

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Science
Studiengang Ökotrophologie**

Leadership Food Gesunde Ernährung für Führungskräfte

Bachelorarbeit

vorgelegt von:

Sabine Mügel-Frieling



Tag der Abgabe:
4. Dezember 2020

Betreuende Prüferin:
Prof. Dr. Annegret Flothow, HAW
Zweite Prüferin:
Prof. Dr. Birgit Käthe Peters, HAW

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Rahmen dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet.

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Management eines Unternehmens wird heute als eine strategische Ressource angesehen. Unbestritten sind Führungskräfte daher aus vielen Gründen für den Unternehmenserfolg von immenser Bedeutung. Der Erhalt ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit sollte deshalb unbedingt gewährleistet sein. Führungskräfte scheinen sowohl in der Forschung zu Gesundheits- und Ernährungsthemen als auch bei diesbezüglichen Maßnahmen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements nur begrenzte Aufmerksamkeit zu erhalten. Und dies, obwohl sie besonderen beruflichen Belastungen ausgesetzt sind.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit besteht darin zu untersuchen, welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte praktiziert werden, welche Ergebnisse zur Evidenz vorliegen und welche Empfehlungen zum gesundheitsfördernden Essen und Trinken für Führungskräfte sich daraus ableiten lassen.

Methoden: Es wurde eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken WISO, SpringerLink und PubMed durchgeführt.

Ergebnisse: Es existieren nur vereinzelte Untersuchungen zum Thema, so dass die Studienlage äußerst gering ist. Veröffentlichungen zu spezifischen Interventionen zum Thema Ernährung für Führungskräfte konnten nicht identifiziert werden.

Schlussfolgerung: Es existiert erheblicher Forschungsbedarf.

Schlüsselwörter: Führungskräfte, betriebliches Gesundheitsmanagement, betriebliche Gesundheitsförderung, Intervention, Ernährung.

Abstract

Background: Today the management of a company is seen as a strategic resource. For many reasons managers are undisputedly of immense importance for the success of a company. The preservation of their health and performance should therefore be guaranteed. Executives seem to receive only limited attention both in research on health and nutrition issues and in the relevant measures within the framework of a company health management system. And this despite the fact that they are exposed to special occupational stress.

Objectives: The aim of this work was to investigate which interventions for workplace health promotion are practiced for managers, which results are available as evidence and which recommendations on health-promoting food and drink for managers can be derived from them.

Methods: A systematic literature search was conducted on the databases WISO, SpringerLink and PubMed.

Results: There are only few studies on the topic, so that the number of results is extremely low. Publications on specific interventions on nutrition for managers could not be identified.

Conclusion: There is a considerable need for research.

Keywords: managers, leaders, company health management, company health promotion, intervention, diet, nutrition.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	III
Abstract.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	IX
Abkürzungsverzeichnis.....	X
1 Einleitung	1
2 Gesundheitsförderliche Ernährung für Führungskräfte.....	3
2.1 Gesundheitsförderliche Ernährung.....	3
2.1.1 Gesundheitsförderliche Ernährung zur Prävention nicht-übertragbarer chronischer Krankheiten	3
2.1.2 Wissenschaftlich begründete Empfehlungen zur gesundheitsförderlichen Ernährung	5
2.1.3 Ansatzpunkte zur gesundheitsfördernden Ernährung im Betrieb	15
2.2 Führungskräfte als Zielgruppe der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	16
2.2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung in Abgrenzung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement	16
2.2.2 Definition Führung und Führungskraft.....	19
2.2.3 Berufsalltag von Führungskräften - Belastungen und Ressourcen	21
2.2.4 Gesunde Ernährung als Herausforderung im Berufsalltag von Führungskräften	24
2.2.5 Verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken von Führungskräften	25
2.3 „Gesunde Führung“ unter besonderer Berücksichtigung des Health-oriented Leadership Konzepts.....	29
2.4 Zentrale Fragestellungen der Arbeit	32
3 Methodik.....	33
3.1 WISO	33
3.2 SpringerLink.....	35
3.3 PubMed.....	38

4	Ergebnisse	41
4.1	Erste Fragestellung: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“	41
4.2	Zweite Fragestellung: „Welche Empfehlungen zum gesundheitsfördernden Essen und Trinken für Führungskräfte lassen sich daraus ableiten?“	46
5	Diskussion	47
6	Handlungsempfehlungen für Wissenschaft und Praxis	49
7	Fazit.....	52
	Literaturverzeichnis.....	53
	Eidesstattliche Erklärung.....	70

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: DGE-Zufuhrempfehlungen für die energieliefernden Makronährstoffe mit entsprechenden Spezifizierungen	6
Abbildung 2: Nahrungsquellen von Vegetariern zur Deckung der Makronährstoffe	8
Abbildung 3: Gesundheitliche Vorteile der mediterranen Ernährung	12
Abbildung 4: Gesetzlich geregelte Bereiche der Gesundheit in der Arbeitswelt: BGF als Teil des BGM.....	18
Abbildung 5: Der Begriff „Führung“ im erweiterten und engeren Sinn.....	20
Abbildung 6: Arbeitsintensität von Führungskräften.....	22
Abbildung 7: Arbeitsanforderungen an Führungskräfte in Relation zur Anzahl geführter Mitarbeiter	23
Abbildung 8: Erlebter Tätigkeitsspielraum von Führungskräften.....	24
Abbildung 9: Die gesundheitlichen Leiden von Managern.....	26
Abbildung 10: Von Führungskräften wahrgenommene gesundheitliche Risikofaktoren..	28
Abbildung 11: Handlungsfelder gesundheitsfördernder Führung.....	30
Abbildung 12: Das HoL-Konzept.....	31
Abbildung 13: Wirkungszusammenhänge zwischen SelfCare und StaffCare im Hol-Konzept	32
Abbildung 14: WISO Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“	34
Abbildung 15: WISO Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden im Bereich gesunder Ernährung praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“	35
Abbildung 16: SpringerLink Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“	37

Abbildung 17: PubMed Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“ 39

Abbildung 18: PubMed Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden im Bereich Ernährung praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“ 40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zufuhrempfehlungen der DGE: Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln.....	7
Tabelle 2: Vegetarische Ernährung: Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln.....	10
Tabelle 3: Mediterrane-Diät: Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln.....	13
Tabelle 4: DASH-Diät: Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln .	15
Tabelle 5: PICOR-Tabelle zu den Ergebnissen von Frage 1.....	42

Abkürzungsverzeichnis

BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	betriebliches Gesundheitsmanagement
BMI	Body Mass Index
BoD	Burden of Disease (Krankheitslast)
D-A-CH	Länderverbund Deutschland, Österreich und Schweiz
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung.
EN%	Energieprozent
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FK	Führungskräfte
FS	Fettsäuren
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell, Studie des RKI
GKV	Verband der Gesetzlichen Krankenversicherungen
HoL	Health-oriented Leadership
MA	Mitarbeiter/innen
MedDiet	Mediterrane Ernährung
MM	Management
MUFA	einfach-ungesättigte Fettsäuren (mono unsaturated fatty acids)
NCDs	Noncommunicable diseases (nicht übertragbare Krankheiten)
PsyGeMa	„Psychische Gesundheit von Manager/innen“, Studie an der Fakultät für Angewandte Psychologie, SRH Hochschule Heidelberg
PUFA	mehrfach-ungesättigte Fettsäuren (poly unsaturated fatty acids)
RCT	randomized controlled trial (randomisiert, kontrollierte Studien)
RKI	Robert Koch Institut, Berlin
Rol	Return of Investment
SFA	gesättigte Fettsäuren (saturated fatty acids)
UN	United Nation
u.U.	unter Umständen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ys	years

1 Einleitung

Problemstellung

Gesunde, leistungsfähige Mitarbeiter stellen für Unternehmen zunehmend einen wesentlichen Wettbewerbsfaktor dar. Das gilt in noch höherem Maße für Führungskräfte, die für Unternehmen einerseits kostspieliges Humankapital darstellen, andererseits für den Unternehmenserfolg von ausschlaggebender, richtungsweisender Bedeutung sind. Im beruflichen Alltag werden diesem Personenkreis oft körperlich belastende, mentale Höchstleistungen abverlangt. Wenn Spitzenkräfte ihre Aufgaben nur mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit ausführen können, kann dies den Unternehmenserfolg langfristig gefährden.

Nun sind die gesundheitlichen Belastungen der Menschen in den westlichen Industrienationen, vor allem bedingt durch lebensstilabhängige chronische Erkrankungen, den sog. noncommunicable diseases (NCDs), laut Weltgesundheitsorganisation in den letzten Jahrzehnten drastisch gestiegen (World Health Organization, 2014b). Besonders Übergewicht und Adipositas gelten als Risikofaktoren für NCDs, deren Prävalenz sich in vielen Ländern der Europäischen Region der WHO seit den 1980er Jahren mehr als verdreifacht hat (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity>, Zugriff am 23.11.2020). Allein in Deutschland sind 66 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen übergewichtig; ein Fünftel der Bevölkerung gilt als adipös, mit steigender Inzidenz (<https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/nationale-verzehrsstudie-zusammenfassung.html>, Zugriff am 1.12.2020). Diese vielfach durch falsche Ernährung, aber auch durch mangelnde Bewegung und unzureichendes Stressmanagement ausgelöste, besorgniserregende Entwicklung kann letztendlich zu einer Reihe von Erkrankungen wie Diabetes Mellitus Typ 2, Herz-Kreislaufbeschwerden und Hypercholesterinämie führen. In Unternehmen kann mit Hilfe von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv versucht werden, dieser Entwicklung durch entsprechende Interventionen entgegen zu wirken.

Es stellt sich daher im Rahmen der Arbeit die Frage, inwieweit Führungskräfte von NCDs betroffen sind, welchen Belastungen sie ausgesetzt sind und ob sie als eigenständige Zielgruppe in der betrieblichen Gesundheitsförderung wahrgenommen und betrachtet

werden? Werden für Führungskräfte spezifische, möglichst evidenzbasierte Maßnahmen angeboten und beinhalten diese den Bereich der gesunden Ernährung? Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wird eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken WISO, SpringerLink und PubMed durchgeführt.

Die Tatsache, dass ein Mensch während seines Lebens im Durchschnitt ca. 40 Tonnen Lebensmittel zu sich nimmt, verdeutlicht, wie groß die Bedeutung einer gesundheitsförderlichen Ernährung ist. Wie gesund könnte die Menschheit sein, wenn sie achtsam bei der Auswahl ihrer Lebensmittel wäre? Und zu welchen beruflichen Spitzenleistungen wären Führungskräfte fähig, wenn sie frühzeitig auf eine gesunde Ernährung achten würden?

Gesunde Ernährung rückt somit zunehmend in den Fokus und Leadership Food wird zu einer strategischen Ressource, die entscheidend für die positive Entwicklung von Unternehmen ist.

Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in sieben Kapitel gliedert. Nach der Einleitung werden im zweiten Kapitel die für die Arbeit notwendigen Grundlagen ausführlich vermittelt, die dazu gehörigen Definitionen vorgestellt und erste Fragen untersucht. Im Anschluss erfolgt die Formulierung der Forschungsfragen. Diese werden mittels einer systematischen Literaturrecherche beantwortet und in den folgenden Kapiteln drei bis fünf sukzessive bearbeitet, gegliedert nach Methodik, Ergebnissen sowie deren Diskussion. Den Abschluss der Arbeit bilden Handlungsempfehlungen für Wissenschaft und Praxis (6. Kapitel) sowie ein zusammenfassendes Fazit mit einem kurzen Ausblick (7. Kapitel).

2 Gesundheitsförderliche Ernährung für Führungskräfte

In diesem Kapitel werden über Begriffsdefinitionen hinaus wesentliche Grundlagen für die Arbeit geschaffen.

Der erste Teil umfasst den Themenkreis „gesunde Ernährung“. Zuerst werden nicht-übertragbare chronische Krankheiten definiert und ihre Bedeutung für das Krankheitsgeschehen in westlichen Industrienationen herausgearbeitet. Es folgt eine detaillierte Darstellung ausgewählter gesundheitsförderlicher Ernährungskonzepte und ein Blick auf Ansatzmöglichkeiten innerbetrieblicher Prävention.

Der zweite Teil gilt dem Themenkomplex „Führungskräfte“. Zuerst erfolgen die Begriffsabgrenzungen „Gesundheitsmanagement/Gesundheitsförderung“ sowie „Führung/Führungskräfte“. Anschließend werden die gesundheitlichen Belastungen von Führungskräften im Berufsalltag thematisiert und die Herausforderungen einer gesundheitsförderlichen Ernährung im täglichen Leben illustriert. Es folgt die Darstellung verhaltensabgeleiteter Gesundheitsrisiken von Führungskräften.

Die letzten beiden Teilbereiche dieses Kapitels sind dem Themenspektrum „gesunde Führung“ und den jeweiligen Implikationen für Führungskräfte, Mitarbeiter und Unternehmenserfolg gewidmet sowie der Formulierung der zentralen Forschungsfragen.

2.1 Gesundheitsförderliche Ernährung

2.1.1 Gesundheitsförderliche Ernährung zur Prävention nicht-übertragbarer chronischer Krankheiten

Bereits seit Jahrzehnten wird seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein weltweit kontinuierlicher und bedenklicher Anstieg von chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten (NCDs) beobachtet und für den Verlust vieler gesunder Lebensjahre, den sog. DALYs¹

¹ DALYs werden berechnet aus den beiden komplementären Komponenten YLLs (years of life lost due to premature death) und YLDs (years lived with disability), also verlorenen, gesunden Lebensjahren durch suboptimale Gesundheit und vorzeitigen Sterbens. Bei ihrer Berechnung wird auf unterschiedliches, möglichst nationales Datenmaterial zurückgegriffen. In Deutschland u.a. auf das bundesweite Gesundheits-Monitoring des Robert-Koch-Instituts (RKI) (Plass et al., 2014). Seit Ende der 1980er Jahre wird das Zahlenmaterial in den Global Burden of Disease-Studien (GBD) veröffentlicht.

(Disability-Adjusted-Life-Years), verantwortlich gemacht (Afshin et al., 2019, S. 1958; Plass et al., 2014, S. 629). NCDs bezeichnen Erkrankungen, die sich „meist langsam entwickeln und deren Krankheitsgeschehen lange (d.h. mindestens ein Jahr) andauert“ (Prütz et al., 2014, S. 113). Zu den vier Haupt-NCDs werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen gezählt, die 82 % aller weltweit durch NCDs verursachten Todesfälle repräsentieren (World Health Organization, 2014a). Im Zeitraum von 2012 bis 2030 rechnet die WHO weltweit mit einem Anstieg der durch NCDs verursachten jährlichen Todesfälle von 38 auf 52 Millionen (ebd.). Dies entspricht mehr als der Hälfte aller Todesfälle auf der Welt (ebd.). Bezogen auf Europa werden sogar 86 % aller Todesfälle und 77 % der Krankheitslast auf NCDs zurückgeführt (ebd., <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/noncommunicable-diseases>, Zugriff am 15.10.2020). Diese besorgniserregenden Zahlen bilden auch die Situation in Deutschland ab und werden angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung hierzulande noch an Bedeutung gewinnen (WHO Europa, 2019; Prütz et al., 2014, S. 123f.). Es überrascht daher nicht, dass NCDs von der WHO als eine der großen Herausforderungen der Menschheit identifiziert wurden und ein globaler Aktionsplan zu ihrer Eindämmung formuliert wurde (Afshin et al., 2019; Boutayeb, 2020, S. 4; Plass et al., 2014, S. 629ff.; World Health Organization, 2013).

Zusehends hat sich ein Konsens über die Rolle von Ernährungsfaktoren bei der Ätiologie von NCDs gebildet. Erstmals wurden die Zusammenhänge zwischen Ernährungsgewohnheiten und NCDs 2003 in der gemeinsamen WHO und FAO Studie “Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases” veröffentlicht (Plass et al., 2014a, GBD 2017). Danach zählen ungesunde und falsche Ernährungsgewohnheiten heute zu den wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für NCDs (Afshin et al., 2019, S. 1958; Plass et al., 2014, S. 629). Da es sich um beeinflussbare Risikofaktoren handelt, ergibt sich im Umkehrschluss ein erhebliches Präventionspotential gesunder, ausgewogener Ernährung; besonders im betrieblichen Umfeld, da 54,4 Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung gemäß der Zahlen des Statistischen Bundesamtes für 2019 erwerbstätig sind (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Statistische-Wochenberichte/wochenberichte-bevoelkerung-xlsx.html>, Zugriff am 09.10.2020). Dementsprechend kann ein gut etabliertes

betriebliches Gesundheitsmanagement einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit von Beschäftigten leisten (Prütz et al., 2014, S. 124).

2.1.2 Wissenschaftlich begründete Empfehlungen zur gesundheitsförderlichen Ernährung

Nicht nur die WHO setzt einen immer stärkeren Schwerpunkt auf die Rolle „gesunder“ Ernährung bei der Prävention nichtübertragbarer chronischer Krankheiten. Ernährungsthemen haben längst die Mitte der Gesellschaft erreicht, und die Forschung bietet stetig neue interessante Erkenntnisse. Es existiert daher eine Vielzahl sich teilweise widersprechender Ernährungstrends und -empfehlungen. Demgegenüber ist bezüglich des Handlungsfelds „Ernährung“ im betrieblichen Umfeld auffällig, dass der Begriff „gesunde bzw. gesundheitsförderliche Ernährung“ in der Regel als klar definiert vorausgesetzt und aus der Defizitperspektive betrachtet wird (Mense, 2016, S. 139). Als Standard gelten die von den D-A-CH-Fachgesellschaften² für Ernährung publizierten Empfehlungen (ebd.). Da die Wirkzusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit äußerst komplex sind und einfache Ursache-Wirkungs-Kausalitäten kaum abzuleiten sind (ebd.), werden im Rahmen der Arbeit vier unterschiedliche Ansätze vorgestellt. Sie basieren auf der im aktuellen Leitfaden für Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP) vom Dezember 2019 präsentierten Auswahl. Diese umfasst, neben den Empfehlungen der DGE, die vegetarische und die mediterrane Ernährung sowie die DASH-Diät (Hauner et al., 2019). Sie alle dienen der Risikominimierung chronischer Erkrankungen wie Hypertonie, Übergewicht, Diabetes Mellitus Typ 2, verschiedener Krebs- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), als länderspezifische Fachgesellschaft, veröffentlicht Empfehlungen für eine gesundheitsförderliche und krankheitsvorbeugende vollwertige Mischkost auf Basis sog. D-A-CH-Referenzwerte. Mittels dieser wird angegeben, in welchen Mengen einzelne Makro- und Mikronährstoffe sowie Spurenelemente mindestens oder höchstens zugeführt werden sollten. Diese nährstoffbasierten Zufuhrempfehlungen beruhen auf neuesten, evidenzbasierten Forschungsergebnissen und werden geändert

² D-A-CH steht für den Länderverbund Deutschland, Österreich und die Schweiz.

oder ergänzt, sobald neue gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen. Auf diese Weise sollen mit hoher Wahrscheinlichkeit Leistungsfähigkeit und Gesundheit der gesunden Bevölkerung³ lebenslang gefördert und erhalten werden (DGE et al., 2015; Elmadfa, 2015, S. 267; Rabast, 2018).

Die wesentlichen Elemente dieser Ernährungsempfehlung beruhen auf einem hohen Energieanteil aus Kohlenhydraten von über 50 Energieprozent (EN%) bei begrenztem Protein- und Fettanteil, siehe Abbildung 1.

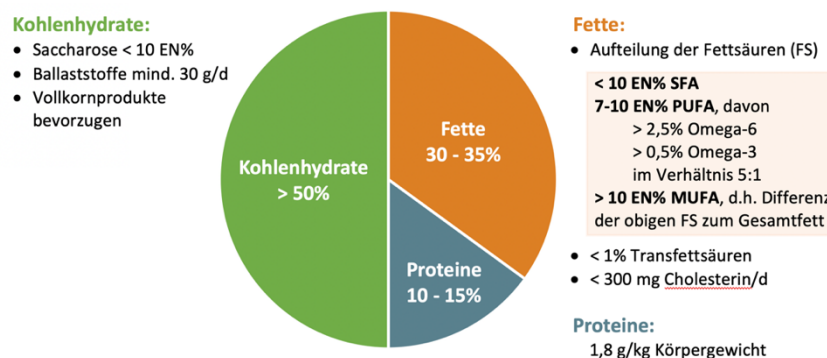


Abbildung 1: DGE-Zufuhrempfehlungen für die energieliefernden Makronährstoffe mit entsprechenden Spezifizierungen (Eigene Darstellung nach Angaben Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) et al., 2015)

Der verhältnismäßig große Anteil an Kohlenhydraten wird damit begründet, dass stärke- und ballaststoffhaltige Lebensmittel als gute Quellen für Mineralstoffe, Vitamine und sekundäre Pflanzenstoffe dienen (Elmadfa, 2015, S. 78ff.). Weiter spezifiziert wird die Auswahl der Kohlenhydrate durch „5 am Tag“⁴ und das Einplanen von Hülsenfrüchten, ungesalzene Nüssen und Vollkornprodukten in den Wochenplan. Auch bei tierischen Lebensmitteln ist die Auswahl bedeutsam: Eher selten sollten Fleisch und Fleischprodukte verzehrt werden (max. 300-600 g/Woche), die Wahl sollte eher auf Fisch und fettarme Milch/Milchprodukte fallen. Der Verzehr eiweißreicher Lebensmittel wird nur in kleineren Portionsgrößen empfohlen. Bei Fetten sind pflanzliche den tierischen vorzuziehen. Außerdem sollte auf versteckte Fette, z.B. in Wurst- und Süßwaren sowie in Fast-Food- und

³ Referenzwerte gelten ausschließlich für Gesunde. Für alle Übrigen u.a. Kranke und Rekonvaleszente sowie Personen mit Nährstoffmängeln, belastete Menschen z.B. durch Verdauungs- und Stoffwechselstörungen, durch Alkoholabusus und/oder regelmäßige Medikamenteneinnahme gibt es individuelle ernährungsmedizinische Angebote (Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) et al., 2015).

