es fehlt oft an Operationalisierungsmöglichkeiten der normativ bestimmten Phänomene des Verwaltungshandelns.

2.1.2 Strukturelle Veränderungen

Der öffentliche Sektor ist seit einigen Jahren einem erheblichen Modernisierungsdruck unterworfen (Bandemer, 2002). Die kritische Entwicklung der öffentlichen Finanzlage und die damit verbundenen knappen Ressourcen, technologische Innovationen, gesellschaftliche Veränderungen können exemplarisch als Auslöser für die Staats- und Verwaltungsreformen aufgeführt werden (Reichard, 2000). Hiermit verbunden sind neue Anforderungen, die an die Verwaltungen gestellt werden (Bogumil & Jann, 2009; Düren, 2009; Thom & Ritz, 2008).

Verwaltungsreformen sind insbesondere seit Ende der 60er Jahre verstärkt durchgeführt worden (Naschold, 1998). Hierunter fallen alle geplanten Veränderungen von organisatorischen, rechtlichen, personellen und fiskalischen Strukturen der Verwaltung, mit dem Ziel, den schleichenden Wachstums- und Veränderungsprozessen gegenüberzutreten mit der Absicht, die Effizienz, Effektivität und Transparenz des öffentlichen Sektors zu steigern (Pollitt & Bouckaert, 2004; Hesse & Benz, 1990; Brinkmann, 1994; Miller, 1995; Seibel, 1996). Verwaltungsreformen sind überwiegend Ländersache. Hierbei lassen sich verschiedene Rahmenkonzepte unterscheiden:

- Staats- und Verwaltungsmodernisierung: „Aktive Politik“ sowie kommunale Gebietsreformen („Innere Reformen“), Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre,
- Bemühungen um Entbürokratisierung und Verwaltungsvereinfachung, Beginn Ende der 70er Jahre,
- Diskussionen um Bürgernähe, Bürgerämter und die Bürgergesellschaft, ab Ende 70er Jahre,
- Betriebswirtschaftlich inspirierte Binnenmodernisierung der Verwaltung im Zuge der Public-Managementbewegung, Privatisierung und Liberalisierungsdiskussionen, ab Anfang der 90er Jahre sowie
- Neuere Verwaltungsstrukturen, seit Anfang des 21. Jahrhunderts.

New Public Management (NPM). Die betriebswirtschaftlich inspirierte Binnenmodernisierung und die Neubestimmung öffentlicher Aufgaben standen seit Anfang der 90er Jahre unter dem Konzept „New Public Management“ zunächst in Kommunen und später auch auf Landes- und Bundesebene auf der Tagesordnung und lösten die klassischen Steuerungsmodelle ab (Schröter & Wollmann, 2010; Speier-Werner, 2006).

Tabelle 2.1 Ansatzpunkte und Maßnahmen des New Public Management (nach Bogumil & Jann, 2009).

Ansatzpunkte	Maßnahmen
Organisationsstrukturen	Dezentralisierungs- Entflechtungs- und Verselbständigungsstrategien
Verfahren	Ergebnisorientierung durch Kosten-/Leistungsrechnung, Controlling, outputorientiertes Rechnungswesen und Wirkungsanalysen, Kontraktmanagement: Trennung von Politik und Verwaltung durch klare Verantwortungsabgrenzung
Personal	Organisationsentwicklung durch die Einrichtung von Partizipations-Kooperation- und Gruppenelementen und den Einbezug externer Beratung, Personalentwicklung durch Personalbeurteilung, Fort- und Weiterbildungsplanung, Karriere- und Verwendungsplanung und die Herausbildung einer Corporate Identity
Außenverhältnis	Ausbau der Kundenorientierung durch Total Quality Management und Management by Competition

Im Kern gehen diese Ansätze davon aus, dass die klassische bürokratische Steuerung der Verwaltung zunehmend dysfunktionale Folgen zeigt (Bogumil & Jann, 2009). Die Konzepte des modernen betriebswirtschaftlichen Managements werden auf die öffentliche Verwaltung übertragen. Dabei sollte das Leitbild der bürokratischen und zentralistischen Steuerung mit starren Hierarchien, einer ausgeprägten Kontrolldichte und mangelnden Anreizen durch ein ergebnisorientiertes, transparentes Leitbild und durch dezentrale Steuerung ersetzt werden (Löffler, 1998; Zielinski, 2003). Tabelle 2.1 gibt einen Überblick zu den Gestaltungselementen des NPM.

Der Public-Management Ansatz umfasst die interne Steuerung komplexer Organisationen, wie interne Prozesse und Strukturen (Bogumil & Jann, 2009). Ziel war und ist eine auf Eigenverantwortung und Wettbewerb ausgerichtete öffentliche Verwaltung (Schröter & Wollmann, 2010). Ob jedoch die gewünschten Effekte eingetreten sind, ist bislang noch nicht richtig erkennbar (Binninger, 2004).

Das Neue Steuerungsmodell (NStM) ist das deutsche Konzept des NPM (Düren, 2009) und wurde parallel zu diesem eingeführt (Ridder & Hoon, 2000). Ergebnisorientierte Steuerung, dezentrale Fach- und Ressourcenverantwortung sowie moderne Personalführung gehören unter anderen zu den Kernmerkmalen. Die Bundesregierung beschloss 2010 das Modernisierungsprogramm „Vernetzte und transparente Verwaltung“ als Weiterführung des Regierungsprogramms „Moderner Staat – Moderne Verwaltung“ mit dem Ziel effizienter und effektiver Strukturen. Hierin sind konkrete Vorhaben in den Bereichen Personal, Organisation und Informations- und Kommunikationstechnologie geplant.

Resümee der Modernisierungsansätze. Im internationalen Vergleich ergaben sich sehr unterschiedliche Ausprägungen des New Public Management und auch unterschiedliche Entwicklungsstände bezüglich der Umsetzung von Maßnahmen (Thom & Ritz, 2008). Die Reformbemühungen im deutschsprachigen Europa verliefen im Vergleich zu den angelsächsischen Ländern eher abwartend. Veränderungen erfolgten zaghaft, zum Großteil wurden nur einzelne Instrumente anstelle eines Gesamtkonzepts integriert und umgesetzt. (Jann et al., 2006). Die Modernisierungsansätze konnten zum Teil auch Erfolge verzeichnen wie z. B. die positiven Wirkungen im Bereich des Ausbaus der Kundenorientierung.

Andererseits sind Zielvorgaben z. B. im Bereich der Effizienzsteigerung und der Optimierung der öffentlichen Steuerung nicht erreicht worden (Düren, 2009; Jann 2004). Weitere nicht-intendierte Effekte sind in den Motivationsverlusten der Mitarbeiter, Verschlechterungen in der politisch-strategischen Steuerung, neuen Bürokratisierungstendenzen (neue Produkte, Kennzahlen, Indikatoren) und steigenden Transaktionskosten zu sehen (Bogumil, 1998, Budäus & Finger, 1999; Gerstlberger et al., 1999; Grunow 1998, Naschold & Bogumil 2000;

Reichard 1997). „Die managementeuphorische „Aufbruchsstimmung“ der 1990er Jahre ist inzwischen vielerorts einer Ernüchterung, wenn nicht „NSM-Phobie“ gewichen.“ (Kuhlmann, 2006, S. 6).

Dies ist unter anderem darin zu begründen, dass die besonderen politisch-demokratischen Bedingungen des öffentlichen Verwaltungshandelns kaum berücksichtigt wurden (Bandemer & Blanke, 1999; Düren, 2009), die Integration der Managementinstrumente größtenteils noch aussteht (Pröhl, 2001) und die Personalentwicklung im Rahmen der Modernisierung noch nicht ausreichend Berücksichtigung fand bzw. die Arbeitsstrukturen nicht ausreichend entwickelt wurden (Bandemer, 2002, Naschold, 1995).

Personalentwicklungsansätze und das Personalmanagement spielen in der Verwaltungsreform eine eher untergeordnete Rolle und sind kaum in den anderen Instrumenten integriert. Somit sind die erwarteten Effekte eines Großteils der Reformen ausgeblieben. Die wichtigste Problemlage der Modernisierung ist darin zu sehen, dass die Beteiligung der Beschäftigten weitgehend nicht erfolgt ist, diese sollen nachträglich an neue Organisationsformen und Steuerungsinstrumente herangeführt werden (Bandemer, 2002). Düren (2009) sieht die Ursachen in der Verwaltungskultur und dem immer noch vorherrschenden autoritären Führungsstil (s. a. Schridde, 2005).

Mitarbeiterorientierte Ansätze, eine systematische Einbindung der Beschäftigten bei der Einführung der Steuerungsinstrumente, der Organisationsentwicklung oder der Entwicklung von Leitbildern blieben eher die Ausnahme (Bandemer, 2002). Die Führungs- und Managementkonzepte in Behörden sind trotz erfolgter Reformierungen weitgehend noch von autoritären mechanistischen Perspektiven der Einflussnahme geprägt (Düren, 2009; Larson & Luthans, 2006; Stöbe-Blossey, 2005). Dies lässt erwarten, dass zukünftige Modernisierungsphasen von Seiten der Mitarbeiter nur noch bedingt auf Offenheit treffen, sinkende Mitarbeitermotivation und Reformmüdigkeit können die Folge sein (Bogumil et al, 2009).

2.1.3 Personelle Herausforderungen

Der demografische Wandel stellt auch den öffentlichen Dienst vor große Herausforderungen, sowohl im Hinblick auf die Anforderungen einer alternden Gesellschaft als auch bezogen auf das interne Personalmanagement (Bundesministerium des Innern, 2007). Die Analysen der Altersstruktur im öffentlichen Dienst des Statistischen Bundesamts in Deutschland zeigen, dass es in den kommenden zehn Jahren schwierig sein wird, ein ausgewogenes demografisches Profil zu bewahren. Über die vergangenen Jahre hinweg ist ein Anstieg des Durchschnittsalters zu beobachten. Mitte 2009 betrug das Durchschnittsalter der 4,5 Millionen Beschäftigten 44 Jahre und liegt damit höher als in den Jahren zuvor. Mehr als die

Hälfte der Beschäftigten ist 45 Jahre und älter, davon sind 21 % über 55 Jahre alt. Insgesamt ist das Personal im öffentlichen Dienst erstmalig seit 1991 wieder angestiegen, um 0,9 % zum Vorjahr, was jedoch auf die Zunahme der befristeten Arbeitsverhältnisse zurückzuführen ist.

Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko zu erkranken. Der Gesundheitsförderungsbericht 2009 des Bundesministeriums des Innern gibt Aufschluss über die Fehlzeiten der ca. 267 000 Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung (ohne Soldatinnen und Soldaten). Im Vergleich zum Vorjahr, sind die Fehlzeiten um 1,42 Arbeitstage angestiegen, der höchste Anstieg innerhalb eines Jahres seit 1998. Im Durchschnitt lagen die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei 7,08 %. Diese lagen damit über den Werten der AOK-versicherten Arbeitnehmer für die Branche Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (5,4 %). Im Vergleich zur Wirtschaft weist der Öffentliche Dienst mit die höchsten Werte auf (Durchschnitt 4,8 %). Gründe hierfür liegen unter anderem in der Altersstruktur der Bundesverwaltung, hier ist die Altersgruppe der über 45-Jährigen um ein Drittel größer als in der Erwerbsbevölkerung (Bundesministerium des Innern, 2010). Auch die Beschäftigung Schwerbehinderter ist im Vergleich zu andern Branchen um etwa 50 % höher (6,6 % im Vergleich zu 4,2 % in anderen Beschäftigungsbranchen).

In der Bundesverwaltung war der Anstieg der Fehlzeiten vor allem auf Langzeiterkrankungen (vier bis 30 Tage) zurückzuführen. Zudem sind die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltage in Abhängigkeit von der jeweiligen Laufbahngruppe unterschiedlich stark ausgeprägt: Im einfachen Dienst (25,44 Tage) waren die Fehltage 2009 dreimal so hoch wie im höheren Dienst (8,27 Tage), wobei die höchsten Differenzen zwischen den Laufbahngruppen bei den 50-54-Jährigen zu finden waren. Jedoch ist der Anstieg der krankheitsbedingten Fehlzeiten mit zunehmendem Alter in allen Laufbahngruppen gleich.

Die Kosten für krankheitsbedingte Fehlzeiten für das Jahr 2009 beziffert das Bundesministerium auf rund 553 Millionen Euro. Zusätzliche, durch eine beeinträchtigte Gesundheit verursachten verdeckten Produktivitäts- und Leistungseinbußen können durch das in neuerer Zeit diskutierte Phänomen des „Präsentismus“ entstehen, d. h. dass Beschäftigte trotz Krankheit zur Arbeit gehen (Hemp, 2004; Schmidt & Schröder, 2010). Die durch den Präsentismus verursachten Kosten werden von Basse (2006) zehnmal höher eingeschätzt als Kosten, die durch reine Fehlzeiten entstehen.

Die Interpretation der Fehlzeiten ist jedoch nur bedingt möglich. Isolierte Fehlzeitenanalysen erlauben keine unmittelbaren Rückschlüsse und haben für sich alleine keinen Aussagewert. Sie sind nur ein bedingter Indikator für möglichen Handlungsbedarf und erlauben weder Aussagen über den tatsächlichen Gesundheitszustand der Abwesenden noch der der

regelmäßig zur Arbeit erscheinenden. Derartige Datenanalysen sind deshalb wenig geeignet, um den Bedarf betrieblicher Gesundheitssysteme zu begründen. Andererseits stellt sich die Frage nach den Ursachen die sich hinter diesen Daten verbergen. Zielgerichtete Maßnahmen erfordern deshalb eine umfassende Analyse der Ursachen und Bedingungsbeziehungen.

Die Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten können vielseitig sein. Wichtige Einflussfaktoren können neben Alter, Laufbahn und Geschlecht der Beschäftigten (Bundesministerium des Innern, 2010) auch das psychosoziale Arbeitsmilieu sowie die Behörden- und Führungskultur sein. In diesem Zusammenhang wird auch die Belastungssituation in der öffentlichen Verwaltung kontrovers diskutiert. In einer Analyse von Marstedt et al. (2001) konnten im öffentlichen Dienst im Vergleich zu anderen Branchen bezüglich der wahrgenommenen Arbeitsanforderungen und Belastungen keine gravierenden Unterschiede festgestellt werden. Die gesundheitlichen Beschwerden korrelierten aber sehr stark mit den Bildungsvoraussetzungen der Berufsgruppen.

Resümierend lässt sich festhalten, dass Aussagen über Handlungsfelder und Ressourcen in öffentlichen Verwaltungen differenziertere Analysen erfordern und die Gestaltung des gesamten (sozialen) Systems im Sinne eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements. Auch im Rahmen der Arbeitsschutzgesetzgebung ist mit der Durchführung der Gefährdungsanalyse eine datengestützte systematische Analyse vorgeschrieben, in der für die mit der Arbeit verbundenen Gefährdungen zu ermitteln sind (§5,1 ArbSchG). Systematische und umfassende Analysen haben jedoch bisher in den öffentlichen Verwaltungen noch nicht stattgefunden.

2.1.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

Dieses Kapitel gibt eine kurze Übersicht über die Relevanz und den Status der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des Gesundheitsmanagements in der öffentlichen Verwaltung.

Betriebliche Gesundheitsförderung obliegt der unternehmerischen Verantwortung (§3 ArbSchG). Sie ist ein übergreifendes Konzept, welches gesundheitsbezogene betriebliche Maßnahmen bzw. Interventionen bezeichnet, die *gezielt* durchgeführt werden, um die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu verbessern und ist somit als aktive Gestaltungsmaßnahme zu verstehen. Das Thema „Gesundheit und Fürsorge“ sollte in den Unternehmenszielen fest verankert sein und einen integrativen Bestandteil der Unternehmenskultur darstellen (Hauser & Mertens, 2007; Thiehoff, 2007). Ausgangspunkt ist eine Analyse der Personal- und Gesundheitsrisiken im Unternehmen (Beratzeder, 2007).

Die Bundesregierung hat mit Ihrem Regierungsprogramm 2010 „Vernetzte und transparente Verwaltung“ neue Impulse für die betriebliche Gesundheitspolitik gesetzt (www.verwaltung-innovativ.de). Ziel ist es, die Gesundheitsförderung in den *Bundesbehörden* zu systematisieren und auszubauen. Bis 2013 soll das Gesundheitsmanagement als zentrales Instrument in allen Behörden des Bundes eingeführt werden, bis dahin sollen unter anderem folgende Konzepte umgesetzt werden (Bundesministerium des Innern, 2010):

- Weiterentwicklung des Gesundheitsförderungsberichts,
- Vergleich der Einführung des Eingliederungsmanagements,
- Kompetenzsteigerung von Führungskräften im Umgang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen am Arbeitsplatz,
- Vergleich der Organisation, Maßnahmen und Ergebnisse mit den Landesverwaltungen,
- sowie der Ausbau und die Pflege der zentralen internen Informationsplattform.

Ab 2010 werden auch in der gesamten *Landesverwaltung in NRW* (in der Justiz und im Lehrerbereich ab 2011) Krankenstandserhebungen (Kurzzeit-/Langzeiterkrankungen, Beamte/Tarif-beschäftigte, Laufbahngruppen, Geschlecht und Altersgruppen) in anonymisierter Form durchgeführt. Zweck der Erhebung soll sein, künftig ein zuverlässiges Analyseinstrument im Rahmen eines umfassenden Gesundheitsmanagements zu gewinnen. Davon ausgehend sollen weitergehende Analysen durchgeführt werden (Innenministerium des Landes NRW, Vorlage 14/3153 vom 18.01.2010). Der Anhang dieser Vorlage gibt einen Überblick über die in allen Ressorts existierenden bzw. geplanten Maßnahmen, Projekte und Konzepte im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Überwiegend sind eine Vielzahl von verhaltensbezogenen Aktivitäten aufgeführt, mit Ausnahme des Innen- und Finanzministeriums, die im Rahmen eines kontinuierlichen Prozesses, ausgehend von Analysen auch die Evaluation von Maßnahmen durchführen.

Derzeit gibt es keine repräsentative Datenlage, die die Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der öffentlichen Verwaltung ausreichend beantworten kann. Empirische Studien in diesem Bereich zeigen, dass die Entwicklung im Vergleich zur Privatwirtschaft noch rückständig ist. Maßnahmen gehen oft nicht über den Status eines Modellprojekts hinaus (Gröben 2002, Gröben & Wenninger, 2006). In der Studie von Holleder (2007) über die Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung in deutschen Unternehmen wurde deutlich, dass betriebliche Gesundheitsförderung in der öffentlichen Verwaltungen vor allem in größeren Dienststellen ein Thema ist (s. a. Badura & Steinke 2009; Hauser, 2009). Jedoch wird häufig nur eine Maßnahme (meist verhaltensorientiert) bzw. ein Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt, hier besteht nach

Hollederer noch erhebliches quantitatives als auch qualitatives Entwicklungspotenzial. Fehlzeitenanalysen und Mitarbeiterbefragungen sind zur Bedarfsermittlung notwendige Voraussetzungen, aber für nachhaltige und langfristige Effekte nicht hinreichend.

Der Gesundheitsförderungsbericht 2009 des Bundesministeriums des Innern (2010) weist in seiner Analyse über den Stand des *Gesundheitsmanagements in der unmittelbaren Bundesverwaltung* ähnliche Ergebnisse auf. Die Befragungen in 177 Bundesbehörden zeigen, dass

- Maßnahmen nur in einem Drittel der Behörden systematisch und zielorientiert geplant, umgesetzt, kontrolliert und verbessert werden,
- weniger als die Hälfte der Behörden über konzeptionelle Grundlagen oder finanzielle bzw. personelle Ressourcen verfügen und
- lediglich die Hälfte der Behörden betriebliche Gesundheitsförderung mit den Aufgaben des betrieblichen Eingliederungsmanagements und des Arbeitsschutzes vernetzen.

Zudem findet das betriebliche Eingliederungsmanagement bei den Beschäftigten noch zu wenig Akzeptanz. Hierzu sind systematische Verfahren notwendig, die auf Vertrauen, gegenseitigem Respekt, Fairness und Wertschätzung basieren. Die Bedeutung und der Einfluss „weicher Faktoren“ zeigten sich auch in der Mitarbeiterbefragung der Unfallkasse des Bundes an rund 2800 Beschäftigten der Bundesbehörden im Jahr 2009 (Bundesministerium des Inneren, 2010). Der größte Einflussfaktor auf die Gesundheit bei der Arbeit waren die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, das Arbeitsklima, die Zusammenarbeit im Team, das Führungsverhalten sowie die gelebten Werte.

Eine im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung durchgeführte Studie von Steinke (2010) in 19 kommunale Verwaltungen untersuchte die Qualität betrieblicher Gesundheitsarbeit und kam zu dem Ergebnis, dass betriebliche Gesundheitspolitik vor allem in den großen Kommunen ein Thema war, jedoch insgesamt noch entwicklungsbedürftig ist. Überwiegend wurden auch hier verhaltensorientierte Maßnahmen durchgeführt. Die interviewten Gesundheitsexperten gaben an, dass Veränderungen in Organisationsstrukturen und Organisationsabläufen mit starken Widerständen und geringen Chancen der Einflussnahme verbunden sind. Systematisch regelmäßige und strukturierte Qualitätsbewertungen (Datenanalysen, Maßnahmenarbeitung, Evaluation) im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung waren nicht der Fall. Gründe für Probleme im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sahen alle 19 Interviewten in dem mangelnden Führungsverhalten (patriarchalischer Führungsstil und/oder mangelnde Information, Kommunikation, Wertschätzung). Die Art der Arbeitstätigkeit (Dienstleistung), anhaltende Reformprozesse

(Umstrukturierungen, Personalabbau) und das (3) soziale Miteinander (Führung, Betriebsklima) wurden als die zentralen Belastungsfaktoren bei der Arbeit genannt.

Dennoch erhöhen die fortschreitenden Veränderungen den Anpassungsdruck in Unternehmen, Verbänden und Verwaltungen. Deshalb sind auch hinsichtlich des Personal- und Gesundheitsmanagements innovative Konzepte notwendig. Strukturen und Prozesse sind langfristig auszurichten (Badura & Hehlmann, 2003). Die Implementierung und Systematisierung eines modernen Gesundheitsmanagements erfordert das Zusammenwirken aller betrieblichen Akteure. Die Entwicklung eines solch umfassenden integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagement ist ein lang andauernder Entwicklungsprozess, der im öffentlichen Sektor noch entwicklungsbedürftig ist (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004).

2.2 Justizbehörden in NRW

In der Justiz haben steigender Kostendruck, Personalabbau, teilweise steigende Fallzahlen, die Zunahme der Komplexität von Rechtsstreitigkeiten als auch die Verringerung des Zeitbudgets der Richter in den letzten Jahren in Deutschland in erster Linie Qualitätsverminderungen verursacht (Schulte-Kellinghaus, 2005). Der Sprecherrat des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Neuen Richtervereinigung macht auf die Missstände in der Justiz aufmerksam (NRV, 2007). Er betont die hohe Auslastungsquote der Gerichte sowie ein sich „schon jahrelang aufgebauter und sich steigender Mangelzustand“ und die damit verbundenen Gefahren und Einschränkungen für eine funktionierende und qualitätsorientierte Rechtsprechung. Steigende Mehrbelastung durch ein zu großes Arbeitspensum und den Stellenabbau gaben auch die Justizbeschäftigten im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung im Jahr 2009 in zwölf Justizbehörden in NRW als Belastungsfaktoren bei der Arbeit an (IPSO-Studie, Integration psychosozialer Faktoren in den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Organisationsentwicklung in Gerichten und Staatsanwaltschaften in NRW, eigene Auswertungen). In Verbindung hiermit wurden auch Führungsaspekte erwähnt, wie Lob, Anerkennung oder Respekt sowie auch Ängste über zukünftige Entwicklungen „...meine größte Sorge ist, dass sich der Arbeitsanfall noch mehr steigert, vor allen Dingen im Alter, so dass man nicht mehr mithalten kann...“ (eigene Auswertungen).

Die Justiz in Nordrhein-Westfalen beschäftigt rund 40000 Personen in 276 Justizeinrichtungen. Die Justizbeschäftigten sind in unterschiedlichen Bereichen tätig: ordentliche Gerichtsbarkeit, vier Fachgerichtsbarkeiten, Staatsanwaltschaften und im Justizvollzug. Hierdurch wird ein breites Spektrum der Justiz mit unterschiedlichen Bereichen abgedeckt. Die ordentliche Gerichtsbarkeit stellt den größten Bereich dar, mit insgesamt drei Oberlandesgerichten (Hamm, Düsseldorf und Köln), 19 Landgerichten und 130

Amtsgerichten. In den 19 Staatsanwaltschaften und 3 Generalstaatsanwaltschaften sind weitere 5100 Mitarbeiter beschäftigt (www.jm.nrw.de).

Abbildung 2.2 Justizorganisation und Aufbau in NRW. zeigt den Aufbau und die Struktur der Justiz des Landes NRW. Ausgehend vom Justizministerium als zuständige oberste Landesbehörde sind die Gerichtsbarkeiten je nach Zuständigkeitsbereich in weitere Bereiche eingeteilt.

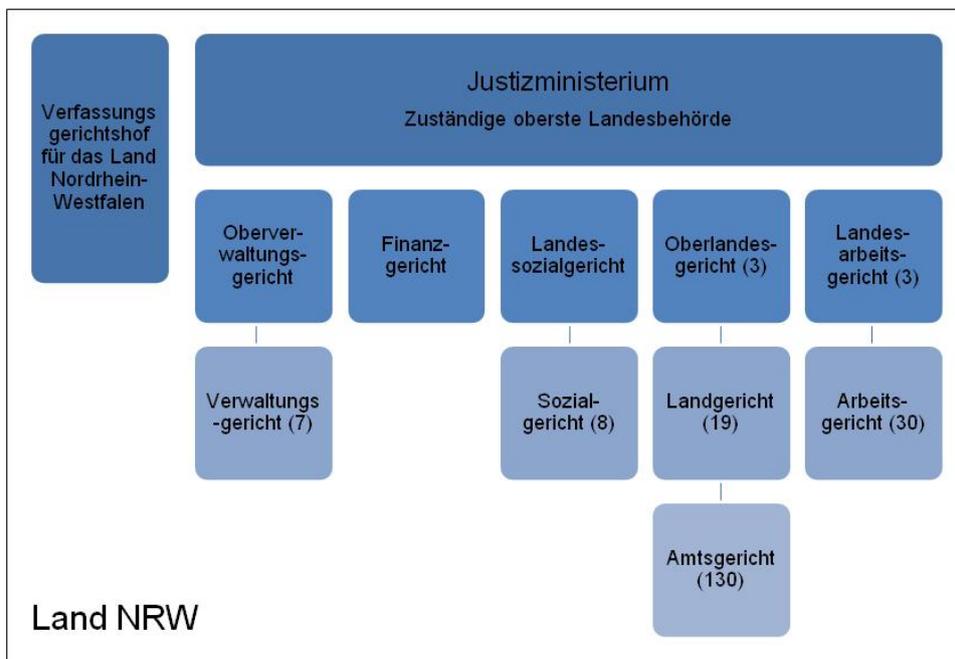


Abbildung 2.2 Justizorganisation und Aufbau in NRW.

Die Rechtspolitik versucht den wachsenden Herausforderungen mit Konzepten entgegenzuwirken, mit dem Ziel, den Rechtsfrieden in der Gesellschaft zu sichern und Gerechtigkeit durchzusetzen.

Binnenmodernisierung. Ein Schwerpunkt der derzeitigen Landesregierung in NRW (15. Legislaturperiode) bildet die Binnenmodernisierung der Justiz. Der NRW-Justizminister Thomas Kutschaty betont in seinem Vorwort zu den rechtspolitischen Zielen auch die Bedeutung menschlicher Faktoren für eine leistungsfähige Justiz:

„Eine starke und effiziente Justiz braucht hoch qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, deren Handlungskompetenzen es zu stärken gilt. Wir wenden uns bewusst den Menschen in der Justiz zu. Nur mit ihnen gemeinsam können wir die vielfältigen und anspruchsvollen Anforderungen der Bürgerinnen und Bürger unseres Landes gut bewältigen.“ (Quelle: www.justiz.nrw.de).

Die Justiz in NRW steht mitten in einem *Modernisierungs- und Organisationsentwicklungsprozess*. Die Binnenmodernisierung und Zukunftsfähigkeit soll durch verschiedene Strategien und Konzepte gesichert werden:

- Stärkung der Führungsverantwortung,
- Strukturelle Weiterentwicklung und Qualitätssteigerung,
- Reformierung des Dienstrechts,
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- Stärkung fachlicher, sozialer Kompetenzen und kommunikativer Fähigkeiten sowie
- Gesundheitsförderung.

Die Stärkung der Führung, insbesondere die Einführung und Auswertung des Mitarbeitergesprächs, soll die Handlungskompetenzen der Mitarbeiter erhöhen und die Kooperation und Kommunikation in den Behörden gewährleisten. Qualitativ hochwertige Arbeit bei knappen Ressourcen erfordert fachliche Erkenntnisse über Strukturen und Arbeitsabläufe. Die derzeit durchgeführten Qualitäts- und Vergleichsringe in drei Oberlandesgerichtsbezirken sollen basierend auf Kennziffern die Möglichkeiten zur Optimierung von Aufbau- und Ablaufstrukturen geben. Im Rahmen der Gesundheitsförderung werden ab dem Jahr 2011 Krankenstandserhebungen in allen Dienststellen der Justiz durchgeführt. Diese sollen erste Anhaltspunkte über die Gesundheit der Mitarbeiter beziehungsweise in den Berufs- und Altersgruppen aufzeigen und gleichzeitig einen Vergleich mit anderen Ressorts ermöglichen.

Die vergangenen Reformbemühungen haben jedoch nicht unmittelbar die gewünschten Effekte gezeigt. Die Justiz, als unabhängige Rechtsprechung unterliegt im Vergleich zur öffentlichen Wirtschaft anderen Strukturen und Gesetzmäßigkeiten. Deshalb ist die Übertragung von Managementkonzepten nur bedingt möglich.

„Eigentlich ist es offensichtlich, dass sich nicht alle in der Wirtschaft mit Erfolg praktizierten Aktionsmuster auf einen Aufgabenbereich übertragen lassen, der in der Verfassung in seiner Verantwortlichkeit und Zielrichtung klar vorgegeben ist.“ (Neue Richtervereinigung, 2005).

Grenzen der Umsetzung. Die Modernisierungskonzepte setzen voraus, dass Ergebnisse des Verwaltungshandelns der Justiz definiert und gemessen werden können. Qualitätsmanagement in Justizverwaltungen würde somit die Definition der „Produkte“ von Justizverwaltung voraussetzen. Im Abschlusspapier der Arbeitsgruppe „Qualität in der Justiz“ des deutschen Richterbundes vom 12. Oktober 2001 wird auf die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit des Richters hingewiesen (Justizgewährungsanspruch des Grundgesetzes; Art. 20 Abs. 2, 3 GG). Neben weiteren Ausführungen wird betont, dass die

Rechtsanwendung und Entscheidungsfindung nur in Grenzen messbar sind. Daher muss aus verfassungsrechtlichen und aus praktischen Gründen scharf unterschieden werden zwischen der Qualität richterlicher Tätigkeit und der Qualität der Dienstleistungen der Justizverwaltungen für die richterliche Tätigkeit (Schulte-Kellinghaus, 2005). Das Verfahrens- und Qualitätsmanagement wird daher in der Justiz kontrovers diskutiert. Mit der Einführung der Personalbedarfsrechnung sollen anhand umfangreicher empirischer Erhebungen Durchschnittszahlen für die Arbeitszeit festgelegt werden. Jedoch sind die Erfassungen nicht geeignet, Qualitätsanforderungen an die Rechtsprechung abzubilden und somit kein geeignetes Instrument, den tatsächlichen Personalbedarf zu ermitteln (Neue Richtervereinigung, 2009).

Der *Arbeits- und Gesundheitsschutz* in den Justizbehörden in NRW ist insgesamt noch entwicklungsbedürftig. Die Leitung der Dienststellen sind in Erfüllung ihrer Fürsorgepflicht als Arbeitgeber sowie der gesetzlichen Anforderungen u. a. des Arbeitsschutzgesetzes und der Unfallverhütungsvorschriften verpflichtet, wesentliche organisatorische und strukturelle Maßnahmen zu treffen (§5,1 ArbSchG). Dies beinhaltet auch die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Inwieweit die gesetzlichen Vorgaben auch in Bezug auf psychosoziale Faktoren in den Behörden Berücksichtigung finden, zeigt exemplarisch die Untersuchung der Unfallkasse NRW. Die Präventionsabteilung der Unfallkasse NRW hat im Jahr 2005 eine Besichtigungs-Schwerpunktaktion in insgesamt 84 Gerichten und Staatsanwaltschaften in NRW durchgeführt. Die Besichtigungen hatten zum Ziel, einen Überblick über den Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, auch hinsichtlich des Entwicklungsstandes im Umgang mit psychischen Belastungen zu bekommen. Die Ergebnisse zeigten, dass generell ein deutlicher Nachholbedarf hinsichtlich angemessener Vorgehensweisen im Umgang mit psychischen Belastungen besteht, insbesondere jedoch hinsichtlich der Einbettung in grundlegende und gesetzlich vorgeschriebene Instrumentarien des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. In zwei Drittel der Behörden (77 %) wurde keine ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung durchgeführt (s. Abbildung 2.3). Dies weist auf grundlegende Defizite bereits auf der Ebene erforderlicher Basiselemente und Strukturen hin. Die Versäumnisse bei der Gefährdungsbeurteilung lassen sich teilweise damit erklären, dass ein Großteil der Einrichtungen entgegen den Bestimmungen des Arbeitssicherheitsgesetzes über keine betriebsärztliche Betreuung verfügt. Mehr als die Hälfte der Justizbehörden (60 %) befassen sich in Ihren Arbeitsschutzsitzungen nicht mit psychischen Belastungsfaktoren. Dies lässt vermuten, dass die Relevanz der Thematik für den Arbeits- und Gesundheitsschutz noch nicht ausreichend erkannt worden ist. Es besteht offensichtlich Nachholbedarf für entsprechende Information und Sensibilisierung, sowie Know-How in Bezug auf mögliche Vorgehensweisen.

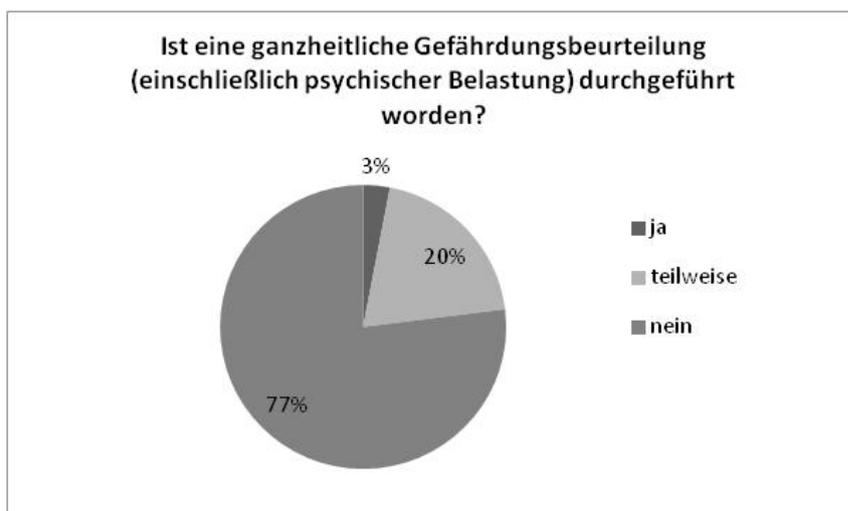


Abbildung 2.3 Berücksichtigung einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung in Justizbehörden in NRW (Quelle: Unfallkasse NRW, Schwerpunktbesichtigungsaktion im Jahr 2005).

In der vom Institut für Sicherheitstechnik (IST) durchgeführten IPSO-Studie (Integration psychosozialer Faktoren in den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Organisationsentwicklung in Gerichten und Staatsanwaltschaften in NRW, www.ipso.uni-wuppertal.de) wurden die Schlüsselpersonen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Rahmen von Telefoninterviews über mögliche Ursachen für die fehlende Umsetzung von Strukturen und Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz befragt. Als Gründe für die fehlende Auseinandersetzung bzw. Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden folgende Faktoren genannt (eigene Auswertungen), welche unter anderem auch in der Studie von Seinke (2010) in diesem Zusammenhang aufgeführt wurden:

- Fehlende/unzureichende Unterstützung des BGM durch die (politische) Führung,
- Fehlende Bereitstellung finanzieller und personeller Ressourcen,
- Wenig/unzureichende Sensibilisierung für das Thema Arbeit und Gesundheit (psychosoziale Faktoren),
- Fehlende/unzureichende Qualifikation und Information der Schlüsselpersonen zum BGM (Standards, BGM als Prozess),
- Kein systematisches Vorgehen im Rahmen des BGM (wenn dann überwiegend verhaltensorientierte Einzelmaßnahmen, wie z. B. Gesundheitstage),
- Nichtvorhandensein von (längerfristigen) Zielen sowie
- Zurückhaltende, resignative Haltung aufgrund „gefühlter oder tatsächlicher“ geringer Einflussnahme (v. a. in Bezug auf verhältnisorientierte Maßnahmen).

Der Wert und das Potenzial der Mitarbeiter werden in der Justiz noch nicht umfassend erkannt und genutzt. Ohne Beteiligung und Einbindung der Beschäftigten können

Veränderungen nur schwer bewältigt werden. Dies erfordert eine Unternehmenspolitik, die neben den Unternehmenszielen auch Sicherheit, Wohlbefinden und gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation zum Ziel hat und somit Investitionen in das Human- und Sozialkapital vornimmt. Die systematische Analyse der Bedingungen ist für die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeiter auch im Hinblick auf die erfolgreiche Integration der Modernisierungskonzepte eine wichtige Voraussetzung, die bis zum jetzigen Zeitpunkt in der Justiz noch aussteht.

Im folgenden Abschnitt wird das Konzept des Sozialkapitals eingehend beschrieben und dessen Bedeutung im organisationalen Kontext im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten aufgezeigt und diskutiert.

3 SOZIALKAPITAL

Das Konzept des Sozialkapitals hat in den letzten Jahrzehnten wachsende Aufmerksamkeit erlangt und ist in verschiedenen Bereichen wie in der Soziologie, Medizin, Geschichte, in den Politikwissenschaften sowie in der Wirtschaft und Organisationen weit verbreitet. Im Rahmen der Bearbeitung verschiedener Fragestellungen wird das Konzept als bedeutender Einflussfaktor bei der Suche nach Erklärungsmodellen herangezogen (Hasle et al., 2007), wie z. B. im ökonomischen Bereich, zur Erklärung von Erfolg und Wettbewerbsvorteilen; im Bereich der Entwicklungshilfe, zur Erklärung von sozialer und wirtschaftlicher Entwicklung; und verstärkt im Bereich der Gesundheitsforschung, zur Erklärung von Gesundheitsunterschieden in verschiedenen Nationen. Das Potenzial menschlicher Werte gewinnt im Zuge der globalen Entwicklungen und einer gewinn- und wettbewerbsorientierten Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Bevor das Konzept des Sozialkapitals im organisationalen Kontext dargestellt wird, werden die konzeptionellen Grundlagen und Hintergründe einführend beschrieben.

3.1 Konzeptionelle Grundlagen

Die breite Anwendung des Konzepts des Sozialkapitals in verschiedenen Bereichen hat unterschiedliche Ansätze und Definitionen hervorgebracht. Diese werden nachfolgend beschrieben und gegenübergestellt. Anschließend wird die Dimensionalität und Messung des Konzepts diskutiert.

3.1.1 Definitionen und Merkmale

Sozialkapital ist in den Sozialwissenschaften seit fast zwei Jahrzehnten Thema fachspezifischer Forschungen (Lin, 2001) und bezeichnet, vereinfachend gesagt, „wertvolle Beziehungen“ (Ibara et al, 2005, Bogatti & Foster, 2003). Zwischen 1920 und heute wurde der Begriff Sozialkapital von verschiedenen Forschern (Soziologen, Politologen, Psychologen, Epidemiologen und Ökonomen) in unterschiedlichen Forschungszweigen relativ unabhängig voneinander entwickelt und benutzt (Adler & Kwon, 2002; Hanifan, 1920; Jacobs, 1961; Loury, 1977; Bourdieu, 1983; Coleman 1998; Lochner et al. 1999; Nahapiet & Ghoshal, 1998; Putnam, 2000; Svendsen & Svendsen, 2003; Woolcock & Narayan, 2000). Aufgrund zeitlicher, professioneller und kultureller Differenzen haben die Forscher kaum aufeinander Bezug genommen. Dies hat dazu geführt, dass eine Vielzahl von Ansätzen und Interpretationen existieren, in denen sich die unterschiedlichen wissenschaftlichen Hintergründe der Forscher widerspiegeln (Burt, 2000; Gabbay & Leenders, 2001). Tabelle 3.1 zeigt einen Vergleich der am häufigsten zitierten Definitionen in der Sozialkapitalliteratur

(s. a. Adler & Kwon, 2002; Haug, 1997, Jans, 2003; Portes, 1998). Dieser kleine Ausschnitt an Sozialkapitaldefinitionen unterstreicht die Vielfältigkeit und Unterschiedlichkeit der Konzepte, welche Hirsch & Levin (1999) unter einem „umbrella“-Begriff subsumieren: inhaltlich divergente Inhalte und Sachverhalte (Jans, 2003).

Tabelle 3.1 Ausschnitt über aktuelle Sozialkapitaldefinitionen.

Quelle	Definition
Bourdieu	“...the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance or recognition.” (1986, S. 248)
Coleman	“Social capital is defined by its function. It is not a single entity, but a variety of different entities having two characteristics in common: They all consist of some aspect of social structure, and they facilitate certain actions of individuals who are within the structure” (1990, S. 302)
Burt	“...friends, colleagues, and more general contacts through whom you receive opportunities to use your financial and human capital” (1992, S. 9)
Putnam	“...features of social organizations such as networks, norms, and social trust that facilitate coordination and cooperation for mutual benefit” (1995, s. 67)
Nahapiet & Ghoshal	“...the sum of the actual and potential resources embedded within, available through, and derived from the network of relationships possessed by an individual or an social unit. Social capital thus comprises both the network and the assets that may be mobilized through that network” (1998: 243)
Portes	“...the ability of actors to secure benefits by virtue of membership in social networks or other social structures” (1998, S. 6)
Fukuyama	“...shared norms or values that promote social cooperation, instantiated in actual social relationships“ (2002, S. 27)
Adler & Kwon	“...is the goodwill available to individuals or groups. Its source lies in the structure and content of the actor’s relations. Its effects flow from the information, influence, and solidarity it makes available to the actor” (2002, S. 23).

