



Fakultät

Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Bachelorarbeit

(zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Sciences)

Führung und Gesundheit

Der Einfluss des Führungsverhaltens auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter

eingereicht von: Martin Harborth

Jechaburger Weg 22

99706 Sondershausen

Matrikelnummer: 28829

Studiengangsnummer: 092232

Kontakt: martin.harborth@fh-zwickau.de

Erstbetreuer: Prof. Dr. paed. habil. Lothar Rausch

Zweitbetreuer: Antje Jäger

abgeben am: 16.01.2013

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	II
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	V
TABELLENVERZEICHNIS	VI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VII
1 EINLEITUNG	9
2 GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSMANAGEMENT	11
2.1 DER GESUNDHEITSBEGRIFF	11
2.2 LAIENKONZEPTE VON GESUNDHEIT	12
2.3 DAS SALUTOGENETISCHE GESUNDHEITSMODELL.....	13
2.3.1 <i>Das Kohärenzgefühl</i>	13
2.3.2 <i>Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum</i>	14
2.3.3 <i>Stressoren und Spannungszustand</i>	15
2.3.4 <i>Generalisierte Widerstandsressourcen</i>	16
2.3.5 <i>Zusammenhänge der einzelnen Faktoren</i>	16
2.4 WEITERER DEFINITIONSANSATZ	18
2.5 MODELLE ZU ARBEITSBEDINGUNGEN UND GESUNDHEIT	20
2.5.1 <i>Demand/Control-Modell</i>	20
2.5.2 <i>Konzept Anforderung/Belastungen</i>	22
2.5.3 <i>Modell beruflicher Gratifikationskrisen</i>	25
2.6 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION.....	28
2.6.1 <i>Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung</i>	28
2.6.2 <i>Zentrale Begriffe der Gesundheitsförderung</i>	29
2.6.2.1 <i>Krankheitsprävention</i>	30
2.6.2.2 <i>Gesundheitsförderung</i>	30
2.6.3 <i>Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting</i>	32
2.6.4 <i>Maßnahmen und Programme der BGF</i>	34
2.6.4.1 <i>Verhaltensorientierte Maßnahmen</i>	34
2.6.4.2 <i>Verhältnisorientierte Maßnahmen</i>	36
2.7 BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT	38
2.7.1 <i>Ziele des BGM</i>	38
2.7.2 <i>Perspektiven des BGM</i>	40
2.7.3 <i>Schritte zur Implementierung BGM</i>	41
3 FÜHRUNG	44
3.1 DEFINITION DES BEGRIFFS FÜHRUNG	44
3.2 FÜHRUNGSANSÄTZE	45
3.2.1 <i>Führungstheorie des Eigenschaftsansatzes</i>	46

3.2.2	<i>Führungstheorie des Verhaltensansatzes</i>	47
3.2.2.1	Eindimensionale Führungsstile	47
3.2.2.2	Zweidimensionale Führungsstile.....	48
3.2.2.3	Mehrdimensionale Führungsstile	50
3.2.3	<i>Führungstheorie des Situationsansatzes</i>	51
3.2.4	<i>New Leadership-Ansatz</i>	52
3.3	ANFORDERUNGEN AN FÜHRUNGSKRÄFTE	52
3.3.1	<i>Führungsaufgaben</i>	53
3.3.2	<i>Anforderungsprofil an Führungskräfte</i>	54
4	GESUNDHEIT UND FÜHRUNG	57
4.1	METHODIK	57
4.2	ANALYSE AUSGEWÄHLTER STUDIEN	60
4.2.1	<i>Zusammenfassung Studienpaar A – Längsschnittstudien</i>	60
4.2.1.1	Studie A1 – Nielsen et al. (2008)	60
4.2.1.2	Studie A2 – Franke und Felfe (2011)	61
4.2.2	<i>Kritik Studienpaar A – Längsschnittstudien</i>	61
4.2.2.1	Population Studie A1 – Nielsen et al. (2008).....	61
4.2.2.2	Population Studie A2 – Franke und Felfe (2011)	62
4.2.2.3	Vergleichende Bewertung Population	62
4.2.2.4	Datenerhebung Studie A1 – Nielsen et al. (2008).....	62
4.2.2.5	Datenerhebung Studie A2 – Franke und Felfe (2011).....	63
4.2.2.6	Vergleichende Bewertung Datenerhebung	64
4.2.2.7	Studiendesign Studie A1 – Nielsen et al. (2008).....	65
4.2.2.8	Studiendesign Studie A2 – Franke und Felfe (2011).....	65
4.2.2.9	Vergleichende Bewertung Studiendesign	65
4.2.2.10	Ergebnisse Studie A1 – Nielsen et al. (2008).....	66
4.2.2.11	Ergebnisse Studie A2 – Franke und Felfe (2011)	66
4.2.2.12	Vergleichende Bewertung Ergebnisse	67
4.2.3	<i>Zusammenfassung Studienpaar B – Querschnittstudien</i>	68
4.2.3.1	Studie B1 – Arnold et al. (2007).....	68
4.2.3.2	Studie B2 – Vincent (2011).....	69
4.2.4	<i>Kritik Studienpaar B – Querschnittstudien</i>	70
4.2.4.1	Population Studie B1 – Arnold et al. (2007)	70
4.2.4.2	Population Studie B2 – Vincent (2011)	70
4.2.4.3	Vergleichende Bewertung Population	70
4.2.4.4	Datenerhebung Studie B1 – Arnold et al. (2007).....	71
4.2.4.5	Datenerhebung Studie B2 – Vincent (2011).....	72
4.2.4.6	Vergleichende Bewertung Datenerhebung	73
4.2.4.7	Studiendesign Studie B1 – Arnold et al. (2007).....	74
4.2.4.8	Studiendesign Studie B2 – Vincent (2011).....	74
4.2.4.9	Vergleichende Bewertung Studiendesign	74

4.2.4.10 Ergebnisse Studie B1 – Arnold et al. (2007)	74
4.2.4.11 Ergebnisse Studie B2 – Vincent (2011)	75
4.2.4.12 Vergleichende Bewertung Ergebnisse	76
5 DISKUSSION.....	78
6 FAZIT UND AUSBLICK.....	81
QUELLENANGABE.....	83
EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	15
Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese	18
Abbildung 3: Gesundheit als Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.....	20
Abbildung 4: Psychological demand/decision latitude model	21
Abbildung 5: Systematik der psychischen Anforderungen und Belastungen.....	23
Abbildung 6: Darstellung des Konzeptes Anforderung/Belastung	24
Abbildung 7: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen	26
Abbildung 8: Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	32
Abbildung 9: Zusammensetzung eines Gesundheitszirkels	37
Abbildung 10: Perspektiven des Gesundheitsmanagements im Unternehmen	40
Abbildung 11: Führung	44
Abbildung 12: Ausgewählte Führungstheorien	46
Abbildung 13: Verhaltensgitter.....	50
Abbildung 14: Zentrale Führungsaufgaben.....	54
Abbildung 15: Beispielhaftes Kompetenzprofil einer Führungskraft	55
Abbildung 16: Ablauf der Studienauswahl	57
Abbildung 17: Ausgewählte Studienpaare	58
Abbildung 18: Schematische Darstellung des Studienpaarvergleichs.....	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung	33
--	----

Abkürzungsverzeichnis

α	Alpha
>	größer als
<	kleiner als
%	Prozent
χ^2	Chi-Quadrat
β	Regressionskoeffizient
Abb.	Abbildung
BAS	betrieblicher Arbeitsschutz
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	betriebliches Gesundheitsmanagement
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COPSOQ	COpenhagen PsychoSOcial Questionnaire
d.h.	das heißt
et al.	und andere
etc.	et cetera
GEFA	Gesundheits- und Entwicklungsförderliches FührungsverhaltenAnalyse
GHQ	General Health Questionnaire
GRR	Generalized Resistance Resources
GTL	Global Transformational Leadership Scale
HoL	Health-oriented Leadership
MLQ	Multifactor Leadership Questionnaire

N	Anzahl/ Größe der Stichprobe
P	Signifikanz
PAWS	Positive Affective Well-Being scale
R	Korrelationskoeffizient
S.	Seite
SOC	Sense of Coherence
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation
WSS	Workplace Spirituality scale
zit.	zitiert
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Kaum eine Veränderung bzw. Herausforderung wird Deutschland zukünftig der Art prägen, wie der demografische Wandel. Durch drastisch sinkende Geburtenraten und trotz höherer Lebenserwartung wird sich die Bevölkerung bis zum Jahre 2060 auf etwa 65 bis 70 Millionen reduzieren (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 5). Dies wiederum führt zu einer Verschiebung der Altersstruktur, die sich zugleich auf die Abnahme der Erwerbstätigenzahl auswirkt. Die Anzahl von aktuell knapp 50 Millionen Erwerbstätigen wird zum Jahre 2060 auf etwa 36 Millionen sinken. Durch diesen Alterungsprozess wird beispielsweise bereits in den Jahren zwischen 2017 und 2024 der Erwerbspersonenanteil der 30- bis 50-Jährigen und der 50- bis 65-Jährigen jeweils 40% von der Gesamterwerbspersonenzahl ausmachen (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 5). Eine Möglichkeit dem entgegenzuwirken, wurde 2007 mit der Änderung des §35 des SGB VI geschaffen. Die Regelaltersgrenze wurde von 65 auf 67 Jahre angehoben. Bedingt durch die längere Arbeitszeit, aber auch durch die zunehmend steigenden Anforderungen, die an Beschäftigte gestellt werden, rückt immer stärker der Gesundheitszustand in den Vordergrund. Immer mehr Unternehmen nutzen die Vorzüge der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. entwickeln ein separates betriebliches Gesundheitsmanagement, um ihre Angestellten möglichst gesund und produktiv erhalten zu können. Stress, Mehrbelastungen, aber auch Arbeitsplatzunsicherheiten können dabei sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Der kontinuierliche Anstieg von psychischen Erkrankungen und damit verbunden der Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage sind ein deutlicher Indikator für die zunehmenden Belastungen am Arbeitsplatz. Bspw. ist der Anteil an Fehlzeiten von 1976 bis 2011 unaufhörlich von 2,0% auf 14,1% angestiegen (BKK, 2012, S. 19). Die durch eine psychische Störung ausgelösten Krankheitstage haben sich im gleichen Zeitraum von 0,46 Tage je Pflichtmitglied auf 2,31 Tage je Pflichtmitglied verfünffacht (BKK, 2012, S. 19). Die daraus resultierenden Folgen zeigen sich auf Unternehmerseite durch finanzielle Einbußen und gesamtgesellschaftlich durch höhere Belastungen des Sozialsystems. Im Hinblick auf die gestiegenen und steigenden psychischen Belastungen am Arbeitsplatz nehmen Führungskräfte eine besondere Rolle der Verantwortlichkeit gegenüber ihren Mitarbeitern ein, da sie die Arbeitsumgebung und auch die Arbeitsbedingungen essentiell prägen und mitbestimmen. Daher stellt sich die Frage: *Kann die Führungskraft die Gesundheit ihrer Mitarbeiter positiv beeinflussen?* Und wenn die Frage bejaht werden kann: *Besteht dahingehend ein Zusammenhang von Führungsverhalten und psychischen Wohlbefinden bzw. Mitarbeitergesundheit?*

Die folgende Arbeit soll verdeutlichen welche Kenntnisse Führungskräfte über ihre eigene Gesundheit aber auch über die Gesundheit ihrer Mitarbeiter benötigen, um gesund Führen aber auch gesund Selbstführen zu können. Dabei soll aufgezeigt werden ob und welche Zusammenhänge es zwischen Führung und Mitarbeitergesundheit gibt. Diese Zusammenhänge sollen durch einen Studienpaarvergleich hergestellt werden. Dabei soll zusätzlich herausgearbeitet werden, wie diese Analyse exemplarisch durchgeführt wird, um sie hochschuldidaktisch weiter nutzen zu können.

Der erste Abschnitt dieser Arbeit widmet sich dem Gesundheitsbegriff und dem Gesundheitsmanagement. Dabei wird geklärt was Gesundheit ist und wie sich dieser Begriff entwickelt hat. An Hand von ausgewählten Modellen zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit wird gezeigt, welche Faktoren die Gesundheit am Arbeitsplatz bedingen. Des Weiteren wird erläutert wie sich der Gesundheitsbegriff über die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention im betrieblichen Setting etabliert hat, welche Maßnahmen daraus resultierten und wie sich die betriebliche Gesundheitsförderung als Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements entwickelt hat.

Der zweite Abschnitt dieser Arbeit widmet sich dem Führungsbegriff. Auf die Definition von Führung schließt sich eine Betrachtung Führungsansätze an die sich im Laufe der Zeit entwickelt haben. Im weiteren Verlauf wird besonders herausgearbeitet welche Anforderungen an Führungskräfte gestellt werden und welchen Aufgaben sie gerecht werden müssen, um ihre Mitarbeiter, das Unternehmen aber auch sich selbst gesund führen zu können.

Der dritte Abschnitt versucht durch einen Studienpaarvergleich einen Zusammenhang von Führung und Gesundheit herzustellen. Einerseits werden dabei das methodische Vorgehen zur Generierung geeigneter Studien und andererseits der Ablauf zum Vergleich der Studien herausgearbeitet. Es werden jeweils zwei Längsschnitt- und zwei Querschnittstudien miteinander verglichen, die die Beziehung von transformationaler Führung und psychischen Wohlbefinden bzw. Gesundheit thematisieren. Ziel dessen ist die Beantwortung der Frage, ob und inwiefern das Führungsverhalten einen Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit hat.

2 Gesundheit und Gesundheitsmanagement

2.1 Der Gesundheitsbegriff

Der Begriff der Gesundheit lässt sich nicht eindeutig definieren und muss aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 113). Die biomedizinischen Ansatzpunkte zur Begriffserläuterung fokussieren bei ihrer Betrachtung primär die Bedeutung von Krankheit. Resultierend daraus wird Gesundheit „als vollständige Abwesenheit von allen Merkmalen von Krankheit“ (Hurrelmann, 2010, S. 114) beschrieben. Diese Betrachtung zeigt einerseits, dass die Pathogenese, das heißt die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit, im Mittelpunkt steht. Andererseits zeigt dies, dass man sich dem Gesundheitsbegriff aus mehreren Dimensionen nähern muss, um ihn objektiv und wissenschaftlich konkretisieren zu können. In einer anderen Herangehensweise versuchte sich der Medizinsoziologe Parsons (1967) sich dem Gesundheitsbegriff monodisziplinär zu nähern. So definiert er Gesundheit als „Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben“ (Kulbe, 2009, S. 20 Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik) innerhalb einer Gesellschaft. Dabei wird dem Mensch eine Rolle in der Gesellschaft zugeschrieben und auch damit verbunden die Erwartungen, die an ihn gestellt werden. Sozusagen wird der Krankheit das Fehlen der Gesundheit beigemessen, das heißt, dass der Mensch die an ihn gestellten Erwartungen nicht erfüllt (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 115). Zusätzlich zur medizinischen und soziologischen Dimension wird aber auch versucht sich dem Gesundheitsbegriff aus Sicht der Psychologie zu nähern. Dabei sind die individuelle Kompetenz zur Situationsbewältigung und die Fähigkeit Gesundheitserreichung und Selbstverwirklichung zentrale Elemente. (vgl. Kulbe, 2009, S. 21). Ein Versuch einer mehrdimensionalen bzw. interdisziplinären Definition wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946 durchgeführt. So wird Gesundheit definiert als „Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946). Der Kern dieser Definition zielt erstens auf die individuelle Selbsteinschätzung und das eigene Gefühl („Wohlbefinden“). Zweitens wird durch die Formulierung „völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ die utopische Annahme des Wandels vom Idealzustand zum Normalzustand getroffen. Drittens wird durch die Zusammenführung der drei Dimensionen versucht, fachübergreifend Gesundheit zu definieren. Viertens werden Gesundheit und Krankheit einander ausschließend gegenübergestellt, soll heißen, dass Gesundheit

und Krankheit als Extreme angesehen werden zwischen denen ein Kontinuum besteht (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 115). Wesentlicher Vorteil dieser Definition gegenüber vorhergehenden ist einerseits, dass Gesundheit nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit betrachtet wird und andererseits, dass zusätzlich zur physischen Komponente auch das psychische und soziale Wohlbefinden berücksichtigt wird. Dennoch wurde diese Definition auch mehrfach kritisiert. Hauptkritikpunkte dabei waren die Festlegung des statischen Begriffes „Zustand“, die utopische Ausrichtung aber auch die unkonkrete Darlegung des Begriffes „Wohlbefinden“ (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 118). Zusätzlich zu dem Ansatz der objektiven Definition, interpretiert auch jedes Individuum den Begriff der Gesundheit anders. Die damit verbundenen persönlichen Erwartungen und Vorstellungen sind subjektiv und werden auch als Laienkonzept bezeichnet (vgl. Ulich, 2009, S. 29).

2.2 Laienkonzepte von Gesundheit

Der Begriff Laienkonzept beinhaltet einerseits die individuellen Vorstellungen und Definition von Gesundheit und andererseits die „persönlichen Sichtweisen über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit [...] (Letztere werden auch als ‚subjektive Theorien‘ von Gesundheit bezeichnet)“ (Waller, 2006, S. 14). In einer Studie von Blaxter aus dem Jahr 1990 wurden ungefähr 9000 Probanden aus der britischen Bevölkerung zur Thematik ihrer subjektiven Vorstellung über den Gesundheitsbegriff befragt. Dabei kristallisierten sich vier zentrale Aussagen heraus:

- „Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit“ mit einem Anteil von 11,5%
- „Gesundheit als körperliche Energie und Stärke“ mit einem Anteil von 28%
- „Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit“ mit einem Anteil von 25%
- „Gesundheit als psychisches und körperliches Wohlbefinden“ mit einem Anteil von 35,5% (Blaxter zitiert nach Ulich, 2009, S. 28)

Dies zeigt, dass es durchaus Überschneidungspunkte zwischen der wissenschaftlichen Herangehensweise mit dem Begriff der Gesundheit und den subjektiven Vorstellungen einzelner Menschen aus der Bevölkerung gibt. Die Bedeutung von Laienkonzepten ist somit hoch einzuschätzen. Einerseits umfassen sie globale Vorstellungen über die Bedingungen, die für Gesundheit und Krankheit der Menschen verantwortlich sind und in wie fern die Menschen selbst Mitverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Das hat außerdem großen Anteil daran ob verhaltenspräventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung akzeptiert und letztlich auch umgesetzt werden. Andererseits sind die subjektiven Vorstellungen z.B. über die

eigene Vulnerabilität (Verwundbarkeit, Verletzbarkeit) oder auch die Möglichkeiten und Erfolgsaussichten von Verhältnisprävention entscheidend dafür, ob die Menschen aufgeschlossen sind für von Experten vorgeschlagene Präventionsmaßnahmen. (vgl. Ulich, 2009, S. 28 nach Becker)

2.3 Das Salutogenetische Gesundheitsmodell

Die bis dato vorherrschende Betrachtungsweise bezüglich des Gesundheitsbegriffes orientierte sich primär an den pathogenetischen Ansichten, in dessen Mittelpunkt die Krankheit, mit Beschwerden, Symptomen oder Schmerzen der Menschen, stand. Ende der siebziger Jahre entwarf der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky das Modell der „Salutogenese“. Die Zusammensetzung des Begriffes entstammt dem lateinischen Wort „Salus“, was für Unverletztheit, Heil oder auch Glück steht und dem griechischen Wort „Genese“, was Entstehung bedeutet. Demzufolge könnte man „Salutogenese“ mit der Entstehung der Gesundheit als Gegenteil zur „Pathogenese“, der Entstehung der Krankheit übersetzen. Doch der Begriff der Salutogenese bezieht sich nicht rein auf die Trennung der Gesundheits-/Krankheitsentstehung sondern soll als Erweiterung der pathogenetischen Perspektive angesehen werden. Dabei wird einerseits das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beleuchtet, d.h. in wie fern Menschen gesund oder krank betrachtet werden und andererseits ergibt sich die zentrale Frage, unter welche Bedingungen und Konstellationen Menschen eher gesund oder eher krank werden. (vgl. Bengel, 2001, S. 24) Die wichtigsten Begrifflichkeiten zur Erklärung des salutogenetischen Gesundheitsmodells sind das Kohärenzgefühl, das Gesundheits-Krankheitskontinuum, Stressoren und Spannungszustände und generalisierte Widerstandsressourcen. (vgl. Bengel, 2001, S. 28)

2.3.1 Das Kohärenzgefühl

Der Kernpunkt des salutogenetischen Gesundheitsmodells ist das Kohärenzgefühl oder auch der Kohärenzsinn aus dem englisch stammenden „Sense of Coherence“ (SOC). Antonovsky definiert SOC als „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;

3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen Engagement lohnen.“ (Antonovsky, 1997, S. 36)

Nach dieser Definition setzt sich das Kohärenzgefühl aus drei Komponenten zusammen, dem Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), dem Gefühl der Handhabbarkeit (sense of manageability) und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) (vgl. Bengel, 2001, S. 29 f.).

Dabei bedeutet das *Gefühl der Verstehbarkeit*, dass Menschen in der Lage sind, die auf sie einwirkenden äußeren und inneren Einflüsse kognitiv verarbeiten zu können. Dadurch können Situation oder Ereignisse eingeschätzt und erklärt werden.

Das *Gefühl der Handhabbarkeit* bedeutet, dass Menschen Ressourcen besitzen, um Belastungssituationen bewältigen zu können. Sozusagen sind Menschen mit einem stärkeren Kohärenzsinn eher fähig dazu, Anforderungen zu erfüllen oder mit Beanspruchungen umzugehen.

Das *Gefühl der Sinnhaftigkeit* sagt schließlich aus, dass Menschen einerseits ihr Leben als sinnvoll erachten und andererseits die an sie gestellten Anforderungen als positive Herausforderungen angesehen werden (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 123).

2.3.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum basiert auf zwei Polen die als Extreme angesehen werden, die ein Mensch gänzlich nicht erreicht. Er befindet sich lediglich auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen „völlige Gesundheit“ und „völlige Krankheit“ (Abbildung 1). So hat ein Mensch, der sich zwar subjektiv größtenteils gesund fühlt, dennoch krankhafte Tendenzen (vgl. Bengel, 2001, S. 32 f.). Daraus resultiert, dass Menschen nicht mehr lediglich dichotom als krank oder gesund kategorisiert werden, sondern eher die Frage nach der Position auf dem Kontinuum aufkommt. So meint Antonovsky: „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund“ (Antonovsky, 1997, S. 23). Somit stellt sich die Frage, welche Faktoren bzw. in wie fern Stressoren oder Ressourcen die Position eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum negativ oder positiv beeinflussen.

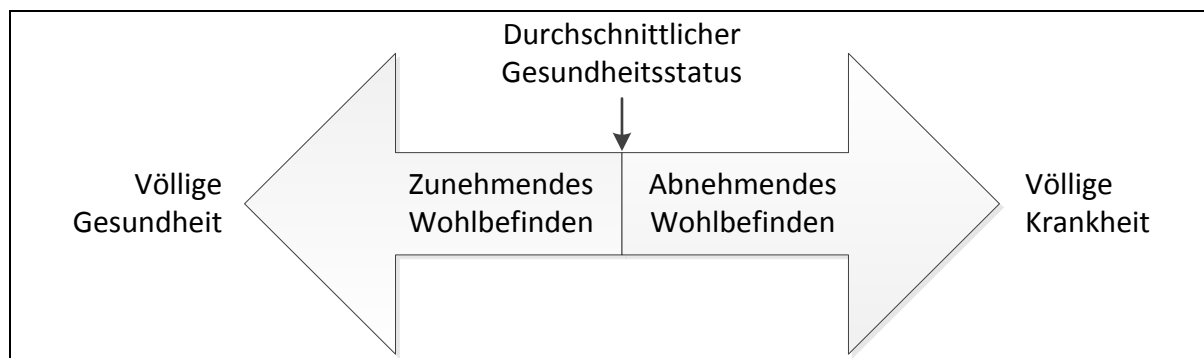


Abbildung 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Anlehnung an Hurrelmann, 2010, S. 125

2.3.3 Stressoren und Spannungszustand

Aus der Psychologie stammend definiert sich Stress als „Reaktionsmuster eines Organismus auf Stimulusereignisse, die dessen Gleichgewicht stören und dessen Fähigkeit, die Einflüsse zu bewältigen, stark beansprucht oder übersteigt“ (Zimbardo, 2008, S. 468). Ausgehend von dieser Definition sind Stimulusereignisse als Stressoren zu verstehen, die sich als „ein Ereignis, das von einem Organismus eine Art von Anpassungsreaktion erfordert“ (Zimbardo, 2008, S. 468) definiert. Im Gegensatz zur Psychologie in der Stressoren als Stimuli bezeichnet werden, sieht Antonovsky Stressoren als physiologische Spannungszustände die bewältigt werden müssen, damit ein Mensch gesund bleibt. Demnach entsteht aus einer misslungenen Bewältigung dieser Spannungszustände eine Beanspruchung die sich als Stress äußert. Allerdings gibt es nicht nur negative Belastungen, sondern auch positive, die die Gesundheit erhalten können (vgl. Bengel, 2001, S. 33). Nach der Art der potentiellen inneren und äußeren Stressoren unterscheidet Antonovsky psychosoziale, physische und biochemische Stressoren (vgl. Antonovsky, 1997, S. 201). Um eine Verknüpfung zwischen den Stressoren und dem SOC herzustellen, rückte für Antonovsky die Bewertung des Spannungszustandes in den Vordergrund. Unter Einbeziehung der „primären Bewertung“ aus dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus beschreibt Antonovsky die *primäre Bewertung I* als Folge dessen, dass ein einwirkender Stimulus als Stressor oder als Nicht-Stressor bewertet wird. Dadurch kann es sein, dass bei Menschen, die über einen starken SOC verfügen, sich kein Spannungszustand aufbaut, im Gegensatz zu Menschen mit einem schwachen SOC. Dennoch kann auch der Fall eintreten, dass ein einwirkender Reiz bei einem Menschen mit einem guten SOC als Stressor bewertet wird. Dabei wird entschieden ob der Stressor bedrohlich, günstig oder irrelevant für den Zustand des Menschen angesehen wird (*primäre Bewertung II*). Sofern der Stressor als günstig oder irrelevant bewertet wird, baut sich der entstandene Spannungszustand ab. Jedoch wenn der Stimulus als bedrohlich eingestuft wird, resultiert daraus die *primäre Bewertung III*. Sie ist gekennzeichnet durch eine eher

emotional geleitete Wahrnehmung. Dies führt dazu, dass Menschen mit einem starken SOC eher direkte und adäquate Emotionen mit der jeweiligen Situation verknüpfen, die es Ihnen leichter ermöglichen, eine passende Bewältigungsstrategie auszuwählen. Während Menschen mit einem schwachen SOC eher dazu neigen, unkoordinierte Gefühle der Situation zuzuordnen, was dazu führt, dass sie in Ihrer Handlung eingeschränkt werden, da Ihnen passende Ressourcen zur Situationsbewältigung fehlen (vgl. Bengel, 2001, S. 33 f.).

2.3.4 Generalisierte Widerstandsressourcen

Zu dem Begriff der generalisierten Widerstandsressourcen (Generalized Resistance Resources, GRRs) zählt Antonovsky individuelle (z.B. Wissen, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Faktoren (z.B. Soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität, Religion). Diese fasst er als die wesentlichen psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen zusammen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 200). Dabei bedeutet der Begriff des Widerstandes, dass die Ressourcen der Menschen erhöht werden, mit Belastungen und Spannungszuständen umzugehen. Diese Widerstandsressourcen haben zweierlei Aufgaben. Einerseits werden die im Leben gesammelten Erfahrungen dazu genutzt, um in wiederkehrenden Situationen besser reagieren zu können und das SOC auszubilden. Andererseits stellen sie eine Art Potential dar, das in Situationen in den Stressoren auf den Menschen einwirken, genutzt werden kann, um einen Spannungszustand aufzulösen (vgl. Bengel, 2001, S. 34).