⁴ Mindestens drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Obst täglich.

Fertigprodukten, geachtet werden. Salz sollte nur sparsam verwendet werden und der Zuckerkonsum ist einzuschränken, z.B. durch das Ersetzen gesüßter Getränke durch Wasser und ungesüßte Tees (DGE, 2020; Elmadfa, 2015, S. 78ff.). Die aus den Empfehlungen abgeleiteten Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Zufuhrempfehlungen der DGE: Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln

Lebensmittelgruppen	Verzehrs- häufigkeit	Orientierungswerte zur Umsetzung der DGE Empfehlungen basierend auf 2.000 kcal/d
Getreide, Getreideprodukte, Kartoffeln	täglich	4 - 6 Scheiben Brot (200 - 300 g) oder 3 - 5 Scheiben Brot (150 - 250 g) und 50 - 60 g Getreideflocken und 1 Portion Kartoffeln (200 - 250 g) oder 1 Portion Nudeln (200 - 250 g) oder 1 Portion Reis (150 - 180 g) jeweils gegart bevorzugt Vollkornprodukte
Gemüse Salat/Rohkost	täglich	mindestens 3 Portionen (400 g) 300 g gegartes Gemüse und 100 g Salat/Rohkost oder 200 g gegartes Gemüse und 200 g Salat/Rohkost
Obst	täglich	mindestens 2 Portionen (250 g)
Milch- und Milchprodukte	täglich	200 - 250 g fettarme Milch oder Milchprodukte und 2 Scheiben fettarmer Käse (50 – 60 g)
Fleisch und Wurst Fisch Eier	wöchentlich	300 - 600 g zubereitetes, fettarmes Fleisch und fettarme Wurst und 1 Portion fettarmer Seefisch (80 - 150 g) und 1 Portion fettreicher Seefisch (70 g) und bis zu 3 Eier (inkl. verarbeitetem Ei)
Öle und Fette	täglich	10 - 15 g Öl (z.B. Raps-, Walnuss- oder Olivenöl) und 15 - 30 g Butter oder Margarine
Getränke	täglich	1,5 - 2 Liter möglichst energiearme/-freie Getränke

(Eigene Darstellung nach Angaben der DGE, 2020).

Zur leichteren Umsetzung der Vorschläge in die Praxis hat die DGE (2020) u.a. den „Ernährungskreis“ und die „dreidimensionale Lebensmittelpyramide“ entwickelt und mit „Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE“ das aktuelle Ernährungswissen in allgemein verständlichen Regeln zusammengefasst; ergänzt um die Aspekte: Schonend zubereiten, achtsam essen und genießen sowie auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben (<https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/?L=0>, Zugriff am 23.11.2020).

Vegetarische Ernährung

Unter vegetarischer Ernährung versteht man landläufig den Verzicht auf Fisch und Fleisch. Dabei werden eine Vielzahl vegetarischer Kostformen unterschieden. Grundsätzlich sind sie pflanzenbasiert, variieren jedoch hinsichtlich Lebensmittelauswahl, Beweggründen und Zielen (Leitzmann & Keller, 2013). Schätzungen zufolge sind hierzulande zwischen 1,6 %⁵ und 10 %⁶ der Menschen Vegetarier (ProVeg Deutschland, 2016; Rubner-Institut, 2008). Davon ernähren sich ca. 60 % ovo-lakto-vegetabil, sie verzehren neben pflanzlicher Nahrung auch Eier und Milchprodukte, ca. 30 % ernähren sich lakto-vegetabil und ungefähr 10 % vegan, d.h. sie lehnen alle tierischen Lebensmittel ab (Bollhöfer, 2012). Trotz der sehr heterogenen Schätzungen ist es unstrittig, dass der Anteil an Vegetariern und Veganern stetig steigt (Elmadfa & Leitzmann, 2019, S. 742; Leitzmann & Keller, 2020, S. 20).

Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf die vegetarische Ernährung im Sinne einer ovo-lacto-vegetabilen Kost. Generell gehören Gemüse, Obst, Vollkornprodukte und Kartoffeln zu den Hauptbestandteilen dieser Ernährungsweise, ergänzt um Eier, Milch und Milchprodukte. Im Vergleich zu Mischköstlern ergeben sich daraus diverse Unterschiede, die im Folgenden weiter ausgeführt werden. Wichtige Lebensmittelgruppen und ihre Zuordnung zu den Makronährstoffen sind in Abbildung 2 dargestellt.

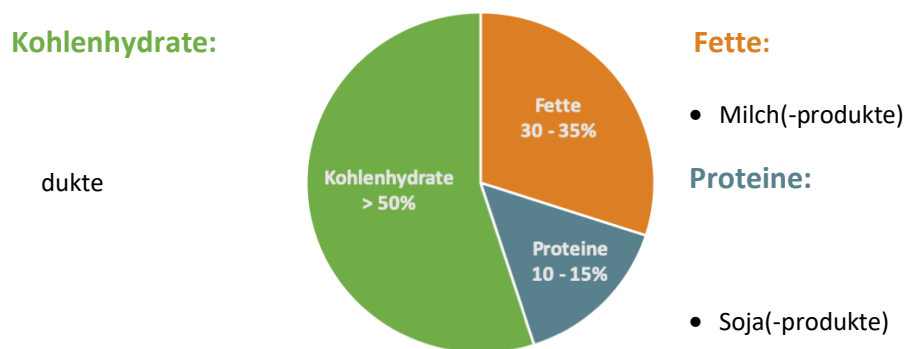


Abbildung 2: Nahrungsquellen von ovo-lakto-Vegetariern zur Deckung der Makronährstoffe (Eigene Darstellung nach Bollhöfer, 2012, S. B12).

⁵ Nationale Verzehrsstudie II, Max Rubner Institut, 2008.

⁶ Angaben von ProVeg, Nachfolgevereinigung des Vegetarierbunds (VEBU), 2016.

Mit Blick auf die Kohlenhydrate ist eine höhere Ballaststoffzufuhr und Nährstoffdichte zu verzeichnen. Zudem führt eine vollwertige, pflanzenbetonte Kost zu erhöhter und vielfältiger Aufnahme an sekundären Pflanzenstoffen (Koerber von et al., 2012, S. 248–250). Vegetarier nehmen meist weniger Fett als Nicht-Vegetarier zu sich und das Fettsäuremuster ist deshalb zugunsten der Aufnahme von einfach- und mehrfach-ungesättigten Fettsäuren (MUFA und PUFA) verändert. Dadurch ist das Verhältnis zwischen n-6 und n-3-Fettsäuren oft günstiger. Außerdem ist die vegetarische Kost cholesterinarm, da pflanzliche Lebensmittel cholesterinfrei sind. Auch die Proteinaufnahme ist in der Regel niedriger und in der Zusammensetzung anders. Die biologische Wertigkeit von Pflanzenprotein liegt mit 30-70 % signifikant unter dem des tierischen Proteins mit 80-90 % (Bollhöfer, 2012). Durch kluge Speisenzusammensetzung kann sie jedoch überproportional (> 100 %)⁷ gesteigert werden. Einen besonders hohen Ergänzungswert hat beispielsweise der gemeinsame Verzehr von Kartoffeln und Ei/Quark oder Getreide und Hülsenfrüchten. Erreicht wird dies, weil der jeweilige Gehalt der limitierenden Aminosäure eines Lebensmittels durch den hohen Wert dieser Aminosäure im ergänzenden Lebensmittel ausgeglichen wird (Schlieper, 2019). Darüber hinaus führt pflanzlich betonte Kost in der Regel zu einer hohen Vitamin- und Mineralstoffzufuhr (Vertiefendes in Elmadfa & Leitzmann, 2019; Leitzmann & Keller, 2020). Kritisch kann u.U. die Versorgung mit Vitamin B₁₂, Calcium, Eisen und Jod sein. Dies sollte beobachtet werden, betrifft aber weniger Ovo-lacto-Vegetarier als Veganer (Key et al., 2006, S. 35ff.; Leitzmann & Keller, 2020).

Zur Visualisierung und Erleichterung der Nahrungsmittelauswahl in der Praxis wurde die vegetarische Ernährungspyramide entwickelt (Leitzmann & Keller, 2013, S. 316ff., 2020; VEBU, 2010). Auf ihr basiert die folgende Übersicht der Zufuhrempfehlungen in Form von Lebensmitteln und Lebensmittelgruppen, siehe Tabelle 2.

⁷ Als Referenzwert gilt 100 % für das Hühnereiweiß.

Tabelle 2: Vegetarische Ernährung: Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln

Lebensmittelgruppen	Verzehrs-häufigkeit	Orientierungswerte für die ovo-lacto-vegetabile Ernährung basierend auf 2.000 kcal/d
Vollkornprodukte auch als unerhitzte Frischkornmahlzeit und Kartoffeln	täglich	2 - 3 Mahlzeiten; <i>pro Mahlzeit:</i> 80 g Getreide/ Reis (Rohware) bzw. 250 g (gegart) oder 2 - 3 Scheiben Vollkornbrot (zu je 50 g) oder 125 g Vollkornteigwaren (Rohware) bzw. 300 g (gegart) oder 2 - 4 Kartoffeln (200 - 350 g)
Gemüse inklusive unerhitzter Frischkost	täglich	mindestens 400 g ein Viertel der Gemüsemenge kann als Saft getrunken werden
Obst	täglich	mindestens 300 g davon max. 50 g Trockenfrüchte ein Viertel der Obstmenge kann als Saft getrunken werden
Hülsenfrüchte	wöchentlich	1 - 2 Portionen je 40 g Hülsenfrüchte (Rohware) bzw. 100 g (gegart)
Sojaprodukte weitere Proteinquelle	täglich	50 - 100 g in unterschiedlichster Form z.B. Tofu, Seitan
Nüsse und Samen	täglich	30 - 60 g; dazu zählt auch Nussmus
Milch- und Milchprodukte	täglich	0 - 250 g Milch oder 0 - 250 g Joghurt oder 0 - 50 g Käse oder entsprechende Anteile mischen
Eier	wöchentlich	max. 2 Eier
pflanzliche Öle und Fette	täglich	2 - 4 Esslöffel
Getränke	täglich	1 - 2 Liter Wasser und andere alkoholfreie und energiearme Getränke
Snacks, Alkohol, Süßigkeiten	falls gewünscht in Maßen.	

(Eigene Darstellung in Anlehnung an die Gießener vegetarische Lebensmittelpyramide Keller & Leitzmann, 2011; Leitzmann & Keller, 2020).

Mediterrane Ernährung

Die mediterrane Ernährung (MedDiet) gehört wahrscheinlich zu den am besten wissenschaftlich untersuchten Kostformen. Die ersten wissenschaftlich belegten Ergebnisse erbrachte die sogenannte „Sieben-Länder-Studie“ des US Wissenschaftlers Dr. Ancel Keys Ende der 1950er Jahre. Im Ländervergleich fiel damals die äußerst geringe Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf der griechischen Insel Kreta auf, besonders im Vergleich zu der 40 mal höheren Inzidenz in den USA (Rabast, 2018; Stange & Leitzmann, 2010). Interessanterweise konnte der Unterschied in kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität nicht auf die seinerzeit klassischen Risikofaktoren, wie zu hohen Fettkonsums, zurückgeführt werden, sondern v.a. auf das gänzlich andere Fettsäuremuster (Michalsen, 2010).

Im Gegensatz zur westlichen Ernährungsweise war die mediterrane Kost geprägt durch einen hohen Anteil an ungesättigten Fettsäuren, der auf den reichlichen Verzehr von Olivenöl, Nüssen und fettem Seefisch zurückgeführt wurde (ebd.). Die „rückständigsten“ Bauern auf Kreta deckten fast 40 % ihres täglichen Kalorienbedarfs mit eben diesen Fetten und nur ca. 12 % anhand von Eiweißprodukten (Sofi et al., 2010). Der Rest entfiel auf komplexe Kohlenhydrate aus Hülsenfrüchten, Getreide (hauptsächlich Brot), Obst und Gemüse sowie mäßigen (aber durchaus regelmäßigen) Rotweinkonsum während der Mahlzeiten (ebd.). Der Lebensstil war geprägt von reichlich körperlicher Arbeit, bewusstem Essen (langsamem und gutem Kauen) und gemeinsamer Mahlzeiteneinnahme (Rabast, 2018, S. 277).

Allerdings existiert bis heute keine einheitliche Begriffsdefinition der MedDiet (Simopoulos, 2001). Sie ist letztlich eine Sammlung von Essgewohnheiten, die traditionell von den Menschen in den verschiedenen Mittelmeeranrainerstaaten befolgt wurde und somit das Ergebnis sehr unterschiedlicher soziokultureller, politischer, religiöser, landwirtschaftlicher und wirtschaftlicher Einflüsse ist (Noah & Truswell, 2001, S. 3; Sofi et al., 2008). Dieser Sachverhalt wird in der Literatur stark kritisiert, gilt als wichtige Limitation in Studien und hat die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) veranlasst, die Vergabe eines entsprechenden Health Claims abzulehnen (Dernini et al., 2017; Noah & Truswell, 2001; Rabast, 2018, S. 282). Trotz dieser Einschränkungen konnten bis heute in zahlreichen randomisierten und epidemiologischen Studien die gesundheitsförderlichen Wirkungen und krankheitspräventiven Effekte der im Mittelmeerraum seinerzeit typischen Kost nachgewiesen werden (Davis et al., 2015; Piepoli et al., 2016, S. 2348ff.; Sánchez-Sánchez et al., 2020; Sofi et al., 2013); zur Übersicht der positiven Wirkungen siehe Abbildung 3.

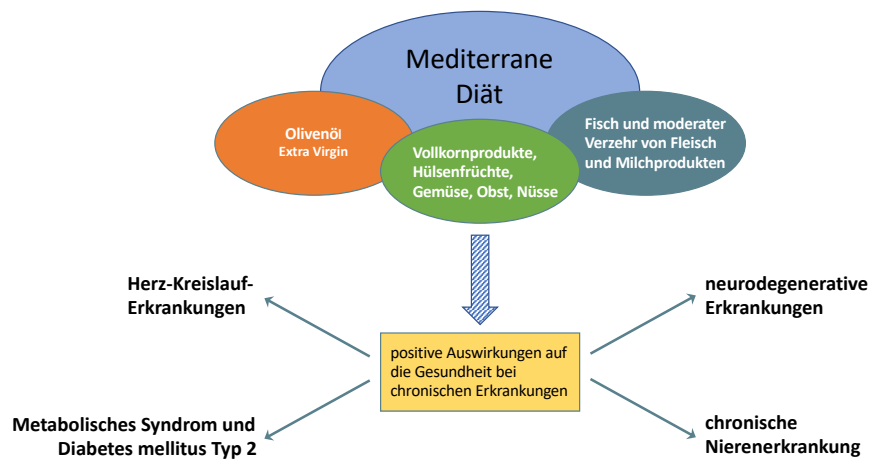


Abbildung 3: Gesundheitliche Vorteile der mediterranen Ernährung (Eigene Darstellung in Anlehnung an Yubero-Serrano et al., 2020, S. 22).

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Ernährung im Mittelmeerraum stark den westlich industrialisierten Ernährungsmustern angepasst. Auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde deshalb als Ergebnis eines internationalen Konsenses die „Mediterranean Diet Pyramid: A lifestyle for today“ entwickelt (Bach-Faig et al., 2011, S. 2277). Dabei sind die wesentlichen Parameter der ursprünglichen mediterranen Ernährung erhalten geblieben. Auch heute basiert die MedDiet hauptsächlich auf pflanzlicher Kost und hochwertigstem Olivenöl als wichtigster Quelle für Nahrungsfett. Täglich verzehrt werden Getreide und Hülsenfrüchte, die wegen ihres höheren Ballaststoffgehalts vorzugsweise vollwertig sein sollen. Dazu reichlich frisches, wenig bearbeitetes, saisonales Obst und Gemüse, einschließlich frischer Hülsenfrüchte und zwei Portionen Tomatensauce wöchentlich. Des hohen Kalziumgehalts wegen wird in moderaten Mengen der Verzehr von fettarmen Milchprodukten (Joghurt, Käse und anderer fermentierter Produkte) empfohlen. Neben Olivenöl und Oliven sollen Nüsse und Samen verzehrt werden. Seefisch, Schalentiere, auch weißes Fleisch (z.B. Geflügel, Kaninchen) werden empfohlen, der Verzehr von rotem Fleisch sollte dahingegen auf maximal einmal pro Woche eingeschränkt werden. Neben natürlichem Mineralwasser/ungesüßtem Tee sind moderate Mengen Rotwein erlaubt. Eine Übersicht der Zufuhrempfehlungen in Form von Orientierungswerten bezüglich der Lebensmittel und Lebensmittelgruppen bietet Tabelle 3.

Tabelle 3: Mediterrane Ernährung: Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln

Lebensmittelgruppen	Verzehrs- häufigkeit	Hauptkomponenten der modernen mediterranen Ernährung
Getreide, Getreideprodukte	täglich	Vollkornbrot und -getreideprodukte ABER: Nur max. 2 Portionen kommerzieller Backwaren wöchentlich
Hülsenfrüchte (getrocknet)	wöchentlich	min. 3 Portionen
Gemüse, Salat Hülsenfrüchte (frisch)	täglich	2 - 9 Portionen
Tomatensauce	wöchentlich	min. 2 Portionen
Obst	täglich	1 - 3 Portionen
Milch, Milchprodukte	täglich	moderate Mengen an fettarmem Joghurt, Käse und weiteren fermentierten Produkten (insb. Schaf und Ziege)
Nüsse, Samen	wöchentlich	min. 3 Portionen
Seefisch, Schalentiere	wöchentlich	bis zu 3 Portionen (vor allem fetter Seefisch)
Fleisch, Eier	wöchentlich	max. eine Portion weißes Fleisch (Geflügel, Truthahn, Kaninchen) weniger als 1 Portion rotes Fleisch und Fleischwaren max. 3 Eier
Öle und Fette Oliven	täglich	min. 4 Esslöffel natives Olivenöl, extra virgine weniger als 1 Portion Butter, Margarine, Sahne
alkoholfreie Getränke	täglich	1,5 - 2 Liter ungesüßte Getränke (Wasser, ungesüßte Tees) max. ein Softdrink (nur in der Pyramide erwähnt)
Alkohol	täglich	max. ein Glas Rotwein (100 - 200 ml)
Salz		salzarm
Anm. Die Einheit „Portion“ ist nicht näher spezifiziert.		

(Eigene Darstellung in Anlehnung an Bach-Faig et al., 2011, S. 2277; Yubero-Serrano et al., 2020, S. 19f.).

DASH-Diät

Die Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)-Diät wurde in den 1990er Jahren als evidenzbasiertes, alimentäres Interventions-Konzept zur Senkung von Bluthochdruck entwickelt. Der initialen Studie (Appel et al., 1997) folgten weitere, die darüber hinaus auch eine gewisse Wirksamkeit bei der Reduktion kardio-vaskulärer Erkrankungen, bei Fettstoffwechselstörungen, zur Gewichtsreduktion sowie weiterer ernährungsbedingter Erkrankungen belegen (Appel, 2017; Chiavaroli et al., 2019; Elmadfa & Leitzmann, 2019; Lin et al., 2020).

In den USA ist die DASH-Diät seit Jahren Bestandteil offizieller Ernährungsempfehlungen zur Behandlung von Hypertonie. Seit Juni 2020 ist sie zudem als Therapieempfehlung in die Leitlinie der International Society of Hypertension aufgenommen worden (Kasper & Burghardt, 2014, S. 407; Unger et al., 2020, S. 1342). Auch in Deutschland wird die DASH-Diät in der Umsetzungsempfehlung der Leitlinie Hypertonie für die kardiologische Rehabilitation empfohlen (Bensch et al., 2003, S. 215).