Anmerkung: In Anlehnung an Adler & Kwon (2002) und Jans (2003).

Bis heute gibt es in der Forschung als auch in den verschiedenen Anwendungsfeldern keine einheitliche Verwendung des Begriffs. Es besteht weder ein tragfähiger wissenschaftlicher Konsens über die Definitionsmerkmale noch eine klare Operationalisierung des Konzepts (Jans, 2003). Ebenso fehlt eine Einbettung in eine formale deduktive Theorie (Adler & Kwon, 2002; Durlag, 2002; Freese et al. 2008). Trotzdem lassen sich bei entsprechender Operationalisierung von „Sozialkapital“ bedeutsame Befunde erheben.

Die unterschiedlichen wissenschaftlichen Anwendungsfelder und Hintergründe erschweren die wissenschaftliche Diskussion, eine einheitliche Interpretation, als auch die Vergleichsmöglichkeit der Studienergebnisse. Die Validierung und Präzisierung des Konzepts ist auch für eine umfassende theoretische Fundierung von Bedeutung. „*Otherwise, there can be no certainty that the same phenomenon is under observation.*“ (Whitley & McKenzie, 2005, S. 80). Kritiker bemängeln die uneinheitliche und unklare Verwendung des

Konzepts im Sinne eines „*wonderfully elastic term*“ (Lappe & Du Bois, 1997, S. 119), welcher variabel den unterschiedlichen Kontexten anpasst werden kann. Hasle et al. (2007) sehen darin eher Vorteile im Sinne einer notwendigen Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des Konzepts im Hinblick auf die verschiedenen Anwendungsfelder. Lin (2001) befürchtet, dass ohne eine theoretische Fundierung das Konzept an Aussagekraft einbüßen wird: „*without a clear conceptualization, social capital may soon become a catch-all term broadly used in reference to anything that is 'social'.*“ (S. 57).

Kernaspekte. Neben der Unterschiedlichkeit lassen sich auch Gemeinsamkeiten und Schlüsselaspekte von Sozialkapital identifizieren, die in den verschiedenen Definitionen verwendet werden. Fast alle Autoren betonen die Bedeutung der *Netzwerke und sozialer Strukturen*. Diese strukturellen Ansätze definieren Sozialkapital über die Verbindungen unter Individuen in Gruppen (Burt 1992; Coleman, 1990; Portes, 1998). Diese Verbindungen werden über Merkmale wie z. B. die Größe, Dichte, Geschlossenheit, Balance oder Homogenität beschrieben und erfasst (Jans, 2003). Grundsätzlich gehen netzwerkanalytische Ansätze davon aus, dass Netzwerke über Ressourcen verfügen, die für die Mitglieder wertvoll sind wie z. B. der Zugang zu Wissen und Informationen, welche wiederum positive Folgen haben wie z. B. die Generierung eines gemeinsamen Mehrwertes (Fukuyama, 2002; Putnam, 1995). Kritisch anzumerken ist, dass der Kausalzusammenhang dieses Ansatzes nicht eindeutig geklärt ist (Jans, 2003). Teilweise werden Netzwerke mit Sozialkapital gleichgestellt (Putnam, 1995; Nahapiet & Ghoshal, 1998). Dies würde implizieren, dass es eine optimale Netzwerkstruktur gibt, die immer als wertvoll erlebt wird, dies wird von Adler & Kwon (2002) jedoch bezweifelt. Andere Ansätze betonen Netzwerke als eine notwendige, nicht hinreichende Bedingung für Sozialkapital im Sinne einer ursächlichen Wirkung (Adler & Kwon, 2002; Bourdieu, 1986; Burt, 1992; Coleman, 1990; Nahaphaiet & Goshal, 1998; Portes, 1998). Die unterschiedliche (inhaltliche) Ausrichtung der Ansätze verdeutlicht, dass diese im Hinblick auf eine grundlegende Konzeptvalidierung hinsichtlich Ihrer Eindeutigkeit und Präzision zu überprüfen sind. Dies ist in der bisherigen Sozialkapitalforschung kaum erfolgt (Jans, 2003).

Ein anderer wichtiger Aspekt von Sozialkapital widmet sich der Qualität der *Ressourcen*, die durch die Netzwerke verfügbar sind (Adler & Kwon, 2002; Bourdieu, 1986; Burt, 1992; Coleman, 1990; Nahapiet & Goshal, 1998; Portes, 1998). Die getrennte Betrachtung von Ressourcen und Beziehungen dient einer besseren Differenzierung des Konzepts, sollte jedoch im Hinblick auf die gegenseitige Bezogenheit und Einflussnahme in empirischen Studien gemeinsam untersucht werden (Seibert et al., 2001). In ressourcenbezogenen Konzepten werden die Ressourcen, über die eine Person verfügt häufig mit dem Sozialkapital gleichgesetzt (Iseke, 2007). Dies entspricht jedoch nicht der Interaktion

zwischen Individuen (Hansen et al., 2001), da davon ausgegangen werden muss, dass Personen ihre Ressourcen nicht frei zur Verfügung stellen (Adler & Kwon, 2002).

Sozialkapital wird häufig mit ausschließlich positiven Effekten in Verbindung gebracht. Es ermöglicht Zugang zu Informationen, mehr Einfluss, Kontrolle und Macht und stärkt das Gemeinschaftsgefühl und die Solidarität (Coleman, 1988; Burt, 2000). Diese einseitige Sichtweise wird jedoch kritisch diskutiert (Adler & Kwon, 2002; Arrow, 1999; Solow, 1999). Beispielsweise können unausgewogene Systeme oder ein zu hohes Engagement zu gegenteiligen Effekten führen, die durch Zwang und Verpflichtung gekennzeichnet sind (Gabbay & Leenders, 1999). Ebenso kann hohes Sozialkapital positive Effekte auf individueller Ebene bewirken, während es auf kollektiver (gesellschaftlicher, organisatorischer) Ebene gegenteilige Wirkung hat, wie z. B. der Ausschluss von Personen durch undurchlässige geschlossene Systeme (Adler & Kwon, 2002). Die positiven als auch negativen Effekte von Sozialkapital fordern eine ausgewogene Perspektive und differenziertere Sichtweise der Phänomene.

3.1.2 Konzepte

Die Wurzeln des Sozialkapitalkonzepts gehen auf den Anfang des 20. Jahrhunderts zurück. Lydia J. **Hanifan** (1916, 1920), ein Politologe und staatlicher Supervisor für öffentliche Schulen in West Virginia zeigte erstmals in Studien zu kommunalen Entwicklungsarbeiten auf, wie wichtig soziales Kapital für die produktive Entwicklung von Gesellschaften sein kann. In einem Artikel von 1916 beschrieb er Sozialkapital wie folgt:

“...that in life which tends to make these tangible substances count for most in the daily life of people, namely goodwill, fellowship, mutual sympathy and social intercourse among a group of individuals and families who make up a social unit...” (Hanifan, 1916; S. 130).

In seiner Definition stellt er sowohl den privaten als auch den öffentlichen Nutzen von Sozialkapital heraus. Er betont, dass ganze Gemeinschaften von der Zusammenarbeit ihrer Teile profitieren und der Einzelne infolge seiner Verbindungen Vorteile wie Hilfeleistungen, Mitgefühl und den Gemeinschaftsgeist seiner Nachbarn erfährt. Dabei erwähnt er bereits alle Kernelemente, die in den späteren Diskussionen und Konzepten aufgegriffen werden, wie z. B. den Aspekt des Vertrauens, Vorteile von Verbindungen, Mitgefühl, Gemeinschaftsgeist oder persönlicher Austausch und Beisammensein. Hanifan (1916) wies auf die Notwendigkeit professioneller Führung hin, welche Einfluss auf das Sozialkapital nimmt und so zu einer allgemeinen Verbesserung des Wohlbefindens in der Gemeinschaft beitragen kann.

Die Stadtsoziologin Jane **Jacobs** (1961) betonte den Einfluss von Strukturen bzw. von städteplanerischen Maßnahmen auf die Ausbildung von Gemeinschaftsgefühl und

Beziehungsnetzen. Sozialkapital wird von Jacobs mit dem Vorhandensein sozialer Netzwerke definiert, welche ganz allgemein den Wert nachbarschaftlicher Beziehung bezeichnen. In ähnliche Weise verwendete der schwedische Anthropologe Ulf **Hannerz** (1969) den Sozialkapitalbegriff im netzwerktheoretischen Sinne als nützliche Information von Freunden innerhalb eines Netzwerks. Erst durch Glenn C. **Loury** (1977) wurde der Begriff des Sozialkapitals erstmals in wirtschaftswissenschaftlichen Abhandlungen verwendet. Loury (und später auch Bourdieu, 1986) verknüpfen soziales Kapital mit der Diskriminierung bzw. Beförderung individueller Karrieren. Er versucht mit ökonomischen Modellen darzulegen, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen Gruppe mit einem bestimmten sozioökonomischen Hintergrund den wirtschaftlichen Erfolg mitbestimmt. Er betont und kritisiert zugleich, dass die afroamerikanische Bevölkerung keinen Zugang zu umfassenden gesellschaftlichen Beziehungen hat. Im Gegensatz zu Hanifan (1920), Jacobs (1961) und Hannerz (1969) nimmt er eine individuelle Perspektive ein, in der strukturelle Ressourcen für die Entwicklung des (individuellen) Humankapitals bei Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind, welche aber nicht der Kontrolle des Individuums unterliegen.

Danach vergingen mehrere Jahrzehnte bis sich der Begriff Sozialkapital in wissenschaftlichen Diskursen verbreitete. Wegweisend hierfür waren die Arbeiten von Pierre Bourdieu (*The Forms of Capital*, 1986), James S. Coleman (*Social Capital in the Creation of Human Capital*, 1988) und Robert D. Putnam (*Making Democracy Work*, 1993; *Bowling Alone*, 2000), die nachfolgend vorgestellt werden.

Pierre **Bourdieu**. Die erste systematische Analyse zum Konzept des Sozialkapitals stammt von dem französischen Soziologen Pierre Bourdieu (1983). Er entwickelte eine umfassende Kapitaltheorie, in der er das Zusammenspiel von kulturellen, ökonomischen und sozialem Kapital untersuchte, wobei das ökonomische Kapital die Wurzel aller anderen Formen von Kapital sei (1986).

“Social capital is the sum of the resources, actual or virtual, that accrue to an individual or a group by virtue of possessing a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition.” (Bourdieu & Wacquant, 1992, S. 119)

Demnach ist Sozialkapital ein Aggregat der tatsächlichen oder potenziellen Ressourcen, die mit der Verfügung über ein dauerhaftes Netzwerk mehr oder weniger institutionalisierter, auf gegenseitiger Bekanntschaft und Anerkennung beruhender Beziehungen zusammenhängen.

Bourdieu's allgemeine Kapitaltheorie versucht „soziale Ungleichheit“ durch Konzepte auf der Makroebene zu erklären. Zwei Faktoren bestimmen in seiner Theorie das Sozialkapital: die sozialen Beziehungen, die den individuellen Zugang zu den Ressourcen, wie Arbeit oder Bildung ermöglichen sowie das Ausmaß und die Qualität dieser Ressourcen. Voraussetzung

für den Wert der Beziehungen bzw. den Bestand von Sozialkapital ist die Existenz eines Beziehungsnetzes. Bourdieu geht jedoch nicht darauf ein, wie Sozialkapital auf individueller Ebene entsteht, er weist lediglich auf tauschtheoretische Prozesse hin.

Neben Bourdieus Ansätzen wird in der Forschung häufig Bezug auf die Arbeiten des Soziologen James S. **Coleman** (1988, 1990) genommen, welche fast zeitgleich mit Bourdieus Ausarbeitungen veröffentlicht wurden. Auch Coleman betonte die Bedeutung von Beziehungsaspekten:

„Social capital is defined by its function. It is not a single entity, but a variety of different entities, with two elements in common: they all consist of some aspect of social structures, and they facilitate certain actions of actors ... within the structure. Like other forms of capital, social capital is productive, making possible the achievement of certain ends that in its absence would not be possible.“ (1988, S. 98).

In Colemans Definition ist Sozialkapital ein Bestand tatsächlicher oder potenzieller Ressourcen, die durch soziale Kontakte geschaffen werden und von den Handelnden Akteuren dazu benutzt werden kann, ihre Interessen zu realisieren. Die Charakteristik der sozialen Struktur und der Vorteil, der den Inhabern zu Teil wird, zeigen den Hauptunterschied zwischen Sozialkapital und anderen Kapitalarten auf. Dies wird damit begründet, dass Sozialkapital ein öffentliches Gut im Sinne eines gemeinschaftlichen Vermögenswertes darstellt. Im Hinblick auf die Beziehungsstrukturen unterscheidet er verschiedene Formen von sozialem Kapital auf dem Hintergrund des Rational-Choice Paradigmas der Nutzenmaximierung: (a) Verpflichtungen, Erwartungen und Vertrauen, als Grundlage für austauchtheoretische Prozesse (Person A erbringt eine Leistung für Person B und vertraut auf eine Gegenleistung in der Zukunft). Hierbei kommt dem Ausmaß der Vertrauenswürdigkeit und auch dem Ausmaß der ausstehenden Verpflichtung eine große Bedeutung zu (diese „Gutschrift“ ist mit einem hohen Vorrat an Sozialkapital ausgestattet; Coleman, 1991). Als Voraussetzungen für einen gegenseitigen Austausch nennt er (b) Informationspotenziale sowie (c) Normen und Sanktionen als wichtige Bedingungen. Im Fokus seiner Arbeit stehen individuelle soziale Beziehungen, die auf dem Hintergrund von Werten und Normen in Gruppen betrachtet werden.

Bourdieu und Colemans Ansätze haben einen entscheidenden Beitrag zur Theorie des Sozialkapitals geleistet, jedoch sind die Definitionen der Konzepte schwer zu operationalisieren (Mohan et al., 2005).

Die dritte zentrale Sozialkapitaltheorie stammt von dem US-amerikanischen Politologen Robert **Putnam** (1993a/b, 2000), einer der prominentesten Sozialkapitalforscher. Mit seinen umfangreichen Studien zum gesellschaftlichen Verfall hat er erheblich zur Popularität des

Sozialkapitals beigetragen, sowohl in der Politikwissenschaft als auch in der breiten Öffentlichkeit. Den großen Durchbruch erreichte Putnam mit dem Buch „Making Democracy Work“ (1993) und führte soziales Kapital als Erklärungsfaktor für gesellschaftliche Phänomene ein. In dieser Arbeit verwendet er den Begriff Sozialkapital erstmals, um den wirtschaftlichen Unterschied zwischen den nördlichen und südlichen Regionen Italiens mit der politischen Stabilität und darüber hinaus mit einem höheren Ausmaß an sozialem Kapital zu erklären. Erfolgreiche Regionen verfügten seiner Auffassung nach über mehr Solidarität, soziales Engagement und Integrität. Große Aufmerksamkeit erreichte Putnam (2000) mit der Veröffentlichung seiner umfangreichen empirischen Studie über den Verfall des sozialen Kapitals in den USA und dessen negativen Folgen auf Bildungseinrichtungen, Wirtschaft, Demokratie, Gesundheit als auch auf die Zufriedenheit der Bevölkerung. Anhand der Metapher des Bowling-Spiels verdeutlicht er das Ausmaß des Rückgangs verschiedener Formen der Solidarität seit den 1940er Jahren.

Sozialkapital umfasst nach Putnam fünf Schlüsselaspekte: Netzwerke, soziales Engagement, Zugehörigkeitsgefühl, Gegenseitigkeit und Normen der Kooperation sowie Vertrauen. Putnam bezieht sich in seinen Analysen auf die Makroebene, wobei er Aspekte der Mesoebene mit einbezieht. Dies bringt er in folgender Definition zum Ausdruck:

“Social capital here refers to features of social organizations, such as trust, norms and networks, that can improve the efficiency of society by facilitating coordination actions.”
(Putnam, 1993a, S. 167).

Er bezeichnet Sozialkapital auch als moralische Ressource, deren Bestand durch Nutzung wächst und bei Nichtnutzung an Wert verliert (Putnam, 1993). Putnam unterscheidet zwischen positiven und negativen Effekten des Sozialkapitals. Positive Effekte erklärt er dadurch, dass kollektive Handlungen effizienter bzw. mit geringeren Transaktionskosten durchgeführt werden können. Dies führt er auf die wechselseitige Unterstützung, Kooperation und Vertrauen sowie auf institutionelle Effektivität zurück. Andererseits betont Putnam (2000) auch negative Effekte, wie Korruption und Ethnozentrismus. Ebenso kann Sozialkapital auch mit sozialer Ungleichbehandlung verbunden sein, indem Normen und Netzwerke nur bestimmten Gruppen zugänglich sind und anderen verschlossen bleiben (s. a. Portes, 1998). Putnam nutzt das Konzept des Sozialkapitals als Erklärungen für politische, soziale oder ökonomische Phänomene, eine explizite theoretische Fundierung ist jedoch nicht vorhanden.

Alle Vertreter der Hauptströmungen sind der Auffassung, dass soziales Kapital einen materiellen als auch immateriellen Wert darstellt, der sich in besseren Entwicklungschancen der Mitglieder in einer Gemeinschaft mit sozialem Kapital niederschlägt. In den theoretischen Abhandlungen wird Sozialkapital häufig sowohl als abhängige als auch als unabhängige

Variable verwendet (Nahapiet & Ghoshal, 1998; Adler & Kwon, 2002; Fukuyama 1995; Putnam). Zudem unterscheiden sich die Konzepte hinsichtlich der Qualität ihrer theoretischen Fundierung als auch in Bezug auf die Analyseebenen (s. a. Jans, 2003), diese werden im nachfolgenden Abschnitt detaillierter diskutiert.

3.1.3 Klassifikation

Die aufgeführten Ansätze unterschieden sich hinsichtlich ihrer Perspektiven und Analyseebenen, die sich gegenseitig jedoch nicht ausschließen (Adler & Kwon, 2002).

Strukturelle und kognitive Dimensionen. Eine erste Einteilung von Sozialkapital wurde von Bain & Hicks (1998) eingeführt (s. a. Uphoff, 2000). Sie teilten Sozialkapital in strukturelle und kognitive Dimensionen ein. Diese Dimensionen beziehen sich vereinfachend gesagt darauf, wie sich Menschen in sozialen Beziehungen „verhalten“ (Ausmaß und Intensität) und was sie dabei „fühlen“ (s. Tabelle 3.2; Oksanen, 2009; Uphoff, 2000). Strukturelles Sozialkapital bezieht sich auf bestehende Beziehungen, Netzwerke, Verbindungen und institutionelle Strukturen, welche Menschen und Gruppen verbinden. Im Fokus stehen das Ausmaß und die Intensität der sozialen Interaktionen in Netzwerken, die wiederum Zugang zu Ressourcen ermöglichen. Diese Faktoren können demnach quantitativ durch die Analyse der Verbindungen und der Netzwerkdichte auf Gemeinschaftsebene erfasst werden. Diese direkten Beobachtungen und Erhebungen werden nicht durch die individuelle Wahrnehmung innerhalb der Stichprobe beeinflusst, sie können daher unabhängig davon erhoben werden (Whitley & McKenzie, 2005).

Tabelle 3.2 Komplementäre Kategorien von Sozialkapital (in Anlehnung an Uphoff, 2000, S. 221).

	Strukturell	Kognitiv
Vorkommen und Erscheinung	Rollen und Regeln, Netzwerke und andere interpersonelle Beziehungen, Abläufe und Prozesse	Normen, Werte, Einstellungen, Überzeugungen
Bereiche und dynamische Faktoren	Soziale Organisationen Horizontale Verbindungen Vertikale Verbindungen	Kultur, Vertrauen, Solidarität, Kooperation, Gegenseitigkeit
Gemeinsame Elemente	Erwartungen führen zu kooperativem Verhalten, welche gegenseitige Vorteile ermöglichen	

Kognitives Sozialkapital beinhaltet die Wahrnehmung von Werten, Normen, Gegenseitigkeiten, Altruismus und bürgerliche Verantwortung (Harpham et al., 2002; Subramanian et al., 2003). Es ist eine Art Ressource, die interagierende Individuen innerhalb von Netzwerken zusammenhält (Kouvonen, 2006). Kognitives Sozialkapital wird in diesem Sinne von Uphoff (2000) als „collective moral resources“ bezeichnet und verweist damit auf

gemeinsame Kognitionsmuster bzw. Kognitionsmodelle. Wie nachfolgend erläutert sind die beiden Formen von Sozialkapital eng miteinander verbunden: „*These two categories of social capital are highly interdependent, as each form contributes to the other. Both affect behavior through the mechanism of expectations. Both kinds of phenomena are conditioned by experience and are reinforced by culture, Zeitgeist and other influences.*“ (Uphoff, 2000, S. 222).

Individuelle und kollektive Ansätze. In einigen Ansätzen bezieht sich der Fokus auf individuelle oder kollektive Perspektiven, oder auf die gleichzeitige Fokussierung beider Perspektiven (Ibara et al. 2005; Matiaske, 1999; Nahapiet & Ghoshal, 1998). Individuelle Ansätze untersuchen die Beziehungen des Einzelnen zu Anderen und den daraus resultierenden Effekten. Die Beziehungen der handelnden Person stehen im Vordergrund sowie deren Auswirkungen (z. B. Erwartungen und Verpflichtungen; Burt, 1992; Coleman, 1990; Flap, 1988, Lin, 2001). Konzepte des kollektiven Sozialkapitals betrachten Beziehungen innerhalb eines Kollektivs (z. B. Wirkungen von sozialen Beziehungen, Normen, Kontrollmechanismen und formale Strukturen in Gesellschaften oder Organisationen). Im Fokus stehen Gruppen, Gesellschaften oder Organisationen (Bourdieu, 1985; Portes, 1998; Putnam, 1995). Individuelles und kollektives Sozialkapital fokussieren somit verschiedene Analyseebenen mit unterschiedlichen Eigenschaften. Individuelle Ansätze stellen interne Merkmale in den Vordergrund, die Gruppen verbinden und zusammenhalten, um gemeinsame Ziele zu erreichen („bonding“ social capital). In kollektiven Ansätzen werden Normen, Strukturen oder Vertrauen als Eigenschaften der Gruppe charakterisiert, im Sinne von Ressourcen. Im Fokus stehen die (direkten und indirekten) Verbindungen und Strukturen („bridging“ social capital).

Die Differenzierung in kognitive und strukturelle Elemente zeigt jedoch, dass individuelles und kollektives Sozialkapital eng miteinander verbunden sind. Individuen können Teil einer Verbindung oder eines Netzwerks sein und Vertrauen kann ebenso ein Merkmal von sozialen Strukturen sein. So kann z. B. ein Netzwerk eine Ressource für Individuen darstellen und Normen der Gegenseitigkeit können ein Teil von sozialen Strukturen sein, welche wiederum als Ressourcen von Gruppen genutzt werden können. Bei der Kontextualisierung und Erhebung von Sozialkapital sollte deshalb berücksichtigt werden, dass Handlungen und Netzwerke nicht ausschließlich strukturell, und kognitive Phänomene nicht ausschließlich Eigenschaften von Individuen darstellen (Giddens, 1984; Kouvonen et al., 2006; Whitley & McKenzie, 2005).

„Bonding-Bridging-Linking“-Aspekte. Eine weitere bedeutende Differenzierung ist die Unterscheidung verschiedener Formen von Sozialkapital: „bonding“, „bridging“ und „linking“ (Szreter & Woolcock, 2004; s. Tabelle 3.3). Die Unterscheidung zwischen „bonding“ und

„bridging“ existiert schon seit einiger Zeit und ist im Forschungsfeld weit verbreitet (Gittel & Vidal, 1998; Narayan, 1999; Putnam, 2000). „Bonding“ bezieht sich auf Vertrauen, Gegenseitigkeit und kooperative Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines Netzwerks, mit gleicher sozialer Identität (z. B. Rasse, Ethik). Während sich „bridging“ auf die Verbindungen zwischen Mitgliedern mit unterschiedlicher sozialer Identität bezieht (Szreter & Woolcock, 2004).

Tabelle 3.3 Differenzierung von Sozialkapital in Anlehnung an Almedom (2005).

Art	Dimensionen	Ebene
Bonding (horizontal: innerhalb von Gruppen)	Strukturell (soziale Netzwerke) Kognitiv (Werte, Vertrauen, Normen der Gegenseitigkeit)	Mikro (individuell)
Bridging (horizontal: zwischen verschiedenen Gruppen)	Strukturell (Zugang zu öffentlichen Gütern, Einrichtungen) Kognitiv (Teilnahme, Zugehörigkeitsgefühl, Verbundenheit, Entscheidungsspielraum)	Makro / Meso(Organisationen)
Linking (vertikal)	Strukturell und Kognitiv (Macht- und Hierarchieverhältnisse)	Makro (Organisationen, Länder, Kulturen)

Vertikale und horizontale Aspekte. „Bonding“ und „bridging“ Sozialkapital überschneiden sich teilweise mit der Differenzierung in vertikales und horizontales Sozialkapital. Vertikales Sozialkapital beschreibt Beziehungen zwischen verschiedenen Gesellschaftsebenen bzw. Hierarchien während sich horizontales Sozialkapital auf Beziehungen zwischen ähnlichen Individuen oder Gruppen innerhalb des gleichen sozialen Kontextes beziehen. „Bonding“ und „bridging“ sind hauptsächlich horizontale Dimensionen sozialer Beziehungen, Verbindungen und Netzwerke zwischen ähnlichen Individuen oder Gruppen. In dieser Unterscheidung finden vertikale Dimensionen wie z. B. Machtunterschiede in sozialen Beziehungen keine Berücksichtigung. Szreter & Woolcock (2004) haben deshalb eine weitere Differenzierung von Sozialkapital eingeführt, die „linking“ Dimension. „Linking“ bezieht sich auf Verbindungen zwischen Individuen in unterschiedlichen Macht- oder Statuspositionen bzw. Hierarchien (Kawachi, 2004, Kouvonen et al., 2006). Es steht für die vertikalen Verbindungen, welche Vertrauen und Gegenseitigkeit entlang von Machtgefällen, z. B. im Rahmen des Arbeitskontextes berücksichtigen (Ferlander, 2007; Lindström, 2008). Die Eigenschaft, Ressourcen zum eigenen Vorteil zu nutzen, Ideen oder Informationen von offiziellen Institutionen zu verwenden, die hinter einer Gemeinschaft stehen, wird als eine Schlüsselfunktion von „linking“ Sozialkapital betrachtet (World Bank, 2000). Szreter & Woolcock (2004) haben mit der Einführung der drei Dimensionen einen differenzierten und

umfassenden Ansatz hervorgebracht. Die Einbeziehung von vertikalen Dimensionen bezieht auch Strukturmerkmale auf der Makroebene mit ein. Dies erlaubt z. B. die Untersuchung von sozialen, politischen oder organisationalen Merkmalen bzw. Aussagen darüber, wie diese Strukturen sich auf Gruppen bzw. Individuen auswirken. Für die theoretische Erklärung der Entstehung von Sozialkapital ist jedoch eine Subsumierung wenig zielführend, hier ist eine getrennte Betrachtung der Prozesse auf Meso- bzw. Makroebene erforderlich.

3.1.4 Quantitative Messung

Aufgrund des relativ jungen Forschungsgegenstandes und der Komplexität des Konstrukts existieren eine Vielzahl von Instrumenten, deren psychometrischen Eigenschaften häufig nicht (ausreichend) validiert sind (Kouvonen et al., 2006; Macinko & Starfield, 2001; Shortt, 2004). De Silva (2006) untersuchte 28 Studien zu Sozialkapital und mentaler Gesundheit im Hinblick auf deren Validität. In nur vier Studien wurde die Validität des Instruments überprüft. In weniger als der Hälfte der Studien wurde zwischen kognitiven und strukturellen Aspekten unterschieden.

Die unterschiedlichen Definitionen und Sichtweisen von Sozialkapital führen zum Teil zu widersprüchlichen Ansätzen hinsichtlich der Analyse und Erhebung von Sozialkapital (Lochner, Kawachi & Kennedy, 1999; Macinko & Starfield, 2001). Die einzige Gemeinsamkeit in den unterschiedlichen Anwendungsfeldern ist meist nur der Oberbegriff „soziales Kapital“ (Haug, 1997). Innerhalb der Forschung gibt es keinen Konsens darüber, wie Sozialkapital analysiert und gemessen werden soll (Lochner, Kawachi & Kennedy, 1999, Macinko & Starfield, 2001, Oksanen, 2009). Durch die unterschiedlichen Erhebungen bzw. Indikatoren ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert (Kawachi et al., 2008). Für eine differenzierte Analyse schlagen Wissenschaftler vor, soziale Ressourcen und strukturelle Aspekte getrennt zu erfassen. Somit lassen sich spezifische Aussagen über Interventionen ableiten (Van der Gaag & Webber., 2008). Whitley & McKenzie (2005) resümieren in ihrer Literaturanalyse: *„The general social capital literature needs to develop and validate measures and indicators of social capital that capture the true contextual, dimensional elements of the concept, such as vertical integration, state-society relations, linkages between groups, and social inclusion.“* (S. 80).

Analyseebenen. In den theoretischen Ansätzen werden sowohl individuelle als auch kollektive Ansätze verwendet (Kawachi et al. 2004, Szreter & Woolcock, 2004). Diese Unterscheidung ist auch im Hinblick auf die Auswahl des Untersuchungsdesigns sowie für die Erhebungsmethoden von Bedeutung (Van Deth, 2003). Es wird davon ausgegangen, dass die verschiedenen Ebenen von Sozialkapital einen unterschiedlichen Einfluss z. B. auf die Gesundheit haben (Lochner et al., 1999). Deshalb argumentiert Kawachi et al., 2008,

dass die Ebene der Erhebung und die damit verbundenen unterschiedlichen Wirkmechanismen bei der Konzeptualisierung und Auswahl von Skalen berücksichtigt werden muss. Lochner et al. (2004) schlagen eine Differenzierung von individuellen und gesellschaftlichen Merkmalen vor. In der Forschung werden derzeit drei Ebenen unterschieden: die *Mikro-Ebene* umfasst Beziehungen auf persönlicher Ebene wie z. B. in der Familie. Die *Meso-Ebene* bezieht sich auf Beziehungen in größeren Gruppen, Einheiten oder Netzwerken wie z. B. Organisationen, Unternehmen, Schulen oder Vereine während auf *Makro-Ebene* die Zugehörigkeit oder Einbindung auf höherer Ebene erfasst wird, welche nicht durch den persönlichen Kontakt bedingt ist, wie z. B. die Staatsangehörigkeit oder die Religionszugehörigkeit (Macinko & Starfield, 2001).

Für die Erhebung von individuellem Sozialkapital stehen eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Auswahl, die sich auf verschiedenen Dimensionen beziehen können, wie z. B. die Qualität sozialer Beziehungen, verschiedene Arten von sozialen Ressourcen oder die Beziehungsmuster zwischen den Netzwerkmitgliedern (Kawachi et al., 2004). Die Komplexität und Vielfältigkeit des Konstrukts und der damit einhergehenden Operationalisierung stellt die Frage nach der Auswahl an geeigneten Kriterien, Indikatoren oder Ressourcen, die für den jeweiligen Untersuchungskontext von Bedeutung sind. Das Wissen über den Einfluss und die Bedeutsamkeit der einzelner Aspekte in Bezug auf die spezifischen Anwendungsfelder ist in der Forschung derzeit noch nicht umfassend geklärt (Van der Gaag & Webber, 2008). Kouvonen et al. (2006) betonen in diesem Zusammenhang „... *that different measures that tap differentials in settings and cultures might be needed.*“ (S. 3). In Bezug auf die Erhebung des kollektiven Sozialkapitals wird die getrennte Erfassung von strukturellen und kognitiven Komponenten vorgeschlagen (Bain & Hicks, 1998), da diese unterschiedliche Beziehungen und Effekte in Bezug auf gesundheitsrelevante Indikatoren aufzeigen (Oksanen, 2009).

Mehrebenenanalysen. Aussagen über den Einfluss von Sozialkapital auf individueller Ebene erfordern jedoch neben der Berücksichtigung von individuellen Kovariaten die gleichzeitige Berücksichtigung von Umwelt- und Kontextfaktoren. Im Rahmen von Mehrebenenanalysen werden die Effekte auf verschiedenen Ebenen untersucht und somit der Verschachtelung der Individuen Rechnung getragen (Kawachi et al., 2008). Merkmale auf organisationaler Ebene sind für alle Beschäftigten in einer bestimmten Organisation gleich, können aber über Organisationen hinweg variieren (Netzlek et al., 2006; Twisk, 2010). Es kann überprüft werden, ob die Beziehungen zwischen Variablen der individuellen Ebene auf Gruppenebene variieren bzw. ob die Variabilität durch Merkmale auf der Gruppenebene erklärt werden kann. Mehrebenenmodelle erlauben eine Zerlegung der Gesamtvarianz in die einzelnen Komponenten und können dann um spezifisch erfasste individuelle und aggregierte

Variablen als Prädiktor ergänzt werden (van Dick et al., 2005; Nezlek et al., 2006). Hierdurch können die Variationen in den abhängigen Variablen sowohl durch individuelle Faktoren als auch durch kontextuelle Faktoren erklärt werden. Die differenzierte Betrachtung von individuellen und kontextbezogenen Risikofaktoren und Ressourcen ist eine wichtige Voraussetzung für die Analyse von Bedingungs- und Wirkzusammenhängen als auch für die Formulierung von zielgerichteten Interventionen im Bereich Gesundheit (Kawachi et al., 2008). Die Anwendung von Mehrebenenanalysen ist in der Sozialkapitalforschung jedoch eher selten (Oksanen, 2009). Andererseits führen Mehrebenenanalysen nicht per se zur Lösung der definitorischen Inkonsistenzen von Sozialkapital, sondern verstärken die Anforderungen nach theoriebasierter Forschung (Diez Roux, 1998; Oksanen, 2009).

Erhebungsmethoden und Indikatoren. Das Ausmaß des kollektiven Sozialkapitals kann auf verschiedene Weise erfasst werden (Lochner et al., 1999; Macinko & Starfield, 2001). Subramanian et al. (2003) schlagen zwei Ansätze vor (s. a. Whitley & McKenzie, 2005). Einerseits können die Dimensionen über direkte Beobachtung erfasst und quantifiziert werden. Dies kann anhand verschiedener Indikatoren erfolgen wie z. B. über die Anzahl von Mitgliedern in Netzwerken (Dichte der Beziehungen unter den Mitgliedern), Wählerbeteiligung, Kirchenzugehörigkeit, das Lesen von Tageszeitungen oder anhand von beobachtbarem sozialem Verhalten (Hilfsbereitschaft). Diese Indikatoren sind jedoch sehr aufwendig zu erfassen und nicht in der Lage, soziale Dynamiken abzubilden. Darüber hinaus schränken die kulturspezifischen Verhaltensweisen die Vergleichbarkeit der Ergebnisse stark ein (Harpham, 2008; Subramanian et al., 2003). Ein anderer Ansatz, der häufig in Bezug auf gesundheitsbezogene Indikatoren angewandt wird, legt individuelle Einschätzungen über kollektives Sozialkapital zugrunde (Befragungsdaten; Kawachi et al., 1999). Diese individuellen Daten werden anschließend auf Gruppenebene (z. B. Nachbarschaften, Organisationen) aggregiert. Somit können Aussagen über die Höhe des kollektiven Sozialkapitals getroffen werden. Die potenzielle Kritik dieses Vorgehens ist vor allem in der Konfundierung und Verzerrung der Ergebnisse durch individuelle Merkmale begründet, wie z. B. durch das Bildungsniveau oder durch die Höhe des Einkommens (Harpham, 2008; Shortt, 2004). Deshalb schlägt Harpham (2008) vor, entsprechende Variablen zu kontrollieren. Gleichzeitig weisen Subramanian et al. (2003) auf die gegenseitige Abhängigkeit und Beeinflussung von individuellen und kollektiven Faktoren hin: *„It is important to view the ‚compositional‘ and ‚contextual‘ as being interrelated and not mutually exclusive.“* (S. 35).

Erhebungen in der Gesundheitsforschung beziehen sich sowohl auf die quantitativen als auch qualitativen Aspekte von Sozialkapital in Kollektiven, wie Netzwerke, Normen, Reziprozität und Vertrauen (Subramanian et al., 2003). Die verschiedenen Indikatoren für Sozialkapital werden über Einzelitems oder durch Skalen bzw. Indizes erfasst. Vertrauen ist

das am häufigsten verwendete Einzelitem, das zur Messung von Sozialkapital herangezogen wird (Oksanen, 2009). Antworten auf Fragen wie „Im Allgemeinen... würden Sie sagen, dass sie den meisten Menschen vertrauen können oder ... dass Sie im Umgang mit Menschen nicht vorsichtig genug sein können?“ werden häufig verwendet, um Vertrauen zu erfassen. Harpham (2008) betont, dass bei der Erfassung von Vertrauen die Kontextebene klar herausgestellt werden sollte, um eindeutige Interpretationen zu ermöglichen. Er schlägt vor, zwischen individuellem, sozialem Vertrauen und institutionellem, gesellschaftlichem oder politischem Vertrauen zu differenzieren bzw. verschiedene Ebenen zu erfassen.

Andere Sozialkapitalaspekte, die anhand von Einzelitems erhoben werden sind das Gemeinschaftsgefühl und die Nachbarschaftshilfe (Fujiwara & Kawachi, 2008), Reziprozität (gemessen über die wahrgenommene Hilfsbereitschaft durch Andere, Kawachi et al., 1997; Kawachi et al., 1999) sowie die Wahlbeteiligung (Sundquist et al., 2006, Islam et al., 2008). Die Erfassung anhand von Einzelitems berücksichtigt nicht die Multidimensionalität des Konstrukts, zudem kann die Reliabilität hierdurch beeinträchtigt werden (Stone & Hedges, 2002). Häufig werden die verschiedenen Kernaspekte von Sozialkapital zu einem Index zusammengefasst, z. B. werden Fragen über das Ausmaß und die Intensität der Teilnahme am sozialen Leben in einem Index zusammengefasst (Blakely et al. 2006, Sundquist, et al. 2004; Ali et al., 2006). Ein Beispiel einer sehr umfangreichen Erhebung ist das Social Capital Assessment Tool (SCAT) mit insgesamt 143 Fragen, welches von der World Bank entwickelt wurde, um Erhebungen in Entwicklungsländern durchzuführen (Krishna & Shrader, 2000). Durch die Verwendung von mehreren Items können die unterschiedlichen Aspekte des Konstrukts besser abgedeckt werden. Van Deth (2003) schlagen deshalb vor, jeden Aspekt durch mehrere Items zu erfassen.

Oksanen (2009) fasst den aktuellen Forschungsstand zur Erhebung und Messung von Sozialkapital kritisch in vier Punkten zusammen:

(1) Die unterschiedlichen Anwendungsgebiete von Sozialkapital führten zur Kritik am Konzept des Sozialkapitals. Das Konzept wurde ausgedehnt und modifiziert, um viele verschiedene Arten von Beziehungen auf den verschiedensten Ebenen abzudecken, hierdurch hat das Konzept an Glaubwürdigkeit eingebüßt (s. a. Macinko & Starfield, 2001; Portes, 1998; Woolcock, 1998).

(2) Die Vielzahl an Messinstrumenten, die Dimensionen von Sozialkapital enthalten, sind meist nicht ursprünglich für diesen Zweck entwickelt worden. Dies spiegelt den Mangel an validierten und erprobten Instrumenten zur Erhebung des Sozialkapitals wieder.

(3) Obwohl die Entwicklung und Anwendung von validierten Skalen als essentiell angesehen wird, sind nur wenige Instrumente validiert (De Silva et al., 2006)

(4) Eine getrennte Erhebung der Schlüsseldimensionen ist vorzuziehen, um konzeptuelle als auch empirische Klarheit zu ermöglichen. In einigen Studien wird dies bereits umgesetzt (s. a. Szreter & Woolcock, 2004).

3.2 Anwendung in Organisationen

In diesem Kapitel wird die Relevanz und Bedeutung des Sozialkapitals im organisationalen Kontext dargestellt. Im Fokus stehen insbesondere die *internen* Beziehungen und Strukturen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten.

3.2.1 Hintergrund

Seit dem Jahr 2000 hat in der Forschung über psychosoziale Faktoren bei der Arbeit ein Übergang stattgefunden von „Arbeitsfaktoren“ wie z. B. Anforderungen oder Handlungsspielräume, hin zu „Beziehungsfaktoren“ wie z. B. die Beziehungen zwischen Beschäftigten, Vorgesetzten und Kunden (Kristensen, 2010). Diese „Beziehungsfaktoren“ sind unter dem Begriff Sozialkapital auch in den Politik- und Wirtschaftswissenschaften zum „Modeartikel“ geworden (Adler & Kwon, 2000, 2002; Dasgupta & Seralgeldin, 2000; Portes 1998). In der Organisations- und Managementliteratur wird der Begriff seit einigen Jahren in Bezug auf vielzählige Bereiche verwendet wie z. B. Karriereerfolg, Einkommensniveaus, Leistung, Fluktuation, Wissensmanagement, Innovation, Personalpolitik, Unternehmenserfolg, Restrukturierung- und Veränderungsmanagement, Netzwerkbildung oder Gesundheit.

Positive soziale Beziehungen sind sowohl für die Gesundheit der Beschäftigten als auch für die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Organisationen sowie für die gesellschaftlichen Sicherungssysteme von grundlegender Bedeutung (Peters & Waterman, 2007).

In soziologischen Studien konnte das Sozialkapital vielfältige Zusammenhänge zu verschiedenen Gesundheitsindikatoren aufzeigen und einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung von Gesundheitsdifferenzen leisten. Studien, die den Einfluss des Sozialkapitals im organisationalen Kontext untersuchen, beziehen sich überwiegend auf die Beziehung *zwischen* Organisationen und Unternehmen oder Beziehungen, die von Unternehmen aufgebaut werden und weniger auf die sozialen Beziehungen *innerhalb* der Organisation (Hasle et al., 2007). Die meisten Studien fokussieren die unternehmerischen Vorteile, während Zusammenhänge und Effekte auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten weniger Thema fachspezifischer Forschung sind, obwohl die Gesundheit der Beschäftigten eine essentielle Voraussetzung für die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Organisationen darstellt und auch im Hinblick auf die sozialen Sicherungssysteme von großer Bedeutung ist.

3.2.2 Definitionen

Sozialkapital in Organisationen umfasst die sozialen Beziehungen in einer Organisation. Cohen & Prusak (2001) betonen die Bedeutung von sozialen Strukturen und zwischenmenschlichen Beziehungen in Organisationen für ein gemeinsames, zielgerichtetes Handeln:

„Social capital consists of the stock of active connections among people: the trust, mutual understanding, and shared values and behaviors that bind the members of human networks and communities and make cooperative action possible.“ (S. 4).