2.3.5 Zusammenhänge der einzelnen Faktoren

Der Kernpunkt der Gesundheitsbetrachtung ist das Kohärenzgefühl für Antonovsky. Dabei wirken Stressoren auf die generalisierten Widerstandsressourcen der Menschen ein und bilden einen Zustand auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum ab. In Abbildung 2 wird dieser Verlauf vereinfacht dargestellt.

A: Ausgehend von den im Leben gesammelten Erfahrungen eines Menschen wird sein Kohärenzgefühl geprägt.

B: Die GRRs sind die Voraussetzung, die ein Mensch haben muss um derartige Lebenserfahrungen sammeln zu können.

C: Die Entwicklung der Widerstandsressourcen ist wiederum bedingt durch den soziokulturellen und historischen Kontext. Dabei werden als Quellen von GRRs z.B. die Erziehung in

der Kindheit, die soziale Rolle oder auch Eigenheiten der Persönlichkeit genannt (vgl. Antonovsky, 1997, S. 200).

D: Die Abrufbarkeit des Potentials der GRRs allerdings wird durch die Stärke des SOC bestimmt.

E: Wird der Mensch nun Reizsituationen ausgesetzt lösen Stressoren einen Spannungszustand aus.

F + G: Die angeregten GRRs wirken nun auf die Stressoren und den Spannungszustand ein.

H: Wird nun der Stress erfolgreich bewältigt führt dies dazu, dass die mit der Stressbewältigung verknüpften Erfahrungen das SOC prägen und stärken. Somit fällt es dem Menschen leichter erneute Spannungszustände zu lösen.

I: Durch die erfolgreiche Bewältigung des Stresszustandes verbessert sich das Wohlbefinden. Damit nimmt der Mensch eine bessere Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ein.

J: Wenn jedoch der Versuch der Stressbewältigung erfolglos endet, führt dies zu einer pathogenen Veränderung und der Mensch nimmt eine schlechtere Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ein.

K: Auf Grund der besseren Stellung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist es dem Menschen einfacher, sich neue GRRs anzueignen (vgl. Bengel, 2001, S. 36 f.).

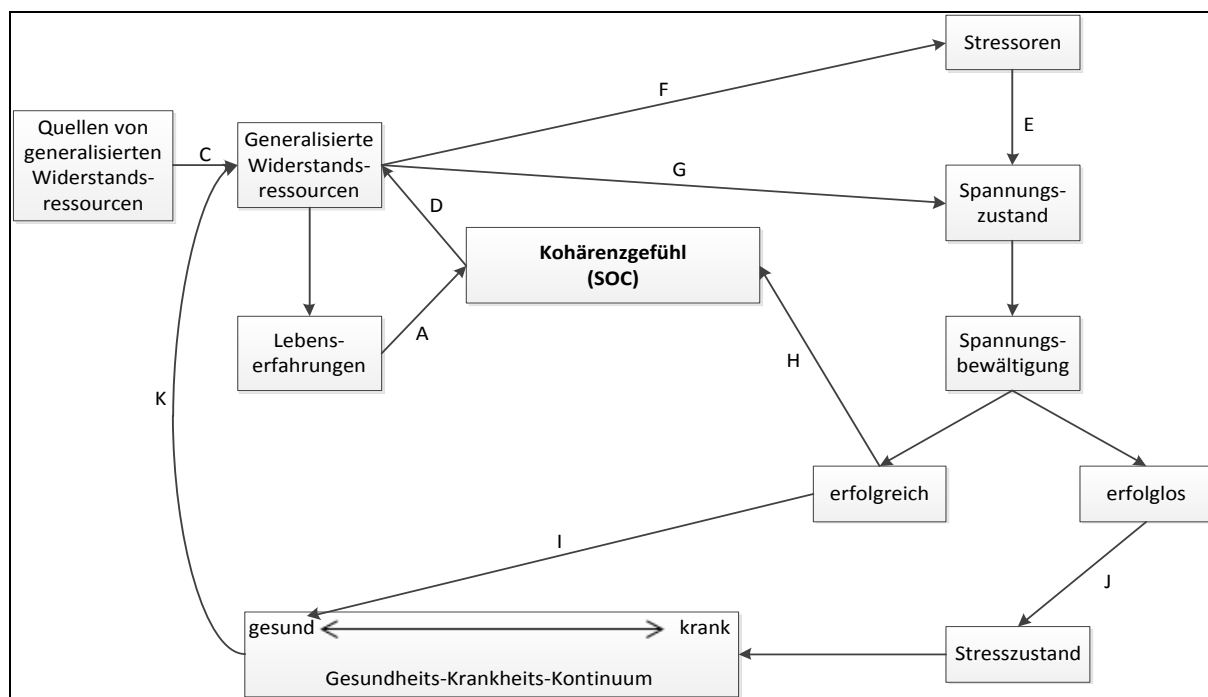


Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese nach Antonovsky, 1979 in Anlehnung an: Bengel, 2001, S. 36

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass die Ressourcen, über die ein Mensch verfügen muss, ausschlaggebend für seinen Gesundheitszustand sind. Je stärker diese vorhanden oder ausgeprägt sind, mit desto höherer Wahrscheinlichkeit kann ein Mensch Stress abwenden und seine Gesundheit erhalten und fördern.

2.4 Weiterer Definitionsansatz

Eine weitere umfassende Definition des Gesundheitsbegriffes lieferte Klaus Hurrelmann. Er hat Grundzüge aus wissenschaftlichen Definitionen gebündelt und inhaltlich Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stress- und Bewältigungstheorien aber auch Elemente der Sozialisationstheorien und Public-Health-Theorien integriert. Daraus entwickelte er acht Maxime von Gesundheit und Krankheit die eine Kombination aus den einzelnen Disziplinen darstellen.

1. Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.
2. Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.
3. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.

4. Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.
5. Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
6. Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.
7. Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.
8. Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen - der körperlichen, der psychischen und der sozialen - voneinander unterscheiden (Hurrelmann, 2010, S. 139-145).

Zusammengefasst formuliert Hurrelmann Gesundheit als „Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann, 2010, S. 146). In dieser formulierten Definition kommt besonders der Sachverhalt der inneren und äußeren Anforderungen zum Tragen, die ein Mensch bewältigen muss, damit sich der Gesundheitszustand einstellt. Diese beiden Komponenten beschreibt er für die Gesundheit als auch für die Krankheit in der 5. Maxime. Zu den inneren Anforderungen zählen u.a. genetische Veranlagung, körperliche Verfassung aber auch die Persönlichkeit. Diese inneren Anforderungen müssen gegeben sein, um den äußeren Anforderungen gewachsen zu sein. Zu ihnen zählen u.a. die sozioökonomische Lage, das ökologische Umfeld oder auch Arbeitsbedingungen. Die äußeren Anforderungen wiederum bedingen die inneren. Um Gesundheit herzustellen müssen die inneren und äußeren Anforderungen bewältigt werden. Dieses Gleichgewicht muss der Mensch in Laufe seines Lebens kontinuierlich erneuern, damit er Wohlbefinden und Freude empfinden kann.

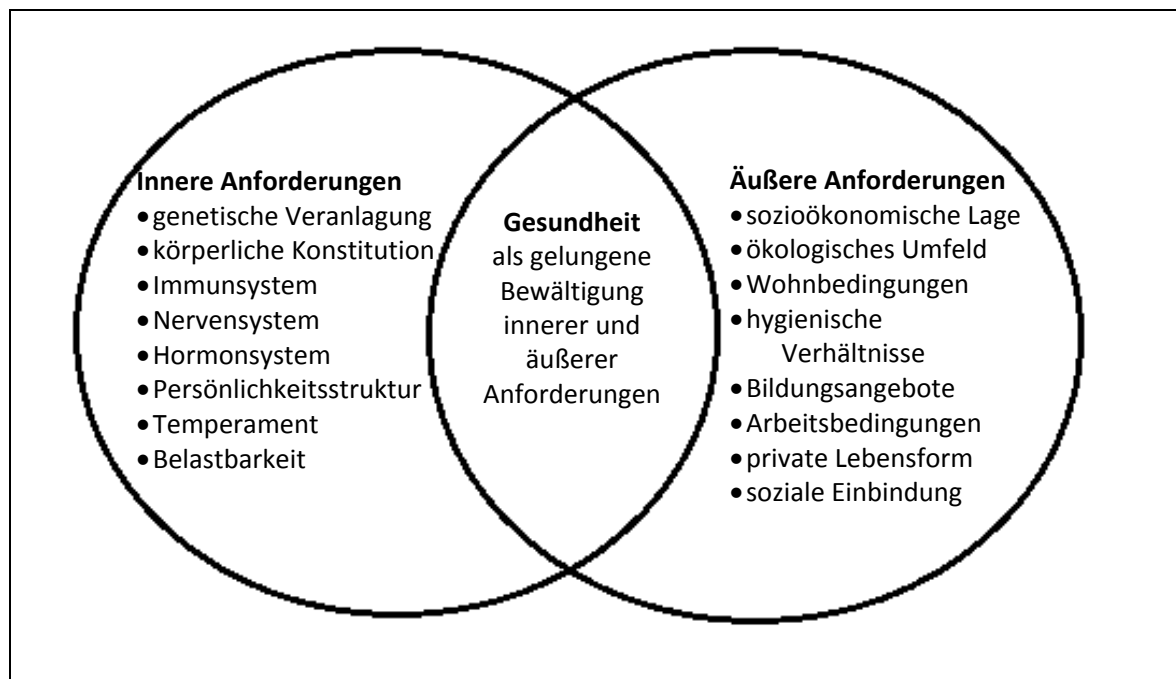


Abbildung 3: Gesundheit als Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen, in Anlehnung an: Hurrelmann, 2010, S.142

Die von Hurrelmann vorgeschlagene Definition lässt sich einerseits relativ universell einsetzen, da sie interdisziplinär ausgelegt ist und andererseits zeigt sich, dass die Bedeutung von inneren und äußeren Anforderungen, denen ein Mensch gewappnet sein muss, hoch ist und für das Verständnis von Gesundheit essentiell ist.

Das salutogenetische Gesundheitsmodell von Antonovsky, wie auch die acht von Hurrelmann formulierten Maxime für eine Gesundheits- bzw. Krankheitsdefinition zeigen, dass einerseits Ressourcen vorhanden sein müssen, um Spannungszustände zu lösen und Gesundheit aufrechterhalten bzw. genesen zu können. Andererseits müssen innere und äußere Anforderungen bewältigt werden, um den Zustand der Gesundheit erreichen zu können.

2.5 Modelle zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit

In Folge zu Kapitel 2.4 existieren Wirkungsmodelle zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit, die an diesem Punkt ansetzen. Dadurch werden das Demand Control Modell, das Konzept der Anforderungen/Belastungen und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen konkretisiert.

2.5.1 Demand/Control-Modell

Der Kernpunkt des Demand/Control-Modells (Anforderungs-Kontroll-Modell) von Karasek ist die Kombinationsmöglichkeit von niedrigen und hohen psychischen Anforderungen mit einer

hohen und niedrigen Breite von Entscheidungsspielräumen. Daraus ergibt sich eine Vier-Felder-Tafel bestehend aus vier verschiedenen Arten des Arbeitserlebens (s. Abb. 4). Dazu zählen "high-strain jobs", "active jobs", "low-strain jobs" und "passive jobs" (vgl. Karasek & Theorell, 1990, S. 33).

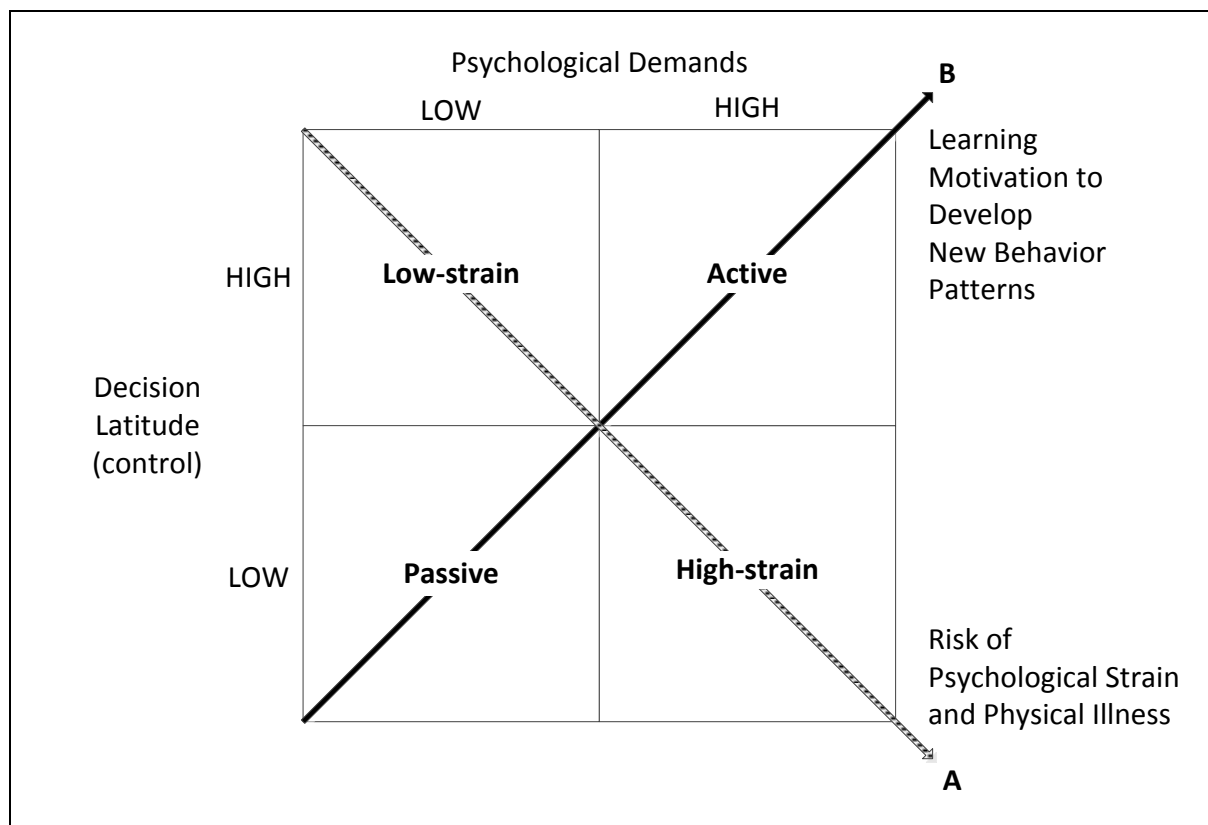


Abbildung 4: Psychological demand/decision latitude model nach Karasek 1979 (Karasek & Theorell, 1990, S. 32)

Bezogen auf die high-strain jobs geht Karasek davon aus, dass Menschen, die hohen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind und parallel dazu geringe Entscheidungsspielräume haben, zu psychischen Reaktionen und Erkrankungen wie z.B. Angststörungen oder Depressionen neigen. Zu den psychologischen Anforderungen zählen u.a. Zeit- und Leistungsdruck. Die Entscheidungsspielräume werden durch die zugesprochene Freiheit Entscheidungen treffen oder nicht treffen zu können bedingt. Dauerhafte psychische Belastungen können dadurch stressbedingte Folgen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach sich ziehen (vgl. Karasek & Theorell, 1990, S. 33 f.).

Die active jobs beschreibt Karasek als Berufe mit den intensivsten Arbeitsleistungen, sprich hohen Anforderungen, aber ohne den negativen Effekt der psychologischen Belastung. Bspw. werden an Chirurgen während einer schwierigen Operation hohe Anforderungen gestellt. Zeitgleich besitzen sie einen maximalen Entscheidungsspielraum, um ihre Fähigkeiten anwenden zu können, so dass sie diese Situation eher erfüllend als belastend erleben.

Durch diese hohen Kontroll- und Einflussmöglichkeiten neigen Menschen in derartigen Berufen eher dazu, Neues zu erlernen und sich mit ihren Fähigkeiten zu integrieren, da sie sich freier entfalten können (vgl. Karasek & Theorell, 1990, S. 35).

Den Anfang der Diagonale A stellen low-strain jobs dar. Das Berufsfeld der low-strain jobs ist charakterisiert durch geringe psychologische Belastungen mit gleichzeitig großen Entscheidungsspielräumen. Dieser Entspannungszustand würde das Idealbild darstellen, um eine möglichst geringe Anzahl von psychischen Erkrankungen auf Grund der geringeren Belastungen hervorzurufen. Jedoch entsprechen derartige Zustände eher utopischen Vorstellungen (vgl. Karasek & Theorell, 1990, S. 36).

Den letzten Quadranten bilden die passive jobs. Sie lassen sich beschreiben als Situationen mit geringen Anforderungen und geringen Kontrollmöglichkeiten bzw. Entscheidungsspielräumen. So können in Folge von Arbeitsplatzverlusten genauso wie auf Grund von destruktiven Arbeitsplatzbedingungen (keine Entfaltungsmöglichkeiten oder Arbeiten, die nicht der Qualifikation entsprechen), wie bei den high-strain jobs psychische Erkrankungen entstehen. Im weiteren Verlauf führt dies zu Desinteresse an Weiterentwicklung verbunden mit dem Verlust der eigenen Fähigkeiten. Die Diagonale B zeigt dabei die Wahrscheinlichkeit des Lernerfolges und die damit verbundene Motivationssteigerung durch die Erhöhung der Entscheidungsfreiheiten und Kontrollmöglichkeiten (vgl. Karasek & Theorell, 1990, S. 37 ff.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Verbindung von verschiedenen schwachen und starken psychologischen Anforderungen mit unterschiedlich geringen und großen Entscheidungsspielräumen, Auswirkungen auf die Gesundheit und das Verhalten haben kann.

2.5.2 Konzept Anforderung/Belastungen

Die Grundannahme des Konzeptes der Anforderungen/Belastungen ist ähnlich die dem Demand/Control-Modell. Dabei werden psychische Anforderungen den psychischen Belastungen gegenübergestellt, mit dem Unterschied, dass diese beiden Dimensionen getrennt voneinander und nicht verknüpft miteinander betrachtet werden. Oesterreich (1999) hat diese beiden Dimension inhaltlich konkretisiert (s. Abb. 5).

Psychische Anforderungen		
<p>Entscheidungsanforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entscheidungsspielraum ○ zeitbezogene Entscheidungen ○ strukturbezogene Entscheidungen 	<p>Kooperationsanforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ betriebsintern, mit einzelnen Kollegen ○ betriebsintern, in Gruppe ○ betriebsextern 	
Psychische Belastungen		
<p>Zusatzaufwand</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informatorische Erschwerungen ○ manuell/motorische Erschwerungen ○ Unterbrechungen 	<p>Monotone Bedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei Routinetätigkeit ○ Bei langen Phasen ohne Eingriffserfordernis 	<p>Zeitdruck</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kontinuierlich enge Zeitvorgabe ○ diskontinuierlich durch Endtermine

Abbildung 5: Systematik der psychischen Anforderungen und Belastungen im Konzept Anforderung/Belastung nach Oesterreich (Oesterreich, 1999, S. 144)

Zu den psychischen Anforderungen zählen die Entscheidungsanforderungen und die Kooperationsanforderungen. Bei den Anforderungen an die Entscheidungen bedeutet der Entscheidungsspielraum u.a. festgelegte Arbeitsinhalte und Resultate. Zu den zeitbezogenen Entscheidungen zählen u.a. zeitlich festgelegte Arbeitsschritte und breite Zeiträume. Die strukturbezogenen Entscheidungen beinhalten strukturelle Änderungen. Bei den Anforderungen an Kooperationen werden interne und externe unterschieden. Betriebsintern bedeutet das für den einzelnen Kollegen wie die Arbeit aufgeteilt und Ergebnisse zugeordnet werden. Bezüglich der Gruppen werden betriebsintern Aufgaben delegiert. Zu den externen Anforderungen zählen primär Gespräche mit Lieferanten und Kunden. Generell werden die Merkmale der Anforderungen eher als vorteilhaft beschrieben und ähneln der Bedeutung der Control-Dimension im Demand/Control-Modell (vgl. Oesterreich, 1999, S. 145).

Zu den psychischen Belastungen zählen Zusatzaufwand, monotone Bedingungen und Zeitdruck. Inhaltlich bedeutet der Zusatzaufwand, dass aufgrund von außerplanmäßigen Ereignissen zusätzlich Arbeit und Arbeitszeit anfällt, was zu einer Arbeitserschwerung führt. Diese Erschwerung kann informatorische Ursachen (z.B. unklare Informationsweitergabe) oder manuelle Ursachen (z.B. Defizite bei Arbeitsmitteln) haben. Aber auch Arbeitsunterbrechungen in Folge von Engpässen der Arbeitsmittel können die Arbeit erschweren. Monotone Bedingungen können zu einem Aufmerksamkeitsdefizit führen, wenn das eigene Denken und Handeln eingeschränkt ist. Dies kann einerseits bei Routinetätigkeiten mit sich ständig wiederholenden Arbeitsschritten auftreten und andererseits bei automatisierten Arbeitsprozessen.

sen, in denen der Mensch nur gelegentlich eingreifen muss. Der letzte wichtige Aspekt der Belastung ist der Zeitdruck. Sowohl eine enge Zeitvorgabe als auch fixe Endtermine führen zu einer notwendig erhöhten Arbeitsgeschwindigkeit. Diese Beeinträchtigung wiederum kann zu Überstunden und steigender Belastung führen. Den psychischen Belastungen werden ähnlich wie der Demand-Dimension im Demand/Control-Modell eine nachteilige Wirkung zugeschrieben (vgl. Oesterreich, 1999, S. 145 ff.).

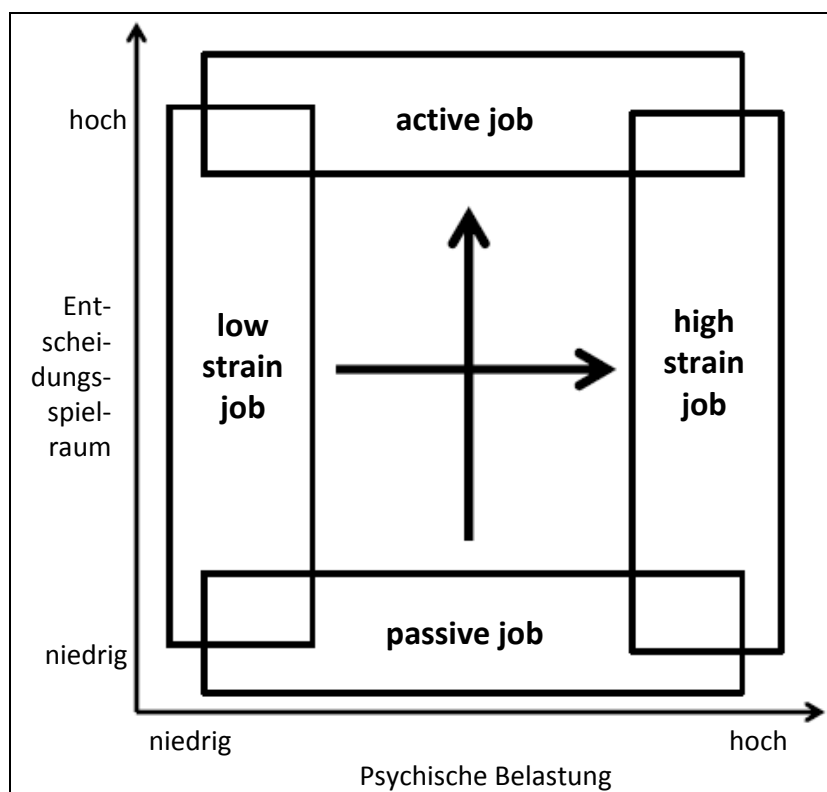


Abbildung 6: Darstellung des Konzeptes Anforderung/Belastung nach Oesterreich (Oesterreich, 1999, S. 171)

Die Abbildung des Konzeptes der Anforderung/Belastung zeigt die strikte Trennung der Ebene der Anforderungen (Entscheidungsspielraum) und der Ebene der Belastung (Psychische Belastung) auf Grund von inhaltlichen Unterschieden in der Wirkung auf die einzelne Person. Dies bedeutet, dass höhere Anforderungen das Selbstvertrauen der Mitarbeiter steigern und eine intensivere Freizeitgestaltung ermöglichen können. Im Gegensatz dazu führen gestiegene Belastungen zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit und können das Risiko Krankheiten zu erleiden erhöhen. Um die Trennung der beiden Ebenen zu verdeutlichen, beschreibt Oesterreich, dass sich die Anforderungen und Belastungen nicht aus betrieblich externen Merkmalen, nicht aus persönlichen Eigenschaften oder gar aus Charakteristiken von Vorgesetzten oder Kollegen zusammensetzen, sondern sich vielmehr aus den inhaltlichen Abläufen, den technischen Bedingungen und den betrieblichen Arbeitsaufgaben bilden. Somit sind Anforderungen und Belastungen für ihn „bedingungsbezogene Merkmale der Ar-

beitstätigkeit“ (Oesterreich, 1999, S. 147). Damit können durch eine Veränderung des betrieblichen Settings die Anforderungen erhöht und Belastungen reduziert werden und dementsprechend durch verhältnispräventive Maßnahmen die Gesundheit der Mitarbeiter verbessert werden (vgl. Oesterreich, 1999, S. 147).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich das Konzept der Anforderungen/Belastungen stärker auf die Prävention des Verhältnisses, als auf die Verhaltensprävention fixiert und davon ausgeht, dass sich das Arbeitsumfeld positiv als auch negativ auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirken kann.

2.5.3 Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Das von Siegrist 1996 entwickelte Modell beruflicher Gratifikationskrisen betrachtet die Beziehung zwischen erbrachter Arbeitsleistung und dafür entgegengenommener Belohnung. Diese gegenseitige Austauschbeziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird arbeitsvertraglich geregelt. Die zentrale Annahme des Modells ist, dass eine Belastung für einen Arbeitnehmer entsteht, wenn eine Unverhältnismäßigkeit in dieser Austauschbeziehung herrscht. So kann sich ein Ungleichgewicht zwischen hoher Arbeitsleistung (Verausgabung) und niedriger Belohnung bilden. Die daraus für die Person resultierende soziale Spannung wird auch als berufliche Gratifikationskrise bzw. „soziale Krise“ bezeichnet (vgl. Siegrist, 1996, S. 97 f.).

Das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung zeigt die Abbildung 7. Demnach unterscheidet Siegrist zwei Quellen der Verausgabung. Einerseits die extrinsische und andererseits die intrinsische Verausgabung. Extrinsisch bedeutet dabei von außen her und bezieht sich auf ein „äußerlich vorgegebenes arbeitsplatzspezifisches Anforderungsprofil“ (Siegrist, 1996, S. 98). Intrinsisch bedeutet nach innen gerichtet und bezieht sich auf eine „besonders stark ausgeprägte Leistungsbereitschaft“ (Siegrist, 1996, S. 98) des jeweiligen Menschen. Bei beiden Verausgabungsformen führt eine verhältnismäßig zu niedrige Belohnung zu einer Belastung. Die Belohnungsmöglichkeit erfolgt über drei verschiedene Transmittersysteme, Einkommen in Form von Geld, berufliche Anerkennung in Form von Wertschätzung durch Vorgesetzte und Kollegen und durch Aufstiegschancen am Arbeitsplatz, d.h. durch eine Steigerung der Statuskontrolle. Bezüglich dieser drei Belohnungsarten können ungerechte Entlohnung, fehlende Wertschätzung und verschlossene Aufstiegsmöglichkeiten ebenso belastend wirken und Stress fördern.