Interessanterweise wurde sie auch in der Laienpresse als „Superdiät“ angepriesen und von der Plattform 'US News & World Report' mehrfach zu einer der wirksamsten „Diäten“ der Welt gekürt (u.a. <https://health.usnews.com/best-diet/dash-diet>, Zugriff 2020-09-31). Dabei ist sie im eigentlichen Sinn keine kurzfristige Diät, sondern eine auf langfristige Ernährungsumstellung ausgerichtete Ernährungsweise für ein gesünderes Leben.

Die DASH-Diät zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Obst und Gemüse, fettfreien bzw. -armen Milchprodukten, Vollkorngetreideprodukten, Hülsenfrüchten und Nüssen sowie magerem Geflügel und Fisch aus. In nur geringen Mengen verzehrt werden sollten rotes bzw. verarbeitetes Fleisch, Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke und Alkohol sowie Salz. Die DASH-Diät ist also kochsalzarm, kohlenhydratreich und verzichtet zu einem großen Teil auf gesättigte Fettsäuren und Alkohol (Chiavaroli et al., 2019, S. 1; Rabast, 2018, S. 66). Damit weist sie ein ähnliches Nährstoffprofil auf wie die vegetarische Ernährung, allerdings mit höherem Protein- und Calciumanteil bei geringerem Gesamtfettanteil (Appel et al., 1997 erläutert in; Lin et al., 2020, S. 4). In Tabelle 4 sind die Zufuhrempfehlungen der DASH-Diät in Form von Orientierungswerten zu Lebensmitteln und Lebensmittelgruppen zusammengefasst.

Tabelle 4: DASH-Diät: Orientierungswerte zu Lebensmittelgruppen und Lebensmitteln

Lebensmittelgruppen	Verzehrs- häufigkeit	Orientierungswerte der DASH- Diät für Erwachsene basierend auf 2.000 kcal/d
Getreide, Getreideprodukte	täglich	3 bis 4 Portionen (Vollkorn) Eine Portion entspricht z. B. einer halben Tasse gegartem Vollkornreis oder Vollkornnudeln oder 1 Scheibe Vollkornbrot
Gemüse, Salat	täglich	4 bis 5 Portionen Eine Portion entspricht z. B. 1 Handvoll gegartem Spinat, 1 Möhre, 1 Handvoll Salat.
Obst	täglich	4 bis 5 Portionen Eine Portion entspricht z. B. 1 Apfel, 1 Handvoll gefrorene Beeren, ½ Glas Saft.
Nüsse, Keimlinge, Samen, Hülsenfrüchte	wöchentlich	4 bis 5 Portionen Eine Portion entspricht etwa 2 Esslöffeln Samen wie Sonnenblumenkernen oder Kürbiskernen, 2 EL Nüsse oder 2 EL gegarte Linsen, Kichererbsen oder getrockneten Bohnen
fettarme Milchprodukte	täglich	2 bis 3 Portionen Eine Portion entspricht etwa 1 Glas Milch (200 ml) und 30 g Käse.
Fleisch und Fisch Eier	wöchentlich	Geflügel oder Fisch: je max. zwei Portionen Eine Portion entspricht etwa 75 g Hähnchenbrust, Putenschnitzel oder Lachsfilet Keine expliziten Angaben zum Verzehr von Eiern.
Öle und Fette	täglich	möglichst ungesättigte FS, nur geringe Menge gesättigter FS
Weitestgehend minimieren		Rotes Fleisch, Alkohol, Zucker, Salz (nicht mehr als 5-6 g/d) sowie Salziges z.B. Snacks und Fertiggerichte.

(Eigene Darstellung in Anlehnung an Bensch et al., 2003, S. 215f.; Elmadfa & Leitzmann, 2019; Lin et al., 2020, S. 4).

2.1.3 Ansatzpunkte zur gesundheitsfördernden Ernährung im Betrieb

Wie bereits angedeutet, liegen im Setting Betrieb erhebliche Potentiale zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsprävention (Beck & Schnabel, 2010). Mit Blick auf Verhaltensänderungen hin zu einer gesundheitsförderlichen Ernährung existieren zwei Stellschrauben, die Verhältnis- und die Verhaltensprävention. Mit verhältnispräventiven Maßnahmen wird versucht Einfluss auf gesundheitliche Belange zu nehmen, indem strukturelle Veränderungen vorgenommen werden (Faller, 2017). Das kann zum Beispiel ein gesünderes Kantinenangebot sein oder die Verfügbarkeit von Verpflegungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz. Mit verhaltenspräventiven Maßnahmen wird versucht, Einfluss auf das individuelle Gesundheits- bzw. Ernährungsverhalten zu nehmen. Dies kann erreicht werden durch Aufklärung oder Information des Einzelnen sowie durch individualisierte Angebote (ebd.). Im

Rahmen der Arbeit geht es um Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V und besonders der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, die im Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbandes aufgeführt sind (G.K.V. Spitzenverband, 2018, S. 48ff.) Danach sollen Arbeitnehmer zu einer gesunden, Krankheiten vorbeugenden Lebensführung befähigt und motiviert werden (ebd., S. 48). Der Stellenwert bzw. der Förderungsbedarf von Interventionsmaßnahmen zum Thema „gesunde/gesundheitsförderliche Ernährung“ ist hoch, denn auch gemäß des Leitfadens dient gesunde Ernährung der Risikominimierung von NCDs, das heißt Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Krebs (ebd. S. 16/49; Willett & Stampfer, 2013). Die Ableitung individueller Ernährungsangebote soll dabei nach gesundheitsbezogenen Bedarfen und Bedürfnissen der Arbeitnehmer erfolgen (ebd. S.52). Auf Führungskräfte als Zielgruppe wird darin nicht gesondert Bezug genommen.

2.2 Führungskräfte als Zielgruppe der betrieblichen Gesundheitsförderung

2.2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung in Abgrenzung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

Die Begriffe betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) werden in der Literatur einerseits sehr unterschiedlich und andererseits aber auch synonym verwandt. Sehr intensiv hat sich Faller diesen unterschiedlichen Begrifflichkeiten gewidmet, während dieser Sachverhalt von anderen Autoren weder diskutiert noch thematisiert wird (Bamberg et al., 2011, S. 123; Faller, 2017).

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Etablierung einer BGF geht ursächlich auf die Verabschiedung der Ottawa Charta (WHO) 1986⁸ zurück, mit ihrem Aufruf „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (Struhs-Wehr, 2017; World Health Organization (WHO) Europa, 1986, S. 6ff.). Dem Menschen wird

⁸ Bereits vor der Verabschiedung der Ottawa Charta hat sich die WHO 1946 mit dem Begriff **Gesundheit** beschäftigt und sie definiert als „... a state of complete physical, mental and social wellbeing“ (World Health Organization, 2014b, S. 1), also „...Gesundheit als ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen **Wohlbefindens** und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen...“ (Struhs-Wehr, 2017, S. 7). Die Verantwortung zu ihrer Erreichung wurde seinerzeit der Gesundheitspolitik übertragen (ebd.).

eine aktive Rolle beim Aufbau und Erhalt seiner eigenen Gesundheit zugesprochen und über den sog. Setting Ansatz (Lebenswelten) werden erstmals Betriebe einbezogen. BGF steht hierbei für eine gesunde und gesundheitsförderliche Ausgestaltung von Arbeitsbedingungen (Faller, 2017, S. 31–33; Ulich & Wülser, 2018, S. 34f.).

Mit der Luxemburger Deklaration⁹ wird der Begriff BGF ausgeweitet zu einer umfassenden Unternehmensstrategie, mit gesundheitsförderlichen Unternehmensgrundsätzen, einer entsprechenden Unternehmenskultur und daraus abgeleiteten Führungsleitlinien sowie hohem Integrationspotential hinsichtlich Partizipation und Integration aller an der Gestaltung von Arbeitsbedingungen beteiligten Akteure. Der Fokus liegt jetzt eher auf den betriebswirtschaftlichen Vorteilen einer gesünderen Belegschaft, die durch Stärkung von Gesundheitspotentialen und Verbesserung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz erzielt werden sollen. (Faller, 2017, S. 27 ff.)

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Bandura et al. plädieren dafür, den in der Luxemburger Deklaration formulierten strategisch ausgerichteten Gesundheitsansatz als betriebliches Gesundheitsmanagement zu bezeichnen (Faller, 2017, S. 31f. zit. nach; Badura et al., 1999). Ihre Begründung fußt darauf, dass sich BGF meist in einzelnen Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation bzw. in zeitlich befristeten Interventionen erschöpft habe und somit dem strategischen Managementansatz nicht hinreichend gerecht werde (ebd.). Sie fordern Konsens auf höchster Managementebene, um gesundheitsförderliche Belange im Rahmen der Unternehmenskultur fest zu verankern (ebd., Zacharias et al., 2016, S. 32). In einem gut abgesteckten Bezugsrahmen können gesundheitsbezogene Maßnahmen geplant, abgestimmt und organisiert sowie mit anderen betrieblichen Handlungsfeldern verknüpft werden (Tanner & Bamberg, 2018, S. 524). Auf diese Weise entstehen individuell auf das jeweilige Unternehmen zugeschnittene, erfolgsversprechende BGM-Konzepte.

Im Rahmen dieser Arbeit wird BGM als übergeordneter, strategischer Begriff verstanden, während sich BGF auf die Operationalisierung eines Bündels verhaltens- und verhältnisorientierter Präventionsmaßnahmen bezieht (Mohokum & Dördelmann, 2018, S. 3f.;

⁹ Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e.V. 2007

Struhs-Wehr, 2017, S. 6). Dabei ist anzumerken, dass BGF heutzutage primär auf die Stärkung von Gesundheitskompetenz bzw. -verhalten der Belegschaft ausgerichtet ist (Rochnowski, 2018, S. 166 zit. nach; Ruhberg, 2016). BGF ist somit ein Teilbereich (Handlungsfeld) unter dem Dach des BGM, neben Arbeitsschutz, betrieblichem Eingliederungsmanagement und medizinischen Präventionsleistungen, gemäß des Begriffsverständnisses im Leitfaden Prävention (G.K.V. Spitzenverband, 2018, S. 99ff.; Stock-Homburg & Groß, 2019, S. S. 829ff.). Zur Veranschaulichung dient Abbildung 4.



Abbildung 4: Gesetzlich geregelte Bereiche der Gesundheit in der Arbeitswelt: BGF als Teil des BGM (G.K.V. Spitzenverband, 2018, S. 100).

In Anlehnung an die medizinische Praxis wird zunehmend evidenzbasiertes BGM gefordert. Es geht dabei um die Frage, ob Interventionen tatsächlich wirksam sind und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit beitragen (Pfaff & Huber, 2016). Unterschieden werden (ebd.):

Evidenzbasierte BGF: Durch den Einsatz verhältnis- und verhaltensbezogener Maßnahmen soll zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention von Mitarbeitern beigetragen und der Nachweis der Wirkung im Rahmen empirischer Studien erbracht werden.

Evidenzbasiertes BGM: Darunter wird der systematische Einsatz nachweislich wirksamer Managementmethoden zur innerbetrieblichen Steuerung der einzelnen Gesundheitsmaßnahmen verstanden.

2.2.2 Definition Führung und Führungskraft

Führung

In den Bereichen Psychologie und Wirtschaftswissenschaften findet sich eine Vielzahl von definitorischen Ansätzen zum Begriff „Führung“, die die Komplexität und Vielschichtigkeit von Beziehungsmustern und Interaktionen abzubilden versuchen (Bildat et al., 2018, S. 240). Das erklärt, warum die Definitionen von empirischen Ansätzen bis zu Alltagsvermutungen reichen (Wegge & von Rosenstiel, 2014, S. 316) und das Thema „Führung“ durchaus gewissen Trends unterliegt (Bildat et al., 2018, S. 272).

Von Rosenstiel formulierte kurz und einprägsam „Führung ist die bewusste und zielbezogene Einflussnahme auf Menschen“ (Rosenstiel von, 2009 zit. in; Nerdinger, 2014, S. 84). Später erweiterte er in Zusammenarbeit mit Wegge den Begriff „Führung“ als „... ein Sammelbegriff für alle Interaktionsprozesse, in denen eine absichtliche soziale Einflussnahme von Personen auf andere Personen zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben ...[...] ... zugrunde liegt“ (Wegge & von Rosenstiel, 2014, S. 316). Unter Interaktionsprozessen werden Unternehmensführung, Personalmanagement und personale Führung verstanden (ebd.; Felfe & Franke, 2014, S. 3f.). Führung umfasst also neben den allgemeinen Managementaufgaben wie Planung, Organisation und strategischen Entscheidungen Aufgaben der unmittelbaren Mitarbeiterführung (Felfe, 2009 zit. in; Ducki & Felfe, 2011, S. VII), siehe Abbildung 5. In Bezug auf Mitarbeiterführung geht es neben der Gestaltung von Kommunikationsprozessen und Beziehungen vornehmlich um die Entwicklung und Unterstützung einzelner Mitarbeiter bzw. Teams (ebd.). Führung ist dementsprechend eine anspruchsvolle, komplexe Aufgabe (Voß et al., 2013), die eine Reihe von Kompetenzen erfordert wie Empathie, Intuition, Begeisterungsfähigkeit und Fokussierung (Badura & Walter, 2014, S. 156).

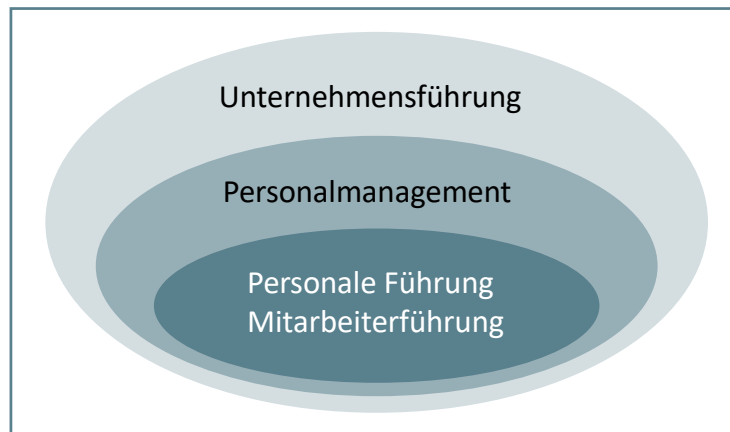


Abbildung 5: Der Begriff „Führung“ im erweiterten und engeren Sinn (Eigene Darstellung in Anlehnung an Felfe & Franke, 2014, S. 4).

Im Rahmen dieser Arbeit wird Führung als personale Führung oder auch Mitarbeiterführung verstanden, d.h. die direkte Interaktion zwischen Menschen in hierarchischen Organisationen, in denen Vorgesetzte gezielt versuchen, ihnen unterstellte Mitarbeiter zu beeinflussen, und zwar unmittelbar, absichtlich und zielbezogen (Wegge & von Rosenstiel, 2014, S. 317). Dabei ist als selbstverständlich anzusehen, dass der praktizierte Führungsstil nicht destruktiv, sondern „positiv“, den Mitarbeitern zugewandt, ist.

Führungskraft

Auch im Hinblick auf den Begriff „Führungskraft“ finden sich in der Literatur vielfältigste Definitionen (Tonn, 2016, S. 35). Im Gablers Wirtschaftslexikon werden Führungskräfte definiert als „Personen mit Personal- und Sachverantwortung. Sie können aufgrund ihrer Stellung in der Hierarchie Einfluss auf operative Leistungserstellungsprozesse und auf die strategische Unternehmensentwicklung nehmen“ (Bartscher & Nissen, 2018a). Lieber bezeichnet in seiner definitorischen Annäherung an den Begriff Personen, die „... das Recht haben, den Mitarbeitern in ihrem Verantwortungsbereich Weisungen zu geben“ als Führungskraft (Lieber, 2017, S. 25).

Oft wird zudem aus dem Angloamerikanischen eine Unterscheidung in Top-, Middle- und Lower Management (MM) übernommen¹⁰. Mit Top MM wird der Tätigkeitsbereich der obersten Hierarchieebene bezeichnet, das ist in der Regel die Geschäftsleitung, also z.B.

¹⁰ Im Deutschen spricht man auch von oberer, mittlerer und unterer Führungsebene.

der Vorstand oder geschäftsführende Direktoren, in deren Kompetenzspektrum u.a. das Festlegen langfristig angelegter Unternehmensstrategien liegt (Bartscher & Nissen, 2018d) und ohne deren aktive Unterstützung ein erfolgreiches BGM nicht etabliert werden kann. Das Middle MM bildet sich aus Betriebs-, Bereichs- oder Abteilungsleitern (Bartscher & Nissen, 2018c), das Lower MM besteht aus Team- und Büroleitern, sowie Meistern und Vorarbeitern und ist dem Middle MM untergeordnet (Bartscher & Nissen, 2018b).

Gesunde Führungskräfte jeder Hierarchiestufe sind ein wesentlicher, wenn nicht zentraler, Einflussfaktor auf Unternehmenserfolg und Mitarbeitergesundheit (BGW, 2017b, S. 23ff.). Im Rahmen der Arbeit liegt der Schwerpunkt der Betrachtung auf Top und Middle Management. Diese haben in der Regel einen weitaus unregelmäßigeren Tagesablauf, so dass es für sie besonders diffizil ist, sich auf eine gesunde Ernährung zu fokussieren. Außerdem sind sie auch im Hinblick auf die Implementierung oder Stärkung eines unternehmensinternen BGM mit weitreichenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet und stellen selbst eine wichtige Zielgruppe der BGF dar.

2.2.3 Berufsalltag von Führungskräften - Belastungen und Ressourcen

Von Führungskräften wird auch heute noch erwartet, dass sie sich in besonders hohem Maße mit ihrer Tätigkeit und dem Unternehmen identifizieren und stets „vollen Einsatz“ zeigen (Brandenburg & Marschall, 2000, S. 255). Die vielfältigen Anforderungen des Arbeitsalltags führen zu einer Reihe spezifischer Belastungen.

Hohe Verantwortung, verbunden mit hohem Leistungsdruck, täglich lange Arbeitszeiten, von durchschnittlich 54 Stunden (Hunziger & Kesting, 2004, S. 76), wobei die Zeitangaben in Studien zwischen 40 und 80 Wochenstunden schwanken (Jacobshagen et al., 2005). Auch hohe Mobilitätsanforderungen, das heißt häufige Reisetätigkeiten, gehören zum Berufsalltag (Felfe & Franke, 2014; Zimmer, 2018, S. 43f.). Dazu kommen oft Belastungen durch das Vielfliegen, insbesondere lange Interkontinentalflüge, die oft Jetlags verursachen sowie Auslandsaufenthalte in anderen Kulturen und Klimaregionen (Libicky-Mayerhofer, 2018, S. 32; Max Grundig Klinik & Heidrick & Struggles, 2014; Zimmer, 2018, S. 37f.). Als Folge der Digitalisierung und der Weiterentwicklung mobiler Endgeräte wird von Führungskräften

stetige Erreichbarkeit erwartet, auch außerhalb der Arbeitszeit (Bauer et al., 2016). Das wird quasi als Teil der Entlohnung betrachtet (Kovanz, 2014).

Durch die ständige Erreichbarkeit beginnt ein Arbeitstag oft bereits vor dem eigentlichen „Arbeitsbeginn“. Der Tag ist dann gekennzeichnet durch hohe Arbeitsdichte und hohes Arbeitstempo, stetige Unterbrechungen, häufig wechselnde Aktivitäten und das alles meist unter hohem Zeit- und Termindruck (Brandenburg & Marschall, 2000, S. 255; Felfe & Franke, 2014, S. 12; Zimmer & Hentrich, 2018). Zu den Unterbrechungen gehören, neben Telefonaten und Gesprächen, vor allem die hohe Belastung durch Konferenzen und ausufernde, teilweise mehrtägige Meetings (Max Grundig Klinik & Heidrick & Struggles, 2014). Außerdem ändern sich Aufgaben und Situationen ständig, was schnelle Reaktionszyklen erfordert.

Diese Anforderungen werden auch in der aktuellen Führungskräfte-Untersuchung „Psychische Gesundheit von Manager/innen“ (PsyGeMa) bestätigt, in der Führungskräfte unter Arbeitsintensität v.a. Multitasking, hohe Arbeitsmenge, hohes Tempo und ausgeprägten Zeitdruck subsumieren (Zimmer & Hentrich, 2018, S. 6ff.). Erwartungsgemäß spielen körperliche Belastungen eine eher untergeordnete Rolle. Die entsprechenden Angaben der Führungskräfte sind in Abbildung 6 dargestellt.

