



BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“

Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können: Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW- Mitgliedsbetrieben

1. Teilprojekt: Literaturanalyse

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Bereich Psychologie der Abteilung
Grundlagen der Prävention und Rehabilitation
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg

Dr. Andreas Zimmer
Personalentwicklung – Qualifizierung – Organisationsentwicklung
Wissenschaftliche Begleitung
Neue Schlossstrasse 18
69117 Heidelberg

**Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können:
eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Mitgliedsbetrieben**

1. Teilprojekt: Literaturanalyse

Inhalt:

VORBEMERKUNG.....	2
1 WELCHEN THEORETISCHEN HINTERGRUND HAT DER PRAXISLEITFADEN?.....	3
1.1 ARBEITSWISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN.....	3
1.2 GRUNDLAGEN DER FÜHRUNG.....	6
2 WELCHE AUFGABEN HABEN FÜHRUNGSKRÄFTE IM ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ?.....	9
3 WELCHE BEZIEHUNGEN BESTEHEN ZWISCHEN FÜHRUNG UND GESUNDHEIT IN DEN SOZIAL- UND GESUNDHEITSBERUFEN?	11
3.1 ARBEITSWISSENSCHAFTLICHE KONZEPTE	11
3.2 ERGEBNISSE ZUR BEZIEHUNG ZWISCHEN FÜHRUNG UND GESUNDHEIT.....	14
3.3 GESUNDHEITSGEFÄHRDETE BERUFSGRUPPEN	17
4 WELCHE GESUNDHEITSAUFGABEN HABEN FÜHRUNGSKRÄFTE KONKRET?	18
4.1 GESUNDHEIT UND SICHERHEIT ZUM ZIEL UND THEMA MACHEN	19
4.2 FÜR ARBEITSSICHERHEIT SORGEN.....	19
4.3 ARBEITSTÄTIGKEITEN GESUNDHEITSFÖRDERND GESTALTEN	20
4.4 MITARBEITER MOTIVIEREND UND PARTIZIPATIV FÜHREN.....	22
5 WELCHE KRITERIEN UND INDIKATOREN BESCHREIBEN GESUNDHEITSFÖRDERLICHES FÜHREN?.....	23
5.1 GESUNDHEIT UND SICHERHEIT ZUM ZIEL UND THEMA MACHEN	23
5.2 FÜR GESUNDHEIT UND ARBEITSSICHERHEIT SORGEN.....	25
5.3 ARBEITSTÄTIGKEITEN GESUNDHEITSFÖRDERND GESTALTEN	26
5.4 MITARBEITER MOTIVIEREND UND PARTIZIPATIV FÜHREN.....	27
6 WELCHE INHALTE HABEN FÜHRUNGSBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSMABNAHMEN?	28
7 WAS SOLL, WAS KANN DER PRAXISLEITFADEN LEISTEN?	31
LITERATUR.....	33

Vorbemerkung

Mit der vorliegenden Analyse der zum Thema „Führung und Gesundheit“ verfügbaren Literatur sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Sammlung von wissenschaftlich verwertbaren Erkenntnissen zum Einfluss von Führung auf die Gesundheit der Beschäftigten in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft;
- Sichtung von Kriterien sowie von Instrumenten zur Bewertung von Führung im Zusammenhang mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz;
- Zusammenstellung erfolgreicher Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitsfördernder Führung.

Die Literaturanalyse beginnt mit einer Beschreibung des arbeitswissenschaftlichen und führungstheoretischen Hintergrundes (Kapitel 1). Anschließend wird auf die Aufgaben der Führungskräfte im Arbeits- und Gesundheitsschutz näher eingegangen (Kapitel 2). Auf der Grundlage ausgewählter arbeitswissenschaftlicher Konzepte wird der Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit mit besonderer Berücksichtigung der Arbeitsbedingungen in den Sozial- und Gesundheitsberufen aufgezeigt (Kapitel 3). Anhand der verfügbaren Befunde wird dargestellt, welche Berufsgruppen und Tätigkeiten besonders starken Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind. Das vierte Kapitel, welches das Kernstück dieser Analyse bildet, stellt vier zentrale Handlungsfelder von Führungskräften im Arbeits- und Gesundheitsschutz heraus und referiert empirische Befunde zu deren gesundheitlichen Wirkungen: Arbeitssicherheit und Gesundheit zum Ziel und Thema machen, für Arbeitssicherheit sorgen, Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd gestalten sowie Mitarbeiter motivierend und partizipativ führen. Für diese vier Handlungsfelder werden aus den verfügbaren Katalogen und Instrumenten Kriterien und Indikatoren aufgeführt (Kapitel 5). Anschließend werden ausgewählte Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die im Bereich der Führung ansetzen, vorgestellt und den vier Handlungsfeldern gesundheitsfördernden Führens zugeordnet (Kapitel 6). Die Literaturanalyse schließt mit den Möglichkeiten und Grenzen, unter denen der Leitfaden praktisch angewandt werden kann (Kapitel 7).

1 Welchen theoretischen Hintergrund hat der Praxisleitfaden?

1.1 Arbeitswissenschaftliche Grundlagen

Der Entwicklung eines Praxisleitfadens zum Thema „Führung und Gesundheit“, die mit dem vorliegenden Projekt verfolgt wird, liegen folgende Erkenntnisse aus den Arbeitswissenschaften, insbesondere der Arbeitspsychologie, zugrunde, die hier kurz vorgestellt werden.

Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn einwirken (DIN EN ISO 10075-1). Die vielfältigen Einflussfaktoren, die an Arbeitsplätzen zu beobachten sind, lassen sich unterschiedlichen Belastungsquellen zuordnen (Tab. 1):

Belastungen in der Arbeitswelt
Belastungen aus der Arbeitsaufgabe <ul style="list-style-type: none">• zu hohe qualitative und quantitative Anforderungen• unklare Aufgabenübertragung, widersprüchliche Anweisungen• ...
Belastungen aus der Arbeitsumgebung <ul style="list-style-type: none">• Umgebungseinflüsse: Lärm, mechanische Schwingungen, Kälte, Hitze, toxische Stoffe
Belastungen aus der Arbeitsorganisation <ul style="list-style-type: none">• Informationsmangel• Mangel an Einflussmöglichkeiten an betrieblichen Entscheidungen• ...
Belastungen aus der sozialen Umgebung <ul style="list-style-type: none">• Betriebsklima• Konflikte• ...
außerberufliche Belastungen <ul style="list-style-type: none">• Mehrfachbelastungen z.B. durch Beruf, Haushalt und Erziehung• familiäre Konflikte• ...

Tab. 1: Klassifizierung möglicher Arbeitsbelastungen (vgl. Richter & Hacker 1998, Udris & Frese 1988, Wenchel 2001)

Beanspruchung ist nach der DIN EN ISO 10075-1 die unmittelbare, nicht langfristige Auswirkung der Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien (siehe Abb. 1).

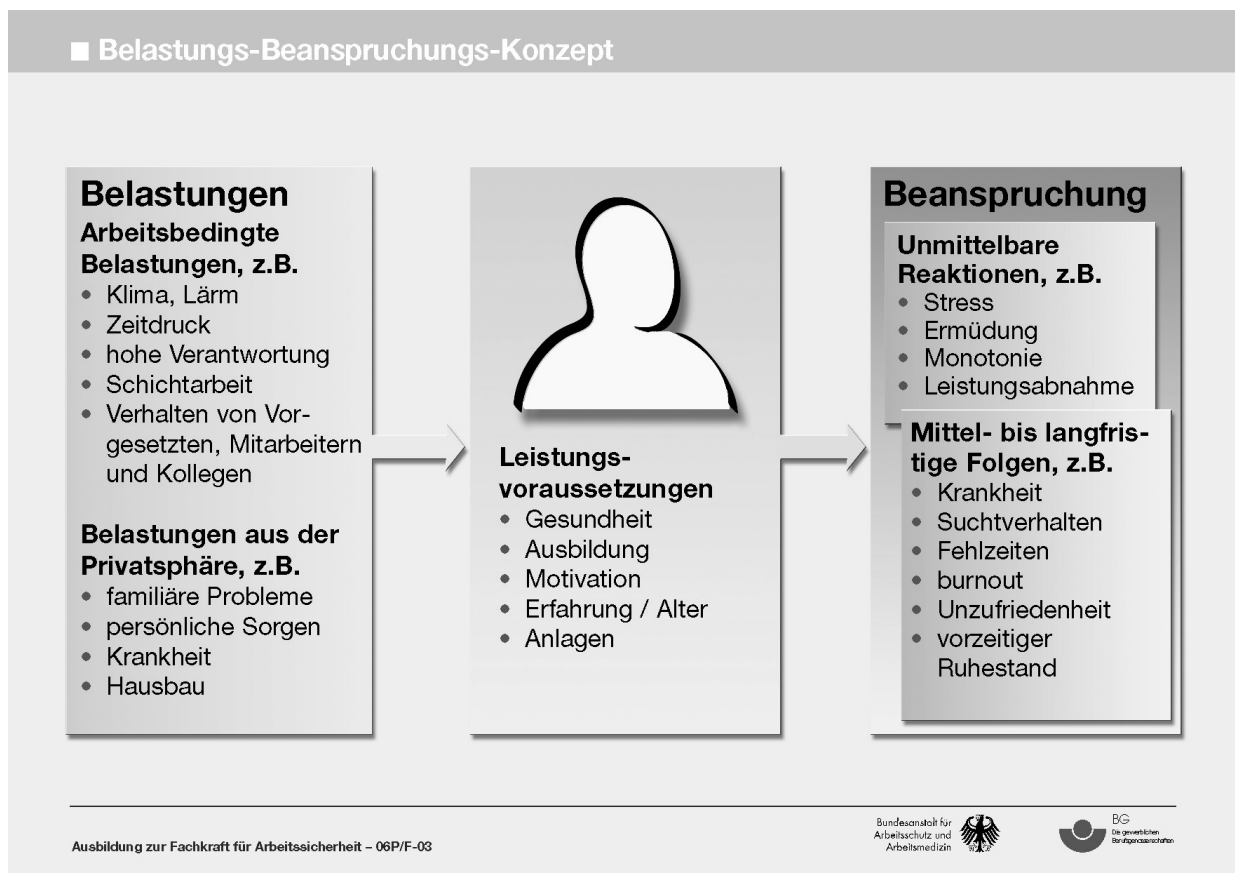


Abb. 1: Das Belastungs- Beanspruchungs-Konzept

Die *Folgen* von Beanspruchungen reichen von kurzfristigen, aktuellen Reaktionen bis zu langfristigen, chronischen Manifestationen auf physiologischer, psychischer oder Verhaltensebene (Abb. 1; siehe dazu Kaufmann, Pornschlegel & Udris 1982). In den Arbeitswissenschaften wird vor allem den kurzfristigen negativen Beanspruchungsfolgen große Aufmerksamkeit geschenkt, da diese den Tätigkeitsvollzug und die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können (siehe Hacker 1995, Richter & Hacker 1998). Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zielen vor allem darauf ab, Arbeitsbelastungen zu vermeiden, die zu kurzfristigen Fehlbeanspruchungen und, bei einer dauerhaften Exposition, langfristig zu so genannten Gesundheitsschäden, z.B. Krankheit, Unfällen, Sucht und Abhängigkeit, erhöhten Fehlzeiten, Burnout bis hin zu einer Frühberentung beitragen können (Zapf & Dormann 2001).

Zwei sich ergänzende Ansatzpunkte für die Reduzierung von Arbeitsbelastungen bilden:

- die Verhaltensprävention, die beim Verhalten der Beschäftigten ansetzt,
- die Verhältnisprävention, welche alle Maßnahmen zur Veränderung der Arbeitsbedingungen betrifft. Dieser Ansatz geht konform mit dem Arbeitsschutzgesetz, das die Bekämpfung von Gefährdungen direkt an ihrer Entstehungsquelle, d.h. die Beseitigung ihrer Ursachen, bevorzugt.

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

Führungskräfte üben vor allem Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, indirekt jedoch auch auf die Beschäftigten selbst aus. Welche Möglichkeiten haben Führungskräfte, das ihnen unterstehende Arbeitssystem gesundheitsförderlich zu gestalten? Nach der Definition der DIN ISO 6385: 1981 beinhaltet das Arbeitssystem „das Zusammenwirken von Mensch und Arbeitsmittel im Arbeitsablauf, um die Arbeitsaufgabe am Arbeitsplatz in der Arbeitsumgebung unter den durch die Arbeitsaufgabe gesetzten Bedingungen zu erfüllen“. Arbeitsbedingungen lassen sich demzufolge systematisieren nach (siehe Joiko et al. 2002):

- der *Arbeitsaufgabe* d. h. Art und Umfang der Tätigkeit;
- den *Arbeitsmitteln*, d. h. allen technischen Komponenten am Arbeitsplatz;
- der *Arbeitsumgebung*, d. h. die physikalische, chemische, biologische wie auch die soziale Arbeitsumgebung wie Führungsverhalten und Arbeitsklima;
- der *Arbeitsorganisation*, d. h. der Regelung der Arbeitszeiten, der Reihenfolge der Tätigkeiten und den Arbeitsabläufen und
- dem *Arbeitsplatz*, d.h. der direkten Arbeitsumgebung des Beschäftigten.

