

Führung und Gesundheit: Fünf Wege der Beeinflussung von Mitarbeitergesundheit in Organisationen

Jürgen WEGGE

*Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie, TU Dresden,
Zellescher Weg 17, D-01062 Dresden*

Kurzfassung: Bisher ist lediglich in Ansätzen geklärt, wie genau das Führungsverhalten die Gesundheit von Mitarbeitern beeinflusst und welche Prozesse diesen Zusammenhängen zu Grunde liegen. Dieser Beitrag will helfen, diese Lücke zu schließen. Es wird ein 5-Wege-Modell der Führung dargestellt, das die aktuell vorliegenden Befunde integriert. Das Modell beschreibt Führungskräfte (1) als Akteure mit direktem Einfluss auf die Gesundheit von Mitarbeitern, (2) als Gestalter von Arbeitssystemen, (3) als moderierender Faktor (Puffer/Verstärker) der Wirkungen von Arbeitsanforderungen und -ressourcen auf Gesundheit, (4) als Entwickler von Gruppenklima und Identifikation sowie (5) als Rollenmodell für gesundheitsrelevantes Verhalten. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass auf jedem dieser Wege sowohl *positive* als auch *negative* Einflüsse festgestellt oder – da Forschung teilweise noch fehlt – erwartet werden können. Das Modell zeigt daher auch bedeutsame Forschungslücken auf, die Hinweise darauf geben, wie substantielle Fortschritte auf diesem wichtigen Teilgebiet der Führungsforschung in Zukunft erzielt werden können.

Schlüsselwörter: Führung, Gesundheit, Krankheit, Arbeitsgestaltung, Rollenmodell, Teamklima

1. Klassifikation von Führungsverhalten und ein erster Blick auf die Wirkung von Führung auf Mitarbeitergesundheit

Führung in Organisationen und Arbeitsgruppen kann nach Wunderer und Grunwald (1980, S. 62) „...als Sammelbegriff für Interaktionsprozesse, in denen eine absichtliche Einflussnahme von Personen auf andere Personen zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben im Kontext einer strukturierten Arbeitssituation zugrunde liegt“ definiert werden. Solche Interaktionsprozesse (z.B. direkte Anweisungen eines Vorgesetzten, anspornende Leistungsrückmeldungen von Kollegen, das Erarbeiten gemeinsamer Handlungspläne zur Aufgabenerfüllung in einer Arbeitsgruppe) sind sehr vielfältig und auf verschiedenen Ebenen (Dyade, Gruppe, Organisation) zu beobachten. Die Komplexität des Phänomens hat zur Entwicklung einer großen Zahl von Führungstheorien geführt, die allerdings nur teilweise auch empirisch gut belegt sind (Wegge & Rosenstiel, 2014).

Versucht man auf Basis dieser Vielfalt an Theorien voneinander *differenzierbare Führungsverhaltensweisen* zu bestimmen, ist die Meta-Analyse von DeRue, Nahrung, Wellman und Humphrey (2011) grundlegend. Hier wurde gezeigt, dass in den psychologischen Führungstheorien *im Wesentlichen* lediglich vier verschiedene Verhaltensbereiche abgebildet werden: Aufgabenorientiertes, beziehungsorientiertes, veränderungsorientiertes und passives/aversives Führungsverhalten. Die Autoren

untermauern diese Schlussfolgerung mit zahlreichen Effektstärken aus Metaanalysen und empirischen Studien. Damit liegt eine sinnvolle, empirisch gestützte Unterscheidung beobachtbaren Führungsverhaltens vor, die auch zur Untersuchung der Frage, wie der Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit aussieht, herangezogen werden kann.

Wegge, Shemla und Haslam (2014) haben hierzu kürzlich beispielhafte Befunde zusammengetragen. Mit Blick auf das *aufgabenorientierte* Führungshandeln (z.B. Klärung von Aufgaben und Rollen, Vereinbaren von Leistungszielen und daran geknüpft Belohnungen, Förderung der Koordination in Teams) ist zu erwarten, dass – vermittelt über eine höhere Rollenklarheit – eine Reduktion von unnötigen Belastungen bei der Arbeit und daher positive Effekte auf Zufriedenheit und Wohlbefinden resultieren. Mehr *beziehungsorientiertes* Führungsverhalten (z.B. in Form eines individuellen, respektvollen Coachings der Mitarbeiter oder einer partizipativen, fairen Aushandlung der Arbeitsteilung im Team) wird ebenfalls die Gesundheit beeinflussen, weil Studien z.B. zeigen, dass hiermit die erlebte Gerechtigkeit und Bedeutsamkeit bei der Arbeit und das gegenseitige Vertrauen gefördert werden. Dies kann z.B. dazu führen, dass Überforderungen vermieden werden oder Mitarbeiter bei der Arbeit deutlich mehr soziale Unterstützung anbieten und/oder erhalten. Mit Blick auf das *veränderungsorientierte* Führungsverhalten (z.B. in Form der Entwicklung und Kommunikation von Visionen für die neue Zukunft der Organisation oder der Anregung von Innovation und Risikoübernahme bei nötigen Veränderungen im Unternehmen) kann argumentiert werden, dass Unsicherheits- bzw. Bedrohungserleben bei den Beschäftigten reduziert wird, was direkt (die stressreiche Situation wird nun als Herausforderung erlebt) oder indirekt (die stressreiche Situation wird besser gemeinsam bewältigt), die Gesundheit fördern kann (vgl. auch Walsh, Dupré & Arnold, 2014). Während man bei diesen drei Führungsverhaltensweisen also eher positive Gesundheitswirkungen annimmt und findet, wird beim passiven/aversiven Führungsverhalten (z.B. keine Ansprechbarkeit bzw. Erreichbarkeit des Vorgesetzten, mangelndes Interesse an Geführten, aversive Verhaltensweisen wie schimpfen, beleidigen und mit Angst führen) das Gegenteil erwartet. Die Metaanalyse von Schyns und Schilling (2013) zeigt, dass dies leider sehr verlässlich dann auch der Fall ist. Wer mit Drohen, Schikanieren und Angst führt erhöht das Stresserleben seiner Mitarbeiter ($r = .31$), reduziert ihr Wohlbefinden ($r = -.35$) und senkt deren Leistung ($r = -.18$).