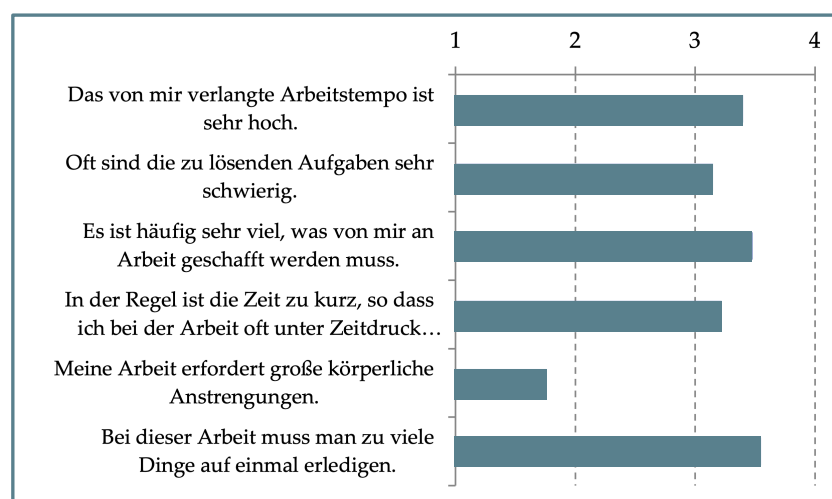


Abbildung 6: Arbeitsintensität von Führungskräften
(Angabe in Mittelwerten)
(Zimmer & Hentrich, 2018, S. 7).

Zusätzliche Erkenntnisse zum Tätigkeitsalltag von Führungskräften¹¹ erbrachte auch die BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung¹², in der gezeigt werden konnte, dass Führungsverantwortung immer auch mit erhöhten Arbeitsanforderungen verbunden ist, und zwar steigend mit zunehmender Anzahl der geführten Mitarbeiter (Stilijanow, 2012, S. 128ff.). In Abbildung 7 wird dieser Sachverhalt detailliert in Prozentangaben dargelegt.

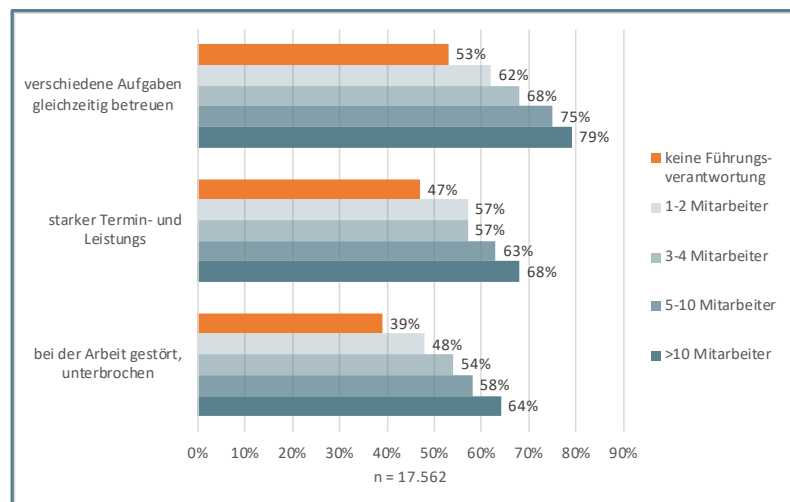


Abbildung 7: Arbeitsanforderungen an Führungskräfte in Relation zur Anzahl geführter Mitarbeiter
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Stilijanow, 2012, S. 125).

Den Belastungen stehen aber auch gefühlte Ressourcen gegenüber. Das zeigt sich darin, dass Führungskräfte sich oft als gesund beschreiben (Max Grundig Klinik, 2015) und im Schnitt geringere Fehlzeiten als ihre Mitarbeiter aufweisen (Libicky-Mayerhofer, 2018, S. 32). Allerdings werden die geringeren krankheitsbedingten Fehlzeiten teilweise auf Präsentismus zurückgeführt, also das Erscheinen am Arbeitsplatz trotz Krankheit (ebd.). Einen erheblichen, positiven Einfluss auf das subjektive Gesundheitsempfinden hat zudem das hohe Maß an erlebten Freiräumen im Berufsalltag (Zimmer & Hentrich, 2018). Auch hier finden sich in der PsyGeMa aufschlussreiche Antworten der befragten Führungskräfte, siehe Abbildung 8.

¹¹ Führungskräfte werden hier definiert als „Beschäftigte mit Führungsverantwortung für Mitarbeiter“ (Stilijanow, 2012, S. 125)

¹² BiBB/BAuA (Bundesinstitut für Berufsbildung/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).

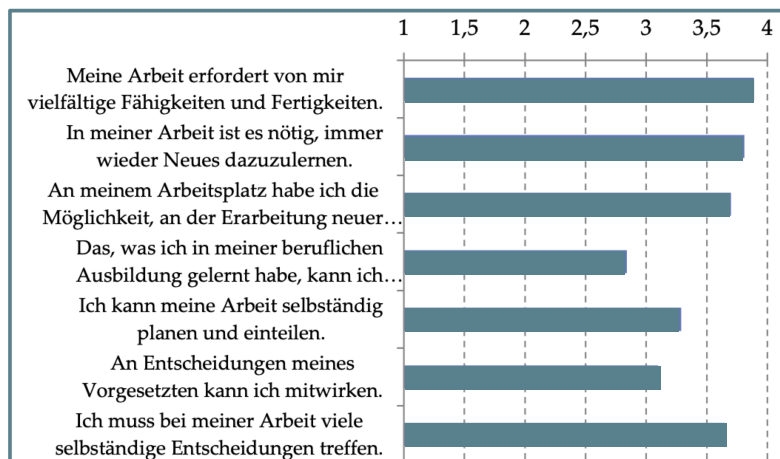


Abbildung 8: Erlebter Tätigkeitsspielraum von Führungskräften (Angabe in Mittelwerten) (Zimber & Hentrich, 2018, S. 8).

Die Möglichkeit, sich seinen Arbeitsalltag selbst einrichten zu können, sowie vielfältige Entscheidungsfreiheiten zu genießen, verbundenen mit höherer Resilienz, sind also wichtige, gesundheitsförderliche Ressourcen von Führungskräften (Lück, 2017).

2.2.4 Gesunde Ernährung als Herausforderung im Berufsalltag von Führungskräften

Es ist leicht vorstellbar, dass der geschilderte Arbeitsalltag von Führungskräften eine auf die persönlichen Bedürfnisse zugeschnittene Tages- und Wochenplanung häufig erschwert. Früher Arbeitsbeginn, lange Arbeitszeiten, die enge Taktung von Aufgaben sowie die hektische Abfolge von unterschiedlichen Terminen lassen wenig Zeit für eine gesunde und in Ruhe eingenommene Mahlzeit. Essen und Trinken gerät leicht zur unbewussten Nebensache oder wird komplett in den Hintergrund gedrängt (Ahrens & Ahrens, 2014). Darüber hinaus stehen ausufernde Geschäftsessen, möglicherweise sogar mehrere am gleichen Tag, mit üppiger Menüfolge und Alkoholgenuss einer gesunden Ernährungsweise entgegen (ebd.). In Meetings verführen die nicht selten noch „obligatorischen“ Kekse und Schokoriegel zum Überbrücken kleiner Energietiefs, oder der Kaffee/Tee wird zu diesem Zweck mit Zucker angereichert.

Interkontinentalflüge bringen jeglichen Tages- bzw. Essensrhythmus durcheinander, und spätestens hier kann gesundes, bekömmliches Essen zur echten Herausforderung werden. Nicht zu unterschätzen ist zudem das Essen aus Langeweile/Unterforderung, das sog. „Boreout-Syndrom“, das Führungskräfte zum wenig bewussten, überflüssigen Essen verführt¹³. Natürlich kann dies auch durch unliebsame Aufgaben oder Wartezeiten auf Flughäfen, Bahnhöfen und/oder langen, anstrengenden Autoreisen ausgelöst werden (ebd.). Die Ausführungen zeigen, dass selbst bei besten Vorsätzen, aber ohne entsprechende Kenntnisse, ein ausgewogenes und geregeltes Essverhalten für Führungskräfte äußerst schwierig ist.

2.2.5 Verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken von Führungskräften

Der Gesundheitsstatus von Führungskräften scheint in der Wissenschaft ein bislang wenig untersuchter Bereich zu sein. Repräsentative, in Wissenschaftspublikationen veröffentlichte Studien waren nicht zu finden. Allerdings ergab eine breit angelegte Literatursuche auf der Suchmaschine Google und in der Datenbank WISO Ergebnisse in Zeitungs- bzw. Zeitschriftenberichten über Auswertungen von Führungskräfte Check-ups und Befragungen zu von ihnen wahrgenommenen gesundheitlichen Risiken. Auf Basis dieser Informationen wurde versucht auf das Ausgangsmaterial dieser Berichterstattungen zurückzugreifen. Das gelang ausschließlich bei der Max-Grundig-Klinik in Form einer ausführlichen Pressemittelung. Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse dienen also als grobe Indizien zu Gesundheitsrisiken bzw. dem Gesundheitszustand von Führungskräften. Um sie dennoch einordnen zu können, wurde ein kurzer Vergleich zu Ergebnissen der aktuellen GEDA-Studie unternommen. Interessant ist darüber hinaus, dass Gesundheits-Check-ups eine weitverbreitete Intervention von Unternehmen darstellen, um insbesondere ihre hochdotierten Führungskräfte ärztlich untersuchen zu lassen, quasi als Frühwarnsystem für eventuelle Gesundheitsprobleme. Nun zu den Ergebnissen:

¹³ 2009 wurde in einer von der Step Stone Deutschland AG in Auftrag gegebenen Studie unter 5.500 Führungskräften ermittelt, dass 39 % der Befragten Arbeitsunterforderung beklagten; zitiert nach (Ahrens & Ahrens, 2014, S. 31f.).

Die Zusammenfassung der Ergebnisse unter 5.400 Teilnehmern an Gesundheitscheck-Ups des **Diagnose-Zentrums Fleetinsel (DZF, Hamburg)**¹⁴ ergab bezüglich gesundheitlicher Risiken folgendes: 51 % der männlichen Führungskräfte waren übergewichtig, davon 10 % adipös. 53 % wiesen „bedenkliche“ Cholesterinwerte auf und ungefähr 25 % litten an Hypertonie (bereits ca. 20 % im Alter zwischen 25 und 34 Jahren). Zudem wurde bei jedem dritten Mann eine Fettleber diagnostiziert. Weibliche Führungskräfte waren generell gesünder. Übergewicht wurde bei 19 %, Adipositas nur bei 5 % und Hypertonie bei 18 % der Frauen diagnostiziert; erhöhte Cholesterinwerte wiesen 39 % auf. (Diagnose-Zentrum Fleetinsel, 2015)

Obiger Studie ging eine andere voraus, die in Zusammenarbeit mit dem Handelsblatt erstellt wurde und die Auswertung von 9.876 Führungskräfte-Check-ups des Diagnosezentrums Fleetinsel im Zeitraum von 2002-2012 beinhaltet¹⁵. Demzufolge waren 58 % der Führungskräfte übergewichtig, 12 % davon adipös, 30 % litten unter Hypertonie, wobei 75 % der Probanden von der Diagnose überrascht wurden, 27 % hatten eine Fettleber und 18 % erhöhte Blutzuckerwerte (Diagnose-Zentrum Fleetinsel, 2012). Siehe Abbildung 9. Die Ergebnisse beider Studien sind nicht direkt vergleichbar, legen aber die Vermutung nahe, dass die Problematiken Übergewicht und Hypertonie in den letzten knapp 15 Jahren leicht rückläufig sein könnten, aber immer noch hoch sind.

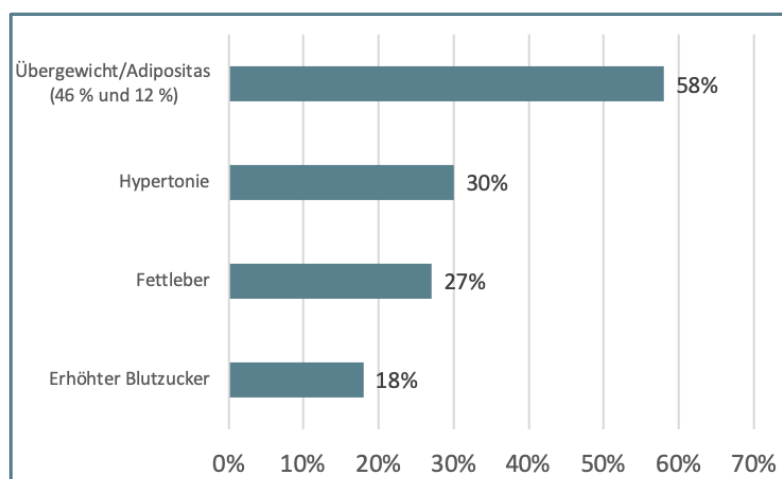


Abbildung 9: Die gesundheitlichen Leiden von Managern (Eigene Darstellung in Anlehnung an Diagnose-Zentrum Fleetinsel, 2012).

¹⁴ Das Diagnose-Zentrums Fleetinsel, Hamburg zählt zu den renommierten Instituten für Führungskräfte-Check-ups in Deutschland.

¹⁵ 80 % waren Männer, zwei Drittel davon im Alter zwischen 47-60 Jahren. Weitere Spezifikationen lagen nicht vor.

Im Hinblick auf das Gewicht von Führungskräften ergab eine online-Befragung unter 568 deutschen/deutsch-schweizerischen Führungskräften durch die Personalberatung **Heidrick & Struggles in Zusammenarbeit mit der Max-Grundig-Klinik**^{16,17} folgendes Bild: Danach waren 48 % aller Befragten übergewichtig oder adipös, während Untergewicht mit 0,35 % eine zu vernachlässigende Rolle spielte. Zudem zeigte sich, dass Gewichtsprobleme mit steigendem Alter zunahmen. Frauen waren auch in dieser Untersuchung deutlich häufiger normalgewichtig (81 %), nur 16 % hatten Übergewicht/Adipositas, aber 3,2 % Untergewicht. Lediglich 3,6 % der Befragten gaben an, unter Hypertonie zu leiden, mit nur 1 % deutlich weniger die unter 45-Jährigen. Erhöhte Cholesterinwerte gaben 11,7 % an (nur 3,1 % der Frauen, aber 13,7 % der älteren, männlichen Jahrgänge). Die Diabetes-Erkrankungsrate soll der Befragung zufolge bei 1,6 % liegen, bei weiblichen und jüngeren Führungskräften betrug sie nahezu Null. Nur 11 % der Manager gaben an, in den letzten fünf Jahren krank gewesen zu sein, allerdings erklärte die Mehrheit der Führungskräfte, schlecht zu schlafen und mit der eigenen Schlafqualität unzufrieden zu sein. (Max Grundig Klinik & Heidrick & Struggles, 2014)

Die vom **österreichischen Wirtschaftsforum** zweijährlich unter heimischen Führungskräften durchgeführte Befragung ergab für 2019 folgende Ergebnisse: Demzufolge litten 32 % an Über-/Untergewicht (+4 %-Punkte ggü. 2017) und 24 % an Hypo-/Hypertonie (+3 %-Punkte ggü. 2017). Hier zeigte sich nun eine Zunahme der Gewichtsproblematik. Nur 12 % gaben an, über ein gutes Immunsystem zu verfügen. Dieser Wert hat sich um 50 % ggü. 2017 verschlechtert. Außerdem gaben in den beiden Vergleichsjahren knapp ein Drittel der Befragten an, sich ungesund zu ernähren. In Abbildung 10 sind die abgefragten Parameter zusammengestellt. (Perger, 2019)

¹⁶ Die Max-Grundig-Klinik/Brühl gilt als eine der führenden, privaten Adressen von Gesundheits-Check-ups und psychologischer Medizin für Führungskräfte. Heidrick & Struggles ist eine renommierte, international tätige Personalberatung für das Recruiting von Führungskräften.

¹⁷ Durchführungszeitraum der Studie war Mai-Juni 2014: 89 % Männer und 11 % Frauen; je 50 % „< 45 Jahre“ und „46 Jahre und älter“. Die Führungsverantwortung variiert zwischen „10 und weniger MA“ (38 %) bis „100 und mehr“ (21 %); 69 % arbeiten in internationalen Unternehmen, 19 % für Mittelständler.

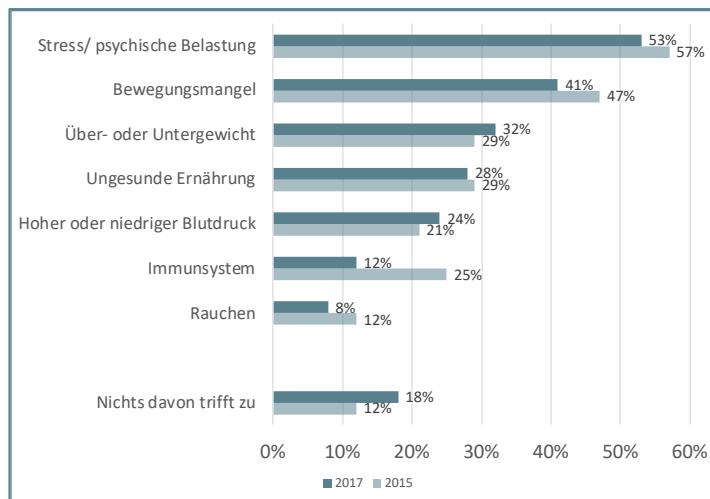


Abbildung 10: Von Führungskräften wahrgenommene gesundheitliche Risikofaktoren (Eigene Darstellung in Anlehnung an Perger, 2019).

Festzustellen ist, dass zwischen wahrgenommenem und tatsächlichem Gesundheitszustand der Führungskräfte eine Diskrepanz besteht. Die persönlichen Angaben zu Erkrankungen fielen in der Regel geringer aus als die Auswertungsergebnisse von Gesundheitsscheck-ups.

Inhaltlich fanden sich zu gesunder Ernährung noch Aussagen in einer jüngeren Befragung von Heidrick & Struggles für die Max Grundig-Klinik (Max Grundig Klinik, 2015). Befragt, was Führungskräfte für Ihre Gesundheit tun, erklärten 8 %, vegetarisch zu leben, wobei der Anteil der Frauen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen etwa doppelt so hoch war.

In den Untersuchungen wurde generell ein Bewegungsmangel beklagt und Rauchen scheint unter Führungskräften kein gravierendes Gesundheitsrisiko mehr darzustellen. Die Aussagen zu empfundenem Stress variierten dahingegen, soweit sie getätigt wurden.

Vergleicht man die Ergebnisse zu Übergewicht/Adipositas mit den diesbezüglichen Ergebnissen der GEDA Studie 2014/2015 des RKI, bezogen auf die obere Bildungsgruppe, so sind die Gewichtsangaben, auch aus den Check-ups, noch vergleichsweise niedrig. In der Gruppe der 45-65 Jährigen mit höherem Bildungsabschluss gelten lt. RKI 66,4 % der Männer und 41 % der Frauen als übergewichtig/adipös (Schienkiewitz et al., 2017).

2.3 „Gesunde Führung“ unter besonderer Berücksichtigung des Health-oriented Leadership Konzepts

Gesunde Führung

Der deutliche Anstieg psychischer Erkrankungen führte in der Forschung zu einer intensiven Beschäftigung mit der Thematik „Gesundheit und Führung“ und unterstrich die Bedeutung gesunder und leistungsfähiger Belegschaften für den Unternehmenserfolg (Libicky-Mayerhofer, 2018). Im Vordergrund stand die Betrachtung von „positivem“, d.h. unterstützendem Führungsverhalten auf psychische und mentale Gesundheit von Mitarbeitern und die Institutionalisierung im BGM (BGW, 2017a, S. 7ff.; Franke et al., 2011; Gregersen & Kuhnert, 2011; Härter, 2017; Libicky-Mayerhofer, 2018; Montano et al., 2017).

Trotz Fehlens einer klaren Begriffsbestimmung im wissenschaftlichen Diskurs kann gesunde Führung als ein wesentlicher Aspekt des BGM und als eine Haltung zur Förderung gesunder Arbeit betrachtet werden (Hasenbein, 2020). Es handelt sich nicht um einen neuen Führungsansatz sondern um einen neuen Blickwinkel positiver Führung, der Führungskräfte dazu bewegen soll, Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe zu begreifen und nicht als Aufgabe des einzelnen Mitarbeiters (BGW, 2017a; Häfner et al., 2019). Gesunde Führung ist als „kulturelle Stellschraube“ zur Förderung und Stärkung des Selbstwertgefühls von Menschen in Unternehmen anzusehen (Härter, 2017). Handlungsfelder gesundheitsfördernder Führung setzen daher, über die betrieblichen Rahmenbedingungen hinaus, auf die Sozialkompetenzen von Führungskräften, um täglich leistungsfördernde Impulse zu geben (BGW, 2017a; Härter, 2017). Die Aufgabe von Führungskräften besteht darin, Mitarbeitern Anerkennung und Wertschätzung entgegenzubringen, Unterstützung zu gewähren, ausreichende Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu eröffnen, offen miteinander zu reden, um Konflikte zu vermeiden und letztlich die Arbeit effizient zu organisieren (BGW, 2017a, 2017b); siehe zur Verdeutlichung Abbildung 11.

