

Universität Trier – Fachbereich I – ABO-Psychologie

Dissertation zur Erlangung des
Doktorgrades der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)



Das Systemisch-Salutogene Interaktionsmodell (SSIM)

**Entwicklung und Begründung eines anwendungs-
orientierten, integrativen Modells zur Erklärung und
Förderung salutogenen Führungsverhaltens**

Autor:

Stefan Johannes Eberz, Dipl.-Psych.

Eingereicht im April 2020.

Gutachter:

Prof. Dr. Conny Herbert Antoni

Prof. Dr. Ivars Udris

Danksagung

Ohne die Unterstützung einiger für mich wichtiger Menschen hätte diese kumulative Dissertation nicht in der vorliegenden Form realisiert werden können. Zunächst möchte ich mich herzlich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Conny Herbert Antoni bedanken, dessen wertschätzende, inspirierende und optimistisch-gelassene Art einfach immer gut getan hat in den vergangenen Jahren und der durch seine hilfreichen Rückmeldungen dieser Arbeit, aber auch meiner Art zu denken und zu schreiben insgesamt unzählbar viele, wertvolle Impulse gegeben hat. Für seine Geduld, seine hilfreichen und präzise durchdachten Kommentare sowie seine wertvollen Anregungen und insbesondere seine Bereitschaft, als zweiter Gutachter zur Verfügung zu stehen, danke ich ebenfalls herzlich Prof. Dr. Ivars Udris.

Mein besonderer Dank gilt auch Markus Hünting, Dr. Markus M. Thielgen und Benedikt Graf, die ich u.a. als extrem kompetente und im besten Sinne diskussionsfreudige „*Sparingspartner*“ zu schätzen gelernt habe und die mich in zahlreichen Diskussionen auf eine sehr angenehme Weise dabei unterstützt haben, meine Ideen im Laufe der Jahre zu präzisieren, zu begründen und weiterzuentwickeln. Auch bei meinen LehrtherapeutInnen Barbara Schmidt-Keller, Gerd Hartmüller, Dr. Rudolf Klein und Dr. Jerzy Jakubowski möchte ich mich dafür bedanken, dass sie mein Verständnis für die systemische Theorie und Praxis auf eine kompetente, humorvolle und lebendige Art gefördert haben.

Diese Dissertation beschäftigt sich im Kern mit der Frage, was Menschen brauchen, um in ihrem Leben ein gutes Gefühl der Kohärenz zu erleben. Ich bin fest davon überzeugt, dass meine Eltern Christa und Peter, meine Frau Christiane, mein Sohn Jonathan und meine engsten Freunde Alexander E., Michael M., Philipp S.T., Markus M.T., Tobias F., André und Karoline S., David B. und Thorsten M. ganz entscheidend dazu beigetragen haben und dazu beitragen, dass ich meine Welt insgesamt als berechenbar, handhabbar und sinnvoll erlebe. Dafür bin ich Euch zutiefst dankbar!

Zusammenfassung

Das gesellschaftliche, politische und wissenschaftliche Interesse an einem wirksamen Schutz der psychischen Gesundheit im Arbeitskontext hat vor dem Hintergrund eines besorgniserregenden Anstiegs der Fehlzeiten und Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen. Zunehmend rücken dabei auch Führungskräfte in den Fokus, die nach derzeitigem Kenntnisstand die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden durch ihr Verhalten in Interaktionen und durch die Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -abläufen bedeutsam beeinflussen können. Klassische und moderne, explizit gesundheitsorientierte Führungskonzepte liefern diesbezüglich wertvolle Erkenntnisse, vernachlässigen allerdings insbesondere den bedeutsamen Einfluss der Führungssituation auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens. Diese Ausgangslage reduziert das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial der verfügbaren gesundheitsorientierten Führungskonzepte.

In Artikel 1 wird ein konzeptuelles Rahmenmodell mit der Bezeichnung Systemisch-Salutogenes Interaktionsmodell (SSIM) entwickelt und begründet, das auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Führungsforschung basiert, aber auch systemische Konzepte und zentrale Elemente der Salutogenesetheorie integriert. Das SSIM unterscheidet insbesondere zwei Ebenen: Im Primärsystem salutogener Interaktionen werden salutogenes Führungs- und Mitarbeiterverhalten erstmals als reziproke Einflussgrößen konzeptualisiert, die sich wechselseitig beeinflussen (Ebene 1). Der organisationale Kontext wird als potenter Einflussfaktor außerhalb des Primärsystems explizit berücksichtigt, der sich vermittelt über kognitiv-emotionale Prozesse auf das Verhalten beider Interaktionspartner auswirkt (Ebene 2). Durch diesen Fokus auf Interaktionen und Kontextfaktoren wird die Führungssituation erstmals expliziter Bestandteil eines gesundheitsorientierten Führungskonzeptes.

Artikel 2 fokussiert darauf, zunächst die relative Bedeutung gesundheitsrelevanter Führungsaspekte systematisch zu analysieren. Hierzu wird das TIMP-Inventar entwickelt, das mit Vertrauen (Trust), Störungsmanagement (Incident Management) und Druck (Pressure) drei distinkte Kern-Faktoren salutogener Führung erfasst, die mehr Varianz des Kohärenzerlebens der Teammitglieder im Arbeitskontext aufklären als die zum Vergleich herangezogenen etablierten allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen.

In Artikel 3 wird in einer im Querschnitt angelegten Mehrebenenanalyse gezeigt, dass die wahrgenommene Führungssituation bedeutsame Anteile der zwischen Arbeitsteams vorhandenen Varianz salutogener Führung aufklärt. Damit wird erstmals ein von personenimmanenten Einflussfaktoren unabhängiger und bedeutsamer Zusammenhang zwischen spezifischen Aspekten der Führungssituation und salutogener Führung nachgewiesen.

In Artikel 4 wird im Rahmen einer quasi-experimentellen Untersuchung erstmals ein Zusammenhang zwischen salutogenen Zielsetzungsprozessen auf Seiten der Führungskraft und dem Kohärenzerleben der Teammitglieder am Arbeitsplatz nachgewiesen. Die Ergebnisse sprechen für einen wesentlichen, im SSIM postulierten Wirkmechanismus. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass sich das SSIM Gewinnbringend im Rahmen salutogener Coachings einsetzen lässt, was den praktischen Nutzen dieses Modells unterstreicht.

Insgesamt liefern die Ergebnisse der im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten empirischen Studien erste Hinweise darauf, dass das neu entwickelte SSIM das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial der bislang verfügbaren gesundheitsorientierten Führungskonzepte bedeutsam erweitert. Die Ergebnisse werfen aber auch neue, interessante Fragestellungen für zukünftige Forschungsprojekte auf. Das SSIM erweitert darüber hinaus die Perspektive mit Blick auf die strategische Ausrichtung von Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen. Insbesondere lassen sich aus dem SSIM wichtige Handlungsmaxime und innovative Konzepte für eine zielführende salutogene Diagnostik und wirksame salutogene Interventionen in der Praxis ableiten. Damit wurde im Rahmen dieser Dissertation der Grundstein gelegt für eine kohärente, ganzheitlich ausgerichtete salutogene Führungsforschung und -praxis.

Abstract

In light of an alarming increase of sick leave and early retirement because of mental diseases, the public, political and scientific interest in an effective protection of psychological health within organizational context has been increasing for years. More and more the focus is especially on executives who influence the mental health of their employees by leadership behavior within interactions and by designing work tasks and working processes. In this regard classical and modern, explicit health-oriented leadership approaches provide valuable insights but also neglect the important influence of leadership situation on health-oriented leadership. This situation reduces the explanatory and predictive potential of available health-oriented leadership concepts.

In article 1 a conceptual framework model called Systemic Salutogenic Interaction Model (SSIM) is developed and justified that is based on findings of evidence-based leadership research but also integrates systemic concepts and key elements of the theory of salutogenesis. The SSIM distinguishes between two levels: Within the primary system of salutogenic interaction salutogenic leadership and employees behavior for the first time are conceptualized as reciprocal influence factors that influence each other (level 1). The organizational context is explicitly taken into account as significant factor outside the primary system that effects the behavior of both interaction partners mediated via cognitive processes (level 2). Due to this focus on interactions und context factors for the first time leadership situation becomes an explicit component of a health-oriented leadership concept.

First of all, article 2 focusses on the systematic analysis of the relative importance health related leadership aspects. For this purpose the TIMP-inventory was developed that records three distinct core-factors of salutogenic leadership (trust, incident management and pressure) which explain more variance of the Work-SoC construct than established general approaches and health-related leadership concepts.

In article 3 the results of a cross-sectional multilevel analysis indicate that the perceived leadership situation significantly explains variance of salutogenic leadership between teams. For the first time, this shows a significant correlation between specific aspects of leadership situation und salutogenic leadership behavior.

Within the frame of a quasi-experimental study (article 4), for the first time, a correlation is shown between salutogenic target-setting processes on executive's side and the Work-

SoC of team members. These results support an essential effect mechanism that is postulated in the SSIM. Furthermore these findings indicate that the SSIM can profitably be used within the context of salutogenic coachings, underlining its practical benefit.

Taken together the empirical findings of this dissertation support the assumption that the new SSIM approach significantly expands the explanatory und predictive potential of the health-oriented leadership concepts so far available. The results also raise a number of new, interesting questions for future research. Furthermore the SSIM broadens the perspective regarding the strategic orientation of human resource and organizational development. Especially out of the SSIM important guiding principles and innovative concepts for a target-oriented diagnostic und effective interventions can be derived. Thus this dissertation lays the foundation for a coherent, holistic oriented salutogenic leadership research und practice.

Inhaltsverzeichnis	
Tabellenverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	XII
Index der Publikationen	XIII
Beiträge des Autors	XIV
1 Kapitel I: Konzeptueller Rahmen	1
1.1 Einleitung	1
1.2 Zum Stand der gesundheitsorientierten Führungsforschung	6
1.2.1 Gesundheitsorientierte Führungsmodelle und -konzepte	6
1.2.2 Herausforderungen der gesundheitsorientierten Führungsforschung	10
1.3 Ziele und Komponenten der Dissertation im Überblick	18
1.4 Literatur	22
2 Kapitel II: Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM) – Ein ganzheitlicher Ansatz zur Erklärung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden	31
2.1 Zusammenfassung	31
2.2 Einleitung	32
2.3 Zum Stand der gesundheitsförderlichen Führungsforschung	33
2.3.1 Aktuelle Erkenntnisse und Modellvorstellungen	33
2.3.2 Vernachlässigte Aspekte und Perspektiven	35
2.4 Kohärenzerleben als zentraler Wirkmechanismus des Salutogenese-Modells	38
2.5 Der Einfluss des Führungs- und Mitarbeiterverhaltens auf das Work-SoC	39
2.6 Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM)	40
2.7 Implikationen für Forschung und Praxis	43
2.8 Kritische Aspekte und offene Fragen	44
2.9 Literatur	46
3 Kapitel III: Vertiefende Erörterung der theoretischen Grundlagen des SSIM	51
3.1 Das Systemische Paradigma	52
3.1.1 Wichtige Systemische Konzepte	52
3.1.2 Die systemischen Elemente des SSIM	57
3.1.3 Das Spannungsfeld zwischen systemischen und evidenzbasierten Konzepten	60
3.1.4 Chancen und Risiken des systemischen und evidenzbasierten Paradigmas	65
3.1.5 Eine Synthese systemischer und evidenzbasierter Elemente	68

3.2	Das Salutogenesemodell	71
3.2.1	Das Modell der Salutogenese	71
3.2.2	Das Work-SoC als integrativer, arbeitsbezogener Gesundheitsindikator.....	72
3.3	Literatur	76
4	Kapitel IV: Das TIMP-Inventar – Ein Beitrag zur ökonomischen Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung	83
4.1	Zusammenfassung	83
4.2	Einleitung	84
4.3	Zum Einfluss des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Mitarbeitenden	86
4.4	Zum Einfluss des Führungsverhaltens auf das Kohärenzerleben am Arbeitsplatz als integrativer, arbeitsbezogener Gesundheitsindikator ...	88
4.5	Entwicklung eines Inventars zur Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung	91
4.5.1	Deduktiv-induktiver Konstruktionsprozess	91
4.5.2	Psychometrische Eigenschaften des Inventars	95
4.6	Möglichkeiten und Grenzen des TIMP- Inventars salutogener Führung	104
4.7	Literatur	108
5	Kapitel V: Führungssituation und salutogenes Führungsverhalten – eine Mehrebenenanalyse des Zusammenhangs aus der Sicht von Führungskräften und Geführten auf Basis des Systemisch-Salutogenen Interaktions-Modells 111	
5.1	Zusammenfassung	111
5.2	Einleitung	112
5.3	Zum Stand der gesundheitsförderlichen Führungsforschung	113
5.4	Fragestellung und Hypothesen	117
5.5	Methode	121
5.5.1	Stichprobe	121
5.5.2	Durchführung.....	121
5.5.3	Operationalisierung der zentralen Konstrukte	122
5.6	Ergebnisse	124
5.6.1	Mehrebenenanalysen.....	126
5.6.1.1	Zum Einfluss salutogener Kognitionen auf das Störungsmanagement.....	127
5.6.1.2	Zum Einfluss salutogener Kognitionen auf Druck.....	129
5.6.1.3	Zum Einfluss salutogener Kognitionen auf Vertrauen	131
5.7	Diskussion	133
5.7.1	Limitationen und Forschungsausblick.....	136
5.7.2	Implikationen für die Praxis des Betrieblichen Gesundheits- managements (BGM)	138
5.8	Literatur	140

6	Kapitel VI: Salutogene Führungskräfte-Coachings auf der Grundlage des Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodells (SSIM) – eine Fallstudie	145
6.1	Zusammenfassung	145
6.2	Ziele des Projekts	146
6.2.1	Konzeptueller Hintergrund	148
6.2.2	Das Konzept des salutogenen Führungskräfte-Coachings	149
6.3	Beschreibung des Projektverlaufs und der verwendeten Methoden	152
6.3.1	Stichprobe	152
6.3.2	Operationalisierung der zentralen Konstrukte	153
6.3.3	Interventionskonzept	154
6.3.4	Ablauf der salutogenen Coachings	157
6.3.5	Operationale Hypothesen zur Projekt-Evaluation	158
6.4	Ergebnisse des Projekts	160
6.4.1	Auswertungsstrategie	160
6.4.2	Ergebnisse	162
6.4.2.1	Verstehbarkeit	162
6.4.2.2	Handhabbarkeit	163
6.4.2.3	Bedeutsamkeit	164
6.5	Übertragungsmöglichkeiten des Projektes auf andere Bereiche	166
6.5.1	Limitationen und Forschungsausblick	167
6.5.2	Implikationen für die Praxis	170
6.6	Literatur	173
7	Kapitel VII: Diskussion	177
7.1	Theoretische und methodische Implikationen	182
7.1.1	Das SSIM: Eine Erweiterung der Perspektive gesundheitsorientierter Führung	182
7.1.2	Die Identifikation von Kernfaktoren salutogener Führung	188
7.1.3	Zum Einfluss der Führungssituation auf Kernfaktoren salutogener Führung	190
7.1.4	Ziele als salutogener Wirkmechanismus im SSIM	191
7.2	Implikationen für die Praxis	194
7.2.1	Zur Verantwortung von Führungskräften und Mitarbeitenden	194
7.2.2	Diagnostik und Interventionen auf der Grundlage des SSIM	198
7.2.3	Gefährdungsanalysen psychischer Belastungen auf der Basis des SSIM	200
7.3	Limitationen, Grenzen und Forschungsausblick	204
7.3.1	Methodische Aspekte	205
7.3.2	Zur relativen Bedeutung von Persönlichkeit, Kontext und Interaktionen	208
7.4	Fazit	210
7.5	Literatur	212
	Erklärung	219

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 SSIM-Modellkomponenten und deren systemischer Hintergrund	59
Tabelle 2 Mittelwerte, Standardabweichungen und Trennschärfen der TIMP-Items in den Stichproben A und B.....	94
Tabelle 3 Mittelwerte, Streuungen und Interne Konsistenzen der verwendeten Skalen sowie deren Interkorrelationen in Stichprobe A.	97
Tabelle 4 Mittelwerte, Streuungen und Interne Konsistenzen der verwendeten Skalen sowie deren Interkorrelationen in Stichprobe B.....	98
Tabelle 5 Passungsgüte der Modelltestung in Stichprobe A	100
Tabelle 6 Passungsgüte der Modelltestung in Stichprobe B.....	100
Tabelle 7 Hierarchische Regression der Prädiktoren SALSA, MLQ und TIMP-Faktoren auf das Work-SoC der Mitarbeitenden (Stichprobe A).....	102
Tabelle 8 Hierarchische Regression der Prädiktoren Positives und Negatives Gesundheitsverhalten und TIMP-Faktoren auf das Work-SoC der Mitarbeitenden (Stichprobe B).....	103
Tabelle 9 Mittelwerte, Streuungen und Interne Konsistenzen der Salutogenen Interaktionsrelevanten Kognitionen auf Seiten der Führungskräfte sowie deren Interkorrelationen.....	125
Tabelle 10 Ergebnisse der Mehrebenenanalyse mit dem aus Sicht der einzelnen Mitarbeitenden wahrgenommenen Verhalten ihrer direkten Führungskraft auf der TIMP-Dimension Störungsmanagement als Kriterium.....	128
Tabelle 11 Ergebnisse der Mehrebenenanalyse mit dem aus Sicht der einzelnen Mitarbeitenden wahrgenommenen Verhalten ihrer direkten Führungskraft auf der TIMP-Dimension Druck als Kriterium	130
Tabelle 12 Ergebnisse der Mehrebenenanalyse mit dem aus Sicht der einzelnen Mitarbeitenden wahrgenommenen Verhalten ihrer direkten Führungskraft auf der TIMP-Dimension Vertrauen als Kriterium.....	132
Tabelle 13 Mittelwerte und Standardabweichungen der auf Teamebene aggregierten WorkSoc Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit in der Experimentalgruppe und der Warte-Kontrollgruppe zum Messzeitpunkt t1 und t2.	161
Tabelle 14 Ergebnisse der 3x2-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung, den beiden Faktoren Intervention (3 Stufen) und Messzeitpunkt (2 Stufen) und der Work-SoC-Dimension Verstehbarkeit als abhängige Variable.	163
Tabelle 15 Ergebnisse der 3x2-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung, den beiden Faktoren Intervention (3 Stufen) und Messzeitpunkt (2 Stufen) und der Work-SoC-Dimension Handhabbarkeit als abhängige Variable.	164
Tabelle 16 Ergebnisse der 3x2-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung, den beiden Faktoren Intervention (3 Stufen) und Messzeitpunkt (2 Stufen) und der Work-SoC-Dimension Bedeutsamkeit als abhängige Variable.	164

Tabelle 17 Ziele und Erkenntnisse der Dissertation sowie daraus ableitbare Implikationen.	181
---	-----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Fokus der im Rahmen der Dissertation veröffentlichten Artikel.....	21
Abbildung 2 Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM)	42
Abbildung 3 Darstellung systemischer Technik des zirkulären Fragens	56
Abbildung 4 Unterschiede zwischen dem Systemischen und Evidenzbasierten Paradigma	60
Abbildung 5 Synthese systemischer und evidenzbasierter Elemente	68
Abbildung 6 Darstellung des salutogenen Work-SoC-Mechanismus	73
Abbildung 7 Veränderungen des Bedeutsamkeitserlebens (aggregiert auf Teamebene) zwischen den Messzeitpunkten t1 zu t2 unter den drei Stufen des Faktors Intervention	165
Abbildung 8 Theoretische Verortung des SSIM im Kontext der allgemeinen Führungsforschung	187
Abbildung 9 Das SSIM als theoretisches Rahmenmodell für eine GBPsych.....	202

Index der Publikationen

Diese Dissertation besteht insgesamt aus vier in Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren veröffentlichten bzw. eingereichten Artikeln (Kapitel II, IV, V und VI), einer Erörterung des konzeptuellen Rahmens (Kapitel I), einer vertiefenden Erörterung der theoretischen Grundlagen des im Rahmen der Dissertation entwickelten Systemisch-Salutogenen Interaktions-Modells (Kapitel III) und einer generellen Diskussion (Kapitel VII). Die vier Artikel werden in der Original-Form der Publikation präsentiert. Verändert wurde lediglich die Formatierung (Beschriftungen der Tabellen und Abbildungen, Vereinheitlichung der Zitierweise entsprechend den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie).

Inhalt	veröffentlicht bzw. eingereicht unter dem Titel
Kapitel II	Eberz, S. & Antoni, C. H. (2016). Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM) – Ein ganzheitlicher Ansatz zur Erklärung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden. <i>Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)</i> , 3, 265-273.
Kapitel IV	Eberz, S. & Antoni, C. H. (2018). Das TIMP-Inventar – Ein Beitrag zur ökonomischen Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung. <i>Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)</i> , 1, 69-80.
Kapitel V	Eberz, S. & Antoni, C. H. (im Druck). Führungssituation und salutogenes Führungsverhalten – eine Mehrebenenanalyse des Zusammenhangs aus der Sicht von Führungskräften und Geführten auf Basis des Systemisch-Salutogenen Interaktions-Modells. <i>Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie</i> .
Kapitel VI	Eberz, S. & Antoni, C. H. (submitted). Salutogene Führungskräfte-Coachings auf der Grundlage des Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodells (SSIM) – eine Fallstudie. <i>Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie</i> .

Beiträge des Autors

Publikation: Eberz, S. & Antoni, C. H. (2016). Das Systemisch-Salutogene Interaktionsmodell (SSIM) – Ein ganzheitlicher Ansatz zur Erklärung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 3, 265-273.

S. Eberz entwickelte die Idee und das Konzept für diesen Artikel, entwarf das Manuskript, fungierte als korrespondierender Autor während des gesamten Peer-Review-Prozesses. C. H. Antoni gab konstruktive Rückmeldungen und lieferte Beiträge zur Verbesserung des Manuskripts. Beide Autoren haben die Veröffentlichung des Manuskripts genehmigt.

Publikation: Eberz, S. & Antoni, C. H. (2018). Das TIMP-Inventar – Ein Beitrag zur ökonomischen Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 1, 69-80.

S. Eberz entwickelte die Idee und das Konzept für diesen Artikel, führte alle statistischen Analysen durch, interpretierte die Ergebnisse, entwarf das Manuskript und fungierte als korrespondierender Autor während des gesamten Peer-Review-Prozesses. C. H. Antoni gab konstruktive Rückmeldungen und lieferte Beiträge zur Verbesserung des Manuskripts. Beide Autoren haben die Veröffentlichung des Manuskripts genehmigt.

Publikation: Eberz, S. & Antoni, C. H. (im Druck). Führungssituation und salutogenes Führungsverhalten – eine Mehrebenenanalyse des Zusammenhangs aus der Sicht von Führungskräften und Geführten auf Basis des Systemisch-Salutogenen Interaktions-Modells. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*.

S. Eberz entwickelte die Idee und das Konzept für diesen Artikel, führte alle statistischen Analysen durch, interpretierte die Ergebnisse, entwarf das Manuskript und fungierte als korrespondierender Autor während des gesamten Peer-Review-Prozesses. C. H. Antoni gab konstruktive Rückmeldungen und lieferte Beiträge zur Verbesserung des Manuskripts. Beide Autoren haben die Veröffentlichung des Manuskripts genehmigt.

Publikation: Eberz, S. & Antoni, C. H. (submitted). Salutogene Führungskräfte-Coachings auf der Grundlage des Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodells (SSIM) – eine Fallstudie. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*.

S. Eberz entwickelte die Idee und das Konzept für diesen Artikel, führte alle statistischen Analysen bis auf die Berechnung der rwg- und ICC-Werte durch, interpretierte die Ergebnisse, entwarf das Manuskript und fungierte als korrespondierender Autor während des gesamten Peer-Review-Prozesses. C. H. Antoni gab konstruktive Rückmeldungen, lieferte Beiträge zur Verbesserung des Manuskripts, berechnete und interpretierte die rwg- und ICC-Werte. Beide Autoren haben die Veröffentlichung des Manuskripts genehmigt.

1 Kapitel I: Konzeptueller Rahmen

1.1 Einleitung

Die Fehltagel aufgrund von psychischen Erkrankungen sind in den letzten zehn Jahren um 67,5% angestiegen (Meyer, Wenzel & Schenkel, 2018) und stellen mittlerweile die zweithäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibungen dar (Knieps & Pfaff, 2018). Dieses Thema spielt auch bei Frühberentungen zunehmend eine Rolle. Während psychische Störungen in den 1990er Jahren noch an dritter Stelle lagen, so sind sie mit 37 % seit 2001 der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente (BKK Gesundheitsreport, 2008). Neben dem persönlichen Leid für Betroffene und deren Angehörige verursachen diese Erkrankungen auch hohe ökonomische Kosten. Schätzungen gehen davon aus, dass diese in der Europäischen Union (EU) über 600 Milliarden Euro pro Jahr betragen, was auf eine geringere Produktivität der Betroffenen (ca. 260 Milliarden Euro), höhere Ausgaben für Sozialversicherungsprogramme (ca. 170 Milliarden Euro) und direkte Ausgaben im Rahmen der Gesundheitsversorgung (ca. 190 Milliarden Euro) zurückzuführen ist (OECD/EU, 2018; vgl. Bödeker, 2008). Kontrovers diskutiert werden die Ursachen, die für diese Zunahme an psychisch bedingten Fehlzeiten und Frühberentungen verantwortlich sind.

Einerseits spielt hier wahrscheinlich eine erhöhte „*Behandlungsprävalenz*“ (Richter, Buruck, Nebel & Wolf, 2011, S. 27) in Folge einer höheren Sensibilität auf Seiten der Ärzte und einer gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz für psychische Erkrankungen eine Rolle (Jacobi, 2009). Andererseits gehen viele Autoren davon aus, dass ein Großteil dieses Anstiegs an psychisch bedingten Fehlzeiten und Frühberentungen auf die Zunahme arbeitsbedingter psychischer Belastungen im Laufe der letzten Jahrzehnte zurückzuführen ist (Ahlers, 2003; Schaper, 2011).

Insbesondere Führungskräfte rücken vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zunehmend in den Fokus (Franke, Ducki & Felfe, 2015). Dafür sind vor allem zwei Gründe verantwortlich. Erstens, Reviews und Metaanalysen weisen darauf hin, dass zwischen dem Verhalten von Führungskräften und der psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden substantielle Zusammenhänge existieren (Gregersen, Kuhnert, Zimmer & Nienhaus, 2011; Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008; Skakon, Nielsen, Borg & Guzman,

2010). Zweitens, Führungskräfte haben im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) auch formal eine wichtige Funktion: „*Führungskräfte spielen bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen, Personaleinsatz und Personalpflege eine maßgebliche Rolle und haben mittelbar und unmittelbar Einfluss auf die Belastungssituation der Mitarbeiter und damit auf das Ausmaß an Fehlzeiten im eigenen Verantwortungsbereich*“ (Stadler und Spieß, 2003, S. 19; vgl. Ahlers, 2003; Ducki & Felfe, 2011).

Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage wurden in der jüngeren Vergangenheit explizit gesundheitsorientierte Führungskonzepte wie z.B. der Ansatz des Health-oriented Leadership (HoL, Franke & Felfe, 2011) oder die Gesundheits- und Entwicklungsförderliche Führungsverhaltens-Analyse (GEFA, Vincent, 2011) entwickelt, die spezifisch gesundheitsförderliche Führungsverhaltensweisen definieren und operationalisieren. Durch solche Modelle wird die Verantwortung von Führungskräften mit Blick auf den Erhalt und die Förderung der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden konkretisiert. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse empirischer Analysen darauf hin, dass diese spezifisch gesundheitsorientierten Führungskonzepte (im Vergleich zu allgemeinen Führungsansätzen wie transformationaler Führung) inkrementelle Varianz psychischer Gesundheitsindikatoren auf Seiten der Mitarbeitenden aufklären (Franke & Felfe, 2011; Vincent, 2011).

Es ist allerdings festzustellen, dass auch die neueren, explizit gesundheitsorientierten Führungskonzepte HoL und GEFA tendenziell einseitig auf die Person der Führungskraft als Einflussfaktor fokussieren und damit stark in der Tradition des personenzentrierten Ansatzes der Führungsforschung stehen (vgl. Eilles-Matthiessen & Scherer, 2011; Rigotti, Emmerich & Holstad, 2015; Skakon et al., 2010). Insbesondere wird der Einfluss der Führungssituation auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten weitgehend ausgeblendet. Diese Ausklammerung ist aus mehreren Gründen problematisch.

Erstens, Führungskräfte brauchen nach derzeitigem Kenntnisstand hinreichend gesundheitsförderliche Kontextbedingungen (z.B. eine gesundheitsförderliche Organisationskultur, genügend personelle Ressourcen, realistische Zielvorgaben, Unterstützung von Seiten des Managements etc.), um gesundheitsförderlich führen zu können (Eilles-Matthiessen & Scherer, 2011; Franke et al., 2015; Rigotti et al., 2015). Die Ergebnisse der Evaluationsforschung weisen darüber hinaus darauf hin, dass der Erfolg gesundheitsorientierter Interventionen von mehreren Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen abhängt (Egan, Bambra, Thomas, Petticrew, Whitehead & Thomson, 2007; Kompier, Geurts, Gründemann, Vink & Smulders, 1998; Metz 2011; Müller, 2016; Nielsen, Randall,

Holten & Gonzalez, 2010). Diese Tatsache widerspricht ebenfalls einer Vorstellung im Sinne der „*Great-Man-Theorie*“ (Neuberger, 2002, S. 17), dass Führungskräfte einseitig und im Alleingang die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden fördern können und dafür alleine verantwortlich zu machen sind (vgl. Eilles-Matthiessen & Scherer, 2011). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen spiegelt sich in der Tatsache, dass einige Führungskräfte sich nur in geringem Maße für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden verantwortlich fühlen (Echterhoff, 2011; Stadler, Strobel & Hoyos, 2000), in vielen Fällen wahrscheinlich auch ein Mangel an kontextbezogenen Ressourcen für ein gesundheitsförderliches Führungsverhalten. Wenn gesundheitsorientierte Führungskonzepte diese wichtigen Einflussfaktoren auf der Ebene der Führungssituation allerdings nicht explizit berücksichtigen, dann reduziert dies nicht nur das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial dieser Konzepte, sondern auch die Wirksamkeit darauf basierender Interventionen.

Zweitens, nicht nur Führungskräfte beeinflussen die Gesundheit und das Verhalten ihrer Mitarbeitenden, sondern umgekehrt können Mitarbeitende durch ihr Verhalten das Führungsverhalten (Aquino, Grover, Bradfield & Allen, 1999; Blickle, 2003; Tepper, Duffy & Shaw, 2001) und auch die Gesundheit von Führungskräften bedeutsam beeinflussen (Ohm & Strohm, 2001; Kusy & Holloway, 2009; Zimmer, Hentrich, Bockhoff, Wissing & Petermann, 2015). Rückwirkend kann sich der Gesundheitszustand einer Führungskraft wiederum auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirken (Skakon et al., 2010; Bakker, Westman & van Emmerik, 2009). Auch dieser potente Einfluss des Mitarbeiterverhaltens auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Führungskräften wird in den aktuellen gesundheitsorientierten Führungskonzepten nur unzureichend berücksichtigt, was deren Erklärungs- und Vorhersagepotenzial ebenfalls mindert.

Drittens, einseitig auf die Person der Führungskraft ausgerichtete gesundheitsorientierte Führungskonzepte implizieren einseitige Verantwortungszuschreibungen in Richtung der Führungskräfte für die Gesundheit der Mitarbeitenden, was die Chancen für die Übernahme einer Mit-Verantwortung für gesundheitsrelevante Prozesse sowohl auf Seiten der Führungskräfte als auch der Mitarbeitenden reduziert. Zum einen erleben viele Führungskräfte einseitige Erklärungskonzepte, die den Einfluss der Führungssituation weitgehend ausblenden, wahrscheinlich als unangemessen und unfair, was die Chancen für eine konstruktive Kooperation beim Thema gesundheitsförderliches Führungsverhalten (vgl. Cohen-Charash & Spector, 2001; Montada, 2001) und insbesondere kritische Selbstreflexionsprozesse (Semmer & Jacobshagen, 2010) erschwert. Zu bedenken ist bei diesem

Thema insbesondere, dass die Interessen der Mitarbeitenden bzw. deren Wohlergehen oftmals im Widerspruch zu betriebswirtschaftlichen Vorgaben und Erwartungen des Managements stehen, was zu sehr belastenden intrapsychischen Konflikten auf Seiten der Führungskräfte führen kann (Zimber et al., 2015). Diese Ausgangslage kann intrapsychische Abwehrprozesse gegen die Übernahme von Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeitenden weiter verstärken (vgl. Montada, 2001) bzw. eine Überzeugung in Richtung „*Gesundheit ist Privatsache*“ (Echterhoff, 2011, S. 94) begünstigen. Zum anderen können einseitige Verantwortungszuschreibungen in Richtung der Führungskräfte aber auch gesundheitsgefährdende Selbstwirksamkeitserwartungen auf Seiten der Mitarbeitenden befördern mit Blick auf die Möglichkeiten, durch ihr eigenes Verhalten gesundheitsgefährdende Interaktionsdynamiken mit Vorgesetzten, arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken oder ihre Gesundheit insgesamt beeinflussen zu können (vgl. Schwarzer, 1992). Derartige dysfunktionale Selbstwirksamkeitserwartungen sind allerdings fatal, weil sie potente Risikofaktoren für die Genese von Depressionen darstellen (Hautzinger, 2000; de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007) und vermittelt über „*problemstabilisierendes Handeln*“ (Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 106; vgl. Wardetzki, 2013, Watzlawick, 1999) die Wahrscheinlichkeit für eine Konflikteskalation (Glasl, 2008, 2011) erhöhen. Die wenigen bisher verfügbaren empirischen Studien zu diesem Thema weisen darauf hin, dass einseitige Verantwortungsübernahmen auf Seiten der Führungskräfte für die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden in der Praxis in den meisten Fällen tatsächlich nicht zu einer Verbesserung der Situation, sondern zu Vergeblichkeitserfahrungen, Frust und Selbstzweifeln führen (Baer, Frick, Auerbach & Basler, 2017; vgl. Eilles-Matthiessen & Scherer, 2011).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheinen die Vernachlässigung des Einflusses der Führungssituation (Kontext und Mitarbeiterverhalten) sowie die damit eng verbundene tendenziell einseitige Verantwortungszuschreibung in Richtung der Führungskräfte für die Gesundheit der Mitarbeitenden problematisch. Angemessener, fairer und nützlicher erscheinen gesundheitsorientierte Führungsmodelle, die zum einen gesundheitsorientierte Führung als Interaktionsprozess mit einer reziproken Beeinflussung von Führungs- und Mitarbeiterverhalten konzeptualisieren und zum anderen diejenigen Kontextfaktoren explizit berücksichtigen, die sich auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der handelnden Akteure auswirken. Daher ist davon auszugehen, dass das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial gesundheitsorientierter Führungsmodelle durch die explizite

Berücksichtigung der Führungssituation bedeutsam gesteigert werden kann (übergeordnete Forschungs-Hypothese). Derartige, integrative gesundheitsorientierte Führungsmodelle existieren allerdings bislang noch nicht (vgl. Franke et al., 2015; Gregersen et al., 2011; Kuoppala et al., 2008; Rigotti et al., 2015; Skakon et al., 2010). Darüber hinaus ist weitgehend unklar, über welche Wirkmechanismen sich zum einen das Führungsverhalten auf die Gesundheit der Mitarbeitenden und zum anderen bestimmte Antezedenzen gesundheitsförderlicher Führung wie z.B. die Führungssituation auf gesundheitsrelevante Führungsverhaltensweisen auswirken (vgl. Franke et al., 2015; Rigotti et al., 2015). Die vorliegende Dissertation verfolgt daher drei übergeordnete Ziele:

Erstens, es soll zunächst ein anwendungsorientiertes Modell zur Erklärung und Förderung salutogenen Führungs- und Mitarbeiterverhaltens auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes entwickelt und theoretisch begründet werden, das zum einen explizit den bislang vernachlässigten Einfluss des Kontextes und des Mitarbeiterverhaltens auf salutogene Aspekte des Führungsverhaltens berücksichtigt. Zum anderen soll dieses Modell auch konkrete Wirkmechanismen beschreiben, die plausibel erklären, wie sich zum einen das Führungsverhalten auf die Gesundheit der Mitarbeitenden und zum anderen bestimmte Antezedenzen auf gesundheitsförderliche Führungsverhaltensweisen auswirken. Durch diese erweiterte Perspektive soll das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial der bislang verfügbaren gesundheitsorientierten Führungskonzepte gesteigert werden.

Zweitens, auf der Grundlage empirischer Studien soll das Modell konkretisiert und dessen Komplexität durch eine Fokussierung auf Einflussfaktoren mit besonders starken Effekten begrenzt werden, um dessen Nutzen für die Praxis zu maximieren. Hier steht insbesondere eine Identifikation von Führungsverhaltensweisen im Vordergrund, die sich relativ zu anderen Führungskonzepten besonders stark auf die Gesundheit auswirken. Die Beantwortung der Forschungsfrage, welches Führungsverhalten denn diesbezüglich besonders positive oder negative Effekte hat, ist insbesondere für die Praxis von großer Bedeutung, da dies eine effiziente und wissenschaftlich begründete Fokussierung auf eine überschaubare Anzahl von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen im Führungsalltag erleichtern würde. Eine systematische, vergleichende empirische Analyse der relativen Bedeutung unterschiedlicher Führungsverhaltensweisen steht allerdings noch aus (vgl. Rigotti et al., 2015; Rudolph, Murphy & Zacher, 2019).

Drittens, zentrale Postulate dieses Modells, die sich auf den bedeutsamen Einfluss der Führungssituation auf gesundheitsförderliche Führungsverhaltensweisen (übergeordnete

Forschungs-Hypothese) und die vermittelnden kognitiv-emotionalen Wirkmechanismen beziehen, sollen erstmals mittels empirischer Forschung geprüft werden.

1.2 Zum Stand der gesundheitsorientierten Führungsforschung

1.2.1 Gesundheitsorientierte Führungsmodelle und -konzepte

Es lassen sich grundsätzlich zwei Ebenen unterscheiden, auf denen Führungskräfte die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden beeinflussen können (vgl. Franke et al., 2015): Gesundheitsförderliches Führungsverhalten in Interaktionen (Ebene 1) und eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und Rahmenbedingungen (Ebene 2).

Ebene 1: Gesundheitsförderliches Führungsverhalten in Interaktionen

Auf der Basis der Erkenntnisse zahlreicher Reviews und Metaanalysen kann festgestellt werden, dass insbesondere die positiv konnotierten Führungskonzepte soziale Unterstützung, Mitarbeiterorientierung (Gregersen et al., 2011; Kuoppala et al., 2008; Skakon et al., 2010; Stadler & Spieß, 2003) und transformationale Führung (Felfe, 2006) die Gesundheit von Mitarbeitenden positiv beeinflussen. Aktuelle Veröffentlichungen fokussieren darüber hinaus auch auf spezifisch gesundheitsorientierte positive und negative Führungsverhaltensweisen und die Übernahme einer gesundheitsförderlichen Vorbildfunktion (Franke & Felfe, 2011; Franke, Felfe & Pundt, 2014).

Nach Udris (1995, S. 422) wird Soziale Unterstützung definiert als „*Austausch (Transaktion) von Ressourcen zwischen den Mitgliedern eines sozialen Netzwerks mit dem (impliziten oder expliziten) Ziel der gegenseitigen Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung des Wohlbefindens*“. Es handelt sich dabei um ein mehrdimensionales Konzept, bei dem u.a. zwischen emotionaler (Respekt, Vertrauen, Anerkennung) und instrumenteller Unterstützung (direkte Hilfe bei der Lösung eines Problems) unterschieden werden kann (Schwarzer & Leppin, 1989; vgl. Laireiter, 1993; Pfaff, 1989). Der am häufigsten untersuchte Wirkmechanismus geht davon aus, dass soziale Unterstützung die pathogenen Auswirkungen von Stressoren auf das Wohlbefinden reduzieren, was in der Literatur unter dem Begriff „*Puffer-Hypothese*“ subsumiert wird (Johnson & Hall, 1988; Stadler & Spieß, 2003; Udris & Frese, 1999). Die empirische Befundlage zu dieser These ist allerdings widersprüchlich (Ganster & Victor, 1988; Pfaff, 1989). Die Wirkung sozialer Unterstüt-

zung hängt wahrscheinlich stark von der Art der sozialen Unterstützung, situativen Merkmalen (z.B. Kontrolle bzw. Entscheidungs- und Handlungsspielräumen, Zeitdruck, räumliche Nähe, Eigenschaften des sozialen Netzwerks im Arbeitskontext und Eigenschaften der Person) und der Art des Arbeitsstressors ab (Frese & Semmer, 1991; Leppin & Schwarzer, 1997; Pfaff, 1989; van der Doef & Maes, 1999). Darüber hinaus scheint die Unterstützung von Seiten des Vorgesetzten wirksamer zu sein als die von Seiten der Team-Kollegen (Baker, Israel & Schurman, 1996; Frese & Semmer, 1991).

Das Konzept der Mitarbeiterorientierung geht zurück auf die so genannten „Ohio-Studien“ (Hemphill & Coons, 1957) Mitte des vorigen Jahrhunderts, in deren Rahmen Beschreibungen des Führungsverhaltens sukzessiv verdichtet wurden, sodass am Ende zwei Meta-Faktoren identifiziert werden konnten: Mitarbeiterorientierung bzw. „*Consideration*“ und Aufgabenorientierung bzw. „*Initiating Structure*“ (Neuberger, 2002, Kap. 6.2). Diese beiden Dimensionen können wie folgt definiert werden: „*Consideration erfasst Wärme, Vertrauen, Freundlichkeit, Achtung der Mitarbeiter und wird deshalb als mitarbeiterorientiertes Verhalten übersetzt. Mit Initiating Structure wird die aufgabenbezogene Organisation und Strukturierung, die Aktivierung und Kontrolle der Mitarbeiter gemessen. Daher wird diese Dimension im Deutschen als aufgabenbezogenes Verhalten bezeichnet*“ (Nerdinger, 2011, S. 86; vgl. Fittkau & Fittkau-Garthe, 1971). Metaanalytische Befunde weisen darauf hin, dass insbesondere starke Zusammenhänge zwischen der Mitarbeiterorientierung und der Mitarbeiterzufriedenheit ($p = .46$) sowie etwas moderatere Zusammenhänge zwischen Aufgabenorientierung und der Mitarbeiterzufriedenheit ($p = .22$) bestehen (Judge, Piccolo & Ilies, 2004). Diese Befunde sind aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive interessant, da die „*Arbeitszufriedenheit eine Bedingung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens und ein Indikator „gesunder“ Arbeitsbedingungen ist*“ (Nerdinger, 2011, S. 401; vgl. Dormann & Zapf, 2001). Darüber hinaus weisen empirische Daten darauf hin, dass einerseits die Kombination zwischen starker Aufgabenorientierung und geringer Mitarbeiterorientierung ein potentes Gesundheitsrisiko für die Mitarbeitenden darstellt (Rowold & Heinitz, 2008; Schmidt, 1996), während eine gute Balance zwischen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung mit geringen Stress- und Burnout-Risiken einhergeht (Nyberg, Bernin & Theorell, 2005; vgl. Kuoppala et al., 2008). Geringe Ausprägungen von Mitarbeiterorientierung wie z.B. mangelnde Wertschätzung (Siegrist, 1996; Siegrist & Dragano, 2008) und beleidigendes (Kuoppala et al., 2008) bzw. destruktives Vorgesetztenverhalten (Schyns & Schilling,

2013; Semmer & Jacobshagen, 2010) stellen hingegen potente Gesundheitsrisiken für Mitarbeitende dar.

Burns (1978) unterschied als erster transformationales und transaktionales Führungsverhalten (Nerdinger, 2011; vgl. Neuberger, 2002). Felfe (2006, S.164; vgl. Shamir, House & Arthur, 1993) definiert beide Führungsstile wie folgt: „*Während bei transaktionaler Führung faire Austauschprozesse im Vordergrund (Contingent Reward) stehen und die Führungskraft für die Erreichung und Kontrolle von Zielen Sorge trägt (Management by Exception), gelingt es transformationaler Führung durch die „Transformation“ von Werten und Einstellungen der Mitarbeiter Motivation und Leistung zu steigern*“. Nach Bass (1985) kann transformationales Führungsverhalten durch die vier Dimensionen „*Idealized Influence*“, „*Inspirational Motivation*“, „*Intellectual Stimulation*“ und „*Inspirational Consideration*“ operationalisiert werden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Datenlage ist davon auszugehen, dass transformationale Führung überwiegend positiv mit Gesundheitsindikatoren auf Seiten der Mitarbeitenden und negativ mit Befindensbeeinträchtigungen korreliert ist (Felfe, 2006; Franke et al., 2015; Judge & Piccolo, 2004; Nyberg et al., 2005; Skakon et al., 2010). Theoretisch sind diese positiven Zusammenhänge mit der Mitarbeitergesundheit zum einen dadurch zu erklären, dass das Konzept zumindest konzeptionelle Überschneidungen mit den gesundheitsförderlichen Führungsansätzen soziale Unterstützung und Mitarbeiterorientierung aufweist (Felfe, 2006; Judge, Piccolo & Ilies, 2004). Zum anderen stimuliert ein transformationales Führungsverhalten positive Veränderungen der Einstellung zur Arbeit, des Sinnerlebens, der Arbeitsmotivation, der Selbstwirksamkeitserwartung, Empowerment, Kreativität und Innovation auf Seiten der Mitarbeitenden (Felfe, 2006). Diese Wachstumsprozesse stärken wiederum sukzessiv die personenimmanenten Ressourcen, die zur Bewältigung von stressinduzierenden Herausforderungen mobilisiert werden können. Demnach lässt sich transformationale Führung in Übereinstimmung mit dem Job Demands-Resources Model (JDR) von Bakker und Demerouti (2007) insbesondere auch als eine entwicklungsförderliche, salutogene Ressource im Arbeitskontext interpretieren. Die empirischen Daten zum Zusammenhang von transaktionaler Führung und dem Wohlbefinden sind insgesamt betrachtet widersprüchlich (Skakon et al., 2010). Die Auswirkungen und praktischen Umsetzungsmöglichkeiten transformationaler Führungsaspekte werden allerdings von verschiedenen personen- (z.B. stärkere Zusammenhänge mit Erfolgskriterien bei Mitarbeitenden mit hohem Auto-

nomie- und Wachstumsbedürfnis) und kontextbezogenen Moderatorvariablen (z.B. stärkere Zusammenhänge mit Erfolgsindikatoren in Phasen der Unsicherheit und Veränderung) beeinflusst (Felfe, 2006; Felfe, 2015; vgl. Shamir et al., 1993).

Der Ansatz des Health-oriented Leadership (HoL, Franke & Felfe, 2011) fokussiert auf die Selbstfürsorge der Führungskraft und ihre Fürsorge gegenüber den Mitarbeitenden, die sich jeweils aus den drei Dimensionen Wichtigkeit, Achtsamkeit und Verhalten zusammensetzen. Die Selbstfürsorge der Führungskraft wirkt sich dabei sowohl auf die Fürsorge gegenüber den Mitarbeitenden und vermittelt über Prozesse des Modelllernens auf deren Selbstfürsorge aus (Franke et al., 2015). Dadurch wird erstmals auch eine Einflussnahme der Führungskraft auf die Mitarbeitergesundheit durch die aktive Motivierung zu Gesundheitshandeln und die Übernahme einer auf die Gesundheit bezogenen Vorbildfunktion thematisiert. Die bislang verfügbaren empirischen Erkenntnisse weisen darauf hin, dass der HoL-Ansatz (im Vergleich zu transformationaler Führung) inkrementelle Varianz psychischer Gesundheitsindikatoren auf Seiten der Mitarbeitenden aufklärt (Franke & Felfe, 2011).

Ebene 2: Gesundheitsförderliche Arbeitsaufgaben/-bedingungen als Führungsaufgabe

Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse weisen darauf hin, dass sich Merkmale der Gestaltung von Arbeitsaufgaben und Rahmenbedingungen im Sinne von Ressourcen positiv oder als Stressoren negativ auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirken können (Udris, 2006; Zapf & Semmer, 2004). Führungskräfte haben wiederum einen mehr oder weniger großen Einfluss auf diese Merkmale (Ducki & Felfe, 2011; Franke, Vincent & Felfe, 2011).

Die Handlungsregulationstheorie (Oesterreich & Volpert, 1987; Hacker, 2006; Hacker & Richter, 1980; Leitner, Volpert, Greiner, Weber & Henners, 1987), das Job-Characteristics-Modell (Hackman & Oldham, 1975) und das Job-Demand-Control-(Support-)Modell (Karasek & Theorell, 1990) zählen zu den einflussreichsten Konzepten, die auf gesundheitsrelevante Aspekte der Aufgabengestaltung fokussieren. Es würde den Rahmen sprengen, diese Konzepte hier im Detail zu erläutern, weshalb nachfolgend darauf verzichtet wird (gute Übersichten finden sich bspw. bei Nerdinger, Blickle & Schaper, 2011; Richter et al., 2011). Innerhalb dieser Ansätze werden jedoch zum Teil ähnliche Gestaltungsmerkmale für Arbeitsaufgaben benannt, die sich positiv auf die psychische Gesundheit, die Persönlichkeitsentwicklung und die Zufriedenheit von Mitarbeitenden auswirken

(von Rosenstiel, Molt & Rüttinger, 2005): a) *Autonomie* (Handlungs- & Entscheidungsfreiheiten), b) *Feedback* (Rückmeldung über Arbeitsergebnisse/-leistungen), c) *Ganzheitlichkeit* (planende, ausführende und kontrollierende Tätigkeiten), d) *Abwechslung* (Vielfalt der Tätigkeiten) und e) *Bedeutsamkeit* (Sinnhaftigkeit und persönlich wahrgenommene Wichtigkeit der eigenen Arbeitsaufgabe). Darüber hinaus benennen diese Ansätze auch Einflussfaktoren, die ein Gesundheitsrisiko darstellen wie bspw. Regulationshindernisse und quantitative oder qualitative Regulationsüberforderungen (Karasek & Theorell, 1990; Leitner et al., 1987).

Im Rahmen zahlreicher Forschungsaktivitäten wurden weitere arbeitsbezogene Stressoren und Ressourcen identifiziert und klassifiziert, die die Gesundheit der Beschäftigten empirisch nachweisbar beeinflussen können (z.B. Udris, 2006; Ulich & Wülser, 2018; Siegrist & Dragano, 2008; Zapf & Semmer, 2004). Diese wurden operationalisiert und sind Teil verschiedener Inventare zur Erfassung gesundheitsförderlicher und -gefährdender Aspekte der Arbeitsgestaltung, wie z.B. dem Instrument zur Stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA, Semmer, Zapf & Duckel, 1999), der Salutogenetischen Subjektiven Arbeitsanalyse (SALSA, Rimann & Udris, 1997), dem Job Diagnostic Survey (JDS, Hackman & Oldham, 1975) oder dem Work Design Questionnaire (WDQ, Morgeson & Humphrey, 2006).

Vincent (2011; vgl. Jimenez, Winkler & Bregenzer, 2017) konzeptualisiert auf der Grundlage dieser Erkenntnisse eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und Rahmenbedingungen explizit als Teil der Führungsaufgabe. Die Autorin postuliert in ihrer Gesundheits- und Entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens-Analyse (GEFA) drei als Meta-Faktoren zu interpretierende gesundheitsbezogene Führungsdimensionen: Überforderung, Entwicklungsorientierung und Unterstützung. Diese beeinflussen die Gesundheit der Mitarbeitenden vermittelt über eine Gestaltung von Arbeitsaufgaben und Arbeitsbedingungen, für die die Führungskraft zumindest eine Mitverantwortung trägt, und vor allem durch soziale Unterstützung in direkten Interaktionen.

1.2.2 Herausforderungen der gesundheitsorientierten Führungsforschung

Mittlerweile liegen zahlreiche empirische Befunde vor, die darauf hinweisen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Führungsverhalten auf der einen und der Gesundheit der Mitarbeitenden auf der anderen Seite (Franke & Felfe, 2011; Gregersen et al.,

2011; Kuoppala et al., 2008; Skakon et al., 2010; Stadler & Spieß, 2003; Vincent, 2011). Einschränkung ist allerdings festzustellen, dass die Erkenntnisse der gesundheitsorientierten Führungsforschung bislang überwiegend auf Querschnittstudien basieren, was zu einer „*mangelnden Evidenz kausaler Zusammenhänge*“ in diesem Bereich führt (Rigotti et al., 2015, S. 266; vgl. Skakon et al., 2010). Trotz dieses Mangels hat die gesundheitsorientierte Führungsforschung einen wichtigen Beitrag geleistet, um Führungskräfte für ihre Einflussmöglichkeiten und ihre Verantwortung im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu sensibilisieren. Diese Sensibilisierung ist insbesondere deshalb wertvoll, weil viele Führungskräfte ihre Einflussmöglichkeiten und damit auch die Mit-Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit unterschätzen bzw. negieren (Echterhoff, 2011).

Weitgehend unklar ist allerdings, über welche Wirkmechanismen sich das Verhalten von Führungskräften auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirkt (Skakon et al., 2010). Rigotti et al. (2015) bezeichnen diese Ausgangslage als „*Black Box der Führung*“ (S. 267). Die Autoren schlussfolgern auf der Grundlage einer Literaturrecherche, dass aktuelle Konzepte davon ausgehen, dass sich Führungsverhalten wahrscheinlich zum einen vermittelt über eine „*Befriedigung basaler Bedürfnisse und der Förderung der Internalisierung von Motivation*“ (S. 267) auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirkt. Zum anderen erklären einige gesundheitsorientierte Führungskonzepte wie z.B. die GEFA (Vincent, 2011) den Einfluss von Führung auf die Mitarbeitergesundheit durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -bedingungen. Damit wird bei der Erklärung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens auf „*klassische Modelle der arbeitswissenschaftlichen Stressforschung*“ (Rigotti et al., 2015, S. 267) zurückgegriffen. Darüber hinaus ist auch festzustellen, dass sowohl im Bereich der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung als auch in der gesundheitsorientierten Führungsforschung zentrale Konzepte des einflussreichen Salutogenesemodells (Antonovsky, 1987) wie bspw. das Kohärenzerleben oder seine bereichsspezifische Weiterentwicklung das Kohärenzerleben im Arbeitskontext bislang überwiegend ignoriert werden (Eberz, Becker & Antoni, 2011; vgl. Franke et al., 2015; Kuoppala et al., 2008; Rudolph et al., 2019, Skakon et al., 2010; Udris, 2006). D.h. wichtige und vergleichsweise gut erforschte gesundheitswissenschaftliche Konzepte und Wirkmechanismen wurden bislang noch nicht systematisch auf den Bereich der gesundheitsförderlichen Führungsforschung übertragen. Eine konzeptuelle Verknüpfung zwischen dem Salutogenesemodell und der gesund-

heitsförderlichen Führungsforschung und eine darauf basierende systematische Forschung könnte allerdings das Erklärungspotenzial gesundheitsorientierter Führungsansätze bedeutsam erweitern. Denn plausiblerweise ist davon auszugehen, dass sich bestimmte Facetten des Führungsverhaltens wie z.B. soziale Unterstützung vermittelt über das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden im Arbeitskontext auf deren Gesundheit auswirkt (Eberz et al., 2011; vgl. Antonovsky, 1987).

Darüber hinaus enthalten die meisten der bisher verfügbaren gesundheitsorientierten Führungsmodelle keine konkreten Aussagen zu den Faktoren und Mechanismen, die gesundheitsförderliches Führungsverhalten fördern, hemmen und erklären. D.h. die Fragen, warum bzw. unter welchen Umständen Führungskräfte in der Praxis gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zeigen und über welche kognitiv-emotionalen Mechanismen sich diese Faktoren auswirken, sind ebenfalls weitgehend unbeantwortet (vgl. Franke et al., 2015; Rigotti et al., 2015; Skakon et al., 2010). Der HoL-Ansatz (Franke & Felfe, 2011) postuliert diesbezüglich erstmals einen bedeutsamen Einfluss gesundheitsförderlicher Einstellungen auf Seiten der Führungskraft (Wichtigkeit der eigenen Gesundheit im Sinne von Selbstfürsorge und der Mitarbeitergesundheit im Sinne von Fürsorge und eine darauf bezogene Achtsamkeit) als Antezedenzien gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens. In diesem Konzept wird darüber hinaus das Modelllernen als Mechanismus in den Vordergrund gerückt, der erklärt, warum sich diese gesundheitsförderlichen Einstellungen von Führungskräften vermittelt über deren Verhalten auf die Selbstfürsorge der Mitarbeitenden auswirkt. Dieser Mechanismus ist einerseits plausibel begründet. Vor dem Hintergrund der ersten empirischen Erkenntnissen (Franke et al., 2015) ist auch davon auszugehen, dass die in diesem Ansatz postulierten Zusammenhänge bei der Erklärung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens eine bedeutende Rolle spielen. Andererseits fokussiert dieses Erklärungskonzept einseitig auf gesundheitsförderliche Einstellungen der Führungskraft und vernachlässigt damit insbesondere den wahrscheinlich sehr bedeutsamen Einfluss der Führungssituation. Nachfolgend wird herausgearbeitet, warum diese Tatsache den Erkenntnisfortschritt im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung bedeutsam einschränkt und die Implementierung wissenschaftlich begründeter Konzepte in die Praxis erschwert. Darüber hinaus werden auch das Problem einer ausgeprägten konzeptionellen Komplexität der vorhandenen gesundheitsorientierten Führungsansätze bei unklarer konzeptioneller Eigenständigkeit und dessen Auswirkungen für Forschung und Praxis nachfolgend erörtert.

Vernachlässigung der Führungssituation

Im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung werden Eigenschaften (z.B. die Wichtigkeit der Mitarbeitergesundheit und die diesbezügliche Achtsamkeit) und Verhaltensweisen der Führungskraft (z.B. Fürsorgliches Führungsverhalten, Unterstützung, Mitarbeiterorientierung) tendenziell einseitig als unabhängige und die Gesundheit der Mitarbeitenden als abhängige Variablen konzipiert (vgl. Franke & Felfe, 2011; Vincent, 2011). Der Einfluss der Führungssituation (z.B. Führungsspielräume, Zielvorgaben sowie Eigenschaften und Verhaltensweisen der Mitarbeitenden) wird hingegen bislang nur unzureichend berücksichtigt (Rigotti et al., 2015, Rudolph et al., 2019; vgl. Franke et al., 2015).

Hier ist festzustellen, dass auch moderne, explizit gesundheitsbezogene Führungskonzepte wie z.B. der HoL-Ansatz (Franke & Felfe, 2011) zumindest mit Blick auf einige zentrale Aspekte eher in der Tradition des klassischen Eigenschaftsansatzes der Führung (vgl. Neuberger, 2002, Kap. 4) stehen. Dies spiegelt sich insbesondere in der starken und tendenziell einseitigen Fokussierung auf gesundheitsbezogene Einstellungen von Führungskräften (Wichtigkeit der Gesundheit der Mitarbeitenden und eine darauf bezogene Achtsamkeit) als Antezedenzen gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens. Die GEFA (Vincent, 2011) rückt eine Vielzahl gesundheitsförderlicher Führungsverhaltensweisen ins Zentrum der Betrachtung, die in Interaktionen und vermittelt über eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeits- und Rahmenbedingungen die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden beeinflussen. Hier wird zwar nicht auf gesundheitsbezogene Einstellungen rekurriert. Allerdings steht auch bei diesem Ansatz die Person der Führungskraft bzw. deren Verhalten einseitig im Zentrum der Analyse. Die beschriebene Ausgangslage erhöht den Überlegungen von Eilles-Matthiessen und Scherer (2011) zu Folge insbesondere das Risiko für eine „*Romance of Leadership*“ (Meindl, Ehrlich & Dukerich, 1985) im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung. Damit ist hier eine systematische Überschätzung der Möglichkeiten einzelner Führungskräfte gemeint, die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden unabhängig von Kontextfaktoren, Eigenschaften und Verhaltensweisen von Mitarbeitenden beeinflussen zu können.

Insgesamt betrachtet kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass gesundheitsorientierte Führungskonzepte zentrale kontext- und interaktionsbezogene Einflussfaktoren bislang nicht hinreichend berücksichtigen, die die Mitarbeitergesundheit und gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens bedeutsam beeinflussen. Derzeit ist es allerdings

schwierig, diese Effekte empirisch abzuschätzen, da systematische Untersuchungen zum Einfluss von Interaktionen und Kontextfaktoren auf gesundheitsrelevante Führungsaspekte noch ausstehen (vgl. Rigotti et al., 2015; Franke et al., 2015). Einige Argumente sprechen jedoch dafür, dass diese Faktoren eine bedeutende Rolle spielen.

Erstens, das Führungsverhalten und dessen Auswirkungen werden grundsätzlich durch eine Vielzahl von Faktoren auf der Ebene des Kontextes und der Mitarbeitenden bedeutsam beeinflusst. Im Bereich der modernen allgemeinen Führungsforschung werden das Führungsverhalten und der Führungserfolg daher als multikausal bedingte Phänomene interpretiert: *„Führung ist ein multifaktorielles Geschehen, zu dessen Verständnis man bei jedem dieser Faktoren (Führer, Geführte, Aufgaben, Organisation, Umwelt etc.) ansetzen kann [...]“* (Neuberger, 2002, S. 223; vgl. Brodbeck, 2016; Day, 2014; Lang & Rybnikova, 2014; Nerdinger, 2008; von Rosenstiel et al., 2005; Yukl, 1989). Diese Sichtweise wird zum einen durch metaanalytische Studien gestützt, die zeigen, dass die Persönlichkeit des Führenden nur einen Teil der Varianz des Führungserfolgs aufklärt (Judge, Bono, Ilies & Gerhardt, 2002). Auch die empirischen Ergebnisse aktueller, groß angelegter internationaler Forschungsprojekte wie der GLOBE-Studie weisen darauf hin, dass lediglich ca. 20% der Varianz des Führungserfolgs durch die Persönlichkeit und Intelligenz der Führungskraft erklärt werden können (Brodbeck, 2016). Der wesentlich größere Varianzanteil wird den Autoren zu Folge durch kulturelle Normen und Werte (ca. 25%) auf der einen und Kontextfaktoren wie Merkmale der Arbeitsaufgabe, der sozialen Interaktion und der Führungssituation sowie Merkmale der Mitarbeiter (insgesamt ca. 36%) auf der anderen Seite aufgeklärt. Der Rest kann durch Unterschiede mit Blick auf das Führungsverhalten erklärt werden (ca. 19%). Einschränkend ist festzustellen, dass in den zitierten Studien, die den Einfluss verschiedener Faktoren auf den Führungserfolg systematisch untersucht haben, bislang vorwiegend Leistungsindikatoren als abhängige Variablen (AV) untersucht wurden. Die psychische Gesundheit stellt allerdings eine AV dar, die nach derzeitigem Kenntnisstand ebenfalls von multiplen Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst wird (Antonovsky, 1987). Daher erscheint es insgesamt betrachtet wahrscheinlich, dass sowohl die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden als auch gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens auch durch Faktoren auf der Ebene des Kontextes und der Mitarbeitenden bedeutsam beeinflusst werden.

Zweitens, Mitarbeitende beeinflussen durch ihr Verhalten die Gesundheit ihrer Führungskräfte, die sich wiederum auf gesundheitsrelevante Führungsverhaltensweisen auswirkt.

Engagierte Mitarbeitende zählen zu den bedeutsamsten gesundheitsförderlichen Ressourcen von Führungskräften am Arbeitsplatz (Ohm & Strohm, 2001). Umgekehrt stellt ein kontraproduktives Mitarbeiterverhalten wie bspw. Missbrauch von Arbeitszeit und Widerstand einen sehr potenten Stressfaktor für Führungskräfte dar, weil es für Führungskräfte zum einen emotional sehr anstrengend ist, darauf mit Sanktionen (z.B. Abmahnungen, Kündigungen) zu reagieren (Zimber et al., 2015). Zum anderen erhöhen kontraproduktive Verhaltensweisen den Regulationsaufwand für Führungskräfte z.B. im Bereich Konfliktmanagement (Kusy & Holloway, 2009). Insgesamt führen kontraproduktive Verhaltensweisen der Mitarbeitenden demnach dazu, dass der Druck auf Führungskräfte steigt. Westman & Etzion (1999) fanden wiederum im Rahmen einer Feldstudie Hinweise darauf, dass Führungskräfte, die selbst stark unter Druck stehen, diesen Druck an ihre Mitarbeitenden weitergeben. Dieser Befund weist darauf hin, dass an der Schnittstelle zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden mit so genannten Crossover-Effekten (Bakker et al., 2009) zu rechnen ist. Diese These wird auch durch die Ergebnisse der Metaanalyse von Skakon et al. (2010, S. 117) unterstützt: „*Leaders' high levels of stress and poor affective well-being are associated with high stress levels and poor well-being among subordinates*“. D.h. wenn Mitarbeitende bspw. durch kontraproduktive Verhaltensweisen die Gesundheit ihrer Führungskräfte beeinträchtigen, dann hat das im Sinne einer negativen Rückkopplung wahrscheinlich auch Auswirkungen auf deren Führungsverhalten, was sich wiederum negativ auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirkt (vgl. Day, 2014).

Drittens, Kontextfaktoren haben ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens und damit auch auf die Gesundheit von Mitarbeitenden (und Führungskräften). In der Literatur werden insbesondere Führungsspielräume (Korek, Felfe & Franke, 2015), hinreichende personelle und materielle Ressourcen (Steinmetz, 2011), zu hohe Erwartungen von Vorgesetzten auf höheren Hierarchieebenen (Pangert & Schüpbach, 2011) und eine mitarbeiterorientierte Organisationskultur (Ducki & Felfe, 2011) als bedeutende Einflussfaktoren auf der Ebene des Kontextes bzw. der Führungssituation thematisiert. Rigotti et al. (2015) fanden bspw. im Rahmen einer Cross-lagged-Panel-Analyse Hinweise darauf, dass Führungskräfte die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden nur dann beeinflussen können, wenn ihre Führungsspielräume dazu ausreichen, organisations- und tätigkeitsbedingte Stressoren zu beeinflussen. Der Einfluss des Kontextes auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens spiegelt sich auch in der Metaanalyse von Eagly und Johnson (1990). Die Autoren fanden Hinweise

darauf, dass die Sozialisation in Organisationen (Einfluss des Kontextes) dazu führt, dass die tendenziell bei Frauen stärker ausgeprägte Präferenz für einen mitarbeiterorientierten Führungsstil sich dem Niveau männlicher Führungskräfte deutlich annähert. Anforderungen im Bereich gesundheitsförderlicher Führung wie z.B. gesundheitsorientierte Achtsamkeit und Fürsorgeverhalten erhöhen darüber hinaus insbesondere auch die quantitative Arbeitsbelastung für Führungskräfte auf unteren und mittleren Hierarchiestufen, die heute schon zu den am stärksten beanspruchten Personengruppen zählen (Zimber et al., 2015; vgl. Pangert & Schüpbach, 2011). Gesundheitsorientierte Ziele stehen darüber hinaus oftmals im Widerspruch zu betriebswirtschaftlichen Zielvorgaben, was gesundheitsgefährdende intrapsychische Konflikte verschärft (Zimber et al., 2015). Diese Belastungen können sich vermittelt über die Gesundheit der Führungskraft negativ auf gesundheitsrelevante Führungsaspekte auswirken (vgl. Bakker et al., 2009). Darüber hinaus unterstreichen empirische Befunde die Bedeutung von kontextbezogenen Moderatorvariablen wie z.B. Führungsspielräumen, da diese die praktischen Umsetzungsmöglichkeiten bzw. die Wirksamkeit gesundheitsorientierten Führungsverhaltens bedeutsam beeinflussen (Korek et al., 2015; vgl. Felfe, 2006).

Zusammenfassend kann daher festgestellt werden, dass einerseits sowohl theoretische Überlegungen als auch empirische Befunde dafür sprechen, dass Kontext- und Interaktionsfaktoren wichtige Aspekte gesundheitsrelevanten Führungsverhaltens bedeutsam beeinflussen. Andererseits fokussieren gesundheitsorientierte Führungskonzepte bislang nicht explizit auf diesen wichtigen Einfluss der Führungssituation (vgl. Franke et al., 2015; Rigotti et al., 2015). Daher ist davon auszugehen, dass das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial gesundheitsorientierter Führungsmodelle durch die explizite Berücksichtigung dieser Einflussfaktoren bedeutsam gesteigert werden kann (übergeordnete Forschungs-Hypothese).

Konzeptionelle Komplexität bei unklarer konzeptioneller Eigenständigkeit

Trotz der zunehmenden Forschungsaktivitäten im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung ist derzeit noch weitgehend unklar, „*was gesundheitsspezifisches Führungsverhalten genau ausmacht*“ (Franke et al., 2011). Diese Frage ist insbesondere deshalb bislang nicht zu beantworten, weil sich gesundheitsorientierte Führungsmodelle theoretisch bzw. konzeptionell zum Teil stark überlappen (Rudolph et al., 2019). Die Autoren argumentieren, dass bei der Entwicklung neuer Ansätze bislang zu wenig auf die Konstruktvalidität geachtet worden sei. Insbesondere sei ein Mangel an Untersuchungen

zur konzeptionellen Eigenständigkeit neuer Konzepte und deren inkrementeller Validität im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung festzustellen (vgl. Antonakis, 2017). Die Autoren empfehlen daher eine stärkere empirische Analyse der inkrementellen Validität dieser Konzepte, um herauszufinden, inwieweit gesundheitsorientierte Führungskonzepte als eigenständige Ansätze betrachtet werden können, die sich einerseits hinreichend untereinander und andererseits hinreichend von allgemeinen Führungskonzepten (z.B. Mitarbeiterorientierung und transformationalen Ansätzen) unterscheiden.

Diese konzeptionelle Komplexität bei unklarer inkrementeller Validität im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung hat auch negative Folgen für die Praxis. Führungskräfte werden zum einen durch eine Vielzahl von Aufgaben stark beansprucht (Zimmer et al., 2015). Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage erscheint es unwahrscheinlich, dass sie im Alltag zusätzlich auf ein breites Spektrum gesundheitsförderlicher Führungsaspekte fokussieren können und wollen. Damit steigt jedoch das Risiko, dass sich der „*research-practice gap*“ (Rousseau, 2006; S. 258) auch mit Blick auf gesundheitsrelevante Führungsaspekte weiter vergrößert.

Eine wissenschaftlich begründete Fokussierung auf wenige, hoch wirksame Kernfaktoren gesundheitsförderlicher Führung könnte hingegen den Transfer in den Führungsalltag erleichtern. Die Identifizierung von Kernfaktoren wird allerdings insbesondere dadurch erschwert, dass gesundheitsorientierte Führungskonzepte bislang nicht auf einen einzigen, spezifischen Gesundheitsindikator fokussieren (vgl. Gregersen et al., 2011; Skakon et al., 2010). Dies führt dazu, dass in Studien typischerweise mehrere, unterschiedliche Gesundheitsindikatoren verwendet werden, die allerdings mit spezifischen Facetten gesundheitsorientierten Führungsverhaltens unterschiedlich stark korrelieren (Rowold & Heinitz, 2008; Vincent, 2011). Diese Ausgangslage macht es schwierig, die in einzelnen Studien nachgewiesenen Effekte bestimmter gesundheitsorientierter Führungskonzepte miteinander zu vergleichen bzw. die vorhandenen empirischen Daten metaanalytisch zu verdichten (Gregersen et al., 2011; vgl. Franke & Felfe; 2011; Kuoppala et al., 2008; Skakon et al., 2010).

1.3 Ziele und Komponenten der Dissertation im Überblick

Vor dem Hintergrund der erörterten Erkenntnisse und Herausforderungen der gesundheitsorientierten Führungsforschung verfolgt diese Dissertation drei übergeordnete Ziele: Erstens, es soll zunächst ein anwendungsorientiertes Modell zur Erklärung und Förderung salutogenen Führungsverhaltens auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes entwickelt und theoretisch begründet werden, das den bislang vernachlässigten Einfluss der Führungssituation auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten explizit berücksichtigt und die dahinter liegenden Wirkmechanismen beschreibt. Zweitens, auf der Grundlage empirischer Studien soll das Modell konkretisiert und dessen Komplexität durch eine Fokussierung auf Einflussfaktoren mit besonders starken Effekten begrenzt werden, um den Nutzen des Modells für die Praxis zu maximieren. Drittens, zentrale Postulate dieses Modells, die sich auf den Einfluss der Führungssituation auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten (übergeordnete Forschungs-Hypothese) und die dahinter liegenden Wirkmechanismen beziehen, sollen erstmals mittels empirischer Forschung systematisch geprüft werden. Nachfolgend wird erläutert, auf welche Teilziele die vier im Rahmen dieser Dissertation veröffentlichten Artikel fokussieren.

In Artikel 1 (Kapitel II) wird ein Modell mit der Bezeichnung Systemisch-Salutogenes Interaktionsmodell (SSIM) vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes abgeleitet und begründet, das auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Führungsforschung basiert, aber auch systemische Konzepte und zentrale Elemente der Salutogenesetheorie integriert. Damit wird das erste Ziel der Dissertation, ein integratives gesundheitsorientiertes Führungsmodell zu entwickeln, das den bislang vernachlässigten Einfluss der Führungssituation explizit berücksichtigt und zentrale Wirkmechanismen beschreibt, die den Einfluss des Führungsverhaltens auf die Mitarbeitergesundheit und der Führungssituation auf salutogenes Führungsverhalten erklären, umgesetzt. Das SSIM unterscheidet grundsätzlich drei Ebenen: Im Primärsystem salutogener Interaktionen (Ebene 1) werden salutogenes Führungs- und Mitarbeiterverhalten erstmals als reziproke Einflussgrößen konzeptualisiert, die sich wechselseitig beeinflussen. Es handelt sich jedoch um einen indirekten, jeweils über kognitiv-emotionale Prozesse bzw. subjektive Wirklichkeitskonstruktionen vermittelten Effekt (salutogener SSIM-Wirkmechanismus A). Im SSIM wird darüber hinaus postuliert, dass sich diese subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen vermittelt über Zielsetzungsprozesse auf das Führungs- und Mitarbeiterverhalten auswirken (salutogener SSIM-Wirkmechanismus B). Darüber hinaus fokussiert das SSIM mit dem

Kohärenzerleben der Führungskräfte und Mitarbeitenden am Arbeitsplatz (Work-SoC) erstmals auf einen konkreten und spezifischen Indikator für psychische Gesundheit, der im Zentrum des Modells steht. Dahinter steht die Annahme, dass sich subjektive Wirklichkeitskonstruktionen z.B. mit Blick auf den Kontext und das Führungsverhalten vermittelt über das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden am Arbeitsplatz auf deren Gesundheit auswirkt (salutogener SSIM-Wirkmechanismus C). Das Modell berücksichtigt auf dieser Ebene auch den Einfluss personenimmanenter Faktoren (P-Faktoren) auf das Führungsverhalten und Mitarbeiterverhalten. Auf Ebene 2 wird der organisationale Kontext als potenter Einflussfaktor berücksichtigt, der sich einerseits auf salutogene, interaktionsrelevante Kognitionen, Emotionen und Ziele der beiden Interaktionspartner und andererseits auf deren Work-SoC auswirkt. Hier wird zum ersten Mal explizit berücksichtigt, dass sich Kontextfaktoren wie Erwartungen von Vorgesetzten auf höheren Hierarchieebenen, die Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -bedingungen von Führungskräften und Mitarbeitenden sowie die Organisationsziele und -kultur auf die Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und ihren Mitarbeitenden auswirken. Auf Ebene 3 wird auch der Einfluss der Umwelt mitkonzeptualisiert. D.h. Kontextfaktoren und die Prozesse im Primärsystem werden auch durch Umweltfaktoren wie Wirtschaftslage, Wettbewerb und Konkurrenz durch andere Unternehmen, politische und rechtliche Vorgaben etc. beeinflusst.

Ergänzend werden in Kapitel III „*Vertiefende Erörterung der theoretischen Grundlagen des SSIM*“ zunächst zentrale Konzepte und Wirkmechanismen des systemischen Paradigmas und des Salutogenese Modells erörtert sowie deren Bedeutung für das SSIM herausgearbeitet. Anschließend wird das Spannungsfeld zwischen dem systemischen und dem evidenzbasierten Paradigma erläutert. Auf dieser Grundlage wird abschließend eine Synthese aus systemischen und evidenzbasierten Elementen entwickelt und begründet, die die beiden bislang unverbundenen Ansätze anschlussfähig macht und eine wesentliche theoretische Grundlage für die (Weiter-) Entwicklung des SSIM darstellt.

Artikel 2 (Kapitel IV) fokussiert darauf, wichtige SSIM-Modellkomponenten auf einer empirischen Grundlage zu konkretisieren (zweites Ziel der Dissertation). Darüber hinaus geben die Ergebnisse dieser Studie eine erste Antwort auf die bisher offene Forschungsfrage, welche Führungsverhaltensdimensionen im Vergleich zu anderen einen besonders großen Einfluss auf die (psychische) Gesundheit der Mitarbeitenden haben. Hierzu wird

zunächst im Rahmen eines deduktiv-induktiven Konstruktionsprozesses ein neues Messinstrument entwickelt, das die drei Führungsdimensionen Vertrauen (Trust), Störungsmanagement (Incident Management) und Druck (Pressure) erfasst. Im Rahmen inkrementeller Regressionsanalysen kann nachgewiesen werden, dass diese drei Führungsverhaltensdimensionen mit weniger Items mehr Work-SoC-Varianz auf Seiten der Teammitglieder aufklären als die zum Vergleich herangezogenen etablierten allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen zur Erfassung transformationaler Führung, Mitarbeiterorientierung, sozialer Unterstützung, belastendem Führungsverhalten sowie positivem und negativem Gesundheitsverhalten. Daher lassen sich diese drei Führungsdimensionen im Sinne von Kern-Faktoren gesundheitsförderlicher Führung interpretieren. Dieses empirisch begründete Kernfaktoren-Konzept reduziert Komplexität und liefert die Grundlage für die nachfolgenden empirischen Arbeiten.

Artikel 3 (Kapitel V) fokussiert darauf, ein zentrales Postulat des SSIM, das sich auf den Einfluss der Führungssituation auf salutogenes Führungsverhalten bezieht, erstmals empirisch zu prüfen (drittes Ziel der Dissertation). In einer im Querschnitt angelegten Mehrebenenanalyse wird gezeigt, dass bestimmte subjektive Wirklichkeitskonstruktionen von Führungskräften, die sich inhaltlich insbesondere auf den Kontext (Führungsspielräume, Druck von Vorgesetzten, Gratifikation von Vorgesetzten und der Organisation) und Interaktionen (Gratifikation von Seiten des Teams und kontraproduktive Verhaltensweisen innerhalb des Teams) beziehen, bedeutsame Anteile der zwischen Arbeitsteams vorhandenen Varianz des wahrgenommenen Führungsverhaltens auf den drei Kernfaktoren salutogener Führung aufklären. Damit wird erstmals ein von personenimmanenten Einflussfaktoren unabhängiger und bedeutsamer Zusammenhang nachgewiesen zwischen kontext- und interaktionsbezogenen Wirklichkeitskonstruktionen der Führungskräfte und spezifischen Aspekten salutogener Führung, was den im SSIM postulierten salutogenen SSIM-Wirkmechanismus A stützt. Darüber hinaus spricht dieses Ergebnis für die übergeordnete Forschungshypothese, die besagt, dass sich die Führungssituation bedeutsam auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten auswirkt.

In Artikel 4 (Kapitel VI) wird im Rahmen einer quasi-experimentellen Untersuchung ein weiterer zentraler Wirkmechanismus des SSIM erstmals geprüft (drittes Ziel der Dissertation). Im SSIM wird postuliert, dass sich Zielsetzungsprozesse der Führungskraft auf den TIMP-Dimensionen, die auf der Grundlage subjektiver Wirklichkeitskonstruktionen

abgeleitet werden, vermittelt über ihr Führungsverhalten auf das Work-SoC der Mitarbeitenden auswirken. Die Ergebnisse sprechen für diesen salutogenen SSIM-Wirkmechanismus B. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass sich das SSIM Gewinn bringend im Rahmen salutogener Coachings einsetzen lässt, was den praktischen Nutzen dieses Modells unterstreicht. Abbildung 1 fasst die erörterte inhaltliche Fokussierung (orange Markierungen) der vier im Rahmen dieser Dissertation veröffentlichten Artikel nochmals grafisch zusammen.

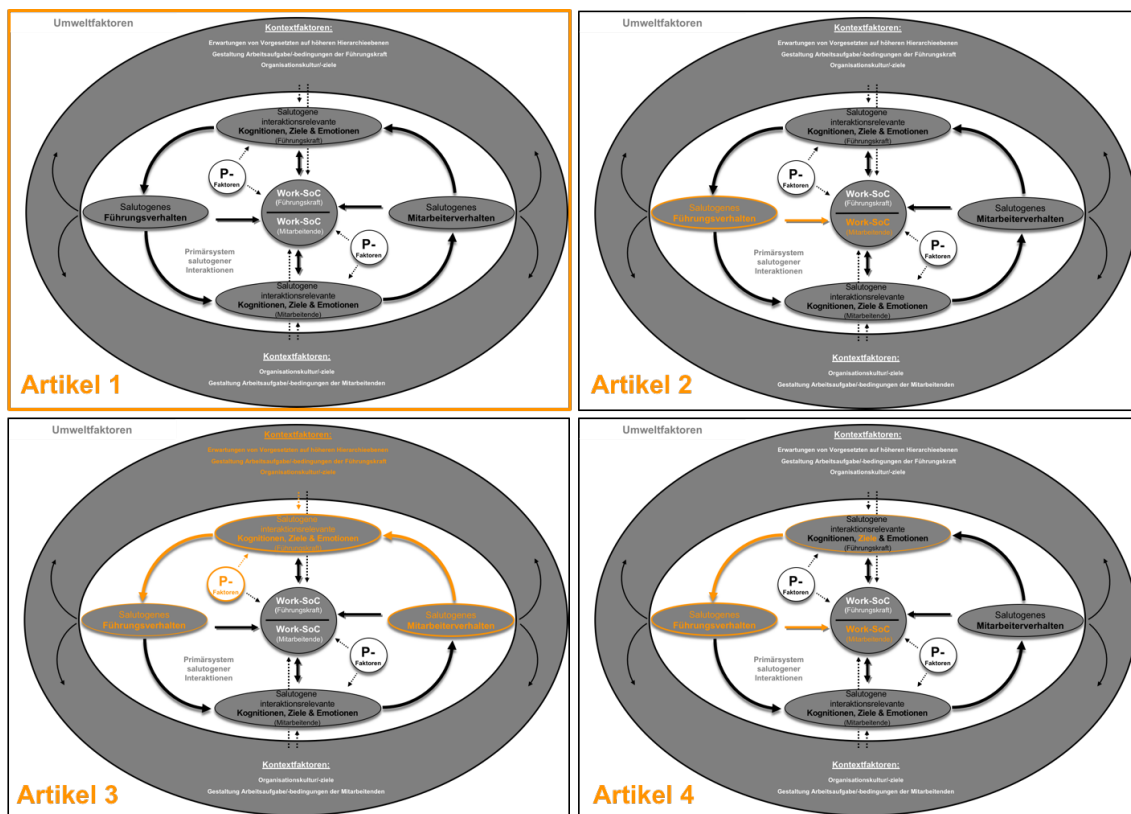


Abbildung 1 Fokus der im Rahmen der Dissertation veröffentlichten Artikel

Abschließend werden im Rahmen einer übergreifenden Diskussion (Kapitel VII) die wesentlichen Ergebnisse der Studien zusammengefasst, die daraus ableitbaren Schlussfolgerungen mit Blick auf die Modellentwicklung, Limitationen sowie Implikationen für die zukünftige Forschung und die Praxis erörtert und diskutiert.

1.4 Literatur

- Ahlers, E. (2003). *Arbeitsbedingungen, Leistungsdruck, Gesundheitsschutz. WSI-Diskussionspapier Nr. 112* [Online-Ressource]. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_diskp_112.pdf
- Antonakis, J. (2017). On doing better science: From thrill of discovery to policy implications. *The Leadership Quarterly*, 28, 5-21.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass. Deutsche Ausgabe: *Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT- Verlag.
- Aquino, K., Grover, S.L., Bradfield, M. & Allen, D.G. (1999). The effects of negative affectivity, hierarchical status, and self determination on workplace victimization. *Academy of Management Journal*, 42, 260-272.
- Baer, N., Frick, U., Auerbach, S. & Basler, M. (2017). *Der tägliche Wahnsinn – Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften* [Online-Ressource]. Verfügbar unter: <https://www.hslu.ch/-/media/campus/common/files/dokumente/sa/institute/isp/praevention-und-gesundheit/der-taegliche-wahnsinn-studie-def.pdf?la=de-ch>
- Baker, E., Israel, B. A., & Schurman, S. (1996). The Integrated Model: Implications for Worksite Health Promotion and Occupational Health and Safety Practice. *Health Education Quarterly*, 23, 175–190.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328.
- Bakker, A.B., Westman, M. & van Emmerik, I.J.H. (2009). Advancements in crossover theory. *Journal of Managerial Psychology*, 24, 206-219.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2008). *BKK Gesundheitsreport 2008*. Essen: Autor.
- Blickle, G. (2003). Einflusstaktiken von Mitarbeitern und Vorgesetztenbeurteilung: Eine prädikative Feldstudie. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 2, 4-12.
- Bödeker, W. (2008). *Wettbewerbsvorteil Gesundheit - Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland* [Online-Ressource]. Verfügbar unter:

http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/BKK_Broschuere_arbeitsbedingteGesundheitskosten_RZ_web.pdf

- Brodbeck, F. C. (2016). *Internationale Führung. Das GLOBE-Brevier in der Praxis*. Berlin: Springer.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Cohen-Charash, Y. & Spector, P.E. (2001). The role of justice in organizations: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86, 278-321.
- Day, D. V. (2014). Introduction: Leadership and organizations. In D. V. Day (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of leadership and organizations* (pp. 3–12). Oxford: University Press.
- De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Dormann, C. & Zapf, D. (2001). Job satisfaction: a meta-analysis of stabilities. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 483-504.
- Ducki, A. & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*. Berlin: Springer.
- Eagly, A. H., & Johnson, B. T. (1990). Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 108, 233–256.
- Eberz, S., Becker, R., & Antoni, C.H. (2011). Kohärenzerleben im Arbeitskontext – Ein nützliches Konstrukt für die ABO-Psychologie? *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie*, 3, 115–131.
- Echterhoff, M. (2011). Führungskräfte tragen Verantwortung – auch für die Gesundheit von Beschäftigten?! – Eine empirische Untersuchung zur Selbsteinschätzung von Führungskräften hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Einflussmöglichkeiten im Betrieb. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M. & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganization. A systematic review of organizational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 945-954.

- Eilles-Matthiessen, C. & Scherer, S. (2011). Bindung, Leistung, Kontrolle und Selbstwert-
schutz: Die Motive des Mitarbeiters als Perspektive sozial kompetenten Führungsverhal-
tens. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Re-
port 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Felfe, J. (2006). Transformationale und charismatische Führung – Stand der Forschung und ak-
tuelle Entwicklungen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 5, 163-176.
- Felfe, J. (2015). Transformationale Führung: Neue Entwicklungen. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends
der psychologischen Führungsforschung*. (S. 39-53). Göttingen: Hogrefe.
- Fittkau, B. & Fittkau-Garthe, H. (1971). *Fragebogen zur Vorgesetzten-Verhaltens-Beschreibung
(FVVB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe, (Hrsg.),
Trends der psychologischen Führungsforschung. (S. 253-264). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument
„Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K.
Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Franke, F., Felfe, J. & Pundt, A. (2014). The impact of health-oriented leadership on follower
health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leader-
ship. *Zeitschrift für Personalforschung*, 28, 139-161.
- Franke, F., Vincent, S. & Felfe, J. (2011). Gesundheitsbezogene Führung. In: E. Bamberg, A.
Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanage-
ment in der Arbeitswelt* (S. 371-392). Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Ganster, D. C. & Victor, B. (1988). The impact of social support on mental and physical health.
British Journal of Medical Psychology, 61, 17-36.
- Glasl, F. (2008). *Konflikt, Krise, Katharsis und die Verwandlung des Doppelgängers*. Stuttgart:
Freies Geistesleben.
- Glasl, F. (2011). *Selbsthilfe in Konflikten* (6. Aufl.). Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Gregersen, S., Kuhnert, Zimber, A., S. & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesund-
heit - zum Stand der Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 73, 3-12.

- Hacker, W. (2006). *Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Hacker, W. & Richter, P. (1980). *Psychische Fehlbeanspruchung. Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Stress*. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-170.
- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Hemphill, J. K. & Coons, A. E. (1957). Development of the Leader Behavior Description Questionnaire. In R. M. Stogdill & A. E. Coons (Eds.), *Leader behavior: Its description and measurement* (pp. 6-38). Columbus: Bureau of Business Research, Ohio State University.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34, 16-28.
- Jiménez, P., Winkler, B. & Bregenzer, A. (2017). Developing sustainable workplaces with leadership: Feedback about organizational working conditions to support leaders in health-promoting behavior. *Sustainability*, 9, 1-16.
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
- Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., & Gerhardt, M. W. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology*, 87, 765-780.
- Judge, T. A., & Piccolo, R. G. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89, 755-768.
- Judge, T. A., Piccolo, R. F. & Ilies, R. (2004). The forgotten ones? The validity of consideration and initiating structure in leadership research. *Journal of Applied Psychology*, 89, 36-51.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Knieps, F. & Pfaff, H. (Hrsg.) (2018). *BKK Gesundheitsreport 2018*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kompier, M. A. J., Geurts, S.A. E., Gründemann, R. W. M., Vink, P. & Smulders, P. G. W. (1998). Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine*, 14, 155-168.

- Korek, S., Felfe, J. & Franke, F. (2015). Führungsspielraum. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung*. (S. 213-222). Göttingen: Hogrefe.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J. & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being and health effects – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 904-915.
- Kusy, M. & Holloway, E. (2009). *Toxic workplace! Managing toxic personalities and their systems of power*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.
- Lang, R. & Rybnikova, I. (2014). *Aktuelle Führungstheorien und -konzepte*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Laireiter, A. (1993). *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung*. Bern: Huber.
- Leitner, K., Volpert, W., Greiner, B., Weber, W. G. & Henners, K. (1987). *Analyse psychischer Belastung in der Arbeit: das RHIA-Verfahren*. Köln: TÜV Rheinland.
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 349-373). Göttingen: Hogrefe.
- Meindl, J. R. , Ehrlich, S. B. & Dukerich, J. M. (1985). The romance of leadership. *Administrative Science Quarterly*, 30, 78 – 102.
- Metz, A.M. (2011). Intervention. In E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 135-156). Göttingen: Hogrefe.
- Meyer, M., Wenzel, J. & Schenkel, A. (2018). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit* (S. 331-536). Berlin: Springer.
- Montada, L. (2001). Denial of responsibility. In A. E. Auhagen & H. W. Bierhoff (Ed.), *Responsibility – the many faces of a social phenomenon* (pp. 79-92). London: Routledge.
- Morgeson, F. P. & Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1321-1339.

- Müller, A. (2016). Die Förderung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten – Ein Überblick über die Wirksamkeit und Erfolgsfaktoren partizipativer verhältnisbezogener Interventionen im Betrieb. *Wirtschaftspsychologie*, 3, 40-47.
- Nerdinger, F. W., Blickle, G. & Schaper, N. (2011). *Arbeits- und Organisationspsychologie* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Nerdinger, F. W. (2008). *Grundlagen des Verhaltens in Organisationen* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Nerdinger, F. W. (2011). Führung von Mitarbeitern. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper, *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 81-93). Berlin: Springer.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und Führen lassen* (6. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Nielsen, K., Randall, R., Holten, A.-L. & Gonzalez, E. R. (2010). Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work and Stress*, 24, 234-259.
- Nyberg, A., Bernin, P. & Theorell, T. (2005). *The impact of leadership on the health of subordinates*. Stockholm: Elanders Gotab.
- OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels [Online-Ressource]. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- Ohm, S., & Strohm, O. (2001). Arbeits-, Führungs- und Gesundheitsrealitäten im Management. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 52-61.
- Oesterreich, R. & Volpert, W. (1987). Handlungstheoretisch orientierte Arbeitsanalyse. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie - Enzyklopädie der Psychologie* (S. 43-73). Göttingen: Hogrefe.
- Pangert, B. & Schüpbach, H. (2011). Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 71-80). Berlin: Springer.
- Pfaff, H. (1989). *Stressbewältigung und soziale Unterstützung – Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Richter, P., Buruck, G., Nebel, C., & Wolf, S. (2011). Arbeit und Gesundheit - Risiken, Ressourcen und Gestaltung. In E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt* (S. 25-60). Göttingen: Hogrefe.

- Rigotti, T., Emmerich, A. & Holstad, T. (2015). Zukünftige Forschung zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung*. (S. 265-276). Göttingen: Hogrefe.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse : Der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich, E. (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation* (S. 281-298). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Rosenstiel, L. von, Molt, W. & Rüttinger, B. (2005). *Organisationspsychologie* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rousseau, D. M. (2006). Is there such a thing as “evidence-based management”? *Academy of Management Review*, 31, 256-269.
- Rowold, J. & Heinitz, K. (2008). Führungsstile als Stressbarrieren : zum Zusammenhang zwischen transformationaler, transaktionaler, mitarbeiter- und aufgabenorientierter Führung und Indikatoren von Stress bei Mitarbeitern. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 7, 129-140.
- Rudolph, C. W., Murphy, L. D., & Zacher, H. (2019). A review and critique of research on “healthy leadership”. *The Leadership Quarterly*, Preprint version of an in-press accepted manuscript (available online 31 October 2019).
- Schaper, N. (2011). Selbstverständnis, Gegenstände und Aufgaben der Arbeits- und Organisationspsychologie. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper, *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 3-16). Berlin: Springer.
- Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2007) (10. Aufl.). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, K.-H. (1996). Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 54-62.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.

- Schyns, B. & Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly*, 24, 138-158.
- Semmer, N.K. & Jacobshagen, N. (2010). Feedback im Arbeitsleben – eine Selbstwert-Perspektive. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 41, 39-55.
- Semmer, N., Zapf, D., Dunckel, H. (1999). Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA). In H. Dunckel, (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 179-204). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 305-312.
- Shamir, B., House, R. J. & Arthur, M. B. (1993). The motivational effects of charismatic leadership: a self-concept based theory. *Organization Science*, 4, 577-594.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. & Guzman, J. (2010). Are leaders' wellbeing, behaviors, and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work and Stress*, 24, 107-139.
- Stadler, P., Strobel, G. & Hoyos, C. (2000). Psychische Belastung von Mitarbeitern: die Rolle des Führungsverhaltens. *ErgoMed Zeitschrift für angewandte Arbeitsmedizin, Arbeitshygiene und Umweltmedizin*, 24, 136-142.
- Stadler, P. & Spieß, E. (2003): *Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Steinmetz, B. (2011). Gesundheitsförderung für Führungskräfte. In E. Bamberg, A. Ducki & A.M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 537-560). Göttingen: Hogrefe.
- Tepper, B.J., Duffy, M.K. & Shaw, J.D. (2001). Personality moderators of the relationship between abusive supervision and subordinates' resistance. *Journal of Applied Psychology*, 86, 974-983.

- Udris, I. (1995). Soziale Unterstützung. In S. Greif, H. Holling & N. Nicholson (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie – Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 421-425). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit - Ein Paradigmenwechsel? *Wirtschaftspsychologie*, 2, 4-13.
- Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung. In C. Hoyos, C. Graf & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 429-445). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2018). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen – Arbeitspsychologische Perspektiven*. Berlin: Springer.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The job-demand-control(-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13, 87-114.
- Vincent, S. (2011). Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Wardetzki, B. (2013). *Kränkung am Arbeitsplatz – Strategien gegen Missachtung, Gerede und Mobbing* (2. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag (DTV).
- Watzlawick, P. (1999). *Anleitung zum Unglücklichsein* (19. Aufl.). München: Piper.
- Westman, M., & Etzion, D. (1999). The crossover of strain from school principals to teachers and vice versa. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 269-278.
- Yukl, G. (1989). Managerial Leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 15, 251–289.
- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie* (S. 1007 – 1112). Göttingen: Hogrefe.
- Zimber, A., Hentrich, S., Bockhoff, K., Wissing, C. & Petermann, F. (2015). Wie stark sind Führungskräfte psychisch gefährdet? Eine Literaturübersicht zu Gesundheitsrisiken und arbeitsbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 123-140.

2 Kapitel II: Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM) – Ein ganzheitlicher Ansatz zur Erklärung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden

Englisch: The Systemic Salutogenic Interaction Modell (SSIM) – a holistic approach for explanation and development of health-promoting interactions between leaders and employees

2.1 Zusammenfassung

Zusammenfassung: Aktuelle Modelle der gesundheitsförderlichen Führungsforschung wie das „*Health-oriented Leadership*“ (HoL) liefern neue Erkenntnisse zum Einfluss von Führung auf die Mitarbeitergesundheit, die das Erklärungspotential klassischer Konzepte wie der Ohio Studien und transformationaler Ansätze vergrößern. Das Ziel des vorliegenden Artikels besteht darin, durch die Entwicklung eines ganzheitlich orientierten Rahmenmodells, dem Systemisch-Salutogenen Interaktions-Modell (SSIM), diese neue Perspektive nochmals zu erweitern: Erstens, gesundheitsförderliche Interaktionen werden im SSIM erstmals als primäre Analyseeinheit betrachtet, deren Dynamik sowohl von Führungskräften als auch durch Verhaltensweisen der Mitarbeitenden beeinflusst wird. Durch die Fokussierung auf gesundheitsförderliche Interaktionsdynamiken wird auch der bislang vernachlässigte Aspekt, dass Mitarbeitende auch die Gesundheit ihrer Führungskräfte beeinflussen können, berücksichtigt. Zweitens, das SSIM fokussiert erstmals explizit auf das Kohärenzerleben am Arbeitsplatz (Work-SoC) als Teil eines spezifischen, gesundheitswissenschaftlich begründeten Wirkmechanismus gesundheitsförderlicher Führung. Drittens, das Modell postuliert einen bedeutsamen Einfluss von Kontextfaktoren auf gesundheitsförderliche Interaktionen zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden. Das SSIM liefert durch die explizite Berücksichtigung dieser bislang vernachlässigten Aspekte neue Impulse für die gesundheitsförderliche Führungsforschung und die Praxis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Schlüsselwörter · Führung · Gesundheit · Kohärenzerleben · Interaktionsprozesse · Salutogenese

Abstract: Current models of health-related leadership research such as the approach of “*Health-oriented leadership*” (HoL) provide new insights on the influence of leadership on employee’s health that complement the explanatory potential of classical concepts such as the Ohio studies and transformational leadership. The aim of this article is to extend this new perspective again by developing a holistic framework model, the Systemic Salutogenic Interaction Model (SSIM): Firstly, within the SSIM health-promoting interactions are the primary unit of analysis whose dynamic is influenced both by leaders and employees. By focusing on health-promoting interaction dynamics the up to now neglected aspect that employees can also influence their leaders’ health is taken into account. Secondly, for first time the SSIM explicitly focuses on sense of coherence in the workplace (Work-SoC) as part of a specific, scientifically based health mechanism of health-supportive leadership. Thirdly, the model postulates a significant impact of contextual factors on health-promoting interactions between leaders and employees. By this addition of neglected aspects the SSIM provides new impetus for health-supportive leadership research and the practice of occupational health management.

Keywords · Leadership · Health · Sense of coherence · Interaction processes · Salutogenesis

2.2 Einleitung

Das Verhalten von Führungskräften hat einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeitenden und die damit assoziierten Kosten (Franke, Ducki & Felfe, 2015). Die bisherigen Erkenntnisse über gesundheitsrelevantes Führungsverhalten und dessen Wirkmechanismen basieren überwiegend auf Untersuchungen zu den Auswirkungen klassischer Führungskonzepte wie Mitarbeiterorientierung und transformationaler Führung (vgl. Franke et al. 2015). Aktuelle stress- und gesundheitswissenschaftlich begründete Ansätze wie der des Health-oriented Leadership (HoL, Franke & Felfe, 2011) fokussieren zum Teil auf neue Aspekte, die das Vorhersagepotential klassischer Konzepte mit Blick auf diverse Gesundheitsindikatoren erweitern (Franke et al., 2015).

Führungsverhalten wird jedoch auch in diesen neueren Konzepten weitgehend als unabhängige und die Gesundheit der Mitarbeitenden als abhängige Variable interpretiert (Eilles-Matthiessen & Scherer, 2011). Damit wird zum einen ausgeblendet, dass Verhaltensweisen der Mitarbeitenden auch die Gesundheit von Führungskräften und deren

Führungsverhalten beeinflussen können (Ohm & Strohm, 2001; Kusy & Holloway, 2009). Zum anderen wird der Einfluss von Kontextfaktoren auf die Interaktionsdynamik zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden vernachlässigt (Rigotti, Emmerich & Holstad, 2015). Darüber hinaus steht eine Verknüpfung gesundheitsförderlicher Führungskonzepte mit dem Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1987) und insbesondere dessen zentralen Konstrukt Kohärenzerleben noch weitgehend aus.

Ziel dieses Beitrags ist es daher, das Salutogenesekonzept mit der gesundheitsförderlichen Führungsforschung und den dort bislang vernachlässigten Aspekten zu verbinden, um die vermittelnden Prozesse zwischen Führungsverhalten und der Gesundheit der Mitarbeitenden und damit die „*Black Box der Führung*“ (Rigotti et al., 2015, S. 267) weiter zu entschlüsseln.

2.3 Zum Stand der gesundheitsförderlichen Führungsforschung

2.3.1 Aktuelle Erkenntnisse und Modellvorstellungen

Es lassen sich drei Ebenen unterscheiden, auf denen Führungskräfte die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden beeinflussen können (Franke et al., 2015): Direkte Interaktionen (Ebene 1), Gestaltung von Arbeitsaufgaben/ Rahmenbedingungen (Ebene 2) und Übernahme einer Vorbildfunktion (Ebene 3).

Zahlreiche Studien zum Führungsverhalten (Ebene 1) zeigen, dass sich Mitarbeiterorientierung, soziale Unterstützung (Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008; Skakon, Nielsen, Borg & Guzman, 2010), Wertschätzung (Winkler, Busch, Clasen & Vowinkel, 2015) und transformationale Führung (Felfe, 2006) positiv auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirken und die Auswirkungen von Stressoren abpuffern (Syrek, Apostel & Antoni, 2013). Insbesondere Anerkennung und Wertschätzung für die geleistete Arbeit scheint für den Erhalt der Gesundheit wichtig zu sein. So zeigte eine Längsschnittstudie, dass Veränderungen im wahrgenommenen positiven Feedback des Vorgesetzten das Wohlbefinden der Beschäftigten vorhersagen (Winkler et al. 2015). Fühlen sich Beschäftigte für ihre Anstrengungen zu wenig wertgeschätzt und belohnt, führt dies zu einer Gratifikationskrise mit einem gesteigerten Gesundheitsrisiko (Siegrist & Dragano, 2008). Dieses Risiko wird nochmals deutlich erhöht, wenn das Verhalten von Vorgesetzten als

beleidigend (Kuoppala et al., 2008) und destruktiv (Schyns & Schilling, 2013) erlebt wird und so den Selbstwert der Beschäftigten gefährdet (Semmer & Jacobshagen, 2010).

Des Weiteren haben Führungskräfte auch einen mehr oder weniger großen Einfluss auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und Rahmenbedingungen (Ebene 2). Insbesondere Handlungsspielräume, entwicklungsförderliche Tätigkeiten, eine angemessene Beteiligung an Entscheidungsprozessen, die Vermeidung quantitativer und qualitativer Überforderung sowie eine gute Balance zwischen Arbeit und Privatleben fördern die Gesundheit von Beschäftigten (Udris, 2006). Auf der Grundlage dieser Erkenntnis hat Vincent (2011) einen integrativen Ansatz entwickelt. Die Autorin postuliert drei als Meta-Faktoren zu interpretierende gesundheitsbezogene Führungsdimensionen: Überforderung, Entwicklungsorientierung und Unterstützung. Diese beeinflussen die Gesundheit der Mitarbeitenden direkt oder vermittelt über eine Gestaltung von Arbeitsaufgaben und Arbeitsbedingungen, für die die Führungskraft eine Mitverantwortung trägt.

Der HoL-Ansatz (Franke & Felfe, 2011) fokussiert darüber hinaus auf die Selbstfürsorge der Führungskraft und ihre Fürsorge gegenüber den Mitarbeitenden, die sich jeweils aus den drei Dimensionen Wichtigkeit, Achtsamkeit und Verhalten zusammensetzen. Die Selbstfürsorge der Führungskraft wirkt sich dabei sowohl auf die Fürsorge gegenüber den Mitarbeitenden auf Ebene 1 und 2, als auch - vermittelt über Prozesse des Modelllernens (Ebene 3) - auf deren Selbstfürsorge aus (Franke et al., 2015). Dadurch wird erstmals auch eine Einflussnahme der Führungskraft auf die Mitarbeitergesundheit durch die aktive Motivierung zu Gesundheitshandeln und die Übernahme einer auf die Gesundheit bezogenen Vorbildfunktion thematisiert.

Die bisherigen Ansätze vernachlässigen jedoch insbesondere den Einfluss des Mitarbeiterverhaltens auf die Gesundheit der Führungskräfte und das Führungsverhalten sowie den Einfluss von Kontextfaktoren (vgl. Rigotti et al., 2015). Nachfolgend werden Überlegungen erörtert mit dem Ziel, die Notwendigkeit und den praktischen Nutzen einer Erweiterung dieser Perspektive herauszuarbeiten.

2.3.2 Vernachlässigte Aspekte und Perspektiven

Der Einfluss des Mitarbeiterverhaltens und die Bedeutung von Interaktionsdynamiken

Führungskräfte beeinflussen die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden. Dies gilt aber auch umgekehrt: Engagierte Mitarbeitende reduzieren pathogene Stressreaktionen auf Seiten ihrer Führungskräfte und zählen daher zu deren bedeutsamsten gesundheitsförderlichen Ressourcen am Arbeitsplatz (Ohm & Strohm, 2001). Umgekehrt provoziert ein kontraproduktives Mitarbeiterverhalten wie bspw. Mobbing, Missbrauch von Arbeitszeit und Widerstand etc. ab einer bestimmten Ausprägung Sanktionen (z. B. Abmahnungen, Kündigungen) von Seiten der Führungskraft (vgl. Kusy & Holloway, 2009). Das Androhen und Vollziehen derartiger Sanktionen gehört allerdings zu den größten Stressfaktoren für Führungskräfte am Arbeitsplatz (Zimber, Hentrich, Bockhoff, Wissing & Petermann, 2015). Abgesehen von dieser Problematik erhöhen kontra-produktive Verhaltensweisen den Regulationsaufwand für Führungskräfte z. B. im Bereich Konfliktmanagement und verschärfen damit das ohnehin bei dieser Personengruppe weit verbreitete gesundheitsgefährdende Problem der quantitativen Arbeitsbelastung (vgl. Zimber et al., 2015). Die Gesundheit von Führungskräften wirkt sich auch auf deren Führungsverhalten und damit auf die Gesundheit der Mitarbeitenden aus (Bakker, Westman & van Emmerik, 2009). D.h. wenn Mitarbeitende durch kontraproduktive Verhaltensweisen die Gesundheit ihrer Führungskräfte beeinträchtigen, dann hat das im Sinne einer negativen Rückkopplung auch Auswirkungen auf deren Führungsverhalten, was sich wiederum negativ auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirkt.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass sich gesundheitsförderliche Aspekte des Führungs- und Mitarbeiterverhaltens wechselseitig positiv verstärken und negative Verhaltensweisen abschwächen (vgl. Day, 2001). So konnten Tepper, Duffy und Shaw (2001) bspw. nachweisen, dass gewissenhafte und verträgliche Mitarbeitende weniger Widerstandsverhalten bei destruktivem Führungsverhalten zeigen, was wiederum rückwirkend destruktives Führungsverhalten abschwächt (Aquino, Grover, Bradfield & Allen, 1999).

Des Weiteren können Mitarbeitende Verhaltensweisen ihrer Führungskräfte auch durch vielfältige Einflusstaktiken wie sachliche Überzeugung und Einschalten übergeordneter Instanzen etc. aktiv beeinflussen (Blickle, 2003). Diese Art von Mikropolitik kann sich

bspw. auf die Verfügbarkeit personeller und materieller Ressourcen oder die Quantität von Arbeitsaufträgen etc. auswirken (vgl. Neuberger, 2002).

Eine einseitige Konzeption von Führungsverhalten als unabhängige und Mitarbeitergesundheit als abhängige Variable erscheint vor diesem Hintergrund problematisch, weil sie die Komplexität und die Dynamik menschlicher Interaktionsprozesse nur unzureichend abbildet. Angemessener erscheint eine „*Betrachtung von Führung als einen komplexen Prozess wechselseitiger Beeinflussung von Führungskraft und Mitarbeitern im Kontext eines sozialen Systems*“ (Eilles-Matthiesen & Scherer, 2011, S. 16). Abgesehen von den theoretischen Problemen, die eine einseitige Interpretation der Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit mit sich bringt, birgt dies auch bedeutsame Risiken mit Blick auf die Praxis. Einseitige Erklärungsmodelle implizieren einseitige Verantwortungszuschreibungen in Richtung der Führungskräfte. Dies stellt aus zwei Gründen ein Problem dar:

Erstens werden dadurch gesundheitsgefährdende Überzeugungen auf Seiten der Mitarbeitenden wie z.B. dysfunktionale Selbstwirksamkeitserwartungen befördert. D. h. Mitarbeitende könnten davon ausgehen, dass sie durch ihr eigenes Verhalten gesundheitsgefährdende Interaktionsdynamiken mit Vorgesetzten, arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken oder die Gesundheit insgesamt nicht beeinflussen können (vgl. Schwarzer, 1992). Dies wäre vor dem Hintergrund der theoretisch und praktisch tatsächlich vorhandenen Einflussmöglichkeiten (z. B. Selbstfürsorge) fatal, weil damit wesentliche Möglichkeiten der Gesundheitsförderung ungenutzt blieben.

Das zweite Problem ergibt sich daraus, dass viele Führungskräfte keine einseitigen Erklärungen für konflikträchtige und damit auch gesundheitsgefährdende Interaktionen akzeptieren, die ihnen diesbezüglich die alleinige Verantwortung zusprechen (vgl. Cohen-Charash & Spector, 2001). Problematisch erscheinen in diesem Zusammenhang vor allem negative Rückmeldungen von Mitarbeitenden, die ausschließlich Führungskräfte für Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens verantwortlich machen, da diese das Selbstwertgefühl der Führungskräfte bedrohen (vgl. Semmer & Jacobshagen, 2010). Dies kann in der Praxis die Bereitschaft zur kritischen Reflexion und Veränderung des eigenen Führungsverhaltens erheblich reduzieren und Erfolgsaussichten von Interventionen deutlich reduzieren (vgl. Blume, Ford, Baldwin & Huang, 2010).

Fazit: Führungskräfte können die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden durch ihr Verhalten bedeutsam beeinflussen und tragen daher auch eine große (Mit-) Verantwortung. Umgekehrt beeinflussen aber auch Mitarbeitende durch ihr Verhalten die Gesundheit von Führungskräften und das Führungsverhalten. Die Fokussierung auf gesundheitsförderliche Interaktionsdynamiken erscheint daher aus theoretischer Sicht angemessen und mit Blick auf Interventionen erfolgsversprechend.

Der Einfluss von Kontextfaktoren

Kontextfaktoren haben ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf das Führungsverhalten und damit auch auf die Gesundheit von Mitarbeitenden (Franke et al. 2015). Zu den einflussreichsten Faktoren zählen die Aufgabengestaltung von Führungskräften wie z.B. Führungsspielräume (Korek, Felfe & Franke, 2015), hinreichende personelle und materielle Ressourcen (Steinmetz, 2011), zu hohe Erwartungen von Vorgesetzten auf höheren Hierarchieebenen (Pangert & Schüpbach, 2011) und eine mitarbeiterorientierte Organisationskultur (Ducki & Felfe, 2011). Kontextfaktoren wirken sich insbesondere auf gesundheitsgefährdende bzw. -förderliche Interaktionen zwischen Führungskräften auf unteren und mittleren Hierarchieebenen und ihren Mitarbeitenden aus (vgl. Pangert & Schüpbach, 2011).

Führungskräfte auf unteren und mittleren Ebenen sind einerseits für das Erreichen betriebswirtschaftlicher Ziele ihrer Organisationseinheiten verantwortlich. Gleichzeitig sind die Entscheidungskompetenzen mit Blick auf die Qualität und Quantität dieser Ziele auf diesen Hierarchiestufen i. d. R. gering. Andererseits haben diese Führungskräfte auch eine unmittelbare Fürsorgepflicht gegenüber Mitarbeitenden und werden direkt mit deren Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen konfrontiert. Diese „Sandwich-Position“ kann in der Praxis zu erheblichen Rollen- und Zielkonflikten führen, die zu den stärksten Stressfaktoren für Führungskräfte zählen (Zimber et al., 2015).

Wenn nun einerseits gesundheitsförderliche Führungsverhaltensweisen stärker eingefordert und andererseits Kontextfaktoren wie bspw. überfordernde betriebswirtschaftliche Zielvorgaben aber nicht verändert werden, dann führt das zu einer Gefährdung der Gesundheit der Führungskräfte und der Mitarbeitenden.

Zum einen erhöhen erweiterte Fürsorgepflichten die quantitative Arbeitsbelastung für Führungskräfte auf unteren und mittleren Hierarchiestufen, die heute schon zu den am stärksten beanspruchten Personengruppen zählen (Zimber et al., 2015). Darüber hinaus

verschärfen überfordernde betriebswirtschaftliche Zielvorgaben in Kombination mit erweiterten Fürsorgepflichten auch gesundheitsgefährdende intrapsychische Konflikte. Diese Belastungen können sich vermittelt über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Führungskraft negativ auf das Führungsverhalten auswirken, was wiederum auch der Mitarbeitergesundheit schadet (Bakker et al., 2009).

Zum anderen stellt sich unabhängig vom Problem der eigenen Überlastung die Frage, wie Führungskräfte in der Praxis eine Gesundheitsgefährdung ihrer Mitarbeitenden in Folge überfordernder betriebswirtschaftlicher Zielvorgaben von höheren Hierarchieebenen auf Dauer vermeiden oder durch Wertschätzung und Unterstützung etc. kompensieren sollen. Dies erscheint ab einem bestimmten Ausprägungsgrad kaum noch möglich (vgl. Pangert & Schüpbach, 2011).

Fazit: Gesundheitsförderliche Führungsmodelle und darauf basierende Interventionsmaßnahmen müssen auch Kontextfaktoren explizit berücksichtigen. Ansonsten wird der praktische Nutzen dieser Theorien im Hinblick auf einen effizienten und nachhaltigen Schutz der Gesundheit von Mitarbeitenden und Führungskräften gemindert.

2.4 Kohärenzerleben als zentraler Wirkmechanismus des Salutogenese-Modells

Antonovskys (1987) Salutogenesemodell bietet eine Erklärung, warum Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens eine bestimmte Position auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit einnehmen (Faltermaier, 2005). Der zentrale Wirkmechanismus innerhalb des Salutogenesemodells besteht darin, dass das Kohärenzerleben (sense of coherence, SoC) bei Konfrontationen mit Stressoren kognitive Bewertungsprozesse, damit assoziierte emotionale Reaktionen und die Auswahl salutogener Handlungsziele so beeinflusst, dass eine erfolgreiche Bewältigung der durch den Stressor verursachten Regulationsanforderungen wahrscheinlicher wird (Antonovsky, 1987). Diese salutogene Wirkung des SoC konnte mittlerweile in unterschiedlichen Kontexten auch empirisch nachgewiesen werden (Eriksson & Lindström, 2007).

Dieses gesundheitswissenschaftliche Konstrukt SoC wurde in der jüngeren Vergangenheit auch auf den Arbeits- und Organisationsbereich übertragen (Bauer, Vogt, Inauen & Jenny, 2015; Eberz, Becker & Antoni, 2011). Bei dem Kohärenzerleben am Arbeitsplatz (WorkSoc) handelt es sich um ein „kontextspezifisches, kognitiv-emotionales Schema,

das ausdrückt, in welchem Ausmaß man 1. Stimuli im Arbeitskontext subjektiv als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrnimmt (Verstehbarkeit); 2. darauf vertraut, dass geeignete Ressourcen zur Bewältigung der aus den Arbeitsaufgaben resultierenden Anforderungen mobilisiert werden können (Handhabbarkeit) und 3. die Auseinandersetzung mit den eigenen Arbeitsaufgaben als sinnvoll und emotional befriedigend erlebt (Bedeutbarkeit)“ (Eberz et al., 2011, S. 117).

Diese dreidimensionale Meta-Ressource reduziert analog zu dem von Antonovsky beschriebenen Wirkmechanismus den pathogenen Einfluss von Stressoren im Arbeitskontext und trägt damit entscheidend zum Erhalt der Gesundheit bei (Eberz et al., 2011). Die individuelle Ausprägung des Work-SoC wird analog zum SoC (vgl. Antonovsky, 1987) durch personale (z. B. Intelligenz) und externale (z. B. Soziale Unterstützung) Widerstandsressourcen beeinflusst, die bei Konfrontationen mit Stressoren eine erfolgreiche Spannungsbewältigung ermöglichen (Eberz et al., 2011).

2.5 Der Einfluss des Führungs- und Mitarbeiterverhaltens auf das Work-SoC

Das Verhalten von Führungskräften kann als externale Widerstandsressource interpretiert werden, die sich auf das Work-SoC der Mitarbeitenden auswirkt (Eberz et al., 2011). Bisherige Klassifikationen diesbezüglich relevanter Führungsverhaltensweisen fokussieren zum einen auf interaktionsbezogene Aspekte wie Mitarbeiterorientierung, soziale Unterstützung sowie auf ein als Stressor konzipiertes destruktives Vorgesetztenverhalten (Udris & Rimann, 1999).

Rigotti und Mohr (2006) betrachten des Weiteren Vertrauen in die Organisation allgemein als einen bedeutsamen „salutogenetischen Katalysator“, der die subjektive Berechenbarkeit der Arbeitsumwelt und eine optimistische Bewertung von Herausforderungen erhöht. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich insbesondere die Fach- und Problemlösungskompetenz einer Führungskraft, deren Integrität (Oswald, 2010), Fürsorge, gerechte Entscheidungen und transformationale Führungsaspekte (Dirks & Ferrin, 2002) ebenfalls positiv auf das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden auswirken, da diese Aspekte das interpersonelle Vertrauen stärken.

Auch salutogene Gestaltungsmerkmale der Aufgabengestaltung, die sich positiv auf das Kohärenzerleben auswirken, lassen sich als Führungsaufgabe konzeptualisieren (vgl.

Vincent, 2011). Zu den diesbezüglich bedeutendsten zählen nach Udris (2006) die Vermeidung von qualitativer und quantitativer Überforderung, Partizipationsmöglichkeiten, eine ganzheitliche und abwechslungsreiche Aufgabengestaltung, Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie Feedback.

Der Einfluss des Mitarbeiterverhaltens auf das Work- SoC der Führungskräfte ist bislang noch nicht untersucht worden. Es ist davon auszugehen, dass sich insbesondere (extra-) produktive Verhaltensweisen positiv und kontraproduktive negativ auf das Work-SoC von Führungskräften auswirken. Diese Annahme erscheint plausibel, weil diese Verhaltensweisen vermittelt über den damit verbundenen Regulationsaufwand (vgl. Ohm & Strohm, 2001) das Handhabbarkeitserleben beeinflussen. Darüber hinaus wirkt sich ein produktives oder kontraproduktives Mitarbeiterverhalten auch auf das Vertrauen der Führungskraft gegenüber diesen Mitarbeitenden und damit auch auf deren Work-SoC aus (vgl. Rigotti & Mohr, 2006).

Die bisherigen Überlegungen zum Einfluss des Führungs- und Mitarbeiterverhaltens auf gesundheitsförderliche Interaktionen und den Auswirkungen von Kontextfaktoren auf diese Dynamik werden nachfolgend in einem Rahmenmodell synthetisiert.

2.6 Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM)

Im Zentrum des SSIM (Abb. 2) steht das so genannte Primärsystem salutogener Interaktionen, das entsprechend der Hypothese einer reziproken Beeinflussung salutogenen Führungs- und Mitarbeiterverhaltens (Eilles-Matthiessen & Scherer 2011) die primäre Analyse-Ebene des Modells darstellt. Es handelt sich jedoch um einen indirekten, jeweils über kognitiv-emotionale Prozesse vermittelten Effekt. Diese Ebene wurde eingeführt, weil Erkenntnisse aus dem Bereich der Gesundheitsforschung und der gesundheitsförderlichen Führungsforschung darauf hinweisen, dass Kognitionen und Emotionen gesundheitsrelevante Interaktionen auf vielfältige Weise beeinflussen. Dies betrifft nach derzeitigem Kenntnisstand insbesondere die Achtsamkeit und Wichtigkeit in Bezug auf die eigene Gesundheit und die Gesundheit des Interaktionspartners (Franke & Felfe, 2011). Darüber hinaus scheinen die subjektiv wahrgenommene Wertschätzung von Seiten des Interaktionspartners inkl. damit assoziierter Emotionen wie Stolz oder Ärger (Siegrist & Dragano, 2008) sowie interpersonelles Vertrauen (vgl. Rigotti & Mohr, 2006) von Bedeutung. Auch Selbstwirksamkeitserwartungen mit Blick darauf, durch das eigene

Verhalten die eigene Gesundheit und die Gesundheit des Interaktionspartners signifikant beeinflussen zu können, spielen wahrscheinlich eine bedeutende Rolle (Franke & Felfe, 2011).

Damit konzipieren wir im SSIM Führungs- und Mitarbeiterverhalten explizit als reziprokes Ursache-Wirkungs- System, was zentralen Postulaten des Systemischen Paradigmas entspricht (Ludewig, 2009). Daher wird das Modell als Systemisch-Salutogenes Interaktionsmodell bezeichnet. Die Interaktionen im Primärsystem können entsprechend systemischer Postulate auch eine Eigendynamik entwickeln, die sich relativ unabhängig von objektiv gegebenen Rahmenbedingungen immer wieder reproduziert und von den subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen beider Interaktionspartner beeinflusst wird (Ludewig, 2009).

Der Einfluss des Führungsverhaltens auf das Work-SoC der Mitarbeitenden und in umgekehrter Richtung des Verhaltens der Mitarbeitenden auf das Work-SoC der Führungskraft wird als primärer, gesundheitsförderlicher bzw. -gefährdender Wirkmechanismus innerhalb des Primärsystems betrachtet (vgl. Eberz et al., 2011).

Der zweite wesentliche Wirkmechanismus besteht darin, dass das auch im Sinne eines bereichsspezifischen Gesundheitsindikators zu interpretierende Work-SoC (vgl. Eberz et al., 2011) salutogene interaktionsrelevante Kognitionen, Emotionen und Ziele beeinflusst. Diese wirken sich wiederum auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungs- (vgl. Bakker et al., 2009) und Mitarbeiterverhaltens (vgl. Kusy & Holloway, 2009) aus.

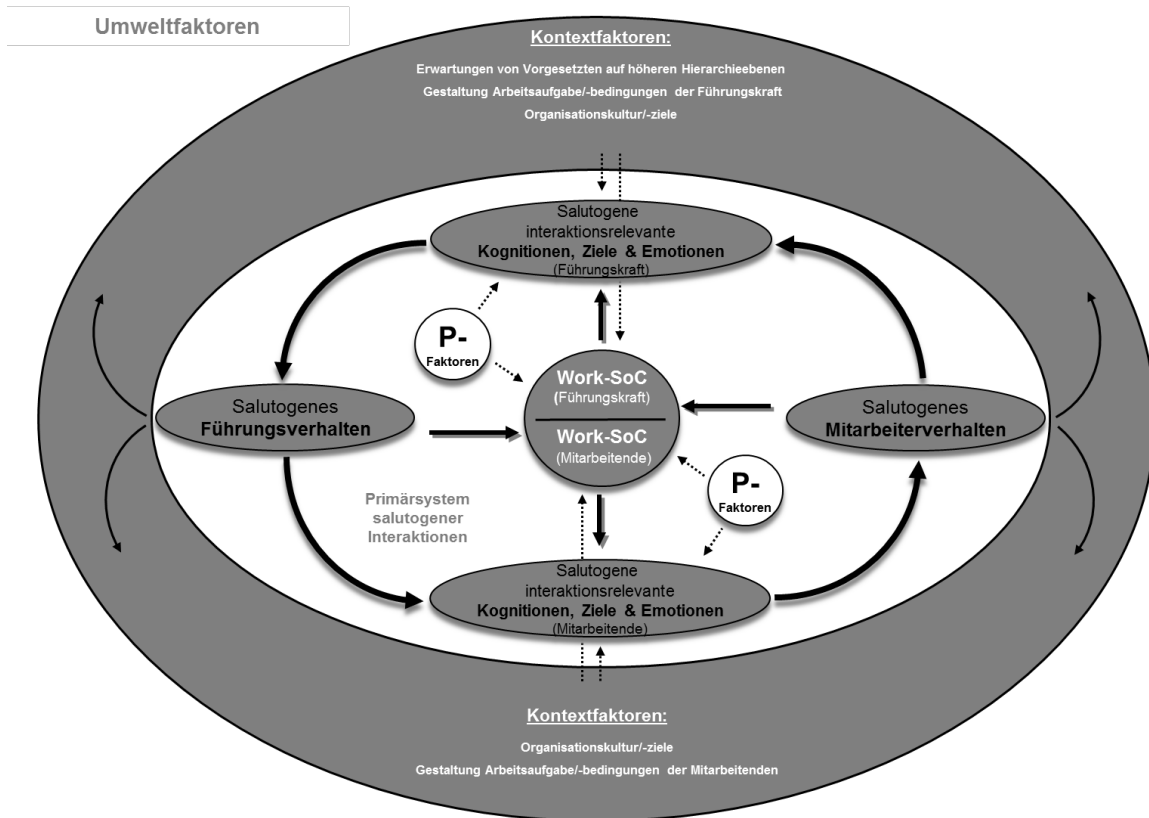


Abbildung 2 Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM) ¹

Im SSIM wird als dritter Wirkmechanismus der Einfluss von Kontextfaktoren explizit berücksichtigt, die sich vermittelt über kognitiv-emotionale Prozesse auf die Interaktionsdynamik im Primärsystem oder direkt auf das Work-SoC der Interaktionspartner auswirken (vgl. Ducki & Felfe, 2011). Auf Seiten der Führungskräfte werden die Erwartungen von Vorgesetzten, der Einfluss der Organisationskultur/-ziele und Merkmale der Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -bedingungen als bedeutsame Kontextfaktoren betrachtet.

Auf Seiten der Mitarbeitenden wird ebenfalls ein Einfluss der Organisationskultur sowie der Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -bedingungen postuliert, die sich auf interaktionsrelevante kognitiv-emotionale Prozesse wie die Auswahl kontraproduktiver Handlungsziele (Dalal, 2005) und damit auf die Interaktionsdynamiken im Primärsystem oder direkt auf das Work-SoC (vgl. Bauer et al., 2015) auswirken. Diese Kontextfaktoren können zwar von beiden Interaktionspartnern mehr oder weniger beeinflusst jedoch nicht kontrolliert werden.

¹ *Work-SoC* = Kohärenzerleben am Arbeitsplatz; *P* = Persönlichkeit

Darüber hinaus fokussiert der vierte Wirkmechanismus des SSIM auch auf den Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren, da diese gesundheitsförderliche Aspekte des Führungs- und Mitarbeiterverhaltens und darüber hinaus die Work- SoC-Ausprägung beeinflussen. Nach DeRue, Nahrgang, Wellman und Humphrey (2011) wirken sich insbesondere die Intelligenz, emotionale Stabilität, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Extraversion positiv auf gesundheitsförderliche Führungsverhaltensweisen wie Mitarbeiterorientierung und transformationales Führen aus. Narzissmus erhöht das Risiko für destruktives Führungsverhalten (Judge, LePine & Rich, 2006). Umgekehrt reduziert auf Seiten der Mitarbeitenden Integrität und Gewissenhaftigkeit die Wahrscheinlichkeit für kontraproduktives Mitarbeiterverhalten (Marcus & Schuler, 2004). Des Weiteren wirken sich insbesondere die Intelligenz und emotionale Stabilität positiv auf das Kohärenzerleben aus (vgl. Antonovsky, 1987).

Außerhalb der Organisation beeinflussen Umweltfaktoren wie bspw. die aktuelle Wirtschaftslage, Konkurrenzdruck und Erwartungen von Aktionären die organisationalen Akteure.

2.7 Implikationen für Forschung und Praxis

Das Erklärungs- und Vorhersagepotential bisheriger Modellvorstellungen im Bereich der gesundheitsförderlichen Führungsforschung lässt sich durch die Berücksichtigung von Kontextfaktoren und Interaktionsdynamiken bedeutsam erweitern. Zukünftige Forschungsaktivitäten auf der Grundlage des SSIM sollten zunächst untersuchen, welche der im Modell postulierten Verhaltensdimensionen sich empirisch nachweisbar am stärksten auf das Kohärenzerleben der Interaktionspartner im Arbeitskontext auswirken. In einem zweiten Schritt sollte erforscht werden, welche Kontext- und Persönlichkeitsfaktoren den stärksten Einfluss auf diese Meta-Faktoren gesundheitsförderlichen Führungs- und Mitarbeiterverhaltens haben. Darüber hinaus sind die kognitiv- emotionalen Vermittlungsprozesse dieser Effekte empirisch zu überprüfen. Diese skizzierte Forschungsstrategie könnte eine sukzessive empirische Präzisierung und Fokussierung der im SSIM postulierten Wirkzusammenhänge ermöglichen.

Die ganzheitliche Perspektive des SSIM unterstreicht, dass sowohl Führungskräfte auf unterschiedlichen Hierarchieebenen als auch Mitarbeitende für die Entstehung und Ent-

wicklung gesundheitsförderlicher Interaktionsdynamiken gemeinsam Verantwortung tragen. Daher sollten Interventionen zur Verbesserung gesundheitsförderlicher Führungsaspekte ebenfalls auf mehreren Ebenen ansetzen und nicht ausschließlich auf eine bestimmte Personengruppe fokussieren (vgl. Metz, 2011).

Maßnahmen auf der Ebene der Kontextfaktoren sollten auf eine Gestaltung von Arbeitsaufgaben/-bedingungen und der Organisationskultur fokussieren, die salutogene Interaktionen im Primärsystem stärken. Für eine salutogene (Um-) Gestaltung dieser Kontextfaktoren sind primär Führungskräfte auf sämtlichen Hierarchieebenen verantwortlich, da sie die Verfügbarkeit personeller und materieller Ressourcen, Handlungsspielräume und Zielvorgaben beeinflussen (vgl. Franke et al., 2015).

Interventionen im Primärsystem sollten vor allem auf eine Förderung salutogener Interaktionsdynamiken durch Veränderungen diesbezüglich dysfunktionaler, objektivierbarer Verhaltensweisen und der sie bedingenden subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen fokussieren. Hier könnten sich insbesondere systemisch orientierte Interventionen z. B. in Form von Einzel- und Gruppen-Coachings als nützlich erweisen, da diese explizit auf gesundheitsförderliche Veränderungen subjektiver Wirklichkeitskonstruktionen und Interaktionsdynamiken fokussieren (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2007).

2.8 Kritische Aspekte und offene Fragen

In Hinblick auf die entwickelten Modellüberlegungen ist kritisch festzustellen, dass ihre empirische Überprüfung noch weitgehend aussteht. Die im SSIM postulierten Rückkopplungsprozesse und Wirkungsmechanismen erfordern zu ihrer Überprüfung darüber hinaus aufwendige und methodisch schwer umzusetzende Längsschnitts- und Interventionsdesigns.

Darüber hinaus stellt es eine Herausforderung dar, ganzheitlich orientierte Interventionsstrategien, wie sie das SSIM impliziert, in die Praxis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu implementieren. Hier dominieren nach wie vor einseitige, personenbezogene Maßnahmen (Metz, 2011). Da ganzheitliche Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung jedoch effektiver sind als einseitige, personenbezogene Maßnahmen und sich auch betriebs- wirtschaftlich legitimieren lassen (Ducki, Bamberg & Metz, 2011; Metz, 2011), erscheint der Versuch dennoch lohnenswert.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass das SSIM neue Impulse für die Forschung und Praxis im Bereich der gesundheitsförderlichen Führung liefert: Erstens, es wird von einer wechselseitigen Beeinflussung salutogenen Führungs- und Mitarbeiterverhaltens ausgegangen. Zweitens, das Konzept des Kohärenzerlebens am Arbeitsplatz wird als zentraler Wirkmechanismus gesundheitsförderlicher Führung integriert. Drittens, der Einfluss von Kontext- und Persönlichkeitsfaktoren auf gesundheitsförderliche Interaktionen zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden wird explizit berücksichtigt.

2.9 Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass. Deutsche Ausgabe: Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Aquino, K., Grover, S.L., Bradfield, M., & Allen, D.G. (1999). The effects of negative affectivity, hierarchical status, and self-determination on workplace victimization. *Academy of Management Journal*, 42, 260–272.
- Bakker, B. A., Westman, M., & van Emmerik, I. J. H. (2009). Advancements in crossover theory. *Journal of Managerial Psychology*, 24, 206–219.
- Bauer, G.F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G.J. (2015). Work-SoC-Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 20–30.
- Blickle, G. (2003). Einflusstaktiken von Mitarbeitern und Vorgesetztenbeurteilung: Eine prädikative Feldstudie. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 2, 4–12.
- Blume, B. D., Ford, J. K., Baldwin, T. T., & Huang, J. L. (2010). Transfer of training: a meta-analytic review. *Journal of Management*, 36, 1065–1105.
- Cohen-Charash, Y., & Spector, P. E. (2001). The role of justice in organizations: a meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86, 278–321.
- Dalal, R. S. (2005). A meta-analysis of the relationship between organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior. *Journal of Applied Psychology*, 90, 1241–1255.
- Day, D.V. (2001). Leadership development: a review in context. *The Leadership Quarterly*, 11, 581–613.
- DeRue, D. S., Nahrgang, J. D., Wellman, N., & Humphrey, S. E. (2011). Trait and behavioral theories of leadership: an integration and meta-analytic test of their relative validity. *Personnel Psychology*, 64, 7–52.
- Dirks, K.T., & Ferrin, D.L. (2002). Trust in leadership: meta-analytic findings and implications for research and practice. *Journal of Applied Psychology*, 87, 611–628.
- Ducki, A., & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. vii-xii). Berlin: Springer.

- Ducki, A., Bamberg, E., & Metz, A.M. (2011). Prozessmerkmale von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt – Ein Handbuch* (S. 61–82). Göttingen: Hogrefe.
- Eberz, S., Becker, R., & Antoni, C.H. (2011). Kohärenzerleben im Arbeitskontext – Ein nützliches Konstrukt für die ABO-Psychologie? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 3, 115–131.
- Eilles-Matthiessen, C., & Scherer, S. (2011). Bindung, Leistung, Kontrolle und Selbstwertschutz: Die Motive des Mitarbeiters als Perspektive sozial kompetenten Führungsverhaltens. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89–96). Berlin: Springer.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 938–944.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Felfe, J. (2006). Transformationale und charismatische Führung – Stand der Forschung und aktuelle Entwicklungen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 5, 163–176.
- Franke, F., & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89–96). Berlin: Springer.
- Franke, F., Ducki, A., & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 253–264). Göttingen: Hogrefe.
- Judge, T. A., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2006). Loving yourself abundantly: relationship of the narcissistic personality to self-and other perceptions of workplace deviance, leadership, and task and contextual performance. *Journal of Applied Psychology*, 91, 762–775.
- Korek, S., Felfe, J., & Franke, F. (2015). Führungsspielraum. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 213–222). Göttingen: Hogrefe.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being and health effects – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 904–915.

- Kusy, M., & Holloway, E. (2009). *Toxic workplace! Managing toxic personalities and their systems of power*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Ludewig, K. (2009). *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Marcus, B., & Schuler, H. (2004). Antecedents of counterproductive behavior at work: a general perspective. *Journal of Applied Psychology*, 89, 647–660.
- Metz, A. M. (2011). Intervention. In E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt – Ein Handbuch* (S. 135–156). Göttingen: Hogrefe.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und Führen lassen* (6. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Ohm, S., & Strohm, O. (2001). Arbeits-, Führungs- und Gesundheitsrealitäten im Management. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 52–61.
- Oswald, M. E. (2010). Vertrauen in Organisationen. In M. K. W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauensforschung 2010: a state of the art*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Pangert, B., & Schüpbach, H. (2011). Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 71–80). Berlin: Springer.
- Rigotti, T., & Mohr, G. (2006). Trau – Schau – Wem? Vertrauen in die Organisation als salutogenetischer Katalysator. *Wirtschaftspsychologie*, 22, 22–29.
- Rigotti, T., Emmerich, A., & Holstad, T. (2015). Zukünftige Forschung zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 265–276). Göttingen: Hogrefe.
- Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: thought control of action* (S. 217–243). Bristol: Taylor & Francis.
- Schyns, B., & Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly*, 24, 138–158.

- Semmer, N. K., & Jacobshagen, N. (2010). Feedback im Arbeitsleben – eine Selbstwert-Perspektive. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, *41*, 39–55.
- Siegrist, J., & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, *51*, 305–312.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' wellbeing, behaviors, and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work and Stress*, *24*, 107–139.
- Steinmetz, B. (2011). Gesundheitsförderung für Führungskräfte. In E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt – Ein Handbuch* (S. 537–560). Göttingen: Hogrefe.
- Syrek, C.J., Apostel, E., & Antoni, C.H. (2013). Stress in highly demanding IT jobs: Transformational leadership moderates the impact of time pressure on exhaustion and work-life balance. *Journal of Occupational Health Psychology*, *18*, 252–261.
- Tepper, B. J., Duffy, M. K., & Shaw, J. D. (2001). Personality moderators of the relationship between abusive supervision and subordinates' resistance. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 974–983.
- Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit – Ein Paradigmenwechsel? *Wirtschaftspsychologie*, *2*, 4–13.
- Udris, I., & Rimann, M. (1999). SAA und SALSA: Zwei Fragebogen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Ein praxisorientierter Überblick* (S. 397–419). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Vincent, S. (2011). Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89–96). Berlin: Springer.
- Winkler, E., Busch, C., Clasen, J., & Vowinkel, J. (2015). Changes in leadership behaviors predict changes in job satisfaction and well-being in low-skilled workers: a longitudinal investigation. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, *22*, 72–87.
- Zimber, A., Hentrich, S., Bockhoff, K., Wissing, C., & Petermann, F. (2015). Wie stark sind Führungskräfte psychisch gefährdet? Eine Literaturübersicht zu Gesundheitsrisiken und

arbeitsbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 123–140.

3 Kapitel III: Vertiefende Erörterung der theoretischen Grundlagen des SSIM

Nachfolgend werden zentrale Postulate des systemischen Paradigmas (3.1) und des Salutogenese-modells (3.2) sowie deren Bedeutung für das SSIM vertiefend erörtert, da diese wichtigen theoretischen Grundlagen im ersten Artikel nur ansatzweise dargestellt werden konnten. Der konzeptionelle Bezug des SSIM zum Salutogenese-modell ist durch die Fokussierung auf das Kohärenzerleben (am Arbeitsplatz) als zentralen, salutogenen Wirkmechanismus relativ klar. Darüber hinaus handelt es sich bei diesem Ansatz um eine vergleichsweise gut ausgearbeitete Theorie mit weitgehend definierten und operationalisierbaren Konzepten.

Schwieriger ist es, den systemischen Charakter des SSIM zu verdeutlichen, da das systemische Paradigma auf komplexen erkenntnistheoretischen Theorien wie dem Konstruktivismus (z.B. Bateson, 1967; Blumer, 1969; Maturana, 1970; Maturana & Varela, 1987; Mead, 1934; von Foerster, 1981, 1988) und der Systemtheorie (z.B. Luhmann, 1985, Maturana & Varela, 1987) basiert, was insbesondere eine Ableitung klarer und einfach zu verstehender Konzepte, geschweige denn eindeutige Definitionen und Operationalisierungen erheblich erschwert. Diese Ausgangslage bedingt vor allem ein kompliziertes Spannungsfeld zwischen dem systemischen Ansatz und der evidenzbasierten Psychologie. Eine evidenzbasierte Führungsforschung wird nachfolgend in Anlehnung an Rousseau (2005) dahingehend definiert, dass die Konzepte, Prinzipien und Strategien zur Erklärung, Vorhersage und Entwicklung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens aus wissenschaftlichen (empirischen) Erkenntnissen abgeleitet sind. Dieser empirische Erkenntnisgewinn basiert im Bereich der Psychologie wiederum weitgehend auf den Postulaten des kritischen Rationalismus (Popper, 2013; vgl. Westermann, 2000).

3.1 Das Systemische Paradigma

Das systemische Denken und Handeln ist komplex und nicht ohne Weiteres anschlussfähig an eine gesundheitsorientierte Führungsforschung, die auf dem evidenzbasierten Paradigma basiert. Nachfolgend werden die systemischen Bausteine des SSIM auf der Grundlage einer allgemeinen Erörterung wichtiger systemischer Konzepte zunächst herausgearbeitet. Anschließend wird das Spannungsfeld zwischen dem systemischen und evidenzbasierten Paradigma inklusive ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile herausgearbeitet. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird abschließend eine Synthese systemischer und evidenzbasierter Elemente abgeleitet, die eine wesentliche theoretische Grundlage des SSIM bildet.

3.1.1 Wichtige Systemische Konzepte

Bis heute existiert keine allgemeingültige Definition, die eindeutig klärt, was genau unter „*systemisch*“ zu verstehen ist (vgl. Ludewig, 2009; Ochs & Schweitzer, 2012; Schlippe & Schweitzer, 2007). Es lassen sich jedoch einige zentrale Überzeugungen, Konzepte, Haltungen und Begriffe benennen, die sich im Sinne von Grundpfeilern systemischen Denkens interpretieren lassen. Dies betrifft zum einen die zentralen Aussagen der Systemtheorie und des Konstruktivismus sowie der damit eng verknüpften Konzepte zirkuläre Kausalität, subjektive Wirklichkeitskonstruktion, Kontextsteuerung, Autopoiese, strukturelle Kopplung sowie Kybernetik erster und zweiter Ordnung. Zum anderen leiten sich aus diesen Elementen spezifische, systemische Interventionsstrategien und -techniken wie das Reframing und das zirkuläre Fragen ab. Diese Konzepte und deren Zusammenhänge werden nachfolgend erläutert (vgl. Ludewig, 2009; Luhmann, 1985; Schlippe & Schweitzer, 2007):

Hall und Fagen (1956, zitiert aus Schlippe & Schweitzer, 2007; S. 54; vgl. Luhmann, 1985) definieren ein System als „*Satz von Elementen oder Objekten mit den Beziehungen zwischen diesen Objekten und deren Merkmalen*“ (z.B. eine Gruppe von Menschen), die von seiner Umwelt (z.B. eine Organisation) z.B. aufgrund einer gemeinsamen Funktion (z.B. Arbeitsteam mit bestimmten Aufgaben) unterschieden werden können. Komplexität und Dynamik stellen zwei fundamentale Eigenschaften sozialer Systeme dar (Simon, 1988). Daraus folgt, dass diese „*nicht-trivialen Systeme*“ (Foerster, 2008, S. 43) nicht vollständig verstehbar, vorhersagbar und steuerbar sind oder mittels einfacher Ursache-

Wirkungszusammenhänge hinreichend zutreffend abgebildet werden können (Schlippe & Schweitzer, 2007, Kap. 2.3). In sozialen Systemen ist eher von der Rekursivität bzw. Reziprozität von Erlebens- und Verhaltensweisen der einzelnen Menschen auszugehen, was Wiener (1950) als zirkuläre Kausalität bezeichnet.

Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass der (objektivierbar vorhandene) Kontext, also die Umwelt des sozialen Systems, vermittelt über subjektive Wirklichkeitskonstruktionen maßgeblichen Einfluss auf die Verhaltensmuster innerhalb des Systems hat. Daher „*macht*“ jedes Verhalten erst „*Sinn, wenn man den Kontext kennt*“ (Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 179). Dieses Konzept geht auf Bateson (1967) zurück und wird oftmals als Kontextsteuerung bezeichnet (Neuberger, 2002, Kap. 8). Zu beachten ist dabei, dass dieser Kontext selbst nicht objektiv wahrgenommen werden kann. Foerster (1981, S. 40) drückt dies wie folgt aus: „*Die Umwelt, so wie wir sie wahrnehmen, ist unsere Erfindung*“.

Der Begriff Kontext wird im Systemischen sowohl für Einflussfaktoren, die außerhalb z.B. eines sozialen Systems zu verorten sind und auf die Teile des Systems einwirken (objektivierbar vorhandener Kontext), als auch für subjektive Wirklichkeitskonstruktionen (z.B. Überzeugungen, Annahmen etc.) innerhalb dieses sozialen Systems verwendet, die z.B. den subjektiven Kontext für die Ausrichtung von Verhaltensweisen liefern, die in einem Sinnbezug dazu stehen (vgl. Ludewig, 2009; Schlippe & Schweitzer, 2007). Diese subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen werden darüber hinaus insbesondere auch emotional bewertet und sind „*sehr weitgehend bestimmend für Glück oder Unglück, Zufriedenheit oder Unzufriedenheit*“ (Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 89) und beeinflussen daher auch erheblich die psychische Gesundheit (vgl. Wilken, 2003).

Im Sinne einer Selbsterfüllenden Prophezeiung (Merton, 1948) können subjektive Wirklichkeitskonstruktionen (subjektiv wahrgenommener Kontext) über den Mechanismus der Verhaltenssteuerung den objektiv vorhandenen Kontext so verändern, dass er dem subjektiv wahrgenommenen Kontext entspricht, ohne dass dies den handelnden Akteuren bewusst ist. Ein Mitarbeiter, der bspw. subjektiv davon überzeugt ist, dass sein Chef ihm gegenüber feindselig eingestellt ist (subjektiver Kontext), verhält sich möglicherweise dem Chef gegenüber unfreundlich, was auf Seiten des Vorgesetzten erst eine feindselige Einstellung produziert (objektiver Kontext).

Zentral ist auch der Gedanke, dass in sozialen Systemen subjektive Wirklichkeitskonstruktionen über Kommunikationsprozesse erzeugt bzw. durch Kommunikationsmuster reproduziert werden (Luhmann, 1985). Diese Idee basiert auf den Theorien des symbolischen Interaktionismus (Mead, 1934; Blumer, 1969) und wurde im Systemischen insbesondere in den so genannten Narrativen Ansätzen (z.B. Anderson & Goolishian, 1990; De Shazer, 1989; White, 1992) aufgegriffen und für therapeutische Zwecke ausgearbeitet.

Das Phänomen der Reproduktion bestimmter Kommunikationsmuster in sozialen Systemen wird im Systemischen als Autopoiese bezeichnet (Maturana & Varela, 1987). D.h. Menschen innerhalb eines sozialen Systems sind über strukturelle Kopplungen (Maturana & Varela, 1987) miteinander verbunden und beeinflussen einerseits ihre subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen und ihr Verhalten wechselseitig durch Kommunikation. Andererseits können Menschen innerhalb oder außerhalb dieses sozialen Systems das Denken, Fühlen und Handeln der Menschen nicht determinieren oder kontrollieren, weil auch deren Psyche ein sich selbst erzeugendes und regulierendes autopoietisches System darstellt (Ludewig, 2009).

Eng mit diesen Überlegungen verknüpft ist auch das Konzept der Kybernetik erster und zweiter Ordnung (u.a. Bateson, 1967; Foerster, 1981; Glasersfeld, 1979; Maturana, 1970). Unter Kybernetik versteht man ein „*wissenschaftliches Programm zur Beschreibung der Regelung und Steuerung komplexer Systeme*“ (Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 53). Die Kybernetik erster Ordnung entwickelt den Autoren zu Folge nach bestimmten wissenschaftlichen Prinzipien (z.B. Objektivität) Theorien über Systeme, die von außen beobachtet und gesteuert werden sollen. Die Kybernetik zweiter Ordnung negiert die Möglichkeit einer vom Beobachter unabhängigen Beobachtung und damit einer objektiven Analyse und einer zielgerichteten Intervention von außerhalb des Systems. Der Beobachter wird stattdessen „*als Teil des Kontextes, den er beobachtet, mitkonzeptualisiert*“ (Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 53; vgl. Foerster, 1981).

Entsprechend dieser Grundannahmen können psychischen und sozialen Systemen auch von außen keine zielgerichteten Veränderungen aufoktroiert werden. Systemische Interventionen zielen daher darauf ab, subjektive Wirklichkeitskonstruktionen und Interaktionsmuster in sozialen Systemen lediglich zu unterbrechen bzw. zu „*verstören*“ (Ludewig, 2009, S. 17). Diese Perturbation (Maturana & Varela, 1987) kann eine Neuorganisation des sozialen Systems bewirken. Dabei gilt aber die Nicht-Indoktrinierbarkeit sozialer

Systeme: „Die Art und Weise der Reaktion wird aber vom strukturellen Zustand des Organismus (bzw. sozialen Systems) bestimmt. Nicht der Reiz bestimmt die Reaktion, sondern die Struktur des lebenden Systems“ (Ludewig, 2009, S. 23).

Eine grundlegende systemische Interventionsstrategie, das Reframing (Bateson, 1967), fokussiert daher auf eine Veränderung der hinter diesen problemstabilisierenden Kommunikations- und Verhaltensmustern liegenden subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen. Dazu werden bspw. bestimmte Verhaltensweisen vor dem Hintergrund eines neuen, alternativen Kontextes uminterpretiert, wodurch das Verhalten eine neue Bedeutung bekommt. Diese im psychotherapeutischen Kontext allgemein als kognitive Umstrukturierung (Wilken, 2003) bezeichnete Strategie verändert wiederum die als störend empfundene emotionale Bewertung eines Ist-Zustandes und ermöglicht eine Veränderung von problemverursachenden und -aufrechterhaltenden Kommunikations- und Verhaltensmustern, weil diese vor dem Hintergrund des neuen Kontextes keinen Sinn mehr machen. Dieser Mechanismus verändert wiederum „objektivierbare“ Muster in sozialen Systemen, Wirklichkeitskonstruktionen und emotionale Bewertungen eines problematischen Ist-Zustandes. Dies soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden.

Eine Führungskraft kann bspw. davon ausgehen, dass ein Mitarbeiter keine zufriedenstellenden Leistungen bringt (Verhalten), weil er aufgrund persönlichkeitsimmanenter Faktoren unmotiviert ist (subjektive Wirklichkeitskonstruktion „Kontext A“). Vor dem Hintergrund dieses Frames würde es aus Sicht der Führungskraft Sinn machen, den Druck auf den Mitarbeiter bspw. durch die Androhung von Sanktionen zu erhöhen. Hierauf könnte der Mitarbeiter wiederum mit Gegenmaßnahmen (z.B. Einschalten des Personalrates) reagieren, was konfliktfördernde Wirklichkeitskonstruktionen auf Seiten der Führungskraft bestätigen oder verstärken würde. Die Führungskraft könnte das gleiche Verhalten aber auch als Ausdruck einer chronischen Überlastung aufgrund von Personalmangel in Kombination mit einer zunehmenden Arbeitsaufgabenverdichtung interpretieren (subjektive Wirklichkeitskonstruktion „Kontext B“). In diesem Fall würde der Vorgesetzte bspw. ein Gespräch mit seinem Vorgesetzten suchen, um die Belastungen in seinem Zuständigkeitsbereich durch eine Steigerung personeller Ressourcen oder Abbau von Aufgaben/ Zuständigkeiten zu reduzieren.

Eine zweite, wesentliche systemische Perturbations-Technik stellt das zirkuläre Fragen (siehe Abbildung 3) dar, das darauf abzielt, die bisherigen (als störend empfundenen) Wirklichkeitskonstruktionen durch das „Einnehmen einer Außenperspektive“ (Schlippe

& Schweitzer, 2007, S. 142) zu perturbieren. Dazu werden dem Klienten verschiedene Fragen z.B. dazu gestellt, wie andere Personen (soziales System) möglicherweise über einen bestimmten Sachverhalt denken oder welche Funktion ein Verhalten in einem bestimmten Kontext haben könnte (Schlippe & Schweitzer, 2007). Die Perspektive kann darüber hinaus auch dadurch erweitert werden, dass Fragen inhaltlich bspw. auf die Bedeutung des Problems für das kognitiv-emotionale Erleben der Person (psychisches System), seine Entstehungsgeschichte, Ausnahmen von Problemzuständen in der Vergangenheit, aktuell noch vorhandene Ressourcen oder hypothetische Lösungsszenarien in der Zukunft etc. fokussieren (Schwing & Fryszer, 2009). Durch das zirkuläre Fragen soll also zum einen die Entwicklung neuer Wirklichkeitskonstruktionen im Sinne eines Reframings und zum anderen die Suche nach neuen Ideen und Ressourcen in der Gegenwart, der Vergangenheit und einer (imaginierten, hypothetischen) Zukunft angeregt werden, die für eine Problemlösung nützlich sein können.

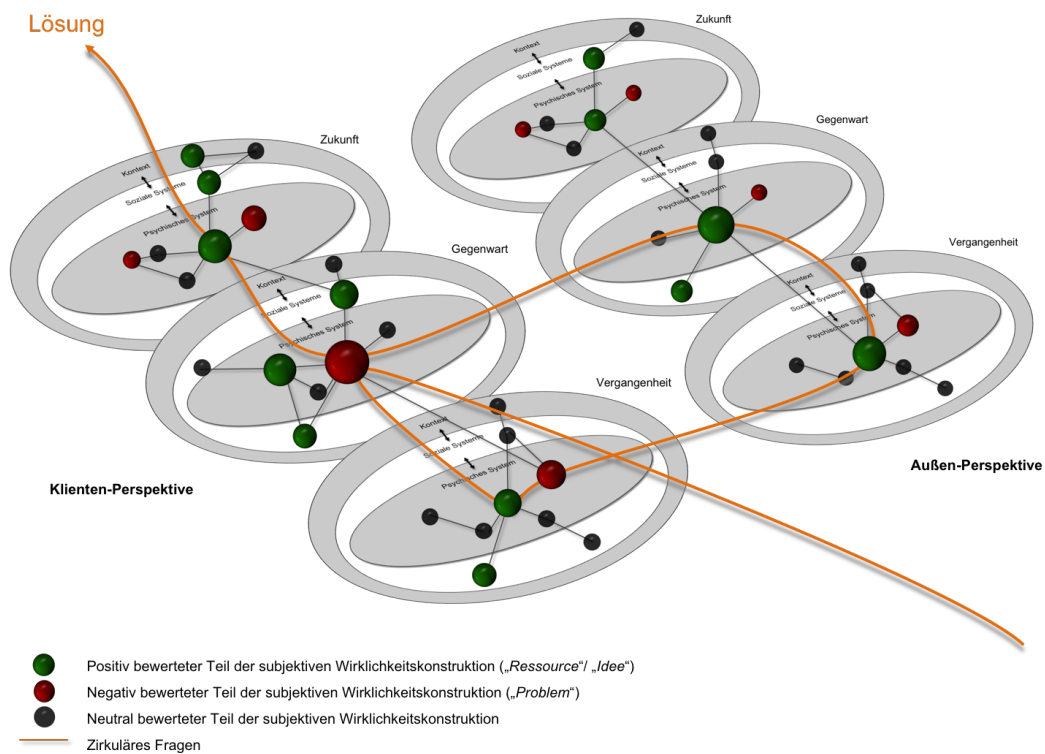


Abbildung 3 Darstellung systemischer Technik des zirkulären Fragens

3.1.2 Die systemischen Elemente des SSIM

Eine wesentliche Eigenschaft des SSIM besteht in Abgrenzung zu anderen derzeit existierenden gesundheitsorientierten Führungskonzepten darin, dass es simultan auf multiple Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen fokussiert. Insbesondere der Kontext, Interaktions- bzw. Kommunikationsprozesse und subjektive Wirklichkeitskonstruktionen stellen wichtige, miteinander kausal verknüpfte Modellkomponenten dar. In diesem charakteristischen Konstruktionsmerkmal spiegelt sich die Komplexität und Dynamik sozialer Systeme, was wiederum im Einklang steht mit zentralen Postulaten der Systemtheorie (z.B. Luhmann, 1985; Maturana & Varela, 1987) und des Konstruktivismus (z.B. Bateson, 1967; Blumer, 1969; Maturana, 1970; Maturana & Varela, 1987; Mead, 1934; von Foerster, 1981, 1988).

Die Konstruktion des Primärsystems salutogener Interaktionen im SSIM basiert insbesondere auf den systemischen Konzepten der zirkulären Kausalität (Wiener, 1950) und der Autopoiese (Maturana & Varela, 1987). D.h. es wird im SSIM explizit davon ausgegangen, dass sich salutogene Verhaltensweisen der Führungskräfte und Mitarbeitenden wechselseitig kausal beeinflussen und dass sich zwischen diesen Verhaltensweisen bestimmte autopoietische Muster entwickeln können. Die im SSIM zentrale Vorstellung, dass bestimmte Kontextfaktoren (z.B. die Gestaltung der Arbeitsaufgabe und -bedingungen von Führungskräften und Mitarbeitenden) das Erleben und das Verhalten beider Interaktionspartner im Primärsystem beeinflussen, basiert insbesondere auf dem systemischen Konzept der Kontextsteuerung (Bateson, 1967).

Mit Blick auf die SSIM-Komponente salutogene interaktionsrelevante Kognitionen, Ziele und Emotionen ist festzustellen, dass diese dem systemischen Konzept der subjektiven Wirklichkeitskonstruktion (Foerster, 1981) entsprechen. Auch im SSIM wird in Übereinstimmung mit dem Konzept der strukturellen Kopplung (Maturana & Varela, 1987) davon ausgegangen, dass sich Aspekte des Führungsverhaltens (entweder vermittelt über Kommunikation oder eine Veränderung des objektivierbaren Kontextes) auf die Wirklichkeitskonstruktionen der Mitarbeitenden auswirken und umgekehrt. Diese handlungsleitenden Wirklichkeitskonstruktionen im SSIM können entsprechend der Philosophie des systemischen Paradigmas auch zum Gegenstand von Interventionen gemacht werden (z.B. Anderson & Goolishian, 1990; de Shazer, 1989; White, 1992). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich sowohl Kontextfaktoren als auch das Verhalten der

Interaktionspartner im Primärsystem vermittelt über subjektive Wirklichkeitskonstruktionen (salutogener SSIM-Wirkmechanismus A) und Zielsetzungsprozesse (salutogener SSIM-Wirkmechanismus B) auf das Führungs- und Mitarbeiterverhalten auswirken. Damit wird ein salutogener Wirkmechanismus beschrieben, der grundsätzlich erklärt, wie sich die Führungssituation auf das Führungsverhalten auswirkt. Insbesondere in Artikel 3 wird erstmals der Versuch unternommen, diesen Wirkmechanismus auf einer empirischen Grundlage weiter zu konkretisieren. Diese Studie liefert erste Hinweise darauf, welche kontext- und interaktionsbezogenen Aspekte der subjektiven Wirklichkeitskonstruktion sich auf bestimmte Facetten salutogenen Führungsverhaltens auswirken.

Auch bei dem Konstrukt Kohärenzerleben am Arbeitsplatz, das als kognitiv-emotionales Schema (Eberz et al., 2011) definiert ist, handelt es sich letztlich um eine bestimmte Form von Wirklichkeitskonstruktion, die theoretisch vermittelt über subjektive, kognitiv-emotionale Erlebenszustände und Verhaltensweisen den psychischen Gesundheitszustand maßgeblich beeinflusst (vgl. Antonovsky, 1979, 1987). Damit wird im SSIM ein dritter salutogener SSIM-Wirkmechanismus C beschrieben, der den Einfluss des Führungsverhaltens auf die Mitarbeitergesundheit erklärt.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich viele der hier als systemische Elemente deklarierten Elemente auch als Elemente der allgemeinen, evidenzbasierten Führungsforschung interpretieren lassen, da diese zum Teil auch auf den Einfluss der Führungssituation und Interaktionsdynamiken fokussiert (vgl. Nerdinger, 2008; Neuberger, 2002). Hier werden diese Elemente jedoch als systemisch klassifiziert, weil diese zum einen originär systemische Konzepte darstellen und zum anderen zumindest von Seiten der gesundheitsorientierten Führungsforschung bislang weitgehend vernachlässigt wurden.

Tabelle 1 enthält eine Übersicht über die hier erörterten wichtigen Modellkomponenten des SSIM und die systemischen Konzepte, auf denen sie basieren.

Tabelle 1 SSIM-Modellkomponenten und deren systemischer Hintergrund

Eigenschaften und Modellkomponenten des SSIM	Beschreibung	Systemischer Hintergrund (Konzepte & Theorien)
1 Fokussierung auf multiple Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen	– Im SSIM werden Einflussfaktoren auf der Ebene des Kontextes, der Interaktion und der subjektiven Wirklichkeitskonstruktion simultan berücksichtigt und kausal miteinander verknüpft. In diesem charakteristischen Konstruktionsmerkmal des SSIM spiegelt sich im Einklang mit zentralen Postulaten des systemischen Paradigmas die Komplexität und Dynamik sozialer Systeme.	– Systemtheorie (z.B. Luhmann, 1985; Maturana & Varela, 1987) – Konstruktivismus (z.B. Bateson, 1967; Blumer, 1969; Maturana, 1970; Maturana & Varela, 1987; Mead, 1934; von Foerster, 1981, 1988) – ...
2 Primärsystem salutogener Interaktionen	– Soziales System, das aus der Führungskraft und den Mitgliedern des von ihr geführten Teams besteht und sowohl deren Verhaltensweisen bzw. Kommunikationen als auch die damit untrennbar verknüpften Wirklichkeitskonstruktionen umfasst.	– Zirkuläre Kausalität (Wiener, 1950) – Autopoiese (Maturana & Varela, 1987) – Kommunikation erzeugt/ beeinflusst subjektive Wirklichkeitskonstruktionen und umgekehrt (Luhmann, 1985) – ...
3 Kontextfaktoren	– Objektivierbarer Kontext (z.B. die Organisation), der über strukturelle Kopplungen mit den Wirklichkeitskonstruktionen von Führungskräften und Teammitgliedern verbunden ist und der umgekehrt durch deren Verhalten grundsätzlich beeinflusst werden kann.	– Kontextsteuerung (Bateson, 1967) – Strukturelle Kopplungen (Maturana & Varela, 1987) – ...
4 Salutogene interaktionsrelevante Kognitionen, Ziele & Emotionen	– Handlungsleitende, subjektive Wirklichkeitskonstruktionen von Führungskräften und ihren Teammitgliedern, die von den Verhaltensweisen der Interaktionspartner im Primärsystem, Kontextfaktoren und personenimmanenten (P-) Faktoren beeinflusst werden und Auswirkungen haben auf das emotionale Erleben und das Kohärenzerleben.	– Konstruktivismus (z.B. Bateson, 1967; Maturana, 1970; Maturana & Varela, 1987) – Subjektive Wirklichkeitskonstruktionen (Foerster, 1981) – Narrative Ansätze (z.B. Anderson & Goolishian, 1990; De Shazer, 1989; White, 1992) – ...
5 Kohärenzerleben am Arbeitsplatz (Work-SoC)	– Kognitiv-emotionales Schema (subjektive Wirklichkeitskonstruktion) mit zentraler Funktion für den Erhalt der psychischen Gesundheit	– Kein originär systemisches Konzept (Bauer & Jenny, 2007; Eberz, Becker & Antoni, 2011); das Work-SoC lässt sich aber im Sinne einer salutogenen subjektiven Wirklichkeitskonstruktion interpretieren – ...

3.1.3 Das Spannungsfeld zwischen systemischen und evidenzbasierten Konzepten

Nachfolgend werden die Unterschiede zwischen systemischen und evidenzbasierten Konzepten herausgearbeitet und das daraus resultierende Spannungsfeld erörtert. Einerseits ist jedoch im Vorfeld darauf hinzuweisen, dass es weder in der Forschung noch in der Praxis eine völlig klare und eindeutig definierbare und von alternativen Konzepten zweifelsfrei abgrenzbare systemische oder evidenzbasierte Vorgehensweise gibt. Andererseits ist es erforderlich, die zweifelsfrei vorhandenen Unterschiede mit Blick auf die erkenntnistheoretischen Grundlagen, Ziele, strategischen Ausrichtungen und die Interventionspraxis (siehe Abbildung 4) zu schärfen, um erklären zu können, warum zwischen beiden Ansätzen ein Spannungsfeld existiert.

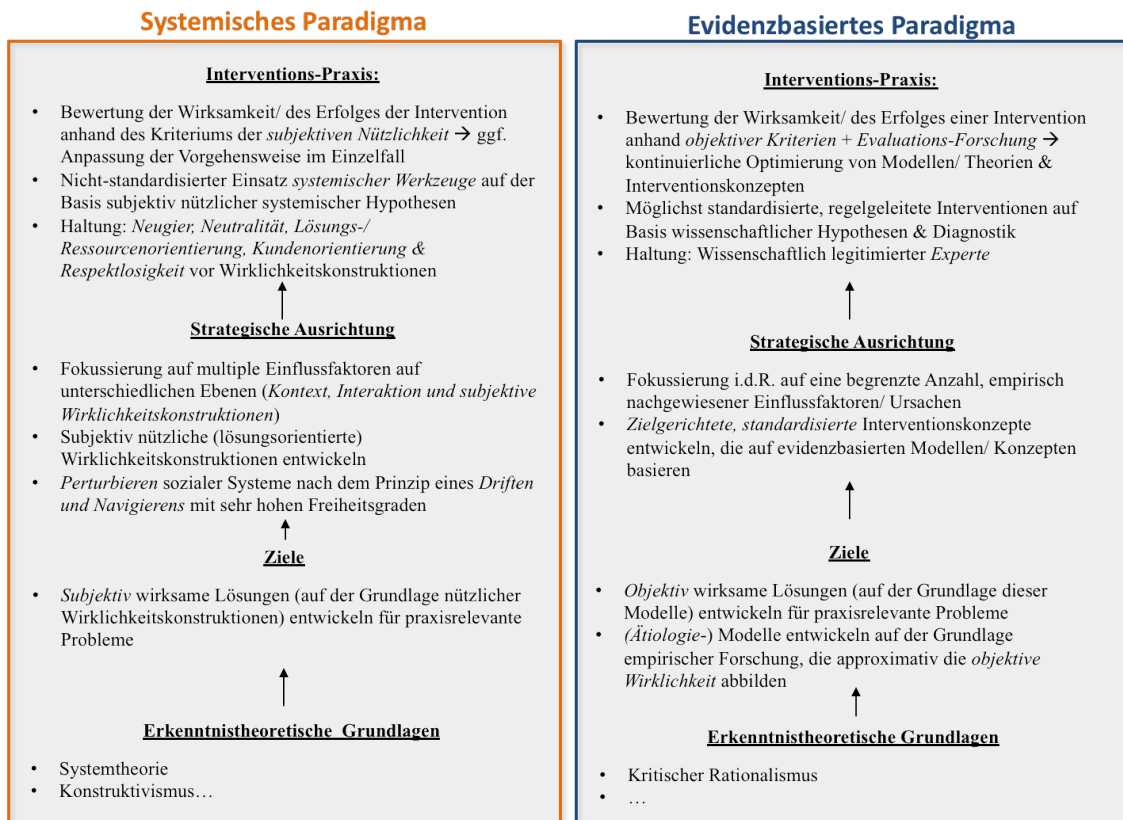


Abbildung 4 Unterschiede zwischen dem Systemischen und Evidenzbasierten Paradigma

Einerseits ist festzustellen, dass die gesundheitsorientierte Führungsforschung den systemischen Ansatz bislang ignoriert (vgl. Franke, Ducki & Felfe, 2015; 2015; Franke & Felfe; 2011; Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008; Rigotti, Emmerich & Holstad, 2015; Rudolph, Murphy & Zacher, 2019; Stadler & Spieß, 2003; Skakon, Nielsen, Borg

& Guzman, 2010; Vincent, 2011; Zimber & Gregersen, 2011). Andererseits wurde im Bereich der klinischen Psychologie eine große Anzahl empirischer Studien vorgelegt, die in der Summe die Wirksamkeit systemischer Interventionskonzepte zumindest in diesem Kontext eindrucksvoll belegen (Ochs & Schweitzer, 2012; von Sydow, 2012). In diesen Befunden spiegelt sich möglicherweise auch ein Potenzial des systemischen Ansatzes im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung und -praxis. Diese These erscheint insbesondere deshalb plausibel, weil systemische Konzepte grundsätzlich auf eine Beeinflussung komplexer (sozialer) Systeme inklusive einer Berücksichtigung von Interaktionsdynamiken, Kontextfaktoren und subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen ausgerichtet sind (Schlippe & Schweitzer, 2007; Steinkellner, 2012). D.h. systemische Interventionsstrategien und -techniken fokussieren explizit auf diejenigen Einflussfaktoren, die sowohl aus Sicht der modernen allgemeinen Führungsforschung als auch der erweiterten Perspektive des SSIM als sehr bedeutsam eingestuft werden. Nerdinger (2008; vgl. Brodbeck, 2016; Neuberger, 2002) als ein Vertreter einer evidenzbasierten Führungsforschung geht bspw. auf der Grundlage der empirischen Befundlage ebenfalls davon aus, dass Einflussfaktoren auf apersonaler Ebene (Kontextfaktoren), interpersonaler Ebene (Interaktionsdynamiken) und intrapersonaler Ebene (subjektive Wirklichkeitskonstruktionen) jeweils eine bedeutende Rolle bei der Erklärung des Führungsverhaltens und des Führungserfolgs spielen.

Die Tatsache, dass der systemische Ansatz und die gesundheitsorientierte Führungsforschung trotzdem weitgehend unverbunden nebeneinander stehen, ist wahrscheinlich zum einen darauf zurückzuführen, dass die gesundheitsorientierte Führungsforschung zentrale systemische Perspektiven (z.B. Einfluss des Kontextes, Interaktionsdynamiken) bislang grundsätzlich vernachlässigt hat (vgl. Franke et al., 2015; Kuoppala et al., 2008; Rudolph et al., 2019; Skakon et al., 2010). Zum anderen ist zu konstatieren, dass das systemische und das evidenzbasierte Paradigma, auf dem die gesundheitsorientierte (psychologische) Führungsforschung basiert, nur eingeschränkt kompatibel sind.

Pelz (2019, S. 2; vgl. Neuberger, 2002, Kap. 8; Schlippe & Schweitzer, 2007;) bringt die Kritik am systemischen Paradigma aus einer evidenzbasierten Perspektive wie folgt auf den Punkt: *„selbst der Schlüsselbegriff „systemisch“ ist nicht operational definiert. Das liegt nicht daran, dass es für jeden Begriff mehrere Definitionsmöglichkeiten gibt, sondern daran, dass der systemische Ansatz statt einer Fachsprache einen Jargon verwendet, der keine intersubjektiv überprüfbaren oder falsifizierbaren Aussagen zulässt“*. Diese

Kritik muss allerdings etwas relativiert werden, da eine Vielzahl von Studien zur Wirksamkeit des systemischen Ansatzes, die evidenzbasierte Forschungskriterien offensichtlich zumindest hinreichend erfüllen, im Bereich der klinischen Psychologie bereits erfolgreich durchgeführt wurden (z.B. von Sydow, 2012). Hierzu war zum einen eine Definition und Operationalisierung originär systemischer Interventionsstrategien und -techniken notwendig, die eine hinreichende Abgrenzung von alternativen therapeutischen Vorgehensweisen zulässt. Zum anderen handelt es sich bei der empirisch mehrfach geprüften Hypothese, dass der systemische Ansatz klinisch wirksam ist, offensichtlich um eine intersubjektiv überprüfbare und falsifizierbare Aussage, die aus dem systemischen Paradigma abgeleitet wurde (von Sydow, 2012).

Ein wesentliches Spannungsverhältnis resultiert allerdings nach wie vor aus der Tatsache, dass die Möglichkeiten einer objektivierbaren Erfassung der Wirklichkeit und einer gezielten Beeinflussbarkeit sozialer Systeme im evidenzbasierten Paradigma grundsätzlich optimistischer eingeschätzt werden als dies im systemischen Kontext der Fall ist (vgl. Neuberger, 2002; Ochs & Schweitzer, 2012; Schlippe & Schweitzer, 2007). Psychologische Prozesse und menschliches Verhalten werden im evidenzbasierten Paradigma als Teil einer objektiven Wirklichkeit betrachtet, die sich mit Mitteln der empirischen Forschung (und den darauf basierenden Modellen, Diagnostik- und Interventionskonzepten) zumindest näherungsweise objektiv beschreiben, erklären, vorhersagen und letztlich auch gezielt beeinflussen lassen (Sedlmeier & Renkewitz, 2013, Kap. 2.2.2; Westermann, 2000, Kap. 2). Diese Vorstellung basiert wiederum insbesondere auf den erkenntnistheoretischen Positionen des kritischen Rationalismus (Popper, 2013).

Diese Möglichkeiten werden im systemischen Paradigma tatsächlich weitgehend negiert: *„Der systemische Ansatz geht aus von der unbewältigbaren Komplexität lebender (und sozialer) Systeme, die er nicht zu ‘trivialisieren‘ sucht, indem er sie z.B. in eindeutige und beherrschbare Ursache-Wirkungs- oder Mittel-Zweck-Beziehungen zerlegt“* (Neuberger, 2002, S. 594). Auf der Grundlage der erkenntnistheoretischen Position des Konstruktivismus steht im Systemischen die Entwicklung von subjektiv „nützlichen“ Hypothesen zur Genese eines Problems und Lösungsmöglichkeiten im Vordergrund: *„Eine systemische Forschung ist vom Anspruch her keine aufdeckende Forschung, sondern eine rekonstruierende Forschung. Ihre Zielrichtung ist nicht, die Dinge so zu beschreiben, wie diese „objektiv“ gegeben sind, sondern den Wirkungen der Verschränkung von Perspektiven*

nachzuspüren. [...] Ihre Ergebnisse beanspruchen nicht „wahr“ im Sinne einer objektiven „Gültigkeit“ zu sein, sondern „viabel“ im Sinne der Brauchbarkeit für die Lebenspraxis der Menschen, die als Probanden oder Nutzer mit systemischer Forschung in Berührung kommen. Zentrales Gütekriterium ist deshalb die Nützlichkeit („usability“) für die Erreichung von Zwecken, über welche nur die Akteure selbst nach Maßgaben ihrer lebensweltlichen und emotionalen Plausibilität bestimmen können“ (Arnold, 2012, S. 128; vgl. Ludewig, 2009; Schlippe & Schweitzer, 2007).

Daraus folgt, dass die Richtigkeit und der Wert einer Hypothese im systemischen Kontext danach bewertet wird, ob sie subjektiv nützlich ist in dem Sinne, dass sie eine für Therapeuten und Klienten hilfreiche Strukturierung von Informationen, eine Fokussierung auf neue Sichtweisen und bislang nicht wahrgenommene Lösungsmöglichkeiten erleichtert. Dies bezeichnen Schlippe und Schweitzer (2007) als Ordnungs- und Anregungsfunktion von Hypothesen. Eine evidenzbasierte Hypothesenbildung im Einzelfall erfolgt hingegen „auf der Basis entwicklungspsychopathologischen und klinischen Störungswissens“ (Bartling, Echelmeyer & Engberding, 2008, S. 77). Dieses evidenzbasierte Wissen wird wiederum im Prozess einer wissenschaftlichen Hypothesen-Formulierung und -Prüfung sukzessiv aufgebaut. In diesem Prozess werden Hypothesen wie folgt definiert: „Wissenschaftliche Hypothesen sind Annahmen über reale Sachverhalte (empirischer Gehalt, empirische Untersuchbarkeit) in Form von Konditionalsätzen. Sie weisen über den Einzelfall hinaus (Generalisierbarkeit, Allgemeingrad) und sind durch Erfahrungsdaten widerlegbar (Falsifizierbarkeit)“ (Bortz & Döring, 2003, S. 8). Im Unterschied zum evidenzbasierten Paradigma müssen zum einen systemische Einzelfall-Hypothesen nicht im Einklang stehen mit empirischen Forschungsbefunden. Zum anderen wird im systemischen nicht das Ziel verfolgt, wissenschaftliche Hypothesen zu formulieren und zu testen, um letztlich evidenzbasiertes Wissen aufzubauen.

Aus der systemischen Zielsetzung, subjektiv nützliche Hypothesen zu formulieren, leitet sich in der Folge die strategische Ausrichtung eines „Driften und Navigieren(s)“ (Klein & Kannicht, 2009, S. 45) im Prozess der Problemlösung ab, wobei der Ablauf und die Regeln dafür nicht klar festgelegt sind. Systemische Strategien und Techniken zielen vielmehr darauf ab, durch ein Perturbieren problemverursachender und -stabilisierender Sichtweisen die Entwicklung neuer, nützlicher und lösungsorientierter Wirklichkeitskonstruktionen innerhalb des sozialen Systems zu stimulieren (Schlippe & Schweitzer, 2007). Im Vergleich bspw. zu einer evidenzbasierten klinischen Psychologie, die auf eine

differenzierte Kategorisierung von Problemen z.B. anhand des ICD-10 (z.B. Dilling, Mombour & Schmidt, 2015), die Entwicklung störungsspezifischer Ätiologiemodelle (z.B. Bartling et al., 2008) und eine möglichst standardisierte Interventionspraxis in Form von Therapiemanualen (z.B. Davison & Neale, 2002, Kap. 17.1) fokussiert, ist die Schwerpunktsetzung systemischer Diagnostik und Intervention eine andere: *„Für die Perspektive einer „systemisch-konstruktivistischen Diagnostik“ ist die ausführliche Suche nach dem, „was sein könnte“ (Schweitzer u. Ochs 2002), also nach möglichen Lösungsszenarien und bislang noch ungenutzten Ressourcen, mindestens ebenso wichtig wie die Beschreibung des Problems und die Erklärung seiner Entwicklungsgeschichte. Ein solches Vorgehen ist sicherlich weit nützlicher als die Inventarisierung von all dem, was nicht geht (Residualsyndrome, Strukturdefizite etc.)“* (Schweitzer & Schlippe, 2007, S. 27).

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die erörterten Unterschiede auch einhergehen mit einer tendenziell unterschiedlichen Haltung der Berater, Coaches und Therapeuten. Nach Schlippe und Schweitzer (2007) ist eine systemische Haltung insbesondere durch Neugier, Neutralität, Lösungs- und Ressourcenorientierung, Kundenorientierung und Respektlosigkeit gegenüber Ideen (bzw. subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen) aber Respekt gegenüber Menschen gekennzeichnet. Hier gibt es sicherlich auch große Überschneidungen zu einer wie auch immer zu definierenden *„evidenzbasierten Haltung“*. Nichtsdestotrotz impliziert das evidenzbasierte Paradigma möglicherweise zumindest eine tendenziell stärkere Akzentuierung der Interpretation der eigenen Berater-/ Therapeutenrolle in Richtung eines wissenschaftlich legitimierten Experten. Dies birgt aus systemischer Sicht zumindest ein gewisses Risiko, dem Klienten-System auf der Grundlage evidenzbasierten Wissens bestimmte Lösungen stärker von außen vorzugeben (Gegenteil von Neutralität) und tendenziell stärker auf Probleme/ Ursachen (Gegenteil von Lösungs- / Ressourcenorientierung) zu fokussieren (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2007; Klein & Kannicht, 2009). Nachfolgend werden die Vor- und Nachteile des evidenzbasierten und des systemischen Ansatzes kontrastierend gegenübergestellt.

3.1.4 Chancen und Risiken des systemischen und evidenzbasierten Paradigmas

Die evidenzbasierte Vorgehensweise hat zwei wesentliche Vorteile. Erstens, sie erhöht die Wahrscheinlichkeit dafür, dass bei einer bestimmten Problemkonstellation besonders wirksame Lösungs- bzw. Interventionsansätze entwickelt und entdeckt werden und in der Praxis zur Anwendung kommen (Sackett, Rosenberg & Gray, 1996; Rousseau, 2006). Im Bereich der Psychologie ist bspw. die Entwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie, die ein wirksames und sehr einflussreiches Paradigma im Bereich der Psychotherapie darstellt (Bartling et al., 2008; Hautzinger, 2000; Wilken, 2003), explizit auf der Grundlage evidenzbasierter Forschung entwickelt worden (Davison & Neale, 2002; Kap. 2.4). Zweitens, der evidenzbasierte Ansatz bietet durch den systematischen Prozess einer empirischen (objektivierbaren) Überprüfung von Modellen und Vorgehensweisen etc. einen gewissen Schutz davor, dass Risiken und Nebenwirkungen bei der Interventionsplanung zu wenig berücksichtigt oder ausgeblendet werden (Sackett et al., 1996).

Das evidenzbasierte Paradigma ist allerdings nicht frei von Risiken und Begrenzungen. Erstens, ein derzeit virulentes Problem stellt bspw. die so genannte Replikationskrise dar. Damit ist gemeint, dass *„sich die Ergebnisse zahlreicher Studien in der Psychologie und in den Neurowissenschaften nicht replizieren lassen und daher vermutlich falsch-positive Ergebnisse (darstellen)“* (Ulrich et al., 2016, S. 163). Dieser Befund ist allerdings problematisch, weil die aus Theorien und Modellen abgeleiteten und in empirischen Untersuchungen getesteten Hypothesen offensichtlich zu oft falsifiziert werden. Dies spricht allerdings nach den Regeln des empirischen Paradigmas letztlich auch gegen die (Allgemein-) Gültigkeit der psychologischen Theorien, aus denen die Hypothesen abgeleitet wurden.

Zweitens, das Phänomen der *„Intragruppenvarianz“* (Davison & Neal, 2002, S. 131) mit Blick auf die Wirksamkeit einer Intervention stellt bspw. im Bereich der klinischen Psychologie ein bedeutendes Problem dar. So weisen Studien im Bereich der Psychotherapieforschung darauf hin, dass der Anteil der *„Responder“* (Perrez & Baumann, 2005, S. 382), also Patienten, bei denen eine Maßnahme mit einem positiven Effekt (Reduzierung der pathogenen Symptomatik) kovariiert, z.B. im Bereich der Behandlung der Major Depression mittels Kognitiver Verhaltenstherapie bei ca. 50 bis 60% liegt (DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999; vgl. Pfammatter & Tschacher, 2012). D.h. im Umkehrschluss, dass 40-50% der Patienten nicht von einer Intervention auf der Basis evidenzbasierter Konzepte profitieren (Nicht-Responder).

Zusammenfassend ist daher in Übereinstimmung mit Bortz und Döring (2003, S. 16; vgl. Rousseau, 2006; Sackett et al., 1996) festzustellen, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass das evidenzbasierte Paradigma fehlerfreie „vollständige Erklärungsmodelle“ (S. 16) für jeden Einzelfall liefert, sondern lediglich „die wichtigsten Einflussfaktoren“ (S. 16) identifizieren kann, die bei der Genese und Lösung eines Problems in vielen Fällen eine Rolle spielen.

Der größte Nutzen des systemischen Paradigmas besteht darin, dass es die Entwicklung sehr wirksamer systemischer Interventionsstrategien und -techniken stimuliert und gefördert hat. Aus diesem Grund zählt die Systemische Therapie im klinischen Kontext seit 2008 zu den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren, wozu ein empirischer Wirksamkeitsnachweis in über 78 RCT-Studien erbracht werden musste (von Sydow, 2012). Systemische Konzepte erfüllen damit zumindest einige wichtige Bewertungskriterien des evidenzbasierten Paradigmas, obwohl sie auf die Entwicklung evidenzbasierter (Störungs-) Modelle und eine aufwendige kategorisierende, ätiologische und pathologisierende Einzelfalldiagnostik sowie die Anwendung von standardisierten Therapiemanualen zugunsten einer lösungs- und ressourcenorientierten eigenständigen Interventionsphilosophie mit sehr hohen Freiheitsgraden für Therapeuten explizit verzichten. Damit liefert der systemische Ansatz innovative Strategien und Techniken für eine lösungsorientierte Beeinflussung dynamischer und komplexer Systeme, was über die triviale Feststellung, dass soziale Systeme komplex, dynamisch und unkontrollierbar sind, deutlich hinaus geht (vgl. Neuberger, 2002, Kap. 8.1). Einschränkend muss allerdings festgestellt werden, dass für andere Anwendungsbereiche wie z.B. Coaching und Organisationsentwicklung noch keine empirischen Erkenntnisse zur Wirksamkeit des systemischen Ansatzes vorliegen (Pelz, 2019; vgl. Schlippe & Schweitzer, 2007).

Die einseitige Fokussierung auf die subjektive Nützlichkeit innerhalb des systemischen Paradigmas als übergeordnetes Bewertungskriterium stellt allerdings aus zwei Gründen ein Problem dar. Erstens bedeutet eine an subjektiven Nützlichkeitsüberzeugungen ausgerichtete Interventionspraxis zwangsläufig eine Zunahme an Heterogenität mit Blick auf die Vorgehensweisen im Einzelfall. Damit steigt allerdings erstens das Risiko, dass wichtige Einflussfaktoren bei sich wiederholenden und strukturell ähnlichen Problemkonstellationen übersehen oder objektiv besonders wirksame Vorgehensweisen nicht angewendet werden (vgl. Bortz & Döring, 2003, Kap. 1.4; Davision & Neale, 2002, Kap. 17.1; Rousseau, 2006). Zweitens ist davon auszugehen, dass ein „*Driften und Navigieren*“ ohne

festgelegte Regeln besonders anfällig ist für menschliche Wahrnehmungs- und Interpretationsfehler. Da systemische Therapeuten und Berater auch Menschen sind, stellen diese Phänomene zwangsläufig auch ein Risiko für systemische (von Menschen gemachte) Interventionen dar.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das evidenzbasierte und das systemische Paradigma jeweils spezifische Vor- und Nachteile haben. Diese lassen sich jedoch durch eine Synthese wichtiger Elemente aus beiden Paradigmen kompensieren, was den Nutzen für die gesundheitsorientierte Führungsforschung und -praxis erhöht. Dieser Gedanke wird nachfolgend erörtert und begründet.

3.1.5 Eine Synthese systemischer und evidenzbasierter Elemente

Vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen soll nachfolgend der Versuch unternommen werden, die Stärken beider Paradigmen zu synthetisieren, um auf dieser theoretischen Grundlage zukünftige Forschungsaktivitäten und Interventionen besser strukturieren und begründen zu können. Abbildung 5 zeigt das Ergebnis dieser anwendungsorientierten Synthese systemischer und evidenzbasierter Elemente, die eine wesentliche theoretische Grundlage des SSIM darstellt.

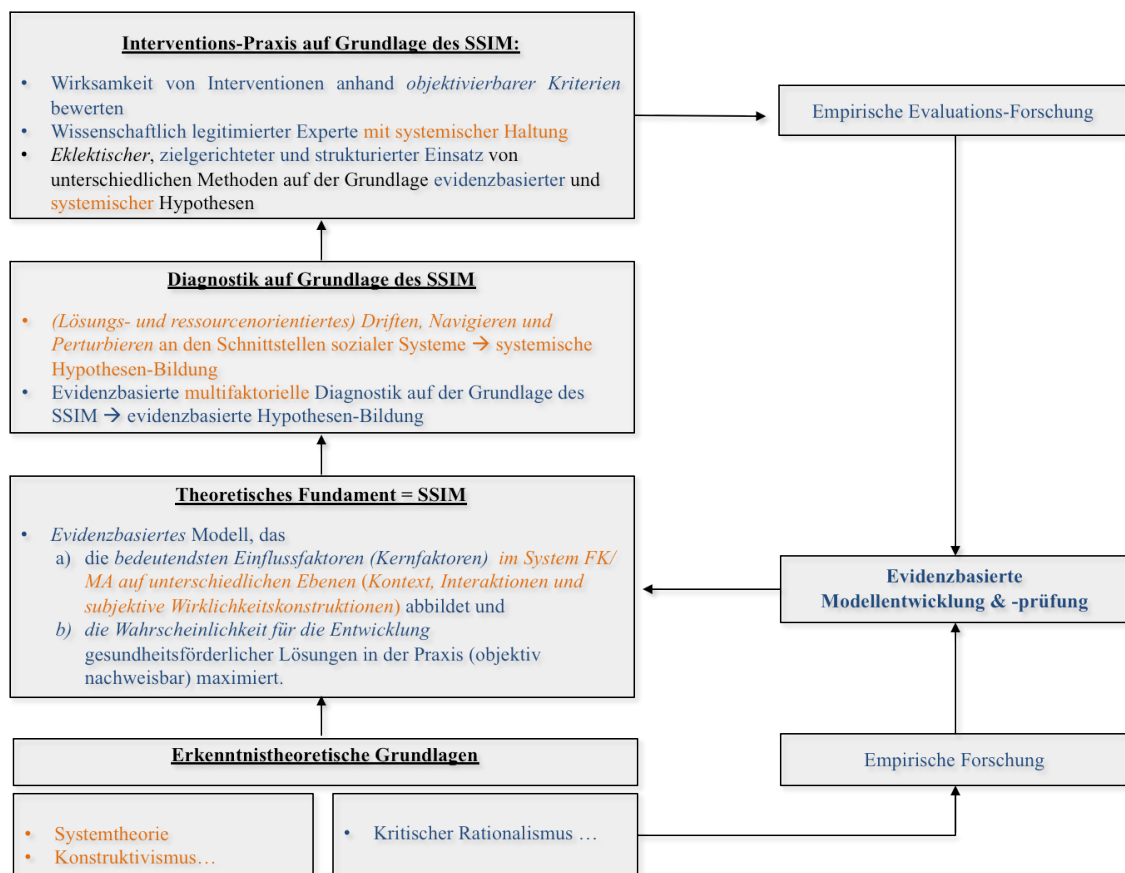


Abbildung 5 Synthese systemischer und evidenzbasierter Elemente

Das SSIM als theoretisches Fundament

Das SSIM basiert auf den erkenntnistheoretischen Grundlagen des systemischen und evidenzbasierten Paradigmas und soll empirisch begründet die bedeutsamsten Einflussfaktoren (Kernfaktoren) im System Führungskraft (FK)/ Mitarbeitende (MA) abbilden, um die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Lösungen in der Praxis zu maximieren. In Übereinstimmung mit dem systemischen Paradigma sollen jedoch explizit Kernfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen (Kontext, Interaktionen und subjektive Wirklichkeitskonstruktionen) berücksichtigt werden. Auf einer zweiten Stufe der Modellkonstruktion (evidenzbasierte Modellentwicklung & -prüfung) ist allerdings vorgesehen, die Anzahl der Variablen im Modell, die im systemischen unendlich viele sein können, auf der Grundlage empirischer Forschung zu begrenzen. Diese Idee wurde erstmals in Artikel 2 aufgegriffen und soll sukzessive zu einer Konkretisierung des SSIM und einer empirisch begründeten Komplexitätsreduktion führen. Dieser kontinuierliche Prozess einer evidenzbasierten Modellentwicklung/-prüfung markiert einen bedeutenden Unterschied zu einer klassisch systemisch orientierten Vorgehensweise.

Diagnostik auf Grundlage des SSIM

Da auch im Bereich der Diagnostik ein hohes Risiko für Wahrnehmungs- und Interpretationsfehler besteht (z.B. Bortz & Döring, 2003, Kap. 4.5), sollen sich diagnostische Prozesse zum einen an den evidenzbasierten Standards für psychologische Diagnostik (z.B. Amelang & Zielinski, 2002, Kap. 2) orientieren. D.h. die im SSIM berücksichtigten Kernfaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen des SSIM müssen definiert, operationalisiert sowie mittels reliabler und valider Messinstrumente systematisch erfasst werden. Auf dieser diagnostischen Grundlage lassen sich wiederum wissenschaftlich begründete (Einzelfall-) Hypothesen formulieren (vgl. Bartling et al., 2008). Zum anderen werden die zumindest begrenzten Möglichkeiten mit Blick darauf, einzelne soziale Systeme von außen objektiv beschreiben, erklären und kontrollieren zu können, ausdrücklich anerkannt. Daher soll die Ableitung wissenschaftlicher Hypothesen auf der Grundlage evidenzbasierter Modelle explizit ergänzt werden, durch ein (lösungs- und ressourcenorientiertes) Driften und Navigieren an den Schnittstellen sozialer Systeme im Sinne des systemischen Paradigmas inklusive einer systemischen Hypothesenbildung. Diese strategische Ausrichtung stellt damit im Sinne des evidenzbasierten Paradigmas einerseits sicher, dass wichtige Einflussfaktoren strukturiert geprüft und damit nicht übersehen werden, und

lässt andererseits genügend Freiheitsgrade für eine ergänzende, systemisch orientierte Diagnostik.

In der Praxis könnte diese kombinierte Strategie bspw. dadurch umgesetzt werden, dass die Ergebnisse standardisierter Befragungen auf Seiten von Führungskräften und Mitarbeitenden im Rahmen eines moderierten Dialogs zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden (lösungs- und ressourcenorientiert) diskutiert werden. Im Rahmen dieses Diskussionsprozesses könnten dann auch (mit Blick auf eine Verbesserung der Ausgangslage) wenig nützliche Wirklichkeitskonstruktionen auf Seiten von Führungskräften und Mitarbeitenden perturbiert werden. Denkbar ist auch, dass durch die Technik des zirkulären Fragens zusätzliche Aspekte eruiert werden, die einerseits in diesem spezifischen sozialen System eine bedeutende Rolle spielen, aber andererseits durch eine standardisierte Befragung mit dem Fokus auf Kernfaktoren nicht erfasst wurden. Daraus lassen sich wiederum systemische Hypothesen als Grundlage für Interventionen ableiten.

Interventionspraxis auf der Grundlage des SSIM

Die erkenntnistheoretische systemische und evidenzbasierte Grundlage impliziert ein breites Spektrum grundsätzlich zulässiger Methoden und Techniken im Rahmen der Intervention (eklektischer Ansatz). Hier kommen u.a. verhältnisorientierte Maßnahmen zur Veränderung von Kontextfaktoren wie z.B. eine Umgestaltung von Arbeitsaufgaben und Rahmenbedingungen von Führungskräften, verhaltensorientierte Maßnahmen wie Coachings zur Reflexion handlungsleitender Wirklichkeitskonstruktionen bei Führungskräften oder Teamentwicklungsmaßnahmen zur Optimierung von Interaktionsdynamiken an der Schnittstelle Führungskraft/ Team in Betracht.

Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen soll in Übereinstimmung mit Positionen des evidenzbasierten Paradigmas anhand objektivierbarer Kriterien bewertet werden (bei Interventionen im Einzelfall und systematisch im Rahmen einer empirischen Evaluationsforschung), um das SSIM kontinuierlich kritisch zu prüfen und weiterzuentwickeln. Die subjektive Nützlichkeit als Bewertungskriterium, das im systemischen Paradigma eine zentrale Rolle spielt, wird aufgrund der damit verknüpften bedeutenden Risiken (z.B. Erkenntnisfortschritt kann nicht hinreichend zuverlässig gewährleistet werden und mangelnder Schutz vor menschlichen Wahrnehmungs- und Interpretationsfehlern) nicht übernommen.

Mit Blick auf die Haltung ist festzustellen, dass die evidenzbasierten Grundlagen einerseits ein Selbstverständnis im Sinne eines wissenschaftlich legitimierten Experten impliziert. Diese soll allerdings durch eine ressourcenorientierte, systemische Haltung mit den Elementen Neugier, Neutralität, Kundenorientierung & Respekt vor der Person/ Respektlosigkeit vor Wirklichkeitskonstruktionen ergänzt werden, da systemische Techniken nur in Kombination mit einer systemischen Haltung wirken (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2007, Kap. 5).

3.2 Das Salutogenesemodell

Das Salutogenesekonzept (Antonovsky, 1979, 1987) liefert eine theoretische Erklärung dafür, dass Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens eine bestimmte Position auf einem „*multidimensionalen Kontinuum zwischen einem positiven Pol maximaler Gesundheit („health ease“) und einem negativen Pol maximaler Krankheit („health disease“)*“ (Faltermajer, 2005, S. 152) einnehmen. Es wird von vielen Autoren als sehr gut ausgearbeitete Meta-Theorie zur Erklärung von Gesundheit mit hohem Integrationspotenzial mit Blick auf andere Ansätze im BGM-Bereich betrachtet (Faltermajer, 2005; vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998; Eriksson & Lindström, 2007; Franke, 1997; Westermayer, 1998).

3.2.1 Das Modell der Salutogenese

Im Zentrum des Salutogenese Modells steht das gesundheitspsychologische Konstrukt „*Kohärenzerleben*“ (sense of coherence, SoC), das sich aus den drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammensetzt (Antonovsky, 1987). Dieses Konzept wirkt als „*globale Stressbewältigungsressource*“ (Welbrink & Franke, 2006, S. 47), die bei einer Konfrontation mit Stressoren kognitive Bewertungsprozesse, emotionale Reaktionen und Coping-Maßnahmen beeinflusst (Antonovsky, 1987). Die These, dass sich das SoC als Moderatorvariable interpretieren lässt, die pathogene Auswirkungen von Stressoren im Arbeitskontext auf die Gesundheit „*abpuffert*“, wird durch empirische Daten gestützt (Albertsen, Nielsen & Borg, 2001; Feldt, 1997; Kalimo, Pahkin, Mutanen & Toppineen-Tanner, 2003; Kivimäki, Kalimo & Toppinen, 1998; Söderfeldt, Söderfeldt, Ohlson, Theorell & Jones, 2000).

Ursprünglich wurde das (globale) SoC von Antonovsky (1979, 1987) als bereichsübergreifende und zeitlich relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft konzipiert (Faltermaier, 2006; Geyer, 2006). Die These einer relativen zeitlichen und kontextübergreifenden Stabilität des SoC ist allerdings aus zwei Gründen problematisch. Erstens konnten in empirischen Studien bedeutsame Veränderungen der individuellen SoC-Ausprägung über die Zeit nachgewiesen werden (Lazar, Sandell & Grant, 2006; Sack, Künsebeck & Lamprecht, 1997; Udris & Rimann, 2006; Wiesmann, Rölker, Ilg, Hirtz & Hannich, 2006). Zweitens, diese Stabilitätsthese hat den entscheidenden Nachteil, dass *„das globale SoC (deshalb) nicht als spezifischer Indikator für die Gesundheitsförderlichkeit der aktuell gegebenen Arbeitsbedingungen bzw. die subjektive Verfügbarkeit von Widerstandsressourcen am Arbeitsplatz betrachtet werden kann“* (Eberz, Becker & Antoni, 2011, S. 117; vgl. Bauer & Jenny, 2007; Udris & Rimann, 2006). Dieses konzeptuelle Problem konnte durch bereichsspezifische Weiterentwicklungen des globalen SoC wie bspw. das Konstrukt Kohärenzerleben im Arbeitskontext (Work-SoC, Bauer & Jenny, 2007; Eberz et al. 2011; Bauer, Vogt, Inauen & Jenny, 2015) allerdings mittlerweile gelöst werden. Dieses für das SSIM zentrale Konzept wird nachfolgend erörtert.

3.2.2 Das Work-SoC als integrativer, arbeitsbezogener Gesundheitsindikator

Das Kohärenzerleben am Arbeitsplatz (Work-SoC) ist definiert als ein *„kontextspezifisches, kognitiv-emotionales Schema, das ausdrückt, in welchem Ausmaß man 1. Stimuli im Arbeitskontext subjektiv als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrnimmt (Verstehbarkeit); 2. darauf vertraut, dass geeignete Ressourcen zur Bewältigung der aus den Arbeitsaufgaben resultierenden Anforderungen mobilisiert werden können (Handhabbarkeit) und 3. die Auseinandersetzung mit den eigenen Arbeitsaufgaben als sinnvoll und emotional befriedigend erlebt (Bedeutsamkeit)“* (Eberz et al., 2011, S. 117; vgl. Bauer et al., 2015).

Der „Schema“-Begriff unterstreicht einerseits eine gewisse zeitliche Stabilität und andererseits die Möglichkeit einer Veränderbarkeit des Konstrukts (Akkommodation) bei hinreichend intensiven, schemainkonsistenten Erfahrungen (Eberz et al., 2011). Das Work-SoC weist damit konzeptuell zum einen eine gewisse Robustheit gegenüber situativen Stimmungs- und Belastungsschwankungen auf, die durch Konstrukte wie Irritation oder arbeitsbezogene Stress-Indikatoren erfasst werden. Zum anderen kann sich das Work-SoC-Schema allerdings dann verändern, wenn schemainkonsistente Erfahrungen mit

Blick auf die Erfahrungen von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und das Bedeutsamkeitserleben im Arbeitskontext über einen längeren Zeitraum gemacht werden. Dies unterscheidet das Konzept wiederum von einer zeitstabilen, kontextübergreifenden Persönlichkeitseigenschaft wie dem SoC (vgl. Antonovsky, 1987). Aufgrund dieser Abgrenzung des Work-SoC gegenüber situativen bzw. temporären (weitgehend normalen) Stimmung- und Belastungsschwankungen auf der einen, und kaum veränderbaren, stabilen Persönlichkeitsmerkmalen auf der anderen Seite, eignet sich das Konzept als integrativer Meta-Indikator für die Gesundheitsförderlichkeit einer Arbeitsumgebung bzw. diesbezüglicher Defizite (Eberz et al., 2011; vgl. Bauer et al., 2015).

Der salutogene Wirkmechanismus des Work-SoC basiert theoretisch auf dem von Antonovsky (1979, 1987) für das globale Kohärenzerleben beschriebenen Mechanismus. Die komplexen Zusammenhänge zwischen dem Work-SoC, kognitiv-emotionalen Prozessen, Coping, Stress, Gesundheit und Ressourcen (Generalized Resistance Resources, GRR) sind in Abbildung 6 dargestellt und werden nachfolgend erläutert.

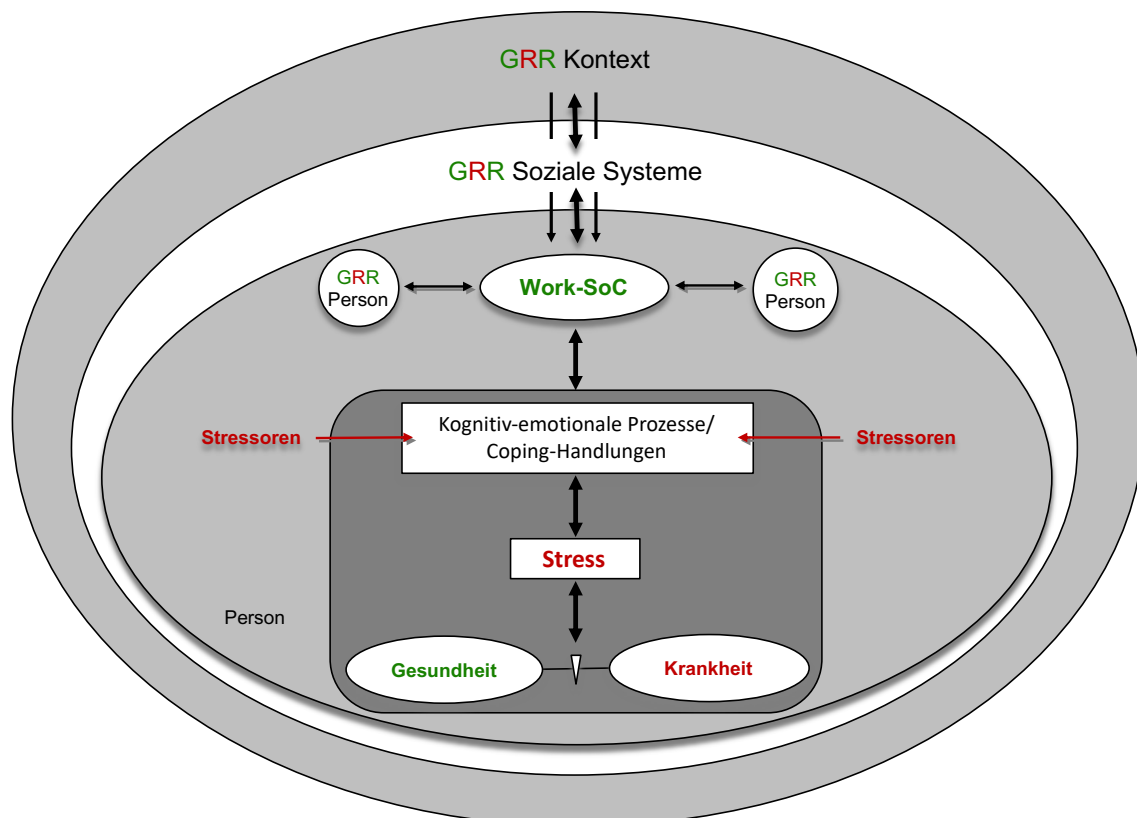


Abbildung 6 Darstellung des salutogenen Work-SoC-Mechanismus

Bei Konfrontationen mit (arbeitsbezogenen) Stressoren reguliert das Work-SoC kognitiv-emotionale Prozesse sowie Coping-Handlungen, wodurch letztlich pathogene Stressreaktionen, die wiederum Verschiebungen auf dem Gesundheitskontinuum bewirken, moderiert werden (Eberz et al., 2011). Antonovsky (1987) nimmt bei der Beschreibung dieses Mechanismus insbesondere Bezug auf das transaktionale Stressmodell (Lazarus & Launier, 1981). Lazarus (1995) unterscheidet drei kognitive Bewertungsprozesse, die letztlich entscheidend die Intensität einer Stressreaktion beeinflussen. Im Rahmen der primären Bewertung („*primary appraisal*“) wird eine Situation bzw. ein potenzieller Stressor dahingehend eingeschätzt, ob a) eine Schädigung oder ein Verlust („*harm or loss*“) durch diese Situation bereits eingetreten sind, b) ob durch diese Situation eine zukünftige Schädigung oder ein Verlust drohen („*threat*“) und c) ob diese Situation auch im Sinne einer Herausforderung („*challenge*“) mit möglicherweise positiven Aspekten interpretiert werden kann. Der sekundäre Bewertungsprozess („*secondary appraisal*“) prüft, ob Möglichkeiten vorhanden sind, die Belastung erfolgreich (ohne Beeinträchtigung des Wohlbefindens) zu bewältigen („*coping*“). Nachdem Coping-Handlungen durchgeführt wurden kommt es zu einer Neubewertung („*reappraisal*“).

Antonovsky (1979) unterscheidet darüber hinaus einen Spannungszustand von einem Stresszustand. Er geht davon aus, dass eine erfolgreiche Bewältigung eines von einem Stressor ausgelösten Spannungszustands eher salutogene Verschiebungen und erfolglose Bewältigungsversuche pathogene Verschiebungen auf einem Gesundheitskontinuum (mit den Polen Gesundheit und Krankheit) verursachen. Faltermaier (2005) hebt hervor, dass Antonovsky Gesundheit im Gegensatz zu einer „*dichotomen Klassifikation in krank und gesund*“ als „*multidimensionales Gesundheitskontinuum*“ (S. 65) konzeptualisiert und damit die Erklärung von Bewegungen auf diesem Kontinuum ins Zentrum rückt.

Stress wird hier definiert als „*ein subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, dass eine stark aversive, subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und subjektiv lang andauernde Situation sehr wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint*“ (Greif, 1991, S. 13; vgl. Antonovsky, 1979). In Übereinstimmung mit Selye (1956) wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass der Organismus je nach Intensität und Dauer dieses Spannungszustandes (nach einer Alarm- und Widerstandsphase) irgendwann in einen Erschöpfungszustand eintritt, der den Organismus schädigt (vgl. Kaluza, 2004; Udris &

Frese, 1999). Stressoren werden hier definiert als „*Faktoren, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Stress (oder Stressempfindungen) auslösen*“ (Schaper, 2011, S. 477).

Nach Antonovsky (1979, 1987) wirken sich so genannte generalisierte Widerstandsressourcen (generalized resistance resources, GRR) positiv oder bei zu niedriger Ausprägung auch negativ auf die Entwicklung des SOC aus. Dabei handelt es sich um ein „*Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann*“ (Antonovsky, 1979, S. 99; zitiert aus Faltermaier, 2005, S. 67). Antonovsky (1987) unterscheidet zwischen GRR auf Seiten der Person (z.B. die Intelligenz und die Selbstwirksamkeitserwartung) und solchen, die nicht direkt von der Person kontrolliert werden (z.B. sämtliche Formen sozialer Unterstützung und Anerkennung, eindeutige normative Erwartungen, Tätigkeitsspielräume, Partizipationsmöglichkeiten und die Sicherheit des Arbeitsplatzes). In Anlehnung an Udriș (2006) werden diese hier als GRR Person, GRR Soziale Systeme und GRR Kontext bezeichnet.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die im SSIM als P-Faktoren, Kontextfaktoren und salutogenes Führungs- und Mitarbeiterverhalten konzeptualisierten Einflussfaktoren auch im Sinne von generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) interpretieren lassen. D.h. diese Faktoren können je nach Ausprägung über die unter 3.1 spezifizierten systemischen Wirkmechanismen das Work-SoC der Mitarbeitenden und der Führungskräfte positiv oder negativ beeinflussen. Damit werden erstmals die Elemente eines gesundheitsorientierten Führungsmodells explizit mit zentralen Konzepten des Salutogenese-modells und des systemischen Paradigmas in Beziehung gesetzt.

3.3 Literatur

- Albertsen, K., Nielsen, M. L. & Borg, V. (2001). The Danish psychological work environment and symptoms of stress: The main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work and Stress, 15*, 241-253.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1990). Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Familiendynamik, 15*, 212-243.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass. (Deutsche Ausgabe: Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag).
- Arnold, R. (2012). Systemische Bildungsforschung. Anmerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Erzeugung von Veränderungswissen. In M. Ochs & J. Schweitzer, *Handbuch Forschung für Systemiker* (S. 123-136). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bartling, G., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (2008). *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bateson, G. (1967). Cybernetic explanation. *American Behaviorist, 10*, 29-32.
- Bauer, G. F., & Jenny, G. J. (2007). Development, implementation and dissemination of occupational health management (OHM): Putting salutogenesis into practice. *Occupational health psychology, 2*, 219-250.
- Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC-Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23*, 20-30.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (1998). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. New Jersey: Englewood Cliffs.

- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brodbeck, F. C. (2016). *Internationale Führung. Das GLOBE-Brevier in der Praxis*. Berlin: Springer.
- Davision, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Klinische Psychologie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- DeRubeis, J. R., Gelfand, L. A., Tang, T. Z. & Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1007-1013.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Eberz, S., Becker, R., Antoni, C.H. (2011). Kohärenzerleben im Arbeitskontext - Ein nützliches Konstrukt für die ABO-Psychologie? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, *3*, 115-131.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*, 938-944.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, T. (2006). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In Kolip, P., Wydler, H. & Abel, T. (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 185-197). Weinheim: Juventa.
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: Analysis of main and moderator effects. *Work and Stress*, *11*, 134-147.
- Foerster, H. von (1981). Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit* (S. 39-60). München: Piper.
- Foerster, H. von (1988). Konstruktivismus versus Solipsismus. Fragen an Heinz von Foerster. In F. B. Simon (Hrsg.) *Lebende Systeme* (S. 121-123). Berlin: Springer.
- Foerster, H. von (2008). *Der Anfang von Himmel und Erde hat keinen Namen*. Berlin: Kadmos.

- Franke, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In Franke, A. (Hrsg.), *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 169-190). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 253-264). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Geyer, S. (2006). Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In Kolip, P., Wydler, H. & Abel, T. (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 71-85). Weinheim: Juventa.
- Glaserfeld, E. von (1979). Cybernetics, experience, and the concept of self. In M.N. Ozer (Hrsg.), *A Cybernetic Approach to the Assessment of Children: Towards a more Humane Use of Human Beings* (pp. 67-113). Colorado: Westview Press.
- Greif, S. (1991) Stress in der Arbeit — Einführung und Grundbegriffe. In: S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Hall, A. D. & Fagen, R. E. (1956). Definition of System. *General Systems, 1*, 18-28.
- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Kalimo, R., Pahkin, K., & Mutanen, P., Toppinen-Tanner, S. (2003). Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work and Stress, 17*, 109-122.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kivimäki M., Kalimo R. & Toppinen S. (1998). Sense of coherence as a modifier of occupational stress exposure, stress perception, and experienced strain: a study of industrial managers. *Psychological reports, 83*, 971-81.
- Klein, R. & Kannicht, A. (2009). *Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J. & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being and health effects – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 904-915.
- Lazar, A, Sandell, R., Grant, J. (2006). Do psychoanalytic treatments have positive effects on health and health care utilization? Further findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP). *Psychotherapy Research*, 16, 51 - 66.
- Lazarus, R. S. (1995). Stress und Stressbewältigung - ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198-229). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress* (S. 213–259). Bern: Huber.
- Ludewig, K. (2009). *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Luhmann, N. (1985). *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Maturana, H.R. (1970). *Biology of Cognition*. Illinois: Urbana.
- Maturana, H.R. & Varela, F. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz.
- Mead, G. H. (1934). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8, 193-210.
- Nerdinger, F. W. (2008). *Grundlagen des Verhaltens in Organisationen* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und Führen lassen* (6. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Ochs, M. & Schweitzer, J. (2012). *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pelz, W. (2019). *Systemisches Coaching. Kann das Systemische Coaching den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit erfüllen? Eine kritische Analyse* [Online-Resource]. Verfügbar unter: <https://www.management-innovation.com/download/Systemisches-Coaching.pdf>
- Perrez, M. & Baumann, U. (2005). *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.

- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2015). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 67-76.
- Popper, K. (2013). *Logik der Forschung* (4. Aufl.). Berlin: Akademie Verlag.
- Rousseau, D. M. (2006). Is there such a thing as “evidence-based management”? *Academy of Management Review*, 31, 256-269.
- Rigotti, T., Emmerich, A. & Holstad, T. (2015). Zukünftige Forschung zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 265-276). Göttingen: Hogrefe.
- Rudolph, C. W., Murphy, L. D., & Zacher, H. (2019). A review and critique of research on “healthy leadership”. *The Leadership Quarterly*, Preprint version of an in-press accepted manuscript (available online 31 October 2019).
- Sack, M., Künsebeck, H. W., Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Eine empirische Untersuchung zur Salutogenese. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 149-155.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. & Gray, J. A. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- Schaper, N. (2011). Wirkungen der Arbeit. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper, *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 475-496). Berlin: Springer.
- Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2007) (10. Aufl.). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwing, R. & Fryszer, A. (2009). *Systemisches Handwerk*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2013). *Forschungsmethoden und Statistik. Ein Lehrbuch für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Hallbergmoos: Pearson.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shazer, S. de (1989). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett.
- Simon, F. B. (1988). *Lebende Systeme*. Berlin: Springer.

- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. & Guzman, J. (2010). Are leaders' wellbeing, behaviors, and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work and Stress*, 24, 107-139.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Ohlson, C. G., Theorell, T., Jones, I. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout, and psychophysiological stress indicators. *Work and Stress*, 14, 1-15.
- Stadler, P. & Spieß, E. (2003): *Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Steinkellner, P. (2012). *Systemische Intervention in der Mitarbeiterführung*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Sydow, K. von (2012). Evaluationsforschung zur Wirksamkeit systemischer Psychotherapie. In M. Ochs & J. Schweitzer, *Handbuch Forschung für Systemiker* (S. 105-122). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit - Ein Paradigmenwechsel? *Wirtschaftspsychologie*, 2, 4-13.
- Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung. In C. Hoyos, C. Graf & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 429-445). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Udris, I. & Rimann, M. (2006). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In P. Kolip., H. Wydler. & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 129-149). Weinheim: Juventa.
- Ulrich, R., Erdfelder, E., Deutsch, R., Strauß, B., Brüggemann, A., Hannover, B., Tuschen-Caffier, B., Kirschbaum, C., Blickle, G., Möller, J., & Rief, W. (2016). Inflation von falsch-positiven Befunden in der psychologischen Forschung: Mögliche Ursachen und Gegenmaßnahmen. *Psychologische Rundschau*, 67, 163-174.
- Vincent, S. (2011). Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In B. Badura, A. Ducki., H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*(S. 89-96). Berlin: Springer.

- Welbrink, A. & Franke, A. (2006). Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In P. Kolip, H. Wydler & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 43-57). Weinheim: Juventa.
- Westermann, R. (2000). *Wissenschaftstheorie und Experimentalmethodik. Ein Lehrbuch zur Psychologischen Methodenlehre*. Göttingen: Hogrefe.
- Westermayer, G. (1998). Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. M. (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 119-134). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- White, M. (1992). Therapie als Dekonstruktion. In: J. Schweizer, A. Retzer & H. R. Fischer (Hrsg.), *Systemische Praxis und Postmoderne* (S. 39–63). Frankfurt: Suhrkamp.
- Wiener, N. (1950). *The human use of human beings - Cybernetics and Society*. Boston: Houghton Mifflin.
- Wiesmann, U., Rölker, S., Ilg, H., Hirtz, P., Hannich, H. J. (2006). Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 90-99.
- Wilken, B. (2003). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zimber, A. & Gregersen, S. (2011). Gesundheitsfördernd führen – Ein Projekt der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*(S. 89-96). Berlin: Springer.

4 Kapitel IV: Das TIMP-Inventar – Ein Beitrag zur ökonomischen Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung

Englisch: The TIMP-inventory – a contribution to the identification of core-factors of salutogenic leadership

4.1 Zusammenfassung

Zusammenfassung: Das Thema gesundheitsförderliches Führen steht im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Wissenschaft zunehmend im Fokus. Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung hat eine Vielzahl von Führungsverhaltensweisen einen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeitenden. Deren Erfassung ist jedoch mit einem hohen Aufwand verbunden. Ziel dieser Studie ist daher, Kern-Faktoren salutogener Führung zu identifizieren und für eine ökonomische Diagnostik zu operationalisieren. Als integrativer, arbeitsbezogener Indikator für Gesundheit der Mitarbeitenden wurde deren Kohärenzerleben am Arbeitsplatz (Work-SoC) gewählt. In einem deduktiv-induktiven Prozess wurde das TIMP-Inventar entwickelt, das eine effiziente Erfassung der drei Führungsdimensionen Vertrauen (Trust), Störungsmanagement (Incident Management) und Druck (Pressure) ermöglicht. Diese Faktoren klären mit weniger Items mehr Work-SoC-Varianz auf als die zum Vergleich herangezogenen etablierten allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen transformationaler Führung, Mitarbeiterorientierung, sozialen Unterstützung, belastendes Führungsverhalten sowie positives und negatives Gesundheitsverhalten. Sie lassen sich daher im Sinne von Kern-Faktoren gesundheitsförderlicher Führung interpretieren.

Schlüsselwörter · Führung · Gesundheit · Kohärenzerleben · Interaktionsprozesse · Salutogenese

Abstract: Occupational health management and science increasingly focus on the issue of health-promoting leadership. Meanwhile a lot of leadership behaviors have been identified that affect the health of employees. To measure them requires high costs. Therefore, the aim of this study is to identify core-factors of salutogenic leadership and to operationalize them for an efficient diagnosis. As an integrative work-related indicator of employees' health sense of work coherence (Work-SoC) was chosen. In a deductive and inductive process the TIMP-inventory has been developed that enables the economic assessment of three leadership dimensions: Trust, Incident Management and Pressure. These factors explain with less items more variance of the Work-SoC construct than established general and health-related leadership scales of transformational leadership, consideration, social support, demanding leadership as well as positive and negative health behavior. That is why the TIMP-factors can be recognized as core-factors of health-promoting leadership.

Keywords · Leadership · Health · Sense of coherence · Interaction processes · Salutogenesis

4.2 Einleitung

Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes ist davon auszugehen, dass das Verhalten von Führungskräften die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden bedeutsam beeinflusst (Franke, Ducki & Felfe, 2015). Derzeit ist jedoch noch weitgehend unklar, durch welche Verhaltensweisen Führungskräfte die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden am effektivsten fördern und schützen können. Die Beantwortung dieser Frage hat eine hohe Relevanz für Forschung und Praxis:

Eine Fokussierung auf wenige, hoch wirksame Kern-Faktoren gesundheitsförderlicher Führung könnte deren Transfer in den Führungsalltag erleichtern. Ein breites Spektrum mehr oder weniger gesundheitsförderlicher Führungsverhaltensweisen hingegen kann auf Seiten von Führungskräften schnell als subjektiv überfordernd und nicht umsetzbar wahrgenommen werden, weil Führungskräfte durch anderweitige Aufgaben stark belastet werden (Zimmer, Hentrich, Bockhoff, Wissing & Petermann, 2015). Darüber hinaus würde die Fokussierung auf eine überschaubare Anzahl gesundheitsförderlicher Führungsdimensionen ein kontinuierliches Führungsmonitoring sowie die Implementierung und

Evaluation von effizienten Interventionen im Rahmen des Gesundheitsmanagements vereinfachen.

Die Identifikation von Kern-Faktoren könnte auch einer systematischen Unterschätzung des Zusammenhangs zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit entgegenwirken. Das Problem besteht darin, dass bislang in der überwiegenden Mehrheit der empirischen Studien lediglich einzelne Facetten des Führungsverhaltens untersucht werden (Gregersen, Zimmer, Kuhnert & Nienhaus, 2011). Studien, die ein breites Spektrum unterschiedlicher Führungsverhaltensweisen abdecken und systematisch deren kumulatives bzw. inkrementelles Vorhersagepotential für die Gesundheit der Mitarbeitenden untersuchen, existieren bislang kaum (vgl. Vincent, 2011). Vor diesem Hintergrund kann insgesamt nicht ausgeschlossen werden, dass bisherige Meta-Analysen, deren integrative Befunde eher auf moderate Zusammenhänge hinweisen (Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008), den tatsächlichen Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit systematisch unterschätzen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheint es notwendig, Führungsdimensionen zu identifizieren, die das Vorhersagepotential mit Blick auf zentrale arbeitsbezogene Gesundheitsindikatoren sukzessiv maximieren. Zu den wichtigsten allgemeinen Gesundheitsindikatoren zählt das Kohärenzerleben, das im Zentrum des Salutogenesemodells (Antonovsky, 1987) steht. Daher kann dessen bereichsspezifische Operationalisierung Kohärenzerleben im Arbeitskontext (Bauer, Vogt, Inauen & Jenny, 2015; Eberz, Becker & Antoni, 2011) als zentraler arbeitsbezogener Gesundheitsindikator betrachtet werden. Bislang existiert allerdings noch keine Studie, die den Einfluss des Führungsverhaltens auf diesen wichtigen arbeitsbezogenen Gesundheitsindikator systematisch untersucht. Das Ziel dieses Beitrags besteht daher darin, Kern-Faktoren salutogener Führung zu identifizieren und zu operationalisieren, die trotz ökonomischerer Erfassung möglichst mehr Varianz des zentralen arbeitsbezogenen Gesundheitsindikators Kohärenzerleben am Arbeitsplatz aufklären als vorliegende allgemeine und gesundheitsbezogene Führungsskalen.

4.3 Zum Einfluss des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Mitarbeitenden

Mittlerweile gilt als empirisch gesichert, dass Führungskräfte die Gesundheit der Mitarbeitenden durch ihre Verhaltensweisen bedeutsam beeinflussen (Franke et al., 2015). Dies gilt insbesondere für die positiv konnotierten Konzepte transformationale Führung (Felfe 2006a), Mitarbeiterorientierung, soziale Unterstützung (Kuoppala et al., 2008) und - damit eng verbunden - Wertschätzung (Siegrist & Dragano, 2008; Winkler, Busch, Clasen & Vowinkel, 2015), aber auch für destruktives und belastendes Führungsverhalten (Schyns & Schilling, 2013; Udris & Rimann, 1999).

Führungskräfte haben des Weiteren auch einen mehr oder weniger großen Einfluss auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und Rahmenbedingungen. Insbesondere Handlungsspielräume, entwicklungsförderliche Tätigkeiten, eine angemessene Beteiligung an Entscheidungsprozessen, die Vermeidung quantitativer und qualitativer Überforderung sowie eine gute Balance zwischen Arbeit und Privatleben spielen eine bedeutende Rolle für den Erhalt der Gesundheit (Udris, 2006). Vincent (2011) hat auf dieser Grundlage ein sehr umfangreiches Inventar zur Erfassung gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens entwickelt und drei gesundheitsbezogene Führungsfaktoren 2. Ordnung identifiziert: Überforderung, Entwicklungsorientierung und Unterstützung. Der Fragebogen besteht insgesamt aus 35 Items und 14 Faktoren 1. Ordnung.

Das Konzept des „*Health-oriented Leadership*“ (HoL; Franke & Felfe, 2011) rückt die Selbstfürsorge der Führungskraft und ihre Fürsorge gegenüber den Mitarbeitenden in den Fokus. Diese setzen sich jeweils aus den drei Dimensionen Wichtigkeit, Achtsamkeit und Verhalten zusammen. Ein zentraler Wirkmechanismus des Modells postuliert, dass sich die Selbstfürsorge der Führungskraft sowohl positiv auf die Fürsorge gegenüber den Mitarbeitenden als auch - vermittelt über Prozesse des Modellernens - auf deren Selbstfürsorge auswirkt (Franke et al., 2015). Damit fokussiert dieser Ansatz stark auf die aktive Motivierung zu Gesundheitshandeln und die Übernahme einer auf die Gesundheit bezogenen Vorbildfunktion.

Diese interaktionistische Perspektive wird von Eberz und Antoni (2016) aufgegriffen und erweitert. Die Autoren schlagen ein ganzheitlich orientiertes Rahmenmodell vor, das so genannte Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM). Das Modell erweitert die

Perspektive und betrachtet Interaktionsmuster zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden als primäre Analyseeinheit, deren Dynamik sowohl von Führungskräften als auch von Mitarbeitenden beeinflusst wird. Darüber hinaus fokussiert das SSIM erstmals explizit auf das Work-SoC als Teil eines spezifisch arbeitsbezogenen, gesundheitswissenschaftlich begründeten Wirkmechanismus. Auch der Einfluss von Kontext- und Persönlichkeitsfaktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung gesundheitsförderlicher Interaktionen wird berücksichtigt.

Im Rahmen der Führungsforschung der letzten Jahrzehnte sind demnach eine Vielzahl von Führungsaspekten identifiziert worden, die empirisch nachweisbare Auswirkungen auch auf die Mitarbeitergesundheit haben. Allerdings lassen sich aus diesen Erkenntnissen derzeit nur bedingt Aussagen über die relative Bedeutung dieser Konzepte für die Gesundheit der Mitarbeitenden ableiten.

Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass allgemeine Führungsansätze wie Mitarbeiterorientierung und transformationale Führung gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens nicht erschöpfend erfassen. Neuere, gesundheitsbezogene Führungskonzepte wie der des Health-oriented Leadership oder auch die von Vincent (2011) postulierten Faktoren fokussieren zum Teil auf inhaltlich neue Führungsaspekte und klären nach derzeitigem Kenntnisstand bspw. mehr Varianz bedeutsamer Gesundheitsindikatoren auf als transformationale Führungsskalen (Vincent, 2011) bzw. leisten davon unabhängige, zusätzliche Beiträge (Franke & Felfe, 2011).

Zum anderen basieren die modernen, gesundheitsbezogenen Führungskonzepte auf mehreren Theorien. Dies erschwert vor allem eine theoretisch begründete Auswahl eines spezifischen Gesundheitsindikators und damit die Quantifizierung der relativen Bedeutung einzelner Führungsaspekte. Bei Vincent (2011) bspw. kommen fünf verschiedene, arbeitsbezogene Gesundheitsindikatoren zum Einsatz (Irritation, Emotionale Erschöpfung, Psychosomatische Beschwerden, Work Ability und Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung). Einerseits erhöht diese Vielfalt der Operationalisierung von Gesundheit die Aussagekraft der Befunde, da die Bedeutung der postulierten Faktoren grundsätzlich für unterschiedliche Gesundheitskonzepte nachgewiesen wurde. Andererseits wird es schwieriger, die relative Bedeutung einzelner Führungsaspekte zu quantifizieren, da diese mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren in unterschiedlicher Höhe korrelieren (vgl. Vincent, 2011).

Die empirische Identifikation von Kernfaktoren gesundheitsförderlicher Führung erfordert demnach eine spezifische, theoretisch begründete Auswahl eines Gesundheitsindikators. Das SSIM fokussiert mit dem Kohärenzerleben am Arbeitsplatz erstmals explizit einen zentral im Salutogenese-Konzept verankerten arbeitsbezogenen Gesundheitsindikator, der grundsätzlich eine Quantifizierung der relativen Bedeutung einzelner Führungsaspekte ermöglicht. Zum jetzigen Zeitpunkt existiert allerdings noch keine Studie, die systematisch den Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und dem Kohärenzerleben am Arbeitsplatz untersucht hat.

4.4 Zum Einfluss des Führungsverhaltens auf das Kohärenzerleben am Arbeitsplatz als integrativer, arbeitsbezogener Gesundheitsindikator

Antonovskys (1987) Salutogenese-Konzept gehört zu den einflussreichsten Theorien im Bereich der Gesundheitspsychologie und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dieses Modell erklärt, warum Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens eine bestimmte Position auf einem „*multidimensionalen Kontinuum zwischen einem positiven Pol maximaler Gesundheit (,health ease‘) und einem negativen Pol maximaler Krankheit (,health disease‘)*“ (Faltermaier, 2005, S. 152) einnehmen.

Das Konstrukt „*Kohärenzerleben*“ (sense of coherence, SoC), das sich aus den drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammensetzt, spielt dabei eine zentrale Rolle. Antonovsky postuliert, dass diese „*globale Orientierung*“ (Antonovsky, 1987, S. 19) bei Konfrontationen mit Stressoren kognitive Bewertungsprozesse und damit assoziierte emotionale Reaktionen kontextübergreifend beeinflusst. Letztere wirken sich wiederum auf die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Bewältigung der durch den Stressor verursachten Regulationsanforderungen und damit letztlich auf die Qualität und Quantität pathogener Stressreaktionen aus.

Antonovsky (1987, S. 105) geht davon aus, dass die individuelle globale SoC-Ausprägung „*[...] in der frühen Phase des Erwachsenenalters mehr oder weniger festgelegt*“ werde und dass danach keine bedeutsamen bzw. nachhaltigen Veränderungen mehr möglich seien, sondern lediglich „*Fluktuationen um einen Mittelwert*“ (S. 118). Vor dem Hintergrund empirischer Befunde erscheint jedoch sowohl das Postulat der zeitlichen

(Udris & Rimann, 2006; Franke, 1997) als auch der kontextübergreifenden (Eberz et al., 2011) Stabilität des SoC fragwürdig.

Bauer und Jenny (2007) schlagen daher eine speziell auf den Arbeitskontext bezogene Konzeption des Kohärenzerlebens vor. Bei diesem Work-SoC handelt es sich um ein „kontextspezifisches, kognitiv-emotionales Schema, das ausdrückt, in welchem Ausmaß man 1. Stimuli im Arbeitskontext subjektiv als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrnimmt (Verstehbarkeit); 2. darauf vertraut, dass geeignete Ressourcen zur Bewältigung der aus den Arbeitsaufgaben resultierenden Anforderungen mobilisiert werden können (Handhabbarkeit) und 3. die Auseinandersetzung mit den eigenen Arbeitsaufgaben als sinnvoll und emotional befriedigend erlebt (Bedeutsamkeit)“ (Eberz et al., 2011, S. 117). Den Autoren zu Folge verweist der Schema-Begriff einerseits auf eine gewisse zeitliche Stabilität und betont andererseits die Möglichkeit einer Veränderbarkeit (Akkomodation) dieses Erlebenszustandes bei hinreichend intensiven, schemainkonsistenten Erfahrungen innerhalb eines spezifischen Kontextes. Die Erfassung des Kohärenzerlebens am Arbeitsplatz liefert damit einen dreidimensionalen, Meta-Indikator für die arbeitsbezogene psychische Resilienz.

Analog zu dem von Antonovsky für das globale Kohärenzerleben beschriebenen Wirkmechanismus stärkt das Work-SoC zum einen salutogene kognitiv-emotionale Coping-Prozesse, die pathogene Auswirkungen von Stressoren im Arbeitskontext reduzieren (Eberz et al., 2011). Zum anderen befördert das Kohärenzerleben wahrscheinlich eine positive Arbeitsmotivation, die wiederum sukzessiv die Verfügbarkeit wichtiger Ressourcen am Arbeitsplatz steigert (Vogt, Hakanen, Jenny & Bauer, 2015). Die salutogene Wirkung des Work-SoC konnte mittlerweile in unterschiedlichen Kontexten empirisch nachgewiesen werden (Bauer et al., 2015; Eberz et al., 2011).

Die individuelle Ausprägung dieses Indikators hängt zum einen von personalen Widerstandsressourcen (z. B. Intelligenz, emotionale Stabilität, gesundheitsförderliche Überzeugungen und Einstellungen etc.) und zum anderen von externalen Widerstandsressourcen im spezifischen Arbeitskontext (z. B. ganzheitliche Aufgabengestaltung, Handlungsspielräume, Partizipation etc.) ab. In der Terminologie des Salutogenese-Konzepts lassen sich auch bestimmte Aspekte des Führungsverhaltens (z. B. Soziale Unterstützung oder Wertschätzung) als externalen Widerstandsressourcen interpretieren, die das Work-SoC der Mitarbeitenden stärken (Eberz et al., 2011). Andererseits können zu geringe Aus-

prägungen dieser Führungsaspekte oder negative Verhaltensweisen wie bspw. eine chronische Überforderung oder destruktives Verhalten in Interaktionen auch eine Schwächung des Kohärenzerlebens bewirken (Eberz & Antoni, 2016).

Der wesentliche Vorteil des Work-SoC gegenüber anderen häufig im organisationalen Kontext verwendeten Gesundheits- bzw. Beanspruchungsindikatoren wie bspw. Work Ability, Irritation, Emotionale Erschöpfung und Stress etc. besteht abgesehen von seiner expliziten Verankerung im Salutogenese-Konzept darin, dass theoretisch spezifische, kausale Zusammenhänge zwischen den drei Subdimensionen auf der einen und Widerstandsressourcen bzw. Belastungen auf der anderen existieren. Niedrige Werte im Handhabbarkeitserleben in einem bestimmten Organisationsbereich bspw. weisen entsprechend den Postulaten von Antonovsky (1987) auf eine persistierende quantitative Überforderung hin, während ein mangelndes Erleben von Bedeutsamkeit auf eine zu geringe Wertschätzung verweist. Damit ermöglicht der Einsatz des Work-SoC-Indikators potentiell eine allgemeine Einschätzung der Gesundheitsförderlichkeit bestimmter Person-Arbeitskontext-Konstellationen und auf der Grundlage der Analyse der drei Subdimensionen eine theoretisch begründete, adaptive Analyse von Belastungsfaktoren und Ressourcen. Einschränkend muss allerdings festgestellt werden, dass eine empirische Überprüfung der theoretisch plausibel erscheinenden Zusammenhänge noch weitgehend aussteht (vgl. Bauer et al., 2015).

4.5 Entwicklung eines Inventars zur Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung

Ziel der Inventarentwicklung war, Kern-Faktoren salutogener Führung zu erfassen, die im Vergleich zu vorliegenden allgemeinen (Felfe, 2006a) und gesundheitsbezogenen Führungsskalen (Franke & Felfe, 2011; Udris & Rimann, 1999) mit deutlich weniger Aufwand und Items zusätzliche und mehr Varianz des Kohärenzerlebens von Beschäftigten am Arbeitsplatz aufklären.

4.5.1 Deduktiv-induktiver Konstruktionsprozess

Zunächst wurden auf der Basis einer Literaturrecherche acht Führungsaspekte identifiziert, die theoretisch einen besonders starken Einfluss auf das Work-SoC haben. Hierbei handelt es sich um die Aspekte Klarheit, Transparenz, Überforderung, Soziale Unterstützung, Tätigkeitsspielräume, Partizipation, Unterforderung und Wertschätzung. Für die Verstehbarkeit sind insbesondere Klarheit (Antonovsky, 1987) und Transparenz (Udris, 2006) von herausragender Bedeutung. Nach Antonovsky (1987) bedrohen im Arbeitskontext vor allem Überkomplexität und mangelndes Vertrauen in die Kontinuität existierender (sozialer) Systeme und Strukturen die Verstehbarkeitskomponente. Komplexität lässt sich aus der Perspektive von Führungskräften vor allem durch die Kommunikation klarer Erwartungen, Entscheidungen, Arbeitsaufträge und -abläufe etc. reduzieren. Kontinuität ist in einer Arbeitswelt, die zunehmend durch permanenten Wandel gekennzeichnet ist, für Führungskräfte weitaus schwieriger zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund ist es vor allem wichtig, die Grundlagen von Entscheidungen, aktuelle Vorgänge und Veränderungsprozesse etc. transparent zu machen. Wenn dies nicht geschieht, dann erleben Mitarbeitende Ereignisse im Arbeitskontext zwangsläufig als unberechenbar, nicht vorhersehbar und somit nicht verstehbar.

Im Hinblick auf die Handhabbarkeitskomponente ist eine Vermeidung von (chronischer) Überforderung von zentraler Bedeutung (Antonovsky, 1987). Grundsätzlich können Führungskräfte durch das Erteilen von zu vielen oder zu schwierigen Arbeitsaufträgen das Erleben von Handhabbarkeit im Arbeitskontext schwächen. Soziale Unterstützung, das Gewähren von Tätigkeitsspielräumen und Partizipation wiederum erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen und stärken damit diese Komponente des Work-SoC (vgl. Udris, 2006).

Antonovsky (1987, S. 108) argumentiert, dass insbesondere die positive „soziale Wertung“ der Arbeit und Arbeitsfreude zentrale Voraussetzungen für das Erleben von Sinn darstellen. Führungskräfte können demnach insbesondere durch die Kommunikation einer positiven Bewertung bzw. Wertschätzung mit Blick auf die geleistete Arbeit z. B. in Form von Lob, das Übertragen von Verantwortung für interessante und attraktive Arbeitsaufgaben, Beförderungen etc. die Bedeutsamkeitskomponente stärken. Des Weiteren erscheint es wichtig, (chronische) Unterforderung zu vermeiden, da diese auf Dauer die Arbeitsfreude reduziert oder zu einem Boreout führt, was letztlich das Erleben von Sinn im Arbeitskontext gefährdet.

Auf der Grundlage einer Literaturrecherche und von Experteninterviews wurden acht führungsbezogene Skalen entwickelt, die die genannten theoretisch bedeutsamsten Führungs-Aspekte erfassen.

Diese acht Skalen der ersten Version des Fragebogens korrelierten untereinander in einer Vorstudie teilweise in einer Größenordnung von $r = 0,80-85$. Interkorrelationen stellen ein grundsätzliches Problem dar bei der Erfassung des Führungsverhaltens (vgl. Felfe, 2006a). Bei hoch korrelierten Skalen stellt sich die Frage, ob diese überhaupt unterschiedliche Konstrukte erfassen (Judge & Piccolo, 2004) bzw. ob diese valide Indikatoren für unterschiedliche Facetten des Führungsverhaltens darstellen (vgl. Neuberger, 2002, S. 418 ff.).

Um derartige Interpretationsprobleme bei der Konstruktion eines Inventars zur Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung möglichst zu vermeiden, wurde in einem nächsten Schritt eine explorative Faktorenanalyse über alle 21 Items dieser acht Skalen gerechnet. Das Ergebnis dieser Analyse wies auf eine 3-faktorielle Datenstruktur hin. Die Items, die am höchsten auf einem Faktor luden und gleichzeitig sehr geringe Ladungen auf den anderen Faktoren zeigten, wurden jeweils zu drei neuen Skalen zusammen- gestellt. Das Item „*mein direkter Vorgesetzter/meine direkte Vorgesetzte führt bei Konflikten Gespräche mit den Beteiligten, die zu einer Entspannung der Situation führen*“ wurde trotz einer zusätzlichen Ladung $> 0,30$ auf einem anderen Faktor in die Skala Störungsmanagement aufgenommen, da Konflikte am Arbeitsplatz aus Sicht der Autoren zu den größten Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz zählen. Insofern zählt es aus einer Gesundheitsperspektive betrachtet zu den wichtigsten Aufgaben einer Führungskraft, Mitarbeitende bei der Lösung von Konflikten bzw. Vermeidung von Konflikt-Eskalationen zu unterstützen.

Tab. 2 zeigt die drei Skalen des ersten Entwurfs eines Inventars zur Erfassung von Kernfaktoren salutogener Führung. Diese werden als A Vertrauen (Trust), B Störungsmanagement (Incident Management) und C Druck (Pressure) bezeichnet, woraus sich der Name des Inventars TIMP ableitet. Inhaltlich erfassen die beiden Items der Skala A wie stark eine Führungskraft aus Sicht der Mitarbeitenden durch das Gewähren von Spielräumen und das Übertragen von Verantwortung für interessante Arbeitsaufgaben Vertrauen zum Ausdruck bringt. Skala B misst mit drei Items, in welchem Ausmaß es Führungskräften aus Sicht der Mitarbeitenden gelingt, Probleme und Konflikte im Arbeitskontext zu lösen (z. B. *„Mein Vorgesetzter sorgt dafür, dass Probleme gelöst werden“*). Der im Gegensatz zu den positiv konnotierten Skalen A und B als Risikofaktor konzipierte Faktor C erfasst inhaltlich mit drei Items, wie stark sich Mitarbeitende von ihrer Führungskraft unter Druck gesetzt fühlen (z. B. *„Mein Vorgesetzter verlangt ein Arbeitspensum/tempo, das man kaum bewältigen kann“*).

Multiple Regressionsanalysen wiesen darauf hin, dass das Vorhersagepotential der drei TIMP-Faktoren mit Blick auf das Work-SoC im Vergleich mit den acht ursprünglichen Skalen lediglich etwas geringer ausfällt ($R^2 = 35$ vs. 31 %). Dieses Ergebnis spricht zunächst dafür, dass das TIMP-Inventar eine ökonomische Erfassung der wichtigsten salutogenen Führungsaspekte des ursprünglichen Itempools ermöglicht. Aus diesen Voruntersuchungen lassen sich folgende Hypothesen ableiten, die unter 4.5.2 an zwei neuen, unabhängigen Stichproben A und B getestet wurden: Hypothese 1: Das TIMP-Inventar erfasst drei unterschiedliche Führungsdimensionen. Hypothese 2: Die TIMP-Faktoren leisten einen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung des Work-SoC, der über die etablierten allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen hinausgeht. Hypothese 3: Die TIMP-Faktoren ermöglichen mehr Varianz des Work-SoC auf Seiten der Mitarbeitenden aufzuklären, als etablierte allgemeine und gesundheitsbezogene Führungsskalen.

Tabelle 2 Mittelwerte, Standardabweichungen und Trennschärfen der TIMP-Items in den Stichproben A und B

Item	Vertrauen (Cronbachs $\alpha = .72/ .62$)	Stichprobe A			Stichprobe B		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>rit</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>rit</i>
Mein direkter Vorgesetzter/ meine direkte Vorgesetzte...							
1	...lässt einem große Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume	3.99	1.29	.57	4.14	1.34	.45
2	...überträgt einem die Verantwortung für interessante und spannende Arbeitsaufgaben	3.46	1.34	.57	3.63	1.36	.45
Item	Störungsmanagement (Cronbachs $\alpha = .90/ .83$)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>rit</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>rit</i>
Mein direkter Vorgesetzter/ meine direkte Vorgesetzte...							
3	...sorgt dafür, dass Probleme gelöst werden	3.86	1.46	.86	3.70	1.19	.74
4	...führt bei Konflikten Gespräche mit den Beteiligten, die zu einer Entspannung der Situation führen	3.39	1.54	.76	3.30	1.32	.64
5	...trifft rechtzeitig klare Entscheidungen	3.65	1.42	.82	3.29	1.25	.68
Item	Druck (Cronbachs $\alpha = .77/ .76$)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>rit</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>rit</i>
6	...verlangt ein Arbeitspensum/ -tempo, das man kaum bewältigen kann	2.32	1.28	.62	2.77	1.31	.59
7	...erteilt Arbeitsaufträge, die zu kompliziert sind	2.22	1.10	.61	2.27	1.00	.54
8	...gibt einem zu viele Arbeitsaufträge gleichzeitig/ überträgt einem zu viel Verantwortung	2.52	1.18	.65	2.84	1.22	.67

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *rit* = Trennschärfe (Part-Whole-korrigiert).

4.5.2 Psychometrische Eigenschaften des Inventars

Bei der ersten Stichprobe handelt es sich um 3 Justizvollzugsanstalten mit 717 Beschäftigten, von denen $N = 333$ Personen an der Untersuchung teilnahmen (73% männlich, 25% weiblich, 2% k.A.; 9% jünger als 30 J., 23% 30–39 J., 35% 40–49 J., 32% 50 J. und älter, 1% k.A.). Die zweite Stichprobe stammt aus einem Unternehmen mit Behindertenwerkstätten mit 800 Beschäftigten von denen $N = 384$ an der Befragung teilnahmen (52 % weiblich, 47 % männlich, 1% k.A.; 5% bis 30 J., 26% 31 bis 45 J., 68% älter als 45 J., 1 % k.A.).

Eine Übersicht über die psychometrischen Eigenschaften des TIMP-Inventars, die aus den Stichproben A und B berechnet wurden, zeigt Tab. 2. Die internen Konsistenzen der Skalen Druck und Störungsmanagement liegen zwischen 0,90 und 0,76 und damit in einem sehr guten bis zufriedenstellenden Bereich. Die Skala Vertrauen erreicht jedoch mit 0,72 bzw. 0,62 einen eher geringen Wert, was jedoch auch darauf zurückzuführen ist, dass die Skala lediglich aus zwei Items besteht.

Für die Testung der oben formulierten Hypothesen wurden in Stichprobe A zum einen Skalen zur Erfassung transformationaler Führung als eines der am häufigsten untersuchten allgemeinen Führungskonzepte ausgewählt. Transformationale Führung wurde mit den fünf Skalen Intellectual Stimulation, Inspirational Motivation, Idealized Influence, Idealized Influence behavior und Individualized Consideration aus dem Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ, Felfe, 2006b) erfasst. Zum anderen wurden die führungsbezogenen Skalen Mitarbeiterorientierung, Soziale Unterstützung und Belastendes Führungsverhalten aus dem Inventar Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse (SALSA; Udris & Rimann, 1999) verwendet. Dieses Instrument eignet sich besonders für eine strenge Testung des TIMP-Inventars, da diese Skalen explizit auf der Grundlage des Salutogenesemodells entwickelt wurden, um besonders gesundheitsförderliche bzw. -gefährdende Führungsaspekte zu erfassen. Darüber hinaus wurden in Stichprobe B die beiden Skalen Positives und Negatives Gesundheitsverhalten aus dem Fragebogen „*Health-oriented Leadership*“ (HoL; Franke & Felfe, 2011) ergänzt, da diese gesundheitsbezogene Führungsaspekte erfassen, die sich theoretisch von traditionellen Konzepten unterscheiden. Als Kontrollvariablen wurden Alter und Geschlecht (Vincent, 2011) berücksichtigt.

Es ist zu erwarten, dass die TIMP-Skala Vertrauen insbesondere positiv mit Mitarbeiterorientierung korreliert, da diese Aspekte große konzeptuelle Überschneidungen aufweisen (vgl. Nerdinger, 2011, S. 86). Das Konzept Störungsmanagement fokussiert inhaltlich darauf, wie stark eine Führungskraft von ihren Mitarbeitenden als hilfreiche Ressource wahrgenommen wird. Dieses Konstrukt weist theoretisch große Überschneidungen mit den Konzepten Soziale Unterstützung und Intellectual Stimulation auf, die ebenfalls auf eine Lösung von Problemen abzielen. Daher sollten diese Skalen positiv korrelieren. Die Skala Druck sollte positiv mit belastendem Führungsverhalten und negativ mit Mitarbeiterorientierung korrelieren, da eine geringe Mitarbeiterorientierung, destruktives Führungsverhalten und starker Leistungsdruck sich wechselseitig beeinflussen (vgl. Elprana, Felfe & Franke, 2016).

Tab. 3 zeigt Interkorrelationen des Work-SoC, der TIMP-Faktoren und Skalen anderer gesundheitsrelevanter Führungskonzepten. Das Work-SoC wurde mit einer von Eberz et al. (2011) veröffentlichten Skala erfasst. Es zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen Vertrauen und Mitarbeiterorientierung ($r = 0,51, p < 0,01$), Störungsmanagement und Sozialer Unterstützung ($r = 0,83, p < 0,01$), Störungsmanagement und Intellectual Stimulation ($r = 0,78, p < 0,01$), Druck und belastendem Führungsverhalten ($r = 0,47, p < 0,01$) sowie ein negativer Zusammenhang zwischen Druck und Mitarbeiterorientierung ($r = -0,35, p < 0,01$). In der Summe sprechen diese Korrelationen für die Konstruktvalidität der TIMP-Faktoren (vgl. Tab. 4).

Tabelle 3 Mittelwerte, Streuungen und Interne Konsistenzen der verwendeten Skalen sowie deren Interkorrelationen in Stichprobe A.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Work-SoC	4.03	.76	(.90)											
2 StörM	3.63	1.35	.41**	(.90)										
3 Druck	2.34	.98	-.47**	-.36**	(.77)									
4 Ver	3.73	1.16	.54**	.49**	-.25**	(.72)								
5 MaO	3.18	.87	.46**	.75**	-.35**	.51**	(.87)							
6 BeV	2.31	.85	-.43**	-.63**	.47**	-.46**	-.66**	(.75)						
7 SU	3.39	1.01	.45**	.83**	-.41**	.53**	.85**	-.70**	(.92)					
8 IntSt	3.29	1.04	.39**	.78**	-.26**	.46**	.75**	-.61**	.79**	(.91)				
9 InsMo	3.29	1.06	.32**	.53**	-.14*	.37**	.58**	-.35**	.57**	.65**	(.90)			
10 Iia	3.33	1.33	.42**	.85**	-.36**	.47**	.81**	-.66**	.84**	.84**	.59**	(.94)		
11 Iib	3.43	1.11	.37**	.73**	-.20**	.43**	.75**	-.48**	.73**	.78**	.73**	.80**	(.89)	
12 IndCon	3.23	1.24	.43**	.75**	-.32**	.52**	.82**	-.63**	.82**	.81**	.59**	.85**	.81**	(.92)

Anmerkungen. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *M* = Mittelwerte [6-stufige Ratingskala von 1 = nie/ fast nie bis 6 = immer/ fast immer bei 2-4 und 8-12, 5-stufige entsprechend original SALSA-Format von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 5 = trifft voll und ganz zu bei 5-7 und 6-stufige Ratingskala von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 6 = trifft voll und ganz zu bei 1]; *SD* = Streuung; die Zahlen in den nachfolgenden Spalten repräsentieren die Korrelationskoeffizienten r der bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen. In Klammern werden die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen (*Cronbachs* α) berichtet; $N = 316-333$ (Streuung aufgrund fehlender Werte). Work-SoC = Kohärenzerleben am Arbeitsplatz, StörM = Störungsmanagement, Ver = Vertrauen, MaO = Mitarbeiterorientierung, BeV = Belastendes Vorgesetztenverhalten, SU = Soziale Unterstützung, IntSt = Intellectual Stimulation, InsMo = Inspirational Motivation, Iia = Idealized Influence, Iib = Idealized Influence behavior und IndCon = Individualized Consideration.

Tabelle 4 Mittelwerte, Streuungen und Interne Konsistenzen der verwendeten Skalen sowie deren Interkorrelationen in Stichprobe B.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6
1 Work-SoC	4.07	.75	(.89)					
2 StörM	3.43	1.08	.50**	(.83)				
3 Druck	2.63	.97	-.42**	-.39**	(.76)			
4 Ver	3.89	1.15	.50**	.46**	-.32**	(.62)		
5 PosGV	2.47	.76	.45**	.56**	-.29**	.38**	(.92)	
6 NegGV	2.70	.83	-.22**	-.26**	.42**	-.18**	-.33**	(.59)

Anmerkungen. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *M* = Mittelwerte [6-stufige Ratingskala von 1 = nie/ fast nie bis 6 = immer/ fast immer bei 2-4, 5-stufige entsprechend original HoL-Format von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 5 = trifft voll und ganz zu bei 5-6 und 6-stufige Ratingskala von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 6 = trifft voll und ganz zu bei 1]; *SD* = Streuung; Die Zahlen in den nachfolgenden Spalten repräsentieren die Korrelationskoeffizienten r der bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen. In Klammern werden die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen (*Cronbachs α*) berichtet; $N = 364-384$ (Streuung aufgrund fehlender Werte). Work-SoC = Kohärenz-erleben am Arbeitsplatz, StörM = Störungsmanagement, Ver = Vertrauen, PosGV = Positives Gesundheitsverhalten, NegGV = Negatives Gesundheitsverhalten.

Hypothese 1 Das TIMP-Inventar erfasst drei unterschiedliche Führungsdimensionen.

Zur Überprüfung der Hypothese, dass das TIMP-Inventar drei Führungsfaktoren erfasst, wurden anhand von konfirmatorischen Faktorenanalysen (CFA) drei alternative Modelle gegeneinander getestet: Modell X postuliert eine ein-dimensionale Faktorenstruktur, bei der alle Items als Indikatoren einer einzigen latenten Variable betrachtet werden. In Modell Y werden zwei Faktoren angenommen: Items der positiv konnotierten Vertrauens- und Störungsmanagementskala auf der einen Seite und die negativ konnotierten Items der Druck-Skala auf der anderen stellen jeweils Indikatoren eines latenten Faktors dar. In Modell Z werden die drei TIMP-Dimensionen Vertrauen, Druck und Störungsmanagement als latente Faktoren und die Items der drei Skalen entsprechend ihrer Zuordnung in Tab. 2 als ihre manifesten Indikatoren betrachtet.

Mit Blick auf das Modell Z sind die χ^2 -Tests in beiden Stichproben signifikant (siehe Tab. 5 und 6; $N = 333$ Stichprobe A; $\chi^2 = 35,50$; $df = 17$, $p^2 < 0,05$; $N = 384$ Stichprobe B; $\chi^2 = 66,01$; $df = 17$, $p < 0,01$). Dies bedeutet, dass sich die durch die a priori spezifizierten Modellannahmen implizierte von der empirisch ermittelten Korrelationsmatrix der manifesten Items signifikant unterscheiden. Bei großen Stichproben ($N > 250$) steigt allerdings das Risiko, dass passende Modelle aufgrund kleiner Modellfehlspezifikationen (also hoher Teststärke) abgelehnt werden, weil der Test trotzdem signifikant wird. Die nach Empfehlungen von Hu und Bentler (1998) daher zusätzlich herangezogenen Passungsgüteindizes ($RMSEA =$ Root-Mean-Square-Error of Approximation; $CFI =$ Comparative-Fit-Index; $SRMR =$ Standardized-Root-Mean-Residual) weisen insgesamt betrachtet in Stichprobe A auf eine gute Modellpassung hin ($CFI = 0,99$; $SRMR = 0,04$; $RMSEA = 0,06$) während in Stichprobe B der $RMSEA$ über dem empfohlenen Cut-Off-Wert liegt ($CFI = 0,95$; $SRMR = 0,06$; $RMSEA = 0,09$). Die für die alternativen Modelle X und Y berechneten Modellpassungsgüteindizes weisen insgesamt betrachtet jedoch darauf hin, dass die Annahme einer ein- bzw. zweidimensionalen Faktorenstruktur vergleichsweise deutlich schlechter zu den Daten passt (siehe Tab. 5 und 6). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wird Hypothese 1, die eine dreidimensionale Faktorenstruktur des Inventars postuliert, angenommen.

Tabelle 5 Passungsgüte der Modelltestung in Stichprobe A

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>SRMR</i>
Modell X	311.47	20	.00	.76	.21	.17
Modell Y	112.55	19	.00	.92	.12	.07
Modell Z	35.50	17	.03	.99	.06	.04

Anmerkungen. χ^2 = Abweichung der implizierten von der empirischen Varianz-Kovarianzmatrix; *df* = Freiheitsgrade der χ^2 -Verteilung (abhängig von der Anzahl der beobachteten und frei zu schätzenden Parameter des jeweiligen Modells); *p* = mittels Bollen-Stine-Bootstrap-Verfahren korrigierte Werte; *RMSEA* = Root-Mean-Square-Error of Approximation; *CFI* = Comparative-Fit-Index; *SRMR* = Standardized-Root-Mean-Residual; *N* = 333.

Tabelle 6 Passungsgüte der Modelltestung in Stichprobe B

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>SRMR</i>
Modell X	318.45	20	.00	.72	.20	.12
Modell Y	111.73	19	.00	.91	.11	.08
Modell Z	66.01	17	.00	.95	.09	.06

Anmerkungen. χ^2 = Abweichung der implizierten von der empirischen Varianz-Kovarianzmatrix; *df* = Freiheitsgrade der χ^2 -Verteilung (abhängig von der Anzahl der beobachteten und frei zu schätzenden Parameter des jeweiligen Modells); *p* = mittels Bollen-Stine-Bootstrap-Verfahren korrigierte Werte; *RMSEA* = Root-Mean-Square-Error of Approximation; *CFI* = Comparative-Fit-Index; *SRMR* = Standardized-Root-Mean-Residual; *N* = 384.

Hypothese 2 Die TIMP-Faktoren leisten einen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung des Work-SoC, der über die etablierten allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen hinausgeht.

Inwieweit, wie in Hypothese 2 angenommen, die TIMP- Faktoren über die etablierten, gesundheitsförderlichen Führungsskalen hinaus inkrementelle Varianz des Work-SoC aufklären, wird mittels hierarchischer multipler Regressionsanalysen untersucht. Nach den Kontrollvariablen Alter und Geschlecht in Modell 1, und nach den etablierten, gesundheitsförderlichen Führungsskalen in Modell 2, werden in Modell 3 die TIMP-Faktoren zusätzlich in die Regression aufgenommen. Um Hypothese 3 zu prüfen, dass die TIMP-Faktoren mehr Varianz aufklären als die etablierten, gesundheitsförderlichen Führungsskalen, werden in einer weiteren hierarchischen Regressionsanalyse nur die

TIMP-Faktoren in Modell 2 nach den Kontrollvariablen aufgenommen. Die Varianzaufklärungen dieses Modells wird dann mit dem Modell 2 der ersten Regressionsanalyse verglichen. Explorativ wird ferner geprüft, ob die etablierten, gesundheitsförderlichen Führungsskalen zusätzliche Varianz zu den TIMP Faktoren erklären oder ob die TIMP Faktoren alleine bereits den gesamten Bereich der aufgeklärten Varianz abdecken.

Tab. 7 zeigt, dass in Stichprobe A durch die Hinzunahme der TIMP-Faktoren in die Regressionsgleichung (Modell 3) die Varianzaufklärung des Kriteriums Work-SoC im Vergleich zum Modell 2, bei dem die drei SALSA-Skalen und die fünf MLQ-Skalen in die Regressionsgleichung als Prädiktoren (zusätzlich zu den Kontrollvariablen Alter und Geschlecht) eingegeben wurden, signifikant erhöht wird (β Vertrauen = 0,38, β Druck = -0,37; p jeweils $< 0,01$). Der durch die TIMP-Faktoren zusätzlich aufgeklärte Varianzanteil (R^2) beträgt 19 % ($F(3, 288) = 32,98$; $p < 0,01$).

Tab. 8 zeigt, dass in Stichprobe B durch die Hinzunahme der TIMP-Faktoren in die Regressionsgleichung (Modell 3) die Varianzaufklärung des Kriteriums Work-SoC im Vergleich zum Modell 2, in deren Regressionsgleichung (zusätzlich zu den Kontrollvariablen Alter und Geschlecht) als Prädiktoren die zwei HoL-Skalen Positives und Negatives Gesundheitsverhalten eingegeben wurde, ebenfalls signifikant erhöht wird (β Vertrauen = 0,29, β Druck = -0,20, β Störungsmanagement = 0,19; p jeweils $< 0,01$). Der durch die TIMP-Faktoren zusätzlich aufgeklärte Varianzanteil (R^2) beträgt 19% ($F(3, 336) = 36,82$; $p < 0,01$). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann Hypothese 2 angenommen werden: Die TIMP-Faktoren leisten im Vergleich zu etablierten allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen einen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung des Work-SoC auf Seiten der Mitarbeitenden.

Tabelle 7 Hierarchische Regression der Prädiktoren SALSA, MLQ und TIMP-Faktoren auf das Work-SoC der Mitarbeitenden (Stichprobe A)

Modelle	β	R^2_{kor}	ΔR^2
Modell 1		.00	.00
Alter	.01		
Geschlecht	.02		
Modell 2		.22	.25**
Alter	.01		
Geschlecht	.02		
MO	.23*		
BeV	-.19*		
SU	.09		
IntSt	-.04		
InsMo	.08		
Ila	-.02		
Ilb	-.02		
IndCon	.01		
Modell 3		.42	.19**
Alter	.03		
Geschlecht	-.04		
MO	.17		
BeV	.02		
SU	-.09		
IntSt	.03		
InsMo	.05		
Ila	-.06		
Ilb	.03		
IndCon	.03		
StoerM	-.01		
Druck	-.37**		
Ver	.38**		

Anmerkungen. $N = 307$; β = standardisiertes Regressionsgewicht; R^2_{kor} = korrigierter Determinationskoeffizient; ΔR^2 = inkrementelle Varianzaufklärung; * = $p < .05$ (zweiseitig); ** = $p < .01$ (zweiseitig). Work-SoC = Kohärenzerleben am Arbeitsplatz, StörM = Störungsmanagement, Ver = Vertrauen, MaO = Mitarbeiterorientierung, BeV = Belastendes Vorgesetztenverhalten, SU = Soziale Unterstützung, IntSt = Intellectual Stimulation, InsMo = Inspirational Motivation, Ila = Idealized Influence, Ilb = Idealized Influence behavior und IndCon = Individualized Consideration.

Tabelle 8 Hierarchische Regression der Prädiktoren Positives und Negatives Gesundheitsverhalten und TIMP-Faktoren auf das Work-SoC der Mitarbeitenden (Stichprobe B)

Modelle	β	R^2_{kor}	ΔR^2
Modell 1		.01	.01
Alter	.05		
Geschlecht	-.09		
Modell 2		.22	.22**
Alter	.09		
Geschlecht	-.10*		
NegGV	-.10		
PosGV	.43**		
Modell 3		.41	.19**
Alter	.10*		
Geschlecht	-.08		
NegGV	-.00		
PosGV	.19**		
StoerM	.19**		
Druck	-.20**		
Ver	.29**		

Anmerkungen. $N = 249$; β = standardisiertes Regressionsgewicht; R^2_{kor} = korrigierter Determinationskoeffizient; ΔR^2 = inkrementelle Varianzaufklärung; * = $p < .05$ (zweiseitig); ** = $p < .01$ (zweiseitig). Work-SoC = Kohärenzerleben am Arbeitsplatz, StörM = Störungsmanagement, Ver = Vertrauen, PosGV = Positives Gesundheitsverhalten, NegGV = Negatives Gesundheitsverhalten.

Hypothese 3 Die TIMP-Faktoren ermöglichen mehr Varianz des Work-SoC auf Seiten der Mitarbeitenden aufzuklären, als etablierte allgemeine und gesundheitsbezogene Führungsskalen.

In einer weiteren Analyse zur Prüfung von Hypothese 3 zeigte sich in Stichprobe A, dass die TIMP-Faktoren alleine insgesamt 42 % der Work-SoC-Varianz auf Seiten der Mitarbeitenden aufklären. Damit erfassen sie in Übereinstimmung mit Hypothese 3 deutlich mehr Varianz als die drei SALSA-Skalen und die fünf MLQ-Skalen, die in der vorherigen Analyse alleine nur 22% der Work-SoC-Varianz aufklärten. Ferner klären die Skalen des SALSA und der Transformationalen Führung im Vergleich zu den TIMP- Faktoren keine zusätzliche Work-SoC-Varianz auf, sodass die TIMP-Faktoren deren Erklärungsbereich in Bezug auf das Kohärenzerleben am Arbeitsplatz abzudecken und darüber hinaus zusätzliche Aspekte zu erfassen scheinen.

In Übereinstimmung mit Hypothese 3 zeigte sich darüber hinaus in Stichprobe B, dass die TIMP-Faktoren alleine 39 % der Work-SoC-Varianz auf Seiten der Mitarbeitenden aufklären, während die HoL-Skalen alleine nur 22% der Work-SoC-Varianz aufklären. Im Unterschied zu den SALSA und MLQ Skalen klären die HoL-Skalen Positives und Negatives Gesundheitsverhalten im Vergleich zu den TIMP- Faktoren jedoch 2,5 % inkrementelle Varianz auf, so dass sie Aspekte des Kohärenzerleben am Arbeitsplatz abzudecken scheinen, die von den TIMP Faktoren nicht erfasst werden.

4.6 Möglichkeiten und Grenzen des TIMP- Inventars salutogener Führung

Das primäre Ziel der vorliegenden Studie war es, ein praxistaugliches Instrument zu entwickeln, das eine ökonomische und valide Erfassung potenter salutogener Führungsfaktoren ermöglicht. Im Rahmen eines deduktiv-induktiven Entwicklungsprozesses wurde das TIMP- Inventar entwickelt. Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalysen in zwei unabhängigen Stichproben sprechen für die Annahme der Hypothese 1, dass das TIMP-Inventar drei korrelierte Kern-Faktoren salutogener Führung erfasst: Vertrauen, Störungsmanagement und Druck. Die Interkorrelationen der TIMP-Skalen erreichen dabei eine Größenordnung von lediglich $r = 0,49$, während die Skalen anderer Inventare untereinander deutlich höher korrelieren (bis zu $r = 0,85$ beim SALSA und bis $r = 0,84$ beim MLQ). Zu hohe Interkorrelationen werfen die Frage auf, ob diese Skalen tatsächlich

valide Indikatoren für unterschiedliche Führungsaspekte darstellen (Judge & Piccolo, 2004). Vor dem Hintergrund der relativ geringen Interkorrelationen ist daher davon auszugehen, dass das TIMP-Inventar eine ökonomische Erfassung unterschiedlicher Facetten salutogenen Führungsverhaltens im Bereich der Forschung und Praxis ermöglicht.

Im Gegensatz dazu liegen die Interkorrelationen der Skalen Störungsmanagement, transformationale Führung (außer Inspirierende Motivation), Mitarbeiterorientierung und Sozialer Unterstützung in einem kritischen Bereich ($r > 0,80$). Explorativ mit diesen Skalen durchgeführte Faktorenanalysen 2. Ordnung sprechen ebenfalls für die Annahme einer übergeordneten, gemeinsamen Dimension, obwohl sich diese Konzepte inhaltlich durchaus bedeutsam unterscheiden. Eine Erklärung für diesen Befund liefert die soziale Wahrnehmungsforschung, die grundsätzlich von einer begrenzten Anzahl von Beurteilungsdimensionen für andere Menschen ausgeht (Neuberger, 2002, S. 418 ff.). D. h. Mitarbeiterrückmeldungen zu den genannten Führungsverhaltensdimensionen sind möglicherweise aus diesem Grund nicht hinreichend differenziert und daher nur eingeschränkt valide (vgl. Judge & Piccolo, 2004).

In Übereinstimmung mit Hypothese 2 belegen die Ergebnisse der Regressionsanalysen, dass die drei TIMP-Faktoren im Vergleich zu etablierten, allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen bedeutsame zusätzliche Beiträge zur Varianzaufklärung des Kohärenzerlebens am Arbeitsplatz leisten. Wie in Hypothese 3 angenommen erklären die Kern-Faktoren salutogener Führung nicht nur zusätzliche, sondern auch mehr Varianz des Kohärenzerlebens am Arbeitsplatz auf als transformationale Führung, Soziale Unterstützung, Mitarbeiterorientierung, belastendes Führungsverhalten sowie die HoL-Skalen positives und negatives Gesundheitsverhalten. Während transformationale Führung, Soziale Unterstützung, Mitarbeiterorientierung, belastendes Führungsverhalten keine zusätzliche Varianz des Kohärenzerlebens am Arbeitsplatz im Vergleich zu den TIMP-Faktoren aufklären, erfassen die HoL-Skalen zumindest teilweise Facetten salutogenen Führungsverhaltens, die nicht durch die TIMP-Faktoren erfasst werden.

In der Summe sprechen diese Ergebnisse jedoch dafür, dass das TIMP drei Führungsaspekte erfasst, die eine sehr große Bedeutung für das Kohärenzerleben von Mitarbeitenden am Arbeitsplatz haben. Einschränkungen ergeben sich allerdings mit Blick auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Arbeitskontexte.

Insbesondere Justizvollzugsanstalten weisen einige Besonderheiten auf, wie z.B. ein starkes Bedürfnis nach rechtlicher Absicherung von Entscheidungen, eine ausgeprägte Hierarchie und Bürokratie, eine Zerstückelung komplexer Tätigkeiten sowie ein ausgeprägtes Spannungsfeld zwischen den Arbeitsaufträgen, Gefangene zu kontrollieren und zu überwachen auf der einen und sie bei einer nicht-kriminellen persönlichen Weiterentwicklung zu unterstützen und zu fördern auf der anderen Seite (Eberz & Bach, 2015). Diese Kontextfaktoren führen den Autoren zu Folge u.a. zu Einschränkungen mit Blick auf Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Partizipation sowie eine ganzheitliche Aufgabengestaltung der Beschäftigten. Dieser spezifische Kontext reduziert damit die Spielräume von Führungskräften und wirkt sich möglicherweise auch auf die Wahrnehmung und Bewertung bestimmter Verhaltensweisen von Führungskräften aus. In weiteren Untersuchungen ist daher zu prüfen, ob sich die Ergebnisse dieser Untersuchung auch auf andere Arbeitskontexte übertragen lassen. Zukünftige Studien mit Längsschnitt- und Interventionsdesigns müssen darüber hinaus überprüfen, ob sich die TIMP-Faktoren tatsächlich kausal auf das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden auswirken. Trotz der erörterten Limitationen stellen die TIMP-Skalen eine interessante Referenzgröße für zukünftige Aktivitäten im Bereich der gesundheitsförderlichen Führungsforschung dar.

Die Identifikation der drei Kern-Faktoren salutogener Führung Vertrauen, Störungsmanagement und Druck stellt insbesondere eine empirisch begründete Weiterentwicklung und Präzisierung des SSIM dar: Die TIMP-Skalen lassen sich als salutogene Handlungsmaxime interpretieren, an denen sich Führungskräfte in der Praxis orientieren können, um gesundheitsförderliche Interaktionsdynamiken zwischen ihnen und den Mitarbeitenden zu schützen und zu fördern. Das Kern-Faktoren-Konzept liefert vor allem eine empirisch begründete Reduzierung von Komplexität für Führungskräfte, da es im Alltag eine Fokussierung auf eine überschaubare Anzahl, zentraler gesundheitsförderlicher Führungsaufgaben erleichtert.

Bei der Anwendung der TIMP-Skalen in der Praxis ist zu berücksichtigen, dass eine positive Bewertung einer Führungskraft zum einen von ihrem objektivierbaren Verhalten und den damit assoziierten Konsequenzen abhängt (vgl. Medvedeff & Lord, 2007). D.h. ein gutes Störungsmanagement oder eine Reduzierung von Druck verbessern einerseits die Arbeits- und Rahmenbedingungen der Mitarbeitenden und befördern andererseits eine salutogene Wahrnehmung bzw. Bewertung dieser Führungskraft. Diese Wahrnehmung sollte sich darüber hinaus auch positiv auf die Interaktionsdynamiken zwischen

Führungskräften und Mitarbeitenden auswirken (Eberz & Antoni, 2016). Zum anderen ist davon auszugehen, dass die Wahrnehmung und Bewertung des Führungsverhaltens auf den TIMP-Dimensionen auch von individuellen Vorstellungen und Erwartungen der Geführten an Führungskräfte abhängt (vgl. Lord & Maher, 1990), die im SSIM unter P-Faktoren verortet werden. D.h. bei unterschiedlichen Mitarbeitenden können in einem bestimmten Arbeitskontext sehr unterschiedliche, mehr oder weniger realistische Erwartungen im Hinblick auf das Führungsverhalten vorhanden sein. Wenn diese Erwartungen subjektiv nicht erfüllt werden, dann besteht entsprechend den Postulaten des SSIM ein hohes Risiko für kontraproduktive Verhaltensweisen, die wiederum gesundheitsgefährdende Interaktionsdynamiken auslösen oder verstärken können. Für die Praxis bedeutet dies, dass Führungskräfte bspw. in Mitarbeitergesprächen Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Führungsverhaltens gemeinsam reflektieren und unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren und des Mitarbeiterverhaltens (neu) aushandeln müssen. Insbesondere Kontextfaktoren wie bspw. die Organisationskultur und die Gestaltung der Arbeits- und Rahmenbedingungen stellen dabei eine große Herausforderung dar. Einerseits haben sie einen starken Einfluss darauf, in welchem Ausmaß Führungskräfte dazu in der Lage oder willens sind, die TIMP-Faktoren in der Praxis umzusetzen und andererseits sind sie i.d.R. nur bedingt von Führungskräften gestalt- bzw. veränderbar (Eberz & Antoni, 2016). Letzteres erfordert die Integration von Maßnahmen zur Verbesserung des Führungsverhaltens in eine ganzheitlich ausgerichtete Strategie, die auf unterschiedlichen Ebenen auch auf eine salutogene Gestaltung von Kontextfaktoren abzielt.

Berücksichtigt man die genannten Einschränkungen eröffnet das TIMP-Inventar die Chance, auf der theoretischen Grundlage des SSIM Kernfaktoren salutogener Führung ökonomisch zu erfassen und konstruktive Reflexions- und Diskussionsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen einer Organisation anzustoßen.

4.7 Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass. (Deutsche Ausgabe: Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag)
- Bauer, G. J., & Jenny, G. F. (2007). Development, implementation and dissemination of occupational health management (OHM): putting salutogenesis into practice. *Occupational Health Psychology, 2*, 219–250.
- Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC – Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23*, 20–30.
- Eberz, S., & Antoni, C. H. (2016). Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM) – Ein ganzheitlicher Ansatz zur Erklärung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 3*, 265–273.
- Eberz, S., & Bach, M. (2015). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Justizvollzug – Nutzen, Herausforderungen und Perspektiven. *Bewährungshilfe, 62*, 158–171.
- Eberz, S., Becker, R., & Antoni, C.H. (2011). Kohärenzerleben im Arbeitskontext – Ein nützliches Konstrukt für die ABO-Psychologie? *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie, 3*, 115–131.
- Elprana, G., Felfe, J., & Franke, F. (2016). Gesundheitsförderliche Führung diagnostizieren und umsetzen. In J. Felfe & R. van Dick (Hrsg.), *Handbuch Mitarbeiterführung – Wirtschaftspsychologisches Praxiswissen für Fach- und Führungskräfte* (S. 143–156). Berlin: Springer.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Felfe, J. (2006a). Transformationale und charismatische Führung – Stand der Forschung und aktuelle Entwicklungen. *Zeitschrift für Personalpsychologie, 5*, 163–176.
- Felfe, J. (2006b). Validierung einer deutschen Version des „Multifactor Leadership Questionnaire“ (MLQ Form 5 x Short) von Bass und Avolio (1995). *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie, 50*, 61–78.

- Franke, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In A. Franke (Hrsg.), *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Franke, F., & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89–96). Berlin: Springer.
- Franke, F., Ducki, A., & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 253–264). Göttingen: Hogrefe.
- Gregersen, S., Zimmer, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit – zum Stand der Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 73, 3–12.
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspezification. *Psychological Methods*, 4, 424–553.
- Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89, 755–168.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being and health effects – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 904–915.
- Lord, R. G., & Maher, K. J. (1990). Alternative information-processing models and their implications for theory, research and practice. *Academy of Management Review*, 15, 9–28.
- Medvedeff, M. E., & Lord, R. G. (2007). Implicit leadership theories as dynamic processing structures. In B. Shamir, R. Pillai, M. Bligh & M. Uhl-Bien (Hrsg.), *Follower-centred perspectives on leadership* (S. 19–50). Greenwich: Information Age Publishing.
- Nerdinger, F. W. (2011). Führung von Mitarbeitern. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 81–94). Berlin: Springer.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und Führen lassen* (6. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Schyns, B., & Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly*, 24, 138–158.
- Siegrist, J., & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 305–312.

- Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit – Ein Paradigmenwechsel? *Wirtschaftspsychologie*, 2, 4–13.
- Udris, I., & Rimann, M. (1999). SAA und SALSA: Zwei Fragebogen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Ein praxisorientierter Überblick* (S. 397–419). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Udris, I., & Rimann, M. (2006). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In P. Kolip, H. Wydler & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 129–149). Weinheim: Juventa.
- Vincent, S. (2011). Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89–96). Berlin: Springer.
- Vogt, K., Hakanen, J.J., Jenny, G.J., & Bauer, G.F. (2015). Sense of coherence and the motivational process of the job-demands-resources model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21, 194–207.
- Winkler, E., Busch, C., Clasen, J., & Vowinkel, J. (2015). Changes in leadership behaviors predict changes in job satisfaction and well-being in low-skilled workers: a longitudinal investigation. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 22, 72–87.
- Zimber, A., Hentrich, S., Bockhoff, K., Wissing, C., & Petermann, F. (2015). Wie stark sind Führungskräfte psychisch gefährdet? Eine Literaturübersicht zu Gesundheitsrisiken und arbeitsbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 123–140.

5 Kapitel V: Führungssituation und salutogenes Führungsverhalten – eine Mehrebenenanalyse des Zusammenhangs aus der Sicht von Führungskräften und Geführten auf Basis des Systemisch-Salutogenen Interaktions-Modells

Englisch: Leadership situation and salutogenetic leadership – a multilevel analysis from leaders' and employees' perspectives based on the Systemic-Salutogenic Interactions-Model

5.1 Zusammenfassung

Zusammenfassung: In der gesundheitsförderlichen Führungsforschung wurde bislang kaum erforscht, welche Merkmale der Führungssituation spezifische Aspekte salutogenen Führungsverhaltens fördern oder hemmen und welche Wirkmechanismen dabei eine Rolle spielen. Ausgehend vom Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodell (SSIM) ist es Ziel der vorliegenden Studie, diese Forschungslücke weiter zu schließen: Eine Mehrebenenanalyse mit Daten von 37 Polizei-Führungskräften und 280 Teammitgliedern zeigte, dass die Wahrnehmungen von Führungskräften zu ihrem Handlungskontext (Führungsspielräume, Druck von Vorgesetzten, Gratifikation von Vorgesetzten und der Organisation) und ihren Teaminteraktionen (Gratifikation von Seiten des Teams und kontraproduktive Verhaltensweisen innerhalb des Teams) inkrementelle Varianz des von Teammitgliedern wahrgenommenen salutogenen Führungsverhaltens aufklären. Diese Ergebnisse stützen zentrale Aussagen des SSIM und liefern neue Impulse für die Praxis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie die zukünftige gesundheitsorientierte Führungsforschung.

Schlüsselwörter · Gesunde Führung · SSIM · Führungssituation

Abstract: In the field of health-promoting leadership hardly any research has been done so far on the factors supporting or hindering specific aspects of salutogenetic leadership behavior, and on the underlying mechanisms. Based on the Systemic Salutogenic Interaction Model (SSIM) the present study aims to close this research gap: A multilevel analysis based on data from 37 police officers and 280 team members showed that the specific perceptions of leaders related to their context (decision-making scope for leaders, pressure from supervisors, gratifications from supervisors and the organization) and to their

team interactions (gratifications from the team and counterproductive behaviors within the team) explain incremental variance of perceived salutogenetic leadership behavior (based on employees' ratings) between teams. These results support key statements of the SSIM and provide new impulses for the practice of occupational health management and future health-oriented research.

Keywords · health-promoting leadership · SSIM · Leadership situation

5.2 Einleitung

Zahlreiche empirische Befunde weisen darauf hin, dass sich das Verhalten von Führungskräften bedeutsam auf die Gesundheit der von ihnen geführten Teammitglieder auswirkt (Franke, Ducki & Felfe, 2015; Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008; Skakon, Nielsen, Borg & Guzman, 2010). Vor dem Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse ist des Weiteren davon auszugehen, dass klassische Führungskonzepte wie Mitarbeiterorientierung, soziale Unterstützung und transformationales Führen die Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit nicht erschöpfend aufklären (Eberz & Antoni, 2018; Franke & Felfe, 2011; Vincent, 2011). Aktuelle gesundheitsförderliche Führungskonzepte definieren daher eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -bedingungen explizit als Führungsaufgabe (Vincent, 2011), thematisieren den Umgang der Führungskräfte mit ihrer eigenen Gesundheit und die Übernahme einer positiven Vorbildfunktion (Franke & Felfe, 2011) und fokussieren auf salutogene Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Teammitgliedern und die sie beeinflussenden Kontext- und Persönlichkeitsfaktoren (Eberz & Antoni, 2016).

Als Antezedenzen gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens werden Einflussfaktoren auf der Ebene des Kontextes (Ducki & Felfe, 2011; Korek, Felfe & Franke, 2015), der Interaktionen mit Teammitgliedern (Eberz & Antoni, 2016; Day, 2001) und gesundheitsförderliche Einstellungen der Führungskräfte (Franke & Felfe, 2011) diskutiert. Allerdings ist noch weitgehend unklar, welche Merkmale der Führungssituation spezifische Aspekte gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens fördern oder hemmen und welche Wirkmechanismen dabei eine Rolle spielen (vgl. Franke et al., 2015; Rigotti, Emmerich & Holstad, 2015). Diese Fragen sind insbesondere für die Praxis von großer Bedeutung. Wenn die Antezedenzen gesundheitsförderlicher Führung bekannt sind, dann lassen sich Interventionen zur Verbesserung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens gezielt auf

eine positive Beeinflussung dieser Einflussfaktoren ausrichten, was plausiblerweise deren Wirksamkeit erhöht.

Das Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, diese Forschungslücke weiter zu schließen. Es wird gezeigt, dass bestimmte Wahrnehmungen von Führungskräften, die sich inhaltlich auf den Kontext (Gratifikationen von Seiten der Vorgesetzten und der Organisation, Druck von Seiten der Vorgesetzten, Führungsspielräume) und Interaktionen mit Teammitgliedern (Gratifikationen von Seiten des Teams und kontraproduktive Verhaltensweisen) beziehen, insbesondere eigenständige, von gesundheitsförderlichen Einstellungen der Führungskräfte (die Wichtigkeit der Mitarbeitergesundheit und einer darauf bezogenen Achtsamkeit) unabhängige und spezifische Anteile salutogenen Führungsverhaltens aufklären.

In Abgrenzung zu anderen gesundheitsförderlichen Führungskonzepten wird salutogenes Führungsverhalten hier definiert als Vertrauen, Störungsmanagement und Druck im Sinne des TIMP-Ansatzes (Trust, Incident Management und Pressure; Eberz & Antoni, 2018). Diese auch als Kernfaktoren salutogener Führung bezeichneten Dimensionen stehen in dieser Untersuchung im Vordergrund, weil sie im Vergleich zu anderen gesundheitsorientierten Führungskonzepten besonders starke Zusammenhänge mit dem wichtigen, arbeitsbezogenen Gesundheitsindikator Kohärenzerleben am Arbeitsplatz aufweisen (Eberz & Antoni, 2018), der fest in Antonovskys (1987) einflussreichem Salutogenese-modell verankert ist (Bauer & Jenny, 2007; Eberz, Becker & Antoni, 2011).

5.3 Zum Stand der gesundheitsförderlichen Führungsforschung

Franke et al. (2015) unterscheiden drei Ebenen, auf denen Führungskräfte die Gesundheit ihrer Teammitglieder beeinflussen können: Direkte Interaktionen (Ebene 1), Gestaltung von Arbeitsaufgaben/ Rahmenbedingungen (Ebene 2) und Übernahme einer Vorbildfunktion (Ebene 3). Auf Ebene 1 konnten insbesondere für die Konzepte transformationale Führung (Felfe, 2006), Mitarbeiterorientierung und soziale Unterstützung (Kuoppala et al., 2008; Skakon et al., 2010) positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Teammitglieder nachgewiesen werden.

Führungskräfte haben aber auch einen Einfluss auf die Gestaltung von Arbeitsaufgaben und Rahmenbedingungen (Ebene2), die sich im Sinne von Ressourcen positiv oder als

Stressoren negativ auf die Gesundheit der Teammitglieder auswirken können. Insbesondere Handlungs- und Entscheidungsspielräume, ganzheitliche bzw. entwicklungsförderliche Tätigkeiten, eine angemessene Beteiligung an Entscheidungsprozessen, die Vermeidung (chronischer) quantitativer und qualitativer Überforderung sowie eine gute Balance zwischen Arbeit und Privatleben fördern die Gesundheit von Beschäftigten (Hacker, 2006; Karasek & Theorell, 1990; Oesterreich & Volpert, 1987; Udris, 2006; Vincent, 2011).

Der Ansatz des Health-oriented Leadership (HoL, Franke & Felfe, 2011) fokussiert darüber hinaus auf die Selbstfürsorge der Führungskräfte und ihre Fürsorge gegenüber den Teammitgliedern, die sich jeweils aus den beiden auf die Gesundheit bezogenen gesundheitsförderlichen Einstellungen Wichtigkeit und Achtsamkeit sowie gesundheitsorientiertem Verhalten zusammensetzen. Die Selbstfürsorge wirkt sich dabei sowohl auf die Fürsorge gegenüber den Teammitgliedern auf den Ebenen 1 und 2 als auch – vermittelt über Prozesse des Modelllernens (Ebene 3) – auf deren Selbstfürsorge aus (Franke et al., 2015). Dadurch wird erstmals auch eine Einflussnahme der Führungskräfte auf die Mitarbeitergesundheit durch die aktive Motivierung zu Gesundheitshandeln und die Übernahme einer auf die Gesundheit bezogenen Vorbildfunktion thematisiert.

Gesundheitsbezogene Führungskonzepte fokussieren im Vergleich zu klassischen Führungskonzepten inhaltlich zum Teil auf neue Aspekte und klären nach derzeitigem Kenntnisstand mehr Varianz bedeutsamer Gesundheitsindikatoren auf als bspw. transformationale Führungsskalen (z.B. Vincent, 2011) bzw. leisten davon unabhängige, zusätzliche Beiträge (z.B. Franke & Felfe, 2011).

Eberz und Antoni (2016) erweitern die Perspektive nochmals und schlagen ein ganzheitlich orientiertes Rahmenmodell vor, das so genannte Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM). Das SSIM geht von vier wesentlichen Grundannahmen aus:

Erstens, das Verhalten von Führungskräften beeinflusst das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden und umgekehrt beeinflusst das Verhalten von Mitarbeitenden das Kohärenzerleben der Führungskräfte. Das Kohärenzerleben ist ein zentraler Bestandteil des gesundheitswissenschaftlichen Salutogenesemodells (Antonovsky, 1987) und lässt sich im Sinne einer „globalen Stressbewältigungsressource“ (Welbrink & Franke, 2006, S. 47) interpretieren, die bei Konfrontationen mit Stressoren kognitive Bewertungsprozesse, emotionale Reaktionen und Coping-Maßnahmen positiv beeinflusst.

Im Zentrum des SSIM steht allerdings nicht das globale, sondern das kontextspezifische Kohärenzerleben am Arbeitsplatz (Work-SoC), das definiert ist als ein „*kontextspezifisches, kognitiv-emotionales Schema, das ausdrückt, in welchem Ausmaß man 1. Stimuli im Arbeitskontext subjektiv als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrnimmt (Verstehbarkeit); 2. darauf vertraut, dass geeignete Ressourcen zur Bewältigung der aus den Arbeitsaufgaben resultierenden Anforderungen mobilisiert werden können (Handhabbarkeit) und 3. die Auseinandersetzung mit den eigenen Arbeitsaufgaben als sinnvoll und emotional befriedigend erlebt (Bedeutsamkeit)*“ (Eberz, Becker & Antoni, 2011, S. 117; vgl. Bauer, Vogt, Inauen & Jenny, 2015).

Der „*Schema*“-Begriff unterstreicht einerseits eine gewisse zeitliche Stabilität und andererseits die Möglichkeit einer Veränderbarkeit des Konstrukts (Akkommodation) bei hinreichend intensiven, schemainkonsistenten Erfahrungen (Eberz et al., 2011). Der salutogene Wirkmechanismus dieses Konzeptes ist analog zum globalen SoC definiert, was die klare theoretische Verankerung im Salutogenesemodell unterstreicht. Allerdings besitzt das Work-SoC eine höhere Sensitivität für arbeitsbezogene Ressourcen und Stressoren (Eberz et al., 2011). Damit wird das Konzept insbesondere für die Diagnostik im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) interessant, da es „*potentiell eine allgemeine Einschätzung der Gesundheitsförderlichkeit bestimmter Person-Arbeitskontext-Konstellationen*“ (Eberz & Antoni, 2018, S. 72) ermöglicht.

Zweitens, die Verhaltensweisen beider Interaktionspartner beeinflussen sich im SSIM wechselseitig. Die bisherige gesundheitsorientierte Führungsforschung fokussiert bislang zu einseitig auf die Person der Führungskraft, obwohl das Verhalten von Mitarbeitenden das Führungsverhalten - zum Teil vermittelt über die Gesundheit der Führungskräfte - bedeutsam beeinflusst (Day, 2001; Eberz & Antoni, 2016; Eilles-Matthiesen & Scherer, 2011). Im SSIM wird daher explizit davon ausgegangen, dass sich auch bestimmte Verhaltensweisen von Mitarbeitenden (z.B. kontraproduktives Verhalten, die Kommunikation von Wertschätzung für das Führungsverhalten) bedeutsam auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens auswirken (Eberz & Antoni, 2016).

Drittens, im SSIM wird davon ausgegangen, dass sich bestimmte Kontextfaktoren sowohl bedeutsam auf das Kohärenzerleben von Führungskräften und Mitarbeitenden als auch deren Verhaltensweisen auswirken. In der Literatur werden mit Blick auf den Einfluss des Kontextes auf die Gesundheit von Führungskräften und deren salutogenes Führungsverhalten insbesondere Führungsspielräume (Korek et al., 2015), zu hohe Erwartungen

bzw. Druck von Vorgesetzten auf höheren Hierarchieebenen (Pangert & Schüpbach, 2011; Westman & Etzion, 1999) und eine mitarbeiterorientierte Organisationskultur (Ducki & Felfe, 2011) als bedeutende Einflussfaktoren diskutiert.

Viertens, das SSIM postuliert darüber hinaus, dass sich die objektiv vorhandene Führungssituation (Kontext- und Mitarbeiterverhalten) nicht direkt, sondern indirekt vermittelt über kognitiv-emotionale Prozesse auf salutogene Aspekte des Führungsverhaltens auswirkt, die im SSIM als salutogene interaktionsrelevante Kognitionen bezeichnet werden. Handlungsleitend sind demnach mehr oder weniger realistische, salutogene, subjektive Wahrnehmungen, Annahmen und Überzeugungen, die sich auf die Führungssituation beziehen, sowie die vor diesem Hintergrund abgeleiteten Ziele. Ergänzend wird im SSIM davon ausgegangen, dass sich bestimmte personenimmanente Faktoren, wie z.B. gesundheitsförderliche Einstellungen der Führungskraft im Sinne des HoL-Ansatzes (Wichtigkeit der Mitarbeitergesundheit und Achtsamkeit), ebenfalls auf die subjektive Wahrnehmung der Führungssituation und salutogene Zielsetzungsprozesse auswirken.

Gesundheitsorientiertes Führungsverhalten wird im SSIM in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der Führungsforschung somit explizit als „*multifaktorielles Geschehen*“ (Neuberger, 2002, S. 223) interpretiert. Im Unterschied zur bisherigen Führungsforschung rücken Kontextfaktoren und das Mitarbeiterverhalten als zusätzliche Modellkomponenten deutlich stärker in den Fokus (Eberz & Antoni, 2016). Durch die explizite Fokussierung auf das Kohärenzerleben als Teil eines zentralen, salutogener Wirkmechanismus ist das SSIM anschlussfähig an Antonovskys Salutogenesemodell (1987), das als eines der einflussreichsten Gesundheitskonzepte betrachtet werden kann (Faltermaier, 2005).

Auf der Grundlage des SSIM wurde auch das TIMP-Inventar entwickelt, das die drei distinkten salutogenen Führungsdimensionen Vertrauen (Trust), Störungsmanagement (Incident Management) und Druck (Pressure) erfasst (Eberz & Antoni, 2018). Diese sogenannten Kernfaktoren salutogener Führung klären im Vergleich zu den Konzepten Mitarbeiterorientierung, Soziale Unterstützung, transformationale Führung und gesundheitsorientiertem Führungsverhalten im Sinne des HoL-Ansatzes mehr und inkrementelle Anteile der Work-SoC-Varianz auf Seiten der Mitarbeitenden auf (Eberz & Antoni, 2018).

Inhaltlich erfasst die Dimension Vertrauen, wie stark eine Führungskraft durch das Gewähren von Spielräumen und das Übertragen von Verantwortung für interessante Arbeitsaufgaben Vertrauen zum Ausdruck bringt. Die Dimension Störungsmanagement fokussiert auf ein Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, Probleme und Konflikte im Arbeitskontext zu lösen bzw. zu reduzieren. Druck stellt im Gegensatz zu den beiden anderen Führungsdimensionen einen Risikofaktor für die Gesundheit der Mitarbeitenden dar und erfasst, wie stark sich Mitarbeitende von ihrer Führungskraft unter Druck gesetzt fühlen.

Das SSIM stellt die theoretische Grundlage dieser Studie dar. Nachfolgend werden aus zentralen Postulaten dieser Theorie empirisch überprüfbare Hypothesen abgeleitet.

5.4 Fragestellung und Hypothesen

Ein wesentliches Postulat des SSIM besagt, dass sich einerseits Kontext- und Interaktionsfaktoren (bzw. deren kognitive Repräsentationen) und andererseits personenimmanente Faktoren auf salutogenes Führungsverhalten auswirken (Eberz & Antoni, 2016, 2018). Die bisherige gesundheitsorientierte Führungsforschung fokussiert bislang primär auf personenimmanente Aspekte wie gesundheitsbezogene Einstellungen der Führungskräfte und hier insbesondere auf die Konzepte Achtsamkeit und Wichtigkeit der Mitarbeitergesundheit als Antezedenzen gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens (z.B. Franke & Felfe, 2011; Franke et al., 2015; Zimmer & Gregersen, 2011). Im SSIM wird im Einklang mit den Erkenntnissen der aktuellen Führungsforschung (vgl. DeRue, Nahrang, Wellman & Humphrey, 2011; Judge, LePine & Rich, 2006) davon ausgegangen, dass sich auch personenimmanente Einflussfaktoren auf Seiten der Führungskräfte wie z.B. die Wichtigkeit der Mitarbeitergesundheit und eine darauf bezogene Achtsamkeit im Sinne des Hol-Ansatzes im Allgemeinen auf gesundheitsförderliche Führungsverhaltensweisen auswirken (Eberz & Antoni, 2016). Die TIMP-Kernfaktoren salutogener Führung weisen wiederum sowohl konzeptionelle als auch empirisch nachweisbare Überschneidungen mit den Konzepten gesundheitsförderlicher und -gefährdender Führung im Sinne des HoL-Ansatzes auf (Eberz & Antoni, 2018). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Wichtigkeit der Mitarbeitergesundheit und die darauf bezogene Achtsamkeit nicht nur Antezedenzen der gesundheitsförderlichen HoL-Führungskonzepte, sondern auch der salutogenen TIMP-Führungsfaktoren darstellen.

Vernachlässigt wird hingegen der Einfluss von Kontextfaktoren und Interaktionserfahrungen mit dem Team (Eberz & Antoni, 2016; vgl. Eilles-Matthiessen & Scherer, 2011; Rigotti et al., 2015). Eine alleinige Berücksichtigung gesundheitsbezogener Einstellungen der Führungskräfte ist allerdings nur dann gerechtfertigt, wenn Interaktionserfahrungen und Kontextbedingungen der Führung keine bedeutsamen, eigenständigen Beiträge zur Erklärung salutogener Führung liefern. Aus diesen Überlegungen lässt sich folgende Hypothese ableiten:

Unabhängig von den salutogenen Einstellungen der Führungskräfte erklärt die von den Führungskräften wahrgenommene Führungssituation Varianz des von den Teammitgliedern wahrgenommenen salutogenen Führungsverhaltens (Hypothese 1). Dies zeigt sich in der individuellen Wahrnehmung der drei Dimensionen salutogenen Führungsverhaltens Störungsmanagement (Hypothese 1a), Druck (Hypothese 1b) und Vertrauen (Hypothese 1c).

Nachfolgend werden Merkmale der Führungssituation erörtert, von denen wir auf Basis des aktuellen Forschungsstandes annehmen, dass sie sich bedeutsam auf salutogenes Führungsverhalten auswirken und die wir daher im Rahmen dieser Studie berücksichtigen. Auf einer theoretischen Grundlage lässt sich zumindest die erwartete Richtung der Zusammenhänge begründen. Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich jedoch weder theoretisch noch auf der Grundlage empirischer Daten plausibel begründen, welche einzelnen Merkmale der Führungssituation sich besonders stark oder weniger stark auf eine der drei Kerndimensionen salutogener Führung auswirken (vgl. Eberz & Antoni, 2018). Daher wird nachfolgend auf eine a priori Formulierung von Hypothesen zur Stärke des Zusammenhangs zwischen spezifischen Merkmalen der Führungssituation und den einzelnen TIMP-Dimensionen verzichtet, was den explorativen Charakter dieses Teils der Untersuchung unterstreicht.

Auf der Ebene von Kontextfaktoren spielen wahrscheinlich Gratifikationen durch die Organisation und durch übergeordnete Vorgesetzte, Führungsspielräume und der Druck seitens des eigenen Vorgesetzten eine bedeutende Rolle.

Gemäß dem Effort-Reward-Modell (Siegrist, 1996; Siegrist & Dragano, 2008) kann eine subjektiv als gerecht wahrgenommene Gratifikation für die geleistete Arbeit von Seiten der Organisation und des Vorgesetzten die Gesundheit schützen (Rödel, Siegrist, Hessel & Brähler, 2004; vgl. Antonovsky, 1987). Umgekehrt erhöhen Gratifikationskrisen die

Wahrscheinlichkeit für negative Affekte und eine pathogene zentralnervöse Aktivierung (Rödel et al., 2004), was sich wiederum negativ auf das Führungsverhalten auswirken kann (vgl. Bakker, Westman & van Emmerik, 2009; Hershcovis et al., 2007). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist davon auszugehen, dass sich Gratifikationen von Seiten der Organisation und des Vorgesetzten vermittelt über die Gesundheit der Führungskraft und das Erleben positiver, motivational bedeutsamer Affekte positiv auf sämtliche Aspekte salutogenen Führungsverhaltens auswirken. Demnach erwarten wir einerseits einen positiven Zusammenhang zwischen Gratifikationen (Wahrnehmungen der Führungskraft) und Vertrauen/ Störungsmanagement und andererseits einen negativen Zusammenhang mit Druck (Wahrnehmungen der Teammitglieder auf den drei Kernfaktoren salutogener Führung).

Die Ergebnisse einer aktuellen Cross-lagged-Panel-Analyse (Rigotti et al., 2015) weisen darauf hin, dass Führungskräfte die Gesundheit ihrer Teammitglieder nur begrenzt beeinflussen können, wenn ihre Führungsspielräume nicht ausreichen, um organisations- und tätigkeitsbedingte Stressoren zu beeinflussen. Führungsspielräume fokussieren darauf, *„ob Führungskräfte über Spielräume bei der Bewältigung ihrer Führungsaufgaben wie Personaleinsatz, Delegation und Kontrolle von Arbeitsaufgaben sowie Organisation und Koordination verfügen“* (Korek et al., 2015, S. 215). Wenn Führungsspielräume wichtig sind, um salutogenes Führungsverhalten umsetzen zu können, erwarten wir einerseits positive Zusammenhänge zwischen Führungsspielräumen (Wahrnehmung der Führungskraft) und Vertrauen/ Störungsmanagement und andererseits negative Zusammenhänge mit Druck (Wahrnehmungen der Teammitglieder auf den drei Kernfaktoren salutogener Führung).

Darüber hinaus scheint sich auch der Druck von Vorgesetzten auf höheren Hierarchieebenen bedeutsam auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens auszuwirken (Pangert & Schüpbach, 2011). So fanden Westman & Etzion (1999) im Rahmen einer Feldstudie Hinweise darauf, dass Führungskräfte, die selbst stark unter Druck stehen, diesen Druck an ihre Teammitglieder weitergeben. Dieser Befund weist darauf hin, dass auch an der Schnittstelle zwischen Führungskräften und Teammitgliedern mit Crossover-Effekten (Bakker et al., 2009) zu rechnen ist. Die Erhöhung des Drucks, z.B. in Form von verstärkten Zielvorgaben, Frist- und Prioritätensetzung etc., stellt faktisch auch eine Einschränkung der Handlungsspielräume dar. Auf Seiten der Mitarbeitenden führt dies vermutlich dazu, dass sie weniger Vertrauen von Seiten ihrer Führungskraft wahrnehmen.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Führungskräfte, die unter Druck stehen, weniger zeitliche Ressourcen für die Mitarbeiterführung haben. D.h., Führungskräfte können sich in dieser Lage auch weniger um die Anliegen und Bedürfnisse ihrer Mitarbeitenden kümmern. Dies hat vermutlich negative Auswirkungen auf das von den Mitarbeitenden wahrgenommene Störungsmanagement. Wir gehen daher davon aus, dass der von den Führungskräften wahrgenommene Druck durch höhere Vorgesetzte sich negativ auf die salutogenen Führungsdimensionen Vertrauen und Störungsmanagement auswirkt (hier erwarten wir negative Zusammenhänge) und dass Führungskräfte, die unter Druck stehen, diesen Druck an ihre Teammitglieder weitergeben (hier erwarten wir positive Zusammenhänge).

Auch auf der Ebene der Interaktionserfahrungen mit den Teammitgliedern können Gratifikationen seitens der Teammitglieder die Gesundheit der Führungskräfte schützen (Rödel et al., 2004; vgl. Antonovsky, 1987). Wie bereits oben erörtert, gehen wir daher davon aus, dass sich auch Gratifikationen von Seiten des Teams positiv auf salutogenes Führungsverhalten (Stärkung Vertrauen/ Störungsmanagement und Reduzierung von Druck) auswirken und sich dies in der entsprechenden Wahrnehmung der Teammitglieder zeigt.

Dagegen erhöhen insbesondere kontraproduktive Verhaltensweisen der Teammitglieder die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Führungskräfte die Kontrolle erhöhen, Sanktionen androhen (also den Druck erhöhen) oder Interaktionen meiden (Kusy & Holloway, 2009). Ein derartiges Führungsverhalten reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass Teammitglieder die Interaktionen mit ihren Führungskräften als unterstützend, wertschätzend und damit insgesamt als gesundheitsförderlich erleben. Wir vermuten, dass sich dies negativ auf das von den Teammitgliedern wahrgenommene Störungsmanagement und das Vertrauen auswirkt. Wir erwarten daher einen negativen Zusammenhang zwischen dem von Führungskräften wahrgenommenen kontraproduktiven Verhaltensweisen des Teams und den von den Teammitgliedern wahrgenommenen Vertrauen und Störungsmanagement und einen positiven Zusammenhang mit Druck.

5.5 Methode

5.5.1 Stichprobe

Es konnten 47 Führungskräfte der Polizei mit ihren Teams für die Teilnahme an der Studie rekrutiert werden. Da sechs Führungskräfte kurzfristig die Funktion und damit auch die Teams wechselten, zwei Führungskräfte weniger als drei Teammitglieder hatten und zwei Führungskräfte krankheitsbedingt ausfielen, reduzierte sich die Teilnehmerzahl auf 37 Führungskräfte mit insgesamt 364 Teammitgliedern. Von diesen haben sich 280 Teammitglieder an der Untersuchung beteiligt (Teilnahmequote insgesamt: 77%). Die Teilnahmequoten variierten zwischen den Teams ($M = 79\%$, $SD = 17\%$, $Min. = 30\%$, $Max. = 100\%$). Die teilnehmenden Führungskräfte (89% Männer) waren zwischen 30 und 60 Jahren, hatten mindestens 5 Jahre Führungserfahrung und führten Teams zwischen 4 und 21 Mitgliedern ($M = 9,84$, $SD = 4,49$).

Da es aufgrund der relativ kleinen Teamgrößen von Seiten der Führungskräfte und der Personalvertretung erhebliche Bedenken gab, demographische Daten der Teammitglieder zu erheben, musste auf deren Erfassung verzichtet werden.

5.5.2 Durchführung

Die Studie wurde im Rahmen einer Personalentwicklungsmaßnahme für Führungskräfte durchgeführt. Den Führungskräften wurde eine anonymisierte Rückmeldung zu ihrem Führungsverhalten aus Sicht ihrer Teammitglieder und zu deren Kohärenzerleben am Arbeitsplatz in Kombination mit einer Reflexion der aktuellen Führungssituation und einem darauf basierenden Coaching angeboten. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und mit keinen weiteren Anreizen verbunden.

Zunächst wurde den Führungskräften und Teammitgliedern ein Fragebogen auf dem Postweg (inklusive einem frankierten und an den Leiter der Studie adressierten Rückumschlag) zugesandt. Der Fragebogen der Teammitglieder enthielt insgesamt 17 Fragen zum Führungsverhalten und zum Kohärenzerleben. Der Fragebogen der Führungskräfte enthielt 43 Fragen zum Erleben der aktuellen Führungssituation. Um eine anonyme Befra-

gung zu gewährleisten, enthielten die Fragebögen keine Namen und keine demographischen Daten. Auf den Fragebögen stand lediglich ein Code, der eine Zuordnung der Führungskräfte und Teammitglieder zu einem bestimmten Team ermöglichte.

Bei einer Führungskraft wurde ein fehlender Wert bei einem Item durch den Skalenmittelwert ersetzt. Analog wurden bei 18 von 280 Teammitgliedern bei einem bis drei von 17 Items (14 x 1, 2 x 2 und 2 x 3 fehlende Werte) fehlende Werte durch Skalenmittelwerte ersetzt. Zwei Datensätze von Teammitgliedern waren bereits vorab ausgeschlossen worden, da jeweils mindestens acht der 17 Items nicht beantwortet wurden.

5.5.3 Operationalisierung der zentralen Konstrukte

Die Wahrnehmung des salutogenen Führungsverhaltens der Führungskräfte aus Sicht der jeweiligen Team-Mitglieder wurde mit dem TIMP-Inventar erfasst (Eberz & Antoni, 2018). Es wurde die Wahrnehmung der drei Kernfaktoren salutogener Führung erfasst: Vertrauen (Trust, $\alpha = .68$), Störungsmanagement (Incident Management, $\alpha = .87$) und Druck (Pressure, $\alpha = .76$). Zwei Items beschreiben die salutogene Führungsdimension Vertrauen (z.B. „*Mein direkter Vorgesetzter lässt einem große Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume*“) und jeweils 3 Items Störungsmanagement (z.B. „*Mein direkter Vorgesetzter sorgt dafür, dass Probleme gelöst werden*“) und Druck (z.B. „*Mein direkter Vorgesetzter gibt einem zu viele Arbeitsaufträge gleichzeitig/ überträgt einem zu viel Verantwortung*“) mit jeweils sechs Ratingstufen (von „*nie/ fast nie*“ bis „*immer/ fast immer*“).

Da es sich bei dem TIMP-Inventar um ein neues Verfahren handelt, zu dem nur eine Studie vorliegt, wurden konfirmatorische Faktoranalysen zur Prüfung der Validität durchgeführt. Die Fit-Indizes der konfirmatorischen Faktoranalysen des TIMP-Inventars fallen für das Modell mit drei korrelierten Faktoren (Vertrauen, Störungsmanagement und Druck) insgesamt positiver aus (Modell X: $\chi^2 = 47.96$, $df = 17$, $p^2 < .001$, $CFI = .96$, $SRMR = .06$, $RMSEA = .08$, $N = 280$), als die des alternativen Modells mit nur einem latenten Faktor (Modell Y: $\chi^2 = 299.95$, $df = 20$, $p < .001$, $CFI = .66$, $SRMR = .16$, $RMSEA = .22$, $N = 280$). Einen schlechteren Fit hatte auch das Modell mit zwei korrelierten Faktoren, bei dem die Items der positiv konnotierten Konstrukte Störungsmanagement und

² Da sich bei der Prüfung auf multivariate Normalverteilung mittels Mardia-Test eine Verletzung dieser Voraussetzung ergab, wurde jeweils eine Bollen-Stine-Bootstrap-Korrektur des p -Werts vorgenommen.

Vertrauen als manifeste Indikatoren einer gemeinsamen, latenten Variable konzipiert wurden (Modell Z: $\chi^2 = 100.12$, $df = 19$, $p < .001$, $CFI = .90$, $SRMR = .08$, $RMSEA = .12$, $N = 280$). Diese Ergebnisse sprechen für die von Eberz und Antoni (2018) postulierte Drei-Faktorenstruktur des TIMP-Inventars und damit für die Annahme, dass es sich bei den Konzepten Störungsmanagement, Druck und Vertrauen um drei hinreichend distinkte Konstrukte handelt.

Zur Erfassung der Kontextfaktoren aus Sicht der Führungskräfte wurden etablierte Skalen herangezogen. Diese hatten jeweils sechsstufige Ratingskalen mit den Endpunkten „*trifft überhaupt nicht zu*“ und „*trifft voll und ganz zu*“. Führungsspielraum wurde mit einer 7-Item-Skala zur Erfassung von Organisations- und Delegationsspielraum von Korek et al. (2015) erhoben (z.B. „*Als Führungskraft kann ich die Arbeitsabläufe in meinem Zuständigkeitsbereich selbst gestalten*“, $\alpha = .89$). Die wahrgenommene Wertschätzung durch die Organisation wurde mit einer 4-Item-Skala aus dem Inventar zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen in der Version von Rödel et al. (2004) erfasst (z.B. „*Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen*“, $\alpha = .70$).

Aus diesem Inventar wurden auch vier Items zusammengestellt, die die vom direkten Vorgesetzten erhaltene Anerkennung (Gratifikation, $\alpha = .95$) erfassen. Diese wurden für diesen Zweck entsprechend umformuliert und durch ein neues Item („*Mein direkter Vorgesetzter weiß meine Leistungen als Führungskraft und meinen Einsatz überhaupt nicht zu schätzen*“) ergänzt. Druck von Vorgesetzten wurde ebenfalls mit der oben beschriebenen Skala aus dem TIMP-Inventar erfasst (sechs Ratingstufen von „*nie/fast nie*“ bis „*immer/fast immer*“, $\alpha = .82$).

Kontraproduktive Verhaltensweisen in den Interaktionen mit dem Team wurden mit der Sub-Skala Absentismus/Rückzug aus dem Inventar von Marcus, Schuler, Quell und Hümpfner (2002) mit acht Items erhoben (z.B. „*Einige im Team melden sich krank, obwohl sie arbeiten könnten*“, $\alpha = .90$, sechsstufige Ratings mit den Endpunkten „*nie/fast nie*“ und „*immer/fast immer*“). Die von Seiten des Teams zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung wurde mit vier Items aus dem Inventar zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen in der Version von Rödel et al. (2004) erfasst (z.B. „*Einige im Team wissen meine Leistungen als Führungskraft und meinen Einsatz überhaupt nicht zu schätzen*“, $\alpha = .72$, sechsstufige Ratings mit den Endpunkten „*trifft überhaupt nicht zu*“ und „*trifft voll und ganz zu*“).

Auf der Ebene gesundheitsförderlichen Einstellungen der Führungskräfte wurden die Wichtigkeit der Gesundheit der Teammitglieder (z.B. „Die Gesundheit meiner Mitarbeiter ist mir sehr wichtig“, $\alpha = .72$) und die auf die Mitarbeitergesundheit bezogene Achtsamkeit (z.B. „Ich merke sofort, wenn mit meinen Mitarbeitern gesundheitlich etwas nicht stimmt“, $\alpha = .73$) durch Selbsteinschätzung der Führungskräfte mit zwei von Franke und Felfe (2011) veröffentlichten, vier und acht Items umfassenden Skalen (jeweils sechsstufige Ratings von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“) erfasst.

Da die Wahrnehmung der Kontextfaktoren und der gesundheitsförderlichen Einstellungen der Führungskräfte mit etablierten Skalen erfasst wurde, führten wir zu diesen Skalen keine konfirmatorischen Faktorenanalysen durch. Bei einer so kleinen Stichprobe ($N=37$ Führungskräfte) wäre zudem mit bedeutsamen Schätzproblemen zu rechnen gewesen (Marsh, Hau, Balla & Grayson, 1998).

Des Weiteren wurden die Führungsspanne und das Geschlecht als Kontrollvariablen erhoben. Die Führungsspanne entspricht der Anzahl der unmittelbar unterstellten Mitarbeitenden. Dieser Aspekt wurde hier berücksichtigt, da Studien darauf hinweisen, dass unterschiedliche Führungsspannen mit unterschiedlichen Ressourcen der Führungskräfte einhergehen (Lück, 2017), was sich wiederum auf das Führungsverhalten auswirken kann. Das Geschlecht der Führungskräfte kann bedeutsame Auswirkungen auf die Wahrnehmung des Führungsverhaltens haben (Eagly & Karau, 2002).

5.6 Ergebnisse

Tabelle 9 zeigt die Mittelwerte, Standardabweichungen, internen Konsistenzen und Korrelationen der salutogenen Kognitionen der Führungskräfte und des aus Sicht der Teammitglieder wahrgenommenen TIMP-Führungsverhaltens. Die internen Konsistenzen der Skalen lagen in einem akzeptablen bis sehr guten Bereich ($.68 < \alpha < .95$).

Tabelle 9 Mittelwerte, Streuungen und Interne Konsistenzen der Salutogenen Interaktionsrelevanten Kognitionen auf Seiten der Führungskräfte sowie deren Interkorrelationen

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Führungsspanne	9.84	4.49													
2 Geschlecht	1.11	.32	.15												
3 FK_Achtsamkeit	4.52	.45	.08	-.07	(.73)										
4 FK_Wichtigkeit	5.03	.63	.08	.16	.36*	(.72)									
5 FK_Gratifikation (Org.)	4.20	.82	.06	.11	.16	-.17	(.70)								
6 FK_Gratifikation (Vorg.)	4.35	1.27	-.11	-.04	.37*	-.10	.55**	(.95)							
7 FK_Führungsspielraum	4.70	.73	-.04	-.19	.42**	.06	.26	.18	(.89)						
8 FK_Druck (Vorg.)	1.62	.76	.06	.02	.04	-.18	.11	.36*	-.01	(.82)					
9 FK_Gratifikation (Team)	4.83	.52	-.16	-.02	.36*	.09	.39*	.31	.80**	-.05	(.72)				
10 FK_KonV (Team)	1.94	.73	.08	.27	-.31	-.09	-.19	-.40*	-.49**	.39**	-.49**	(.90)			
11 MA_StörungsM	4.42	1.13	-.17	.04	.03	-.13	-.19	.27	.11	-.11	.30	-.16	(.87)		
12 MA_Druck	1.96	.78	-.03	-.11	-.17	-.22	-.05	-.26	.32	.09	.17	-.21	-.12	(.76)	
13 MA_Vertrauen	4.30	.98	-.31	.06	.11	.10	-.05	.03	.22	-.05	.42**	-.04	.52**	-.08	(.68)

Anmerkungen: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; FK = Wahrnehmungen der Führungskraft; MA = Wahrnehmungen der Mitarbeitenden (Teammittelwerte); *M* = Mittelwerte [6-stufige Ratingskala von 1 = *nie/fast nie* bis 6 = *immer/fast immer* bei 8, 10-13, 6-stufige Ratingskala von 1 = *trifft überhaupt nicht zu* bis 6 = *trifft voll und ganz zu* bei 3 bis 7 und 9; „Führungsspanne“ = Anzahl der unterstellten Mitarbeitenden; „Geschlecht“ 1 = männliche Führungskraft, 2 = weibliche Führungskraft]; *SD* = Streuung; die Zahlen in den nachfolgenden Spalten repräsentieren die Korrelationskoeffizienten r der bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen. In Klammern werden die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen (*Cronbach's a*) berichtet; $N = 37$ bei den Wahrnehmungen der Führungskraft (3-10), $N = 280$ bei Mittelwerten, Streuung und internen Konsistenzen der Skalen 11-13 (zur Berechnung der Korrelationen wurden die 37 Teammittelwerte verwendet, die jeweils aus den Einschätzungen der einzelnen Mitarbeitenden der von den Führungskräften geführten Teams gebildet wurden); Org. = Organisation, Vorg. = Vorgesetzter, KonV = Kontraproduktives Verhalten, StörungsM = Störungsmangement.

5.6.1 Mehrebenenanalysen

In der vorliegenden Untersuchung sollte getestet werden, ob sich die Wahrnehmung der Führungssituation aus Sicht von Führungskräften (Datenquelle A auf Teamebene) auf deren salutogenes Führungsverhalten auf den TIMP-Dimensionen auswirkt, wie es von den individuellen Teammitgliedern dieser Führungskraft wahrgenommen wird (Datenquelle B auf individueller Ebene). Die Varianz der Wahrnehmungen salutogenen Führungsverhaltens wird durch Unterschiede zwischen den Teams (z.B., Verhalten und Merkmale der Führungskräfte, strukturelle Merkmale der Führungssituation, etc.) und durch Unterschiede innerhalb der Teams (z.B. unterschiedliche Persönlichkeit, Motivation der Teammitglieder, unterschiedliche Qualität der dyadischen Arbeitsbeziehung zur Führungskraft, etc.) beeinflusst. Die individuellen Wahrnehmungen des salutogenen Führungsverhaltens der Teammitglieder einer Führungskraft sind somit nicht unabhängig voneinander, sondern im Team genestet (Abhängigkeit der Residuen der Daten der Teammitglieder). Um diese Datenstruktur ($N = 280$ Teammitglieder genestet in 37 Teams) zu berücksichtigen und einen gravierenden Anstieg des α -Fehlerrisikos (Hox, 2002) zu vermeiden, wurden Mehrebenenanalysen durchgeführt. Aufgrund der Unabhängigkeit der drei TIMP-Faktoren (Störungsmanagement, Druck und Vertrauen) entschieden wir uns für drei getrennte Mehrebenenanalysen. D.h. in der ersten Mehrebenenanalyse wurden die Wahrnehmungen der Teammitglieder in Bezug auf das Störungsmanagement als abhängige Variable auf individueller Ebene analysiert. In der zweiten und dritten Mehrebenenanalyse wurden ebenfalls auf individueller Ebene die Wahrnehmungen der Teammitglieder mit Blick auf den von Seiten ihrer Führungskraft wahrgenommenen Druck und das von ihr zum Ausdruck gebrachte Vertrauen analysiert.

Bei der Durchführung der Mehrebenenanalysen wurde zunächst im Nullmodell der Einfluss der Teamzugehörigkeit analysiert. Im Modell A wurde zusätzlich der Einfluss der Kontrollvariablen Führungsspanne und Geschlecht der Führungskräfte betrachtet, im Modell B zusätzlich der Einfluss der salutogenen Einstellungen Wichtigkeit und Achtsamkeit der Führungskräfte mit Blick auf die Gesundheit ihrer Teammitglieder. Im Modell C wurden zusätzlich die auf Seiten der Führungskräfte wahrgenommenen Kontextfaktoren (Gratifikation von Seiten der Organisation, Führungsspielräume sowie Druck und Gratifikation von Seiten des direkten Vorgesetzten) und Interaktionserfahrungen (Gratifikation und kontraproduktive Verhaltensweisen von Seiten des Teams) als Merkmale der Führungssituation analysiert.

Bei Mehrebenenanalysen ist die Anzahl der Teammitglieder weniger entscheidend als die Anzahl der Teams und ihrer Führungskräfte. Mit einer Stichprobengröße von $N = 37$ Teams erfüllt der vorliegende Datensatz die Voraussetzungen für die Berechnung von Mehrebenenanalysen (van Dick, Wagner, Stellmacher & Christ, 2005; vgl. Maas & Hox, 2005). Simulationsstudien weisen insbesondere darauf hin, dass Mehrebenenanalysen auch bei unterschiedlichen Gruppengrößen, die wie im vorliegenden Fall aufgrund einer unterschiedlichen Anzahl der Teammitglieder und unterschiedlichen Teilnahmequoten innerhalb der Teams oftmals nicht zu vermeiden sind, zuverlässige Ergebnisse liefern (Snijders & Bosker, 2012). Die Datenanalysen wurden mit dem Programm SPSS Version 25 durchgeführt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der drei Mehrebenenanalysen zum Einfluss der wahrgenommenen Führungssituation auf die drei Kernfaktoren salutogenen Führungsverhaltens Störungsmanagement (Hypothese 1a), Druck (Hypothese 1b) und Vertrauen (Hypothese 1c) erörtert.

5.6.1.1 Zum Einfluss salutogener Kognitionen auf das Störungsmanagement

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse zum Zusammenhang zwischen *salutogenen Kognitionen* und dem wahrgenommenen *Störungsmanagement* der Führungskräfte zeigt Tabelle 10.

Tabelle 10 Ergebnisse der Mehrebenenanalyse mit dem aus Sicht der einzelnen Mitarbeitenden wahrgenommenen Verhalten ihrer direkten Führungskraft auf der TIMP-Dimension Störungsmanagement als Kriterium

	<i>Null Modell</i>			<i>Modell A mit Kontrollvariablen</i>			<i>Modell B Salutogene Einstellungen</i>			<i>Modell C Einstellungen, Kontext- & Interaktionsvariablen</i>		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>
1 Intercept	4.45	.12	36.64**	4.71	.59	7.97**	4.76	1.41	3.37**	3.33	1.30	2.56*
2 Kontrollvariablen												
A Führungsspanne				-.03	.03	-1.01	-.03	.03	-.96	.02	.02	1.10
B Geschlecht (FK)				.02	.41	.05	.12	.42	.28	.46	.31	1.51
3 Sal. Einstellungen FK												
C Wichtigkeit							-.19	.21	-.90	-.30	.15	-2.06*
D Achtsamkeit							.17	.29	.59	-.17	.23	.74
4 Sal. Kog. (Kontext)												
E Gratifikation (Org.)										-.68	.12	-5.54**
F Gratifikation (Vorg.)										.30	.08	3.57**
G Führungsspielraum										-.29	.21	-1.36
H Druck (Vorg.)										-.09	.12	-.74
4 Sal. Kog. (Interaktion)												
I Gratifikation (Team)										1.17	.28	4.20**
J KonV (Team)										.07	.16	.45
5 Modellpassung												
-2*log likelihood		784.30			783.22			782.35			753.95	
Δ -2*log					1.08			.87			28.04**	
df					2			2			6	
6 Varianzaufklärung												
Varianz zwischen Teams (SE)		.43 (.12)			.41 (.12)			.40 (.12)			.10 (.05)	
Varianz zwischen Teammitgliedern (SE)		.78 (.07)			.78 (.07)			.78 (.07)			.79 (.07)	
Anteil Varianz zwischen Teams an Gesamtvarianz		36%			35%			34%			11%	

Anmerkungen: *B* = Regressionsgewichte; *SE* = Standardfehler; *T* = T-Statistik; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; $N = 37$ Führungskräfte mit ihren Teams. Org. = Organisation; Vorg. = Vorgesetzte; KonV = Kontraproduktives Verhalten; FK = Führungskraft; Sal. = Salutogene.

Der Anteil der zwischen den Teams vorhandenen Varianz an der Gesamtvarianz betrug im Nullmodell 36%, d.h. es gibt systematische Unterschiede zwischen den Teams im Hinblick auf das von den Teammitgliedern wahrgenommene Störungsmanagement. Die Kontrollvariablen (Modell A) ($\Delta-2*\log = 1.08$, $df = 2$, *n.s.*) sowie im nächsten Schritt Salutogene Einstellungen der Führungskräfte (Modell B) ($\Delta-2*\log = .87$, $df = 2$, *n.s.*) leisteten keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung. Die Hinzunahme der auf den Kontext und die Interaktionen mit Teammitgliedern bezogenen salutogenen Kognitionen auf Seiten der Führungskräfte in die Regressionsgleichung (Modell C) führten zu einer signifikanten Verbesserung der Modellpassung im Vergleich zu Modell B ($\Delta-2*\log = 28.04$, $df = 6$, $p < .001$). Damit kann Hypothese 1a angenommen werden.

Die Gratifikation von Seiten des direkten Vorgesetzten ($B = .30$, $SE = .08$, $T = 3.57$, $p = .001$) und des Teams ($B = 1.17$, $SE = .28$, $T = 4.20$, $p < .001$) leisteten einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung der abhängigen Variablen Störungsmanagement: Je stärker sich Führungskräfte von ihrem direkten Vorgesetzten und von ihrem Team wertgeschätzt fühlten, desto positiver wurde das Störungsmanagement dieser Führungskräfte von ihren Teammitgliedern bewertet. Die positiven Vorzeichen der Regressionsgewichte entsprechen den einfachen Korrelationen zwischen diesen Konzepten (siehe Tabelle 9).

Auch die von Seiten der Organisation wahrgenommene Gratifikation ($B = -.68$, $SE = .12$, $T = -5.54$, $p < .001$) leistete einen signifikanten Beitrag, allerdings mit negativem Regressionskoeffizienten: Je stärker sich Führungskräfte von der Organisation belohnt sahen, desto negativer wurde das Störungsmanagement dieser Führungskräfte bewertet. Das negative Vorzeichen des Regressionsgewichts entspricht ebenfalls der einfachen Korrelation (siehe Tabelle 9).

5.6.1.2 Zum Einfluss salutogener Kognitionen auf Druck

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse zum Zusammenhang zwischen *salutogenen Kognitionen* und dem von Führungskräften wahrgenommenen *Druck* zeigt Tabelle 11.

Tabelle 11 Ergebnisse der Mehrebenenanalyse mit dem aus Sicht der einzelnen Mitarbeitenden wahrgenommenen Verhalten ihrer direkten Führungskraft auf der TIMP-Dimension Druck als Kriterium

	<i>Null Modell</i>			<i>Modell A mit Kontrollvariablen</i>			<i>Modell B Salutogene Einstellungen</i>			<i>Modell C Einstellungen, Kontext- & Interaktionsvariablen</i>		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>
1 Intercept	1.97	.08	24.48**	2.25	.40	5.68**	3.22	.94	3.43**	3.78	1.04	3.65**
2 Kontrollvariablen												
A Führungsspanne				-.01	.02	-.36	-.01	.02	-.36	-.00	.02	-.18
B Geschlecht (FK)				-.19	.27	-.70	-.15	.28	-.52	.14	.24	.56
3 Sal. Einstellungen FK												
C Wichtigkeit							-.13	.14	-.95	-.16	.12	-1.39
D Achtsamkeit							-.09	.19	-.45	-.21	.19	-1.11
4 Sal. Kog. (Kontext)												
E Gratifikation (Org.)										.02	.10	.15
F Gratifikation (Vorg.)										-.16	.07	-2.38*
G Führungsspielraum										.39	.17	2.30*
H Druck (Vorg.)										.20	.10	2.07*
4 Sal. Kog. (Interaktion)												
I Gratifikation (Team)										-.24	.22	-1.08
J KonV (Team)										-.27	.13	-2.16*
5 Modellpassung												
-2*log likelihood		622.39			621.86			620.19			602.09	
Δ -2*log					.53			1.67			18.10**	
df					2			2			6	
6 Varianzaufklärung												
Varianz zwischen Teams (SE)		.17 (.06)			.17 (.06)			.16 (.06)			.07 (.03)	
Varianz zwischen Teammitgliedern (SE)		.46 (.04)			.46 (.04)			.46 (.04)			.46 (.04)	
Anteil Varianz zwischen Teams an Gesamtvarianz		27%			27%			26%			13%	

Anmerkungen: *B* = Regressionsgewichte; *SE* = Standardfehler; *T* = T-Statistik; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; $N = 37$ Führungskräfte mit ihren Teams. Org. = Organisation; Vorg. = Vorgesetzte; KonV = Kontraproduktives Verhalten; FK = Führungskraft; Sal. = Salutogene.

Die Ergebnisse zum Nullmodell zeigen, dass die Teams den wahrgenommenen Druck durch die Führungskräfte unterschiedlich wahrnahmen (27% Varianzanteil an der Gesamtvarianz). Die Kontrollvariablen (Modell A) ($\Delta-2*log = .53$, $df = 2$, *n.s.*) sowie im nächsten Schritt Salutogene Einstellungen der Führungskräfte (Modell B) ($\Delta-2*log = 1.67$, $df = 2$, *n.s.*) leisteten keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung. Die Hinzunahme der auf den Kontext und die Interaktionen mit Teammitgliedern bezogenen salutogenen Kognitionen der Führungskräfte in die Regressionsgleichung (Modell C) führte zu einer signifikanten Verbesserung der Modellpassung im Vergleich zu Modell B ($\Delta - 2*log = 18.10$, $df = 6$, $p < .001$). Damit kann Hypothese 1b angenommen werden.

Die Prädiktoren Gratifikation von Seiten des Vorgesetzten ($B = -.16$, $SE = .07$, $T = -2.38$, $p = .024$) und kontraproduktive Verhaltensweisen des Teams ($B = -.27$, $SE = .13$, $T = -2.16$, $p = .037$) leisteten einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung der abhängigen Variablen Druck. Die Vorzeichen der Regressionskoeffizienten waren negativ: Je stärker sich Führungskräfte von ihren Vorgesetzten wertgeschätzt fühlten und je stärker sie kontraproduktive Verhaltensweisen wahrnahmen, desto weniger fühlten sich Teammitglieder von ihren Führungskräften unter Druck gesetzt. Die negativen Vorzeichen der Regressionsgewichte entsprechen den einfachen Korrelationen zwischen diesen Konzepten (siehe Tabelle 9).

Die Prädiktoren Führungsspielraum ($B = .39$, $SE = .17$, $T = 2.30$, $p = .027$) und der von der Führungskraft wahrgenommene Druck durch ihren direkten Vorgesetzten ($B = .20$, $SE = .10$, $T = 2.07$, $p = .046$) leisteten ebenfalls einen signifikanten Beitrag. Die Vorzeichen der Regressionskoeffizienten waren allerdings positiv: Je mehr Führungsspielräume Führungskräfte wahrnahmen und je stärker sie sich von ihren Vorgesetzten unter Druck gesetzt fühlten, desto stärker fühlten sich Teammitglieder von ihren Führungskräften unter Druck gesetzt. Das positive Vorzeichen des Regressionsgewichts entspricht der einfachen Korrelation (siehe Tabelle 9).

5.6.1.3 Zum Einfluss salutogener Kognitionen auf Vertrauen

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse zum Zusammenhang zwischen *salutogenen Kognitionen* und dem wahrgenommenen Vertrauen sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12 Ergebnisse der Mehrebenenanalyse mit dem aus Sicht der einzelnen Mitarbeitenden wahrgenommenen Verhalten ihrer direkten Führungskraft auf der TIMP-Dimension Vertrauen als Kriterium

	<i>Null Modell</i>			<i>Modell A mit Kontrollvariablen</i>			<i>Modell B Salutogene Einstellungen</i>			<i>Modell C Einstellungen, Kontext- & Interaktionsvariablen</i>		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>
1 Intercept	4.36	.09	48.75**	4.71	.43	11.08**	3.91	1.01	3.87**	1.24	1.10	1.13
2 Kontrollvariablen												
A Führungsspanne				-.04	.02	-1.92	-.04	.02	-2.00	-.03	.02	-1.78
B Geschlecht (FK)				.03	.30	.10	.02	.31	.08	-.07	.26	-.26
3 Sal. Einstellungen FK												
C Wichtigkeit							.05	.15	.32	-.04	.12	-.29
D Achtsamkeit							.13	.21	.61	.15	.20	.75
4 Sal. Kog. (Kontext)												
E Gratifikation (Org.)										-.13	.10	-1.28
F Gratifikation (Vorg.)										-.05	.07	-.65
G Führungsspielraum										-.32	.18	-1.76
H Druck (Vorg.)										-.10	.10	-.93
4 Sal. Kog. (Interaktion)												
I Gratifikation (Team)										1.03	.22	4.48**
J KonV (Team)										.21	.14	1.56
5 Modellpassung												
-2*log likelihood		752.06			748.33			747.58			731.12	
Δ -2*log					3.73			.75			16.46*	
df					2			2			6	
6 Varianzaufklärung												
Varianz zwischen Teams (SE)		.18 (.06)			.16 (.06)			.15 (.06)			.04 (.04)	
Varianz zwischen Teammitgliedern (SE)		.75 (.07)			.75 (.07)			.75 (.07)			.76 (.07)	
Anteil Varianz zwischen Teams an Gesamtvarianz		19%			18%			17%			5%	

Anmerkungen: *B* = Regressionsgewichte; *SE* = Standardfehler; *T* = *T*-Statistik; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; $N = 37$ Führungskräfte mit ihren Teams. *Org.* = Organisation; *Vorg.* = Vorgesetzte; *KonV* = Kontraproduktives Verhalten; *FK* = Führungskraft; *Sal.* = Salutogene.

Der Anteil der zwischen den Teams vorhandenen Varianz an der Gesamtvarianz beträgt im Nullmodell 19%, was erneut systematische Unterschiede zwischen den Teams mit Blick auf das von Seiten ihrer Führungskräfte zum Ausdruck gebrachte Vertrauen belegt. Die Kontrollvariablen (Modell A) ($\Delta-2*\log = 3.73$, $df = 2$, *n.s.*) sowie im nächsten Schritt Salutogene Einstellungen der Führungskräfte (Modell B) ($\Delta-2*\log = .75$, $df = 2$, *n.s.*) leisteten keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung. Die Hinzunahme der auf den Kontext und die Interaktionen mit Teammitglieder bezogenen salutogenen Kognitionen auf Seiten der Führungskräfte in die Regressionsgleichung (Modell C) führte zu einer signifikanten Verbesserung der Modellpassung im Vergleich zu Modell B ($\Delta-2*\log = 16.46$, $df = 6$, $p < .001$). Damit kann Hypothese 1c angenommen werden.

Der Prädiktor Gratifikation von Seiten des Teams ($B = 1.03$, $SE = .22$, $T = 4.48$, $p < .001$) leistete einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung der abhängigen Variablen Vertrauen: Je stärker sich Führungskräfte von ihrem Team wertgeschätzt fühlten, desto mehr Vertrauen nahmen Teammitglieder von Seiten ihrer Führungskräfte wahr. Das positive Vorzeichen des Regressionsgewichts entspricht der einfachen Korrelation (siehe Tabelle 9).

5.7 Diskussion

Das Ziel dieser Studie bestand darin, die Zusammenhänge zwischen spezifischen Merkmalen der Führungssituation und Kernfaktoren gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens, wie es von den Teammitgliedern wahrgenommen wird, systematisch zu untersuchen. Es konnte zum einen gezeigt werden, dass die auf den Kontext und die Interaktionen mit Teammitgliedern bezogenen Kognitionen der Führungskräfte eigenständige (von salutogenen Einstellungen der Führungskräfte unabhängige), bedeutsame Anteile der zwischen den Arbeitsteams vorhandenen Varianz des von den Teammitgliedern wahrgenommenen Führungsverhaltens auf den drei Kerndimensionen salutogener Führung (Störungsmanagement, Druck und Vertrauen) hypothesenkonform erklären (Hypothese 1a, 1b, 1c). Diese Befunde stützen zentrale Postulate des SSIM (vgl. Eberz & Antoni, 2016, 2018).

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalysen liefern zum anderen einige interessante Hypothesen zur relativen Bedeutung bestimmter Kontextfaktoren und Interaktionserfahrungen mit dem Team für spezifische Aspekte salutogenen Führungsverhaltens, die es in zukünftigen konfirmatorischen Studien weiter zu prüfen gilt.

So zeigten sich auf der Ebene der Kontextfaktoren folgende Effekte: Je stärker sich Führungskräfte von ihrem direkten Vorgesetzten wertgeschätzt fühlten, desto positiver bewerteten die Teammitglieder das Störungsmanagement ihrer Führungskräfte und desto weniger fühlten sie sich von ihr unter Druck gesetzt. Dieser Befund weist darauf hin, dass sich die Wertschätzung von Vorgesetzten positiv auf das Störungsmanagement nachgeordneter Führungskräfte auswirkt und den Druck auf Teammitglieder reduziert (vgl. Siegrist & Dragano, 2008). Dieses Ergebnis entspricht dem theoretisch erwarteten Zusammenhang zwischen Gratifikation und salutogenem Führungsverhalten.

Ein umgekehrter Zusammenhang zeigte sich für die wahrgenommene Wertschätzung von Seiten der Organisation: Je stärker sich Führungskräfte durch die Organisation wertgeschätzt fühlten, desto negativer bewerteten die Mitarbeiter das Störungsmanagement ihrer Führungskräfte. Dieses Ergebnis entspricht nicht dem theoretisch erwarteten Zusammenhang zwischen Gratifikation und salutogenem Führungsverhalten. Es spricht eher dafür, dass Gratifikationen von Seiten der Organisation auch einen Risikofaktor mit Blick auf das Störungsmanagement darstellen können. Dies könnte auf ein Problem auf Ebene der Organisationskultur hinweisen: Konzeptuell fokussiert die salutogene Dimension Störungsmanagement auf eine lösungsorientierte Auseinandersetzung mit Problemen der Teammitglieder und damit auf ein starkes Engagement für deren Anliegen (Eberz & Antoni, 2018). Echterhoff (2011) fand jedoch Hinweise darauf, dass ein derartiges Führungsverhalten in der Praxis oftmals nur dann realisierbar ist, wenn Führungskräfte betriebliche Vorgaben nicht vollständig umsetzen. Letzteres kann sich dann negativ auf Gratifikationen von Seiten der Organisation auswirken, wie z.B. Beförderungsaussichten und Aufstiegschancen, weil Leistungsbewertungen von Führungskräften in vielen Organisationen einseitig vom Erreichen betriebswirtschaftlicher Zielvorgaben abhängen (Peters, Dorsemagen, Krause & Stadlinger, 2010), was wiederum ein Problem auf der Ebene der Organisationskultur darstellt (Wilde, Dunkel, Hinrichs & Menz, 2009; Ducki & Felfe, 2011; vgl. Ducki, Bamberg & Metz, 2011).

In Hinblick auf ihre Ziele ist die Polizei sicherlich keine gewinnorientierte Organisation. Dennoch existieren auch für Organisationseinheiten der Polizei organisationale Zielvorgaben. Beispiele für Ziele sind Fristen der Staatsanwaltschaft oder Erwartungen der Öffentlichkeit und der Politik mit Blick auf Ermittlungserfolge, der Bekämpfung von Kriminalität, dem Gewährleisten von Sicherheit und der Präsenz im öffentlichen Raum etc.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sind durchaus auch Zielkonflikte für polizeiliche Führungskräfte denkbar. Zwischen organisationalen Zielvorgaben und einem salutogenen Störungsmanagement, das auf die Gesundheit und die Interessen der Mitarbeitenden ausgerichtet ist, kann ähnlich wie in einem Wirtschaftsunternehmen durchaus ein Spannungsverhältnis existieren. Daher könnte der gefundene negative Zusammenhang zwischen der organisationalen Wertschätzung und der Bewertung des Störungsmanagements der Führungskräfte durch die Teammitglieder darauf hinweisen, dass auch in der Organisation Polizei ein ausgeprägtes Störungsmanagement im Sinne der Teammitglieder mit einer geringeren Aussicht auf organisationale Gratifikationen einhergeht und umgekehrt. Denkbar wäre allerdings auch, dass ein ausgeprägtes Störungsmanagement eine Reaktion der Führungskraft auf viele Störungen im Team darstellt, was auf einer höheren Ebene den Eindruck erwecken könnte, dass die Führungskraft ihr Team nicht „*im Griff*“ hat und daher entsprechend sanktioniert wird. Die Frage, welche Einflussfaktoren den hier nachgewiesenen Zusammenhang letztlich bedingen, lässt sich an dieser Stelle jedoch nicht abschließend beantworten und bleibt Aufgabe künftiger Studien.

Darüber hinaus zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen den auf Seiten der Führungskräfte wahrgenommenen Führungsspielräumen und dem auf Seiten der Teammitglieder wahrgenommenen Druck. Dieser Befund widerspricht ebenfalls der theoretischen Annahme, dass Führungsspielräume per se salutogenes Führungsverhalten fördern, weil Führungskräfte ihre Spielräume zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ihrer Teammitglieder einsetzen (vgl. Korek et al., 2015). Möglicherweise neigen einige Führungskräfte auch dazu, mehr Aufgaben an ihre Teammitglieder zu delegieren, wenn sie die entsprechenden Spielräume wahrnehmen, bspw. um sich selbst zu entlasten.

Des Weiteren konnte erwartungsgemäß ein positiver Zusammenhang zwischen dem Druck, den eine Führungskraft von ihrem Vorgesetzten wahrnimmt, und dem Druck, den diese Führungskraft aus Sicht ihrer Teammitglieder aufbaut, nachgewiesen werden. Dieser Befund könnte darauf hinweisen, dass Führungskräfte, die unter Druck stehen, diesen Druck an ihre Teammitglieder weitergeben (vgl. Westman & Etzion, 1999; Pangert & Schüpach, 2011).

Auch auf der Ebene von Interaktionserfahrungen mit dem Team konnten Zusammenhänge nachgewiesen werden: sieht sich eine Führungskraft vom Team wertgeschätzt bewertet auch das Team das Störungsmanagement und das Vertrauen der Führungskräfte

positiv. Diese Befunde sprechen erwartungsgemäß für eine wechselseitige positive Verstärkung gesundheitsförderlichen Führungs- und Mitarbeiterverhaltens (vgl. Eberz & Antoni, 2016; Day, 2001).

Darüber hinaus konnte ein negativer Zusammenhang zwischen dem auf Seiten der Führungskräfte wahrgenommenen kontraproduktiven Verhalten der Teammitglieder und dem auf Seiten der Teammitglieder wahrgenommenen Druck nachgewiesen werden. Dies widerspricht der theoretischen Annahme, dass kontraproduktive Verhaltensweisen im Team eher zu einer Verstärkung des Drucks führen. Inhaltlich passt dieser Befund allerdings zu dem von Kusy und Holloway (2009) beschriebenen Verhaltensmuster vieler Führungskräfte, die auf kontraproduktive Verhaltensweisen ihrer Teammitglieder mit einer Reduzierung von Druck (z.B. Vermeidungsverhalten, Absenken von Leistungsstandards und Minimierung von Arbeitsaufträgen) reagieren. Der Befund könnte allerdings auch darauf hinweisen, dass Führungskräfte, die mehr Druck aufbauen, kontraproduktive Verhaltensweisen im Team reduzieren. Die kausale Beziehung zwischen diesen Variablen lässt sich aufgrund des im Querschnitt angelegten Untersuchungsdesigns hier nicht abschließend klären. Zu berücksichtigen ist auch, dass hier mit Absentismus/Rückzug nur eine Subfacette kontraproduktiven Verhaltens gemessen wurde. Es bleibt daher offen, ob sich die Ergebnisse dieser Studie auch auf andere Facetten kontraproduktiven Verhaltens wie z.B. Substanzmissbrauch, Aggression oder Diebstahl übertragen lassen. Diese Fragestellungen erscheinen jedoch für zukünftige Forschungsprojekte interessant.

5.7.1 Limitationen und Forschungsausblick

Die durchgeführten Mehrebenenanalysen liefern aufgrund der methodenimmanenten Einschränkungen von Querschnittsstudien lediglich erste Hinweise auf mögliche Kausalbeziehungen. Allerdings wurden wirksame Maßnahmen ergriffen, um das Risiko von Fehlinterpretationen zu reduzieren: Zum einen wurden Daten aus zwei unterschiedlichen Quellen verwendet, um das Risiko einer artifiziellen Überschätzung der Zusammenhänge aufgrund der Verwendung einer gemeinsamen Datenquelle bei der Messung von Prädiktor- und Kriteriumvariablen (*Single Source Bias*) zu vermeiden (Podsakoff, MacKenzie, Lee & Podsakoff, 2003): Wahrnehmungen der Führungskräfte zu Kontextfaktoren, Interaktionserfahrungen mit Teammitgliedern und persönlichen Einstellungen auf der einen und das aus Sicht der Teammitglieder wahrgenommene Führungsverhalten auf der anderen Seite. Darüber hinaus reduziert die Mehrebenenanalyse genesteter Daten das Risiko

eines erhöhten α -Fehlerrisikos und vermeidet eine deutliche Reduktion der statistischen Power wie sie mit einer Analyse auf Teamebene verbunden wäre (van Dick et al., 2005).

Diese Maßnahmen erhöhen wiederum die Aussagekraft der hier nachgewiesenen Zusammenhänge. Insgesamt betrachtet interpretieren wir die Ergebnisse der Mehrebenenanalysen daher als ersten Hinweis darauf, dass sich die auf Seiten der Führungskräfte wahrgenommenen Kontextfaktoren und Interaktionserfahrungen mit dem Team bedeutsam auf Kernfaktoren salutogener Führung auswirken und dass dieser Einfluss zumindest partiell unabhängig ist von gesundheitsbezogenen Einstellungen der Führungskräfte.

Es bedarf allerdings Längsschnittstudien und insbesondere experimenteller Versuchsanordnungen, um die im SSIM postulierte Kausalbeziehung zwischen der Wahrnehmung von Kontextfaktoren und Interaktionserfahrungen auf der einen und salutogenem Führungsverhalten auf der anderen Seite zu prüfen.

Darüber hinaus müssen die hier explorativ nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen spezifischen Aspekten der Führungssituation und einzelnen Kernfaktoren salutogener Führung in confirmatorischen Studien überprüft werden. Bei der Interpretation der hier nachgewiesenen Zusammenhänge ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Prädiktoren (Wahrnehmungen der Führungskraft bzgl. der Führungssituation) zum Teil stark korreliert sind. Dennoch scheint die Gefahr einer Multikollinearität begrenzt, da sich die Vorzeichen der Prädiktoren in der Regression im Vergleich zu den einfachen Korrelationen nicht verändern. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass einige Prädiktoren deshalb keine signifikanten Beiträge zur Varianzaufklärung leisten konnten, weil andere, stark korrelierte Prädiktoren ebenfalls in die Regressionsgleichung aufgenommen wurden. Daher ist aus den Ergebnissen nicht abzuleiten, dass Prädiktoren mit nicht-signifikanten Regressionsgewichten inhaltlich unbedeutend sind. Die signifikanten Regressionsgewichte rechtfertigen zumindest die Ableitung von Hypothesen für zukünftige Forschungsprojekte.

Im Hinblick auf den unterwarteten negativen Zusammenhang zwischen der Gratifikation von Seiten der Organisation und dem Störungsmanagement sollte im Rahmen zukünftiger Studien auch der Einfluss von Moderatorvariablen untersucht werden. Denkbar wäre, dass dieser Zusammenhang bspw. durch eine mitarbeiterorientierte Organisationskultur moderiert wird. D.h. Führungskräfte, die in einer Organisation mit einer mitarbeiterori-

entierten Organisationskultur ein gutes Störungsmanagement zeigen, könnten mehr Gratifikationen erhalten als in Organisationen mit einer Kultur, die nur gering auf die Bedürfnisse und Interessen ihrer Mitarbeitenden ausgerichtet ist.

Auch im Hinblick auf den erwarteten positiven Zusammenhang zwischen Führungsspielräumen und Druck sollte der Einfluss von Moderatorvariablen in zukünftigen Studien untersucht werden. Insbesondere erscheint die Hypothese plausibel, dass die Belastungssituation der Führungskräfte den Zusammenhang zwischen Führungsspielräumen und Druck möglicherweise moderiert: Wenn Führungskräfte stark belastet sind, dann nutzen sie Führungsspielräume möglicherweise dazu, Aufgaben stärker zu delegieren, was den Druck auf Teammitglieder erhöht, während Spielräume eher dazu genutzt werden, den Druck auf Teammitglieder zu reduzieren, wenn die Belastungen auf Seiten der Führungskräfte gering sind.

Die freiwillige Teilnahme an dieser Studie schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation aller polizeilichen Führungskräfte ein. Die externe Validität der Studie wird darüber hinaus durch den Fokus auf Führungskräfte der Polizei und den relativ hohen Anteil männlicher Führungskräfte eingeschränkt. Zukünftige Studien müssen daher klären, ob die hier gefundenen Zusammenhänge auch bei anderen Stichproben replizierbar sind.

5.7.2 Implikationen für die Praxis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)

Insgesamt stehen die hier nachgewiesenen Befunde im Einklang mit der Annahme, dass sich das Verhalten übergeordneter Vorgesetzter, die Organisationskultur und die Gestaltung von Arbeitsaufgaben der Führungskräfte sowie das Verhalten der Teammitglieder bedeutsam auf Kernfaktoren salutogenen Führungsverhaltens auswirken. Für die Praxis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements lässt sich daraus ableiten, dass auch bei Interventionen zur Verbesserung des Führungsverhaltens ein ganzheitlich orientierter Ansatz verfolgt werden sollte mit einer aufeinander abgestimmten Kombination von bedingungs- und personenbezogenen Maßnahmen für Führungskräfte auf unterschiedlichen Hierarchieebenen und Teammitglieder, was die Forderung vieler Autoren unterstreicht (Metz, 2011; Ducki et al., 2011; Eberz & Antoni, 2016).

Die Ergebnisse stützen insbesondere die Hypothese, dass Vorgesetzte auf höheren Hierarchieebenen gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens ihrer nachgeordneten Führungskräfte durch Wertschätzung positiv und durch den Aufbau von Druck negativ beeinflussen können. Daher sollten Führungskräfte auf höheren Hierarchieebenen zum einen für diese Zusammenhänge sensibilisiert werden. Zum anderen sollten Zielvorgaben und Gratifikationen, die auf übergeordneten Ebenen in Richtung nachgeordneter Führungskräfte kommuniziert werden, bei der Analyse und Planung von BGM-Maßnahmen zur Verbesserung salutogenen Führungsverhaltens auf der Ebene des mittleren Managements explizit berücksichtigt werden.

Vor dem Hintergrund des negativen Zusammenhangs zwischen Gratifikationen von Seiten der Organisation und dem Störungsmanagement ist zu empfehlen, die Führungskultur mit dem Ziel weiterzuentwickeln, einen positiven Zusammenhang herzustellen. Dies könnte bspw. dadurch realisiert werden, dass dieses salutogene Führungsverhalten zukünftig stärker eingefordert, auf höheren Hierarchieebenen vorgelebt und lernpsychologisch, z.B. durch verbesserte Karrierechancen, gezielt verstärkt wird. Des Weiteren sollte man Führungskräfte dafür sensibilisieren, dass Delegationsspielräume möglicherweise auch Nebenwirkungen haben können, wie z.B. eine Verstärkung des Drucks auf die Mitarbeitenden durch eine übermäßige Delegation von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, um den hier nachgewiesenen positiven Zusammenhang zu reduzieren.

Darüber hinaus erscheinen vor dem Hintergrund der Zusammenhänge zwischen den auf Seiten der Führungskräfte wahrgenommenen Verhaltensweisen der Teammitglieder (Gratifikation und kontraproduktives Verhalten) und dem auf Seiten der Teammitglieder wahrgenommenen salutogenen Führungsverhalten personenorientierte Maßnahmen für Führungskräfte *und* Teammitglieder zur gesundheitsförderlichen Reflexion und Optimierung von Interaktionsdynamiken indiziert (z.B. Teamcoachings, Supervision).

5.8 Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass. (Deutsche Ausgabe: Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag).
- Bakker, B. A., Westman, M. & van Emmerik, I. J. H. (2009). Advancements in crossover theory. *Journal of Managerial Psychology*, 24, 206-219.
- Bauer, G. F., & Jenny, G. J. (2007). Development, implementation and dissemination of occupational health management (OHM): Putting salutogenesis into practice. *Occupational health psychology*, 2, 219-250.
- Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC-Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 20-30.
- Day, D. V. (2001). Leadership development: A review in context. *The Leadership Quarterly*, 11, 581-613.
- DeRue, D. S., Nahrgang, J. D., Wellman, N., & Humphrey, S. E. (2011). Trait and behavioral theories of leadership: an integration and meta-analytic test of their relative validity. *Personnel Psychology*, 64, 7-52.
- Ducki, A., Bamberg, E. & Metz, A. M. (2011). Prozessmerkmale von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 61-82). Göttingen: Hogrefe.
- Ducki, A., & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*. Berlin: Springer.
- Eagly, A. H., & Karau, S. J. (2002). Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological Review*, 109, 573-598.
- Eberz, S. & Antoni, C. H. (2016). Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM) – Ein ganzheitlicher Ansatz zur Erklärung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 3, 265-273.

- Eberz, S. & Antoni, C. H. (2018). Das TIMP-Inventar – Ein Beitrag zur ökonomischen Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 1, 69-80.
- Eberz, S., Becker, R., Antoni, C.H. (2011). Kohärenzerleben im Arbeitskontext - Ein nützliches Konstrukt für die ABO-Psychologie? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 3, 115-131.
- Echterhoff, M. (2011). Führungskräfte tragen Verantwortung – auch für die Gesundheit von Beschäftigten?! – Eine empirische Untersuchung zur Selbsteinschätzung von Führungskräften hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Einflussmöglichkeiten im Betrieb. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*(S. 89-96). Berlin: Springer.
- Eilles-Matthiessen, C. & Scherer, S. (2011). Bindung, Leistung, Kontrolle und Selbstwertschutz: Die Motive des Mitarbeiters als Perspektive sozial kompetenten Führungsverhaltens. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*(S. 89-96). Berlin: Springer.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Felfe, J. (2006). Transformationale und charismatische Führung – Stand der Forschung und aktuelle Entwicklungen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 5, 163-176.
- Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 253-264). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*(S. 89-96). Berlin: Springer.
- Hacker, W. (2006). Allgemeine Arbeitspsychologie. *Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Herscovis, M. S., Turner, N., Barling, J., Arnold, K. A., Dupré, K. E., Inness, M., LeBlanc, M. M. & Sivanathan, N. (2007). Predicting workplace aggression: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92, 228-238.
- Hox, J. (2002). *Quantitative methodology series. Multilevel analysis techniques and applications*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Judge, T. A., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2006). Loving yourself abundantly: relationship of the narcissistic personality to self-and other perceptions of workplace deviance, leadership, and task and contextual performance. *Journal of Applied Psychology, 91*, 762–775.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work, stress, productivity, and the construction of the working life*. New York: Basis Books.
- Korek, S., Felfe, J. & Franke, F. (2015). Führungsspielraum. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 213-222). Göttingen: Hogrefe.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J. & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being and health effects – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50*, 904-915.
- Kusy, M. & Holloway, E. (2009). *Toxic workplace! Managing toxic personalities and their systems of power*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.
- Lück, M. (2017). *Höhere Anforderungen, mehr Ressourcen - Arbeitsbedingungen von Führungskräften. BIBB/BAuA-Faktenblatt 22*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Maas, C. J. M., & Hox, J. J. (2005). Sufficient Sample Sizes for Multilevel Modeling. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences, 1*, 86–92.
- Marcus, B., Schuler, H., Quell, P. & Hümpfner, G. (2002). Measuring counterproductivity: Development and initial validation of a German self-report questionnaire. *International Journal of Selection and Assessment, 10*, 18-35.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., Balla, J. R. & Grayson, D. (1998). Is more ever too much? The number of indicators per factor in confirmatory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research, 33*, 181-220.
- Metz, A.M. (2011). Intervention. In E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 135-156). Göttingen: Hogrefe.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und Führen lassen* (6. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Oesterreich, R., & Volpert, W. (1987). Handlungstheoretisch orientierte Arbeitsanalyse. *Arbeitspsychologie, 1*, 43-73.

- Pangert, B. & Schüpbach, H. (2011). Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 71-80). Berlin: Springer.
- Peters, K. Dorsemagen, C., Krause, A. & Stadlinger, J. (2010). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Theoretische Grundannahmen, Befunde einer Fallstudie und Interventionen zum Umgang mit psychischen Belastungen durch Veränderungen in der Unternehmenssteuerung. In N. Kratzer, W. Dunkel, K. Becker, S. Hinrichs & K. Peters (Hrsg.), *Partizipatives Gesundheitsmanagement. Innovationsspiralen bei neuen Organisations- und Steuerungsformen. Abschlussbericht des Projektes* (S. 177-209). München: Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e.V. (ISF).
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y. & Podsakoff, N. P. (2003). Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879–903.
- Rigotti, T., Emmerich, A. & Holstad, T. (2015). Zukünftige Forschung zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 265-276). Göttingen: Hogrefe.
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A., & Brähler, E. (2004). Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen: Psychometrische Testung an einer repräsentativen deutschen Stichprobe [Psychometric Test of the Questionnaire Measuring Effort-Reward Imbalance at Work in a Representative German Sample]. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25, 227-238.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 305-312.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. & Guzman, J. (2010). Are leaders' wellbeing, behaviors, and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24, 107-139.
- Snijders, T. A. B & Bosker, R. J. (2012). *Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling* (2nd ed.). London: Sage.

- Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit - Ein Paradigmenwechsel? *Wirtschaftspsychologie*, 2, 4-13.
- Van Dick, R., Wagner, U., Stellmacher, J. & Christ, O. (2005): Mehrebenenanalysen in der Organisationspsychologie: Ein Plädoyer und ein Beispiel. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 27-34.
- Vincent, S. (2011). Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Welbrink, A. & Franke, A. (2006). Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In P. Kolip, H. Wydler & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (3. Aufl., S. 43-57). Weinheim: Juventa.
- Westman, M., & Etzion, D. (1999). The crossover of strain from school principals to teachers and vice versa. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 269-278.
- Wilde B., Dunkel W., Hinrichs S., Menz W. (2010). Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 147-155). Berlin: Springer.
- Zimber, A. & Gregersen, S. (2011). Gesundheitsfördernd führen – Ein Projekt der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.

6 Kapitel VI: Salutogene Führungskräfte-Coachings auf der Grundlage des Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodells (SSIM) – eine Fallstudie

Englisch: Salutogenic executive coachings based on the Systemic Salutogenic Interaction Model (SSIM) - A case study

6.1 Zusammenfassung

Zusammenfassung: Die vorliegende Fallstudie beschäftigt sich mit der Frage, ob sich die theoretischen Annahmen des Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodells (SSIM) Gewinn bringend in die Praxis übertragen lassen. Im Rahmen eines Coaching-Projektes für Führungskräfte der Polizei wurden erstmals individuelle SSIM-Modelle entwickelt, vor deren Hintergrund die aktuelle Führungssituation gemeinsam mit den Führungskräften reflektiert wurde. Auf dieser Grundlage wurden Coaching-Ziele auf den Kerndimensionen salutogener Führung (Vertrauen, Störungsmanagement und Druck) abgeleitet und umgesetzt. Die Wirksamkeit dieses salutogenen Führungskräfte-Coachings wurde in einer quasiexperimentellen Untersuchung mit einem Drei-Gruppen-Pretest-Posttest-Design mit zwei Interventions- und einer Wartekontrollgruppe analysiert. Es konnten erste Hinweise darauf gefunden werden, dass sich das Kohärenzerleben von Teammitgliedern am Arbeitsplatz (Work-SoC) hinsichtlich der erlebten Bedeutsamkeit der Arbeit positiver entwickelt, wenn sich Führungskräfte mit Hilfe eines individuellen SSIM-Modells salutogene mitarbeiterorientierte Ziele auf den Kerndimensionen salutogener Führung setzen (Interventionsgruppe 1), als wenn sie im Coaching andere Ziele verfolgen (Interventionsgruppe 2) oder kein Coaching erhalten (Wartekontrollgruppe). Damit liefert diese Studie erste Hinweise darauf, dass sich die theoretischen Postulate des SSIM in die Praxis übertragen lassen und Interventionen auf dieser Grundlage salutogene Entwicklungsprozesse fördern.

Schlüsselwörter · Gesunde Führung · SSIM · Coaching

Abstract: The present case study deals with the question whether the theoretical assumptions of the Systemic Salutogenic Interaction Model (SSIM) can be transferred into prac-

tice. As part of a coaching-project for police officers individual SSIM-Models were developed for the first time that provided the background for a common reflection of the current leadership situation. On that basis, coaching-objectives based on the core-dimensions of health-promoting leadership (Trust, Incident Management and Pressure) were derived. The effectiveness of this salutogenic leadership coachings was analyzed in a quasi-experimental study with a three-group-pretest-posttest-design with two intervention- and one waiting-control-group. We found first indications that team members perceived more sense of coherence at their work-place (Work-SoC) with respect to the perceived meaningfulness of their work if their leaders set themselves objectives on the core-factors of salutogenic leadership based on their individual SSIM-Model (intervention group 1) compared to leaders setting themselves different objectives (intervention group 2) or leaders getting no coaching (waiting-control-group). Therefore, this study provides first indications that the theoretical postulates of the SSIM can be transferred into practice and that interventions based on the SSIM promote salutogenic development processes.

Keywords · health-promoting leadership · SSIM · Coaching

6.2 Ziele des Projekts

Erkenntnisse der Führungsforschung belegen, dass Führungskräfte die Gesundheit ihrer Teammitglieder beeinflussen können (Franke, Ducki & Felfe, 2015; Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008; Skakon, Nielsen, Borg & Guzman, 2010). Viele Studien zeigen, dass Mitarbeiterorientierung und soziale Unterstützung der Führungskräfte sowie transformationales Führen mit einer besseren Gesundheit der Teammitglieder einhergehen. Allerdings werden die Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit durch diese Ansätze nur partiell aufgeklärt (Eberz & Antoni, 2018; Franke & Felfe, 2011; Vincent, 2011).

Aktuelle Forschungsansätze konzentrieren sich daher auf bislang vernachlässigte Facetten gesundheitsförderlicher Führung. Hierzu gehört die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -bedingungen (Vincent, 2011), das eigene Gesundheitsverhalten der Führungskräfte und ihre damit verbundene Vorbildfunktion (Franke & Felfe, 2011). Darüber hinaus rücken auch die Einflussfaktoren, die salutogenes Führungsverhalten fördern oder hemmen zunehmend in den Fokus. Dies betrifft insbesondere die Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Teammitgliedern, den Einfluss

der Führungssituation (Ducki & Felfe, 2011; Eberz & Antoni, 2016; Korek, Felfe & Franke, 2015) sowie salutogene Einstellungen der Führungskräfte (Franke & Felfe, 2011). Trotzdem ist noch weitgehend unklar, warum Führungskräfte mehr oder weniger gesundheitsförderliches Führungsverhalten zeigen, welche Wirkmechanismen dabei eine Rolle spielen und wie man diese Erkenntnisse in wirksame Interventionskonzepte für die Praxis implementieren kann (vgl. Franke et al., 2015; Rigotti, Emmerich & Holstad, 2015).

Insbesondere der Transfer wissenschaftlicher Konzepte in die Führungspraxis stellt eine Herausforderung dar. Mit Blick auf Führungskräfte ist zum einen festzustellen, dass bei dieser Zielgruppe in vielen Fällen ein „*research-practice gap*“ (Rousseau, 2006; S. 258) vorhanden ist. D.h. wissenschaftliche Modelle und Erkenntnisse werden in der Führungspraxis oftmals ignoriert oder nur unzureichend berücksichtigt. Zum anderen unterschätzen viele Führungskräfte ihre Einflussmöglichkeiten und damit auch die Mit-Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit oder lehnen diese weitgehend ab (Echterhoff, 2011). Darüber hinaus werden Führungskräfte durch eine Vielzahl anderweitiger Aufgaben stark beansprucht (Zimmer, Hentrich, Bockhoff, Wissing & Petermann, 2015). Es besteht daher ein hohes Risiko, dass Führungskräfte im Arbeitsalltag zu wenig auf gesundheitsrelevante Aspekte ihres Führungsverhaltens achten und entsprechende Potenziale in der Praxis unzureichend ausgeschöpft werden.

Ziel dieser Fallstudie ist es daher zu untersuchen, ob Führungskräfte durch salutogene Coachings mehr auf gesundheitsförderliche Aspekte ihres Führungsverhaltens achten, sich entsprechende Ziele setzen und ob sich dadurch das Work-SoC der Teammitglieder, als Indikator der arbeitsbezogenen psychischen Resilienz, verbessert. Dazu wurde anhand des Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodells (SSIM) ein innovatives Konzept salutogener Führungskräfte-Coachings entwickelt und im Rahmen eines Pilotprojektes bei der Polizei durchgeführt. Wir wollen zeigen, dass sich wesentliche Aussagen des Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodells (SSIM) gewinnbringend in die Praxis übertragen lassen. Mit dem Konzept salutogener Führungskräfte-Coachings auf der Grundlage des SSIM möchten wir somit einen Beitrag dazu leisten, die Lücke zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Einfluss des Führungsverhaltens auf die Mitarbeitergesundheit und der Führungspraxis weiter zu schließen.

6.2.1 Konzeptueller Hintergrund

Eine ausführliche Erörterung des aktuellen Forschungsstandes zu den Zusammenhängen zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit sowie den dahinter liegenden Wirkmechanismen würde den Rahmen dieses Praxisberichtes sprengen. Nachfolgend werden daher lediglich wesentliche Aussagen des SSIM, das den konzeptionellen Hintergrund des im Rahmen dieser Fallstudie verwendeten Coaching-Ansatzes darstellt, und die daraus abgeleitete, übergeordnete Forschungs-Hypothese ausführlich begründet.

Eberz und Antoni (2016) postulieren in ihrem Systemisch-Salutogenen Interaktionsmodell (SSIM), dass sich das arbeitsbezogene Kohärenzerleben der Führungskraft vermittelt über salutogene interaktionsrelevante Ziele auf gesundheitsförderliche Aspekte ihres Führungserhaltens auswirkt.

Interaktionsmuster zwischen Führungskräften und Teammitgliedern werden im SSIM explizit als primäre Analyseeinheit betrachtet, deren mehr oder weniger salutogene Dynamik vom Verhalten beider Interaktionspartner (Führungskraft und Teammitglieder), von Kontextfaktoren sowie Personenmerkmalen beeinflusst wird. Damit fokussiert das SSIM explizit auf zwei im Bereich der gesundheitsbezogenen Führungsforschung bislang eher vernachlässigte Aspekte (Eberz & Antoni, 2016; Korek, Felfe & Franke, 2015): Erstens, es wird davon ausgegangen, dass auch Teammitglieder das Verhalten und die Gesundheit ihrer Führungskräfte beeinflussen. Zweitens, Kontextfaktoren, wie z.B. die Gestaltung der Arbeitsaufgabe und -bedingungen der Führungskraft und die Organisationskultur, haben ebenfalls einen bedeutsamen Einfluss auf das Führungs- und Mitarbeiterverhalten.

Das SSIM postuliert darüber hinaus, dass sich diese Kontext- und Interaktionsfaktoren bzw. deren kognitive Repräsentationen vermittelt über die Auswahl und Umsetzung salutogener Handlungsziele auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten auswirken. Handlungsleitend sind demnach mehr oder weniger realistische und gesundheitsförderliche subjektive Wahrnehmungen, Annahmen und Überzeugungen etc. bezogen auf die Führungssituation und die vor diesem Hintergrund abgeleiteten Ziele.

Der Einfluss des Führungsverhaltens auf das arbeitsbezogene Kohärenzerleben (Work-Sense of Coherence, Work-SoC) der Teammitglieder und umgekehrt der Einfluss des Mitarbeiterverhaltens auf das Kohärenzerleben der Führungskräfte am Arbeitsplatz stellt den zentralen, gesundheitsförderlichen Wirkmechanismus im SSIM dar. Bei dem Kon-

zept Kohärenzerleben am Arbeitsplatz handelt es sich um ein „*kontextspezifisches, kognitiv-emotionales Schema, das ausdrückt, in welchem Ausmaß man 1. Stimuli im Arbeitskontext subjektiv als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrnimmt (Verstehbarkeit); 2. darauf vertraut, dass geeignete Ressourcen zur Bewältigung der aus den Arbeitsaufgaben resultierenden Anforderungen mobilisiert werden können (Handhabbarkeit) und 3. die Auseinandersetzung mit den eigenen Arbeitsaufgaben als sinnvoll und emotional befriedigend erlebt (Bedeutsamkeit)*“ (Eberz, Becker & Antoni, 2011, S. 117; vgl. Bauer & Jenny, 2007; Bauer, Vogt, Inauen & Jenny, 2015).

Die Erfassung des Kohärenzerlebens am Arbeitsplatz liefert damit einen dreidimensionalen, Meta-Indikator für die arbeitsbezogene psychische Resilienz. Damit fokussiert das SSIM erstmals explizit auf einen gesundheitswissenschaftlich begründeten Wirkmechanismus gesundheitsförderlicher Führung, der fest in dem Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1987) verankert ist.

Auf der Grundlage des SSIM wurde auch das TIMP-Inventar entwickelt, das die drei als Kernfaktoren salutogener Führung bezeichneten Verhaltensdimensionen Vertrauen (*Trust*), Störungsmanagement (*Incident Management*) und Druck (*Pressure*) erfasst (Eberz & Antoni, 2018). Diese salutogenen Führungsfaktoren klären mehr Work-SoC-Varianz auf Seiten der Teammitglieder auf als etablierte Skalen zur Erfassung transformationaler Führung, Sozialer Unterstützung und Mitarbeiterorientierung (Eberz & Antoni, 2018). Inhaltlich erfasst die Dimension Vertrauen, wie stark eine Führungskraft Vertrauen zum Ausdruck bringt, indem sie Handlungsspielräume gewährt und Verantwortung für interessante Arbeitsaufgaben überträgt. Die Dimension Störungsmanagement fokussiert auf ein Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, Probleme und Konflikte im Arbeitskontext zu lösen bzw. zu reduzieren. Druck stellt einen Risikofaktor für das Work-SoC dar und erfasst, wie stark sich Teammitglieder von ihrer Führungskraft unter Druck gesetzt fühlen.

6.2.2 Das Konzept des salutogenen Führungskräfte-Coachings

Das SSIM postuliert, dass sich die subjektiv wahrgenommene Führungssituation auf Seiten der Führungskraft vermittelt über salutogene Zielsetzungsprozesse auf den TIMP-Dimensionen positiv auf das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden auswirkt. Auf der Grundlage dieser theoretischen SSIM-Postulate wurde ein salutogenes Führungskräfte-

Coaching entwickelt, das aus drei wesentlichen Bausteinen besteht: A) Psychoedukation zum SSIM, B) Feedback und Entwicklung individueller SSIM-Modelle und C) mitarbeiterorientierte, salutogene Zielsetzung.

Baustein A besteht aus einer spezifischen Psychoedukation, die darauf abzielt, wesentliche Grundaussagen des SSIM zu erläutern, z.B. Einfluss der Führungssituation auf Zielsetzungsprozesse, Bedeutung der TIMP-Faktoren. Erkenntnisse der Führungsforschung zeigen, dass die Führungssituation das salutogene Führungsverhalten beeinflusst und die TIMP-Faktoren mit dem Work-SoC der Teammitglieder zusammenhängen (Eberz & Antoni, 2016; 2018). „*Psychoedukation*“ findet sich in einer Vielzahl von Interventionskonzepten wie z.B. in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiemanualen (Hautzinger, 2000) und Trainingsmanualen zu gesundheitsgerechter Führung (Franke, Vincent & Felfe, 2011). Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes ist zu erwarten, dass das Interventionskonzept Psychoedukation grundsätzlich wirksam ist (Kissling & Pitschel-Walz, 2004).

Im Rahmen des zweiten Bausteins B erhält jede Führungskraft zum einen ein Feedback zum Work-SoC ihrer Mitarbeitenden und zum wahrgenommenen Führungsverhalten auf den TIMP-Dimensionen aus Sicht der Mitarbeitenden. Diese beiden Rückmeldungen der Mitarbeitenden werden auf Teamebene aggregiert. Zum anderen erhält jede Führungskraft eine Rückmeldung zu der von ihr wahrgenommenen Führungssituation (z.B. Handlungsspielräume, Druck von Vorgesetzten), die sie mittels eines standardisierten Fragebogens selbst eingeschätzt hat. Auf dieser Grundlage wird ein individuelles SSIM-Modell entwickelt, das die aggregierten Work-SoC-Werte der Teammitglieder (Team-Work-SoC) unter Berücksichtigung des Feedbacks der Mitarbeitenden zum TIMP-Führungsverhalten, der aus Sicht der Führungskraft wahrgenommenen Arbeitssituation der Mitarbeitenden und der Selbsteinschätzung der Führungssituation subjektiv schlüssig erklärt. Damit zielt dieser Baustein auf eine qualitativ hochwertige Selbst-Reflexion der aktuellen Führungssituation und der Arbeitssituation der Mitarbeitenden, des eigenen Führungsverhaltens (auf den TIMP-Dimensionen), dem gesundheitsrelevanten Erleben der Arbeitssituation aus Sicht der Mitarbeitenden (Team-Work-SoC) und den zwischen diesen Variablen bestehenden Zusammenhängen ab. Die meisten Interventionskonzepte im klinischen Kontext (Hautzinger, 2000) aber auch im Bereich der gesundheitsbezogenen Führungskräfte trainings (Franke, Vincent & Felfe, 2011) enthalten explizit Bausteine, die auf eine intensive Selbstreflexion abzielen. Auch im Coaching zielen viele der dort zum

Einsatz kommenden Techniken explizit auf die Förderung von Selbstreflexionsprozessen ab (Rauen, 2008), die daher in diesem Bereich auch als Wirkfaktoren betrachtet werden (Greif, 2007). Die vorliegenden empirischen Forschungsbefunde lassen erwarten, dass gerade eine auf Feedback basierende Selbstreflexion grundsätzlich wirksam ist (Hattie & Timperley, 2007; Klebl & Nerdinger, 2010; Scherm & Sarges, 2002).

Im dritten Baustein C werden auf der Basis der individuell entwickelten SSIM salutogene Ziele auf den TIMP-Dimensionen formuliert und eine Strategie zu deren Umsetzung erarbeitet (z.B. eine Verbesserung des Störungsmanagements durch die Einleitung zielführender Maßnahmen im Bereich Konfliktmanagement oder eine Reduzierung des Drucks durch ein Neu-Aushandeln von Zielvereinbarungen und Ressourcen mit Vorgesetzten), die im weiteren Coaching-Prozess umgesetzt und evaluiert wird. Das SSIM nimmt an, dass Zielsetzungsprozesse als Teil eines salutogenen Wirkmechanismus einen bedeutsamen Einfluss auf salutogenes Führungsverhalten haben (Eberz & Antoni, 2016). Die Ergebnisse der Metaanalyse von Smither, London und Reilly (2005) unterstützen im Einklang mit der Zielsetzungstheorie (Locke & Latham, 1990) diese Annahme und zeigen, dass Zielsetzungsprozesse die Wahrscheinlichkeit für positive Veränderungen erhöhen. Ziele lassen sich darüber hinaus auch als potente motivationale Einflussgröße im Rahmenmodell zur Transfersicherung von Trainingsmaßnahmen nach Blume, Ford, Baldwin und Huang (2010) interpretieren. D.h. ohne eine hinreichende Transfermotivation, die sich insbesondere in Zielsetzungsprozessen spiegelt, ist nicht davon auszugehen, dass Trainings- oder Coachingmaßnahmen eine positive Wirkung entfalten.

Aufgrund dieser Überlegungen gehen wir daher davon aus, dass sich salutogene Führungskräfte-Coachings, die aus den beschriebenen drei Bausteinen A, B und C bestehen, positiv auf die Entwicklung des Team-Work-SoC der Mitarbeitenden auswirken (übergeordnete Forschungshypothese).

6.3 Beschreibung des Projektverlaufs und der verwendeten Methoden

Die Coachings wurden von zwei im Bereich der Personalentwicklung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfahrenen Coaches mit entsprechenden Zusatzqualifikationen durchgeführt. Beide Coaches arbeiten hauptberuflich als Führungskräftetrainer/ -coaches bei der Polizei. Bei einem Coach handelt es sich um den Erstautor. Vor Beginn des Projektes erhielten die Coaches standardisierte Vorlagen zum konzeptionellen Hintergrund, zur Durchführung der Coachings und zur Dokumentation des Projektverlaufs. Zwischen den einzelnen Coaching-Sitzungen fanden darüber hinaus regelmäßige Interventionstreffen statt.

6.3.1 Stichprobe

Es konnten zunächst 47 Führungskräfte der Polizei mit ihren Teams für die Teilnahme an dem Coaching-Projekt rekrutiert werden. Die Teilnahme an dem Coaching-Projekt und der Untersuchung war freiwillig. Externe Anreize, wie z.B. unmittelbar verbesserte Beförderungschancen etc., bestanden nicht. Leider reduzierte sich diese Teilnehmerzahl, da sechs Führungskräfte kurzfristig vor der ersten Befragung die Funktion und damit auch die Teams wechselten. Darüber hinaus hatten zwei Führungskräfte weniger als drei Teammitglieder und zwei Führungskräfte fielen längerfristig krankheitsbedingt aus. Zwischen den Messzeitpunkten reduzierte sich die Anzahl der teilnehmenden Führungskräfte und Teams jedoch nochmals von 37 auf 21.

Zum einen waren für diese Reduktion längere krankheitsbedingte Abwesenheiten der Führungskräfte oder ein Wechsel in andere Organisationseinheiten verantwortlich. Zum anderen wurden Organisationseinheiten ausgeschlossen, bei denen es zu bedeutsamen strukturellen, nicht von den Führungskräften initiierten Veränderungen gekommen war (z.B. neue Teamzusammensetzung aufgrund einer Umstellung der Dienstpläne oder veränderte Zuständigkeiten der Organisationseinheit). Diese Störfaktoren des zwischenzeitlichen Geschehens hätten durch ihre Konfundierung mit den durch die Führungskräfte initiierten Veränderungen die interne Validität der Untersuchung erheblich gefährdet.

Von den letztlich 21 Führungskräften, die mit ihren Teams an dieser Untersuchung teilnahmen, verteilten sich 12 auf die Interventionsgruppe (davon wurden vier aufgrund ihrer

Coaching-Ziele der Interventionsgruppe A: „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ und acht der Interventionsgruppe B: „*Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele*“ zugeordnet) und neun auf die Wartekontrollgruppe.

Die Anzahl der Mitglieder in den von den Führungskräften geführten Teams variierte zwischen 4 und 18 ($M = 9,91$, $SD = 4,63$). Das Alter der Führungskräfte lag zwischen 30 und 60 Jahren (18 männlich und drei weiblich). Alle Führungskräfte hatten zum Zeitpunkt der ersten Befragung mindestens 5 Jahre Führungserfahrung.

Da es aufgrund der relativ kleinen Teamgrößen im Vorfeld der Untersuchung von Seiten der Führungskräfte und der Personalvertretung erhebliche Bedenken gab, bei den Teammitgliedern demographische Daten zu erheben und deren Fragebögen durch einen individuellen Code zu kennzeichnen, mussten wir auf diese Daten verzichten und konnten die Daten nur auf Teamebene auswerten. Insgesamt standen $N = 171$ Datensätze von Teammitgliedern aus 21 Teams zum ersten und $N = 153$ zum zweiten Messzeitpunkt zur Verfügung.

6.3.2 Operationalisierung der zentralen Konstrukte

Die Selbsteinschätzung des Work-SoC der Team-Mitglieder wurde mit einer leicht modifizierten 9-Item-Version der von Eberz et al. (2011) veröffentlichten Skala erfasst. Die drei Work-SoC-Subdimensionen Verstehbarkeit (z.B. „*Die Ereignisse an meinem Arbeitsplatz sind für mich sehr gut vorhersagbar*“, $\alpha = .76$), Handhabbarkeit (z.B. „*An meinem Arbeitsplatz kann ich mich darauf verlassen, dass passende Lösungen für Probleme gefunden und umgesetzt werden*“, $\alpha = .73$) und Bedeutsamkeit (z.B. „*Ich habe das Gefühl, dass meine Arbeit etwas Positives bewirkt*“, $\alpha = .79$) werden in diesem Inventar jeweils mit drei Items erfasst (jeweils sechs Ratingstufen von „*trifft überhaupt nicht zu*“ bis „*trifft voll und ganz zu*“).

Die Fit-Indizes der konfirmatorischen Faktorenanalysen des Work-SoC-Inventars fallen für das Modell mit drei korrelierten Faktoren (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit) insgesamt positiver aus (Modell X: $\chi^2 = 56.58$, $df = 24$, $p^3 < .05$, $CFI = .96$, $SRMR = .05$, $RMSEA = .07$, $N = 324$), als die des alternativen Modells mit nur einem

³ Da sich bei der Prüfung auf multivariate Normalverteilung mittels Mardia-Test eine Verletzung dieser Voraussetzung ergab, wurde jeweils eine Bollen-Stine-Bootstrap-Korrektur des p -Werts vorgenommen.

latenten Faktor (Modell Y: $\chi^2 = 289.89$, $df = 27$, $p < .05$, $CFI = .66$, $SRMR = .13$, $RMSEA = .17$, $N = 324$). Einen schlechteren Fit hatte auch das Modell mit zwei korrelierten Faktoren, bei dem die Items der eher kognitiven Work-SoC-Komponenten Verstehbarkeit und Handhabbarkeit als manifeste Indikatoren einer gemeinsamen, latenten Variable konzipiert wurden (Modell Z: $\chi^2 = 196.19$, $df = 26$, $p < .05$, $CFI = .78$, $SRMR = .15$, $RMSEA = .14$, $N = 324$). Diese Ergebnisse sprechen für die von Eberz et al. (2011) postulierte Drei-Faktorenstruktur des Work-SoC-Inventars und damit für die Annahme, dass es sich bei den Konzepten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit um drei hinreichend distinkte Konstrukte handelt.

Die Analyse der Auswirkungen des Coachings erfolgte auf Teamebene. Um zu prüfen, ob eine Aggregation der Werte der Teammitglieder einer Führungskraft auf den Work-SoC-Subdimensionen auf Teamebene gerechtfertigt ist, wurde die Übereinstimmung der Teammitglieder ($r_{wg}(j)$), der Varianzanteil der bei individuellen Ratings auf die Teammitgliedschaft zurückzuführen ist ($ICC(1)$) und die Interraterreliabilität ($ICC(2)$) überprüft (Bliese, 2000). Ausgehend von den von LeBreton und Senter (2008) empfohlenen Grenzwerten, zeigte sich beiden Messzeitpunkten für alle Subdimensionen eine große Übereinstimmung der Teammitglieder ($.71 < r_{wg}(j) < .84$), die eine Aggregation gerechtfertigt erscheinen lassen, auch wenn die $ICC(1)$ Werte ($.04 < ICC(1) < .14$) nur einen kleinen bis mittleren Einfluss der Zugehörigkeit zum Team einer Führungskraft bei den individuellen Ratings belegen und die Werte zur Interraterreliabilität niedrig sind ($.23 < ICC(2) < .54$). Angesichts der z.T. geringen Teamgröße sind jedoch auch keine hohen $ICC(2)$ Werte zu erwarten (LeBreton & Senter, 2008).

6.3.3 Interventionskonzept

Die Umsetzung der drei zentralen Bausteine des salutogenen Coaching-Konzepts wird im Folgenden näher beschrieben:

Im Baustein A wurden den Führungskräften zunächst die wesentlichen Aussagen des SSIM und die Bedeutung der TIMP-Faktoren erläutert. Dabei wurde insbesondere der Einfluss der Führungssituation (z.B. Handlungsspielräume und Druck von Vorgesetzten) auf salutogene Aspekte des Führungsverhaltens (z.B. Störungsmanagement und Druck in Richtung der Mitarbeitenden) anhand von Praxisbeispielen verdeutlicht. Hier wurde z.B. erörtert, dass Führungskräfte, die selbst unter Druck stehen, diesen Druck leicht an ihre

Mitarbeitenden weitergeben. Darüber hinaus wurde auch erklärt, dass eine wesentliche Aussage des SSIM vereinfacht ausgedrückt darin besteht, dass zwar einerseits Führungskräfte nicht alleine für die Gesundheit der Mitarbeitenden verantwortlich sind. Andererseits wurde den Führungskräften verdeutlicht, dass es trotzdem bedeutsame Möglichkeiten gibt, insbesondere das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden positiv zu beeinflussen, indem Führungskräfte sich Ziele auf den TIMP-Faktoren setzen und diese auch umsetzen. Um dieses Argument schlüssig zu untermauern wurde darauf hingewiesen, dass empirische Befunde aus verschiedenen Kontexten (u.a. auch Polizei) zeigen, dass es bedeutsame Unterschiede zwischen Führungskräften mit Blick darauf gibt, wie Teammitglieder ihr Führungsverhalten auf den TIMP-Dimensionen wahrnehmen. Da Führungskräfte in einer Organisation auf einer bestimmten Hierarchieebene meistens zumindest vergleichbare Kontextbedingungen haben (z.B. begrenzte personelle Ressourcen, widersprüchliche Erwartungen von Vorgesetzten und Mitarbeitenden, zunehmende Komplexität etc.), lässt sich daraus ableiten, dass diese Unterschiede nicht ausschließlich durch ungünstige Rahmenbedingungen erklärt werden können. Dieser Baustein zielte neben einer Psychoedukation daher insbesondere darauf ab, die Selbstwirksamkeitserwartungen mit Blick auf eine Beeinflussbarkeit des Work-SoC der Mitarbeitenden Führungskräfte zu Beginn der Coaching-Maßnahme zu stärken. Dies erschien deshalb wichtig, weil viele Führungskräfte die eigenen Möglichkeiten grundsätzlich eher unterschätzen, die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden beeinflussen zu können und auf der Grundlage dieser subjektiven Überzeugung auch eine (Mit-) Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit ablehnen (Echterhoff, 2011).

Der Baustein B zielte auf die Entwicklung eines individuellen SSIM-Modells ab. Dazu wurden zunächst theoretisch bedeutsame Kontextfaktoren (Führungsspielräume, Druck von Seiten des Vorgesetzten, Wertschätzung von Seiten des Vorgesetzten und der Organisation), Interaktionserfahrungen (Wertschätzung und kontraproduktive Verhaltensweisen der Teammitglieder), personenimmanente Aspekte (Achtsamkeit, Wichtigkeit und Selbstwirksamkeitserwartungen mit Blick auf die Mitarbeitergesundheit) sowie das Work-SoC (vgl. Eberz & Antoni, 2016) operationalisiert und von der Führungskraft zunächst mittels eines standardisierten Fragebogens eingeschätzt. Diese subjektiven Wahrnehmungen der Führungskraft wurden ergänzt durch die subjektiven Wahrnehmungen der Teammitglieder bezogen auf das Führungsverhalten (TIMP-Faktoren Vertrauen, Störungsmanagement und Druck) sowie deren Work-SoC, die ebenfalls jeweils mit einem standardisierten Fragebogen anonym erfasst und anschließend auf Teamebene aggregiert

wurden. Sowohl die Wahrnehmungen der Führungskräfte als auch der Mitarbeitenden wurden so aufbereitet, dass eine Beurteilung der relativen Ausprägung der einzelnen Aspekte im Vergleich zu anderen Teams und Führungskräften möglich war. Auch diese Maßnahme zielte explizit darauf ab, Unterschiede zwischen Führungskräften zu verdeutlichen, die nicht ausschließlich durch vergleichbare Rahmenbedingungen erklärbar sind, um salutogene Selbstwirksamkeitserwartungen mit Blick auf die Förderung des Kohärenzerlebens der Mitarbeitenden durch salutogenes Führungsverhalten zu fördern. Vor dem Hintergrund dieser Daten wurde dann gemeinsam mit der Führungskraft ein individuelles SSIM entwickelt, das die aktuellen Work-SoC-Werte des Teams als abhängige Variable durch die unabhängigen Variablen TIMP-Führungsverhalten, Kontextfaktoren (Arbeitssituation der Mitarbeitenden und Führungssituation), Interaktionsdynamiken sowie personenimmanente Aspekte und deren Zusammenhänge subjektiv schlüssig erklärt.

Im Bausteins C wurde anhand des entwickelten individuellen SSIM Ziele auf den Kerndimensionen salutogener Führung (Stärkung des Vertrauens, Verbesserung des Störungsmanagements, Reduzierung von Druck) für den weiteren Coachingprozess abgeleitet. Dazu wurde standardmäßig eine Auftragsklärung durchgeführt (Radatz, 2006; Rauen, 2008). Wichtig hierbei ist zu betonen, dass dem Coachee keine Ziele vorgegeben wurden. D.h. es blieb dem Coachee überlassen, ob er oder sie sich salutogene Ziele auf den TIMP-Kernfaktoren salutogener Führung setzt oder nicht. Ein Aufoktroieren von Zielen durch den Coach hätte dem Grundgedanken der Auftragsklärung und den dahinterliegenden ethischen und professionellen Grundsätzen widersprochen (z.B. Schlippe & Schweitzer, 2007; vgl. Rauen, 2008). Darüber hinaus wurde eine konkrete Strategie erarbeitet, um diese salutogenen Ziele in der Praxis umzusetzen. Hierbei kamen je nach Ausgangslage unterschiedliche Coaching-Techniken zum Einsatz. In einem Fall wurde bspw. mittels der systemischen Technik des zirkulären Fragens (z.B. Schlippe & Schweitzer, 2007) herausgearbeitet, was Teammitglieder den Führungskräften in der aktuellen Situation raten würden, was sie sich an konkreten Maßnahmen wünschen und was eher nicht, wie diese auf hypothetisch angenommene Veränderungen reagieren würden und was die Vorgesetzten der Führungskraft wahrscheinlich dazu sagen würden etc. In anderen Fällen wurde eine konkrete Strategie für ein Gespräch mit Mitarbeitenden und Vorgesetzten erarbeitet und im Rahmen von Rollenspielen (z.B. Rauen, 2008) mit dem Coach entwickelt und ausprobiert. Wenn es beispielsweise das Ziel der Führungskraft war, ihr Störungsmanagement zu verbessern, ging es darum, einen Teamkonflikt lösungsorientiert zu the-

matisieren. Ziel und Strategie wurden auf der Basis des individuellen SSIM-Modells definiert bzw. entwickelt. Wenn es bspw. Ziel der Führungskräfte war, Druck seitens ihrer Vorgesetzten zu reduzieren, fokussierte das Rollenspiel „*Gespräch mit meinem Vorgesetzten*“ inhaltlich darauf, zusätzliche personelle Ressourcen oder eine neue Zielvereinbarung (Anzahl, Umfang und Fristen von Arbeitsaufträgen) auszuhandeln.

6.3.4 Ablauf der salutogenen Coachings

Die Führungskräfte wurden zunächst randomisiert auf eine Interventionsgruppe und eine Wartekontrollgruppe aufgeteilt. Die Interventionsgruppe erhielt zwischen Dezember 2016 und Januar 2017 das erste, zwischen April und Juli 2017 das zweite und zwischen April und Mai 2018 das dritte Coaching. Die Wartekontrollgruppe erhielt nach Abschluss der Coachings in der Interventionsgruppe ihre erste Coaching-Sitzung. In beiden Gruppen wurden die Teammitglieder jeweils vor Beginn des ersten Coachings im Oktober 2016 (Baseline) und nach Abschluss des zweiten Coachings im September 2017 befragt. Eine ursprünglich geplante Befragung nach dem dritten Coaching konnte aufgrund der starken Beanspruchung der zeitlichen Ressourcen der Teammitglieder durch arbeitsbezogene Herausforderungen nicht realisiert werden.

Zu Beginn der ersten Coaching-Sitzung informierte der Coach die Führungskraft über die Ergebnisse der Befragung ihrer Mitarbeiter zu ihrem Führungsverhalten auf den drei Kerndimensionen salutogener Führung (Eberz & Antoni, 2018) und zum arbeitsbezogenen Kohärenzerleben ihres Teams (Eberz et al., 2011) sowie die subjektiven Wahrnehmung der Führungssituation durch die Führungskraft zurückgemeldet. Auf dieser Grundlage wurde ein individuelles SSIM-Modell entwickelt.

Vier Coachees formulierten nach dieser Rückmeldung mitarbeiterorientierte Coachingziele auf den Kerndimensionen salutogener Führung. Hierzu gehörten eine Reduzierung von quantitativer Überlastung des Teams, die Bearbeitung eines Teamkonflikts sowie die Stärkung des Vertrauens durch eine Erweiterung der Handlungsspielräume der Teammitglieder. Aufgrund der nachvollziehbaren und plausiblen Schilderungen der Coachees in den beiden folgenden Sitzungen ist davon auszugehen, dass diese Ziele auch verfolgt und zumindest in Teilen erfolgreich umgesetzt wurden.

Im Rahmen der Coachings, in denen die Führungskräfte Ziele auf den TIMP-Dimensionen formulierten, wurden zunächst Auffälligkeiten in den Rückmeldungen der Mitarbeitenden (Team-Work-SoC, TIMP-Führungsverhalten) und der standardisiert erfassten Wahrnehmung der Führungssituation aus Sicht der Führungskraft (z.B. Führungsspielräume, Druck von Seiten des Vorgesetzten) intensiver thematisiert. Auf dieser Grundlage wurden dann lösungsorientierte Strategien zur Stärkung des Team-Work-SoC durch eine Verbesserung des TIMP-Führungsverhaltens erarbeitet.

Die anderen acht Coachees formulierten Coaching-Ziele, die sich auf das Erreichen eigener Leistungsziele und den Umgang mit einzelnen (aus Sicht der Führungskräfte) schwierigen Teammitgliedern bezogen. Aufgrund dieser unterschiedlichen Zielsetzungen wurde die Interventionsgruppe für die im Rahmen der Evaluation durchgeführten statistischen Auswertungsverfahren aufgeteilt in die beiden Interventionsgruppen „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ und „*Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele*“.

In der zweiten Coaching-Sitzung wurden Fortschritte und Umsetzungsschwierigkeiten mit Blick auf die in der ersten Coaching-Sitzung definierten (Teil-) Ziele reflektiert und Lösungsmöglichkeiten für die aufgetretenen Probleme erarbeitet. Im Rahmen der dritten Coaching-Sitzung wurden die Ergebnisse der zwischen der 2. und 3. Coaching-Sitzung durchgeführten 2. Befragung der Mitarbeitenden besprochen.

6.3.5 Operationale Hypothesen zur Projekt-Evaluation

Ursprünglich war geplant, in der Experimental-Gruppe salutogene Coachings mit den drei Bausteinen A, B und C durchzuführen. Dahinter steckte die implizite Annahme, dass sich alle Führungskräfte zwar in unterschiedlicher Stärke aber dennoch durchgehend Ziele auf den TIMP-Führungsverhaltensdimensionen setzen würden. Wie erläutert, stellte sich allerdings heraus, dass sich ein großer Teil keine salutogenen Ziele auf den TIMP-Dimensionen setzte. Daher war es erforderlich, die Experimentalgruppe zu unterteilen in die Faktorstufen „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ und „*Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele*“ (ohne Baustein C).

Die übergeordnete Forschungshypothese wurde vor diesem Hintergrund für die Projekt-Evaluation wie folgt konkretisiert: Die drei Work-SoC-Dimensionen Verstehbarkeit (Hypothese 1), Handhabbarkeit (Hypothese 2) und Bedeutsamkeit (Hypothese 3) entwickeln

sich in Teams, deren Führungskräfte im Rahmen eines salutogenen Coachings alle drei Bausteine A, B und C absolvieren, positiver als in einer „Warte-Kontrollgruppe“ (Hypothesen 1a, 2a und 3a) und in der Bedingung „Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele“ (1b, 2b und 3b).

Diese differenzierte Analyse ist insbesondere für die Praxis von großer Bedeutung: eine Bestätigung der Hypothesen 1a, 2a und 3a würde zum einen darauf hinweisen, dass salutogene Coachings mit den drei Bausteinen A, B und C im Vergleich zu einer Warte-Kontrollgruppe ohne Intervention eine salutogene Wirkung entfalten. Zusätzlich interessiert darüber hinaus, ob der spezifische Baustein C (salutogene Ziele) einen über die Bausteine A und B hinausgehenden salutogenen Effekt hat (Hypothese 1b, 2b und 3b). Sollte dies der Fall sein, dann wäre in der Praxis darauf zu achten, dass Führungskräfte nicht nur eine Psychoedukation (Baustein A) und ein Feedback und eine vertiefende Selbstreflexion erhalten (Baustein B), sondern dass darüber hinaus auch salutogene Zielsetzungsprozesse organisiert und begleitet werden müssen, wenn eine positive salutogene Wirkung auf Seiten der Mitarbeitenden erzeugt werden soll. Insofern reduzierte die hier beschriebene notwendige Anpassung zwar einerseits die Möglichkeit, die Wirksamkeit des neu entwickelten salutogenen Coaching mit einer relativ großen Experimentalgruppe, die das Coaching in vollem Umfang (Bausteine A, B und C) durchführen, zu untersuchen. Darüber hinaus wurde auch der Charakter der ursprünglich geplanten Untersuchung (experimentelles Design) in Richtung eines quasiexperimentellen Designs verschoben. Andererseits eröffnete die zu beobachtende nicht-salutogene Zielsetzung eines großen Teils der Führungskräfte die Möglichkeit, die Wirkung des Bausteins C differenziert zu analysieren, der - wie nachfolgend herausgearbeitet wird - eine erhebliche Bedeutung für die Praxis hat.

6.4 Ergebnisse des Projekts

6.4.1 Auswertungsstrategie

Die Evaluations-Hypothesen wurden im Rahmen einer quasi-experimentellen Untersuchung mit einem Drei-Gruppen-Pretest-Posttest-Design getestet. Die Datenauswertung erfolgte jeweils mittels einer 3x2-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Faktoren Intervention und Messzeitpunkt für jede der drei Work-SoC Dimensionen Verstehbarkeit (Hypothese 1), Handhabbarkeit (Hypothese 2) und Bedeutsamkeit (Hypothese 3).

Der Faktor Intervention hat drei Ausprägungen: (1) *„Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen“* (Interventionsgruppe A: Führungskräfte, die ein Coaching erhielten und Ziele in Richtung Verbesserung Störungsmanagement, Vertrauen oder Reduzieren von Druck definierten und im Coaching verfolgten), (2) *„Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele“* (Interventionsgruppe B: Führungskräfte, die zwar ein Coaching erhielten, aber keine Ziele in Richtung Verbesserung Störungsmanagement, Vertrauen oder Reduzierung von Druck definierten und im Coaching verfolgten) und (3) *„Keine Intervention“* (Wartekontrollgruppe ohne Coaching).

Der Faktor Messzeitpunkt besteht aus zwei Stufen t1 und t2. Bei t1 handelt es sich um den ersten Befragungszeitpunkt vor Beginn des ersten Coachings im Oktober 2016 (Baseline). Die zweite Faktorstufe t2 entspricht dem zweiten Befragungszeitpunkt nach Abschluss des zweiten Coachings im September 2017.

In Tabelle 13 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Faktorstufenkombinationen (Faktor Intervention X Faktor Messzeitpunkt) und den drei Work-SoC-Subskalen Verstehbarkeit (Hypothese 1), Handhabbarkeit (Hypothese 2) und Bedeutsamkeit (Hypothese 3) dargestellt (jeweils auf Teamebene aggregiert).

Tabelle 13 Mittelwerte und Standardabweichungen der auf Teamebene aggregierten WorkSoc Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit in der Experimentalgruppe und der Warte-Kontrollgruppe zum Messzeitpunkt t1 und t2.

Messzeitpunkt	Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen		Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele		Warte-Kontrollgruppe	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
t1 <i>Verstehbarkeit</i>	2.92	.44	3.45	.43	3.55	.66
t2 <i>Verstehbarkeit</i>	3.34	.78	3.58	.45	3.52	.52
t1 <i>Handhabbarkeit</i>	4.16	.69	4.50	.29	4.45	.32
t2 <i>Handhabbarkeit</i>	3.91	.28	3.75	.18	3.78	.27
t1 <i>Bedeutsamkeit</i>	4.08	.56	4.42	.49	4.31	.53
t2 <i>Bedeutsamkeit</i>	4.60	.26	4.03	.38	4.30	.54

Anmerkungen: *M* = Mittelwerte; *SD* = Standardabweichung; *N* (Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen) = 4 Teams, *N* (Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele) = 8 Teams und *N* (Warte-Kontrollgruppe) = 9 Teams.

Ein potenzielles Problem quasiexperimenteller Untersuchungen stellen Regressionseffekte dar. Diesbezüglich sind insbesondere signifikante Unterschiede in den Ausgangswerten der Stufen der UV zum Messzeitpunkt t1 problematisch, da in diesem Fall unterschiedliche, zufallsbedingte Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten wahrscheinlich sind. Dieses Phänomen kann die vergleichende Interpretation von Veränderungen der Messwerte unter den Stufen der UV erheblich verzerren (z.B. Bortz & Döring, 2003; Hussy & Jain, 2002). Im vorliegenden Fall weisen die Ergebnisse einer einfaktoriellen Varianzanalyse jedoch darauf hin, dass zwischen den Stufen der UV zum Messzeitpunkt t1 keine signifikanten Unterschiede mit Blick auf die drei AVs Verstehbarkeit ($F(2, 18) = 1.92, n.s.$), Handhabbarkeit ($F(2, 18) = 1.05, n.s.$) und Bedeutsamkeit ($F(2, 18) = .57, n.s.$) vorhanden sind. Daher erscheint eine bedeutsame Verzerrung der Ergebnisse durch eine Regression zur Mitte eher unwahrscheinlich.

6.4.2 Ergebnisse

Nachfolgend wird getestet, ob sich die drei Work-SoC-Dimensionen Verstehbarkeit (Hypothese 1), Handhabbarkeit (Hypothese 2) und Bedeutsamkeit (Hypothese 3) in Teams, deren Führungskräfte im Rahmen eines salutogenen Coachings alle drei Bausteine A, B und C absolvieren, positiver entwickelt als in einer „Warte-Kontrollgruppe“ (Hypothesen 1a, 2a und 3a) und in der Bedingung „Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele“ (1b, 2b und 3b), in der die Führungskräfte nur die Bausteine A und B absolvieren.

6.4.2.1 Verstehbarkeit

Wie in Tabelle 13 dargestellt, zeigte sich eine tendenziell stärkere Zunahme der Verstehbarkeit zwischen den beiden Messzeitpunkten unter der Faktorstufe „Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen“ (von 2.92 auf 3.34) im Vergleich zur Faktorstufe „Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele“ (von 3.45 auf 3.58). In der „Warte-Kontrollgruppe“ war sogar ein minimaler Rückgang von 3.55 auf 3.52 festzustellen. Wie in Tabelle 14 dargestellt war die in der Hypothese thematisierte Wechselwirkung *Intervention x Messzeitpunkt* jedoch nicht signifikant ($F(2, 18) = 1.54, n.s., \eta^2 = .15, 1 - \beta = .28$). Der geschätzte empirische Effekt von 15% ist nach den Konventionen von Cohen (1988) inhaltlich als groß zu bezeichnen. Die Wahrscheinlich-

keit, einen Effekt dieser Größenordnung in der vorliegenden Untersuchung zu finden, betrug jedoch lediglich 28%, so dass das Ergebnis nicht eindeutig mit Blick auf die Hypothese 1 a und 1 b interpretiert werden kann.

Tabelle 14 Ergebnisse der 3x2-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung, den beiden Faktoren Intervention (3 Stufen) und Messzeitpunkt (2 Stufen) und der Work-SoC-Dimension Verstehbarkeit als abhängige Variable.

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	p	partiell η^2
1 Konstanter Term	426.38	1	426.38	.849.40	.000	.98
2 Zeit	.28	1	.28	3.03	.099	.14
3 Intervention	1.01	1	.50	1.00	.387	.10
4 Intervention * Zeit	.28	2	.14	1.54	.241	.15
5 Fehler	9.04	18	.50			

Anmerkungen: df = Freiheitsgrade; F = F-Wert; p = Signifikanzniveau; η^2 = Effektstärke (Eta-Quadrat), Intervention = Faktor *Intervention* (3 Stufen: a) *Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*, b) *Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele* und c) *Keine Intervention* (Wartekontrollgruppe ohne Coaching); Zeit = Faktor *Messzeitpunkt* (2 Stufen: t1 und t2); N = 21.

6.4.2.2 Handhabbarkeit

Zunächst ist festzustellen, dass zwischen den beiden Messzeitpunkten das Erleben von Handhabbarkeit über alle Faktorstufen signifikant abnahm (Haupteffekt Messzeitpunkt; $F(1, 18) = 42.77$, $p < .01$). Dieser Befund weist möglicherweise auf negative Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten auf der Ebene von Kontextfaktoren hin, die über alle Faktorstufen hinweg zu einem geringeren Handhabbarkeits erleben in den Teams geführt haben könnten. Zwischen den Messzeitpunkten zeigte sich darüber hinaus unter der Faktorstufe „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ (von 4.16 auf 3.91) im Vergleich zu den Faktorstufen „*Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele*“ (von 4.50 auf 3.75) und „*Warte-Kontrollgruppe*“ (von 4.45 auf 3.78) eine geringere Abnahme der auf Teamebene aggregierten Handhabbarkeit (Tabelle 13).

Wie in Tabelle 15 dargestellt, ist die Wechselwirkung *Intervention x Messzeitpunkt* allerdings nicht signifikant ($F(2, 18) = 2.66$, *n.s.*, $\eta^2 = .23$, $1 - \beta = .46$). Der geschätzte empirische Effekt von 23% ist nach den Konventionen von Cohen (1988) inhaltlich als groß zu bezeichnen. Die Wahrscheinlichkeit, einen Effekt dieser Größenordnung in der vorliegenden Untersuchung zu finden, betrug lediglich 46%, so dass das Ergebnis in Bezug auf die Hypothese 2 a und 2 b nicht eindeutig interpretiert werden kann.

Tabelle 15 Ergebnisse der 3x2-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung, den beiden Faktoren Intervention (3 Stufen) und Messzeitpunkt (2 Stufen) und der Work-SoC-Dimension Handhabbarkeit als abhängige Variable.

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles η^2
1 Konstanter Term	620.41	1	620.41	4184.09	.000	.99
2 Zeit	2.89	1	2.89	42.77	.000	.70
3 Intervention	.05	2	.02	.15	.858	.017
4 Intervention * Zeit	.36	2	.18	2.66	.097	.23
5 Fehler	2.67	18	.15			

Anmerkungen: df = Freiheitsgrade; F = F-Wert; p = Signifikanzniveau; η^2 = Effektstärke (Eta-Quadrat), Intervention = Faktor *Intervention* (3 Stufen: a) *Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*, b) *Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele* und c) *Keine Intervention* (Wartekontrollgruppe ohne Coaching); Zeit = Faktor *Messzeitpunkt* (2 Stufen: t1 und t2); N = 21.

6.4.2.3 Bedeutsamkeit

Tabelle 13 zeigt, dass die auf Teamebene aggregierte Bedeutsamkeit zwischen den Messzeitpunkten t1 und t1 unter der Faktorstufe „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ deutlich zunahm (von 4.08 auf 4.60). Im Unterschied zu dieser positiven Entwicklung war im gleichen Zeitraum unter der Faktorstufe „*Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele*“ eine Abnahme des Bedeutsamkeitserlebens auf Teamebene festzustellen (von 4.42 auf 4.03). In der Warte-Kontrollgruppe blieben die Werte nahezu unverändert (4.31 vs. 4.30). Wie in Tabelle 16 dargestellt, ist die Wechselwirkung *Intervention x Messzeitpunkt* signifikant ($F(2, 18) = 7.35, p < .01, \eta^2 = .45, 1 - \beta = .89$). Der aus den vorliegenden Daten geschätzte empirische Effekt von 45% ist nach den Konventionen von Cohen (1988) als groß zu bezeichnen.

Tabelle 16 Ergebnisse der 3x2-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung, den beiden Faktoren Intervention (3 Stufen) und Messzeitpunkt (2 Stufen) und der Work-SoC-Dimension Bedeutsamkeit als abhängige Variable.

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles η^2
1 Konstanter Term	681.12	1	681.21	1760.03	.000	.99
2 Zeit	.01	1	.01	.15	.708	.01
3 Intervention	.09	2	.05	.12	.890	.01
4 Intervention * Zeit	1.11	2	.56	7.35	.005	.45
5 Fehler	6.97	18	.39			

Anmerkungen: df = Freiheitsgrade; F = F-Wert; p = Signifikanzniveau; η^2 = Effektstärke (Eta-Quadrat), Intervention = Faktor *Intervention* (3 Stufen: a) *Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*, b) *Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele* und c) *Keine Intervention* (Wartekontrollgruppe ohne Coaching); Zeit = Faktor *Messzeitpunkt* (2 Stufen: t1 und t2); N = 21.

Um die genaue Struktur dieser signifikanten Wechselwirkung zu spezifizieren, wurden Post-Hoc-Analysen mit dem *Tukey HSD-Test* durchgeführt. Hypothese 3 a kann angenommen werden, wenn sich unter der Faktorstufe „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ die Zellmittelwerte zwischen den beiden Messzeitpunkten signifikant verbessert haben und sich unter der

Faktorstufe „*Warte-Kontrollgruppe*“ keine signifikante Verbesserung zeigt. Hypothese 3 b kann angenommen werden, wenn sich unter der Faktorstufe „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ die Zellmittelwerte zwischen den beiden Messzeitpunkten signifikant verbessert haben und sich unter der Faktorstufe „*Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele*“ keine signifikante Verbesserung zeigt. Im vorliegenden Fall ist eine Differenz zwischen zwei Zellmittelwerten signifikant, wenn sie größer ist als $HSD_{Intervention \times Messzeitpunkt} = 0.47$.

Die Mittelwertdifferenz zwischen den beiden Messzeitpunkten war mit 0.52 unter der Faktorstufe „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ größer als die HSD und damit signifikant. Mit 0.39 und 0.01 waren die Differenzen unter den Faktorstufen „*Warte-Kontrollgruppe*“ und „*Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele*“ kleiner als die HSD und damit nicht signifikant. Die Hypothesen 3 a und 3 b können damit angenommen werden: Das Bedeutsamkeitserleben entwickelt sich in Teams positiver, wenn Führungskräfte ein komplettes salutogenes Führungskräfte-Coaching absolvieren. Ein vergleichbarer Effekt ist weder in einer Warte-Kontrollgruppe noch in einer Interventionsgruppe ohne den dritten Baustein (salutogene, mitarbeiterorientierte Zielsetzung auf den TIMP-Dimensionen) nachweisbar.

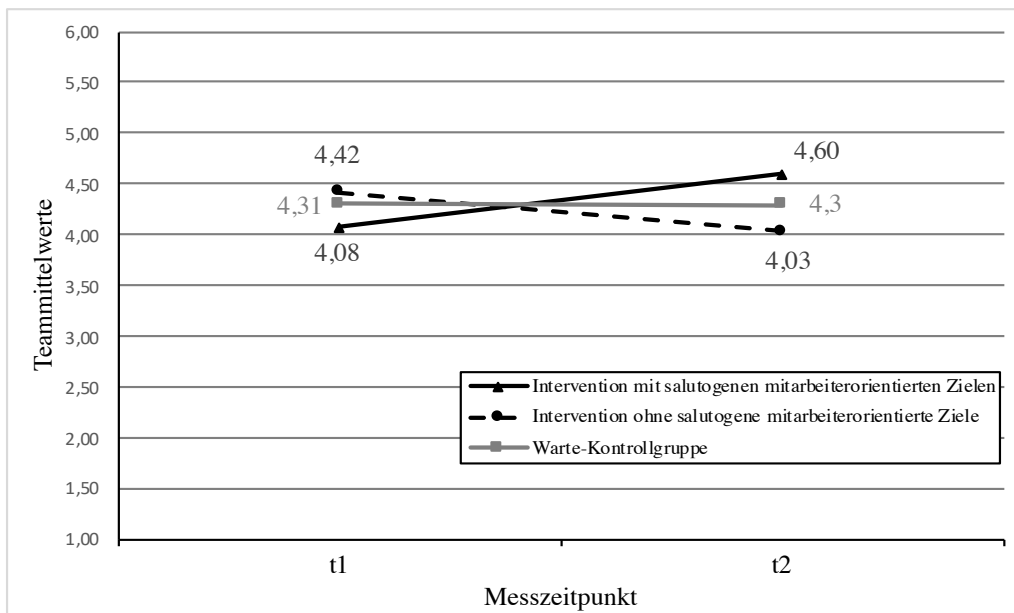


Abbildung 7 Veränderungen des Bedeutsamkeitserlebens (aggregiert auf Teamebene) zwischen den Messzeitpunkten t1 zu t2 unter den drei Stufen des Faktors Intervention

6.5 Übertragungsmöglichkeiten des Projektes auf andere Bereiche

Das übergeordnete Ziel dieses Projektes bestand darin zu überprüfen, ob sich die theoretischen Postulate des SSIM Gewinn bringend in der Praxis anwenden lassen. Hierzu wurde ein innovativer Coaching-Ansatz entwickelt und im Rahmen eines Pilotprojektes mit Führungskräften der Polizei erstmals durchgeführt. Die Ergebnisse einer quasiexperimentellen Evaluation der Wirksamkeit dieser Interventionsmaßnahme liefern erstmals Hinweise darauf, dass sich das arbeitsbezogene Kohärenzerleben (Work-SoC) von Teammitgliedern positiver entwickelt, wenn Führungskräfte vor dem Hintergrund eines individuellen SSIM ihre aktuelle Führungssituation reflektieren und sich auf dieser Grundlage Ziele auf den Kerndimensionen salutogener Führung (Vertrauen, Störungsmanagement und Druck) setzen.

Er zeigte sich tendenziell in allen Work-SoC-Dimensionen eine hypothesenkonforme Entwicklung, die allerdings nur für die Dimension Bedeutsamkeit bzw. Sinnerleben signifikant wurde: Wenn Führungskräfte im Rahmen des hier entwickelten salutogenen Coachings die Bausteine A „*Psychoedukation*“ und B „*Feedback + Entwicklung individueller SSIM-Modelle*“ absolvieren und sich auf dieser Grundlage salutogene Ziele auf den TIMP-Dimensionen setzen (Baustein C), dann entwickelt sich insbesondere das Bedeutsamkeitserleben ihrer Teammitglieder zum einen positiver als in Teams, deren Führungskräfte kein Coaching erhalten, und zum anderen im Vergleich zu Teams, deren Führungskräfte nur die Bausteine A und B des salutogenen Coachings absolvieren.

Bei der Dimension Verstehbarkeit der Arbeit zeigte sich eine tendenziell ähnliche Entwicklung. Dagegen nahm die erlebte Handhabbarkeit der Arbeitsanforderungen insgesamt ab, jedoch bei den Teams, deren Führungskraft sich salutogene Ziele setzte, tendenziell weniger stark als bei den Teams in den beiden anderen Bedingungen. Insgesamt ergeben sich daher zumindest erste Hinweise auf eine Wirksamkeit des neu entwickelten salutogenen Coaching-Ansatzes, wenn alle drei Bausteine des Coachings absolviert werden. Der dritte Baustein C (salutogene Zielsetzungsprozesse) erscheint jedoch eine notwendige bzw. erfolgskritische Voraussetzung für diese Wirksamkeit. Die Studie lieferte keine Hinweise darauf, dass die Bausteine A und B für sich genommen eine positive Wirkung entfalten.

Mit Blick auf die Übertragbarkeit der Evaluationsergebnisse ergeben sich einige Einschränkungen, die nachfolgend erörtert werden.

6.5.1 Limitationen und Forschungsausblick

Bei der Evaluation des Projektes konnten die Angaben der Teammitglieder nur auf Teamebene analysiert werden, da die ursprünglich geplante Verwendung eines Codes zur Zuordnung der Daten der Teammitglieder zu den beiden Messzeitpunkten für die Durchführung einer Mehrebenenanalyse nicht realisiert werden konnte. Dies führte zugleich zu einer deutlichen Reduzierung der statistischen Power (vgl. van Dick, Wagner, Stellmacher & Christ, 2005).

Dieses Problem wurde durch den Ausschluss einiger Führungskräfte und ihrer Teams aufgrund bedeutsamer (nicht von der Führungskraft initiiertes) struktureller Veränderungen zwischen den Befragungszeitpunkten, längerer krankheitsbedingter Abwesenheiten der Führungskräfte und des Wechsels von Führungskräften in andere Organisationseinheiten weiter verschärft.

Noch problematischer wäre es jedoch gewesen, diese Führungskräfte und ihre Teams nicht auszuschließen, da dies eine unkontrollierbare Konfundierung der quasiexperimentellen Manipulation salutogener Zielsetzungen mit strukturellen, anderweitig bedingten Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten produziert hätte. Der Ausschluss dieser Untersuchungseinheiten zielte demnach in Abwägung der damit verbundenen Nachteile darauf ab, die Ceteris-Paribus-Bedingungen bzw. die interne Validität (Campbell & Stanley, 1963) der Untersuchung zu erhöhen.

Eine weitere Limitation ist, dass die Coaches erst nach der ersten Coaching-Sitzung die Führungskräfte den beiden Versuchsbedingungen „*Intervention mit salutogenen mitarbeiterorientierten Zielen*“ vs. „*Intervention ohne salutogene mitarbeiterorientierte Ziele*“ zuordnen konnten, da sich erst da herauskristallisierte welche Art von Ziele sich die Führungskräfte setzen wollten. Es handelt sich daher um eine quasiexperimentelle Versuchsanordnung, die eine im Vergleich zum Experiment geringere interne Validität besitzt (Bortz & Döring, 2003). Dieses Vorgehen war erforderlich, da im Coaching keine Ziele vorgegeben werden können, sondern das Coaching nur zur Zielklärung und Unterstützung der Führungskräfte bei der Zielerreichung beitragen soll (Wissmann, 2006; vgl. Rauen, 2008). Die Aufnahme der zusätzlichen Faktorstufe erhöhte wiederum die Teststärke (Bortz & Döring, 2003).

Darüber hinaus wäre eine statistische Kontrolle potenzieller Störvariablen wie z.B. der Teamgröße durch eine Konzeptualisierung dieser Variable als Kovariate wünschenswert gewesen, um dadurch die Teststärke der Untersuchung weiter zu erhöhen. Im Falle quasiexperimenteller Versuchsanordnungen kommen jedoch kovarianzanalytische Auswertungsverfahren grundsätzlich nicht in

Frage, da diese zu fehlerhaften Schätzungen der Fehlervarianz führen: „[...] *the problem is that ANCOVA assumes the group differences on the covariates are due to chance, and will regress. Since these differences are not due to chance, ANCOVA will produce a biased adjustment*“ (Jamieson, 2003, S. 282).

Die externe Validität der Studie wird darüber hinaus durch den Fokus auf Führungskräfte der Polizei und den relativ hohen Anteil männlicher Führungskräfte eingeschränkt. Zudem schränkt die freiwillige Teilnahme an dieser Studie die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation aller polizeilichen Führungskräfte ein. Zukünftige Studien müssen daher klären, ob die hier gefundenen Zusammenhänge und Interventionseffekte auch bei anderen und heterogeneren Stichproben replizierbar sind.

Darüber hinaus bedarf es weiterer Längsschnittstudien und insbesondere experimenteller Versuchsanordnungen mit größeren Stichproben, um die im SSIM postulierte Kausalbeziehung zwischen der Wahrnehmung von Kontextfaktoren, Interaktionserfahrungen, salutogenen Zielsetzungsprozessen und salutogenem Führungsverhalten einerseits und zwischen salutogenem Führungsverhalten und dem Kohärenzerleben der Teammitglieder andererseits weiter zu prüfen.

Mit Blick auf die TIMP-Führungsdimensionen sollte in zukünftigen Studien ebenfalls geprüft werden, ob diese sich spezifisch auf die drei Work-SoC-Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit auswirken. Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnten wir in dieser Studie die Auswirkungen von Zielsetzungsprozessen auf den TIMP-Führungsdimensionen nur unspezifisch testen. Zwei Argumente sprechen jedoch für die Annahme, dass sich die TIMP-Führungsfaktoren auf alle drei Work-SoC-Komponenten auswirken.

Erstens, Antonovsky (1987) hat detailliert herausgearbeitet, dass Veränderungen in einer der drei SoC-Dimensionen (z.B. Bedeutsamkeit) zu Veränderungen in den anderen Dimensionen (z.B. Handhabbarkeit) führen. Das hängt vor allem damit zusammen, dass sich bspw. ein gesteigertes Bedeutsamkeitserleben bzgl. der eigenen Arbeit vermittelt über eine Intensivierung von Weiterbildung und Coping-Bemühungen auf das Handhabbarkeitserleben auswirkt (Antonovsky, 1987).

Zweitens, ein gutes Störungsmanagement der Führungskraft im Sinne des TIMP kann in der Praxis z.B. dazu führen, dass ein Problem, das für Mitarbeitende subjektiv als wenig sinnvolle und ärgerlich wahrgenommen wird und gleichzeitig erhebliche Mehraufwände produziert, gelöst wird (vgl. Eberz & Antoni, 2018). In diesem Fall würde ein gutes Störungsmanagement dann zum einen die

auf das Erleben von Sinn bezogene Bedeutsamkeitskomponente und durch die Verringerung der Arbeitsaufwände zum anderen die Handhabbarkeitskomponente des Work-SoC stärken.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheint zumindest die unspezifische Annahme, die wir im Rahmen dieser Studie geprüft haben, gerechtfertigt, dass salutogene Zielsetzungsprozesse auf den TIMP-Führungsdimensionen zu Veränderungen in allen drei Work-SoC-Dimensionen führen können. Interessant ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass im Bereich des Bedeutsamkeitserlebens der größte Effekt zu beobachten war. Dies könnte darauf hindeuten, dass möglicherweise Veränderungsprozesse im Erleben von Kohärenz im Arbeitskontext durch eine Veränderung der Bedeutsamkeitskomponente initiiert werden und dass dies im Sinne Antonovskys (1987) positive, aber zeitlich versetzte Effekte in den beiden anderen Work-SoC-Komponenten nach sich zieht. Aufgrund der geringen Stichprobengröße und den zwei Messzeitpunkten konnte diese interessante Forschungs-Hypothese hier jedoch ebenfalls nicht geprüft werden. Diese These sollte aber in zukünftigen Studien mit größeren Stichproben und mehreren Messzeitpunkten systematisch geprüft werden.

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls problematisch, dass die deutliche Abnahme des Handhabbarkeitserlebens sowohl in den Experimentalgruppen als auch der Wartekontrollgruppen zwischen den Messzeitpunkten darauf hinweist, dass es einen bedeutsamen Effekt auf der Ebene der übergeordneten Rahmenbedingungen gegeben hat, der sich negativ auf diese Work-SoC-Komponente ausgewirkt hat. Möglicherweise haben Veränderungen der Arbeitszeitmodell, die in diesem Zeitraum in der gesamten Organisation durchgeführt wurden und in Teilen auch zu erheblicher Unzufriedenheit geführt haben, diesen negativen Effekt befördert. Unabhängig von der hier nicht abschließend zu beantwortenden Frage, wodurch dieser negative Trend letztlich ausgelöst wurde, ist jedoch nicht auszuschließen, dass dieser generelle Effekt auf einer übergeordneten Ebene die Ergebnisse dieser Studie bedeutsam beeinflusst hat. Insbesondere könnte dieser konfundierte Effekt dazu geführt haben, dass auch potenziell positive Auswirkungen des salutogenen Coachings auf das Erleben von Handhabbarkeit dadurch reduziert wurden.

Trotz der genannten Einschränkungen (insbesondere der geringen Stichprobengröße) konnte erstmals ein positiver Effekt salutogener Zielsetzungsprozesse auf Seiten der Führungskräfte in einer bedeutenden Größenordnung nachgewiesen werden. Insbesondere die ergriffenen Maßnahmen zur Kontrolle von Störvariablen, die Zuordnung der Führungskräfte und ihrer Teams zu den Stufen der unabhängigen Variable „*Salutogene, mitarbeiterorientierte Zielsetzung*“ auf der Grundlage

von Fremdratings der Coaches (im Gegensatz zu Selbstauskünften der Führungskräfte) erhöhen die interne Validität dieser Untersuchung, und damit wiederum die Aussagekraft der Ergebnisse. Darüber hinaus handelt es sich bei dieser Studie um eine der wenigen quasi-experimentellen Interventionsstudien im Bereich der gesundheitsorientierten Führungskräfteentwicklung, die insbesondere unter natürlichen Untersuchungsbedingungen durchgeführt wurde. Dies unterstreicht die externe Validität dieser Untersuchung.

Darüber hinaus erscheinen die Herausforderungen polizeilicher Führungskräfte (z.B. subjektiv als „*schwierig*“ wahrgenommene Mitarbeitende, eingeschränkt belastbare bzw. dienstfähige Mitarbeitende, begrenzte personelle und zeitliche Ressourcen, Zunahme an Komplexität, Digitalisierung, begrenzte Führungsspielräume etc.) durchaus mit denjenigen zu vergleichen, die auch Führungskräfte in vielen anderen Organisationen zu bewältigen haben (vgl. Zimmer et al., 2015). D.h. die Rahmenbedingungen, unter denen gesundheitsförderliches Führungsverhalten bei der Polizei realisiert werden muss, sind mit vielen anderen Organisationen sicherlich vergleichbar. Dies spricht wiederum für eine Übertragbarkeit der Ergebnisse dieses Pilotprojektes auf andere Organisationen und Kontexte.

6.5.2 Implikationen für die Praxis

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus diesem Projekt ist davon auszugehen, dass sich die theoretischen Postulate des SSIM gewinnbringend in die Praxis übertragen lassen. Insbesondere die Entwicklung eines individuellen SSIM als wissenschaftlich begründete, gesundheitsorientierte Reflexionsgrundlage der aktuellen Führungssituation hat sich bewährt. Die hier erstmals erprobte Vorgehensweise verbindet damit Theorie und Praxis und liefert interessante Ansatzpunkte für Interventionen, die sowohl Erkenntnisse der empirischen Forschung als auch die individuellen Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt.

Darüber hinaus liefert die Evaluation des Projektes erste Hinweise darauf, dass salutogene Reflexions- und Zielsetzungsprozesse auf Seiten von Führungskräften auf den Kerndimensionen salutogener Führung eine bedeutende Rolle spielen bei der Entstehung salutogenen Führungsverhaltens. Daher sollten Führungskräfte zum einen regelmäßige Rückmeldungen zu den arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken ihrer Teammitglieder bekommen. Zum anderen sollten sich Führungskräfte im

Falle eines daraus ableitbaren Handlungsbedarfes salutogene, mitarbeiterorientierte Ziele setzen und diese umsetzen.

An dieser Stelle ist auch darauf hinzuweisen, dass sich viele Führungskräfte im Rahmen der salutogenen Coachings keine salutogenen Ziele auf den TIMP-Dimensionen setzten. Wie bereits erörtert, könnte dieses Verhalten bei einem Teil der Führungskräfte dadurch erklärt werden, dass sie subjektiv vor dem Hintergrund relativ guter Work-SoC-Werte ihrer Teammitglieder keinen Handlungsbedarf wahrgenommen haben. Bei einem Teil der Führungskräfte waren die Work-SoC-Werte ihrer Teammitglieder allerdings eher im Mittelfeld oder unterdurchschnittlich. Dennoch setzten sich diese Führungskräfte keine salutogenen Ziele. In diesen Fällen reichen die beiden Bausteine des salutogenen Coachings A (Psychoedukation) und B (Feedback + vertiefende Selbstreflexion) wahrscheinlich nicht aus, um eine hinreichende intrinsische Motivation für die Umsetzung des dritten Bausteins C (salutogene Zielsetzungsprozesse) auf den TIMP-Dimensionen zu erzeugen.

Hier ist zum einen im Rahmen zukünftiger Forschungsprojekte zu klären, unter welchen Umständen Führungskräfte in der Praxis dazu bereit sind, auch bei einem sich in niedrigen Team-Work-SoC-Werten spiegelnden Handlungsbedarf salutogene Ziele auf den TIMP-Dimensionen zu verfolgen. Zum anderen könnte es in der Praxis auch sinnvoll sein, Work-SoC-Werte aggregiert auf der Ebene einzelner Organisationseinheiten regelmäßig zu erfassen und im Rahmen von Zielvereinbarungsprozessen mit der zuständigen Führungskraft zu thematisieren. Derartige Maßnahmen könnten bspw. im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen realisiert werden.

Um Missverständnisse an dieser Stelle zu vermeiden, sei nochmals darauf hingewiesen, dass Führungskräfte im Sinne des SSIM nicht alleine für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden verantwortlich sind, aber diesbezüglich definitiv eine bedeutende Mit-Verantwortung tragen. D.h. Maßnahmen zur Verbesserung des Team-Work-SoC erfordern einerseits eine Initiative und ein Engagement auf Seiten der zuständigen Führungskraft aber andererseits insbesondere auch die konstruktive Beteiligung der Mitarbeitenden und die Unterstützung von Seiten übergeordneter Vorgesetzter und des Managements (Eberz & Antoni, 2016, 2018).

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Rahmen dieses Pilotprojektes ist darüber hinaus zu empfehlen, Führungskräfte bei der Analyse der ihr Führungsverhalten beeinflussenden Faktoren und der Ableitung zielführender Maßnahmen, z.B. in Form eines Coachings, zu unterstützen. Im

Rahmen der salutogenen Coachings hat sich wiederum das SSIM als Heuristik für das Generieren einzelfallbezogener Hypothesen zur Erklärung gesundheitsförderlicher und -gefährdender Interaktionsdynamiken sowie der Ableitung salutogener Ziele und zielführender Maßnahmen bewährt.

6.6 Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass. (Deutsche Ausgabe: Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag).
- Bauer, G. F., & Jenny, G. J. (2007). Development, implementation and dissemination of occupational health management (OHM): Putting salutogenesis into practice. *Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice*, 2, 219-250.
- Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC-Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 20-30.
- Bliese, P. D. (2000). Within-group agreement, non-independence, and reliability: Implications for data aggregation and analyses. In K. J. Klein & S. W. J. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations: Foundations, extensions, and new directions* (pp. 349–381). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Blume, B. D., Ford, J. K., Baldwin, T. T., & Huang, J. L. (2010). Transfer of training: a meta-analytic review. *Journal of Management*, 36, 1065–1105.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand-McNally.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Ducki, A., & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*. Berlin: Springer.
- Eberz, S. & Antoni, C. H. (2016). Das Systemisch-Salutogene Interaktions-Modell (SSIM) – Ein ganzheitlicher Ansatz zur Erklärung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden. Gruppe. Interaktion. Organisation. *Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 3, 265-273.

- Eberz, S. & Antoni, C. H. (2018). Das TIMP-Inventar – Ein Beitrag zur ökonomischen Erfassung von Kern-Faktoren salutogener Führung. Gruppe. Interaktion. Organisation. *Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 1, 69-80.
- Eberz, S., Becker, R., Antoni, C. H. (2011). Kohärenzerleben im Arbeitskontext - Ein nützliches Konstrukt für die ABO-Psychologie? *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie*, 3, 115-131.
- Echterhoff, M. (2011). Führungskräfte tragen Verantwortung – auch für die Gesundheit von Beschäftigten?! – Eine empirische Untersuchung zur Selbsteinschätzung von Führungskräften hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Einflussmöglichkeiten im Betrieb. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*(S. 89-96). Berlin: Springer.
- Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 253-264). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*(S. 89-96). Berlin: Springer.
- Geyer, S. (2006). Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In P. Kolip, H. Wydler & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (3. Aufl., S. 71-85). Weinheim: Juventa.
- Greif, S. (2007). Advances in research on coaching outcomes. *International Coaching Psychology Review*, 2, 222-248.
- Hattie, J. & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77, 81-112.
- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hussy, W. & Jain, A. (2002). *Experimentelle Hypothesenprüfung in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jamieson, J. (2003). Analysis of covariance (ANCOVA) with difference scores. *International Journal of Psychophysiology*, 52, 277-283.
- Judge, T. A. & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89, 755-168.

- Kissling, W. & Pitschel-Walz, G. (2004). Psychoedukation: Wirksamkeit und praktische Durchführung. In: W. Rössler W. (Hrsg.) *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 391-411). Berlin: Springer.
- Klebl, U. & Nerdinger, F. W. (2010) Kompetenzentwicklung durch Development-Center. Eine quasiexperimentelle Untersuchung im Finanzdienstleistungsbereich. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 54, 57-67.
- Korek, S., Felfe, J. & Franke, F. (2015). Führungsspielraum. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 213-222). Göttingen: Hogrefe.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J. & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being and health effects – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 904-915.
- LeBreton, J. M., & Senter, J. L. (2008). Answers to 20 questions about interrater reliability and interrater agreement. *Organizational Research Methods*, 11, 815–852.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). Work motivation and satisfaction: Light at the end of the tunnel. *Psychological Science*, 1, 240-246.
- Lück, M. (2017). *Höhere Anforderungen, mehr Ressourcen - Arbeitsbedingungen von Führungskräften*. BIBB/BAuA-Faktenblatt 22. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Radatz, S. (2006). *Einführung in das systemische Coaching*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Rauen, C. (2008). *Coaching* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Rigotti, T., Emmerich, A. & Holstad, T. (2015). Zukünftige Forschung zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 265-276). Göttingen: Hogrefe.
- Rosseau, D. M. (2006). Presidential address: Is there such a thing as “evidence-based management”? *Academy of Management Review*, 31, 256-269.
- Scherm, M. & Sarges, W. (2002). *360°-Feedback*. Göttingen: Hogrefe.
- Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2007) (10. Aufl.). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. & Guzman, J. (2010). Are leaders' wellbeing, behaviors, and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24, 107-139.
- Smither, J. W., London, M., & Reilly, R. R. (2005). Does performance improve following multisource feedback? A theoretical model, meta-analysis, and review of empirical findings. *Personnel Psychology*, 58, 33-66.
- Van Dick, R., Wagner, U., Stellmacher, J. & Christ, O. (2005): Mehrebenenanalysen in der Organisationspsychologie: Ein Plädoyer und ein Beispiel, *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 27-34.
- Vincent, S. (2011). Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*(S. 89-96). Berlin: Springer.
- Wisse mann, M. (2006). *Wirksames Coaching* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Zimber, A., Hentrich, S., Bockhoff, K., Wissing, C. & Petermann, F. (2015). Wie stark sind Führungskräfte psychisch gefährdet? Eine Literaturübersicht zu Gesundheitsrisiken und arbeitsbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 123-140.

7 Kapitel VII: Diskussion

Die Zunahme an krankheitsbedingten Fehlzeiten und Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Störungen in den letzten Jahrzehnten (Meyer, Wenzel & Schenkel, 2018) hat entscheidend dazu beigetragen, dass das gesellschaftliche und politische Interesse an einem Schutz der psychischen Gesundheit im Arbeitskontext deutlich gestiegen ist. Diese Entwicklung spiegelt sich u.a. darin, dass im Arbeitsschutzgesetz seit 2013 explizit auch eine Beurteilung von psychischen Gefährdungen fest verankert ist. Zunehmend rücken bei der Suche nach Ansatzpunkten für eine effektive Förderung der psychischen Gesundheit im betrieblichen Kontext insbesondere auch Führungskräfte in den Fokus (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Macco, 2011; Franke, Vincent & Felfe, 2011; Franke, Ducki & Felfe, 2015; Häfner, Pinneker & Hartmann-Pinneker, 2019; Libicky-Mayerhofer, 2018; Matyssek, 2010).

Dies scheint einerseits gerechtfertigt, da aktuelle Metaanalysen (Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008; Skakon, Nielsen, Borg & Guzman, 2010) und Reviews (Gregersen, Kuhnert, Zimmer & Nienhaus, 2011; Rudolph, Murphy & Zacher, 2019; Stadler & Spieß, 2003) darauf hinweisen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Führungsverhalten auf der einen und der Gesundheit von Mitarbeitenden auf der anderen Seite. Andererseits müssen diese Zusammenhänge vorsichtig interpretiert werden, da im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung zum einen ein Mangel an Studien vorhanden ist, die kausale Schlussfolgerungen zulassen (Rigotti, Emmerich & Holstad, 2015, S. 266; vgl. Skakon, 2010). Darüber hinaus existieren einige ungelöste konzeptionelle Probleme, die die Reichweite und den Nutzen der Erkenntnisse der gesundheitsorientierten Führungsforschung für die Praxis bedeutsam einschränken.

Erstens, gesundheitsorientierte Führungskonzepte weisen sowohl untereinander als auch mit Blick auf allgemeine Führungsansätze theoretisch-konzeptionelle Überschneidungen auf, was die Frage aufwirft, inwieweit gesundheitsorientierte Führungsaspekte im Vergleich untereinander und im Vergleich zu etablierten Führungskonzepten inkrementelle Varianzanteile psychischer Gesundheitsindikatoren erklären (Antonakis, 2017; Rudolph et al., 2019). Zweitens, aktuelle Konzepte und Modelle zum Einfluss von Führung auf die Mitarbeitergesundheit stehen bislang stark in der Tradition des personenzentrierten Ansatzes und vernachlässigen daher weitgehend den Einfluss der Führungssituation auf ge-

sundheitsförderliches und gesundheitsgefährdendes Führungsverhalten (Eilles-Matthiesen & Scherer, 2011; vgl. Franke et al., 2015; Gregersen et al., 2011; Kuoppala et al., 2008; Rigotti et al., 2015; Skakon et al., 2010). Auf der Basis dieser Überlegungen wurde die übergeordnete Forschungs-Hypothese formuliert und begründet, dass die explizite Berücksichtigung der Führungssituation das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial gesundheitsorientierter Führungsmodelle bedeutsam erweitert. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangslage verfolgte diese Dissertation drei übergeordnete Ziele:

Erstens, es wurde das anwendungsorientierte Systemisch-Salutogene Interaktionsmodell (SSIM) zur Erklärung und Förderung salutogenen Führungs- und Mitarbeiterverhaltens auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes entwickelt und theoretisch begründet. Dieses Modell berücksichtigt zum einen explizit den bislang vernachlässigten Einfluss des Kontextes und des Mitarbeiterverhaltens auf salutogene Aspekte des Führungsverhaltens. Darüber hinaus integriert dieses Modell sowohl systemische und evidenzbasierte Elemente als auch Konzepte der Salutogenesetheorie und postuliert auf dieser theoretisch breit angelegten Grundlage spezifische salutogene Wirkmechanismen. Auf einer übergeordneten Ebene wird zum einen ein systemischer Wirkmechanismus beschrieben, der besagt, dass sich Kontextfaktoren, Verhaltensweisen der Mitarbeitenden und Eigenschaften der Führungskraft (P-Faktoren) vermittelt über subjektive Wirklichkeitskonstruktionen (salutogener SSIM-Wirkmechanismus A) und damit assoziierte Zielsetzungsprozesse (salutogener SSIM-Wirkmechanismus B) auf salutogenes Führungsverhalten auswirken. Zum anderen postuliert der salutogene SSIM-Wirkmechanismus C, dass sich diese subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen und die Verhaltensweisen von Führungskräften und Mitarbeitenden vermittelt über das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden am Arbeitsplatz auf die Gesundheit der Interaktionspartner auswirken. Aus dieser erweiterten SSIM-Perspektive ergeben sich insbesondere wichtige Implikationen für die Praxis: Die ganzheitliche Ausrichtung des SSIM impliziert zum einen eine lösungsorientierte und faire Verteilung von Verantwortung zwischen den organisationalen Akteuren (SSIM-Handlungsmaxime I) und zum anderen eine ganzheitlichere Ausrichtung von Maßnahmen zur Förderung des Work-SoC der Führungskräfte und der Mitarbeitenden (SSIM-Handlungsmaxime II).

Zweitens, auf der Grundlage empirischer Studien wurde das Modell konkretisiert und dessen Komplexität durch eine Fokussierung auf Einflussfaktoren mit besonders starken Effekten begrenzt, um den Nutzen des Modells für die Praxis zu maximieren. Zum einen

wurde im Rahmen eines aufwendigen Konstruktionsprozesses das TIMP-Inventar entwickelt, das die drei Führungsdimensionen Vertrauen (Trust), Störungsmanagement (Incident Management) und Druck (Pressure) erfasst. Es konnte nachgewiesen werden, dass diese drei Führungsverhaltensdimensionen mit weniger Items mehr Work-SoC-Varianz auf Seiten der Teammitglieder aufklären als die zum Vergleich herangezogenen etablierten allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen. Daher können diese drei Führungsdimensionen im Sinne von Kern-Faktoren gesundheitsförderlicher Führung interpretiert werden. Dieses Kernfaktoren-Konzept konkretisiert die Aussagen des SSIM auf einer empirischen Grundlage und reduziert damit Komplexität. Die TIMP-Skalen lassen sich insbesondere als SSIM-Handlungsmaxime III interpretieren, an denen sich Führungskräfte in der Praxis orientieren können, um gesundheitsförderliche Interaktionsdynamiken zwischen ihnen und den Mitarbeitenden zu schützen und zu fördern. Es konnten darüber hinaus aus den Ergebnissen einer Mehrebenenanalyse einige Hypothesen zum Einfluss bestimmter Aspekte der subjektiv wahrgenommenen Führungssituation auf spezifische Facetten salutogener Führung abgeleitet werden. Damit wird der salutogene SSIM-Wirkmechanismus A des SSIM ebenfalls weiter konkretisiert.

Drittens, zentrale Postulate dieses Modells wurden erstmals mittels empirischer Forschung systematisch geprüft. In einer im Querschnitt angelegten Mehrebenenanalyse wurde erstmals gezeigt, dass sich bestimmte subjektive Wirklichkeitskonstruktionen von Führungskräften, die sich inhaltlich insbesondere auf den Kontext und Interaktionserfahrungen mit Mitarbeitenden beziehen, bedeutsame Anteile der zwischen Arbeitsteams vorhandenen Varianz des wahrgenommenen Führungsverhaltens salutogener Führung aufklären. Damit wird erstmals ein von personenimmanenten Einflussfaktoren unabhängiger und bedeutsamer Zusammenhang nachgewiesen zwischen kontext- und interaktionsbezogenen Wirklichkeitskonstruktionen der Führungskräfte und spezifischen Aspekten salutogener Führung. Dieses Ergebnis spricht zum einen für die übergeordnete Forschungshypothese, die besagt, dass die explizite Berücksichtigung der Führungssituation das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial gesundheitsorientierter Führungsmodelle bedeutsam erweitert. Zum anderen stützt dieser Befund den SSIM-Wirkmechanismus A, der einen bedeutsamen Einfluss der auf die Führungssituation bezogenen subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen auf Seiten der Führungskräfte auf salutogene Aspekte ihres Führungsverhaltens postuliert. Darüber hinaus wurden im Rahmen einer quasi-experimentellen Untersuchung erstmals Hinweise darauf gefunden, dass sich Zielsetzungsprozesse der Führungskraft auf den TIMP-Dimensionen positiv auf das Work-SoC der Mitarbeitenden

auswirken. Die Ergebnisse sprechen für den im SSIM postulierten salutogenen SSIM-Wirkmechanismus B, der besagt, dass sich Ziele vermittelt über salutogenes Führungsverhalten auf das Kohärenzerleben der Mitarbeitenden am Arbeitsplatz auswirken. Für die Praxis lässt sich daraus ableiten, dass sich das SSIM als konzeptionelle Grundlage für gesundheitsförderliche Reflexionsprozesse grundsätzlich eignet, was den praktischen Nutzen dieses Modells unterstreicht.

Tabelle 17 enthält eine Übersicht über die wesentlichen Überlegungen und Erkenntnisse dieser kumulativen Dissertation, die aus vier Artikeln und einer vertiefenden Erörterung der theoretischen Grundlagen des neu entwickelten SSIM besteht. Darüber hinaus werden die theoretischen und methodischen sowie die für die Praxis relevanten Implikationen dargestellt, die im Rahmen der Diskussion nachfolgend nochmals ausführlich erörtert werden.

Tabelle 17 Ziele und Erkenntnisse der Dissertation sowie daraus ableitbare Implikationen.

Ziele	Wesentliche Überlegungen & Ergebnisse	Theoretische & methodische Implikationen	Implikationen für die Praxis
1 Entwicklung und Begründung eines anwendungsorientierten, integrativen Modells zur Erklärung & Förderung salutogenen Führungs- & Mitarbeiterverhaltens (SSIM)	<ul style="list-style-type: none"> Der Einfluss der Führungssituation (Kontext und Mitarbeiterverhalten) auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens ist bedeutsam, wird allerdings bislang in gesundheitsorientierten Führungskonzepten vernachlässigt Systemische Konzepte fokussieren auf komplexe Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen (Kontext, Interaktionen, subjektive Wirklichkeitskonstruktionen). Das systemische Paradigma liefert wirksame Interventionskonzepte, die auf eine lösungs- bzw. gesundheitsorientierte Beeinflussung dieser komplexen Prozesse ausgerichtet sind. 	<ul style="list-style-type: none"> Die explizite Berücksichtigung der Führungssituation erweitert das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial gesundheitsorientierter Führungsmodelle (übergeordnete Forschungs-Hypothese). Die SSIM-Elemente Kontext, Interaktionsprozesse, subjektive Wirklichkeitskonstruktionen und Ziele werden auf der konzeptionellen Grundlage des systemischen Paradigmas miteinander (kausal) verknüpft. Kontextfaktoren, Verhaltensweisen der Mitarbeitenden und Eigenschaften der Führungskraft (P-Faktoren) wirken sich vermittelt über subjektive Wirklichkeitskonstruktionen (salutogener SSIM-Wirkmechanismus A) und damit assoziierte Zielsetzungsprozesse (salutogener SSIM-Wirkmechanismus B) auf salutogenes Führungsverhalten aus. Im SSIM wird postuliert, dass sich das Führungs- und Mitarbeiterverhalten sowie Kontextfaktoren vermittelt über das Kohärenzerleben auf die Gesundheit auswirken (salutogener SSIM-Wirkmechanismus C) 	<ul style="list-style-type: none"> SSIM-Handlungsmaxime I: Lösungsorientierte & faire Verteilung von Verantwortung zwischen organisationalen Akteuren. SSIM-Handlungsmaxime II: Ganzheitlich orientierte Gesundheitsförderung von Führungskräften und Mitarbeitenden auf mehreren Ebenen. Die eng mit dem systemischen Paradigma verknüpfte SSIM-Perspektive erweitert das Methodenrepertoire mit Blick auf Diagnostik und Intervention. Dadurch wird das Spektrum nützlicher Strategien & Techniken zur Förderung salutogener Interaktionen zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden um systemische Konzepte erweitert. Das Work-SoC kann für diagnostische Zwecke eingesetzt werden, um Interventionsbedarfe abzuleiten oder die Wirksamkeit von Interventionen auf der Grundlage des SSIM zu überprüfen.
	<ul style="list-style-type: none"> Das Salutogenesekonzept liefert mit dem Konzept Kohärenzerleben am Arbeitsplatz (Work-SoC) einen wichtigen gesundheitswissenschaftlich begründeten Baustein für ein integratives gesundheitsorientiertes Führungsmodell. 	<ul style="list-style-type: none"> Im SSIM werden die TIMP-Führungsverhaltensdimensionen als Kernfaktoren salutogener Führung interpretiert. Die TIMP-Faktoren liefern eine Antwort auf die bislang unbeantwortete Forschungsfrage, welches Führungsverhalten für die Förderung der Mitarbeitergesundheit besonders bedeutsam ist. Dieses Ergebnis spricht für spezifische Zusammenhänge zwischen der Führungssituation und salutogenen Führungsaspekten, die allerdings in zukünftigen konfirmatorischen Studien geprüft werden müssen → Konkretisierung des SSIM. 	<ul style="list-style-type: none"> Die TIMP-Skalen lassen sich als SSIM-Handlungsmaxime III interpretieren, an denen sich Führungskräfte in der Praxis orientieren können, um gesundheitsförderliche Interaktionsdynamiken zwischen ihnen und den Mitarbeitenden zu schützen und zu fördern → empirisch begründete Reduzierung von Komplexität. Diese Erkenntnisse sind insbesondere für diagnostische Zwecke interessant, da sich Interventionen auf dieser Grundlage zukünftig zielgerichteter planen und durchführen lassen.
	2 Konkretisierung der Modellpostulate & Komplexitätsreduktion	<ul style="list-style-type: none"> In einem aufwändigen Prozess wurden drei konzeptionell hinreichend unabhängige Führungsdimensionen (TIMP-Faktoren) identifiziert, die mehr Work-SoC-Varianz auf Seiten der Mitarbeitenden aufklären als andere allgemeine und gesundheitsbezogene Führungskonzepte. Bestimmte Wahrnehmungen der Führungskräfte mit Blick auf den Kontext & das Mitarbeiterverhalten klären spezifische Anteile der Varianz salutogenen Führungsverhaltens zwischen Teams auf. 	<ul style="list-style-type: none"> Dieses Ergebnis spricht zum einen für die Annahme, dass das Erklärungspotenzial gesundheitsorientierter Führungsmodelle durch die explizite Berücksichtigung der Führungssituation erweitert wird (übergeordnete Forschungshypothese). Zum anderen steht dieser Befund im Einklang mit dem im SSIM postulierten salutogenen SSIM-Wirkmechanismus A. Dieses Ergebnis spricht für den Einfluss von Zielsetzungsprozessen auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens, was insbesondere den im SSIM postulierten Wirkmechanismus (salutogener SSIM-Wirkmechanismus B) stützt.
3 Systematische Prüfung zentraler Postulate des Modells	<ul style="list-style-type: none"> Wahrgenommene Kontext- & Interaktionsfaktoren auf Seiten der Führungskräfte klären im Rahmen einer Mehrebenenanalyse eigenständige & bedeutsame Varianzanteile salutogenen Führungsverhaltens aus Sicht der Mitarbeitenden auf. Das Work-SoC von Teams, deren Führungskräfte auf der Grundlage des SSIM ihre Führungssituation reflektieren und anschließend Ziele auf den TIMP-Dimensionen verfolgen, entwickelt sich in einer quasixperimentellen Untersuchung positiver. 	<ul style="list-style-type: none"> Dieses Ergebnis spricht für den Einfluss von Zielsetzungsprozessen auf gesundheitsrelevante Aspekte des Führungsverhaltens, was insbesondere den im SSIM postulierten Wirkmechanismus (salutogener SSIM-Wirkmechanismus B) stützt. 	<ul style="list-style-type: none"> Das SSIM eignet sich als konzeptionelle Grundlage für gesundheitsförderliche Reflexionsprozesse. Ziele auf den TIMP-Dimensionen fördern eine positive Entwicklung des Work-SoC auf Teamebene.

7.1 Theoretische und methodische Implikationen

Nachfolgend werden die wesentlichen Überlegungen und Ergebnisse der Dissertation zusammengefasst und in den Kontext des aktuellen Forschungsstandes eingeordnet. Darüber hinaus werden die daraus ableitbaren theoretischen und methodischen Implikationen erörtert.

7.1.1 Das SSIM: Eine Erweiterung der Perspektive gesundheitsorientierter Führung

Im Rahmen dieser Dissertation wurde zunächst das Systemisch-Salutogene Interaktionsmodell (SSIM) entwickelt und begründet. Bei dem SSIM handelt es sich um ein anwendungsorientiertes, integratives Modell zur Erklärung und Förderung salutogenen Führungsverhaltens. Das Besondere an diesem Modell ist, dass es explizit auf fünf Aspekte fokussiert, die im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung bislang vernachlässigt wurden: Erstens, gesundheitsorientierte Führung wird als Interaktionsprozess mit einer reziproken Beeinflussung von Führungs- und Mitarbeiterverhalten konzeptualisiert. Zweitens, der Kontext wird als bedeutsamer Einflussfaktor explizit berücksichtigt, der sich auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Führungskräfte und der Mitarbeitenden auswirkt. Drittens, subjektive Wirklichkeitskonstruktionen auf Seiten der Führungskräfte und der Mitarbeitenden werden als wesentlicher Teil eines Wirkmechanismus betrachtet, der Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen (Kontext, personenimmanente Aspekte und Verhaltensweisen von Führungskräften und Mitarbeitenden) miteinander verknüpft. Viertens, das SSIM rückt explizit das Kohärenzerleben im Arbeitskontext als einen wissenschaftlich begründeten, spezifischen Indikator für ein gesundheitsförderliches Erleben der Arbeitssituation ins Zentrum. Fünftens, die zentralen SSIM-Elemente Kontext, Interaktionsprozesse und subjektive Wirklichkeitskonstruktionen werden auf der konzeptionellen Grundlage des systemischen Paradigmas miteinander (kausal) verknüpft. Es wurde darüber hinaus herausgearbeitet, dass das SSIM die Perspektiven der gesundheitsorientierten Führungsforschung erweitert und die Handlungsmöglichkeiten in der gesundheitsorientierten Führungspraxis vergrößert:

Erstens, das SSIM erweitert durch die Fokussierung auf bedeutsame aber bislang vernachlässigte Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen (Kontextfaktoren und Mitarbeiterverhalten) und deren komplexes Zusammenspiel das Erklärungs- und Vorhersagepotenzial der bisherigen gesundheitsorientierten Führungskonzepte (erstes Ziel der Dissertation). Diese These erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der Ergebnisse der verfügbaren Studien zum Einfluss bestimmter Facetten der Führungssituation wie z.B. Führungsspielräumen (Korek, Felfe & Franke, 2015; Rigotti et al., 2015) auf gesundheitsorientierte Führungsaspekte, aber auch wichtigen Erkenntnissen der allgemeinen Führungsforschung, die Führungsverhalten und -erfolg allgemein als multifaktoriell bedingte Phänomene auffassen (z.B. Brodbeck, 2016; Day, 2014; Lang & Rybnikova, 2014; Nerdinger, 2008; Neuberger, 2002; Yukl, 1989), plausibel. Aus einer übergeordneten theoretischen Perspektive betrachtet wird der Fokus der bislang tendenziell einseitig auf Eigenschaften und Verhaltensweisen der Führungskräfte ausgerichteten gesundheitsorientierten Führungsansätze (vgl. Franke & Felfe, 2011; Vincent, 2011) im SSIM deutlich stärker in Richtung von Führungskonzepten verschoben, die der Führungssituation und Interaktionsprozessen eine größere Bedeutung beimessen.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere der Ansatz der Führungssubstitute zu nennen (Kerr & Jermier, 1978; Türk, 1981). Neuberger (2002, S. 446) definiert ein Führungssubstitut als *„jemand oder etwas in der Umwelt einer Führungskraft, das deren Fähigkeit reduziert, auf die Geführten gezielt und erfolgreich einzuwirken; der Führungseinfluss wird durch etwas anderes ersetzt“*. Metaanalytische Befunde weisen darauf hin, dass diese Führungssubstitute tatsächlich einen inkrementellen Erklärungsbeitrag liefern (Podsakoff, MacKenzie & Bommer, 1996). Im SSIM wird in Übereinstimmung mit dem theoretischen Ansatz der Führungssubstitute u.a. postuliert, dass sich die auch im Sinne von Führungssubstituten interpretierbaren Kontextfaktoren (z.B. die Organisationskultur und die Gestaltung von Arbeits- und Rahmenbedingungen) unabhängig vom Führungsverhalten in Interaktionen bedeutsam auf das Kohärenzerleben und das Verhalten der Mitarbeitenden auswirkt.

Darüber hinaus entspricht die im Primärsystem des SSIM postulierte reziproke Verknüpfung von Führungs- und Mitarbeiterverhalten insbesondere auch einer austauschtheoretischen Führungsperspektive. Ansätze wie der des Leader-Member-Exchange (LMX; Graen, Novak & Sommerkamp, 1982) fokussieren auf die Interaktion zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden. Dabei steht der Gedanke im Vordergrund, dass in jeder

Arbeitsbeziehung zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden „*quasi Vertragsbedingungen ausgehandelt (werden), die für die Zukunft festschreiben, wie man miteinander umgehen soll oder will*“ (Neuberger, 2002, S. 335). Der ursprünglich auf die Dyade Führungskraft-Mitarbeiter bezogene LMX-Ansatz wurde später auf das Team (Graen & Uhl-Bien, 1995) und den nächsthöheren Vorgesetzten (Weibler, 1994) ausgeweitet. In diesem Zusammenhang sind auch Konzepte wie „*Führung von unten*“ (Wunderer & Weibler, 1992) und mikropolitische Ansätze (Burns, 1962; Bosetzky, 1977) zu nennen, die im Kern auf ein komplexes Netzwerk von Interessen, interessen geleiteter Verhaltensweisen und Aushandlungsprozesse zwischen unterschiedlichen organisationalen Akteuren fokussieren, die sich wechselseitig beeinflussen. Das SSIM ist in hohem Maße anschlussfähig an diese interaktionsorientierte Perspektive. Dies spiegelt sich insbesondere in der Vorstellung, dass sich zum einen die Verhaltensweisen von Führungskräften und Mitarbeitenden und zum anderen die Verhaltensweisen der Führungskräfte und deren nächsthöheren Vorgesetzten (Ebene der Kontextfaktoren) wechselseitig beeinflussen.

Zweitens, das SSIM kombiniert erstmals systemische mit evidenzbasierten Konzepte in einem gesundheitsorientierten Führungsmodell. Dadurch werden originär systemische Perspektiven, Strategien und Techniken anschlussfähig an die evidenzbasierte Führungsforschung und -praxis, die sich im klinischen Kontext bereits als wirksam erwiesen haben und darüber hinaus zumindest in der Praxis der Personal- und Organisationsentwicklung weit verbreitet sind (vgl. Neuberger, 2002; Radatz, 2006; Steinkellner, 2012). Es sei an dieser Stelle ebenfalls angemerkt, dass viele systemische Elemente durchaus bedeutsame konzeptionelle Überschneidungen mit eher dem evidenzbasierten Paradigma zuzuordnenden Führungsansätzen aufweisen. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, die Überschneidungen, Parallelentwicklungen und noch verbleibenden Unterschiede vollständig herauszuarbeiten, weshalb hier darauf verzichtet wird. Nachfolgend werden jedoch einige Beispiele erörtert.

Ein Beispiel stellt das systemische Konzept der Kontextsteuerung und das evidenzbasierte Konzept der Führungssubstitute dar. Im Kern fokussieren beide Ansätze darauf, dass andere Faktoren unabhängig vom Führungsverhalten das Verhalten von Mitarbeitenden und Erfolgsindikatoren wie z.B. Leistung, Arbeitszufriedenheit oder die psychische Gesundheit bedeutsam beeinflussen. Im SSIM werden die hinter diesem Phänomen liegenden Mechanismen im Einklang mit systemischen Postulaten konkretisiert. Hier

wird davon ausgegangen, dass Kontextfaktoren zum einen direkten Einfluss auf das Kohärenzerleben von Mitarbeitenden und Führungskräften haben und vermittelt über handlungsleitende, subjektive Wirklichkeitskonstruktionen das Verhalten beider Interaktionspartner beeinflussen. Dieser Wirkmechanismus steht wiederum nicht im Widerspruch zu einer evidenzbasierten Sichtweise, die im Allgemeinen ebenfalls davon ausgeht, dass kognitive Prozesse menschliches Verhalten bedeutsam beeinflussen. Darüber hinaus wird sowohl im systemischen Paradigma als auch im Bereich der Führungssubstitutionsforschung davon ausgegangen, dass Kontextfaktoren die Einflussmöglichkeiten von Führungskräften mit Blick auf das Verhalten und die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zwar einerseits begrenzen (Neuberger, 2002), aber andererseits weder die Verhaltensweisen in sozialen Systemen noch den Erfolg und die Gesundheit vollständig determinieren. In beiden Ansätzen wird vielmehr durchaus auch ein bedeutsamer Einfluss des Führungsverhaltens postuliert bzw. dieser nicht vollständig negiert. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheint es durchaus gerechtfertigt, den systemischen Ansatz als „Vorläufer der Führungsresidualität“ (Lang & Rybnikova, 2014, S. 263) zu interpretieren.

Darüber hinaus sei darauf hingewiesen, dass systemische Konzepte insbesondere sehr stark auf Kommunikationsprozesse in sozialen Systemen und zirkulär verknüpfte subjektive Wirklichkeitskonstruktionen und Verhaltensweisen fokussieren. Diese systemische Perspektive weist wiederum erhebliche Überschneidungen mit evidenzbasierten, ebenfalls interaktionsorientierten bzw. austauschtheoretisch begründeten Führungsansätzen wie z.B. dem LMX oder mikropolitischen Ansätzen auf. Viele originär systemische Konzepte wie das Reframing oder zirkuläre Fragen sind explizit darauf ausgerichtet, ressourcen- und lösungsorientiert Interaktionsdynamiken zu reflektieren (zu verstören) mit dem Ziel, letztlich gesundheitsförderliche und konfliktärmere Kommunikationen zu fördern. Aus einer evidenzbasierten Perspektive betrachtet fokussieren diese systemischen Konzepte darauf, im Sinne des LMX einen fairen und konfliktarmen Austausch zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden zu befördern bzw. gesundheitsgefährdende mikropolitisch motivierte Verhaltensmuster auf Seiten von Führungskräften und Mitarbeitenden zu minimieren. Auch diese Überlegungen unterstreichen, dass es zwischen originär systemischen Konzepten und evidenzbasierten Führungsansätzen zumindest auf der theoretisch-konzeptionellen Ebene wahrscheinlich mehr Überschneidungen als fundamen-

tale Unterschiede gibt. Die Unterschiede beziehen sich eher auf die im Kapitel III herausgearbeiteten erkenntnistheoretischen Grundlagen, den Aufbau und die Ausdifferenzierung von Wissen und deren Anwendung in der Praxis.

An dieser Stelle ist jedoch zu betonen, dass das SSIM in Übereinstimmung mit aktuellen, allgemeinen Führungsansätzen (z.B. Day, 2014; Nerdinger, 2008; Neuberger, 2002; Yukl, 1989) auf multifaktorielle Zusammenhänge fokussiert. D.h. der Einfluss von Kontextfaktoren und des Mitarbeiterverhaltens wird einerseits als sehr bedeutsam eingestuft. Andererseits wird explizit davon ausgegangen, dass die handlungsleitenden subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen von Führungskräften auch von personenimmanenten (P-) Faktoren beeinflusst werden, wodurch sich zum einen Überschneidungen mit dem u.a. auf gesundheitsförderliche Einstellungen der Führungskraft wie die Wichtigkeit der Mitarbeitergesundheit fokussierenden HoL-Ansatz und zum anderen mit allgemeinen, eigenchaftsorientierten Führungsansätzen und Forschungsbefunden (z.B. Judge, Bono, Ilies & Gerhardt, 2002) ergeben. Darüber hinaus wird im SSIM davon ausgegangen, dass auch personenimmanente Faktoren einen Einfluss auf handlungsleitende, subjektive Wirklichkeitskonstruktionen der Mitarbeitenden haben. Hier spielen wahrscheinlich u.a. implizite Führungstheorien (Lord & Maher, 1990; Medvedeff, & Lord, 2007) eine bedeutende Rolle, die als *„Wahrnehmung [...] definiert (sind), wie Führungskräfte sind (Eigenschaften), was Führungskräfte tun (Verhalten) und was im Ergebnis des Führungshandelns zur erwarten ist (Kausalität)“* (Lang, 2014, S. 61). Diese impliziten Führungstheorien wirken sich vermittelt über die Bewertung von Führungskräften bzw. des Führungshandelns auf die Reaktionen von Mitarbeitenden gegenüber ihren Führungskräften aus (Lang, 2014). D.h. zukünftige, auf dem SSIM basierende Forschungsprojekte sollten untersuchen, ob sich bestimmte implizite Führungstheorien auf Seiten der Mitarbeitenden vermittelt über die Wahrnehmung von Führungskräften oder deren Verhalten (Ebene subjektiver Wirklichkeitskonstruktionen) auf salutogene Verhaltensweisen der Mitarbeitenden auswirken. Im systemischen Kontext würde man allerdings nicht von impliziten Führungstheorien, sondern eher von Narrationen, Geschichten oder Ideen (Schlippe & Schweitzer, 2007, Kap. 1.6) sprechen. So-wohl diese systemischen Konzepte als auch das evidenzbasierte Konzept der impliziten Führungstheorien fokussieren allerdings im Kern auf Gedächtnisrepräsentationen, die Wahrnehmungs- und Interpretationsprozesse bedeutsam beeinflussen.

Darüber hinaus wird im SSIM davon ausgegangen, dass so genannte Kernfaktoren mit Blick auf salutogene Führungsverhaltensweisen aber auch mit Blick auf das Verhalten der Mitarbeitenden existieren, die einen besonders starken Einfluss auf salutogene Interaktionsdynamiken im Primärsystem haben. Dieser Teil des SSIM lässt sich auch im Sinne verhaltensorientierter Führungsansätze interpretieren. D.h. in Übereinstimmung mit der Führungsstilforschung (z.B. Mitarbeiterorientierung, transformationale Führung) wird im SSIM davon ausgegangen, dass es bestimmte Dimensionen des Führungs- und des Mitarbeiterverhaltens gibt, die sich im Vergleich zu anderen Verhaltensweisen besonders stark auf salutogene Interaktionsprozesse im Primärsystem auswirken.

Abbildung 8 fasst diese Überlegungen zur theoretischen Verortung des SSIM im Kontext der allgemeinen Führungsforschung nochmals zusammen.

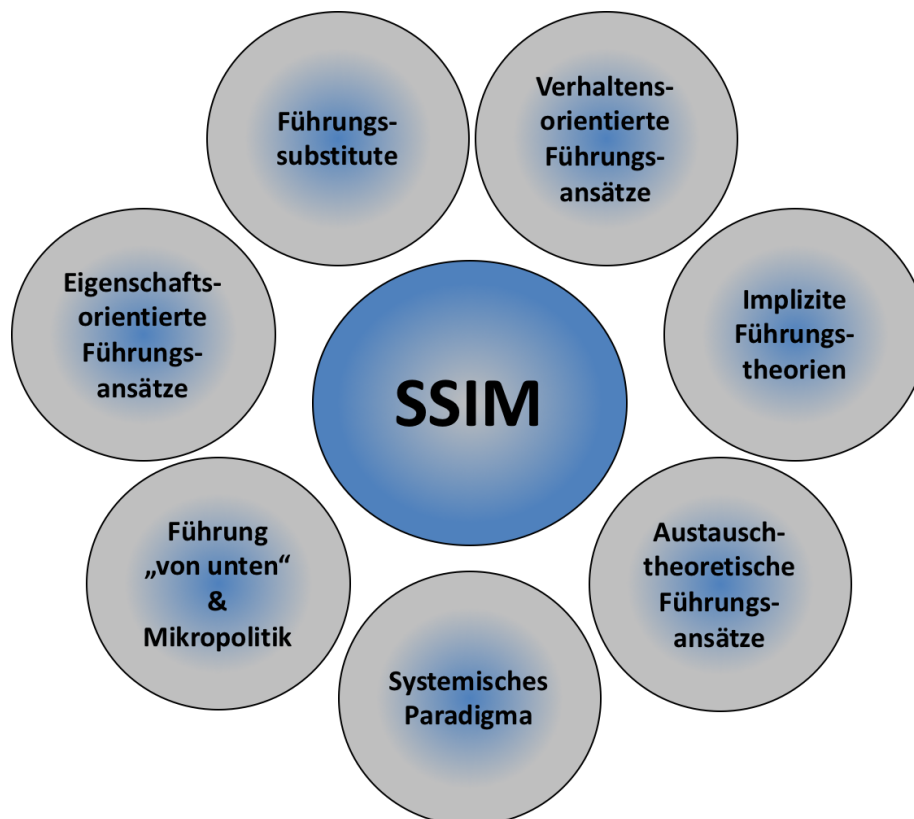


Abbildung 8 Theoretische Verortung des SSIM im Kontext der allgemeinen Führungsforschung

Drittens, aus dem SSIM lassen sich die beiden Handlungsmaximen einer lösungsorientierten und fairen Verteilung von Verantwortung (SSIM-Handlungsmaxime I) und einer ganzheitlichen Ausrichtung von Maßnahmen zur Förderung des Kohärenzerlebens von

Mitarbeitenden und Führungskräften (SSIM-Handlungsmaxime II) ableiten, die in Kapitel II und III ausführlich erörtert werden.

Viertens, die Fokussierung auf das Kohärenzerleben am Arbeitsplatz ermöglicht eine empirische Analyse der relativen Bedeutung verschiedener Aspekte des Führungsverhaltens für die Gesundheit der Mitarbeitenden bzw. die Identifikation von Kernfaktoren salutogener Führung (SSIM-Handlungsmaxime III).

Auf der theoretischen Grundlage des neu entwickelten SSIM wurden drei Untersuchungen geplant und durchgeführt, die zum einen darauf abzielten, die Modellpostulate vor dem Hintergrund empirischer Daten zu konkretisieren und die Komplexität des Modells durch eine Fokussierung auf Einflussfaktoren mit besonders starken Effekten zu begrenzen (zweites Ziel der Dissertation). Diese Begrenzung sollte insbesondere die Handhabbarkeit und damit den Nutzen des Modells für die Praxis erhöhen. Zum anderen war es wichtig, zentrale Postulate dieses Modells erstmals mittels empirischer Forschung systematisch zu untersuchen (drittes Ziel der Dissertation).

7.1.2 Die Identifikation von Kernfaktoren salutogener Führung

Der Artikel 2 fokussierte zunächst darauf, die relative Bedeutung gesundheitsrelevanter Führungsaspekte für das Work-SoC der Teammitglieder systematisch zu analysieren und zu quantifizieren. Im Rahmen eines aufwendigen deduktiv-induktiven Entwicklungsprozesses wurde das TIMP-Inventar entwickelt, das die drei salutogenen Führungsdimensionen Vertrauen (Trust), Störungsmanagement (Incident Management) und Druck (Pressure) erfasst. Dieses Inventar hat zwei wichtige Eigenschaften, die für die gesundheitsorientierte Führungsforschung von großer Bedeutung sind:

Erstens, die Ergebnisse konfirmatorischer Faktorenanalysen in zwei unabhängigen Stichproben sprechen für die Annahme, dass das TIMP-Inventar drei korrelierte Kern-Faktoren salutogener Führung erfasst: Vertrauen, Störungsmanagement und Druck. Die Interkorrelationen der TIMP-Skalen erreichen lediglich eine Größenordnung, die mit der Annahme einer hinreichenden konzeptionellen Eigenständigkeit bzw. Unabhängigkeit dieser Konzepte im Einklang stehen. Inhaltlich bedeutet dieser Befund, dass das TIMP-Inventar nach derzeitigem Kenntnisstand eine ökonomische Erfassung unterschiedlicher Facetten salutogenen Führungsverhaltens ermöglicht. Damit vermeidet das TIMP ein

großes methodisches Problem vieler Führungsskalen, bei denen aufgrund zu hoher Interkorrelationen Zweifel bestehen, ob diese valide Indikatoren unterschiedlicher Führungsaspekte darstellen (Judge & Piccolo, 2004).

Zweitens, die Ergebnisse der inkrementellen Regressionsanalysen in zwei unabhängigen Stichproben belegen, dass die drei TIMP-Faktoren im Vergleich zu etablierten, allgemeinen und gesundheitsbezogenen Führungsskalen bedeutsame zusätzliche Beiträge zur Varianzaufklärung des Work-SoC leisten. Darüber hinaus erklären diese als Kern-Faktoren salutogener Führung bezeichneten Dimensionen nicht nur zusätzliche, sondern auch mehr Varianz des Work-SoC auf als transformationale Führung, Soziale Unterstützung, Mitarbeiterorientierung, belastendes Führungsverhalten sowie die HoL-Skalen positives und negatives Gesundheitsverhalten.

Die Ergebnisse der inkrementellen Regressionsanalysen sprechen daher insgesamt für eine hinreichende konzeptionelle Eigenständigkeit bzw. ausgeprägte inkrementelle Validität der TIMP-Skalen im Sinne von Rudolph et al. (2019). Damit ist nach derzeitigem Kenntnisstand davon auszugehen, dass die TIMP-Faktoren das methodische Problem einer zu starken konzeptionellen Überlappung gesundheitsorientierter Führungskonzepte untereinander und mit Blick auf allgemeine Führungsaspekte (Antonakis, 2017; Rudolph et al., 2019) weitgehend vermeiden.

Diese systematische, vergleichende Analyse der gesundheitsförderlichen Effekte eines breiten Spektrums unterschiedlicher Führungsverhaltensweisen ermöglicht erstmals eine empirisch begründete Ableitung von Kernfaktoren salutogener Führung (vgl. Franke & Felfe, 2011; Gregersen et al., 2011; Rudolph et al., 2019; Vincent, 2011). Vor dem Hintergrund dieser empirischen Ergebnisse lassen sich die TIMP-Skalen inhaltlich als salutogene Handlungsmaxime (SSIM-Handlungsmaxime III) interpretieren, an denen sich Führungskräfte in der Praxis orientieren können, um gesundheitsförderliche Interaktionsdynamiken zwischen ihnen und ihren Mitarbeitenden zu schützen und zu fördern.

Das Kern-Faktoren-Konzept liefert damit vor allem eine empirisch begründete Reduzierung von Komplexität für Führungskräfte, da es im Alltag eine wissenschaftlich begründete Fokussierung auf eine überschaubare Anzahl, zentraler gesundheitsförderlicher Führungsaufgaben erleichtert. Anders formuliert stellen die TIMP-Faktoren damit auch eine Antwort auf die für die gesundheitsorientierte Führungsforschung wichtige Frage dar,

welche Führungsverhaltensweisen für den Erhalt und die Förderung der Mitarbeitergesundheit besonders wichtig sind (Franke et al., 2011; Rigotti et al., 2015; Rudolph et al., 2019). Die drei Kern-Faktoren salutogener Führung spezifizieren darüber hinaus im SSIM salutogenes Führungsverhalten, was eine empirisch begründete Präzisierung des Modells darstellt. Damit wurde das zweite Ziel dieser Dissertation umgesetzt.

7.1.3 Zum Einfluss der Führungssituation auf Kernfaktoren salutogener Führung

Das übergeordnete Ziel von Artikel 3 bestand darin, die Zusammenhänge zwischen spezifischen Merkmalen der Führungssituation und Kernfaktoren gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens systematisch zu untersuchen. Diese Untersuchung schließt zum einen eine relevante Forschungslücke: Bislang wurde noch nicht systematisch untersucht, wie stark sich die Führungssituation (Führungskontext und Interaktionserfahrungen mit Mitarbeitenden) im Vergleich zu personenimmanenten Aspekten (z.B. salutogenen Einstellungen der Führungskraft) auf gesundheitsförderliche Aspekte des Führungsverhaltens auswirken. Weitgehend unklar war bislang auch, welche Merkmale der Führungssituation spezifische Aspekte gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens fördern oder hemmen und welche Wirkmechanismen dabei eine Rolle spielen (vgl. Franke et al., 2015; Rigotti et al., 2015). Zum anderen stellt diese Untersuchung zugleich eine Überprüfung zentraler Wirkmechanismen des SSIM dar (drittes Ziel der Dissertation). Denn das SSIM postuliert explizit einen – von personenimmanenten Faktoren – unabhängigen Einfluss von Kontext- und Interaktionsfaktoren auf salutogene Führungsverhaltensweisen.

Es konnte zum einen gezeigt werden, dass die auf den Kontext und die Interaktionen mit MA bezogenen Kognitionen der FK eigenständige (von salutogenen Einstellungen der FK unabhängige), bedeutsame Anteile der zwischen den Arbeitsteams vorhandenen Varianz mit Blick auf das von den MA wahrgenommene Führungsverhalten auf den drei Kerndimensionen salutogener Führung (Störungsmanagement, Druck und Vertrauen) erklären. Diese Befunde weisen erstmals darauf hin, dass die Wahrnehmungen der Führungskräfte mit Blick auf ihre Führungssituation (Kontext und Interaktionserfahrungen mit ihrem Team) eigenständige und bedeutsame Anteile der Unterschiede salutogenen Führungsverhaltens erklären. Dieses Ergebnis stützt ein wesentliches Postulat des SSIM. Diese Befunde stehen darüber hinaus im Einklang mit zentralen Annahmen der Theorie der Führungssubstitute (Kerr & Jermier, 1978; Türk, 1981) und interaktionsorientierter

Führungsansätzen (Graen et al., 1982; Graen & Uhl-Bien, 1995), die einen substanziellen Einfluss der Führungssituation bzw. des Mitarbeiterverhaltens auf das Führungsverhalten postulieren.

Groß angelegte Forschungsprojekte wie die GLOBE-Studie zeigen darüber hinaus, dass persönlichkeitsimmanente Faktoren auf Seiten der Führungskraft im Vergleich zur Führungssituation deutlich weniger Varianz des Führungserfolgs aufklären (Brodbeck, 2016). Auch im Rahmen dieser Untersuchung war der Effekt der Führungssituation und des Verhaltens der Mitarbeitenden (aus Sicht der Führungskraft) auf salutogene Aspekte des Führungsverhaltens (aus Sicht der Mitarbeitenden) größer als der Effekt salutogener Einstellungen der Führungskraft. Aus diesen Ergebnissen lässt sich zumindest die interessante Hypothese ableiten, dass die Führungssituation für die Erklärung salutogenen Führungsverhaltens möglicherweise noch bedeutsamer ist als personenimmanente Faktoren. Diese Hypothese ist allerdings im Rahmen zukünftiger Forschungsprojekte (Längsschnittstudien/ experimentelle Studien) zu prüfen, da die aus den Ergebnissen der im Querschnitt angelegten Mehrebenenanalyse ableitbaren Schlussfolgerungen keine valide Prüfung dieser Hypothese zulässt (siehe hierzu ausführlich Kapitel V).

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalysen liefern zum anderen einige interessante Hypothesen zur relativen Bedeutung bestimmter Kontextfaktoren und Interaktionserfahrungen mit dem Team für spezifische Aspekte salutogenen Führungsverhaltens, die allerdings ebenfalls in zukünftigen konfirmatorischen Studien geprüft werden müssen. Die hier durchgeführte Mehrebenenanalyse hat lediglich einen explorativen Charakter. Dennoch liefern diese Hypothesen interessante Ansatzpunkte für eine mögliche Konkretisierung des SSIM und die gesundheitsorientierte Führungsforschung und -praxis.

7.1.4 Ziele als salutogener Wirkmechanismus im SSIM

In Artikel 4 wurde geprüft, ob ein Zusammenhang nachgewiesen werden kann zwischen salutogenen Zielsetzungsprozessen der Führungskraft auf den Kernfaktoren salutogener Führung und dem Work-SoC der Teammitglieder. Damit leistet diese Untersuchung einen Beitrag zur Klärung einer im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung einerseits sehr relevanten aber bislang kaum erforschten Frage (vgl. Franke et al., 2015; Rigotti et al., 2015): Warum zeigen Führungskräfte mehr oder weniger gesundheitsförderliches Führungsverhalten und welche Wirkmechanismen spielen dabei eine Rolle?

Das SSIM fokussiert diesbezüglich auf Zielsetzungsprozesse als wesentlichen Teil eines salutogenen Wirkmechanismus. Es wird davon ausgegangen, dass sich mitarbeiterorientierte Ziele auf den Kernfaktoren salutogener Führung vermittelt über salutogene Führungsverhaltensweisen auf das Work-SoC auswirken. Dieser spezifische salutogene Wirkmechanismus ist allerdings bislang noch nicht empirisch untersucht worden. Das Ziel der vorliegenden Studie bestand daher darin, diese Forschungslücke weiter zu schließen.

Die Ergebnisse dieser quasiexperimentellen Untersuchung mit einem Drei-Gruppen-Pretest-Posttest-Design mit zwei Interventions- und einer Wartekontrollgruppe weisen insgesamt darauf hin, dass sich zumindest Teile des Work-SoC der Teammitglieder positiver entwickeln, wenn sich Führungskräfte salutogene mitarbeiterorientierte Ziele auf den Kerndimensionen salutogener Führung (Vertrauen, Störungsmanagement und Druck) setzen. Dies ist zum einen ein erster Hinweis darauf, dass salutogene Zielsetzungsprozesse auch bei der Erklärung salutogenen Führungsverhaltens eine bedeutende Rolle spielen. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit Ergebnissen der Metaanalyse von Smither, London und Reilly (2005), die darauf hinweisen, dass Zielsetzungsprozesse die Wahrscheinlichkeit für positive Veränderungen erhöhen. Dies spricht auch für eine Übertragbarkeit der insbesondere in der Zielsetzungstheorie (Locke & Latham, 1990) und der Handlungsregulationstheorie (Hacker, 2006; Oesterreich & Volpert, 1987) beschriebenen Funktion von Zielen auf den Bereich der gesundheitsorientierten Führung. Aus einer übergeordneten theoretischen Perspektive betrachtet lässt sich der im SSIM postulierte Wirkmechanismus, der Zielsetzungsprozesse in den Fokus rückt, insbesondere auch handlungsregulationstheoretisch interpretieren. Dieser Gedanke wird anschließend erörtert.

In der Handlungsregulationstheorie haben Ziele folgende Funktion: *„Sie (Ziele) veranlassen aufgrund der Anreizwerte der antizipierten Handlungsergebnisfolgen das Handeln, dienen bei der Kontrolle der Handlungsausführung als Soll-Werte für den Vergleich mit dem erreichten Zustand, und lenken das Handeln beim Entscheiden, d.h. beim Auswählen derjenigen Alternative, mit welcher das Ziel erreicht werden soll“* (von Rosenstiel, Molt & Rüttinger, 2005, S. 87). Ziele sind Teil eines *„inneren Modells über die Umwelt“* (von Rosenstiel et al., 2005, S. 87), in dem subjektives Wissen über Systeme

wie z.B. Zusammenhänge zwischen verschiedenen Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen, Handlungspläne und Erfahrungen etc. gespeichert sind, was Hacker (2006) als Operatives Abbildsystem (OAS) bezeichnet.

Im SSIM lassen sich die salutogenen, interaktionsrelevanten Wirklichkeitskonstruktionen (Kognitionen, Emotionen und Ziele) auch im Sinne eines auf gesunde Interaktionen bezogenen OAS interpretieren. Erstens handelt es sich bei beiden Konzepten um subjektive Gedächtnisrepräsentationen. Zweitens fokussieren beide auf kognitive Repräsentationen von komplexen Systemen mit Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen wie z.B. den Kontext und Arbeitsaufgaben. Drittens werden Ziele als Mediatoren zwischen subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen bzw. kognitiven Abbildern der Wirklichkeit und dem beobachtbaren Verhalten konzeptualisiert.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lässt sich zusammenfassend feststellen, dass der hier nachgewiesene Zusammenhang zwischen Zielsetzungsprozessen der Führungskraft auf den drei Kern-Dimensionen salutogener Führung und dem Work-SoC der Teammitglieder einen wesentlichen im SSIM beschriebenen Wirkmechanismus stützt, der darüber hinaus im Einklang steht mit zentralen Postulaten der Zielsetzungs- und die Handlungsregulationstheorie.

7.2 Implikationen für die Praxis

Aus dem SSIM lassen sich einige bedeutsame Implikationen für eine gerechte Verteilung der Verantwortung für die Gesundheit von Mitarbeitenden und Führungskräften, die strategische Ausrichtung von Diagnostik und Intervention, die Ausrichtung von Personal- und Teamentwicklungsmaßnahmen sowie die Durchführung von Gefährdungsanalysen psychischer Belastungen ableiten. Diese Implikationen werden nachfolgend erörtert.

7.2.1 Zur Verantwortung von Führungskräften und Mitarbeitenden

Aussagen von Mitarbeitenden wie z.B. „*der Chef ist immer schuld*“ (Eilles-Matthiessen & Scherer, 2011, S. 16) oder von Führungskräften wie z.B. „*Gesundheit ist Privatsache*“ (Echterhoff, 2011, S. 94) weisen darauf hin, dass isolierte Verantwortungszuschreibungen in der Praxis weit verbreitet sind. Das Hauptproblem bei einseitigen Verantwortungszuschreibungen mit Blick auf ein wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) besteht darin, dass diese auf Seiten der organisationalen Akteure eine dysfunktionale Haltung befördern, die eine Verbesserung der Situation bzw. eine Lösung von Problemen erheblich erschweren: „*Da können wir nichts machen. Das war schon immer so. Die Umstände, die Mitarbeiter, die Technik, die Kultur, die Natur oder das System sind schuld*“ (Westermayer, 1998, S. 131).

Diese Art der dysfunktionalen (gesundheitsgefährdenden) Wirklichkeitskonstruktion kann auf Seiten des Managements, der Führungskräfte auf unteren und mittleren Ebenen und der Mitarbeitenden die Chancen dafür reduzieren, dass organisationale Akteure eine persönliche Mit-Verantwortung übernehmen und sich an einem gesundheitsorientierten Change-Management beteiligen. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist es allerdings für den Erfolg eines BGM notwendig, dass sich alle organisationalen Akteure an der Entwicklung einer integrativen, gesundheitsförderlichen Gesamtstrategie beteiligen, die explizit bedingungs- und personenbezogene Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen der Organisation kombiniert (Beck & Splittgerber, 2016; Ducki, 2011; Metz, 2011; Müller, 2016; Westermayer, 1998).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen stellt sich die Frage, wie hilfreich gesundheitsorientierte Führungskonzepte in der Praxis sein können, die tendenziell einseitig auf die Person der Führungskraft fokussieren und den Einfluss des Kontextes (Zielvorgaben

des Managements, Unterstützung des Managements für BGM-Projekte, Führungsspielräume etc.) und das Verhalten von Mitarbeitenden weitgehend ausblenden? Hier ist zumindest zu befürchten, dass entsprechende Konzepte einseitige Verantwortungszuschreibungen und die damit verknüpften dysfunktionalen Wirklichkeitskonstruktionen eher befördern als diese zu reduzieren. Damit sind allerdings erhebliche Gesundheitsgefährdungen für Führungskräfte und Mitarbeitende verbunden.

Einseitige Verantwortungszuschreibungen in Richtung der Führungskräfte können zum einen gesundheitsgefährdende Selbstwirksamkeitserwartungen auf Seiten der Mitarbeitenden befördern (vgl. Schwarzer, 1992), die wiederum potente Risikofaktoren für die Genese von Depressionen darstellen (de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007; Hautzinger, 2000) und ein „*problemstabilisierendes Handeln*“ (Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 106; vgl. Wardetzki, 2013, Watzlawick, 1999) wahrscheinlicher machen. Insbesondere ist zu befürchten, dass sich auf Seiten der Mitarbeitenden die Wahrscheinlichkeit reduziert, die eigenen Anteile an konflikthafter und gesundheitsgefährdender Interaktionen mit Führungskräften selbstkritisch zu reflektieren und diese zu verändern (vgl. Glasl, 2008).

Zum anderen können einseitige Verantwortungszuschreibungen in Richtung der Führungskräfte Reaktanz auslösen und den Druck auf Führungskräfte erhöhen, was wiederum mit Gesundheitsrisiken für Führungskräfte und Mitarbeitende verbunden ist. Zunächst einmal ist festzustellen, dass Führungskräfte unbestritten eine (Mit-) Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden haben (Ducki & Felfe, 2011; Stadler & Spieß, 2003). Eine klare Zuweisung von Verantwortung hat darüber hinaus den Vorteil, dass dadurch im Einklang mit dem Prozessmodell der Normaktivierung von Schwartz und Howard (1981) die Chance dafür steigt, dass Führungskräfte sich verpflichtet fühlen, sich um Mitarbeitende zu kümmern, denen es nicht gut geht: „*Je größer die wahrgenommene Verpflichtung ist, desto größer ist das Gefühl, für die Not leidende Person verantwortlich zu sein*“ (Bierhoff, 2006, S. 114).

Eine einseitige Verantwortungszuschreibung produziert allerdings dann problematische Nebenwirkungen, wenn diese als unangemessen und unfair erlebt wird (vgl. Cohen-Charash & Spector, 2001; Glasl, 2008; Montada & Kals, 2007; Semmer & Jacobshagen, 2010) oder wenn subjektiv hohe persönliche Kosten durch eine Verantwortungsüber-

nahme befürchtet werden (vgl. Bierhoff, 2006). In diesen Fällen steigt das Risiko für intrapsychische Abwehrprozesse (Montada, 2001) gegen eine Übernahme von Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit.

Die Zuschreibung von Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit wird von Führungskräften wahrscheinlich insbesondere dann als unangemessen und unfair erlebt, wenn die Kontextfaktoren (z.B. eine einseitig auf das Erreichen betriebswirtschaftlicher Kennzahlen ausgerichteter Organisationskultur, überfordernde Zielvorgaben von Seiten des Managements, zu geringe Personalressourcen etc.) die Führungsspielräume für ein gesundheitsförderliches Führungsverhalten sehr einengen oder wenn ein gesundheitsorientiertes Führungsverhalten (z.B. eine Reduzierung von Druck) das Erreichen von betriebswirtschaftlichen Zielen und Vorgaben des Managements gefährdet. Letzteres macht Konflikte mit dem Management wahrscheinlicher (Beck & Splittgerber, 2016) und gefährdet in Folge dessen z.B. die eigene Karriere oder reduziert die Chancen auf anderweitige organisationale Gratifikationen. Diese Art von subjektiv wahrgenommenen Kosten würden ebenfalls das Risiko für Abwehrprozesse und letztlich für eine Verantwortungsexternalisierung erhöhen.

Man könnte diesem Problem einer mangelnden intrinsischen Motivation dadurch begegnen, dass man den Druck von außen erhöht, indem man Führungskräfte (insbesondere im unteren und mittleren Management) noch stärker dazu verpflichtet, sich um die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu „kümmern“. Diese Strategie dürfte in der Praxis allerdings nur eine begrenzte Wirkung entfalten und sie ist wiederum nicht frei von problematischen Nebenwirkungen.

Erstens, ein Mangel an intrinsischer Motivation lässt sich nur bedingt durch Druck kompensieren, weil „eine konsolidierte Pflichtdefinition (im Sinne einer klaren Verantwortung für spezifische Aufgaben von Führungskräften im BGM) aus einer einzigen gesetzlichen Regelung nicht existiert [...] (und) vielfach unterschiedliche Auffassungen über Rechtsfragen im BGM eines Unternehmens bestehen“ (Neufeld, 2011, S. 105; vgl. Bamberg, Ducki & Metz, 2011; Müller, 2016). Daher ist „für die Implementierung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Aktivitäten [...] die Motivation der Führungskräfte von entscheidender Bedeutung“ (Franke et al., 2011, S. 371).

Zweitens, Kontextfaktoren wie die Gestaltung von Arbeits- und Rahmenbedingungen, die Organisationskultur und Zielvorgaben etc. haben einerseits einen erheblichen Einfluss

auf das Führungsverhalten und die Gesundheit der Mitarbeitenden (Baer, Frick, Auerbach & Basler, 2017; Ducki & Felfe, 2011; Eilles-Matthiessen & Scherer, 2011; vgl. Egan, Bamba, Thomas, Petticrew, Whitehead & Thomson, 2007; Kompier, Geurts, Gründemann, Vink & Smulders, 1998; Metz 2011; Müller, 2016; Nielsen, Randall, Holten & Gonzalez, 2010), sind aber andererseits nicht vollständig von Führungskräften im Alleingang gestalt- oder veränderbar. Die Verantwortung für eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Kontextes kann daher nicht einseitig auf Führungskräfte des unteren und mittleren Managements übertragen werden.

Drittens, Druck in Richtung der Führungskräfte, stärker Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu übernehmen, erhöht in den Fällen, in denen Führungskräfte unter einem starken betriebswirtschaftlichen Erfolgsdruck stehen, das intrapsychische Konfliktpotenzial, da bestimmte Führungsverhaltensweisen möglicherweise einerseits geeignet sind, (zumindest kurzfristig) betriebswirtschaftliche Ziele zu erreichen, aber andererseits ein Gesundheitsrisiko für Mitarbeitende darstellen. Dies gilt z.B. im Hinblick auf die Führungsverhaltensdimension „*Druck ausüben*“ in Richtung der Mitarbeitenden. Derartige intrapsychische Konflikte stellen allerdings ein erhebliches Gesundheitsrisiko für Führungskräfte dar (Zimber, Hentrich, Bockhoff, Wissing & Petermann, 2015), was sich wiederum negativ auf gesundheitsrelevante Aspekte ihres Führungsverhaltens auswirken kann (Skakon et al., 2010; Bakker, Westman & van Emmerik, 2009).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass gesundheitsorientierte Führungskonzepte, die einseitig auf den Einfluss des Führungsverhaltens auf die Mitarbeitergesundheit fokussieren, einseitige Verantwortungszuschreibungen implizieren, die wiederum in der Praxis Prozesse in Gang setzen oder verstärken können, die eine wirksame Förderung der Gesundheit von Mitarbeitenden und Führungskräften erschweren.

Das SSIM fokussiert hingegen in einem systemischen Sinne auf eine lösungsorientierte und faire Verteilung der Verantwortung für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit von Mitarbeitenden und Führungskräften zwischen allen organisationalen Akteuren (SSIM-Handlungsmaxime I). Dieser Fokus reduziert das Risiko für intrapsychische Abwehrprozesse und fördert daher eine intrinsisch motivierte Übernahme einer Mit-Verantwortung auf Seiten von Führungskräften aber auch Mitarbeitenden. Diese Perspektive unterscheidet sich fundamental von Führungskonzepten, die einseitig auf den Einfluss des Führungsverhaltens auf die Mitarbeitergesundheit fokussieren. Dies schließt explizit

nicht aus, einzelne Verantwortlichkeiten der organisationalen Akteure klar und verbindlich festzulegen, wenn diese unter Berücksichtigung der jeweiligen tatsächlich vorhandenen Einflussmöglichkeiten insgesamt fair ausgehandelt und verteilt wurden.

Die SSIM-Handlungsmaxime I einer lösungsorientierten und fairen Verteilung von Verantwortung spiegelt sich insbesondere in einer ganzheitlich ausgerichteten Diagnostik und Intervention. Diese werden nachfolgend erörtert.

7.2.2 Diagnostik und Interventionen auf der Grundlage des SSIM

Das SSIM stellt ein ganzheitlich orientiertes Rahmenmodell zur Förderung salutogener Interaktionen zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden dar. Es wurde herausgearbeitet, dass einerseits Kontextfaktoren (zum Teil vermittelt über salutogene Wirklichkeitskonstruktionen) gesundheitsrelevante Aspekte des Führungs- und Mitarbeiterverhaltens und das Kohärenzerleben von Führungskräften und Mitarbeitenden im Arbeitskontext bedeutsam beeinflussen. Andererseits wirken sich bestimmte personenimmanente Einflussfaktoren auf Seiten der Führungskräfte und der Mitarbeitenden (ebenfalls zum Teil vermittelt über salutogene Wirklichkeitskonstruktionen) auf gesundheitsrelevante Interaktionsdynamiken zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden aus.

Daraus folgt zum einen, dass diagnostische Maßnahmen und Interventionen auf der Grundlage des SSIM grundsätzlich auf eine Förderung des Kohärenzerlebens der Mitarbeitenden und der Führungskräfte ausgerichtet sind. Zum anderen sollten diese Maßnahmen Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen z.B. Arbeits- und Rahmenbedingungen der Führungskräfte und Mitarbeitenden (Kontext), Interaktionsdynamiken, Wirklichkeitskonstruktionen von Mitarbeitenden und Führungskräften etc. in einer aufeinander abgestimmten Form berücksichtigen (SSIM-Handlungsmaxime II). Dies impliziert insbesondere eine Kombination von bedingungs- und personenbezogenen Maßnahmen (vgl. Metz, 2011), die sowohl die Perspektive von Führungskräften auf unterschiedlichen Hierarchieebenen als auch die von Mitarbeitenden in die Diagnostik und Intervention miteinbezieht. Diese strategische Ausrichtung steht im Einklang mit Erkenntnissen des BGM, die darauf hinweisen, dass die in diesem Sinne ganzheitlich orientierten Interventionen wirksamer sind (Ducki, Bamberg & Metz, 2011; Egan et al., 2007; Metz, 2011; Müller, 2016; Nielsen et al. 2010).

Maßnahmen auf der Ebene der Kontextfaktoren (bedingungsbezogene Interventionen) sollten auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben/-bedingungen und der Organisationskultur fokussieren, die salutogene Interaktionen im Primärsystem und das Kohärenzerleben von Führungskräften und Mitarbeitenden im Arbeitskontext stärken. Interventionen im Primärsystem sollten vor allem auf eine Förderung salutogener Interaktionsdynamiken durch Veränderungen diesbezüglich dysfunktionaler, objektivierbarer Verhaltensweisen und der sie bedingenden subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen fokussieren.

Damit ist gemeint, dass im Sinne des systemischen Konzeptes der zirkulären Kausalität zum einen davon auszugehen ist, dass sich das Führungs- und Mitarbeiterverhalten wechselseitig beeinflusst. Diese Zusammenhänge sollten z.B. im Rahmen von Führungskräftecoachings oder Teamsupervisionen herausgearbeitet, reflektiert und ggf. verändert werden. Zum anderen sind die subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen, die diese Verhaltensweisen auf Seiten beider Interaktionspartner bedingen, in diesem Prozess ebenfalls zu berücksichtigen. Unter 7.2.3 wird dieser Gedanke nochmals aufgegriffen und erörtert, wie eine ganzheitliche Intervention auf der Grundlage des SSIM und im Einklang mit der Synthese aus evidenzbasierten und systemischen Elementen in der Praxis umgesetzt werden könnte.

Eine Umsetzung diagnostischer Maßnahmen und Interventionen im Einklang mit dem SSIM stellt in der Praxis sicherlich eine Herausforderung dar. Zum einen sind ganzheitlich orientierte Interventionen mit bedingungs- und personenbezogenen Elementen und der Berücksichtigung unterschiedlicher Ebenen (z.B. Management, Führungskräfte und Mitarbeitende) aufwendiger als isolierte verhaltensorientierte Maßnahmen und daher in der Praxis (noch) deutlich seltener (Metz, 2011). Zum anderen erhöht die eklektische, Ebenen übergreifende Ausrichtung von Diagnostik und Interventionen unter Berücksichtigung objektivierbarer Einflussfaktoren und subjektiver Wirklichkeitskonstruktionen die Anforderungen an Berater, Coaches und Organisationsentwickler etc. Vor dem Hintergrund der im Vergleich zu isolierten Maßnahmen überlegenen Wirksamkeit ganzheitlich orientierter Interventionen im Bereich des BGM (Ducki et al., 2011; Metz, 2011; Müller, 2016) und der im klinischen Kontext nachgewiesenen Wirksamkeit systemischer Interventionen (von Sydow, 2012) erscheint die Umsetzung der hier beschriebenen Vorgehensweise in der Praxis zumindest lohnenswert. Es bleibt allerdings abzuwarten, inwieweit sich dieser Ansatz in der Praxis umsetzen lässt und wie wirksam er ist.

Als günstig mit Blick auf eine Implementierung der drei SSIM-Handlungsmaxime in die Praxis könnte sich die Erweiterung des Arbeitsschutzgesetzes § 5 erweisen, da diese eine explizite Analyse von psychischen Belastungsfaktoren auf mehreren Ebenen und (im Falle einer daraus resultierenden psychischen Gesundheitsgefährdung) lösungsorientierte Interventionen verbindlich vorschreibt. Aufgrund der ganzheitlich-systemischen Ausrichtung des SSIM stellen insbesondere Gefährdungsanalysen psychischer Belastungen einen besonders interessanten Anwendungsbereich für dieses Modell dar. Dieser Gedanke wird abschließend erörtert.

7.2.3 Gefährdungsanalysen psychischer Belastungen auf der Basis des SSIM

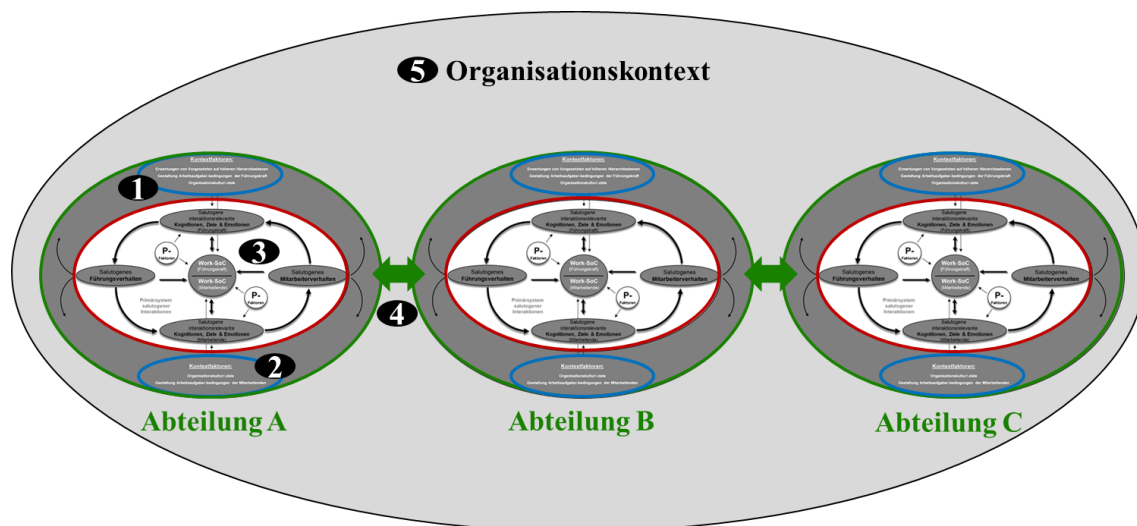
Eine wichtige Säule des modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements stellen Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen (nachfolgend GBPsych) dar, die seit Oktober 2013 auch im Arbeitsschutzgesetz § 5 fest verankert sind und damit zum „Pflichtprogramm“ gehören. Der allgemeinen Logik von technisch-stofflichen Gefährdungsbeurteilungen zumindest in Teilen folgend sind die Ausprägungen bestimmter psychischer Belastungen an einem bestimmten Arbeitsplatz zu messen, zu beurteilen und ggf. durch geeignete Maßnahmen zu minimieren (Weigl, Müller, Angerer & Petru, 2016). In der Praxis stellen sich jedoch einige ernstzunehmende Herausforderungen für die organisationalen Akteure, die den Erfolg einer GBPsych erheblich beeinflussen.

Ein wesentliches Problem besteht darin, dass alle Verfahren, die im Rahmen einer GBPsych typischerweise zum Einsatz kommen wie Mitarbeiterbefragungen, Beobachtungen, Interviews und Analyseworkshops methodenimmanente Stärken aber auch Limitationen (Beck & Splittgerber, 2016) aufweisen. Insbesondere gehen die mittels dieser Verfahren ermittelten Ausprägungen einzelner Belastungsfaktoren in Abhängigkeit von komplexen Wechselwirkungen mit anderen Belastungen, individuellen sowie arbeitskontextspezifischen Schutzfaktoren mit einem sehr heterogenen Gesundheitsrisiko einher (Rigotti & Mohr, 2011). Diese Tatsache macht es u.a. sehr schwierig, allgemeingültige oder einfach zu interpretierende Grenzwerte für einzelne Belastungsfaktoren zu bestimmen (Metz & Rothe, 2017).

Diese Ausgangslage lässt in der Praxis Interpretationsspielräume u.a. bei der Analyse von Ursache-Wirkungsbeziehungen zu, die insbesondere eine Ableitung spezifischer Maßnahmen mit einer klaren Verantwortungszuschreibung auf der Grundlage der Ergebnisse einer GBPsych erschweren. In dieser „*kritischen Phase*“ (Beck & Splittgerber, 2016, S. 36), in der die Ergebnisse einer GBPsych mit Maßnahmen des BGM zu verzahnen sind, müssen daher Aushandlungsprozesse zwischen verschiedenen organisationalen Akteuren stattfinden, die darauf abzielen, salutogene Entwicklungsprozesse zu planen und umzusetzen. Spätestens in dieser erfolgskritischen Phase stößt eine Interpretation einer GBPsych im Sinne einer technisch-stofflichen Gefährdungsbeurteilung mit klaren, möglichst standardisierten Messverfahren, eindeutig zu interpretierenden Cut-Off-Werten, einem eindimensionalen und monokausalen Verständnis von Ursache-Wirkungsbeziehungen inkl. einer einseitigen Verantwortungszuschreibung und einer technisch orientierten Lösungssuche (unter weitgehender Ausblendung der Verhaltensebene und sozialer Einflussfaktoren) an ihre Grenzen.

Im Einklang mit der Idee einer salutogenen Organisationsentwicklung formulieren Antoni, Eberz, Steffgen und Bücks (2017; vgl. Westermayer, 1998) aufgrund der dargestellten Nachteile einer sich in der Praxis zu stark an der Logik technisch-stofflicher Gefährdungsbeurteilungen orientierenden GBPsych sechs salutogene Leitprinzipien für eine entwicklungsorientierte GBPsych. Die Autoren konzipieren den GBPsych-Prozess a) als Kommunikationsprozess unter Einbeziehung aller Verantwortlichen, Interessensgruppen und Multiplikatoren, b) fokussieren auf eine dialogorientierte, partizipativ und am Unternehmenskontext ausgerichtete Diagnostik und Intervention, c) betonen die Bedeutung einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme von Führungskräften und Mitarbeitenden, d) plädieren für eine Kombination verschiedener Messinstrumente, e) unterstreichen die Notwendigkeit einer ganzheitlich orientierten Diagnostik und Intervention unter expliziter Berücksichtigung verhaltens- und verhältnisorientierter Konzepte sowie sozialer Einflussfaktoren (Interaktionsmuster) und f) erweitern die Perspektive um eine gesundheitsorientierte Personal- und Stellenbesetzung zur Optimierung des Person-Environment-Fit.

Das SSIM lässt sich als theoretisches Rahmenmodell für eine GBPsych interpretieren, die durch eine integrative Berücksichtigung von Kontext- und Interaktionsfaktoren den Nutzen für die Praxis erweitert und die im Einklang steht mit den von Antoni et al. (2017) formulierten salutogenen Leitprinzipien (siehe Abbildung 9).



Analyse-Ebene

- 1** Kontextfaktoren Führungskraft
- 2** Kontextfaktoren Mitarbeitende
- 3** Interaktionsdynamik Führungskraft/ Mitarbeitende
- 4** Einflüsse zwischen Abteilungen
- 5** Einfluss Organisationskontext

Abbildung 9 Das SSIM als theoretisches Rahmenmodell für eine GBPsych

Im Rahmen einer GBPsych lässt sich das SSIM zum einen als Diagnostik-Einheit für abgrenzbare soziale Systeme (z.B. eine Abteilung) in einer Organisation betrachten. Auf der Ebene der einzelnen Diagnostik-Einheit lassen sich dann die Kontextfaktoren (u.a. Arbeits- und Rahmenbedingungen) der Führungskraft (1) und der Mitarbeitenden (2) untersuchen und bewerten. Aus methodischer Sicht sollten diese Kontextfaktoren zunächst (der Logik einer leitlinienkonformen GBPsych folgend) mittels objektivierbarer, standardisierter und valider Messinstrumente erfasst werden (vgl. Metz & Rothe, 2017). Allerdings wird hier explizit eine Beurteilung der Arbeitssituation der Mitarbeitenden und der zuständigen Führungskräfte eingefordert.

Anschließend sollten die aus diesem Prozess ableitbaren (objektivierbaren) diagnostischen Befunde explizit mit einer Analyse der Interaktionsdynamiken (3) zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden verknüpft werden. D.h. im Rahmen von Teamsupervisionen, Strategieworkshops oder Führungskräftecoachings könnte herausgearbeitet werden, wie Gestaltungsmerkmale der Arbeitsaufgabe und der Rahmenbedingungen der Führungskräfte und Mitarbeitenden ihre Interaktionen und ihr Kohärenzerleben im Arbeitskontext beeinflussen.

Auf dieser Grundlage können abschließend individuelle SSIM-Modelle für soziale Einheiten in einem partizipativ gestalteten Prozess entwickelt werden, die die wesentlichen Einflussfaktoren und deren kausale Zusammenhänge lösungsorientiert abbilden. Damit liefern diese SSIM-Modelle einen integrativen diagnostischen Befund, der über die reine Beurteilung der Ausprägung bestimmter Belastungsfaktoren im Sinne der GBPsych deutlich hinausgeht. Diese Modelle können durch eine Analyse der Wechselwirkungen zwischen Abteilungen (4) und des Einflusses des Organisationskontextes (5), die sich bedeutsam auf Kontextbedingungen und salutogene Wirklichkeitskonstruktionen innerhalb der SSIM-Einheiten auswirken, ergänzt werden.

Der gesamte Entwicklungsprozess dieser SSIM-Modelle sollte zum einen durch einen systemisch geschulten externen Berater moderiert werden, um sicherzustellen, dass die organisationalen Akteure ressourcen- und lösungsorientiert Ursachen- und Wirkungszusammenhänge analysieren und eine faire Verteilung von Verantwortung für eine wirksame salutogene Organisations- und Teamentwicklung anstreben. Zum anderen ist darauf zu achten, dass alle relevanten organisationalen Akteure in diesen Prozess eingebunden werden (z.B. Management, Führungskräfte auf nachgeordneten Hierarchieebenen und Mitarbeitende etc.). In diesem Moderationsprozess soll im Sinne des SSIM (vgl. Synthese) einerseits auf objektivierbare diagnostische Befunde der Kontextanalyse eingegangen werden und andererseits sollen systemische Hypothesen und Interventionstechniken (z.B. Reframing und zirkuläres Fragen) zum Einsatz kommen, die insbesondere eine lösungsorientierte und faire Verteilung von Verantwortung, eine intrinsisch motivierte Verantwortungsübernahme und damit letztlich salutogene Entwicklungsprozesse fördern.

Auf der Grundlage dieser gemeinsam entwickelten und (möglichst) konsensfähigen SSIM-Modelle können dann Maßnahmen zur Förderung eines salutogenen Kontextes für Mitarbeitende und Führungskräfte sowie salutogener Interaktionsdynamiken im Arbeitskontext zwischen den organisationalen Akteuren ausgehandelt, umgesetzt und evaluiert werden. Sollte das Ergebnis einer Evaluation nicht die gewünschten Verbesserungen zeigen, können die SSIM-Modelle modifiziert bzw. um diejenigen Einflussfaktoren erweitert werden, die bislang möglicherweise zu wenig berücksichtigt wurden. Die hier beschriebene Vorgehensweise einer SSIM-basierten GBPsych stellt eine Umsetzung der unter 3.1 erörterten Synthese aus systemischen und evidenzbasierten Elementen in der Praxis dar.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das SSIM in der Praxis insbesondere einen wissenschaftlich begründeten, konzeptionellen Rahmen für die Durchführung von GBPsych liefert. Es wurde herausgearbeitet, dass eine SSIM-basierte GBPsych insbesondere den Schwerpunkt (im Vergleich zu einer Interpretation der GBPsych im Sinne einer technisch-stofflichen Gefährdungsbeurteilungen) deutlich stärker auf Aushandlungsprozesse, eine faire Verteilung von Verantwortung und eine ganzheitlich ausgerichtete Förderung salutogener Entwicklungsprozesse verlagert. Die Implementierung des SSIM in die Praxis der GBPsych stellt daher eine spannende Perspektive für die konzeptuelle Weiterentwicklung dieser noch jungen Disziplin dar.

7.3 Limitationen, Grenzen und Forschungsausblick

Bei dem SSIM handelt es sich um ein komplexes Modell, das wesentliche Einflussfaktoren und Zusammenhänge, die sich auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten auswirken, auf unterschiedlichen Ebenen abbildet. Wichtige Einflussfaktoren im Modell lassen sich je nach Fokussierung als Prädiktor-, Kriteriums-, Mediator- oder Moderatorvariable interpretieren. Aufgrund dieser Komplexität war es im Rahmen dieser Dissertation nicht möglich, alle denkbaren Zusammenhänge und Wechselwirkungen erschöpfend empirisch zu untersuchen.

Das Hauptaugenmerk lag auf einer Identifikation der Kernfaktoren salutogener Führung und der diese Verhaltensweisen beeinflussenden Faktoren, da sich diese Aspekte auf aktuelle Herausforderungen der gesundheitsorientierten Führungsforschung beziehen. Vernachlässigt wurde bspw. die Frage, welche Aspekte der Führungssituation sich besonders stark auf das Kohärenzerleben der Führungskraft auswirken. Auch der Einfluss des Kontextes auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Mitarbeitenden und deren Kohärenzerleben konnte hier nicht untersucht werden.

Nachfolgend werden aus einer übergeordneten Perspektive wichtige methodische Limitationen und Grenzen, zulässige und unzulässige Schlussfolgerungen aus den empirischen Befunden mit Blick auf die relative Bedeutung von Persönlichkeit, Kontext und Interaktionen für die Erklärung salutogenen Führungsverhaltens sowie abschließend konzeptionelle Vor- und Nachteile des im SSIM zentralen Work-SoC-Konstruktes diskutiert.

7.3.1 Methodische Aspekte

Aus methodischer Sicht ergeben sich einige Einschränkungen und Limitationen. Zum einen handelt es sich bei den empirischen Untersuchungen im Rahmen der Artikel zwei und drei um Querschnittsstudien. Zwar wurden einige Maßnahmen ergriffen, die das Risiko für Fehlinterpretationen zu minimieren und damit die Validität der Untersuchungen zu steigern. So wurde bspw. das Vorhersagepotenzial des neu konstruierten Fragebogens zur Erfassung der Kernfaktoren salutogener Führung im Hinblick auf das Work-SoC in inkrementellen Regressionsanalysen in zwei unabhängigen Stichproben gegen eine Batterie alternativer Führungskonzepte mit potenziell hohem Vorhersagepotenzial getestet (Artikel 2). Darüber hinaus wurden in Artikel 3 Mehrebenenanalysen gerechnet, um die Risiken einer artifiziellen Überschätzung der Zusammenhänge in Folge der Verwendung von Regressionsanalysen bei genesteten Daten zu minimieren. Darüber hinaus wurden Daten aus unterschiedlichen Quellen (Wahrnehmungen Führungskräfte und Mitarbeitende) verwendet, um Fehlinterpretationen durch einen Common-Method-Bias zu vermeiden. Trotzdem lassen sich die Daten nicht im Sinne eines Nachweises eines kausalen Zusammenhangs zwischen den untersuchten Variablen interpretieren. Hierzu bedarf es zukünftig weiterer Längsschnittstudien und insbesondere experimenteller Versuchsanordnungen.

Die Mehrebenenanalyse lieferte jedoch einige konkrete und für die gesundheitsorientierte Führungsforschung sehr relevante neue Hypothesen für zukünftige Untersuchungen. Insbesondere weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Zusammenhänge zwischen der Führungssituation und salutogenem Führungsverhalten wahrscheinlich deutlich komplexer sind als zunächst angenommen. Dieser Befund steht im Einklang mit einer systemischen Interpretation der im SSIM postulierten (komplexen) Zusammenhänge bzw. unterstreicht die Herausforderung, die Komplexität sozialer Systeme hinreichend valide abzubilden. Aus einer evidenzbasierten Perspektive rückt vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse insbesondere die Analyse von Moderatorvariablen in den Fokus.

Moderatorvariablen haben einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Variablen und verändern bspw. deren Stärke oder Richtung (z.B. Bortz, 1999, Kap. 13). Die Ergebnisse der Mehrebenenanalysen (Artikel 3) zeigten insbesondere, dass die empirischen Zusammenhänge zwischen der organisationalen Wertschätzung (aus Sicht der Führungskraft) und dem Störungsmanagement (aus Sicht des Teams) sowie Handlungsspielräumen

(aus Sicht der Führungskraft) und Druck (aus Sicht des Teams) nicht den theoretisch erwarteten Richtungen entsprechen. Hier könnten u.a. „*situationale Moderatorvariablen*“ (Westermann, 2000, S. 433) wie z.B. die Organisationskultur oder die Belastungssituation der Führungskraft eine Rolle spielen (siehe Artikel 4). Die empirische Analyse von Moderatoreffekten stellt daher eine wichtige Aufgabe der zukünftigen salutogenen Führungsforschung dar.

Mit dem Instrument zur Erfassung von Kernfaktoren salutogener Führung steht für zukünftige Forschungsprojekte darüber hinaus ein valides und ökonomisch einsetzbares Messinstrument zur Verfügung, das nach derzeitigem Kenntnisstand einige messtheoretische Probleme bisheriger Operationalisierungen salutogener Führungsaspekte (insbesondere sehr hohe Interkorrelationen zwischen den Skalen) vermeidet. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass auch die Ergebnisse der im Rahmen des dritten Artikels mit einer unabhängigen Stichprobe durchgeführten konfirmatorischen Faktorenanalysen für die Annahme einer Drei-Faktoren-Struktur des TIMP-Inventars sprechen. Darüber hinaus zeichnet sich das TIMP-Inventar durch eine vergleichsweise hohe inkrementelle Validität aus, da es im Vergleich zu anderen Operationalisierungen gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens mehr inkrementelle Varianz bedeutsamer Gesundheitsindikatoren aufklärt (vgl. Rudolph et al., 2019).

Aus systemischer Perspektive erfasst das TIMP-Inventar auf das Führungsverhalten bezogene, subjektive Wirklichkeitsrekonstruktionen der Mitarbeitenden, die sich insbesondere sehr bedeutsam auf deren Kohärenzerleben auswirken. Aus einer evidenzbasierten Perspektive ist diesbezüglich anzumerken, dass diese Wirklichkeitskonstruktionen nicht mit dem tatsächlichen Führungsverhalten gleichzusetzen sind. Diese Unterscheidung berührt ein grundsätzliches Problem der Führungsforschung (z.B. Neuberger, 2002, Kap. 6.4): Wie kann das Verhalten von Führungskräften und deren Auswirkungen objektiv, reliabel und valide erfasst werden? Hier muss die zukünftige Führungsforschung bspw. über die Analyse der Intraklassenkorrelation (ICC; McGraw & Wong, 1996; Shrout & Fleiss, 1979) die Frage beantworten, ob Mitarbeitende einer Führungskraft ihr Verhalten auf den drei TIMP-Dimensionen hinreichend übereinstimmend und reliabel wahrnehmen und inwieweit eine Differenzierung zwischen Führungskräften stattfindet. Darüber hinaus ist im Rahmen experimenteller Studien zu prüfen, ob objektivierbare Veränderungen des TIMP-Führungsverhaltens auch zu Veränderungen der diesbezüglich auf Seiten der

Mitarbeitenden vorhandenen subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen führen. Die beiden zuletzt diskutierten Aspekte stellen wichtige Voraussetzungen dar, um mit einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit davon ausgehen zu können, dass sich das Verhalten von Führungskräften auf den TIMP-Dimensionen tatsächlich auf das wahrgenommene TIMP-Führungsverhalten auswirkt. Denkbar wäre auch, dass das wahrgenommene Führungsverhalten stärker von impliziten Vorstellungen und Erwartungen der Mitarbeitenden an ihre Führungskräfte als vom tatsächlich gezeigten Führungsverhalten abhängt (vgl. Lord & Maher, 1990).

Der Einfluss von Zielen auf salutogenes Führungsverhalten (Artikel 4) sollte ursprünglich in einer experimentellen Versuchsanordnung (randomisierte Zuordnung der Probanden zu den Versuchsbedingungen, drei Befragungszeitpunkte, Interventions- und Kontrollgruppe) untersucht werden. Damit wäre es möglich gewesen, den Einfluss von Zielen (unabhängige Variable) vermittelt über das Führungsverhalten (Mediatorvariable) auf das Work-SoC der Teammitglieder (abhängige Variable) zu analysieren und die Ergebnisse kausal zu interpretieren. Aufgrund einiger Einschränkungen musste allerdings auf ein quasiexperimentelles Design ausgewichen werden. Dieses hat allerdings eine im Vergleich zum Experiment geringere interne Validität, was kausale Interpretationen auch an dieser Stelle stark einschränkt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Rahmen dieser Dissertation aus methodischer Sicht ein neues, valides Messinstrument zur Erfassung von Kernfaktoren salutogener Führung entwickelt und einige wesentliche Postulate des SSIM erstmals systematisch geprüft wurden. Darüber hinaus konnten aus den Ergebnissen der durchgeführten Studien zum einen einige konkrete, interessante Hypothesen für zukünftige Untersuchungen im Bereich der gesundheitsorientierten Führungsforschung abgeleitet werden und zum anderen der bisherige Kenntnisstand insbesondere zum Einfluss von Kontextfaktoren und des Mitarbeiterverhaltens auf salutogene Aspekte des Führungsverhaltens weiter ausdifferenziert werden. Vor dem Hintergrund dieser neuen Erkenntnisse konnte auch das SSIM entsprechend der im Rahmen der Synthese aus evidenzbasierten und systemischen Elementen festgelegten Vorgehensweise auf einer empirischen Grundlage weiter konkretisiert werden. Die Postulate des SSIM werden inkl. der aus den Ergebnissen der Untersuchungen abgeleiteten Konkretisierungen entsprechend der zentralen Aussagen der Synthese als Hypothesen betrachtet, die es in weiteren Forschungsprojekten weiter zu prüfen und auszudifferenzieren gilt.

7.3.2 Zur relativen Bedeutung von Persönlichkeit, Kontext und Interaktionen

Das SSIM rückt den Einfluss von Kontextfaktoren und die Bedeutung von Interaktionen bei der Erklärung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens im Vergleich zu bisherigen gesundheitsorientierten Führungskonzepten stärker in den Fokus. Dies erscheint einerseits aus den unter 1.2.2 und 2.3.2 erörterten theoretischen und empirischen Gründen gerechtfertigt. Insbesondere die empirischen Ergebnisse der Mehrebenenanalyse (Artikel 3) weisen darauf hin, dass sich der Kontext und die Interaktionserfahrungen der Führungskräfte mit ihrem Team sehr bedeutsam auf gesundheitsrelevante Aspekte ihres Führungsverhaltens auswirken.

Aus den Ergebnissen lässt sich in Übereinstimmung mit den Postulaten der Führungssubstitute und der LMX-Ansatzes sogar die weitergehende Hypothese ableiten, dass sich die Führungssituation möglicherweise noch stärker auf wichtige Aspekte gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens auswirkt als personenimmanente Aspekte wie salutogene Einstellungen und Verhaltensweisen der Führungskraft. Dies unterstreicht einerseits die Bedeutung der Führungssituation und stellt eine sehr interessante Frage für zukünftige Forschungsprojekte dar. Aus diesem Befund lässt sich andererseits jedoch nicht ableiten, dass Führungskräfte in der Praxis die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden nicht oder nur geringfügig beeinflussen können und dementsprechend für den Erhalt der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden keine oder nur eine vernachlässigbare Mit-Verantwortung tragen.

Erstens, im Rahmen der Mehrebenenanalyse wurden die Auswirkungen der subjektiv wahrgenommenen und nicht der objektiv vorhandenen Führungssituation auf das Führungsverhalten untersucht. Dadurch könnte der Einfluss der Führungssituation auch systematisch überschätzt werden, da personenimmanente Faktoren mit der Beurteilung der Führungssituation möglicherweise konfundiert sind.

Zweitens, Führungskräfte können darüber hinaus auch ihre Führungssituation mehr oder weniger stark beeinflussen. Da es sich bei der Mehrebenenanalyse um Querschnittsdaten handelt bleibt allerdings unklar, inwieweit die subjektiv wahrgenommene Führungssituation auch ein Produkt bestimmter personenimmanenter Einflussfaktoren darstellt. Denn bestimmte Persönlichkeitsfaktoren auf Seiten der Führungskraft können sich z.B. vermittelt über den Ausgang von Aushandlungsprozessen mit Vorgesetzten mit Blick auf Ziel-

vorgaben und Ressourcen etc. oder die Entwicklung von Interaktionsdynamiken mit Mitarbeitenden auf die Entstehung einer bestimmten Führungssituation auswirken. Insbesondere gesundheitsförderliche Einstellungen wie z.B. die Wichtigkeit der Mitarbeitergesundheit (Franke & Felfe, 2011) stellen diesbezüglich relevante Persönlichkeitsfaktoren auf Seiten der Führungskraft dar.

Aus diesem Grund berücksichtigt das SSIM explizit auch den Einfluss personenimmanenter Einflussfaktoren (P-Faktoren). Das SSIM postuliert allerdings kein „*Entweder-oder*“, sondern ein „*Sowohl-als-auch*“ in dem Sinne, dass sich bestimmte Kontextbedingungen in Kombination mit dem Mitarbeiterverhalten und personenimmanenten Einflussfaktoren der Führungskraft auf salutogenes Führungsverhalten auswirken. Aus dieser erweiterten SSIM-Perspektive lassen sich einige interessante Fragen für zukünftige Forschungsprojekte ableiten: Unter welchen Rahmenbedingungen (Einfluss der Führungssituation/ des Kontextes) ist gesundheitsorientiertes Führungsverhalten relativ unabhängig von Eigenschaften der Führungskraft wahrscheinlich bzw. möglich und wo verlaufen die Grenzen? Welche Eigenschaften der Führungskraft stellen relativ unabhängig oder in Kombination mit bestimmten Kontextbedingungen ein Risiko für gesundheitsförderliche Führungsverhaltensweisen dar? Welche Eigenschaften von Führungskräften generieren in Kombination mit bestimmten Eigenschaften der Mitarbeitenden ein besonders hohes Risiko für gesundheitsgefährdende Interaktionsdynamiken?...

Die Beantwortung dieser Forschungsfragen hat eine erhebliche Relevanz für die Praxis. Wenn bspw. klar ist, unter welchen Rahmenbedingungen salutogenes Führungsverhalten relativ unabhängig von personenimmanenten Faktoren wahrscheinlich oder unwahrscheinlich ist, dann lassen sich verhältnisorientierte BGM-Maßnahmen daran ausrichten, günstige Bedingungen herzustellen. Wenn klar ist, welche Eigenschaften der Führungskraft relativ unabhängig vom Kontext mit einem gesundheitsgefährdenden Führungsverhalten einhergeht, dann kann im Rahmen von Personalauswahlprozessen auf eine Identifikation von in diesem Sinne ungeeigneten Bewerbern fokussiert werden. Die Beantwortung dieser insbesondere aus dem SSIM ableitbaren Fragestellungen stellt daher eine wichtige Aufgabe der zukünftigen gesundheitsorientierten Führungsforschung dar.

7.4 Fazit

Im Rahmen dieser Dissertation ist es gelungen, das innovative Systemisch-Salutogene Interaktionsmodell (SSIM) zu entwickeln und zu begründen, das wichtige Zusammenhänge zwischen der Führungssituation und salutogenem Führungsverhalten angemessen, fair und valide beschreibt, erklärt und vorhersagt (erstes Ziel der Dissertation). In einem weiteren Schritt wurden auf der Grundlage des SSIM drei Kernfaktoren salutogener Führung identifiziert und für Forschungsaktivitäten sowie den Einsatz in der Praxis valide operationalisiert (zweites Ziel der Dissertation). Anschließend wurden im Rahmen einer komplexen Mehrebenenanalyse signifikante Zusammenhänge nachgewiesen zwischen der auf Seiten der Führungskräfte wahrgenommenen Führungssituation und ihrem salutogenen Führungsverhalten aus Sicht der Mitarbeitenden (drittes Ziel der Dissertation). Dieser Befund spricht für die übergeordnete Forschungshypothese, dass sich die Führungssituation bedeutsam auf salutogene Aspekte des Führungsverhaltens auswirkt. Im Rahmen einer aufwendigen Interventionsstudie wurden abschließend erste Hinweise darauf geliefert, dass salutogene Zielsetzungsprozesse auf Seiten der Führungskräfte eine wichtige Funktion haben mit Blick auf die Erklärung salutogenen Führungsverhaltens bzw. die Entwicklung des Kohärenzerlebens ihrer Teammitglieder (drittes Ziel der Dissertation).

Darüber hinaus wurde im Rahmen dieser Dissertation auch eine Synthese entwickelt und begründet, um systemische und evidenzbasierte Elemente im Bereich der gesundheitsorientierten Führung auf eine gewinnbringende Art und Weise zusammenzuführen. Damit wurde das SSIM theoretisch noch stärker untermauert und insbesondere ein Weg aufgezeigt, wie Forschung, Diagnostik und Intervention auf der Grundlage des SSIM in Zukunft konsistent verknüpft werden können.

Das SSIM ist als eine dynamische und komplexe Meta-Theorie gedacht, die Forscher und Praktiker dabei unterstützen soll, auf die wesentlichen Zusammenhänge zu fokussieren, die salutogene Interaktionen zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden fördern und schützen. In diesem Sinne eignet sich das SSIM insbesondere als eine theoretische Grundlage für eine ganzheitlich ausgerichtete, salutogene Führungskräfte- und Organisationsentwicklung.

Es bleibt jedoch insbesondere abzuwarten, inwieweit systemisch denkende Menschen die evidenzbasierten Anteile und evidenzbasiert denkende Menschen die systemischen Anteile akzeptieren können und ob sie über die Brücke gehen, die das SSIM zwischen beiden Paradigmen schlägt. Nach meinem Verständnis liegt genau darin eine große Chance.

7.5 Literatur

- Antonakis, J. (2017). On doing better science: From thrill of discovery to policy implications. *The Leadership Quarterly*, 28, 5-21.
- Antoni, C.H., Eberz, S., Steffgen, K. & Bücks, B. (2017). Gesunde Psyche als Standard. *Personalmagazin*, 9, 40-44.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (2011). *Fehlzeiten-Report 2011*. Berlin: Springer.
- Baer, N., Frick, U., Auerbach, S. & Basler, M. (2017). *Der tägliche Wahnsinn – Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften* [Online-Ressource]. Verfügbar unter: <https://www.hslu.ch/-/media/campus/common/files/dokumente/sa/institute/isp/praevention-und-gesundheit/der-taegliche-wahnsinn-studie-def.pdf>
- Bakker, A.B., Westman, M. & van Emmerik, I.J.H. (2009). Advancements in crossover theory. *Journal of Managerial Psychology*, 24, 206-219.
- Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A.M. (Hrsg.) (2011), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt – Ein Handbuch* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Beck, D. & Splittgerber, B. (2016) Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. *Wirtschaftspsychologie*, 3, 31-39.
- Bierhoff, H.-W. (2006). *Sozialpsychologie* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bortz, J. (1999), *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bosetzky, H. (1977). Machiavellismus, Machtkumulation und Mikropolitik. *Zeitschrift für Organisation*, 46, 121-125.
- Brodbeck, F. C. (2016). *Internationale Führung. Das GLOBE-Brevier in der Praxis*. Berlin: Springer.
- Burns, T. (1962). Micropolitics: Mechanisms of institutional change. *Administrative Science Quarterly*, 6, 257-281.
- Cohen-Charash, Y. & Spector, P.E. (2001). The role of justice in organizations: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86, 278-321.

- Day, D. V. (2014). Introduction: Leadership and organizations. In D. V. Day (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of leadership and organizations* (pp. 3–12). Oxford: University Press.
- De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Ducki, A. (2011). Analyse. In E. Bamberg, A. Ducki & A.M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 157-184). Göttingen: Hogrefe.
- Ducki, A., Bamberg, E. & Metz, A.M. (2011). Prozessmerkmale von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In E. Bamberg, A. Ducki & A.M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 61-82). Göttingen: Hogrefe.
- Ducki, A. & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011*. Berlin: Springer.
- Echterhoff, M. (2011). Führungskräfte tragen Verantwortung – auch für die Gesundheit von Beschäftigten?! – Eine empirische Untersuchung zur Selbsteinschätzung von Führungskräften hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Einflussmöglichkeiten im Betrieb. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M. & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganization. A systematic review of organizational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61. 945-954.
- Eilles-Matthiessen, C. & Scherer, S. (2011). Bindung, Leistung, Kontrolle und Selbstwertschutz: Die Motive des Mitarbeiters als Perspektive sozial kompetenten Führungsverhaltens. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 253-264). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.

- Franke, F., Vincent, S. & Felfe, J. (2011). Gesundheitsbezogene Führung. In E. Bamberg, A. Du-cki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 371-392). Göttingen: Hogrefe.
- Glasl, F. (2008). *Konflikt, Krise, Katharsis und die Verwandlung des Doppelgängers*. Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Glasl, F. (2011). *Selbsthilfe in Konflikten* (6. Aufl.). Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Graen, G. B., Novak, M. A., & Sommerkamp, P. (1982). The effects of leader-member exchange and job design on productivity and satisfaction: Testing a dual attachment model. *Organizational Behavior & Human Performance*, 30, 109–131.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly*, 6, 219–247.
- Gregersen, S., Kuhnert, Zimber, A., S. & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit - zum Stand der Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 73, 3-12.
- Hacker, W. (2006). Allgemeine Arbeitspsychologie. *Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Häfner, A., Pinneker, L. & Hartmann-Pinneker, J. (2019). *Gesunde Führung*. Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., & Gerhardt, M. W. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology*, 87, 765–780.
- Judge, T. A., & Piccolo, R. G. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89, 755–768.
- Kerr, S. & Jermier, J. M. (1978). Substitutes für leadership: Their meaning and measurement. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 22, 375-403.
- Kompier, M. A. J., Geurts, S.A. E., Gründemann, R. W. M., Vink, P. & Smulders, P. G. W. (1998). Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine*, 14, 155-168.
- Korek, S., Felfe, J. & Franke, F. (2015). Führungsspielraum. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 213-222). Göttingen: Hogrefe.

- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J. & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being and health effects – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 904-915.
- Lang, R. (2014). Implizite Führungstheorien: „Führung im Auge des Betrachters“. In R. Lang & I. Rybnikova (S. 57-88), *Aktuelle Führungstheorien und -konzepte*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Lang, R. & Rybnikova, I. (2014). *Aktuelle Führungstheorien und -konzepte*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Libicky-Mayerhofer, B. (2018). *Gesund führen: Angewandte Psychologie für Führungskräfte und BeraterInnen*. Freiburg: Haufe-Lexware.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). Work motivation and satisfaction: Light at the end of the tunnel. *Psychological Science*, 1, 240-246.
- Lord, R.G. & Maher, K.J. (1990). Alternative information-processing models and their implications for theory, research and practice. *Academy of Management Review*, 15, 9-28.
- Matyssek, A. K. (2011). *Gesund führen – sich und andere!: Trainingsmanual zur psychosozialen Gesundheitsförderung im Betrieb*. Norderstedt: Books on Demand.
- Meyer, M., Wenzel, J. & Schenkel, A. (2018). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2018*. Berlin: Springer.
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation co-efficients. *Psychological Methods*, 1, 30–46.
- Medvedeff, M. E. & Lord, R. G. (2007). Implicit leadership theories as dynamic processing structures. In B. Shamir, R. Pillai, M. Bligh & M. Uhl-Bien (Hrsg.), *Follower-centred perspectives on leadership* (pp. 19-50). Greenwich: Information Age Publishing.
- Metz, A. M. (2011). Intervention. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 135-156). Göttingen: Hogrefe.
- Metz, A. M. & Rothe, H. J. (2017). *Screening psychischer Arbeitsbelastung – Ein Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung*. Wiesbaden: Springer.
- Montada, L. (2001). Denial of responsibility. In A. E. Auhagen & H. W. Bierhoff (Eds.), *Responsibility – the many faces of a social phenomenon* (pp. 79-92). London: Routledge

- Montada, L. & Kals, E. (2007). *Mediation. Ein Lehrbuch auf psychologischer Grundlage*. Weinheim: Beltz.
- Müller, A. (2016). Die Förderung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten – Ein Überblick über die Wirksamkeit und Erfolgsfaktoren partizipativer verhältnisbezogener Interventionen im Betrieb. *Wirtschaftspsychologie*, 3, 40-47.
- Nerdinger, F. W. (2008). *Grundlagen des Verhaltens in Organisationen* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und Führen lassen* (6. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Neufeld, T. (2011). Führung und Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement aus rechtlicher Sicht. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S.103-110). Berlin: Springer.
- Nielsen, K., Randall, R., Holten, A.-L. & Gonzalez, E. R. (2010). Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work and Stress*, 24, 234-259.
- Oesterreich, R. & Volpert, W. (1987). Handlungstheoretisch orientierte Arbeitsanalyse. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie - Enzyklopädie der Psychologie* (S. 43-73). Göttingen: Hogrefe.
- Podsakoff, P., MacKenzie, S. B. & Bommer, W. H. (1996). Meta-analysis of the relationships between Kerr and Jermier's substitutes for leadership and employee job attitudes, role perceptions and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81, 380-399.
- Radatz, S. (2006). *Einführung in das systemische Coaching*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Rigotti, T., Emmerich, A. & Holstad, T. (2015). Zukünftige Forschung zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit. In J. Felfe, (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 265-276). Göttingen: Hogrefe.
- Rigotti, T., & Mohr, G. (2011). Gesundheit und Krankheit in der neuen Arbeitswelt. In E. Bamberg, A. Ducki & A.M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt - Ein Handbuch* (S. 61-82). Göttingen: Hogrefe.
- Rosenstiel, L. von, Molt, W. & Rüttinger, B. (2005). *Organisationspsychologie* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolph, C. W., Murphy, L. D., & Zacher, H. (2019). A review and critique of research on "healthy leadership". *The Leadership Quarterly*, Preprint version of an in-press accepted manuscript (available online 31 October 2019).

- Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2007) (10. Aufl.). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwartz, S. H. & Howard, J. A. (1981). A normative decision-making model of altruism. In J. P. Rushton & R. M. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior* (pp. 189-211). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Semmer, N.K. & Jacobshagen, N. (2010). Feedback im Arbeitsleben – eine Selbstwert-Perspektive. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 41, 39-55.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420–428.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. & Guzman, J. (2010). Are leaders' wellbeing, behaviors, and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work and Stress*, 24, 107-139.
- Smither, J. W., London, M., & Reilly, R. R. (2005). Does performance improve following multisource feedback? A theoretical model, meta-analysis, and review of empirical findings. *Personnel Psychology*, 58, 33-66.
- Stadler, P. & Spieß, E. (2003): *Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Steinkellner, P. (2012). *Systemische Intervention in der Mitarbeiterführung*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Sydow, K. von (2012). Evaluationsforschung zur Wirksamkeit systemischer Psychotherapie. In M. Ochs & J. Schweitzer (S. 105-122), *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Türk, K. (1981). *Personalführung und soziale Kontrolle*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Ulrich, H. (2001). *Systemorientiertes Management: das Werk von Hans Ulrich*. Bern: Haupt.
- Weibler, J. (1994). *Führung durch den nächsthöheren Vorgesetzten*. Wiesbaden: Gabler.
- Westermann, R. (2000). *Wissenschaftstheorie und Experimentalmethodik. Ein Lehrbuch zur Psychologischen Methodenlehre*. Göttingen: Hogrefe.

- Westermayer, G. (1998). Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. M. (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 119-134). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Wunderer, R. & Weibler, J. (1992). Vertikale und laterale Einflußstrategien: Zur Replikation und Kritik des „Profiles of Organizational Influence Strategies (POIS)“ und seiner konzeptionellen Weiterführung. *Zeitschrift für Personalforschung*, 6, 515-536.
- Vincent, S. (2011). Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-96). Berlin: Springer.
- Wardetzki, B. (2013). *Kränkung am Arbeitsplatz – Strategien gegen Missachtung, Gerede und Mobbing* (2. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag (DTV).
- Watzlawick, P. (1999). *Anleitung zum Unglücklichsein* (19. Aufl.). München: Piper.
- Weigl, A., Müller, A., Angerer, P., & Petru, R. (2015). Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Expertenbasierte Entwicklung einer checklistbasierten Handlungshilfe für Betriebsärzte. *Das Gesundheitswesen*, 78, 14-22.
- Yukl, G. (1989). Managerial Leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 15, 251–289.
- Zimber, A., Hentrich, S., Bockhoff, K., Wissing, C. & Petermann, F. (2015). Wie stark sind Führungskräfte psychisch gefährdet? Eine Literaturübersicht zu Gesundheitsrisiken und arbeitsbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 123-140.

Erklärung

nach § 9, Abs. 1 der Promotionsordnung des Fachbereichs I der Universität Trier vom 25.05.2016.

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine außer den angegebenen Hilfsmitteln und Referenzen benutzt habe. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

(Stefan Johannes Eberz)

Trier, 14.04.2020