Die Förderung von tragfähigen Verbindungen innerhalb von Netzwerken führen zu positiven Effekten, die auf vertrauensvollen, verbindenden und wohlwollenden Beziehungen basieren (Adler & Kwon, 2002; Nahapiet & Ghoshal, 1998). Organisationen als soziale Systeme sind maßgeblich von der Kooperation und dem an gemeinsamen Zielen orientierten Handeln abhängig. Die Mitarbeiter sind die wichtigsten Ressourcen des Unternehmens. Insbesondere die Anzahl an Verbindungen, Zugehörigkeit und Identifikation sowie positive soziale Beziehungen sind essenziell für die Innovationskraft und Leistungsfähigkeit von Organisationen (Fukuyama, 1995; Pfeffer, 2006).

Sozialkapital umschließt sowohl individuelle als auch kollektive Sichtweisen, in Abhängigkeit von der jeweiligen Perspektive (Adler & Kwon, 2002). Einerseits können die Beziehungen innerhalb bzw. zwischen den Beschäftigten als auch die Beziehungen zwischen verschiedenen Organisationen fokussiert werden. Das Verhalten von Organisationen wird demnach von der internen Beziehungsstruktur als auch durch die Verbindungen zu anderen Organisationen bestimmt. *„Its capacity for effective action is typically a function of both.“* (Adler & Kwon, 2002, S. 21).

Sozialkapital drückt sich in der Fähigkeit einer Organisation aus, mit den Interessenskonflikten auf verschiedenen Ebenen umzugehen (Hasle, et al., 2007). Organisationales Sozialkapital berücksichtigt die Bedeutung von sozialen Beziehungen und führt Aspekte des Managements und der Zusammenarbeit in einem Konzept zusammen und ist zugleich Ressource für Mensch und Organisation, mit Anforderungen und Stress umzugehen und salutogene Potenziale aufzubauen und zu fördern (Ommen, et al., 2009).

„Social capital in the workplace is defined as collaborative capabilities of the company based on trust and justice.“ (Kristensen, 2010, S. 151).

Kristensen (2010) bringt in seiner Definition die *kollektive Fähigkeit* einer Organisation zum Ausdruck, unternehmerische Ziele zu erreichen und gleichzeitig die damit einhergehenden Macht- und Interessenskonflikten zu bewältigen, sowohl zwischen Unternehmen als auch

zwischen Unternehmern und Angestellten sowie zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb der Organisation. Es bietet Beschäftigten und Gruppen die Möglichkeit, auf Informationen, Wissen und Ressourcen zuzugreifen (Maurer & Ebers, 2006). Sozialkapital kann aufzeigen, wie Organisationen mit den wachsenden Anforderungen und Veränderungen in Bezug auf Qualität, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit umgehen können und dabei gleichzeitig die Gesundheit und das Wohlbefinden durch eine wertschätzende und vertrauensvolle Arbeitsumgebung verbessern können (Hasle et al., 2007).

„The concept, therefore, is central to the understanding of institutional dynamics, innovation, and value creation.“ (Nahapiet & Ghoshal, 1998, S. 245).

Badura et al. (2008) betonen in ihren Ausführungen das Potenzial von Sozialkapital für Mensch und Organisation:

„Der Sozialkapitalansatz scheint vielversprechend, sowohl bei der Identifizierung von Risiken als auch bei der Förderung von Gesundheitspotenzialen in einer Arbeitswelt, deren Leistungsfähigkeit immer seltener von funktionsfähigen Maschinen und deren Bedienung abhängt, sondern immer häufiger von funktionsfähigen Teams und guten Beziehungen zwischen Management und Belegschaft sowie zu Lieferanten und Kunden.“ (S. 14).

3.2.3 Konzepte

Anschließend werden drei zentrale Sozialkapitalkonzepte vorgestellt, die sich in ihren Ausführungen auf den Anwendungsbereich in Organisationen beziehen und sowohl die Mikroebene als auch die Mesoebene in ihre Betrachtungen einschließen.

Nahapiet & Ghoshal (1998) legen in ihrem Model dar, wie Sozialkapital über die Anreicherung von intellektuellem Kapital (als wettbewerbsrelevante Ressource), die Wertschöpfung und Wissensproduktion in Organisationen und Unternehmen fördert. *„Intellectual capital thus represents a valuable resource and a capability for action based in knowledge and knowing.“* (Nahapiet & Ghoshal, 1998, S. 245).

In ihren Ausführungen differenzieren sie drei Arten von Sozialkapital (s. Abbildung 3.1): strukturelle, relationale und kognitive Aspekte. Die Autoren unterscheiden vier verschiedene Kombinationen und Arten von Austauschprozessen, die durch die drei Sozialkapitaldimensionen beeinflusst werden und somit die Bildung von intellektuellem Kapital ermöglichen und beeinflussen. Dieses kann seinerseits wieder auf die Bildung von Sozialkapital Einfluss nehmen. Tsai & Ghoshal's (1998) empirische Untersuchungen belegen die Beziehung zwischen Sozialkapital und der Wertschöpfung von Unternehmen.

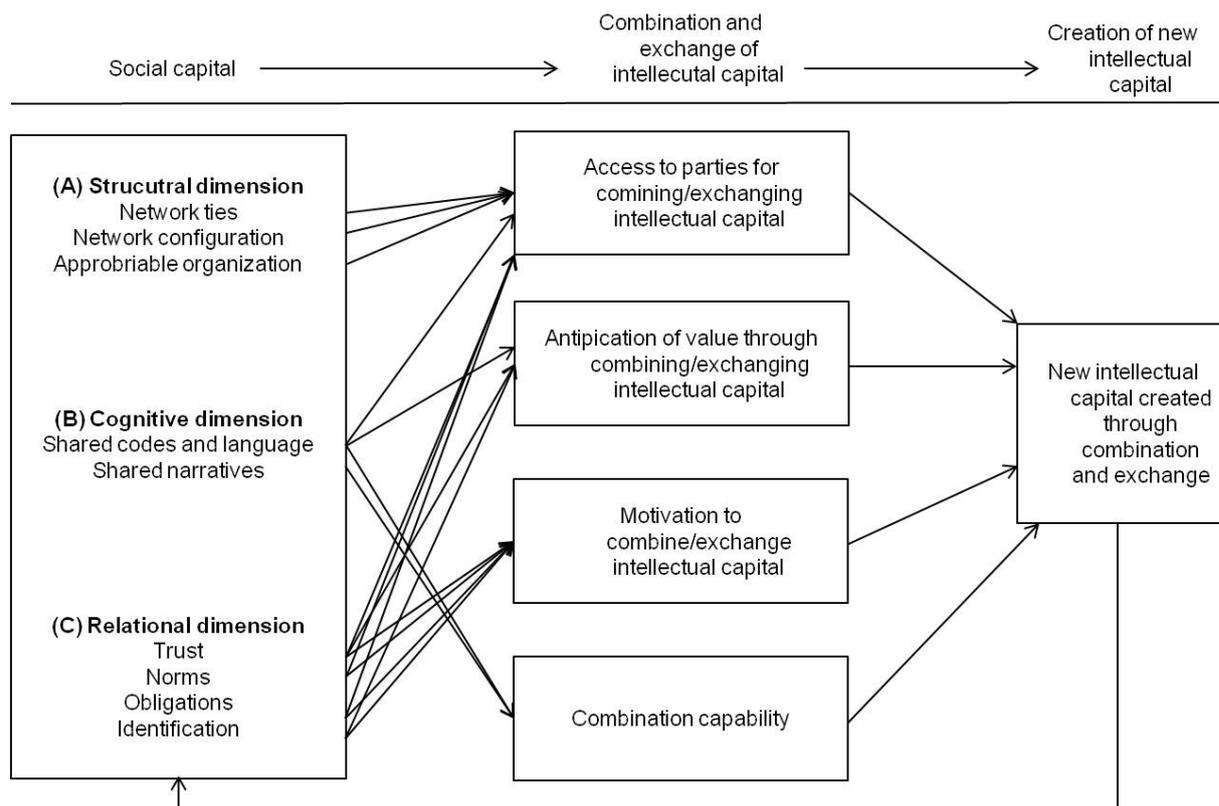


Abbildung 3.1 Sozialkapital und die Bildung von intellektuellem Kapital nach Nahapiet & Ghoshal (1998).

Adler & Kwon (2002) erarbeiten in Ihrer Abhandlung einen konzeptionellen Bezugsrahmen des Sozialkapitals, in dem sie unterschiedliche Theoriequellen und Ansätze synthetisieren und einordnen. „...our working definition differentiates the substance, sources, and effects of social capital.“ (Adler & Kwon, 2002, S. 22). In Ihrem Modell (siehe Abbildung 3.2) verbinden sie netzwerkanalytische Ansätze mit inhaltlichen Analysen über die Verbindungen, wie z. B. geteilte Normen und Überzeugungen. Das Modell stellt die systematische Verknüpfung der verschiedenen Aspekte dar, ohne jedoch konkrete Ansatzpunkte für die praktische Gestaltung aufzuführen (s. a. Jans, 2003).

Adler & Kwon (2002) sehen die Quellen von Sozialkapital einerseits in der sozialen Struktur begründet. Diese werden neben den sozialen Beziehungen auch durch die hierarchische Beziehungsstrukturen sowie von wirtschaftliche Rahmenbedingen beeinflusst: „...the market undermines the traditional bonds of community and extended family, leading to the anonymity of urbanization and the destruction of social capital“ (S. 28). Vor allem im Hinblick auf den organisationalen Kontext sind diese Faktoren von Bedeutung: „... the creation of social networks can partially be explained by the institutional environment.“ (Flap, 2004, S. 14). Neben den sozialen Strukturen sind nach Auffassung der Autoren noch weitere drei Faktoren für die Ausbildung von Sozialkapital entscheidend: (1) der Zugang zu Netzwerken und Verbindungen (2) die Motivation und Bereitschaft sich in ein Netzwerk einzubringen

sowie (3) das Vorhandensein erforderlicher Fähigkeiten und Kompetenzen, die für das Kollektiv von Bedeutung sind, wie z. B. die Motivation und Fähigkeit einer Gemeinschaft, gemeinsame Ziele zu definieren und zu verfolgen.

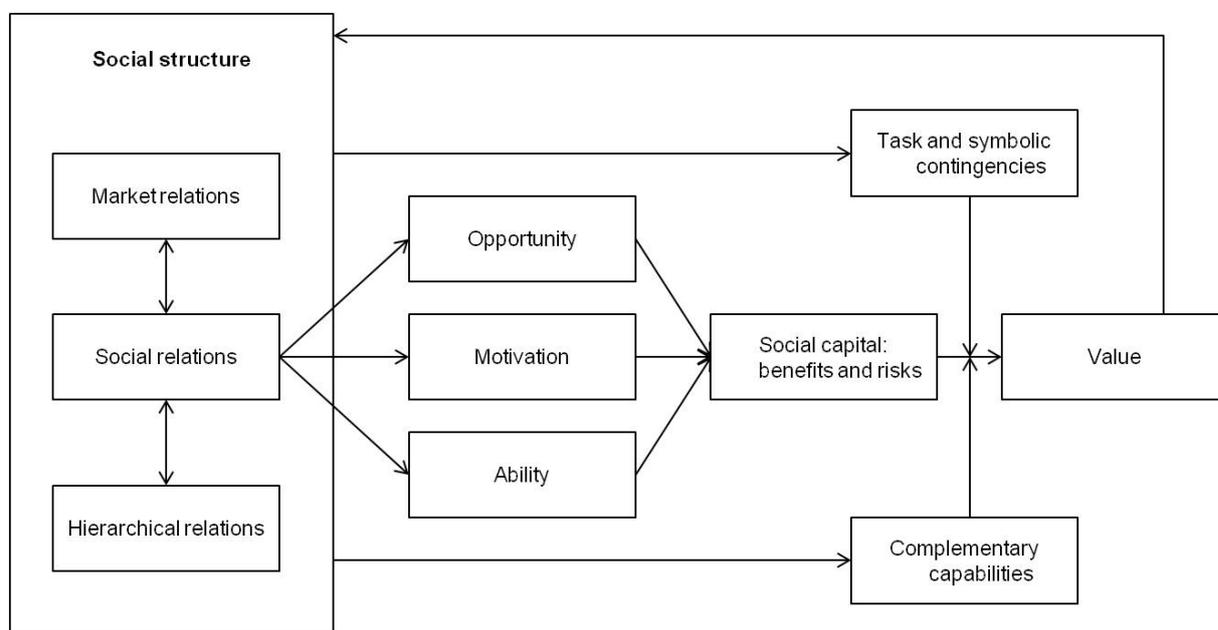


Abbildung 3.2 Konzeptuelles Model von Sozialkapital nach Adler & Kwon, 2002).

Auch **Fukuyama** (1995, 2001) stellt Sozialkapital im ökonomischen Kontext dar. Er betont die Bedeutung von Vertrauen, Normen und Werten für die Entstehung von Sozialkapital und deren Bedeutung für Gesellschaft, Wirtschaft und Politik: „*In the economic sphere it reduces transaction costs and in the political sphere it promotes the kind of associational life which is necessary for the success of limited government and modern democracy.*“ (2001, S. 7). In seinen Ausführungen bezieht er sich überwiegend auf die Makroebene. Erklärungen für Zusammenhänge stellt er an Beispielen gesellschaftlicher und ökonomischer Entwicklungen dar, in der Sozialkapital teils als abhängige (Sozialkapital als Folge von Vertrauen in der Gesellschaft) oder unabhängige bzw. intervenierende Variable (Sozialkapital als Ursache für wirtschaftlichen Erfolg) herangezogen wird (Jans, 2003).

3.2.4 Dimensionen

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den sozialen Beziehungen *innerhalb* von Organisationen, da anzunehmen ist, dass diese einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten ausüben. Für die optimale Erfassung der internalen Prozesse und Dynamiken der Beziehungen zwischen den Beschäftigten und dem Management schlagen Hasle et al. (2007) vor, das Konzept der Netzwerke durch das Konzept der Zusammenarbeit zu ersetzen. Die Machtgefälle und Positionsunterschiede im

organisationalen Kontext werden durch den Aspekt der Gerechtigkeit als weitere Dimension in das Konzept des sozialen Kapitals integriert. „*An organization’s social capital consists therefore of three components: Collaboration competence, trust and justice.*“ (Hasle et al., 2007, S. 6). Tabelle 3.4 zeigt die zentralen Dimensionen von organisationalem Sozialkapital, welche nachfolgend ausführlich beschrieben werden.

Tabelle 3.4 Dimensionen von Sozialkapital innerhalb von Organisationen.

Sozialkapital in Organisationen	Intraorganisationale Aspekte
<i>Strukturell</i>	
Zusammenarbeit	Vertikal, horizontal Stabilität, Dichte
<i>Kognitiv</i>	
Vertrauen Gerechtigkeit	vertikal, horizontal distributiv, prozedural, relational

Zusammenarbeit. Soziale Verbindungen innerhalb von Organisationen führen zu einer besseren Vernetzung der verschiedenen Abteilungen und Einheiten. Die Verbindungen werden gestärkt, der Informations- und Wissensaustausch wird hierdurch erhöht (Tsai & Ghoshal, 1998). Hasle et al. (2007) betonen die Bedeutung von Vertrauen und Gerechtigkeit als Voraussetzung für gute Zusammenarbeit „*Trust and Justice are an expression of the social relations between management and staff ... they constitute a vital framework for the development of collaboration...*“ (S. 6). Die Autoren betonen vor allem die Bedeutung von spezifischen Kompetenzen und Erfahrungen (s. a. Adler & Kwon, 2002), die notwendig sind, für eine gute Zusammenarbeit „*The most important are the competencies for collaboration which form the basis of management and coordination on a daily basis, and which influence the ongoing development of methods and technology.*“ (S. 6). Sie sehen Sozialkapital als eine Fähigkeit, Konflikte und Probleme anzugehen und gemeinsam zu lösen. Diese Kompetenzen drücken sich in den Beziehungen zwischen den Beschäftigten und zwischen dem Management und den Beschäftigten aus. In diesem Zusammenhang setzen Hasle et al. (2007) Kompetenzen der Zusammenarbeit gleich mit Produktionsmitteln, im Sinne einer Ressource. Auch Tsai & Ghoshal betonen den Nutzen sozialer Interaktion für die Organisation „*Social ties are channels for information and resource flows.*“ (S. 467, s. a. Nahapiet & Ghoshal, 1998). Interaktionen sind eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Erhaltung von Sozialkapital, welches durch die tägliche Zusammenarbeit gefestigt und erhalten wird (Nahapiet & Ghoshal, 1998). Die Fähigkeit zur Zusammenarbeit entwickelt sich in der täglichen Anwendung, indem verschiedenen Gruppen und Individuen den Umgang miteinander lernen sowie Verständnis für die gegenseitigen Position und Reaktion entwickeln (Hasle et al., 2007).

Vertrauen ist ein Kernaspekt von Sozialkapital (Putnam, 1993, Fukuyama, 1995) und stellt gerade in Bezug auf gesundheitsrelevante Fragestellungen ein bedeutender Indikator dar „...[trust] is part of social capital and this is certainly the position of nearly all studies of social capital and health.“ (Harpham, 2008, S. 57). Im organisationalen Kontext ist Vertrauen ein bedeutender Aspekt (Ghoshal & Bartlett, 1994; Tsai & Ghoshal, 1998) und eine wichtige Voraussetzung für Zusammenarbeit und Kooperation (Hasle et al., 2007). Darüber hinaus stellt es im organisationalen Kontext eine bedeutende soziale Ressource dar (Gilson, 2003; Lehmann-Willenbrock, 2010; Rigotti & Mohr, 2006). Vertrauen basiert auf einem Gefühl der Zuversicht und Erwartung, dass Andere entsprechend der Erwartung handeln und gegenseitige Hilfe anbieten oder wenigstens kein verletzendes oder schädigendes Verhalten unternehmen (Andaleeb, 1996; Onyx & Bullen, 2000). Implizit beinhaltet Vertrauen auch den Aspekt der Reziprozität. „ [trust] ... affects how one interprets the past (and present) actions of the other party, and motives underlying the actions“ (Dirks & Ferrin, 2001, S. 456). Durch Vertrauen ist kooperatives Verhalten möglich, Ressourcen werden zur Verfügung gestellt und ausgetauscht (Tsai & Ghoshal, 1998). Vertrauen kann weder erzwungen noch eingefordert werden, vielmehr ist es abhängig von den Einschätzungen der Person (Hasle et al., 2007). Vertrauenswürdigkeit umfasst zum einen das Vertrauen in die Fähigkeiten der Person Erwartungen zu erfüllen und zum anderen, dass die Person mit positiven Absichten handelt (Nootboom, 2007).

Bis zum heutigen Zeitpunkt existiert kein wissenschaftlicher Konsens über das Konzept des organisationalen Vertrauens. Es existieren eine Vielzahl von Definitionen, die sich hinsichtlich der Akteure, Beziehungen, Verhalten und Kontexte unterscheiden (Castaldo et al., 2010). Luhmann (1979) war der erste, der aufzeigte, dass eine Unterscheidung von „Vertrauen in das Management“ und „Vertrauen in die Organisation“ notwendig ist, da jeweils unterschiedliche Bezugssysteme bzw. Objekte herangezogen werden. Deshalb schlagen Dirks & Ferrin (2002) vor, Vertrauen auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. Vertrauen zum direkten Vorgesetzten versus Vertrauen zum Management oder der Organisation) zu differenzieren, da auch im Hinblick auf die praktische Relevanz unterschiedliche Beziehungen zu den abhängigen Variablen vorhanden sind und somit spezifische Präventionsansätze erforderlich sind. Auch Nootboom (2007) unterscheidet zwischen Vertrauen in Institutionen und Vertrauen in Personen. Perry et al., 2007 zeigen in ihren Analysen, dass Vertrauen in die Führung und Vertrauen in die Organisation unabhängig voneinander sind. Beide Faktoren weisen jedoch einen Zusammenhang zur Arbeitszufriedenheit auf.

Reichers (1985) sprach sich bei der Konzeptualisierung von Vertrauen in Organisationen für eine Unterscheidung der verschiedenen Facetten aus. Möllering (2006) unterscheidet

verschiedene Arten von Vertrauen: (a) Relationales / wirtschaftliches Vertrauen (b) emotionales Vertrauen, (c) spontanes / alltägliches Vertrauen, (d) institutionelles Vertrauen sowie (e) reflexives Vertrauen. Castaldo et al. (2010) schlagen eine kontextbezogene Analyse vor, welche die Vielseitigkeit und Vielschichtigkeit des Konstrukts berücksichtigt: (a) Konzeptuelle Eigenschaften z. B. Überzeugungen, Zuversicht, Erwartungen (b) Subjekt (Organisation, Kunden, Mitarbeiter) mit spezifischen Eigenschaften wie z. B. Aufrichtigkeit, Gutmütigkeit, Kompetenz etc. (c) Handlungen / Verhalten (d) Ergebnisse (e) Beziehungskontext-Faktoren: Anfälligkeit und Risiko.

Dietz & Den Hartog (2006) zeigten in ihrer Metaanalyse, dass bei der Messung von Vertrauen nie alle drei relevanten Aspekte erhoben wurden (s. a. Lehmann-Willenbrock, 2011). Eine umfassende Analyse von Vertrauen am Arbeitsplatz fordert jedoch den Einbezug verschiedener Perspektiven und Bezugspunkte wie z. B. Vertrauen unter Kollegen, Vertrauen zu Vorgesetzten oder Vertrauen zur Organisation als Ganzes, welche die unterschiedlichen Facetten von Vertrauen am Arbeitsplatz widerspiegeln.

Vertrauen ist ein bedeutender Faktor des Arbeitsmilieus. Trotzdem wird er in nur wenigen Forschungsstudien berücksichtigt (Hasle et al., 2007). Zunehmend wird Vertrauen als eine Alternative zu den immer noch vorherrschenden traditionellen Kontroll- und Managementsystemen erkannt (Spreitzer & Mishra, 1999), die in der heutigen Arbeitswelt schwer umzusetzen sind (Mayer et al., 1995). Vertrauen und Gegenseitigkeit sind zentrale Eigenschaften von sozialen Beziehungen und Basis und Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit (Coleman, 1990). Hierdurch wird der Austausch von Informationen gefördert. Zudem werden positive Erwartungen über die Handlungen und Fähigkeiten der anderen Mitglieder aufgebaut (Ladebo, 2006). Insgesamt existieren jedoch nur wenige deutsche Studien in diesem Forschungsfeld. Insbesondere Zusammenhänge zur Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten sind vergleichsweise selten (Hasle et al., 2007).

Organisationale Gerechtigkeit beschreibt die Wahrnehmung der Menschen bezüglich der Gerechtigkeit in Organisationen (Greenberg, 1990; Head et al., 2007), somit handelt es sich hierbei um eine subjektive Bewertung (Colquitt et al., 2001, Tepper, 2001). Beeinflusst wurde das Konzept von Arbeiten über soziale Austauschprozesse, Gleichbehandlung sowie von Arbeiten über distributive Gerechtigkeit. Diese gehen unter anderem auf die Autoren Gouldner (1960), Homans (1961), Adams (1965) und Blau (1964) zurück.

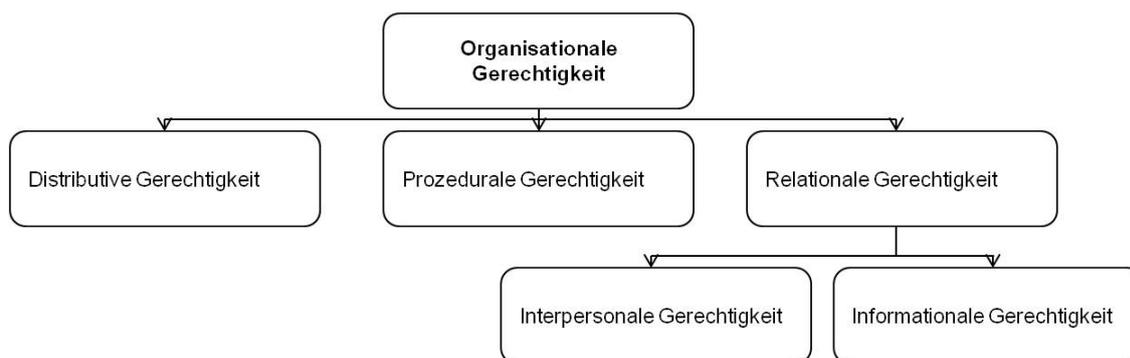


Abbildung 3.3 Formen organisationaler Gerechtigkeit (Quelle: Autor).

Das Konzept der organisationalen Gerechtigkeit unterscheidet drei verschiedene Formen von Gerechtigkeit (Liljegren & Ekberg, 2009; s. Abbildung 3.3). (1) *Distributive Gerechtigkeit* beschreibt in Anlehnung an die Austauschtheorien eine vom Beschäftigten wahrgenommene Gleichbehandlung, die eine Funktion des Vergleichs zwischen dem Aufwand- und Ertragsverhältnis darstellt. Dieses Verhältnis wird gleichzeitig als ein Maßstab für andere herangezogen (Adams, 1965; Walster et al., 1978). Thibaut & Walker (1975) führten das Konzept der (2) *prozeduralen Gerechtigkeit* ein und sprachen sich für eine Unterscheidung von distributiver und prozeduraler Gerechtigkeit in Organisationen aus. Prozedurale Gerechtigkeit bezieht sich im Gegensatz zur distributiven Gerechtigkeit nicht ausschließlich auf das Ergebnis sondern auf die Gerechtigkeit der Methoden und Prozesse, die eingesetzt werden. Auch Leventhal et al., (1980, Leventhal, 1980) wandten das Konzept auf den organisationalen Kontext an und nannten sechs Faktoren, die einen gerechten Prozess in Organisationen kennzeichnen:

- Konsistenz (alle werden gleich behandelt)
- Keine individuellen Präferenzen (der Prozess sollte unabhängig von den Einstellungen der Führungskraft sein)
- Mitteilung relevanter Information (der Hintergrund von Entscheidungen sollte mitgeteilt werden und Gültigkeit haben)
- Möglichkeit zur Revision (von Entscheidungen)
- Berücksichtigung ethischer Grundsätze

Bies & Moang (1986) erweiterten das Konzept um eine dritte Form: der (3) *interaktionalen (relationalen) Gerechtigkeit*. Sie umfasst die Qualität der Mitarbeiter-Vorgesetzten-Beziehung und bezieht sich auf menschliche und interaktionale Prozesse. Greenberg (1993) schlagen vor, das Konzept der interaktionalen Gerechtigkeit in zwei Subkonzepte aufzuteilen: der *interpersonalen Gerechtigkeit*, welche sich auf einen respekt- und würdevollen Umgang bezieht, sowie der *informationalen Gerechtigkeit*, welche sich auf die Informationen und Erklärungen bezieht, welche die Beschäftigten im Rahmen von Prozessen erhalten.

Umfangreiche Metaanalysen von Cohen-Charash & Spector (2001) und Colquitt et al. (2001) an 190 bzw. 183 Studien zeigen, dass die distributive, prozedurale und interaktionale Gerechtigkeit stark zusammenhängen, jedoch unterschiedliche Effekte in Bezug auf arbeitsbezogene Kriterien oder Indikatoren wie z. B. der Arbeitsleistung aufweisen (s. a. Cropanzano et al., 2002). Die Studienergebnisse von Kivimäki et al., 2007 an zwei unabhängigen Kohorten weisen darauf hin dass sowohl prozedurale als auch relationale Gerechtigkeit, sowie der Gesamtindex „organisationale Gerechtigkeit“ schlechte Gesundheitswerte vorhersagen und somit als Risikofaktoren für Gesundheit herangezogen werden können.

Organisationale Gerechtigkeit ist komplexes Konstrukt, welches durch zwei verschiedene Ansätze erfasst werden kann: Durch eine allgemeine Erhebung der organisationalen Gerechtigkeit, welche alle drei Aspekte der Gerechtigkeit umfasst sowie die getrennte Erhebung von distributiver, prozeduraler und interaktionaler Gerechtigkeit. Colquitt & Shaw (2005) bevorzugen die getrennte Messung der Aspekte aufgrund der besseren psychometrischen Eigenschaften im Vergleich zu einer allgemeinen Messung. Liljegren & Ekberg (2009) zeigen, dass allgemeine Erhebungen bessere Zusammenhänge zu subjektiver Gesundheit und Burnout aufweisen als ein dreidimensionaler Ansatz. Trotzdem betonen die Autoren den positiven Nutzen einer differenzierten Messung: „... *a differentiated organizational justice concept could give valuable information about health related risk factors...*“ (S.43). Insgesamt stammen Studien über organisationale Gerechtigkeit überwiegend von finnischen und englischen Forschergruppen, Ergebnisse aus anderen Ländern und Kulturen stehen weitgehend aus (Hasle et al., 2007).

3.2.5 Einflussfaktoren

Die Ausbildung von Sozialkapital in Organisationen wird hauptsächlich von organisationalen, individuellen sowie wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen mitbestimmt, wie z. B. der Organisationsstruktur, der Organisationskultur, Fähigkeiten und Kompetenzen der Beschäftigten sowie durch die Arbeitsmotivation (siehe Abbildung 3.4). Diese Faktoren stehen nicht unabhängig zueinander sondern sind durch eine gegenseitige Einflussnahme miteinander verbunden. Die einzelnen Aspekte werden nachfolgend diskutiert.

Organisationsstruktur. Neben der Führungs- und Beziehungskultur betonen Adler & Kwon (2002) die Bedeutung der Organisationsstruktur, die die Ausbildung von Sozialkapital und Vertrauen in Organisationen ermöglichen oder begrenzen. Die Organisationsstruktur schafft die Rahmenbedingungen für mögliche Interaktionen und soziale Verbindungen. Sie hat einen wesentlichen Einfluss auf das Sozialkapital und somit auch auf das Wohlbefinden der

Beschäftigten und hierdurch nicht zuletzt auch auf die Leistungsfähigkeit der Organisation (González et al., 2006).

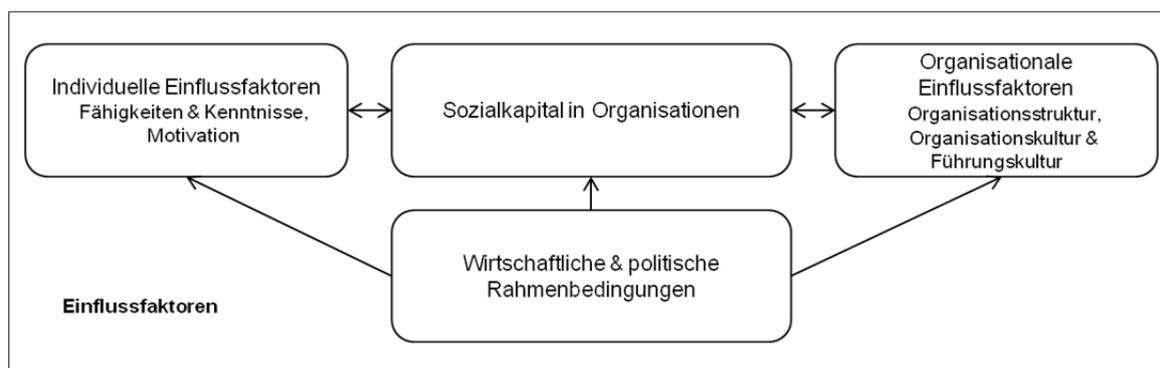


Abbildung 3.4 Mögliche Einflussfaktoren auf die Ausbildung von Sozialkapital in Organisationen (Quelle: Autor).

„Hierarchy is an important dimension of social structure that indirectly influences social capital by shaping the structure of social relations...[by influencing...] motivations – through its effects on incentives and norms –and abilities – through its effects on authority, resources, skills, and beliefs.“ (S. 27).

Hierarchie als bedeutender Einflussfaktor auf die Ausbildung von sozialen Strukturen wurde bereits von Tichy (1981) und später von Ibarra (1992) diskutiert. Streng hierarchische Organisationsformen findet man vor allem in formellen Institutionen, wie Verwaltungen oder Behörden, deren Aufbau und Kommunikationsstrukturen über Gesetze und Vorschriften streng geregelt sind. Bisher wurde der Aspekt der Hierarchie in organisationsbezogenen Studien weitgehend vernachlässigt. Die Frage der Einflussnahme ist jedoch ein bedeutender Aspekt im Hinblick auf die Förderung von Sozialkapital auf organisationaler Ebene (s. a. Gittell & Weiss, 1998). González et al. (2006)

Organisationskultur. Gemeinsame Werte und Normen sind Teile der Unternehmenskultur. Schein (1985) definiert Organisationskultur als eine Menge an gemeinsamen Überzeugungen und Werten, welche das Verhalten der Mitglieder sowie ihre Entscheidungen und Arbeitsweisen (unbewusst) beeinflussen. Sackmann (2009) beschreibt verschiedene Komponenten der Unternehmenskultur, die auch im Rahmen von Entwicklungs- und Veränderungsprozessen zu berücksichtigen sind, wie z. B. grundlegende Überzeugungen, gezeigte Werte, Regeln und Artefakte (s. Abbildung 3.5). Gregory et al. (2009) haben in ihrer Studie über die Organisationskultur positive Zusammenhänge zwischen der Gruppenkultur und der Patientenzufriedenheit aufgezeigt. Gemeinsame Werte und Normen bilden das Kernstück der Organisationskultur und machen das Verhalten von Einzelnen als auch von Organisationen vorhersehbar und berechenbar (Badura et al., 2008). Gemeinsame

Vorstellungen und Ziele sowie gemeinsame Vorstellungen über das gegenseitige Miteinander erleichtern die Zusammenarbeit:

„When organization members have the same perceptions about how to interact with one another, they can avoid possible misunderstandings in their communications and have more opportunities to exchange their ideas to resources freely.“ (Tsai & Ghoshal, 1998, S. 467).

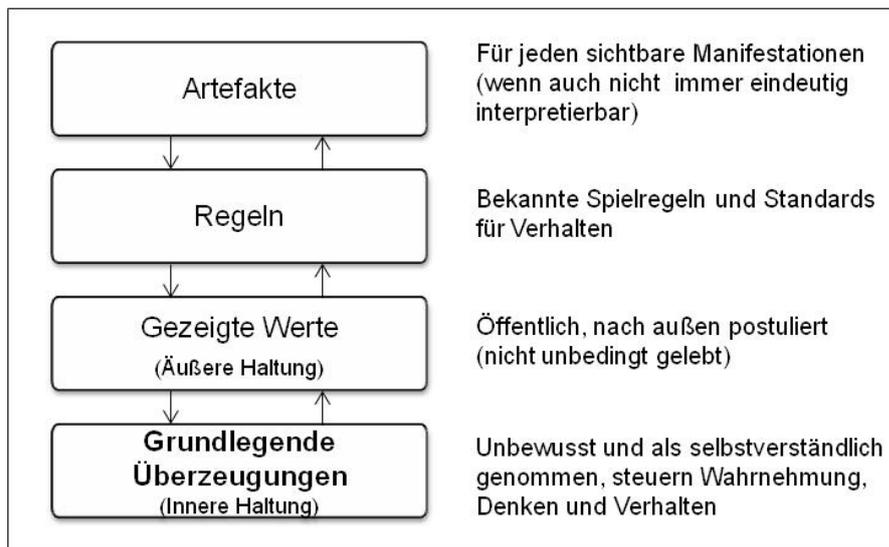


Abbildung 3.5 Ebenen und Komponenten von Unternehmenskultur (Quelle: Sackmann, 2009, S. 17).

Werte. Die Forschung über Werte geht zurück auf Milton Rokeach (1973, 1979) der in seinen Arbeiten eine erste theoretische Grundlage erarbeitete. Werte sind nach seiner Definition, im Gegensatz zu den sich zeitlich verändernden Eigenschaften, ein relativ stabiles überdauerndes Konstrukt. Werte am Arbeitsplatz sind definiert als generalisierte Überzeugungen über die jeweilige Bedeutung der verschiedenen Arbeitsaspekte wie z. B. Bezahlung, Autonomie, Arbeitsbedingungen sowie den arbeitsbezogenen Ergebnissen, wie z. B. Aufgabenerfüllung, Anerkennung oder Prestige (Dose, 1997, George & Jones, 1997, Lyons et al., 2009, Ros et al., 1999). Sie sind eher spezifische als allgemeine menschliche Werte, aber in Abhängigkeit von der individueller Bedeutung hierarchisch geordnet. Grundsätzlich werden zwei Typen von Arbeitswerten unterschieden (Elizur, 1984, Schwartz, 1999): kognitive (psychologische Zufriedenheit mit der Arbeit) und instrumentelle (bezogen auf materielle Arbeitsaspekte). Nach Lyons et al. 2009 lassen sich in der Forschung folgende Arbeitswerte unterscheiden:

- Soziale Arbeitswerte (Beziehungen zu Mitarbeitern, Führungspersonen und anderen Menschen)
- Altruistische oder humanitäre Arbeitswerte (beinhalten das Bedürfnis anderen zu helfen und einen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten)
- Prestige (Status, Einfluss und Macht).

Normen. Ebenso werden Normen als wichtige Determinanten des Sozialkapitals betrachtet im Sinne einer wichtigen Voraussetzung für Tauschprozesse, die den Austausch von Ressourcen ermöglichen und somit einen positiven Einfluss auf die Sozialkapitalbildung ausüben (Adler & Kwon, 2002; Portes, 1998). Darüber hinaus ist Sozialkapital auch von den Fähigkeiten der Personen bzw. Netzwerke abhängig (Gabbay & Leenders, 1999). Normen erzeugen ein Ausmaß an Übereinstimmung in einem sozialen System (Coleman, 1990; Nahapiet & Ghoshal, 1998). Normen der Interaktion und Kooperation stärken den Zusammenhalt und können eine tragfähige Grundlage für den Austausch von Informationen und Wissen sein. Darüber hinaus erhöhen sie die Motivation für den gegenseitigen Austausch (Nahapiet & Ghoshal, 1998). Reziprozität beschreibt die gegenseitige Hilfe unter Mitgliedern in einer Gemeinschaft. Sie bezieht sich auf Normen der Kooperation (Ahern & Hendryx, 2003), welche wiederum Muster oder Standards von Gruppen darstellen. Normen der Reziprozität umfassen zwei aufeinander bezogene Eigenschaften: einerseits diejenigen Menschen zu unterstützen, die ihnen geholfen haben und andererseits diesen Menschen nicht zu schaden (Gouldner, 1960). Werte und Normen sind oftmals in den Unternehmensleitlinien niedergeschrieben, sie bilden die Grundlagen des Handelns und der Zusammenarbeit in Organisationen. Durch einheitliche und klare Regelungen verringern Werte und Normen mögliche soziale Konflikte, reduzieren Unsicherheiten und Ängste, fördern das Vertrauen und erleichtern die Zusammenarbeit (Badura et al., 2008).

Sozialkapital wird, wie in dem bereits dargestellten konzeptuellen Modell von Adler & Kwon (1998) sowohl von den *Kompetenzen und Fähigkeiten* der Personen beeinflusst (wie z. B. soziale Kompetenzen oder spezifische Fachkenntnisse, die einen Beitrag für die Organisation oder Gemeinschaft darstellen) als auch von der *Motivation* der Person, diese Ressourcen zur Verfügung zu stellen (s. a. Nahapiet & Ghoshal, 1998; Portes, 1998). Darüber hinaus wirken sich auch *wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen* und Veränderungen auf die Ausbildung von Arbeitsbeziehungen und somit auch auf die Ausprägung des Sozialkapitals aus (Adler & Kwon, 2002).

3.2.6 Quantitative Messung

Die Erhebungen von Sozialkapital in Organisationen beziehen sich auf einen spezifischen Kontext. Erhebungen in Wohnbezirken und Gemeinschaften können daher nicht auf den Arbeitskontext übertragen werden. Stone & Hughes (2002) betonen, dass Sozialkapital in Abhängigkeit von der Art der Netzwerke und dem gesellschaftlichen Bezugssystemen variiert. Deshalb ist für eine adäquate Erhebung die Berücksichtigung von Kontext- und kulturellen Faktoren notwendig. Bei der Fokussierung auf den Arbeitskontext und

Organisationen ist zudem ein umfassendes Wissen über den Forschungsgegenstand erforderlich.

Hing-Ching (2008) resümiert, dass bei der Untersuchung der Einflussnahme bzw. des Wirkmechanismus von Sozialkapital in Organisationen folgende Aspekte berücksichtigt werden müssen:

(1) Sozialkapital ist abhängig von der Organisations- und Führungskultur sowie Einstellungen und Werthaltungen einer Organisation. Organisationen können in Abhängigkeit der Kontextfaktoren ein unterschiedlich hohes Ausmaß an Sozialkapital aufweisen. Deshalb sind Felduntersuchungen in verschiedenen Organisationen notwendig, um Aussagen über Eigenschaften, Voraussetzungen und Auswirkungen von Sozialkapital unter anderem auch in Bezug auf gesundheitsrelevante Auswirkungen weiter zu überprüfen.

(2) Zudem ist eine kritische Bewertung der existierenden Erhebungsinstrumente zur Erfassung des Sozialkapitals im organisationalen Kontext erforderlich.

(3) Sozialkapital ist, insbesondere auf den organisationalen Kontext bezogen, immer noch in der Entwicklungsphase, das Konzept des Sozialkapitals muss klar abgegrenzt und definiert werden.

(4) Zu berücksichtigen ist zudem, dass das Ausmaß von Sozialkapital unter anderem durch vielfältige Rahmenbedingungen beeinflussbar ist, wie z. B. durch kulturelle Konflikte, der Organisationsgröße, Informationsfluss und Transparenz, ökonomischen Anforderungen, Hierarchieunterschiede, Kommunikation, Führung, historische und politische Ereignisse sowie durch soziale Ungleichheit (Ahern & Herndryk, 2003).

Im Arbeitskontext, wie z. B. innerhalb von Arbeitseinheiten, ist Sozialkapital hauptsächlich von täglichen, informellen direkten Interaktionen zwischen Arbeitskollegen und Vorgesetzten abhängig. Bei der Erfassung sollten deshalb neben der Häufigkeit der Interaktionen auch deren Qualität berücksichtigt werden (Kouvonen et al., 2006). Die Mehrzahl der Studien beziehen sich überwiegend auf quantitative Zusammenhänge zwischen Sozialkapital und Gesundheit während qualitative Aspekte eher selten untersucht werden. „... *the literature leaves unanswered the question of which component parts of social capital have the greatest impact on mental health and well-being.*“ (Whitley & McKenzie 2005, S. 80). Die qualitativen Unterschiede zwischen den verschiedenen Aspekten haben zudem eine hohe praktische Relevanz, z. B. im Hinblick auf die zielgerichtete Auswahl von Interventionsmaßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden.

Die Qualität sozialer Beziehungen innerhalb einer Organisation können über die Wahrnehmung der Beschäftigten erfasst werden (Hagan, 1994). Cohen & Prusak (2001)

schlagen jährliche Befragungen vor, um das soziale Kapital von Gruppen zu erheben oder gegebenenfalls isolierte Personen oder Gruppen zu identifizieren.

