

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/294283166>

Führung und Arbeitsgestaltung – Warum gute Führung allein nicht gesund macht/ Leadership and job design. Why good leadership is not sufficient for health promotion

Article in *Arbeit* · December 2009

DOI: 10.1515/arbeits-2009-0404

CITATIONS

9

READS

578

3 authors, including:



Rainer Wieland

Bergische Universität Wuppertal

65 PUBLICATIONS 406 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Mike Hammes

International School of Management, Germany

28 PUBLICATIONS 72 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Wuppertaler Screening Instrument psychische Beanspruchung (WSIB) [View project](#)



Regionale Unterschiede im betrieblichen Unfallgeschehen [View project](#)

Rainer Wieland, Sandra Winizuk und Mike Hammes

Führung und Arbeitsgestaltung – Warum gute Führung allein nicht gesund macht

Leadership and job design – Why good leadership is not sufficient for health promotion

Zusammenfassung

Inzwischen hat sich Führung und Gesundheit zu einem wichtigen Thema für Unternehmen entwickelt. Dieser Beitrag berichtet von drei Studien, in denen der Einfluss des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Beschäftigten im Rahmen eines arbeitspsychologischen Analyse- und Interventionsmodell analysiert wird. Die Ergebnisse zeigen: Gute Führung allein macht nicht gesund. Die psychische Beanspruchung während der Arbeit, gesundheitliche Beschwerden, Fehlzeiten und Präsentismus lassen sich auf Wechselwirkungen zwischen Führungsstil und Arbeitsbedingungen zurückführen.

Abstract

In the recent years growing interest about the effects of leadership behaviour on employees' health could be observed. This paper contributes to this discussion by conducting three cross-sectional empirical studies (N = 877, N = 300, N = 570), which analyse the impact of leadership behaviour, job design, and employees' characteristics on strain health consequences. Overall our results indicate a strong interaction effect of leadership behaviour and job design on strain, health complaints, and presenteeism.

1 Einleitung

Führung kann in Anlehnung an Wegge und Rosenstiel (2004) als Sammelbegriff für alle Interaktionsprozesse angesehen werden, denen eine absichtliche, zielgerichtete, wechselseitige und soziale Einflussnahme von Personen auf andere Personen zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben im Kontext einer Arbeitssituation zugrunde liegt. Im Kontext von Führung und Gesundheit ist Gesundheit die Aufgabe, die gemeinsam von der Führungskraft und ihren MitarbeiterInnen zu bewältigen ist.

Gesundheit bedeutet nicht nur Abwesenheit von Krankheit. „Gesund sein“ bedeutet auch psychisches und körperliches Wohlbefinden (Ottawa-Charta der WHO 1986). Die Arbeitspsychologie betrachtet insbesondere subjektives Wohlbefinden als zentrales Bestimmungsstück von Gesundheit (vgl. z.B. dazu Warr, 1994; Blaxter 1990; Schmidt 1998; Zapf/Dormann 2001; Ulich/Wülser 2009). Nach Udris (2006) ist „gesundsein“ das Ergebnis eines konstruktiven Prozesses der Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung, indem Gesundheit vom Organismus ständig hergestellt werden muss. Von ähnlichen Vorstellungen geht Ducki (Ducki/Greiner 1992; Ducki 2000) aus, indem sie Gesundheit als dauerhafte Weiterentwicklung und Erhalt der menschlichen Handlungsfähigkeit begreift.

Darüber hinaus wird Gesundheit als prozesshaftes Geschehen aufgefasst, indem (1) gesundheitsbezogene Einstellungen und Werte, (2) die Fähigkeit der Person im Arbeitsprozess (sowie außerhalb der Arbeitswelt) auftretende Anforderungen und Belastungen erfolgreich zu bewältigen, und (3) wünschenswerte Zielzustände (Gesundheit)

herzustellen und unerwünschte Zustände (Krankheit) zu vermeiden, eine zentrale Rolle spielen (Wieland 2006, in Druck).

Bei dem so erweiterten Gesundheitsbegriff geht es also weniger darum, wie Krankheitsrisiken durch angemessenes Führungsverhalten vermieden (Pathogenese), sondern um die Frage, wie Gesundheit und die Humanressourcen eines Unternehmens durch Führungskräfte gefördert und erhalten werden können (Salutogenese).

Führungskräfte nehmen nicht nur unmittelbar, im direkten persönlichen Kontakt auf das Befinden und Verhalten ihrer Untergebenen Einfluss. Sie sind auch (mit-)verantwortlich für die strukturellen (Arbeitsorganisation, Aufgabengestaltung) und kulturellen (Kommunikations- und Gesundheitskultur) Arbeitsbedingungen, die die Gesundheit der Beschäftigten fördern, oder beeinträchtigen können.

Interventionen in Organisationen zur Gesundheitsförderung, erfordern ein Analyse- und Interventionskonzept, das drei Gestaltungsbereiche im Sinne einer „joint optimization“ (Semmer/Zapf 2004, 826) gleichermaßen berücksichtigt: Verhalten und Merkmale der Beteiligten (Führungskräfte, MitarbeiterInnen), Verhältnisse (Arbeitsorganisation, -aufgaben, -bedingungen) und die Unternehmens- bzw. Gesundheitskultur (gesundheitsbezogene Leitbilder, Wertvorstellungen, Einstellungen).

Bisher liegen jedoch noch wenig empirische Studien vor, die sich in systematischer Weise mit dem Einfluss befassen, den Führungskräfte auf Prozesse des Gesundheitsmanagements haben (Dellve/Skagert/Vihelmsson 2007). Mit den drei Studien, von denen nachfolgend berichtet wird, und in denen der Einfluss des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Beschäftigten im Rahmen eines arbeitspsychologischen Analyse- und Interventionsmodell analysiert wird, wollen wir versuchen, diese Lücke zu schließen.

2 Führung und Gesundheit im Rahmen eines arbeitspsychologischen Analyse- und Interventionsmodells

Das Modell bzw. dessen Konkretisierung zum „Fünf x Fünf-Wirkungsmodell“ zur Gestaltung gesunder und effektiver Arbeit (vgl. dazu Wieland 2006; Wieland/Hammes 2008) macht Aussagen über fünf Haupt-Wirkungspfade zwischen fünf wesentlichen Merkmalsbereichen der Arbeit: (1) Arbeitsbedingungen und –aufgaben; (2) Führungsverhalten, (3) Eigenschaften der Beschäftigten (z.B. Gesundheitskompetenz), (4) Emotionen und psychische Beanspruchung während der Arbeit sowie (5) langfristige Auswirkungen, wie z.B. körperliche Beschwerden und Fehlzeiten (s. Abbildung 1).

Die Gesundheitskultur eines Unternehmens hat wesentlichen Einfluss auf die im Modell dargestellten Wirkzusammenhänge und damit auch auf die Qualität und die Wirksamkeit von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Elke 2000; Ruppert/Gerstberger 2001; Badura et al. 2003; Scherrer 2007; Wilde/Hinrichs/Schüpbach 2008).

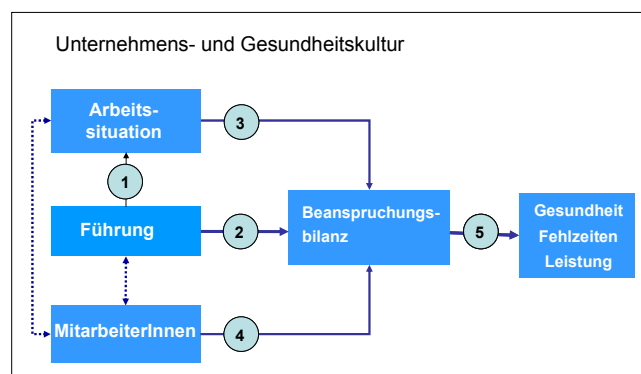


Abbildung 1: Fünf x Fünf Wirkungsmodell zur Gestaltung gesunder und effektiver Arbeit.

Studien zur betrieblichen Gesundheitsförderung, belegen substantielle Zusammenhänge für die im Modell eingezeichneten fünf Wirkungspfade bzw. die sie repräsentierenden Merkmalsbereiche (Wieland/Görg 2009). Dieser Beitrag konzentriert sich auf die für das Thema Führung und Gesundheit relevanten Zusammenhänge, indem (a) für die im Modell ausgewiesenen Wirkungspfade in der Literatur vorliegende Befunde dargestellt, und (b) von Ergebnissen aus drei eigenen Studien in Unternehmen verschiedener Branchen berichtet wird.

3 Drei Studien zu Führung, Arbeitsgestaltung und Gesundheit

3.1 Hintergrund und Vorgehensweise

Alle drei Studien fanden in Projekten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) statt; in denen die Analysedaten Grundlage für sich anschließende Interventionen waren. Die Auswahl der Analyseinstrumente orientierte sich jeweils an dem in Abbildung 1 dargestellten Analyse- und Interventionsmodell. Konzeptuell waren alle Projekte belastungs- und ressourcenorientiert, d.h. es wurden sowohl ressourcenförderliche als auch gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren erfasst.

3.2 Stichproben

In Studie I wurden 877 MitarbeiterInnen verschiedener Geschäftsbereiche einer Versicherung befragt. 55,7 % der Befragten waren weiblich, 41,6 % männlich. 2,7 % machten keine Angabe zum Geschlecht. Zum Befragungszeitpunkt waren 14,1% bis 30 Jahre, 39,0 % zwischen 31 und 40 Jahre, 32,2 % zwischen 41 und 50 Jahre und 12,5 % der Beschäftigten über 51 Jahre alt; für 1,9 % liegt keine Altersangabe vor. 14,3 % der Befragten waren Führungskräfte.

Studie II umfasste 300 MitarbeiterInnen aus fünf verschiedenen Betrieben (IT-Branche, öffentliche Verwaltung, Altenpflege, Fachhochschule, Hochschulsozialwerk), die an einem Projekt zur gender-orientierten betrieblichen Gesundheitsförderung teilnahmen. 51,3 % der Befragten waren weiblich, 45,7 % männlich. 3,0 % machten keine Angabe. 18,3 % der Befragten sind bis 30 Jahre, 28,4 % sind zwischen 31 und 40 Jahre, 34,0 % sind zwischen 41 und 50 Jahre und 15,3 % der Befragten sind über 51 Jahre alt; für 4,0 % liegt keine Altersangabe. 8,7 % der Befragten waren Führungskräfte.

In Studie III wurden 570 MitarbeiterInnen aus zehn kommunalen Entsorgungsbetrieben (u.a. Müllabfuhr, Straßenreinigung) befragt. 6,2 % der Befragten sind weiblich, 84,4 % männlich. 9,4 % machten keine Angabe zum Geschlecht. 15,6 % der Befragten sind bis 29 Jahre, 19,8 % sind zwischen 30 und 39 Jahre, 38,3 % sind zwischen 40 und 49 Jahre und 26,3 % der Befragten sind über 49 Jahre alt. 15,6 % der Befragten gaben an, eine Führungsposition zu bekleiden.

3.3 Verwendete Verfahren

Für alle drei Studien liegen mit denselben Instrumenten erhobene Daten zu den im Modell der Abbildung 1 dargestellten Merkmalsbereichen vor. Die für diesen Beitrag relevanten Verfahren werden im Folgenden kurz beschrieben.

Fragebogen zu Führung und Zusammenarbeit (FFZ, Wieland, in Vorb.): Der FFZ besteht aus 17 Items und erfasst fünf Dimensionen zu Führung und Zusammenarbeit: (1) MitarbeiterInnen-orientierte Führung („Unser/e Vorgesetzte/r hat ein offenes Ohr für die Sorgen von uns Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“, (2) Autoritäre Führung („Unser/e Vorgesetzte/r entscheidet bis in die Einzelheiten was und wie etwas getan werden muss“, (3) Zusammenarbeit („Wir geben uns auch gegenseitig Informationen und Rückmeldung“, (4) Bedeutung von Anerkennung und Wertschätzung für die MitarbeiterInnen („Anerkennung und Wertschätzung durch die Führungskraft ist mir wichtig“, und (5) Partizipative Unternehmenskultur („Bei wichtigen Dingen in der Firma kann man mitreden und mitentscheiden“). Die befragte Person beurteilt die Aussagen des FFZ auf einer Skala von 0 = „trifft gar nicht zu“ bis 4 = „trifft immer zu“.

Synthetische Belastungs- und Arbeitsanalyse (SynBA; Wieland-Eckelmann/Saßmannshausen/Rose/Schwarz 1999). Das SynBA- Verfahren erfasst Regulationsanforderungen und Regulationsbehinderungen in der Arbeitstätigkeit. Regulationsanforderungen werden im Sinne vollständiger Tätigkeiten in vier Arbeitsgestaltungsdimensionen erfasst: Kognitive Anforderungen, Tätigkeitsspielräume, Leistungsvorgaben und Kooperationsanforderungen. Regulationsbehinderungen beziehen sich auf Merkmale im Arbeitsprozess, wie mangelnde Rückmeldung von Arbeitsergebnissen, mangelnde Aufgabentransparenz, Störungen des Arbeitsablaufs, störende Umweltbedingungen und unfreiwillige Wartezeiten. Die Beschreibung der Arbeitsplatzmerkmale erfolgt durch den/die Arbeitsplatzinhaber/in auf einer fünfstufigen Skala von 0 = „trifft gar nicht zu“ bis 4 = „trifft immer zu“.