2. Fünf verschiedene Wege des Zusammenhangs zwischen Führung und Gesundheit

Die oben angeführten Befunde belegen eindeutig, dass die verschiedenen Verhaltensweisen von Führungskräften die Gesundheit der Mitarbeiter sowohl fördern als auch gefährden können (vgl. auch Nyberg, Alfredsson, Theorell, Westerlund, Vahtera, Kivimäki, 2009). Oft wird hierbei in der Forschung allerdings nur auf die unmittelbare Dyade – eine Führungskraft in direkter Interaktion mit einem Mitarbeiter – geschaut. Man untersucht bzw. postuliert dann verschiedene kognitive (z.B. Rollenklarheit, Selbstvertrauen) und emotionale Prozesse (z.B. emotionale Ansteckung, Erleben von Ärger oder Stolz und Freude) die derartige Zusammenhänge erklären könnten). Diese dyadische Sichtweise greift deutlich zu kurz, weil damit einige andere Wege ausgeblendet werden, die ebenfalls für den Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Gesundheit verantwortlich sind bzw. sein können. Wegge et al. (2014) haben – aufbauend auf einigen Vorarbeiten (Wegge & Wolf, 2010; Wolf, Hütt-

ges, Hoch & Wegge, 2010) ein 5-Wege Modell vorgestellt, das klar macht, welche weiteren Wege und Mechanismen *zusätzlich* zu beachten sind, wenn man den Zusammenhang zwischen Führung und Mitarbeitergesundheit theoretisch rekonstruieren und für die Veränderung in der Praxis optimieren will (Abbildung 1). Wir betrachten im Folgenden jeden dieser fünf Wege genauer.

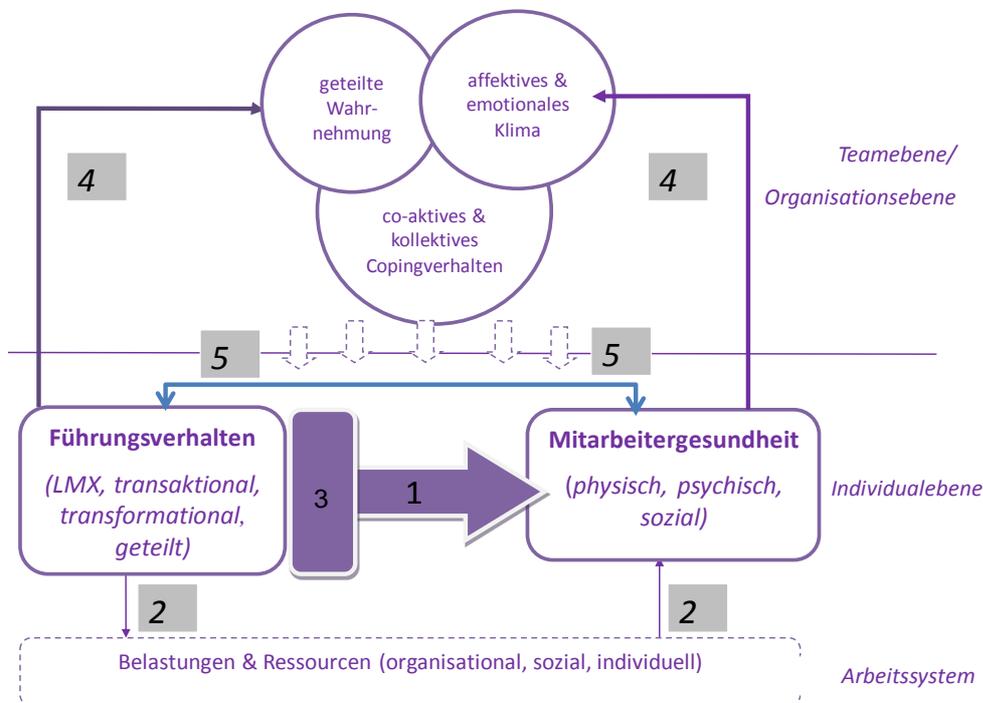


Abbildung 1: Das 5-Wege Modell des Zusammenhangs zwischen Führung und Gesundheit nach Wegge, Shemla und Haslam (2014).