Instrumente. Im Arbeitskontext werden viele verschiedene Dimensionen von Sozialkapital unterschieden, wie z. B. die Gerechtigkeit, interpersonelles Vertrauen oder die Qualität von Teamarbeit, welche mit einer großen Bandbreite an verschiedenen Instrumenten erfasst werden. Jedoch beinhalten die Erhebungsinstrumente eine breite Vielfalt an verschiedenen Aspekten, die sich auf unterschiedliche konzeptionelle Hintergründe beziehen (Kouvonen et al., 2006). Rixgens (2010, S. 264) fasst die Defizite wie folgt zusammen: Es gibt „*bei der konkreten Definition, Operationalisierung und skalentechnischen Modellierung des Konzepts erhebliche Lücken, gravierende methodische Defizite und disziplinspezifische unterschiedliche Herangehensweisen.*“

Für den Arbeitskontext gibt es derzeit nur wenige standardisierte und validierte Messinstrumente für Sozialkapital. Häufig werden in Studien nur Teilaspekte von Sozialkapital erfasst. Auszugsweise werden vier aktuelle Instrumente vorgestellt, welche Sozialkapital in Organisationen in umfassender Weise erfassen und eigens zu diesem Zweck entwickelt wurden.

Ellinger et al. (2011) haben auf Basis von Cohen & Prusak's (2001) konzeptuellen Arbeiten ein Instrument zur Erfassung von organisationalem Investment in das Sozialkapital entwickelt und im Rahmen umfangreicher Analysen validiert. Der Fragebogen ist ein eindimensionales Kurzverfahren mit sieben Items, welcher verschiedene Eigenschaften und Verhaltensweisen des Managements umfasst wie z. B. Gerechtigkeit und Respekt, Vertrauen, Zuverlässigkeit und Kommunikation. Das Instrument eignet sich für den Einsatz in verschiedenen Branchen, wie z. B. im Einzelhandel oder in anderen Dienstleistungsbereichen. Es kann als Diagnoseinstrument zur Identifizierung von potenziellen Beziehungsproblemen sowie für zielgerichtete Interventionen im Bereich der Kundenbetreuung eingesetzt werden.

Kouvonen et al. (2006) evaluierten einen Kurzfragebogen für die Erfassung von Sozialkapital am Arbeitsplatz. Die acht Items wurden teilweise aus bereits vorhandenen Instrumenten entnommen und umfassen strukturelle und kognitive als auch „bonding-bridging-linking“ Dimensionen von Sozialkapital. Die Validierungsergebnisse an einer großen finnischen Stichprobe zeigen, dass das Instrument das Konstrukt des Sozialkapitals hinreichend valide erfasst und entsprechende Zusammenhänge mit anderen Variablen abbilden kann.

Der Bielefelder Sozialkapital-Index (BSI) erfasst die sozialen Produktivitätsressourcen in Unternehmen und wurde im deutschsprachigen Raum eigens für die empirische Überprüfung des Bielefelder Sozialkapital-Ansatzes konzipiert und entwickelt (s. Rixgens, 2010). Hierbei greifen die Autoren auf zum Teil bewährte Skalen zurück, andere Konstrukt wurden neu

entwickelt. Das betriebliche Sozialkapital wird in drei Teilaspekten als auch als Gesamtwert in Form eines Index anhand subjektiver Einschätzungen auf Basis einer fünfstufigen Likert-Skala erfasst und quantifiziert. Die insgesamt dreißig Items beziehen sich auf (1) das Netzwerkcapital, welches die Qualität und Quantität horizontaler Beziehungen erfasst (2) das Führungskapital – die Intensität und die Qualität der vertikalen Beziehungen sowie das (3) Wertekapital bzw. die Unternehmenskultur, die über gemeinsam geteilte Überzeugungen, kollektive Wertvorstellungen und Verhaltenserwartungen sowie deren praktische Umsetzung operationalisiert wird. Der Fragebogen wurde anhand einer umfangreichen Stichprobe aus verschiedenen Unternehmen der Produktions- und Dienstleistungsbranche evaluiert. Als praktikables, anwendungsorientiertes Instrument kann es im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen eingesetzt werden.

Der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ I) wurde 1997 in Dänemark entwickelt und ist ein international angewandtes und validiertes Instrument für die Erfassung von psychosozialen Faktoren bei der Arbeit (Kristensen et al., 2005). Der COPSOQ umfasst in seiner zweiten Version (COPSOQ II) insgesamt 41 Skalen mit 127 Items. Bei der Weiterentwicklung des Instruments wurden die Aspekte Vertrauen, Gerechtigkeit und soziale Zusammenhalt aufgenommen, mit dem Ziel, neben individuellen Aspekten auch Dimensionen der Organisation bzw. des Arbeitsplatzes zu erfassen (Pejtersen et al., 2010). Die Erfassung von Werten, wie Vertrauen und Gerechtigkeit sind Aspekte von Sozialkapital (Coleman, 1988) und stellen nach Auffassung der Autoren bedeutende Einflussfaktoren für das Wohlbefinden als auch für die sozialen Prozesse in Organisationen dar. Bei der Entwicklung der Sozialkapitalskalen wurde zum Teil auf bestehende Fragebogeninstrumente zurückgegriffen (Carless & De Paola, 2000; Cook & Wall, 1980; Elovainio et al., 2004). Der Fragebogen wurde umfangreich validiert (s. Burr et al., 2010; Pejtersen et al., 2010; Pejtersen, Bjorner & Hasle 2010; Thorsen & Bjorner, 2010).

Wie in den nachfolgenden Abschnitten aufgezeigt wird, weist Sozialkapital vielfältige Zusammenhänge sowohl zu unternehmerischen Effekten als auch zu verschiedenen Gesundheitsindikatoren auf. Vor diesem Hintergrund sowie im Hinblick auf die Ableitung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen ist die Anwendung von Instrumenten, die in anderen Untersuchungen ihre Validität nachgewiesen haben von großer Bedeutung.

3.2.7 Unternehmerische Effekte

Prusak & Cohen (2001) betonen die ausgesprochen positiven Effekte von hohem Sozialkapital für Organisationen: „*Engagement, collaboration, loyalty, persistence, and dedication are important benefits.*“ (S. 92). Sozialkapital ist sowohl für die wirtschaftliche als auch für die soziale Entwicklung von großer Bedeutung. Lesser & Prusak (2004) betonen

positive Effekte von Sozialkapital sowohl auf individueller, organisatorischer als auch auf nationaler Ebene.

Auf organisationaler Ebene wird der Nutzen von Sozialkapital unter anderem in einer Erhöhung der Effizienz und Leistungsfähigkeit begründet „...*deals move faster and more smoothly, teams are more productive, people learn more quickly and perform with more creativity.*“ (Prusak & Cohen, 2001, S. 86), die sich in folgenden Aspekten wieder spiegeln (s. Badura et al., 2008; Burt, 2000; Cohen & Prusak, 2001; Leana & van Buren, 1999; Lesser & Prusak, 2004; Nahapiet & Ghoshal, 1998; Putnam, 1993):

- Offener Wissensaustausch, erhöhte Wissensdiffusion und verbesserter Wissenstransfer durch gefestigte Beziehungen, gemeinsame Bezugssysteme und gemeinsame Ziele und hohes Vertrauen,
- Ersparnis von Zeit und Aufwand durch einen verbesserten Informationsfluss,
- Förderung der Kreativität,
- Senkung von Monitoring- und Koordinationskosten (intern als auch extern), somit geringere Transaktionskosten sowie
- geringere Fluktuation, hierdurch reduzierte Abfindungszahlungen sowie geringere Kosten durch Einstellungs- und Einarbeitungsprozesse, Erhaltung von organisationsbezogenen Wissen.

Hohes Sozialkapital wirkt sich zudem positiv auf Arbeitsbeziehungen aus (Dess & Shaw, 2001; Seibert et al., 2001). Merlo et al. (2006) zeigen, dass die Mitarbeiter-Kunden-Orientierung sowie die Kreativität im Einzelhandel positiv durch hohes Sozialkapital beeinflusst wird. Carmeli et al. (2009) bestätigen den Einfluss von relationaler Führung auf die Vitalität und Arbeitsleistung. Die vorhandene Literatur deutet darauf hin, dass Sozialkapital untrennbar mit einem Ansteigen der Produktivität verbunden ist. Verhaltensnormen, die das Sozialkapital am Arbeitsplatz unterstützen und fördern sind somit auch ein Beitrag für die Wettbewerbsfähigkeit von Organisationen (Ellinger et al., 2011).

3.2.8 Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden

In der Gesundheitsforschung werden Zusammenhänge überwiegend auf individueller Ebene untersucht, ohne die Berücksichtigung von kontextuellen Faktoren (Blakely & Subramanian, 2006; Kawachi et al., 2008). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist darauf hin, dass die grundlegenden Ursachen für Gesundheit und Krankheit einen engen Bezug zu sozialen und ökologischen Faktoren aufweisen.

Studien über Sozialkapital im soziologischen Bereich haben gezeigt, dass kollektive Eigenschaften, wie z. B. Merkmale von Gruppen, Einfluss auf das Wohlbefinden ganzer Gesellschaften haben. Dies wurde insbesondere durch die Arbeiten von Putnam populär (Putnam, 1993, 2000). Das Sozialkapital hat im Vergleich zu traditionellen Risikofaktoren eine hohe Prädiktionskraft und wird in der sozialen und gesellschaftlichen Forschung mit verschiedenen Variablen bzw. Konzepten assoziiert, wie z. B. Gesundheit (Almedom & Glandon, 2008, De Silva et al. 2005, Giordano & Lindström, 2010; Hamano et al., 2010; Kawachi et al., 1999; Kim et al., 2008; Knesbeck et al., 2005, Lindström, 2008, Schultz et al., 2008), Mortalität (Huisman et al., 2009; Kawachi et al., 1999, Scheffler et al., 2008) oder gesundheitsbezogenem Verhalten (Crosby et al., 2003, Kouvonen et al. 2008, Lindström, 2010, Sapp et al., 2010). Nach dem derzeitigen Forschungsstand ist davon auszugehen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Gesundheit besteht, wenngleich diese Erkenntnisse mit Einschränkungen bezüglich der Untersuchungsdesigns (Querschnitterhebungen) verbunden sind (Almedom & Glandon, 2008; Whitley & McKenzie, 2005).

Forschungsergebnisse im soziologischen Kontext weisen zudem darauf hin, dass die verschiedenen Dimensionen von Sozialkapital einen unterschiedlichen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Kognitives Sozialkapital, wie z. B. die wahrgenommene Unterstützung, Reziprozität oder Vertrauen weisen Zusammenhänge zu guter mentaler Gesundheit auf, während strukturelle Aspekte, wie z. B. das Ausmaß und die Intensität von Verbindungen mit schlechter mentaler Gesundheit korrelieren (De Silva et al., 2006, Kawachi et al., 2008). Oksanen et al. (2010) zeigen anhand einer großen finnischen Kohortenstudie, dass sowohl vertikales als auch horizontales Sozialkapital, als unabhängige Prädiktoren hohe Zusammenhänge zu depressiven Erkrankungen aufweisen. Deshalb sollten Forschungsarbeiten die unterschiedlichen Aspekte getrennt erfasst, um differenziertere Aussagen zu ermöglichen.

Es stellt sich die Frage, ob Sozialkapital *in Organisationen* ein Risikofaktor bzw. eine Ressource für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten darstellt. Studien, die Beziehungen *innerhalb* von Organisationen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten untersuchen und somit kontextuelle Einflussfaktoren berücksichtigen, sind eher selten.

Es existieren Ansätze, die die positiven Effekte von Sozialkapital auf die Gesundheit der Mitarbeiter fokussieren: Der Bielefelder Sozialkapital-Ansatz stellt gesundheitsbezogene Effekte in den Vordergrund und geht von der Annahme aus, „...dass das betriebliche Sozialkapital der maßgebliche Garant für ein gutes gesundheitliches Wohlbefinden der

Beschäftigten und damit eine besonders wichtige Voraussetzung für hohe wirtschaftliche Produktivität des Unternehmens ist.“ (Rixgens, 2010; s. a. Badura et al., 2008).

„Das Sozialkapital eines Unternehmens ist neben finanziellen Anreizen die wichtigste treibende Kraft zur Mobilisierung des Humankapitals ... [und] wegen der engen Verflechtung sozialer, psychischer und biologischer Prozesse – auch für das Wohlbefinden und die physische Gesundheit ihrer Mitglieder.“ von grundlegender Bedeutung (Badura et al., 2008, S. 20). Neben unternehmerischen Effekten wirkt sich Sozialkapital auch auf die Motivation sowie auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten aus (Badura et al., 2008).

In der folgenden Literaturanalyse werden die aktuellen wissenschaftlichen Studien und Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Sozialkapital auf die Gesundheit und das Wohlbefinden ausführlich dargestellt und beschrieben.

3.2.8.1 Literaturanalyse

In die Literaturanalyse wurden alle deutsch- und englischsprachigen Publikationen ab dem Jahr 2005 (Elektronische Datenbanken: Medline (PubMed), PsychINFO) einbezogen, welche *organisationales* Sozialkapital (*innerhalb* von Organisationen) in Zusammenhang mit Gesundheit oder Wohlbefinden der Beschäftigten untersuchen. Ziel ist es, auf Basis aktueller Forschungsergebnisse die Relevanz und den Einfluss von Sozialkapital speziell im *organisatorischen* Kontext auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten herauszustellen.

Da sich verschiedene Aspekte unter dem Begriff Sozialkapital subsumieren und Studien, die Sozialkapital umfassend abbilden sehr selten sind, wurden auch diejenigen Publikationen einbezogen, welche relevante Schlüsselaspekte von Sozialkapital untersuchen. Als Suchbegriffe für Sozialkapital wurden verschiedene Suchterme verwendet, wie z. B. „social capital“, „trust“ „justice“ oder „reciprocity“. Diese wurden mit dem Booleschen Operator „AND“ mit „workplace“ oder „organizational“ „AND“ health“, „#satisfaction“, „wellbeing“ oder „burnout“ verbunden. Der Begriff „social support“ wurde in die Suche nicht eingeschlossen, da sich eine Vielzahl von Studien auf die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit / Wohlbefinden bezieht, dies würde eine gesonderte Literaturanalyse, mit speziellen Suchbegriffen erfordern (s. a. De Silva et al., 2005).

Einschlusskriterien. Es wurden ausschließlich Studien ausgewählt, die die sozialen Beziehungen *innerhalb* von Organisationen untersuchten. Weitere Einschlusskriterien waren (1) inhaltlicher Bezug zwischen *organisationalem* Sozialkapital und Gesundheit und/oder Wohlbefinden (2) aussagekräftige Indikatoren für Sozialkapital, einschließlich Studien, die Schlüsselaspekte von Sozialkapital erfassen, diese aber nicht unter dem Begriff Sozialkapital

führen (3) aussagekräftige Indikatoren für Gesundheit oder Wohlbefinden bei der Arbeit. Studien, die keine Originaldaten beinhalteten (Reviews) wurden ausgeschlossen. Es wurden keine Einschränkungen hinsichtlich der geografischen Lage und bezüglich des Studiendesigns vorgenommen.

Studienselektion. Die Auswahl der Studien erfolgte anhand der dargestellten inhaltlichen Kriterien. Alle Publikationen, die die Einschlusskriterien erfüllten wurden in die Analyse mit aufgenommen. Die Suchanfrage ergab insgesamt 440 Treffer (PsychINFO und PubMed). Nach Durchsicht hinsichtlich der Relevanz ergab sich eine reduzierte Anzahl von 30 Studien. Eine Studie wurde aufgrund nicht vorliegender Originaldaten, zwei weitere Studien wurden aufgrund nicht relevanter Gesundheitsindikatoren ausgeschlossen. Zwei weitere Studien wurden aufgrund fehlender Effektschätzungen eliminiert, eine Studie war doppelt vorhanden. Nach Überprüfung der Einschlusskriterien verblieben noch 24 Studien, die in die Analyse eingegangen sind (s. Abbildung 3.6).

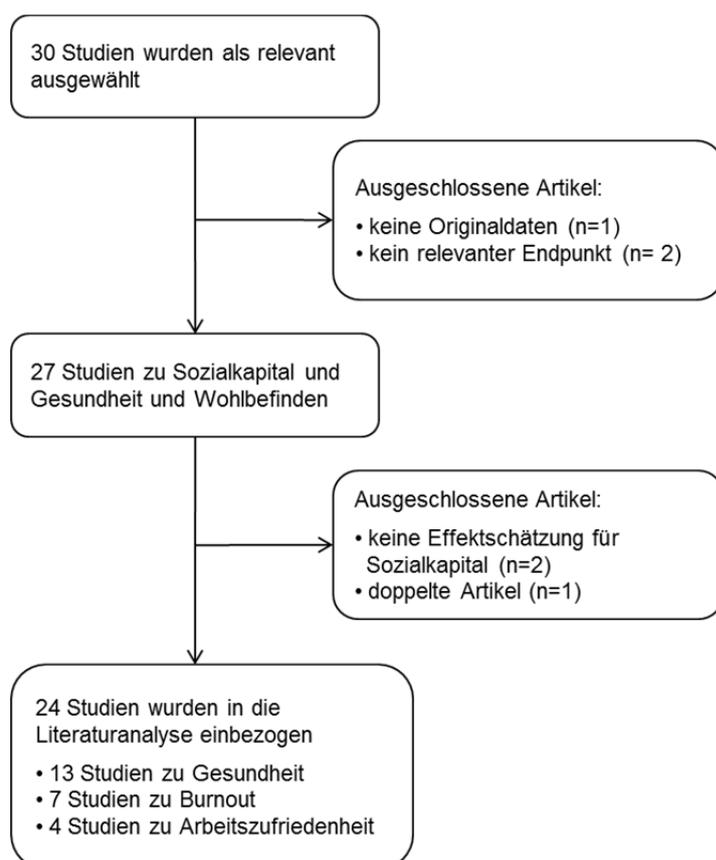


Abbildung 3.6 Ausgewählte Studien.

Dreizehn Studien beziehen sich auf Gesundheit (ca. 88500 Beschäftigte), sieben Studien auf Burnout (ca. 3600 Beschäftigte) und vier Studien (ca. 2200 Beschäftigte) auf die Arbeitszufriedenheit. Alle ausgewählten Studien sind in tabellarischer Form nach folgenden

Inhalten aufgegliedert: Jahr, Autor(en), Stichprobe, Stichprobengröße, Studiendesign, Validität, Indikatoren für organisationales Sozialkapital, abhängige Variable(n), Kovariaten und Ergebnisse.

Die unterschiedlichen Erhebungen von Sozialkapital als auch die unterschiedlich verwendeten statistischen Methoden machen die Durchführung einer statistischen Metaanalyse unmöglich. Zur Beantwortung des Einflusses von Sozialkapital auf die Gesundheit wurden die geschätzten Effekte in drei Gruppen eingeteilt (s. a. De Silva et al., 2005): (1) signifikante umgekehrte Beziehung zwischen Sozialkapital und den abhängigen Variablen (5 %-Ebene) (2) kein statistisch signifikanter Zusammenhang auf dem 5 %-Level (3) positiver signifikanter Zusammenhang zwischen Sozialkapital und den Abhängigen Variablen (5 %-Ebene). Die Effekte wurden getrennt (sofern vorhanden) nach individueller und organisatorischer Ebene beschrieben und dargestellt. Die Anzahl der geschätzten Effekte wurde für jede Kategorie angegeben. Die dargestellten Effekte beziehen sich auf die abhängigen Variablen Gesundheit (hierin sind sowohl körperliche Aspekte, wie z. B. koronare Erkrankungen, Vitalität als auch die psychische Gesundheit, wie z. B. psychische Erkrankungen und Wohlbefinden im Allgemeinen eingeschlossen), Burnout und Arbeitszufriedenheit.

Eine Unterscheidung von kognitiven und strukturellen Aspekten wurde nicht vorgenommen, da die Vergleichbarkeit aufgrund der Unterschiedlichkeit der Indikatoren nur eingeschränkt möglich ist. Die Effekte wurden jedoch nach den unterschiedlichen Erhebungsebenen (individuell vs. organisatorisch) sowie anhand der von den Autoren definierten Aspekten differenziert.

Nachfolgend sind alle ausgewählten Studien getrennt nach den abhängigen Variablen Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit dargestellt und in tabellarischer Form beschrieben. Eine zusammenfassende Tabelle gibt die Schätzungen der Effekte wieder.

3.2.8.2 Gesundheit

Dreizehn Studien aus insgesamt acht verschiedenen Ländern beziehen sich auf die Variable Gesundheit (siehe Tabelle 3.5). Vermehrt wurden Studien zu Sozialkapital und Gesundheit in Finnland und England durchgeführt (vier vs. drei). Mehr als die Hälfte der Studien basieren auf Längsschnittuntersuchungen und sind somit im Hinblick auf die Aussagekraft der Effekte im Vergleich zu Querschnittuntersuchungen weniger methodischen Einschränkungen unterworfen. Positiv zu bewerten ist, dass insgesamt vier Studien die unterschiedlichen Ebenen der Erhebung bei der Analyse berücksichtigten (Individual vs. Organisations-/Gruppenebene; Suzuki et al., 2010, Oksanen et al., 2010). Im Hinblick auf die Auswahl der Kriterien bzw. Indikatoren für Sozialkapital unterscheiden sich die Studien erheblich. Lediglich

vier Studien erfassen gleichzeitig mehrere Aspekte von Sozialkapital. Hierbei wurden vertikale und horizontale Dimensionen (Oksanen et al. 2008; Oksanen et al., 2010) bzw. strukturelle und kognitive Komponenten gegenübergestellt (Carmeli, et al., 2009; Kouvonen et al., 2008, Rixgens, 2008). Sieben Studien bezogen sich auf den Aspekt der organisationalen Gerechtigkeit, Suzuki et al. (2010) untersuchten organisationales Vertrauen und Reziprozität. Als Gesundheitsindikatoren wurden in den Studien unterschiedliche Kriterien herangezogen: subjektive Gesundheitseinschätzungen (self-rated health, sechs Studien), Depression oder psychische/psychiatrische Erkrankungen (sieben Studien), Vitalität, Wohlbefinden sowie koronare Erkrankungen.

Die Schätzungen der Effekte sind in Tabelle 3.6 zusammengefasst. Auf individueller Ebene gibt es einen starken Zusammenhang zwischen Gerechtigkeit und Gesundheit. In 21 von 26 geschätzten Effekten steht ein hohes Ausmaß an Gerechtigkeit in signifikant positivem Zusammenhang mit guter Gesundheit. Suzuki et al. (2010) konnten anhand von Mehrebenenanalysen lediglich einen kontextuellen Effekt auf schlechte Gesundheit nachweisen, während organisationale Effekte der Reziprozität auf die Gesundheit der Beschäftigten nicht signifikant waren. Dem entgegen stehen fünf Effekte, die keinen signifikanten Zusammenhang aufweisen. Einschränkend ist zu erwähnen, dass diese Effekte zum überwiegenden Teil aus einer Querschnittsanalyse an einer vergleichsweise kleinen Stichprobe untersucht wurden (Lawson et al., 2009). Ausschließlich positive Effekte zeigten sich zwischen Vertrauen / Reziprozität und Gesundheit. Bezüglich der gemischten Indikatoren für Sozialkapital zeigten zwölf Effekte einen positiven Zusammenhang, lediglich ein Effekt ergab keinen signifikanten Zusammenhang.

Tabelle 3.5 Sozialkapital in Organisationen und Gesundheit (s. Fortsetzung nächste Seite).

Jahr, Autor(en)	Stichprobe, N, Anteil Frauen in %	Studien-design	Validität	Indikator(en)	Abhängige Variablen	Kovariaten	Ergebnisse*
Oksanen et al., 2010	Finnland, Arbeiter öffentlicher Dienst, 21 Krankenhäuser, 25763, 82%	LS	1	SK: vertikal (Vertrauen und Gegenseitigkeit), horizontal (soziale Kontakte, Vertrauen Gegenseitigkeit und Normen)	Depression (Selbstreport, ärztliche Diagnose / Verschreibung von Antidepressiva)	Alter, Geschlecht, Familienstand, berufl. Position, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, körperliche Aktivitäten, BMI, SRH als Mediator	Depression: OR 1.42 / 1.39 für vertikales SK, OR 1.47 / 1.32 für horizontales SK
Suzuki et al., 2010	Japan, Beschäftigte privater Sektor, 1147, 29%	QS	2, 5	SK: Vertrauen und Gegenseitigkeit	SRH	Alter, Geschlecht, Beruf, Familienstand, Bildung, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, BMI, chronische Krankheiten	individuelle Ebene : OR 2.34 Mißtrauen, OR 2.26 Mißtrauen und Mangel an Gegenseitigkeit. Organisationsebene: OR 2.27 Mißtrauen, OR 0.98 Mangel an Gegenseitigkeit (n. s.)
Carmeli et al., 2009	Israel, Arbeiter und Manager, 209, 58%	QS	1, 2, 4	SK: bonding, Führungsverhalten (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kommunikation)	Vitalität, Arbeitsleistung	Alter, Geschlecht, Dauer des Arbeitsverhältnisses	Führungsverhalten pos. Bez. > bonding SK > pos. Bez. zu Vitalität > pos. Bez. zur Arbeitsleistung
Lawson et al., 2009	Australien, Polizisten, 587, 22,5%	QS	2, 3, 5	SK: Gerechtigkeit (distributiv, prozedural, interpersonal, informal), DCS	Wohlbefinden (psychische Gesundheit, Arbeitszufriedenheit)		psych. Ges.: s. Anforderungen, Unterstützung, n.s. Gerechtigkeit, Arbeitszufriedenheit: s.: distributive, interpersonale, informelle Gerechtigkeit, Anforderungen, Kontrolle, Unterstützung, n.s. prozedurale Gerechtigkeit
Liljegren et al., 2009	Schweden, Verwaltungsmitarbeiter, 428, 57%	OS, LS	1, 2, 4	SK: Gerechtigkeit (distributiv, prozedural, interaktional)	SRH (physisch, psychosozial), Burnout		SRH (phys. U. pssoz.): s. Gerechtigkeit (MZP 1, 2, 3), Burnout: s. Gerechtigkeit (MZP 1, 2, 3)
Kouvonen et al., 2008	Finnland, Beschäftigte im öffentlichen Sektor, 25982, 82%	LS	1	SK (kognitiv, strukturell)	Depression (Selbstreport, Registerdaten: ärztliche Diagnose, Verschreibung von Antidepressiva)	Geschlecht, Alter, Familienstand, sozioökonomische Situation, Gebiet, Gesundheitsverhalten, psychol. Distress	individuelle Ebene : SRH/diagn. Depression: sign. OR 1.2-1.53, Antidepressiva: sign. OR 1.32-1.34 Organisationsebene : n. s.
Oksanen et al., 2008	Finnland, Beschäftigte im öffentlichen Sektor 9524, 79%	LS	1	SK (kognitiv, strukturell, bonding, bridging, linking)	SRH	Familienstand, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, BMI, Geschlecht, Alter, berufliche Position	individuelle Ebene : OR 1.97 (low-low), OR 1.86 (high-low), OR 1.19 (low-high), n.s. Organisationsebene : OR 1.19 (adj. indiv. Faktoren), OR 1.14 n.s. (adj. org. Faktoren)

Jahr, Autor(en)	Stichprobe, N, Anteil Frauen in %	Studien-design	Validität	Indikator(en)	Abhängige Variablen	Kovariaten	Ergebnisse*
Rixgens, 2008	Deutschland, Produktions- und Dienstleistungssektor, 2287, 33%	QS	5	SK (Netzwerkkapital, Führungskapital, Wertekapital), Arbeitsbedingungen	Gesundheit, Qualität der Arbeit	berufl. Position, Geschlecht, Alter	Wertekapital, Arbeitsbedingungen: s. pos. Bez. Zu Qualität der Arbeit. Gesundheit. Netzwerkkapital u. Führungskapital s. indirekte Effekte.
De Vogli et al., 2007	England, Beschäftigte im öffentlichen Sektor, 8298, 30%	LS	1, 2, 4	SK: Gerechtigkeit	Herzinfarkt, SRH (Physisch, mental)	Alter, Geschlecht, Anstellungsverhältnis, koronare Risikofaktoren, psychosoziale Faktoren	Herzinfarkt: HR 1.55, körperliche Gesundheit: OR 1.46, Mentale Gesundheit: OR 1.54
Kivimäki et al., 2007	Finnland, Beschäftigte im öffentlichen Sektor: 18066, 78% (städtisch), 4833, 89% (Krankenhaus)	LS	1, 2, 4	SK: Organisationale Gerechtigkeit (prozedural, relational), ERI	SRH, Psychiatrische Erkrankungen, Depression	Alter, Geschlecht, berufl. Position	SK: SRH (städtisch / Krankenhaus): OR 1,36 / OR 1,20 n.s., Psych. Erkr (städtisch / Krankenhaus): OR 1,56 / OR 1,64, Depression (städtisch / Krankenhaus): OR 1,52 / OR 1,87, ERI: SRH (städtisch / Krankenhaus): OR 1,44 / OR 1,30 n.s., Psych. Erkr (städtisch / Krankenhaus): OR 1,85 / OR 1,38 n.s., Depression (städtisch / Krankenhaus): OR 1,49 / OR 1,52 n.s.
Spell et al., 2007	USA, Arbeiter, 483, 57%	QS	1	Individuell: Organisationale Gerechtigkeit (prozedural, distributiv, interaktional), Organisationale Gerechtigkeit (prozedural, distributiv, interaktional)	Depression, Ängstlichkeit,	Alter, Geschlecht, Dauer des Arbeitsverhältnisses, Bildungsniveau	Individuelle Ebene : s. Depression, Ängstlichkeit, s. Interaktionseffekt (distr, prozedual) Organisationsebene : s. Depression, Ängstlichkeit, n. s. Interaktionseffekte
Ferrie et al., 2006	England, Beschäftigte im öffentlichen Sektor, 10308, 33%	LS	1, 2, 4	SK: Beziehungsgerechtigkeit	Psychiatrische Erkrankungen	Alter, berufliche Position, physische Gesundheit	psych. Erkrankung (MZP 1 vgl. MZP 2/3): OR 1,34 / 1,43 (Männer), OR 1,43 / 1,40 (Frauen), Pos. Veränd. > s. niedrigeres Risiko, neg. Veränd. > s. höheres Risiko CHD: HR 0,69 (Präd. unabhängig von ERI, DC)
Kivimäki et al., 2005	England, Beschäftigte im öffentlichen Sektor, 6442, 33%	LS	1, 2, 4	SK: relationale Gerechtigkeit, DC, ERI	CHD	Alter, berufliche Position, Cholesterolkonzentration, BMI, Hypertension, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, körp. Aktivität	

1: Validität überprüft, ausreichend bis gut; 2 erfassen nur Teilaspekte von SK; 3: keine Berücksichtigung von Kovariaten; 4 Daten entstammen verschiedenen Ebenen, keine Berücksichtigung der Unterschiede (z. B. MLA); 5 Validität nicht ausreichend geprüft; SK: Sozialkapital (in Organisationen), LS: Längsschnittstudie, QS: Querschnittstudie, SRH: self-rated health / subjektive Gesundheit, BMI: body mass index, ERI: effort-reward imbalance, DCS-Modell: demand-control-support Model, DC: demand-control, CHD: coronary heart disease, WFC: Work-family-conflict, AZ: Arbeitszufriedenheit; s. signifikantes Ergebnis (p<0.05), n.s.: nicht signifikanter Zusammenhang. * Ergebnisse sind auf dem p<0.05 Niveau signifikant (n. s. Ergebnisse sind ausgewiesen).

Tabelle 3.6 Zusammenfassung der Studien zur Beziehung zwischen Sozialkapital in Organisationen und Gesundheit.

	Anzahl geschätzter Effekte			
	Anzahl geschätzter Effekte	Umgekehrter Zusammenhang*	Kein Zusammenhang*	Positiver Zusammenhang*
SK individuelle Ebene				
Gerechtigkeit	26	0	5	21
Vertrauen / Reziprozität	2	0	0	2
Gemischt	13	0	1	12
SK organisationale Ebene		0		
Gerechtigkeit	2	0	0	2
Vertrauen / Reziprozität	2	0	1	1
Gemischt	3	0	2	1
Gesamt	48	0	9	39

*Statistisch signifikant $p < .05$. Anmerkung: SK (Sozialkapital), Gemischt: Erfassung verschiedener Aspekte von Sozialkapital.

Auf organisationaler Ebene ist die Richtung der Zusammenhänge weniger eindeutig und in der Anzahl der geschätzten Effekte (sieben) insgesamt gering. Im Aspekt Gerechtigkeit konnten zwei positive Zusammenhänge, bei Vertrauen/ Reziprozität ein signifikanter positiver Effekt und ein Effekt ohne einen signifikanten Zusammenhang zur Gesundheit aufgefunden werden. Bei den gemischten Indikatoren ließ sich nur ein signifikant positiver Effekt aufzeigen, dem zwei nicht signifikante Effekte gegenüberstehen.

Insgesamt zeigen die Effekte auf individueller Ebene einen starken positiven Zusammenhang zur Gesundheit. Auf organisationaler Ebene sind die Effekte weniger eindeutig (vier positive Zusammenhänge vs. drei Effektschätzungen, die keinen Zusammenhang aufweisen).

3.2.8.3 Burnout

Sieben Studien bezogen sich auf Sozialkapital in Organisationen und Burnout (siehe Tabelle 3.7). Ausschließlich Moliner et al. (2005) untersuchten den Zusammenhang auf Gruppenebene, allerdings an einer vergleichsweise kleinen Stichprobe (N=324). Die Studien stammen aus vier Ländern, zwei sind aus Deutschland. Die Stichproben sind unterschiedlich groß, vier umfassen weniger als 500 Personen. Die Studien basieren auf unterschiedlichen Berufsgruppen (Bürobeschäftigte, Pflegepersonal, Berufe aus dem technischen Sektor, Hotelgewerbe und Verwaltungsmitarbeiter). Mehr als die Hälfte der Studien verwenden mehrere Indikatoren für Sozialkapital, drei beziehen sich auf den Aspekt Gerechtigkeit. Burnout wurde unterschiedlich operationalisiert. In drei Studien wurden alle drei Aspekte von Burnout untersucht (emotionale Erschöpfung, Zynismus, Selbstwirksamkeit), in zwei Studien lediglich der Aspekt der emotionalen Erschöpfung und in zwei weiteren Studien wurde lediglich der Gesamtwert als Kriterium verwendet.

Die Ergebnisse der Studien sind in Tabelle 3.8 dargestellt. Die Effekte auf individueller Ebene zeigen einen deutlichen Trend in Richtung eines umgekehrten Zusammenhangs zwischen organisationalem Sozialkapital und Burnout (insgesamt 18 von 19 Effekten), sowohl für Gerechtigkeit als auch für Sozialkapital insgesamt. Lediglich ein Effekt zeigte keinen signifikanten Zusammenhang auf. Die Ergebnisse auf organisationaler bzw. Gruppenebene zeigen andere Ergebnisse auf. Nur sieben von insgesamt achtzehn Effekten weisen einen signifikant umgekehrten Zusammenhang auf, während elf Effektschätzungen keinen Zusammenhang aufweisen. Jedoch müssen diese Ergebnisse mit Vorbehalt interpretiert werden, da diese Effektschätzungen auf einer Querschnittstudie mit kleiner Stichprobe ($N < 350$) basieren. Insgesamt konnten jedoch in fast zwei Drittel aller geschätzten Effekte signifikant umgekehrte Zusammenhänge festgestellt werden, d. h., je stärker die Ausprägungen des Sozialkapitals, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit an Burnout zu erkranken.

Tabelle 3.7 Studien zu organisationalem Sozialkapital und Burnout.

Jahr, Autor(en)	Stichprobe, N, Anteil Frauen in %	Studien- design	Validität	Indikator(en)	Abhängige Variable(n)	Kovariaten	Ergebnisse*
Boyas et al., 2010	USA, Bürobeschäftigte, 209, 87%	QS	1, 4	SK (Vertrauen / Kooperation, soziale Beziehungen unter Kollegen / Vorgesetzten, organisationales Commitment, Kommunikation, Einfluss, Gerechtigkeit)	Burnout (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation), Arbeitsstress	Alter, Bildung, Familienstand, Dauer des Arbeitsverhältnisses, Kinder,	Depersonalisation: organ. Commitment, Kooperation. Emotionale Erschöpfung: organ. Commitment, Unterstützung Vorgesetzter. Arbeitsstress: Kommunikation, Unterstützung Vorgesetzter, organ. Commitment, Vertrauen (s. direkte Effekte).
Kowalski et al., 2010	Deutschland, Pflegepersonal, 959, 87%	QS	4, 5	SK (gemeinsame Werte, gegenseitiges Vertrauen), Arbeitspensum, Entscheidungsspielraum	Burnout (emotionale Erschöpfung)	Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Dauer des Arbeitsverhältnisses	Burnout: OR 0.54 SK, OR 4.52 Arbeitspensum, OR 0.37 Entscheidungsspielraum
Kowalski et al., 2010	Deutschland, Pflege - und pädagogisches Personal, 175, 62%	QS	4, 5	SK (gemeinsame Werte, gegenseitiges Vertrauen), Arbeitspensum, Entscheidungsspielraum	Burnout (emotionale Erschöpfung)	Geschlecht, Alter, Arbeitserfahrung, Dauer der Arbeitsverhältnisses	Burnout: OR 0.55 SK n.s., OR 4.19 Arbeitsbelastung, OR 0.30 Entscheidungs., OR 4.12 Männer
Leiter et al., 2010	Spanien, Krankenhausperson al, 1435, 66%	QS	2, 3, 4, 5	SK (Gerechtigkeit, Werte), Kontrolle, Arbeitsbelastung, Supervision	Burnout (Erschöpfung, Zynismus, Selbstwirksamkeit)		Burnout (alle drei Dimensionen): s. Werte (direkter Effekt), s. Gerechtigkeit (indirekter Effekt)
Liljgren et al., 2009	Schweden, Verwaltungsmitarbeiter, 428, 57%	OS, LS	1, 2, 4	SK: Gerechtigkeit (distributiv, prozedual, interaktional)	SRH (physisch, psychosozial), Burnout		SRH (phys. U. psosz.): s. Gerechtigkeit (MZP 1, 2, 3). Burnout: s. Gerechtigkeit (MZP 1, 2, 3)
Rioli et al., 2006	USA, Technischer Sektor, 103, 34%/36%	LU	2, 3, 4, 5	Prozedurale Gerechtigkeit, Führungsstil, individuelles coping	Burnout, Beanspruchung, Fluktuation		Burnout und Beanspruchung: s. Prozed. Gerechtigkeit (MZP 1, 2) . Fluktuation: s. Beanspruchung, n. s. Burnout
Moliner et al., 2005	Spanien, Hotelgewerbe, 324, 49%	QS	1, 2,	Gerechtigkeit (distributiv, prozedual, interaktional)	Burnout (Erschöpfung, Zynismus, Selbstwirksamkeit)		Gruppenebene: 1. direkter Effekt. Erschöpfung: s. interaktionale G., s. distributive G., n.s. prozeduale G.. Zynismus: s. interaktionale G., n.s. distributive, prozeduale G.. Selbstwirksamkeit: n.s. alle drei Dimensionen Gerechtigkeit. 2. Moderatorereffekt: Ausmaß der Gruppenübereinstimmung. Burnout (alle 3 Dimensionen): s. interaktion. G., s. prozedu. G. (nur Zynismus)

1: Validität überprüft, ausreichend bis gut; 2 erfassen nur Teilaspekte von SK, 3: keine Berücksichtigung von Kovariaten; 4 Daten entstammen verschiedenen Ebenen, keine Berücksichtigung der Unterschiede (z. B. MLA). 5 Validität nicht ausreichend geprüft, SK: Sozialkapital in Organisationen, LS: Längsschnittstudie, QS: Querschnittstudie, SRH: self-rated health / subjektive Gesundheit, s: signifikantes Ergebnis (p<0.05), n.s.: nicht signifikanter Zusammenhang.

* Ergebnisse sind auf dem p<0.05 Niveau signifikant (n. s. Ergebnisse sind ausgewiesen).

Tabelle 3.8 Zusammenfassung der Studien zur Beziehung zwischen Sozialkapital in Organisationen und Burnout.

	Anzahl geschätzter Effekte			
	Anzahl geschätzter Effekte	Umgekehrter Zusammenhang*	Kein Zusammenhang*	Positiver Zusammenhang*
SK individuelle Ebene				
Gerechtigkeit	7	7	0	0
Gemischt	12	11	1	0
SK organisationale Ebene				
Gerechtigkeit	18	7	11	0
Gesamt	37	25	12	0

*Statistisch signifikant $p < .05$. Anmerkung: SK (Sozialkapital), Gemischt: Erfassung verschiedener Aspekte von Sozialkapital.

3.2.8.4 Arbeitszufriedenheit

Vier Studien der Literaturanalyse bezogen sich auf den Zusammenhang zwischen organisationalem Sozialkapital und Arbeitszufriedenheit (siehe Tabelle 3.9). Die Studien stammen aus Querschnitterhebungen in vier Ländern und untersuchen Einflüsse auf individueller Ebene. Als Indikatoren für Sozialkapital wurden unterschiedliche Aspekte verwendet wie z. B. Vertrauen, Mitarbeiterbeziehungen, Werte oder Gerechtigkeit. Die Arbeitszufriedenheit wurde anhand von Einzelfragen (Brunetto et al., 2010, Ommen et al., 2009) oder anhand mehrerer Aspekte (Items) abgefragt (Lawson et al., 2009 (16 Fragen); Perry et al., 2007 (3 Fragen)). Die Ergebnisse zu den Effektschätzungen sind in Tabelle 3.10 zusammengefasst. Bis auf zwei signifikante Effekte, die keine Zusammenhänge nachweisen, zeigen sich ausschließlich positive Zusammenhänge zwischen organisationalem Sozialkapital und Arbeitszufriedenheit auf individueller Ebene (elf von dreizehn Effekten). Demnach kann ein positiver Einfluss des Sozialkapitals auf die Arbeitszufriedenheit angenommen werden.

Tabelle 3.9 Organisationales Sozialkapital und Arbeitszufriedenheit.

Jahr, Autor(en)	Stichprobe, N, Anteil Frauen in %	Studien-design	Validität	Indikator(en)	Abhängige Variable(n)	Kovariaten	Ergebnisse*
Brunetto et al., 2010	Australien, Polizisten 180, 28%; Pflegepersonal 1064, 95% (öf. Und privater Sektor)	QS	2, 4,	SK (Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung)	AZ, WFC	Geschlecht, fachliches Niveau, öffentlicher / privater Sektor	AZ (öf. Vs. Priv. Sektor, Polizisten vs. Pflegep.); s. SK. SK sign. Einfluss > WFC s. Einfluss > AZ
Lawson et al., 2009	Australien, Polizisten, 587, 22,5%	QS	2, 3,	SK: Gerechtigkeit (distributiv, prozedual, interpersonal, informal), DCS	Wohlbefinden (psychische Gesundheit, Arbeitszufriedenheit)		psych. Ges.: s. Anforderungen, Unterstützung, n.s. Gerechtigkeit. Arbeitszufriedenheit: s.: distributive, interpersonale, informelle Gerechtigkeit, Anforderungen, Kontrolle, Unterstützung, n.s. prozedurale Gerechtigkeit
Ommen et al., 2009	Deutschland, Klimikärzte, 277, 41,2%	QS	1, 2, 4	SK (gemeinsame Werte, wahrgenommenes Vertrauen) Arbeitsbelastung,	AZ	Alter, Geschlecht, Berufserfahrung	AZ: s. SK, Arbeitsbelastung, Berufserfahrung (36% Varianzaufklärung); Varianzzuwachs durch SK (18,6%)
Perry et al., 2007	USA, Feuerwehrpersonal, 88, 19,3% / Produktionsmitarbeit er, 71, 11,3%	QS	2, 3, 4,	SK (Organisationales Vertrauen, Vertrauen in Führung)	AZ		Feuerwehrp.: AZ: n. s. Vertrauen in Führung, s. organ. Vertrauen. Prod.mitarbeiter: AZ: n. s. organ. Vertrauen, s. Vertrauen in Führung

1: Validität überprüft, ausreichend bis gut; 2 erfassen nur Teilaspekte von SK, 3: keine Berücksichtigung von Kovariaten; 4 Daten entstammen aus verschiedenen Ebenen, keine Berücksichtigung der Unterschiede (z. B. MLA), SK: Workplace Social Capital, QS: Querschnittstudie, AZ: Arbeitszufriedenheit, WFC: work family conflict, s: signifikantes Ergebnis (p<0.05), n. s.: nicht signifikanter Zusammenhang.

* Ergebnisse sind auf dem p<0.05 Niveau signifikant (n. s. Ergebnisse sind ausgewiesen).

Tabelle 3.10 Zusammenfassung der Studien zur Beziehung zwischen Sozialkapital in Organisationen und Arbeitszufriedenheit.

	Anzahl geschätzter Effekte			
	Anzahl geschätzter Effekte	Umgekehrter Zusammenhang*	Kein Zusammenhang*	Positiver Zusammenhang*
SK individuelle Ebene				
Gerechtigkeit	3	0	0	3
Vertrauen	4	0	2	2
Zusammenarbeit	5	0	0	5
Gemischt	1	0	0	1
Gesamt	13	0	2	11

*Statistisch signifikant $p < .05$. Anmerkung: SK (Sozialkapital), Gemischt: Erfassung verschiedener Aspekte von Sozialkapital.

3.2.8.5 Zusammenfassung

Die Literaturlanalyse arbeitete den wissenschaftlichen Forschungsstand zum Thema organisationales Sozialkapital (*innerhalb* von Organisationen) und Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit auf. Die Ergebnisse zeigen unterschiedliche Resultate in Abhängigkeit von der Erhebungsebene (Individuum/Organisation). Untersuchungen auf individueller Ebene zeigen starke Effekte in erwarteter Richtung in allen drei Indikatoren auf: Gesundheit (positiver Zusammenhang), Burnout (umgekehrter Zusammenhang) und Arbeitszufriedenheit (positiver Zusammenhang). Die Effekte auf organisationaler Ebene waren weniger einheitlich. Bezogen auf die Variable Gesundheit, zeigten sich sowohl positive Zusammenhänge (vier Effekte) als auch keine Zusammenhänge (drei Effekte). Im Hinblick auf Burnout zeigten die Mehrzahl der Effekte keinen Zusammenhang auf (elf vs. sieben Effekte). Die uneinheitlichen Befunde auf Organisationsebene könnten einerseits auf die geringe Anzahl an Studien bzw. Effektschätzungen zurückzuführen sein. Hierzu ist weitere Forschung notwendig.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die einzelnen Schlüsselaspekte von Sozialkapital starke Zusammenhänge zu den gesundheitsbezogenen Variablen aufweisen. Vor allem der Aspekt der Gerechtigkeit scheint von zentraler Bedeutung zu sein. Bei den dargestellten Ergebnissen muss berücksichtigt werden, dass nur eine geringe Anzahl von Studien Sozialkapital umfassend erheben, oft wurden nur einzelne Aspekte erfasst (Sozialkapital als multidimensionales Konzept). Die Verwendung von unterschiedlichen, zum Teil nicht ausreichend validierten Fragebogeninstrumenten erschweren den Vergleich und mindern die Gültigkeit der Ergebnisse. Auch die Verwendung von Querschnitterhebungen schränken die Aussagekraft bezüglich der Zusammenhänge bzw. Vorhersagen ein. Anzumerken ist zudem, dass die Anwendung von Mehrebenenanalysen vergleichsweise gering ist. Hierbei werden häufig aggregierte individuelle Urteile verwendet, die jedoch nicht

die Wahrnehmung der Gruppe bzw. Organisation widerspiegeln. Trotz der berichteten Zusammenhänge zwischen Sozialkapital und Gesundheit können keine Aussagen über den dahinter stehenden Wirkmechanismus gemacht werden.

3.3 Untersuchungsmodell und Hypothesen

Auf Grundlage der angeführten konzeptionellen Grundlagen und der aktuellen Forschungsergebnisse zu Sozialkapital in Organisationen und der Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten wird im folgenden Abschnitt ein Wirkmodell skizziert. Im Anschluss daran werden die in dieser Arbeit fokussierten Forschungsfragen und Hypothesen abgeleitet.

3.3.1 Wirkmodell

Als Grundlage für das nachfolgend skizzierte Wirkmodell wird die Definition von Putnam (1993) als Arbeitsdefinition von Sozialkapital verwendet: *“social capital” refers to features of social organization, such as networks, norms, and trust, that facilitate coordination and cooperation for mutual benefit. Social capital enhances the benefits of investment in physical and human capital.* (S. 36). Für die umfassende und adäquate Abbildung des Arbeitskontextes, werden im folgenden Modell sowohl individuelle als auch organisations- und arbeitsplatzbezogene Faktoren berücksichtigt. In Anlehnung an Lowe & Schellenberg (2001) und Badura et al. (2008) wird für die Untersuchung und Wirkweise von Sozialkapital ein umfassendes, interdisziplinäres Model vorgeschlagen (siehe Abbildung 3.7).

Der dreistufige multidimensionale Ansatz beschreibt verschiedene Ebenen, die miteinander in Verbindung stehen. Das Ausmaß des Sozialkapitals wird demnach sowohl von individuellen Faktoren (wie z. B. Geschlecht, Alter oder berufliche Position) als auch von Organisations- bzw. Arbeitsplatzmerkmalen (wie z. B. der Organisationsstruktur oder der Führungs- und Organisationskultur) beeinflusst. Das Sozialkapital wird umfassend abgebildet und bezieht strukturelle und kognitive Aspekte als auch die Qualität von Beziehungen zwischen und über Hierarchien hinweg mit ein („bonding, bridging, linking“).

Ein hohes Maß an Sozialkapital sowohl unter Kollegen als auch zwischen der Führungsebene und den Beschäftigten ermöglichen flexibles Handeln, gemeinschaftliches Problemlösen sowie Verständnis und gegenseitige Toleranz. Diese Art der Kooperation bzw. einer vertrauensvollen, wertschätzenden und unterstützenden Zusammenarbeit wirkt sich positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten aus.



Abbildung 3.7 Beziehung zwischen individuellen Merkmalen und Organisationsmerkmalen, Sozialkapital und Gesundheit & Wohlbefinden bei der Arbeit (in Anlehnung an Lowe & Schellenberg, 2001; Badura et al., 2008).

Das Konzept des Sozialkapitals integriert übergeordnete *organisationsbezogene* Bedingungsfaktoren, die über die individuellen psychosozialen Arbeitsplatzfaktoren hinausgehen. Dieser ganzheitliche Ansatz eröffnet neue Perspektiven im Bereich Arbeit und Gesundheit und damit verbunden auch neue Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden.

3.3.2 Fragestellungen und Hypothesen

Ziel dieser Studie ist die Untersuchung von Sozialkapital in Organisationen und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten. Der Fokus liegt hierbei auf den Beziehungen *innerhalb* von Organisationen. Ausgehend von dieser Zielsetzung lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten:

1. Stellt niedriges Sozialkapital in Organisationen ein Risikofaktor für niedrige Gesundheit, Burnout und geringe Arbeitszufriedenheit dar?
2. Inwieweit beeinflussen soziodemografische Variablen den Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit?
3. Wie hoch sind die Risikowahrscheinlichkeiten in den jeweiligen abhängigen Variablen in Abhängigkeit von der Ausprägung des Sozialkapitals?
4. Kann die Variable „Behörde“ zusätzliche Varianz in den gesundheitsbezogenen abhängigen Variablen aufklären?

5. Welche Kerndimensionen von Sozialkapital weisen die höchsten Risikovorhersagen in den Variablen Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit auf?
6. Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den wissenschaftlichen Ergebnissen für die Anwendung in Behörden ableiten?

Die empirische Studie basiert auf einem analytischen epidemiologischen Ansatz und untersucht die Auswirkungen von Sozialkapital auf die Gesundheit auf Grundlage von schriftlichen Befragungen in zwölf Gerichten und Staatsanwaltschaften. Diese zeichnen sich durch eine verhältnismäßig rigide Struktur und eine stark hierarchische Verwaltungsorganisation aus. Aufgrund der hohen Abhängigkeiten des Systems, den ausgeprägten Macht- bzw. Hierarchieverhältnissen, sowie aufgrund der geringen Anreizsysteme (geringe Aufstiegs- und Beförderungsmöglichkeiten, geringer Handlungsspielraum, keine leistungsabhängige Entlohnung) ist davon auszugehen, dass die Anerkennung und Wertschätzung der Beschäftigten ein bedeutender Aspekt in der Vorhersage von Gesundheit und Wohlbefinden darstellt. Vor dem Hintergrund der behördlichen Strukturen und Kultur kommt dem Sozialkapital in diesem Forschungsfeld ein besonders hoher Stellenwert zu.

Hypothesen. Der Einfluss des Sozialkapitals auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten soll anhand wissenschaftlicher Methoden überprüft werden. Die Verschachtelung der Individuen auf verschiedenen Ebenen wird durch die Anwendung von aktuellen wissenschaftlichen Ansätzen und Verfahren berücksichtigt (Mehrebenenanalysen). Nachfolgend sind die zu untersuchenden allgemeinen Hypothesen formuliert:

- H1 Niedriges Sozialkapital ist mit einer signifikant erhöhten Risikowahrscheinlichkeit für schlechte Gesundheit, Burnout und niedriger Arbeitszufriedenheit verbunden.
- H2 Der Einfluss des Sozialkapitals auf die Gesundheit, Burnout und die Arbeitszufriedenheit ist unabhängig von soziodemografischen Faktoren (Geschlecht, Alter, Arbeitszeit, berufliche Position).
- H3 Aufgrund der vergleichbaren Organisationsstruktur und Arbeitsaufgaben zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Variation von Gesundheit und Wohlbefinden zwischen den Behörden (*Varianzaufklärung durch die Variable „Behörde“*).
- H4 Niedrige Ausprägungen in den Einzeldimensionen von Sozialkapital (Soziale Unterstützung, Gemeinschaftsgefühl, Vertrauen sowie Gerechtigkeit und Respekt) sind mit einer signifikant erhöhten Risikowahrscheinlichkeit für schlechte Gesundheit, Burnout und niedriger Arbeitszufriedenheit verbunden (*Einfluss der Einzeldimensionen von Sozialkapital*).

- H5 Vertikale Aspekte von Sozialkapital, wie z. B. die Organisations- und Führungskultur zeigen signifikant höhere Risikovorhersagen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten auf als horizontale Aspekte (*Einfluss von vertikalem und horizontalem Sozialkapital*).

4 METHODE

Der folgende Abschnitt beschreibt die verwendeten Methoden und statistischen Verfahren, die zur Beantwortung der Fragestellung angewandt wurden.

4.1 Stichprobe und Untersuchungsfeld

Die Daten dieser Arbeit wurden im Rahmen des Projekts IPSO (Integration psychosozialer Faktoren in den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Organisationsentwicklung in Gerichten und Staatsanwaltschaften in NRW, www.IPSO.uni-wuppertal.de) erhoben. Insgesamt nahmen 35 Behörden aus den Oberlandesgerichtsbezirken Düsseldorf, Köln und Hamm an der IPSO-Studie teil.

Hintergrund der IPSO-Studie war, dass psychosoziale Faktoren in Gerichten und Staatsanwaltschaften im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes trotz entsprechender gesetzlicher Vorgaben oft nicht ausreichend berücksichtigt werden (Schwerpunktaktion „Justiz“ der Unfallkasse NRW im Jahr 2005). Es stellte sich die Frage, wie Behörden angeleitet werden können, psychosozialer Faktoren in den Arbeits- und Gesundheitsschutz (entsprechend der gesetzlichen Vorgaben) und die Organisationsentwicklung zu integrieren bzw. welche Strategien hierbei am effizientesten sind. Dies war übergreifender Gegenstand des Projekts. Für die zu untersuchende Fragestellung wurden die teilnehmenden Behörden in drei Gruppen mit unterschiedlichen Interventionsstrategien eingeteilt (siehe Tabelle 4.1). Die Gruppenzuteilung erfolgte nach dem Zufallsprinzip unter Berücksichtigung der Verteilung nach Behördengröße, Behördenart sowie der Stadt-/Landzugehörigkeit.

Tabelle 4.1 Untersuchungsdesign IPSO-Justiz Studie.

Gruppen	Zeitraum				
	08-09/08	09-12/08	02-03/09	03/09-06/10	07-09/10
A 12 Behörden	Telefon- interviews	<i>schriftliche Mitarbeiter- befragungen</i>	Individuelles Feedback und kompetente Beratung	Innerbetriebliche Maßnahmenplanung/ Umsetzung	Telefon- Interviews
B 12 Behörden	Telefon- interviews	-----	„gemitteltes“ Feedback und kompetente Beratung	Innerbetriebliche Maßnahmenplanung/ Umsetzung	Telefon- Interviews
C 11 Behörden	Telefon- interviews	-----	-----	Innerbetriebliche Maßnahmenplanung/ Umsetzung	Telefon- Interviews

Neben der Durchführung von Telefoninterviews mit den Schlüsselpersonen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (in allen 35 Behörden) wurden zudem (ausschließlich in Gruppe A)

umfangreiche schriftliche Mitarbeiterbefragungen zum psychosozialen Arbeitsmilieu (einschließlich des Sozialkapitals) durchgeführt, um den „status quo“ der aktuellen Belastungs- und Beanspruchungssituation zu erheben. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Alle eingesetzten Erhebungs- und Fragebogeninstrumente wurden mit den (Mittel)behörden abgestimmt und im Einverständnis eingesetzt.

Die Analysen dieser Arbeit basieren ausschließlich auf den Sozialkapitalerhebungen im Rahmen der schriftlichen Mitarbeiterbefragungen in den zwölf Justizbehörden der Gruppe A.

4.2 Methoden der Datenerfassung

Die in der Studie verwendeten Variablen wurden mit der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II, Kristensen et al., 2005; Pejtersen et al., 2010) erhoben. Für die Erhebung der soziodemografischen und behördenspezifischen Variablen wurde der Fragebogen entsprechend ergänzt. In dieser Arbeit wurden ausschließlich die Fragebogen-Dimensionen verwendet, die für die Beantwortung der Fragestellung relevant waren. Diese sind nachfolgend beschrieben.

4.2.1 Sozialkapital

Der Gesamtwert Sozialkapital wurde über den Mittelwert der insgesamt 19 Einzelfragen ermittelt. Diese beziehen sich auf sechs unterschiedliche Dimensionen des Sozialkapitals: soziale Unterstützung von Kollegen ($\alpha=0.72$), soziale Unterstützung von Vorgesetzten ($\alpha=0.83$), Vertrauen unter Kollegen ($\alpha=0.72$), Vertrauen zur Führungsebene ($\alpha=0.78$), Gemeinschaftsgefühl (Einzelfrage) und Gerechtigkeit und Respekt ($\alpha=0.81$). Die Reliabilitätskoeffizienten weisen auf eine hohe interne Konsistenz der verwendeten Einzelitems hin (Kersting, 2006, siehe Anhang).

In Anlehnung an den derzeitigen Stand der Forschung (Harpham et al. 2002, Baum & Ziersch 2003, Kawachi et al 2004, Shortt 2004) wurden sowohl kognitive Aspekte (Skala s3, s4, s5, s6) wie geteilte Werte, Einstellungen und Normen, Gerechtigkeit und Respekt in Arbeitseinheiten als auch strukturelle Aspekte (Skala s1,s2, s3, s4) erhoben (s.Tabelle 4.2), welche Beziehungen zwischen den verschiedenen Ebenen sowie Netzwerke bei der Arbeit beinhalten („bonding, bridging, linking“). Horizontale Verbindungen („bonding“), wie Beziehungen unter Kollegen wurden durch die Skalen s1 und s3, vertikale Verbindungen („bridging“), wie Beziehungen zu direkten Vorgesetzten wurden durch die Skalen s2 und s4 erhoben. Verbindende Beziehungen über alle Autoritäten hinweg („linking“) wurden durch die Skalen s5 und s6 erhoben.

Jede Dimension wurde durch drei bis fünf Einzelfragen erfasst (mit Ausnahme der Einzelfrage zum Gemeinschaftsgefühl). Die Beurteilung erfolgte auf einer 5-stufigen

Ratingskala (von „immer“ bis „nie/fast nie“ bzw. von „in sehr hohem Maß“ bis „in sehr geringem Maß“). Alle Einzelfragen zu den jeweiligen Dimensionen einschließlich Antwortformat sind im Anhang aufgeführt, eine Skalenübersicht mit Fragebeispielen sind in Tabelle 4.2 aufgezeigt.

Tabelle 4.2 Sozialkapital-Dimensionen, Fragebeispiele und Antwortmöglichkeiten.

Sozialkapital	Fragenbeispiel	Antwortmöglichkeiten ¹
s1 Soziale Unterstützung von Kollegen	Wie oft erhalten Sie Hilfe/Unterstützung von Ihren Kollegen?	a
s2 Soziale Unterstützung von Vorgesetzten	Wie oft ist Ihr Dienstvorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	a
s3 Vertrauen unter Kollegen	Halten die Kollegen Informationen voreinander zurück?	b
s4 Vertrauen zur Führungsebene	Können Sie den Informationen trauen, die von der Führungsebene kommen?	b
s5 Gemeinschaftsgefühl	Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle / in Ihrem Arbeitsbereich als Teil einer Gemeinschaft?	a
s6 Gerechtigkeit und Respekt	Werden die Mitarbeiter für gute Arbeit wertgeschätzt?	b

¹Antwortmöglichkeiten: a – immer, oft, manchmal, selten, nie/fast nie; b – in sehr hohem Maß, in hohem Maß, zum Teil, in geringem Maß, in sehr geringem Maß.

Die Werte der einzelnen Dimensionen können einen Wert von min. 0 bis max. 100 Punkte erreichen. Hohe Werte stehen für hohe Ausprägung bezogen auf den jeweils erhobenen Aspekt. Die Ausprägungen im Sozialkapital sowie in den einzelnen Dimensionen wurden für die durchgeführten Analysen anhand der Antwortoptionen in drei gleich große Gruppen eingeteilt: niedrig („nie/fast nie“, „selten“ bzw. „in sehr geringem Maß“, „in geringem Maß“), mittel („manchmal“ bzw. „zum Teil“) und hoch („immer“, „oft“ bzw. „in hohem Maß“, „in sehr hohem Maß“).

4.2.2 Gesundheit und Wohlbefinden

Als Indikatoren für die Gesundheit und das Wohlbefinden bei der Arbeit wurden die subjektive Gesundheit, Burnout sowie Arbeitszufriedenheit, als allgemeine globale Bewertung der Arbeitssituation, erhoben.

Gesundheit. Die subjektive Gesundheit wurde anhand der COPSOQ-Einzelfrage „Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 100 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“ erfasst. Die Antwort konnte auf einer 11-stufigen Ratingskala (von „schlechtesten denkbaren Gesundheitszustand“ bis „besten denkbaren Gesundheitszustand“) eingeschätzt werden. Die Antworten wurden dichotomisiert. Einstufungen von „besten“ bis „guten“ denkbaren Gesundheitszustand (60-100) wurden als „gut“ und „durchschnittliche“ bis „schlechtesten“ denkbaren Gesundheitszustand (0-60) wurden als „schlecht“ zusammengefasst.

Burnout. Die COPSOQ-Burnout-Skala ($\alpha=0.89$) besteht aus den vier Einzelfragen: Wie häufig fühlten Sie sich müde? Wie häufig waren Sie körperlich erschöpft? Wie häufig waren Sie emotional erschöpft? Wie häufig fühlten Sie sich ausgelaugt? Die Skala stammt ursprünglich aus einer der drei modular einsetzbaren Subskalen aus dem „Copenhagen Burnout Inventory“ (CBI, Borritz & Kristensen, 1999). Durch die Einstufung auf einer 5-stufigen Ratingskala („immer“ bis „nie / fast nie“) kann das Burnoutrisiko eingeschätzt werden. Die Antworten wurden dichotomisiert. Einstufungen von „immer“ bis „oft“ wurden als „hoch“ (hohes Burnoutrisiko), Einstufungen von „manchmal“ bis „nie / fast nie“ wurden als „niedrig“ (niedriges Burnoutrisiko) kategorisiert.

Arbeitszufriedenheit. Die Erfassung des Konstrukts der Arbeitszufriedenheit wird im organisationalen Kontext überwiegend zur Strukturierung der Arbeitssituation wie z. B. dem Führungsstil als auch als Indikator für die psychische Gesundheit herangezogen (Fischer & Fischer, 2005). Die Arbeitszufriedenheit wurde durch eine allgemeine Frage zur Arbeitszufriedenheit erfasst: „Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind sie mit Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?“. Die Antworten konnten auf einer 5-stufigen Ratingskala (von „in sehr hohem Maß“ bis „in sehr geringem Maß“) eingestuft werden. Die Antworten wurden dichotomisiert. Einstufungen von „in sehr hohem“ bis „in hohem Maß“ wurden als „hoch“, Einstufungen mit „zum Teil“ bis „in sehr geringem Maß“ als „niedrig“ kategorisiert.

4.2.3 Kontrollierte Variablen

Im Rahmen der Mitarbeiterbefragungen wurden folgende Kontrollvariablen erfasst: Geschlecht, Alter (unter 30 Jahre, 30-44 Jahre, ab 45 Jahre), wöchentliche Arbeitszeit (unter 20 Stunden, 20-35 Stunden, über 35 Stunden), Berufsgruppen (Richter/in, Staatsanwalt/-anwältin, Rechtspfleger/in, Amtsanwalt/-anwältin, Justizfachwirt/in, Justizfachangestellte/r, Justizangestellte/r, Justizwachtmeister/in, Justizhelfer/in, Gerichtsvollzieher/in und Fachkräfte des ambulanten sozialen Dienstes). Die Berufsgruppen in zwei Kategorien eingeteilt: Berufe in höherer bzw. hoher Position, gekennzeichnet durch einen höheren Bildungsabschluss und größeren Entscheidungs- und Handlungsspielraum (Richter/in, Staatsanwalt/-anwältin, Rechtspfleger/in, Amtsanwalt/-anwältin, Fachkräfte des ambulanten sozialen Dienstes Gerichtsvollzieher/in) und in Berufsgruppen in niedriger Position (Justizfachwirt/in, Justizfachangestellte/r, Justizangestellte/r, Justizwachtmeister/in, Justizhelfer/in).

4.3 Untersuchungsdurchführung

Die schriftlichen Mitarbeiterbefragungen wurden von September 2008 bis Dezember 2008 zeitgleich in allen zwölf Behörden durchgeführt. Die Beschäftigten wurden über das Ziel der

Befragung sowie zur Befragung selbst umfangreich informiert (Aushänge vor Ort sowie Informationsschreiben per Email). Die Fragebogen wurden mittels Post an die jeweiligen Ansprechpartner der Behörde versandt und direkt an die Beschäftigten verteilt. Die ausgefüllten Fragebogen konnten mit beigelegtem frankiertem Rückumschlag direkt von den Beschäftigten an die Bergische Universität Wuppertal zurückgeschickt werden. Somit wurde die Anonymität der Mitarbeiter und der Datenschutz gewährleistet. Die Ergebnisse der Befragung wurden den Schlüsselpersonen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes der jeweiligen Behörde zeitnah vor Ort präsentiert. Im Dialog wurden Ansatzpunkte für ein weiteres Vorgehen erarbeitet.

4.4 Statistische Datenaufbereitung

Deskriptive Statistiken wurden für alle Untersuchungsvariablen aufgezeigt. Für die kategorialen Variablen wurden die Häufigkeit und die prozentualen Anteile berechnet. Mittels nichtparametrischer Tests (χ^2 -Test) wurde aufgezeigt, wie Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Variablen und Sozialkapital variieren. Zur Überprüfung der Interkorrelation der verschiedenen Sozialkapitaldimensionen, dem Gesamtindex Sozialkapital und den Variablen Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit wurden Spearman's rho Koeffizienten als Maß für den Zusammenhang berechnet.

Zur Analyse des Einflusses des Sozialkapitals sowie soziodemografischer Variablen auf die Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit wurden logistische Mehrebenenanalysen berechnet (binäre abhängige Variablen). Dieser Ansatz berücksichtigt die vorliegende hierarchische Datenstruktur von Mitarbeitern (Ebene 1), die verschiedenen Organisationen bzw. Behörden (Ebene 2) zugeordnet sind (Ditton, 1998, Engel, 1998, Hox, 1998, Rabe-Hesketh & Skrondal 2005). Mehrebenenmodelle differenzieren zwischen beiden Varianzkomponenten (innerhalb und zwischen den Behörden) auf unterschiedlichen Ebenen (Individual- und Gruppenebene; v. Dick et al., 2005; Nezlek et al, 2006). Dies erlaubt eine genaue Adjustierung für die Behördenzugehörigkeit und berücksichtigt die Abhängigkeit der Residuen innerhalb der Behörden. Der Einfluss des Sozialkapitals kann somit getrennt, auf individueller als auch organisatorischer Ebene betrachtet werden.

Für die Genauigkeit der Schätzung als auch unter Power-Gesichtspunkten sollte auf allen Analyseebenen eine ausreichende Anzahl von Untersuchungseinheiten vorhanden sein. Austin (2010) hat im Rahmen von Monte-Carlo-Studien für die Schätzung von logistischen Mehrebenenmodellen unter der Anwendung verschiedener Statistik-Softwareprogrammen gezeigt, dass für bivariate Modelle 10-15 Cluster mit mindestens 30 Personen je Einheit als ausreichend für zuverlässige Schätzungen angesehen werden können (s. a. Kuntsche 2006,

Wahrendorf & Siegrist, 2010). Die Mehrebenenanalysen wurden mit dem von Austin (2010) überprüften und empfohlenen Programm STATA 12 durchgeführt.

Ziel der Analysen ist es, den Einfluss von Sozialkapital auf die Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit zu berechnen. Zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Einflüsse von soziodemografischen Variablen wurden drei Modelle berechnet. In Modell 1 wurden ausschließlich soziodemografische Variablen einbezogen. Modell 2 berücksichtigt ausschließlich den Effekt des Sozialkapitals während in Modell 3 alle Variablen (soziodemografische Variablen und Sozialkapital) gleichzeitig aufgenommen und gegenseitig adjustiert wurden.

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalysen sind durch die Angabe von Odds Ratios (OR) beschrieben. Für kontinuierliche Variablen beziehen sich die Odds-Ratios (OR) auf den Zuwachs einer Einheit bezogen auf die jeweilige Skala. Da dies schwierig zu interpretieren ist, wurden die kontinuierlichen unabhängigen Variablen (Sozialkapitalprädiktoren) in kategoriale Variablen eingeteilt (s. a. Lindblom et al. 2006). Die Interpretation bei kategorialen Variablen bezieht sich auf die jeweilige Referenzkategorie. Die Effekt-Koeffizienten können nur positive Werte annehmen. Eine Odds-Ratio von 1 besagt, dass die unabhängige Variable keinen Einfluss auf die vorherzusagende Chance hat. Eine Odds-Ratio von 2 würde ein doppelt so hohes Risiko im jeweiligen Faktor im Vergleich zur Referenzkategorie bedeuten. Die Überprüfung der Signifikanz der Odds-Ratios erfolgte anhand der angegebenen 95 %-Vertrauensintervalle. Variationsparameter zwischen den Behörden sind aufgezeigt für die random-Effekte (Sigma, Rho). Als Maß für die Anpassungsgüte des geschätzten Modells an die empirischen Daten wurde das AIC (Akaike Information Criterion) und das BIC Kriterium (Bayesian Information Criterion) angegeben.

Weiteres Ziel der Analysen war, den differenzierten Einfluss der einzelnen Sozialkapitaldimensionen auf die Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit herauszustellen. Die Wirkung der Kerndimensionen ist insbesondere für die Ableitung von Interventionen von Bedeutung. Hierzu wurden logistische Regressionsanalysen für kategoriale Variablen berechnet. Als Prädiktoren wurden die einzelnen Dimensionen von Sozialkapital verwendet. Alle Prädiktoren wurden gleichzeitig in die Analyse aufgenommen, somit konnte der unabhängige Einfluss der Variablen untersucht werden. In den Analysen wurde für den Einfluss der Variablen Geschlecht, Altersklassen, wöchentliche Arbeitszeit und berufliche Position adjustiert. Alle Analysen (mit Ausnahme der Mehrebenenmodelle) wurden mit dem Statistikpaket SPSS 17 berechnet.

5 ERGEBNISSE

Nachfolgend werden die Ergebnisse der deskriptiven und multivariaten Verfahren und Analysen aufgezeigt.

5.1 Deskriptive Ergebnisse und Interkorrelationen

Insgesamt wurden 3034 Mitarbeiter (mit Ausnahme der Rechtsreferendare und Auszubildenden) in sechs Amtsgerichten, drei Landgerichten und drei Staatsanwaltschaften aus den Oberlandesgerichtsbezirken Düsseldorf, Hamm und Köln befragt. 1409 Fragebogen wurden zurückgesandt, dies entspricht einer durchschnittlichen Beteiligungsquote von 46 %. Die Beteiligungsquote in den Behörden lag zwischen 35 % und 73 %. Mehr als die Hälfte aller Behörden hatten eine Beteiligungsquote von über 50 %. Tabelle 5.1 gibt einen Überblick über die Untersuchungsstichprobe (N=1409) sowie über die Verteilung der verwendeten Variablen. Die Stichprobe setzt sich aus 907 Frauen und 481 Männern zusammen. Die Altersverteilung ist wie folgt: 7.3 % sind unter 30 Jahre, 41.3 % sind zwischen 30 und 44 Jahre alt und 50.2 % sind über 45 Jahre alt. Fast zwei Drittel (70.9 %) arbeiten über 35 Stunden pro Woche, 18.2 % arbeiten 20-35 Stunden pro Woche und 8.9 % arbeiten weniger als 20 Stunden pro Woche. 56.2 % sind in einer beruflich niedrigen Position während 42.2 % (Rechtspfleger, Richter, Anwälte, Staatsanwälte) in einer höheren Position tätig sind. Betreffend der Ausprägung des Sozialkapitals geben 16 % niedriges, 69.4 % mittleres und 13.1 % der Antwortenden hohe Ausprägungen an. Mehr als die Hälfte (58.6 %) haben ein niedriges Burnout-Risiko, 39.7 % ein hohes Burnout-Risiko. Die Arbeitszufriedenheit ist bei 47.6 % niedrig, bei 49.7 % hoch ausgeprägt. Die Stichprobengröße in den zwölf Behörden variiert zwischen 44 bis 247 Antwortenden. Vier Behörden sind kleine Behörden (<100 Beschäftigte), fünf Behörden sind mittelgroß (100-350 Beschäftigte) und drei Behörden zählen über 350 Beschäftigte.

Wie sind die soziodemografischen Variablen sowie das Sozialkapital mit den Ausprägungen in der Gesundheit, Burnout und der Arbeitszufriedenheit assoziiert? Tabelle 5.2 gibt erste Hinweise auf Zusammenhänge. Aufgeführt sind die prozentualen Anteile der Beschäftigten, die über schlechte Gesundheit, ein hohes Burnout-Risiko sowie über niedrige Arbeitszufriedenheit verfügen in Abhängigkeit von den soziodemografischen Variablen, der Ausprägung des Sozialkapitals sowie in den einzelnen Behörden. Die Unterschiede wurden mittels χ^2 -Test für den Vergleich von kategorialen Variablen berechnet.

Tabelle 5.1 Beschreibung und Verteilung der Stichprobe (N=1409).

Variable	N	Prozent
Geschlecht		
Frauen	907	64.4
Männer	481	34.1
Altersklassen		
< 30 Jahre	103	7.3
30-44 Jahre	582	41.3
> 45 Jahre	707	50.2
Wöchentliche Arbeitszeit		
< 20 Stunden	125	8.9
20-35 Stunden	256	18.2
> 35 Stunden	999	70.9
Berufliche Position		
Niedrig	796	56.5
Hoch	595	42.2
Sozialkapital		
Niedrig	225	16
Mittel	978	69.4
Hoch	184	13.1
Gesundheit		
Schlecht	575	40.8
gut	814	57.8
Burnout		
Niedrig	825	58.6
Hoch	560	39.7
Arbeitszufriedenheit		
Niedrig	670	47.6
Hoch	700	49.7
Behörden		
1	44	3.1
2	125	8.9
3	167	11.9
4	61	4.3
5	76	5.4
6	129	9.2
7	247	17.5
8	52	3.7
9	66	4.7
10	173	12.3
11	147	10.4
12	117	8.3

Gesundheit. Signifikante Unterschiede bezüglich schlechter Gesundheit zeigten sich in der Altersklasse ($p < 0.001$), in der beruflichen Position ($p < 0.001$) sowie in der Höhe des Sozialkapitals ($p < 0.001$). Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich im Geschlecht, der wöchentlichen Arbeitszeit sowie zwischen den Behörden.

Burnout. Signifikante Unterschiede bezüglich Burnout zeigten sich im Geschlecht ($p < 0.01$), in der beruflichen Position ($p < 0.001$), im Sozialkapital ($p < 0.001$) sowie zwischen den Behörden ($p < 0.05$; 34.1 % in Behörde eins vs. 54.1 % in Behörde vier). Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich in den Altersklassen und in der wöchentlichen Arbeitszeit.

Arbeitszufriedenheit. Bezüglich der niedriger Arbeitszufriedenheit zeigten sich signifikante Unterschiede im Geschlecht ($p < 0.001$), der wöchentlichen Arbeitszeit ($p < 0.01$), der beruflichen Position ($p < 0.05$) sowie im Sozialkapital. ($p < 0.001$). In Bezug auf die Behörden zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede ($p < 0.05$), die Ausprägungen differenzierten stark, von 38.9 % in Behörde zwölf bis 61 % in Behörde elf. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich in den Altersklassen.

Tabelle 5.2 Deskriptive Statistik: Vergleich soziodemografischen Variablen, Sozialkapital und der Ausprägung von Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit.

Variable	Schlechte Gesundheit		Hohes Burnoutrisiko		Niedrige Arbeitszufriedenheit	
	N (%)	p*	N (%)	p*	N (%)	p*
Geschlecht						
Frauen	382 (42.6)	0.158	384 (42.9)	0.008	461 (52.1)	0.001
Männer	183 (38.5)		166 (35.3)		200 (42.7)	
Altersklassen						
< 30 Jahre	19 (18.8)	0.000	32 (31.4)	0.165	48 (47.1)	0.847
30-44 Jahre	215 (37.4)		233 (40.7)		282 (49.6)	
> 45 Jahre	331 (47.4)		286 (41.1)		332 (48.4)	
Wöchentliche Arbeitszeit						
< 20 Stunden	52 (42.6)	0.712	38 (31.1)	0.073	69 (57.5)	0.002
20-35 Stunden	109 (43.1)		110 (43.3)		141 (56.2)	
> 35 Stunden	400 (40.5)		398 (40.5)		447 (45.9)	
Berufliche Position						
Niedrig	373 (47.5)	0.000	346 (44)	0.001	402 (51.7)	0.019
Hoch	191 (32.5)		202 (34.7)		261 (45.2)	
Sozialkapital						
Niedrig	148 (66.7)	0.000	147 (65.3)	0.000	163 (73.8)	0.000
Mittel	382 (39.6)		380 (38.9)		476 (49.3)	
Hoch	37 (20.2)		33 (17.9)		31 (16.9)	
Behörden						
1	13 (29.5)	0.290	15 (34.1)	0.030	21 (47.7)	0.021
2	51 (41.5)		46 (38)		58 (48.7)	
3	63 (38)		63 (38.7)		87 (53.4)	
4	29 (47.5)		33 (54.1)		30 (49.2)	
5	28 (37.3)		27 (36.5)		35 (47.3)	
6	57 (44.9)		55 (43.3)		65 (51.6)	
7	108 (45)		103 (42.7)		99 (41.3)	
8	26 (50)		21 (41.2)		25 (50)	
9	23 (35.9)		24 (36.4)		27 (42.2)	
10	77 (44.8)		78 (45.6)		90 (52.9)	
11	59 (41.3)		63 (43.2)		86 (61)	
12	39 (33.3)		29 (25.2)		44 (38.9)	

* χ^2 -Test für den Vergleich von kategorialen Variablen.

Interkorrelation der Variablen. Tabelle 5.3 beschreibt die Interkorrelationen der Untersuchungsvariablen. Signifikante Ergebnisse zeigen sich zwischen allen Variablen auf ($p > 0.01$). Die Interkorrelation der Einzeldimensionen ist moderat. Die höchsten Korrelation weist der Aspekt „Vertrauen zur Führungsebene“ auf mit einer Korrelation von $r = 0.49$ mit „Gerechtigkeit und Respekt“ und einer Korrelation von $r = 0.47$ zu „Soziale Unterstützung zu Vorgesetzten“. Während das „Gemeinschaftsgefühl“ und die soziale Unterstützung von Kollegen“ eine moderate Korrelation aufweisen ($r = 0.40$), sind die anderen Aspekte nur mäßig bis gering korreliert (z. B. „Vertrauen zur Führungsebene“ und „Soziale Unterstützung von Kollegen“ ($r = 0.23$). Alle Dimensionen von Sozialkapital weisen moderate Korrelationen mit dem Gesamtindex Sozialkapital auf ($r = 0.45$ bis $r = 0.61$). Die höchsten Korrelationen zeigen sich zu „Vertrauen zur Führungsebene“ ($r = 0.61$), „Gerechtigkeit und Respekt“ ($r = 0.57$) und „soziale Unterstützung von Vorgesetzten“ ($r = 0.54$). Diese beziehen sich hauptsächlich auf Führungsaspekte. Die Korrelation zwischen den einzelnen Sozialkapitaldimensionen und den Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden ist mäßig. Die höchste Korrelationen zu Gesundheit weist die Dimension „Gemeinschaftsgefühl“ ($r = 0.24$) auf. „Vertrauen zur Führungsebene“ hat den höchsten Zusammenhang zur Arbeitszufriedenheit ($r = 0.33$) während „Gerechtigkeit und Respekt“ den höchsten Zusammenhang zu Burnout aufweist ($r = -0.26$). Der Gesamtindex Sozialkapital korreliert mäßig mit den Gesundheitsindikatoren (Gesundheit: $r = 0.25$, Arbeitszufriedenheit: $r = 0.30$, Burnout: $r = -0.26$).

Tabelle 5.3 Interkorrelationen der Untersuchungsvariablen.

Variablen	Korrelationen								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Soziale Unterstützung von Kollegen									
2 Soziale Unterstützung von Vorgesetzten	.28**								
3 Gemeinschaftsgefühl	.40**	.31**							
4 Vertrauen unter Kollegen	.30**	.15**	.37**						
5 Vertrauen zur Führungsebene	.23**	.47**	.33**	.28**					
6 Gerechtigkeit und Respekt	.23**	.37**	.31**	.28**	.49**				
7 Sozialkapital	.50**	.54**	.49**	.45**	.61**	.57**			
8 Gesundheit	.18**	.19**	.24**	.18**	.23**	.23**	.25**		
9 Arbeitszufriedenheit	.18**	.22**	.28**	.18**	.33**	.30**	.30**	.24**	
10 Burnout	-.17**	-.18**	-.24**	-.17**	-.26**	-.26**	-.26**	-.46**	-.27**

** $p < 0.01$, Spearmans rho 2-seitig.

5.2 Multivariate Ergebnisse

Im nächsten Schritt werden die bisher dargestellten Ergebnisse mit multivariaten Modellen auf ihre Robustheit überprüft (gegenseitige Adjustierung der Kovariaten).

5.2.1 Mehrebenenanalysen

Für die dichotomen Variablen Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit wurden getrennte Mehrebenenmodelle berechnet, die die Verschachtelung der Individuen innerhalb der Behörden berücksichtigen.

Gesundheit. In Tabelle 5.4 sind die Ergebnisse der Analysen für schlechte Gesundheit dargestellt. Der Intraklassenkorrelationskoeffizient zeigt in allen drei Modellen, dass die Varianz der Gesundheitsunterschiede in dieser Stichprobe nicht auf Differenzen zwischen den Behörden zurückzuführen ist ($Rho < 0 \%$), d. h. dass die Behördenebene keinen zusätzliche Varianzanteil an den Gesundheitsunterschieden bindet. Unterschiede im Gesundheitszustand können vielmehr auf individueller Ebene erklärt werden. Die Analyse der sozioökonomischen Variablen (Model 1) zeigte, dass das Risiko für schlechte Gesundheit signifikant höher ist für Beschäftigte im Alter von 30-44 Jahre (OR 3.13) und besonders hoch für Beschäftigte ab 45 Jahre (OR 5.03). Ebenso ist eine niedrige berufliche Position mit einem doppelt so hohen Risiko für schlechte Gesundheit verbunden (OR 1.98) im Vergleich zu einer beruflichen Tätigkeit in einer höheren Position. Model 2 zeigt den Einfluss des Sozialkapitals auf die Gesundheit. Niedrige (OR 7.67) und mittlere Ausprägungen (OR 2.52) stellen im Vergleich zu hohem Sozialkapital einen höchst signifikanten Risikofaktor dar. Die signifikanten Effekte auf individueller Ebene bleiben auch nach gegenseitiger Adjustierung für alle Prädiktoren erhalten und werden lediglich in ihrer Höhe leicht abgemildert (siehe Model 3). Keine signifikanten Effekte zeigten sich im Geschlecht sowie in der wöchentlichen Arbeitszeit.