Gestaltungsmaßnahmen, die von Führungskräfte ausgehen, können diesen fünf Bereichen zugeordnet werden. Maßnahmen, die dem Arbeits- und Gesundheitsschutz dienen, betreffen oftmals mehrere der genannten Bereiche. So kann eine veränderte Gestaltung der Arbeitspausen nicht nur in die Arbeitsorganisation, sondern auch in die Gestaltung der Arbeitsumgebung (z.B. Einrichtung von Ruheräumen etc.) und der Arbeitsaufgabe (z.B. Schaffung neuer Zuständigkeiten) eingreifen.

Gestaltungsmaßnahmen sollten sich auf vier Ziel- oder Bewertungsebenen abbilden lassen (vgl. Debitz, Gruber & Richter 2001):

- Ausführbarkeit,
- Schädigungslosigkeit,
- Beeinträchtigungsfreiheit und
- Lern- und Persönlichkeitsförderlichkeit.

Die ersten beiden Ziele beziehen sich vor allem auf die Beseitigung von Gefährdungen, wie sie der klassische Arbeitsschutz z.B. der Berufsgenossenschaften anstrebt. Die dritte und vor allem die vierte Ebene zielt dagegen auf die Erhaltung und den Ausbau des individuellen Gesundheitspotenzials ab (siehe „erweiterter Präventionsauftrag“ z.B. bei Gregersen & Zeh 2001).

Der formale Ablauf der Gestaltung von Arbeitsbedingungen folgt typischerweise einem Kreisprozess von Ermitteln, Beurteilen, Festlegen, Durchführen und Überprüfen (Abb. 2):



Abb. 2: Ablaufmodell zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen (siehe Joiko et al. 2002, S. 26)

1.2 Grundlagen der Führung

Führung ist zum einen ein eigenständiger Aufgabenbereich in einem Unternehmen; zum anderen wird er zur Beschreibung jener Personen verwendet, die Führungsaufgaben innehaben. Klassische Führungsaufgaben sind (Rosenstiel 2001, Staehle 1994):

- Planung,
- Aufbau- und Ablauforganisation,
- Leitung,
- Koordination und
- Kontrolle.

Durch Führung sollen Ziele erreicht werden. Führung ist somit die zielorientierte Gestaltung von Arbeitsbedingungen (vgl. Bea, Dichtl & Schweitzer 1991). Dabei lassen sich sachbezogene und personenbezogene Führungsaufgaben unterscheiden:

- sachbezogen: Planungs-, Organisations- und Kontrollaufgaben;
- personenbezogen: alle Aufgaben, die mit der sozialen Seite des betrieblichen Geschehens zu tun haben.

Personalmanagement umfasst auch Aufgaben, die man als Führung *für* das Personal bezeichnen kann. Zu den sachbezogenen Aufgaben des Personalmanagements gehören die Personalverwaltung (z.B. Entgeltgestaltung, Lohn- und Gehaltsabrechnung), die Personalbedarfs- und Personalbestandsplanung, die Personalbeschaffung und –freisetzung und die Personalentwicklung.

Mitarbeiterführung ist wiederum ein Teil des Personalmanagements. Im Unterschied zu den oben genannten sachbezogenen Aufgaben vollzieht sie sich im direkten, persönlichen Kontakt zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern. Sie ist eine Form der sozialen Einflussnahme auf die Bedürfnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen von Personen oder Gruppen. Dabei ist Einflussnahme nicht im Sinne von Manipula-

tion oder Kontrolle zu verstehen; vielmehr geht es darum, die Mitarbeiter von der Sinnhaftigkeit des gewünschten Handelns zu überzeugen. Mitarbeiterführung beruht im Wesentlichen auf Kommunikation, Informationsaustausch und zwischenmenschlicher Interaktion.

Die Bedeutung von *Führungstheorien* (zur Übersicht Konrad & Keller 1998, Neuberger 1994, Rosenstiel 2001, Stroebe 1999) liegt darin, die Aufgaben, den grundlegenden Prozess und die Ergebnisse von Führung näher zu untersuchen, sie zu beschreiben und möglichst präzise zu erklären. Man möchte auf dieser Grundlage Empfehlungen und Regeln entwickeln, wie sich Führung besser gestalten lässt und wie man sie erfolgreicher einsetzen kann. Daneben möchte man das Führungsgeschehen, seine sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen genauer ausloten.

Im Zentrum der *Eigenschaftstheorie* des Führens steht die Frage, was oder welche Eigenschaften einen Führer von einem Nicht-Führer und einen erfolglosen Führer von einem erfolgreichen Führer unterscheidet. Die dabei ermittelten Eigenschaftslisten stellen bei genauerer Betrachtung eine Zusammenfassung sozial erwünschter Eigenschaften dar. Diese Eigenschaften lassen sich im Sinne von Vorbedingungen für den Führungserfolg interpretieren. Um aber tatsächlich wirksam sein zu können, müssen sie mit weiteren günstigen Bedingungen zusammen treffen.

In der *Führungsstil*-Forschung wird die Art und Weise, wie Führungskräfte ihre Tätigkeit ausführen und welches Führungsverhalten sie mit ihren Mitarbeitern typischerweise zeigen, beschrieben. Der Führungsstil eines Vorgesetzten wird aufgrund eines wiederholt gezeigten Verhaltensmusters erschlossen.

- Die früheste Führungsstiltheorie geht zurück auf Kurt Lewin, der einen autoritären, einen demokratischen und einen laissez-faire-Führungsstil unterschied.
- In der Führungstypologie von Tannenbaum & Schmidt sind sechs Führungsstile auf einem Kontinuum zwischen autoritär und delegativ angeordnet. Die verschiedenen Stile sind danach geordnet, welchen Grad der Entscheidungsspielraum die Mitarbeiter haben und in welcher Weise der Vorgesetzte Autorität anwendet.
- In der Führungsstil-Forschung an den Universitäten Ohio und Michigan fand man zwei voneinander unabhängige Stile, die das Führungsverhalten besonders gut charakterisierten:
 - mitarbeiterorientierter Führungsstil: ein Führungsverhalten, das zwischenmenschliche Bedürfnisse (z.B. angenehmes Klima, Anerkennung bei Aufgabenerfüllung) besonders berücksichtigt;
 - sach- oder aufgabenorientierter Führungsstil: ein Führungsverhalten, das Leistung und Arbeitsvortrag in den Vordergrund stellt.

Eine erfolgreiche Führung ist nach dem Ansatz von Blake und Mouton darin begründet, diese beiden Stile situationsgerecht miteinander zu verknüpfen („situationales Führen“). Als erstrebenswert gilt ein kooperativer Führungsstil, der in der Lage ist, Mitarbeiter zu hohen Arbeitsleistungen bei gleichzeitig hoher Arbeitszufriedenheit zu motivieren (siehe „Verhaltensgitter“ in Abb. 3).

Betonung des Menschen	hoch	9	1.9 Führungsstil Sorgfältige Beachtung			9.9 Führungsstil Hohe Arbeitsleistung				
	8	der zwischenmenschlichen Beziehungen führt zu einer bequemen und			von begeisterten Mitarbeitern.					
	7	freundlichen Atmosphäre und zu einem entsprechenden Arbeitstempo			Verfolgung des gemeinsamen Zieles führt zu gutem Verhalten					
	6									
	5									
	4									
	3	5.5 Führungsstil Genügende Arbeitsleistung möglich durch das Ausbalancieren der Notwendigkeit zur Arbeitsleistung und zur Aufrechterhaltung der zu erfüllenden Arbeitsleistung								
	2				9.1 Führungsstil Wirksame Arbeitsleistung wird erzielt, ohne daß viel Rücksicht auf zwischenmenschliche Beziehungen genommen wird					
	niedrig	1	1.1 Führungsstil Geringstmögliche Einwirkung auf Arbeitsleistung und auf die Menschen							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		niedrig			Betonung der Produktion			hoch		

Abb. 3: Das „Verhaltensgitter“ als Grundlage situativen Führens

Führungsprinzipien, auch Führungsgrundsätze, -konzepte oder -techniken genannt, sollen Führungskräften als Leitlinie ihres Handelns dienen. Es handelt sich dabei um Soll-Vorschriften, also um normative Vorstellungen von einem angemessenen individuellen Führungsverhalten. Zu den weit verbreiteten Führungsprinzipien zählen:

- das Management by Exception (MbE): Sie beruht auf dem Prinzip des Ausnahmefalles, indem sie festlegt, dass Führungskräfte sich auf die Erledigung von außergewöhnlichen Fällen konzentrieren sollen. Solche Fälle sind immer dann anzunehmen, wenn ein Arbeitsproblem von besonderer Wichtigkeit für den Betrieb ist und außerhalb der täglichen Arbeitsroutine angesiedelt ist.
- Das Management by Delegation (MbD): Die Kernidee dieses Führungsprinzips besteht darin, Entscheidungen und Verantwortung nicht länger auf die Führungskräfte zu konzentrieren, sondern sie weiter auf die Mitarbeiter der untergeordneten Ebenen zu verteilen. Die zu delegierenden Aufgaben betreffen ausschließlich Entscheidungen im konkreten Aufgabenvollzug.
- Das Management by Objectives (MbO): Grundgedanke dieses in unserer Zeit dominierenden Führungsprinzips ist die Ausrichtung sämtlicher Aktivitäten der Mitarbeiter an operationalisierbaren (Leistungs-) Zielen und die Beurteilung des Grads der Zielerreichung anhand hierfür entwickelter Kriterien.

Führungsinstrumente sind Methoden, die von Führungskräften heran gezogen werden können, um auf vorhandene Erfahrungen zurückgreifen und bei der praktischen Anwendung vergleichbare Ergebnisse erzielen zu können. Zu den verbreiteten Führungsinstrumenten zählen u.a. das Mitarbeitergespräch, die Leistungsbeurteilung, die Zielvereinbarung und die Stellenbeschreibung.

2 Welche Aufgaben haben Führungskräfte im Arbeits- und Gesundheitsschutz?

Der Leitfaden soll Führungskräften Hilfestellung bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitsbedingungen und des eigenen Führungsverhaltens geben. Um diese Empfehlungen möglichst nahe an den Kompetenzen der Führungskräfte zu orientieren, sollen zunächst die Aufgaben und Zuständigkeiten geklärt werden, die Führungskräften im Arbeits- und Gesundheitsschutz zukommen.

In der Literatur zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden die Führungsaufgaben unterschiedlich akzentuiert:

1. *Die Führungskraft als „Sicherheitsmanager“ im Arbeits- und Gesundheitsschutz:* Der Arbeits- und Gesundheitsschutz als Führungsaufgabe ist gesetzlich festgelegt - Führungskräfte haben eine besondere Fürsorgepflicht für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Diese nehmen sie u.a. wahr, indem sie Hilfsmittel wie z.B. Schutzausrüstungen zur Verfügung stellen, ihre Mitarbeiter über Arbeitssicherheit informieren und unterweisen, ihr Verhalten kontrollieren und selbst eine Vorbildfunktion einnehmen.
2. *Die Führungskraft als „Ressourcenmanager“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung:* Führung stellt Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Arbeiten her, indem sie auf die verfügbaren sozialen, organisatorischen und personalen Ressourcen Einfluss nimmt. Beispiele hierfür sind Ressourcen wie die soziale Unterstützung, die Beteiligung an Entscheidungen, der Handlungs- und Gestaltungsspielraum, die Zielorientierung und die Förderung der Mitarbeitermotivation.

Der zuerst genannten, eher eng gefassten Aufgabendefinition begegnet man häufig in der sicherheitstechnisch geprägten Literatur zur Unfallverhütung (siehe z.B. Leichsenmann & Petermann 2001, Wenchel 2001). Dort beschränkt sich der Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit weitgehend auf die Informations-, Unterweisungs- und Kontrollpflichten des Vorgesetzten zur Abwehr von Gesundheitsgefährdungen. Dieser klassischen Form des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit staatlich geregelten Zuständigkeiten wird aus den Betrieben zunehmend mit Skepsis begegnet (vgl. Badura 2001). Die gegenwärtige Praxis leide an zunehmender Orientierungslosigkeit und Bedeutungsverlust, drohe sich unter dem verschärfenden Wettbewerbsdruck weiter zu verschlechtern und könne den bestehenden Anforderungen des Gesetzgebers nicht gerecht werden (IG Metall 2000). Mit dem erweiterten Präventionsauftrag der Berufsgenossenschaften wird versucht, diese engen Grenzen des klassischen Arbeitsschutzes zu überwinden, indem u.a. auch die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz Berücksichtigung erfahren (siehe hierzu z.B. Gregersen & Zeh 2001).

Die wesentlich weiter gefasste, in der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur (siehe z.B. Badura 2001, Bamberg, Ducki & Metz 1999, Zapf & Dormann 2001) weit verbreitete Aufgabendefinition bezieht neben den technischen vor allem „weiche“, d.h. psychosoziale Aspekte der Führung ein. Sie trägt damit dem gut belegten Zusammenhang zwischen dem Führungsverhalten des Vorgesetzten und der Arbeitszufriedenheit und psychischen Gesundheit des Mitarbeiters Rechnung (vgl.