2.1 Führungskräfte als Akteure mit direktem Einfluss auf Mitarbeitergesundheit

Die eher direkte (positive wie negative) Wirkung des Führungshandelns auf die Gesundheit der Mitarbeiter ist bereits gut belegt (s.o.). Das gezeigte bzw. das vom Mitarbeiter erlebte Führungsverhalten wirkt direkt auf seine Gesundheit, weil z.B. motivierendes und unterstützendes Verhalten Überforderungen abbaut (herstellt) oder Wohlbefinden fördert (verringert). Drei aktuelle Beispiele mögend dies weiter illustrieren. In einer Tagebuchstudie mit 139 Beschäftigten fanden Stocker, Jacobshagen, Krings, Pfister und Semmer (2014), dass einfache Dankesbekundungen oder ein Lob des Vorgesetzten im Laufe des Tages am Abend zu besserem Wohlbefinden der Mitarbeiter führt, was u.a. die Erholung fördert. In einer groß angelegten Studie mit 93.576 Mitarbeitern (11177 Teams aus 16 verschiedenen Ländern) zeigten Zwingmann, Wegge, Wolf, Rudolf, Schmidt und Richter (2014), dass laissez-faire Führungsverhalten des Vorgesetzten (keine Erreichbarkeit; kein Interesse für Belange der Mitarbeiter) sowohl mit dem physischen als auch mit dem psychischen Wohlbefinden in allen Ländern deutlich negativ korreliert ist ($r = -.15$ bis $r = -.45$). Die transformationale Führung war hingegen positiv mit der Gesundheit assoziiert ($r = .16$ bis $r = .50$). Dies kann man u.a. damit erklären, dass transformationale Führung die Beteiligung an Sicherheitsschulungen fördert (Clarke, 2013) und die Arbeit bedeutsamer macht.

In der Studie von Gregersen, Vincent-Höper und Nienhaus (2014) wurden mehrere Führungsstile in einer Stichprobe von Pflegekräften (N= 1045) erhoben und mit Gesundheitsindikatoren in Beziehung gesetzt. Es zeigte sich, dass eine gute Austauschbeziehung zum Vorgesetzten (LMX) – im Vergleich zur mitarbeiterorientierten Führung und der transformationalen Führung – der beste Prädiktor für die Mitarbeitergesundheit war.

Die unmittelbare, persönliche Beziehung zum Vorgesetzten und der möglichst vertrauensvolle und gerechte Austausch mit ihm (ihr) ist daher ohne Frage ebenfalls eine wichtige, gesundheitsrelevante Ressource bei der Arbeit, die zusätzlich zu den Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit einwirkt (Kivimäki et al., 2004). Dies belegen auch neue Ansätze zur *alternsgerechten Führung*. Wegge, Schmidt, Piecha, Ellwart, Jungmann und Liebermann (2012) haben kürzlich überprüft, welche Erkenntnisse hierzu vorliegen. Demnach gibt es eine Reihe von guten Gründen dafür, dass Vorgesetzte ihr Führungsverhalten dem Alter der geführten Personen in bestimmten Bereichen anpassen, in anderen Bereichen aber keinesfalls einen Unterschied zwischen Jung und Alt zulassen sollten. Eine Gleichbehandlung von Jung und Alt ist z. B. mit Blick auf die Einbindung in Lernmöglichkeiten (Weiterbildung) dringend zu empfehlen, weil Ältere diesbezüglich häufig ausgeschlossen werden und hierfür auch selbst weniger motiviert sind als Jüngere. Andererseits benötigen Ältere eine individuellere Arbeitsplanung, da die psychische und physiologische Leistungsfähigkeit im Alter stärker divergiert. Weil das Bedürfnis nach Autonomie mit dem Alter wächst und durch größere Handlungsspielräume Möglichkeiten entstehen, altersbedingte negative Veränderungen der Leistungsfähigkeit zu kompensieren, sollten Ältere auch mehr Autonomie als Jüngere haben. Im Alter gewinnt zudem das Motiv der Generativität (Weitergabe von Wissen und Fertigkeiten) an Stärke, weswegen man insbesondere Älteren entsprechende Möglichkeiten einräumen sollte. Eine besondere Behandlung Jüngerer ist hingegen angezeigt, weil hier die berufliche Weiterentwicklung im Vordergrund steht, was z.B. deren stärkeren Wunsch nach Rückmeldungen und nach einer größeren Vielfalt der Anforderung erklärt.