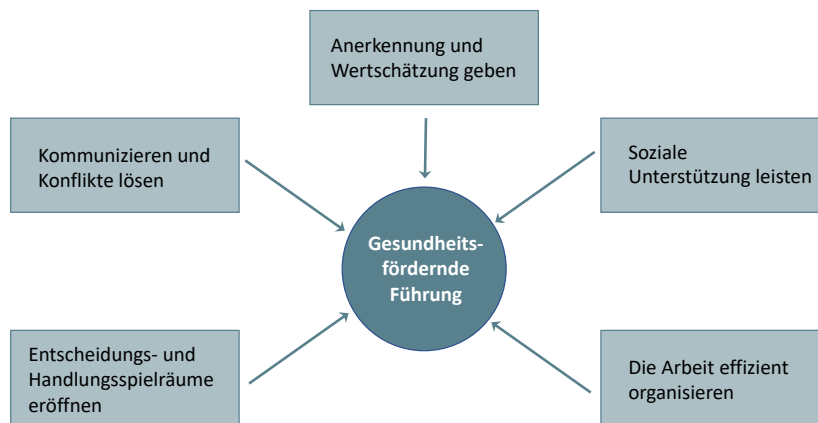


Abbildung 11: Handlungsfelder gesundheitsfördernder Führung
(Eigene Darstellung in enger Anlehnung an BGW, 2017b, S. 27).

Gesunde Führung basiert also auf der Erkenntnis, dass Führungskräfte durch ihr persönliches Führungsverhalten und ihren persönlichen Führungsstil maßgeblich die Gesundheit ihrer Mitarbeiter beeinflussen und über ihr individuelles (Gesundheits-)Verhalten Rollenmodelle bzw. Vorbilder für ihre Mitarbeiter darstellen. Dieser Zusammenhang gilt als belegt, denn er konnte in einer Vielzahl empirischer Studien nachgewiesen werden (Franke & Felfe, 2011; Gregersen et al., 2011; Montano et al., 2017; Nieder, 2000; Skakon et al., 2010).

Health-oriented Leadership Konzept

Das Health-oriented Leadership (HoL) Konzept nach Franke & Felfe (2011) stellt einen integrativen Ansatz gesunder Führung dar, der die Erhebung gesundheitsförderlicher Führung möglich macht. Psychisch-mentale Fragestellungen stehen dabei im Vordergrund der Betrachtung (Franke et al., 2014, 2015, S. 258 zit. nach Franke, 2012). Im HoL-Ansatz wird unterschieden zwischen gesundheitsförderlicher Mitarbeiterführung (StaffCare) und gesundheitsförderlicher Selbstführung (SelfCare), d.h. er beschreibt jeweils den Umgang der Führungskraft mit der Gesundheit der Mitarbeiter sowie mit der eigenen Gesundheit (ebd, S. 257ff.; (Franke & Felfe, 2011, S. 5ff.). Erstmals wurde somit der Blick auch auf die Gesundheit von Führungskräften gelenkt und die Bedeutung einer glaubhaften Vorbildfunktion auf die Mitarbeitergesundheit bekräftigt (Felfe et al., 2014, S. 144; Felfe & Franke, 2014, S. 17; Franke & Felfe, 2011).

Sowohl StaffCare als auch SelfCare werden drei Dimensionen zugeordnet: *Wichtigkeit* (value), *Achtsamkeit* (awareness) und *Verhalten* (behavior).

Wichtigkeit beschreibt generell die Bedeutung der Mitarbeitergesundheit in den Augen der Führungskraft sowie den Stellenwert der eigenen Gesundheit und den Bedeutungsgrad, sich aktiv um die persönliche Gesundheit und um die entsprechende Gestaltung der dafür notwendigen Arbeitsbedingungen zu kümmern. Das kann z.B. durch das Reduzieren eigener Belastungen am Arbeitsplatz durch Optimierung der eigenen Arbeitsabläufe sein.

Achtsamkeit drückt die bewusste Wahrnehmung von Belastungsgrenzen, Stresserleben sowie das frühzeitige Erkennen von Warnsignalen aus, sowohl bei sich selbst, als auch bei Mitarbeitern.

Verhalten beschreibt das tatsächliche Ausmaß des persönlichen Aktivwerdens in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Handlungen. Das zeigt sich z.B. darin, für die eigene Entspannung zu sorgen und gesundheitsförderliches Verhalten bei Mitarbeitern zu unterstützen (Elprana et al., 2016, S. 146f.; Franke et al., 2015, S. 257ff.; Franke & Felfe, 2011, S. 5ff.). Siehe zur Verdeutlichung Abbildung 12.

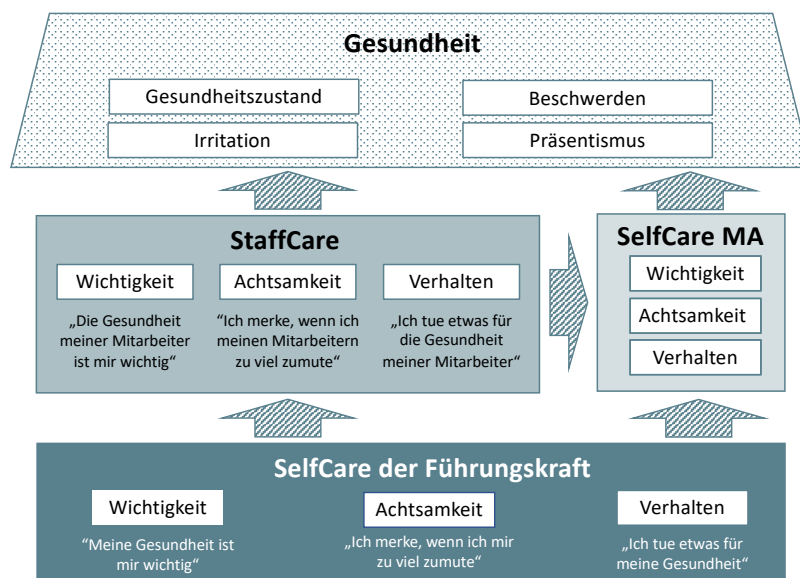


Abbildung 12: Das HoL-Konzept
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Franke et al., 2015, S. 258; zit. nach Franke, 2012).

Die Wirksamkeit und die positiven Effekte von Führungskräfteinterventionen auf gesundes Führungsverhalten (StaffCare) konnte in der jüngst publizierten Studie von Schulte et al.

bestätigt werden, an der 289 Führungskräfte im Rahmen eines Fortbildungsangebots teilnahmen (Schulte et al., 2018). Je besser eine Führungskraft mit der eigenen Gesundheit umgeht, d.h. sich selbst im Blick behält (SelfCare), desto besser ist folglich ihr eigener Gesundheitszustand. Aber auch das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter verbessert sich, was sich wiederum positiv auf die Mitarbeitergesundheit auswirkt (Elprana et al., 2016, S. 146f.). Dieser Wirkungszusammenhang wird in Abbildung 13 dargestellt.

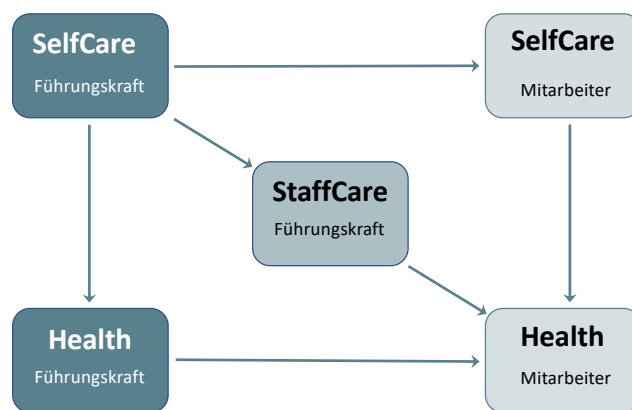


Abbildung 13: Wirkungszusammenhänge zwischen SelfCare und StaffCare im Hol-Konzept (Eigene Darstellung in Anlehnung an Klug & Felfe, 2019, S. 22).

Im Umkehrschluss gilt entsprechend, dass es bei Vernachlässigung von SelfCare, neben den negativen Effekten auf das eigene Wohlergehen der Führungskraft, es auch zu negativen Übertragungseffekten auf die Mitarbeiter kommen kann. In einer aktuellen Studie konnte belegt werden, dass sich ein Burn-out bei Führungskräften nach sechs Monaten in erhöhtem Burn-out bei ihren Mitarbeitern zeigte (Huang et al., 2016). Verbindet man dieses Ergebnis mit der Erkenntnis, dass Führungskräfte ihren Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit ihrer Untergebenen eher gering einstufen (Gregersen et al., 2013, S. 1 zit. nach Ruppert&Gerstenberger (2001)), wird die Notwendigkeit der Etablierung von gesunder Führung umso zwingender.

2.4 Zentrale Fragestellungen der Arbeit

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird der Frage nachgegangen: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden bereits praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“. Dabei wird explizit der Blick auf Interventionen

zur gesunden Ernährung gelenkt. Anschließend stellt sich die Frage: „Welche Empfehlungen zum gesundheitsfördernden Essen und Trinken für Führungskräfte lassen sich daraus ableiten?“

3 Methodik

Grundlage der Untersuchung zu praktizierten Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte und deren Evidenz bildete eine systematische Literaturrecherche unter Zuhilfenahme des Internets und unterschiedlicher Datenbanken. Dabei wurde das Augenmerk verstärkt auf die Studienlage zum Thema gelenkt, aber auch Beschreibungen erfolgreicher Maßnahmen berücksichtigt. Genutzt wurden die deutsche Wirtschaftsdatenbank WISO (Zugriff über den HAW-Server), SpringerLink und die internationale medizinische Datenbank PubMed. Die Herangehensweise zeichnete sich durch Verwendung Boolescher Operatoren (AND, OR, NOT) und festgelegter Schlagworte aus. Die Suche wurde auf den Zeitraum zwischen 2010-2020 eingegrenzt und in den Monaten Oktober/November 2020 durchgeführt. Auf WISO und SpringerLink wurden deutsche Suchworte, auf PubMed englische Suchworte genutzt. Wegen der höheren Trefferquote wurde bei WISO und SpringerLink außerdem die Sprache „Deutsch“ spezifiziert. Um die Frage nach betrieblichen Interventionen auch im Bereich „Ernährung“ abzuklären, wurde die Suche zusätzlich auf WISO und PubMed exemplarisch diesbezüglich eingegrenzt. Jede einzelne Suchstrategie wurde graphisch dargestellt.

3.1 WISO

Die systematische Literatursuche zur Frage nach BGF-Interventionen für Führungskräfte wurde auf WISO über „Fachzeitschriften“ mittels der folgenden Suchbegriffe durchgeführt:

- führungskräfte
- betriebliche gesundheitsförderung - in einem zweiten Suchlauf ersetzt durch ernährung
- intervention*

Die Recherche [führungskräfte AND betriebliche gesundheitsförderung AND intervention*] erbrachte 100 Treffer. Die Eingrenzung des Suchzeitraumes auf 10 Jahre (2010-2020) führte zu 74 Treffern. Eingeschlossen wurden alle Publikationen im D-A-CH-Raum und zu

Personen in Leitungspositionen. Ausgeschlossen wurden Untersuchungen/Studien zu Führungsstilen und gesunder Führung im allgemeinen, Beschäftigte aus Klein- & Handwerksbetrieben, Pflegeinstitutionen und Verwaltungen, soweit es sich nicht um Führungskräfte handelte. Nach Titelscreen, inklusive der Erfassung einleitender Worte/Texte, unter Ausschluss von Doppelungen und fehlender Relevanz, ergaben sich 21 Treffer. Dem folgte ein Abstractscreen (soweit Abstracts vorhanden waren), wonach 19 Treffer verblieben. Die Durchsicht der Publikationen und der Volltextscreens ergab letztlich nur einen Treffer. Abbildung 14 illustriert den Suchpfad.

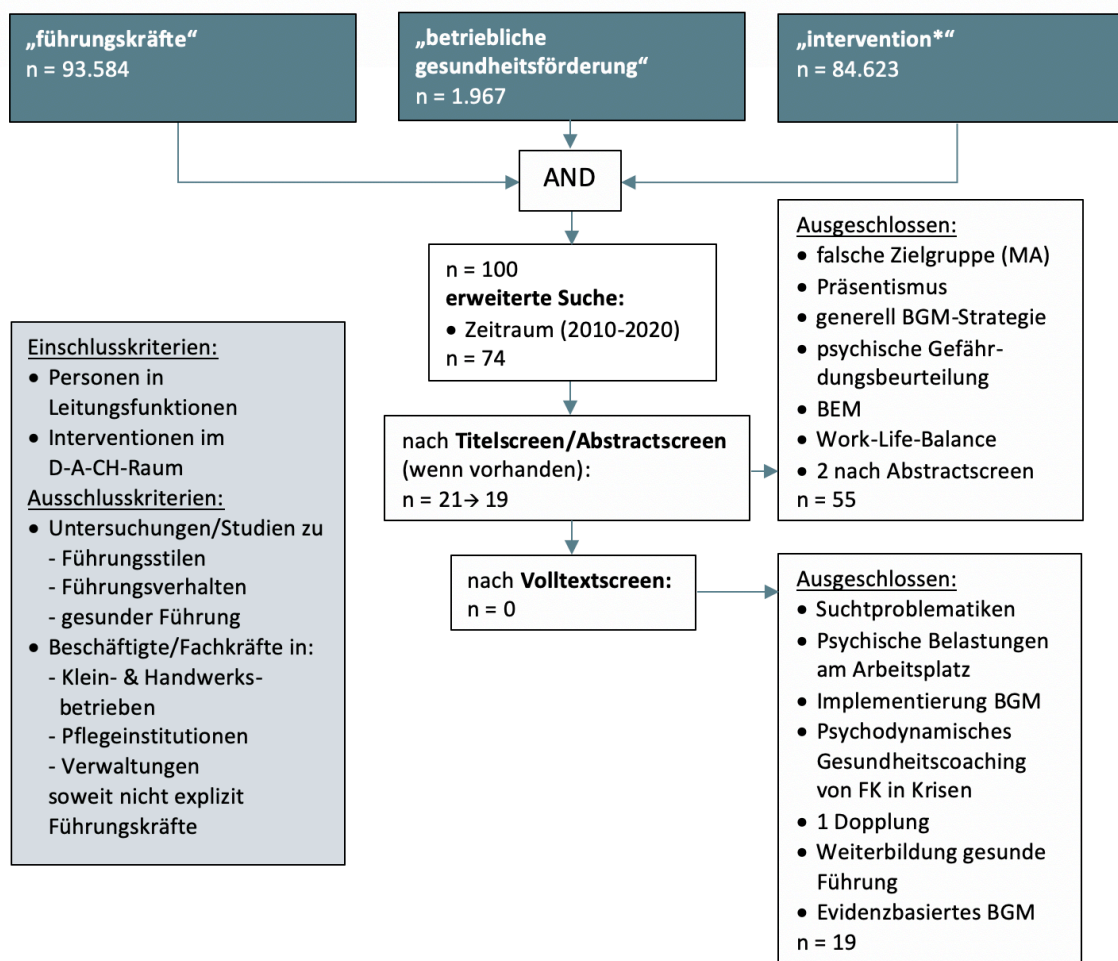


Abbildung 14: WISO Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“

Um den Bereich „Interventionen zur gesunden Ernährung von Führungskräften“ noch konkreter zu beleuchten, wurde obiger Suchlauf nochmals mit dem Suchbegriff „ernährung“

durchgeführt. Die Recherche [führungskräfte AND ernährung AND intervention*] mit gleichen Ein- und Ausschlusskriterien erbrachte 94 Treffer. Die Eingrenzung des Suchzeitraumes von 2010-2020 führte zu 66 Treffern. Nach Titelscreen, erweitert um die Erfassung einleitender Worte, ergaben sich 15 Treffer und nach Abstractscreen (soweit vorhanden) verblieben 13 Treffer. Nach Volltextscreen der übrigen Publikationen verblieb kein Treffer. Abbildung 15 illustriert diesen Suchpfad.

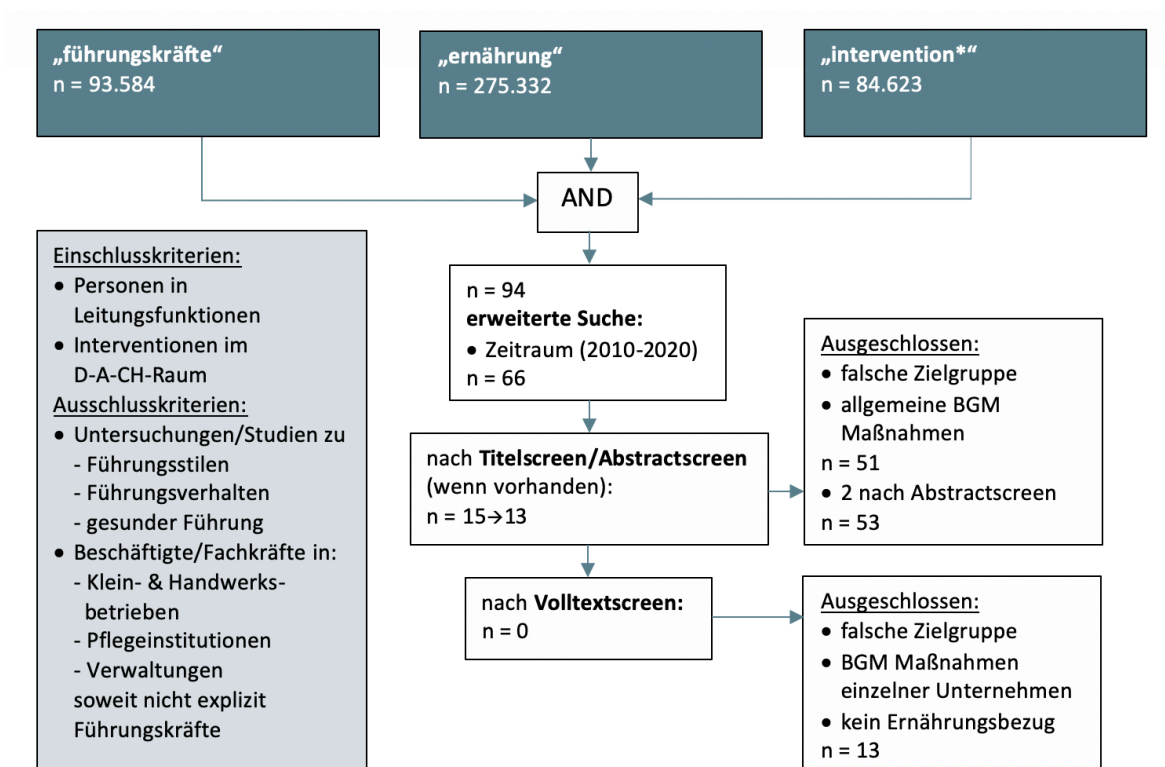


Abbildung 15: WISO Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden im Bereich gesunder Ernährung praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“

3.2 SpringerLink

Die SpringerLink-Suche zu obiger Frage wurde mittels der gleichen Suchbegriffe wie auf WISO durchgeführt:

- führungskräfte
- betriebliche gesundheitsförderung
- intervention*

Entsprechend wurden auch die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien genutzt, allerdings mit der Einschränkung, dass auf SpringerLink im ersten Schritt über „alle Quellen“ gesucht wurde, um auch Inhalte aus Buchtiteln zu erfassen. Die Recherche [führungskräfte AND betriebliche gesundheitsförderung AND intervention*] erbrachte vor Eingrenzung des Suchzeitraumes (auf die letzten 10 Jahre) 1.110 Treffer, danach 871 Treffer. Es folgte eine Einschränkung der Auswahl nach „Fachgebieten“, und zwar „Business Management“, „Medicine and Public Health“, „Psychologie“ und „Sozialwissenschaften“. Dies erbrachte insgesamt 741 Treffer, die einem Titelscreen unterzogen wurden. In Ermangelung der Nennung des Begriffs „Führungskräfte“ in vielen der Überschriften/Titeln wurde beim Titelscreen vornehmlich auf inhaltliche Übereinstimmungen zur Fragestellung geachtet. Danach verblieben aus den gewählten vier Fachgebieten insgesamt 77 Treffer. Nach dem nun folgenden Abstractscreen blieben 12 Treffer. Auch bei der Auswahl der Abstracts wurde stark auf inhaltliche Übereinstimmung zur Fragestellung geachtet, auch ohne explizite Nennung des Begriffs „Führungskräfte“. Bei den Treffern handelte es sich um Verweise auf Buchkapitel sowie Studien in Fachjournalen. Zu den ausgewählten Abstracts wurden nun die Volltexte untersucht. Nach deren Screening verblieb 1 Treffer. Ausgeschlossen wurden 11 Publikationen wegen falscher Zielgruppe (keine Führungskräfte), Beschreibungen der Etablierung von BGM-Systemen generell und in spezifischen Unternehmen (BASF, Continental), Ermittlungsstudien zum ökonomischen Nutzen von BGM, einer externen Coaching-Maßnahme und dem Themenkreis gesunder Führung im Allgemeinen. In Abbildung 16 wird die Suchstrategie illustriert.