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

Nieder 2001). Diese Sichtweise reflektiert eine Trendwende von der regelorientierten hin zu einer problemorientierten und an „weichen“ Unternehmenszielen orientierten Vision einer „gesunden Organisation“ und von einem an gesetzlichen Vorgaben orientierten hin zu einem auch verstärkt eigenverantwortlichen Handeln (Badura 2001). Zu dem Schutzmotiv des klassischen Arbeitsschutzes tritt bei diesem Verständnis des betrieblichen Gesundheitsmanagements das Fördermotiv, also eine nicht mehr nur pathogenetische, sondern eine salutogenetische Sichtweise. Unternehmen werden hier als soziale Systeme gesehen, deren wirtschaftliches Wohlergehen maßgeblich vom Wohlbefinden ihrer Mitglieder abhängt, nicht nur von vermiedenen seelischen oder körperlichen Beeinträchtigungen und vermiedenen kostentreibenden Fehlzeiten (Bertelsmann-Stiftung/Hans Böckler Stiftung 2000). Entspricht dieser erweiterte Ansatz durchaus einem modernen Verständnis betrieblicher Gesundheitsförderung, so birgt er allerdings auch die Gefahr, dass die daraus abgeleiteten Maßnahmen in einem indirekten und nur bedingt zu rechtfertigenden Zusammenhang zum Arbeits- und Gesundheitsschutz stehen. Als Beispiel mögen die im Projekt „Gesundheit als Managementaufgabe“ (Flothow & Gregersen 2002) erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen dienen, die sich von solchen der klassischen Personal- und Organisationsentwicklung kaum noch unterscheiden.

Tab. 2 fasst die Merkmale und Probleme dieser unterschiedlichen Strategien noch einmal zusammen:

Unterscheidungsmerkmal	Führungskraft als „Sicherheitsmanager“ im Arbeits- und Gesundheitsschutz	Führungskraft als „Ressourcenmanager“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung
Begründungszusammenhang	gesetzliche Grundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	Erfahrungen und empirische Ergebnisse zur betrieblichen Gesundheitsförderung
Inhaltlicher Schwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> - vorwiegend technisch - Themen geprägt von Arbeits-, Ingenieurwissenschaften und Arbeitsmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> - soziotechnisch, Schwerpunkt psychosozial - Themen geprägt von Soziologie und Psychologie
Zielorientierung	<ul style="list-style-type: none"> - pathogenetisch - Unfallverhütung, Gefährdungsermittlung und -vermeidung - Arbeit als „Risikoraum“ 	<ul style="list-style-type: none"> - salutogenetisch - Eigenverantwortung für die Gesunderhaltung - Veränderung der Unternehmenskultur in Richtung einer „gesunden Organisation“ - Arbeit als „Lebensraum“
Einbindung in Unternehmensstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> - festgelegte betriebliche Zuständigkeiten (Betriebsarzt, Arbeitssicherheitsfachkräfte) 	<ul style="list-style-type: none"> - ganzheitlich, unternehmensweit - Verankerung im Unternehmensleitbild

Tab. 2: Zwei ergänzende Strategien zur Erhaltung der Mitarbeitergesundheit

Unterscheidungsmerkmal	Führungskraft als „Sicherheitsmanager“ im Arbeits- und Gesundheitsschutz	Führungskraft als „Ressourcenmanager“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung
Konsequenzen für die Rolle der Führungskraft	Erfüllung der Fürsorgepflicht: <ul style="list-style-type: none"> - vorbildliches Sicherheitsverhalten - Information und Unterweisung der Mitarbeiter im Arbeitsschutz 	Herstellung günstiger Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Arbeiten: <ul style="list-style-type: none"> - soziale Unterstützung - Partizipation - Tätigkeitsspielraum
Probleme	<ul style="list-style-type: none"> - „Insellösung“, fehlende Integration in Unternehmenskultur - „Reparaturbetrieb“, Vernachlässigung motivierender Kräfte 	<ul style="list-style-type: none"> - fließender Übergang zur Personal- und Organisationsentwicklung - Maßnahmen stehen z.T. in einem sehr weiten Bezug zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Tab. 2 (fortgesetzt): Zwei ergänzende Strategien zur Erhaltung der Mitarbeitergesundheit

Um die Vorteile dieser beiden Strategien zu verbinden und gleichzeitig deren Begrenzungen zu vermeiden, soll für das vorliegende Projekt eine Definition von Führungsaufgaben zugrunde gelegt werden, die sowohl der Aufgabe der Gefährdungsvermeidung des traditionellen Arbeitsschutzes als auch der Zielstellung der „gesunden Organisation“ der betrieblichen Gesundheitsförderung Rechnung trägt.

3 Welche Beziehungen bestehen zwischen Führung und Gesundheit in den Sozial- und Gesundheitsberufen?

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, sollen mit der vorliegenden Literaturanalyse Erkenntnisse zum Einfluss von Führung auf die Gesundheit der Beschäftigten in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zusammen getragen werden. Die folgende Übersicht geht zunächst auf arbeitswissenschaftliche Konzepte ein, die speziell für die Gesundheits- und Sozialberufe entwickelt oder anhand von dort Beschäftigten überprüft wurden. Anschließend werden zentrale empirische Befunde zum oben genannten Zusammenhang aus Studien im Gesundheits- und Sozialwesen berichtet. Der letzte Absatz stellt Ergebnisse zu besonders gesundheitsgefährdeten Berufsgruppen in dieser Branche vor.

3.1 Arbeitswissenschaftliche Konzepte

Es gibt bisher kein einschlägiges arbeitswissenschaftliches Modell zum Einfluss von Führung auf die Mitarbeitergesundheit. Jedoch wird in einer Reihe von Konzepten der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Organisationsmerkmalen thematisiert. Unter letzteren sind auch Führungsmerkmale subsumiert. Diese Kon-

zepte bauen nicht streng aufeinander auf und sind auch nur teilweise auf Ergebnissen empirischer Untersuchungen begründet. Im Folgenden werden vier ausgewählte Beanspruchungskonzepte, die Führungsaspekte berücksichtigen, exemplarisch dargestellt:

- Das „Job-Strain-Modell“ von Karasek (1979), das den Einfluss des Kontroll- oder Tätigkeitsspielraums und sozialer Unterstützung auf den Berufsstress in Abhängigkeit von der Arbeitsintensität abbildet, gilt als empirisch gut begründet. Nach diesem Konzept geht eine hohe Arbeitsintensität wahrscheinlich dann mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher, wenn wenig Kontrolle über den Arbeitsprozess und geringe soziale Ressourcen zur Verfügung stehen. Günstig sind dagegen anforderungshaltige Tätigkeiten mit hohem Tätigkeitsspielraum. Aus diesem Ansatz ergeben sich eine Reihe von Konsequenzen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung.
- In seinem „Modell der Gratifikationskrisen“ erweiterte Siegrist (1996) die Anforderungen an das Individuum sowie die Ressourcen der Organisation um mehrere Aspekte: Die zentrale Annahme dieses empirisch bestätigten Modells besteht darin, dass die erlebte Beanspruchung aus dem Verhältnis zwischen dem Engagement („Verausgabung“) des Individuums einerseits und den Belohnungen durch die Organisation andererseits (finanzielle Anreize, Wertschätzung, Status) resultiert. Nach diesem Austauschmodell führt ein Ungleichgewicht zwischen einer hohen Verausgabung und einer geringen Belohnung zu einer Gratifikationskrise, die mit einem erhöhten Risiko von körperlichen Erkrankungen, u.a. Herz-Kreislauf-Krankheiten, verbunden ist.
- Die Grundidee einer fehlenden Balance von Anforderungen und Belohnungen spielt auch bei der Erklärung des Burnout-Syndroms eine Rolle: Nach einem Modell von Hacker und Kollegen (1995) entsteht Burnout in Humandienstleistungen aus einem Ungleichgewicht an zwei Schnittstellen: Beschäftigter-Klient und Beschäftigter-Organisation (Abb. 4). In der Bilanz von Geben und Empfangen können an diesen beiden Schnittstellen Ungleichgewichte entstehen. An der Schnittstelle zur Organisation können dem persönlichen Einsatz eine als unzureichend erlebte Unterstützung und Bezahlung, fehlende Laufbahnchancen und mangelhafte Entscheidungskompetenzen gegenüberstehen. Als Folge entsteht ein Rückzug aus dem Engagement für die Organisation, der sich unter anderem in nachlassender Identifikation bis hin zu einer erhöhten Fluktuationsneigung äußert. Ungleichgewichte in beiden Bilanzen wirken nicht automatisch, sondern werden vermittelt („gepuffert“) durch die sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der Arbeit und durch in der Tätigkeit bestehende inhaltliche und zeitliche Spielräume.

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

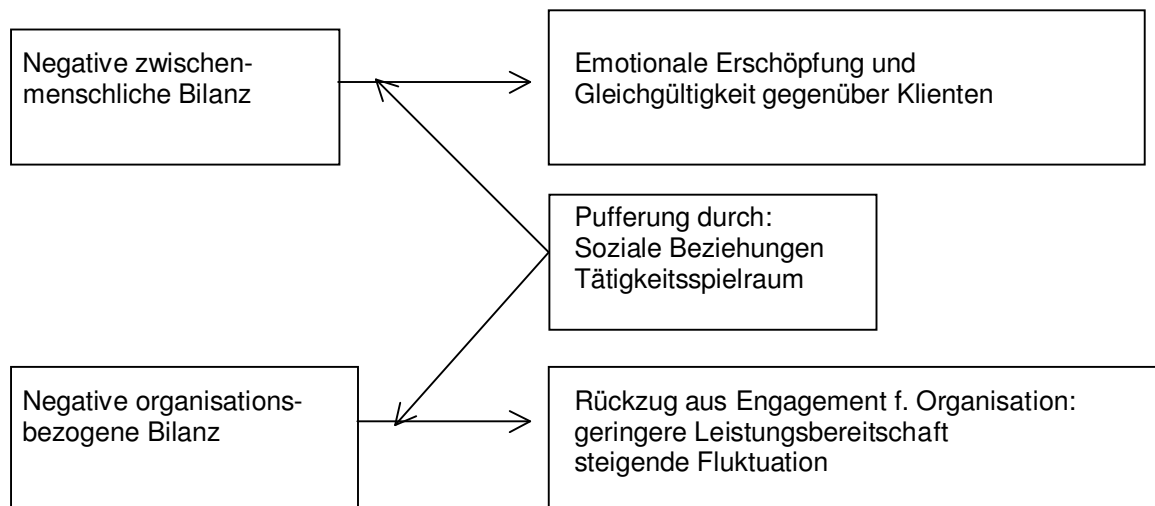


Abb. 4: Modell der Entstehung von Burnout in Humandienstleistungen (Hacker et al. 1995)

- Ein integratives Erklärungsmodell zur Rolle organisationaler Ressourcen bei der Erklärung der Entstehung von Stress und Burnout legten kürzlich de Jonge & Dormann (2002) mit dem „DISC-(Demand-Induced-Strain Compensation Mechanisms-) Modell“ vor. Dieses wurde vor allem für und mit Beschäftigten im Gesundheitsdienst entwickelt und empirisch bestätigt. Es geht davon aus, dass die potenziellen negativen gesundheitlichen Folgen von Arbeitsanforderungen nur dann vermieden werden können, wenn ganz bestimmte, dazu „passende“ Ressourcen angeboten werden: So können z.B. hohe emotionale Anforderungen in den Gesundheitsberufen durch eine starke emotionale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte ausbalanciert werden. Kognitive bzw. verhaltensmäßige Anforderungen sind wiederum durch kognitive Ressourcen (z.B. Lernmöglichkeiten) bzw. behaviorale Ressourcen (z.B. soziale Kompetenzen) auszugleichen. Werden die Anforderungen kompensiert, belasten die Reaktionen nicht mehr die Gesundheit, sondern wirken sich vielmehr förderlich auf die berufliche und persönliche Entwicklung der Beschäftigten aus.

Betrachtet man die vier ausgewählten Konzepte insgesamt, so kommt den Organisations- und Führungsmerkmalen bei der Erklärung und Vorhersage gesundheitlicher Beanspruchungen in doppeltem Sinne eine moderierende Rolle zu:

1. Durch die Schaffung spezifischer Ressourcen wie z.B. sozialer Unterstützung oder Handlungsspielräumen können die ungünstigen Folgen hoher Anforderungen und Belastungen kompensiert werden.
2. Führung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitstätigkeiten und beeinflusst somit maßgeblich die *Tätigkeitsanforderungen* und daraus potenziell entstehenden *Belastungen* direkt.

3.2 Ergebnisse zur Beziehung zwischen Führung und Gesundheit

In der internationalen Literatur lassen sich zahlreiche empirische Befunde zur spezifischen Belastungs- und Beanspruchungssituation bei Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen finden (siehe Cohen-Mansfield 1995, Leiter & Harvie 1996, Moore & Cooper 1996, vgl. hierzu auch Zimmer & Weyerer 1999, Zimmer et al. 2000). Ordnet man diese in das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept (siehe 1.1) ein, so lassen sich folgende Beziehungen zwischen den Arbeitsbedingungen und der Mitarbeitergesundheit ableiten:

- Direkt nachweisbare gesundheitliche Wirkungen kommt den Belastungen zu, die unmittelbar mit den Arbeitsaufgaben und Umgebungsbedingungen zusammenhängen, u.a. schwere körperliche Arbeit, hoher Zeitdruck und Probleme im Umgang mit den Klienten. Stark verbreitete Gesundheitsfolgen sind Haut-, Rücken- und Gelenkserkrankungen sowie psychiatrische Erkrankungen wie Depression und Burnout. Bei der Entstehung letzterer spielen auch außerberufliche Stressoren eine wichtige Rolle.
- Probleme bei den organisatorischen und sozialen Arbeitsbedingungen wirken sich dagegen nicht direkt auf die Mitarbeitergesundheit, sondern vielmehr ungünstig auf die Arbeitszufriedenheit aus. Eine geringe Arbeitszufriedenheit erhöht wiederum den Krankenstand und verstärkt die Absicht, den Arbeitsplatz zu wechseln. Gesundheitliche Auswirkungen von mangelhaften Arbeitsbedingungen lassen sich für die Beschäftigten somit zumindest teilweise kompensieren. Wenn solche Kompensationsmöglichkeiten allerdings fehlen (z.B. fehlende Anstellungsalternativen) oder nicht wahrgenommen werden, kann sich die Unzufriedenheit ungünstig insbesondere auf die psychische Gesundheit auswirken.

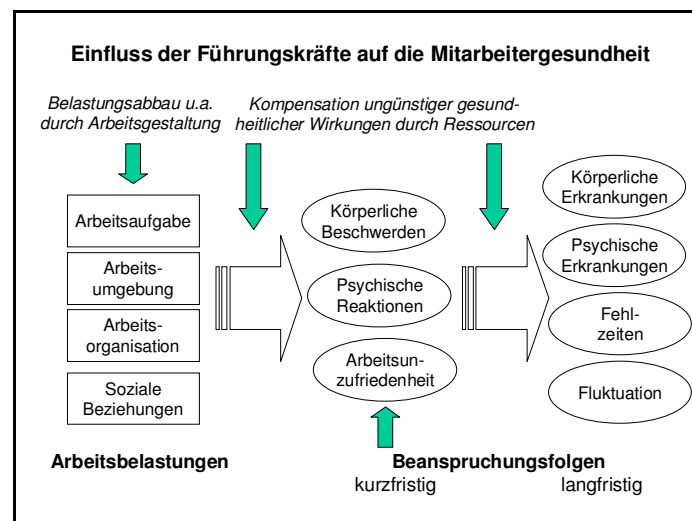


Abb. 5: Einflussfaktoren der Führung auf den Belastungs- Beanspruchungs-Prozess

Welche Bedeutung *Aspekte der Führung* bei den gefundenen empirischen Zusammenhängen haben, verdeutlicht Abb. 5:

- Wie in den arbeitswissenschaftlichen Konzepten (3.1) postuliert, vermögen organisatorische Ressourcen wie eine befriedigende Information und Partizipation und ein hoher Tätigkeitsspielraum sowie soziale Ressourcen wie Rückendeckung

und soziale Unterstützung die ungünstigen Wirkungen der Arbeitsbelastungen auf die Gesundheit zu „puffern“. Ein moderierender Einfluss dieser Arbeitsbedingungen ist sowohl bei der Entstehung kurzfristiger Beanspruchungsreaktionen wie z.B. Stress als auch bei der Vermeidung gesundheitlicher Beeinträchtigungen wie Burnout und Depression nachweisbar. Ein Beispiel hierfür gibt die Studie von Berger (1999), der den Zusammenhang zwischen Führungsstil und Mitarbeitergesundheit bei Altenpflegekräften untersuchte: Mitarbeiter, deren Arbeitssituation durch einen Führungsstil mit häufiger positiver Rückmeldung geprägt war, fühlten sich trotz vergleichbarer Arbeitsbelastung deutlich geringer beansprucht und hatten ein signifikant niedrigeres Burnout-Risiko. Auch in einer eigenen Untersuchung in 19 Altenhilfeeinrichtungen (Zimber 2001) konnte ein starker moderierender Einfluss positiver Rückmeldung bestätigt werden.

- Organisatorische und soziale Ressourcen wirken sich direkt begünstigend auf die Arbeitszufriedenheit aus und verringern dadurch das Risiko für einen hohen Krankenstand und eine hohe Fluktuationsrate. Zum Beispiel wurden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit einem geringen Anteil an Ausstiegswilligen die Führungsqualität und die zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz signifikant besser beurteilt (Hasselhorn et al. 2003).
- Ein Teil der Arbeitsbelastungen mit direkten gesundheitlichen Auswirkungen, u.a. Merkmale der Arbeitsumgebung, der Arbeitsumgebung und der sozialen Beziehungen, unterliegen einem direkten Einfluss der Führungskräfte. Diese können z.B. durch ergonomische Maßnahmen, durch die Gestaltung der Arbeitszeiten und der Arbeitsabläufe sowie der sozialen Beziehungen positiv beeinflusst werden und dadurch ihre gesundheitsschädigende Wirkung abschwächen oder ganz verlieren. Praktische Beispiele hierfür lassen sich in Kapitel 6 finden.

Berger & Schweitzer (2004) kommen nach Auswertung mehrerer Mitarbeiterbefragungen in der stationären Altenpflege zu dem Ergebnis, dass Führungskräfte ihre Bemühungen um eine gesundheitsförderliche Führung auf vier Erfolgsfaktoren („Stellschrauben“) konzentrieren sollten (siehe Abb. 6):

- die Belastungen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren;
- zu ermöglichen, Nähe zu den Klienten empfinden zu können,
- subjektiv wichtige Aspekte der Arbeitssituation zu „lösen“ und
- eine gute Beziehung zu den Vorgesetzten zu ermöglichen.

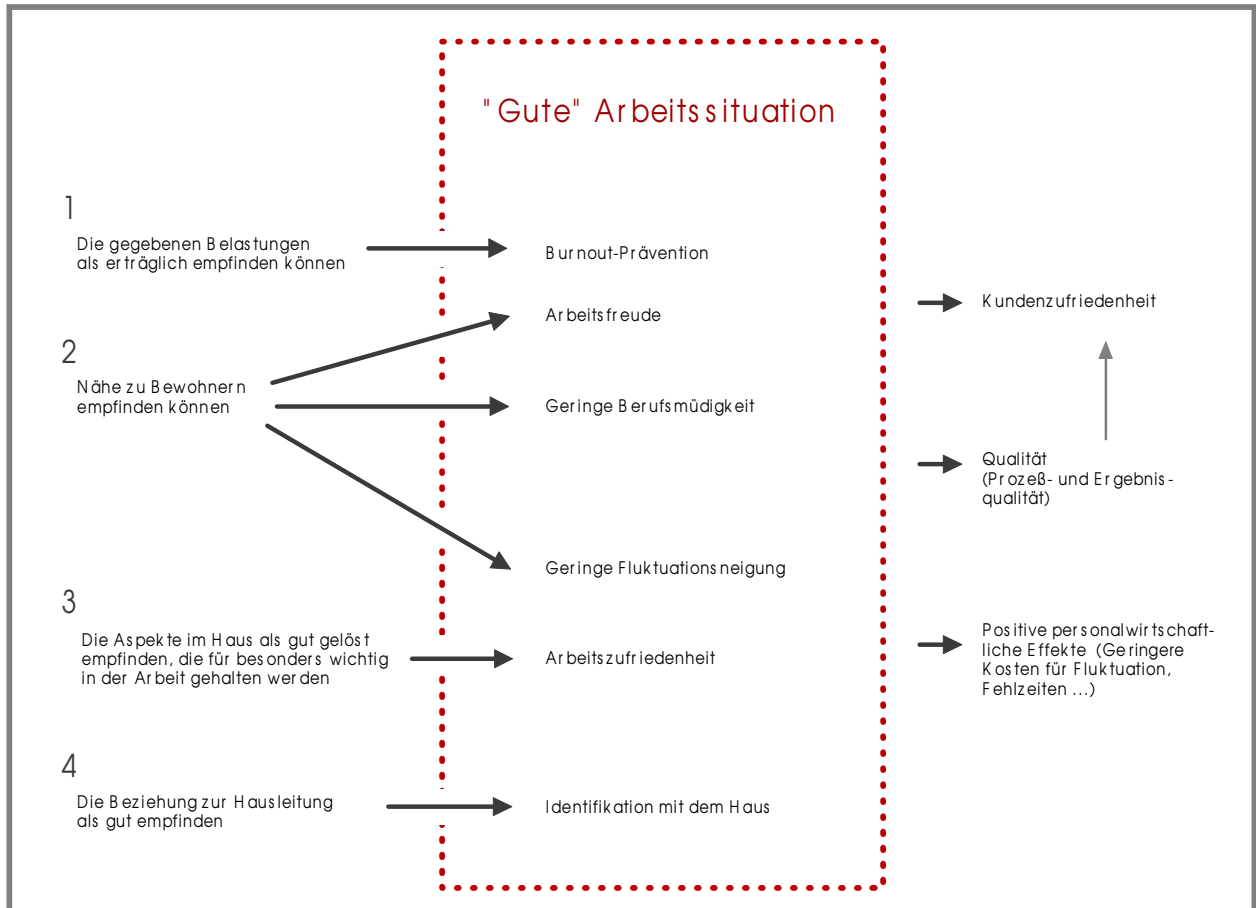


Abb. 6: „Stellschrauben“ gesundheitsfördernden Führungsverhaltens am Beispiel der Altenpflege (Berger & Schweitzer 2004)

Das von Berger & Schweitzer beschriebene Führungsverhalten ermöglicht danach eine gesundheitsfördernde Arbeitssituation¹, welche auch eine Grundlage für den Erfolg einer Pflegeeinrichtung bildet (siehe letzte Spalte in Abb. 6).

Die bisher dargestellten Ergebnisse beschränken sich weitgehend auf die Sozial- und Pflegeberufe, die sich in bestimmten Tätigkeitsinhalten (z.B. direkter Kontakt zum Klienten) von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen unterscheiden. Zieht man zum Vergleich jedoch arbeitspsychologische Ergebnisse aus ganz anderen Branchen, etwa zu Industriearbeitern (z.B. Frese & Semmer 1991) oder Büroangestellten (z.B. Leitner 1993) heran, so zeigen sich bei der Art der ermittelten Zusammenhänge keine grundsätzlichen Abweichungen (siehe Kasten).

¹ Die Pfeile zwischen dem Führungsverhalten und den Komponenten einer „guten Arbeitssituation“ sollen keine monokausalen Wirkungen suggerieren (so könnte z.B. die zu den Bewohnern empfundene Nähe auch der Burnout-Prävention dienen), sondern nur die vorrangigen Konsequenzen wiedergeben.

Führung und Gesundheit: Befunde arbeitspsychologischer Studien

Führungskräften kommt bei der Erhaltung der Mitarbeitergesundheit eine zentrale Rolle dabei zu,

- bestehende Arbeitsbelastungen wie z.B. Zeitdruck, Regulationsbehinderungen oder Umgebungsbelastungen durch Einflussnahme auf die Arbeitsorganisation und die Arbeitsumgebung zu reduzieren;
- die Tätigkeitsanforderungen der Beschäftigten durch organisatorische und soziale Ressourcen, insbesondere den Tätigkeitsspielraum und die soziale Unterstützung, gesundheitsfördernd zu gestalten.

Die vorgestellten empirischen Befunde bestätigen somit, dass Führungskräften bei der Gesunderhaltung ihrer Beschäftigten sowohl Aufgaben im traditionellen Arbeitsschutz (Reduzierung vermeidbarer Belastungen) als auch bei der Gesundheitsförderung im Sinne des erweiterten Präventionsauftrags (Unterstützung der Mitarbeiter durch Ressourcen) zukommen und beide Ansätze gleichrangig nebeneinander gestellt werden sollten (siehe hierzu Kapitel 2).

3.3 Gesundheitsgefährdete Berufsgruppen

Im „Stressmonitoring“ der BGW und der DAK (2001) wurde erstmals versucht, die verschiedenen Berufsgruppen, die in den Mitgliedsbetriebe der BGW beschäftigt sind, hinsichtlich ihrer Gesundheitsgefährdung zu vergleichen. Die Aussagen beziehen sich vor allem auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten; die physische Gesundheit wurde zwar ebenfalls erfragt, bei der Auswertung aber nicht als Stress-Indikator herangezogen. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die Befragung aufgrund einer Rücklaufquote von insgesamt 30 Prozent nur als bedingt repräsentativ gelten kann.

Nach den Ergebnissen der Studie erwiesen sich hoch qualifizierte Berufsgruppen wie z.B. Ärzte/-innen oder Apotheker/-innen als deutlich weniger belastet als Angehörige der gering qualifizierten Berufe; dieser Befund deckt sich mit anderen Studien, in denen Beschäftigte mit unterschiedlichem Qualifikationsgrad untersucht wurden (vgl. Bandura, Litsch & Vetter 2001). Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass unter den acht Berufsgruppen mit besonders starker Gesundheitsgefährdung (vgl. BGW/DAK 2001, S. 30f.) auffällig viele gering bis durchschnittlich qualifizierte Berufe zu finden sind:

- Altenpfleger/-innen,
- Köche/-innen,
- Hilfsarbeiter/-innen, Reinigungskräfte, Pförtner/-innen,
- Sozialarbeiter/-innen,
- Büro- und Verwaltungskräfte,
- Kindergärtner/-innen, Erzieher/-innen,
- Fach- und Berufsschullehrer/-innen und
- Krankenschwestern/-pfleger.

In der Befragung wurden auch Führungsmerkmale wie z.B. Handlungsspielraum, Information und Mitsprache oder soziale Rückendeckung erhoben. Differenziert man die Ergebnisse hier wiederum nach den beteiligten Berufsgruppen, so decken sich Bereiche mit eher ungünstigen Beurteilungen weitgehend mit der o.a. Liste. Das heißt, eine hohe psychische Beanspruchung geht i.d.R. mit einer als - im Urteil der Beschäftigten - geringen Führungsqualität einher.

Im Rahmen des vorliegenden Themas bietet sich somit für diese Berufsgruppen in doppelter Hinsicht Handlungsbedarf. Daher sollten vor allem die o.a. Berufsgruppen als Zielgruppe Berücksichtigung finden. Der Leitfaden und die mit seiner Hilfe identifizierten Verbesserungsbedarfe sollten vor allem dort umgesetzt werden, wo Angehörige jener Berufsgruppen besonders häufig zu finden sind, d.h. in:

- Pflegeeinrichtungen,
- Krankenhäusern,
- Kindergärten und Kindertagesstätten,
- Einrichtungen der Gefährdetenhilfe,
- Werkstätten für Behinderte und
- Berufsschulen.

4 Welche Gesundheitsaufgaben haben Führungskräfte konkret?

Bei der Vermeidung von Gesundheitsschäden und bei der Förderung der Mitarbeitergesundheit stehen Führungskräfte in einer besonderen Verantwortung. Wie in den vorangehenden Kapiteln deutlich gemacht wurde, liegen die Aufgaben der Führungskräfte zum einen im traditionellen Arbeitsschutz, insofern es vermeidbare Gefährdungen zu reduzieren gilt, zum anderen in der Gesundheitsförderung im weiteren Sinne, insofern den Mitarbeitern Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, ihre Anforderungen und Belastungen besser zu bewältigen.

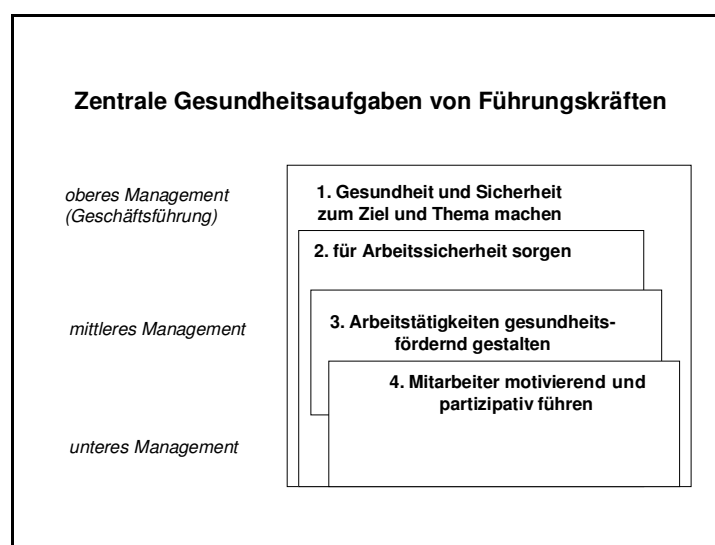


Abb. 7: Gesundheitsaufgaben und Managementebenen, die vorrangig an der jeweiligen Umsetzung beteiligt sind

Diese übergeordneten Aufgaben lassen sich nach Sichtung der vorhandenen Literatur in vier Handlungsfelder differenzieren. Diese wurden nicht direkt aus der Literatur übernommen, sondern aus ihr abgeleitet. Die vier Handlungsfelder haben sowohl notwendige Führungsstrukturen, d.h. formale Bedingungen, als auch das Führungsverhalten der Vorgesetzten zum Inhalt. An der Umsetzung der damit verbundenen Aktivitäten sind alle betrieblichen Führungsebenen beteiligt (Abb. 7). Die beiden zuerst genannten Aufgaben liegen vor allem im Zuständigkeitsbereich der oberen Managementebene, müssen aber auch von der mittleren und der unteren Ebene mit getragen werden. Die Gestaltung der Arbeitstätigkeiten obliegt vor allem der mittleren, die Mitarbeiterführung im Sinne einer direkten Interaktion zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten, der mittleren und vor allem der unteren Führungsebene. Allerdings kann die Ausübung dieser Aufgaben nur gelingen, wenn sich die Führungskräfte an ihren nächst höheren Vorgesetzten orientieren können (Vorbildfunktion) und von diesen die nötige Unterstützung erfahren.

4.1 Gesundheit und Sicherheit zum Ziel und Thema machen

In den Schriften zum Arbeits- und Gesundheitsschutz wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der Arbeitgeber im Rahmen seiner gesetzlichen Fürsorgepflicht zur Erhaltung der Arbeitssicherheit und der Mitarbeitergesundheit verpflichtet ist (siehe z.B. Leichsenmann & Petermann 2001, Ruppert 1995, Wenchel 2001). Arbeits- und Gesundheitsschutz manifestieren sich somit als konkrete Führungsaufgaben, die auch in den betrieblichen Leitlinien dokumentiert sein sollten. In einer Feldstudie in verschiedenen Industriebranchen (Zimolong 2001) unterschieden sich Betriebe mit einer unterdurchschnittlichen Fehlzeitenquote von anderen Betrieben u.a. darin, dass sie:

- Sicherheit und Gesundheit als wichtige betriebliche Handlungsnormen etabliert haben;
- die Mitarbeiter in Maßnahmen des Gesundheitsschutzes aktiv einbinden;
- über Sicherheit und Gesundheit häufiger kommunizieren.

Nach Elke (2000) und Zimolong (2001) sind Management und Führungskräfte die zentralen Promotoren für eine positive Sicherheits- und Gesundheitskultur. Personalführung, Information und Kommunikation bildeten daher neben ergonomischen und organisatorischen Maßnahmen die zentralen Gestaltungsfelder ihrer Interventionsstudie.

4.2 Für Arbeitssicherheit sorgen

Der Arbeitgeber hat im Rahmen seiner oben erwähnten gesetzlichen Fürsorgepflicht die Aufgabe, die Arbeitsbedingungen regelmäßig zu beurteilen mit dem Ziel, mögliche Gefährdungen für die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten festzustellen und daraus geeignete Gegenmaßnahmen abzuleiten (Wenchel 2001, Wenninger 1991). Bei dieser Gefährdungsermittlung wird eine aktive Beteiligung der Beschäftigten empfohlen: Sie werden dadurch sensibilisiert und akzeptieren Verbesserungsmaßnahmen eher, wenn sie selbst mitarbeiten können. Auch stärkt dies ihre Eigenverantwortung, sich gesundheitsgerecht zu verhalten. Auch erfordert die Ge-

fährdungsermittlung eine gewisse Fachkunde; zumindest in größeren Betrieben sollte eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und ein Betriebsarzt beratend zur Verfügung stehen.

Neben der Gefährdungsermittlung kommen den Vorgesetzten bei der Arbeitssicherheit weitere Aufgaben zu (siehe Leichsenmann & Petermann 2001):

- Sie müssen ihre Mitarbeiter über sicherheitsrelevante Themen und Verhaltensweisen *informieren*.
- Sie haben die Aufgabe, ihre Mitarbeiter in sicherheits- und gesundheitsbezogenen Tätigkeiten *anzuleiten* und zu *unterweisen* (so genannte Unterweisungspflicht). Indem Vorgesetzte ihre Mitarbeiter in bestimmten Tätigkeiten unterweisen, geben sie ihnen Orientierung und zeigen, dass sie Wert auf eine qualitativ hochwertige Arbeit legen.
- Sie müssen die Umsetzung des Verhaltens *kontrollieren*. Jede Kontrolle ist vorher anzukündigen und zu begründen. Dadurch wird sie als weniger bedrohlich empfunden und Vertrauen hergestellt. Der Mitarbeiter versteht, dass er nicht bei Fehlern erlappt werden soll. Korrekturen, die auf wertschätzende Art und Weise eingebracht sind, können langfristig als Unterstützung erlebt werden.

Aufgaben der Vorgesetzten im Bereich der Arbeitssicherheit
(aus: BGW, UM 2- Kurs, Dozentenunterlage SM 41/01-02, S. 19)

Zur Sicherheit führen heißt z.B.:

- sich aktiv um die Ermittlung betrieblicher Gefährdungen zu kümmern;
- Sicherheitsregeln, bezogen auf den eigenen Bereich, gemeinsam mit den Mitarbeitern zu formulieren und ihre Einhaltung zu vereinbaren;
- mit den Mitarbeitern einen Maßnahmenplan aufstellen und seine Durchführung zu vereinbaren;
- die Mitarbeiter umfassend zu informieren und sie zu sicherem Verhalten zu motivieren;
- sich selbst vorbildlich zu verhalten – aus vielen Studien ist bekannt, dass die Mitarbeiter sich weitgehend so verhalten, wie es die Führungskräfte tun;
- Mitarbeiter, die sich um sicheres Verhalten bemühen, müssen Anerkennung erhalten;
- sich über Erfolge in der Arbeitssicherheit zu freuen, sie bekannt zu machen, ggf. mit den Mitarbeitern „ein Fass aufzumachen“, wenn ein vereinbartes Sicherheitsziel erreicht worden ist.

4.3 Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd gestalten

Wie bereits in Kapitel 3 aufgezeigt wurde, haben Führungskräfte einen maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung und Strukturierung der Arbeitsanforderungen und somit auch auf die Belastungen, die von der Tätigkeit ausgehen können (vgl. Merboth et al. 1999, Wieland 1999). Als empirisch gut belegt gilt die Verringerung gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch die Beseitigung oder Reduzierung von Arbeitsbelastungen (siehe Merboth et al. 1999, Wieland 1999) und die Erweiterung des Kontroll- und Tätigkeitsspielraums (siehe Frese & Semmer 1991, Karasek 1979).

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

In Tab. 3 sind Merkmale vollständiger Tätigkeiten aufgeführt, deren gesundheitsförderliche Wirkung in der Arbeitspsychologie vielfach nachgewiesen wurde. Ebenso aufgeführt sind die beobachteten Wirkungen bei den Beschäftigten und die Gestaltungsmöglichkeiten, über die Führungskräfte bei der Umsetzung verfügen.

Merkmale	beobachtete Wirkungen	Realisierung durch ...
Ganzheitlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigte erkennen Bedeutung und Stellenwert ihrer Tätigkeit • erhalten Rückmeldung über den eigenen Arbeitsfortschritt aus der Tätigkeit selbst 	... umfassende Aufgaben mit der Möglichkeit, Ergebnisse der eigenen Tätigkeit auf Übereinstimmung mit gestellten Anforderungen zu überprüfen
Anforderungsvielfalt	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten können eingesetzt werden • einseitige Beanspruchungen können vermieden werden 	... Aufgaben mit planenden, ausführenden und kontrollierenden Elementen bzw. unterschiedlichen Anforderungen an Körperfunktionen und Sinnesorgane
Möglichkeiten der sozialen Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten können gemeinsam bewältigt werden • Gegenseitige Unterstützung hilft, Belastungen zu minimieren 	... Aufgaben, deren Bewältigung Kooperation nahelegt oder voraussetzt
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • stärkt Selbstwertgefühl und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung • vermittelt die Erfahrung, nicht einfluss- und bedeutungslos zu sein 	... Aufgaben mit Dispositions- und Entscheidungsmöglichkeiten
Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine geistige Flexibilität bleibt erhalten • berufliche Qualifikationen werden erhalten und weiterentwickelt 	... problemhaltige Aufgaben, zu deren Bewältigung vorhandene Qualifikationen erweitert bzw. neue Qualifikationen angeeignet werden müssen
Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • wirkt unangemessener Arbeitsverdichtung entgegen • schafft Freiräume für stressfreies Nachdenken und selbstgewählte Interaktionen 	... Schaffen von Zeitpuffern bei der Festlegung von Vorgabezeiten
Sinnhaftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • vermittelt das Gefühl, an der Erstellung gesellschaftlich nützlicher Produkte beteiligt zu sein • gibt Sicherheit und Übereinstimmung individueller und gesellschaftlicher Interessen 	... Produkte, deren Nutzen nicht in Frage gestellt wird, deren ökologische Unbedenklichkeit überprüft und sichergestellt werden kann

Tab. 3: Merkmale vollständiger Tätigkeiten und ihre Realisierung (nach Ulich 1998)

4.4 Mitarbeiter motivierend und partizipativ führen

In welchem Maß ein Arbeitsplatz die Gesundheit von Beschäftigten beeinflusst, hängt nicht allein von technischen, strukturellen und organisatorischen, sondern ebenso von personellen Faktoren ab. Arbeitsklima und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten werden wesentlich durch den zwischenmenschlichen Umgang in einer Abteilung geprägt, auf den das Verhalten des Vorgesetzten einen wesentlichen Einfluss hat (Nieder 2000). Nach Ergebnissen arbeitspsychologischer Untersuchungen weist eine systematische, aufgaben- und mitarbeiterbezogene Personalführung einen engen Zusammenhang mit einer positiven betrieblichen „Gesundheitskultur“ auf (siehe Zimolong 2001, Uhle 2002)

Die Wirkung des Vorgesetztenverhaltens zeigt sich in negativem wie in positivem Sinne (vgl. hierzu Stadler & Spieß 2002): Nach Ergebnissen mehrerer Untersuchungen nehmen Vorgesetzte, die von Abteilungen mit hohen Fehlzeiten in Abteilungen mit geringen Fehlzeiten versetzt wurden, ihre hohen Fehlzeiten dorthin mit. Bei den Beschäftigten entsteht häufig Unzufriedenheit, wenn sie zu wenig Möglichkeiten haben, ihre Arbeitsprobleme mit den Vorgesetzten zu besprechen, wenn die Vorgesetzten die von ihnen erbrachten Arbeitsleistungen nicht oder nur wenig anerkennen und bei ihnen eine geringe Bereitschaft zur Delegation von Aufgaben und Verantwortung vorhanden ist. Umgekehrt lässt sich nachweisen, dass sich ein mitarbeiter- und mitwirkungsorientierter Führungsstil belastungs- und fehlzeitenreduzierend auswirkt. Eine positive gesundheitliche Wirkung geht ebenso von der sozialen Unterstützung durch den Vorgesetzten aus.

Stadler & Spieß (2002, S. 18f.) führen u.a. folgende Aufgaben der Mitarbeiterführung auf, die zur Belastungsoptimierung beitragen können:

- mitarbeitergerechtes Führen durch einen demokratischen, mitarbeiter- und partizipationssorientierten Führungsstil unter Berücksichtigung einer ausgewogenen Aufgaben- oder Sachorientierung;
- Beteiligung der Mitarbeiter an Planungs- und Entscheidungsprozessen;
- Weiterentwicklung der individuellen Möglichkeiten der Mitarbeiter, mit Stress umzugehen;
- soziale Unterstützung der Mitarbeiter bei der Aufgabenerledigung z.B. durch materielle Unterstützung, helfendes Verhalten, emotionale Unterstützung, Feedback, informative Unterstützung, Orientierungshilfe, positive gesellige Aktivitäten und Zugehörigkeit zu einem Netzwerk.

Das zentrale Mittel, mit denen die oben genannten Aufgaben umgesetzt werden können, ist die Kommunikation: Mit der zunehmenden Verbreitung von teamorientierten Arbeitsorganisationsformen ist es notwendig geworden, um eine effektive Zusammenarbeit zu erreichen, in gruppenzentrierten Gesprächen Aufgaben z.B. im Bereich der Arbeitssicherheit zu koordinieren und gemeinschaftliche Vorstellungen über Ergebnisse und Zielsetzungen zu entwickeln. In Unternehmen mit erfolgreichem Arbeits- und Gesundheitsschutz sind diese Ressourcen besser ausgeprägt als in anderen: „Die erlebte Überforderung (...) nimmt ebenso ab wie das Ausmaß der psychischen und körperlichen Beschwerden, je mehr der Vorgesetzte (...) deutlich

macht, welche Aufgaben zu erledigen sind und je mehr Entscheidungen gemeinsam getroffen oder abgesprochen werden...“ (Zimolong 2001, S. 260).

Ebenso wie die Kommunikation unter den Mitarbeitern ist für eine erfolgreiche Umsetzung von Führungsaufgaben das Gespräch zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern notwendig. Dabei geht es nicht allein um die Vermittlung fachlicher Informationen, sondern darüber hinaus auch um die Persönlichkeitsentwicklung der Mitarbeiter sowie Aufgaben, Arbeitsprozesse und Arbeitsergebnisse. Es werden gemeinsam Lösungen erarbeitet, Hilfestellung gegeben und bei Konflikten zwischen den Parteien vermittelt. In Mitarbeitergesprächen werden besonders hohe Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit der Führungskräfte gestellt, wenn es um gesundheitliche Belange wie z.B. Fehlzeiten (Rückkehrgespräche) oder um Suchtprobleme geht (vgl. hierzu Zapf & Dormann 2001)).

5 Welche Kriterien und Indikatoren beschreiben gesundheitsförderliches Führen?

Das folgende Kapitel trägt aus der verfügbaren Literatur Kriterien und Indikatoren zusammen, mit welchen die vier in Kapitel 4 dargestellten Führungsaufgaben abgebildet werden können. Das hier vorgestellte Material kann als „Steinbruch“ für den Kriterien- und Fragekatalog im „Praxisleitfaden Führung und Gesundheit“ dienen.

5.1 Gesundheit und Sicherheit zum Ziel und Thema machen

Der BKK-Bundesverband (2002a) hat Kriterien entwickelt, anhand derer Betriebe ihre Strukturen und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung bewerten können. Die sechs Qualitätskriterien, die dort aufgeführt sind, beziehen sich auf die folgenden betriebliche Bereiche, die jeweils mit 2-7 Fragen hinterlegt sind:

- betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik,
- Personalwesen und Arbeitsorganisation,
- Planung betrieblicher Gesundheitsförderung,
- soziale Verantwortung,
- Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Wie Tab. 4 zeigt, wurden diese Qualitätskriterien im „Fragebogen zur Selbsteinschätzung“ (BKK-Bundesverband 2002b) zwar operationalisiert, für einen Einsatz im Gesundheits- und Sozialwesen müssten diese aber noch konkreter an die geltenden Bedingungen angepasst werden.

**Qualitätskriterium 1: betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)
und Unternehmenspolitik**

- (a) Existiert eine schriftliche Unternehmensleitlinie zur BGF, die sichtbar durch die Führungskräfte im betrieblichen Alltag vertreten und gelebt wird?
- (b) Werden Maßnahmen zur BGF in bestehenden Organisationsstrukturen und –prozesse integriert?
- (c) Werden geeignete Ressourcen (finanzielle Ressourcen, Weiterbildungsmaßnahmen sowie Freistellung von Mitarbeitern) für BGF-Maßnahmen zur Verfügung gestellt?
- (d) Prüft das Management/die Unternehmensleitung regelmäßig und fortlaufend den Fortschritt betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen?
- (e) Wird BGF in Aus- und Fortbildung (speziell der Führungskräfte) berücksichtigt?
- (f) Haben alle Mitarbeiter Zugang zu wichtigen gesundheitsrelevanten Einrichtungen (z.B. Pausen- und Ruheräume, Kantine, Betriebsangebote)?

Tab. 4: Auszug aus dem „Fragebogen zur Selbsteinschätzung“ (BKK-Bundesverband 2002b)

In diesem Zusammenhang ebenfalls hilfreich sind Bewertungskriterien zur Führungsqualität, wie sie für das Qualitätsmanagement entwickelt wurden. In die Ausschreibungskriterien für nationale und internationale Qualitätspreise wie z.B. den „European Quality Award“ (vgl. European Foundation for Quality Management 1996) fließen Führungsaspekte mit entsprechend starker Gewichtung ein. Mindestens die Hälfte der Ausschreibungskriterien weisen einen Bezug zu Führungsmerkmalen auf, die auch für das betriebliche Gesundheitsmanagement relevant sind. Dies wird zum Beispiel anhand folgender Auszüge aus dem Kriterienkatalog des Seniorenwirtschaftszentrums Gelsenkirchen deutlich, das die genannten EFQM-Kriterien für Einrichtungen der Sozialwirtschaft operationalisiert hat (Tab. 5):

Kriterium „Führung“

Ansatzpunkte könnten sein, wie Führungskräfte:

- an der Entwicklung klarer Werte und Erwartungen für die Organisation mitwirken und als Vorbild für diese Werte handeln.
- für Mitarbeiter der Organisation ansprechbar sind, ihnen zuhören und auf sie reagieren.
- ...

Kriterium „Strategie und Planung“

Ansatzpunkte könnten sein, wie die Organisation:

- ihre Strategie und Pläne unter allen Mitarbeitern verbreitet.
- ihre Mitarbeiter bei der Einführung praktischer und realistischer Ziele mit einbezieht
- ...

Kriterium „Mitarbeiterorientierung“

Ansatzpunkte könnten sein, wie die Organisation:

- Einstellung und Weiterentwicklung der Mitarbeiter im Hinblick auf die Bedürfnisse der Organisation vornimmt.
- Ziele von einzelnen Mitarbeitern und Teams abstimmt und überprüft ...

<ul style="list-style-type: none"> • ... <p>Kriterium „Ressourcen“ Ansatzpunkte könnten sein, wie die Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sicherstellt, dass alle Mitarbeiter Informationen, die sie für ihre Arbeiten benötigen, erhalten ... • ... <p>Kriterium „Mitarbeiterzufriedenheit“ Ansatzpunkte könnten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedback der Mitarbeiter, das die Organisation von diesen erhalten hat und das es ihr ermöglicht zu bewerten, zu messen und zu verstehen, wie gut sie die Wünsche und Erwartungen der Mitarbeiter erfüllt ...

Tab. 5: Auszüge der Bewertungskriterien der „Potenzialanalyse im Benchmarking in der Altenwirtschaft“ des Seniorenwirtschaftszentrums Gelsenkirchen (2001)

Diese Bewertungskriterien, die sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eines Betriebs im Allgemeinen beziehen, müssen im vorliegenden Kontext auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz eingegrenzt werden.

5.2 Für Gesundheit und Arbeitssicherheit sorgen

Die Gefährdungsermittlungsverfahren und Prüflisten der Unfallversicherungen (z.B. BGW 1998) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (z.B. BAuA 1997) enthalten auch Fragen zum Management des betrieblichen Arbeitsschutzes (siehe Tab. 6).

Frage	Regelwerk	ja	nein
Werden die Mitarbeiter über die bei ihren Tätigkeiten auftretenden Gefahren sowie über Maßnahmen zu ihrer Abwendung vor der Beschäftigung und danach in angemessenen Zeitabständen (mindestens einmal jährlich) eingewiesen?	§ 12 ArbSchG, § 7 VBG 1		
Werden Inhalt und Zeitpunkt der Unterweisung schriftlich festgehalten und von den Unterwiesenen durch Unterschrift bestätigt?	§ 7 VBG 1		

Tab. 6: Auszug aus einer Prüfliste zu Informationen zur Arbeitssicherheit (BGW 1998, S. 31)

Allerdings weisen sie i.d.R. einen sehr hohen Auflösungsgrad auf; häufig werden noch Hinweise auf weitere geltende Regelwerke gegeben. Diese detaillierten Verfahren, die letztlich nur von Arbeitssicherheitsexperten bearbeitet werden können, sind für die Erfassung von allgemeinen Führungsaufgaben, wie sie im vorliegenden Kontext interessieren, kaum geeignet.

Globalere Fragen zum Management des Arbeitsschutzes lassen sich dagegen in Fragekatalogen zur Mitarbeitergesundheit finden (Beispiel in Tab. 7).

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

	trifft gar nicht zu		teils, teils		trifft genau zu
Auf die Beachtung der Arbeitssicherheit legen unsere Vorgesetzten großen Wert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Für die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften fehlt häufig die Zeit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zur Arbeitssicherheit erhält man hier häufig Unterweisungen und Informationen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sicheres Arbeiten wird durch die räumliche Situation (z.B. wenig Platz an den Pflgebetten) erschwert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Tab. 7: Auszug aus einer Mitarbeiterbefragung (Paul, Kilian & Holl 1995)

5.3 Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd gestalten

Die Gestaltung der Arbeitstätigkeiten aus der Sicht der Beschäftigten ist Gegenstand gängiger arbeitswissenschaftlicher Analyseverfahren wie z.B. SIGMA, BASA, REBA, VERA. So analysiert z.B. das „Verfahren zur Analyse von psychischen Belastungen KABA“ von Resch die Arbeitstätigkeiten nach folgenden acht Humankriterien:

1. Entscheidungsspielraum,
2. Kommunikationserfordernisse,
3. Zeitspielraum,
4. Auftragsvielfalt,
5. Informationszugang,
6. Körperliche Aktivität,
7. Durchschaubarkeit,
8. Regulationsbehinderungen (Belastungen).

Auch im Führungsfeedback (Flothow & Gregersen 2002) oder im Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KZFA, Prümper et al. 1995), der für das Stressmonitoring heran gezogen wurde, sind Fragen einer effizienten Arbeitsorganisation enthalten.

Eng an den in Tab. 4 genannten Merkmalen vollständiger Arbeit orientiert sich die Prüfliste von Debitz, Gruber & Richter (2001), aus der in Tab. 8 ein Auszug wiedergegeben wird:

Merkmale	Erläuterungen und Hinweise für die Beobachtung/Befragung	Beispiele
Tätigkeitsstrukturen	<p>Sind die Arbeitsaufgaben unvollständig, z.B. nur Ausführen, nur Vor- und Nachbereiten, nur Organisieren, nur Kontrollieren?</p> <p>Werden überwiegend Routineaufgaben bzw. sich ständig wiederholende Arbeitstätigkeiten ohne bewusstes Wahrnehmen, Denken und Planen ausgeführt?</p> <p>Erfordert die Tätigkeit Daueraufmerksamkeit (einseitige Belastung, ausführende – aktive Tätigkeiten fehlen)?</p> <p>Werden Beschäftigte unterfordert?</p> <p>Führt die Schwierigkeit oder Komplexität der zu bewältigenden Arbeitsaufgaben zu einer Überforderung?</p>	<p>Stanzten Einrichten Absprachen Überwachung</p> <p>Überwachung automatisierter Anlagen</p> <p>Überwachung automatisierter Anlagen</p> <p>monotone Tätigkeiten Fehlen entsprechender Qualifikation</p>

Tab. 8: 12.1 Arbeitstätigkeit: Auszug aus der Prüfliste Debitz et al. (2001, S. 68)

Wie der in Tab. 89 wiedergegebene Ausschnitt zeigt, sind die Fragen zur Arbeitsgestaltung entweder allgemein gehalten oder an Arbeitstätigkeiten in der Industrie orientiert, so dass eine entsprechende Anpassung an Tätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen noch zu leisten ist.