Eigenschaftswörterliste zur Erfassung von Emotionen und Beanspruchungserleben während der Arbeit (EEB; Wieland, in Vorb.). Die EEB erfasst die psychische Beanspruchung und das Erleben während der Arbeit anhand einer Liste von 25 Eigenschaftswörtern. Die Beschäftigten beurteilen ihre arbeitsbedingten Beanspruchungszustände und Befindlichkeiten auf einer siebenstufigen Antwortskala (1 = trifft kaum zu bis 7 = trifft außerordentlich zu). Die EEB misst neun Beanspruchungs- bzw. Befindensdimensionen: Mentale (konzentriert) und motivationale (leistungsbereit) Beanspruchungszustände, die das Konstrukt „funktionale Beanspruchung“ bilden, und emotionale (nervös) und physische (körperlich unwohl) Beanspruchungszustände – sie repräsentieren das Konstrukt „dysfunktionale Beanspruchung“. Kontrollerleben (einflussreich, selbstsicher),

Monotonieerleben (langweilig), Ärger (zornig), sowie positive (fröhlich) und negative (betrübt) Gefühle sind die weiteren Dimensionen. Wie verschiedene Studien belegen, ist die Beanspruchungsbilanz, die sich aus dem Verhältnis funktionaler zu dysfunktionaler Beanspruchung ergibt, ein guter Indikator für die Qualität der Arbeitsgestaltung (vgl. dazu Wieland 2004; Wieland/Krajewski/Memmou 2006). Eine inhaltlich ähnliche Konzeption findet sich bei Schallberger (2006), der die Dimensionen positive und negative Aktivierung unterscheidet.

Häufigkeit körperlicher Beschwerden (HkB; Wieland/Metz/Richter 2002). Das Instrument ist eine Adaption der Freiburger Beschwerdeliste (FBL; Fahrenberg 1994) und fragt nach der Häufigkeit von 19 körperlichen Beschwerden in fünf Bereichen: (1) Muskel-Skelett-Beschwerden, (2) Herz-Kreislauf-Beschwerden, (3) Magen-Darm-Beschwerden, (4) Unspezifische Beschwerden und (5) Allergische Reaktionen. (Beispiel: „Wie oft haben Sie Nackenschmerzen?“), Für jede dieser Beschwerden soll die betroffene Person einschätzen, wie häufig sie darunter leidet: „fast täglich“, „etwa 3 Mal die Woche“, „etwa 2 Mal im Monat“, „etwa 2 Mal im Jahr“, „praktisch nie“.

Gesundheitskompetenz-Fragebogen (GKF; Wieland/Hammes 2008). Gesundheitskompetenz bezieht sich auf die individuellen Erfahrungen, Erwartungen und Fähigkeiten, gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen aktiv und wirksam zu begegnen und die Gesundheit durch geeignete Maßnahmen zu erhalten und zu fördern. Die/der Befragte beurteilt auf einer fünfstufigen Skala von 0 = „trifft gar nicht zu“ bis 4 = „trifft vollständig zu“ zehn Items zu drei Aspekten der Gesundheitskompetenz: (1) Gesundheitsziele („Wenn ich Vorsätze und Pläne bezüglich meiner Gesundheit mache, halte ich mich auch daran“), (2) Kompetenzerwartung („Für jedes gesundheitliche Problem finde ich eine Lösung“) und (3) Erfolgserwartung („Durch meine Erfahrungen bin ich auch in Zukunft optimistisch bezüglich meiner Gesundheit“).

4 Ergebnisse vor dem Hintergrund des Fünf x Fünf – Wirkungsmodells

4.1 Wirkungspfad 1 – Führungsverhalten und Arbeitssituation

Führungskräfte bestimmen maßgeblich mit wie gearbeitet wird. Wie Arbeitsabläufe organisiert, Arbeitsaufgaben und –anforderungen gestaltet und zwischen den MitarbeiterInnen verteilt werden, und wie mit Arbeitsstörungen umgegangen wird, liegt auch in der Verantwortung der Führungskraft (Scherrer, 2007). Somit haben Führungskräfte auf zwei für die Gesundheit entscheidende Anforderungs- und Belastungsfaktoren wesentlichen Einfluss: Die Art der psychischen Regulations- bzw. Arbeitsanforderungen (Hacker 2005) sowie das Ausmaß von Regulations- bzw. Arbeitsbehinderungen (vgl. Leitner 1999).

Häufige Störungen und Unterbrechungen von Arbeitsabläufen gehören zu den wichtigsten Stressfaktoren. Behinderungen der Arbeitsprozesse haben die stärkste Wirkung auf psychosomatische Beschwerden, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, den Allgemeinen Gesundheitszustand und senken die Belastbarkeit dauerhaft (vgl. Leitner 1993; 1999; Leitner/Resch 2005). Sie belasten auf Dauer selbst die besten und motiviertesten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, führen zu Burnout und innerer Kündigung.

Wird die psychische Regulation der Tätigkeit durch zusätzliche, nicht direkt aufgabenbezogene Regulationsanforderungen, d.h. Regulationsbehinderungen beeinträchtigt, entstehen zusätzlicher (Zeit-) Aufwand und Fehlregulationen und als Folge davon negative Beanspruchungen (Ärger, Nervosität).

Wie der Führungsstil mit den am Arbeitsplatz auftretenden Regulationsbehinderungen zusammenhängt, zeigt Tabelle 1. Beschäftigte, die den Führungsstil ihrer Vorgesetzten als mitarbeiterInnen-orientiert beurteilen, berichten von weniger Regulationsbehinderungen. Führungskräfte, die einen mitarbeiterInnen-orientierten Führungsstil praktizieren, achten somit mehr darauf, dass Arbeitsabläufe reibungslos funktionieren, Arbeitsanweisungen eindeutig (Transparenz der Aufgaben) sind, und sie geben mehr Rückmeldungen über Arbeitsergebnisse. Sie versuchen Arbeitsunterbrechungen (z.B. durch Telefonate, Kunden etc.) oder störende Umweltbedingungen (z.B. Lärm, Hitze) möglichst zu vermeiden.

Tabelle 1: Korrelationen zwischen mitarbeiterInnen-orientiertem Führungsstil, Regulationsanforderungen und Regulationsbehinderungen.

	MitarbeiterInnen-orientierte Führung	
	Regulations- anforderungen.	Regulations- behinderungen.
Studie I (N= 877)	-.11**	-.35**
Studie II (N = 300)	-.03	-.40**
Studie III (N = 573)	-.07	-.29**

Für die psychischen Regulationsanforderungen ließen sich in allen drei Studien keine Effekte des Führungsstils nachweisen. D.h. die mit dem SynBA-Verfahren erfassten kognitiven Anforderungen (Gedächtnis- und Verarbeitungsoperationen), Routinetätigkeiten, Entscheidungs- und Handlungsspielräume, die Leistungs- und Zeitvorgaben sowie die Kooperationsmöglichkeiten, werden durch den Führungsstil nicht beeinflusst. Es sind insbesondere die am Arbeitsplatz vorhandenen Regulationsbehinderungen, die durch das Verhalten der Führungskräfte mitbestimmt werden.

4.2 Wirkungspfad 2 – Führungsstil und Beanspruchung/Erleben

Führungskräfte erzeugen durch ihr Verhalten – bewusst oder unbewusst – positive und negative Befindlichkeiten (Münch/Walter/Badura 2004; Scherrer 2007). Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft, Arbeitszufriedenheit (Baillod/Semmer 1994) oder Resignation und innere Kündigung, Ärger oder Freude, Herausforderungs- oder Bedrohungsgefühle (Schwartz/Stone 1993; Stadler/Spieß 2005) bzw. Wohlbefinden (Dierendonck/Borill/Haynes/Stride 2004) sind Zustände und Befindlichkeiten während der Arbeit, die vom Verhalten der Führungskräfte beeinflusst werden. Ein partizipativer Führungsstil wirkt belastungs- und beanspruchungs-reduzierend und senkt die Fehlzeiten (v. Rosenstiel et al. 1993); ein autoritärer Führungsstil führt zu einem Anstieg der Fehlzeiten (Schmidt 1996).

In unseren Studien ergibt sich, bis auf eine Ausnahme, für den Zusammenhang von Führungsstil, Beanspruchung und Kontrollerleben während der Arbeit ein sehr einheitliches

Bild: MitarbeiterInnen-orientierte Führung und funktionale Beanspruchung während der Arbeit korrelieren signifikant positiv; die dysfunktionale Beanspruchung ist dagegen erwartungsgemäß negativ mit dem Führungsstil korreliert. Ebenso wird das Kontrollerleben am Arbeitsplatz durch den Führungsstil positiv beeinflusst. Analoge Befunde zeigen sich in Bezug auf die Unternehmenskultur (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Korrelationen zwischen mitarbeiterInnen-orientiertem Führungsstil, partizipativer Unternehmenskultur, funktionaler und dysfunktionaler Beanspruchung, sowie Kontrollerleben.

	MitarbeiterInnen-orientierte Führung			Partizipative Unternehmenskultur		
	Funkt. Beansp.	Dysf. Beansp.	Kontroll-erleben	Funkt. Beansp.	Dysf. Beansp.	Kontroll-erleben
Studie I (N= 877)	.22**	-.18**	.20**	.15**	-.16**	.24**
Studie II (N = 300)	.19**	-.32**	.26**	.14*	-.27**	.32**
Studie III (N = 573)	.24**	-.07	.19**	.26**	-.09	.29**

4.3 Wirkungspfade 2 und 3: Kombinierte Wirkungen von Führung, Arbeitsgestaltung und Beanspruchung

Über den Zusammenhang von psychologischen Arbeitsgestaltungsmerkmalen und Gesundheit, gibt es inzwischen eine ganze Reihe von Forschungsarbeiten und Handbüchern (z.B. Warr 1994; Karasek/Theorell 1990; Bamberg/Ducki/Metz 1998; Oestereich/Volpert 1999; Ducki 2000; Sonnentag/Frese 2003; Semmer/Zapf 2004; Zapf/Semmer 2004; Semmer/McGrath/Beehr 2005; Wieland 2006, in Druck; Ulich/Wülser 2009). Über die kombinierte Wirkung von Führungsstil und Arbeitsgestaltung auf die Gesundheit liegen dagegen bisher kaum Arbeiten vor.

Für die Analyse der zu erwartenden kombinierten Wirkungen der Pfade 2 und 3, haben wir anhand des folgenden Vierfelderschemas vier Typen von Arbeitsplätzen gebildet: Arbeitsplätze mit wenig bzw. viel Regulationsbehinderungen (Medianhalbierung) bzw. Führungskräften, deren Führungsstil als stark bzw. gering mitarbeiterInnen-orientiert (Medianhalbierung) beurteilt wurde (vgl. Abbildung 2).

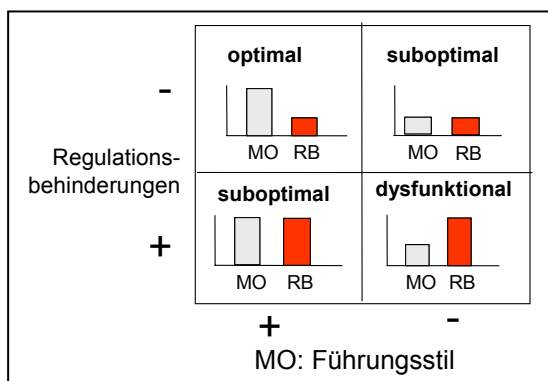


Abbildung 2: Vierfelderschema zur Typisierung von Arbeitsplätzen anhand der Kriterien: Führungsstil und Ausmaß der Regulationsbehinderungen. MO = MitarbeiterInnen-orientierter Führungsstil; RB = Regulationsbehinderungen.

Gesund, effizient, produktiv und motiviert sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wenn ihre funktionalen Beanspruchungen und positiven Gefühle während der täglichen Arbeit deutlich überwiegen, d.h. wenn sie eine positive Beanspruchungsbilanz am Ende ihres Arbeitstages haben.

Im Folgenden wird untersucht, welchen Einfluss die vier Arbeitsplatztypen auf die Beanspruchungsbilanz haben. Beanspruchung erscheint stets in einer Doppelrolle (Schönplug 1979; Wieland 2006), d.h. sie hat einen „Nutzeneffekt“ und einen „Kosteneffekt“. Der Nutzeffekt ist der positive Anteil an der Beanspruchungsbilanz; der „Kosteneffekt“ ihr negativer Gegenspieler. Ist der Nutzen größer als die Kosten, entsteht eine positive Beanspruchungsbilanz; der entsprechende Arbeitsplatz ist beanspruchungsoptimal. Sind die Kosten höher als der Nutzen ist die Bilanz negativ. Die Beanspruchungsbilanz resultiert aus einem Kennwert, der aus der standardisierten Differenz (Z-Werte) von funktionaler (positiver) und dysfunktionaler (negativer) Beanspruchung während der Arbeit (vgl. Abschnitt 3.2.2, EEB) resultiert.

Arbeitsplätze, die nach dem Vierfelderschema der Abbildung 2 klassifiziert wurden, unterscheiden sich in allen drei Studien substanziell hinsichtlich ihrer Beanspruchungsbilanz: Eine positive Bilanz weisen Arbeitsplätze mit optimal Bedingungen auf, d.h. wenig Regulationsbehinderungen und mitarbeiterInnen-orientierter Führungsstil (MO(+), RB(-)). Dysfunktionale Arbeitsbedingungen, d.h. beide, Führungsstil und Arbeitsgestaltung, sind ungünstig (MO(-), RB(+)), sind in allen Studien mit einer negativen Beanspruchungsbilanz verbunden.

An Arbeitsplätzen mit jeweils einem ungünstig ausgeprägten Merkmal (MO(-),RB(-); MO(+),RB(+)) ist die Beanspruchungsbilanz im suboptimalen Bereich, d.h. leicht unterdurchschnittlich oder leicht überdurchschnittlich ausgeprägt. Die Einzelvergleiche (Scheffé Test) ergaben für die Arbeitsplatztypen „optimal“ vs. „dysfunktional“ jeweils hochsignifikante Effekte; die Beanspruchungsbilanz der optimalen Arbeitsplätze (MO(+), RB(-)) unterscheidet sich in allen drei Studien signifikant von den anderen Gruppen; für die dysfunktionalen Arbeitsplätze gilt dies nur für Studie I.

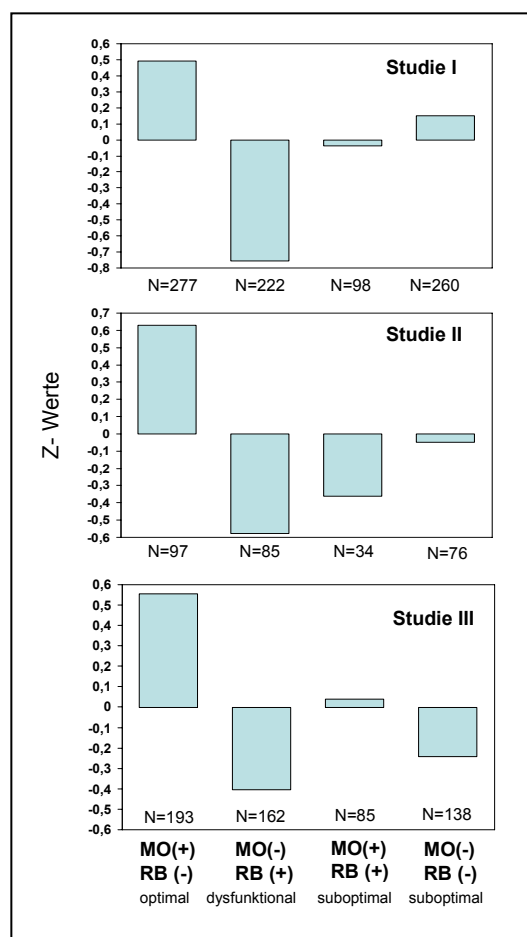


Abbildung 3: Beanspruchungsbilanz in Abhängigkeit vom Führungsstil und Regulationsbehinderungen bei der Arbeit.
Anmerkungen: MO = MitarbeiterInnen-orientierter Führungsstil; RB = Regulationsbehinderungen.
Studie I: $F(3,874) = 31,71; p < .001$
Studie II: $F(3,287) = 11,70; p < .001$
Studie III: $F(3,570) = 14,50; p < .001$

Im Weiteren haben wir anhand von Kreuztabellen untersucht, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine Person an einem Arbeitsplatz mit optimalen Bedingungen – wenig Arbeitsstörungen, gute Führung – eine positive bzw. negative Beanspruchungsbilanz aufweist. Wie aus Tabelle 3 ersichtlich, spiegeln sich in den prozentualen Häufigkeiten der Zellen die Befunde aus Abbildung 3 in konsistenter Weise wieder: Die Wahrscheinlichkeit, das eine Person an einem Arbeitsplatz mit optimalen Bedingungen (MO (+) RB (-)), eine negative Beanspruchungsbilanz aufweist, ist mit durchschnittlich 34,8% (Mittelwert aus den drei Studien) fast zweimal so gering im Vergleich zu einem Arbeitsplatz mit dysfunktionalen Bedingungen (MO (-) RB (+)); dessen Wahrscheinlichkeit liegt bei 62,9% im Durchschnitt.

Für die anderen beiden Arbeitsplatztypen zeigen sich bis auf eine Ausnahme Zellenbesetzungen, die jeweils in der Nähe der Zufallswahrscheinlichkeit von 50% liegen. Dies lässt für die Befunde zur Beanspruchungsbilanz der beiden suboptimalen Arbeitsplatztypen (vgl. Abbildung 3) folgende Interpretation zu: Arbeitsplätze mit suboptimalen Arbeitsbedingungen im hier definierten Sinn, weisen weder eine eindeutig positive, noch eine eindeutig negative Beanspruchungsbilanz auf. Dabei ist von der spezifischen Kombination von Führungsstil und Arbeitsgestaltung abhängig, ob die Bilanz eher in eine positive oder eher in eine negative Richtung tendiert.

Tabelle 3: Prozentuale Verteilung in den zwei Beanspruchungsbilanzkategorien (positiv vs. negativ), differenziert nach Arbeitsplatztypen für die drei Studien.

Arbeitsplatztypen	Beanspruchungsbilanz					
	Studie I		Studie II		Studie III	
	negativ	positiv	negativ	positiv	negativ	positiv
MO (+) RB (-) optimal	36,7	63,3	34,0	66,0	33,3	66,7
MO (-) RB (+) dysfunktional	68,5	31,5	63,5	36,5	61,8	38,2
MO (-) RB (-) suboptimal	48,1*	51,9	52,6	47,4	57,0	43,0
MO (+) RB (+) suboptimal	51,0	49,0	61,3	38,7	47,6	52,4

MO = MitarbeiterInnen-orientierter Führungsstil; RB = Regulationsbehinderungen; (+) = hohe Ausprägung; (-) = geringe Ausprägung.

Bemerkenswert ist die Stabilität der Befunde, da sie für Arbeitstätigkeiten unterschiedlicher Art bzw. Branchen gelten. Wie oben bereits ausgeführt, stammen die untersuchten Arbeitsplätze zum einen aus unterschiedlichen Branchen mit unterschiedlichen Tätigkeiten bzw. Anforderungscharakteristika; zum anderen setzt sich die größte Stichprobe (Studie I) aus neun unterschiedlichen Standorten zusammen.

Führung und Arbeitsgestaltung, so wird hier deutlich, stehen in einem engen Wechselverhältnis, wobei der Führungsstil die Arbeitssituation insbesondere in Form von Regulationsbehinderungen bzw. Arbeitsstörungen beeinflusst. Arbeitsgestaltung als Führungsaufgabe wird somit zu einer Option, die für die Unternehmen einen hohen Wert besitzt. Die hier gewählte Arbeitsplatztypisierung (vgl. Abbildung 2) kann dabei als nützliche Heuristik zur Ableitung von Interventionsstrategien dienen. So sollte an suboptimalen Arbeitsplätzen mit der Ausprägung „gute Führung/schlechte Gestaltung“ (MO (+) RB (+)) das Hauptaugenmerk auf der Arbeitsgestaltung liegen; für den Arbeitsplatztyp „schlechte

Führung/gute Gestaltung“ sind es dagegen Führungskräftebildungen, die im Vordergrund stehen.

Welche langfristigen Wirkungen in Form von körperlichen Beschwerden, krankheitsbedingte Fehlzeiten und Präsentismus in Abhängigkeit von den vier Arbeitsplatztypen zu erwarten sind, wird nachfolgend untersucht.

4.4 Arbeitsplatztyp, körperliche Beschwerden, Absentismus und Präsentismus

4.4.1 Arbeitsplatztyp und körperliche Beschwerden

Für die Häufigkeit körperlicher Beschwerden, die mittels des HkB (s.o.) erfasst wurden, zeigen sich in den drei Studien ähnliche Unterschiede für die vier Arbeitsplatztypen. Erwartungsgemäß sind diese zwischen dem optimalen und dysfunktionalen Arbeitsplatztyp am größten: Muskel-Skelett, Herz-Kreislauf-Beschwerden, sowie Unspezifische Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlaf-, Konzentrationsstörungen, Nervosität und schnelle Ermüdbarkeit) treten bei dysfunktionalen Arbeitsplätzen signifikant häufiger auf als bei optimalen Arbeitsplätzen (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Effekte des Arbeitsplatztyps auf das Ausmaß körperlicher Beschwerden (Z-Werte), differenziert nach den drei Studien.

Arbeitsplatztypen	Beschwerden								
	Studie I			Studie II			Studie III		
	MSE	HK	USP	MSE	HK	USP	MSE	HK	USP
MO (+) RB (-) MW optimal SD	-,22* ,90	-,18 ,79	-,22 ,89	-,21 ,98	-,22 ,81	-,33 ,93	-,38 ,90	-,35 ,71	-,38 ,85
MO (-) RB (+) MW dysfunktional SD	,35 1,09	,41 1,24	,42 1,13	,26 1,15	,45 1,22	,44 1,12	,23 1,05	,19 1,03	,28 1,01
MO (+) RB (+) MW suboptimal SD	,11 ,98	,02 ,83	,12 ,90	,12 ,96	-,05 ,90	,24 ,84	,03 ,93	,16 1,08	,27 1,05
MO (-) RB (-) MW suboptimal SD	-,14 ,94	-,15 ,95	-,15 ,92	-,07 ,81	-,17 ,85	-,16 ,81	,13 ,94	,06 1,00	-,02 ,93
*Z-Werte. Die F-Werte bewegen sich für die univariaten Varianzanalysen, bis auf eine Ausnahme ($F = 3,6$; $p = ,01$), zwischen 8,1 und 21,2 und sind hochsignifikant ($p < .001$). MO = MitarbeiterInnen-orientierter Führungsstil; RB = Regulationsbehinderungen; (+) = hohe Ausprägung; (-) = geringe Ausprägung. MSE = Muskel-Skelett-Beschwerden; HK = Herz-Kreislauf-Beschwerden, USP = Unspezifische Beschwerden.									

In Studie I und II sind die Effekte der suboptimalen Arbeitsplatztypen insgesamt deutlich geringer, wobei sie sich in ihrer Wirkrichtung je nach Kombination von Führungsstil und Arbeitsgestaltungsmerkmal unterscheiden: Abgesehen von Studie III scheint der Einfluss der Regulationsbehinderungen dominanter als der des Führungsstils. Ein geringes Ausmaß an Regulationsbehinderungen kompensiert offenbar einen ungünstigen Führungsstil, d.h., sind die Regulationsbehinderungen gering ausgeprägt, sind auch die körperlichen Beschwerden in den meisten Fällen eher leicht unterdurchschnittlich.

Wie hoch die Wahrscheinlichkeit einer geringen bzw. hohen Beschwerdehäufigkeit für die vier Arbeitsplatztypen ist haben wir für die Unspezifischen Beschwerden anschließend

exemplarisch anhand von Kreuztabellen untersucht (s. Tabelle 5). Für den optimalen Arbeitsplatztyp ist die Wahrscheinlichkeit einer hohen Ausprägung Unspezifischer Beschwerden im Vergleich zum dysfunktionalen Arbeitsplatztyp fast um die Hälfte geringer. Für die suboptimalen Arbeitsplätze ist die Befundlage nicht eindeutig. Offenbar spielen bei den gegenläufigen Merkmalskombinationen (MO (-) RB (-); MO (+) RB (+)) hier nicht kontrollierte Einflussgrößen eine Rolle.

Tabelle 5: Prozentuale Verteilung Unspezifischer Beschwerden (niedrig vs. hoch), differenziert nach Arbeitsplatztypen für die drei Studien.

Arbeitsplatztypen	Unspezifische Beschwerden					
	Studie I		Studie II		Studie III	
	niedrig	hoch	niedrig	hoch	niedrig	hoch
MO (+) RB (-) optimal	65,9	34,1	76,3	23,7	65,3	34,7
MO (-) RB (+) dysfunktional	39,5	60,5	42,4	57,6	39,1	60,9
MO (-) RB (-) suboptimal	62,7	37,3	57,9	42,1	50,0	50,0
MO (+) RB (+) suboptimal	56,0	44,0	38,2	61,8	43,5	56,5

MO = MitarbeiterInnen-orientierter Führungsstil; RB = Regulationsbehinderungen; (+) = hohe Ausprägung; (-) = geringe Ausprägung.

4.4.2 Arbeitsplatztyp, Absentismus und Präsentismus

Der Stellenwert des Themas „Präsentismus“ wird deutlich anhand der Whitehall II Study (Kivimäki et al. 2005): Diejenigen männlichen Beamten (ohne Herzinfarkt in der Vorgeschichte), die während des drei Jahre langen Untersuchungszeitraumes nicht fehlten, hatten ein doppelt so hohes Risiko einen Infarkt zu erleiden im Vergleich zu Beamten mit moderaten Fehlzeiten.

In den Studien I und II wurden die Beschäftigten danach gefragt, (a) wie viele Fehltage sie im Laufe eines Jahres hatten (Absentismus) und an wie vielen Tagen sie krank zur Arbeit gegangen sind (Präsentismus). Bezüglich der Dauer krankheitsbedingter Fehltage gab es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Arbeitsplatztypen. Im Durchschnitt fehlten die Beschäftigten der Studie I 11,2 Tage und die Beschäftigten der Studie II 12,03 Tage. Diese Werte liegen dabei etwas niedriger als die Fehlzeiten der Erwerbstätigen im Gesundheitsreport der BARMER von 2007 mit 13,6 Tagen (Wieland/Scherrer 2007).

Für die Tage, an denen die Beschäftigten trotz Krankheit zur Arbeit gingen, zeigten sich dagegen bedeutsame Unterschiede (vgl. Abbildung 4). An optimalen Arbeitsplätzen gehen Beschäftigte deutlich seltener krank zur Arbeit als an dysfunktionalen. Dabei unterscheidet sich in Studie I der dysfunktionale Arbeitsplatztyp hochsignifikant von allen anderen Typen (Scheffé-Test, $p < .001$); in Studie II sind die Unterschiede zwischen den Arbeitsplatztypen optimal und dysfunktional bzw. suboptimal (MO(+), RB(+)) signifikant (Scheffé-Test, $p < .01$).

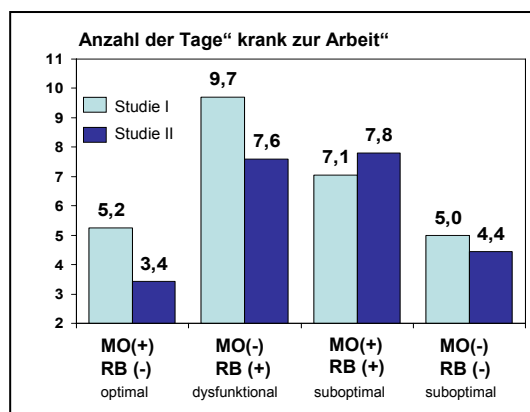


Abbildung 4: Durchschnittliche Anzahl der Tage, an denen die Beschäftigten der Studien I und II krank zur Arbeit gegangen sind, differenziert für die vier Arbeitsplatztypen. Studie I; $F(3,742) = 14,17$; $p < .001$; Studie II: $F(3,234) = 7,87$; $p < .001$.

Auffällig ist, dass, unabhängig vom Führungsstil, die Bereitschaft krank zur Arbeit zu gehen, bei vielen Regulationsbehinderungen (RB(+)) höher ist im Vergleich zu Arbeitsplätzen mit wenig Regulationsbehinderungen (RB(-)). Auf den ersten Blick erscheint dies paradox, da ungünstige Arbeitsbedingungen eigentlich die Bereitschaft mindern sollten, krank zur Arbeit zu gehen. Einen Hinweis bietet der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Präsentismus. In Studie I und II fanden sich mit $r = -.08$ bzw. $-.06$ fast Null-Korrelationen zwischen der Anzahl der Fehltage und Gesundheitskompetenz. Die Anzahl der Tage, an denen die Beschäftigten krank zur Arbeit gingen, korrelierte in beiden Studien dagegen mit $r = -.22^{**}$ (Studie I) und $r = -.31^{**}$ (Studie II) signifikant mit der Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz hatten wir weiter oben als die Erwartung und Fähigkeit, gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen aktiv und wirksam begegnen zu können bzw. die Gesundheit durch geeignete Maßnahmen zu erhalten, definiert. Beschäftigte mit hoher Gesundheitskompetenz gehen offenbar sorgsamer mit ihren Ressourcen um. Wenn sie Anzeichen eingeschränkter Gesundheit und/oder von Erkrankungen wahrnehmen, dann ignorieren sie diese nicht und gehen trotzdem zur Arbeit. Sie haben zudem die Überzeugung, dass sie ihre eigenen Belange selbst in die Hand nehmen können; zumindest legt dies die positive Korrelation zwischen Gesundheitskompetenz und Kontrollerleben ($r = .25^{**}$ bzw. $r = .29^{**}$) nahe.

5 Ausblick

Aus den hier berichteten Befunden lassen sich drei wesentliche Schlussfolgerungen ziehen: (1) Führungskräfte sind mitverantwortlich für gesundheitsrelevante Bedingungen der Arbeitssituation ihrer MitarbeiterInnen, da sie Einfluss auf das Ausmaß von Regulationsbehinderungen bei der Arbeit nehmen. (2) Ein mitarbeiterInnen-orientierter Führungsstil kann dazu beitragen, gesundheits- und leistungsförderliche Zustände (funktionale Beanspruchung) zu steigern, und leistungs- bzw. gesundheitsbeeinträchtigende Zustände (dysfunktionale Beanspruchung) zu vermeiden. (3) Die betriebliche Gesundheitsforschung sollte sich verstärkt mit Kombinationswirkungen beschäftigen. Arbeitsplatztypisierungen, wie sie hier anhand von Führungsstil und dem Arbeitsgestaltungsmerkmal „Regulationsbehinderungen“ vorgenommen wurden, tragen dazu bei, „Risikoarbeitsplätze“ zu identifizieren und zugleich gezielte Interventionsstrategien zu

entwickeln. Beispielhaft lässt sich anhand des „dysfunktionalen Arbeitsplatztyps“ erläutern: Die negative Beanspruchungsbilanz, die Häufigkeit körperlicher Beschwerden sowie die „Paradoxie des Präsentismus“ (dysfunktionaler Arbeitsplatz und trotzdem krank zur Arbeit) zeigen einerseits, dass dieser Arbeitsplatztyp ein hohes Gesundheitsrisiko aufweist. Andererseits sind aufgrund der Arbeitsplatztypisierung die Interventionsstrategien offenkundig: Führungskräftebildung und Reduzierung von Regulationsbehinderungen, sowie Verbesserung der gesundheitsbezogenen Unternehmenskultur.

Insgesamt machen die hier berichteten Befunde deutlich: Die arbeitspsychologische Forschung sollte in Zukunft ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf das bisher noch zu wenig beachtete Thema „Führung und Gesundheit“ richten.

Literaturhinweise

- Baillod, Jürg, Semmer, Norbert (1994): Korrelate und Prädiktoren von Fluktuation: Zum Stand der Forschung. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft; 47, 179-186
- Bamberg, Eva, Ducki, Antje, Metz, Anna-Marie (1998): Handlungsbedingungen und Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Gesundheitsförderung; in: Bamberg, E.; Ducki, A. & Metz A.-M. (Hg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 17-39
- Blaxter, Mildred (1990): Health and Lifestyles. Routledge; 1 edition.
- Dellve, Lotta, Skagert, Katrin, Vilhelsson, Rebecka (2007): Leadership in workplace health promotion projects: 1- an 2-year effects on long-term work attendance. The European Journal of Public Health, 17(5), 471-476
- Ducki, Antje (2000): Diagnose gesundheitsförderliche Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse. Schriftenreihe MTO. Bd. 25. (Hg): Eberhard Ulich; Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ducki, Antje, Greiner Birgit (1992): Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - Ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 36, 184-189
- Elke, Gabriele (2000): Management des Arbeitsschutzes. Deutscher Universitäts Verlag. Wiesbaden.
- Fahrenberg, Jochen (1994): Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL) Form FBL-G und revidierte Form FBL-R. Göttingen. Hogrefe.
- Hacker, Winfried (2005): Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. Bern: Hans Huber.
- Karasek, Robert, Theorell, Tores (1990): Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Kivimäki, Mika, Ferrie, Jane, Brunner, Eric, Head, Jenny, Shipley, Martin, Vahtera, Jussi & Marmot, Michael (2005): Justice at work and reduced risk of coronary heart disease among employees; in: Archives of international Medicine, 165; 2245-2251
- Leitner, Konrad (1993): Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 2, 98-107
- Leitner, Konrad (1999): Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit - Was schädigt, was fördert die Gesundheit; in R. Oesterreich & W. Volpert (Hg.): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen, 63-139: Bern: Hans Huber.
- Leitner, Konrad, Resch, Marianne (2005): Do the effects of job stressors on health persist over time? A longitudinal study with observational stressor measures. Journal of Occupational Health; 10, 1. S. 18-30
- Münch, Eckhard, Walter, Uta, Badura, Bernhard (2004): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Berlin: edition sigma.
- Oesterreich, Rainer, Volpert, Walter (1999): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Bern: Hans Huber.

- Ruppert, Franz, Gerstberger, C (2001): Sicherheits- und Gesundheitskultur II - Faktoren eines ganzheitlichen Verständnisses; in B. Zimolong (Hg.): Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen, Wiesbaden: Gabler, 201-233
- Schallberger, Urs (2006): Die zwei Gesichter der Arbeit und ihre Rolle für das Wohlbefinden: Eine aktivierungstheoretische Interpretation. *Wirtschaftspsychologie*, 8, 96–102
- Schein, Edgar (2003): Organisationskultur. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Scherrer, Karin (2007): Versöhnung von Struktur und Kultur - die Aktivierung von Führungskräften als notwendige Voraussetzung für betriebliche Gesundheitsförderung; in: Rausch, K. Organisation gestalten. Band 13 zur wissenschaftlichen Fachtagung für Angewandte Wirtschaftspsychologie, Pabst Science Publishers, 508- 514
- Schmidt, Klaus H. (1996): Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40.Jg. 2. Göttingen: Hogrefe.
- Schönpflug, Wolfgang (1979): Regulation und Fehlregulation im Verhalten I: Verhaltensstruktur, Effizienz und Belastung - Theoretische Grundlagen eines Untersuchungsprogramms. *Psychologische Beiträge*, 21, 174-202
- Schwartz, Joseph, Stone, Arthur (1993): Coping with daily work problems. Contributions of problem content, appraisals, and personal factors. *Work & Stress*, 7, 47-62
- Semmer, Norbert, Zapf, Dieter (2004): Gesundheitsbezogene Interventionen in Organisationen; in H. Schuler (Hg.): Enzyklopädie der Psychologie - Themenbereich D, Praxisgebiete, Serie III Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Organisationspsychologie-Gruppe und Organisation. Bd. 4 - Sonderdruck, Göttingen: Hogrefe, 774-843
- Semmer, Norbert, McGrath, Joseph, Beehr, Terry (2005): Conceptual issues in research on stress and health; in C.L. Cooper (Hg.): Handbook of stress medicine and health: Boca Raton: CRC Press, 1-44
- Sonnentag, Sabine, Frese, Michael (2003): Stress in organizations; in W. C. Borman, D. R. Ilgen, & R. J. Klimoski (Hg.): Comprehensive handbook of psychology, Volume 12: Industrial and organizational psychology: Hoboken: Wiley, 453-491
- Stadler, Peter, Spieß, Erika (2005): Gesundheitsförderliches Führen – Defizite erkennen und Fehlbelastungen der Mitarbeiter reduzieren. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin & Umweltmedizin*, 7, 384-390
- Udris, Ivars (2006): Salutogenese in der Arbeit- ein Paradigmenwechsel?. *Wirtschaftspsychologie. Sonderheft zur Salutogenese in der Arbeit*; 8 (2/3), 4-13
- Ulich, Eberhard, Wülser, Marc (2009): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. 3. Auflage: Wiesbaden: Gabler.
- van Dierendonck, Dirk, Haynes, Clare, Borrill, Carol, Stride, Chris (2004): Leadership behavior and subordinate well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 9 (2), 165-175
- von Rosenstiel, Lutz (1993): Kommunikation und Führung in Arbeitsgruppen; in: Lehrbuch der Organisationspsychologie. Schuler, H. (Hg.): Bern, 321-351
- Warr, Peter (1994): A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and Stress*; 8, 2; 84-97
- Wegge, Jürgen, Rosenstiel, Lutz von (2004): Führung. [Leadership]; in H. Schuler (Hg.): Lehrbuch Organisationspsychologie (3. Auflage): Bern: Huber, 475-512
- Wieland, Rainer (2004): Arbeitsgestaltung, Selbstregulationskompetenz und berufliche Kompetenzentwicklung; in B. Wiese (Hg.): Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung. Kernkompetenzen in der modernen Arbeitswelt. Frankfurt am Main: Campus.
- Wieland, Rainer (2006): Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung – Ziele, Konzepte und Maßnahmen. *Wuppertaler Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie*, Heft 1/2006, 2-43
- Wieland, Rainer (2008): Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Rückengesundheit. Beitrag zur Fachtagung Rückengesundheit fördern und

- Versorgung verbessern. Ein Gesundheitsziel im Land NRW. Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft, 14. April 2008. Gesundheitsberichte Spezial, Band 5; Bertelsmann Stiftung.
- Wieland, Rainer, Scherrer, Karin (2007): BARMER Gesundheitsreport: Führung und Gesundheit. BARMER Ersatzkasse (Hg.): Wuppertal Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal.
- Wieland, Rainer, Metz, Anna-Marie, Richter, Peter (2002): Call Center auf dem arbeitspsychologischen Prüfstand. Teil 1: Arbeitsgestaltung im Call Center – Belastung, Beanspruchung und Ressourcen. [CCall Report 3]. Hamburg: Verwaltungs-Berufsgenossenschaft.
- Wieland, Rainer, Krajewski, Jarek, Memmou, Maria (2004): Arbeitsgestaltung, Persönlichkeit und Arbeitszufriedenheit; in L. Fischer. Arbeitszufriedenheit. Göttingen: Hogrefe.
- Wieland, Rainer, Hammes, Mike (2008): Gesundheitskompetenz als personale Ressource; in: K. Mozygemba et al. (Hg.): Nutzenorientierung- ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?. Bern: Huber, 177-190
- Wieland, Rainer, Görg, Peter (2009): Gesundheitskompetenzentwicklung in der Finanzverwaltung durch gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung; in: K. Henning, I. Leisten & F. Hees (Hg.): Aachner Reihe Mensch und Technik, Band 60 Innovationsfähigkeit stärken- Wettbewerbsfähigkeit erhalten. Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber; Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz, 207-225
- Wieland, Rainer (in Druck): Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen; in: U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hg.): Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Wieland-Eckelmann, Rainer, Saßmannshausen, Andreas, Rose, Marc, Schwarz, Ronald (1999): Synthetische Beanspruchungsanalyse SynBA-GA; in Dunckel, H. (Hg.): Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren, Zürich: vdf, Stuttgart: Teubner.
- Wilde, Barbara, Hinrichs, Stephan, Schüpbach, Heinz (2008): Der Einfluss von Führungskräften und Kollegen auf die Gesundheit der Beschäftigten- Zwei empirische Untersuchungen in einem Industrieunternehmen. Wirtschaftspsychologie; 1; 100-106
- World Health Organization (1986): Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung. WHO- autorisierte Übersetzung: H. Hildebrandt & I. Kickbusch; Kopenhagen: WHO- Regionalbüro für Europa, 8-13
- Zapf, Dieter, Dormann, Christian (2001): Gesundheit und Arbeitsschutz; in H. Schuler (Hg.): Lehrbuch der Personalpsychologie, Göttingen: Hogrefe, 559-587
- Zapf, Dieter, Semmer, Norbert (2004): Stress und Gesundheit in Organisationen; in: H. Schuler (Hg.): Enzyklopädie der Psychologie, Organisationspsychologie (Bd. D III 3): Göttingen: Hogrefe, 1007-1112