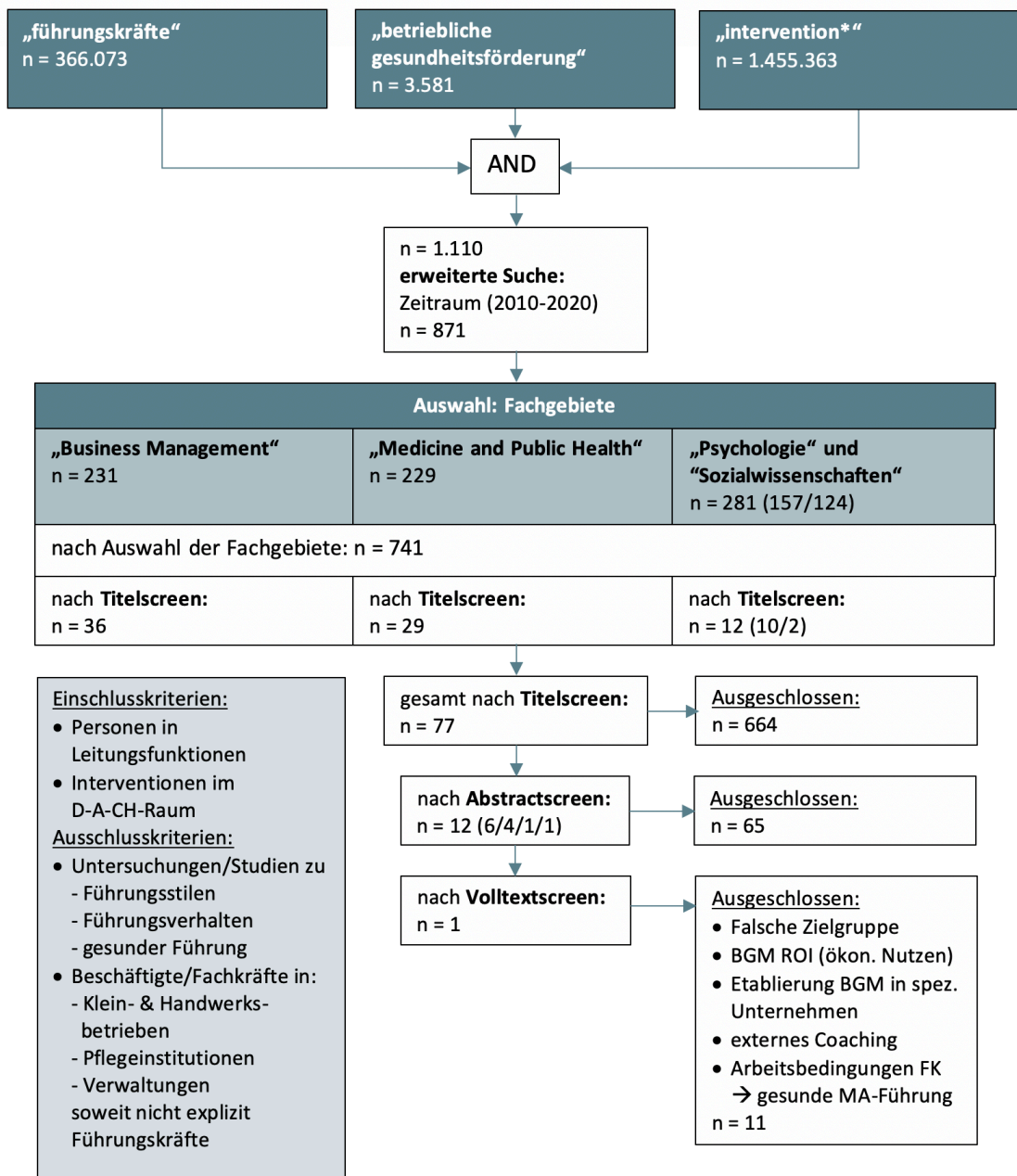


Abbildung 16: SpringerLink Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“

3.3 PubMed

Die Recherche auf PubMed zur ersten Forschungsfrage wurde gestartet, um Evidenzen mittels RCTs auszumachen. Die Suche wurde auf Englisch mittels folgender Suchbegriffe durchgeführt:

- managers, executives, executive leadership, executive personnel, CEO
- health promotion*, workplace health promotion*, worksite wellness

Auf die Begriffe „leader*“, „management“ und „intervention*“ wurde bei der Suche verzichtet, da sie als im Englischen gebräuchliche medizinische Fachtermini anzusehen sind und daher eine Vielzahl nicht passender Ergebnisse erbracht hätten. Eingeschlossen wurden Personen in Leitungsfunktionen. Ausgeschlossen wurden Untersuchungen zu Führungsstilen und -verhalten sowie gesunder Führung und Interventionen, die hauptsächlich darauf abzielen, über Maßnahmen für Führungskräfte die Mitarbeitergesundheit zu stärken. Die Recherche [(managers OR executives OR executive leadership OR executive personnel OR CEO) AND (health promotion* OR workplace health promotion* OR worksite wellness)] erbrachte 52.198 Treffer. Begrifflichkeiten, die in einer Vorrecherche vielfach aufgetreten waren und zu falschen Ergebnissen geführt hatten, wurden mittels NOT vor weiteren Eingrenzungen herausgefiltert, so dass danach 20.323 Treffer verblieben. Nach Eingrenzung des Suchzeitraumes auf die letzten 10 Jahre (10 years), humans und die Einschränkung der Altersgruppe auf 19-64 Jährige (19-44 years und 45-64 years) blieben 3.265 Treffer. Die Suche nach RCTs ergab 500 Treffer. Nach Titelscreen verblieben 20, nach Abstractscreen 6 Treffer. Ausgeschlossen wurden Publikationen hauptsächlich wegen falscher Zielgruppen, d.h. es handelte sich um Mitarbeiterinterventionen und nicht um solche für Führungskräfte. Nach Volltextscreen verblieben 4 Publikationen zur Auswertung. Zur Darstellung des Suchpfades siehe Abbildung 17.

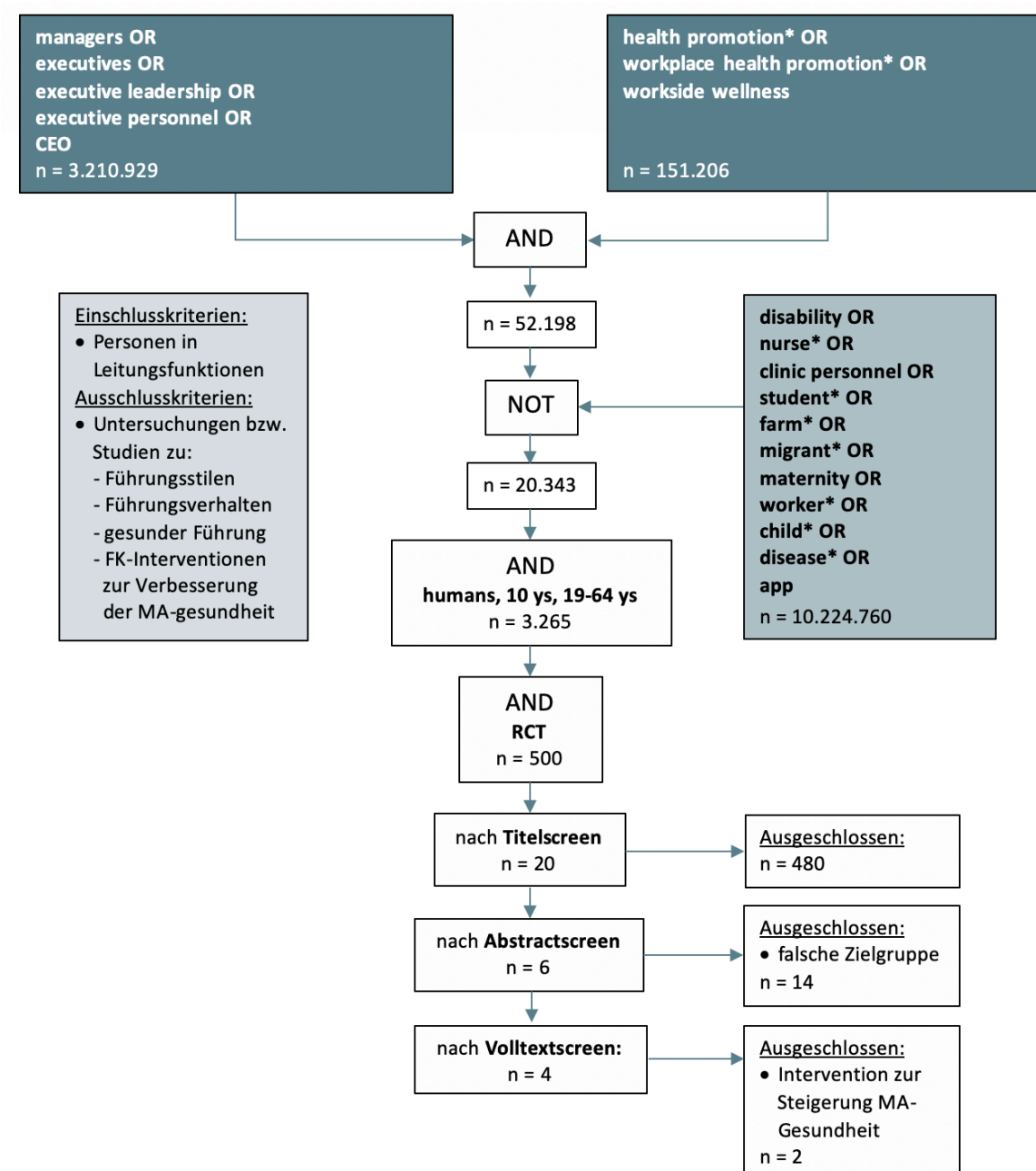


Abbildung 17: PubMed Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“

Die Suche mit der Spezifizierung auf den Themenbereich Ernährung wurde bis auf die zusätzlich verwendeten Suchbegriffe

- nutrition, diet

mit identischen Suchbegriffen, Abfolgen und Eingrenzungen durchgeführt. Die Recherche [(managers OR executives OR executive leadership OR executive personnel OR CEO) AND

(nutrition OR diet) AND (health promotion* OR workplace health promotion* OR worksite wellness)] erbrachte für RCTs 138 Treffer, von denen nach Titel- und Abstractscreen letztlich keine auf die Zielgruppe zugeschnittenen Studien zur Auswertung verblieben. Siehe zum Suchverlauf Abbildung 18.

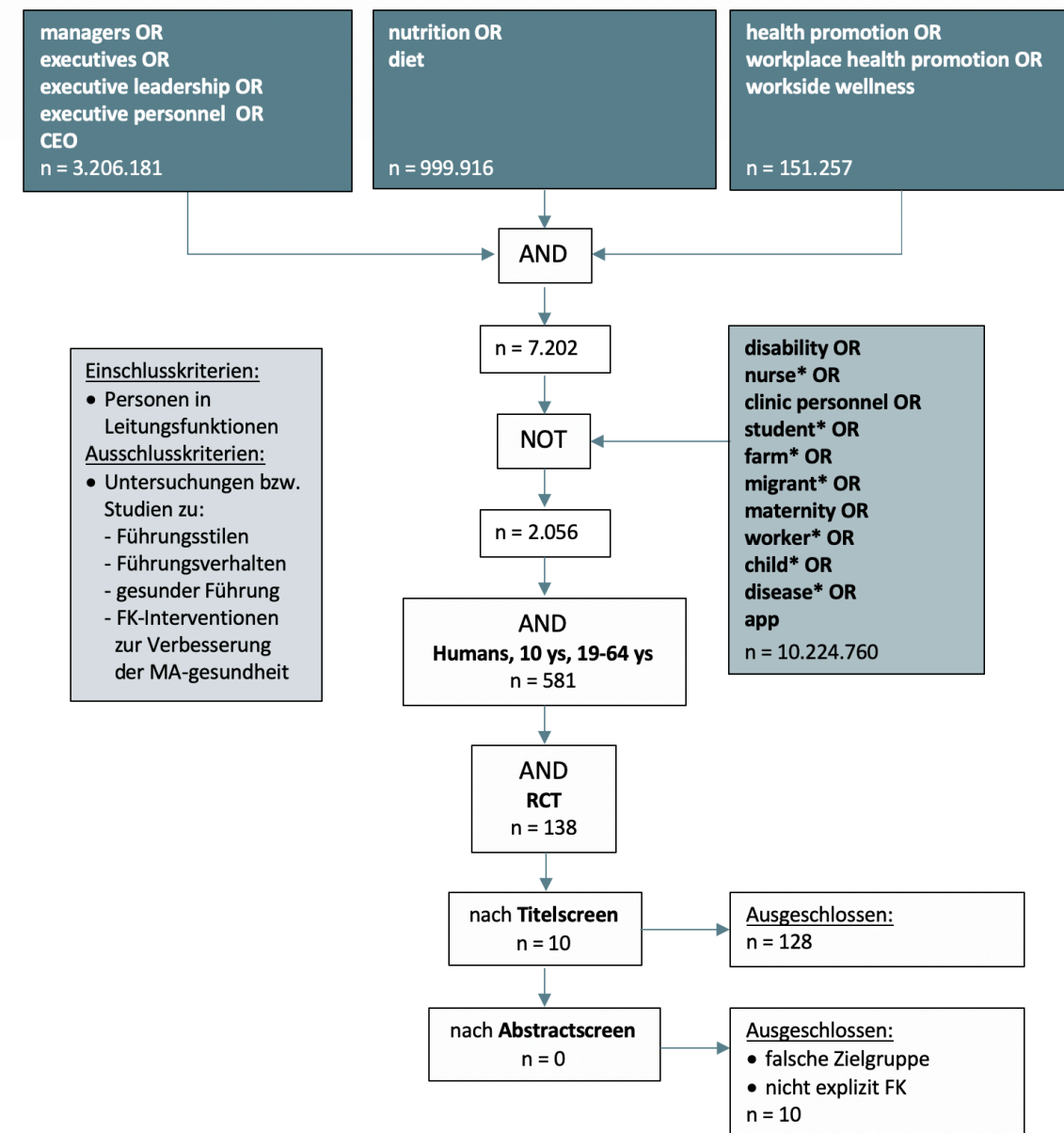


Abbildung 18: PubMed Suchpfad zur Frage: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden im Bereich Ernährung praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“

4 Ergebnisse

4.1 Erste Fragestellung: „Welche Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte werden praktiziert und welche Ergebnisse zur Evidenz liegen vor?“

Das wohl wichtigste, wenn auch in dieser Form überraschendste Ergebnis der Recherche besteht darin, dass keine einzige Publikation/Studie zum Themenkomplex „gesundheitsförderliche Ernährung für Führungskräfte“ identifiziert werden konnte. Weder in den generellen Recherchen, noch in den spezifischen, die exemplarisch auf WISO und PubMed durchgeführt wurden.

Auch hinsichtlich genereller BGF-Interventionen für Führungskräfte konnten insgesamt nur fünf Publikationen gefunden werden, die den Einschlusskriterien zur Fragestellung entsprachen. Sie bezogen sich auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Führungskräften, sowohl in mentaler, als auch in physischer Hinsicht. Dabei erbrachte die Suche auf WISO kein Ergebnis, auf SpringerLink ein und auf PubMed vier Ergebnisse.

Bei den fünf Publikationen handelte es sich jeweils um Einzelstudien. Vier davon stammten aus den Jahren 2018/19 und eine aus 2013. Drei Studien kamen aus der D-A-CH-Region (Blank et al., 2018; Fiedler et al., 2019; Rochnowski, 2018), eine aus Australien (Shann et al., 2019, leider ohne Volltextzugang) und eine aus Taiwan (Chen et al., 2013). Bei der SpringerLink Studie (Rochnowski, 2018) handelte es sich um eine hypothesengestützte Befragung, die PubMed-Studien waren gemäß der Such-Einschränkung ausschließlich RCTs. Sie verfügten somit über ein quasi experimentelles Design, mit jeweils einer Interventions- und einer Kontrollgruppe, deren Zuweisung zufällig erfolgte. Die Beobachtungsdauer von der Baseline- bis zur Abschlusserhebung bei Interventionsende variierte über alle Studien hinweg zwischen einem und zwölf Monaten. Themenschwerpunkte waren mentale und physische Gesundheit von Führungskräften, mit sehr unterschiedlichen Schwerpunkten und Ergebnissen, die in Form einer PICOR-Aufstellung auf den beiden folgenden Seiten zusammengefasst wurden; siehe Tabelle 5.

Tabelle 5: PICOR-Tabelle zu den Ergebnissen der Frage 1 (BGF-Interventionen für Führungskräfte)

Autor (Jahr) Land, Art der Studie	Problem	Intervention	Control	Outcome	Result
<p>(Chen et al., 2013) Taiwan</p> <ul style="list-style-type: none"> • RCT 	<ul style="list-style-type: none"> • Karrierefrauen mit Risikofaktoren des metabolischen Syndroms (Mets) • Internet-basierte, individuelle Health Management Plattform (HMP) 	<p>n = 66</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter ≥ 20 Jahren, • Vollzeitbeschäftigung • Risikofaktoren für Mets <u>Intervention (n=33)</u> • Ø Alter: 41,9 • HMP 	<p><u>Kontrolle (n=33)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter Ø: 45,7 • ohne HMP 	<p><u>0 - 1,5 - 3 Monate</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsverhalten vor/nachher • Messparameter <ul style="list-style-type: none"> - Körpergewicht (kg) - Taillenumfang (cm) - BD (mmHg) - Nüchtern glukose (mg/dl) - Triglyceride (mg/dl) - HDL-L (mg/dl). • Bewegung 	<ul style="list-style-type: none"> • Taillenumfang, Nüchtern glukose, Ø Anz. Mets-Komponenten bessere Ergebnisse Intervention vs. Control • Gesundheitsverhalten (Gruppen- und Zeitinteraktionsanalyse) <ul style="list-style-type: none"> - + ↑ Bewegung Intervention vs. Control + sign. bessere Ergebnisse (1,5 Mon.) <p>→ + HMP kann Mets-Komponenten effektiv verbessern</p>
<p>Anmerkungen: AP=Arbeitsplatz, BD=Blutdruck (systolisch/diastolisch), Control=Kontrollgruppe, FK=Führungskräfte, Intervention=Interventionsgruppe, HMP=Health Management Plattform, MM=Management, Mets=Metabolisches Syndrom, Mon.=Monate, RCT=randomisiert kontrollierte Studie, psych.=psychisch, SB=Selbstbericht, sign.=signifikant, Tg=Tage, ZG=Zielgruppe, Zshg.=Zusammenhang. Ø=Durchschnitt, ↑=Steigerung, ↓=Verringerung, +=einheitlich positiver Effekt, 0=einheitlich kein Effekt, +/-sowohl positive als auch keine Effekte.</p>					

Rochnowski (2018) untersuchte in ihrer Dissertation anhand einer hypothesengestützten Befragung die Beeinflussbarkeit von Gesundheit/Gesundheitsvorsorge von Führungskräften und die Möglichkeiten zur nachhaltigen Steigerung ihrer Gesundheitskompetenz anhand evidenzbasierter, ganzheitlicher primär-präventiver Gesundheitsangebote im Rahmen eines stationären Settings (Heilbad, Kurort). Die Maßnahmen zeigten durchweg positive Ergebnisse. Ihren Ausführungen zufolge waren Führungskräfte häufig jedoch erst dann für die eigene Gesundheit/gesundheitliche Risiken sensibilisiert, wenn bei ihnen gesundheitsbeeinträchtigende Beanspruchungsfolgen aufgetreten waren, und zwar infolge hoher und dauerhafter Überlast aus dem beruflichen und/oder privaten Umfeld. Sie konstatierte, der Begriff der „Lebensstilprävention“ (angelehnt an Witzel et al., 2010) sei auf der Führungsebene angekommen, im Sinne des Umgangs der Führungskraft mit der eigenen Gesundheit. Als hilfreich zur Steigerung der Gesundheitskompetenz wurden E-Health-Apps, Anschlussaufenthalte, schriftliche Unterlagen zu medizinisch-therapeutischen Empfehlungen und ein Erfahrungsaustausch zur Reduzierung von psychischen Belastungen durch Personal Coaching oder in der Gruppe bewertet.

Rochnowski kam jedoch einschränkend zu dem Ergebnis, dass als Erfolgsvoraussetzung von BGF-Maßnahmen für Führungskräfte die aktive Unterstützung seitens des Betriebs notwendig sei, und zwar durch Bereitstellung verschiedener Ressourcen. Gemeint sind damit organisatorische Ressourcen (z.B. Übernahme der Kosten und Reiseorganisation), soziale Ressourcen (z.B. Entlastung durch Arbeitskollegen) und interne Ressourcen in Form mentaler Unterstützung durch das Vorhandensein einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur. Auch die Unterstützung aus dem familiären Bereich spiele eine wesentliche, nicht zu unterschätzende Rolle. Außerdem stellte Rochnowski eine altersbezogene Korrelation fest: Je jünger die Führungskräfte, desto geringer wurde die Bedeutsamkeit eines firmenspezifischen Vorsorgeprogramms in Form einer mehrtägigen Interventionsmaßnahme im stationären Setting eingestuft.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch **Shann et al. (2019)** in ihrer Überprüfung der Wirksamkeit von Online-Interventionen zur Verringerung depressionsbedingter Stigmatisierung von Führungskräften. Die Intervention war insoweit erfolgreich, als sich eine signifikante Verringerung bei Intervention gegenüber Control im Hinblick auf die verhaltensbedingte, affektive, depressionsbedingte Stigmatisierung von FK zeigte. Aber auch hier wird

explizit darauf verwiesen, dass für den nachhaltigen Erfolg der Intervention die kollektive Bereitschaft, die Fähigkeit der Organisation zur Auseinandersetzung mit der Thematik, eine positive Einstellung anderer am Arbeitsplatz sowie eine breite unternehmenspolitische Zustimmung notwendig sind.