5.4 Mitarbeiter motivierend und partizipativ führen

Die Vielfalt an Verfahren, die Aspekte einer gesundheitsförderlichen Mitarbeiterführung erfassen, ist kaum überschaubar. Für den vorliegenden Zusammenhang eignen sich in besonderer Weise die Fragen im Führungsfeedback von Flothow & Greger (2002) sowie der Checklisten von Stadler & Spieß (2002), aus der hier ein kurzer Auszug wiedergegeben ist (Tab. 9).

	stimmt				stimmt nicht
	1	2	3	4	5
Der/die Vorgesetzte zeigt Anerkennung, wenn ein Mitarbeiter gute Arbeit leistet..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er/sie bemüht sich, langsam arbeitende Mitarbeiter zu mehr Leistung anzuspornen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er/sie weist den Mitarbeiter spezifische Arbeitsaufgaben zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat jemand persönliche Probleme, so hilft er/sie ihm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tab. 9: Auszug aus Checkliste 2 von Stadler & Spieß (2002)

6 Welche Inhalte haben führungsbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen?

Quick und Kollegen (1997) differenzieren bei organisationsseitigen Präventionsmaßnahmen zwei Gruppen mit unterschiedlicher Zielrichtung: Maßnahmen, die auf eine Veränderung der Anforderungen und der damit verbundenen Belastungen abzielen (Reorganisation, Beteiligung der Mitarbeiter an betrieblichen Entscheidungen, Schaffung flexibler Arbeitszeiten, Karriereplanung und ergonomische Maßnahmen) sowie Maßnahmen, welche die sozialen Beziehungen verbessern sollen (Klärung der Zuständigkeiten und der Arbeitsziele, soziale Unterstützung durch Information und Rückmeldung, Teamentwicklung und Diversity Management).

In der folgenden Übersicht (Tab. 10) werden exemplarisch Maßnahmen vorgestellt, die bei Führungsbedingungen ansetzen und das Ziel der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter verfolgen. Hierbei wurde versucht, die Maßnahmen den oben beschriebenen vier Handlungsfeldern zuzuordnen. Soweit vorhanden, wurden wissenschaftlich evaluierte Interventionen berücksichtigt, die im Gesundheits- und Sozialwesen umgesetzt wurden .

Handlungsfeld	Maßnahmen-Beispiele	Gesundheitsziele	Methoden
Arbeitssicherheit und Gesundheit zum Ziel und Thema machen	Ganzheitliches Management des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes (GAMAGS) in der Chemie-, Kohle- und Papierverarbeitung (Elke & Zimolong 2000)	- AGS zur betrieblichen Norm und zum Führungsziel machen	- Einführung eines Management- und Informationssystems
- „ -	„Gesundheit als Management-Aufgabe“ im Klinikum (Flothow & Gregersen 2002)	- Beteiligung der Mitarbeiter am Prozess	- Integration des AGS in ein Personal- und Führungssystem
- „ -	„Gesundheitscoaching“ für Führungskräfte in der Automobilindustrie (Brandenburg & Marschall 2000)	- für den Zusammenhang sensibilisieren	- Einführung von Führungsgrundsätzen
		- gemeinsames Verständnis schaffen	- Analyse der Stärken und Schwächen gesundheitsförderlicher Führung
		- gesundheitsförderlichen Führungsstil etablieren	- Feedback
		- Gesundheitsbewusstsein schaffen	- Gesundheitscheck
		- Eigenes Gesundheitsverhalten reflektieren (Vorbildfunktion)	- Einzel- und Gruppencoaching
			- Basis- und Aufbau-seminare

Tab. 10: Führungsbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

Handlungsfeld	Maßnahmen-Beispiele	Gesundheitsziele	Methoden
für Arbeitssicherheit sorgen	laufende betriebliche Maßnahmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz	- Unfallrisiken und Gesundheitsgefährdungen erkennen und vermeiden	- Gefährdungsermittlung - themenbezogene Arbeitsgruppen - ergonomische Maßnahmen
- „ -	Angebote der gesetzlichen Unfallversicherung	- Unfallrisiken und Gesundheitsgefährdungen erkennen und vermeiden - Zuständigkeit für Arbeitsschutz klären	- Gefährdungsermittlung - Beratung und Unterstützung durch Technische Aufsichtsbeamte - Bildungsangebote (z.B. z Führungsaufgaben, Unterweisung)
Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd gestalten	Arbeitslogistik in der Altenpflege (ALIDA, Friedrich 2002)	- Vermeidung von Gesundheitsgefahren - Verlängerung der Verweildauer - Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit	- Personaleinsatzplanung - Verlängerung der Erholungsphasen - Verringerung der Teildienste - gleichmäßigere Arbeitsbelastung
- „ -	Gestaltung der räumlich-materiellen Ausstattung in der Krankenpflege (Büssing & Glaser 2002)	- Verkürzung der Arbeitswege - Verringerung der Belastungen durch Hindernisse und mangelhafte Ausstattung	- bauliche Veränderungen - Anpassung an die Erfordernisse der Pflegeorganisation
- „ -	Einsatz von Stationsassistent/-innen in der Krankenpflege (Bartholomeyczik et al. 1992)	- Verringerung von Arbeitsunterbrechungen - Entlastung von administrativen Aufgaben	- Einrichtung eines Stationssekretariats
- „ -	Gestaltung der Arbeitszeiten in der Krankenpflege (Priester 1995)	- Abbau von Problemen bei der Freizeitgestaltung und der Koordination von Beruf und Familie	- Einführung eines alternativen Arbeitszeitmodells - Angleichung der Arbeitszeiten an den Normalarbeitstag

Tab. 10 (fortgesetzt): Führungsbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

Handlungsfeld	Maßnahmen-Beispiele	Gesundheitsziele	Methoden
Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd gestalten	Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems (Büssing et al. 1999)	- Abbau der arbeitsbelastenden Auswirkungen der Funktionspflege	- themenzentrierte Arbeitsgruppen - Interviews - Seminare und Trainings
Mitarbeiter motivierend und partizipativ führen	Gesundheitsförderung durch Schlüsselqualifikationen in der Altenpflege (Zimmer et al. 2001)	- gesundheitsbezogene Kompetenzen ausbauen - Gesundheitsförderung langfristig institutionalisieren	- Bedarfsermittlung - Training von Führungskompetenzen (z.B. Konflikt- und Zeitmanagement, Besprechungen und Unterweisung)
- „ -	Gesundheitszirkel mit Mitarbeitern des Reinigungsdienstes und bei Handwerkern im Krankenhaus (vgl. BAuA 2004)	- Mitarbeiter können über ihre Belastungen sprechen - Mitarbeiter werden an Maßnahmenentwicklung beteiligt	- Gesundheitszirkel - Einführung wöchentlicher Teamgespräche

Tab. 10 (fortgesetzt): Führungsbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Obwohl diese Auswahl von Maßnahmen nur beispielhaft sein kann, so repräsentiert sie doch das Spektrum der praktizierten Maßnahmen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Führungsbezogene Gesundheitsmaßnahmen sind sowohl der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention zuzurechnen. Während beim klassischen Arbeitsschutz bedingungsbezogene Interventionen im Vordergrund stehen, überwiegen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung personenbezogene Maßnahmen, die sich auf die individuelle Bewältigung von Beanspruchung und ihren Folgen beziehen (siehe Bamberg & Busch 1996).²
- Es herrscht sowohl eine große inhaltliche Bandbreite wie auch eine Methodenvielfalt. Oft werden innerhalb derselben Projekte Methoden des Gesundheitsmanagements (z.B. Gefährdungsermittlung, Gesundheitszirkel), der Organisations-

² Nach Ergebnissen solcher Metaanalysen erfolgen verhältnispräventive Maßnahmen eher selten. Dies steht teilweise im Widerspruch zu Befragungen von Betrieben, die betriebliche Gesundheitsförderung aktiv betreiben (vgl. z.B. Eberle et al. 2004): Danach sind bedingungsbezogene Maßnahmen, auch solche, welche die Führungsbedingungen unmittelbar betreffen, relativ häufig Bestandteil von Gesundheitsförderungsprogrammen. Es ist zu vermuten, dass solche Maßnahmen in der Literatur häufig deshalb nicht auftauchen, weil eine systematische Evaluation ihrer Wirkungen auf Belastung und Gesundheit der Mitarbeiter in der Regel ausbleibt (Bamberg 1999). Auch bei dieser Literaturrecherche nahm sich die Zahl systematisch evaluierter Feldstudien im Gegensatz etwa zu Studien, in denen wissenschaftliche Analyseverfahren erprobt wurden, bescheiden aus.

entwicklung (z.B. Arbeitsgruppen, Workshops) und der Personalentwicklung (Fort- und Weiterbildung) eingesetzt.

- Die Maßnahmen kombinieren häufig einen top-down- mit einem bottom-up-Ansatz, in den möglichst alle betroffenen Hierarchieebenen einbezogen werden.
- Den Führungskräften kommt vor allem eine Multiplikatoren-Funktion bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu. Nur in wenigen Fällen stellen sie die Zielgruppe der Maßnahmen selbst dar.

7 Was soll, was kann der Praxisleitfaden leisten?

Der Leitfaden soll folgende, aus den Ergebnissen dieser Literaturanalyse abgeleitete Bestandteile enthalten:

- (a) einschlägige Kriterien zur Bewertung gesundheitsförderlicher Führung;
- (b) ein Selbstbewertungsinstrument zur selbständigen Ermittlung gesundheitsförderlicher Führung (Selbstbewertung und Fremdbewertung durch die Mitarbeiter) einschließlich einer Beschreibung seiner praktischen Handhabung;
- (c) eine Anleitung, wie in einer Arbeitsgruppe aus den Ergebnissen der Selbstbewertung ein möglicher Verbesserungsbedarf abgeleitet werden kann;
- (d) eine Beschreibung von Maßnahmen, die sich als geeignet erwiesen haben, die notwendigen Verbesserungen mit Erfolg herbeizuführen, einschließlich möglichst konkreter Hinweise zu ihrer praktischen Umsetzung.

Die Kriterien, das Instrument und die Handlungsempfehlungen sollen nur jene Aspekte der Arbeit betreffen, die einer direkten Beeinflussung durch die Führungskräfte unterliegen. Alle anderen Aspekte, die ebenfalls einen Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit ausüben, aber nicht aktiv verändert werden können (z.B. belastende Merkmale der Klientel oder nicht zu verändernde wirtschaftliche und organisatorische Rahmenbedingungen), bleiben hierbei ausgespart, selbstverständlich ohne deren Bedeutung zu leugnen.

Die Bewertung der Führungsqualität und die Ableitung geeigneter Maßnahmen sollte von der Einrichtung selbständig, d.h. ohne externe Hilfe vorgenommen werden können. Für die Gestaltung des Praxisleitfadens ergeben sich daraus unterschiedliche Konsequenzen (vgl. hierzu auch Strobel & Wenchel 2002):

- Die Sprache sollte sich nicht an der Terminologie der Arbeitswissenschaften orientieren, sondern den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst werden.
- Die Empfehlungen sollten nicht allgemeingültig formuliert sein und vom Praktiker zunächst in seine eigene Sprache übersetzt werden müssen (dies ist bei Gefährdungsbeurteilungen und Checklisten häufig der Fall); vielmehr sollte der Leitfaden diese „Übersetzung“ in den Arbeitsalltag bereits leisten.

Die Anwendung des Leitfadens soll nicht allein zur Ermittlung des Status quo dienen, sondern auch zur Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen ermutigen (vgl. z.B. BAuA 1997). Um die Schwelle hierfür möglichst niedrig zu halten, sollten sich die Empfehlungen beziehen auf:

- eine ausschließlich korrektive Arbeitsgestaltung (die Umsetzung vieler Maßnahmen in den vorhandenen Checklisten erfordern eine Neugestaltung des Arbeitssystems, die im vorliegenden Zusammenhang nicht realistisch erscheint);
- auf Maßnahmen, die rasch und kostengünstig, wenn möglich aus den vorhandenen Ressourcen, umgesetzt werden können.

Das Instrument sollte auf die spezifischen Arbeitsaufgaben und -bedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen zugeschnitten sein (Branchenspezifität). Da jedoch Gesundheitsdienstleistungen fast immer in einer Kooperation verschiedener Professionen erfolgen (z.B. im Krankenhaus durch Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal, Verwaltungskräfte, Köche, Reinigungspersonal, Hauswirtschaft, Pförtner etc.), muss sich das Instrument auf unterschiedliche Tätigkeiten und Arbeitsplätze anwenden lassen. Die Erfüllung dieser Anforderung geht notwendigerweise zu Lasten der Tätigkeits- oder Berufsspezifität des Leitfadens. Bei der abschließenden Auswertung der im Projekt gemachten Erfahrungen ist daher abzuwägen, ob dieses branchenspezifische, aber tätigkeitsübergreifende Vorgehen sinnvoll erscheint.

Das Selbstbewertungsinstrument muss kurz und gut handhabbar sein, d.h. in einem möglichst kurzen Zeitraum zu bearbeiten und auszuwerten sein. Aufwand und Ergebnis sollten in einem für den Praktiker angemessenen Verhältnis stehen. Es kann daher keinesfalls eine ausführliche, von einem externen Experten durchgeführte Gefährdungsermittlung oder Arbeitsplatzanalyse ersetzen. Insofern erfüllt es in dem in Abb. 8 dargestellten 3-Stufen-Konzept nur die Aufgaben eines Screening-Verfahrens zur Risikobeurteilung (Stufe 1). In der begleitenden Auswertung ist zu prüfen, ob mit Hilfe der Handlungsempfehlungen im Leitfaden dennoch geeignete Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung (Stufe 3) abgeleitet werden können, ohne auf zusätzliche Analysen durch externe Experten zurückgreifen zu müssen (Stufe 2).

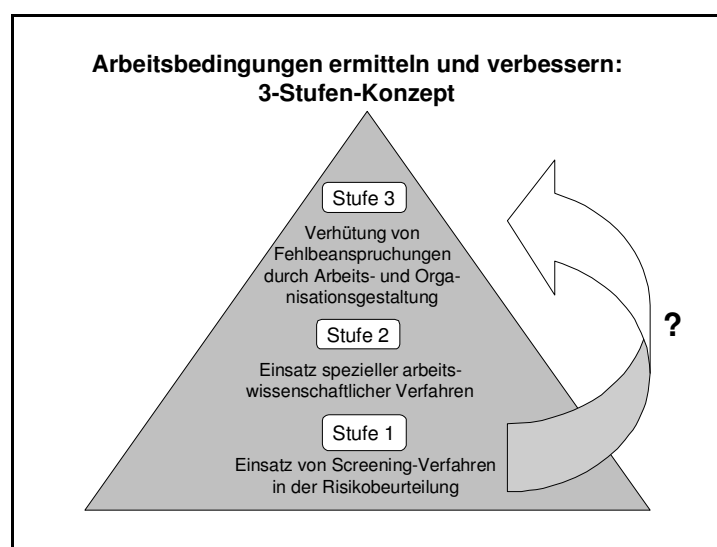


Abb. 8: 3-Stufen Konzept (nach Debitz, Gruber & Richter 2001)

Literatur

- Badura, B. (2001). Zum Auftakt der Expertenkommission „Zukunft betrieblicher Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans Böckler Stiftung. Positionspapier zur Sitzung am 23.08.01 in Düsseldorf. www.bertelsmann-stiftung.de/medien/doc/PositionspapierExpkomm.doc.
- Badura, B., Litsch, M. & Vetter, Ch. (Hrsg.) (2000). Fehlzeitenreport 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Berlin: Springer.
- Bamberg, E. (1999). Psychische Belastungen: Begriffe und Konzepte. In: B. Badura, M. Litsch & Ch. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz (S. 45-57). Berlin. Springer.
- Bamberg, E. & Busch, C. (1999). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Streßmanagementtraining. Eine Metaanalyse (quasi-) experimenteller Studien. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 40, 127-137.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.) (1999). Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe.
- Bartholomeyczik, S., Donath, E., Krohwinkel, M., Petsch, M. Schäfer, E. & Schulz, B. (1992). Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von Stützensassistent/-innen. Eschborn: Verlag Krankenpflege.
- Bea, F.X., Dichtl, E. & Schweitzer, M. (Hrsg.) (1991). Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Band 2 (Führung). 5. Auflage. Stuttgart.
- Berger, G. (1999). Qualitäts-Controlling von Pflegeheimen auf regionaler Ebene. Die SIESTA-Pilotstudie Baden-Württemberg. In: R. Schmidt, H. Entzian, K.-I. Gierke & Th. Klie (Hrsg.), Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege (S. 146-161). Frankfurt: Mabuse.
- Berger, G. & Schweitzer, P. (2004). Mitarbeiterorientierte Führung und Organisation in der stationären Altenpflege. Über welche „Stellschrauben“ kann die Arbeitssituation möglichst optimal gestaltet werden? *Altenheim*, 43, 8.
- Bertelsmann und Hans-Böckler-Stiftung (2000) (Hrsg.). Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Beispiele aus der Arbeitswelt. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (1998). Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen. Grundlagen der Prävention GP 5.9. Hamburg: BGW.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) (2002): BGW-DAK Stressmonitoring 2001. Arbeitsbedingungen und Stress in Berufsgruppen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

- BKK Bundesverband (2002a): Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa: Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (2002b): Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa: Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Essen: BKK Bundesverband.
- Brandenburg, T. & Marschall, B. (2000). „Gesundheitscoaching“ für Führungskräfte. In: B. Badura, M. Litsch & Ch. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz (S. 254-267). Berlin. Springer.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1999). Leitfaden zur Arbeitsgestaltung in der Krankenpflege. Göttingen: Hogrefe.
- Büssing, A., Barkhausen, M. & Glaser, J. (1999). Evaluation von Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Methodologische und methodische Anforderungen und deren Realisierung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 7, 130-147.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (1997). Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen im Betrieb – Ratgeber. Sonderschrift S 42. Dortmund, Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2004). Gelungene Praxisbeispiele betrieblicher Gesundheitsförderung. www.baua.de.
- Cohen-Mansfield, J. (1995). Stress in nursing home staff: A review and a theoretical model. The Journal of Applied Gerontology, 14, 444-466.
- de Jonge, J. & Dormann, C. (2002). The DISC-model: demand-induced strain compensation mechanisms in job stress. In: M. F. Dollard, H.R. Winefield & A.H. Winefield (Eds.), Occupational Stress in the Service Professions. London: Taylor & Francis.
- Debitz, U., Gruber, H. & Richter, G. (2001). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Teil 2: Erkennen, Beurteilen und Verhüten von Fehlbeanspruchungen. Bochum: Verlag Technik & Information.
- Eberle, G., Kraemer, R. & Lück, P. (2004). Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht der Unternehmen. Dokumentation einer Befragung. Bonn: AOK-Bundesverband.
- Elke, G. (2000). Management des Arbeitsschutzes. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag.
- Elke, G. & Zimolong, B. (2000). Erfolg im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch ein ganzheitliches Management. In: B. Badura, M. Litsch & Ch. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz (S. 114-128). Berlin. Springer.
- European Foundation for Quality Management (Hrsg.) (1996). Selbstbewertung – Richtlinien für Unternehmen. Brüssel: European Foundation for Quality Management.

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

- Flothow, A. & Gregersen, S. (2002). BGW-Projekt „Gesundheit als Managementaufgabe“ im Klinikum Wahrenndorff. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Frese, M. & Semmer, N. (1991). Streßfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluß von Kontrolle und sozialer Unterstützung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S.135-153). Göttingen: Hogrefe.
- Friedrich, D. (2002). RAP im Altenheim – Die neue Welt der Arbeitslogistik. In: R. Trimpop, B. Zimolong & A. Kalveram (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Neue Welten – Alte Welten* (S. 95-100). Heidelberg: Asanger.
- Gregersen, S. & Zeh, A. (2001). Vom traditionellen Arbeitsschutz zum erweiterten Präventionsauftrag. *Report Psychologie*, 26, 659-660.
- Hacker, W. (1995). *Arbeitstätigkeitsanalyse*. Heidelberg: Asanger.
- Hacker, W., Reinhold, S., Darm, A., Hübner, I. & Wollenberger, E. (1995). Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System). *Forschungsberichte Band 27*, Technische Universität Dresden.
- Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P., Büscher, A., Stelzig, S., Kümmerling, A. & Müller, B. H. (2003). Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. Übersetzung aus: *Working Conditions and Intent to Leave the Profession among Nursing Staff in Europe* (Chapter 17). Stockholm: NIWL.
- IG Metall (2000). *Eckpunkte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebsärztliche Betreuung*. Frankfurt: Industrie-Gewerkschaft Metall.
- Joiko, K., Schmauder, M. & Wolff, G. (2002): *Psychische Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen – Gestalten. Reihe „Gesundheitsschutz“*, Broschüre 23. Dortmund, Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kaufmann, E., Pornschlegel, H. & Udris, I. (1982). Arbeitsbelastung und Beanspruchung. In Zimmermann, L. (Hrsg.), *Humane Arbeit - Leitfaden für Arbeitnehmer*. Band 5: Belastungen und Streß in der Arbeit (S. 13-48). Reinbek: Rowohlt.
- Konrad, P. & Keller, M. (1998). *Mitarbeiterführung – Grundlagen und Konzepte*. Kaiserslautern: Zentrum für Fernstudien und Universitäre Weiterbildung.
- Kreis, J. & Bödeker, W. (2003): *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. Initiative Gesundheit & Arbeit, IGA-Report 3*. Essen: BKK, HVBG.
- Leichsenmann, Ch. & Petermann, O. (2001). *Die Pflichten des Unternehmers in der Arbeitssicherheit*. 6. Überarbeitete Auflage. Köln: Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik (BGFE).
- Leiter, M.P. & Harvie, P.L. (1996). Burnout among mental health workers: A review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 90-101.

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

- Leitner, K. (1993). Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 47, 98-108.
- Moore, K.A. & Cooper, C.L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 82-89.
- Merboth, H., Hemmann, E. & Richter, P. (1999). Psychische Gesundheit und sicheres Verhalten durch die Gestaltung von Arbeitstätigkeiten. In: B. Badura, M. Litsch & Ch. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*. Berlin. Springer.
- Neuberger, O. (1994). *Führen und geführt werden*. 4. verbesserte Auflage. Stuttgart: Enke.
- Nieder, P.: *Führung und Gesundheit. Die Rolle des Vorgesetzten im Gesundheitsmanagement*. In: U. Brandenburg, P. Nieder & B. Susen (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Grundlagen, Konzepte und Evaluation* (S. 149-161). Juventa, Weinheim 2000.
- Priester, K. (1995). *Neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern: Entstehungsbedingungen, Umsetzungsprobleme, Vorschläge zur Optimierung* (2. Aufl.). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Quick, J.C., Quick, J.D., Nelson, D.L. & Hurrell, J.J. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington DC: American Psychological Association.
- Paul, R., Kilian, R. & Holl, C. (1995): *Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastung und Gesundheit am Arbeitsplatz im Philipppshospital*. Riedstadt: Philipppshospital.
- Prümper, J., Hartmanngruber, K. & Frese, M. (1995). KZFA. Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 39, 125-132.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. Heidelberg: Asanger.
- Rosenstiel, L.v. (2001). *Führung*. In: H. Schuler (Hrsg.), *Personalpsychologie* (S. 317-347). Göttingen: Hogrefe.
- Ruppert, F. (1995). *Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz als Organisationsaufgabe*. In: C. Graf Hoyos & G. Wenninger (Hrsg.), *Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Organisationen* (S. 41-61). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Seniorenwirtschaftszentrum Gelsenkirchen (2001). *Bewertungskriterien der „Potentialanalyse im Benchmarking in der Altenwirtschaft. Leitfaden*. Gelsenkirchen: Seniorenwirtschaftszentrum.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Stadler, P. & Spieß, E. (2002): *Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. Zusammenfassung des Ergebnisberichts zum Projekt „Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien bezüglich Führungsverhalten und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz“*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“: Literaturanalyse

- Staehe, W. H. (1994). Management: eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive (7. Auflage). München.
- Stroebe, R. W. (1999). Grundlagen der Führung. Mit Führungsmodellen (10. Auflage). Heidelberg: Sauer.
- Strobel, G. & Wenchel, K. (2002). Konzeption eines handlungsorientierten Leitfadens zur Förderung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes in Kleinbetrieben der Metallbranche. . In: R. Trimpop, B. Zimolong & A. Kalveram (Hrsg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Neue Welten – Alte Welten (S. 354-358). Heidelberg: Asanger.
- Udris, I. & Frese, M. (1988). Belastung, Streß Beanspruchung und ihre Folgen. In S. Greif, C. Graf Hoyos & D. Stahlberg (Hrsg.), Angewandte Psychologie (S. 427-447). München: Psychologie Verlags Union.
- Uhle, T. (2002). Systematische Personalentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) der Metallindustrie. In: R. Trimpop, B. Zimolong & A. Kalveram (Hrsg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Neue Welten – Alte Welten (S. 348-353). Heidelberg: Asanger.
- Ulich, E. (1998): Arbeitspsychologie. Bern: Huber.
- Wenchel, K.-Th. (2001). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Teil 1: Orientierungshilfe. Bochum: Verlag Technik & Information.
- Wenninger, G. (1991). Arbeitssicherheit und Gesundheit. Psychologisches Grundwissen für betriebliche Sicherheitsexperten und Führungskräfte. Heidelberg: Asanger.
- Wieland, R. (1999). Analyse, Bewertung und Gestaltung psychischer Belastung und Beanspruchung. In: B. Badura, M. Litsch & Ch. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz (S. 197-211). Berlin. Springer.
- Zapf, D. & Dormann, C. (2001): Gesundheit und Arbeitsschutz. In: H. Schuler (Hrsg.), Lehrbuch der Personalpsychologie (S. 559-587). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Zimber, A. (2001). Personalressourcen erkennen und nutzen: Ergebnisse der „Potenzialanalyse stationäre Altenpflege (PASTA)[©]“. Altenheim 2/2001, 22-25.
- Zimber, A. & Weyerer, S. (Hrsg.) (1999): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Zimber, A., Rudolf, A. & Teufel, S (2001). Arbeitsbelastungen in der Altenpflege reduzieren: Ein Trainingsprogramm für Mitarbeiter und Führungskräfte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, 401-407.
- Zimolong, B. (Hrsg.) (2001): Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes: Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen. Gabler Verlag.