Burnout. Die Ergebnisse für die Analysen zu Burnout sind in Tabelle 5.5 aufgezeigt. Wie in den Modellen zur Gesundheit zeigen die Intraklassenkorrelationskoeffizienten in allen drei Modellen keine zusätzliche Varianzaufklärung durch die Behörden auf ($Rho < 0 \%$). Auf individueller Ebene zeigt sich eine hoch signifikante erhöhte Burnoutgefährdung für Frauen (Model 1: OR 1.47, Model 3: OR 1.53) als auch für Beschäftigte über 45 Jahre (OR 1.89).

Nach der Adjustierung für Sozialkapital zeigte sich in folgenden soziodemografischen Variablen kein signifikanter Effekt mehr (Model 3): Beschäftigte in der Altersgruppe von 30-44 Jahre, einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20-35 Stunden sowie für Beschäftigte in einer niedrigen beruflichen Situation. Model 2 zeigt den Einfluss des Sozialkapitals auf Burnout. Niedrige (OR 8.66) und mittlere Ausprägungen (OR 2.93) stellen im Vergleich zu hohem

Sozialkapital einen höchst signifikanten Risikofaktor dar. Die signifikanten Effekte bleiben auch nach gegenseitiger Adjustierung für alle Prädiktoren erhalten und werden lediglich in ihrer Höhe leicht abgemildert (siehe Model 3).

Tabelle 5.4 Mehrebenenschätzungen für schlechte Gesundheit^a (Odds Ratio und 95 %-Vertrauensintervall).

Variablen	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	95 % VI	OR	95 % VI	OR	95 % VI
Geschlecht						
Frauen	1.19	0.90-1.57			1.20	0.91-1.61
Männer	1.00				1.00	
Altersklassen						
< 30 Jahre	1.00				1.00	
30-44 Jahre	3.13***	1.82-5.40			2.78***	1.60-4.84
> 45 Jahre	5.03***	2.93-8.66			4.62***	2.66-8.03
Wöchentliche Arbeitszeit						
< 20 Stunden	1.00				1.00	
20-35 Stunden	1.05	0.67-1.65			1.01	0.64-1.61
> 35 Stunden	1.24	0.82-1.87			1.16	0.76-1.77
Berufliche Position						
niedrig	1.98***	1.55-2.51			1.70***	1.32-2.18
hoch	1.00				1.00	
Sozialkapital						
niedrig			7.67***	4.86-12.12	6.20***	3.86-9.96
mittel			2.52***	1.72-3.71	2.33***	1.58-3.45
hoch			1.00		1.00	
Sigma U	0.00		0.00		0.12	0.17-0.79
Rho	0.00		0.00		0.00	
Log likelihood	-867.09		-879.21		-821.26	
BIC	1791.77		1787.30		1714.36	
AIC	1750.19		1766.42		1662.51	

*p<0.05; **p<0.05; ***p>0.001. ^aSchlechte Gesundheit umfasst die Einschätzungen von durchschnittlicher bis schlechtestem denkbarem Gesundheitszustand (0-60 Punkte).

Tabelle 5.5 Mehrebenenschätzungen für ein hohes Burnoutrisiko (Odds Ratio und 95 %-Vertrauensintervall).

Variablen	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	95 % VI	OR	95 % VI	OR	95 % VI
Geschlecht						
Frauen	1.47**	1.11-1.93			1.53**	1.16-2.03
Männer	1.00				1.00	
Altersklassen						
< 30 Jahre	1.00				1.00	
30-44 Jahre	1.77*	1.11-2.83			1.61	0.99-2.60
> 45 Jahre	1.89**	1.18-3.03			1.73*	1.07-2.80
Wöchentliche Arbeitszeit						
< 20 Stunden	1.00				1.00	
20-35 Stunden	1.68*	1.06-2.68			1.59	0.98-2.56
> 35 Stunden	2.02***	1.31-3.11			1.89**	1.21-2.92
Berufliche Position						
niedrig	1.47**	1.15-1.86			1.23	0.96-1.57
hoch	1.00				1.00	
Sozialkapital						
niedrig			8.66***	5.40-13.88	7.33***	4.51-11.89
mittel			2.93***	1.96-4.40	2.73***	1.81-4.11
hoch			1.00		1.00	
Sigma U	0.17		0.11		0.12	
Rho	0.01		0.00		0.00	
Log likelihood	-979.31		-880.49		-840.83	
BIC	1816.17		1789.89		1753.61	
AIC	1774.62		1768.97		1701.67	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.05$; *** $p > 0.001$.

Arbeitszufriedenheit. In Tabelle 5.6 sind die Ergebnisse der Analysen für niedrige Arbeitszufriedenheit dargestellt. Der Intraklassenkorrelationskoeffizient zeigt einen signifikanten Effekt in Modellen 1 und 3. 1 % der Varianzunterschiede in der Arbeitszufriedenheit können durch Differenzen zwischen den Behörden erklärt werden ($Rho = 0.01$), d. h. dass die Behördenebene einen zusätzlichen Varianzanteil in der Arbeitszufriedenheit erklären, wenngleich dieser auch sehr gering ist. Den höchsten Risikofaktor für niedrige Arbeitszufriedenheit stellen niedrige Ausprägungen im Sozialkapital dar. Nach der Adjustierung für soziodemografische Variablen (Model 3) haben Beschäftigte mit niedrigem Sozialkapital ein 14-fach höheres Risiko (OR 14.13) für niedrige Arbeitszufriedenheit (OR 7.67) während mittlere Ausprägungen im Sozialkapital ein fast fünffaches Risiko aufzeigen (OR 4.73) im Vergleich zu hohem Sozialkapital. Model 3 zeigt

zudem ein signifikant geringeres Risiko für niedrige Arbeitszufriedenheit bei Beschäftigten mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 35 Stunden. Keine signifikanten Effekte zeigten sich im Geschlecht, in den Altersklassen und in der beruflichen Position (s. Model 1 und 3).

Tabelle 5.6 Mehrebenen-schätzungen für niedrige Arbeitszufriedenheit^a (Odds Ratio und 95 %-Vertrauensintervall).

Variablen	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	95 % VI	OR	95 % VI	OR	95 % VI
Geschlecht						
Frauen	1.24	0.95-1.62			1.31	0.99-1.72
Männer	1.00				1.00	
Altersklassen						
< 30 Jahre	1.00				1.00	
30-44 Jahre	1.08	0.70-1.68			0.94	0.60-1.50
> 45 Jahre	1.10	0.70-1.71			0.97	0.61-1.53
Wöchentliche Arbeitszeit						
< 20 Stunden	1.00				1.00	
20-35 Stunden	0.89	0.57-1.40			0.80	0.50-1.28
> 35 Stunden	0.69	0.46-1.03			0.60*	0.38-0.92
Berufliche Position						
niedrig	1.20	0.95-1.52			0.95	0.74-1.22
hoch	1.00				1.00	
Sozialkapital						
niedrig			13.81***	8.41-22.67	14.13***	8.45-23.57
mittel			4.83***	3.19-7.30	4.73***	3.11-7.21
hoch			1.00		1.00	
Sigma U	0.20		0.13		0.16	
Rho	0.01*		0.00		0.01*	
Log likelihood	-901.98		-876.08		-838.34	
BIC	1861.44		1781.03		1748.52	
AIC	1819.96		1760.15		1696.67	

*p<0.05; **p<0.05; ***p>0.001. ^aNiedrige Arbeitszufriedenheit bezieht sich auf Bewertungen von „zum Teil“ bis „in sehr geringem Maß“.

Insgesamt zeigten die Gütekriterien für die Modellanpassung (BIC, DIC) für alle drei Gesundheitsindikatoren im Modell 3 die niedrigsten Werte. Die Abnahme der Werte spricht für eine gute Modellanpassung an die empirischen Daten.

5.2.2 Einfluss der Einzeldimensionen

Die vorhergehenden Analysen zeigen, dass kein bzw. ein zu vernachlässigender geringer Effekt der Behörden auf die Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit vorhanden ist.

Deshalb beziehen sich die folgenden Analysen ausschließlich auf Zusammenhänge auf individueller Ebene.

Gesundheit. Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse für die Variable Gesundheit zeigt, dass alle Kerndimensionen einen signifikanten Zusammenhang zu niedriger Gesundheit aufweisen, siehe Tabelle 5.7. Die drei höchsten Risikofaktoren für niedrige Gesundheit sind niedrige Ausprägungen in den Aspekten „Gerechtigkeit und Respekt“, „Vertrauen zur Führungsebene“ sowie im Aspekt „Vertrauen unter Kollegen“. Beschäftigte mit niedrigen Einschätzungen im Aspekt „Gerechtigkeit und Respekt“ wiesen ein 5.45-fach erhöhtes Risiko und mittlere Einschätzungen ein 2.47-fach erhöhtes Risiko für schlechte Gesundheit auf im Vergleich zu Beschäftigten mit hohen Einschätzungen im Aspekt „Gerechtigkeit und Respekt“. Ebenso zeigen niedrige (OR 4.96) und mittlere (OR 1.87) Ausprägungen im Aspekt „Vertrauen zur Führungsebene“ ein signifikant erhöhtes Risiko für niedrige Gesundheit im Vergleich zu hohem Vertrauen zur Führungsebene auf. Ein 4.5-fach erhöhtes Risiko zeigte sich bei niedrigem Vertrauen unter Kollegen, bei mittleren Ausprägungen des Vertrauens ein fast doppelt so hohes Risiko (OR 1.75) für niedrige Gesundheit im Vergleich zu Beschäftigten mit hohen Ausprägungen im Aspekt „Vertrauen unter Kollegen“.

Burnout. Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse für die Variable Burnout zeigen, dass alle Kerndimensionen einen signifikanten Zusammenhang zu einem hohen Burnoutrisiko aufweisen, siehe Tabelle 5.7. Die drei höchsten Risikofaktoren sind „Gerechtigkeit und Respekt“, „Vertrauen zur Führungsebene“ sowie „Soziale Unterstützung von Vorgesetzten“. Beschäftigte mit niedrigen Einschätzungen in dem Aspekt „Gerechtigkeit und Respekt“ wiesen ein rund 20-fach erhöhtes Risiko und mittlere Einschätzungen ein 6.9-fach erhöhtes Risiko für Burnout auf im Vergleich zu Beschäftigten mit hohen Einschätzungen im Aspekt „Gerechtigkeit und Respekt“. Ebenso haben niedrige (OR 9.28) und mittlere (OR 3.61) Ausprägungen im Aspekt „Vertrauen zur Führungsebene“ ein signifikant erhöhtes Risiko für Burnout im Vergleich zu hohen Ausprägungen im Vertrauen zur Führungsebene. Ein fast 4-fach erhöhtes Risiko (OR 3.96) zeigte sich bei niedriger „Sozialer Unterstützung von Vorgesetzten“, bei mittleren Ausprägungen des Aspekts zeigte sich ein doppeltes Risiko (OR 2.38) für Burnout im Vergleich zu Beschäftigten mit hohen Ausprägungen.

Tabelle 5.7 Odds Ratio und 95 %-Vertrauensintervall für schlechte Gesundheit, niedrige Arbeitszufriedenheit und hohes Burnoutisiko bei der Arbeit in Zusammenhang mit den Sozialkapitaldimensionen^a.

Variable	Gesundheit ^b		Burnout ^c		Arbeitszufriedenheit ^d	
	OR	95 % VI	OR	95 % VI	OR	95 % VI
Soziale Unterstützung von Kollegen						
niedrig	2.62***	1.85-3.71	2.59***	1.83-3.65	3.07***	2.17-4.34
mittel	1.31*	1.01-1.70	1.96	1.53-2.53	1.30*	1.00-1.68
hoch	1.00		1.00		1.00	
Soziale Unterstützung von Vorgesetzten						
niedrig	2.74***	1.93-3.89	3.96***	2.81-5.59	2.67***	1.89-3.77
mittel	1.56*	1.09-2.23	2.38***	1.68-3.37	1.55*	1.09-2.21
hoch	1.00		1.00		1.00	
Gemeinschaftsgefühl						
niedrig	3.34***	2.49-4.49	3.73***	2.77-5.02	3.33***	2.49-4.46
mittel	1.76***	1.32-2.35	2.89***	2.17-3.85	2.06***	1.55-2.74
hoch	1.00		1.00		1.00	
Vertrauen unter Kollegen						
niedrig	4.51***	2.42-8.40	2.56**	1.43-4.58	4.23***	2.33-7.70
mittel	1.75***	1.37-2.23	2.04***	1.61-2.60	1.80***	1.41-2.29
hoch	1.00		1.00		1.00	
Vertrauen zur Führungsebene						
niedrig	4.96***	3.31-7.43	9.28***	6.05-14.24	5.77***	3.86-8.62
mittel	1.87***	1.42-2.47	3.61***	2.73-4.77	2.19***	1.66-2.90
hoch	1.00		1.00		1.00	
Gerechtigkeit und Respekt						
niedrig	5.45***	2.73-10.89	20.85***	8.72-49.89	11.50***	4.80-27.51
mittel	2.47**	1.25-4.89	6.90***	2.91-16.31	4.67***	1.97-11.10
hoch	1.00		1.00		1.00	

^aAlle Modelle wurden adjustiert für Geschlecht, Altersklassen, wöchentliche Arbeitszeit und berufliche Position. ^bSchlechte Gesundheit umfasst die Einschätzungen von durchschnittlichem bis schlechtestem denkbarem Gesundheitszustand (0-60 Punkte). ^cHohes Burnoutisiko umfasst die gemittelten Einstufungen von „immer“ bis „oft“. ^dNiedrige Arbeitszufriedenheit bezieht sich auf Bewertungen von „zum Teil“ bis „in sehr geringem Maß“.

Arbeitszufriedenheit. Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse für die Variable Arbeitszufriedenheit zeigen, dass alle Kerndimensionen einen signifikanten Zusammenhang zu niedriger Arbeitszufriedenheit aufweisen, siehe Tabelle 5.7. Die drei höchsten Risikofaktoren für niedrige Arbeitszufriedenheit sind „Gerechtigkeit und Respekt“, „Vertrauen zur Führungsebene“ sowie „Vertrauen unter Kollegen“. Beschäftigte mit niedrigen Einschätzungen in dem Aspekt „Gerechtigkeit und Respekt“ wiesen ein über 10-fach

erhöhtes Risiko (OR 11.5) und mittlere Einschätzungen ein fast 5-fach erhöhtes Risiko (OR 4.67) für niedrige Arbeitszufriedenheit auf im Vergleich zu Beschäftigten mit hohen Einschätzungen im Aspekt „Gerechtigkeit und Respekt“.

Ebenso zeigen niedrige (OR 5.77) und mittlere (OR 2.19) Ausprägungen in dem Aspekt „Vertrauen zur Führungsebene“ ein signifikant erhöhtes Risiko für niedrige Arbeitszufriedenheit im Vergleich zu hohem Vertrauen zur Führungsebene auf. Ein 4.23-fach erhöhtes Risiko zeigte sich bei niedrigem Vertrauen unter Kollegen, ein fast doppeltes Risiko (OR 1.8) bei mittleren Ausprägungen des Vertrauens für niedrige Arbeitszufriedenheit im Vergleich zu Beschäftigten mit hohen Ausprägungen im Aspekt „Vertrauen unter Kollegen“.

6 DISKUSSION

Die zentralen Ergebnisse sowie der methodischen Stärken und Schwächen werden im folgenden Abschnitt diskutiert. Anschließend werden Implikationen für die Anwendung abgeleitet.

6.1 Einordnung der Ergebnisse

Das übergreifende Ziel dieser Arbeit ist es, die Relevanz des Sozialkapitals im organisationalen Kontext herauszustellen. Es wurde überprüft, ob Variationen in der Ausprägung des Sozialkapitals ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit, Burnout und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten darstellen. Darüber hinaus war von Interesse, ob Unterschiede in den abhängigen Variablen durch Behördenunterschiede erklärt werden können. Auf Grundlage differenzierter Analyse der Einzeldimensionen von Sozialkapital wurde überprüft, welche Kerndimensionen von Sozialkapital in der Vorhersage für Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten eine zentrale Bedeutung einnehmen. Anhand der durchgeführten Analysen soll die Qualität der Führungs- und Organisationskultur erfasst und Zusammenhänge zur Gesundheit und dem Wohlbefinden der Mitarbeiter aufgezeigt werden. Die Ergebnisse werden nachfolgend in Bezug auf die aktuellen Forschungsergebnisse eingeordnet und diskutiert.

6.1.1 Organisationales Sozialkapital als Prädiktor für Gesundheit und Wohlbefinden

Die Ergebnisse unterstreichen, dass Sozialkapital in Organisationen ein unabhängiger Prädiktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten darstellt. Die prädiktive Kraft von Sozialkapital kann im Hinblick auf alle drei Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden bestätigt werden. Dies steht in Übereinstimmung mit der aufgestellten Hypothese 1. Niedrige sowie mittlere Ausprägungen im Sozialkapital sind im Vergleich zu hohen Ausprägungen mit einem signifikant höheren Risiko für schlechte Gesundheit, Burnout und niedriger Arbeitszufriedenheit verbunden (auch nach der Adjustierung für soziodemografische Variablen, s. Abbildung 6.1). Die Zusammenhänge sind in Übereinstimmung mit Ergebnissen aus vergleichbaren Studien zum Sozialkapital in Organisationen (Badura et al., 2008, Oksanen, 2009).

Darüber hinaus ist anzunehmen, dass Gesundheit und Wohlbefinden auch einen maßgeblichen Einfluss auf die Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten haben, wie eine Studie von Schmitt (2005) zeigt. In seiner Studie in 111 Finanzämtern in Nordrhein-Westfalen zeigt er auf, dass die subjektive Arbeitszufriedenheit nicht nur in hohem Maße mit

gesundheitlichen Beeinträchtigungen korreliert ($r = -0.64$, $p < 0.01$), sondern auch mit objektiven Leistungskriterien in Beziehung steht, wie z. B. den Durchlaufzeiten ($r = -0.27$, $p < 0.01$) oder den Anfechtungsklagen ($r = -0.36$, $p < 0.01$). Insgesamt wiesen die zufriedeneren und höher involvierten Beschäftigten ca. 15 % kürzere Durchlaufzeiten bzw. weniger Anfechtungsklagen auf. Dies unterstreicht die Bedeutung von zufriedenen Mitarbeitern für die organisationale Effizienz.

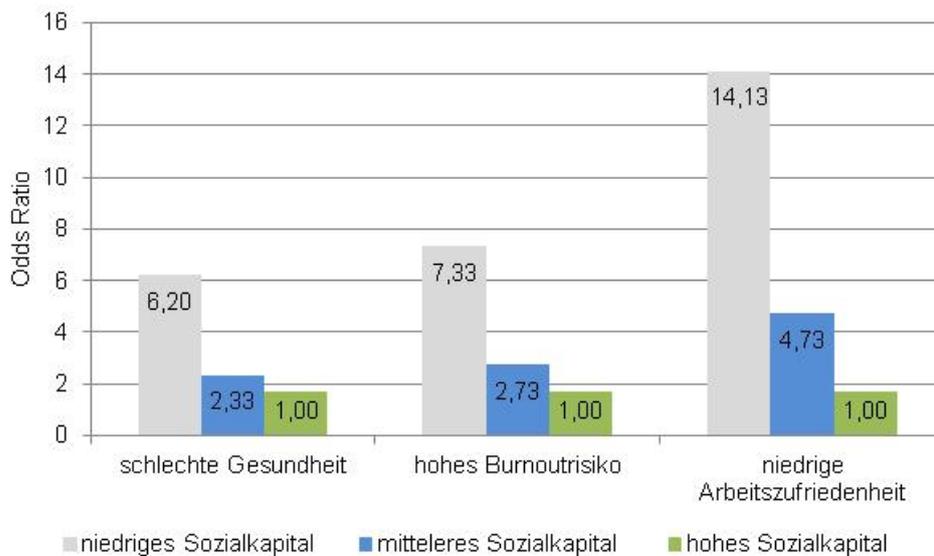


Abbildung 6.1 Odds Ratio für unterschiedliche Ausprägungen im Sozialkapital und Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit.

Der Einfluss von Sozialkapital ist unabhängig von individuellen Merkmalen und Faktoren und wurde durch diese in der Höhe und Signifikanz nur geringfügig beeinflusst. Somit kann die Hypothese 2 als bestätigt angesehen werden. Dies verdeutlicht, dass individuelle Merkmale nur einen geringen Bezug zu Sozialkapital in Organisationen aufweisen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass das Ausmaß von Sozialkapital nicht durch individuelle Merkmale sondern vielmehr durch das Arbeitsumfeld und die Organisationskultur beeinflusst wird. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den Forschungsergebnissen weiterer Studien. Boyas et al. (2010) konnten nur einen geringen Zusammenhang zwischen individuellen Merkmalen und Sozialkapital nachweisen (s. a. Lowe & Schellenberg, 2001; Requena, 2003). Dies unterstreicht, dass die Berücksichtigung von Kontextfaktoren der Arbeit eine zentrale Einflussgröße auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten darstellt und somit im Rahmen zukünftiger Forschung vermehrt Berücksichtigung finden sollte.

Auf Behördenebene zeigten sich keine signifikanten Effekte auf die Gesundheit und Burnout bzw. ein zu vernachlässigender geringer Effekt bei der Arbeitszufriedenheit. Mit anderen Worten sind die Unterschiede in Gesundheit, Burnout und Arbeitszufriedenheit nicht durch Unterschiede zwischen den Behörden zu erklären. Dies steht in Übereinstimmung mit der postulierten Hypothese, die von der Annahme ausgeht, dass aufgrund der einheitlichen und streng vorgegebenen Organisationsstrukturen die Gesundheit und das Wohlbefinden über alle Behörden hinweg „in gleichem Ausmaß“ beeinflusst werden und somit (nach Adjustierung für Kovariaten) keine Unterschiede vorhanden sind. Dies würde dafür sprechen, dass die „einheitliche“ Organisation der Behörden gleiche oder zumindest ähnliche Wirkmechanismen in Gang setzen. Da der Einfluss des Sozialkapitals auf die Gesundheit und das Wohlbefinden in allen Behörden sehr hoch ausgeprägt ist, stellt sich die Frage nach einer gesundheitsförderlichen Arbeits- und Behördenkultur. Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass zusätzliche Varianzanteile durch die Unterschiede zwischen den Behörden vorliegen, welche aber aufgrund des geringen Stichprobenumfangs auf Behördenebene (N=12) nicht nachgewiesen werden konnten.

Die Einordnung der Ergebnisse auf organisatorischer Ebene ist nur bedingt möglich, da Mehrebenenanalysen in diesem Forschungsbereich vergleichsweise selten sind. Die wenigen Ergebnisse auf Organisationsebene sind inkonsistent, zudem werden häufig nur einzelne Aspekte von Sozialkapital untersucht (s. Spell et al., 2007; Suzuki et al., 2010). Oksanen (2009) konnte in ihrer Studie einen Effekt des Sozialkapitals auf Abteilungsebene ausschließlich für die subjektive Gesundheit nicht jedoch für depressive Erkrankungen nachweisen (s. a. Kouvonen et al., 2008; Oksanen et al., 2008). Suzuki et al. (2010) zeigen für den Aspekt des Misstrauens und für den Mangel an Reziprozität ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit auf organisationaler Ebene auf. Auch Studien im nachbarschaftlichen Bereich weisen inkonsistente Befunde auf. Für differenzierte Aussagen sind weitere Studien notwendig, die sich speziell auf den organisationalen Kontext beziehen, da Sozialkapital in beiden Anwendungsfeldern eine unterschiedliche Bedeutung aufweist und anhand unterschiedlicher Indikatoren erhoben wird (Macinko & Starfield, 2001).

6.1.2 Individuelle Einflussfaktoren

Neben dem Sozialkapital ließen sich weitere Risikofaktoren auf individueller Ebene identifizieren. Ältere Beschäftigte (über 45 Jahre) wiesen ein deutlich höheres Risiko für Gesundheit als auch für Burnout auf. Beschäftigte über 45 Jahre verfügen über einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand verglichen zu den jüngeren Kollegen. Dies ist auf den ersten Blick kein überraschendes Ergebnis, da sich mit zunehmendem Alter auch der Gesundheitszustand verschlechtern kann. Jedoch wirft es vor dem Hintergrund der

Tatsache, dass insbesondere im öffentlichen Dienst (sowie auch in der Justiz) sehr viele ältere Mitarbeiter beschäftigt sind, die Frage auf, wie Arbeit gestaltet werden kann, sodass auch ältere Beschäftigte ihre Arbeit bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter bewältigen können.

Zudem berichteten Beschäftigte in einer niedrigeren beruflichen Position, wie z. B. Beschäftigte in der Wachtmeisterei und im Servicebereich, über einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand. Die Gesundheitsunterschiede in den beruflichen Positionen können mit einem möglicherweise geringeren Handlungs- und Entscheidungsspielraum und weniger Einflussmöglichkeiten auf die Arbeit erklärt werden, welche sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Die Risikofaktoren für Burnout sind vielfältig. Neben älteren Beschäftigten weisen Frauen als auch Beschäftigte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 35 Stunden pro Woche ein erhöhtes Risiko auf. Boyas et al. (2010) hingegen konstatieren in ihrer Studie ein erhöhtes Burnoutrisiko für jüngere Beschäftigte mit einer kürzeren Dauer der Betriebszugehörigkeit sowie für Mitarbeiter mit niedriger Organisationsbindung. Ähnliche Befunde berichten Maslach et al. (2001) sowie Mirvis et al. (1999). Das erhöhte Burnoutrisiko für jüngere Beschäftigte wird auf die geringe Erfahrung zurückgeführt (Edwards & Miltenberger, 1991). Leiter (1990) argumentiert, dass erfahrene Beschäftigte eine größere Bandbreite an Bewältigungsstrategien aufweisen. Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen dieser Studie, möglicherweise sind in der Justiz ältere Beschäftigte eher von Burnout betroffen, da diese eine höhere emotionale Bindung und somit eine höhere Identifikation mit der Organisation aufweisen. Auch Beschäftigte mit einer Arbeitszeit von mehr als 35 Stunden pro Woche weisen ein erhöhtes Risiko auf. Dieses kann durch die häufig zu leistende Mehrarbeit oder Vertretungsdienste begründet werden, die insbesondere für Mitarbeiter mit einem höheren Stundenumfang eine größere Belastung darstellen können. Bezüglich des Alters liegen differierende Befunde vor. Kowalski & Driller et al. (2010) sowie Kowalski & Ommen et al. (2010) konnten keine signifikanten Effekte des Alters sowie der Berufserfahrung auf das Burnoutrisiko feststellen. Das erhöhte Risiko für Burnout bei den weiblichen Justizbeschäftigten könnte durch mögliche familiäre Doppelbelastungen erklärt werden.

Die Arbeitszufriedenheit wird in dieser Studie, mit Ausnahme der wöchentlichen Arbeitszeit, weniger durch individuelle Merkmale sondern vielmehr durch das Ausmaß und die Qualität der sozialen Beziehungen beeinflusst. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien (Ommen et al., 2010; Perry et al., 2007). Die Höhe der wöchentlichen Arbeitszeit weist jedoch gegenteilige Effekte in den Gesundheitsvariablen auf. Einerseits sind

Beschäftigte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 35 Stunden pro Woche zufriedener als Beschäftigte mit weniger Wochenarbeitsstunden, andererseits zeigt diese Gruppe der Beschäftigten ein signifikant höheres Burnoutisiko auf. Die höhere Arbeitszufriedenheit könnte in der höheren Entlohnung sowie in einer besseren Vernetzung und Integration begründet sein. Die gegenteiligen Effekte der Wochenarbeitszeit erfordern weitere Analysen, die die Bedingungen von Arbeitszufriedenheit und Burnout im Hinblick auf die Arbeitszeit differenzierter erfassen. Insbesondere sollten Beschäftigte mit einem erhöhten Burnoutisiko im Rahmen von präventiven Maßnahmen besondere Berücksichtigung finden.

Der Einfluss soziodemografischer Variablen zeigt differenzierte Hinweise auf, auf deren Basis Interventionsmaßnahmen zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden können. Insbesondere zeigt sich bereits ab dem 30. Lebensjahr ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit der Beschäftigten, dies deutet darauf hin, dass präventive Maßnahmen bereits vor einem ersten Abfall in der Gesundheit ansetzen müssen.

6.1.3 Prädiktive Kraft der Einzeldimensionen

Die Interkorrelation der Einzeldimensionen spiegelt in Übereinstimmung mit gängigen Forschungsperspektiven den Zusammenhang der verschiedenen Aspekte von Sozialkapital wieder (horizontale bzw. vertikale Aspekte; „bonding, bridging, linking“), welche miteinander verbunden sind.

Die Korrelationen sind gering bis moderat ausgeprägt, was dafür spricht, dass die einzelnen Aspekte unterschiedliche Facetten von Sozialkapital erfassen. So sind z. B. Führungsaspekte bzw. horizontale Dimensionen wie das Vertrauen zur Führungsebene, soziale Unterstützung von Vorgesetzten sowie Gerechtigkeit und Respekt untereinander stärker korreliert. In diesen Aspekten spiegelt sich die Führungs- und Organisationskultur der Behörden wieder. Während horizontale Aspekte, wie die soziale Unterstützung von Kollegen mit dem Gemeinschaftsgefühl und dem Vertrauen unter Kollegen höher korrelieren.

Die Korrelationen zwischen den abhängigen Variablen weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitszufriedenheit nicht sehr ausgeprägt ist. Beide Konstrukte basieren auf unterschiedlichen Bezugssystemen. Zufriedenheit mit der Arbeit resultiert aus einer kognitiven Bewertung während Gesundheit durch vielfältige Faktoren auch außerhalb der Arbeit beeinflusst werden kann. Schmitt & Dörfel (1999) resümieren deshalb, dass Arbeitszufriedenheit und psychosomatisches Wohlbefinden trotz geringer Interkorrelation von gemeinsamen Faktoren beeinflusst werden, wie z. B. der organisationalen Gerechtigkeit. Dies bestätigen auch die nachfolgend aufgeführten Ergebnisse der Regressionsanalysen.

In Übereinstimmung mit den Erwartungen zeigen die Ergebnisse der Regressionsanalysen, dass niedrige oder mittlere Ausprägungen in den jeweiligen Sozialkapitaldimensionen im Vergleich zu hohen Ausprägungen mit einem signifikant erhöhten Risiko in den Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden verbunden sind. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme der aufgestellten Hypothese, dass sowohl horizontale als auch vertikale Aspekte signifikant mit Sozialkapital assoziiert sind. Dies steht in Einklang mit den Analysen von Oksanen et al. (2010). Sie zeigten in ihrer Studie sowohl signifikante Effekte von horizontalen als auch vertikalen Sozialkapitaldimensionen in Verbindung mit Depressionsindikatoren auf. Auch zu subjektiver Gesundheit konnten Oksanen et al. (2008) signifikante Zusammenhänge zu horizontalen und vertikalen Aspekten nachweisen.

Gerechtigkeit und Respekt. Besonders hohe Risikowahrscheinlichkeiten zeigten sich im Aspekt „Gerechtigkeit und Respekt“ in allen drei abhängigen Variablen. Die Bedeutung und der Einfluss von Gerechtigkeit und Respekt auf die Gesundheit und das Wohlbefinden stehen in Übereinstimmung mit aktuellen Forschungsergebnissen und werden gegenwärtig im Rahmen verschiedener Studien diskutiert.

In Bezug auf gesundheitsbezogene Indikatoren haben Studien gezeigt, dass organisationale Gerechtigkeit ein bedeutender psychosozialer Prädiktor für die Gesundheit der Beschäftigten im modernen Arbeitsleben darstellt (Elovainio et al., 2002; Head et al., 2007). Hierbei wurden Zusammenhänge zu unterschiedlichen Gesundheitsindikatoren aufgezeigt, wie z. B. zu diagnostizierter Depression, psychiatrischen Erkrankungen, koronaren Herzerkrankungen, psychosomatischem Wohlbefinden, krankheitsbedingten Fehlzeiten oder Burnout (De Vogli et al., 2007; Ferrie et al., 2006; Elovainio et al., 2004; Head et al., 2007; Kivimäki et al., 2003; Kivimäki et al., 2004; Kivimäki et al., 2005; Liljegren & Ekberg, 2009; Moliner et al., 2005; Schmitt & Dörfel, 1999; Spell & Arnold, 2007). Liljegren et al. (2008) untersuchten in Quer- und Längsschnittsanalysen Verwaltungsmitarbeiter in Schweden und zeigten signifikante Zusammenhänge zwischen Gerechtigkeit und subjektiver Gesundheit als auch zu Burnout (s. a. Rioli et al., 2006) auf. Schmitt & Dörfel (1999) fanden signifikante moderate Zusammenhänge zwischen prozeduraler Gerechtigkeit und Arbeitszufriedenheit ($r=0.35$) sowie niedrige signifikante Korrelationen hinsichtlich des psychosomatischen Wohlbefindens (höchste Korrelation $r=0.17$). Kivimäki et al. (2007) analysierten in einer umfangreichen finnischen Längsschnittsstudie den Zusammenhang zwischen organisationaler Gerechtigkeit und subjektiver Gesundheit, psychiatrischen Erkrankungen und Depression bei Beschäftigten im öffentlichen Dienst (städtische Beschäftigte / Krankenhauspersonal). Zudem stellten sie die Prädiktionskraft von „Gerechtigkeit“ und „Effort-Reward-Imbalance“ gegenüber. Die Ergebnisse zeigen, dass die beiden Konzepte unabhängig voneinander in der Lage sind, Gesundheitsrisiken vorherzusagen. Das Konzept der organisationalen Gerechtigkeit zeigte in

allen abhängigen Variablen signifikante Odds Ratios im Bereich von 1.20 bis 1.87 auf, während das Effort-Reward Model in der Stichprobe der Krankenhausbeschäftigten keine signifikanten Risikovorhersagen aufzeigte. Andere Studien hingegen konnten nur teilweise signifikante Ergebnisse für organisationale Gerechtigkeit aufweisen, dies könnte im Untersuchungsdesign sowie in der Stichprobe begründet sein, hierzu ist weitere Forschung insbesondere in verschiedenen Arbeitskontexten notwendig. Lawson et al. (2009) zeigten in ihrer Studie an Polizisten in Australien, dass distributive, interpersonale und informelle Gerechtigkeit signifikant mit Arbeitszufriedenheit in Beziehung steht, während prozedurale Gerechtigkeit keine signifikanten Effekte zeigte. In Bezug auf die psychische Gesundheit konnten sie keine signifikanten Zusammenhänge nachweisen. Auch Moliner et al. (2005) konnten an einer Stichprobe im Hotelgewerbe nicht durchgängig für alle Aspekte der Gerechtigkeit (distributiv, prozedural, interaktional) signifikante Effekte in den Burnoutindikatoren feststellen.

Vor dem Hintergrund der dargelegten Forschungsergebnisse sind die Risikovorhersagen in dieser Studie insbesondere für Burnout (20-fach erhöhtes Risiko bei geringer Ausprägung) und niedrige Arbeitszufriedenheit (über 10-fach erhöhtes Risiko) mehr als überdurchschnittlich ausgeprägt. Ungerechte Behandlung ruft negative Emotionen hervor (Mikula, 1993), welche dauerhaft mit geringer Arbeitszufriedenheit und geringem psychosomatischen Wohlbefinden einhergeht (Johnson, 1990). Dies legt nahe, dass Gerechtigkeit und Respekt in Behörden ein besonderer Stellenwert zukommt. Die Anerkennung und Belohnung der Justizbeschäftigten in Form von Beförderungen oder leistungsgerechter Bezahlung ist durch die Rahmenbedingungen nur bedingt möglich. Trotzdem sind sie angehaltend durch den Personalabbau sowie durch hohe Fehlzeiten und Personalausfälle dauerhaft Mehrarbeit zu leisten. Vor diesem Hintergrund kommt einem wertschätzenden Arbeitsumfeld eine besondere Rolle zu, dies kommt auch im folgendem Zitat aus dem Projekt IPSO zum Ausdruck: *„Wenn man wenigstens ab und zu mal gelobt würde, hätte man viel mehr Freude an der Arbeit.“* (eigene Auswertungen). Eine Längsschnittstudie über vier Messzeitpunkte an Arbeitnehmern in der Schweiz zeigte, dass sich kontinuierlich wahrgenommene Wertschätzung positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt (Semmer et al, 2004; Semmer et al, 2005). Wertschätzung und Anerkennung geht über das Loben hinaus und bezieht sich auf das alltägliche Verhalten bei der Arbeit. *„Anerkennen heißt auch Interesse an der Arbeit einer Person zu zeigen, deren Probleme ernst zu nehmen, sie um Rat zu fragen, ihre Vorschläge anzuhören oder Bevormundung zu vermeiden.“* (Semmer et al., 2006, S. 93).

Vertrauen. Ein weiterer bedeutender Risikofaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten ist das Vertrauen zur Führungsebene. Für Burnout zeigte sich die höchste

Risikowahrscheinlichkeit bei niedrigem Vertrauen (9-fach erhöhtes Risiko) im Vergleich zu hohem Vertrauen zur Führungsebene. Ebenso fanden sich hohe Risikowahrscheinlichkeiten im Aspekt „Vertrauen unter Kollegen“, mit einem 4-fach erhöhten Risiko bei niedriger Ausprägung in der Gesundheit und Arbeitszufriedenheit. Vertrauen kann in diesem Sinne als ein bedeutender Katalysator in der Beförderung salutogener Prozesse in Behörden angesehen werden. Insbesondere scheint dem Vertrauen zur Führungsebene eine besonderer Stellenwert für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Justizbeschäftigten zuzukommen.

Die Ergebnisse stehen im Einklang mit den vorliegenden Forschungsergebnissen. Vertrauensvolle Beziehungen vermitteln Gefühle von Sicherheit und Gelassenheit, reduzieren Zukunftsängste und steigern die Arbeitszufriedenheit (Dirks et al., 2002, Mulki et al., 2006, Requena, 2002). Harvey et al., (2003) zeigten in ihrer Analyse an 92 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Wirtschaftsprüfungsunternehmens, dass Vertrauen in das Management als Puffer zwischen hohen quantitativen Anforderungen und Stress sowie Burnout fungiert. Dirks & Ferrin (2002) bezogen sich in ihrer ausführlichen Metaanalyse von 106 Studien auf ein Modell, welches Bedingungen (Transformative Führung, Unterstützung, Gerechtigkeit etc.) sowie Auswirkungen (Arbeitsleistung, Arbeitszufriedenheit, Bindung etc.) von Vertrauen in die Führung beschreibt. Ihre Ergebnisse stützen die aufgestellten Modellzusammenhänge. Rigotti & Mohr (2006) untersuchten in ihrer Studie an 643 Beschäftigten den Zusammenhang zwischen Vertrauen und subjektivem Wohlbefinden. Ihre Ergebnisse zeigen, dass Vertrauen in die Organisation den Zusammenhang zwischen psychologischem Vertrag und subjektivem Wohlbefinden verstärkt. Spreitzer & Mishra (1999) zeigten in ihrer Studie, dass Vertrauen in die Mitarbeiter die Mitarbeiterbeteiligung erhöht und zudem nachhaltiger ist als leistungsbezogene Entlohnung (s. a. Kay & Hagan, 2003). Vertrauen fördert innovatives Verhalten und Kreativität, wenn davon ausgegangen wird, dass Ideen und Vorschläge positiv aufgenommen und wertgeschätzt werden (Krause & Klöhn, 2002). Dem Vertrauen zu Vorgesetzten kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu. Ladebo (2006) zeigt, dass die Identifikation mit den Zielen und Werten der Organisation sowie die Loyalität durch Vertrauen gefördert wird. Weitere Zusammenhänge lassen sich aufzeigen zu affektivem Commitment (Tan & Tan 2000) und der Arbeitsleistung (Meyer et al., 2002).

Zusammenarbeit und Gemeinschaftsgefühl. In Übereinstimmung mit den Hypothesen waren niedrige Ausprägungen in der sozialen Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten mit einem doppelten bis fast vierfachen Risiko für die Gesundheit, Burnout und niedrige Arbeitszufriedenheit verbunden. Dies verdeutlicht, dass gute Zusammenarbeit unter Kollegen als auch über verschiedene Hierarchien hinweg eine salutogene Ressource für die Justizbeschäftigten darstellt. Ein stark ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl wirkte sich ebenso

positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten aus. Diese Ergebnisse sind konsistent mit der Mehrzahl der vorliegenden Studien, die positive Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung bei der Arbeit und Gesundheit und Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und anderen Variablen bestätigen (Bergh et al., 2009; Chu et al., 2006; Harris, et al., 2007, Lysaght & Larmour-Trode, 2008; Mohr & Wolfram, 2010; Nahum-Shani & Bamberger, 2011; Sinokki et al., 2009). Harris et al. (2007) zeigten in ihrer Studie, dass soziale Unterstützung am Arbeitsplatz ca. 17 Prozent der Varianzunterschiede in der Arbeitszufriedenheit erklären konnte. Eine Minderheit von Studien zeigt jedoch gegenteilige Effekte auf (wie z. B. auf Fehlzeiten, Fluktuation, Burnout, Depression und Angststörungen; s. Behr et al., 2010; Deelstra et al., 2003). Negative Auswirkungen werden u. a. damit begründet, dass sich die unterstützte Person gegebenenfalls durch die Annahme der Hilfe minderwertig, unterlegen oder inkompetent fühlt und die Effekte somit in Abhängigkeit von der Wahrnehmung der Selbstwertgefährdung und der Selbstunterstützung des Unterstützenden bestimmt werden (Beehr et al., 2010; Deelstra et al., 2003, Nadler & Fisher, 1986). In den Justizbehörden scheint sich jedoch hohe soziale Unterstützung als auch ein starkes Gemeinschaftsgefühl positiv auf das Wohlbefinden auszuwirken.

Die differenzierte Untersuchung der Einzelaspekte erlaubt Aussagen über die unterschiedliche Wirkweise der einzelnen Dimensionen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass vor allem niedrige Ausprägungen in Aspekten der Führungskultur (vertikales Sozialkapital) ein hohes Risiko für die Gesundheit und das Wohlbefinden darstellen. Der Einfluss horizontaler Aspekte weist ebenfalls signifikante Risikovorhersagen auf, diese sind jedoch weniger hoch ausgeprägt als die Aspekte der Führungs- und Organisationskultur. Diese Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass vor allem die Führungs- und Organisationskultur einen bedeutenden Einfluss in den Justizbehörden darstellen (s. a. Kristensen, 2010). Ben-Hador et al. (2009) zeigten in ihrer Studie, dass relationale Führung sich positiv auf das Sozialkapital auswirkt, welches sich positiv auf die Vitalität der Beschäftigten auswirkt. Die Werte- und Behördenkultur kann eine bedeutende Ressource für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten darstellen und einen wesentlichen Einfluss auf die Wahrnehmung und das Befinden der Beschäftigten ausüben. Diese bestimmt maßgeblich die Entwicklung, Erhaltung und Förderung von Sozialkapital in Organisationen und Behörden.

6.2 Stärken und Schwächen

Die Ergebnisse dieser Studie sind jedoch mit Einschränkungen verbunden, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Nachfolgend werden sowohl Stärken als auch Schwächen aufgezeigt.

6.2.1 Untersuchungsdesign

Die Daten dieser Studie basieren auf einer umfangreichen Stichprobe in 12 Justizbehörden. Die große Anzahl der Teilnehmer mit einer verhältnismäßig hohen Beteiligungsquote unterstreichen die Aussagekraft der Ergebnisse. Trotzdem können systematische Effekte durch eine Verweigerung der Teilnahme an der Befragung nicht ausgeschlossen werden. Eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse könnte dadurch zustande kommen, dass gerade Personen mit schlechter Gesundheit und niedrigem Sozialkapital die Teilnahme verweigert haben oder aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht in der Lage waren, teilzunehmen. Andererseits könnte die Mitarbeiterbeteiligung auch auf Behördenebene, durch einen (möglicherweise) unterschiedlichen Informationsgrad über die Befragung durch die Ansprechpartner in den einzelnen Behörden beeinflusst worden sein.

Die in dieser Arbeit dargestellten Zusammenhänge beziehen sich auf den Anwendungskontext von Behörden, die sich insbesondere durch eine hierarchische Organisation und Regelorientierung auszeichnen. Eine Generalisierung der Ergebnisse auf andere Anwendungsbereiche und Organisationen ist daher nur eingeschränkt möglich.

Das Querschnittsdesign der Studie erlaubt keine Aussagen über Veränderungen der Variablen über die Zeit sowie kausale Schlussfolgerungen. Differenzierte Aussagen über die Wirkmechanismen von Sozialkapital in Organisationen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden erfordern Längsschnittanalysen, mit festen Effekten auf individueller als auch auf organisatorischer Ebene.

6.2.2 Erhebung der Indikatoren

Die Erhebung von Sozialkapital basierte auf den aktuellen theoretischen Entwicklungen und berücksichtigte die Multidimensionalität des Konzepts (Harpham et al., 2002). Die differenzierte Erhebung der Einzelaspekte erlaubt Einblicke über die Einflüsse der Kerndimensionen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Dies hat sich auch im Hinblick auf die Ableitung von Präventionsmaßnahmen als unterstützend erwiesen. Es wurden sowohl kognitive als auch strukturelle Aspekte von Sozialkapital erfasst sowie „bonding, bridging, linking“-Aspekte, welche die Zusammenarbeit unter Kollegen, zu Vorgesetzten als auch Hierarchie- und Machtunterschiede umfassen.

Der Aspekt des Vertrauens als Indikator für Sozialkapital wird in der Forschung kontrovers diskutiert (Adler & Kwon, 2002). Es stellt sich die Frage, ob Vertrauen ein Indikator für Sozialkapital darstellt oder vielleicht vielmehr eine Voraussetzung oder Folge von Sozialkapital ist (Harpham, 2008; Lin, 1999). Diese Argumentation bezieht sich auf alle kognitiven Elemente, die Menschen zu gewissen Handlungen oder Verhalten bewegen

(Harpham, 2008). Fukuyama (1995) setzt Vertrauen mit Sozialkapital gleich. Putnam (1998) sieht in Vertrauen eine wichtige Grundlage für Sozialkapital, während für Coleman (1990) Vertrauen ein Medium darstellt, welches sozialen Tausch ermöglicht. Kawachi et al., 2008 betonen außerdem, dass insbesondere bei der Erhebung von gesundheitsbezogenen Fragestellungen, individuelles Misstrauen durch Persönlichkeitsmerkmale wie Feindseligkeit überlagert werden kann. Adler & Kwon (2002) schlagen vor, Vertrauen nicht mit Sozialkapital gleichzusetzen sondern als notwendige, nicht hinreichende Bedingung für die Entstehung von Sozialkapital zu verstehen (s. a. Portes, 1998; Iseke, 2007).

Alle Untersuchungsvariablen (Sozialkapital als auch die Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden) wurden über subjektive Einschätzungen der Beschäftigten erhoben. Die Beeinflussung der subjektiven Einschätzungen durch Persönlichkeitsmerkmale trifft ebenso auf die Einstufungen des Sozialkapitals sowie auf die Erhebung der gesundheitsbezogenen Indikatoren zu. Befunde aus der Zwillingsforschung belegen diese Annahmen (Arvey et al., 1989). Darüber hinaus können die Einschätzungen auch von der individuellen Bedeutung der Arbeit(sbedingungen) bzw. von der Motivation der Beschäftigten bestimmt werden (Zink, 1975).

Zudem können systematische Auslassungen, falsche Beantwortungen oder ein sozial erwünschtes Antwortverhalten die Zusammenhänge verzerren. Eine Kombination mit Beobachtungsdaten für das Sozialkapital oder objektive Erhebungen für die Gesundheitsindikatoren könnten mögliche Verzerrungen abmildern. Dies war jedoch aufgrund des Aufwandes in dieser Studie nicht umsetzbar. Andererseits ist das subjektive Erleben maßgeblich für die erlebte Beanspruchung, unabhängig davon, ob diese objektiv gegeben ist.

Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ein unabhängiger Prädiktor für Mortalität darstellt, selbst nach der Kontrolle für verschiedene medizinische Diagnosen (Idler & Benyamini, 1997; Marmot 1998). Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit stellt somit eine einfache Möglichkeit dar, die Gesundheit zu beurteilen (Idler & Benyamini, 1997, Singh-Mannoux et al. 2006). Studien über Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit Leistungskriterien haben gezeigt, dass das Maß der allgemeinen Arbeitszufriedenheit einen engeren Zusammenhang aufweist als einzelne Facetten, die den Zusammenhang häufig unterschätzen (Fischer & Fischer, 2005; Judge et al., 2001).

6.2.3 Statistische Methoden

Eine weitere Stärke dieser Studie liegt in der Anwendung von statistischen Verfahren, die die hierarchische Struktur der Daten berücksichtigen: die Verschachtelung der Individuen, die

einer bestimmten Behörde angehören. Insbesondere bei organisationspsychologischen Fragestellungen, die die Wirkung des sozialen Kontextes zum Gegenstand haben, liefern Mehrebenenanalysen differenziertere Ergebnisse. Somit können Auswirkungen von spezifischen Kontextfaktoren auf verschiedenen Ebenen identifiziert werden (Diestel et al. 2009, Merlo et al., 2005, Yen & Syme, 1999). Gegebenenfalls sind Aussagen und Interpretationen auf Behördenebene, durch die geringe Anzahl an Behörden (N=12), nur eingeschränkt möglich.

Die Dichotomisierung der abhängigen Variablen könnte sich auf die statistische Power auswirken, hierdurch könnte die Stärke der Zusammenhänge unterschätzt worden sein. Trotz der Adjustierung für soziodemografische Variablen können mögliche Verzerrungen durch zusätzliche Störvariablen, wie z. B. Persönlichkeitsmerkmale, nicht ausgeschlossen werden.

6.2.4 Kausalität und Wirkmechanismen

Es muss davon ausgegangen werden, dass reziproke Prozesse zwischen Sozialkapital und Gesundheit und Wohlbefinden existieren, welche im Rahmen des Untersuchungsmodells nicht berücksichtigt wurden. Im organisationalen Forschungsfeld wird Sozialkapital sowohl als Ursache und als abhängige Variable verwendet: *„On the one hand, it can be an input whose function is to facilitate economic activity via mechanism of information gathering, coordination and trust. On the other hand, social capital can be an output in itself, something that contributes directly to individual and social well-being.”* (González et al., 2006, S. 1). Beispielsweise wäre es möglich, dass sich Gesundheit und Wohlbefinden wiederum positiv auf die Bildung von Sozialkapital auswirken. Der Einfluss von Wechselwirkungsprozessen kann sich über die Zeit sowohl auf die Wahrnehmung der Organisationskultur auf Seiten der Beschäftigten als auch auf individuelle Gesundheitsindikatoren auswirken. Studien, die langfristige Wechselwirkungsprozesse analysieren und aufzeigen, könnten organisationale Veränderungen implizieren und somit die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeit und Beziehungen in Organisationen unterstützen. Ein weiterer Kritikpunkt ist darin zu sehen, dass das Sozialkapital außerhalb der Behörden nicht erhoben wurde. Es ist anzunehmen, dass auch das Sozialkapital außerhalb der Arbeit einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten ausübt (Suzuki et al., 2009).

Obwohl angenommen wird, dass Sozialkapital die Gesundheit ursächlich beeinflusst, ist wenig über die potenziellen Wirkmechanismen bekannt. Der unterschiedlich hohe Einfluss der Einzeldimensionen lässt darauf schließen, dass die Gesundheit und das Wohlbefinden unterschiedlich stark beeinflusst werden. In der Forschung werden verschiedene Wirkmechanismen diskutiert (Drukker et al., 2003; Folland, 2008; Kawachi et al., 1999; Oksanen, 2008). Die vier bedeutendsten Ansätze werden wie folgt begründet:

A. Sozialkapital reduziert Stress

Durch eine vertrauensvolle Umgebung, unterstützende Beziehungen und Netzwerke kann die Wirkung von Stressfaktoren reduziert oder aufgehoben werden (Szreter & Woolcock, 2004).

B. Sozialkapital ermöglicht den Zugang zu Informationen

Soziale Kontakte ermöglichen den Zugang zu Informationen (z. B. über die Bedeutung und die Wirksamkeit von Gesundheitsfürsorge und gesundheitsförderlichem Verhalten).

C. Sozialkapital appelliert an die Verantwortung gegenüber sich selbst und Anderen

Die Teilnahme in einer Gemeinschaft sensibilisiert für die gegenseitige Verantwortung.

D. Sozialkapital stärkt persönliche Ressourcen

Durch die Einbettung in die Gemeinschaft und deren positive Unterstützung wird das Selbstwertgefühl gestärkt und gegenseitiger Respekt gefördert (Wilkinson, 1996).

Poortinga (2006) hingegen vertritt in seiner Studie die Auffassung, dass gesundheitsbezogenes Verhalten als Mediator die Beziehung zwischen Sozialkapital und Gesundheit beeinflusst.

6.3 Ausblick: Implikationen für die Anwendung

Obgleich gewisser methodischer Einschränkungen, lassen sich anwendungsbezogene Schlussfolgerungen ableiten, die Aufschluss darüber geben, wie Sozialkapital in Behörden die Gesundheit, Burnout sowie die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten beeinflussen.

6.3.1 Sozialkapital als Ressource in Behörden

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass (1) das Sozialkapital in Behörden ein bedeutender Prädiktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten darstellt. Darüber hinaus verdeutlichen die Analysen, dass (2) die Haupteinflussfaktoren für Gesundheit und das Wohlbefinden in der Führungs- und Organisationskultur begründet sind. (3) Hohe Risikovorhersagen für schlechte Gesundheit und Burnout bei älteren Beschäftigten legen nahe, dass Interventionen in den Behörden zielgerichtet ausgelegt werden müssen, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten langfristig und nachhaltig zu erhalten. (4) Auf Basis der differenzierten Betrachtung der Sozialkapitaldimensionen können verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen abgeleitet und Voraussetzungen geschaffen werden, die die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten fördern und erhalten als auch die Bedürfnisse älterer Beschäftigter berücksichtigen und somit eine bessere Bewältigung der Arbeitsanforderungen ermöglichen.

Hohe Ausprägungen im organisationalen Sozialkapital stellen eine Ressource für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten dar. Diese Zusammenhänge begründen Interventionen mit dem Ziel, das Sozialkapital zu fördern und zu stärken. Dies sollte auch im Hinblick auf die zukünftige Leistungsfähigkeit der Behörden ein zentrales Ziel im Rahmen der behördlichen Gesundheitsförderung darstellen.

Grundlage für das Sozialkapital ist die Organisations- und Führungskultur, die die Rahmenbedingungen für vertrauensvolle, wertschätzende und unterstützende Beziehungen und Strukturen schafft und somit die Gesundheit der Beschäftigten fördert als auch die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit erhält (Prusak & Cohen, 2001). Kulturelle Normen und Werte bilden die Basis, wie Personen miteinander in Beziehung treten und können somit ein kulturelles Klima des Vertrauens oder des Misstrauens schaffen (Schlehuber & Molzahn, 2007).

6.3.2 Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

Trotz der hohen anwendungsbezogenen Relevanz handelt es sich bei der Organisations- und Führungskultur in öffentlichen Verwaltungen um ein nicht hinreichend fundiertes Forschungsfeld (Düren, 2009). Zahlreiche Konzepte und Maßnahmen wurden eingeführt, mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit bis zum Renteneintritt zu erhalten und die Wandlungs- und Innovationsprozesse mit alternden Belegschaften durch eine veränderte Führungskultur zu unterstützen (Buck, 2007).

Bis zum heutigen Zeitpunkt liegen jedoch keine Analysen und Erkenntnisse über die Voraussetzungen und Bedingungen der erfolgreichen Umsetzung dieser Konzepte vor (Bandemer & Blanke, 1999; Bogumil & Jann, 2005; Düren, 2009; Speier-Werner, 2006). Insbesondere wurde die Bedeutung des sozialen Systems zugunsten „harter“ betriebswirtschaftlicher Faktoren stark vernachlässigt. Peters & Watermann (2007) betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung der menschlichen Bedürfnisse, die bei der Unternehmensorganisation zu berücksichtigen sind, wie z. B. die Sinnbedürftigkeit des Menschen, das Bedürfnis nach Einfluss und Erfolgsgefühlen sowie das Bewusstsein für die Abhängigkeit von Überzeugungen und Einstellungen. Menschen sind auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen.

Whorton & Worthley empfahlen bereits 1981, erst die Kultur öffentlicher Einrichtungen kennen zu lernen und zu verändern, bevor neue Konzepte und Instrumente implementiert werden (s. a. Kobi & Wüthrich, 1986). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass insbesondere die Organisations- und Führungskultur in Behörden einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten hat. Die nachhaltige

und langfristige Ausrichtung einer gesundheitsförderlichen Organisations- und Führungskultur steht zudem nicht im Widerspruch zu den „starren“ Strukturen, die häufig als Grund dafür genannt werden, weshalb Veränderungen nicht stattfinden können. Denn in öffentlichen Einrichtungen gibt es neben den vielen nicht oder schwer beeinflussbare Faktoren wie z. B. gesetzliche Vorgaben, auch beeinflussbare Faktoren (Weber, 2002), wie z. B. die Qualität von Arbeitsbeziehungen.

Behörden und öffentliche Verwaltungen müssen sich als eigenständige spezifische Kultur begreifen und dieser vermehrt Beachtung schenken (Busch, 2000; Kobi & Wüthrich 1986; Ridder & Hoon, 2000, Schridde, 2005). Sackmann (2004, S. 15) betont, dass „... *Unternehmenskultur und Führungsverhalten in ihrer positiven Ausgestaltung noch nicht hinreichend als Erfolgsfaktor von unternehmerischem Handeln in der öffentlichen Meinung verankert*“ sind.

6.3.3 Förderung von Sozialkapital

Dieser Abschnitt zeigt auf Basis fundierter Konzepte Handlungsempfehlungen auf, wie das Sozialkapital in Organisationen durch eine mitarbeiterorientierte Organisations- und Führungskultur gefördert und erhalten werden kann. Ellinger et al. (2011) haben gezeigt, dass Investitionen in das organisationale Sozialkapital auch positive Auswirkungen auf die Arbeitsleistungen haben.

Nach Prusak & Cohen (2001) stellen Entwicklungen und Investitionen in das Sozialkapital oberste Priorität für die Unternehmensleitung dar. Sie zeigen auf Basis ihrer mehrjährigen Unternehmensanalysen auf, wie Sozialkapital in Unternehmen zunehmend aufgebaut und gefördert werden kann. *„Organizations live by their norms and values. „The way things are done around here” and “what we care about” define organizational identity and functioning.”* (S. 92). Sie schreiben der emotionalen Bewertung eine große Bedeutung zu, welche sich auf der Verhaltensebene widerspiegelt:

„As important as anything is the „feel“ of the place. Do people greet each other or blame each other? Do they tend to talk about „we“ or „I“? How much time do they spend muttering about office politics, unfairness, and lack of opportunity?” (Quelle: e-Mail Interview).

Boyas et al. (2010), Nahapiet & Ghoshal, (1998) und Prusak & Cohen (2001) klassifizieren verschiedene Arten von *„...day-to-day investments in social capital...“* (S. 88), die sich teilweise überschneiden:

Schaffung von Vertrauen. Die Schaffung von Vertrauen sowie ein kooperatives Miteinander erfordern klare Regeln und Normen sowie Transparenz, welche für alle in gleicher Weise angewandt werden. Neben gleicher Behandlung betonen sie zudem die Bedeutung von

Wertschätzung und Anerkennung durch die Führung, welches das Vertrauen der Beschäftigten stärkt und fördert. Voraussetzung für die Förderung des Zusammenhalts und der Kooperation sind gemeinsame Ziele sowie Werte und Verhaltensnormen, die durch strategische Kommunikation und inspirative Führung vermittelt werden.

Geschlossenheit und Abgrenzung. Die Bedeutung von Geschlossenheit und Abgrenzung, wie z. B. durch die Verwendung gemeinsamer (Fach)Sprache, die den Beschäftigten ein Gefühl von Identität und Zugehörigkeit vermitteln (Bourdieu, 1986) sind bedeutende Determinanten des Sozialkapitals. Diese Bedingungen sind Merkmale von Organisationen und im Hinblick auf die Förderung und Erhaltung von Sozialkapital auch steuerbar.

Aufbau von Verbindungen. Verbindungen können aufgebaut und gestärkt werden durch gemeinsame Normen und ein vertrauensvolles Umfeld, hierdurch können kollegiale Beziehungen vertieft und das Zusammenhangsgefühl gestärkt werden. Insbesondere ist die Bereitstellung von Zeit und Raum sowie persönlicher Austausch und Kontakt wichtig für den Aufbau und die Pflege von Beziehungen.

Vernetzung und Pflege von Kooperationen. Die Vernetzung und Koordination von Organisationen sowie die Pflege von Kooperationen sind weitere zentrale Dimensionen, die verschiedene Einheiten und Abteilungen innerhalb von Organisationen verbinden und gemeinsames Handeln ermöglichen. Die Interaktion zwischen den Beschäftigten ist für die Entwicklung und Erhaltung von Netzwerken und Beziehungen notwendig (Bourdieu, 1986). Die Vernetzung kann in Form von regelmäßigen Besprechungen, Konferenzen oder sozialen Veranstaltungen umgesetzt und angeregt werden.

Förderung der Kommunikation. Die interne Kommunikation fördern, indem alle Beschäftigten über aktuelle Themen und Probleme informiert werden und gleichzeitig die Möglichkeit erhalten, arbeitsbezogene Anliegen mitzuteilen. Vor allem die Bedeutung der Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen und Hierarchien (Management / Mitarbeiter) ist ein zentraler Faktor für eine erfolgreiche Unternehmensführung.

Zeit. Investitionen in das Sozialkapital erfordern Zeit und Möglichkeiten zum persönlichen Austausch und Kontakt. Der zeitliche Aspekt ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von stabilen und tragfähigen Beziehungen, welche gleichzeitig Schlüsselaspekte von Netzwerken darstellen, die über ein hohes Ausmaß an Vertrauen und Normen der Kooperation verfügen (Granovetter, 1985).

Authentizität. Investitionen in das soziale Kapital brauchen Zeit und sind maßgeblich von der Authentizität und Überzeugung des Managements abhängig. „Invest in social capital only to the extend that you believe in it.“ (Prusak & Cohen, 2001; S. 93).

Führung. Die Unterstützung durch Vorgesetzte steht an erster Stelle, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu fördern (Boyas et al., 2010). Kristensen (2010) sieht den bedeutendsten Einflussfaktor auf das Sozialkapital in Organisationen in der Qualität der Führung „... *our research strongly suggests that a factor of principal importance for developing high social capital is leadership quality.*“ (S. 151).

Entscheidungsspielraum. Die Schaffung eines gewissen Entscheidungsspielraums wirkt sich förderlich auf das Sozialkapital aus (Boyas et al., 2010). „*Die Übertragung verantwortungsvoller und der Kernrolle entsprechender Aufgaben signalisiert Wertschätzung, ebenso das Gewähren von Entscheidungsspielräumen, während ständige Kontrolle oder rigide Vorschriften Misstrauen oder Geringschätzung signalisieren können.*“ (Semmer et al., 2006, S. 93).

Auf Grundlage dieser Analysen können Management- und Führungskonzepte für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Organisationskultur in Behörden entwickelt werden. Das beschriebene Konzept des Sozialkapitals stellt einen für diesen Zweck nützlichen Ansatz dar.

7 LITERATUR

- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (S. 267-299). New York: Academic Press.
- Adler, P. & Kwon, S. (2000). Social capital: the good, the bad, the ugly. In E. L. Lesser (Hrsg.), *Knowledge and Social Capital* (S. 89-115). Woburn: Butterworth-Heinemann.
- Adler, P. & Kwon, S. (2002). Social capital: prospects for a new concept. *Academy of Management Review*, 27 (1), 17-40.
- Ahern, M. M. & Hendryx, M. S. (2003). Social capital and trust in providers. *Social Science & Medicine*, 57, 1195-1203.
- Ali, S. M., Merlo, J., Rosvall, M., Lithman, T., Lindström, M. (2006). Social capital, the miniaturization of community, traditionalism and first time acute myocardial infarction: A prospective cohort study in southern Sweden. *Social Science of Medicine*, 63, 2204-2217.
- Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: A interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine*, 61, 943-964.
- Almedom, A. M. & Glandon, D. (2008). Social capital and mental health. An updated interdisciplinary review of primary evidence. In I. Kawachi, S. V. Subramanian & Kim, D (Hrsg.), *Social capital and health*. New York: Springer.
- Andaleeb, S. S. (1996). An experimental investigation of satisfaction and commitment in marketing channels: The role of trust and dependence. *Journal of Reailing*, 72, 77-93.
- Antonovski, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovski, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG, 1996): Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (BGBl. I, S.1246).
- Arrow, K. (1999). Observations on Social Capital. In P. Dasgupta & I. Serageldin (Hrsg.), *Social Capital – A multifaceted Perspective*. Washington: The World Bank.
- Arvey, R. D., Bouchard, T. J., Segal, N. L. & Abraham, L. M. (1989). Job Satisfaction. Environmental and Genetic Components. *Journal of Applied Psychology*, 74, 187-192.

- Austin, P. C. (2010). Estimating Multilevel Logistic Regression Models when the number of clusters is low: a comparison of different statistical software procedures. *The international Journal of Biostatistics*, 6, 1-18.
- Baase, C. M. (2006). Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe. In B. Badura, H. Schellenschmidt, C. Vetter (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2006*. Heidelberg: Springer.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer.
- Badura, B. & Steinke, M. (2009). *Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen*. Hans-Böckler Stiftung.
- Bea, F. X. & Göbel, E. (1999). *Organisation*. Stuttgart:
- Bain, K. & Hicks, N. (1998). Building social capital and reaching out to excluded groups: the challenge of partnerships. Paper presented at CELAM meeting on The Struggle Against Poverty Towards the Turn of the Millennium. Washington DC.
- Bandemer, S. v. (2002). Der öffentliche Sektor im Wandel – Modernisierungsstrategien und deren Auswirkungen auf die Beschäftigten. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*. Berlin: Springer.
- Bauer, J. (2007). *Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Baum, F. & Palmer, C. (2002). „Opportunity structures“: Urban landscape, social capital and health promotion in Australia. *Health Promotion International*, 17, 351-361.
- Baum, R. E. & Ziersch, A. M. (2003). Social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57, 320-323.
- Baumann, U., Humer, K., Lettner, K. & Thiele, C. (1998). Die Vielschichtigkeit von sozialer Unterstützung. In S. Markgraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Bea, F. X. & Göbel, E. (2010). *Organisation*, (4. Auflage). Stuttgart: UTB.

- Beehr, T. A., Bowling, N. A. & Bennett, M. M. (2010). Occupational stress and failures of social support: When helping hurts. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15 (1), 45-59.
- Beratzeder, P. (2007). Nur Maßnahmen für körperliche Fitness – oder betriebliche Gesundheitsförderung mit System? *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3, 34-35.
- Bergh, D.; Starrin, B. & Hagquist, C. (2009). Solidarity in the neighborhood, social support at work and psychosomatic health problems. *Journal of Public Health*, 17 (4), 265-271.
- Berkman, L. F. & Kawachi, I. (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (2004). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Heidelberg: Springer.
- Beugeldijk, S. & van Schaik, T. (2005). Differences in social capital between 54 Western European regions. *Regional Studies*, 39, 1053-1064.
- Bies, R. J. & Moang, J. F. (1986). Interactional justice: Communication criteria of fairness. In R. J. Lewicki, B. H. Sheppard & M. H. Bazermann (Hrsg.), *Research on Negotiations in Organizations* (S. 43-55). Greenwich: JAI Press.
- Binninger, C. (2004). Die Balanced Scorecard als Controllingansatz für die Polizei – Erfolgsgeschichte oder Irrtum? In P. Horváth (Hrsg.), *Die Strategieumsetzung erfolgreich steuern – Strategien beschreiben, messen und organisieren* (S. 327-344). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Blakely, T, Atkinson, J, Ivory, V, Collings, S, Wilton, J, Howden-Chapman, P. (2006). No association of neighbourhood volunteerism with mortality in New Zealand: a national multilevel cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 35, 981-989.
- Blakely, T. & Subramanian, S. V. (2006). Multilevel studies. In M. Oakes & J. Kaufman (Hrsg.), *Methods for Social Epidemiology*, S. 316-340). San Francisco: Jossey Bass.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Bogumil, J. (1998). Implementationsprobleme in fortgeschrittenen Modernisierungsstädten und Schritte zu ihrer Überwindung. In: J. Bogumil, J. Kißler (Hrsg.). *Verwaltungsmodernisierung und lokale Demokratie. Risiken und Chancen eines Neuen Steuerungsmodells für die lokale Demokratie*. Baden-Baden: Nomos.
- Bogumil, J. & Jann, W. (2009). *Verwaltung und Verwaltungswissenschaft in Deutschland. Einführung in die Verwaltungswissenschaft*. 2. Überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Bolin, K., Lindgren, B., Lindstrom, M. & Nystedt, P. (2003). Investments in social capital – implications of social interactions for the production of health. *Social Science & Medicine*, 56 (12), 2379-2390.
- Borgatti, S. P. & Foster, P. C. (2003). The Network Paradigm in Organizational Research: A Review and Typology. *Journal of Management*, 29, 991-1013.
- Borritz, M. & Kristensen, T. S. (1999). Copenhagen Burnout Inventory. Copenhagen Denmark: National Institute of Occupational Health.
- Bosetzky, H. (1968). Bürokratische Organisationsformen in Behörden und Industrieverwaltungen. In R. Mayntz (Hrsg.). *Bürokratische Organisation*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Bourdieu, P (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2* (S. 184-198). Göttingen: Schwartz.
- Bourdieu, P (1986). The forms of capital. In Richardson, J. G. (Hrsg.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University Press.
- Boyas, J. & Wind, L. H. (2010). Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: A public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review*, 32, 380-388.
- Brede, H. (2005). *Grundzüge der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Brendstätter, H. (1985). Thesen zur Organisationsdiagnostik. In H. Schuler & W. Stehle (Hrsg.), *Organisationspsychologie und Unternehmenspraxis: Perspektiven der Kooperation* (S. 53-55). Göttingen: Hogrefe.
- Brinkmann, H. (1994). Strategien für eine effektivere und effizientere Verwaltung. In A. Naschold & M. Pröhl (Hrsg.), *Produktivität öffentlicher Dienstleistungen* (S. 167-243). Gütersloh: Bertelsmann.
- Brunetto, Y., Farr-Wharton, R., Ramsay, S. & Shacklock, K. (2010). Supervisor relationships and perceptions of work-family conflict. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 48 (2), 212-232.
- Budäus, D & Finger, S. (1999). Stand und Perspektiven der Verwaltungsreformen in Deutschland. *Die Verwaltung, Heft 3*, S. 313-344.

- Büssing, A. (2004). Organisationsdiagnose. In H. Brandstätter et al. (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie*. Bern: Huber.
- Bundesministerium des Innern (2004). Modernisierung der Bundesverwaltung – Strategie für die 2. Phase des Regierungsprogramms „Moderner Staat – Moderne Verwaltung“. Berlin.
- Bundesministerium des Innern (2007). Demografischer Wandel und Öffentlicher Dienst. Dokumentation der Europäischen Expertenkonferenz. Im Internet abrufbar unter www.verwaltung-innovativ.de (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Bundesministerium des Innern (2011). Gesundheitsförderungsbericht 2009 der unmittelbaren Bundesverwaltung. Online im Internet: <http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/OeffentlDienstVerwaltung/OeffentlicherDienst/Personalmanagement/Krankenstand/krankenstand.html?nn=303936> (Abrufdatum: 09.10.2011).
- Bundesregierung (2010). Regierungsprogramm “Vernetzte und transparente Verwaltung“. Online im Internet: <http://www.verwaltung-innovativ.de> (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Burr, H. Albertsen, K. Regulies, R & Hannerz, H. (2010). Do dimensions from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict validity and mental health over and above the job strain and effort-reward imbalance models? *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (3), 59-68.
- Burt, R. S. (2000). The Network Structure of Social Capital. *Research in Organizational Behaviour*, 22, 345-423.
- Carless, S. A. & de Paola, C. (2000). The measurement of cohesion in work teams. *Small Group Research*, 31, 71-88.
- Carmeli, A., Ben-Hador, B., Waldman, D. A., & Rupp, D. E. (2009). How Leaders Cultivate Social Capital and Nurture Employee Vigor: Implications for Job Performance. *Journal of Applied Psychology*, 94 (6), 1553-1561.
- Castaldo, S., Premazzi, K. & Zerbini, F. (2010). The Meaning(s) of Trust. A Content Analysis on the Diverse Conceptualizations of Trust in Scholarly Research on Business Relationships. *Journal of Business Ethics*, 96, 657-668.
- Ching-Hsing, H. (2008). A concept analysis of social capital within a health context. *Nursing forum*, 43, 151-159.
- Chu, C.-I., Lee, M-S. & Hsu, H.-M. (2006). Impact of Social Support and Job Stress on Public Health Nurses`Organizational Citizenship Behaviours in Rural Taiwan. *Public Health Nursing*, 23 (6), 496-505.

- Cohen, D. & Prusak, L. (2001). *In good company: how social capital makes organizations work*. Boston: Harvard University School Press.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen-Charash, Y. & Spector, P. E. (2001). The Role of Justice in Organizations: A Meta-Analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86, 278-321.
- Cole, M. S., Schaninger, W. S. & Harris, S. G. (2002). The Workplace Social Exchange Network. A Multilevel, Conceptual Examination. *Group & Organization Management*, 27 (1), 142-167.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Coleman, J. S. (1991). *Grundlagen der Sozialtheorie. Handlungen und Handlungssysteme*. (Band 1). München: Oldenbourg.
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86, 386-400.
- Colquitt, J. A., Conlon, d. E. Wesson, M. J., Porter, C. O. L. H. & Ng, K. Y. (2001). Justice at the Millennium: a Meta-Analytic Review of 25 Years of Organizational Justice Research. *Journal of Applied Psychology*, 86, 425-445.
- Colquitt, J. A. & Shaw, J. C. (2005). How Should Organizational Justice Be Measured? In J. Greenberg & J. A. Colquitt (Hrsg.), *Handbook of Organizational Justice* (S. 113-152). New Jersey: Erlbaum.
- Cook, J. & Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfilment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52.
- Cote, L. & Healy, T. (2001). *The Well-Being of Nations: the Role of Human and Social Capital*, Centre for Educational Research and Innovation. Paris: OECD.
- Cropanzano, R., Prehar, C. A. & Chen, P. A. (2002). Using Social Exchange Theory to Distinguish Procedural From Interactional Justice. *Group & Organization Management*, 27, 324-351.

- Crosby, R. A., Holtgrave, D. R., DiClemente, R. J., Wingood, G. M. & Gayle, J. A. (2003). Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: A state-level exploratory study. *AIDS and Behavior*, 7 (3), 245-252.
- Dahrendorf, R. (1995). Über der Bürgerstatus. In B. van den Brink & W. van Reijen (Hrsg.), *Bürgergesellschaft, Recht und Demokratie* (S. 29-43). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dasgupta, P. & Serageldin, I. (2000). *Social Capital. A Multifaceted Perspective*. Washington: World Bank.
- Deelstra, J. T., Peeters, M. C. W., Schaufeli, W. B., Stroebe, W., Zijlstra, F. R. H., & van Doornen, L. P. (2003). Receiving instrumental support at work: When help is not welcome. *Journal of Applied Psychology*, 88, 324–331.
- De Silva M. J. (2006). A systematic review of the methods used in studies of social capital and mental health. In K. McKenzie & T. Harpham (Hrsg.), *Social capital and mental health*. London: Kingsley.
- De Silva M. J., McKenzie, K. Harpham, T. & Huttly, S. R. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 619-627.
- De Vogli, R., Ferrie, J. E., Chandola, T., Kivimäki, M. & Marmot, M. G. (2007). Unfairness and health: evidence from the Whitehall II Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 513-518.
- Dess, G. G. & Shaw, J. D. (2001). Voluntary turnover, social capital, and organizational performance. *Academy of Management Review*, 26 (3), 446-456.
- Dietz, G. & Den Hartog, D. N. (2006). Measuring trust inside organizations. *Personnel Review*, 35 557-588.
- Dick, R. v., Wagner, U., Stellmacher, J. & Christ, O. (2005). Mehrebenenanalysen in der Organisationspsychologie: Ein Plädoyer und ein Beispiel. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 37-34.
- Diestel, S., Neubach, B. & Schmidt, K.-H. (2009). Einflüsse des sozialen Kontextes auf individuelle gesundheitliche Beschwerden. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 53, 45-56.
- Diez Roux, A. V. (1998). Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 88, 216-222.
- Dirks, K. T. & Ferrin, D. L. (2001). The role of trust in organizational settings. *Organization Science*, 12, 450-467.

- Dirks, K. T. & Ferrin, D. L. (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for organizational research. *Journal of Applied Psychology, 87*, 611-628.
- Ditton, H. (1998). *Mehrebenenanalyse: Grundlagen und Anwendungen des Hierarchisch-Linearen Modells*. Weinheim: Juventa.
- Doornen, L. P. (2003). Receiving instrumental support at work: When help is not welcome. *Journal of Applied Psychology, 88*, (2), 324-331.
- Dormann, C. & Zapf, D. (1999). Social support, social stressors at work, and depressive symptoms: Testing for main and moderating effects with structural equations in a three wave longitudinal study. *Journal of Applied Psychology, 84*, 874-884.
- Dose, J. J. (1997). Work values: An integrative framework and illustrative application to organizational socialization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 70*, 219-240.
- Drukker, M., Kaplan, C., Feron, F., & van Os, J. (2003). Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science & Medicine, 57* (5), 825-841.
- Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – ein „arbeitspsychologischer Baustein“ zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 36*, 184-189.
- Düren, P. (2009). *Einfluss von Führungsverhalten und Unternehmungskultur auf die Steuerung öffentlicher Einrichtungen. Modellentwicklung, Empirie und Gestaltungsempfehlungen für eine Balanced Scorecard-Einführung*. München: Hamp.
- Durlag, S. N. (2002). On the Empirics of Social Capital. *The Economic Journal, 112*, 459-479.
- Edwards, B. & Foley, M. (1998). Civil Society and Social Capital: Beyond Putnam. *American Behavioral Scientist, 42*, 124-139.
- Edwards, E. & Miltenberger, R. (1991). Burnout among staff members at community residential facilities for persons with mental retardation. *Mental Retardation, 29*, 125-128.
- Einstein, A. (2003). *Ideas and Opinions* (3. Auflage). New York: Crown Trade.
- Elizur, D. (1984). Facets of work values: A structural analysis of work outcomes. *Journal of Applied Psychology, 69*, 379-389.

- Ellinger, A. E., Bas, A. B. E., Ellinger, A. D., Wang, Y.-L. & Bahrach, D. G. (2011). Measurement of organizational investments in social capital: The service employee perspective. *Journal of Business Research*, 64, 572-278.
- Elovainio, M., Kivimäki, M. & Vahtera, J. (2002). Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. *American Journal of Public Health*, 92 (1), 105-108.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Steen, N. & Vahtera, J. (2004). Job decision latitude, organizational justice and health: multilevel covariance structure analysis. *Social Science & Medicine*, 58, 1659-1669.
- Engel, U. (1998). *Einführung in die Mehrebenenanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ferlander, Sara (2007). The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. *Acta Sociologica*, 50, 115-128.
- Ferry, J. E., Kivimäki, M., Shipley, M., Head, J., Vahtera, J. & Marmot, M. G. (2006). Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 443-450.
- Field, J. (2003). *Social Capital*. New York: Routledge.
- Fischer, L. & Fischer, O. (2005). Arbeitszufriedenheit: Neue Stärken und alte Risiken eines zentralen Konzepts der Organisationspsychologie. *Wirtschaftspsychologie*, 1, 1-20.
- Flap, H. (2004). Creation and Returns of Social Capital – A New Research Program. In H. Flap & B. Völker (Hrsg.), *Creation and Returns of Social Capital – A New Research Program* (S. 3-23). London: Routledge.
- Folland, S. (2008). An economic model of social capital and health. *Health Economics, Policy and Law*, 3, 333-348.
- Franke, A. (2000). Das Konzept der Salutogenese. In M. Kastner & J. Vogt (Hrsg.), *Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung*. Lengerich: Papst Science Publishers.
- Freese, J., Euler, M. & Marggraf, R. (2008). Perspektiven einer rationalen ökonomischen Rekonstruktion sozialer Interaktionen als Basis des Sozialkapitalkonzeptes. In W. Matiaske & G. Grözinger (Hrsg.), *Ökonomie und Gesellschaft. Jahrbuch 20, Sozialkapital: eine (un)bequeme Kategorie*. Marburg: Metropolis.
- Freese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 179-192.

- Friedman, T. L. (2005). *The world is flat*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Friedrich, H.-P. (2011). Bundesinnenminister skizziert künftige Herausforderungen für die Bundesverwaltung. Online im Internet: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Reden/DE/2011/06/bm_gehoerdenleitungstagung.html?nn=109576 (Abrufdatum: 09.10.2011).
- Fujishiro, K. & Heaney, C. A. (2009). Justice at Work, Job Stress and Employee Health. *Health Education & Behaviour*, 36 (3), 487-504.
- Fujiwara, T. & Kawachi, I. (2008). A prospective study of individual-level social capital and major depression in the United States. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 627-633.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust: Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: Simon & Schuster.
- Fukuyama, F. (2001). Social capital, civil society and development. *Third World Quarterly*, 22, 7-20.
- Fukuyama, F. (2002). Social Capital and Development: The Coming Agenda. *SAIS Review*, XXII (1), 23-37.
- Fydrieh, T. & Sommer, G. (2003). Diagnostik sozialer Unterstützung. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Gabbay, S. M. & Leenders, R. T. A. J. (1999). CSC: The structure of advantage and disadvantage. In R. T. A. J. Leenders & S. M. Gabbay (Hrsg.), *Corporate social capital and liability* (S. 1-14). Boston: Kluwer.
- Gabbay, S. M. & Leenders, R. T. A. J. (2001). Social Capital of Organizations: From social Structure to the Management of Corporate Social Capital. In S. M. Gabbay & R. T. A. J. Leenders (Hrsg.), *Social Capital of Organizations* (S. 1-20). Amsterdam: Elsevier Science.
- Gadd, S. & Collins, A. M. (2002). Safety Culture: A review of the literature. Online im Internet: http://www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2002/hsl02-25.pdf (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Galea, S., Karpati, A. & Kennedy, B. (2002). Social capital and violence in the United States, 1974-1993. *Social Science & Medicine*, 55, 1373-1383.
- George, J. M. & Jones, G. R. (1997). Experiencing work: Values, attitudes, and moods. *Human Relations*, 50, 393-416.
- Gerstlberger, W. Grimmer, K & Wind, M. (1999). *Innovationen und Stolperstein in der Verwaltungsmodernisierung*. Berlin: Edition Sigma.

- Geus de, A. (1998). *Jenseits der Ökonomie die Verantwortung der Unternehmen*. Stuttgart: Klett.
- Ghoshal, S. & Bartlett, C. (1994). Linking organizational context and managerial action: the dimension of quality of management. *Strategic Management Journal*, 15, 91-112.
- Giarini, O. & Liedtke, P. M. (1998). *Wie wir arbeiten werden. Der neue Bericht an den Club of Rome*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Cambridge: Polity.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56, 1453-1468.
- Giordano, G. & Lindstrom, M. (2010). The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: A longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*, 70 (5), 700-710.
- Gittel, R. & Vidal, A. (1998). *Community Organizing: Building Social Capital as a Development Strategy*. Thousand Oaks, CA: Sage Books.
- Glaeser, E., Laibson, D. & Sacerdote, B. (2000). *The Economic Approach to Social Capital*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- González, C., Johanson, N. & Lundy, M. (2006). Social Capital and Organizational Structure in Colombian Enterprises. Research Workshop on Collective Action and Market Access for Smallholders, 2.-5. Oktober, Columbien.
- Gordon, D. R. & Schnall, P. L. (2009). Beyond the Individual: Connecting Work Environment and Health. In P. L. Schnall, M. Dobson & E. Roskam (Hrsg.), *Unhealthy Work: Causes, Consequences, Cures*, (S. 1-15). New York: Baywood.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25, 161-178.
- Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91, 481-510.
- Greenberg, J. (1990). Organizational justice: yesterday, today and tomorrow. *Journal of Management*, 16, 399-432.
- Gregory, B. T., Harris, S. G., Armenakis, A. A. & Shook, C. L. (2009). Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research*, 62, 673-679.

- Greiner, B. & Syme, S. L. (1994). Individuen oder verhältnisbezogene Risikofaktoren? Epidemiologische Perspektiven und Beispiele aus einem Präventionsprojekt mit Busfahrern in San Francisco. In R. Rosentrock, H. Kühn & Köhler, B. M. (Hrsg.), *Präventionspolitik – Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung* (S.139-159). Berlin: Sigma.
- Greiner, B. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamber, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 39-55). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Gröben, F. (2002). Ergebnisse einer Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen. In B. Badura, M. Litsch, C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*. Heidelberg: Springer.
- Gröben, F. & Wenninger, S. (2006). Betriebliche Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst. Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung von Führungskräften in Hessen und Thüringen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 94-98.
- Grunow, D. (1998). Lokale Verwaltungsmodernisierung in „progress“? In D. Grunow & K. Wollmann (Hrsg.), *Lokale Verwaltungsreform in Aktion, Fortschritte und Fallstricke*. Basel: Birkhäuser.
- Hagan, J. (1994). Burnout: An occupational hazard for social workers. In B. R. Compton & B. Galaway (Hrsg.), *Social work processes* (S. 578-585). Pacific Cove: Brooks.
- Hamaideh, S. H. (2011). Burnout, social support, and job satisfaction among Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 32 (4), 234-242.
- Hamano, T., Fujisawa, Y., Ishida, Y., Subramanian, S. V., Kawachi, W. & Shiwaku, K. (2010). Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis. *PLoS One*, 5 (10), 1-6.
- Hanifan, L. J. (1916). The rural school community center. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 67, 130-138.
- Hanifan, L. J. (1920). *The Community Center*. Boston: Silver, Burdette & Company.
- Hannerz, U. (1969). *Soulside: inquiries into ghetto culture and community*. New York: Columbia University Press.
- Harper, R. (2001). *Social capital. A review of the literature*. Office for national statistics. Online im Internet: <http://www.statistics.gov.uk/socialcapital/downloads/soccaplitreview.pdf>. (Abrufdatum: 20.07.2011).

- Harpham, T. (2008). The measurement of community social capital through surveys. In I. Kaeachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Hrsg.), *Social capital and health* (S. 51-62). New York: Springer.
- Harpham, T., Grant, E., Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science of Medicine*, 58, 2267-2277.
- Harpham, T., Grant, E., Thomas, E. (2002). Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Planning* 17, 106-111.
- Harvey, S., Duncan-Leiper, L. & Kelloway, E. K. (2003). Trust in Management as a Buffer of the Relationships Between Overload and Strain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8 (4), 306-315.
- Harris, J. I., Winskowski, A. M. & Engdahl, B. E. (2007). Types of Workplace Social Support in the Prediction of Job Satisfaction. *Career Development Quarterly*, 56, 150-156.
- Hasle, P., Kristensen, T. S., Moller, N. & Olesen, K. G. (2007). Organizational social capital and the relations with quality of work and health – a new issue for research. International Congress on Social Capital and Networks of Trust, Finland. Konferenzpapier.
- Haug, S. 1997. Soziales Kapital. Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. Arbeitspapiere. Arbeitsbereich H, Nr. 15, Mannheim.
- Hauser, F. (2009). Unternehmenskultur, Gesundheit und wirtschaftlicher Erfolg in Unternehmen in Deutschland. Ergebnisse eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In: B. Badura, H. Schröder, C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Heidelberg: Springer.
- Hauser, F. & Mertens, M. (2007) Fit for job: Erfolgsfaktoren für das Gesundheitsmanagement in Unternehmen. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3, 19-22.
- Hawie, P. & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science Medicine*, 51, 871-885.
- Head, J., Kivimäki, M., Siegrist, J., Ferrie, J. E., Vahtera, J., Shipley, M. J. & Marot, M. G. (2007). Effort-reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: The Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 433-440.
- Hemp, P. (2004). Presentism At Work – But out of it. *Harvard Business Review* 82 (10), 49-58.
- Hesse, J. J. & Benz, A. (1990). *Die Modernisierung der Staatsorganisation*. Baden-Baden: Nomos.

- Hitt, M. A. & Ireland, R. D. (2002). The essence of strategic leadership: managing human and social capital. *Journal of Leadership Organizational Studies*, 9 (1), 3-14.
- Holleder, A. (2007). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. *Gesundheitswesen* 69, 63-76.
- Homan, G. C. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. London: Routledge & Kegan.
- House, J. S. & Wells, J. A. (1978). Occupational stress, social support and health. U. S. Department of Health, Education and Welfare. *NI-OSH Research Report* Nr. 78-140.
- Hox, J. (1998). Multilevel modeling: When and why. In I. Balderjahn, R. Marhar & M. Schader (Hrsg.), *Classification, data analysis and data highways* (S.147-154). New York: Springer.
- Huisman, M. & Oldehinkel, A. J. (2009). Income inequality, social capital and self-inflicted injury and violence-related mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (1), 31-37.
- Hyypä, M. T. & Maki, J. (2001). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine*, 32 (2), 148-155.
- Ibara, H., Kilduff, M, Tsai, W. (2005). Zooming in and out: Connecting Individuals and Collectivities at the Frontiers of Organizational Network Research. *Organization Science*, 16, 359-371.
- Idler, E. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality a review of twenty-seven community studies. *Journal of Social Behaviour* 38, 21-37.
- Inkpen, A. C. & Tsang, E. W. K. (2005). Social capital, networks, and knowledge transfer. *Academy of Management Review*, 30, 146-165.
- Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Vorlage 14/3153 vom 18.01.2010. Krankenstand in der Landesverwaltung.
- Islam, M. K., Gerdtham U. G., Gullberg, B., Lindström, M. & Merlo, J. (2008). Social capital externalities and mortality in Sweden. *Economics & Human Biology*, 6, 19-42.
- Jacobs, J. (1961). *The Life and Death of Great American Cities*. New York: Columbia University Press.
- Jann, E., Bogumil J. & Bouckaert, G. (2004). *Status-Report Verwaltungsreform. Eine Zwischenbilanz nach zehn Jahren* (2. Auflage). Berlin: edition sigma.
- Jans, M. (2003). Sozialkapitalkonzepte und ihre Brauchbarkeit in der Personal- und Organisationsforschung. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen.

- Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions: The role of anger, hostility and aggression in health and emotional well-being*. New York: Praeger.
- Judge, T. A., Bono, J. E., Thoresen, C. J. & Patton, G. K. (2001). The Job Satisfaction-Job Performance Relationship: A Qualitative and Quantitative Review. *Psychological Bulletin*, 127, 376-407.
- Kay, F. M. & Hagan, J. (2003). Building Trust: Social Capital, Distributive Justice, and Loyalty to the Firm. *Law and Social Enquiry*, 28, 483-519.
- Kawachi, I. (2006). Commentary: social capital and health: making the connections one step at a time. *International Journal of Epidemiology*, 35 (4), 989-993.
- Kawachi, I. & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In L. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income-inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*; 87, 1491-1498.
- Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A. Subramanian, S. V. (2004). Commentary: Reconciling the tree accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology* 33, 682-690.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Kim, D. (2008). Social capital and health: A Decade of Progress and Beyond. In I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Hrsg.), *Social Capital and Health* (S. 1-26). New York: Springer.
- Kersting, M. (2006). Zur Beurteilung der Qualität von Tests: Resümee und Neubeginn. *Psychologische Rundschau*, 57 (4), 243-353.
- Kieser, A. (1998). Immer mehr Geld für Unternehmensberatung – und wofür? *Organisationsentwicklung*, 17, 62-69.
- Kim, D., Subramanian, S. V. & Kawachi, I. (2008). Social capital and physical health. A systematic review of the Literature. In I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Hrsg.), *Social capital and Health*. New York: Springer.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. & Ferrie, J. E. (2003). Organizational Justice and Health of Employees: Prospective Cohort Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 27-34.
- Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Head, J., Shipley, M., Vahtera, J. & Marmot, M. G. (2004). Organizational justice and change in justice as predictor of employee health: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 931-937.

- Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Brunner, E. J., Head, J., Shipley M. J., Vahtera, J. et al., (2005). Justice at work and reduced risk of coronary heart disease among employee: the Whitehall II study. *Archives of Internal Medicines*, 165, 2245-2251.
- Kivimäki, M., Vahtera, J. Elovainio, Vitanen, M. & Siegrist, J. (2007). Efford-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? *Occupational and Environmental Medicine*, 64, 659-665.
- Kleinmann, M & Wallmichrath, K. (2004) Organisationsdiagnose. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie III Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 4, Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation* (S. 653-700). Göttingen: Hogrefe.
- Knesbeck, O., Dragano, N. & Siegrist, J. (2005). Social capital and self-rated health in 21 European countries. *GMS Psycho Social Medicine*, 2, 1-9.
- Kobi, J.-M. & Wüthrich, H. A. (1990). *Unternehmenskultur verstehen, erfassen und gestalten*. Landsberg: Moderne Industrie.
- König, K. (2008). Moderne öffentliche Verwaltung. *Schriftenreihe der Hochschule Speyer* (Band 195). Berlin: Dunker & Humblot.
- Koetz, A. G. (1993). Auf dem Weg zum "Als-Ob"-Wettbewerb. In H. Hill & H. Klages (Hrsg.), *Qualitäts- und erfolgsorientiertes Verwaltungsmanagement – Aktuelle Tendenzen und Entwürfe*. Berlin: Dunker & Humlot.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Vahtera, J., et. al. (2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC Public Health*, 6, 1-10.
- Kouvonen, A., Tuula, O., Vahtera, J., Stafford, M., Wilkinson, R., Schneider, J., Väänänen, A., Virtanen, M., Cox, S. J., Pentti, J., Elovainio, M. & Kivimäki, M. (2008). Low Workplace Social Capital as a Predictor of Depression. *American Journal of Epidemiology*, 167, 1143-1151.
- Kouvonen, A., Oksanen, T. Vahtera, J. Väänänen, A, De Vogl, R., Elovainio, M. Pentti, J., Leka, S., Cox, T. & Kivimäki, M. (2008). Work-place social capital and smoking cessation: The Finnish public sector study. *Addiction*, 103 (11), 1857-1865.
- Kowalski, C. Driller, E. Ernstmann, N., Alich, S., Karbach, U., Ommen, O. Schulz-Nieswandt, F. & Pfaff, H. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 470-479.

- Kowalski, C., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Witz, M. A., Köhler, T. & Pfaff, H. (2010). Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1654-1663.
- Krause, D. E. & Klöhn, C. (2002). Führung in Innovationsprozessen zwischen Vertrauen und Machteinsatz. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 71-77.
- Krishna, A. & Shrader, E. (2000). *Cross-cultural measures of social capital: A tool and results from India and Panama*. Washington DC: World Bank.
- Kristensen, T. S. (2010). A questionnaire is more than a questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (3), 149-155.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Hogh, A. & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31 (6), 438-449.
- Kroll, L. E. & Lampert, T. (2007). Social capital and health in Germany. *Gesundheitswesen*, 69 (3), 120-127.
- Kühlmann, T. M. & Franke, J. (1989). Organisationsdiagnose. In E. Roth (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie III Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 3: Organisationspsychologie* (S. 631-651). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhlmann, S. (2006). Hat das "Neue Steuerungsmodell" versagt? Lehren aus der „Ökonomisierung“ von Politik und Verwaltung. *Verwaltung und Management*, 3, 149-153.
- Kuntsche, E., Picket, W. Overpeck, M., Craig, W. Boyce, W. & Gaspar de Matos, M. (2006). Television Viewing and Forms of Bullying among Adolescents from Eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 39, 908-915.
- Kutschaty, T. Rechtsfrieden sichern - Gerechtigkeit durchsetzen. Die rechtspolitischen Ziele der Landesregierung für die 15. Legislaturperiode. Online im Internet: http://www.justiz.nrw.de/JM/justizpolitik/rechtspolitische_ziele/index.php (Abruf 20.7.2011).
- Ladebo, O. J. (2006). Perceptions of trust and employees` attitudes: A look at Nigeria`s agricultural extension workers. *Journal of Business and Psychology*, 20, 409-427.
- Lappe, F. M. & Du Bois, P. M. (1987). Building social capital without looking backward. *National Civic Review*, 86, 119-128.
- Lawson, K. J., Noblet, A. J. & Rodwell J. J. (2009). Promoting employee wellbeing: the relevance of work characteristics and organizational justice. *Health Promotion International*, 24, (3), 223-233.

- Lehmann-Willenbrock, N. & Kauffeld, S. (2010). Development and Construct Validation of the German Workplace Trust Survey (G-WTS). *European Journal of Psychological Assessment*, 26 (1), 3-10.
- Larson, M. & Luthans, F. (2006). Potential Added Value of Psychosocial Capital in Predicting Work Attitudes. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 13 (2), 75-92.
- Leana, C. R. & van Buren III, H. J. (1999). Organizational social capital and employment practices. *Academy of Management Review*, 24 (3), 538-555.
- Lee, R. (2009). Social capital and business and management: Setting a research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 11 (3), 247-273.
- Leiter, M. P., Gascón, S. & Martinez-Jarreta, B. (2010). Making Sense of Work Life: A Structural Model of Burnout. *Journal of Applied Social Psychology*, 40 (1), 57-75.
- Lesser, E. & Prusak, L. (2004). *Value with Knowledge. Insights from the IBM Institute for Business Value*. New York: Oxford.
- Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. In K. Gergen, M. Greenberg & R. Willis (Hrsg.), *Social exchange: Advances in theory and research* (S. 27-55). New York: Plenum.
- Leventhal, G. S., Karuza, J. & Fry, W. R. (1980). Beyond fairness: A theory of allocation preferences. In G. Mikula (Hrsg.), *Justice and social interaction* (S. 167-218). New York: Springer.
- Liljegren, M. & Ekberg, K. (2009). The associations between perceived distributive, procedural, and interactional organizational justice, self-rated health and burnout. *Work*, 33, 43-51.
- Lin, N. (1999). Building a network theory of social capital. *Connections*, 22 (1), 28-51.
- Lin, N. (2001). *Social Capital. A Theory of Social Structure and Action. Structural Analysis in the Social Sciences*, 19. Cambridge: University Press.
- Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C. & Bryngelsson, I-L. (2006). Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13 (1), 51-59.
- Lindström, M. (2003). Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: A population-based study. *Preventive Medicine*, 36 (2), 177-184.
- Lindström, M. (2008a). Invited Commentary: Social Capital, Social Contexts, and Depression. *American Journal of Epidemiology*, 167 (10), 1152-1154.

Lindström, M. (2008b). Social capital and health-related behaviors. In I. Kawachi, S. v. Subramanian & D. Kim (Hrsg.), *Social capital and health* (S. 215-238). New York: Springer.

Lindström, M. (2010). Social capital, economic conditions, material status and daily smoking: A population-based study. *Journal of Public Health*, 142 (2), 71-77.

Lochner, K., Kawachi, I. & Kennedy, B. (1999). Social capital: A guide to its measurement. *Health & Place*, 5, 259-270.

Lochner, K. A., Kawachi, I., Brennan, R. T. & Buka, S. L. (2003). Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social Science & Medicine*, 56 (8), 1797-1805.

Locke E. A. (1976). The nature and cause of job satisfaction. In M. D. Dunette (Hrsg.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (S.1297-1394). Chicago: Rand McNally.

Löffler, E. (1998). *Verwaltungsmodernisierung im internationalen Vergleich: Messkriterien und Implementationsstrategien in Deutschland, Großbritannien und in den USA*. Stuttgart: Raabe.

Loury, G. (1977). A Dynamic Theory of Racial Income Differences. In P. A. Wallace & A. Le Mund (Hrsg.), *Women, Minorities and Employment Discrimination* (S. 153-186). Lexington Mass: Health.

Lowe, G. & Schellenberg, G. (2001). *What's a good job? The importance of employment relationships*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks Renouf Publishing.

Luhmann, N. (1979). *Trust and Power*. New York: Wiley.

Luhmann, N. (2007). Lob der Routine. In: N. Luhmann (Hrsg.), *Politische Planung. Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung* (4. Auflage, S. 113-143). Opladen: Vs Verlag.

Luthans, R., Luthans, K. & Luthans, B. (2004). Positive psychological capital: Beyond the human and social capital. *Business Horizons*, 47 (1), 45-50.

Luthans, F. & Youssef, C. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33, 143-160.

Lyons, S. T., Higgins, C. A. & Duxbury, L. (2009). Work values: Development of a new three-dimensional structure based on confirmatory smallest space analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 969-1002.

Lysaght, R. M. & Larmour-Trode, S. (2008). An exploration of social support as a factor in the return-to-work process. *Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 30 (3), 255-266.

- Macco, K & Schmidt, J. (2010). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2008. In: B. Badura, H. Schröder, J. Klose, K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Heidelberg: Springer.
- Macinko, J. & Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 387-427.
- Mack, D., Nelson, D. & Quick, J. (1998). The stress of organizational change: A dynamic process model. *Applied Psychology: An International Review*, 47, 219-232.
- Marmot, M. G. (1998). Improvement of the social environment to improve health. *Lancet* 351, 57-60.
- Martin, K. S., Rogers, B. L., Cook, J. T. & Joseph, H. M. (2004). Social capital is associated with decreased risk of hunger. *Social Science & Medicine*, 58 (12), 2645-2654.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maurer, I. & Ebers, M. (2006). Dynamics of social capital and their performance implications: lessons from biotechnology start-ups. *Administrative Science Quarterly*, 51, 262-269.
- Mayer, R. C., Davis, J. H. & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20, 709-734.
- Maynz, R. (1968). *Bürokratische Organisation*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Maynz, R. (1997). *Soziologie der öffentlichen Verwaltung* (4. Auflage). Heidelberg: Müller.
- Merlo, J. Chaix, B., Yang, M., Lynch, J., Rastam, L., (2005). A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: linking the statistical concept of clustering to the idea of contextual phenomenon. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 443-449.
- Merlo, O., Bell, S. J., Menguc, B. & Whithwell, G. J. (2006). Social capital, customer service orientation and creativity in retail stores. *Journal of Business Research*, 59 (12), 14-21.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 6, 20-52.
- Mikula, G. (1993). The experience on injustice. In W. Stroebe & M. Hewstone (Hrsg.), *European review of social psychology* (S. 223-244). Chichester: Wiley.
- Miller, M. (1995). Vorstudien zur Organisation und Reform von Landesverwaltungen. Speyerer Forschungsberichte 149, Band 1 und 2. Speyer.

- Mirvis, D. M., Graney, M. J. & Kilpatrick, A. O. (1999). Trends in burnout and related measures of organizational stress among leaders of Department of Veterans Affairs medical centers. *Journal of Healthcare Management*, 44 (5), 353-365.
- Mohan, J., Twigg, L., Barnard, S., Jones, K., (2005). Social capital, geography and health: a small-area analysis for England. *Social Science Medicine*, 60, 1267-1283.
- Mohr, G. & Wolfram, H.-J. (2010). Stress among managers: The importance of dynamic tasks, predictability, and social support in unpredictable times. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15 (2), 167-179.
- Moliner, C., Matinez-Tur, V., Peiro, J. M., Ramos, J. & Cropanzano, R. (2005). Relationship Between Organizational Justice and Burnout at the Work-Unit Level. *International Journal of Stress Management* 12, 99-116.
- Morrow, V. (1999). Conceptualizing social capital in relation to the well-being of children and young people: A critical review. *Sociological Review*, 47, 744-765.
- Mulki, J. P., Jaramillo, r. & Locander, W. B. (2006). Effects of ethical climate and supervisory trust on salesperson's job attitudes and intention to quit. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, 1, 19-26.
- Nadler, A. & Fisher, J. D. (1986). The role of threat of self-esteem and perceived control in recipients reaction to help: Theory development and empirical validation. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 19 (81-122). San Diego: Academic Press.
- Nahapiet, J. & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of Management Review*, 23, 242-266.
- Nahum-Shani, I. & Bamberger, P. A. (2011). *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 114, (1), 49-63.
- Narayan, D. (1999). *Bonds and Bridges. Social Capital and Poverty*. Washington DC: The World Bank Policy Research Working Paper NR. 2167.
- Naschold, F. (1995). „Der Blick über den Tellerrand“ – Internationale Erfahrungen bei der Modernisierung des öffentlichen Sektors und ihre Bedeutung für die Bundesrepublik Deutschland. In F. Behrens, R. G. Heinze, J. Hilbert, S. Stöbe & E. M. Walsken (Hrsg.), *Den Staat Neu Denken* (S. 81-92). Berlin: Edition Sigma.
- Naschold, F. (1998). Zur Binnenmodernisierung des Staates am Beispiel Deutschlands – Hintergründe, Leitbild und Maßnahmen. In F. Naschold & J. Bogumil (Hrsg.), *Modernisierung*

des Staates. *New Public Management und Verwaltungsreform* (S. 69-108). Opladen: Leske & Budrich.

Naschold, F. & Bogumil, J. (2000). *Modernisierung des Staates. New Public Management in deutscher und internationaler Perspektive* (2. Überarbeitete Auflage). Opladen: Leske & Budrich.

Neue Richtervereinigung (NRV, 2009). Gemeinsame Stellungnahme der Neuen Richtervereinigung der Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte in ver.de gegenüber dem Pebbßy-Lenkungsausschuss zum Entwurf des Endgutachtens Pebbßy-Fortschreibung 2008. Online im Internet: http://www.nrv-net.de/downloads_stellung/73.pdf (Abrufdatum: 20.05.2009).

Newton, K. (1997). Social Capital and Democracy. *American Behavioral Scientist*, 40, 575-586.

Nezlek, J., Schröder-Abé & Schütz, A. (2006). Mehrebenenanalysen in der psychologischen Forschung. *Psychologische Rundschau*, 57 (4), 213-223.

Nooteboom, B. (2007). Social capital, institutions and trust. *Review of Social Economy*, 65 (1), 29-53.

Oh, H., Labienca, G. & Chung, M. H. (2006). A multilevel model of group social capital. *Academy of Management Review*, 31, 569-582.

Oksanen, Tuula (2009). *Workplace Social capital and employee health*. Department of Occupational Health, University of Turku and Finnish Institute of Occupational Health, Turku, Finland. Turku: Painosalama Oy.

Oksanen, T., Kouvonen, A., Kivimäki, M. Pentti, J. Virtanen, M. Linna, A. & Vahtera, J. (2008). Social capital at work as a predictor of employee health: Multilevel evidence from work units in Finland. *Social Science & Medicine*, 66, 637-649.

Oksanen, T., Kouvonen, A. Vahtera, J. Virtanen, M. & Kivimäki, M. (2010). Prospective study of workplace social capital and depression: are vertical and horizontal components equally important? *Journal of Community Health*, 64, 648-689.

Ommen, O., Driller, E., Köhler, T., Kowalski, C., Ernstmann, N., Neumann, M., Steffen P. & Pfaff, H. (2009). The Relationship between Social Capital in Hospitals and Physician Job Satisfaction. *BMC Health Services Research*, 9, 1-9.

Onyx, J. & Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *Journal of Applied Behavioral Science*, 36, 23-42.

- Park, K.-O., Wilson, M. G. & Lee, M. S. (2004). Effects of Social Support at Work on Depression and Organizational Productivity. *American Journal of Health Behavior*, 28 (5), 444-455.
- Parkhe, A., Wassermann, S. & Ralston, D. A. (2006). New frontiers in network theory development. *Academy of Management Review*, 31, 560-568.
- Perry, R. W. & Mankin, L. D. (2007). Organizational Trust, Trust in the Chief Executive and Work Satisfaction. *Public Personnel Management*, 36 (2), 165-179.
- Pesut, D. J. (2002). Awakening social capital. *Nursing Outlook*, 50 (1), 3.
- Peters, T. J. & Waterman, R. H. (2007). *Auf der Suche nach Spitzenleistungen. Was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann*. Heidelberg: Redline Wirtschaftsverlag.
- Petersen, J. H., Bjorner, B. & Hasle, P. (2010). Determining minimally important score differences in scales of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (3), 33-41.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. C., Borg, V. & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (3), 8-24.
- Pfaff, H. (1989). *Stressbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Pfeffer, J. & Sutton, R. I. (2000). *The knowing-doing gap*. Boston: Harvard Business School Press.
- Pollit, C. & Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform: A comparative Analysis* (2. Auflage). Oxford: University Press.
- Poortinga, W. (2006). Do health behaviours mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine*, 43, 488-493.
- Picot, A., Dietl, H., Franck, E. (2002). *Organisation. Eine ökonomische Perspektive* (3. Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Porter, L. W., Lawler, E. E. & Hackmann, J. R. (1975). *Behavior in Organizations*. New York: McGraw-Hill.
- Portes, A. (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Prusak, L. & Cohen, D. (2001). How to invest in social capital. *Harvard Business Review*, 79, 86-93.

- Pryor, R. G. L. (1979). In search of a concept: Work values. *The Vocational Guidance Quarterly*, 27, 250-258.
- Putnam, R. D. (1993a). *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. New York: Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (1993b). The Prosperous Community. Social Capital in Public Life. *The American Prospect*, 13 (4), 35-42.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling Alone. America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy*, 6, 65-78.
- Putnam, R. D. (2000) *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Rabe-Hesketh, S. & Skrondal, A. (2005). Multilevel and longitudinal modeling using stata. College Station: Stata press.
- Rao, S. (2007). Safety culture and accident analysis – A sociomanagement approach based on organizational safety social capital. *Journal of Hazardous Materials*, 142 (3), 730-740.
- Reichard, C. (2000). Kommunale Wirtschaft unter Anpassungsdruck. In P. Eichhorn, C. Reichard & G. F. Schuppert (Hrsg), *Kommunale Wirtschaft im Wandel – Chancen und Risiken* (S.15-24). Baden-Baden: Nomos.
- Reichers, A. E. (1985). A review and reconceptualization of organizational commitment. *Academy of Management Review*, 10, 465-476.
- Requena, F. (2002). Social capital, satisfaction, and quality of life in the workplace. *Social Indicators Research*, 61, 331-360.
- Ridder, H.-C. & Hoon, C. (2000). Strategisches Personalmanagement in öffentlichen Verwaltungen: eine inhalts- und prozessanalytische Untersuchung. *Diskussionspapier 231*. Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Hannover. Online im Internet: <http://www.wiwi.uni-hannover.de/Forschung/Diskussionspapiere/dp-231.pdf> (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Rigotti, T. & Mohr, G. (2006). Trau – Schau –Wem? Vertrauen in die Organisation als salutogenetischer Katalysator. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 22-29.
- Riulli, L & Savicki, V. ((2006). Impact of Fairness, Leadership, and Coping on Strain, Burnout, and Turnover in Organizational Change. *International Journal of Stress Management*, 13 (3), 351-377.

- Rixgens, P. (2008). Betriebliches Sozialkapital, Arbeitsqualität und Gesundheit der Beschäftigten – Variiert das Bielefelder Sozialkapital-Modell nach beruflicher Position, Alter und Geschlecht? In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2007: Arbeit, Geschlecht und Gesundheit* (S.33-42). Heidelberg: Springer.
- Rixgens, P. (2010). Messung von Sozialkapital im Betrieb durch den „Bielefelder Sozialkapital-Index“ (BISI). In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern* (S. 263-271). Heidelberg: Springer.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (1994). Social support and social competence: some theoretical and empirical contributions to their relationship. In F. Nestmann & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Social networks and social support in childhood and adolescence* (S. 111-129). Berlin: DeGruyter.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: The Free Press.
- Rockeach, M. (1979). From individual to institutional values: With special reference to the values of science. In M. Rokeach (Hrsg.), *Understanding human values: Individual and societal* (S. 47-81). New York: The Free Press.
- Ros, M., Schwartz, S. H. & Surkiss, S. (1999). Basic individual values, work values, and the meaning of work. *Applied Psychology – An International Review*, 48, 49-71.
- Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science of Medicine*, 51, 1421-1435.
- Roth, F. (2008). Sozialkapital, Vertrauen und wirtschaftliches Wachstum. In W. Matiaske und G. Grözinger (Hrsg.), *Ökonomie und Gesellschaft, Jahrbuch 20: Sozialkapital – eine (un)bequeme Kategorie* (S. 111-138). Marburg: Metropolis-Verlag.
- Sackmann, S. A. (2004). *Erfolgsfaktor Unternehmenskultur. Mit kulturbewusstem Management Unternehmensziele erreichen und Identifikation schaffen – 6 Best Practice-Beispiele*. Wiesbaden: Gabler.
- Sackmann, S. A. (2009). Möglichkeiten der Erfassung und Entwicklung von Unternehmenskultur. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten- Report 2008, Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen* (S.15-22). Berlin: Springer.
- Sapp, A. L., Kawachi, I., Soresen, G., La Montagne, A. D. & Subramanian, S. V. (2010). Does workplace social capital buffer the effects of job stress? A cross-sectional, multilevel analysis of cigarette smoking among U. S. manufacturing workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52 (7), 740-750.

- Scheffler, R. M., Brown, T. T., Syme, L., Kawachi, I., Tolstykh, I. & Iribarren, C. (2008). Community-level social capital and recurrence of acute coronary syndrome. *Social Science & Medicine*, 66 (7), 1603-1613.
- Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Josey-Bass.
- Schily, O; Heesen, P. & Bsirske, F. (2004). "Neue Wege im öffentlichen Dienst". Eckpunktepapier. Online im Internet: http://www.dpolgrlp.de/OnlineExpress/OE2004/Eckpunktepapier_neue_Wege.pdf (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Schlehuber, E. & Molzahn, R. (2007). *Die heiligen Kühe und die Wölfe des Wandels. Warum wir ohne kulturelle Kompetenz nicht mit Veränderungen klarkommen*. Offenbach: GABAL.
- Schmidt, K. H. (2005). Beziehung zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung: Neue Entwicklungen und Perspektiven. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit II*. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schmidt, J. & Schröder, H. (2010). Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Heidelberg: Springer.
- Schmitt, M. & Dörfel, M. (1999). Procedural injustice at work, justice sensitivity, job satisfaction and psychosomatic well-being. *European Journal of Social Psychology*, 29, 443-453.
- Schridde, H. (2005). Verwaltungskultur, Change Management und lernende Organisation. In B. Blanke, S. v. Bandemer, F. Nullmeier & G. Wewer (Hrsg.), *Handbuch zur Verwaltungsreform* (S. 216-225). Wiesbaden: VS Verlag.
- Schröter, E & Wollmann, H. (2010). New Public Management. In B. Blanke, S. v. Bandemer, F. Nullmeier & G. Wewer (Hrsg.), *Handbuch zur Verwaltungsreform* (3. Auflage, S. 63-74). Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schulte-Kellinghaus, T. (2005). Qualitätsmanagement an den Gerichten – Was ist von den Konzepten der Justizverwaltungen zu halten? Betrifft Justiz Nr. 84. Online im Internet: http://www.gewaltenteilung.de/schulte_k.htm (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Schultz, J., O'Brien, A. M. & Tadesse, B. (2008). Social capital and self-rated health: Results from the US 2006 social capital survey of one community. *Social Science & Medicine*, 67, 606-617.

- Schwartz, S. H. (1999). A theory of cultural values and some implications for work. *Applied Psychology – An International Review*, 48, 23-47.
- Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1987). Toward a universal structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 550-562.
- Seibel, W. (1996). Verwaltungsreformen. In K. König, & H. Siedentopf (Hrsg.), *Öffentliche Verwaltung in Deutschland* (S. 87-108). Baden-Baden: Nomos.
- Seibert, S. E., Kraimer, M. L. & Liden, R. C. (2001). A Social Capital Theory of Career Success. *Academy of Management Journal*, 44, 219-237.
- Semmer, N. K., Elfering, A., Kälin, W., Tscha, F. & Greber, S. (2004). Von der Ausbildung in den Beruf. *Panorama*, 5, 27-29.
- Semmer, N. K., Jacobshagen, N. & Meier, L. L. (2006). Arbeit und (mangelnde) Wertschätzung. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 87-94.
- Semmer, N. K., Tschan, R., Elfering, A., Kälin, W. & Grebner, S. (2005). Young adults entering the workforce in Switzerland: Working Conditions and Well-Being. In H. Kriesi, P. Farago, M. Kohli & M. Zarin-Nejadan (Hrsg.), *Contemporary Switzerland: Revisiting the special case* (S. 163-189). Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Siegrist, J. (2005). Social Reciprocity and Health: New Scientific Evidence and Policy Implications. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (10), 1033-1038.
- Statistisches Bundesamt (2010). Personal im öffentlichen Dienst. Online im Internet: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/FinanzSteuern/OeffentlicherDienst/PersonalOeffentlicherDienst/Aktuell,templateId=renderPrint.psml> (Abrufdatum: 06.10.2011).
- Staveren, v. I. & Knorringa, P. (2007). Unpacking Social Capital in Economic Development: How Social Relations Matter. *Review of Social Economy*, 1, 107-135.
- Steinke, M. J. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kommunalverwaltung – Ergebnisse einer qualitativen Studie. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern* (S.109-116). Berlin: Springer.
- Shortt, S. E. D. (2004). Making sense of social capital, health and policy. *Health Policy* 70, 11-22.
- Singh-Manoux, A., Martikainen, P, Ferrie, J. et al. (2006). What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology & Community Health* 60, 342-372.

- Sinokki, M., Hinkka, K., Ahola, K., Koskinen, S., Kivimäki, M., Honkonen, T., Puukka, P., Klaukka, T., Könöqvist, J. & Virtanen, M. (2009). The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 115 (1-2), 36-45.
- Solow, R. (1999). Notes on Social Capital and Economic Performance. In D. Partha & I. Serageldin (Hrsg.), *Social Capital – A multifaceted Perspective*. Washington: The World Bank.
- Speier-Werner, P. (2006). *Public Change Management – Erfolgreiche Implementierung neuer Steuerungsinstrumente im öffentlichen Sektor*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Spell, C. S. & Arnold, T. J. (2007). A Multi-Level Analysis of Organizational Justice Climate, Structure, and Employee Mental Health. *Journal of Management*, 33 (5), 724-751.
- Sprecherrat des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Neuen Richtervereinigung (NRV). NRW-Landesregierung spart Justiz kaputt. Online im Internet: www.nrv-net.de (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Spreitzer, G. M. & Mishra, A. K. (1999). Giving Up Control Without Losing Control. *Group & Organization Management*, 24, 155-187.
- Starkey, K. & Tempest, S. (2004). Bowling along: strategic management and social capital. *European Management Review*, 1, 78-83.
- Stone, W. & Hughes, J. (2002). Social capital: Empirical meaning and measurement validity *Research Paper 27*. Online im Internet: <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/RP27.pdf> (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Stroebe, W. (2011). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.
- Sundquist, K., Lindström, M., Malmström, M., Johansson, S. E., Sundquist, J. (2004). Social participation and coronary heart disease: a follow-up study of 6900 women and men in Sweden. *Social Science of Medicine*, 58, 615-622.
- Sundquist, K. & Yang, M. (2006). Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. *Health and Place* 13, 324-334.
- Subramanian, S. V., Lochner, K. & Kawachi, I. (2003). Neighborhood differences in social capital: a compositional artifact or a contextual construct? *Health and Place*, 9, 33-44.
- Suzuki, E., Takao, S., Subramanian, S. V., Doi, H. & Kawachi, I. (2009). Work-based social networks and health status among Japanese employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (9), 692-696.

- Suzuki, E., Takao, S., Subramanian, S. V., Komatsu, H., Doi, H. & Kawachi, I. (2010). Does low workplace social capital have detrimental effect on workers' health? *Social Science & Medicine* 70 (9), 1367-1372.
- Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33, 650-667.
- Takao, S. (2009). Research on social capital and health in Japan. A commentary on Ichida and on Fujisawa. *Social Science & Medicine*, 69 (4), 509-511.
- Tan H. H. & Tan C. S. (2000). Toward the differentiation of trust in supervisor and trust in organization. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126, 241-260.
- Tepper, B. T. (2001). Health consequences of organizational justice: test of main and interactive effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86, 197-215.
- Thom, N. & Ritz, A. (2008). *Public Management. Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor* (4. Auflage). Wiesbaden: Gabler.
- Thorsen, S. V. & Bjorner, J. B. (2010). Reliability of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (3), 25-32.
- Thibaut, J. & Walker, L. (1975). *Procedural Justice. A Psychological Analysis*. New Jersey: Wiley & Sons.
- Thiehoff, R. (2007). Wertschöpfung durch Wertschätzung: warum die Unternehmenskultur der Gesundheit dient. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3, 26-28.
- Tsai, W. & Ghoshal, S. (1998). Social capital and value creation: The role of intrafirm networks. *Academy of Management Journal*, 41 (4), 464-476.
- Twisk, J. W. R. (2010). *Applied Multilevel Analysis. A Practical Guide*. Cambridge: University Press.
- Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit- ein Paradigmenwechsel? *Wirtschaftspsychologie*, 8 (2/3), 4-13.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *Psychosozial*, 15 (4), 9-22.
- Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (2005). Abschlussbericht zur Schwerpunktaktion der Präventionsabteilung: Besichtigung und Beratung von Gerichten und Staatsanwaltschaften in NRW im Jahre 2005. Interne Dokumente.

- Uphoff, N. (2000). Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participation. In: P. Dasgupta & I. Serageldin (Hrsg.), *Social capital: a multifaceted perspective* (S. 215-250). Washington: World Bank.
- Väänänen, A., Kouvonen, A., Kivimäki, M., Oksanen, T., Elovainio, M., Virtanen, M., Pentti, J. & Vahtera, J. (2009). Workplace social capital and co-occurrence of lifestyle risk factors: the Finnish Public Sector Study. *Occupational & Environmental Medicine*, 66, 432-437.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P. & Ferrie, J. (2004). Organizational Downsizing, Sickness Absence, and Mortality: 10-Town Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 328: 7439, 555-560.
- Van der Gaag, M. & Webber, M. (2008). Measurement of Individual Social Capital. In I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Hrsg.), *Social Capital and Health*. New York: Springer.
- Van Deth, J. W. (2003). Measuring social capital: orthodoxies and continuing controversies. *International Journal of Social Research Methodology*, 6 (1), 79-92.
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: An individual-level analysis. *Social Science & Medicine*, 50 (5), 619-629.
- Viswesvaran, C., Sanchez, J. I. & Fischer, J. (1999). The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behaviour*, 54, 314-334.
- Völker, B & Flap, H. (2007). Community at the Workplace. In J. Lüdicke & M. Diewald (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und soziale Ungleichheit. Zur Rolle von Sozialkapital in modernen Gesellschaften* (S. 112-134). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Wahrendorf, M. & Siegrist, J. (2010). Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? Results of a longitudinal European study. *European Journal of Ageing*, 7 (2), 59-68.
- Walster, E., Walster, W. & Bescheid, E. (1978). *Equity: Theory and research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Weber, B. (2002). Produktorientierte Steuerung mit Zielen und Kennzahlen am Beispiel des neuen Haushalts der Stadt Heidelberg. In P. Horváth (Hrsg.), *Performance Controlling – Strategie, Leistung und Anreizsystem effektiv verbinden*, (S. 401-430). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Wegge, J. & Kleinbeck, U. (2004). Forschung in der Arbeits- und Organisationspsychologie: Rückblick und Ausblick. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48, 36-43.

- Wilkinson, R. G. (1996). *The Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
- Whitley, R. & McKenzie, K. (2005). Social Capital and Psychiatry: Review of the Literature. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 71-84.
- WHO (1988). Ottawa Charta for Health Promotion. Ottawa: WHO.
- Whorton, J. W. & Worthley, J. A. (1981). A Perspective on the Challenge of Public Management: Environmental Paradox and Organizational Culture. *The Academy of Management Review*, 6 (3), 357-361.
- World Bank (2000). World Development Report 2000/01: Attacking Poverty. Online im Internet: <http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/WDR/overview.pdf> (Abrufdatum: 20.07.2011).
- Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Canadian Journal of Policy Research*, 2, 11-17.
- Yen, I. H. & Syme S. L. (1999). The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature. *Annual Review of Public Health*, 20, 287-308.
- Zielinski, H. (2003). *Management im öffentlichen Sektor*. Opladen: Leske & Budrich.
- Zink, K. J. (1975). *Differenzierung der Theorie der Arbeitsmotivation von Herzberg zur Gestaltung sozio-technologischer Systeme*. Frankfurt: Deutsch.
- Zok, K. (2003). Einstellungen und Verhalten bei Krankheit im Arbeitsalltag – Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage bei Arbeitnehmern. In B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance* (S. 243-261). Heidelberg: Springer.
- Zok, K. (2007). Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit* (S. 121-144). Heidelberg: Springer.

Anhang

Tabelle A Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) II: Skalen mit zugehörigen Einzelfragen.

Skala	Fragen	Antwortmöglichkeiten ¹
Soziale Unterstützung von Kollegen	Wie oft erhalten Sie Hilfe/Unterstützung von Ihren Kollegen?	a
	Wie oft sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	a
	Wie oft sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	a
Soziale Unterstützung von Vorgesetzten	Wie oft erhalten Sie Hilfe/Unterstützung von ihrem Dienstvorgesetzten?	a
	Wie oft ist Ihr Dienstvorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	a
	Wie oft spricht Ihr Dienstvorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	a
Vertrauen unter Kollegen	Halten die Kollegen Informationen voreinander zurück?	b
	Halten Ihre Kollegen Informationen vor der Führungsebene zurück?	b
	Vertrauen sich Ihre Kollegen im Allgemeinen?	b
Vertrauen zur Führungsebene	Hat die Führung Vertrauen, dass die Mitarbeiter Ihre Arbeit gut machen?	b
	Können Sie den Informationen trauen, die von der Führungsebene kommen?	b
	Hält die Führungsebene wichtige Informationen vor den Mitarbeitern zurück?	b
	Haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, ihre Ansichten mitzuteilen?	b
Gemeinschaftsgefühl	Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle / in Ihrem Arbeitsbereich als Teil einer Gemeinschaft?	a
Gerechtigkeit und Respekt	Werden Konflikte auf faire Weise gelöst?	b
	Werden die Mitarbeiter für gute Arbeit wertgeschätzt?	b
	Werden alle Verbesserungsvorschläge von der Führungsebene ernst genommen?	b
	Ist die Arbeit gerecht verteilt?	b
Belastungsfolgen Gesundheit	Werden Sie entsprechend Ihrer Leistung bezahlt?	b
	Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?	c

Burnout	Wie häufig fühlten Sie sich müde?	a
	Wie häufig waren Sie körperlich erschöpft?	a
	Wie häufig waren Sie emotional erschöpft?	a
	Wie häufig fühlten Sie sich ausgelaugt?	a
Arbeitszufriedenheit	Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt	b

¹Antwortmöglichkeiten: a – immer, oft, manchmal, selten, nie/fast nie; b – in sehr hohem Maß, in hohem Maß, zum Teil, in geringem Maß, in sehr geringem Maß; c – schlechtester denkbarer Gesundheitszustand 0 Punkte bis bester denkbarer Gesundheitszustand 10 Punkte.

Tabelle B Deskriptive Statistik.

Skala	N	Anzahl Items	MW (SD)	Cronbach's alpha	Interitem Correlations	Intraclass Correlationscoefficient (ICC)
<i>Sozialkapital</i>	1095	19	50	0.90	0.07-0.72	0.24
Soziale Unterstützung von Kollegen	1380	3	53 (23)	0.72	0.35-0.65	0.34
Soziale Unterstützung von Vorgesetzten	1350	3	36 (26)	0.83	0.53-0.72	0.49
Vertrauen unter Kollegen	1373	3	67 (21)	0.72	0.31-0.55	0.41
Vertrauen zur Führungsebene	1373	4	55 (20)	0.78	0.39-0.56	0.43
Gemeinschaftsgefühl	1384	1	62 (31)			
Gerechtigkeit und Respekt	1384	5	38 (18)	0.81	0.30-0.65	0.41
<i>Belastungsfolgen</i>						
Gesundheitszustand	1389	1	65 (22)			
Burnout	1385	4	51 (23)	0.89	0.55-0.75	0.64
Arbeitszufriedenheit	1370	1	60 (22)			