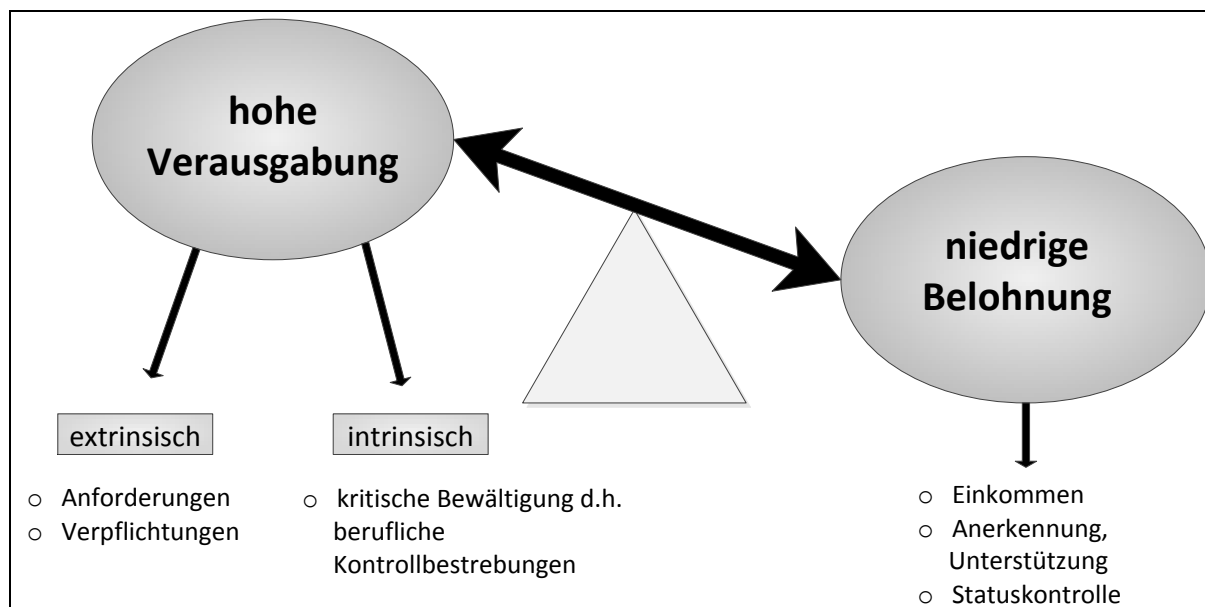


Abbildung 7: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist (Siegrist, 1996, S. 99)

Bei dem Vorhandensein des Ungleichgewichtszustandes zwischen Verausgabung und Belohnung (Gratifikation) ist nach der Nutzentheorie davon auszugehen, dass ein Defizit bei der Erwartung einer Belohnung eine Reduktion der Verausgabungskosten nach sich zieht, um die entstehende Gratifikationskrise abzuwenden. Laut Siegrist wird dies nicht geschehen, wenn es keine Alternativen zu dem bestehenden Arbeitsplatz gibt, wenn Arbeitsverträge Sicherheiten enthalten oder wenn eine innere Verausgabungsbereitschaft vorhanden ist.

Ein zentrales Element des Modells beruflicher Gratifikationskrisen ist, die auf der Belohnungsseite bereits erwähnte Statuskontrolle. Unter ihr versteht man, dass ein Mensch die Möglichkeit verfolgt einen hohen sozialen Status einzunehmen und ihn unter Umständen auch gegen potentielle Konkurrenten verteidigt, um eine Stressreaktion zu vermeiden. Wird diese Kontrollmöglichkeit über den beruflichen Status behindert, kann dies lange andauernden Stress erzeugen. Ereignisse die im Leben auftreten können, wie sozialer Abstieg, eine unsichere Beschäftigungssituation oder Arbeitslosigkeit, können dadurch soziale Krisen mit dauerhaftem Stress auslösen (vgl. Siegrist, 1996, S. 94). Siegrist versteht unter dem Begriff der Statuskontrolle, „alle berufsbiographisch relevanten Erfahrungen, die Distress durch die Tatsache erzeugen, dass der erworbene berufliche Status bedroht wird. Dies bedeutet in erster Linie, dass die mit dem erworbenen beruflichen Status verbundenen Gratifikationen nicht weiter bzw. nicht in angemessenem Umfang gewährt werden“ (Siegrist, 1996, S. 78). Diese Situation kann primär durch drei folgende Bedingungen eintreten:

1. Intragenerative berufliche Abwärtsmobilität
2. Fehlende qualifikationsgerechte Positionierung

3. Erfahrungen von Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit

Die berufliche Mobilität bezieht sich dabei auf Erfahrungen der horizontalen und vertikalen Bewegungen von Menschen innerhalb einer Organisation oder auch zwischen verschiedenen Organisationen. Große Relevanz hat hierbei die unfreiwillige Mobilität die sich als unfreiwilliger Berufswechsel äußert und auch in Blockaden im Zusammenhang mit Aufstiegschancen. Beides kann zu Enttäuschung der Erwartung und somit zur Belastung und letztlich zu Stress führen (vgl. Siegrist, 1996, S. 79). Die zweite Bedingung, die fehlende qualifikationsgerechte Positionierung lässt sich durch Statuskongruenz und Statusdiskrepanz erklären. Ersteres tritt ein, wenn bei einer Person sich in einem gegensätzlichen Arbeitsverhältnis die Rangordnung vom Statusmerkmal unterscheidet. Beispielsweis ist das der Fall wenn eine Person mit hoher Ausbildung einen Beruf mit niedrigem Ansehen ausübt. Im Unterschied dazu beschreibt die Statusdiskrepanz eine Situation, in der zwei Personen mit einer engen Beziehung verschiedene Statusmerkmale besitzen. Ein Beispiel dafür ist ein Ehepaar mit merklich verschiedenem Bildungsstand. Beide Formen können dauerhaft durch angestoßenen Vergleichsprozesse Distress auslösen (vgl. Siegrist, 1996, S. 81). Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit sind hingegen eindeutige Ereignisse bzw. Erfahrungen, die allgegenwärtig Stress auslösen und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können (vgl. Siegrist, 1996, S. 82).

Ein letztes wesentliches Element des Modells beruflicher Gratifikationskrisen ist die übersteigerte Verausgabungsneigung. Sie wird als Erwartung sowohl auf der Seite der Verausgabung, als auch auf der Seite der Belohnung dazu gezählt und kann jeweils einzeln oder zusammen wirken. Sie ist ein Bewältigungsmuster, das Menschen dazu führt, über ihre Grenzen hinaus Anstrengungen durchzuführen, die meist intrinsisch begründet sind. Diese Verausgabungsbereitschaft ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Gesteigerter Anerkennungsbedarf und Versagensängste
- Ausgeprägter Konkurrenzkampf
- Leichtere Ablenkbarkeit und verändertes Zeitdruck-Erleben
- Verstärktes Einbringen in berufliche Aufgaben
- Starke Identifikation mit dem Beruf
- Keine Distanz zu beruflichen Leistungsansprüchen (vgl. Siegrist, 1996, S. 104)

Aus diesen Merkmalen resultiert die Annahme, dass Personen sich viel stärker Verausgaben, je höher die beruflichen Kontrollbestrebungen sind. Die Bereitschaft begründet sich durch eine unbewusste Motivation und einer nicht realistischen Bewertung der Anforderungs-

und Bewältigungsmöglichkeiten. Dies hat die zwei Extreme der Über- und Unterschätzung als Folge. Personen, die sich überschätzen, bringen übermäßig Leistung ein, ohne dass eine Grenze existiert und Personen, die sich unterschätzen, neigen dazu mehr und mehr Aufgaben anzuhäufen ohne diese bewältigen zu können. Auch hierbei kommt es langfristig zu Erschöpfungssymptomen die sich in Distress äußern, da die Ressourcen zur Bewältigung aufgebraucht sind (vgl. Siegrist, 1996, S. 104 f.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, je geringer der berufliche Status und je höher die Neigung zur Verausgabung und je geringer die beruflichen Gratifikationen bezogen auf eine hohe berufliche Verausgabung sind, desto eher führen diese Faktoren zu einer Belastungssituation, die sich als Stress äußert und sich langfristig negativ auf die Gesundheit auswirken kann.

Somit ergibt sich resultierend aus der Betrachtung dieser drei wissenschaftlichen Modelle zur Gesundheit und Arbeit die Frage wie einerseits Führungskräfte auf die gestellten Anforderungen an die Mitarbeiter und deren Belastungen am Arbeitsplatz einwirken können und andererseits wie es möglich ist, den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern zu können.

2.6 Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention

2.6.1 Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung (BGF) wurde ähnlich wie der Begriff der Gesundheit wesentlich durch die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) geprägt. Mittels der Ottawa-Charta wurde ein universelles Programm initiiert, das sich mit der Problematik auseinandersetzt, auf welche Art und mit welchen Mitteln die Gesundheit der Menschen durch politische, strukturelle und persönliche Maßnahmen gefördert werden kann. Diesbezüglich definierte die WHO die Gesundheitsförderung als einen Prozess, um „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (World Health Organisation, 1986, S. 1). Bezüglich der Umsetzung der gesundheitsfördernden Maßnahmen sagt die WHO, dass es nicht ausreicht den Gesundheitssektor zu fokussieren, vielmehr müssten alle Bereiche von der Politik bis hin zu Wirtschaft zusammen agieren. An verschiedenen Stellen wird deutlich, dass sich die Inhalte der Gesundheitsförderung auch in der Arbeitswelt und somit im betrieblichen Setting widerspiegeln müssen. „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit

und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ (WHO, 1986, S. 3). Resultierend daraus ergibt sich einerseits die Anforderung einerseits nach der Förderung der Gesundheit und auch andererseits nach der Prävention von Krankheit. Die fünf wesentlichen Handlungsfelder sind laut WHO:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.
2. Schaffung unterstützender Umwelten zur Gesundheit.
3. Entwicklung gesundheitlicher Kompetenzen, wozu auch die Informations- und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Gesundheit und Krankheit gehören.
4. Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, wozu auch die soziale Unterstützung und Netzwerkbildung gehören.
5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste, die über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgehen und den Zugang zu diesen Diensten verbessern (Naidoo / Wills, 2010, S.85).

Ein weiterer Meilenstein bei der Entwicklung hin zur BGF war die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997). Als Grundlage dafür diente einerseits die EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und damit verbunden eine Neuorientierung in Gesetzgebung und Praxis und andererseits rückte die Bedeutung des Arbeitsplatzes und des betrieblichen Settings immer stärker in das Blickfeld der öffentlichen Gesundheit. Inhaltlich umfasst die Luxemburgische Deklaration „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (The European Network for Workplace Health Promotion, 1997). Dieser Deklaration zufolge soll dies durch die Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, durch eine aktive Mitarbeiterbeteiligung und durch die Stärkung individueller Fähigkeiten erreicht werden. Im Zuge dessen wurde von der europäischen Kommission das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung gegründet, um durch einen dauerhaften Informationsaustausch die BGF europaweit zu aktivieren.

2.6.2 Zentrale Begriffe der Gesundheitsförderung

Ausgangspunkt zur Entwicklung des Begriffes der Gesundheitsförderung ist die Krankheitsprävention. Einerseits wird Prävention mit Gesundheitsförderung gleichgesetzt obwohl es

deutliche Unterschiede gibt. Andererseits gibt es Punkte, in denen sich beide sehr ähneln und schwierig zu trennen sind.

2.6.2.1 Krankheitsprävention

Die Krankheitsprävention wird auch als *medizinischer oder krankheitspräventiver Ansatz der Gesundheitsförderung* bezeichnet. Nach Hurrelmann (2004) sollen präventive Maßnahmen gegenwärtig den Gesundheitszustand erhalten, um zukünftige krankhafte Zustände zu vermeiden. Das bedeutet, dass „Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern“ (Hurrelmann, 2004, S. 31). Derartige Interventionsmaßnahmen werden in drei Bereiche unterteilt:

1. *Primäre Prävention* – bedeutet, dass mittels Aufklärung und Beratung versucht wird, der Entwicklung von Krankheiten zuvorzukommen und durch die Untersuchung von Menschen mit erhöhtem Krankheitsrisiko Prädispositionen aufzuzeigen und auszuschließen. Beispiele dafür sind Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und explizit im betrieblichen Setting bspw. Gefährdungsbeurteilungen.
2. *Sekundäre Prävention* – bedeutet, dass durch die Früherkennung von Krankheiten die Weiterentwicklung gestoppt bzw. die Dauer der Erkrankung reduziert werden soll. Beispiele dafür sind u.a. die Ernährungsberatung bei Diabetikern oder auch Screeningprogramme für Krebserkrankungen.
3. *Tertiäre Prävention* – bedeutet, dass bei Menschen mit chronischen Krankheiten versucht wird, die Symptome und Beeinträchtigungen so einzudämmen, damit Folgeschäden vermieden werden und die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert wird. Ein Beispiel dafür sind rehabilitative Maßnahmen wie Rückenschulen nach Bandscheibenoperationen (vgl. Naidoo / Wills, 2010, S. 87).

Somit lässt sich festhalten, dass sich die Prävention auf konkrete Krankheiten bezieht und die Minderung der damit verbundenen Risiken.

2.6.2.2 Gesundheitsförderung

Nach Hurrelmann (2006) umfasst der Begriff der Gesundheitsförderung „Interventionshandlungen, die gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen suchen. Ziel ist die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz, verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet ist“ (Hurrelmann / Laaser, 2006, S. 753).

Daraus resultiert, dass der Ansatz der Gesundheitsförderung darauf ausgelegt ist, die Ressourcen der Menschen zu stärken.

Der zweite Ansatz der Gesundheitsförderung wird auch als *Ansatz der Verhaltensänderung* bezeichnet (vgl. Naidoo / Wills, 2010, S. 103). Dabei besteht einerseits die Möglichkeit direkt am Individuum anzusetzen oder andererseits die Möglichkeiten die Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten (vgl. Hurrelmann, 2004, S. 42). Maßnahmen, die am Individuum ansetzen, werden auch als verhaltensorientiert bzw. als Verhaltensprävention bezeichnet. Maßnahmen, die sich mit den Rahmenbedingungen auseinandersetzen, werden als verhältnisorientiert bzw. Verhältnisprävention bezeichnet. Verhaltensprävention bedeutet, dass auf das individuelle Gesundheitsverhalten bzw. Risikoverhalten Einfluss ausgeübt wird, um den jeweiligen Gesundheitszustand zu verbessern. Ein Beispiel dafür ist eine Beratung und Schulung zum korrekten Ergonomischen Verhalten am Arbeitsplatz. Verhältnisprävention bedeutet, dass die Umwelt bzw. das Umfeld der jeweiligen Person so verbessert wird, dass das Risiko von Erkrankungen oder Schädigungen reduziert wird. Beispiel dafür wäre die Schaffung eines belebenden Arbeitsplatzes (vgl. Hurrelmann, 2004, S. 36).

Der dritte Ansatz der Gesundheitsförderung bezieht sich auf die *Gesundheitsaufklärung und Erziehung*. Im Zuge dessen sollen die Menschen durch eine verbesserte Wissens- und Informationsvermittlung dahingehend sensibilisiert werden, intrinsisch eigene Entscheidungen in Richtung eines besseren Gesundheitsverhaltens für sich selbst treffen zu können. Im Gegensatz zum Ansatz der Verhaltensänderung steht der eigene freie Wille im Vordergrund. Daraus resultiert die Annahme, dass das erworbene Wissen die Position der Menschen in Richtung der Verhaltensänderung führen soll (vgl. Naidoo / Wills, 2010, S. 103).

Der vierte Ansatz der Gesundheitsförderung ist der *Ansatz des „Empowerments“*. Empowerment bedeutet in diesem Kontext selbstbefähigen, d.h., dass den Menschen ein autonomes Handeln beigebracht werden soll, um ihnen zu einer besseren Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit verhelfen zu können. Voraussetzung dafür ist, dass die Menschen den Willen zur Veränderung und zur Aneignung neuer Kompetenzen haben und davon überzeugt sind, dass sich durch neue Informationen und Unterstützungen ihre Situation ändern kann (vgl. Naidoo / Wills, 2010, S. 111 ff.).

Der fünfte Ansatz ist der *Ansatz der sozialen und politischen Veränderung*. Durch diesen Ansatz werden die Bedeutung der sozialen und ökonomischen Verhältnisse sowie deren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand thematisiert. Durch gesundheitsfördernde politische, gesetzliche und organisatorische Maßnahmen kann die Gesamtbevölkerung erreicht werden. Voraussetzung zur Durchsetzung solcher Maßnahmen sind die enge Verknüpfung von Organisationen und Gesetzgebung (vgl. Naidoo / Wills, 2010, S. 114 f.). Ein präsen

Beispiel ist das Bundesnichtraucherschutzgesetz (BNichtrSchG), das 2007 in Kraft getreten ist.

2.6.3 Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting

Eines der Hauptfelder der Gesundheitsförderung ist die betriebliche Gesundheitsförderung oder auch die Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting, d.h. im Kontext der Arbeitswelt. In Anbetracht dessen, dass nahezu die Hälfte der Bevölkerung einer auf einen wirtschaftlichen Erwerb gerichteten Tätigkeit nachgeht – 2011 lag die Zahl der Erwerbstätigen bei ca. 40 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2012, S. 14) – liegt der Ansatz der BGF nahe, um einen Großteil der erwachsenen Bevölkerung zu erreichen. Zur Abgrenzung der drei Hauptfelder betrieblicher Gesundheitspolitik und zum Verständnis der BGF müssen die drei Begrifflichkeiten des betrieblichen Arbeitsschutzes, der BGF und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) geklärt werden. Vorab ist festzuhalten, dass der Arbeitsschutz und die BGF Bestandteile des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind (siehe Abbildung 8). Auf die Bedeutung und die Inhalte des BGM wird im späteren Verlauf eingegangen.

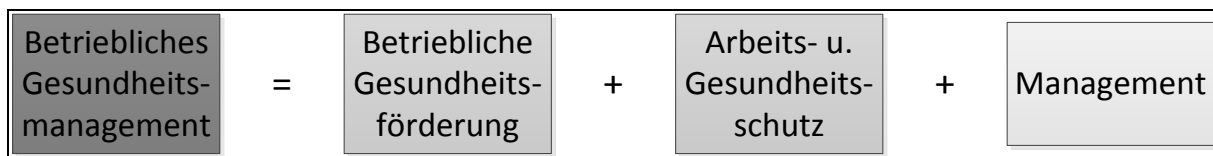


Abbildung 8: Betriebliches Gesundheitsmanagement nach Pfaff und Slesina, 2001, S. 32

Der betriebliche Arbeitsschutz (BAS) wurde im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) von 1996 festgelegt und beinhaltet die gesetzlichen Regelungen (Arbeitsschutzvorschriften), nach denen sich Betriebe richten müssen, um den Schutz und die Gesundheit ihrer Beschäftigten gewährleisten zu können. Dies wurde im § 4 Punkt 1. ArbSchG folgendermaßen formuliert: „Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und verbleibende Gefährdungen möglichst gering gehalten wird“ Weiter heißt es nach § 4 Punkt 4. ArbSchG: „Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen“ (Bundesministerium der Justiz, 2012). Die Maßnahmen, die dabei festgelegt werden, haben größtenteils einen verhältnisorientierten Charakter und beziehen sich dadurch stärker auf die Arbeitssituation und den Arbeitsplatz. Zu den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zählen Arbeitsplatzbegehungen durch Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen für jeden einzelnen Arbeitsplatz (vgl. Pfaff, 2008, S. 19 ff.).

Unter der betrieblichen Gesundheitsförderung ist „jede systematische Intervention in privaten und öffentlichen Betrieben zu verstehen, durch die gesundheitsrelevante Belastungen der Beschäftigten gesenkt und vorhandene Ressourcen gestärkt werden“ (Naidoo / Wills, 2010, S. 330). Zusammenfassend sind das „alle Maßnahmen eines Betriebes,

- die der Bekämpfung krankheitsrelevanter privater Risikoverhaltensweisen dienen,
- die auf die Erhöhung unspezifischer Gesundheitspotentiale (Ressourcen) zielen und/oder
- die der spezifischen oder unspezifischen Förderung des sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens der Mitarbeiter dienen“ (Pfaff und Slesina, 2001, S. 34).

Daraus ist folglich zu erkennen, dass die gesundheitsfördernden Maßnahmen primär am Menschen ansetzen und somit einen eher verhaltensorientierten Charakter haben. Die Tabelle 1 zeigt noch einmal zur Verdeutlichung die Unterscheidungsmerkmale von betrieblichen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung.

Tabelle 1: Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung nach Ulich, 2010, S. 13

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als...	...schutzbedürftiges Wesen → Defizitmodell → schwächenorientiert → pathogenetisches Grundverständnis	...autonom handelndes Subjekt → Potentialmodell → stärkenorientiert → salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben / Ziele verhältnisorientiert	Vermeiden bzw. Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen → Schutzperspektive → belastungsorientiert	Schaffen bzw. Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen → Entwicklungsperspektive → ressourcenorientiert
Aufgaben / Ziele verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen → Wahrnehmen von Gefahren	Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen → Wahrnehmen von Chancen

Die Erkenntnisse von den in Kapitel 2.5 beschriebenen Wirkungsmodellen zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit sind gewissermaßen Voraussetzung dafür, dass verhältnisorientierte und damit noch stärker verbunden auch verhaltensorientierte Maßnahmen durch- und umgesetzt werden können. Denn nur wenn die Akzeptanz seitens der Mitarbeiter vorhanden und deren Motivation hoch genug ist, ihr gesundheitsförderndes Verhalten zu ändern, wird dies

auch langfristigen Erfolg haben können. Dennoch fanden u.a. Badura et al. heraus, dass Programme erfolgreicher sind, wenn sie verhaltenspräventive Maßnahmen (z.B. Bewegungsprogramme) mit verhältnispräventiven Interventionen (z.B. ergonomischer Arbeitsplatz) verknüpfen (Badura et al, 2009, S. 72). Dabei schienen betriebliche Interventionen erfolgreich, wenn sie den Richtlinien der Luxemburger Deklaration nach

- Partizipation (Teilhabe der Beschäftigten an Interventionen),
- Integration (Belange der Gesundheit in Entscheidungs- und Organisationbereiche übernehmen),
- Projektmanagement (Maßnahmen und Programme an Bedürfnisse orientieren),
- und Ganzheitlichkeit (Interventionen auf persönlicher und organisationaler Ebene) entsprachen.

Besonders positiv waren derartige Mehrkomponenten-Programme, wenn die Mitarbeiter partizipativ in den Prozess mit einbezogen wurden (Badura et al, 2009, S. 72).

2.6.4 Maßnahmen und Programme der BGF

2.6.4.1 Verhaltensorientierte Maßnahmen

Wie in Kapitel 2.2.6.2 bereits erwähnt beziehen sich verhaltensorientierte Maßnahmen auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter. Zu diesen Maßnahmen zählen u.a. die Bereiche:

- Förderung der Körperlichen Aktivität
- Förderung der gesunden Ernährung
- Suchtprävention
- Stressmanagement
- Reduzierung von Rückenbeschwerden

Programme die darauf abzielen, die körperlichen Aktivitäten der Mitarbeiter zu steigern haben stets die Absicht, den physischen Fitness- und Gesundheitszustand zu verbessern. Dadurch soll das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen reduziert werden. Sport- und Bewegungsprogramme können betrieblich integriert oder auch außerhalb der Arbeitszeit stattfinden (vgl. Pfaff, 2008, S. 24 f.). Studien in diesem Bereich liefern oft wenig aussagekräftige Ergebnisse, da sie oft zu kurz angelegt und die Beteiligung

auf Grund der Freiwilligkeit oft zu niedrig war. Eine randomisierte Kontrollstudie von McEachan et al. (2011) die in 5 britischen Unternehmen durchgeführt wurde, zeigte, dass durch Interventionen zur körperlichen Aktivität der systolische Blutdruck und der Ruhe-Puls signifikant reduziert werden konnten.

Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung zielen in den meisten Fällen auf eine Gewichtsreduktion ab, durch die chronische Erkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus oder auch Bluthochdruck vermieden werden sollen. Maßnahmen im Rahmen von gesunder Ernährung beziehen sich überwiegend auf Ernährungsberatungsprogramme (vgl. Pfaff, 2008, S. 25 ff.). In einer neuseeländischen Studie von Zinn et al. (2012) wurde ein Ernährungsprogramm, das einerseits auf zwölf Wochen und andererseits auf zwölf Monate angelegt war, Angestellten angeboten. In beiden Gruppen konnte das Gewicht reduziert werden.

Im Bereich der Suchtprävention sind die Raucherentwöhnung und die Bekämpfung von Alkoholabhängigkeit die primären Ziele. Erkrankungen, die durch den Konsum von Zigaretten entstehen können, sind vielschichtig und reichen von Krebs- hin zu Gefäß- oder auch Lungenerkrankungen. Betriebliche Maßnahmen zur Raucherentwöhnung finden zumeist eher verhältnis- als verhaltensorientiert statt. Die Effekte verschwinden meist nach einem Jahr. Allerdings sind diese Maßnahmen dennoch relevant, da sie langfristig von Nutzen sein können (vgl. Badura et al., 2009, S. 68). Regelmäßiger Alkoholkonsum kann ebenso wie Nikotinsucht zu massiven Erkrankungen führen wie psychischen Störungen, Organschäden oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Soyka / Kufner, 2008, S.175 ff.). Programme zur betrieblichen Alkoholprävention zielen einerseits auf Schulungen von Führungskräften und bieten andererseits Unterstützungsprogramme, die direkt auf die Betroffenen Einfluss nehmen (vgl. Pfaff, 2008, S. 29). Die Bedeutung des Themas von Alkohol am Arbeitsplatz wird in einer nationalen australischen Erhebung von Pidd et al. (2011) deutlich. Die Ergebnisse zeigten, dass fast 9% der Befragten regelmäßig Alkohol während der Arbeitszeit trinken.

Stressmanagement ist ein Überbegriff für viele Faktoren. Wie im Kapitel 2.5 bereits beschrieben kann Stress multiple Auslöser haben und einerseits durch die Person selbst oder andererseits auch durch die Bedingungen des Arbeitsplatzes erzeugt werden. Die Erkrankungen die negativer Stress nach sich ziehen kann sind sowohl physischer als auch psychischer Natur. Stressmanagementprogramme beziehen sich auf die individuelle Ebene und beinhalten Entspannungstechniken und Bewältigungsstrategien (vgl. Pfaff, 2008, S. 29 ff.).