Fiedler et al. (2019) evaluierten ein evidenz-basiertes Schulungsprogramm zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Führungskräften im Rahmen der sog. HeLEvi-Studie (http://www.imvr.de/uploads/HeLEvi-Factsheet_03.pdf, Zugriff am 24.11.2020). Untersucht wurden Gesundheitskompetenz, psychisches Wohlbefinden und Verbesserung des persönlich empfundenen Gesundheitszustandes. Gedacht als proaktive Intervention für eine wenig berücksichtigte Zielgruppe bei BGF-Maßnahmen, erbrachte sie nicht die gewünschten, nutzbringenden Effekte.

Blank et al. (2018) untersuchten, ob Kurzurlaube (vier Nächte) zur Stressminderung von Führungskräften am Arbeitsplatz beitragen könnten. Das Ergebnis war hinsichtlich aller Outcome Variablen positiv und bis zu eineinhalb Monaten nach der Intervention noch feststellbar. Unabhängig davon, ob der Kurzurlaub in einem Hotel außerhalb des gewohnten Umfeldes (Intervention) oder zu Hause (Control) stattfand. In der Interventionsgruppe konnte darüber hinaus eine verstärkte Abnahme der untersuchungsrelevanten Belastungswerte verzeichnet werden.

Chen et al. (2013) war die einzig identifizierte Führungskräfte-Studie, die sich im Rahmen von BGF-Maßnahmen mit einem konkreten Krankheitsbild und dessen Untersuchung positiver Beeinflussung beschäftigte. Bei der Intervention wurde eine Internet-basierte, maßgeschneiderte Health Management Plattform (HMP) eingesetzt. Untersucht wurden vollzeitbeschäftigte Karrierefrauen mit Risikofaktoren des metabolischen Syndroms (Mets). Verglichen wurden das Gesundheitsverhalten vor und nach Studienbeginn und eine Reihe medizinischer Messparameter, und zwar Körpergewicht (kg), Taillenumfang (cm), systolischer und diastolischer Blutdruck (mmHg), Nüchtern glukose (mg/dl) sowie Triglyceride, LDL- und HDL-Cholesterinwerte. Die Intervention war erfolgreich und führte nach sechs Wochen zu einer effektiven Verbesserung der analysierten Mets-Parameter. Außerdem verbesserten sich die Bewegungswerte der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe.

4.2 Zweite Fragestellung: „Welche Empfehlungen zum gesundheitsfördernden Essen und Trinken für Führungskräfte lassen sich daraus ableiten?“

Aus den Ergebnissen der Datenbankrecherchen lassen sich qua fehlender Publikationen keine Empfehlungen zum Essen und Trinken für Führungskräfte ableiten. Und auch ein Blick in die Suchmaschine Google zeigte keine verwertbaren Ergebnisse, abgesehen von populär-(wissenschaftlichen) Inhalten zum Thema.

Allerdings können aus den Ausführungen im zweiten Kapitel dieser Arbeit Ansatzpunkte zu Empfehlungen gesundheitsförderlicher Ernährung hergeleitet werden.

Zwar kann man nicht von „der“ gesunden bzw. gesundheitsförderlichen Ernährung an sich sprechen, da Ernährung immer auch individuellen Vorlieben und Anforderungen folgt. Dennoch lässt sich trotz aller Unterschiedlichkeiten der vier vorgestellten Ansätze ein gemeinsamer Grundkonsens ablesen, der durch die Übersichtsarbeit „Current evidence on healthy eating“ untermauert wurde (Willett & Stampfer, 2013). Folgendes kann Führungskräften danach generell als gesundheitsförderliche Ernährung empfohlen werden:

- Verzehr möglichst frischer, wenig bearbeiteter, prozessierter Lebensmittel,
- hoher Anteil pflanzlicher Lebensmittel, dabei weniger Obst und mehr Gemüse,
- Vollkornprodukte stets bevorzugen,
- Hülsenfrüchte, Nüsse und Samen in den Speisenplan einbeziehen. Nüsse eignen sich dabei gut als Snacks für zwischendurch,
- „gute“ Fette wählen, d.h. auf ein ausgewogenes Verhältnis von Omega-6 zu Omega-3 achten und ungesättigte Fette (z.B. Olivenöl) gesättigten (z.B. Butter) vorziehen,
- Konsum von tierischen Lebensmitteln begrenzen, insb. von rotem Fleisch und Wurst,
- Zucker- und Salzkonsum einschränken,
- bei der Getränkeauswahl vorzugsweise Wasser und ungesüßte Varianten wählen,
- Alkoholkonsum begrenzen und wenn er „notwendig“ erscheint, eher das Glas Rotwein zum Essen wählen,
- auf Saisonalität und Regionalität achten und den Einkauf von Lebensmittel z.B. mit einem Besuch auf dem Wochenmarkt am Wochenende verbinden.

5 Diskussion

Führungskräften wird als einer eigens definierten Zielgruppe im betrieblichen Gesundheitswesen derzeit noch wenig bis kaum Beachtung geschenkt. Speziell auf die persönliche Steigerung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Führungskräften ausgelegte Interventionen spielen, wenn überhaupt, nur eine untergeordnete Rolle und haben vornehmlich die Mitarbeitergesundheit im Visier. Die Gesundheit von Führungskräften, als auch Maßnahmen zu deren Förderung, sind bisher wenig erforscht (Rochnowski, 2018, S. 242ff.).

Wie in der Arbeit gezeigt wurde, ist die Studienlage zu evaluierten Interventionen äußerst gering, so dass eine Vergleichbarkeit der ausgewiesenen Publikationen aufgrund der geringen Datenlage nicht möglich ist. Darüber hinaus ist mit sehr heterogenen Fragestellungen und Herangehensweisen, inhomogenen Stichprobengrößen und -zusammensetzungen, heterogenen Durchführungsweisen und Studiendauern (inklusive unterschiedlich langer Nachbetrachtungszeiträume) sowie nicht vergleichbaren Messparametern umzugehen.

Aussagekraft besitzen, neben den identifizierten Publikationen zum Thema, auch Forschungsarbeiten, die ausgeschlossen wurden. Es handelt sich hierbei nämlich um eine Vielzahl von Studien und einigen Übersichtsarbeiten, die sich eingehend mit den Themen „partizipative Führungsstile“ und „gesunde Führung“ und deren Implikationen auf das (psychische) Wohlbefinden von Mitarbeitern beschäftigen. Zielobjekte dieser Untersuchungen sind primär Mitarbeiter, während Führungskräfte als wesentliche Akteure identifiziert und beschrieben werden, deren dauerhafte und aktive Unterstützung bei der Umsetzung von BGF-Interventionen zwar entscheidend ist, deren persönlichen Gesundheitsbefindlichkeiten aber nur von maximal sekundärer Bedeutung sind. In eine ähnliche Richtung zielen weitere, vielfach bedingungsbezogene Stressmanagement Intervention für Führungskräfte. Das Schulungsangebot dient meist zum Erlernen von Fähigkeiten zur gesundheitsgerechten Führung, von denen letztlich die Mitarbeiter profitieren sollen. (Müller, 2016; Rochnowski, 2018, S. 249f.)

Als wertschätzende Interventionen für Führungskräfte werden in der Literatur oft eintägige Gesundheitscheck-ups genannt (Rochnowski, 2018, S. 249). Entsprechende Anbieter gibt es viele am Markt. Zu ihnen gehören zum Beispiel die in der Arbeit erwähnten Kliniken Max-

Grundig und Fleetinsel, aber auch Anbieter wie PREVENT, Skolarmed und Praxen niedergelassener Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, die auf Führungskräfte zugeschnittene Programme anbieten. Eine Google-Abfrage für Hamburg [gesundheits-check-up für Führungskräfte hamburg] ergab „ungefähr 480.000 Treffer“. Allein die Betrachtung der Websites der ersten zehn Anbieter zeigte, dass trotz vieler Übereinstimmungen im Angebot eine Vergleichbarkeit anhand der Internet-Darstellungen unmöglich ist. Dazu kommt, dass in der Literatur der Nutzen, zumindest genereller Gesundheitscheck-ups, durchaus in Frage gestellt worden ist (Krogsbøll et al., 2012).

In zwei der Studien (Rochnowski, 2018; Shann et al., 2019), wie auch im wissenschaftlichen Diskurs, wird wiederholt darauf hingewiesen, dass das Vorhandensein einer „Gesundheitskultur“ im Unternehmen unerlässlich ist, wenn das Umsetzen von Gesundheitszielen gelingen soll. Unabdingbare Grundvoraussetzung dafür ist, dass in der Unternehmenskultur, neben anderen Leistungszielen, die Förderung von Gesundheit als gleichwertig betrachtet wird (Uhle & Treier, 2019). Hierzu ist es notwendig, dass die Unterstützung von BGM-Maßnahmen seitens der Führungskräfte strukturell abgesichert ist, um Umsetzungschancen und Wirksamkeit von erarbeiteten Maßnahmen zu ermöglichen (Müller, 2016). Wichtig ist die strukturelle Einbindung betrieblicher Entscheidungsträger in einen umfassenden Steuerkreis (Gremium), bestehend aus unterschiedlichsten Akteuren wie Betriebsleitung, betrieblichen Gesundheitsexperten, Humanressource-Verantwortlichen, Beschäftigtenvertretern, etc. (Uhle & Treier, 2019).

Limitationen

Die begrenzte Studienlage hat eine tiefeschürfende und umfangreiche Beantwortung der gestellten Forschungsfragen erschwert. In Anbetracht dessen hätte der Einschluss von Führungskräftestudien zu „gesunder Führung“ zum besseren Verständnis des aktuellen Forschungsstands beitragen können und möglicherweise geholfen, derzeitige Forschungsschwerpunkte besser quantifizieren und abbilden zu können. In diesem Fall hätte der Suchzeitraum auf die letzten 5 Jahre begrenzt werden können. Außerdem hätte eine nicht auf RCTs beschränkte PubMed-Recherche zu einer höheren Trefferquote führen können und vielleicht doch Hinweise auf Ernährungsinterventionen für Führungskräfte zu Tage führen können.

6 Handlungsempfehlungen für Wissenschaft und Praxis

Die Rechercheergebnisse haben letztlich einen großen Handlungsbedarf im Hinblick auf Interventionen für Führungskräfte in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl in der Forschung als auch in der Praxis offengelegt. Es existiert eine ernstzunehmende Forschungslücke, die dringend der Bearbeitung bedarf.

Handlungsempfehlungen für die Wissenschaft

Generell besteht ein umfassender Forschungsbedarf zum Thema „Gesundheit und Führungskräfte“, der über psychisch-mentale Ansätze der Führungsforschung hinaus geht und primär auf die Belange dieser Zielgruppe fokussiert. In Anbetracht der großen Bedeutung von Führungskräften, besonders für den Unternehmenserfolg, sind folgende Ansätze denkbar:

- Zum Gesundheitszustand von Führungskräften kann bislang ausschließlich auf Veröffentlichungen aus der Privatwirtschaft zurückgegriffen werden, die damit vornehmlich Marketinggesichtspunkte im Blick haben. Dem sollte mit wissenschaftlich gestützter Forschung begegnet werden, um valide Basisinformationen zu generieren.
- Bislang fehlt es an maßgeschneiderten gesundheitsförderlichen BGF-Interventionen für Führungskräften, die sich beispielsweise aus deren Gesundheitsstatus ableiten lassen. Zu solchen Interventionen sind Studien zur Evaluation notwendig.
- Außerdem fehlen qualitative Studien zum Thema „Führungskräfte und Ernährung“, um ein diesbezüglich besseres Verständnis für die Belange der Zielgruppe zu entwickeln. WAS, WIE und WIEVIEL essen und trinken Führungskräfte im Berufsalltag, und unterscheidet sich dieses Verhalten zu dem in ihrer Freizeit? Ist stressbedingtes Essen ein ernstzunehmendes Problem? Existiert Wissen über die Möglichkeiten leistungserhaltender und -steigernder Ernährung? Und vieles mehr.
- Zudem ist die Zielgruppe von großer Diversität geprägt, deren Unterschiede Berücksichtigung finden sollte. Dabei sind Alter, Geschlecht, Hierarchie und Unternehmensgröße (kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) versus multinationale Konzerne) nur einige mögliche Unterscheidungsparameter. Clusterbildungen nach Belastungen aus

dem Berufsalltag (z.B. hohe Reisetätigkeit, fehlender Kantinenzugang etc.) oder nach gesundheitlichen Vorbelastungen (siehe Chen et al., 2013) wären auch denkbar.

Handlungsempfehlungen für die Praxis

Die Zielgruppe der Führungskräfte muss als Adressat für BGF-Maßnahmen begriffen werden und darf nicht ausschließlich als Mittler von Inhalten verstanden werden. Das gilt gleichermaßen für Interventionen in den Bereichen Stressbewältigung, Bewegung und Ernährung. Während es zu den beiden erstgenannten vielfache Angebote gibt und das Verständnis um deren Bedeutung bereits verbreitet ist, fristet das Thema Ernährung für Führungskräfte eher ein Schattendasein.

Dabei konnte aufgezeigt werden, dass eine gesunde und ausgewogene Ernährung großes Potential zum Gesundheitserhalt und zur Leistungssteigerung besitzt. Beides ist für Führungskräfte bei der Ausübung ihrer Tätigkeit elementar wichtig und zeigt, dass Leadership Food, also ein auf Führungskräfte zugeschnittenes Maßnahmenpaket im Bereich der Ernährung, unbedingt notwendig ist. Aus den Ergebnissen der Arbeit lassen sich Handlungsempfehlungen zur Umsetzung in Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ableiten.

Da die Implementierung von „gesunder Ernährung“ in Unternehmen und Organisationen letztlich über die Zielgruppe „Führungskräfte“ initiiert wird, gehören dazu m.E. folgende Schritte:

- Als erstes gilt es, Führungskräfte mit dem Thema Ernährung vertraut zu machen und quasi „mit ins Boot zu holen“. In diesem Schritt ist die ansprechende und überzeugende Informationsvermittlung von ausschlaggebender Bedeutung. Sie kann in unterschiedlich großem Rahmen erfolgen. Anschauliche, interessante Initialvorträge stellen eine Möglichkeit dazu dar.
- Danach sollten Führungskräfte für die Bedeutung der eigenen gesundheitsförderlichen Ernährung sensibilisiert werden. Diesem Bereich sollte umfassend Raum gegeben werden, da er sich direkt an Führungskräfte wendet und persönliche Wertschätzung seitens des Unternehmens zum Ausdruck bringt. Eine auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Ernährung scheint mir ein wesentlicher Erfolgsfaktor zu sein. Die Umstellung

der Ernährung wird zunächst ein Umdenken bei der täglichen Nahrungsaufnahme erfordern und sollte sich nach kurzer Zeit fast automatisch und ohne viel Aufwand in den jeweiligen Tagesablauf integrieren lassen (Ahrens & Ahrens, 2014, S. 70). Die Bandbreite möglicher Themen ist dabei groß. Fragen des WAS, WIE und WO von Essen und Trinken sind hierbei relevant. Die Themen reichen von „Brainfood“ über banal anmutende wie z.B. „Überraschendes aus der Küchenpraxis“ bis hin zu „Gesundes Essen auf Auslandsreisen“. Das Ziel dieser Maßnahmen besteht, über die zielgruppenspezifische Wissensvermittlung hinaus, vor allem darin, Spaß und Freude an Leadership Food zu entwickeln und seine Relevanz zu verinnerlichen.

- Dann erst sollten Führungskräfte für die Implementierung gesunder Ernährung als Multiplikatoren gewonnen und über ihre erhebliche Vorbildfunktion beim Thema „gesunde Ernährung“ informiert werden.

So kann der Transfer von Leadership Food in die Praxis erfolgreich gelingen und gesunde Unternehmen geschaffen werden.

7 Fazit

Führungskräfte stellen eine wesentliche Unternehmensressource dar. Ihre Gesundheit und ihre Leistungsfähigkeit sind von größter Bedeutung für den Unternehmenserfolg. Dennoch ist ihre Gesundheit bislang nur selten Gegenstand der Forschung und wenn, dann eher aus marketingpolitischen Gründen. Als Zielgruppe von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden sie in der wissenschaftlichen Literatur bislang kaum adressiert, was durch die systematische Literaturrecherche bestätigt wurde. Dabei sind Führungskräfte maßgeblich an der strategischen Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements beteiligt und fungieren als Multiplikatoren und Vorbilder bei der Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen für Mitarbeiter im Unternehmen. Bislang sind Weiterbildungen zur Entwicklung gesundheitsfördernder Führungskompetenzen noch die am häufigsten durchgeführten BGF-Interventionen für Führungskräfte.

Es wird Zeit zu erkennen, dass Leadership Food, auch als wichtiger Bestandteil gesunder Führung, in den Fokus gerückt wird. Die langfristige Gesundheit der Zielgruppe Führungskräfte ist ebenso wichtig wie die ihrer Mitarbeiter und eine wesentliche Voraussetzung, um gesundheitsfördernde Führungskompetenzen umzusetzen.

Ohne Gesundheit keine Leistungsfähigkeit und Spitzenleistungen können nur in einem funktionierenden Organismus erzielt werden (Ahrens & Ahrens, 2014, S. 70). Wer seine eigene Gesundheit zu lange vernachlässigt, kann den gesetzten Anforderungen über kurz oder lang nicht gerecht werden. Es gilt daher bewusstes Verhalten und Aufmerksamkeit an den Tag zu legen, um sich von schlechten Einflüssen zu lösen und an der Optimierung der eigenen Ernährungsweise zu arbeiten. (Ahrens & Ahrens, 2014, S. 82).

Gemäß des Biologen Martin Korte lässt sich Gesundheit ganz simpel erreichen, indem man sich gesund ernährt, sich regelmäßig bewegt und unter Menschen geht (Korte, 2013). Dabei ist Ernährung heute wahrscheinlich der noch am meisten unterschätzte Aspekt. Leadership Food hat das Potential, mit diesem Versäumnis aufzuräumen und eine neue Ära „gesunder Unternehmen“ einzuleiten.

Literaturverzeichnis

- Afshin, A., Sur, P. J., Cornaby, L., Ferrara, Z., Afarideh, M., Aggarwal, A., Agrawal, S., Akinyemiju, T., Alahdab, F., Bacha, U., Bachman, V. F., Badali, H., Badawi, A., Bensenor, I. M., Bernabe, E., Biadgilign, S. K. K., Biryukov, S. H., Cahill, L. E., Carrero, J. J., ... Murray, C. J. L. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958–1972. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
- Ahrens, C., & Ahrens, L. (2014). *Leadership-Food—Zehn Gebote für effektive und führungstaugliche Ernährung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-09571-0>
- Appel, L. J. (2017). The Effects of Dietary Factors on Blood Pressure. *Cardiology Clinics*, 35(2), 197–212. <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2016.12.002>
- Appel, L. J., Moore, T. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Svetkey, L. P., Sacks, F. M., Bray, G. A., Vogt, T. M., Cutler, J. A., Windhauser, M. M., Lin, P.-H., Karanja, N., Simons-Morton, D., McCullough, M., Swain, J., Steele, P., Evans, M. A., Miller, E. R., & Harsha, D. W. (1997). A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure. *New England Journal of Medicine*, 336(16), 1117–1124. <https://doi.org/10.1056/NEJM199704173361601>
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., Medina, F. X., Battino, M., Belahsen, R., Miranda, G., & Serra-Majem, L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14(12A), 2274–2284. <https://doi.org/10.1017/S1368980011002515>

- Badura, B., Ritter, W., & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. edition sigma.
- Badura, B., & Walter, U. (2014). Führungskultur auf dem Prüfstand. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten* (S. 149–161). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-43531-1_15
- Bamberg, E., Ducki, A., & Metz, A.-M. (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement: Konzeptuelle Klärung. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt* (S. 123–134). Hogrefe.
- Bartscher, T., & Nissen, R. (2018a). Führungskräfte. In *Gablers Wirtschaftslexikon*. Springer Gabler. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/fuehrungskraefte-34088>, Zugriff am 17.10.2020.
- Bartscher, T., & Nissen, R. (2018b). Lower Management. In *Gablers Wirtschaftslexikon*. Springer Gabler. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/lower-management-40699/version-264078>, Zugriff am 17.10.2020.
- Bartscher, T., & Nissen, R. (2018c). Middle Management. In *Gablers Wirtschaftslexikon*. Springer Gabler. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/middle-management-41247/version-264615>, Zugriff am 17.10.2020.
- Bartscher, T., & Nissen, R. (2018d). Top Management. In *Gablers Wirtschaftslexikon*. Springer Gabler. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/top-management-49195/version-272435>, Zugriff am 16.10.2020.

