Evidenzbasierte Empfehlungen zu gesundheitsorientierter Führung als betriebswirtschaftliche Managementfunktion



"Führen heißt Vorhersehen" behauptete Henri Fayol, einer der Pioniere moderner Betriebswirtschaftslehre, in seiner 1916 erschienenen Monographie "Allgemeine und industrielle Verwaltung" (Fayol 1916, S. 48 ff.). Vorhersehen bedeutete für ihn sowohl den Lauf zukünftiger Entwicklungen im Voraus zu erkennen, als auch die Zukunft aktiv zu gestalten. Fayol zufolge beschränken sich die Führungsaufgaben nicht nur auf die Organisation, Koordination und Delegation von Arbeitsabläufen, sondern beinhalten auch im Sinne eines "strategischen Vorhersehens" die Konzeption von Handlungsprogrammen, die das Auftreten unerwünschter Zustände in der Organisation vorsorglich verhindern und gleichzeitig Zukunftsvisionen ermöglichen sollten.

Vor diesem Hintergrund wird in dem vorliegenden Beitrag diskutiert, wie sich Führung selbst - im Sinne eines "strategischen Vorhersehens" - am besten konzipieren lässt und welche Kriterien bei der Ausarbeitung einer gesundheitsgerechten Führungskonzeption herangezogen werden sollten. Vorweggenommen lässt sich die erst im Laufe dieses Beitrages zu begründende These formulieren, dass sich diese Kriterien an den Eigenschaften menschlicher Beziehungen wie soziale Unterstützung, Empathie, Vertrauen, Kommunikation sowie Reziprozität orientieren müssten. Selbst wenn diese These vor allem seitens der Human-Relations-Bewegung Anfang des 20. Jahrhunderts in die Betriebswirtschaftslehre teilweise Einzug gehalten hat (Kieser/Ebers 2014), ist die Bedeutung der spezifischen Gestalt menschlicher Beziehungen am Arbeitsplatz durch neue Erkenntnisse aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen erneut hervorgehoben. Allerdings wenn das betriebswirtschaftliche "strategische Vorhersehen" die Ausarbeitung konkreter Handlungsprogramme bedeutet, ist zunächst die Frage zu beantworten, welches Wissen hierbei zugrunde gelegt werden sollte.

In diesem Beitrag wird hierzu einem empirischen Paradigma gefolgt, bei dem der Wahrheitsgehalt von Aussagen nur anhand von Beobachtungen zu entscheiden ist (Schurz 2006). Es wird davon ausgegangen, dass die Gestaltung von Führung in Organisationen idealerweise durch Berücksichtigung gegenwärtigen wissenschaftlich gesicherten Wissens - im Sinne einer systematischen Erfassung und Auswertung empirischer Daten - stattfinden sollte.

Zu diesem Zweck werden in den folgenden Abschnitten ausgewählte Ergebnisse aus der organisationspsychologischen und epidemiologischen Forschung kurz dargestellt, die als Grundlage für die Definition einer gesundheitsorientierten Führung dienen können. Dabei wird die Hauptthese vertreten, dass sowohl die Definition von einem Führungsleitbild als auch die entsprechende Führungspraxis in Unternehmen betriebswirtschaftliche Managementfunktionen darstellen. Konkret impliziert diese These, dass die Managementfunktionen, das heißt Funktionen, die das Fortbestehen und Entwicklung von Unternehmen direkt betreffen, nicht nur die traditionellen Aufgaben wie Planung, Organisation, Personalbesetzung, Controlling sowie Finanzierung, sondern auch die explizite Ausformulierung der im Unternehmen zu praktizierenden Führung beinhalten. Um diese These empirisch belegen zu können, werden in den nächsten Abschnitten (i) die in der Literatur berichteten Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und verschiedenen betriebsrelevanten Indikatoren sowie (ii) potenzielle psychologische Mechanismen der Wirkung von Führung auf die

Gesundheit diskutiert. Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse werden anschließend einige Gestaltungsmöglichkeiten gesundheitsorientierter Führung im Sinne eines "strategischen Vorhersehens" aufgezeigt, die dem gegenwärtigen Wissensstand Rechnung tragen.

1. Zusammenfassung empirischer Befunde

Organisationspsychologisch wird Führung oft als ein Beeinflussungsprozess von Einstellungen und Verhalten der Mitarbeiter zur Erreichung von Unternehmenszielen aufgefasst (Felfe 2009; Yukl 2013). Allerdings belegen zahlreiche empirische Befunde, dass dieser Beeinflussungsprozess nicht gesundheitsneutral ist, sondern je nach Ausprägung führungsbezogener Merkmale eine wichtige Rolle bei der Förderung beziehungsweise Gefährdung der Mitarbeitergesundheit spielen kann.

Wichtige Übersichtsstudien aus der Organisationspsychologie haben gezeigt, dass eine mitarbeiterorientierte sowie aufgabenorientierte Führung im engen Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit, Arbeitsmotivation, Leistung der Führungskräfte sowie Gruppenleistung stehen (Judge/Piccolo/Ilies 2004). Des Weiteren können ein respektvoller Umgang den Mitarbeitern gegenüber, die Berücksichtigung des Mitarbeiterwohlbefindens, die explizite Anerkennung erbrachter Leistungen sowie unterstützendes Führungsverhalten eine positive Wirkung auf Emotion und Motivation ausüben. Gesundheitsförderliche Auswirkungen auf emotionales Erleben sind aus einer deutlichen Rollen- und Aufgabendefinition, einem strukturierten Vorgehen zur Erreichung konkreter Ziele und einer störungsfreien Gestaltung von Führungskraft-Mitarbeiter-Kommunikation ebenfalls zu erwarten (Judge/Piccolo/Ilies 2004).

Aber nicht nur das beobachtbare Führungsverhalten hat einen Einfluss auf unternehmensrelevante Prozesse. Wie Führungskräfte und Mitarbeiter ihre Beziehung gestalten und bewerten, kann ebenfalls wichtige Konsequenzen für das Gelingen oder Misslingen unternehmerischer Aktivitäten haben. Führungskräfte und Mitarbeiter stehen in einem Reziprozitätsverhältnis zueinander und können im Laufe der arbeitsbedingten Interaktionen engere oder distanziertere Beziehungen eingehen (Graen/Uhl-Bien 1995). Hierbei legt die metaanalytische Arbeit von Chiaburu et al. (2014) nahe, dass engere und vertrauensvolle Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen proaktives und prosoziales Verhalten sowie aufgabenbezogene Leistung fördern. Dieser Studie zufolge wäre sogar die Qualität dieser Beziehungen ein noch wichtigerer Prädiktor proaktiven und prosozialen Verhaltens als die einfache situative Belohnung oder Bestrafung.

Eine der am meist untersuchten Führungskonzeptionen ist die sogenannte transformationale Führung, die teilweise auf Max Webers Konzept der charismatischen Führung zurückzuführen ist (Weber 1922, Kap. 3). Bass und Riggio (2005) bezeichnen transformationale Führung als eine außergewöhnliche, charismatische Führungskraft, die das Verhalten und Einstellungen der Mitarbeiter durch einen motivierenden und inspirierenden Führungsstil beeinflusst. Aufgrund eines ausdrucksstarken und glaubwürdigen Auftretens seien transformationale Führungskräfte in der Lage, Bewunderung und Begeisterung bei ihren Mitarbeitern zu erwecken und sie zur Erreichung gemeinsamer, intellektuell herausfordernder Ziele zu ermutigen.

Vor diesem Hintergrund sind beispielsweise mehrere Studien der Frage nachgegangen, inwiefern transformationale Führungskräfte Innovation und Kreativität der Mitarbeiter fördern können (Bono/Judge 2003; Gong/Huang/Farh 2009; Wang/Tsai/Tsai 2014). In diesen Studien wurden Mitarbeiter gebeten, die eigene Führungskraft nach spezifischen Merkmalen transformationaler Führung zu bewerten, das heißt nach deren Fähigkeit, Visionen zu vermitteln, Unterstützung anzubieten oder Begeisterung für die Bewältigung herausfordernder Aufgaben zu erwecken. Hierbei zeigte sich, dass wesentliche Indikatoren der Mitarbeiterleistung wie die erfolgreiche Erledigung von Aufgaben, proaktives Verhalten, selbstständige Arbeit sowie innovatives Verhalten positiv durch transformationale Führung beeinflusst werden können (Bono/Judge 2003). Des Weiteren fanden Gong, Huang und Farh (2009) und Wang, Tsai und Tsai (2014), dass transformationale Führung sowohl die tatsächlich erbrachte kreative Arbeit als auch die eigene Einschätzung, kreative Arbeit leisten zu können, stärken kann.

In Bezug auf die Ausprägung weiterer Indikatoren psychischer Gesundheit wie Wohlbefinden, negative Stressreaktionen, affektive Symptome sowie Burnout, scheint Führung gleichermaßen eine wichtige arbeitsbedingte Determinante zu sein. Ein destruktiver Führungsstil, der sich durch aggressive, manipulative oder normverletztende Verhaltensweisen auszeichnet, geht mit einer

deutlichen Erhöhung negativen Stressempfindens, Burnoutprävalenz sowie affektiver Symptomatik einher (Montano et al. 2017). Im Gegensatz dazu sind ein mitarbeiterorientierter Führungsstil, transformationale Führung und eine vertrauensvolle Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehung mit erhöhtem Wohlbefinden, weniger Burnoutsymptomen und einer positiven Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes in Zusammenhang gebracht (Montano et al. 2017).

Sicherheit und Unfallprävention in Betrieben sind zusätzliche Aspekte, bei dem Führung ebenfalls entscheidend ist. Auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche zum Thema Arbeitssicherheit haben Hale und Borys (2013) festgestellt, dass die Einhaltung von Arbeitssicherheitsvorschriften in Betrieben unter anderem mit einem partizipativen, unterstützenden Führungsstil, einem Sicherheitsvorschriften einhaltenden Führungsverhalten sowie mit vertrauensvollen Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen zusammenhängt. Diese Befunde weisen darauf hin, dass sich die Rolle von Führungskräften hinsichtlich der Erreichung hoher Arbeitssicherheitsstandards nicht nur auf Kontrollaufgaben beschränkt (d. h. Meldung von Unfällen, Sanktionierung regelabweichenden Verhaltens), sondern schließt gleichermaßen die spezifische Gestalt des Führungsverhaltens und der Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen ein.

2. Psychologische Mechanismen der Wirksamkeit von Führung auf Gesundheit

Die im vorherigen Abschnitt ausgeführten Zusammenhänge sind an sich aufschlussreich und praxisrelevant. Aus einer wissenschaftlichen Perspektive verlangen sie aber in gleicher Weise die Postulierung sozialpsychologischer Mechanismen, die zu deren Erklärung herangezogen werden können. Ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, werden in diesem Abschnitt einige sozialpsychologische Mechanismen skizziert, die zur Erklärung der systematischen Variation zwischen Führung, Gesundheit und Leistung in Betracht gezogen werden können.

Das Attachment ? System / die Rolle von Bindung und Beziehung ? Schlussfolgerungen aus der Neurowissenschaft

Sichere und verlässliche Bindung zu mindestens einer Bezugsperson ("secure base") ist **der** wichtigste Einflussfaktor für die gesunde seelische und körperliche Entwicklung eines Kindes hin zum Erwachsenenalter (Bowlby 1988). Sichere Bindung kann modulierend und regulativ auf psychophysiologische (vegetative, motorische, etc.) und sogar genetische Prozesse einwirken. Die durch sichere Bindung im einzelnen Menschen etablierten Erfahrungen ("innere Repräsentanzen") werden von Fonagy (2001) auch als "internal working model" (IWM; inneres Arbeitsmodell) bezeichnet. Je nach der Beschaffenheit dieses inneren Repräsentationssystems können dann lebenslang eigene oder fremde Stressoren mit Hilfe dieses reflektierenden "Zwischenraumes" besser wahrgenommen, toleriert ("abgefedert") und interpretiert werden. Aber verlässliche Bindung und Beziehung ist nicht nur für die gesunde Entwicklung eines Kindes unerlässlich. Auch im Erwachsenenalter ist das Eingebundensein in verlässliche und vertrauensvolle soziale Beziehungen ein sehr wichtiger Einflussfaktor für seelische und körperliche Gesundheit. Dieser verlängert zum Beispiel die Lebenserwartung stärker als der Verzicht auf bis zu 15 Zigaretten täglich (Holt-Lunstad/Smith/Layton 2010; Holt-Lundstedt 2017). Ein hier zugrundeliegender Mechanismus ist, dass soziale Isolation vs. soziales Eingebundensein einen signifikanten Einfluss auf körpereigene Entzündungsvorgänge hat (Eisenberger et al. 2016). Obwohl wir diese Zusammenhänge in der Medizin und Psychologie beziehungsweise in den Neurowissenschaften immer besser verstehen und in wissenschaftlichen Untersuchungen belegen können (und nicht zuletzt am eigenen Leibe kennen), besteht immer noch eine mindestens implizite Dichotomie zwischen Privat- und Berufsleben: "We tend to compartmentalize the importance of sharing and giving, reserving a different set of values for the sphere of work" (Grant 2014, S. 21). Dies soll nicht naiv interpretiert werden - nach wie vor gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen Privat- und Berufsleben. Aber es ist nicht einzusehen, dass sichere und vertrauensvolle Beziehungsgestaltung im Berufsleben nicht wie in allen anderen Bereichen des Lebens mit Gesundheit, guter (Eigen-)Motivation und Kreativität und Innovationskraft einhergeht.

Führung als Gruppenphänomen

Selbst wenn in alltäglichen Arbeitssituationen sowie in der Forschungsliteratur Führung eher mit der Führungsperson assoziiert wird, ist diese Vorstellung zur sozialpsychologischen Erklärung der Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen nicht geeignet. Es ist

zunächst festzustellen, dass Führung im engen Sinne das Verhältnis zwischen Mitgliedern einer sozialen Gruppe ist, das sich aus der impliziten oder expliziten Rollenzuweisung von einzelnen Gruppenmitgliedern zu Führenden oder Geführten ergibt (Weber 1922, S. 122 ff.). Führung als Gruppenphänomen setzt das Vorhandensein von Führenden- und Geführten-Rollen voraus. Beispielsweise ist das Weisungsrecht des Arbeitgebers und die daraus resultierende Gehorsamkeitspflicht des Arbeitnehmers die arbeitsrechtliche Konkretisierung einer Führenden-Geführten-Zuweisung in Arbeitsorganisationen (siehe z. B. § 106 GewO, § 76 AktG).

Die Besonderheit des Führungsverhältnisses wird einerseits auf die unterschiedlichen Asymmetrien zurückgeführt, die sich in einer Hierarchie von Befugnissen sowie Ressourcenzugangsberechtigungen manifestieren (Reihlen/Lesner 2012). Andererseits wird das Führungsverhältnis durch affektive und kognitive Prozesse begleitet, die generell bei allen menschlichen Beziehungen in Erscheinung treten und direkt oder indirekt gesundheitliche Auswirkungen haben können. Während sich Affekt im Allgemeinen auf die Qualität einer Empfindung im Hinblick auf die Wahrnehmung von Lust oder Unlust bezieht (Clore/Ortony 2000), bezeichnet Kognition zentrale Informationsverarbeitungsfunktionen des Gehirns wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen, Sprache sowie Problemlösen (Anderson/Bothell/Byrne/Douglass/Lebiere/Qin 2004). Wie es im vorherigen Abschnitt geschildert wurde, gehen beispielsweise eine deutliche Aufgabendefinition sowie ein strukturiertes Vorgehen zur Erreichung konkreter Ziele positiv mit höherer Leistung sowie Arbeitsmotivation einher. Führungskräfte in ihrer Rolle als Weisungsberechtigte dürfen zwar Arbeitsprozesse und Arbeitsaufgaben gestalten. Dadurch ist aber das spezifische affektive sowie kognitive Anforderungsprofil von Arbeitsprozessen und -aufgaben größtenteils vorgegeben, mit dem Mitarbeiter in ihrer Rolle als Weisungsnehmer konfrontiert sind. Hierbei kann deshalb eine unklar definierte Arbeitsaufgabe oder ein für die Mitarbeiter nicht nachvollziehbarer Arbeitsprozess Überforderungsgefühle oder negatives emotionales Erleben wie Unzufriedenheit, Ängstlichkeit oder Nervosität auslösen (Jackson/Schuler 1985).

Bei einer kognitiven, lerntheoretischen Betrachtung betrifft die Qualität kommunikativer Prozesse in den Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen nicht nur die bloße Mitteilung von Arbeitsanweisungen, sondern hat eine zentrale Bedeutung für das Erlernen und Beherrschung der für deren Erledigung notwendigen Arbeitsschritte. Eine seitens der Führungskraft geeignete konstruktive Rückmeldung über Fortschritt und Angemessenheit erbrachter Arbeitsleistungen kann den Lernprozess der Mitarbeiter verstärken, indem die Selbstwirksamkeitserwartungen, das heißt die Erwartungen hinsichtlich der eigenen Kompetenz, Handlungen durchzuführen oder Leistungen zu erbringen, sowie die neurokognitive Festigung der zu erlernenden Arbeitsvorgehensweisen verstärkt werden (Bandura 1997, S. 438 ff.).

Führung als Gruppenphänomen schließt dabei ein, dass die mit dem Führungsverhältnis einhergehenden affektiven und kognitiven Prozesse nicht nur die einzelnen Führungskraft-Mitarbeiter-Dyaden, sondern generell auch die Arbeitsgruppe selbst betreffen. Bliese und Castro (2000) haben gezeigt, dass die von der Arbeitsgruppe geteilte Einschätzung unterstützenden Führungsverhaltens mit einer niedrigen psychosozialen Arbeitsbelastung einhergeht. In einer früheren Studie haben Bliese und Halverson (1996) berichtet, dass das subjektive Wohlbefinden davon abhängt, wie die einzelnen Gruppenmitglieder den Gruppenzusammenhalt bewerten. In Arbeitsgruppen, in denen ein starker Gruppenzusammenhalt wahrgenommen wurde, waren die subjektiven Angaben zum Wohlbefinden durchschnittlich höher als in Arbeitsgruppen, bei denen eine schwache Gruppenkohesion wahrgenommen wurde (Bliese/Halverson 1996). Interessanterweise ergab sich in der Studie von Bliese und Halverson (1996), dass der wahrgenommene Gruppenzusammenhalt unter Gruppenmitgliedern ähnlich wichtig wie der empfundene Zusammenhalt mit den Führungskräften war. Diese Studien weisen darauf hin, dass subjektive Zustände wie Wohlbefinden, Überforderungsgefühle oder negativer Arbeitsstress je nach kognitiven sich in Gruppen herausbildenden Prozessen wie Meinungen, Einstellungen oder Vorstellungen variieren können. Da Führungskräfte aufgrund der ihnen zugewiesenen Befugnisse sowie vorhandener Machthierarchien oft über größere Einflussmöglichkeiten auf der Gruppenebene als die einzelnen Gruppenmitglieder verfügen, sind sie bewusst oder unbewusst in der Lage, eine spezifische Entwicklung dieser wichtigen kognitiven Prozesse einzuleiten.

Emotionsregulation und Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen

Ein Bereich, an dem sich die Komplexität des Führungsverhältnisses exemplarisch veranschaulichen lässt, bezieht sich auf Emotionregulationsprozesse. Angesichts der hohen Bedeutung affektiver Symptomatik in der Erwerbsbevölkerung (z. B. Depressivität, Burnouterscheinungen, Nervosität oder Ängstlichkeit) sowie der stark Kognition und Emotion beanspruchenden Arbeitsbedingungen gegenwärtiger Arbeitsformen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2013; de Witte/Steijn

2000), gewinnt Emotionsregulation im Arbeitskontext an Bedeutung. Emotionsregulation bezeichnet die Beeinflussung emotionalen Erlebens, um dessen Intensität, Dauer und Qualität gezielt zu verändern (Gross 2015). Emotionsregulation kann unter anderem durch eine Umdeutung emotionsbehafteter Situationen erfolgen. Im beruflichen Alltag können beispielsweise wichtige Termine, Präsentationen oder Arbeitsaufgaben Ängstlichkeit bei den Mitarbeitern auslösen, so dass sie aufgrund zu starker emotionaler Reaktionen die Erledigung einer Arbeitsaufgabe teilweise oder überhaupt nicht gewährleisten können. Führungskräfte können bei der Emotionsregulation ihrer Mitarbeiter entscheidend wirken, indem sie beispielsweise ihren Mitarbeitern dabei helfen, nicht nur die Einschätzung einer herausfordernden Arbeitsaufgabe umzudeuten (z. B. die Aufgabe als Chance zu interpretieren), sondern auch mittels der Umgestaltung der Arbeitssituation die Arbeitsaufgabe effektiver zu bewältigen. In dieser Hinsicht zeigt die Studie von Little, Gooty und Williams (2016) mit Hilfe einer Stichprobe von 163 Führungskraft-Mitarbeiter-Dyaden, dass eine seitens der Führungskraft ausgeprägte Fähigkeit, die Arbeitssituation überzeugend umzudeuten, (z. B. arbeitsbedingte Stresssituation aus anderen Perspektiven zu betrachten), mit höherer Mitarbeiterzufriedenheit sowie Arbeitsengagement einhergeht. Ebenfalls wurde in dieser Studie beobachtet, dass die Bemühung der Führungskräfte, die Ursachen emotionaler Belastung direkt zu beseitigen, gleichermaßen einen positiven Einfluss auf Zufriedenheit und Engagement der Mitarbeiter ausüben kann.

Frustration, eine wichtige, die Arbeitsleistung erheblich beeinträchtigende Emotion, kann ebenfalls von den Führungskräften beeinflusst werden, indem positive Emotionen vermittelt werden oder die Durchführbarkeit einer herausfordernden Aufgabe sichergestellt wird (McColl-Kennedy/Anderson 2002). Einigen Studien zufolge scheint sogar das Empathievermögen Grundvoraussetzung zur Ausübung von Führungsaufgaben zu sein. Wolff, Pescosolido und Druskat (2002) konnten in einer experimentellen Untersuchung nachweisen, dass die zur Erfüllung von Führungsaufgaben relevanten kognitiven und verhaltensbezogenen Fähigkeiten wie Mustererkennung, perspektivisches Denken, unterstützendes Verhalten sowie Arbeitskoordination mit dem Empathievermögen der Führungskräfte positiv zusammenhängen. Demzufolge wären gerade solche Führungskräfte, welche die affektiven Zustände ihrer Mitarbeiter wie Zufriedenheit, negativer Stress oder Depressivität besser einschätzen können, für die Führungsposition geeigneter.

3. Aus den empirischen Befunden abgeleitete Gestaltungsmöglichkeiten

Die bisher kurz angesprochenen Zusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit legen nahe, dass wesentliche Aspekte im Arbeitskontext wie Leistung, Kreativität, Absentismus, Arbeitsmotivation und -zufriedenheit, Arbeitsklima und arbeitsbedingte Erkrankungen durch die spezifische Gestaltung der Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen erheblich variieren. Die Berücksichtigung dieser Befunde kann unter dem Gesichtspunkt eines "strategischen Vorhersehens", das heißt einer strategischen Unternehmensführung, verstanden werden. Denn die hier angesprochenen Zusammenhänge beziehen Kernbereiche unternehmerischer Tätigkeit ein, die für das Fortbestehen und Entwicklung von Unternehmen notwendige Bedingungen sind. Aus der Perspektive der Betriebswirtschaftslehre lassen sich folglich Definition und Ausübung von auf Gesundheit abgestimmten Führungsverhältnissen unter den betriebswirtschaftlichen Managementfunktionen zählen.

In der organisationspsychologischen und arbeitswissenschaftlichen Forschung sind mehrere Ansätze gesundheitsorientierter Führung vorgeschlagen worden, die entweder auf Führungsverhalten und gesundheitsbezogene Einstellungen der Führungskräfte (Franke/Ducki/Felfe 2015) oder eher auf organisationale und strukturelle Bedingungen gesundheitsorientierter Führung fokussieren (Montano 2016; NICE 2015). Generell lassen sich aber aus der gegenwärtigen Forschungsliteratur wichtige Faktoren herauskristallisieren, die von besonderer Relevanz für die strategische Unternehmensführung sind.

Die wichtigsten organisationsübergreifenden Voraussetzungen zur Etablierung einer gesundheitsorientierten Führung sind die Überzeugung und das Engagement des strategischen Managements zur Beachtung und Förderung von Gesundheit in allen betrieblichen Prozessen. Dies lässt sich von der Tatsache ableiten, dass ein Mindestmaß an Konsens, Ressourcen und Unterstützung seitens der das Direktionsrecht ausübenden Instanzen notwendig ist, um eventuelle Anpassungen beziehungsweise Veränderungen von Arbeitsaufgaben und -prozessen im Unternehmen durchführen zu können. Daraus resultieren wichtige Folgen für die Personalpolitik, die letztendlich Auswahl und Schulung von Führungskräften zu übernehmen hat.

Zum einen ist seitens der Personalpolitik das Leitbild gesundheitsorientierter Führung zu definieren, die die Führungskultur im

Unternehmen prägen soll. Auf der Basis empirischer Befunde ist diese Führungskultur unter anderem durch Hervorhebung kommunikativer Kompetenzen, Bereitstellung von Rückmeldungskanälen, unterstützendes Führungsverhalten, einen partizipativen Führungsstil sowie die Einhaltung von Verhaltensprinzipien wie Respekt, Achtung, Anerkennung und Wertschätzung (Montano 2016). Es ist deutlich zu erkennen, dass solche empirisch fundierten Kriterien gesunder Führungskultur im Grunde Eigenschaften menschlicher Beziehungen sind, die mit zentralen Interaktionsphänomenen wie Vertrauensbildung, Empathie und Emotionsregulation im engen Zusammenhang stehen. Die in den vorherigen Abschnitten dargestellten Befunde veranschaulichen aus verschiedenen Perspektiven (z. B. Emotion, Motivation, Kognition), wie die Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen Leistung und Gesundheit mitbestimmen können. Exemplarisch für die Bedeutung der Qualität menschlicher Beziehungen am Arbeitsplatz ist die Führung heterogen besetzter Arbeitsgruppen oder Abteilungen, seien es interprofessionelle Arbeitsgruppen im Gesundheitswesen oder internationale Projektgruppen. Hierbei zeigen empirische Befunde, dass die Leistung heterogen besetzter Arbeitsgruppen größtenteils durch Prozesse wie sozialer Status, Wahrnehmung des Gruppenzusammenhalts, kollektive Selbstwirksamkeit sowie Führungsstil beeinflusst sind, welche die Qualität menschlicher Beziehungen in Arbeitsgruppen wiederum charakterisieren (Meyer 2017).

Darüber hinaus sollte in der Führungskultur eine Sensibilisierung für die eigene und die Gesundheit anderer gefördert und geschult werden (Franke/Ducki/Felfe 2015). Dies bedeutet, dass Führungskräfte wie Mitarbeiter auf die gesundheitlichen Auswirkungen von Überlastung, negativem Stress sowie soziale Normen verletzendem Verhalten wie Mobbing achten sollten. Insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Leistungsanforderungen an Führungskräfte, die nicht selten mit einer Überschreitung der eigenen psychischen und physischen Belastbarkeitsgrenzen einhergehen (Stilijanow/Bock 2013; Kratzer/Dunkel 2013), scheint es notwendig, den Führungskräften selbst entsprechende Handlungsmöglichkeiten zur Reduktion oder Beseitigung gesundheitlicher Gefährdungen zu ermöglichen. Dies wiederum impliziert, dass organisationsübergreifende Prinzipien gesunder Führung nicht nur vom strategischen Management, sondern auch von allen Organisationsmitgliedern aktiv unterstützt werden sollen. Im Bereich psychischer Gesundheit bezeichnen Dollard und McTernan (2011) eine solche unternehmensübergreifende Abstimmung von Leitbildern, Werten und Handlungen bezüglich psychischer Gesundheit als psychosoziales Sicherheitsklima (PSC).

Integration der Befunde in die betriebliche Praxis

Eines der für die Personalentwicklung wichtigsten Ergebnisse der Forschungsliteratur zum Thema Führung ist die Erkenntnis, dass gerade solche Führungsmerkmale wie Verhalten, Einstellungen und Kognitionen, die gewissermaßen veränderbar und erlernbar sind, viel relevanter als dispositionale Merkmale wie Alter und Geschlecht sind (Derue et al. 2011). Folglich ist die Etablierung einer Führungskultur, die auf den Erhalt und die Förderung von Gesundheit aller Organisationsmitglieder ausgerichtet ist, durch gezielte Schulungsmaßnahmen und dezidierte Unterstützung des strategischen Managements grundsätzlich möglich. Aktuell stehen für Unternehmen mehrere Ansätze zur Verfügung, anhand deren sich Planung, Umsetzung und Evaluierung gesundheitsbezogener Veränderungen in Organisationen strukturieren lassen. Die Einführung einer gesundheitsorientierten Führungskultur oder die Neuausrichtung vorhandener Führungskulturen in Unternehmen können beispielsweise im Rahmen prozessorientierter betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme (BGM) realisiert werden. Wichtiger Vorteil eines prozessorientierten BGM-Systems liegt darin, einen allgemeinen Handlungsrahmen zu definieren, der unabhängig von Betriebsgröße und Branche die Umsetzung gesundheitsbezogener Unternehmensveränderungen strukturiert. Beispielsweise lässt sich die konkrete Ausarbeitung gesundheitsorientierter Führung anhand eines ständigen Verbesserungsprozesses wie in Abbildung 1 realisieren (Montano 2016).

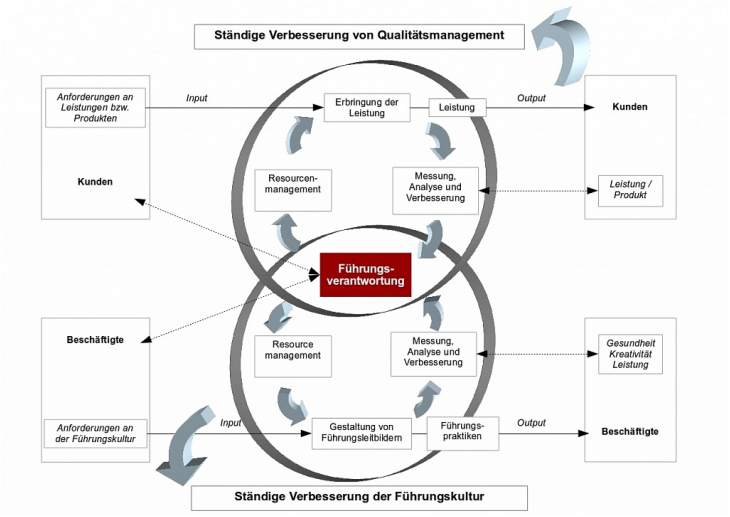


Abbildung 1. Schematische Darstellung prozessorientierter betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme zur Etablierung einer gesundheitsorientierten Führungskultur. Eigene Darstellung angelehnt an Montano (2016).

Die obere Prozessschleife veranschaulicht das klassische Qualitätsmanagementsystem von Deming (1986) und Ishikawa (1985), das einer ständigen Verbesserung der Qualität erbrachter Dienstleistungen beziehungsweise hergestellter Produkte dient. Ähnlich lässt sich die Führungskultur nach den Anforderungen an einer gesundheitsorientierten Führung ausarbeiten, indem physische und körperliche Gesundheit ebenfalls als Ergebnis unternehmerischen Handelns angesehen wird. Wie Abbildung 1 entnommen werden kann, ist bei einer prozessorientierten Betrachtung gesundheitsorientierter Führung die Bedingung aufgestellt, dass Führung mit den übrigen unternehmerischen Prozessen (z. B. Produktion, Vertrieb, Vermarktung usw.) durch die steuernde und unterstützende Rolle des strategischen Managements integriert werden soll. Ergebnisse empirischer Forschung zum Thema Arbeitsbedingungen und Kreativität haben beispielsweise auf eine enge Verzahnung zwischen Merkmalen des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation sowie der Gruppenarbeit und verschiedenen Gesundheitsindikatoren hingewiesen. Nicht nur die geistigen und Lernerfordernisse der Arbeit, sondern auch das Handlungs- und Gestaltungsspielraum sowie eine vertrauensvolle Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehung hängen mit höherer Kreativität, gesteigerter intrinsicher Motivation sowie kreativer Selbstwirksamkeit zusammen (Herbig/Glaser 2013).

Des Weiteren haben andere empirische Befunde hierbei gezeigt, dass das Haupthindernis für die Einführung von BGM-Systemen gerade in einer wahrgenommenen Inkompatibilität zwischen gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung und dem Tagesgeschäft angesehen wird (Bechmann et al. 2011). Es herrscht bei Betrieben ohne BGM-Systeme die Meinung, gesundheitliche Aspekte seien außerbetriebliche Aufgaben, die zusätzliche Ressourcen in Anspruch nehmen (Bechmann et al. 2011). Die in diesem Beitrag dargestellten empirischen Befunde sowie die Verfügbarkeit bewährter prozessorientierter Ansätze zur Umsetzung gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung zeigen im Gegenteil aber, dass die Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in den betrieblichen Prozessen nicht nur strategische Bedeutung für das Fortbestehen und die Entwicklung von Unternehmen besitzt, sondern sogar einer betriebswirtschaftlichen Managementfunktion entspricht. In diesem Sinne ist die Praxis einer gesundheitsorientierten Führung als nichts anderes als "strategisches Vorhersehen" zu verstehen.

Zusammenfassung und Ausblick

In diesem Beitrag wurde die These vertreten, dass gesundheitsorientierte Führung eine betriebswirtschaftliche Managementfunktion darstellt, die sich durch die spezifische Form zentraler Merkmale menschlicher Beziehungen wie beispielsweise Vertrauen, Empathie, Kommunikationsqualität sowie soziale Unterstützung charakterisiert. Diese These wurde mit Hilfe eines kurzen Überblicks der vorhandenen Forschungsliteratur belegt, die den aktuellen Stand organisationspsychologischen sowie

epidemiologischen Wissens teilweise wiedergibt. Auch wenn es in der wissenschaftlichen Forschung widersprüchliche Ergebnisse und theoretische Kontroversen zum Thema Führung und Gesundheit sicherlich gibt und geben wird, repräsentieren die hier angesprochenen Befunde empirisch fundierte Ansatzpunkte zur Gestaltung einer gesundheitsorientierten Führungskultur in Unternehmen.

Im Rahmen dieses kurzen Beitrages konnten allerdings weitere wichtige Bereiche nicht berücksichtigt werden, die ebenfalls in der Arbeitsroutine vieler Organisationen entscheidend sind. Einige Beispiele davon sind Führungsansätze wie die sogenannte geteilte Führung, bei der mehrere Gruppenmitglieder abwechselnd Führungsaufgaben übernehmen (Engel Small/Rentsch 2010) oder die Rückkopplungseffekte in Führungsbeziehungen, die sich aus den Einflussmöglichkeiten von Mitarbeitern auf die Führungskräfte ergeben (Hollander 1992).

Als Schlusswort dieses Beitrages möchten wir die hier diskutierte These in der Form einer praktischen Checkliste gesunder Führung zusammenfassen:

- Herrschen in dem Unternehmen vertrauensvolle Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehungen?
- Gibt es explizite Rückmeldungskanäle zwischen Führungskräften und Mitarbeitern?
- Verfügen die Mitarbeiter über für die Erledigung von Arbeitsaufgaben ausreichende Ressourcen?
- Werden sowohl Führungskräfte als auch Mitarbeiter dabei unterstützt, gesundheitliche Aspekte in die Arbeitsgestaltung zu integrieren?
- Gibt es im Unternehmen explizite und praktizierte Verhaltensregeln, die Respekt und Wertschätzung unter den Organisationsmitgliedern sicherstellen?
- Werden soziale Konflikte auf der Individual- und Gruppenebene strukturiert an ihren Ursachen gelöst?
- Wie konsequent wird in Unternehmen gegen normverletzendes Verhalten wie Mobbing oder Aggressivität vorgegangen?

Literaturverzeichnis

Anderson J. R. - Bothell D, Byrne MD et al. (2004): An Integrated Theory of the Mind. Psychological Review 111, S. 1036-1060.

Bandura, A. (1997): Self-efficacy: the exercise of control. Freeman, New York.

Bass, B. M. - Riggio, R. E. (2005): Transformational leadership, New York.

Bechmann, S. - Jäckle, R. - Lück, P. et al. (2011): Motive und Hemnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Initiative Gesundheit und Arbeit, Berlin.

Bliese, P.D. - Castro, C. A. (2000): Role clarity, work overload and organizational support: Multilevel evidence of the importance of support. Work & Stress 14, S. 65-73.

Bliese, P. D. - Halverson, R. R. (1996): Individual and Nomothetic Models of Job Stress: An Examination of Work Hours, Cohesion, and Well-Being, 1. J, Appl Soc Psychol 26, . 1171-1189.

Bono, J. E. - Judge, T. A. (2003): Self-Concordance At Work: Toward Understanding The Motivational Effects Of Transformational Leaders. Acad Manage, J 46, S. 554-571.

Bowlby, J. (1988): A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory, London.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013): Stressreport Deutschland 2012, Berlin.

Chiaburu, D. S. - Smith, T. A. - Wang, J. et al. (2014): Relative importance of leader influences for subordinates' proactive

behaviors, prosocial behaviors, and task performance: A meta-analysis. Journal of Personnel Psychology 13, S. 70-86.

Clore, G. - Ortony, A. (2000): Cognition in emotion: always, sometimes, or never? In: Lane, R. ? Nadel, L. (Hg.): Cognitive neuroscience of emotion, New York, S. 24-61.

de Witte, M. - Steijn, B. (2000): Automation, Job content, and Underemployment. Work, employment and society 14, S. 245-264.

Deming, E. (1986): Out of the crisis, Cambridge.

Derue, D. S. - Nahrgang, J. D. - Wellman, N. E. D. et al. (2011): Trait and behavioral theories of leadership: An integration and meta-analytic test of their relative validity. Pers Psychol 64, S. 7-52.

Dollard, M. F. - McTernan, W. (2011): Psychosocial safety climate: a multilevel theory of work stress in the health and community service sector. Epidemiology and Psychiatric Sciences 20, S. 287-293.

Eisenberger, N. I. - Moieni, M. - Inagaki, T. K. et al. (2016): In Sickness and in Health: The Co-Regulation of Inflammation and Social Behavior. Neuropsychopharmacology 42, S. 242-253.

Engel Small, E. - Rentsch, J. (2010): Shared Leadership in Teams: A Matter of Distribution. J Pers Psychol 9, S. 203-211.

Fayol, H. (1916): Administration industrielle et générale, Paris.

Felfe, J. (2009): Mitarbeiterführung, Göttingen.

Fonagy, P. (2001): The human genome and the representational world: The role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. Bulletin of the Menninger Clinic 65, S. 427-448.

Franke, F. - Ducki, A. - Felfe, J. (2015): Gesundheitsförderliche Führung. In: Felfe, J. (Hg.): Trends der psychologischen Führungsforschung, Göttingen, S. 253-264.

Gong, Y. - Huang, J.-C. - Farh, J.-L. (2009): Employee Learning Orientation, Transformational Leadership, and Employee Creativity: The Mediating Role of Employee Creative Self-Efficacy. Acad Manage, J. 52, S. 765-778.

Graen, G. B. - Uhl-Bien, M. (1995): Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. Leadership Quart 6, S. 219-247.

Grant, A. (2014): Give and take, New York.

Gross, J. J. (2015): Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. Psychol Inq 26, S. 1-26.

Hale, A. - Borys, D. (2013): Working to rule, or working safely? Part 1: A state of the art review. Safety Sci 55, S. 207-221.

Herbig, B. - Glaser, J. (2013): Kreativität und Gesundheit im Arbeitsprozess - Bestandsaufnahme, Intervention und Evaluation. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund.

Hollander, E. P. (1992): The Essential Interdependence of Leadership and Followership. Curr Dir Psychol Sci 1, S. 71-75.

Holt-Lunstad, J. (2017): Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection. Annual Review of Psychology 69.

Holt-Lunstad, J. - Smith, T. B. - Layton, J. B. (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Medicine 7, e1000316.

Ishikawa, K . (1985): What is total quality control? Englewood Cliffs.

Jackson, S. E. - Schuler, R. S. (1985): A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. Organ Behav Hum Dec 36, S. 16-78.

Judge, T. A. - Piccolo, R. F. - Ilies, R. (2004): The forgotten ones? The validity of consideration and initiating structure in leadership research. J Appl Psychol 89, S. 36-51.

Kieser, A. - Ebers, M. (Hg.) (2014): Organisationstheorien, Stuttgart.

Kratzer, N. ? Dunkel, W. (2013): Neue Steuerungsformen bei Dienstleistungsarbeit - Folgen für Arbeit und Gesundheit. In: für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesanstalt (Hg.) - Junghans, G. - Morschhüuser, M.: Immer schneller, immer mehr: Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden, S. 41-62.

Little, L. M. - Gooty, J. - Williams, M. (2016): The role of leader emotion management in leadertextendashmember exchange and follower outcomes. The Leadership Quarterly 27, S. 85-97.

McColl-Kennedy, J. R. - Anderson, R. D. (2002): Impact of leadership style and emotions on subordinate performance. The Leadership Quarterly 13, S. 545-559.

Meyer, B. (2017): Team diversity. In: Salas, E. - Rico, R. - Passmore, J. (Hg.): The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Team Working and Collaborative Processes, Wiley, S. 151-176.

Montano, D. (2016): Certifying leaders? High-quality management practices and healthy organisations: an ISO-9000 based standardisation approach. Ind Health 54, S. 324-336.

Montano, D. - Reeske, A. - Franke, F. et al. (2017): Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. J Organ Behav 38, S. 327-350.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015): Workplace health: management practices. NICE Guideline 13, London.

Reihlen, M. - Lesner, M. (2012): Führungssysteme: eine machtpolitische Analyse. In: Knoblach, B. - Oltmanns, T. - Hajnal, I. et al. (Hg.): Macht in Unternehmen, Wiesbaden.

Schurz, G. (2006): Einführung in die Wissenschaftstheorie, Darmstadt.

Stilijanow, U. - Bock, P. (2013): Keine Zeit für gesunde Führung? Befunde und Perspektiven aus Forschung und Praxis. In: für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ? Junghans, G. ? Morschhüuser, M. (Hg.): Immer schneller, immer mehr: Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden, S. 144-164.

Wang, C.-J. - Tsai, H.-T. - Tsai, M.-T. (2014): Linking transformational leadership and employee creativity in the hospitality industry: The influences of creative role identity, creative self-efficacy, and job complexity. Tourism Manage 40, S. 79-89.

Weber, M. (1922): Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen.

Wolff, S. B. - Pescosolido, A.T. - Druskat, V. U. (2002): Emotional intelligence as the basis of leadership emergence in

self-managing teams. The Leadership Quarterly 13, S. 505-522.

Yukl, G. (2013): Leadership in organizations, Essex.

Die Autoren

Diego Montano

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Kompetenzzentrum seelische und körperliche Gesundheit - Leadership Personality Center Ulm (LPCU) der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm. Forschungsschwerpunkte: betriebliche Gesundheitsmanagement, komplexe Gesundheitsinterventionen, Sozialepidemiologie und Statistik.

Harald Gündel

ist Psychosomatiker und leitet die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm. Er beschäftigt sich neben seiner klinischen Tätigkeit schwerpunktmäßig mit den Themenfeldern Arbeit und Gesundheit sowie den neurobiologischen Grundlagen psychosomatischer Wechselwirkungen.

Eva Rothermund

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Kompetenzzentrum seelische Gesundheit am Arbeitsplatz? Leadership Personality Center Ulm (LPCU) der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, sowie fachärztliche Leitung im klinischen Bereich. Schwerpunkte: klinische Versorgungsforschung, komplexe Interventionen und Gruppentherapieangebote, Schmerztherapie, Psychosomatische Gesundheit und soziale Interaktion.