Wegge et al. (2012) präsentieren eine entsprechende Kurzskala mit 16 Items zur Messung alter(n)sgerechter Führung (FAF 16). In zwei Arbeitskontexten (Altenpfleger: N=192; Montage: N=106) wurde der Fragebogen eingesetzt. Die Ergebnisse aus dem Pflegebereich sprechen für eine gesundheitsförderliche Wirkung alter(n)sgerechter Führung. Pflegekräfte, die bei ihren direkten Vorgesetzten hohe Ausprägungen alter(n)sgerechter Führung wahrnehmen, berichten weniger emotionale Konflikte ($r = -.29$) und ein besseres psychisches Wohlbefinden ($r = .25$). Alter(n)sgerechtes Führungsverhalten geht außerdem mit einer geringeren Kündigungsabsicht ($r = -.17$), sowie dem Erleben der eigenen professionellen Effizienz ($r = .20$) einher. Auch für den Produktionsbereich sind die Ergebnisse vielversprechend. Eine hohe Ausprägung alter(n)sgerechter Führung war hier mit höheren Selbstwirksamkeitserwartungen ($r = .37$) sowie gesteigerter Arbeitszufriedenheit ($r = .67$) verbunden. Auch ein Zusammenhang zwischen ausgeprägtem alter(n)sgerechtem Führen und geringeren Fluktuationsabsichten ($r = -.51$) sowie reduziertem Burnout-Erleben ($r = -.42$) wurde erneut gefunden. Die Ergebnisse zur alternsgerechten Führung (vgl. Jungmann, Bilinska & Wegge, 2015) belegen also, dass Jung und Alt in bestimmten Bereichen gleich, in anderen aber unterschiedlich behandelt werden sollten. Wenn die Führungskraft eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Mitarbeitern hat, werden möglichen Vorteile alternsgerechter Führung eher umgesetzt, so dass die alternsgerechte Führung eine mögliche Erklärung dafür ist, warum hohe LMX-Werte mit guter Gesundheit einhergehen.

2.2 Führungskräfte als Gestalter von Arbeitssystemen

Das Führungsverhalten kann seine gesundheitsförderliche (oder schädigende) Wirkung aber auch *indirekt* entfalten, weil Vorgesetzte auch für die konkrete Gestaltung von Arbeitssystemen allgemein Verantwortung tragen. Sie beeinflussen mit Ihren Entscheidungen z.B. die Verfügbarkeit von organisationalen Ressourcen (z. B. Tätigkeitsspielraum, Entscheidungsspielraum, Erholung bei der Arbeit) und von sozialen Ressourcen (z.B. gemeinsame Teamaktivitäten; Optionen für soziale Unterstützung), was auch die Ausprägung individueller bzw. personaler Ressourcen (z.B. das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten oder die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitshandelns) mitbestimmt. Als Beispiel kann hier erneut auf die große Studie von Zwingmann et al. (2014) verwiesen werden, in der u.a. gefunden wurde, dass die Gruppengröße negativ mit der Gesundheit zusammenhängt (in kleineren Arbeitsgruppen ist man gesünder!). Rivkin, Diestel und Schmidt (2014) zeigten in zwei Studien (N=443 und N= 75 als Tagebuchstudie), dass dienende Führung („servant leadership“) die Gesundheit fördert (geringe emotionale Erschöpfung, geringere Erholungsbedürfnisse), weil die Mitarbeiter größere Rollenklarheit bei der Arbeit erlebten. Die Bedeutsamkeit einer guten Arbeitsgestaltung für die Gesundheit von Mitarbeitern ist keineswegs eine neue Erkenntnis (vgl. Humphrey, Morgeson & Nahrgang, 2007), aber leider wird allzu oft so getan, als wäre die Gesundheit der Mitarbeiter ihre private Sache. Diese ist aber ohne Zweifel stark von der Qualität der Arbeitsinhalte, der Arbeitsumgebung, Arbeitsmittel, Arbeitszeit etc. abhängig. Führungskräfte können und sollten ihre Verantwortung – gestützt auf arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse – zum Wohle der Mitarbeiter kennen und möglichst clever nutzen. Leider sehen viele Führungskräfte Gesundheitsmanagement immer noch als eine lästige Zusatzaufgabe (Gregersen, Kuhnert, Zimmer & Nienhaus, 2011).

Ein wichtiger Gestaltungsfaktor, der hier gewöhnlich auch übersehen wird, ist die *Zusammensetzung von Teams* mit Blick auf das Alter (Wegge & Schmidt, 2015). In mehreren, groß angelegten Feldstudien wurden Zusammenhänge zwischen der Altersdiversität in Teams und der Gesundheit der Mitarbeiter analysiert. Es lassen sich hier drei zentrale Ergebnisse festhalten: Insbesondere in Gruppen, die mit Routineaufgaben befasst sind, führt höhere Altersdiversität zu ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. (2) Ist eine hohe Wertschätzung von Altersdiversität in Teams gegeben, so zeigen altersdiverse Teams eine höhere Innovationsleistung und Gesundheit. (3) Die Effekte der Altersdiversität in Teams sind über die Wahrnehmung (Salienz) der Altersunterschiede vermittelt. Eine hohe Salienz von Altersunterschieden führt zu Konflikten im Team, die wiederum die Gesundheit der Teammitglieder beeinträchtigt. Sowohl die objektive Teamzusammensetzung (im Sinne einer möglichst gleichmäßigen Besetzung aller Altersgruppen) als auch die Gestaltung der Aufgabenmerkmale (hohe Komplexität für altersdiverse Teams) sind (neben der Förderung der Wertschätzung von Altersdiversität durch alternsgerechte Führung) daher wichtige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung in Organisationen.

2.3 Führungskräfte als moderierender Faktor (Puffer/Verstärker) der Wirkungen von Arbeitsanforderungen und -ressourcen auf Gesundheit

Eine mögliche Moderatorwirkung (im Sinne einer positiven Puffer- bzw. negativen Verstärkerwirkung) des Führungsverhaltens mit Blick auf den Zusammenhang zwischen Belastungen und Beanspruchungen bzw. Beanspruchungsfolgen (Fehlbelastungen) ist bisher empirisch selten untersucht worden. Ein Beispiel liefert die Studie

von Frese und Semmer (1991). Sie fanden in einer Längsschnitt-Studie, dass Personen, die hohen Stressoren bei der Arbeit ausgesetzt waren, zu einem späteren Messzeitpunkt mit einem Anteil von 57 Prozent hohe psychosomatische Beschwerden berichten, wenn die soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten gering war. Wurde hingegen eine hohe soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten erlebt, betrug der spätere Anteil nur noch 17 Prozent und wich damit nicht signifikant von den Personen mit niedrigem arbeitsbezogenen Stresserleben ab. Mögliche negative Verstärkerwirkungen des Vorgesetzten werden u.a. in der Mobbingforschung unter dem Begriff „Bossing“ thematisiert, da Vorgesetzte häufig auch Mittäter beim Mobbing sind (Zapf, 1999). Unterstützt der Chef das Fehlverhalten der Kollegen, wird die negative Auswirkung dieses Fehlverhaltens ohne Frage an Gewicht gewinnen.

Die auf diesem dritten Weg auftretenden Effekte sollten weiter untersucht werden. Dies erfordert u.a., dass man das Führungsverhalten als wichtigen Belastungsfaktor (im wertneutralen Sinne) begreift und regelmäßig bei Gefährdungsbeurteilungen mitberücksichtigt. Dass sich dies lohnt, zeigt auch die finnische Längsschnittstudie von Tuomi, Ilmarinen, Martikainen, Aalto und Klockars (1997). Ein gutes Führungsverhalten von Vorgesetzten war der einzige hoch-signifikante Faktor, für den eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und 62. Lebensjahr nachgewiesen werden konnte. Dieses Führungsverhalten umfasst eine aufgeschlossene, nicht stereotype Einstellung gegenüber dem Alter, Bereitschaft zur Kooperation, Kommunikationsfähigkeit und altersgerechte Organisation der Arbeitsabläufe (Ilmarinen & Tempel, 2002). Waren die Mitarbeiter mit dem Verhalten des Vorgesetzten zufrieden, so hat sich ihre Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu denen, die unzufrieden waren, um das 3,6-fache verbessert. Auch die neuere Studie von Green, Miller und Aarons (2013) kann hier als weiterer Beleg angeführt werden.

Ein wichtiger Bereich, in dem solche Pufferwirkungen zu erwarten sind, stellen organisationale Veränderungsprozesse dar. Wie Rigotti und Otto (2012) und Nebel-Töpfer, Wolf und Richter (2012) darlegen, bestehen gerade in Zeiten (größerer) organisationalen Veränderungen höhere Risiken für die Gesundheit der Mitarbeiter. Werden solchen Situationen als Krisen erlebt, setzt man oft auf transformationales Führungsverhalten. Die bisherige Forschung zum Thema Führung in Krisenzeiten zeigt u.a., dass Führungskräfte in Krisen tatsächlich charismatisch(er) kommunizieren und eine entsprechend charismatische Wirkung auf die Geführten haben, die aber zeitlich begrenzt ist. Ferner werden in Krisen bei den Geführten mehrere emotionale Prozesse angeregt, die auch zu einer besseren Bewertung der Führungskraft führen können. Eine auf Krisen ausgelegte Führungskräfteentwicklung sollte konstruktive Denkstrategien und spezifische Kompetenzen für die Bewältigung einer Krise vermitteln (Jungbauer & Wegge, 2015). Allerdings gilt auch hier, dass die Forschung noch eher am Anfang steht. Der mit einer Krise verbundene Stress erhöht das Risiko psychischer Erkrankungen. Auch hier ist es Aufgabe der Führungskräfte, negativen Belastungserscheinungen entgegenzuwirken. Es wäre sowohl theoretisch als auch praktisch sehr hilfreich, wenn man wüsste, wie dies am besten zu erreichen ist.

2.4 Führungskräfte als Entwickler von Gruppenklima und Identifikation

Das Verhalten und die Einschätzung arbeitsplatzbezogener psychosozialer Belastungen durch die Führungskraft beeinflusst das Stresserleben der Teammitglieder zudem kollektiv, etwa vermittelt über die miteinander geteilte Wahrnehmung einer Situation als herausfordernd, bedrohlich oder lohnend (Schuh, van Dick, Wegge &

Haslam, 2013). Dieser vierte Weg betrachtet also, wie Vorgesetzte – über die Schaffung bzw. Förderung eines („gesunden“ bzw. „ungesunden“) Gruppenklimas und/oder die Förderung von Identifikation mit der eigenen Gruppe oder Organisation die Gesundheit beeinflussen. Die zugrunde liegenden Phänomene sind daher auch auf der Team- und Organisationsebene verortet. Erste Belege für die Wichtigkeit dieser Analyseebene kommen aus einer Studie von O'Brien und Haslam (2003). Sie fanden, dass ein hohes Maß an sozialer Identifikation (Team und Organisation) ein signifikanter Prädiktor des erlebten Burnout ist. Die Mitarbeiter erlebten ein hohes Maß an Burnout, wenn eine nur schwache Beziehung zur Organisation bestand und sich die Mitarbeiter eher isoliert fühlten. Zur Verdeutlichung der hier interessierenden Phänomene kann erneut auf die große Studie von Zwingmann et al. (2014) verwiesen werden, in der zudem gefunden wurde, dass ein hoher Inter-Gruppen-Konsens mit Blick auf die transformationale Führung des Vorgesetzten positiv mit der Gesundheit zusammenhängt, u.a. weil der erlebte Konsens Konflikte verringert und mehr Sicherheit im Team gibt. Dieser Effekt auf Teamebene war – bei Kontrolle der individuellen Zusammenhänge – in acht der 16 untersuchten Länder nachweisbar. Als weiteres, aktuelles Beispiel sei hier auf die Studien von Steffens, Haslam, Kerschreiter, Schuh und van Dick (2014) verwiesen. Sie fanden in einer Feldstudie mit 641 Beschäftigten, dass Führungskräfte die eine gemeinsame Identität der Gruppe förderten, weniger Burnout und mehr Engagement bei der Arbeit erlebten was (vermittelt über diese Variablen) auch mit besseren Leistungen einherging. Statt Stressproblematiken allein auf der individuellen Ebene entgegenzutreten (z.B. durch die Vermittlung von Entspannungstechniken oder das Trainieren von adaptiven Bewältigungstechniken), scheint ein vielversprechender Weg zu mehr Wohlbefinden und Gesundheit also auch darin zu liegen, Gruppen in der Entwicklung einer geteilten Identität und gegenseitiger Unterstützung zu fördern (für zahlreiche weitere Belege dazu siehe van Dick, 2015).

2.5 Führungskräfte als Rollenmodell für gesundheitsrelevantes Verhalten der Mitarbeiter und Reaktionen der Führungskraft auf kranke (gesunde) Mitarbeiter

Kuoppala et al. (2008) konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass gute Führung das Wohlbefinden steigert und Fehlzeiten von Mitarbeitern reduziert. Als besonders förderliches Führungsverhalten für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit wurde hier u.a. das eigene Gesundheitsverhalten der Führungskraft und deren Vorbildfunktion herausgestellt (vgl. Rowold & Heinitz, 2008; DGUV, 2014). Weil die Führungskraft als statushohes Rollenmodell funktioniert, kann sie – auch unbeabsichtigt – das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter beeinflussen. Im negativen Sinne wäre dies z.B. dann der Fall, wenn die Führungskraft Ihre Pausen ausfallen lässt, sich ungesund bei der Arbeit ernährt oder Sicherheitsvorschriften missachtet. Solche Zusammenhänge sind zwar leicht zu postulieren, sie wurden in der Forschung meines Wissens nach bisher allerdings kaum empirisch nachgewiesen.

Auch umgekehrte Effekte, also solche, die von der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten der Geführten ausgehen und dann die Qualität der Führung bzw. die Gesundheit der Führungskraft beeinflussen sind in dem oben dargestellten Modell mitbedacht (der Pfeil geht daher in beide Richtungen). Die gute (schlechte) Gesundheit der Mitarbeiter kann z.B. als Ressource (Belastung) für die Führungskraft wirken, weil gesunde (kranke) Mitarbeiter eine eher partizipative, ermächtigende (strenge, direktive) Führung nahelegen und für Vorgesetzte selbst ein Quell der Freude (des Ärgers) sein kann, weil dann weniger (mehr) selbst zu tun ist. Die Rollenwirkung des

Vorgesetzten und mögliche Rückkopplungsprozesse sollten dringend untersucht werden. Dies erfordert u.a. dass man die Perspektive endlich erweitert und nicht nur die allgemeinen Führungswahrnehmungen misst, sondern auch die Einstellungen (Werte) zur Gesundheit, die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten bei Vorgesetzten und Mitarbeitern. Aus diesem Grund ist es sehr zu begrüßen, dass Franke, Felfe und Pundt (2014) entsprechende Instrumente vorgestellt und in Teilen auch schon mit Erfolg eingesetzt haben. Hierbei konnten sie z.B. zeigen, dass Mitarbeiter dann eine bessere Gesundheit haben, wenn sie erleben, dass die Vorgesetzten sich auch wirklich für ihre Gesundheit interessieren.

3. Diskussion und Fazit

Führungskräfte, welche die Gesundheit im Unternehmen fördern wollen, sollten neben grundlegenden Präventionsaufgaben (DGUV, 2014) die oben erörterten fünf Wege des Zusammenhangs zwischen Führung und Gesundheit beachten. Neben der sozialen Unterstützung als wichtige Kernaufgabe bestehen nach Richter und Wegge (2011) weitere Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung durch Führungskräfte u. a. in folgenden Bereichen:

- Übertragen von (Eigen-)Verantwortung an Mitarbeiter und Teams,
- Installation und Weiterentwicklung transparenter und als fair erlebter Zielsetzungs- und Feedbacksysteme,
- Schaffen von Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Mitarbeitern, Teams und der gesamten Belegschaft,
- Integration von Gesundheitsförderung in die Unternehmensleitlinien,
- Pflege einer wertschätzenden Kommunikation und einer konstruktiven Fehlerkultur, die Fehler als Lernchance und nicht als Versagen begreift.

Um die potentiellen Vorteile einer gesundheitsförderlichen Führung nutzen zu können, ist es erforderlich, bereits in der Ausbildung künftiger Führungskräfte ein Basiswissen über eine humane und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung zu vermitteln. Theorell, Emdad, Arnetz und Weingarten (2001) führten eine Untersuchung zur Wirksamkeit der Ausbildung von Führungskräften während eines Umstellprozesses in einem Versicherungsunternehmen durch. Wurde gesundheitsbezogenes Managementwissen über 4 Monate vermittelt (alle 14 Tage 2 Stunden), so ging das in den entsprechenden Abteilungen gegenüber Kontrollgruppen (ohne dieses Ausbildungselement) mit einer signifikanten Erhöhung der von den Mitarbeitern berichteten Entscheidungsspielräume und einer gleichzeitigen Senkung des Plasmakortisolspiegels einher. Wie zu erwarten, verbesserte sich nach dem Training ferner das Erleben der Tätigkeitssituation und die seelische Gesundheit der trainierten Manager. Viel beachtlicher ist jedoch der Befund, dass auch bei den Mitarbeitern der trainierten Manager eine signifikante Verbesserung des Befindens nachweisbar war. Dieses Ergebnis ist wahrscheinlich so zu interpretieren, dass tatsächlich ein Wissenstransfer (vom Vorgesetzten zum Mitarbeiter) stattgefunden hat und das neu Gelernte auch handlungswirksam in Gestaltungsmaßnahmen umgesetzt worden ist. Die Ausbildung kann sich daher sowohl für Führende als auch für Geführte lohnen.

Weitere Fortschritte sind dann zu erwarten, wenn die neu entwickelten Diagnoseinstrumente (z.B. für gesundheitsförderliche Führung oder altersgerechte Füh-

rung, s.o.) bekannt gemacht und in der Praxis regelmäßig genutzt werden. Die zukünftige Forschung sollte ferner anstreben, Antworten auf die noch vielen offenen Fragen zu finden, die bisher eher am Rande angesprochen wurden. So wäre m.E. zu untersuchen, warum Führungskräfte trotz ihrer oft hohen Belastung gesünder sind als ihre Mitarbeiter (Sherman et al., 2012) und wie man deren gesundheitsförderliche Selbstführung stärken kann (DGUV, 2014), welchen Einfluss die Kultur und kulturelle Unterschiede zwischen Führungskraft und Geführten auf den Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit hat (siehe z.B. Winkler, Busch, Clasen & Vowinkel, 2014; Zwingmann et al., 2014), warum LMX für die Gesundheit der Mitarbeiter wohl besonders wichtig ist (vgl. Gregersen et al., 2014), welche Zusammenhänge zwischen modernen Formen der geteilten Führung im Team und der Gesundheit von Führungskräften und Mitarbeitern bestehen (Piecha & Wegge, 2015) und warum die Gesundheit in der Führungsforschung als zentrale Ergebnisvariable so lange vernachlässigt wurde (siehe z.B. Gray, 2009 für eine kritische Sicht auf diese Frage).

4. Literatur

- Clarke S (2013) Safety leadership: A meta-analytic review of transformational and transactional leadership styles as antecedents of safety behaviours. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86, 22-49.
- DeRue DS, Nahrgang JD, Wellman N, Humphrey S E (2011) Trait and behavioral theories of leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Personnel Psychology*, 64, 7-52.
- DGUV (Hrsg.) (2014) *Führung und psychische Gesundheit*. Berlin: DGUV.
- Franke F, Felfe J, Pundt A (2014) The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. *Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 139-161.
- Frese M, Semmer N (1991) Stressfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluss von Kontrolle und Sozialer Unterstützung. In: Greif S, Bamberg E, Semmer N (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 135 ff). Göttingen: Hogrefe.
- Gray GC (2009) The responsabilization strategy of health and safety neo-liberalism and the reconfiguration of individual responsibility for risk. *British Journal of Criminology*, 49, 326-342.
- Green A, Miller EA, Aarons GA (2013) Transformational leadership moderates the relationship between emotional exhaustion and turnover intention among community mental health providers. *Community Ment Health*, 49, 373-379.
- Gregersen S, Kuhnert S, Zimmer A, Nienhaus A (2011) Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. *Gesundheitswesen*, 73, 3-12.
- Gregersen S, Vincent-Höper S, Nienhaus A (2014) Health-relevant leadership behaviour: A comparison of leadership constructs. *Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 117-138.
- Humphrey SE, Nahrgang JD, Morgeson FP (2007) Integrating motivational, social, and contextual work design features: A meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1332-1356.
- Ilmarinen J, Tempel J (2002) *Arbeitsfähigkeit 2010: Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Hamburg: VSA-Verlag Hamburg.
- Jungbauer KL, Wegge J (2015) Führen in Krisenzeiten. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung – Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse* (S. 501-511). Göttingen: Hogrefe.
- Jungmann F, Bilinska P, Wegge J (2015) Alter(n)sgerechte Führung. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung – Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse* (S. 467-479). Göttingen: Hogrefe.
- Kivimäki M, Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG (2004) Organisational justice and change in justice as predictors of employee health: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiol Community Health*, 58, 931-937.
- Kuoppalla J, Lamminpää A, Liir, J, Vainio H (2008) Leadership, job well-being, and health effects. A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50, 904-915.

- Nebel-Töpfer C, Wolf S, Richter P (2012) Change-Prozesse im Unternehmen - eine Herausforderung für die Prävention. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 66, 277-290.
- Nyberg A, Alfredsson L, Theorell T, Westerlund H, Vahtera J, Kivimäki M (2009) Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study, *Occupational and Environment Medicine*, 66, 51-55.
- O'Brien AT, Haslam SA (2003) *Shaping the future (Report in response to the issuing of a Stress Improvement Notice from the UK Health and Safety Executive)*. School of Psychology: University of Exeter.
- Piecha A, Wegge J (2015) Geteilte Führung. In J Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung – Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse* (S. 69-88). Göttingen: Hogrefe.
- Richter P, Wegge J (2011) Occupational health psychology. In HU Wittchen & J Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie (2. Aufl.)* (S. 337-359). Berlin: Springer.
- Rigotti T, Otto K (2012) Organisationaler Wandel und die Gesundheit von Beschäftigten. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 66, 253-267.
- Rivkin W, Diestel S, Schmidt KH (2014) The positive relationship between servant leadership and employees' psychological health: A multi-method approach. *Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 52-72.
- Rowold J, Heinitz K (2008) Führungsstile als Stressbarrieren. Zum Zusammenhang zwischen transformationaler, transaktionaler, mitarbeiter- und aufgabenorientierter Führung und Indikatoren von Stress bei Mitarbeitern. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 7, 129-140.
- Schuh SC, van Dick R, Wegge J, Haslam SA (2013) Soziale Identität und Stress. In Genkova P, Ringeisen T und Leong F (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur: interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (S. 113-126). Berlin: Springer.
- Schyns B, Schilling J (2013) How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly*, 24, 138-158.
- Sherman GD, Lee JJ, Cuddy AJC, Renshon J, Oveis C, Gross JJ, Lerner JS (2012) Leadership is associated with lower levels of stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109, 17903–17907.
- Steffens NK, Haslam SA, Kerschreiter R, Schuh S, van Dick R (2014) Leaders enhance group members' work engagement reduce their burnout by crafting social identity *Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 173-194.
- Stocker D, Jacobshagen N, Krings R, Pfister IB, Semmer NK (2014) Appreciative leadership and employee well-being in everyday working life. *German Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 73-95.
- Theorell T, Emdad R, Arnetz B, Weingarten AM (2001) Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63, 724–733.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M (1997) Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23, 58-65.
- Van Dick R (2015) *Stress lass nach! Wie Gruppen unser Stresserleben beeinflussen*. Berlin : Springer.
- Walsh M, Dupré K, Arnold KA (2014) Processes through which transformational leaders affect employee psychological health. *German Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 162-172.
- Wegge J, v. Rosenstiel L (2014) Führung. In Schuler H, Moser K (Hrsg.). *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 315-367; 5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wegge J, Schmidt KH (2015) *Diversity Management. Generationsübergreifende Zusammenarbeit fördern*. Göttingen: Hogrefe.
- Wegge J, Schmidt KH, Piecha A., Ellwart T, Jungmann F, Liebermann S (2012) Führung im demografischen Wandel. *Report Psychologie*, 37, 344-354.
- Wegge J, Shemla M, Haslam, SA (2014) Leader behavior as a determinant of health at work: Specification and evidence of five key pathways. *German Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 6-23.
- Wegge J, Wolff S (2010) Führung und Gesundheit – Aktuelle Forschungsbilanz und offene Fragen. In Trimpop R, Gericke G, Lau J (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit* (S. 129-132). Kröning: Asanger.
- Winkler E, Busch C, Clasen J, Vowinkel J (2014) Leadership behavior as a health-promoting resource for workers in low-skilled jobs and the moderating role of power distance orientation. *German Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 96-116.

- Wolf S, Hüttges A, Hoch J, Wegge J (2010) Führung und Gesundheit [Leadership and health]. In Windemuth D, Jung D, Petermann O (Hrsg.), *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf* (S. 220-231). Wiesbaden: Universum.
- Wunderer R, Grunwald W (1980) *Führungslehre*. Berlin: de Gruyter.
- Zapf D (1999) Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43, 1-25.
- Zwingmann I, Wegge J, Wolf S, Rudolf M, Schmidt M, Richter P (2014) Is transformational leadership healthy for employees? A multilevel analysis in 16 nations. *German Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 24-51.