- Bauer, C., Fassoula, E., & Thiele, F. (2016). Das Management dauernder Erreichbarkeit: Gestaltungsansätze für Führungskräfte und Unternehmen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, *85*(2), 103–109.
- Beck, D., & Schnabel, P.-E. (2010). Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, *72*(04), 222–227. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220755>
- Bensch, L., Bjarnason-Wehrens, B., Cordes, C., Franz, I.-W., & Grunze..... (2003). Umsetzungsempfehlung der Leitlinie Arterielle Hypertonie für die kardiologische Rehabilitation. *Herzmedizin*, *20*(4), 209–222.
- BGW (Hrsg.). (2017a). *Gesundheit als Führungsaufgabe—BGW unterstützt gesundheitsförderndes Führen und gibt Tipps zur Umsetzung*. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/Infopapier-gesundheitsfoerdernd-fuehren_Download.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 08.10.2020.
- BGW (Hrsg.). (2017b). *Gesund und motivierend führen: Wie Führungskräfte ihr Team und sich selbst stärken*. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg.
- Bildat, L., Scheffer, D., & Eisermann, J. (2018). Führung. In L. Bildat & T. Warszta (Hrsg.), *Psychologie im Human Resource Management* (S. 239–284). Pabst Science Publishing.
- Blank, C., Gatterer, K., Leichtfried, V., Pollhammer, D., Mair-Raggautz, M., Duschek, S., Humpeler, E., & Schobersberger, W. (2018). Short Vacation Improves Stress-Level and Well-Being in German-Speaking Middle-Managers-A Randomized Controlled

- Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1).
<https://doi.org/10.3390/ijerph15010130>
- Bollhöfer, M. (2012). Vegetarismus (Teil 1)—Bedeutung, Formen und ernährungsphysiologische Beurteilung. *Ernährungs Umschau*, 3, B9–B12.
<https://doi.org/10.4455/eu.2012.989>
- Boutayeb, A. (Hrsg.). (2020). *Disease Prevention and Health Promotion in Developing Countries*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-34702-4>
- Brandenburg, U., & Marschall, B. (2000). „Gesundheitscoaching“ für Führungskräfte. In B. Badura, M. Litsch, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999: Psychische Belastung am Arbeitsplatz Zahlen, Daten, Fakten aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 254–267). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-57161-9_18
- Chen, Y.-C., Tsao, L.-I., Huang, C.-H., Yu, Y.-Y., Liu, I.-L., & Jou, H.-J. (2013). An Internet-based health management platform may effectively reduce the risk factors of metabolic syndrome among career women. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 52(2), 215–221. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2013.04.011>
- Chiavaroli, L., Viguiliouk, E., Nishi, S. K., Mejia, S. B., Rahelić, D., Kahleová, H., Salas-Salvadó, J., Kendall, C. W., & Sievenpiper, J. L. (2019). DASH Dietary Pattern and Cardiometabolic Outcomes: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Nutrients*, 11(2), 338. <https://doi.org/10.3390/nu11020338>
- Davis, C., Bryan, J., Hodgson, J., & Murphy, K. (2015). Definition of the Mediterranean Diet; A Literature Review. *Nutrients*, 7(11), 9139–9153.
<https://doi.org/10.3390/nu7115459>
- Dernini, S., Berry, E., Serra-Majem, L., La Vecchia, C., Capone, R., Medina, F., Aranceta-Bartrina, J., Belahsen, R., Burlingame, B., Calabrese, G., Corella, D., Donini, L., Lairon,

- D., Meybeck, A., Pekcan, A., Piscopo, S., Yngve, A., & Trichopoulou, A. (2017). Med Diet 4.0: The Mediterranean diet with four sustainable benefits. *Public Health Nutrition*, 20(7), 1322–1330. <https://doi.org/10.1017/S1368980016003177>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), & Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SGE) (Hrsg.). (2015). *D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr* (2. Auflage). Umschau/ Braus.
- DGE. (2020). *Der Wissenschaft verpflichtet – Ihr Partner für Essen und Trinken*. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/>, Zugriff am 26.10.2020.
- Diagnose-Zentrum Fleetinsel. (2012). *Handelsblatt: „Die Leiden der Manager“*. <https://www.diagnostik-zentrum.de/news-presse/nachricht/handelsblatt-die-leiden-der-manager/>, Zugriff am 02.12.2020.
- Diagnose-Zentrum Fleetinsel. (2015). Untersuchung zeigt gewichtige Risiken für Führungskräfte. *Haufe Online Redaktion*.
- Ducki, A., & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit* (S. VII–XII). Springer Berlin Heidelberg.
- Elmadfa, I. A. (2015). *Ernährungslehre* (3. Aufl.). Eugen Ulmer.
- Elmadfa, I., & Leitzmann, C. (2019). *Ernährung des Menschen* (6., überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Eugen Ulmer.
- Elprana, G., Felfe, J., & Franke, F. (2016). Gesundheitsförderliche Führung diagnostizieren und umsetzen. In J. Felfe & R. van Dick (Hrsg.), *Handbuch Mitarbeiterführung* (S. 143–156). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55080-5_17

- Faller, G. (2017). Was ist eigentlich betriebliche Gesundheitsförderung? In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 25–38). Hogrefe.
- Felfe, J. (2009). *Mitarbeiterführung*. Hogrefe.
- Felfe, J., Ducki, A., & Franke, F. (2014). Führungskompetenzen der Zukunft. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen—Gesunde Zukunft heute gestalten* (S. 139–148). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-43531-1_14
- Felfe, J., & Franke, F. (2014). *Führungskräftetrainings: Mit Arbeitsmaterialien und Fallbeispielen*. Hogrefe.
- Fiedler, S., Pfaff, H., Petrowski, K., & Pfortner, T.-K. (2019). Effects of a Classroom Training Program for Promoting Health Literacy Among IT Managers in the Workplace: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *61*(1), 51–60. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001471>
- Franke, F. (2012). *Leadership and follower health: The effects of transformational and health-oriented leadership on follower health outcomes*. Helmut-Schmidt-Universität.
- Franke, F., Ducki, A., & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 253–263). Hogrefe.
- Franke, F., & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011; Führung und Gesundheit—Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. (S. 3–13). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-21655-8_1

- Franke, F., Felfe, J., & Pundt, A. (2014). The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. *Zeitschrift für Personalforschung*, 28(1–2), 139–161.
- Franke, F., Vincent, S., & Felfe, J. (2011). Gesundheitsbezogene Führung. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt* (S. 371–391). Hogrefe.
- G.K.V. Spitzenverband. (2018). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018*.
- Gregersen, S., & Kuhnert, S. (2011). Persönliche Ressourcen stärken: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung. *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*.
- Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimmer, A., & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. *Gesundheitswesen*, 73, 3–12.
- Gregersen, S., Sylvie, & Nienhaus, A. (2013). Führung und Gesundheit: Welchen Einfluss haben Führungskräfte auf die Gesundheit der Mitarbeiter? *Österreichisches Forum Arbeitsmedizin*, 01, 28–39.
- Häfner, A., Pinneker, L., & Hartmann-Pinneker, J. (2019). *Gesunde Führung: Gesundheit, Motivation und Leistung fördern*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58751-5>
- Härter, M. (2017). *Die Kunst gesunder Führung: Schritte zu einer leistungsfähigen Unternehmenskultur* (WiWi, Hbg.). Beltz.
- Hasenbein, M. (2020). *Der Mensch im Fokus der digitalen Arbeitswelt: Wirtschaftspsychologische Perspektiven und... Anwendungsfelder*. Springer.

- Hauner, H., Beyer-Reiners, E., Bischoff, G., Breidenassel, C., Ferschke, M., Gebhardt, A., Holzappel, C., Lambeck, A., Meteling-Eeken, M., Paul, C., Rubin, D., Schütz, T., Volkert, D., Wechsler, J., Wolfram, G., & Adam, O. (2019). Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP). *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 44(06), 384–419.
<https://doi.org/10.1055/a-1030-5207>
- Huang, J., Wang, Y., Wu, G., & You, X. (2016). Crossover of burnout from leaders to followers: A longitudinal study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(6), 849–861. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2016.1167682>
- Hunziger, A., & Kesting, M. (2004). „Work-Life-Balance“ von Führungskräften: Ergebnisse einer internationalen Befragung von Top-Managern 2002/2003. In B. Badura, H. Schellschmidt, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2003: Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 75–87). Springer.
- Jacobshagen, N., Amstad, F., Semmer, N., & Kuster, M. (2005). Work- Life-Balance im Topmanagement. Konflikt zwischen Arbeit und Familie als Mediator der Beziehung zwischen Stressoren und Befinden. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49(H. 4), 208–219.
- Kasper, H., & Burghardt, W. (2014). *Ernährungsmedizin und Diätetik* (12.). Elsevier.
- Keller, M., & Leitzmann, C. (2011). Vegetarische Ernährung: Eine Ernährungsweise mit Zukunft. *Spiegel der Forschung*, 1, 20–30.
- Key, T. J., Appleby, P. N., & Rosell, M. S. (2006). Health effects of vegetarian and vegan diets. *Proceedings of the Nutrition Society*, 65(1), 35–41.
<https://doi.org/10.1079/PNS2005481>

- Klug, K., & Felfe, J. (2019). A Person-oriented Approach to Health-oriented Leadership—State of the Art and Research Agenda. In D. Alewell & W. Matiaske (Hrsg.), *Standards guter Arbeit. Disziplinäre Positionen und interdisziplinäre Perspektiven* (1. Aufl.). Nomos.
- Koerber von, K., Männle, T., & Leitzmann, C. (2012). *Vollwerternährung—Konzeption einer zeitgemäßen und nachhaltigen Ernährung* (11., unveränderte Aufl.). Haug.
- Korte, M. (2013). *Jung im Kopf: Erstaunliche Einsichten der Gehirnforschung in das Älterwerden* (4. Aufl.). Deutsche Verlags-Anstalt.
- Kovanz, R. (2014). Ich bin dann mal offline. *Personalwirtschaft*, 3, 60–61.
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., Grønhøj Larsen, C., & Gøtzsche, P. C. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/DOI:10.1002/14651858.CD009009.pub2>.
- Leitzmann, C., & Keller, M. (2013). *Vegetarische Ernährung* (3., aktualisierte Aufl.). Verlag Eugen Ulmer.
- Leitzmann, C., & Keller, M. (2020). *Vegetarische und vegane Ernährung* (4. Aufl.). Verlag Eugen Ulmer.
- Libicky-Mayerhofer, B. (2018). *Gesund führen: Angewandte Psychologie für Führungskräfte und BeraterInnen* (2. Aufl.). Haufe.
- Lieber, B. (2017). *Personalführung ... Leicht verständlich* (3., überarbeitete Aufl.). UVK Verlagsgesellschaft.
- Lin, P.-H., Tyson, C. C., & Svetkey, L. P. (2020). The DASH Dietary Pattern. In J. Uribarri & J. A. Vassalotti (Hrsg.), *Nutrition, Fitness, and Mindfulness* (S. 3–16). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30892-6_1

- Lück, M. (2017). *Höhere Anforderungen, mehr Ressourcen—Arbeitsbedingungen von Führungskräften*. <https://doi.org/10.21934/BAUA:FAKTEN20171114>
- Lümkemann, D., & Linnenschmidt, M. (2014). Verantwortung für Gesundheit. *Personalmagazin*, 07, 2.
- Max Grundig Klinik (Hrsg.). (2015). Was Führungskräfte regelmäßig für ihre Gesundheit tun. *Pressemitteilung*, 1–2.
- Max Grundig Klinik, & Heidrick & Struggles. (2014). Die Gesundheit deutscher Führungskräfte. *Pressemitteilung*, 1–5.
- Mense, L. (2016). Bedeutung von gesunder Ernährung im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2016: Unternehmenskultur und Gesundheit—Herausforderungen und Chancen* (S. 139–147). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49413-4_12
- Michalsen, A. (2010). Mediterrane Ernährung. In R. Stange & C. Leitzmann (Hrsg.), *Ernährung und Fasten als Therapie* (S. 199–204). Springer.
- Mohokum, M., & Dördelmann, J. (2018). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54694-9>
- Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hüffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38, 327–350.
- Müller, A. (2016). Die Förderung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten – Ein Überblick über die Wirksamkeit und Erfolgsfaktoren partizipativer verhältnisbezogener Interventionen im Betrieb. *Wirtschaftspsychologie*, 03, 40–47.

- Nerdinger, F. W. (2014). Führung von Mitarbeitern. In F. W. Nerdinger, G. Blickle, & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 83–102). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-41130-4_7
- Nieder, P. (2000). Führung und Gesundheit. Die Rolle des Vorgesetzten im Gesundheitsmanagement. In Uwe Brandenburg, P. Nieder, & S. Nieder (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Grundlagen, Konzepte und Evaluation* (S. 149–161). Juventa.
- Noah, A., & Truswell, A. S. (2001). There are many Mediterranean diets. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 10(1), 2–9. <https://doi.org/10.1046/j.1440-6047.2001.00198.x>
- Perger, M. (2019). Österreichs Führungskräfte und ihre Gesundheit. *VersicherungsJournal.at*. https://www.wiso-net.de/document/VEJA__85caff03c4f790bd50934578e6b010f2faac7c5a,
 Zugriff am 18.11.2020.
- Pfaff, H., & Huber, M. (2016). Praxis braucht Wissenschaft: Anleitung. Evidenzbasiertes BGM erhöht die Effektivität und die Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen im Betrieb. Wir zeigen, was Unternehmen konkret tun können. *Personalmagazin*, 04, 58–61.
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed

- with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H., & Krämer, A. (2014). Trends in Disease Burden in Germany-results, implications and limitations of the Global Burden of Disease Study. *Deutsches Aerzteblatt International*, 111, 629–638.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0629>
- ProVeg Deutschland. (2016). *Anzahl der vegetarisch und vegan lebenden Menschen in Deutschland*. <https://proveg.com/de/ernaehrung/anzahl-vegan-vegetarischer-menschen/>, Zugriff am 03.12.2020.
- Prütz, F., Seeling, S., Ryl, L., Scheidt-Nave, C. E., Ziese, T., & Lampert, T. (2014). Welche Krankheiten bestimmen die Zukunft? In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen—Gesunde Zukunft heute gestalten* (S. 113–126). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-43531-1_12
- Rabast, U. (2018). *Gesunde Ernährung, gesunder Lebensstil*. Springer Berlin Heidelberg.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-56512-4>
- Rochnowski, S. U. (2018). *Gesundheitsmanagement als personale Ressource der Lebensstilmodifikation: Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Nudges für Führungskräfte in Settings* (E. Kreilkamp, C. Laesser, H. Pechlaner, M. Peters, & K. Wöber, Hrsg.). Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-23569-7>
- Rosenstiel von, L. (2009). Grundlagen der Führung. In L. Rosenstiel von, M. Domsch, & E. Regnet (Hrsg.), *Führung von Mitarbeitern* (6. Aufl., S. 3–27). Schäffer-Poeschel.
- Rubner-Institut, M. (Hrsg.). (2008). *Ergebnisbericht, Teil 2 Nationale Verzehrsstudie II*. 308.

- Ruhberg, T. S. (2016). *Beurteilung des Zusammenhangs zwischen einem gesundheitsförderlichen Lebensstil und der Produktivität im Unternehmen*. Dr. Kovac.
- Sánchez-Sánchez, M. L., García-Vigara, A., Hidalgo-Mora, J. J., García-Pérez, M.-Á., Tarín, J., & Cano, A. (2020). Mediterranean diet and health: A systematic review of epidemiological studies and intervention trials. *Maturitas*, *136*, 25–37.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.03.008>
- Schienkiewitz, A., Mensink, G. B. M., & Kuhnert, R. (2017). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, *2*(2), 21–28.
- Schlieper, C. (2019). *Grundfragen der Ernährung* (23. Aufl.). Verlag Dr. Felix Büchner.
- Schulte, E.-M., Lang, J., & Kauffeld, S. (2018). Gesund führen, aber wie? Wie die Förderung von Self Care und Staff Care gelingt. *Personalquarterly*, *70*(02), 24–31.
- Shann, C., Martin, A., Chester, A., & Ruddock, S. (2019). Effectiveness and application of an online leadership intervention to promote mental health and reduce depression-related stigma in organizations. *Journal of Occupational Health Psychology*, *24*(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/ocp0000110>
- Simopoulos, A. P. (2001). The Mediterranean Diets: What Is So Special about the Diet of Greece? The Scientific Evidence. *The Journal of Nutrition*, *131*(11), 3065S-3073S.
<https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3065S>
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, *24*(2), 107–139.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: Meta-analysis. *BMJ*, *337*(09), 1–17.
<https://doi.org/10.1136/bmj.a1344>

- Sofi, Francesco, Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1189–1196. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29673>
- Sofi, Francesco, Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2013). Mediterranean diet and health. *BioFactors*, 39(4), 335–342. <https://doi.org/10.1002/biof.1096>
- Stange, R., & Leitzmann, C. (Hrsg.). (2010). *Ernährung und Fasten als Therapie*. Springer.
- Stilijanow, U. (2012). Führung und Gesundheit. In A. Lohmann-Haislah (Hrsg.), *Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden* (S. 123–128). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://arsmarketing.de/wp-content/uploads/2016/09/stressreport_deutschland.pdf, Zugriff am 17.10.2020.
- Stock-Homburg, R., & Groß, M. (2019). *Personalmanagement: Theorien—Konzepte—Instrumente* (4. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26081-1>
- Struhs-Wehr, K. (2017). *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung—Gesundheitsorientierte Führung als Erfolgsfaktor im BGM*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14266-7>
- Tanner, G., & Bamberg, E. (2018). Betriebliche Gesundheitsförderung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski, & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (1. Aufl.). Hogrefe.
- Tonn, J. J. (2016). *Frauen in Führungspositionen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-10910-3>

- Uhle, T., & Treier, M. (2019). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (4., vollst. aktualisierte und erweiterte Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-25410-0>
- Ulich, E., & Wülser, M. (2018). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (7., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18435-3>
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, R. D., Williams, B., & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, *75*(6), 1334–1357. <https://doi.org/DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
- VEBU, V. D. (2010). *Vegetarische Ernährungspyramide*. https://www.ugb.de/downloads/pdf/other/VEBU_vegetarische_Pyramide.pdf, Zugriff am 23.10.2020.
- Voß, G. G., Handrich, C., Koch-Falkenberg, C., & Weiß, C. (2013). Zeit- und Leistungsdruck in der Wahrnehmung supervisorischer Experten. In G. Junghanns & M. Morschhäuser (Hrsg.), *Immer schneller, immer mehr: Psychische Belastungen bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit* (S. 63–95). Springer Wiesbaden.
- Wegge, J., & von Rosenstiel, L. (2014). Führung. In H. Schuler & K. Moser (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (5. überarbeitete Aufl., S. 315–367). Hans Huber Verlag.
- WHO Europa. (2019). (World Health Organization. Regional Office for Europe, Hrsg.). <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/what-are-noncommunicable-diseases> 2020-05-14, Zugriff am 12.10.2020.

- Willett, W. C., & Stampfer, M. J. (2013). Current Evidence on Healthy Eating. *Annual Review of Public Health, 34*(1), 77–95. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124646>
- Witzel, A., Prien, M., Brosz, M., Cassens, S., & Großkurth, D. (2010). *Reduktion des KHK-Risikos durch leitlinienorientierte Einstellung kardialer Risikomarker. Ergebnisse aus prospektiver Patientendaten—Dokumentation in Prävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen*. Med. Reha- Einrichtungen der Stadt Radolfzell.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for prevention and control of NCDs 2013-2020*. WHO, Geneva. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=1, Zugriff am 30.10.2020.
- World Health Organization. (2014a). *3 Global status report on noncommunicable diseases 2014*. World Health Organization. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, Zugriff am 15.10.2020.
- World Health Organization. (2014b). *Basic documents*. (Forty-eighth edition). World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) Europa. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1, Zugriff am 4.11.2020.
- Yubero-Serrano, E. M., Gutierrez-Mariscal, F. M., Perez-Martinez, P., & Lopez-Miranda, J. (2020). The Mediterranean Diet. In J. Uribarri & J. A. Vassalotti (Hrsg.), *Nutrition, Fitness, and Mindfulness* (S. 17–31). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30892-6_2
- Zacharias, C., Stüber, S., Ioele, G., & Züllighofen, C. (2016). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Spannungsfeld neuer Arbeitsformen. In A. Ghadiri, A. Ternès, & T.

Peters (Hrsg.), *Trends im betrieblichen Gesundheitsmanagement* (S. 27–42). Springer.

Zimber, A. (2018). *Einmal Vollgas, immer Vollgas? Wie Manager stark führen und gesund bleiben*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55840-9>

Zimber, A., & Hentrich, S. (2018). *Führen und gesund bleiben: Ergebnisse der Studie „Psychische Gesundheit von Manager/innen (PsyGeMa)“*. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56457-8>

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und
nur die angeführten Quellen und
Werken entnommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift