

## GESUNDHEITSFÖRDERLICHE FÜHRUNG

Wolfram Schulze, M.Sc.<sup>1</sup>, Thorsten Eidenmüller, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ph.D. Student in Trnava University, Federal Republic of Germany, info@wolframschulze.de

<sup>2</sup>American University Kyrenia, Faculty of Law, Republic of Cyprus, eidenmueller@eu-edu.de

---

### Abstract

Health-promoting leadership has won more importance than ever. These include, for example, contribute to the changing workplaces, the demographic development and the variety of change processes in companies.

A holistic understanding of health and scientific findings offer a number of ways to align leadership behavior beneficial to health. For success it requires not only financial goals, anchoring occupational health promotion in the company is also necessary.

This paper addresses key findings from science and business practice, explains contexts and backgrounds and develops practical guidance for health-promoting leadership.

JEL Classification: I15

**Keywords:** Leadership, health, health promotion, neuro leadership, change management skills, salutogenesis

---

### Einleitung

Arbeitnehmer/innen- und Arbeitgeber/innen-Vertreter/innen, Wissenschaftler/innen, Personal- und Organisationsentwickler/innen, Unternehmensberater/innen u. a. beschäftigen sich seit einigen Jahren verstärkt mit dem Thema: „Gesundheitsförderliche Führung“. Gesundheitsbewusste, gesundheitsorientierte und gesunde Führung sind ähnliche Bezeichnungen der Interessensrichtungen. Alle suchen sie nach Möglichkeiten, die Gesundheit von Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Das hat verschiedene, allgemein anerkannte Gründe. Einige seien folgend genannt:

- Veränderte Arbeitsbedingen und berufliche Gesundheitsgefahren bringen stärkere psychomentaler Belastung bzw. höhere Überlastungsgefährdung mit sich.
- Grenzen der (psychischen) Leistungsfähigkeit wurden und werden von Mitarbeiter/innen und Führungskräften häufiger erreicht.
- Gesundheit als Ausdruck von Lebensqualität hat an Bedeutung gewonnen.
- Die Lebensarbeitszeit und das Alter der Beschäftigten steigen (späterer Renteneintritt und längere Lebenszeiten).
- In Deutschland werden weniger Menschen geboren, der Altersdurchschnitt der Bevölkerung wächst (demographische Entwicklung), weniger Fachkräfte „rücken nach“.

Der positive Einfluss gesundheitsförderlicher Führung auf die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten ist zunehmend bekannt.

Belege dazu finden sich unter anderem bei Rosenbrock (2001), Badura et al (2011) und Haubl/ Voß (2012).

Selbstverständlich kann das Thema in diesem Rahmen nicht umfassend behandelt werden. Der vorliegende Aufsatz zeigt aber folgend wesentliche Aspekte, wie gesundheitsförderliche Führung praktiziert werden kann, erläutert Hintergründe und zeigt Zusammenhänge auf. Gleichzeitig werden konkrete, praktische Hinweise für Führungskräfte und Mitarbeiter/innen gegeben, wie sie sich gesundheitsförderlich im Arbeitskontext verhalten können.

## **1. Bezugssystem und Konsequenzen**

Um bewusst gesundheitsförderliche Führung praktizieren zu können, braucht es ein Verständnis darüber, in welchem Kontext Führung stattfindet und was dies für Führungshandeln bedeutet. Unter dem Focus Gesundheitsförderung werden in diesem Abschnitt Antworten gegeben.

### **1.1 Begriffsbestimmung**

Zum besseren Verständnis der Ausführungen seien zunächst die drei zentralen Aspekte der Themenstellung definiert: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Führung.

In der Einleitung wurden Gründe für die Aktualität des Themas „Gesundheitsförderliche Führung“ genannt. Diese korrespondieren mit der Entwicklung des Gesundheitsbegriffs. Noch vor 40 Jahren war das Gesundheitsverständnis weitgehend auf die Abwesenheit von körperlichen Erkrankungen beschränkt, obwohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schon mit ihrer Gründung 1946 eine neue Qualität einführte. Das Verständnis von *Gesundheit* wurde neben den körperlichen Aspekten um seelische und soziale Faktoren erweitert: „Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946). Dabei ist Gesundheit, so verstehen es auch heute führende Gesundheitswissenschaftler (Badura/ Münch/ Ritter 2001), kein statischer Zustand, sondern veränderbar und verbunden mit Fähigkeiten:

- zur Problemlösung
- zur Gefühlsregulation
- zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung unterstützender sozialer Netzwerke und Beziehungen. (ebenda)

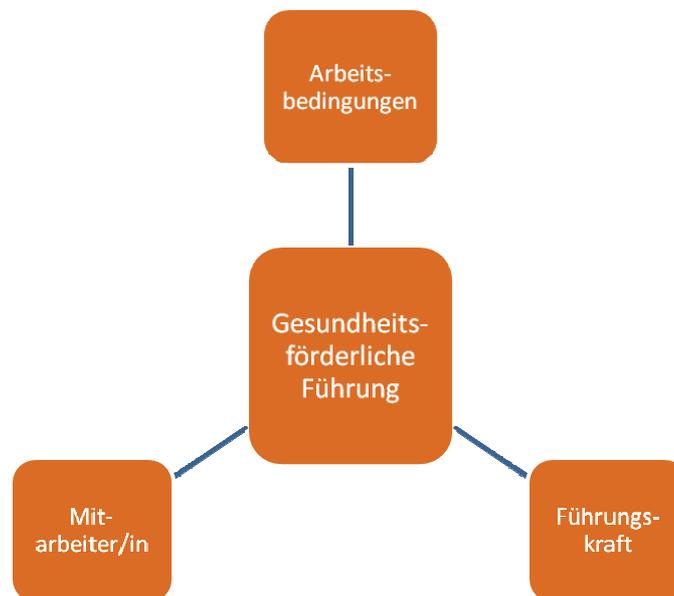
Dieses Verständnis öffnet den Weg zur umfassenden individuellen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Doch erst mit der WHO-Charta von Ottawa im Jahre 1986 fand umfassende Gesundheitsförderung zunehmend Einzug in den Betrieben bzw. Unternehmen. Der Ottawa-Charte nach zielt Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO 1986).

Dem Idealbild von *Gesundheit* möglichst nah zu kommen, ist ein Ziel. Im Unternehmenskontext sind weitere Ziele von Bedeutung. Oberste Zielsetzung in Betrieben ist, dass das Unternehmen zukunftsfähig ist und bleibt. Dafür zu sorgen ist wiederum zentrale Aufgabe von *Führung* (Namokel/ Rösner 2010, S.103 ff). *Führung* wird hier allgemein als zielbezogene Einflussnahme im Sinne von Verhaltenssteuerung und Systemsteuerung verstanden. Dem zufolge beinhaltet *Führung* Personal-Führung mit und ohne Personalverantwortung (Arbeitsverteilung, Verhaltensregeln, Fürsorge etc.) sowie Unternehmensgestaltung im jeweiligen Verantwortungsbereich (Strukturen, Kultur, Organisation etc.) in Bezug auf die Unternehmensziele.

Beinhalten die Unternehmensziele (ggf. auch die Leitbilder o. ä.) Aspekte zur Gesunderhaltung bzw. Gesundheitsförderung der Beschäftigten, ist für gesundheitsförderliche Führung neben den gesetzlichen Vorgaben ein wichtiger Grundstein gelegt. In der Umsetzung bewegt sich gesundheitsförderliche Führung im Spannungsfeld von bestimmten Arbeitsbedingungen, bestimmten Mitarbeiter/innen und bestimmter Führungskraft (vgl. Abbildung1) und ist entsprechend zu gestalten. Führungshandeln kann und muss sich dann daran messen lassen, in wie weit es eben die Gesundheit der jeweiligen Mitarbeiter/innen (incl. Führungskräften) fördert, unterstützt, stärkt etc.

Zusammenfassend wird „Gesundheitsförderliche Führung“ als unternehmenszielbezogene und gesundheitserhaltende bzw. –fördernde Einflussnahme von Beschäftigten auf ihre zugeordneten Mitarbeiter/innen und in ihrem Verantwortungsbereich liegende Arbeitsbedingungen incl. Unternehmensstrukturen bestimmt.

Abbildung 1: Kontext Gesundheitsförderlicher Führung



### 1.2 Arbeitsbedingungen

An dieser Stelle kann und soll nicht auf die vielfältigen Arbeitsstrukturen und Arbeitsorganisationsformen, Abläufe, Verfahren, Gegenstände etc. eingegangen werden. Vielmehr sollen Charakteristika moderner Arbeitswelten, die besonders

die verstärkte psychomentale Belastung bedingen, benannt und kurz beschrieben werden. So ist die Arbeitswelt für die darin tätigen Menschen gekennzeichnet durch eine Reihe von Ambivalenzen:

- *Komplexität versus Vereinfachung*: So werden zum Beispiel Computersysteme und –programme immer komplexer. Gleichzeitig sind die weitreichenden Vernetzungen und Zusammenhänge an der Bedienungsfläche nicht ersichtlich, sondern ggf. ist nur ein Haken zu setzen oder eben nicht. Die Auswirkungen werden ggf. erst an anderer Stelle oder anderen Stellen (zum Teil) sichtbar. Ein anderes Beispiel sind global vernetzte und abhängige Markgeschehnisse, die zu berücksichtigen sind, in ihren Auswirkungen aber nur vereinfacht und begrenzt erfasst werden können.
- *Flexibilisierung versus Prozessgestaltung* (auch Bürokratieabbau versus Standardisierung): Auf der einen Seite werden zum Beispiel flexible, individuell kundenorientierte Entscheidungen verlangt. Gleichzeitig bestehen detailliert definierte und einzuhaltende Ablaufschemata für Kund/inn/en-Anfragen. Oder Arbeitsprozesse werden in spezifischen IT-Programmen erfasst, die wiederum Ausnahmen nicht oder nur begrenzt ermöglichen.
- *Entgrenzung von Arbeitszeit versus Verlangen nach Erhalt der Arbeitskraft, Erholungs- und Freizeit*: Nicht zuletzt durch die Globalisierung werden zum Beispiel Geschäfte weltweit abgewickelt, die nicht „nur“ in einer Zeitzone stattfinden und es erfordern, hier oder dort abends oder nachts tätig zu sein. Gleichzeitig sollen Arbeitszeit und Freizeit in einem (getrennten) ausgewogenen Verhältnis stehen. Ein weiteres Beispiel ist die durch Email und Handy ermöglichte, zum Teil geforderte permanente Erreichbarkeit. Die wiederum Erholungszeiten verkürzt, durchbricht oder gar nicht erst ermöglicht. Gleichzeitig besteht aber die Anforderung, die Arbeitskraft zu erhalten oder gar zu steigern.
- *Individualisierung versus Gemeinschaftsbedürfnis*: PC-Arbeitsplätze und moderne Kommunikationsmittel tragen zum Beispiel dazu bei, dass weniger direkt, persönlich kommuniziert werden muss bzw. wird. Arbeiten können vom Einzel-PC-Arbeitsplatz oder Homeoffice erledigt werden. Arbeitgeber/innen-Wechsel sind nicht nur häufig, sondern oft auch gewünscht. Persönlicher Kontakt zu Kolleg/inn/en, Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühl nehmen ab oder werden nur noch in geringerem Umfang und temporär gepflegt. Das menschliche Bedürfnis nach Zugehörigkeit (Bindung), das unter anderem das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen gibt, besteht jedoch nach wie vor.

Konsequenzen aus den eben beschriebenen Ambivalenzen gibt es neben der verstärkten psychomentalen Belastung von Beschäftigten sehr viele und zum Teil sehr unterschiedliche. Hier seien Gesichtspunkte herausgegriffen, die in Bezug auf die Themenstellung des Aufsatzes als besonders relevant erscheinen.

Zentral sind sicher die Konsequenzen, dass die Anforderungen an die emotionale Intelligenz insbesondere die Gefühlsregulation und die Kommunikationskompetenzen gestiegen sind. Unter emotionaler Intelligenz wird allgemein die Fähigkeit verstanden, eigene und Gefühle anderer (richtig) wahrzunehmen, zu verstehen und zu beeinflussen. Kommunikationskompetenz meint die Fähigkeit, konstruktiv, bewusst und effektiv zu kommunizieren. Unter dem Blickwinkel „Veränderungskompetenz“ werden Aspekte davon unter Punkt 2.2.2 aufgegriffen.

Weitere Konsequenzen im Sinne der Gesundheitsfürsorge sind die Notwendigkeit zur verstärkten (Selbst-) Begrenzung und Selbstfürsorge, (Ein-) Bindung und Sinnggebung. Gesundheitsförderliche Führung kann hier individuell und strukturell ansetzen (vgl. Punkt 2).

### **1.3 Mitarbeiter/innen**

Der/ die Mitarbeiter/in ist die zentrale Person neben der entsprechenden Führungskraft selbst, auf die gesundheitsförderliche Führung ausgerichtet ist. Individuell zu berücksichtigen sind unter anderem:

- Persönlichkeit, Alter, Familienstand, Gesundheit, Eigenfürsorge, ...
- Berufliche Kompetenzen (Befugnisse, Aufgabenbereiche, ...)
- Soft Skills (Team- und Konfliktfähigkeit, Veränderungs- und Lernfähigkeit bzw. -bereitschaft)
- Berufliche und persönliche Entwicklung und Zielsetzungen
- Leistungsgerechtigkeit.

Gerade der letztgenannte Aspekt (*Leistungsgerechtigkeit*) sei wegen seiner hohen Bedeutung aber geringen Berücksichtigung in der betrieblichen Praxis (Erfahrung des Autors) näher erläutert. Leistungsgerechtigkeit bedeutet, dass nicht allein das Ergebnis einer Arbeit zählt/ bewertet wird. Leistungsgerechtigkeit setzt sich zusammen aus:

- Leistungsfähigkeit (Qualifikation, zur Verfügung stehende Ressourcen, ...),
- Leistungsbereitschaft (Motivation, Arbeitszufriedenheit,...)

- Leistungsergebnis (Arbeitsergebnisse, Arbeitspensum, ...)

Erst die Berücksichtigung und die Zusammenschau der drei Aspekte begründet, in wie weit eine Leistungsbeurteilung und damit im besten Fall Anerkennung als gerecht und angemessen empfunden wird oder nicht. Das Maß der Anerkennung wiederum ist ein wesentlicher Teil, ob sich ein/e Mitarbeiter/in über-, unter- oder angemessen gefordert fühlt, was wiederum gesundheitsrelevant ist. 2008 fühlten sich 64% der Beschäftigten „selten“ anerkannt. Im Jahr 2011 waren es 51,8% (Haubl/ Voß 2012, S.8). Das heißt, hier hat eine deutliche Verbesserung stattgefunden, auch wenn es keinen Grund zur „Entwarnung“ gibt.

#### **1.4 Führungskraft**

Das eben aufgeführte Beispiel zeigt, dass Führungskräfte sich in ihrem Führungsverhalten positiv entwickelt haben. Insofern sie auch Mitarbeiter/innen sind gelten für sie aber ebenfalls die unter Punkt 1.3 genannten Aspekte. Darüber hinaus stehen sie in der ihrer Rolle entsprechenden Verantwortung gegenüber Unternehmen und Mitarbeiter/in eben auch in Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Darauf sei unter Punkt 2 näher eingegangen. Hier folgen zunächst zehn allgemeine Eigenschaften von Führungskräften, die möglichst stark ausgeprägt sein sollten, und in Bezug auf die Gesundheitsförderung besonders relevant erscheinen. Häfele beschreibt sie in seinem Buch „OE-Prozesse initiieren und gestalten“ näher (Häfele 2007, S.262 ff):

- Wille
- Persönliche Kraft (kein Selbstmitleid, ...)
- Selbstbewusstsein
- Respekt und Wertschätzung
- Kraftvolle Bilder
- Verantwortungsübernahme für Tun und Lassen
- Sehen, was ist (Realismus, ...)
- Zugang zu Stille (innere Einkehr halten können, ...)
- Teamfähigkeit
- Fähigkeit des Übens.

Die Ausprägungen entscheiden mit über eigene Gesundheitsrisiken von Führungskräften, ihre gesundheitsbezogene Vorbildwirkung und ihr gesundheitsförderndes Führungsverhalten.

## **2 Gesundheitsförderliche Führung**

Standen bisher Rahmenbedingungen und Schlussfolgerungen daraus in Bezug auf gesundheitsförderliche Führung im Mittelpunkt, erfolgt nun die Konkretisierung. Zunächst gibt es ausgewählte Zahlen, Daten und Fakten zum Thema (Punkt 2.1), anschließend drei einschlägige Hintergrundtheorien (Punkt 2.2), die dann in ganz praktischen Hinweisen münden (Punkte 2.3).

### **2.1 Zahlen, Daten, Fakten**

Durch psychische Belastungen am Arbeitsplatz können Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen, Bluthochdruck etc. ausgelöst werden und sich zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen entwickeln. Für Österreich haben sich zum Beispiel allein die Krankheitstage auf Grund von psychischen Erkrankungen zwischen 1995 und 2011 verdoppelt. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten belaufen sich auf 3,3 Milliarden Euro (Tumpel 2012).

Nach einer empirischen Studie der Wirtschaftsuniversität Wien, Abteilung Personalwirtschaft führen durch Vorgesetzte gegebene Aufgabenunklarheiten in 23% der Fälle zu psychosomatischen Beschwerden. 11% der befragten Mitarbeiter/innen entwickelten diese Beschwerden bei zu geringem Handlungsspielraum. Fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte wiederum führte bei 14% zu Selbstwertproblemen und bei 7% zu psychischen Beeinträchtigungen. Darüber hinaus ist „Flucht in Krankheit“ häufig Folge von übertriebenen Leistungserwartungen. (Westerhoff 2007)

Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl und Pro. Dr. Günter Voß vom Sigmund Freud Institut Frankfurt bzw. der Technischen Universität Darmstadt geben auf Grund ihrer Untersuchung an, dass die Erschöpfung bei einem Großteil der Beschäftigten stark bis sehr stark ist (Haubl/ Voß 2012). Dies muss als Warnzeichen vor der Entwicklung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen verstanden werden. Zwischenzeitliche Entlastung ist hier zur Vorbeugung notwendig.

## **2.2 Hintergrundtheorien**

Um die Konsequenzen für das gesundheitsorientierte Führungsverhalten aus eben genannten Fakten besser zu begründen, folgen zunächst kurze Erläuterungen dreier Theorieansätze.

### **2.2.1 Menschliche Grundbedürfnisse**

Aus der Neurowissenschaft sind vier wesentliche Grundbedürfnisse des Menschen bekannt, die für den hiesigen Zusammenhang wiedergeben werden sollen. Wesentlich sind sie deshalb, weil die Arbeitsbedingungen dem zum Teil entgegenstehen und Führung starken Einfluss auf die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der Bedürfnisse hat. Peters hat sie im Zuge seines Neuroleadership-Modells wie folgt benannt (Peters 2012):

- Lustgewinn und Unlustvermeidung
- Selbsterhöhung und Selbstwertschutz
- Orientierung und Kontrolle
- Bindung.

(vgl. Abbildung 2: Menschliche Grundbedürfnisse)

Im Mittelpunkt stehen hier die entsprechenden Gefühle und der bewusste Umgang bei Führungskräften und Mitarbeiter/inne/n sowie wechselseitig, um gerade bei Veränderungsprozessen wirksam zu werden. „Auch in Führungsetagen muss man akzeptieren, dass man Emotionen nicht einfach deckeln kann. Neue Verhaltensweisen muss ich über einen längeren Zeitraum einüben, damit sie im Gehirn ihre neuronale Entsprechung ausbilden können“ Peters 2012; S.13).

Abbildung 2: Menschliche Grundbedürfnisse (Peters 2012; S.12)



### 2.2.2 Veränderungskompetenz

Um neue Verhaltensweisen zu zeigen, das gilt für Führungskräfte und Mitarbeiter/innen, bedarf es gewisser Fähigkeiten. Im Zuge von sich stetig und schnell verändernder Arbeitswelt sind diese besonders wichtig. Wolfgang Wittwer beschreibt drei Kompetenzebenen (Wittwer 2008):

- Soziale Kompetenz – Dazu zählen die Kontakt- und Orientierungsfähigkeit, das Selbstwertgefühl incl. Selbstregulation sowie die Reflexivität.
- Fachliche Kompetenz – Sie umfasst u. a. Flexibilität, Lernbereitschaft, Eigeninitiative und Fähigkeit zur Selbstorganisation.
- Institutionell-organisatorisch Kompetenz – Diese beinhaltet die Fähigkeit, Situationen zu strukturieren, Integrationsbereitschaft, Offenheit für Veränderungen, Einstellung zur Unsicherheit und Mobilitätsbereitschaft.

Spätestens hier wird deutlich, dass Soft Skills wesentlich an Bedeutung gewonnen haben.

### 2.2.3 Salutogenese

Die Salutogenese betrachtet im Gegensatz zur Pathogenese nicht die Entstehung von Krankheit sondern die Entstehung von Gesundheit. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelte sein Konzept der Salutogenese daraus, dass er fragte, welche Aspekte haben bei Menschen unter belastenden Bedingungen bzw. nach kritischen Lebensereignissen dazu beigetragen, dass sie damit gut umgehen konnten und nicht krank wurden (Singer 2008). Zentraler Bestandteil des Konzepts ist der Kohärenzsinn (Sense of Cherence). Damit ist eine Lebensweltorientierung gemeint, die uns hilft, mit Stress besser umzugehen, das Gefühl von Schlüssigkeit und in sinnvollen Strukturen aufeinander bezogen zu sein. Antonovsky bezeichnet 1979 Kohärenz als „way of looking at the world“ (nach Singer 2008, S.230).

Das Diakonische Werk Baden Württemberg hat aus den Erkenntnissen der Salutogenese in einem Projekt Grundprinzipien gesunder Arbeit entwickelt

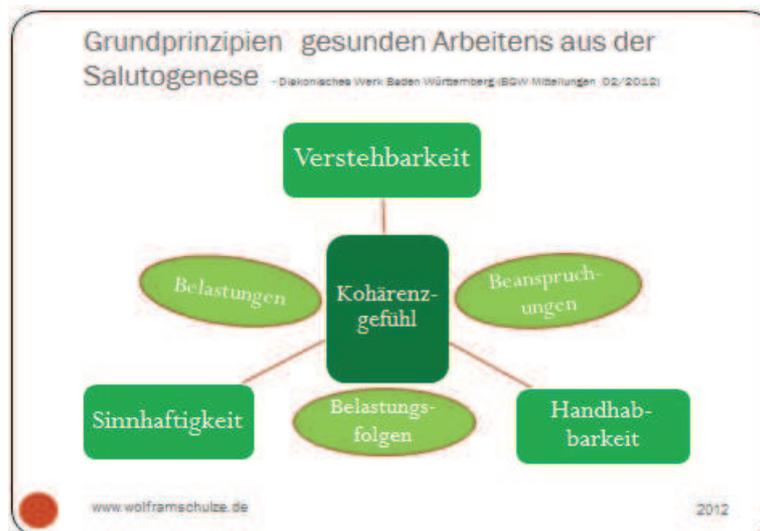
(BGW 2012). Individuelle Ressourcen der Beschäftigten sollen damit gestärkt und Belastungen abgebaut werden. Im Mittelpunkt steht das möglichst zu erreichende Kohärenzgefühl am Arbeitsplatz („Es stimmt für mich“). Das setzt sich aus drei Teilen zusammen (BGW 2012, S.10f):

- Verstehbarkeit („Ich verstehe, warum dies so ist“),
- Handhabbarkeit („Ich kann das bewältigen“),
- Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit („Was ist tue, ist wichtig“).

Die Arbeitsbedingungen sind nach Möglichkeit, entsprechend zu gestalten. (vgl. Abbildung 3: Grundprinzipien gesunden Arbeitens). Dazu wurden die folgenden fünf Handlungsfelder definiert:

- Handeln der Unternehmensleitung
- Handeln der direkten Führungskraft
- Kooperation im Team
- Organisation der Arbeit und Rahmenbedingungen
- Eigene Haltung und eigenes Verhalten der Beschäftigten.

Abbildung 3: Grundprinzipien gesunden Arbeitens



### 2.3 Führungshandeln konkret

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich festhalten: Gesundheitsförderliche Führung ist eine strategische und operative Aufgabe. Sie ist quasi eine Handlungsmaxime, die die Gesundheit der Beschäftigten als zentrale Ressource und Voraussetzung für Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft versteht, und sich für betriebliche Prävention als nachhaltiges Handlungsprinzip einsetzt.

Vier Ebenen sind eingeschlossen:

- A) das persönliche gesundheitsförderliche Verhalten der Führungskraft,
- B) die Vorbildwirkung der Führungskraft,
- C) den Führungsstil bzw. das Führungsverhalten,
- D) die Arbeitsstrukturen und -verteilung.

Es würde den Rahmen sprengen, hier die einzelnen Ebenen auszudifferenzieren. Konkrete Hinweise für gesundheitsförderliches Führungsverhalten hingegen sollen ausdrücklich abgeleitet werden. Gesundheitsförderliches Führungsverhalten beinhaltet dem zufolge:

- Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten unter besonderer Berücksichtigung von Leistungsgerechtigkeit und sinnstiftende Kommunikation werden praktiziert.
- Mitarbeiter/innen haben das Gefühl, sie werden nicht nur als Arbeitskraft sondern auch als Mensch gesehen und es wird sich um ihn/sie gekümmert.
- Persönlichkeit und sozialen Gegebenheiten des/der Mitarbeiters/in finden Berücksichtigung.
- Soziale Unterstützung von Vorgesetzten (und Kollegen/innen) wird gegeben, z. B. durch Abnehmen bzw. Geben von Arbeit, Informieren, emotionale Unterstützung (Mitgefühl, Verständnis) und Bewertungsunterstützung, die Sicherheit bei Entscheidungen gibt.
- Vertrauensvolle Kommunikationskultur wird gepflegt, z. B. in Form von regelmäßigen Mitarbeiter/innen-Gesprächen, bei denen auch Gesundheitsverhalten thematisiert wird.
- Handlungsspielräume sind eröffnet.
- Herausfordern findet statt, nicht Über- oder Unterforderung.
- Soziale, methodische und fachliche Kompetenzen werden gefördert, z. B. Persönlichkeitsentwicklung, Zeitmanagement, Projektmanagement, Konfliktmanagement.
- Attraktive Ziele werden gesetzt, wobei eine Beteiligung des/der Mitarbeiters/in erfolgt.

Letztendlich kann die Verantwortung für die Gesundheitsfürsorge nicht allein bei den Vorgesetzten liegen. Alle Beschäftigte sind aufgefordert, dazu beizutragen. Das bedeutet besonders emotionale Kompetenzen, Veränderungs- und Kommunikationskompetenzen zu üben und zu fördern (z. B. durch Weiterbildung), sich selbst und andere einzubinden (zu integrieren) sowie in Selbstfürsorge und Wissen um Grenzen zu sinnvollem und begeistertem Handeln im Sinne der Unternehmensziele beizutragen.

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit in der Arbeit (European Agency for Safty and Health at Work, EU-OSHA) formuliert in ihrer Publikation „Management Leadership in Occupational Safty and Health – a practical Guide“ folgende praktische Beispiele für Führung:

- (Visiting work stations to) engage with staff about health concerns
- Taking personal responsibility and showing that you care
- Leading by examples
- Making available, as far as possible, money and time.
- (EU-OSHA 2012, S. 11)

### Fazit

Gesundheitsförderliche Führung setzt Selbstfürsorge und Verankerung im Unternehmen voraus. Das Führungsverhalten (Stile, Techniken, Haltungen etc.) orientiert sich an einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis und sucht Gesundheit und Wohlbefinden aller Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Zentrale und immer wieder neu zu beantwortende Fragen der so handelnden Führungskräfte sind:

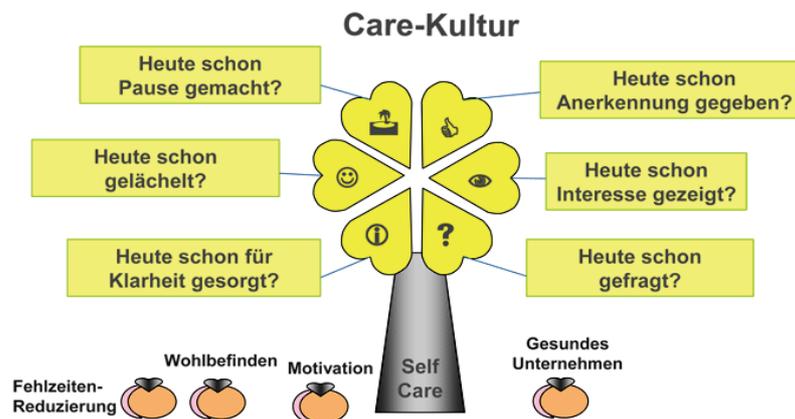
- Wie gehe ich mit meinen Mitarbeiter/inne/n um?
- Wie gehen diese mit mir und untereinander um?
- Wie sind die Arbeitsbedingungen?
- Ist dies jeweils gesundheitsförderlich?

Zeit und Ruhemomente zur Beantwortung dieser Fragen dienen der (eigenen) Gesundheitsvorsorge der Führungskräfte. Beratungsformate wie Coaching, Sozialberatung, kollegiale Beratung und Supervision können unterstützend wirken.

Auf Grund der erhöhten psychomentalen Belastung bei Veränderungsprozessen gewinnt gesundheitsorientierte Führung an Bedeutung.

Zum Abschluss fasst folgende Graphik der Fachzeitschrift „Steine + Erden: Technik, Arbeitssicherheit und Führung“ das Thema ganz pragmatisch zusammen.

Abbildung 4: Care-Kultur (BG RCI 2012)



## Literatur

Badura, Bernhard et al (2011): Fehlzeiten-Report 2011 – Führung und Gesundheit. Springer-Verlag, Heidelberg

Badura, Bernhard/ Münch, Eckhard/ Ritter, Wolfgang (2001): Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik –Fehlzeiten durch Motivationsverlust. 4. Auflage, Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh

BG RCI (2012): Steine + Erden: Technik, Arbeitssicherheit und Führung. <http://www.steine-und-erden.net/se410/fuehrung3.png> Stand: 22.02.2013

BGW - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (2012): Magazin für ein gesundes Berufsleben – BGWmitteilungen. 02/20012, S. 10-11, Eigenverlag, Hamburg

EU-OSHA (2012): Management Leadership in Occupational Safty and Health – a practical Guide. Eigenverlag, Bilbao/ Brüssel

Häfele, Walter (Hg.) (2007): OE-Prozesse initiieren und gestalten. Haupt Verlag, Bern

Haubl, Rolf/ Voß, Günter (Hg.) (2012):Grenzen professioneller Arbeit – Risikofaktoren für Arbeitsqualität und Gesundheit. Sigmund-Freud-Institut Frankfurt und Technische Universität Chemnitz; [http://www.sfi-frankfurt.de/fileadmin/redakteure/pdf/03\\_Mitarbeiter\\_PDFs/03\\_Haubl\\_Manuskripte/Vorabdarstellung\\_Grenzen\\_professioneller\\_arbeit\\_2012.pdf](http://www.sfi-frankfurt.de/fileadmin/redakteure/pdf/03_Mitarbeiter_PDFs/03_Haubl_Manuskripte/Vorabdarstellung_Grenzen_professioneller_arbeit_2012.pdf) Stand 15.02.2013

- Namokel, Herbert/ Rösner, Dieter (Hg) (2010): Lexikon Change Management. Symposium Publishing Düsseldorf
- Peters, Theo (2012): Gefühle kann man nicht deckeln. In der Zeitschrift Upgrade 2/2012 der Donau Universität Krems, S.12-13, Krems
- Rosenbrock, Rolf (2001): Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben-neue Partner-neue Wege? Workshop-Dokumentation. Lehnhardt, Uwe (Hg.): Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin
- Schulze, W. (2012): Mediation im Vergleich zu Coaching, Supervision und Psychotherapie. In: Deym-Soden, B./ Hofstetter-Rogger, Y./ Ratschiller, D. (Hg.): Perspektive Mediation. Verlag Österreich, Wien
- Singer, Susanne (2008): Kohärenzsinn. In: Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. S. 230-234, Hogrefe Verlag, Göttingen
- Tumpel, Herbert (2012) in: Arbeit – Psychische Erkrankungen kosten 3,3 Mrd. Euro. Pressemeldung vom 11.04.2012; [www.DiePresse.com](http://www.DiePresse.com) Stand: 22.02.2013
- Westerhoff, Ute (2007): Vortrag: Gesunde Führung – Führungskräfte als Zielgruppe der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Unfallkasse des Bundes, Berlin
- WHO (1946): Definition of health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> Stand: 18.02.2013
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. [http://www.euro.who.int/de/who - we-are/policy-documents/ottawa-charter-for- health-promotion,-1986](http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986) Stand 18.02.2013
- Wittwer, Wolfgang (2008): Veränderungskompetenz in Veränderungssituationen. In: Ludwig, J. (Hg.): Interdisziplinarität als Chance: Wissenschaftstransfer und Beratung im lernenden Forschungszusammenhang. S. 147 – 162, Bielefeld