Rückenbeschwerden sind eine der Hauptursachen dafür, dass Menschen am Arbeitsplatz arbeitsunfähig werden. Im Jahr 2011 betrug der Anteil der Fehlzeiten, die mit Beschwerden des Rückens zusammenhingen, über 9% (Techniker Krankenkasse, 2012, S.53). Interventionen, die in diesem Bereich die größte Bedeutung erlangt haben, sind partizipative ergo-

nomische Maßnahmen. Diese Maßnahmen beinhalten meist praktische Teile wie Rückenschulen aber auch theoretische Teile wie Schulung zur Ergonomie am Arbeitsplatz. In einem Studienvergleich von Harborth (2012) wurden zwei Studien mit dem Inhalt der partizipativen Ergonomie miteinander verglichen und zeigten, dass sich zwar keine signifikanten Veränderungen bei der Prävalenz von Rückenbeschwerden ergaben – was in der relativ kurzen Dauer beider Studien begründet liegt. Allerdings zeigte einerseits Driessen et al. (2011), dass die Wahrscheinlichkeit von Rückenschmerzen zu genesen signifikant anstieg und andererseits wies Speklé et al. (2010) nach, dass sich der Wissensstand der Mitarbeiter im Umgang mit Haltung und Bewegung signifikant verbesserte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass verschiedene Maßnahmen die Ressourcen der Mitarbeiter erhöhen und das Risiko zu erkranken reduzieren können. Optimale Interventionen werden als Mehrkomponentenprogramme, die sich aus mehreren Einzelmaßnahmen zusammensetzen, durchgeführt. Vorteil dabei ist, dass gleichzeitig mehrere verhaltenspräventive Aspekte zeitgleich angesprochen werden können (vgl. Pfaff, 2008, S. 34 f.).

2.6.4.2 Verhältnisorientierte Maßnahmen

Verhältnisorientierte Maßnahmen zielen, wie in Kapitel 2.2.6.2 bereits beschrieben, auf die gesundheitsfördernde Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung ab. Sinn der Verhältnisveränderung ist bspw. der Abbau belastender Arbeitsbedingungen, Verbesserung der internen Kooperation oder auch die Erweiterung der Handlungsspielräume (vgl. Pfaff, 2008, S. 35 f.). Interventionen die das Verhältnis beeinflussen sind u.a.:

- Gesundheitszirkel
- Adaption des Arbeitsplatzes
- Flexible Arbeitszeitgestaltung

Der Gesundheitszirkel dient dazu, die Arbeitssituation bezüglich Belastungen und Ressourcen zu untersuchen. Er zeigt Möglichkeiten auf, wie die Belastungen der Mitarbeiter abgebaut und Verbesserungsmöglichkeiten geschaffen werden können, um ihre Ressourcen zu erhöhen (vgl. Pfaff, 2008, S. 37). Die Zusammensetzung der Gruppen im Gesundheitszirkel kann homogen oder heterogen sein. Homogen bedeutet, dass Mitarbeiter der gleichen hierarchischen Ebene über ihre Arbeitssituation reflektieren. Heterogen bedeutet das Zusammenspiel von verschiedenen Experten (z.B. Führungskräfte, Arbeitsschutzexperten etc.), um Problemlagen zu analysieren und zu bearbeiten. Laut Schröer und Sochert (1997) ist eine auf eine bestimmte Dauer festgelegte Zusammenarbeit aller relevanten Beteiligten notwen-

dig (Ulich, 2010, S. 154 zit. nach Schröder / Sochert). Eine potentielle Zusammensetzung zeigt Abbildung 9.



Abbildung 9: Zusammensetzung eines Gesundheitszirkels nach Ulich, 2010, S. 155

Inhalte, mit denen sich der Gesundheitszirkel auseinandersetzt, sind wie erwähnt primär Belastungen. Diese können körperlicher (z.B. Tragen schwerer Lasten) und sozialer (z.B. Verhältnis zu Vorgesetzten) Natur sein oder sich auch auf die Arbeitsumgebung (z.B. Lärm) und die Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeitsvolumen) beziehen. Allerdings werden auch Ressourcen und Verbesserungsvorschläge besprochen. Laut einem Review von Aust und Ducki (2004) können Gesundheitszirkel wesentlich dazu beitragen ergonomische, technische und organisatorische Veränderungen anzustoßen um dadurch Belastungen zu vermindern, sowie die Arbeitszufriedenheit zu steigern (Badura et al., 2009, S. 68 zit. nach Aust / Ducki).

Die Anpassung des Arbeitsplatzes kann einerseits über die Besprechungen der Gesundheitszirkel erreicht werden und andererseits gibt es auch gesetzliche Vorschriften, die die Arbeitgeber zur Einhaltung ergonomischer und gesundheitsgerechter Arbeitsplatzgestaltung anweisen (Arbeitsstättenverordnung). Die Inhalte, die es dabei zu berücksichtigen gilt, beziehen sich auf Beleuchtung, Klima, Lärm und Ergonomie. Alle vier Bereiche können sich negativ auf den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit auswirken. Daher sollte die Beleuchtung eine angemessene Stärke haben, Räume gut temperiert und belüftet sein und Geräusche den maximalen Lärmpegel nicht überschreiten. Aus ergonomischer Sicht sollte eine Verbesserung an den Arbeitsmitteln stattfinden wie z.B. Arbeitstisch, Arbeitsstuhl oder am Computer (vgl. Pfaff, 2008, S. 38 f.).

Eine flexible Arbeitszeitgestaltung ermöglicht ein besseres Arrangement des Familienlebens und kann dadurch die Zufriedenheit der Mitarbeiter steigern. Unter flexiblen Arbeitszeiten versteht man die Abweichung von der „Normalarbeitszeit“, die durch eine starre Verteilung der Arbeitsstunden in einer Wochenarbeitszeit bspw. von montags bis freitags festgelegt ist. Durch die variable Gestaltung der Arbeitszeit ermöglicht dies eine bessere „Work-Life-Balance“, d.h., dass sich berufliche und private Interessen der Mitarbeiter einfacher miteinander vereinbaren lassen (vgl. Badura, 2010, S. 378). Formen von flexibler Arbeitszeitgestaltung können z.B. Gleitzeit, Teilzeit, Rufbereitschaft oder auch Wahlarbeitszeit sein (vgl. Klein-Schneider, 1999, S. 14).

2.7 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die betriebliche Gesundheitsförderung als zentraler Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) hat eher einen Projektcharakter, während sich das Konzept des BGM eher im Zuge der Entwicklung der jeweiligen Organisation manifestiert und langfristig angelegt ist. Unter dem Begriff des BGM verstehen Badura et al. (2010), „die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura, 2010, S. 33). Demzufolge liegt der Fokus beim BGM stärker auf der Organisation als Ganzes, im Vergleich dazu, dass sich der BAS eher auf die Arbeitsumgebung und die BGF eher auf die einzelne Person bezieht.

2.7.1 Ziele des BGM

Das betriebliche Gesundheitsmanagement verfolgt vier Hauptziele

1. Nutzen stiften, Zukunftsfähigkeit steigern

Auf Grund dessen, dass Mitarbeiter immer stärker zu verschiedenen psychischen Phänomenen neigen, wie z.B. innere Kündigung, Mobbing oder auch Burnout, kann dies zu wirtschaftlichen Defiziten in Unternehmen führen. Daher soll das BGM dazu beitragen Leistung und das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu steigern.

2. Kosten senken

Um Kosten senken zu können muss die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter erhalten und möglichst auch gesteigert werden. Faktoren, die dazu beitragen, sind die Verhin-

derung arbeitsbedingter Erkrankungen und auch die Reduzierung von Fehlzeiten und Fluktuation.

3. Arbeits- und Gesundheitsschutz neu ausrichten und betriebliche Gesundheitsförderung verstärken

Die vorhandenen betrieblichen Möglichkeiten von BAS und BGF müssen stärker ausgeschöpft werden, um die Risiken am Arbeitsplatz zu minimieren und die Ressourcen der Mitarbeiter zu erhöhen.

4. Gesundheitsmanagement als kontinuierlichen Lernprozess organisieren

Der Prozess des BGM muss sich immer wieder neu organisieren und weiterentwickeln mit der Vision der Veränderung hin zur gesunden Organisation (vgl. Walter/Münch/Badura, 2002, S. 534)

2.7.2 Perspektiven des BGM

Die Ansatzpunkte zur Verbesserung der Gesundheit müssen an allen vier Perspektiven des BGM wirken, um dauerhaft erfolgreich zu sein. Dies geschieht ähnlich der BGF an dem Verhalten jedes einzelnen Individuums, an den Arbeitsbedingungen und auch bei der Kombination von Arbeits- und Privatleben. Daraus resultieren vier verschiedene zu berücksichtigende Perspektiven, die Perspektive des Individuums, die Perspektive der Arbeitsbedingungen, die Perspektive der Organisation und die Perspektive der Umwelt (siehe Abb. 10).

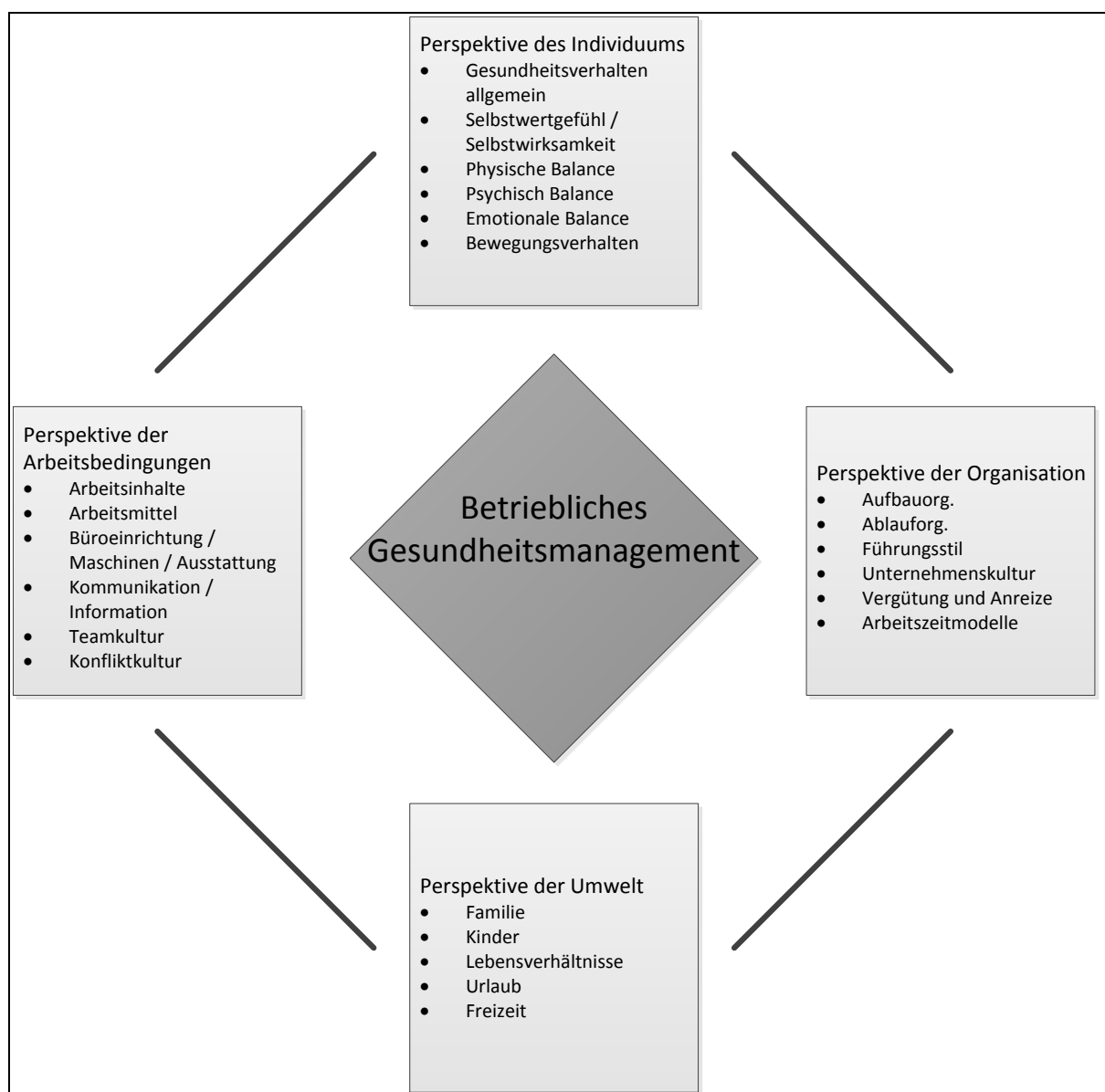


Abbildung 10: Perspektiven des Gesundheitsmanagements im Unternehmen nach Meifert u. Kesting, 2004, S. 32

Die Perspektive des Individuums zielt ähnlich wie die Verhaltensprävention auf das individuelle Gesundheitsverhalten jedes einzelnen Mitarbeiters ab. Dabei spielen die unter Abschnitt

2.6.4.1 genannten Maßnahmen zur verhaltensorientierten Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle.

Die Perspektive der Arbeitsbedingungen bezieht sich ähnlich wie die Verhältnisprävention auf die gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung. Relevante Maßnahmen diesbezüglich ergeben sich aus Abschnitt 2.6.4.2.

Die Perspektive der Organisation bezieht sich auf den Kontext in den der Betrieb oder das Unternehmen eingebettet ist. Darunter sind eher globale Maßnahmen zu verstehen, die zwar ähnlich verhältnispräventiv angelegt sind wie die im Rahmen der Arbeitsbedingungen, allerdings in den meisten Fällen eher eine Voraussetzung für selbige darstellen. So müssen zuerst Grundlagen wie die Etablierung eines Gesundheitsmanagements, ein gesundheitsfördernder Führungsstil oder auch eine Unternehmenskultur geschaffen werden, bevor gesundheitsfördernde Maßnahmen strukturell durchgeführt werden können (vgl. Meifert / Kesting, 2004, S. 31-35).

Die Perspektive der Umwelt bezieht sich auf die Kombination von Arbeits- und Privatleben der Mitarbeiter. So ist eine grundlegende Bedingung für die Wirksamkeit aller internen betrieblichen Maßnahmen auch ein gutes externes Gesundheitsverhalten. Daher ist es ebenso wichtig wie notwendig die Lebensumwelt jedes einzelnen Mitarbeiters zu verbessern. Maßnahmen zur Gestaltung der „Work-Life-Balance“ sind bspw. flexible Arbeitszeit, Kinderbetreuung oder auch betriebliche Freizeitangebote (vgl. Meifert / Kesting, 2004, S. 31-35).

Je besser alle Ebenen des BGM zusammen agieren, mit desto höherer Wahrscheinlichkeit kann ein dauerhafter Erfolg erzielt und die Gesundheit aller Mitarbeiter erhalten oder verbessert werden.

2.7.3 Schritte zur Implementierung BGM

Bei der Implementierung eines BGM spielen Standards, wie sie im Qualitätsmanagement Verwendung finden, eine immer größer werdende Rolle. Sowohl Badura et al. (2010) als auch Meifert u. Kesting (2004) beziehen sich bei ihren Betrachtungen zur Einführung eines BGM auf essentielle Prozesse, die vorhanden sein müssen, damit das System erfolgreich ist. Grundvoraussetzung für stabiles und effektives BGM ist volle Unterstützung und Einsatzbereitschaft auf oberster Führungsebene. Denn nur wenn das Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe in Partizipation mit den Mitarbeitern eingeführt wird, kann es global im Betrieb Anerkennung und Zuspruch finden (vgl. Badura et al., 2010, S. 148). Meifert u. Kesting (2004) schreiben von fünf Schritten die nacheinander ablaufen müssen, um das BGM erfolgreich zu implementieren (Meifert / Kesting, 2004, 35-39):

1. Zieldefinition und Auftragsklärung
2. Grobplanungsphase
3. Analysephase
4. Interventions- und Durchführungsphase
5. Evaluation und Qualitätssicherung

Im Vergleich dazu formulieren Badura et al. (2010) zehn Mindeststandards für ein erfolgreiches BGM (Badura et al., 2010, S. 147):

1. Formulierung einer klaren, inhaltlichen Zielsetzung
2. Abschluss schriftlicher Vereinbarungen
3. Einrichtung eines Lenkungsausschusses
4. Bereitstellung von Ressourcen
5. Festlegung personeller Verantwortlichkeiten
6. Qualifizierung von Experten und Führungskräften
7. Beteiligung und Befähigung der Mitarbeiter
8. Betriebliche Gesundheitsberichtserstattung
9. Internes Marketing
10. Durchführung der vier Kernprozesse

Bei beiden zeigen sich deutliche Überschneidungen, die man anhand der Elemente des PDCA-Zyklus zusammenfassen kann. So steht generell am Beginn beider Betrachtungen die konkrete Zielsetzung, was mit Hilfe der Einführung des BGM erreicht werden soll. Badura et al. (2010) formulieren drei strategische Ziele die das BGM verfolgt (Badura et al., 2010, S. 149):

- Stärkung des Sozial und Humankapitals
- Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit
- Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit

Im Zuge dessen werden alle Maßnahmen und Inhalte geplant, die zur Zielerreichung notwendig sind. Dazu zählen sowohl personelle als auch strukturelle Faktoren. Des Weiteren wird eine IST-Analyse durchgeführt, um die Ausgangssituation zu verdeutlichen und einzelne Ziele zu konkretisieren (z.B. Reduzierung von Fehlzeiten). Mittels der Analyse werden u.a. der betriebliche Gesundheitsbericht und Gefährdungsbeurteilungen untersucht oder auch Check-ups durchgeführt (vgl. Meifert / Kesting, 2004, S. 35-39). Dieser Zielformulierungs- und Planungspunkt entspricht der Bedeutung des Elements „plan“ in Anlehnung an den PDCA-Zyklus.

Der zweite Schritt „do“ beinhaltet die Durchführung aller geplanten Interventionen, die Schaffung von Zuständigkeiten und Veränderung der Strukturen.

Der dritte Schritt „check“ entspricht der Evaluation, d.h. der Überprüfung der Erreichung der geplanten Ziele. Laut Badura et al. bedeutet dies, „die Überprüfung der Ergebnisqualität, d.h. die datengestützte Erfassung des Ausmaßes, in dem die angestrebten Ziele erreicht wurden (Ergebnisevaluation), und auf die Überprüfung der Einhaltung von Standards als Voraussetzung für gute Ergebnisse (Struktur- und Programmevaluation)“ (Badura et al., 2010, S. 160). Dazu zählen bspw. die Verbesserung des Wohlbefindens zur Ergebnisqualität und die Entwicklung des Managementsystems zur Prozessqualität. Hierzu wird der IST-/SOLL Vergleich durchgeführt, um mögliche Abweichungen in den nächsten Schritt mit zu übernehmen.

Der letzte Punkt „act“ bedeutet das Handeln im Rahmen von möglichen Abweichungen vom Ziel. Das heißt, dass Korrekturmaßnahmen ergriffen werden, um die festgelegten Ziele zu erreichen.

Alle Prozesse, die notwendig sind, um ein BGM einzuführen, benötigen eine kompetente Leitung. Sie muss die über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um alle Abläufe ordnungsgemäß koordinieren zu können. Nicht nur im Rahmen des Gesundheitsmanagements, aber auch ganz besonders dort, bedarf es somit qualifizierter Führungskräfte, um die Gesundheit der Mitarbeiter positiv zu beeinflussen. Im folgenden Kapitel werden diesbezüglich die Führung und die Führungskraft thematisiert. Dabei werden besonders Aufgaben der Führungskräfte und Anforderungen an sie herausgearbeitet.

3 Führung

3.1 Definition des Begriffs Führung

Nach Rosenstiel et al. (2003) wird Führung als „zielbezogene Einflussnahme“ (Rosenstiel et al., 2003, S. 4) definiert. Diejenigen Personen, die geführt werden, sollen dazu motiviert werden die sich den jeweiligen Unternehmenszielen zu identifizieren und sie zu ermöglichen (vgl. Rosenstiel et al., 2003, S. 4). Schirmer et al. (2009) sprechen von zwei Kernpunkten der Führung innerhalb der Betriebswirtschaftslehre (siehe Abb. 11):

1. Die Unternehmensführung:

Sie bezeichnet alle Aktivitäten im Zusammenhang mit „zielorientierter Planung, Strukturierung und Kontrolle von ganzen Organisationen“ (Schirmer et al., 2009, S. 1). Daher kann man alle Aufgaben in Zuge der Unternehmensführung auch als „Management“ beschreiben.

2. Die Personalführung:

Sie beschreibt „den Prozess der zielgerichteten Verhaltensbeeinflussung von Mitarbeitern“ (Schirmer et al., 2009, S. 1). Daher spricht man im Zusammenhang von Personalführung auch von Mitarbeiterführung. Darunter zählen alle Maßnahmen, die sich direkt auf das Verhalten der Mitarbeiter auswirken. Die Personalführung wird auch als „Leadership“ bezeichnet und ist durch die Merkmale eines Prozesses der Einflussnahme auf Mitarbeiter, einem Gruppenkontext und einem gemeinsamen Ziel gekennzeichnet (vgl. Sohm, 2007, S. 2).

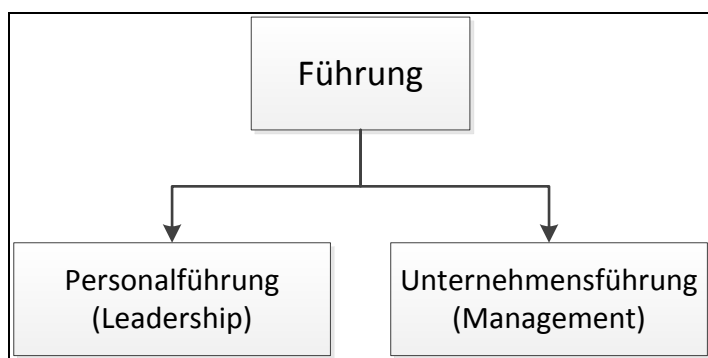


Abbildung 11: Führung, eigene Darstellung

3.2 Führungsansätze

Schirmer et al. (2009) geben einen systematischen Überblick über die Entwicklung der Führungsansätze und haben im Zuge dessen die vier primären Perspektiven zusammengetragen (siehe Abb. 12):

- der Eigenschaftenansatz
- der Verhaltensansatz
- der Situationsansatz
- der New Leadership-Ansatz

Des Weiteren wird der Wandel von transaktionaler hin zu transformationaler Führung dargestellt. Transaktional bedeutet, dass Führungskraft und Mitarbeiter eine Tauschbeziehung eingehen. Bspw. wird eine gesteigerte Leistungsbereitschaft seitens der Mitarbeiter durch eine Erhöhung des Entscheidungsspielraumes für den Mitarbeiter durch die Führungskraft honoriert. Im Gegensatz dazu bedeutet transformational, dass der Mitarbeiter durch die Führungskraft dahingehend verändert oder gewandelt werden soll, dass er uneigennützig, nicht lediglich auf seinen eigenen Vorteil bedacht, handelt. Bspw. kann das durch eine starke Identifikation der Mitarbeiter mit ihrem Beruf ermöglicht werden.

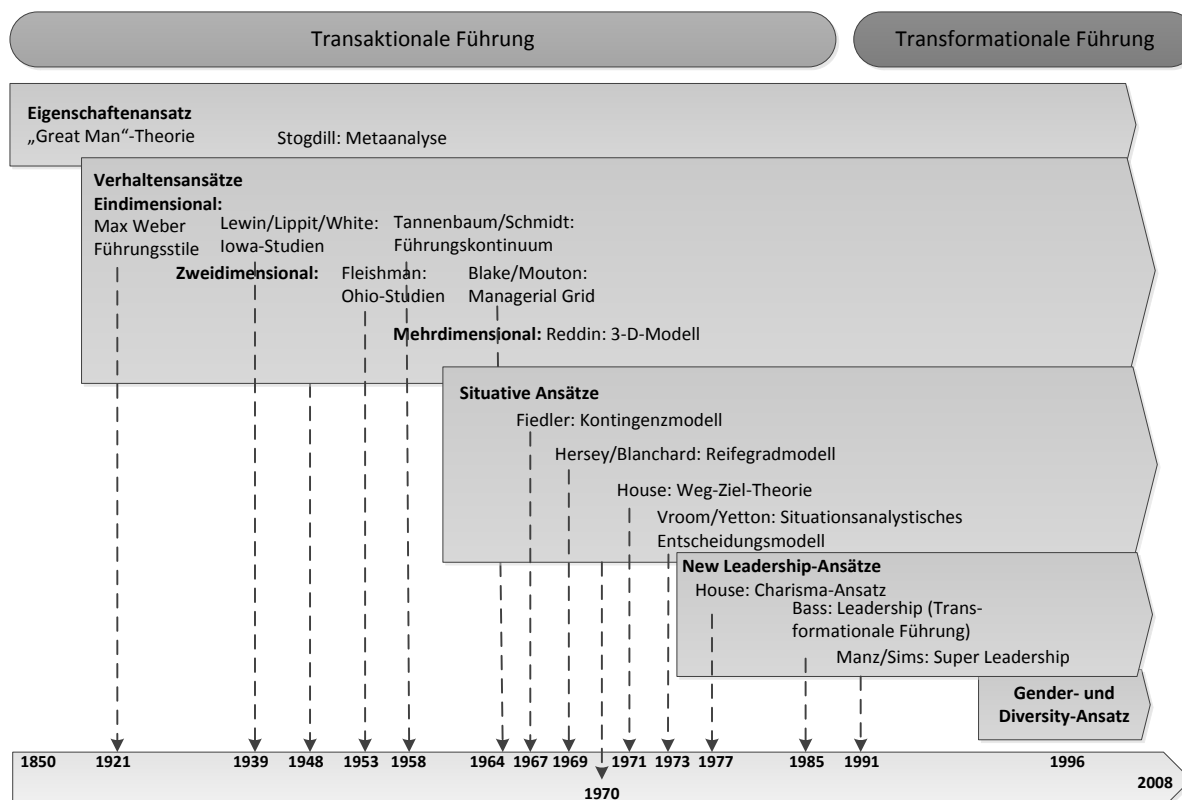


Abbildung 12: Ausgewählte Führungstheorien mit zentralen Veröffentlichungen im chronologischen Überblick (Schirmer et al., 2009, S. 100)

3.2.1 Führungstheorie des Eigenschaftensatzes

Der Eigenschaftensatz bedeutet, dass sich der Führer gegenüber dem Geführten durch unterschiedliche Merkmale in der Persönlichkeitsstruktur charakterisieren lässt. Demzufolge muss der Führer über bestimmte Eigenschaften verfügen, um sich einerseits von dem Geführten abgrenzen und andererseits, um ihn führen zu können. Zu derartigen Eigenschaften zählen u.a. Selbstvertrauen, Entschlusskraft oder auch Überzeugungskraft (vgl. Steinmann u. Schreyögg, 2005, S. 646). Resultierend aus dieser Eigenschaftannahme wird der Ansatz auch als „Great Man Theory“ bezeichnet. Nach einer Auswertung von Stogdill (1948) zu den Führungseigenschaften haben sich die relevantesten Faktoren herauskristallisiert (Staehele, 1999, S. 332):

- Fähigkeiten (Intelligenz, Urteilskraft usw.)
- Leistungen (Wissen, Erfolg usw.)
- Verantwortung (Zuverlässigkeit, Initiative, Selbstsicherheit usw.)
- Partizipation (Kooperation, Anpassungsfähigkeit usw.)
- Status (sozialökonomische Position, Popularität usw.)

In der Endkonsequenz konnte jedoch kein direkter Zusammenhang zwischen den Führungseigenschaften und dem Führungserfolg dokumentiert werden. Es zeigte sich, dass vielmehr die besondere Situation (geistiges Niveau, Status, Fertigkeiten etc.) Auswirkungen auf den Führungserfolg hatten (vgl. Staehle, 1999, S. 333). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verlor die Führungstheorie des Eigenschaftsansatzes zunehmend an Bedeutung, da sie zu statisch ausgerichtet war und sich zu wenig an der aktuellen Situation orientierte. Erweiterte Mitbestimmungsrechte und erhöhte Bildung der Mitarbeiter führten zwangsläufig zur Abkehr vom Elitedenken (vgl. Schirmer et al., 2009, S. 100 f.).

3.2.2 Führungstheorie des Verhaltensansatzes

Beim Verhaltensansatz stehen nicht mehr die Merkmale des Führenden im Vordergrund, sondern vielmehr geht es um spezielle Führungsverhaltensweisen (vgl. Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 651). Dabei bezeichnet das Führungsverhalten die auf eine Situation angepassten Aktionen der Führungskraft, während das langfristige und kontinuierliche Verhaltensschema als Führungsstil verstanden wird (vgl. Staehle, 1999, S. 334).

Je nachdem wie viele Verhaltensdimensionen und je nach Inhalt, kann der Führungsstil ein-, zwei-, oder mehrdimensional aufgebaut sein.

3.2.2.1 Eindimensionale Führungsstile

Die idealtypischen Führungsstile wurden durch Max Weber geprägt. Er unterscheidet dabei vier Arten (vgl. Staehle, 1999, S. 335):

- Patriarchalischer Führungsstil

Der Familienvater (Patriarch) erwartet, von seinen Unterstellten Anerkennung seiner Loyalität und Gehorsam. Im Gegenzug ist er für Treue und Fürsorge der jeweiligen Geführten verantwortlich. Aus organisationaler Sicht ist somit der Patriarch allein Träger aller Entscheidungen.

- Charismatischer Führungsstil

Charisma ist die Fähigkeit der Führung durch persönliche Ausstrahlungskraft. Somit begründet sich die Führungsposition durch ein besonderes Persönlichkeitsmerkmal. Der Geführte ist bereit, alle Aufgaben zu erfüllen und begibt sich dabei in ein Abhängigkeitsverhältnis.

- Autokratischer Führungsstil

Autokratische Führung findet sich eher in großen Organisationen wieder, die durch umfassende Strukturen (Hierarchie) geprägt sind. Dabei werden Entscheidungen durch nachfolgende Instanzen an die Geführten weiter gegeben, ohne dass der Autokrat direkten Kontakt zu ihnen hat.

- Bürokratischer Führungsstil

Der bürokratische Führungsstil verstärkt die Bildung von Richtlinien und Anordnungen wie sie im Zuge der Strukturierung beim autokratischen Führungsstil schon seine Anfänge hat. Bei dieser extremen Form wird der persönliche Wille des Autokraten durch den Sachverstand des Bürokraten ersetzt.

Dieses eher theoretische Gebilde wurde durch die Iowa-Studien von Kurt Lewin erweitert. Bei dem Experiment wurde zwischen autoritären und demokratischen Gruppenleitern rotiert, wobei das laissez-fair Verhalten eher zufällig entstand. Daraus ergaben sich drei Arten von Führungsstilen (vgl. Schirmer et al., 2009, S. 103):

- Autoritärer (autokratischer) Führungsstil
- Kooperativer (demokratischer) Führungsstil
- Laissez-faire-Führungsstil

1958 entwickelten Tannenbaum und Schmidt ausgehend von den beiden Führungsstil-extremen von Lewin den autoritären und den demokratischen Führungsstil, ein siebenstufiges Führungsmodell, welches zwischen extrem „autoritär“ und extrem „demokratisch“ fünf Zwischenstufen beinhaltet (vgl. Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 651 ff.):

- patriarchalisch
- informierend
- beratend
- kooperativ
- delegativ

Die autoritäre Seite ist dabei dadurch gekennzeichnet, dass die Führungskraft den Geführten alle Aufgaben und die Art der Aufgabenerfüllung zuweist, während die demokratische Seite sich dadurch auszeichnet, dass die Führungskraft den Geführten die Freiheit gibt, die Aufgaben untereinander verteilen zu können (vgl. Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 653).

3.2.2.2 Zweidimensionale Führungsstile

1953 entwickelte Fleischmann im Rahmen der Ohio-Studie in Abkehr von den eindimensionalen Führungsstilen faktorenanalytisch zwei voneinander unabhängige Dimensionen, einer-

seits die Dimension „consideration“ (Personenorientierung) und andererseits die Dimension „initiating structure“ (Aufgabenorientierung) (vgl. Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 661):

- Personenorientierte Führung

Bei der personenorientierten Führung steht das Interesse der Führungskraft am Mitarbeiter bezüglich seiner Zuwendung zu ihm im Vordergrund. Dies kann u.a. durch menschliche Wärme, Vertrauen oder auch Respekt gegenüber den Mitarbeitern zu Ausdruck gebracht werden. Ziel dabei ist eine Leistungssteigerung und Arbeitsidentifikation der Mitarbeiter durch die verstärkte Aufmerksamkeit.

- Aufgabenorientierte Führung

Im Mittelpunkt der aufgabenorientierten Führung stehen die Einhaltung der Zielvorgaben und die Umsetzung des technologischen Ablaufs. Damit soll der Leistungsprozess im Unternehmen wirkungsvoller gestaltet und die Effektivität erhöht werden.

Zwar sind diese beiden Dimensionen nicht gleichartig und werden unabhängig voneinander betrachtet, dennoch gibt es situationsabhängige Kombinationsmöglichkeiten. Empirische Belege dafür, dass dieser Führungsstil praktikabel und anwendbar ist gibt es nicht (vgl. Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 662).

Darauf aufbauend entwickelten Robert Blake und Jane Mouton (1960) einen ebenfalls zweidimensionalen Führungsansatz, das Führungsverhaltensgitter. Das Gitter besteht aus je neun Segmenten auf der x und y Achse, wobei auf der x-Achse die Aufgabenorientierung und auf der y-Achse die Mitarbeiterorientierung abgebildet wird. Daraus ergeben sich 81 Felder, von denen jedoch nur die Eckpunkte und die Mitte relevant sind (siehe Abb. 13). Das Idealbild in der rechten oberen Ecke, der 9.9. Führungsstil, ergibt eine Führungsdilemmasituation, da der Sachverhalt kaum realisierbar ist. Ausgehend davon wird im 5.5. Führungsstil ein Kompromiss gesucht, um beide Dimensionen angemessen berücksichtigen zu können.

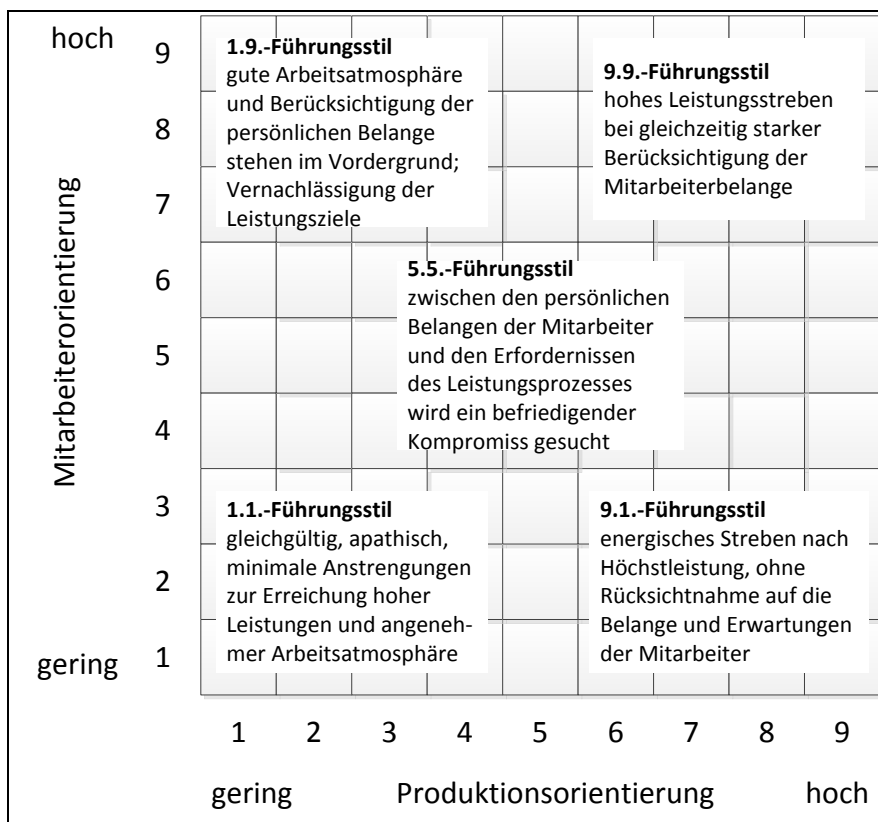


Abbildung 13: Verhaltensgitter nach Blake/Moutun 1978 aus Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 663

3.2.2.3 Mehrdimensionale Führungsstile

1970 entwickelte Reddin das 3-D-Konzept der Führung, ausgehend von den beiden zweidimensionalen Führungsstilen. Als Basis dafür diente das Führungsverhaltensgitter von Blake/Mouton, dessen Eckpunkte er als Führungsstil-Quadranten abwandelte. Daraus ergaben sich vier Grundführungsstile:

- Verfahrensstil – bedeutet ein niedriges Niveau von Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung
- Beziehungsstil – bedeutet, dass sich die Führungskraft stärker am Mitarbeiter orientiert und die Aufgaben vernachlässigt
- Aufgabenstil – bedeutet starke Aufgabenneigung der Führungskraft mit Vernachlässigen der Mitarbeiter
- Integrationsstil – bedeutet eine starke Orientierung in beiden Dimensionen

Schlussfolgernd bedeutet dies, dass jeder Führungsstil separat für sich wirkungsvoll aber auch gleichzeitig unwirksam sein kann (vgl. Schirmer et al., 2009, S. 107). Die ausschlaggebende Komponente dabei ist die jeweils unterschiedliche Situation, die berücksichtigt werden muss. Damit folgt der Übergang zu den situationsbezogenen Führungsansätzen.

3.2.3 Führungstheorie des Situationsansatzes

Durch die Erkenntnisse aus dem Eigenschaften- und aus dem Verhaltensansatz heraus wurde deutlich, dass sich erfolgreiche Führung nicht ausschließlich durch das Führungsverhalten erklären lässt. Der Kontext, d.h. die Situation in der das Führungsverhalten eingebettet ist, muss berücksichtigt werden. Somit spricht man von der Situationsabhängigkeit der Führung (vgl. Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 666 f.).

Ein situativer Ansatz der Führung ist das Kontingenzmodell nach Fiedler. Die zentrale Aussage dieses Modells ist, dass der Führungserfolg durch den Führungsstil und die Führungssituation bedingt wird. Somit ergeben sich drei Kernvariablen (vgl. Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 667-672):

- Führungsstil:

Nach Fiedler gibt es zwei Arten, einerseits den aufgabenbezogenen und andererseits den personenbezogenen Führungsstil. Zur Festlegung der Dimension verwendet er eine LPC-Skala. Je höher der Wert auf dieser Skala desto stärker tendiert die Führungskraft in Richtung eines personenbezogenen Führungsstils.

- Situation:

Die Einflüsse der Führungskraft auf die Situation beschreibt Fiedler als „situationale Günstigkeit“. Diese drückt aus, in welcher Intensität die Führungskraft das Gruppenverhalten positiv beeinflussen kann und wird durch die drei Variablen Positionsmacht (hierarchische Stellung der Führungskraft), Aufgabenstruktur (durchstrukturierte Aufgaben und Abläufe) und die Beziehung zwischen Führer und Geführten charakterisiert. Um diese Günstigkeit bestimmen zu können werden diese drei Variablen miteinander kombiniert und es ergeben sich verschiedene günstige und ungünstige Situationen.

- Effektivität der Führung:

Die Effektivität äußert sich ausschließlich als wirtschaftliche Größe wie Produktivität oder Output.

Wichtigste Erkenntnis aus dem Fiedler'schen Kontingenzmodell ist, dass Führungsstil und Führungssituation zueinander passen müssen, um eine effektive Führung gewährleisten zu können. Somit muss die Situation bei Unpässlichkeiten so lange verändert werden bis sie zum vorhandenen Führungsstil passt. Kritischer Gesichtspunkt bei diesen Überlegungen ist,

das parallel getrennte Vorhandensein von Führungsstil und –situation. Auf Grund dessen interagieren sie miteinander (vgl. Steinmann / Schreyögg, 2005, S. 671).

3.2.4 New Leadership-Ansatz

Der New Leadership-Ansatz leitet gewissermaßen den Wandel von transaktionaler hin zu transformationaler Führung ein. Dabei rücken stärker mitreißende und charismatische Fähigkeiten der Führungskräfte in den Vordergrund. Diese Fähigkeiten sollen die Mitarbeiter motivieren und dazu führen, dass sie sich stärker mit dem Unternehmen und der Arbeit identifizieren.

Ein Konzept der transformationalen Führung ist das Leadership-Konstrukt von Bass (1985). Es kombiniert transaktionale und transformationale Führung miteinander. Die transaktionale Seite wird durch betriebliche Anreize und Aufgabendelegation umgesetzt, während sich die transformationale Seite aus den Komponenten Charisma, Inspiration, intellektuelle Stimulierung und individueller Wertschätzung zusammensetzt. Dies zeigt, dass die personenorientierte Führung deutlich stärker als die aufgabenorientierte ausgeprägt ist und der Mensch als Mitarbeiter intensiver fokussiert wird (vgl. Schirmer et al., 2009, S. 107).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass es im Zuge der Entwicklung von Führung immer wieder andere Ansatzpunkte gab und immer mehr Faktoren hinzukamen, die sich auf den Führungserfolg auswirken. Einerseits meint Staehle (1999), dass es keinen „optimalen Führungsstil gibt“ (Staehle, 1999, S. 341) und somit keiner einem anderen zu bevorzugen ist. Andererseits erfordern unterschiedliche Situationen ein angepasstes Führungsverhalten, was zusätzlich die Problematik des besten Führungsverhaltens erschwert. Im Folgenden wird auf die Kernkompetenzen und Aufgaben von Führungskräften näher eingegangen, um die essentiellen Voraussetzungen für optimales Führungsverhalten zu verdeutlichen.

3.3 Anforderungen an Führungskräfte

An Führungskräfte werden hohe, sich permanent ändernde Anforderungen gestellt. In Zeiten der Globalisierung, des ständigen Wandels und des sich rasant weiterentwickelnden technisch-technologischen Fortschritts muss die Führungskraft in der Lage sein, den raschen Veränderungen gerecht zu werden.

3.3.1 Führungsaufgaben

Daraus ableitend sind auch die Führungsaufgaben keine starre Größe, sondern ebenfalls dem Wandel unterworfen. Dennoch bildeten sich im Laufe der Zeit verschiedene Kernaufgaben heraus. Für Malik (2001) gibt es fünf wichtige Aufgaben die eine Führungskraft erfüllen muss, damit ihre Führung effektiv ist (vgl. Malik, 2001, S. 174 ff.):

1. Für Ziele sorgen

Ausgehend von Vision und Mission des Unternehmens müssen Ziele abgeleitet werden. Dabei ist es wichtig, die Zielvorgabe möglichst präzise, terminiert, personengebunden und letztlich auch erreichbar zu formulieren. Führungskräfte übernehmen dabei stets die Aufgabe, neue Ziele zu entwickeln und zu koordinieren.

2. Organisieren

Zentraler Punkt bei der Organisation ist die Entwicklung von möglichst überschaubar und planbaren Organisationseinheiten wie Stellen und Abteilungen. Dabei muss die Führungskraft die jeweiligen Kompetenzen festlegen und die einzelnen Einheiten effektiv miteinander verknüpfen.

3. Entscheiden

Entscheidungen zu treffen, über Ressourcen, Personal oder auch neue Wege, ist die Hauptaufgabe von Führungskräften. Effektive Manager treffen wenige aber richtige Entscheidungen, da dies immer auch unerwünschte Konsequenzen nach sich ziehen kann. Dabei ist die Abwägung von schnellen und genauen Entscheidungen ein Problem, welches eine gute Urteilskraft, viel Erfahrung und besonders Sachkenntnis erfordert.

4. Kontrollieren

Kontrolle ist eine weitere essentielle Aufgabe, die Vertrauen voraussetzt. Jedes Unternehmen benötigt interne Kontrollmöglichkeiten. Entscheidend dabei sind die Art und Weise der Kontrolle. Dabei sollte sich die Führungskraft für eine möglichst überschaubare Anzahl von Kontrollgrößen entscheiden, um keine Verwirrung zu erzeugen. Dabei spielen Ist/Soll-Vergleiche eine wichtige Rolle um eventuelle Korrekturmaßnahmen einleiten zu können.

5. Menschen entwickeln und fördern

Wichtig dabei ist, dass Menschen stets an ihren Aufgaben wachsen und es dadurch notwendig ist, dass die Führungskraft einerseits die Stärken der Mitarbeiter erkennt und fördert und sie auch dahin gehend fordert, dass sie ihre Aufgaben einfacher bewältigen können. Leistung sollte honoriert werden, um die Motivation der Mitarbeiter aufrechtzuerhalten.

In einer Übersicht zu den Führungsaufgaben, die ebenfalls Bestandteil einer Führungskraft sein können, zeigen Schirmer et al. (2009) wie komplex die Fähigkeiten sein müssen, um all dies bewältigen zu können (siehe Abb. 14).

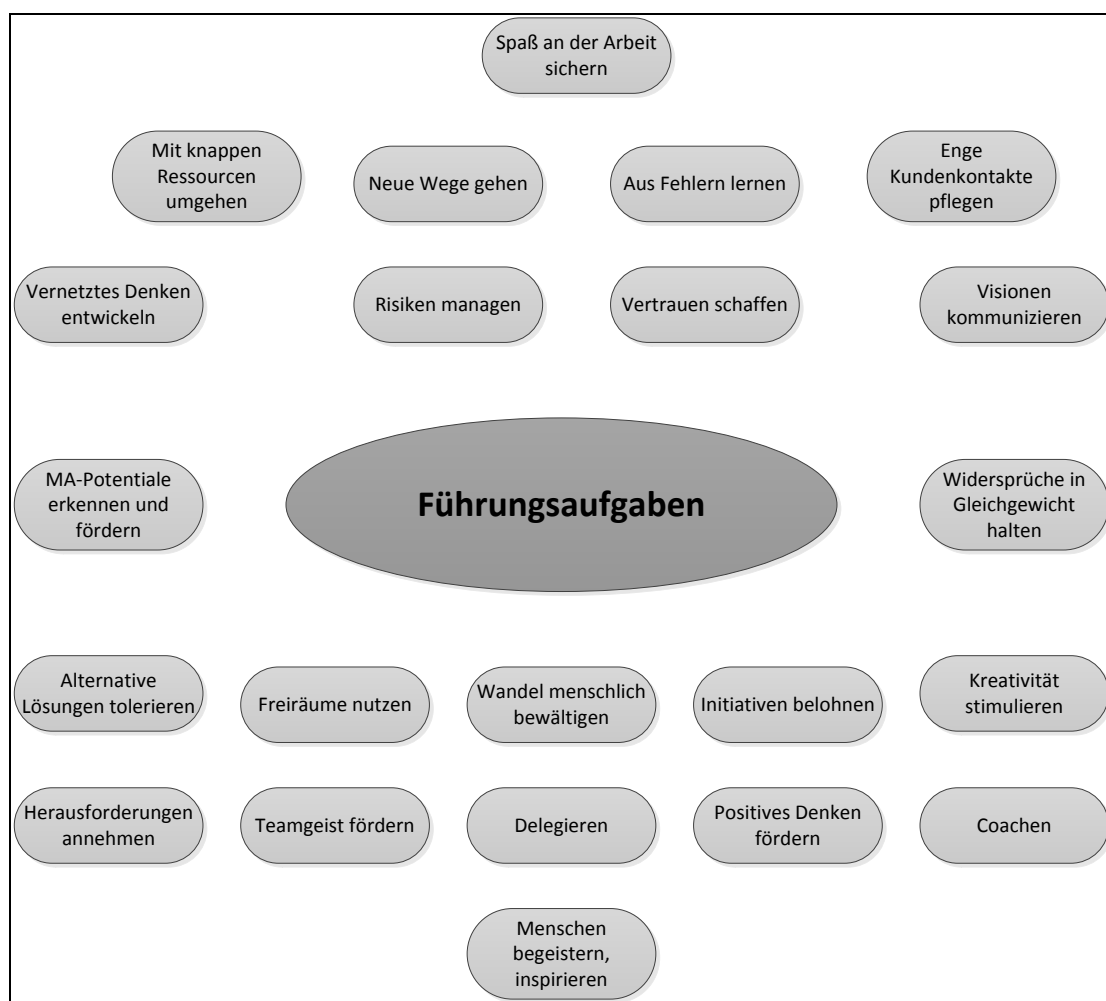


Abbildung 14: Zentrale Führungsaufgaben nach Schirmer et al., 2009, S. 25

3.3.2 Anforderungsprofil an Führungskräfte

Aus den dargestellten Führungsaufgaben lassen sich Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die an eine Führungskraft gestellt werden, ableiten. In der Literatur werden diese Anforderungen als Kompetenzen bezeichnet und in Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und persönliche Kompetenz untergliedert. Aus dem Zusammenwirken dieser vier Kompetenzkomplexe ergibt sich die Führungskompetenz, wobei sich durch das Zusammenwirken zusätzliche Anforderungen an die Führungskraft ergeben (siehe Abb. 15). Die Fachkompetenz beschreibt die Fähigkeit, die fachlichen Anforderungen gegenwärtig und zukünftig erfüllen zu können. Dies geschieht durch die Aneignung von Wissen und geistigen Fähigkeiten. Die soziale Kompetenz beschreibt die Fähigkeit die sozialen Beziehungen zu den Mitarbeitern zu pflegen, mit ihnen zu kommunizieren und auch zusammenzuarbeiten.

Die Methodenkompetenz ist die Fähigkeit, die Arbeitsanforderungen mit geeigneten Methoden bewältigen zu können, insbesondere die Analyse und das Auswerten von Situationen und Fakten. Die persönliche Kompetenz umschreibt die individuellen Fähigkeiten der Führungskraft, insbesondere die Selbstführung und auch Bewältigungsfähigkeiten, um den steigenden Anforderungen gerecht werden zu können. Die Führungskompetenz vereint alle vier Kernkompetenzen (vgl. Schirmer et al., 2009, S. 25 ff.).

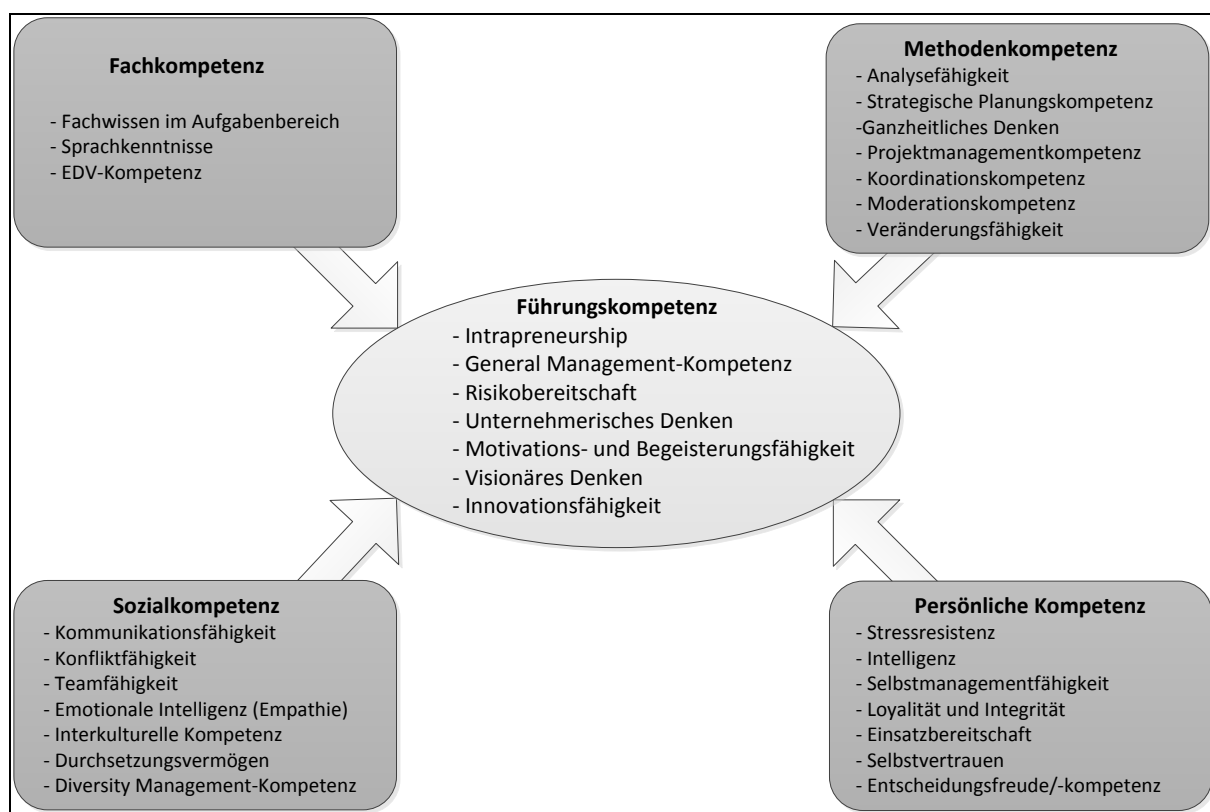


Abbildung 15: Beispielhaftes Kompetenzprofil einer Führungskraft nach Schirmer et al., 2009, S. 26

Basierend auf einer Befragung von Hofmann (2000) zu den Kriterien zukünftiger Führungskräfte ergaben sich verschiedene Aspekte, die Rosenstiel et al. (2003) als zusätzliche Qualitäten, über die Führungskräfte verfügen sollten, definiert. Darunter sind zu verstehen (Rosenstiel et al., 2003, S. 58-64):

- Motivation in Krisenzeiten
- Lebenslanges Lernen
- Interkulturelle Managementfähigkeiten
- Teamarbeit
- Management of Diversity
- Veränderungsmanagement

-
- Kommunikative Kompetenz
 - Systemisches, ganzheitliches Denken und Flexibilität

Dies zeigt, dass die Anforderungen an Führungskräfte stetig größer werden und die Führungskompetenz, d.h. die Universalität der Führungskraft immer wichtiger wird. Führungskräfte haben eine große Verantwortung gegenüber dem Mitarbeiter aber auch gegenüber dem Unternehmen und müssen beiderseits eine Balance zwischen sozialen und ökonomischen Belangen herstellen. Im Zuge dessen nimmt die betriebliche Gesundheitsförderung als Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements immer stärker an Bedeutung zu. Um die Mitarbeiter möglichst gesund führen zu können, muss einerseits auch die Führungskraft über eine gesunde Selbstführung verfügen und andererseits müssen auch die Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich gestaltet werden. Daraus folgend müssen Führungskräfte zusätzlich zu ihren Kompetenzen und Aufgaben drei wesentliche Felder berücksichtigen:

- Gutes Selbstmanagement
Die Führungskräfte sind zum Einen eine wichtige Zielgruppe der betrieblichen Gesundheitsförderung, da sie selbst sehr hohen Anforderungen und Belastungen ausgesetzt sind und zum Anderen fungieren sie als Initiator zur Einführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Gesundheitsfördernder Umgang mit Mitarbeitern
Durch Führungsentscheidungen und –verhalten können Führungskräfte wesentlichen Einfluss auf Gesundheit bzw. Krankheit ihrer Mitarbeiter ausüben.
- Gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen
Führungskräfte gestalten betriebliche Abläufe und Prozesse und können dabei aktiv die Belange der Gesundheitsförderung in die Planung einbeziehen

4 Gesundheit und Führung

4.1 Methodik

Zur Auswahl geeigneter Studien, um den Einfluss des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Mitarbeiter zu analysieren, wurde die Datenbank PubMed durchsucht und der Fehlzeiten-Report von 2011 zur Thematik Führung und Gesundheit als Grundlage herangezogen.

In PubMed wurde nach den Suchbegriffen „leadership“ AND „employee health“ und „transformational leadership“ AND „well-being“ recherchiert. Um möglichst aktuelle Studien generieren zu können, wurden nur Suchergebnisse der letzten zehn Jahre berücksichtigt. Aus diesen beiden Suchkombinationen ergaben sich 1258 Treffer. Um möglichst ähnlich gewichtete Artikel zu finden bei denen Führung sowie Gesundheit bzw. Wohlbefinden ähnlich stark ausgeprägt sind, wurden 1171 Studien ausgeschlossen. Sie betrachteten bspw. Führung oder Gesundheit zu einseitig. Unter den 87 in Frage kommenden Artikeln waren 61 Studien, von denen zwei passende Fragebogenstudien ausgewählt wurden, wobei Studie A1 longitudinal und Studie B1 cross selectional angelegt ist (siehe Abb. 16).

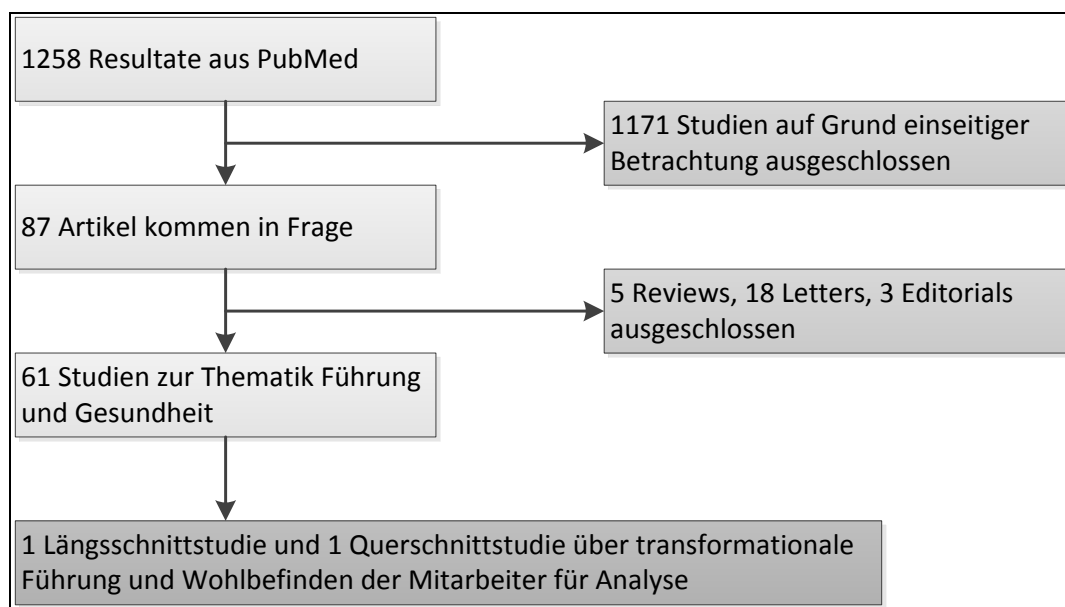


Abbildung 16: Ablauf der Studienauswahl

Studie A1 ist: The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study von Nielsen et al. (2008).

Studie B1 ist: Transformational Leadership and Psychological Well-Being: The Role of Meaningful Work von Arnold et al. (2007).

Passend zu diesen beiden Studien wurden ebenfalls Fragebogenstudien aus dem Fehlzeitenreport 2011 ausgewählt. Diese beinhalten beide neu entwickelte Instrumente, wodurch die Aktualität der thematischen Auseinandersetzung von Führung und Gesundheit untermauert werden soll. Folglich hat Studie A2 ein longitudinales und Studie B2 ein cross selectionales Design.

Studie A2 ist: Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“ von Franke und Felfe (2011).

Studie B2 ist: Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument von Vincent (2011).

Da der zeitliche Rahmen der Bachelorarbeit begrenzt ist und dadurch, dass die vier ausgewählten Studien eine ähnliche Kernthematik besitzen, wurde zur Analyse die Methodik des Studien-Paar-Vergleiches ausgewählt. Diese Methode erfordert eine konkrete Beschreibung der einzelnen Studien, was in den vorliegenden vier Studien gegeben ist. Folglich ergeben sich zwei Paare, Studienpaar A und Studienpaar B, die miteinander verglichen werden. Beginnend bei dem Vergleich innerhalb der beiden Gruppen, werden in der abschließenden Diskussion die resultierenden Ergebnisse miteinander verglichen, um letztlich eine Synthese aus beiden Paaren herstellen zu können (siehe Abb. 17).

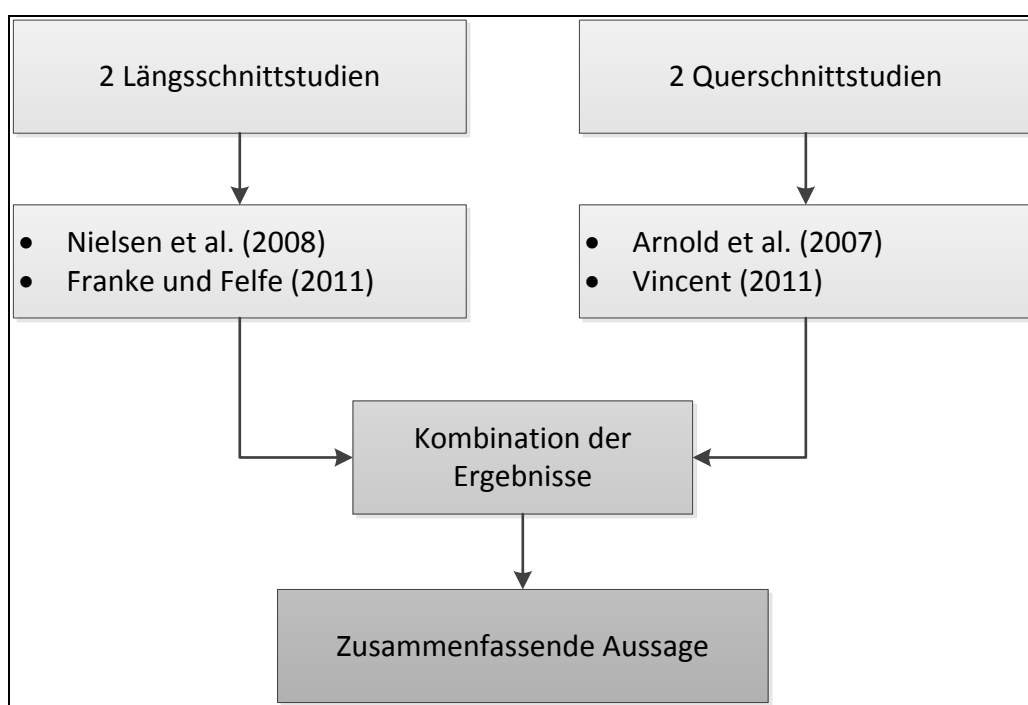


Abbildung 17: Ausgewählte Studienpaare

Zur Verdeutlichung des jeweiligen Studienvergleichs müssen mehrere Kriterien berücksichtigt werden, um zu zeigen, inwiefern die Studien glaubwürdig, aussagekräftig und anwendbar sind. Bevor die Studien inhaltlich analysiert werden, wird eine Zusammenfassung vorangestellt. Darauf folgt die Betrachtung der vier wesentlichen Schwerpunkte der Studien: die Studienpopulation, die Datensammlung, das Studiendesign und die Ergebnisbetrachtung. Im Anschluss an die jeweilige Darlegung der einzelnen Schwerpunkte beider Studien schließt sich eine vergleichende Bewertung an (siehe Abb. 18). Bei der Studienpopulation werden u.a. die Repräsentativität, Ein- und Ausschlusskriterien, die Stichprobengröße oder auch Rücklaufquoten behandelt. Im Zuge der Datensammlung werden bspw. die Methode und die verwendeten Instrumente (z.B. Fragebögen, Skalen) hinterfragt. Das Studiendesign bezieht sich auf den Zeitpunkt und die Anzahl der Datenerhebungen. So wurden im Fall des Querschnittsdesigns die Daten zu einem Zeitpunkt erhoben, während bei den Längsschnittstudien die Abfrage zu zwei Zeitpunkten erfolgte. Die Darstellung der Ergebnisse beinhaltet bspw. neben der Abbildung der Stärke gefundener Zusammenhänge oder Effekte, auch formulierte Störgrößen und Schlussfolgerungen. Im Anschluss an den Vergleich beider Studienpaare werden die Ergebnisse diskutiert und eine Synthese gebildet.

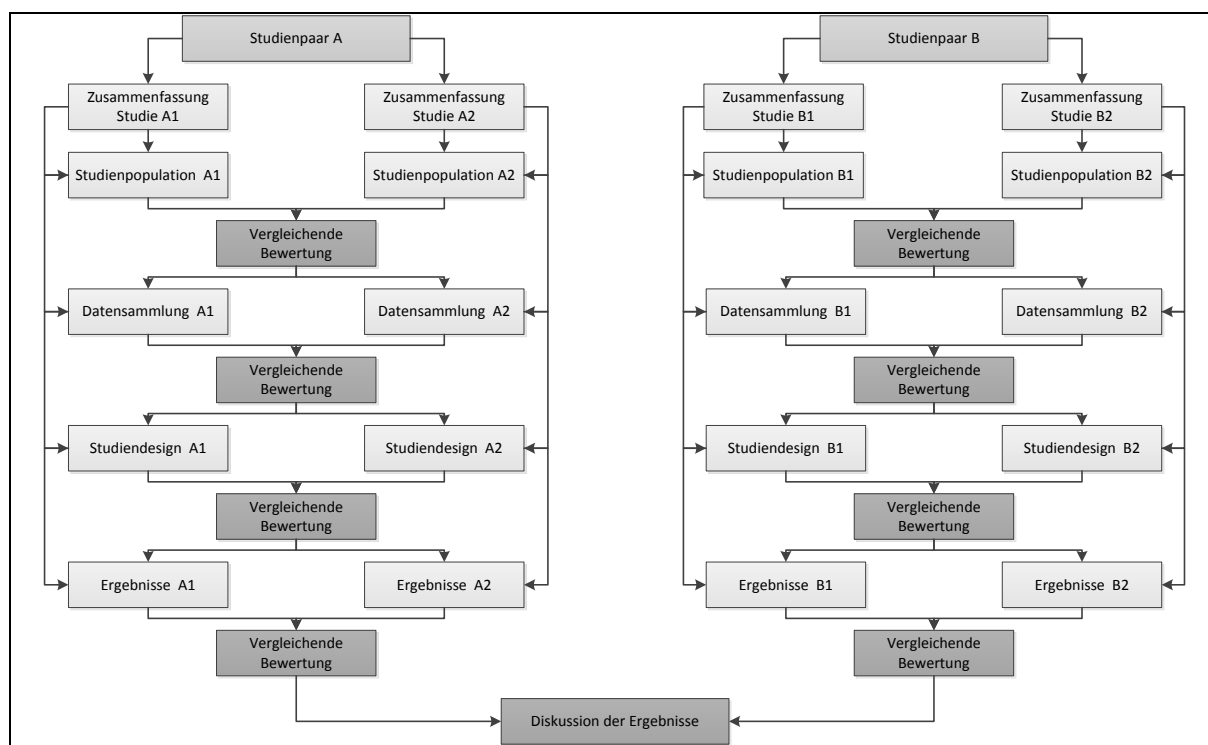


Abbildung 18: Schematische Darstellung des Studienpaarvergleichs

4.2 Analyse ausgewählter Studien

4.2.1 Zusammenfassung Studienpaar A – Längsschnittstudien

4.2.1.1 Studie A1 – Nielsen et al. (2008)

Die Längsschnittstudie von Nielsen et al. (2008) untersucht die Effekte von transformationaler Führung auf die von den Mitarbeitern wahrgenommenen Arbeitsmerkmale und deren psychisches Wohlbefinden. Dabei werden zwei Hypothesen aufgestellt, um die Wirkung zu verdeutlichen. Erstens wird angenommen, dass das Führungsverhalten einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter hat. Zweitens wird davon ausgegangen, dass der Einfluss des Führungsverhaltens auf die wahrgenommenen Arbeitscharakteristiken das Wohlbefinden über die Beziehung zwischen Führungskraft und Mitarbeiter vermittelt. Daraus ergibt sich die folgende Studienhypothese die überprüft werden soll:

„The relationship between leadership and followers' psychological well-being is partially or fully mediated by followers' perceived work characteristics (i.e., role clarity, meaningfulness and opportunities for development)” (Nielsen et al., 2008, S. 20).

Zum Verständnis von transformationaler Führung stützen Nielsen et al. (2008) ihre Betrachtungen auf die Ausführungen von Seltzer, Numerof, & Bass, 1989. Für sie spricht man von transformationaler Führung, wenn die Führenden die Interessen der Mitarbeiter erweitern und ein Bewusstsein und Engagement jedes Einzelnen für die Erfüllung der Gruppenaufgaben kreieren. Wichtige Eigenschaften sind dabei Charisma, inspirierende Motivation oder auch intellektuelle Stimulation. Die Faktoren die bedeutsam sind, um die Effekte von transformationaler Führung zu verdeutlichen sind Rollenklarheit, Sinnhaftigkeit der Arbeit und Entwicklungsmöglichkeiten. Diese drei Faktoren werden in der vorliegenden Studie berücksichtigt und es wird versucht, sie messbar zu machen.

Diese Sachverhalte wurden mittels Fragebögen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erfasst. Die Befragung bezog sich auf Mitarbeiter aus dem Altenpflegesektor einer dänischen Region. Zum ersten Zeitpunkt erhielten 551 Mitarbeiter und zum zweiten Zeitpunkt 521 Mitarbeiter einen Fragebogen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass die Wahrnehmung der Mitarbeiter bezüglich ihrer Arbeitsmerkmale durch die Beziehung von transformationaler Führung und psychischem Wohlbefinden beeinflusst wird. Es zeigte sich zwar keine signifikante direkte Verbindung von Führungsverhalten und Wohlbefinden, allerdings ergab sich eine signifikante indirekte Verknüpfung.

4.2.1.2 Studie A2 – Franke und Felfe (2011)

Die Längsschnittstudie von Franke und Felfe (2011) untersucht das gesundheitsförderliche Führungsverhalten mit Hilfe des Instrumentes „Health-oriented Leadership“ (HoL). Mit Hilfe des HoL-Ansatzes wird versucht, die Selbstführung der Führungskräfte mit der Mitarbeiterführung zu kombinieren und einen Zusammenhang herzustellen. Das HoL Instrument setzt dabei an drei Ebenen an: Interaktion und Kommunikation, Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und der Vorbildwirkung der Führungskräfte. Diese drei Ebenen resultieren nach Franke und Felfe (2011) aus dem Ansatz der transformationalen Führung. Sie verstehen darunter, dass Führungskräfte durch fachliches und moralisches Vorbildverhalten bei den Mitarbeitern Vertrauen schaffen, durch vermittelte Ziele und Visionen motivieren und inspirieren und die Mitarbeiter individuell unterstützen und fördern.

Das HoL Instrument wurde in verschiedenen Prätests überprüft. Diese Studie bezog sich dabei auf 533 Mitarbeiter und Führungskräfte, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten befragt wurden. Die Befragten kamen aus verschiedenen Branchen.

Die Ergebnisse der Studie bestätigten den Zusammenhang von gesundheitsförderlicher Selbst- und Mitarbeiterführung und zeigten, dass gesundheitsförderliche Führungskräfte einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter haben.

4.2.2 Kritik Studienpaar A – Längsschnittstudien

4.2.2.1 Population Studie A1 – Nielsen et al. (2008)

Die Studienpopulation setzte sich aus Mitarbeitern aus dem Altenpflegesektor zusammen. Vorab wurde ein T-Test durchgeführt, bei dem zwei verschiedene Zentren untersucht wurden. Dies ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen dem teilnehmenden Personal, sodass sie zu einem zusammengefasst wurden. Alle Befragten hatte jeweils Vorgesetzte über die sie befragt wurden. Darunter waren Reinigungspersonal, Kantinenpersonal, Pflegeassistenten, Krankenschwestern, Physiotherapeuten und Wartungspersonal. Den ersten Fragebogen erhielten 551 Mitarbeiter von denen 447 Fragebögen zurückkamen, was einem Rücklauf von 81% entspricht. 93% der Befragten waren Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren. Den zweiten Fragebogen erhielten 521 Mitarbeiter, von denen lediglich 274 Fragebögen zurückkamen, was einem Rücklauf von 53% entspricht. Der Anteil der Frauen lag bei 91%. Das Durchschnittsalter betrug 45 Jahre. Zusammengefasst beantworteten 188 Teilnehmer beide Fragebögen, von denen 93% weiblich und im Durchschnitt 45 Jahre alt waren. Den größten Anteil bei der Befragung nahmen die Pflegeassistenten mit 61% ein.

4.2.2.2 Population Studie A2 – Franke und Felfe (2011)

Die Studienpopulation setzte sich aus 459 Mitarbeitern und 74 Führungskräften (N = 533) zusammen. Diese Stichprobe wurde aus verschiedenen Branchen generiert, u.a. der Finanzdienstleistung, der Verwaltung und auch dem Bildungs- und Gesundheitswesen. Alle Beteiligten wurden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten befragt und antworteten auch. Somit kann man von einem Rücklauf von 100% sprechen. Hinsichtlich der Zusammensetzung der Stichprobe waren die Mitarbeiter mit einem Frauenanteil von 63% deutlich stärker vertreten als die Führungskräfte mit einem Anteil von lediglich 16%.

4.2.2.3 Vergleichende Bewertung Population

Beide Studien verfolgten das Ziel, durch die jeweilige Fragestellung eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern bzw. Führungskräften hinsichtlich der Einschätzung zum jeweiligen Führungsverhalten zu befragen. Die Repräsentativität der Stichprobe ist beiderseits mit ca. 500 Teilnehmern von der Anzahl her als gut zu bewerten. Doch die geschlechtliche Verteilung zeigt eine deutlich stärkere Gewichtung bezüglich des Frauenanteils (MA 93%, 63%; FK 16%), wodurch die Stichprobe als wenig repräsentativ angesehen werden muss. Erklären lässt sich dies bezogen auf die Mitarbeiter durch die Branchenauswahl und hinsichtlich der Führungskräfte durch den generell niedrigeren Frauenanteil in Führungspositionen (2007 lag der Anteil der weiblichen Führungskräfte bei 27% [Statistisches Bundesamt, 2011, S. 447]). Durch diese ungleichmäßige Verteilung kann beiderseits ein selection bias nicht ausgeschlossen werden. Ein- bzw. Ausschlusskriterien wurden in beiden Studien nicht formuliert. Der Rücklauf bei der Studie von Nielsen et al. (2008) war zum ersten Befragungszeitpunkt mit 81% sehr gut, verschlechterte sich allerdings zum zweiten Zeitpunkt auf 53% deutlich. Bei einem Mittelwert von 536 Teilnehmern $(551+521/2)$ betrug die Anzahl der Fragebögen, die von gleichen Mitarbeitern zu beiden Zeitpunkten ausgefüllt wurden, nur noch 188, was in diesem Fall einen Gesamt-rücklaufquote von etwa 35% entsprach. Im Gegensatz dazu wurden bei der Studie von Franke und Felfe (2011) zu beiden Zeitpunkten die gleichen Mitarbeiter und Führungskräfte befragt und dadurch ein Rücklauf von 100% erzielt. Dementsprechend ist die Studie A2 von dieser Tatsache her deutlich besser zu bewerten.

4.2.2.4 Datenerhebung Studie A1 – Nielsen et al. (2008)

Die Daten wurden zu zwei Zeitpunkten im Intervall von 18 Monaten erhoben. Bei beiden Zeiten wurden die Teilnehmer über ihre wahrgenommenen Arbeitsmerkmale, ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden befragt. Zusätzlich wurden sie gebeten, ihre direkten Vorgesetzten hinsichtlich des Führungsverhaltens zu bewerten. Für die Messung der jeweiligen Faktoren wurden verschiedenen Fragebögen verwendet:

- Transformationale Führung: wurde mittels der Global Transformational Leadership Scale (GTL) ermittelt. Sie besteht aus sieben Items mit den Antwortkategorien von eins bis fünf. Diese Likert Skala hat die Ausprägungen 1 = „in sehr großen Ausmaß“, 2 = „in großen Ausmaß“, 3 = „etwas“, 4 = „in geringen Ausmaß“ und 5 = „in sehr geringen Ausmaß“. Cronbachs α wurde zum ersten Zeitpunkt mit 0,90 und zum zweiten Zeitpunkt mit 0,94 bestimmt.

Die weiteren möglichen vermittelnden Variablen (Rollenklarheit, Sinnhaftigkeit der Arbeit und Entwicklungsmöglichkeiten) und das Wohlbefinden wurden mit Items aus dem COpenhagen PsychoSOcial Questionnaire (COPSOQ) bestimmt.

- Rollenklarheit: wurde mit drei Items aus dem COPSOQ bestimmt. Die Antwortkategorien hatten die gleiche Ausprägung wie bei der GTL von eins bis fünf. Cronbachs α wurde zum ersten Zeitpunkt mit 0,59 und zum zweiten Zeitpunkt mit 0,75 bestimmt.
- Sinnhaftigkeit der Arbeit: wurde mit drei Items aus dem COPSOQ bestimmt. Die Antwortkategorien hatten die gleiche Ausprägung wie bei der GTL von eins bis fünf. Cronbachs α wurde zum ersten Zeitpunkt mit 0,66 und zum zweiten Zeitpunkt mit 0,63 bestimmt.
- Entwicklungsmöglichkeit: wurde mit vier Items aus dem COPSOQ bestimmt. Die Antwortkategorien hatten die gleiche Ausprägung wie bei der GTL von eins bis fünf. Cronbachs α wurde zum ersten Zeitpunkt mit 0,59 und zum zweiten Zeitpunkt mit 0,75 bestimmt.
- Wohlbefinden: wurde mit fünf Items aus dem COPSOQ bestimmt. Die Antwortkategorien hatten sechs Ausprägungen. Dabei bedeutete 1 = „die ganze Zeit“, 2 = „die meiste Zeit“, 3 = „etwas mehr als die Hälfte der Zeit“, 4 = etwas weniger als die Hälfte der Zeit“, 5 = „nur ein wenig der Zeit“ und 6 = „überhaupt nicht“. Cronbachs α wurde zum ersten Zeitpunkt mit 0,87 und zum zweiten Zeitpunkt mit 0,85 bestimmt.

4.2.2.5 Datenerhebung Studie A2 – Franke und Felfe (2011)

Die Daten wurden zu zwei Zeitpunkten im Intervall von vier Monaten erhoben. Bei der ersten Befragung wurden die gesundheitsförderliche Führung aus Selbst- und Fremdsicht und die Vorbildwirkung eingeschätzt. Zum zweiten Befragungszeitpunkt sollten die Teilnehmer ihre eigene Gesundheit einschätzen. Das verwendete Instrument zur Ermittlung der Daten war das Health-oriented Leadership (HoL) Konzept. Es besteht aus vier Komponenten, die sich auf die Mitarbeiterführung und auch auf die Selbstführung anwenden lassen können:

- Gesundheitsorientiertes Führungsverhalten: beinhaltet Items die sich einerseits auf die direkte Interaktion und Kommunikation und andererseits auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen beziehen. Beispielhafte Aussagen dafür ist „ich versuche meine Belastungen zu reduzieren, indem ich die eigene Arbeitsweise optimiere“ (aus Sicht der Führungskraft) oder aus Sicht des Mitarbeiters „mein Vorgesetzter sorgt durch Verbesserungen im Bereich Arbeitsorganisation dafür, dass meine Belastungen reduziert werden“.
- Gesundheitsbezogene Achtsamkeit: bedeutet das bewusste Auseinandersetzen mit der eigenen Gesundheit. Eine beispielhafte Aussage dafür ist „ich merke sofort wenn mit mir gesundheitlich etwas nicht stimmt“ aus Sicht der Führungskraft oder aus Sicht des Mitarbeiters „mein Vorgesetzter merkt sofort, wenn mit mir gesundheitlich etwas nicht stimmt“.
- Gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit: bedeutet das Anwenden von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Eine beispielhafte Aussage dafür ist „ich weiß, wie ich übermäßiger Belastung vorbeugen kann“ aus Sicht der Führungskraft.
- Gesundheitsvalenz: bedeutet die Motivation zur kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit. Dabei wird die individuelle gesundheitsbezogene Einstellung und Wertorientierung hinterfragt. Eine beispielhafte Aussage dafür ist „es ist mir wichtig, die gesundheitlichen Belastungen an meinem Arbeitsplatz zu mindern und Risiken abzubauen“ aus Sicht der Führungskraft oder aus Sicht des Mitarbeiters „es ist meinem Vorgesetzten wichtig, die gesundheitlichen Belastungen an meinem Arbeitsplatz zu mindern und Risiken abzubauen“.

Die jeweiligen Skalen des Instruments weisen gute bis sehr gute Reliabilitäten auf.

4.2.2.6 Vergleichende Bewertung Datenerhebung

Beide Studien erhoben die Daten mittels Fragebogen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten.

Die Studie von Nielsen et al. (2008) benutzte Items aus zwei verschiedenen Fragebögen. Die GTL besitzt eine hohe Konvergenzvalidität und weist bezüglich der Messung der transformationalen Führung exzellente Werte für Cronbachs α (0,90 und 0,94) auf, was für eine hohe Reliabilität spricht. Der COPSOQ hat ebenfalls eine gute Validität und Reliabilität. Bei den vermittelnden Variablen, der Rollenklarheit (Cronbachs α 0,59 und 0,75), Sinnhaftigkeit der Arbeit (Cronbachs α 0,66 und 0,63) und Entwicklungsmöglichkeit (Cronbachs α 0,76 und 0,59) zeigten sich akzeptable bis gute Werte. Beim Wohlbefinden wiederum kann man von guten bis sehr guten Werten des Cronbachs α (0,87 und 0,85) sprechen was ebenfalls ein

Zeichen von guter Reliabilität ist. Somit wurden valide und reliable Instrumente für diese Studie verwendet.

Die Studie von Franke und Felfe (2011) nutzte das HoL Instrument zur Datenerfassung. Dieses Instrument wurde in vorherigen Befragungen bereits getestet und die Ergebnisse wiesen gute psychometrische Kennwerte auf. Die einzelnen Skalen zeigten gute bis sehr gute Reliabilitäten. Zusätzlich wurde überprüft, ob HoL einen Beitrag zur Vorhersage von Gesundheitsmaßen leisten kann. Dabei zeigte die inkrementelle Validität, dass das Instrument unabhängig von transformationaler Führung den Aspekt des Führungsverhaltens erfasst im Gegensatz zu bereits vorhandenen Instrumenten. Somit wurde ebenfalls ein valides und reliables Instrument für die Studie verwendet.

Auf Grund der konkreten Angaben über die Reliabilität bei der Studie von Nielsen et al. (2008) und auf Grund dessen, dass die Hauptfaktoren Transformationaler Führung und Wohlbefinden gute bis exzellente Werte für Cronbachs α erzielten, ist diese Studie besser zu bewerten bzw. mit höherwertigen Daten zu rechnen.

4.2.2.7 Studiendesign Studie A1 – Nielsen et al. (2008)

Die Studie war als Längsschnittstudie angelegt, bei der Mitarbeiter aus zwei Pflegeeinrichtungen, die als eine zusammengefasst wurde, an zwei verschiedenen Zeitpunkten im Abstand von 18 Monaten befragt wurden. Sie erhielten an beiden Befragungszeitpunkten den gleichen Fragebogen. Hinsichtlich der Freiwilligkeit gab es keine Formulierungen.

4.2.2.8 Studiendesign Studie A2 – Franke und Felfe (2011)

Die Studie war ebenfalls als Längsschnittstudie angelegt, bei der Mitarbeiter und Führungskräfte, aus verschiedenen Branchen im Abstand von vier Monaten zweimal befragt wurden. Die erste Befragung thematisierte gesundheitsförderliche Führung und die zweite Befragung bezog sich auf den Gesundheitszustand. Hinsichtlich der Freiwilligkeit gab es keine Formulierungen.

4.2.2.9 Vergleichende Bewertung Studiendesign

Beide Studien hatten ein longitudinales Design, das es auf Grund der Messung an zwei verschiedenen Zeitpunkten ermöglicht, einen kausalen Zusammenhang in Abhängigkeit der jeweiligen Fragestellung darzustellen. In beiden Studien wurden verschiedene Variablen durch die jeweiligen Instrumente festgelegt und untersucht. Es wurden beide Geschlechter berücksichtigt. In beiden Studien gab es keine Formulierungen über ethische Bedenken oder Freiwilligkeit zu Teilnahme. Beiderseits ist das Design logisch und nachvollziehbar, da bei Nielsen et al. (2008) ein Zusammenhang von transformationaler Führung und Wohlbefinden

und bei Franke und Felfe (2011) ein Zusammenhang von gesundheitsförderlicher Selbst und gesundheitsförderlicher Mitarbeiterführung hergestellt werden sollte und die Messung an zwei Zeitpunkten dies ermöglichte.

4.2.2.10 Ergebnisse Studie A1 – Nielsen et al. (2008)

Die Ergebnisse der Studie wurden auf mehreren Ebenen dargestellt. Vorab zeigten sich bei allen getesteten Variablen signifikante Korrelationen beim ersten und beim zweiten Zeitpunkt aber auch zwischen den Zeitpunkten. Beispielsweise zeigte sich bei der transformationalen Führung ein mittlerer bis starker Zusammenhang mit $r = 0,48$ und beim Wohlbefinden ein starker Zusammenhang mit $r = 0,53$. Im Folgenden wurde getestet, ob die Messung zeitlich stabil war. Dabei ergaben sich starke Beziehungen zwischen transformationaler Führung zum ersten und zum zweiten Zeitpunkt ($\beta = 0,50$, $p < 0,001$), zwischen den Arbeitsmerkmalen zum ersten und zum zweiten Zeitpunkt ($\beta = 0,56$, $p < 0,001$) und zwischen dem Wohlbefinden zum ersten und zum zweiten Zeitpunkt ($\beta = 0,60$, $p < 0,001$). Allerdings zeigte sich, dass kein direkter signifikanter Zusammenhang zwischen transformationaler Führung und Wohlbefinden bestand. Beispielsweise ergaben sich mittlere Zusammenhänge zwischen transformationaler Führung und den Arbeitsmerkmalen (Rollenklarheit $r = 0,38$, $p < 0,01$; Sinnhaftigkeit der Arbeit $r = 0,25$, $p < 0,01$; Entwicklungsmöglichkeit $r = 0,41$) und Wohlbefinden und den Arbeitsmerkmalen (Rollenklarheit $r = 0,30$, $p < 0,01$; Sinnhaftigkeit der Arbeit $r = 0,36$, $p < 0,01$; Entwicklungsmöglichkeit $r = 0,34$), was einen indirekten signifikanten Zusammenhang zeigt. Somit kann man lediglich sagen, dass die Arbeitsmerkmale als vermittelnde Variable, die Beziehung von transformationaler Führung und Wohlbefinden beeinflussen.

4.2.2.11 Ergebnisse Studie A2 – Franke und Felfe (2011)

Die Ergebnisse der Studie zeigten einen signifikanten Zusammenhang von gesundheitsbewusster Selbstführung und Mitarbeiterführung. Hinsichtlich der Achtsamkeit gegenüber den Mitarbeitern zeigte sich, dass jede zweite Führungskraft, die bewusst auf Risiken achtet und Überbelastung rechtzeitig registriert, sich auch mit den Stresssignalen von Überbelastungen der Mitarbeiter auseinandersetzt. Dies entspricht dem mittleren bis hohen Zusammenhang von $r = 0,42$. Im Weiteren zeigte sich auch, dass Führungskräfte die Überbelastung und Fehlbeanspruchung aktiv entgegenwirken, dies auch auf ihre Mitarbeiter reflektieren. Dies entspricht einen hohen Zusammenhang von $r = 0,57$. Die im weiteren Verlauf untersuchte gesundheitsbezogene Vorbildwirkung hat ebenfalls einen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter. So wird die Vorbildwirkung von den Mitarbeitern höher eingeschätzt, wenn die Vorgesetzten mit der Gesundheit der Mitarbeiter achtsam umgehen ($r = 0,30$), ihnen die Mit-

arbeitergesundheit wichtig ist ($r = 0,34$) und sie sich gegenüber den Mitarbeitern gesundheitsförderlich verhalten ($r = 0,36$). Weiterhin zeigte sich, dass Führungskräfte durch ihr gesundheitsförderndes Führungsverhalten psychische Belastungen bezogen auf das gesundheitsfördernde Verhalten der Mitarbeiter reduzieren ($r = -0,28$, $p < 0,001$) und die Mitarbeiter durch ihr gesundheitsförderliches Verhalten wiederum psychische Belastungen reduzieren ($r = -0,35$, $p < 0,001$) und ihre Gesundheit dadurch verbessern können. Somit wirkt sich das gesundheitsförderliche Führungsverhalten, vermittelt über das gesundheitsförderliche Verhalten der Mitarbeiter, auf die Mitarbeitergesundheit aus.

4.2.2.12 Vergleichende Bewertung Ergebnisse

Beide Studien untersuchten generell den Einfluss des Führungsverhaltens auf das Wohlbefinden bzw. die Gesundheit der Mitarbeiter. Beiderseits konnte kein direkter signifikanter Zusammenhang hergestellt werden. Lediglich über die vermittelnden Variablen, bei Nielsen et al. (2008) die Arbeitsmerkmale (Rollenklarheit, Sinnhaftigkeit der Arbeit und Entwicklungsmöglichkeit) und bei Franke und Felfe (2011) das gesundheitsförderliche Verhalten der Mitarbeiter, wurde indirekt nachgewiesen, dass das Führungsverhalten die Mitarbeitergesundheit beeinflusst. Das kein direkter Effekt nachgewiesen werden konnte, hängt möglicherweise mit der Vielzahl an Faktoren zusammen die zwischen dem Verhalten der Führungskraft und dem Gesundheitszustand der Mitarbeiter existieren. Daher wurden auch beiderseits vermittelnde Variablen hinzugefügt.

Bei der Studie von Nielsen et al. (2008) zeigten sich dennoch signifikante Effekte hinsichtlich der einzelnen Variablen zu beiden Messzeitpunkten. So wiesen die drei Gruppen transformationale Führung, Arbeitsmerkmale und Wohlbefinden alle samt mittlere bis starke Zusammenhänge auf. Der indirekte vermittelte Zusammenhang über die Arbeitsmerkmale war somit beiderseits signifikant. Dies ist ein Zeichen für eine gute interne Validität der Studie, die wiederum auch durch die verwendeten gut validierten und reliablen Fragebögen gekennzeichnet ist.

Die Studie von Franke und Felfe (2011) zeigte ebenfalls signifikante Effekte. Einerseits bezüglich der Frage der Beziehung von gesundheitsbewusster Selbst- und Mitarbeiterführung zeigte sich ein mittlerer bis hoher Zusammenhang. Dieser stützt wiederum die These, dass Führungskräfte, die auf sich selbst achten, auch auf ihre Mitarbeiter Acht geben. Ebenfalls zeigte sich ein mittlerer Zusammenhang bezüglich des Einflusses der Vorbildwirkung auf die Gesundheit. Andererseits zeigte sich ein indirekter signifikanter Zusammenhang des gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens, vermittelt über das gesundheitsförderliche Verhalten der Mitarbeiter, zur Mitarbeitergesundheit. Die interne Validität ist ebenfalls mit gut zu

bewerten, da das verwendete Instrument in Vorabbefragungen bereits getestet wurde und ebenfalls gute bis sehr gute Reliabilitäten aufwies.

Hinsichtlich der externen Validität ist das in der von Franke und Felfe (2011) verwendete HoL Instrument besser zu bewerten, da es vorab hinsichtlich der mehrfach eingesetzten Instrumente der transformationalen Führung überprüft wurde und eine bessere inkrementelle Validität aufwies. Dadurch konnte Führung unabhängig vom transformationalen Handeln betrachtet werden und ermöglicht eine bessere Generalisierbarkeit. Des Weiteren wurden von Franke und Felfe (2011) mehrere Branchen befragt im Gegensatz zu Nielsen et al. (2008), die sich auf den Pflegesektor beschränkten.

Beide Studien bieten wichtige Ansatzpunkte für künftige Auseinandersetzungen mit der Thematik Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit und zeigen, wenn auch nur indirekt über die vermittelnden Variablen, dass ein Effekt besteht, der berücksichtigt werden sollte.

4.2.3 Zusammenfassung Studienpaar B – Querschnittstudien

4.2.3.1 Studie B1 – Arnold et al. (2007)

Die Querschnittstudie von Arnold et al. (2007) umfasst zwei Studien, die die Beziehung zwischen transformationaler Führung, der Bedeutung der Arbeit für den einzelnen Mitarbeiter und dem psychischen Wohlbefinden untersuchen. Dabei werden zwei Hypothesen aufgestellt. Erstens soll sich transformationale Führung positiv auf das psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirken. Zweitens soll die positive Beziehung von transformationaler Führung und psychischem Wohlbefinden durch die Vorstellung von sinnvoller Arbeit vermittelt werden.

Zum Verständnis von transformationaler Führung beziehen sich Arnold et al. (2007) auf Avolio (1999) und Bass (1998). Für sie gehen transformationale Führungskräfte über reine Austauschbeziehungen hinaus und motivieren ihre Mitarbeiter der Art stark, dass sie mehr erreichen als sie sich selbst zutrauen. Des Weiteren besteht transformationale Führung für sie aus vier Dimensionen: idealisierter Einfluss, inspirierende Motivation, intellektuelle Stimulation und individueller Rücksichtnahme. Folglich wird in den beiden Studien transformationale Führung, sinnvolle Arbeit und psychologisches Wohlbefinden (Studie 1 emotionales und Studie 2 geistiges Wohlbefinden) versucht, die Beziehungen zwischen den einzelnen Variablen zu verdeutlichen und messbar zu machen.

Die Teilnehmer der ersten Studie waren 1180 Arbeiter aus einer kanadischen Langzeitpflegeeinrichtung, die einen Fragebogen erhielten. Von 319 Teilnehmern wurde das Datenmate-

rial verwendet. Die zweite Studie bezog sich auf 380 Teilnehmer aus kanadischen Bestattungsinstituten und Zahnarzthelfern, wobei von 146 Teilnehmern das Datenmaterial verwendet wurde.

Die Ergebnisse beider Studien zeigten, dass Vorgesetzte die ihre Mitarbeiter transformational führten, einen positiven Einfluss auf ihr psychisches Wohlbefinden ausübten. Dabei nahm die Sinnhaftigkeit der Arbeit eine wichtige Rolle ein, um diese positive Beziehung zu erklären.

4.2.3.2 Studie B2 – Vincent (2011)

Die Querschnittstudie von Vincent (2011) untersucht das Zusammenspiel von Führung und Mitarbeitergesundheit mittels eines neu entwickelten Instrumentes, der Gesundheits- und Entwicklungsförderliches FührungsverhaltenAnalyse (GEFA). Das Instrument versucht das Führungsverhalten über drei Faktoren, Anforderungen, Stressoren und Ressourcen dahingehend zu erläutern, welche Verhaltensweisen der Führungskraft zum Wohlbefinden der Mitarbeiter beitragen können. Dabei soll ausgehend von dem Konzept der transformationalen Führung ein direkter Einfluss des Führungsverhaltens auf die Anforderungen, Stressoren und Ressourcen (Arbeitsmerkmale) der Mitarbeiter nachgewiesen und erfasst werden.

Transformationale Führung wird von Vincent (2011) so aufgefasst, dass hohe moralische und ethische Standards verfolgt, vielversprechende Visionen zum Ausdruck gebracht und letztlich die Mitarbeiter intellektuell stimuliert und ihre jeweiligen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

An der Online-Befragung nahmen 1278 Beschäftigte, vorwiegend aus deutschen Informations- und Kommunikationsunternehmen teil.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass einerseits gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Führungskräfte aufgedeckt und auch Erkenntnisse über die Beziehung von Führung und Mitarbeitergesundheit gewonnen werden konnten. Andererseits zeigte das GEFA Instrument bessere Vorhersagemöglichkeiten als das Konzept der transformationalen Führung, woraufhin gesundheitsförderliche Maßnahmen mit der Führungskraft im Zentrum abgeleitet werden konnten.

4.2.4 Kritik Studienpaar B – Querschnittstudien

4.2.4.1 Population Studie B1 – Arnold et al. (2007)

Die Studienpopulation der Studie 1 bezog auf sich 1180 Angestellte aus einer Langzeitpflegeeinrichtung einer kanadischen Stadt. Von den 1180 verteilten Fragebögen, kehrten 334 zurück, von denen 319 in die Studie mit einbezogen wurden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 29%. Von den 319 Teilnehmern waren 93% weiblich und hatten ein Durchschnittsalter zwischen 40 und 49 Jahren.

Die Studienpopulation der Studie 2 bezog sich auf 380 Angestellte von Bestattungsunternehmen und Zahnarztthelfer/-innen von denen 146 in die Studie mit einbezogen wurden (Rücklauf von 39%). Bei den Bestattungsunternehmen signalisierten 273 Teilnehmer ihr Interesse und erhielten einen Fragebogen. 95 Fragebögen kamen vollständig ausgefüllt zurück, was einem Rücklauf von 35% entsprach. 27% der Angestellten der Bestattungsunternehmen waren weiblich und das Durchschnittsalter betrug 40 Jahre. Bei den Zahnarztthelfer/-innen wurden 107 Fragebögen verteilt, von denen 51 zurückkamen (Rücklaufquote 48%). Von ihnen waren 92% weiblich mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren. Um beide Stichproben miteinander kombinieren zu können, wurde vorab ein Kovarianztest durchgeführt, der keine signifikanten Unterschiede feststellen konnte.

4.2.4.2 Population Studie B2 – Vincent (2011)

Die Studienpopulation bezog sich auf 1278 Beschäftigte, überwiegend aus dem Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie (ca. 75%). Da die Population sich auf eine Online-Befragung bezog, kann man in diesem Fall nicht von einer Rücklaufquote sprechen. Der Anteil der Frauen betrug 44% und das Durchschnittsalter lag bei 40 Jahren.

4.2.4.3 Vergleichende Bewertung Population

In beiden Studien wurden Angestellte bezüglich des Führungsverhaltens ihres jeweiligen Vorgesetzten befragt. Die Repräsentativität der Stichprobe ist mit einer Anzahl von 1278 Teilnehmern bei Vincent (2011) deutlich besser zu bewerten als bei Arnold et al. (2007) mit 319 Teilnehmern von Studie 1 und mit 146 Teilnehmern von Studie 2. Dies liegt insbesondere bei der Studie 1 von Arnold et al. (2007) an der relativ geringen Rücklaufquote. Während bei der Studie 1 von Arnold et al. (2007) der weibliche Anteil mit 93% deutlich überrepräsentiert war, war Studie 2 mit Bestattern 27% und Zahnarztthelfer/-innen mit 92% - entspricht im Durchschnitt 50% - deutlich ausgewogener durch die Kombination zweier Extrembranchen. Generell ist aber auch hier die Studie von Vincent (2011) mit einem Frauenanteil von 44% auf Grund der größeren Stichprobe repräsentativer zu bewerten. Die Studie 1 von Arnold et

al. (2007) hat mit 29% eine relativ geringe Rücklaufquote, während die Studie 2 mit fast 40% schon deutlich besser war. Im Gegensatz dazu kann man bei Vincent (2011) auf Grund der Online-Befragung schwierig von einer Rücklaufquote sprechen. Von den 1278 Teilnehmern wurden alle berücksichtigt. Das wäre ein theoretischer Rücklauf von 100%. Daher ist in diesem Punkt ein Vergleich beider Populationen nicht möglich.

4.2.4.4 Datenerhebung Studie B1 – Arnold et al. (2007)

Die Fragebögen der Studie 1 wurden während der Arbeitszeit an die Teilnehmer ausgeteilt. Die drei Kategorien bezogen sich auf transformationale Führung, Sinnhaftigkeit der Arbeit und psychisches Wohlbefinden. Dabei wurden verschiedene bereits erprobte Fragebögen verwendet:

- Transformationale Führung: wurde mittels der Global Transformational Leadership Scale (GTL) ermittelt. Bei den verwendeten neun Items wurde Cronbachs α mit 0,97 bestimmt. Die Dimensionen von transformationaler Führung die dieses Element misst sind: Vision kommunizieren, Mitarbeiter entwickeln, Unterstützung anbieten, Mitarbeiter befähigen (empowern), innovativ sein, mit gutem Beispiel vorangehen und charismatisch sein.
- Sinnhaftigkeit der Arbeit: wurde mittels Workplace Spirituality scale (WSS) bestimmt, die aus sechs Items besteht. Cronbachs α wurde mit 0,84 ermittelt. Inhaltlich überprüft dieses Instrument die Erwartungen der Befragten hinsichtlich der Freude am Arbeitsplatz und dem Sinn ihrer Arbeit.
- Psychisches Wohlbefinden: wurde mittels Positive Affective Well-Being scale (PAWS) ermittelt. Cronbachs α wurde mit einem Wert von 0,97 ermittelt. Die Items dieser Skala fragen jeden Einzelnen, ob er sich in den letzten sechs Monaten motiviert, fröhlich, enthusiastisch, lebendig, froh und dynamisch fühlte.

Die Fragebögen der Studie 2 wurden via E-Mail an die interessierten Teilnehmer verschickt und kamen auf selbigem Wege zurück. Die Kategorien waren die gleichen wie in der ersten Studie.

- Transformationale Führung: wurde mittels Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) ermittelt. Dabei wurden die acht am besten gewichteten Items verwendet, von denen jeweils zwei für jede der vier Dimensionen (idealisierter Einfluss, inspirierende Motivation, intellektuelle Stimulation und individueller Rücksichtnahme) genommen wurden. Die Teilnehmer sollten mit Hilfe einer Fünf-Punkte-Skala (0 = überhaupt nicht bis 4 = häufig, wenn nicht sogar immer) das Verhalten ihre Vorgesetzten bezüglich

jeder Dimension bewerten. Die acht Items wurden in Teilskalen geteilt und wiesen eine durchschnittliche Interkorrelation von $r = 0,76$ auf. Cronbachs α wurde mit 0,93 ermittelt.

- Sinnhaftigkeit der Arbeit: wurde durch vier für die Studie entwickelte Items ermittelt. 1. „Die Arbeit, die ich in diesem Job erledige ist erfüllend für mich“, 2. „Die Arbeit, der ich in diesem Job nachgehe, ist lohnenswert“, 3. „Ich erreiche keine wichtigen Resultate durch die Arbeit, der ich in diesem Job nachgehe“ und 4. „Ich bin in der Lage, wichtige Resultate aus der Arbeit in meinem Job zu erzielen“. Die Befragten bewerteten diese Items auf einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft uneingeschränkt zu). Die Messung hatte eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = 0,84$
- Psychisches Wohlbefinden: wurde mit sechs positiv formulierten Items aus dem General Health Questionnaire (GHQ) bestimmt. Die Teilnehmer sollten u.a. bewerten, wie oft sie in den letzten drei Monaten fähig waren, sich darauf zu konzentrieren was sie tun oder auch ob sie ihre täglichen Aktivitäten genießen können. Sie sollten auf einer Skala von 1 (niemals) bis 4 (die ganze Zeit) antworten. Die Reliabilität der Skala betrug 0,89.

Zusätzlich zu den drei Hauptvariablen fügten Arnold et al. (2007) Kontrollvariablen hinzu, da sie feststellten, dass das Wohlbefinden stark schwankte zwischen Alter und Geschlecht. Zur weiteren Kontrolle kamen noch die Variablen Beruf, Arbeitszeit mit Vorgesetzten und menschliche Arbeitswerte.

4.2.4.5 Datenerhebung Studie B2 – Vincent (2011)

Im Rahmen eines Forschungsprojektes der Universität Hamburg wurden Mitarbeiter die einem direkten Vorgesetzten unterstellt waren hinsichtlich des Führungsverhaltens und des individuellen Wohlbefindens online befragt. Das Instrument dabei war einerseits die Kurzversion des GEFA, bestehend aus 14 Skalen mit 35 Items und andererseits wurden fünf Subskalen mit 20 Items aus dem Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) verwendet.

Inhaltlich zählen zu den Skalen der GEFA beispielsweise qualitative und quantitative Überforderung ($\alpha = 0,81$, $\alpha = 0,86$), Kooperation ($\alpha = 0,92$) oder auch Karriereunterstützung ($\alpha = 0,86$). Zusammengefasst haben allen Skalen mindestens ein Niveau von $\alpha = 0,77$. Bei den einzelnen Items gab es jeweils eine fünfstufige Antwortskala von 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft völlig zu.

Zur transformationalen Führung wurden fünf Variablen aus dem MLQ ($\alpha = 0,93$) verwendet: Irritation (8 Items), Emotionale Erschöpfung (9 Items), Psychosomatische Beschwerden (9

Items), Work Ability (3 Items) und berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (6 Items). Diese Variablen sind Indikatoren für das Wohlbefinden und dienen dem Vergleich mit dem GEFA Instrument.

4.2.4.6 Vergleichende Bewertung Datenerhebung

Beide Studien (bzw. alle drei) erhoben die Daten mittels Fragebogen zu einem festgelegten Zeitpunkt.

Die Studien von Arnold et al. (2007) benutzten für die Variable transformationale Führung validierte und reliable Fragebögen mit beiderseits exzellenten Werten für interne Konsistenz (GTL Cronbachs $\alpha = 0,97$; MLQ Cronbachs $\alpha = 0,93$). Die vermittelnde Variable Sinnhaftigkeit der Arbeit wurde in der Studie 1 durch den ebenfalls validierten und reliablen Fragebogen WSS mit sehr guten Werten von Cronbachs α von 0,84 ermittelt. Im Gegenzug wurden vier Items dafür entwickelt, die ebenfalls eine sehr gute interne Konsistenz mit $\alpha = 0,84$ aufwiesen. Die Variable Wohlbefinden wurde auch beiderseits mittels validierter und reliabler Fragebögen bestimmt, die ebenfalls sehr gute bis exzellente Werte für Cronbachs α aufwiesen (PAWS $\alpha = 0,97$; GHQ $\alpha = 0,89$). Zusätzlich wurden in Studie 2 Kontrollvariablen geschaffen, um mögliche Störgrößen wie Alter, Geschlecht oder Beruf mit einbeziehen zu können. Generell ist somit das Befragungsinstrument glaubhaft dargestellt worden und alle abgefragten Variablen besaßen ihre Gültigkeit und Zuverlässigkeit.

Die Studie von Vincent (2011) nutzte das eigens entwickelte GEFA Instrument in Kombination mit 5 Variablen aus dem MLQ. Die GEFA bestehend aus 14 Skalen, hatte mit Ausnahme einer Skala ($\alpha = 0,77$) durchweg sehr gute bis exzellente interne Konsistenzen von $\alpha \geq 0,80$. Der auch von Arnold et al. (2007) verwendete MLQ ist ebenfalls ein reliables und valides Befragungsinstrument mit sehr guter interner Konsistenz. Dadurch lässt sich ebenfalls festhalten, dass die verwendeten Instrumente glaubhaft und adäquat für diese Befragung waren.

Die Methode der Datensammlung wurde in beiden Studien (bzw. allen drei) plausibel beschrieben.

In der vergleichenden Betrachtung kann man dadurch schwer differenzieren welche Studie ein angemesseneres Instrument verwendet hat. Rein von der internen Konsistenz her sind die beiden Studien von Arnold et al. (2007) minimal besser zu bewerten, da keiner der ermittelten Werte unter $\alpha < 0,80$ lag.

4.2.4.7 Studiendesign Studie B1 – Arnold et al. (2007)

Beide Studien waren als Querschnittstudie angelegt, bei der die Mitarbeiter einer Langzeitpflegeeinrichtung, Mitarbeiter von Bestattungsunternehmen und Zahnarzthelfer/-innen zu einem bestimmten Zeitpunkt über das Führungsverhalten ihres direkten Vorgesetzten und ihrem Wohlbefinden befragt wurden. Die interessierten Mitarbeiter erhielten einen Fragebogen direkt am Arbeitsplatz oder per E-Mail zugeschickt.

4.2.4.8 Studiendesign Studie B2 – Vincent (2011)

Die Studie von Vincent (2011) wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes der Universität Hamburg durchgeführt und hatte ebenfalls ein Querschnittsdesign. Die Teilnehmer an der Online-Befragung wurden ebenfalls über das Führungsverhalten ihres direkten Vorgesetzten und über ihr Wohlbefinden befragt.

4.2.4.9 Vergleichende Bewertung Studiendesign

Beide Studien (bzw. alle drei) hatten ein Querschnittsdesign, wodurch es nicht möglich war einen kausalen Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit herzustellen. Somit fungieren Studie B1 und B2 lediglich dazu, den Ist-Zustand bei den jeweiligen Mitarbeitern zu hinterfragen, um dadurch Hypothesen aufstellen oder auch Maßnahmen ableiten zu können. In beiden Studien wurden, sofern es branchenbedingt möglich war beide Geschlechter berücksichtigt. Bezüglich ethischer Bedenken oder auch Anonymität der Befragten wurden keine Aussagen formuliert. Jedoch kann man beide Studien als unbedenklich bewerten. Das Studiendesign ist beiderseits adäquat, um eine Momentaufnahme von der Führungssituation bei den jeweiligen Mitarbeitern darzustellen. Dadurch, dass die Studie B2 eine größere repräsentative Stichprobe generierte, könnte man davon ausgehen, dass ihr Design stärker ist, um den vorherrschenden Zustand zu analysieren.

4.2.4.10 Ergebnisse Studie B1 – Arnold et al. (2007)

Die Ergebnisse der Studie 1 stützten die Hypothese, dass transformationale Führung eine positive Verbindung mit psychischem Wohlbefinden haben kann. Dabei zeigte sich eine positive Beziehung mit emotionalem Wohlbefinden von $r = 0,57$ und $p < 0,01$. Um diese Beziehung abschätzen zu können, wurden zwei Modelle hinzugefügt, einerseits ohne statistische Kontrolle andererseits mit Kontrollen für Geschlecht, Alter und Länge der Beschäftigungszeit. Dabei zeigte das Drei-Faktoren-Modell aus transformationaler Führung, Sinnhaftigkeit der Arbeit und positiven emotionalen Wohlbefinden eine adäquate bis gut akzeptable Passform mit $\chi^2(186, N = 319) = 398,12$, $p < 0,01$, root mean square error of approximation (RMSEA) = 0,06, normed fit index (NFI) = 0,95, comparative fit index (CFI) = 0,97. Bei der Vermittlung der

Variable Sinnhaftigkeit der Arbeit war das teilweise vermittelnde Modell signifikant. Wohlbefinden konnte durch Sinnhaftigkeit der Arbeit ($\beta = 0,58$, $p < 0,01$) aber auch durch transformationale Führung ($\beta = 0,31$, $p < 0,01$) vorausgesagt werden. Somit zeigte sich lediglich eine teilweise Unterstützung der Hypothese der vermittelnden Beziehung der Sinnhaftigkeit der Arbeit.

