

I. Führung und Gesundheit als Produktivitätstreiber

M. Kastner

Viele Führungskräfte sind Ökonomen, Naturwissenschaftler, Ingenieure oder Juristen, also „Logik-Denker“. Sie meinen es gut und merken meist kaum, wie sehr sie die Gesundheit ihrer Mitarbeiter beeinträchtigen. Sie denken in Mustern der trivialen Maschine. Sie arbeitet mit festen Input-Output-Relationen. Wenn etwas anderes herauskommt als erwartet, ist die Maschine kaputt. Menschen aber sind Nicht-triviale-Maschinen. Wer sie z. B. mit 1000 Euro mehr Lohn füttert, erhält nicht unbedingt entsprechend mehr Leistung, sondern vielleicht für 3000 Euro mehr Anspruch oder das Gefühl von Ungerechtigkeit, weil der faule Kollege 1200 Euro mehr bekommen hat. Menschen als emotionale, soziale, Rhythmus-, Lauf- und Tarntiere agieren halt, wie sie sich in der Evolution herausgebildet haben und eben nicht in der rationalen Maschinenlogik, Gott sei Dank.

Hier geht es darum, ohne esoterische Sozialromantik zu begründen, weshalb Wertschöpfung durch Wertschätzung kein hohler Spruch ist und wissenschaftliche Erkenntnisse herauszustellen, die jedem „Logik-Denker“ sofort einleuchten, so dass er bereit ist, diese in seinen Führungsprozessen zu berücksichtigen.

Das Thema Führung und Gesundheit als Produktivitätstreiber ist im Kontext eines ganzheitlichen, integrativen und systemverträglichen Leistungs- und Gesundheitsmanagements zu sehen (vgl. Kastner, 2010), im Rahmen dessen Organisations-, Personalentwicklung und Personalpflege integriert werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich Leistungs- und Gesundheitsverhalten in Transaktionen zwischen Organisation (O: Kultur, Regeln, Normen, Belohnungs- und Sanktionsmechanismen etc.), (Arbeits)Situation (S: Anforderungen, physikalische und soziale unmittelbare Umgebung) und Person (P: körperliche, kognitive und emotionale Prozesse) manifestieren.

Der Vorgesetzte als Situationskomponente des Mitarbeiters sollte in der Transaktion S x P durch sein Führungsverhalten dafür sorgen, dass Leistung und Gesundheit des Mitarbeiters langfristig optimiert werden. Damit stellt sich die Frage, inwieweit existierende Führungskonzepte geeignet sind, die adäquate Balance aus Anforderungen, Ressourcen und Puffern des Mitarbeiters zu gewährleisten. Die meisten Führungsmodelle fokussieren auf die Leistungsmaximierung. Etliche Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen Arbeitszufriedenheit und Performance zeigen weniger zufrieden stellende Korrelationen. Erst wenn die Identifikation mit dem Unternehmen und Gesundheit einbezogen werden, ergeben sich größere Varianzaufklärungen (Netta, 2011).

Es stellt sich die Frage, wie ein Führungskonzept aussehen muss, das auf die langfristige adäquate Balance zwischen Anforderungen im Arbeits- und Privatleben mit dem Ziel

langfristiger Leistungs- und Gesundheitsoptimierung abzielt. Wenn beispielsweise das Konzept der Transaktionen/transformationalen Führung auf Leistungsoptimierung abzielen, wäre zu überlegen, was eine Führungskraft tun muss, um qua Vision, Motivation, Inspiration, Vorleben etc. den Mitarbeiter zum gesunden Verhalten zu bewegen. Dies durchaus mit dem Risiko, dass die Achtsamkeit hinsichtlich der Gesundheit kurzfristig Leistung kostet. Wer beispielsweise den Toyota-Produktionsprozess anschaut, fragt sich, wie lange Mitarbeiter diese Leistungsmaximierung durchhalten.

In dem ersten Beitrag von Orthmann & Otte wird der Fokus auf Ressourcen gelegt. Uns allen ist klar, dass die Belastungen in einer globalisierten Konkurrenz-orientierten Welt kaum geringer werden und dass wir versuchen müssen, unsere Ressourcen zu stärken, um langfristig hoch leistungsfähig und gesund zu sein.

Wesentliche Ressourcen bzw. „psychische Gesunderhalter“, die in verschiedensten Modellen zur Motivation, zur Gesundheit, zur Employability etc. auftauchen, sind:

- Sinn bzw. der Eindruck, das eigene Leben und die eigene Arbeit seien persönlich auch für Andere bedeutungsvoll
- Adäquater Handlungsspielraum bzw. Autonomie, d.h. das Gefühl, sich nach eigenen Vorstellungen entfalten zu können
- Der Eindruck von Handhabbarkeit, Kontrolle, Selbstwirksamkeit bzw. die „Dinge im Griff zu haben und nicht ausgeliefert zu sein“
- Transparenz und Verstehbarkeit bzw. „Durchblick“
- Soziale Unterstützung und das Gefühl, sozial eingebunden und nicht isoliert zu sein
- Anerkennung und Wertschätzung durch bedeutsame Andere
- Persönliche Vorwärtsentwicklung statt „Abbau“ mit Visionen und Zielen
- Das Gefühl von Gerechtigkeit, Fairness und adäquaten Folgen eigenen Verhaltens
- Vollständigkeit und Abwechslungsreichtum der Aufgaben
- Wertschätzung bzw. Anerkennung
- Soziale Unterstützung
- Adäquater Handlungsspielraum und Entfaltungsmöglichkeiten
- etc.

Zunächst geht es in erster Linie um die Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen, Arbeitszufriedenheit und gesundheitlichen Beschwerden.

Schon die psychischen Belastungen sind ein Kapitel für sich. Die Bedeutung physischer Belastungen geht aufgrund der zunehmenden Technisierung zurück, während die psychosozialen Belastungen zunehmen. Deren Anteil am Gesamt der Arbeitsunfähigkeitstage hat sich in nur 6 Jahren (von 2001 bis 2007) in Deutschland fast verdoppelt (von 6.6% auf 10.9 %, Ulich & Wülser, 2009). Die Lebenszeitprävalenz der Depression wird in den USA und Westeuropa auf 13 - 16 % der Bevölkerung geschätzt (Alonso et al., 2004), wobei der Häufigkeitssgipfel in der zweiten Hälfte des dritten Lebensjahrzehnts liegt (Unger & Kleinschmidt, 2006), also in einer Zeit hoher Anforderungen. Die Lebenszeitprävalenz leichter depressiver Störungen soll bei 23% liegen (Arolt, 2003).

Für Organisationen in Wirtschaft und Verwaltung baut sich in der Kette Belastungen – psychische Belastungen – Überforderungen – verminderte Beanspruchbarkeit – Burnout bzw. Depression nicht nur ein massives menschliches, sondern auch ökonomisches Problem auf.

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen wurden 2007 auf 47 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage geschätzt (BMAS). Durchschnittlich fehlen Mitarbeiter mit einer (überhaupt diagnostizierten) psychischen Störung 22,5 Tage, während für körperliche Störungen „nur“ weniger als 10 Tage zu verzeichnen sind (Heyde & Macco, 2010). Versteckte Depressionen beispielsweise, die u. a. zu Präsentismus führen, sind damit gar nicht berücksichtigt. Unger & Kleinschmidt (2006) verweisen auf eine geringere Leistungsfähigkeit wieder eingegliedeter Depressiver von durchschnittlich 5,6 Stunden pro Woche. Im Übrigen sind psychische Erkrankungen mit 27.6% bei Männern und 38.4% bei Frauen die häufigste Diagnose für Frühinvalidität (Rehfeld, 2006), dies trotz gesetzlich verschärfter Regeln.

Die Frage, ob eine echte Zunahme psychischer Beeinträchtigungen zu verzeichnen ist, wird widersprüchlich beantwortet. In jedem Falle spielen auch die gestiegene Bereitschaft, sich zu „outen“, eine verbesserte ärztliche Diagnostik und eine veränderte gesellschaftliche Einstellung eine Rolle.

Für Organisationen stellt sich natürlich die Frage nach den beeinflussbaren Ursachen. Wie meist hängt alles mit allem zusammen. Zweifellos spielt die Veranlagung bzw. die Gen-Umwelt-Wechselwirkung eine Rolle.

Depression als Krankheit des 21. Jahrhunderts ist schwer abgrenzbar vom Burnout. Es gibt gute Argumente, Burnout als eine Art reaktiver Depression zu sehen. Derzeit sind in Deutschland ca. 5 Millionen Menschen von substantiellen depressiven Störungen betroffen, wobei ca. 79 % der behandelten Patienten nach einem Jahr beschwerdefrei sind, aber jede dritte Depression chronisch wird bzw. mit Rückfällen einhergeht. Solche substantiellen Depressionen sollten von leichteren depressiven Symptomen (subklinische depressive Syndrome) abgegrenzt werden. Mehr als die Hälfte aller Suizide ist auf Depressionen zurückzuführen (Unger & Kleinschmidt, 2006). Eine Depression wird medizinisch diagnostiziert, wenn eine bestimmte Anzahl, Intensität und Dauer von Hauptsymptomen (gedrückte Stimmung, Erschöpfung, schnelle Ermüdbarkeit, Verlust von Interesse und Freude) und Nebensymptomen (Schlaf -, Konzentrationsstörungen, Appetitverlust, verringertes Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld, Sinn- und Hoffnungslosigkeit bis hin zu Suizidgedanken, s. ICD-10) vorliegt. Je nach Symptomkombination und Schweregrad werden depressive Störungen von leicht (Dysthymie) über mittelschwer (minor depressive disorder) bis zu schwer (major depressive disorder) differenziert. Diese Störungen können unipolar (depressiv) oder bipolar (manisch-depressiv) sein und episodisch oder chronisch auftreten. Die Tatsache, dass Depressive ein erhöhtes Herzinfarkt-Risiko haben, unterstreicht die Hypothese der Zusammenhänge mit Stress (Kastner, 1983). Zudem gibt es Zusammenhänge mit weiteren Beschwerden (z. B. Kreuzschmerzen, Altersdiabetes, vgl. Prince et al., 2007; Egede & Ellis, 2010).

Wenn man nach den Gründen für die steigenden Fehlbeanspruchungen fragt, fallen zunächst die veränderten Anforderungen ins Auge. Den „glücklichen“ Arbeitsplatzbesitzern wird immer mehr „aufgepackt“, wodurch sie überfordert werden. Beispielsweise beklagen sich Ingenieure über zunehmende administrative Aufgaben, die sie von den Aufgaben, für die sie „eigentlich“ qualifiziert sind, abhalten. Die „unglücklichen“ Arbeitslosen beklagen sich darüber, dass sie nicht gebraucht werden, also unterfordert sind und ihre Qualifikationen brach liegen. Nicht zu vergessen sind die Arbeitsplatzbesitzer, die nebenher aber noch andere Tätigkeiten ausüben, aber auch die arbeitslos gemeldeten, die schwarzarbeiten. D.h. es gibt:

- in ihrem Beruf Überforderte
- durch einen Nebenberuf Überforderte
- durch die Arbeitslosigkeit Unterforderte, die ihre Kompetenzen verlieren
- neben der Arbeitslosigkeit illegal Arbeitende, die zumindest aktiv sind, Kompetenzen erhalten
- prekär Arbeitende, die meist nicht in ihrem ursprünglichen Qualifikationsbereich tätig sind, sondern der Not gehorchend nehmen, was kommt.

Wo muss nun wie geführt werden? In welcher Art von Tätigkeit auch immer sich eine Person befindet, die Anforderungen steigen. Automatisierung und wissensbasierte Systeme, Arbeitsverdichtung, höhere Verantwortung, Selbstvermarktung, Flexibilisierung, Autonomieverluste, Mobilität verbunden mit entsprechenden familiären Belastungen etc. sind Gewichte auf der Belastungs-/Anforderungsseite einer Wippe (Kastner, 2004). Sinkende Ressourcen im personalen, situationalen und organisationalen Bereich bieten weniger Gegengewicht auf der anderen Seite der Wippe. Zudem gehen Puffer verloren. Kein Wunder, dass da die psychischen Fehlbelastungen und -beanspruchungen zunehmen.

Führung verlangt und verstärkt:

- a) bezogen auf die Personen/Mitarbeiter: die Beachtung von Fehlbeanspruchungen der Mitarbeiter, deren Unterstützung und Motivierung hinsichtlich Stressbewältigung und präventivem Gesundheitsverhalten, also letztlich Ressourcenförderung und Beachtung der oben genannten „Gesunderhalter“,
- b) bezogen auf die (Arbeits)Situation: deren gesundheitsförderliche Gestaltung der physikalischen Umgebung, der Aufgaben und der sozialen Umgebung.
- c) und bezogen auf die Organisation: deren gesundheitsförderliche Entwicklung im Hinblick auf Vertrauen, Lernen aus Fehlern, salutogenetischer Kommunikation anstatt Mobbing und dergleichen.

Orthmann & Otte verweisen in diesem Band auf die Tatsache, dass solche Führungstätigkeiten ihrerseits Anforderungen für die Führungskräfte darstellen. Unter ihrem eigenen Leistungs- und Termindruck „müssen“ sie sich nun auch noch verstärkt um die Mitarbeiter kümmern. Sie schaffen schon kaum das jährliche Mitarbeitergespräch und sind oft ihre eigenen Sachbearbeiter. Sie stehen in Sandwichpositionen selbst unter Druck und leiden unter Versagensängsten. Sie können sich in ihrer Rolle oft schwer Hilfe holen, ohne

ihr „Führungskraftsgesicht“ zu verlieren. Sie müssen trotz ihrer eigenen Unsicherheiten und Widersprüchlichkeiten einen sicheren, entschlossenen Eindruck machen.

Führungskräfte sind also in besonderer Weise auf Ressourcen angewiesen. Diese werden als soziale (emotionale, instrumentelle, informationelle, evaluative) Unterstützung, personale (Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit, berufliche Qualifikation etc.) sowie organisationale Ressourcen (Partizipationsmöglichkeiten, Handlungsspielräume, Aufgabencharakteristika, materielle Güter und Dienstleistungen) näher beschrieben. Natürlich ist für eine Führungskraft das eigene Selbstmanagement essentiell nach dem Motto „wer sich selbst nicht führen kann, kann andere auch nicht führen“. Eine empirische Untersuchung wird zu den Zusammenhängen zwischen Arbeitszufriedenheit und gesundheitlichen Beschwerden beschrieben. Dazu wurden Fragen aus gängigen Gesundheitsfragebögen zusammengestellt und Führungskräften vorgelegt. Es zeigten sich interessante Ergebnisse in Form von Arbeitsbelastungen bei Führungskräften, die zu drei Faktoren zusammengefasst wurden: leistungsbezogene Belastungen (z.B. Termin- und Leistungsdruck, Arbeitstempo und -menge, enge Vorschriften, komplizierte Aufgaben und Entscheidungen), soziale Belastungen (mangelnde Kooperation, schlechtes Verhältnis zum Vorgesetzten) und inhaltsbezogene Belastungen (z. B. viel Bildschirmarbeit, Isolation oder Eintönigkeit). Eine Faktorenanalyse zur Arbeitszufriedenheit ergab ebenfalls drei Faktoren:

- a) Zufriedenheit mit tätigkeitsbezogenen Aspekten (Möglichkeiten, seine Fähigkeiten einzusetzen, selbstständig zu arbeiten etc.)
- b) Zufriedenheit mit materiellen Aspekten (Einkommen, Sozialleistungen, Aufstiegsmöglichkeiten etc.)
- c) Zufriedenheit mit sozialen Aspekten (Betriebsklima, Vorgesetzte etc.).

Mithilfe weiterer Faktorenanalysen wurden soziale Belastungen und Ressourcen und gesundheitliche Beschwerden näher beleuchtet und es wurden Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit sowie gesundheitlichen Beschwerden und schließlich Ressourcen eruiert. Bezüglich der Interpretation erscheint wichtig, dass Stressoren nicht nur pathogene, sondern im Falle der erfolgreichen Bewältigung auch gesundheitsfördernde Wirkungen haben können.

Anja Gerlmaier behandelt in ihrem Beitrag die Burnout-Prävention, hier in der Wissensökonomie. Im IT- und Medienbereich sind flexible Arbeitsformen mit großen Handlungsspielräumen, aber auch steigenden Anforderungen und Entgrenzung von Arbeits- und Privatleben verbunden mit zahlreichen Stressphänomenen besonders häufig vertreten. Es liegt nahe, dass in diesem Bereich Verhältnisprävention besonders schwierig ist und man eine möglichst gute Balance mit der Verhaltensprävention finden muss. Wenn die Produktivität bei gleichzeitiger Gesundheit gesteigert werden soll, müssen diese weitgehend „freien“ Beschäftigten aber genügend qualifiziert sein, über hinreichende Ressourcen und Befugnisse verfügen, eine entsprechend (neid)freie Kultur und möglichst eindeutige Regelungen zur Verhinderung von Selbstausbeutung etabliert werden und Stress- bzw. Burnout-Themen enttabuisiert werden. Es werden im Rahmen eines Konzeptes „In-Balance“ einige Maßnahmen zur Burnout-Prävention vorgestellt, die sich auf das Indivi-

duum (z.B. Sensibilisierung), die Arbeits- und die Kulturgestaltung sowie die Führungsprozesse beziehen.

In einer Untersuchung im IT-Bereich wurden besorgniserregende Burnout-Phänomene beobachtet. So zeigte sich bei etwa einem Drittel eine Erschöpfungssymptomatik, etwa gleich viele konnten nicht abschalten etc. Durch das Trainingsprogramm konnten durch Maßnahmen (s.o.) beispielsweise zur Veränderung der Pausenkultur oder des individuellen Gesundheitsverhaltens doch Erfolge beispielsweise in Form einer Sensibilisierung für die Gefahren von Stress erreicht werden.

Im nächsten Beitrag von Schmidt & Kastner geht es um die Zusammenführung von Leistung und Gesundheit. Schließlich heißt das Konzept ja ganzheitliches, integratives, nachhaltiges und systemverträgliches Leistungs- und Gesundheitsmanagement (LGM, Kastner, 2010). Hier geht es um eine Alternativ zu der Unsitte der „gießkannenartigen“ betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Problematik beginnt schon bei der Gesundheitsdefinition. Einige Bausteine des LGM werden aufgeführt, um die anschließend beschriebene ökonomische Evaluation zu fundieren. Deren unterschiedliche Facetten werden erläutert. Interessant ist nun die Verfolgung verschiedener Invalidierungsmöglichkeiten auf verschiedenen Systemebenen. Eine Maßnahme kann z. B. falsch gewählt oder nicht, zwar gut gewählt, aber falsch angewendet sein oder erst stark verzögert wirken. Die Rahmenbedingungen können die „eigentliche“ Wirkung verhindern oder die Wirkung auf einer Systemebene (z. B. Individuum) überträgt sich nicht auf die nächst höhere (z. B. Team). In einem Unternehmen wurde ein Fragebogen zu Leistung bzw. Leistungseinschränkung, Zufriedenheit mit Führungskraft und Kollegen, Arbeitsbedingungen, persönlicher Gesundheit und Zufriedenheit mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt. Über eine Faktorenanalyse wurden Dimensionen wie gesundheitsbezogenes Führungsverhalten, Anerkennung, Handlungsspielraum, soziale Unterstützung, Identifikation mit dem Unternehmen, Coping, Veränderungsbereitschaft, Angst um den Arbeitsplatz, situative und tätigkeitsbezogene Belastung, persönliche Leistungseinschränkung, gesundheitliche Beschwerden und Erreichen von Qualitäts- und Quantitätszielen extrahiert. Diese wurden in Strukturgleichungsmodelle überführt. Zudem wurden über multivariate Varianzanalysen Unterschiede in verschiedenen Altersgruppen hinsichtlich dieser Faktoren ermittelt. Damit ergeben sich natürlich etliche interessante Implikationen für das Führungsverhalten auch mit Blick auf das Verhältnis von Leistung und Gesundheit bezogen auf den Altersprozess der Mitarbeiter.

Solchen teils recht theoretischen Erwägungen folgen in dem Beitrag von Faller und Kast recht praktische Empfehlungen zum demografieorientierten Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Im Rahmen eines Konzeptes zum lebenslangen gesunden Arbeiten im Kontext von Arbeitssicherheit, Unternehmenskultur, Personalentwicklung, Arbeitsorganisation etc. werden konkrete Themen wie altersheterogene Teams, lebensphasenorientierte Arbeitsgestaltung, Gefährdungsbeurteilung, altersgerechte Schichtarbeit vorgestellt und es wird über praktische Erfahrungen damit berichtet.

Körper und Vogt verweisen in ihrem Beitrag auf die strategische Bedeutung von Gesundheit. Sie soll einen ökonomischen Beitrag leisten, der mithilfe einer Gesundheits-Balan-

ced Scorecard erfasst werden soll. Wie kann der Nutzen von BGM erfasst und somit dessen strategischer Zielbeitrag belegt werden und welches Steuerungssystem eignet sich dafür? Verschiedene Instrumente für diverse Stakeholdergruppen werden vorgestellt, um dem Humankapital auf die Spur zu kommen. So kann auch der Wert eines guten human resource management belegt werden, das zu einer wichtigen strategischen Größe aufgewertet wird. Anhand einer empirischen Fallstudie wird die Eignung eines ausgewählten business cases auf der Basis einer Balanced Scorecard aufgezeigt.

Ziele und Qualitätsindikatoren der Gesundheitsanbieter werden auf der Potenzialebene abgebildet, konkrete Maßnahmen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit auf der Prozessebene, Ziele für die „Gesundheitskunden“ auf der Kundenebene und schließlich die ökonomischen Effekte (z.B. Senkung des Absentismus, bessere Produktqualität) auf der Finanzebene. Als eines von vielen Problemen in der Praxis stellte sich die Datenverfügbarkeit heraus. Verblüfft ist der Leser durch den stärksten Einfluss des mitarbeiterorientierten Führungsverhaltens in der falschen Richtung, nämlich der schlechteren Erfolgskriterien. Immerhin ist aus diesem Beitrag viel zu lernen über die praktische Anwendbarkeit einer Gesundheits-Balanced Scorecard.

Solchen eher instrumentellen Aspekten folgt in dem Beitrag von Hinding & Kastner ein zentrales inhaltlich-gesundheitliches Problem, der Einfluss der Unternehmenskultur auf die Gesundheitskompetenz. Allein deren Definition ist schon nicht unproblematisch. Es geht um kognitive und soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Motivation, um gesundheitsrelevante Informationen zu verarbeiten und umzusetzen. Diese müssen gesucht und verstanden werden, in den Interaktionen mit Beteiligten, z. B. Ärzten, kommuniziert und schließlich kritisch bewertet werden. Wer einmal mit einer schweren und/oder seltenen Krankheit konfrontiert wurde, weiß, wie man sich im Dschungel widerstreitender Meinungen der verschiedensten Angehörigen des Gesundheitssystems verheddern kann. Die Unternehmenskultur spielt hier im Setting Arbeit eine entscheidende Rolle. Das Konzept der Vertrauens-Fehlerlern-Innovations-Gesundheitskultur wird erläutert. Es wurde diesbezüglich ein Fragebogen entwickelt und in Unternehmen mit guter Praxis im Bereich Gesundheit und Sicherheit bei Experten v.a. aus dem Personalbereich eingesetzt. Hierbei ging es um Gesundheitskompetenz, Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung, Facetten der Unternehmenskultur (s.o.), Betriebsinterne Kommunikation, die Gesundheit und Sicherheit lernende Organisation, Kriterien einer entsprechenden Lernkultur etc. Eine Faktorenanalyse ergab neun interpretierbare Faktoren: partnerschaftliche und partizipative Kultur, übergreifende Werte (z.B. Wertschätzung, Vertrauen), soziales Klima (z. B. Zuverlässigkeit), Verantwortungsübernahme, Leistung/Leistungsfähigkeit, Tradition, Offenheit für neue Ideen, Veränderungs- und Risikobereitschaft und Stabilität/Berechenbarkeit.

Im nächsten Beitrag von Schmidt, Borowczak, Höcke, Kastner & Otte geht es um lebensqualitätsförderliche Bedingungen in Unternehmen auf Basis des erwähnten ganzheitlichen, integrativen, nachhaltigen, systemverträglichen Leistungs- und Gesundheitsmanagements. Verschiedene Beanspruchungsmodelle und Überlegungen zu psychischen Belastungen werden für die Betriebliche Gesundheitsförderung nutzbar gemacht. Subjektive

Lebensqualität soll zu einer höheren psychischen Stabilität und Gesundheit führen. In einem Fallstudienunternehmen wurden Interviews zur Erfassung psychischer Belastungen und Beanspruchungen durchgeführt. Sie bezogen sich in der Logik der Systemverträglichen Organisationsentwicklung (Kastner, 1998, 2010) zunächst auf das Ideal von Leistung und Gesundheit, dann auf das Real, strategische Gesundheitsziele und Performance-Maße. Die inhaltsanalytischen Auswertungen ergaben Hinweise auf die Stärken und Schwächen des Unternehmens hinsichtlich der Führungskräfte, Teamprozesse, Arbeitssituation, Arbeitsverdichtung etc. Mittels einer Faktorenanalyse wurden extrahiert: Lebensqualität, förderliche Arbeitsbedingungen, Leistungseinschränkungen, soziale Unterstützung und Organisationskultur. Über Regressionsanalysen wurden Fragen wie die beantwortet, ob organisationale Ressource und Puffer Leistungseinschränkungen mildern oder wie Leistungseinschränkungen auf die Lebensqualität wirken.

Der letzte Beitrag von Iserloh & Otte betrifft den Einfluss von Arbeitsbelastungen und sozialen Ressourcen auf die Gesundheit. Hier geht es zunächst um die steigenden und sich permanent verändernden beruflichen Belastungen und die immer schwerer zu verwirklichenden Lebensbalancen. Dies aufgrund vielfältiger Prozesse, die über die Kette Belastung – psychische Belastung – (Fehl)Beanspruchung laufen (psychische Sättigung, Ermüdung) laufen. Die Implikationen verschiedener Stressmodelle werden für die Arbeits- und Arbeitslosenwelt beschrieben. Auch die im Work Life Balance-Modell von Kastner (2010) beschriebenen Prozesse werden erläutert. Hier spielen diverse Ressourcen und Puffer eine wesentliche Rolle. Personale, soziale und organisationale Ressourcen werden für das Setting Arbeit in ihren Wirkungen auf die Gesundheit erläutert. Ein diesbezüglicher Fragebogen wurde in einem Gesundheits-Dienstleistungsunternehmen eingesetzt. Mittels einer Faktorenanalyse wurden an gesundheitsförderlichen Faktoren extrahiert: organisationale Ressourcen (z.B. Wertschätzung, Partizipations- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Entscheidungstransparenz), Führungsverhalten (z. B. soziale Unterstützung, angemessene Arbeitsbelastung), Zufriedenheit (z.B. mit der Arbeit, dem Leben insgesamt, Umgang mit Konflikten, Engagement), kollegiale Zusammenarbeit (z. B. Team, wechselseitiges Verständnis).

Als die Gesundheit beeinträchtigend wurden identifiziert: physikalische Faktoren wie z. B. schlechte Bodenverhältnisse, Kälte, schlechte Luft; die Arbeitsmenge (Überstunden), Fehlqualifikation (zu hoch oder zu niedrig), psychische Belastungen (z. B. soziales Klima). Als entscheidende Variable, die Belastungen abfedern kann, wurde die soziale Unterstützung identifiziert. Aus den Ergebnissen wurden etliche Implikationen für den täglichen Umgang in der Führungspraxis gegeben, die im Sinne der Ressourcenstärkung Gesundheit fördern sollen.

In diesen Beiträgen mit ihren kompatiblen Ergebnissen schälen sich etliche „Gesunderhalter“ und „Krankmacher“ heraus, die recht praktisch im täglichen Arbeitsprozess gezielt gesucht bzw. vermieden werden können. Und es lässt sich zumindest in groben Zügen nachweisen, was dies kostet und mit welchem Nutzen zu rechnen ist.

Literatur

- Alonso, J., Angermeyer, M.C. & Bernet, S. et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 420, 21-27.
- Arolt, V. (2003). Psychiatrische Erkrankungen. In F.W. Schwartz, B. Badura & R. Busse et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 605- 613). München: Urban &Fischer.
- BMAS (2009). Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Sozialbericht 2009. <http://www.bmas.de/portal/33916/prperty=pdf/a101-09-sozialbericht-2009.pdf>
- Egede, L.E. & Ellis, C. (2010). Diabetes and Depression: Global perspectives. *Diab. Res. Clin. Practice*, 87, 302- 312.
- Heyde, K. & Macco, M. (2009). Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In B. Badura, H. Schröder & J. Klose et al. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 31- 40). Heidelberg: Springer.
- Kastner, M. (1983). Zusammenhänge zwischen Stress und Depression in einem umgrenzten Handlungsfeld. Aachen: RWTH. Med. Fakultät. Dissertation.
- Kastner, M. (1998). Der Prozess der Prozessoptimierung. In M. Kastner (Hrsg.), *Verhaltensorientierte Prozessoptimierung* (S. 173- 194). Herdecke: Maori.
- Kastner M. (Hrsg.) (2010). *Leistungs- und Gesundheitsmanagement*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Prince, M.J., Patel, V. & Safena, S. et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859- 877.
- Rehfeld, U.G. (2006). Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 30. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler. 3. Aufl.
- Unger, H.P. & Kleinschmidt, C. (2006). *Bevor der Job krank macht*. München: Kösel

II. Ressourcen als Schlüssel für Führung und Gesundheit im Betrieb

A. Orthmann & R. Otte

1. Einleitung

Führungskräften kommt in vielen betrieblichen Prozessen eine besondere Rolle zu. Sie tragen die Verantwortung für betriebliche Ziele und den Erfolg ihres Arbeitsbereiches, gestalten Veränderungsprozesse und Unternehmenskultur und sind mitverantwortlich für Leistungsfähigkeit, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit ihrer Mitarbeiter.

Mit diesen Verantwortungen sind vielfältige Anforderungen verbunden. Die eigene Leistungsfähigkeit, Zufriedenheit und Gesundheit rücken meist erst ins Blickfeld, wenn sich Anzeichen von Leistungsabfall, Überlastung oder Unzufriedenheit einstellen. Die Führungsaufgaben und im weiteren Prozess die Erreichung von Betriebszielen können davon nicht unberührt bleiben. Demgegenüber können eine stabile Gesundheit und eine konstruktive Bewältigung der vielfältigen Führungsanforderungen als Voraussetzung für exzellente und mitarbeiterorientierte Führung betrachtet werden. Von daher wäre es gleichermaßen von Nutzen für die Führungskräfte selbst als auch für die Unternehmen den Rahmenbedingungen, in denen Führungskräfte arbeiten, Aufmerksamkeit zu schenken.

Aus wissenschaftlichen Studien, z. B. von Rimann & Udris (1993; Otte & Kastner, 2010), geht hervor, dass soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, wie die Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, wesentliche Ressourcen darstellen, die positiven Einfluss auf die Bewältigung von Stress ausüben können. Diese Studie zeigt auf, dass soziale Ressourcen wie eine gegenseitige kollegiale Unterstützung ein positives Arbeitsklima oder eine mitarbeiterorientierte Führungskultur neben den personalen Ressourcen die stärksten gesunderhaltenden bzw. „salutogenetischen“ Wirkungen entfalten. Doch wie sieht es diesbezüglich mit der sozialen Unterstützung von und zwischen Führungskräften aus?

In Untersuchungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung steht meistens die gesamte Belegschaft im Zentrum der Analyse, die zu Beginn oft durch eine Mitarbeiterbefragung eingeleitet wird. Differenzierungen der Befragungsergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung werden in der Regel nur für Abteilungsbereiche erstellt. Eine Erhebung der Belastungen unterschiedlicher Hierarchieebenen wird oft nicht durchgeführt, sodass eine spezifische Betrachtung der Belastungssituation bei Führungskräften in den meisten Fällen nicht vorliegt.

Es stellt sich die Frage, ob es bei Führungskräften einen Zusammenhang zwischen betrieblichen „psychischen Belastungen“ und der subjektiven Einschätzung von Arbeitszufriedenheit und gesundheitlichen Beschwerden gibt. Zu fragen wäre auch, ob die wahrge-

nommenen sozialen Ressourcen einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit bzw. auf gesundheitliche Beschwerden ausüben.

Für die betriebliche Praxis wäre es interessant, ob sich derartige Zusammenhänge auch in kleineren Stichproben nachweisen lassen, um eine Einschätzung der Belastungsfaktoren und Arbeitszufriedenheit einerseits und der sozialen Ressourcen andererseits vornehmen zu können. In Folge dieser Erkenntnisse können entsprechende Maßnahmen zur Unterstützung der Führungskräfte entwickelt werden.

In Personalentwicklungsmaßnahmen werden Führungskräfte vordergründig dahingehend geschult, wie sie ihre Mitarbeiter erfolgreich führen und wie sie betriebliche Anforderungen umsetzen. Was die Führungskräfte konkret benötigen, um diese Anforderungen gut umsetzen zu können und dabei gesund zu bleiben, wird zu wenig berücksichtigt. Die Fragen danach, was uns trotz belastender Arbeitssituationen gesund erhält und wie wir vorhandene Ressourcen mobilisieren können, stehen im Zentrum dieser Untersuchung.

2. Hintergrund von Arbeit und Gesundheit

In den vergangenen Jahren zeichneten sich einige wesentliche Tendenzen im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz ab, vor deren Hintergrund auch die vorliegende Untersuchung zu betrachten ist. Im Anschluss werden die Zunahme psychischer Erkrankungen, die Veränderung von Arbeitsanforderungen und die Entwicklungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz kurz skizziert. Anschließend folgen Überlegungen zu Führung und Gesundheit, die ebenfalls dieser Untersuchung zugrunde liegen.

2.1 Zunahme psychischer Erkrankungen

Arbeitsbezogene Gesundheitsbeeinträchtigungen entstehen zunehmend durch psychomenteale Beanspruchungsfolgen und immer weniger durch rein körperliche Belastungen. Der Anteil der Krankheitstage aufgrund von psychischen Erkrankungen ist seit den letzten zehn Jahren weiterhin gestiegen. Vor dem Hintergrund eines auf ein niedriges Niveau gesunkenen Krankenstandes (im Jahresdurchschnitt fehlen krankenversicherte Erwerbstätige ca. 17 Tage pro Jahr¹; Wochenenden und Feiertage eingeschlossen) zeigt die Entwicklung der Diagnosen aufgrund psychischer Erkrankungen (s. International Classification of Diseases, ICD-10/ Kap. V, sogenannte psychische und Verhaltensstörungen) im Vergleich zu anderen Krankheitsarten eine zunehmende Tendenz der Fallzahlen. Nach Krankheiten der Atemwege, Muskel- und Skeletterkrankungen und Verletzungen stellen psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mittlerweile die vierthäufigste Ursache für Fehlzeiten in deutschen Unternehmen dar (Heyde, Macco, Vetter, 2008). In den

¹ Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-Mitglieder im Jahr 2008 (Macco & Schmidt, 2010)

letzten zehn Jahren sind die Fallhäufigkeiten von Erkrankungsarten wie Verletzungen und Muskel- und Skeletterkrankungen dagegen gesunken. Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind seit 1995 um ca. 80% gestiegen (Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Institut der AOK², WIdO, 2009), sie verursachen zugleich die längsten Ausfallzeiten von durchschnittlich 22,5 Tagen (Macco & Schmidt, 2010). Diese Tendenz belegen bereits die Daten des Bundesgesundheits surveys (1998), wonach psychische und neurodegenerative Erkrankungen eine immer größer werdende Rolle in der Bevölkerung spielen. 15% der Frauen und 8% der Männer durchleben laut Gesundheitsbericht des Bundes innerhalb eines Jahres eine depressive Phase.

In den letzten Jahren hat auch der Anteil psychischer und psychosomatischer Erkrankungen an der Frühinvalidität erheblich zugenommen. Bisher dominieren zwar Herz-Kreislauferkrankungen und Krebsleiden die Statistik, diese Erkrankungen verlieren aber, wenn auch auf hohem Niveau, zunehmend an Bedeutung. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes gehen fast ein Drittel der Frühberentungen auf eine psychisch bedingte Erwerbsminderung zurück (Statistisches Bundesamt, 2008).

Seit 2003 sind sie der häufigste Grund für eine krankheitsbedingte Frühberentung (Gesundheit in Deutschland, Robert Koch Institut, 2006). Diesem Bericht sind auch Daten im Hinblick auf mögliche Zusammenhänge wie Lebensbedingungen, Lebensstandard und Risikofaktoren zu entnehmen. Nach wie vor spielen Ernährungsgewohnheiten, der Grad der körperlichen Aktivität und bekannte Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht eine große Rolle bei der Entstehung von Krankheiten.

Einer Expertenbefragung der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK-Gesundheitsreport, 2005) zufolge werden Ursachen der steigenden Arbeitsunfähigkeitszahlen im Bereich psychischer Erkrankungen durch die folgenden vier Hauptthesen begründet:

- Die Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nehmen zu.
- Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen.
- Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten.
- Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren.

Die Tendenz steigender psychischer Erkrankungen wird nach Prognosen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weiterhin anhalten und zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dabei sind die Hinweise auf eine deutliche Zunahme im Bereich der Depressionen klarer

² Daten der 9,7 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmer (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2009)

und werden der Prognose folgend im Jahre 2020 weltweit den zweiten Rang unter den „Behinderung verursachenden Krankheiten“ einnehmen (Murray & Lopez, 1997). Nach Leidig (2003) steht die Art der psychischen Störung mit spezifischen potenziellen Stressoren der Arbeitssituation als auch mit Personenvariablen (u. a. Stressverarbeitung, Arbeitsengagement) in Beziehung. Ein erhöhter Regulationsaufwand kann nach allgemeinen Erfahrungen Druck- und Überforderungserleben auslösen und die Ausprägung von Angst- und psychosomatischen Beschwerden beeinflussen. Arbeitsbedingungen, die mit geringen Ressourcen und geringer Qualität der Arbeit einhergehen, beeinflussen die Ausprägung von depressiven Störungen.

2.2 Veränderung von Arbeitsanforderungen

Auch die Arbeitsanforderungen befinden sich in einem rasanten Wandel. Vor dem Hintergrund einer abnehmenden Zahl an Vollzeitbeschäftigten, praktisch sind es nur noch 25% der Erwerbstätigen (Kastner, 1999), gegenüber einem zunehmenden Anteil an befristeter und in Teilzeit beschäftigter Zeit- und Wanderarbeiter lassen sich auch geänderte bzw. neue Anforderungsprofile ableiten (Hacker, 1999). Für die Fertigung rechnet Hacker (1999) mit nicht abzusehenden psychomentalen Beanspruchungsformen durch das Weiterschreiten der Automatisierung und den zunehmenden Einsatz wissensbasierter Systeme. Im Dienstleistungssektor seien zwar weder Arbeitsanforderungen noch die resultierenden Beanspruchungswirkungen völlig neu, im Vergleich zur Fertigung jedoch im Hinblick auf die praktische Umsetzung noch stark förderungsbedürftig. Insgesamt entstehen auch neue Arbeitsanforderungen durch zunehmendes unternehmerisches und selbständiges Denken und Handeln und „setzt nicht kurzerhand nur motivationale, sondern erhebliche umfassende intellektuelle Anforderungen arbeitsplatzübergreifender Herkunft“ in Gang. Hacker (1999) beschreibt tätigkeitsunspezifische Beanspruchungsarten ohne Krankheitsqualität wie Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung und Stress (im engeren Sinne arbeitsbedingte Bedrohungserlebnisse) sowie Beanspruchungsarten mit Krankheitsqualität, also Übermüdung (Erschöpfung, chronische Ermüdung) und Überanstrengung. Neue Prävalenzen bekannter Beanspruchungsformen ergeben sich aus der Verdichtung und Flexibilisierung von Arbeitsprozessen, dem Übertragen unternehmerischer Verantwortung auf breitere Arbeitnehmerschichten, der Personalverknappung als Organisationsprinzip und einer anteiligen Zunahme von auch psychisch fordernden Arbeitsplätzen im Dienstleistungsbereich. Gleichzeitig verringern sich die Arbeitsmarktchancen abhängig Beschäftigter (Hacker, 1999). Erkenntnisse aus der Arbeitslosenforschung (vgl. Kuhnert & Kastner, 2002; Otte & Kastner, 2010) weisen darauf hin, dass der Verlust des Arbeitsplatzes, das Nicht-ausüben-Können personaler Fähigkeiten und Kompetenzen in betrieblich-sozialer Umgebung und die damit einhergehend ausbleibende Anerkennung durch andere langfristig zu einer schwerwiegenden persönlichen, körperlichen und psychischen Beeinträchtigung führen können.

Folgerichtig wäre es, zumutbare Ausprägungen von Beeinträchtigung des psychischen Befindens, d.h. jegliches Ausmaß psychischer Ermüdung, Monotonie, Sättigungs- und Stresszustände, einschließlich des sogenannten Ausbrennens (burn-out) zu finden. Gemäß einer EU-Umfrage klagten 68% der befragten Arbeitnehmer über Zeitdruck und Stress, 79% über Rückenbeschwerden bzw. Muskelschmerzen. Letzteres findet sich ursächlich nicht durch mangelnde ergonomische Gestaltung, sondern durch einen erlebten Verlust von Autonomie im Arbeitsprozess (Hacker, 1999).

Tätigkeitsbedingte Erkrankungen haben unterschiedliche Ursachen und sind nicht auf bestimmte klassische Berufskrankheiten reduzierbar. Vielmehr sind psychosomatische Erkrankungen, die bei beschreibbaren Arbeitsanforderungsmerkmalen auftreten, aus psychologischer Sicht zu berücksichtigen (Hacker, 1999). Chronische Ermüdung und Stress können eine Brücke zwischen Befindlichkeitsstörungen und solchen Krankheiten darstellen. So ist gesichert, dass sich die Herzkreislaufmortalität ab dem 50. Lebensjahr signifikant erhöht, wenn eine Kombination von überdurchschnittlicher Arbeitsintensität mit eingeschränkten eigenständigen Entscheidungs- und Zielsetzungsmöglichkeiten (Tätigkeitsspielraum) sowie unzureichenden Möglichkeiten zu einer unterstützenden Kooperation vorliegen (Theorell, 1986). Die Prävalenz von psychosozial und mental exponierten Mitarbeitern liegt in Deutschland bei 10-25% der Beschäftigten (Hacker, 1999).

Zunehmende Flexibilisierungsanforderungen führen neben dem bereits angesprochenen Wandel der Belastungsformen zu höheren Anforderungen an eine hohe Mobilität, die mit häufigen Wohnortwechseln und den sich daraus ergebenden Folgen, z. B. soziale Verarmung und Vereinsamung durch den Verlust persönlicher Bindungen und sozialer Netze, verbunden sein kann (Fuchs et. al, 2006). Laut DAK-Gesundheitsreport (2005) ist eine Kombination aus steigenden Belastungen und dem Wegfall von Ressourcen ein Grund für die Zunahme psychischer Erkrankungen. Im Folgenden werden die vier Hypothesen kurz skizziert, die zu dem zu beobachtenden Wandel der Rahmenbedingungen und Belastungsstrukturen in der Arbeitswelt beitragen:

– **Arbeitsverdichtung und Arbeitsintensivierung**

gestiegener Arbeits-/Zeitdruck und Arbeitsvolumen und die sich daraus ergebenden Arbeitsanforderungen, kombiniert mit einer hohen Verausgabungsbereitschaft und ungenügender Stressbewältigung auf Seiten der Mitarbeiter.

– **Normalarbeitsverhältnisse versus diskontinuierliche Erwerbskarrieren**

Beschäftigte wechseln im Laufe ihres Erwerbslebens mehrfach die Stelle bzw. den Beruf. Befristete Beschäftigungsverhältnisse und Zeiten der Arbeitslosigkeit nehmen zu.

– **Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft**

Zunahme von Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen (Kommunikation mit Kunden und Kollegen)

– **Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit**

2.3 Entwicklungstendenzen im Arbeits- und Gesundheitsschutz

Ein an diese Entwicklungen angepasster betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz sollte die skizzierten Veränderungen der Arbeitsanforderungen und die daraus resultierenden Beanspruchungsformen berücksichtigen. Erste praktische Ansätze finden sich in der zunehmenden Erfassung psychomentaler Belastungsfaktoren im Betrieb und durch die resultierende Einflussnahme auf die Gestaltung von Arbeitsanforderungen.

Hacker (1999) postuliert eine Erweiterung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit bisher primärer Ausrichtung auf Verhältnis- vor Verhaltensprävention um eine Konzeptmodernisierung in Richtung Auftrags-Auseinandersetzungskonzeption. Hierbei würden Wechselwirkungen zwischen Anforderungen und Arbeitenden, etwa Re-Definition des Auftrags und der Ausführungsstrategie, Rechnung getragen und auch die möglichen gesundheitsförderlichen Aspekte hoher Anforderungen einbezogen.

Eine auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtete betriebliche Gesundheitspolitik soll neben der Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen positive Einflüsse auf die Zufriedenheit und Motivation von Arbeitnehmern nehmen.

Bamberg & Fahlbruch (2005) weisen auf fünf wesentliche Merkmale gesundheits- und sicherheitsbezogener Organisationsentwicklung:

- Integration von bedingungs- und personenbezogenen Maßnahmen, z. B. eines Stressmanagementtrainings mit Einbezug belastender Bedingungen und Bewältigungsstrategien.
- Einbezug prospektiver Gestaltungsstrategien, z. B. Ziele zur Ressourcenförderung und Selbstbestimmung im Hinblick auf Gesundheit.
- Beteiligung und Partizipation der Arbeitenden an der Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen, z. B. Wissen und Handlungskompetenz mit Bezug auf Sicherheit und Gesundheit erhöhen.
- Interdisziplinäres Handeln, z. B. Kooperation zwischen unterschiedlichen Fachdisziplinen.
- Langfristig ausgerichtete Prozesse, z. B. im Rahmen eines integrierten Gesamtprozesses der Organisationsentwicklung.

Die zukünftige Entwicklung im Hinblick auf den demografischen Wandel und eine längere Lebensarbeitszeit wird zu immer älteren Belegschaften führen. Da mit steigendem Alter auch die Häufigkeit und Dauer von Erkrankungen, insbesondere degenerative Erkrankungen (z. B. Muskel- und Skelett-, Herz-Kreislauf-erkrankungen) zunehmen, werden die Unternehmen vor neuen Herausforderungen stehen (Heyde, Macco & Vetter, 2009). Vergleichbare Berufstätigkeit wird mit älterem und mit einem ggf. gesundheitlich ‚anfälligeren‘ Personal bewältigt werden müssen.

Dem seit einigen Jahren gewachsenen Bedarf an gesundheitsbezogenen Investitionen stehen das sich verändernde Angebot an Projekten und Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüber. Die Praxis zeigt nicht nur große Lücken, sondern auch eine Uneinheitlichkeit in Systematik und Vorge-

hen, insbesondere in Klein- und Mittelständischen Betrieben. Dies wird nicht zuletzt auf fehlende Standards im Handlungsfeld der arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung und auf ein hochkomplexes Geflecht zwischen Interagierenden mit unterschiedlichen Präventionsansätzen zurückgeführt (Walter, 2007).

2.4 Führung und Gesundheit

Die Forschung im Themenbereich Führung und Gesundheit wurde in den letzten Jahren intensiviert (Oppolzer, 2000; Strobel & Hoyos, 2000; Illmarinen & Tempel, 2002; Stadler & Spieß, 2002; Fuchs et al., 2006). In der Regel sind in den publizierten Untersuchungen die Auswirkungen von Führung auf Merkmalsbereiche (z. B. Arbeitszufriedenheit, Arbeitsfähigkeit, gesundheitliche Aspekte und Krankenstand) bei den durch Führungsverhalten betroffenen Mitarbeitern Gegenstand der Untersuchung.

Fuchs et al. (2006) finden in ihrer repräsentativen Untersuchung „Was ist gute Arbeit“ an 5.400 abhängig und selbständig Beschäftigten, dass soziale Aspekte der Arbeit (u. a. 84% der Befragten erachten die Behandlung „als Mensch“ durch Vorgesetzte als sehr wichtiges Kriterium) eine wichtige Bedeutung hinter Kriterien aus der Kategorie „Einkommens- und Beschäftigungssicherheit“ erhalten. Die befragten Arbeitnehmer/innen messen der Führungsqualität ihrer unmittelbaren Vorgesetzten eine überraschend hohe Bedeutung zu. „Vorgesetzte, die für eine gute Arbeitsplanung sorgen, die bei der fachlichen bzw. beruflichen Entwicklung ebenso unterstützen wie im Arbeitsprozess, Vorgesetzte, die Verständnis für individuelle Probleme haben, Anerkennung, Lob und konstruktive Kritik vermitteln“, sind von etwa 2/3 der Befragten wichtige Kriterien für die Beurteilung der Arbeit.

Kernelemente ‘guter Arbeit’ sind aus Sicht von Arbeitnehmer/innen (Fuchs et al., 2006):

- ein festes, verlässliches Einkommen,
- unbefristet beschäftigt zu sein,
- kreative Fähigkeiten in die Arbeit einbringen und entwickeln zu können,
- Sinn in der Arbeit zu erkennen,
- Anerkennung zu erhalten,
- soziale Beziehungen zu entwickeln und
- die Achtung bzw. der Schutz der Gesundheit.

Wenn man bedenkt, dass die meisten der genannten Kernelemente guter Arbeit durch die Führungskraft selbst mitgestaltet werden, werden die Tragweite und der Einflussbereich von Führung deutlich. Oft sind sich Führungskräfte ihres Potenzials diesbezüglich jedoch nicht bewusst. Eine im Allgemeinen akzeptierte Sichtweise in der betrieblichen Praxis ist, dass Führungskräfte direkte und indirekte gesundheitliche Folgen bzw. resultierende Krankenstände bei den Beschäftigten mit verursachen können. Das Verhalten der Vorgesetzten, insbesondere deren Bereitschaft, ihren Mitarbeitern Mitbestimmungs- und Betei-

lungsmöglichkeiten einzuräumen, hat einen hohen Einfluss auf das Fehlzeitenverhalten der Mitarbeiter (Schmidt, 1996; Otte & Kastner, 2009). Die Zufriedenheit der Beschäftigten mit dem Vorgesetzten korreliert insbesondere mit Aspekten im Hinblick auf Gleichbehandlung, der Einhaltung und Beachtung von Delegationsregeln und der Beteiligung an Entscheidungen (Oppolzer, 2000).

Zu einem gesicherten betrieblichen Erfahrungswissen zählt auch, dass physisch und psychisch gesunde Mitarbeiter leistungsfähiger sind und ihre Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten leistungsbereiter und nachdrücklicher einbringen, womit die Relevanz des Führungseinflusses indirekt anerkannt wird. Insbesondere haben die Aspekte wie Anerkennung und Wertschätzung am Arbeitsplatz sowie ein positives Vorgesetztenverhalten die Möglichkeit, u. a. zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter und des Betriebsklimas zu führen. In Untersuchungen von Illmarinen & Tempel (2002) wurde eine signifikante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit älterer Mitarbeitender um den Faktor 3,6 gefunden.

Der Stand der Forschung mit Bezug auf die Belastungs- und Beanspruchungssituation von Führungskräften selbst scheint bisher wenig untersucht worden zu sein. In der wissenschaftlichen Literatur ließen sich hierzu keine Studien finden, wenn auch im Bereich der Weiterbildung bezüglich potenzieller Unterstützung für Führungskräfte zahlreiche Angebote auf dem Markt sind (z. B. Coachingangebote für Führungskräfte).

Auf dem Hintergrund der vorliegenden Untersuchung stellte sich die Frage, ob und welche Arbeitsbelastungen sich quasi durch die Arbeitstätigkeit „Führung“ ergeben.

Hierzu einige Thesen:

- Die Situation von Führungskräften besteht meist aus hohem Arbeitsanfall mit ständigem Termin- und Leistungsdruck. Die Arbeitsverteilung zwischen Sach- und Fachaufgaben und Personen- und Beziehungssituationen ist überwiegend zugunsten des ersten Aspektes verschoben.
- Durch die Sandwichposition von Führungskräften (Druck von „oben und unten“ und dadurch ein „Sitzen zwischen den Stühlen“) sind im Verhalten häufig Stress-Symptome wie Gereiztheit und emotionale Unausgeglichenheit festzustellen. Mitunter gehen mit diesen emotionalen Reaktionen leistungsbezogene Versagensängste einher.
- Führungskräfte erhalten und suchen sich oft wenig Unterstützung, weil das Suchen von Rat und Hilfe innerbetrieblich als persönliche Schwäche und Inkompetenz ausgelegt werden könnte.
- Die Tätigkeit von Führungskräften ist von einer Vielzahl an ergebnisunsicheren Aspekten geprägt, z. B. im Hinblick auf Entscheidungen, beim Umgang mit Konflikten, bei widersprüchlichen Anforderungen und Informationen, bei der Übertragung von Verantwortung und einer mitarbeitergerechten Übertragung neuer Aufgaben. Unbekannte und unsichere Entwicklungen erfordern hohe emotionale Kompetenzen wie Ambiguitätstoleranz (das Aushalten von Widersprüchen und Unsicherheit), insbesondere dann, wenn Kompetenzen zwischen Führungskräften nicht klar geregelt sind.