Die Ergebnisse der Studie 2 stützten ebenfalls die Hypothese dass transformationale Führung eine positive Verbindung mit psychischem Wohlbefinden hat ($r = 0,29$, $p < 0,01$). Zusätzlich zu den drei Faktoren kam noch die Variable der menschlichen Arbeitswerte, womit das resultierende vier Faktoren Modell die beste Passform mit $\chi^2(224, N = 146) = 395,36$, $p < 0,01$, RMSEA = 0,66, standardized root mean residual (SRMR) = 0,73, CFI = 0,91 ergab. Bei der Vermittlung der Variable Sinnhaftigkeit der Arbeit war das vollständig vermittelnde Modell signifikant. Wohlbefinden konnte durch Sinnhaftigkeit der Arbeit ($\beta = 0,49$, $p < 0,01$) aber auch durch transformationale Führung ($\beta = 0,36$, $p < 0,01$) vorausgesagt werden. Somit konnte ein signifikanter indirekter Effekt zwischen transformationaler Führung und psychischem Wohlbefinden über die vermittelnde Variable Sinnhaftigkeit der Arbeit nachgewiesen werden.

Generell zeigten beide Studien, dass die transformationale Führung einen positiven Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter haben kann. Um diesen Effekt näher beschreiben zu können, kann die Sinnhaftigkeit der Arbeit eine Rolle spielen.

4.2.4.11 Ergebnisse Studie B2 – Vincent (2011)

Die Ergebnisse bei Vincent zeigten durch den Vergleich der GEFA Skalen mit den Variablen aus dem MLQ signifikante Zusammenhänge. Beispielsweise bei der Irritation ergab sich ein Zusammenhang von bis zu $r = 0,31$. Für die emotionale Erschöpfung ergaben sich Zusammenhänge von bis zu $r = 0,42$. Um die übergeordnete Bedeutung der 14 Skalen der GEFA zu verdeutlichen, wurden die einzelnen Skalen mittels explorativer Faktorenanalyse zu drei Faktoren (unterstützungsorientierte, entwicklungsorientierte und überfordernde Führung) gebündelt. Daraus ergab sich die Hypothese, dass Mitarbeiter von Führungskräften, die ein stark überforderndes Führungsverhalten, geringes unterstützungsorientiertes und ein geringes entwicklungsorientiertes Führungsverhalten aufwiesen, die stärksten Befindensbeeinträchtigungen hatten. Hypothesenkonform waren die Mittelwerte der Extremgruppen 1 (überford. F. hoch, entwickl. F. niedrig, unterstütz. F. niedrig) und 8 (überford. F. niedrig, entwickl. F. hoch, unterstütz. F. hoch) hoch signifikant und hatten die größten Effekte. Weiterhin zeigte sich bei einer Regressionsanalyse, dass die Variablen des GEFA Instrumentes im Vergleich zu den Variablen des MLQ das Befinden der Mitarbeiter durch das Führungsverhalten besser vorhergesagt werden konnte als durch die transformationale Führung.

Generell zeigte die Studie von Vincent (2011), dass das Verhalten der Führungskräfte, die stärker entwicklungsorientiert und unterstützungsorientiert und weniger überfordernd führen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter haben kann.

4.2.4.12 Vergleichende Bewertung Ergebnisse

Beide Studien untersuchten allgemein den Einfluss des Führungsverhaltens auf das Wohlbefinden bzw. die Gesundheit der Mitarbeiter. Beiderseits wurden positive Effekte deutlich, die Anstoß für weitere Forschungen auf diesem Gebiet ermöglichen sollen. Bei beiden Studien wurden Hypothesen gebildet. Die transformationale Führung, vermittelt über die Sinnhaftigkeit der Arbeit, kann das psychische Wohlbefinden positiv beeinflussen und Führungskräfte die stark überforderndes, wenig unterstützendes und wenig entwicklungsorientiertes Führungsverhalten gegenüber ihren Mitarbeitern zum Ausdruck bringen, können das Befinden der Mitarbeiter stark beeinträchtigen.

Die Studien von Arnold et al. (2007) zeigten einerseits positive, teilweise vermittelnde Effekte (S1) und positive, vollständig vermittelnde Effekte (S2) von transformationaler Führung über Sinnhaftigkeit der Arbeit hin zu psychischem Wohlbefinden. Die einzelnen Variablen zeigten gute zusammenhängende Effekte und die verwendeten Erklärungsmodelle eine adäquate bis gute Passform, was für eine angemessene interne Validität spricht, die zusätzlich durch die verwendeten validierten Fragebögen bestätigt werden konnte.

Die Studie von Vincent (2011) zeigte hochsignifikante Mittelwertunterschiede bei beiden Extremgruppen, die wiederum auch große Effekte aufwiesen. Zusätzlich konnte sich das entwickelte GEFA Instrument gegenüber dem MLQ bei der Varianz der Befindensindikatoren durchsetzen und somit das Befinden besser vorhersagen als die transformationalen Führungsskalen aus dem MLQ. Dadurch, dass das verwendete GEFA Instrument validiert war und sich gegenüber dem ebenfalls validierten MLQ durchsetzte, kann man von einer guten internen Validität sprechen.

Dadurch, dass beide Studien ein Querschnittsdesign hatten lässt sich die Befragung nur explizit auf die gegebenen Sachverhalte projizieren, hinsichtlich des Zusammenhanges von Führung und Gesundheit. Mit Ausnahme des entwickelten Diagnoseinstruments GEFA, das auf Grund der verbesserten Vorhersage-Aussagekraft gegenüber dem MLQ ein extern gültiges Verfahren entwickelt wurde. Daher und auch deswegen, da kein kausaler Zusammenhang hergestellt werden konnte, kann man beiderseits nicht von einer externen Validität sprechen. Lediglich die sich herauskristallisierten Hypothesen, könnte man als Ansatz für

zukünftige Untersuchungen in diesem Bereich nutzen, da sich beiderseits positive Effekte zeigten.

5 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, inwiefern das Führungsverhalten die Gesundheit der Mitarbeiter beeinflussen kann und letztlich ob zwischen transformationaler Führung und psychischem Wohlbefinden ein Zusammenhang besteht. Vorab wurden hierzu im theoretischen Teil Kenntnisse zu Gesundheit, Arbeitsbedingungen und Gesundheit, Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement zusammengetragen, um einerseits notwendige Faktoren darzulegen, die Führungskräfte beim gesunden Führungsverhalten berücksichtigen müssen, aber auch andererseits zu zeigen, welche Möglichkeiten es gibt, die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsumgebung seitens der Führungskraft gesundheitsförderlich gestalten zu können. Der anschließende Führungsteil sollte dabei einerseits durch die Darstellung der verschiedenen Führungsansätze zeigen, dass Führung keine starre Größe ist, sondern eine situative Anpassung erfordert und dadurch das Führungsverhalten flexibel gestaltet werden sollte. Andererseits wurden die notwendigen Anforderungen und Aufgaben der Führungskräfte dargestellt, um zu zeigen, dass eine Vielzahl von Kompetenzen das Führungsverhalten bedingt und letztlich viele Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse notwendig sind, um Mitarbeiter gesund führen zu können. Der empirische Teil der Arbeit widmete sich der Abbildung einer schematischen Darstellung des Studienpaarvergleichs und Untersuchung des Zusammenhangs von transformationaler Führung und psychischem Wohlbefinden bzw. Gesundheit. Dabei wurden zwei Längsschnittstudien und zwei Querschnittstudien jeweils zu einem Studienpaar zusammengefasst.

Die Längsschnittstudien zeigten wie erwartet, dass zwischen dem Führungsverhalten und der Mitarbeitergesundheit ein Zusammenhang besteht. Allerdings konnte dieser Zusammenhang beiderseits lediglich indirekt signifikant über die verwendeten vermittelnden Variablen nachgewiesen werden. In der Studie von Nielsen et al. (2008) zeigte sich, dass transformationale Führung über die vermittelnde Variable der Arbeitsmerkmale (Rollenklarheit, Sinnhaftigkeit der Arbeit, Entwicklungsmöglichkeit) einen Einfluss auf das Wohlbefinden ausübt. Am Beispiel der Entwicklungsmöglichkeit zeigte sich beiderseits, mit transformationaler Führung $r = 0,41$, $p < 0,01$ und dem Wohlbefinden $r = 0,34$, $p < 0,01$, ein mittlerer signifikanter Zusammenhang. Jedoch bei der direkten Beziehung von transformationaler Führung und Wohlbefinden war dieser Zusammenhang schwach ausgeprägt ($r = 0,27$). In der Studie von Franke und Felfe (2011) zeigte sich, dass das gesundheitsförderliche Verhalten der Führungskräfte über die vermittelnde Variable, das gesundheitsförderliche Verhalten der Mitarbeiter die Mitarbeitergesundheit beeinflusst. Bspw. zeigte sich einerseits, dass Führungskräfte

die auf ihre eigene Gesundheit verstärkt achten, auch auf die Gesundheit der Mitarbeiter Acht geben ($r = 0,42$). Andererseits zeigte sich, wenn Führungskräfte der Überbelastung und Fehlbeanspruchung entgegenwirken, dies auch auf ihre Mitarbeiter reflektieren ($r = 0,57$). Das spricht für einen deutlichen Zusammenhang von gesundheitsbewusster Selbst und Mitarbeiterführung. Hinsichtlich des gesundheitsfördernden Führungsverhaltens zeigte sich ein schwacher bis mittlerer Zusammenhang psychische Belastungen zu reduzieren ($r = -0,28$, $p < 0,001$) bezogen auf das gesundheitsfördernde Verhalten der Mitarbeiter. Durch ein gesundheitsförderliches Verhalten der Mitarbeiter konnten psychische Belastungen in einem mittleren Zusammenhang von $r = -0,35$, $p < 0,001$ reduziert werden und somit der Gesundheitszustand verbessert werden. Die direkte Beziehung von gesundheitsförderlichen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit war schwach ausgeprägt in Bezug auf die Reduzierung von psychischen Belastungen ($r = -0,15$, $p < 0,01$). Diese ermittelten Ergebnisse bestätigen auch andere Studien. So haben beispielsweise Dierendonck et al. (2004) in ihrer Längsschnittstudie festgestellt, dass das Führungsverhalten über Rückkopplungsprozesse die Mitarbeitergesundheit bedingt, also auch eher einen indirekten Einfluss hat. Aber auch Gregersen et al. (2011) zeigten mit ihrer Übersichtsarbeit, die 42 Publikationen beinhaltet, dass einerseits transformationale Führung sich gesundheitsförderlich auf die Mitarbeitergesundheit auswirken kann. Andererseits wurde partiell ein direkter Zusammenhang von Führung und Gesundheit empirisch bestätigt. Daneben konnte man ebenfalls eine indirekte Wirkung bspw. über die Arbeitsbedingungen oder auch Persönlichkeitsmerkmale, moderiert oder vermittelt nachweisen. Dieser indirekte Zusammenhang lässt sich möglicherweise über die Wirkungsmodelle zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit erklären. Der Einfluss der Entscheidungsspielräume auf die Gesundheit im Demand/Control-Modell von Karasek & Teorell (1990), aber auch das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist (1996), das die Gesundheit beeinträchtigen kann, kann dazu führen, dass sich das Führungsverhalten nur indirekt über die Arbeitsbedingungen und Arbeitsmerkmale auf die Mitarbeitergesundheit auswirken kann. Somit könnte es möglich sein, dass die Arbeitsmerkmale (Rollenklarheit, Sinnhaftigkeit der Arbeit, Entwicklungsmöglichkeit) bei Nielsen et al. (2008) oder auch das gesundheitsförderliche Verhalten der Mitarbeiter bei Franke und Felfe (2011) als vermittelnde Variablen, so an das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter gekoppelt sind, dass die Führungskraft als Gestalter der Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen und auch als gesundheitsfördernder Motivator agieren müsste. Dadurch könnte es generell schwierig sein, direkt am Führungsverhalten den Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit zu bestimmen, ohne die Rahmenfaktoren zu berücksichtigen.

Die Querschnittstudien, im Vergleich zu den Längsschnittstudien, die versuchten einen kausalen Zusammenhang von Führung und Gesundheit herzustellen, dienten lediglich der Feststellung, dass es möglicherweise einen positiven Einfluss von Führung auf Gesundheit gibt und zur Generierung von Hypothesen bei dieser Beziehung. Bei Arnold et al. (2007) sowie bei Vincent (2011) wurden wie erwartet, positive Effekte deutlich. Bei beiden zusammengefassten Studien von Arnold et al. (2007) zeigten sich ähnlich wie bei den Längsschnittstudien, positive, teilweise vermittelnde Effekte (S1) und vollständig vermittelnde Effekte von transformationaler Führung, vermittelt über die Sinnhaftigkeit der Arbeit hin zu psychischem Wohlbefinden. Die resultierenden Hypothesen, dass transformationale Führung eine positive Verbindung zu psychischem Wohlbefinden hat und dass diese positive Beziehung durch die Erwartungen von der Sinnhaftigkeit der Arbeit vermittelt werden, konnte durch die verwendeten Modelle bestätigt werden. Bei der Studie von Vincent (2011) zeigten sich hochsignifikante Mittelwertunterschiede bei den Extremgruppen, was die Hypothesen bestätigt, dass Führungskräfte, die ein stark überforderndes Führungsverhalten, ein wenig unterstützungsorientiertes und wenig entwicklungsorientiertes Führungsverhalten zeigen, zu den stärksten Befindensbeeinträchtigungen führen und im Gegenzug sich Mitarbeiter am wohlsten fühlen, wenn die Führungskraft wenig überforderndes, viel unterstützungsorientiertes und viel entwicklungsorientiertes Verhalten zeigt. Eine andere zentrale Hypothese, dass das verwendete GEFA Instrument mehr Varianz bei den Befindensindikatoren aufklärt als die Führungsskalen aus dem MLQ wurde ebenfalls bestätigt. Auf Grund des Querschnittsdesigns konnten diese positiven Effekte zwischen Führungsverhalten und Gesundheit nur festgestellt aber nicht kausal in einen Zusammenhang gebracht werden. Allerdings haben beide Studien wegen ihrer gut validierten Instrumente durchaus Potential, in einem anderen Studiendesign signifikante Zusammenhänge darstellen zu können.

Problematisch bei beiden Studienpaaren könnten die nicht vollständig miteinbezogenen Variablen wie Alter, Geschlecht, Beruf oder auch die jeweils befragte Branche sein. Dadurch hätte es zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommen können. Allerdings zeigten wie bereits erwähnt, auch andere vergleichbare Studien hinsichtlich eines direkten Zusammenhangs keine besseren Ergebnisse.

Die Stärken dieser Untersuchung liegen bei dem Studienpaarvergleich. Der inhaltliche Ablauf wurde im Zuge der methodischen Darstellung schematisch dargestellt und beschrieben und kann dadurch hochschuldidaktisch weiter verwendet werden. Aus den beiden Studienpaaren wird deutlich, dass es notwendig ist, eine Vielzahl von Variablen in die Überprüfung des Zusammenhanges von Führung und Gesundheit mit einzubeziehen. Da signifikante indirekte Zusammenhänge gefunden worden, wird zusätzlich die Bedeutung der Arbeitsbedingungen und –merkmale hervorgehoben.

6 Fazit und Ausblick

Die Untersuchung sollte primär die Fragen klären: „Kann die Führungskraft einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter ausüben?“ und „Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Führungsverhalten und dem psychischen Wohlbefinden bzw. der Mitarbeitergesundheit?“. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden vorab in den beiden theoretischen Abschnitten Gesundheit und Gesundheitsmanagement bzw. Führung geklärt, was zum Verständnis von Gesundheit notwendig ist, welche Wirkungsmodelle zwischen der Mitarbeitergesundheit und den Arbeitsbedingungen intervenieren, welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen betrieblich realisierbar und letztlich innerhalb eines betrieblichen Gesundheitsmanagement integrierbar sind. Aus führungstheoretischer Sicht wurden Führungsansätze im Wandel von transaktionaler hin zu transformationaler Führung dargestellt und besonders Anforderungen und Aufgaben der Führungskräfte herausgearbeitet. Der empirische Teil der Arbeit bestand aus einem Studienpaarvergleich. Vorab wurde methodisch die Generierung der Studien dargestellt, um des Weiteren eine schematische Übersicht zum inhaltlichen Ablauf des Studienpaarvergleiches herauszuarbeiten. Es wurden jeweils zwei Längsschnitt- und zwei Querschnittstudien miteinander verglichen. Dabei lag der Fokus aller vier Studien besonders bei der Beziehung von transformationaler Führung und psychischem Wohlbefinden bzw. Gesundheit. Das Längsschnittstudienpaar kam zu dem Ergebnis, dass transformationale Führung, vermittelt über die Arbeitsmerkmale bzw. das gesundheitsförderliche Verhalten der Mitarbeiter, einen indirekten signifikanten Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden bzw. der Mitarbeitergesundheit hat. Die Querschnittstudien zeigten ähnliche Ergebnisse. So konnte einerseits, vermittelt über die Sinnhaftigkeit der Arbeit und andererseits, durch die Einteilung in überfordernde, entwicklungsorientierte und unterstützungsorientierte Führung ein positiver Einfluss der Führungskraft auf die Gesundheit der Mitarbeiter aufgezeigt und somit die Untersuchungsfragen bestätigt werden.

Um psychische Irritationen und physische Beeinträchtigungen zu reduzieren, kann die Führungskraft zum Einen über die Optimierung des eigenen Verhaltens und zum Anderen über die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsumgebung und –bedingungen positiv auf die Mitarbeitergesundheit intervenieren. Daraus könnten sich diverse Gestaltungsmöglichkeiten ableiten lassen. Da Führungskräfte ebenfalls hohen Belastungen ausgesetzt sind, übernehmen sie gleichzeitig Verantwortung für ihre Mitarbeiter und auch für ihre eigene Gesundheit. Daher ist es wichtig, dass sich Führungskräfte dieser Situation bewusst werden, als Vorbilder fungieren, die Mitarbeiter zum Gesundheitshandeln motivieren aber auch vertrau-

ensvoll mit ihnen umgehen, damit die Mitarbeiter auch eigene Überforderungen einräumen. Bezüglich des Führungsverhaltens wären dabei Trainings oder Führungsschulungen denkbar, um die Kompetenzen zu erweitern und Fähigkeiten zu verbessern. Der Handlungsspielraum der Führungskräfte wird wiederum durch die Unternehmensführung bedingt. Um eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung, die nicht nur den gesetzlichen Vorschriften entspricht, sondern auch darüber hinaus geht, schaffen zu können, bedarf es einer gesundheitsorientierten Geschäftsleitung. Sie muss Strukturen zur Gesundheitsförderung oder auch ein betriebliches Gesundheitsmanagement entwickeln, damit die Führungskräfte Einfluss auf die Arbeitsumgebung nehmen können. Die Gestaltungsmöglichkeiten können verhaltensorientiert Maßnahmen zur Stressreduzierung oder auch Sport- und Bewegungsprogramme sein und verhältnisorientiert die Bildung von Gesundheitszirkeln oder auch flexible Arbeitszeitmodelle. Insgesamt bedarf es einer gesundheitsförderlichen Selbst-, Mitarbeiter- und Unternehmensführung.

Einerseits auf Grund der relativ geringen Anzahl an Studien – besonders Längsschnittstudien – die konkret das Führungsverhalten und dessen Einfluss bzw. Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter untersuchten und andererseits auf Grund der Vielzahl an Rahmenfaktoren, die diese Beziehung beeinflussen, wird es zukünftig notwendig sein, sich intensiver mit dieser Problematik auseinanderzusetzen. Um diese Zusammenhänge besser und kausal abbilden zu können, sollten weitere Untersuchungen daher prospektiv longitudinal angelegt sein.

Quellenangabe

- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
- ARNOLD, K. ET AL. (2007): "Transformational Leadership and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Meaningful Work" in Journal of Occupational Health Psychology 2007, Vol. 12, No. 3, S. 193-203.
- AVOLIO, B. J. (1999): Full leadership development: Building the vital forces in organizations. Thousand Oaks, CA: Sage.
- BADURA, B./WALTER, U./HEHLMANN, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Aufl., Heidelberg: Springer.
- BADURA, B./SCHRÖDER, H./VETTER, C. (2009): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Heidelberg: Springer.
- BADURA, B./DUCKI, A./SCHRÖDER, H./KLOSE, J./MACCO, K. (2011): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Heidelberg: Springer.
- BASS, B. M. (1998): Transformational leadership: Industrial, military, and educational impact. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- BENGEL, J. (2001): Was erhält den Menschen gesund? : Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert ; eine Expertise / von Jürgen Bengel, Regine Strittmacher und Hildegard Willmann. Im Auftr. der BZgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln. Erw. Neuaufl.. – Köln : BZgA, 2001.
- BKK BUNDESVERBAND(HG.) (2012): BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern. Krankheit vorsorgen. Mit Krankheit leben. URL: http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheit_sreport_2012/Gesundheitsreport_2012.pdf, Recherche am 21.12.2012.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (2012): Arbeitsschutzgesetz aus www.gesetze-im-internet.de URL: http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/_4.html, Recherche am 11.11.2012.
- DECKER, F./DECKER, A. (2011): Gesundheit im Betrieb. Vitale Mitarbeiter – leistungsstarke Organisation, 2. Aufl., Leonberg: Rosenberger.
- DIERENDONCK, D.V./HAYNES, C./BORILL, C./STRIDE, C. (2004): Leadership Behavior and Subordinate Well-Being. Journal of Occupational Health Psychology 2004, Vol. 9, No. 2, S. 165-175.
- DRIESSEN, M.T., U.A. (2011): The effectiveness of participatory ergonomics to prevent low-back and neck pain – results of a cluster randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Work Environment and Health 2011, Vol. 37, No. 5, S. 383-393.
- THE EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION (2012): The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union 1997. URL: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf, Recherche am 11.11.2012.
- FRANKE, F./FELFE, J. (2011): Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument "Health-oriented Leadership" aus: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (2011): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Heidelberg: Springer .
- GREGERSEN, S./KUHNERT, S./ZIMMER, A./NIENHAUS, A. (2011): Führungsverhalten und Gesundheit. Zum Stand der Forschung, Das Gesundheitswesen 2011, Vol. 73, No. 1, S. 3-12.
- HARBORTH, M. (2012): Effektivität von Interventionsprogrammen bei Rücken- und Nackenschmerzen. Ein Vergleich zweier randomisierter Kontrollstudien. Unveröffentlichte Studienarbeit, Westsächsische Hochschule Zwickau.
- HURRELMANN, K. (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 7. Aufl., Weinheim und München: Juventa.

- HURRELMANN, K./KLOTZ, T./HAISCH, J. (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Aufl., Bern: Hans Huber.
- HURRELMANN, K./LAASER, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann/U. Laaser/O. Razum: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa.
- KARASEK, Robert A./ THEORELL, Töres (1990): Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life, 6. Aufl., New York: Basic Books.
- KLEIN-SCHNEIDER, H. (1999): Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Flexible Arbeitszeit. Analyse und Handlungsempfehlungen, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- KULBE, A. (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe, 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- MALIK, F. (2001): Führen. Leisten. Leben, Stuttgart: DVA.
- MCEACHAN ET AL. (2011): Testing a workplace physical activity intervention: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011, Vol 8, No. 29.
- MEIFERT, M.T./KESTING, M. (2004): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte – Praxis – Perspektiven, Heidelberg: Springer.
- NAIDOO, J./WILLS, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2. Aufl., Köln: BZgA.
- NIELSEN, K. ET AL. (2008): The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study, *work & stress*, Vol. 22, No. 1, S. 16-32.
- OESTERREICH, R. & VOLPERT, W. (1999): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. Bern: Huber.
- PFAFF, H./SLESINA, W. (2001): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, Weinheim: Juventa.
- PFAFF, H./PLATH, S.C./KÖHLER, T./KRAUSE, H. (2008): Gesundheitsförderung im Finanzdienstleistungssektor. Prävention und Gesundheitsmanagement bei Banken und Versicherungen, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- PIDD, K. ET AL. (2011): Intoxicated workers: findings from a national Australian survey. *British journal of addiction* 2011, Vol. 106, No. 9, S. 1623-33.
- ROSENSTIEL, L.V./REGNET, E./DOMSCH, M. (2003): Führung von Mitarbeitern, 5. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- SCHIRMER, U./WALTER, V./WOYDT, S. (2009): Mitarbeiterführung, Heidelberg: Physica.
- SELTZER, J./NUMEROF, R./BASS, B. (1989): Transformational leadership: Is it a source of more burnout and stress? *Journal of Health and Human Resources Administration*, S. 174-185.
- SIEGRIST, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit, Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken, Göttingen: Hogrefe.
- SPEKLÉ, E.M. ET AL. (2010): Effectiveness of a questionnaire based intervention programme on the prevalence of arm, shoulder and neck symptoms, risk factors and sick leave in computer workers: A cluster randomised controlled trial in an occupational setting. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010, Vol. 11, No. 99.
- SOHM, S. (2007): Zeitgemäße Führung – Ansätze und Modelle, Bertelsmann Stiftung URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_24969_24970_2.pdf, Recherche am 15.11.2012.
- SOYKA, M./KÜFNER, H. (2008): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie, 6. Aufl., Stuttgart: Thieme.
- STAEHLE, W. (1999): Management: Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 8. Aufl., München: Vahlen.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HG.) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile, Recherche am 21.12.2012.

- STATISTISCHES BUNDESAMT (HG.) (2011): Frauen in Führungspositionen. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Arbeitsmarkt/FrauenFuehrunggspositionen52011.pdf?__blob=publicationFile, Recherche am 21.12.2012.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HG.) (2012): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BerufArbeitsbedingungErwerbstaetigen2010412117004.pdf?__blob=publicationFile, Recherche am 24.11.2012.
- STEINMANN H./SCHREYÖGG G. (2005): Management: Grundlagen der Unternehmensführung. Konzepte – Funktion – Fallstudien, 6. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- TECHNIKER KRANKENKASSE (2012): Gesundheitsreport 2012. Teil 1: Arbeitsunfähigkeiten. URL: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/449290/Datei/79699/Gesundheitsreport-2012.pdf>, Recherche am 24.11.2012.
- ULICH, E./WÜLSER, M. (2010): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven, 4. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- VINCENT, S. (2011): Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument aus: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (2011): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Heidelberg: Springer.
- WALLER, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis, 4. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- WALTER, U./MÜNCH, E./BADURA, B. (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Investition in das Sozial- und Humankapital aus WSI-Mitteilungen 2002, Vol. 9, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO): Preamble to the Constitution of the World Health Organization (1946). URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, Recherche am 11.11.2012.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO): Ottawa Charter for Health Promotion (1986). URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Recherche am 11.11.2012.
- ZIMBARDO, P.G./GERRIG, R.J. (2008): Psychologie, 18. Aufl., München: Pearson Studium.
- ZINN, C. ET AL. (2012): Efficacy of a "small-changes" workplace weight loss initiative on weight and productivity outcomes. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2012, Vol. 54, No. 10, S. 1224-1232.

Eidesstattliche Versicherung

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB):

§ 156 StGB Falsche Versicherung an Eides Statt

„Wer von einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Ich habe die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen (siehe oben) einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung zur Kenntnis genommen.

Hiermit versichere ich, an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Zwickau,.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift