

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt

Führung

baua: Bericht

**Forschung
Projekt F 2353**

D. Montano
A. Reeske-Behrens
F. Franke

**Psychische Gesundheit
in der Arbeitswelt**

Führung

Dortmund/Berlin/Dresden 2016

Der vorliegende Bericht wurde im Rahmen des BAuA-Forschungsprojekts „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Wissenschaftliche Standortbestimmung“ erstellt und ist dem Themenfeld „Führung und Organisation“ zugeordnet. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter www.baua.de/psychische-gesundheit. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren Dr. Diego Montano
Dr. Anna Reeske-Behrens
Dr. Franziska Franke
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Titelbild: eckedesign, Berlin

Titelgestaltung: eckedesign, Berlin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1 - 25, 44149 Dortmund
Postanschrift: Postfach 17 02 02, 44061 Dortmund
Telefon: 0231 9071-2071
Telefax: 0231 9071-2070
E-Mail: info-zentrum@baua.bund.de
Internet: www.baua.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40 - 42, 10317 Berlin
Telefon: 030 51548-0
Telefax: 030 51548-4170

Dresden:
Fabricestr. 8, 01099 Dresden
Telefon: 0351 5639-50
Telefax: 0351 5639-5210

Nachdruck und sonstige Wiedergabe sowie Veröffentlichung, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

www.baua.de/dok/7930422

DOI: 10.21934/baua:bericht20160713/2a

ISBN 978-3-88261-185-4



Abstract

Fragestellung

Der vorliegende Endbericht befasst sich mit zwei Fragen: (1) Inwieweit hängt Führung mit der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter zusammen? (2) Welche Rolle spielen ausgewählte Führungsinstrumente im Kontext von Führungshandeln und der psychischen Gesundheit von Beschäftigten?

Methoden

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche in den einschlägigen Datenbanken PubMed (PMC), PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX (EBSCOHost) und WISO durchgeführt. Die Suchstrings bestehen aus drei Schlagwortkategorien, die die Themenbereiche „Führung“, „Arbeitsplatzkontext“ und „psychische Gesundheit“ abdecken. Da die Suchstrings keine Ergebnisse zum Thema personale Führungsinstrumente und psychische Gesundheit geliefert haben, wurde diesbezüglich die Recherche durch eine manuelle Suche in den Datenbanken PSYINDEX, Scopus und PubMed ergänzt. Die wichtigsten Ein- und Ausschlusskriterien der gefundenen Literatur waren (1) die explizite Untersuchung von Führung im Sinne der direkten Personalführung im Arbeitskontext, (2) die Fokussierung auf psychische Gesundheit und (3) das Format der gefundenen Literatur (Formate wie Buchreviews, Lehrbuchkapitel, Nachrufe oder Ähnliches wurden nicht eingeschlossen).

Im vorliegenden Endbericht werden folgende Merkmale von Führung behandelt: (1) transformationale Führung, (2) mitarbeiterorientierte Führung, (3) aufgabenorientierte Führung, (4) destruktive Führung, (5) interaktionale Aspekte von Führung sowie (6) ethische/authentische Führung. Auf der anderen Seite werden folgende Outcomes psychischer Gesundheit berücksichtigt: (1) affektive Symptome, (2) Burnout, (3) Stress, (4) Wohlbefinden, (5) psychologische Funktionsfähigkeit und (6) gesundheitliche Beschwerden.

Die berichteten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Merkmalen von Führung und den unterschiedlichen Outcomes psychischer Gesundheit wurden extrahiert und aggregiert. Anschließend wurden der Evidenzgrad der Ergebnisse nach den Empfehlungen der GRADE-Arbeitsgruppe (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation; siehe Atkins et al., 2004; Canfield & Dahm, 2011) bewertet und Schlussfolgerungen für eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung des Arbeitsbedingungsfaktors Führung gezogen.

Ergebnisse

In Bezug auf die Teilfragestellung, inwieweit Führung mit der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter zusammenhängt, wurden unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien insgesamt 217 Studien mit 703 enthaltenen Zusammenhangsmaßen eingeschlossen bzw. extrahiert. Die Studien sind überwiegend im Forschungsfeld der Organisationspsychologie und des betrieblichen Managements durchgeführt worden. Im Vordergrund stand dabei ursprünglich vor allem die Frage nach den in Arbeitssituationen entstandenen psychologischen Prozessen wie Motivation, Wahrnehmung und Bewertung des Verhaltens von Führungskräften sowie Beziehungsqualität der Führungskraft-Mitarbeiter-Dyaden. Auch wenn die methodologische Qualität der eingeschlossenen Studien niedrig bis mittelmäßig ist und eine gewisse Überschätzung berichteter Zusammenhänge nicht auszuschließen ist, wurden statistisch signifikante kleine bis mittlere Effektstärken für den Zusammenhang zwischen Führung und psychischer Gesundheit der Mitarbeiter gefunden.

Hinsichtlich der Teilfragestellung zur Rolle personaler Führungsinstrumente im Kontext von Führungshandeln und der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter lässt sich zusammenfassend feststellen, dass zu wenige Studien durchgeführt worden sind, die diese Fragestellung direkt untersucht haben. Trotzdem sprechen einige Befunde dafür, dass das Mitarbeitergespräch und die leistungsabhängige Vergütung als personale Führungsinstrumente nicht nur zur möglichen Erfüllung organisationaler Ziele, sondern auch zu negativen Auswirkungen auf die Mitarbeitergesundheit führen können. Insbesondere scheint das Spannungsverhältnis zwischen den von der Organisationsleitung und den Führungskräften geforderten Zielen und den erbrachten Arbeitsergebnissen der Mitarbeiter mit einer erhöhten psychosozialen Arbeitsbelastung assoziiert zu sein, die je nach spezifischem Organisationskontext mit Demotivation, Unzufriedenheit, internen Konflikten sowie verminderter Arbeitsleistung einhergehen kann.

Im Sinne des Arbeitsschutzes lassen sich die oben beschriebenen Ergebnisse der gesichteten Literatur auf der Basis des Anforderungs-Ressourcen-Modells zusammenfassen (A. B. Bakker & Demerouti, 2007). Im Allgemeinen weisen die Befunde darauf hin, dass Führung als Ressource die positiven Ausprägungen transformationaler und mitarbeiterorientierter Führung, eine hohe Qualität der Führungskraft-Mitarbeiter-Interaktionen sowie – in etwas abgeschwächter Form – aufgabenorientierter Führung einschließt. Aus einer statistischen Perspektive haben die positiven Auswirkungen von Führung auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter die Stärke von kleinen bis mittleren Effekten. Im Gegensatz dazu gilt Führung als Gefährdung nicht nur im Fall der sog. destruktiven Führung, sondern vermutlich auch bei unzureichenden bzw. mangelnden Führungskompetenzen. Die negativen Auswirkungen destruktiver Führung auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter weisen ebenfalls kleine bis mittlere Effektstärken auf. Die gefundenen Zusammenhängen sind allerdings praktisch von hoher Bedeutsamkeit, da nahezu alle Beschäftigten eine Führungskraft haben und somit von positiven oder auch negativen Ausprägungen von Führung betroffen sind. Somit kann Führung selbst bei statistisch kleinen oder mittleren Zusammenhängen mit gesundheitlichen Parametern eine wichtige positive oder negative Wirkung für viele Beschäftigte haben.

Schlussfolgerungen

Existierende Primärstudien haben bspw. die Wirkmechanismen von Führung genauso wenig untersucht wie Führung in klar abgegrenzten Branchen oder für klar abgegrenzte Berufsgruppen. Auch wenn sich angesichts dieser Mängel Gestaltungsempfehlungen zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung entsprechend nicht direkt aus den Ergebnissen empirischer Studien ableiten lassen, ist es trotzdem möglich, aus den ermittelten Korrelationen zwischen Führung und psychischer Gesundheit folgende Merkmale gesunder Führung zu identifizieren, die einer gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung entsprechen können:

1. eine mitarbeiter- bzw. gesundheitsorientierte Führung – eine rein aufgabenorientierte Führung hat hingegen keine maximal positive Wirkung auf die Mitarbeitergesundheit,
2. eine transparente und respektvolle Kommunikation zwischen Führungskräften und Geführten,
3. eine klare Vermittlung der für die einzelnen Mitarbeiter relevanten Informationen bzw. Regelungen,
4. ein ermunternder, Kreativität fördernder Führungsstil,
5. der Vorrang eines partizipativen, auf Dialog und Handlungsspielraum basierenden Führungsstils vor einem autoritären, auf Befehl und Gehorsam ausgerichteten Führungsstil,
6. die Berücksichtigung der Gerechtigkeitserwartungen der Geführten,
7. die Berücksichtigung sozial-emotionaler Bedürfnisse der Organisationsmitglieder, wie Anerkennung, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit, und
8. die strikte Vermeidung bzw. Sanktionierung sämtlicher Formen destruktiver Führung.

Inhaltsverzeichnis

1.	Definitionen und Fragestellung.....	10
1.1.	Führungstheorien und -ansätze	11
1.1.1.	Führungskraftzentrierte Theorien	11
1.1.2.	Verhaltenstheoretische Führungsansätze	12
1.1.3.	Interaktionale Führungstheorien.....	12
1.1.4.	Gesundheitsspezifische Mitarbeiterführung	12
1.2.	Wirkmechanismen von Führung auf Gesundheit	13
2.	Betriebliche Rahmenbedingungen	14
2.1.	Führungsinstrumente	15
2.1.1.	Die Mitarbeiterbeurteilung	16
2.1.2.	Leistungsabhängige Vergütung.....	17
2.1.3.	Kritische Aspekte bei der Umsetzung von Führungsinstrumenten bezüglich der Mitarbeitergesundheit.....	19
3.	Eckdaten zur Literaturrecherche	22
4.	Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Führung und psychischer Gesundheit.....	24
4.1.	Beschreibung zum Merkmal transformationale Führung.....	25
4.1.1.	Beschreibung zum Merkmal transformationale Führung und psychische Gesundheit.....	26
4.2.	Beschreibung zum Merkmal mitarbeiterorientierte Führung.....	27
4.2.1.	Beschreibung zum Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und psychische Gesundheit.....	27
4.3.	Beschreibung zum Merkmal aufgabenorientierte Führung.....	28
4.3.1.	Beschreibung zum Merkmal aufgabenorientierte Führung und psychische Gesundheit.....	29
4.4.	Beschreibung zum Merkmal destruktive Führung	30
4.4.1.	Beschreibung zum Merkmal destruktive Führung und psychische Gesundheit	30

Führung

4.5.	Beschreibung zum Merkmal interaktionale Aspekte von Führung.....	31
4.5.1.	Beschreibung zum Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und psychische Gesundheit.....	32
4.6.	Beschreibung zum Merkmal ethische/authentische Führung.....	33
4.6.1.	Beschreibung zum Merkmal ethische/authentische Führung und psychische Gesundheit.....	33
4.7.	Beschreibung zum Merkmal sonstige Führungskonzeptionen	34
4.7.1.	Beschreibung zum Merkmal sonstige Führungskonzeptionen und psychische Gesundheit.....	34
5.	Bewertung und Diskussion der Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbedingungsfaktor Führung und psychischer Gesundheit	35
5.1.	Bewertung zum Merkmal transformationale Führung.....	36
5.1.1.	Bewertung zum Merkmal transformationale Führung und Gesundheit	36
5.2.	Bewertung zum Merkmal mitarbeiterorientierte Führung	37
5.2.1.	Bewertung zum Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und Gesundheit	37
5.3.	Bewertung zum Merkmal aufgabenorientierte Führung	38
5.3.1.	Bewertung zum Merkmal aufgabenorientierte Führung und Gesundheit	38
5.4.	Bewertung zum Merkmal destruktive Führung	39
5.4.1.	Bewertung zum Merkmal destruktive Führung und Gesundheit.....	39
5.5.	Bewertung zum Merkmal interaktionale Aspekte von Führung	40
5.5.1.	Bewertung zum Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und Gesundheit ...	40
5.6.	Bewertung zum Merkmal ethische/authentische Führung.....	41
5.6.1.	Bewertung zum Merkmal ethische/authentische Führung und Gesundheit	41
5.7.	Bewertung zum Merkmal sonstige Führungskonzeptionen	42
5.7.1.	Bewertung zum Merkmal sonstige Führungskonzeptionen und Gesundheit.....	42
6.	Zusammenfassende Bewertung aller Merkmale des Arbeitsbedingungsfaktors Führung, Schlussfolgerungen und Forschungsbedarf.....	43
6.1.	Zusammenfassende Bewertung.....	43

Führung

6.2.	Forschungsbedarf	45
7.	Gestaltungsaussagen zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung	46
7.1.	Gestaltungsempfehlungen auf der Grundlage von Zusammenhängen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen.....	48
8.	Suchstrings zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung.....	51
8.1.	PubMed (PMC)	51
8.2.	PsycINFO, PsycARTICLES and PSYINDEX (EBSCO).....	53
9.	Literatur	56
9.1.	Zitierte Literatur	56
9.2.	Literatur zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung	64
10.	Tabellenverzeichnis	78
11.	Abbildungsverzeichnis	80

1. Definitionen und Fragestellung

Führung wird in diesem Bericht als direkte Mitarbeiterführung verstanden und bezeichnet den Beeinflussungsprozess hinsichtlich der Einstellungen und des Verhaltens von Mitarbeitern in Organisationen sowie ihre Steuerung und Koordination in und zwischen Gruppen, um bestimmte Organisationsziele zu erreichen (Felfe, 2009; Yukl, 2013). Psychische Gesundheit wird durch zwei komplementäre Definitionsansätze näher bestimmt, die auf einem Gesundheitskontinuum die negativen bzw. positiven Ausprägungen psychischer Gesundheit bezeichnen. Negative psychische Gesundheit wird im Allgemeinen durch die An- oder Abwesenheit psychischer Symptome bzw. psychischer Erkrankung und deren Ausprägung definiert (z. B. nach den Diagnosekriterien des ICD-10, Tölle & Windgassen, 2009). Positive psychische Gesundheit bezeichnet einen Zustand vollständiger psychischer Funktionsfähigkeit, die durch subjektives Wohlbefinden und Lebenszufriedenheitsgefühle, durch die Möglichkeit zur Entfaltung eigener Kompetenzen sowie die Fähigkeit, mit Alltagsproblemen oder Stresssituationen erfolgreich umzugehen, charakterisiert werden kann (Jenkins et al., 2010; Vaillant, 2003; WHO, 2001). Im vorliegenden Endbericht werden folgende Outcomes psychischer Gesundheit berücksichtigt:

1. **Affektive Symptome.** Diese Metakategorie orientiert sich an der Symptombeschreibung affektiver Störungen nach den ICD-10 Diagnosen F30-F39 („affektive Störungen“) und F40-F48 („neurotische, stressbezogene und somatoforme Störungen“). Die konkreten Operationalisierungen in dieser Metakategorie beziehen sich auf Symptome, die mit Angst, Ärger, Depression, Frustration und ähnlichen Störungen zusammenhängen.
2. **Burnout.** Neuen epidemiologischen Befunden zufolge überlappen sich Burnout und Depression stark (Ahola, Hakanen, Perhoniemi, & Mutanen, 2014; Ahola et al., 2005). Aus diesem Grund wäre es auch möglich gewesen, Burnout der Metakategorie „affektive Symptome“ zuzuordnen. Dennoch erschien es aufgrund der sehr häufigen Verwendung des Burnout-Konstrukts und dessen Fokussierung auf den Arbeitskontext sinnvoller (vgl. Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), eine getrennte Metakategorie für Burnout und emotionale Erschöpfung zu bilden.
3. **Arbeitsbezogener Stress.** Stress bezeichnet hier einen Zustand neuroendokriner Hyperaktivierung des Organismus, der als Anpassungsmechanismus durch die Einwirkung von Stressoren (z. B. physikalische oder psychosoziale Umweltbedingungen) ausgelöst wird und mit überhöhter Wachsamkeit und affektiven bzw. neurotischen Symptomen einhergeht (Contrada, 2010; Dallman & Hellhammer, 2010).
4. **Wohlbefinden.** Wohlbefinden bezeichnet das Erleben positiver Gefühle wie Glück und Zufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung (McDowell, 2010; Ryff, 1989). Die Operationalisierungen in dieser Metakategorie sind bspw. arbeitsbezogenes Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit.
5. **Psychische Funktionsfähigkeit.** Dieser Metakategorie liegt der Begriff Funktionsfähigkeit (functioning) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde, der die positiven Aspekte der Interaktion zwischen psychischen Gesundheitszuständen und den Bedingungen der sozialen Partizipation sowie des Handelns in der Gesellschaft bezeichnet (WHO, 2002, 2013). Der Definitionsbereich dieser Metakategorie orientiert sich an den Domänen „Aktivitäten und Partizipation“ D1 bis D9 des International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Operationalisierungen in dieser Metakategorie sind u. a. Empowerment, Selbstwert, Selbstentfaltung und Selbstwirksamkeit.

6. Gesundheitliche Beschwerden. Diese Metakategorie beinhaltet die Operationalisierungen subjektiver Gesundheit wie bspw. psychosomatische Symptome, Vitalität, Müdigkeit sowie die holistische Bewertung eigener Gesundheit.

Es ist zu beachten, dass in der Regel diese Operationalisierungen nicht mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Stattdessen werden in den einzelnen Studien Screeninginstrumente eingesetzt, um die Häufigkeit einzelner auf psychische Gesundheit bezogener Symptome zu erfassen.

Anhand der oben beschriebenen Definitionen von Führung und psychischer Gesundheit lautet die Fragestellung des vorliegenden Scoping Reviews: Inwieweit hängt Führung mit der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter zusammen? Welche Rolle spielen ausgewählte Führungsinstrumente im Kontext von Führungshandeln und der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter¹?

1.1. Führungstheorien und -ansätze

Da die wissenschaftliche Literatur zum Thema Führung nicht nur umfangreich, sondern auch theoretisch stark heterogen ist (siehe bspw. das Kompendium von Bass & Bass, 2008), war es im Laufe der Datenextraktion notwendig, eine für die Zwecke dieser Übersichtsarbeit praktikable Kategorisierung von Führungstheorien anzulegen. Die Mehrheit der den eingeschlossenen Studien zugrunde liegenden Führungstheorien lassen sich in vier grobe Metakategorien einteilen: (1) führungskraftzentrierte Theorien, (2) verhaltens-theoretische Führungsansätze, (3) Theorien sozialer Interaktion in Führungskraft-Mitarbeiter-Dyaden sowie (4) Theorien gesundheitspezifischer Mitarbeiterführung. Alternative Klassifikationen von Führungsansätzen sowie eine detaillierte Beschreibung einzelner Führungstheorien können Bass & Bass (2008), Derue, Nahrgang, Wellman, & Humphrey (2011) sowie Yukl (2013) entnommen werden.

1.1.1. Führungskraftzentrierte Theorien

Im Rahmen der führungskraftzentrierten Theorien sind die Führungskraft und ihre persönlichen Eigenschaften das zu untersuchende Objekt. Charismatische Führungstheorien (R. J. House & Howell, 1992; Jermier, 1993), insbesondere in der Formulierung der Theorie transformationaler Führung (Bass, 1985; Bass & Riggio, 2005), sind nicht nur für führungskraftzentrierte Theorien repräsentativ, sondern konstituieren auch den theoretischen Rahmen zahlreicher empirischer Studien (siehe **Tab. 4**). Im Allgemeinen wird hinsichtlich transformationaler oder charismatischer Führung angenommen, dass es bestimmten „außer-gewöhnlichen“ Führungskräften gelingt, die Bedürfnisse, Werte, Präferenzen und persönlichen Ziele ihrer Mitarbeiter in Einklang mit den kollektiven Interessen und Organisationszielen zu bringen, da sie Vertrauen, Bewunderung und Begeisterung erwecken und ihre Mitarbeiter zu außerordentlichen Leistungen motivieren können (R. J. House & Howell, 1992). Nach der Theorie transformationaler Führung üben charismatische Führungskräfte durch idealisierte Beeinflussung, inspirierende Motivation, intellektuelle Inspiration und individualisierte Achtsamkeit eine symbolische Kraft aus (Bass & Riggio, 2005; Yukl, 1999), die letztendlich die Einstellungen und Verhaltensweisen der Mitarbeiter verändern sollte.

¹ Zugunsten einer besseren Lesbarkeit werden in diesem Bericht männliche Substantive (z. B. „Mitarbeiter“) verwendet. Es wird aber darauf hingewiesen, dass damit auch das andere Geschlecht angesprochen wird.

1.1.2. Verhaltenstheoretische Führungsansätze

Im Gegensatz zu den führungskraftzentrierten Theorien spielen die persönlichen Eigenschaften der Führungskräfte in den verhaltenstheoretischen Führungsansätzen eine untergeordnete Rolle. Stattdessen versuchen diese Ansätze, Verhaltensweisen von Führungskräften zu identifizieren, die eine erfolgreiche Umsetzung von Unternehmenszielen ermöglichen bzw. verhindern (Fleishman et al., 1991). Hierzu wird das Führungsverhalten als direkte bzw. indirekte Ursache unterschiedlicher Auswirkungen auf die Organisation und/oder die Mitarbeiter konzeptualisiert. Folgende fünf Hauptaspekte des Führungsverhaltens werden in der gesichteten Literatur am häufigsten thematisiert: (1) mitarbeiter- und aufgabenorientierte Führung (Judge, Piccolo, & Ilies, 2004), (2) transaktionale Führung (Kuhnert & Lewis, 1987), (3) Machtverhältnisse zwischen Führungskräften und Mitarbeitern (French & Raven, 1959), (4) destruktive Führung und Laissez-faire-Führung (Einarsen, Aasland, & Skogstad, 2007) und (5) authentische und ethische Führung (Brown & Treviño, 2006; Gardner, Coglisier, Davis, & Dickens, 2011).

1.1.3. Interaktionale Führungstheorien

Die interaktionalen Führungstheorien befassen sich mit den Interaktions-, Austausch- oder Kommunikationsprozessen innerhalb der Führungskraft-Mitarbeiter-Dyaden. Eine der prominentesten Theorien in diesem Bereich ist die Leader-Member-Exchange-Theorie (LMX) (Graen & Uhl-Bien, 1995). Hierbei wird angenommen, dass Führungskräfte unterschiedliche Beziehungen und Austauschprozesse zu den einzelnen Mitarbeitern aufbauen, für die sie verantwortlich sind. Darüber hinaus wird postuliert, dass die Qualität dieser Beziehungen zu wichtigen Auswirkungen auf der Individual- und Organisationsebene führen kann.

Weitere interaktionale Führungsansätze beziehen sich auf die Qualität von Kommunikationsprozessen, die im Kontext eines Arbeitssystems wichtige Funktionen wie z. B. die Steuerung, Koordinierung, Strukturierung und Kontrolle von Arbeitsabläufen ermöglichen bzw. bewirken sollen (Katz & Kahn, 1967; von Bertalanffy, 1988). Hierunter werden solche Führungsaspekte wie Verfügbarkeit von Feedback- und Gesprächskanälen, Klarheit bei der Vermittlung von Informationen und Arbeitsaufgaben sowie Dialogbereitschaft berücksichtigt.

Eine weitere Gruppe interaktionaler Führungstheorien stellen die affektiv-kognitiven Führungstheorien dar, die sich emotionalen und kognitiven Aspekten der Interaktion zwischen Führungskräften und Mitarbeitern widmen (Barsade, Ramarajan, & Westen, 2009; Rajah, Song, & Arvey, 2011). Unter den kognitiven Aspekten wird ein hoher Stellenwert den sogenannten impliziten Führungstheorien (IFT) beigemessen (Junker & van Dick, 2014; Lord & Maher, 1993; van Quaquebeke & Brodbeck, 2008). Bei diesen Theorien wird generell davon ausgegangen, dass Beschäftigte die eigenen Führungskräfte mit impliziten Führungsprototypen vergleichen. Arbeitsleistung und Motivation der Beschäftigten sowie die Akzeptanz von Führungskräften hängen somit von dem wahrgenommenen Grad der Übereinstimmung zwischen dem erwarteten Führungsprototyp und dem erlebten Führungsverhalten ab. Den IFT zufolge beurteilen Beschäftigte die Führungskräfte auf der Basis der subjektiven Zuschreibung von prototypischen Führungsmerkmalen mit unterschiedlicher Valenz (bspw. positive, negative vs. neutrale Führungsprototypen oder typische vs. ideale Führungsprototypen, Junker & van Dick, 2014).

1.1.4. Gesundheitsspezifische Mitarbeiterführung

Derzeit wird in der Forschungsliteratur zunehmend der Frage nach den konkreten Führungsaspekten nachgegangen, die besonders relevant für die Gesundheit von Beschäftigten sind (Gurt, Schwennen, & Elke, 2011). Hierbei sind zwei wichtige Führungsansätze zu erwähnen, die die Charakterisierung und Bewertung gesundheitsspezifischer Führungs-

merkmale theoretisch begründen: das gesundheits- und entwicklungsförderliche Führungsverhalten (GEF) und die gesundheitsorientierte Führung (Health-Oriented Leadership). Der GEF-Ansatz postuliert, dass Führungskräfte drei wesentliche Arbeitsmerkmale, nämlich Anforderungen (z. B. Komplexität, Variabilität), Stressoren (z. B. quantitative Überforderung) und Ressourcen (z. B. Handlungsspielraum) direkt beeinflussen können (Vincent, 2012). Da diese Arbeitsmerkmale entscheidend dafür seien, inwiefern Entwicklungsmöglichkeiten sowie potenziell gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren am Arbeitsplatz vorhanden sind, würde der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterführung und Gesundheit von dem Ausmaß abhängen, wie die Führungskräfte diese drei Bereiche gesundheitsförderlich gestalten können (bzw. dürfen). Psychometrischen Analysen zufolge werden im Rahmen des GEF-Ansatzes folgende gesundheitsrelevante Führungsverhaltensweisen erfasst: unterstützungsorientierte, entwicklungsorientierte sowie überfordernde Führung (Vincent, 2012).

Der zweite Ansatz, die sog. gesundheitsorientierte Führung, setzt voraus, dass gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung (StaffCare) sowie gesundheitsförderliche Selbstführung (SelfCare) den Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit determinieren (Franke, Vincent, & Felfe, 2012). Die Konzepte „StaffCare“ und „SelfCare“ bezeichnen externe von der Führungskraft zur Verfügung gestellte Ressourcen (z. B. gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen) bzw. interne der Führungskraft stehende kognitive und verhaltensbezogene Ressourcen (z. B. Wissen über gesundes Verhalten, gesunder Lebensstil) (Franke, Felfe, & Pundt, 2014). StaffCare und SelfCare werden jeweils entlang drei Dimensionen näher charakterisiert: gesundheitsrelevantes Verhalten (bzgl. eigener Gesundheit sowie Mitarbeitergesundheit), Wichtigkeit (d. h. der Stellenwert der eigenen bzw. der Mitarbeitergesundheit) und Achtsamkeit (d. h. die bewusste Wahrnehmung von Gesundheitszustand und Stresserleben bei der Führungskraft selbst sowie bei deren Mitarbeitern) (Franke, Ducki, & Felfe, 2015).

1.2. Wirkmechanismen von Führung auf Gesundheit

Auf der Grundlage empirischer Forschung lassen sich mindestens vier Wirkmechanismen von Führung auf Gesundheit identifizieren (Franke et al., 2015), die auf Multikausalität der Zusammenhänge hinweisen. Der erste Mechanismus setzt eine direkte Wirkung voraus, die auf Führungsverhalten, persönliche Merkmale der Führungskräfte sowie auf die Qualität der sozialen Interaktion zwischen Führungskraft und Geführten zurückzuführen ist. Beispielsweise weisen einige empirische Befunde auf positive Zusammenhänge zwischen transformationaler Führung, mitarbeiterorientierter Führung sowie LMX und unterschiedlichen Outcomes psychischer Gesundheit wie Wohlbefinden, Depressivität und Burnout hin (Gregersen, Kuhnert, Zimber, & Nienhaus, 2011; Judge et al., 2004; Anna Nyberg et al., 2009; Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010; Sparr & Sonnentag, 2008).

Der zweite Mechanismus ist eine indirekte Wirkung von Führung auf Gesundheit, die durch die spezifische Gestaltung der Arbeitsbedingungen vermittelt werden kann. Für die Gültigkeit dieser Annahme sprechen die Ergebnisse mehrerer Studien, die von signifikanten Mediationseffekten unterschiedlicher psychosozialer Stressoren auf die Assoziation zwischen Führung und Gesundheit berichtet haben (Stordeur, D'Hoore, & Vandenberghe, 2001; Testad, Mikkelsen, Ballard, & Aarland, 2010; Theorell et al., 2012). Allerdings ist zu bemerken, dass die indirekte Wirkung von Führung wesentlich davon abhängt, inwiefern Führungskräfte im betrieblichen Alltag befugt sind, gesundheitsrelevante Arbeitsmerkmale sowie weitere organisatorische Rahmenbedingungen eigenständig zu gestalten.

Der dritte Mechanismus ist der Gesundheitszustand von Führungskräften selbst. Hierbei wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Führungskräfte selbst von gesundheitsbeein-

trächtigenden Arbeitsbedingungen wie erhöhtem Zeitdruck, ständigen Unterbrechungen sowie Überforderung betroffen sein können. In diesem Kontext wird in der Führungsforschung das Phänomen der sog. Crossover-Effekte als einer der Mechanismen diskutiert, der für die „Übertragung“ des Stresserlebens der Führungskraft auf ihre Mitarbeiter verantwortlich sein könnte (A. Bakker, Westman, & van Emmerik, 2009). Unter anderen Faktoren könnten empathische Prozesse die Übertragung negativer (bzw. positiver) Emotionen von der Führungskraft auf die Geführten begünstigen.

Der vierte und letzte Mechanismus ist die Vorbildwirkung von Führungskräften, an der diverse sozialkognitive Prozesse aktiv sind. Führungskräfte können als Verhaltensmodelle fungieren, die das Lernen gesundheitsspezifischer Verhaltensweisen wie Stressbewältigung oder Arbeitssicherheitspraktiken durch Nachahmung fördern (Franke et al., 2015; M. B. Nielsen, Skogstad, Matthiesen, & Einarsen, 2016). Vor diesem Hintergrund wies bspw. die Studie von Barling, Loughlin, & Kelloway (2002) darauf hin, dass transformationale Führungskräfte in ihrer Vorbildfunktion die Beachtung von Arbeitssicherheitsmaßnahmen sowie das Arbeitssicherheitsbewusstsein der Beschäftigten positiv beeinflussen können.

2. Betriebliche Rahmenbedingungen

Mitarbeiterführung wird häufig in Theorie und empirischer Forschung als ein sozialer Beeinflussungsprozess konzeptualisiert (Felfe, 2009; Yukl, 2013). In den Studien zum Thema Führung wird allerdings dieser Beeinflussungsprozess überwiegend unter den Annahmen und Konzepten einer bestimmten Führungstheorie untersucht. Dementsprechend bezieht sich häufig die Fragestellung empirischer Studien auf die Überprüfung der theoretischen Annahmen eines sozial- oder organisationspsychologischen Führungsansatzes, wobei die konkreten Tätigkeitsanforderungen leitender Positionen kaum Beachtung finden. Auch wenn die empirischen Studien zum Thema Führung im engen Sinne nicht mit „Führung“ an sich, sondern mit ganz bestimmten „Vorgesetzten“ oder „Managern“ zu tun haben (Bedeian & Hunt, 2006), die unter besonderen arbeitsvertraglichen und betrieblichen Rahmenbedingungen eine leitende Position innehaben, liegen kaum Informationen bzw. systematische Analysen der gesundheitlichen Konsequenzen betrieblicher sowie arbeitsvertraglicher Bedingungen der Führungspraxis der „Vorgesetzten“ und „Manager“ vor. In der gesichteten Literatur gibt es bspw. keine strukturierten oder gar gut bestätigten Antworten auf die Frage, inwieweit unterschiedliche Managementebenen, Befugnisse und Aufgaben von Vorgesetzten oder Managern in den einzelnen Betrieben und Branchen mit der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter zusammenhängen. Ungeachtet der Tatsache, dass sowohl die tägliche Arbeit von Managern, die situativen und Organisationsbedingungen von Führung als auch die Anwendung unterschiedlicher Führungsinstrumente seit Langem systematisch analysiert werden (Drumm, 2008; Mintzberg, 1973; Stewart, 1982, und Bass & Bass, 2008: Kapitel 25), sind die potenziellen gesundheitlichen Auswirkungen dieser Führungspraktiken bzw. -bedingungen nahezu unbekannt.

Diese Forschungslücke scheint in erster Linie von den Forschungsparadigmen der Personalwirtschaft und der Managementwissenschaften abzuhängen, in deren Rahmen der Großteil der vorhandenen empirischen Forschung durchgeführt worden ist. Innerhalb dieser Paradigmen strebt die Führungsforschung vor allem die Identifizierung „effektiver“ Führungsstile, die Erarbeitung von Trainingsprogrammen sowie die Entwicklung von Personalrekrutierungsmaßnahmen an, um die „effektivste“ Führungsform zur Erreichung operativer (und häufig ausschließlich betriebswirtschaftlicher) Unternehmensziele herauszuarbeiten (Dorfman, Hanges, & Brodbeck, 2004; R. House & Javidan, 2004; Yukl, 2013, S. 55).

Tätigkeits- sowie betriebsspezifische Analysen relevanter Führungsaspekte in ganz konkreten Arbeitssystemen (im Sinne bspw. von DIN ISO 6385) sind in der betrachteten Literatur nicht vorhanden. Die wenigen Angaben zu betrieblichen Rahmenbedingungen beziehen sich auf eine kurze Beschreibung der Berufsgruppen in der Stichprobe (meistens Convenience-Samples) oder gegebenenfalls auf einen kurzen Exkurs über häufig auftretende Probleme bei bestimmten Erwerbstätigen Gruppen wie z. B. Burnout oder Arbeitsplatzwechsel bei Krankenschwestern und Pflegepersonal in Nordamerika (Y. Brunetto et al., 2013; Edwards et al., 2006).

Aus diesem Grund können in den nächsten Abschnitten nur ansatzweise einige Problemfelder diskutiert werden, die wichtige Hinweise auf den Zusammenhang zwischen den betrieblichen Rahmenbedingungen, den Führungspraktiken und der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter geben können. Im Kontext der Fragestellung des vorliegenden Scoping Reviews werden in den nächsten Kapiteln die Rolle der sog. Führungsinstrumente sowie deren möglicher Zusammenhang mit der Mitarbeitergesundheit diskutiert. In den daran anschließenden Kapiteln werden die Ergebnisse des Scoping Reviews hinsichtlich des Zusammenhangs von Führung und psychischer Gesundheit der Mitarbeiter berichtet.

2.1. Führungsinstrumente

In der Personalwirtschaft und dem Human-Resources-Ansatz werden unter Führungsinstrumenten ganz spezifische Führungspraktiken, -mittel und -verfahren verstanden, die zur „Beeinflussung des Mitarbeiterverhaltens eingesetzt werden können“ (Drumm, 2008; S. 452 ff.). In diesem Bericht beschränkt sich der Begriff „Führungsinstrumente“ auf die Mitarbeiterführung und schließt weitere Formen der Unternehmensführung wie Personalplanung und Controlling aus, die unter dem allgemeinen Begriff „Steuerungsinstrumente“ subsumiert werden können. Des Weiteren lassen sich Führungsinstrumente in organisatorische und personale Instrumente aufteilen. Organisatorische Instrumente beziehen sich eher auf strukturelle bzw. tätigkeitsspezifische Merkmale wie Definition der Stellenaufgaben, Arbeitsbedingungen sowie Informationsprozesse. Personale Führungsinstrumente wie die Mitarbeiterbeurteilung, das Mitarbeitergespräch sowie der Einsatz von Anreizsystemen sollten hingegen eher das Mitarbeiterverhalten und die Arbeitsmotivation direkt beeinflussen (Drumm, 2008).

Im Sinne der Personalwirtschaft und des Human-Resources-Ansatzes dienen Führungsinstrumente hauptsächlich der Erfüllung von Organisationszielen, der finanziellen Unternehmensleistung, der Umsetzung von Organisationsstrategien, der Bindung der Mitarbeiter an ihre Organisation sowie der Steigerung der Arbeitsproduktivität (Andresen & Nowak, 2015; Conrad & Manke, 2002). Dennoch ist die Frage nach den Auswirkungen herkömmlicher Führungsinstrumente auf die Mitarbeitergesundheit weder in der organisationspsychologischen Forschung noch in der Personalwirtschaft systematisch untersucht worden (s. o.). Trotz dieser Forschungslücke wird im Sinne der Fragestellung des vorliegenden Berichts der Versuch unternommen, einige Befunde empirischer Forschung näher zu diskutieren, die auf potenzielle Gesundheitsauswirkungen von personalen Führungsinstrumenten hinweisen. Da die Suchstrings (siehe Kapitel 8.) keine Ergebnisse zum Thema personale Führungsinstrumente und psychische Gesundheit geliefert haben, wurde diesbezüglich eine manuelle Suche in den Datenbanken PSYINDEX, Scopus und PubMed durchgeführt. Allerdings wurden auch hier nur wenige empirische Studien gefunden, die spezifisch den Zusammenhang zwischen personalen Führungsinstrumenten und psychischer Gesundheit untersuchten. Deshalb muss sich die Diskussion in den folgenden Abschnitten auf die potenziellen Auswirkungen von zwei häufig verwendeten personalen Führungsinstrumenten, nämlich der Mitarbeiterbeurteilung und der leistungsabhängigen

Vergütung, beschränken, zu deren Einfluss auf die psychische Mitarbeitergesundheit zumindest begründete Vermutungen vorliegen.

2.1.1. Die Mitarbeiterbeurteilung

Bei der Mitarbeiterbeurteilung handelt es sich generell um eine formale Leistungsbeurteilung (performance appraisal), bei der mittels eines zielgerichteten Verfahrens Leistungen der einzelnen Mitarbeiter beurteilt werden (Drumm, 2008, S. 99 ff.). Auch wenn es unterschiedliche, teilweise kulturspezifische Methoden zur Durchführung der Mitarbeiterbeurteilung gibt (Amba-Rao, Petrick, Gupta, & Embse, 2000; Latham, Almost, Mann, & Moore, 2005; Snape, Thompson, Yan, & Redman, 1998), lässt sich ihre ideale Struktur als ein Ist-Soll-Vergleich beschreiben (Drewes & Runde, 2002; Drumm, 2008). So versucht man bei der Mitarbeiterbeurteilung auf der Basis vorgegebener Ziele, ein beschreibbares Ist-Arbeitsergebnis mit einem Soll-Arbeitsergebnis zu vergleichen und anschließend die Leistung des Arbeitsverhaltens nach dem Grad der Übereinstimmung zwischen Ist- und Soll-Arbeitsleistung zu bewerten. In der Regel führen die Vorgesetzten die Mitarbeiterbeurteilung durch. Typische Ziele der Mitarbeiterbeurteilung greifen in folgende Personalwesensebenen ein: die interindividuelle Bewertung, die intraindividuelle Bewertung und das Personalmanagement (Murphy & Cleveland, 1991; Wilson, 2002 und

Tab. 1).

Tab. 1 Ziele und Funktionen der Mitarbeiterbeurteilung, angelehnt an Drumm (2008) und Latham et al. (2005)

Personalwesensebene	Ziele und Funktionen
Interindividuelle Bewertung	Gehaltsfindung, Personalförderung, Personalkontrollaufgaben, Identifikation der Mitarbeiter, die höhere bzw. niedrigere Leistung erbringen
Intraindividuelle Bewertung	Ermittlung des Weiterqualifizierungsbedarfs, Rückmeldung über eigene Leistung, Identifikation von Stärken und Schwächen einzelner Mitarbeiter
Personalmanagement	Ermittlung des Organisationsbedarfs an Weiterqualifizierung, Personalplanung, Evaluierung der Arbeitsproduktivität, Verstärkung der Autoritätsstruktur

Auch wenn die Grundidee der Mitarbeiterbeurteilung darin besteht, die erbrachte Leistung einzelner Mitarbeitern zu bestimmen und zu bewerten, gehen mit dem Bewertungsverfahren verschiedene sozialpsychologische Phänomene einher, die aus einer Arbeitsschutzperspektive bedeutsame Implikationen nach sich ziehen können. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden an dieser Stelle zwei Aspekte der Mitarbeiterbeurteilung näher erörtert, die Hinweise auf potenzielle Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter liefern können. Erstens, der für die Zwecke der Mitarbeiterbeurteilung zentrale Begriff des Ist-Soll-Vergleichs kann sowohl positive als auch negative affektive Reaktionen bei den Mitarbeitern auslösen, je nachdem, wie das Beurteilungsverfahren gestaltet wird (z. B. partizipativ vs. direktiv). So wies bspw. eine umfassende Metaanalyse von Cawley, Keeping, & Levy (1998) auf eine starke positive Korrelation ($r = ,60$) zwischen Mitarbeiterpartizipation bei der Leistungsbeurteilung und verschiedenen affektiven Reaktionen wie Arbeitszufriedenheit und Motivation hin. Auf der anderen Seite wurde in der Studie von Kuvaas (2006) in Norwegen (N = 593) festgestellt, dass die Mitarbeiterbeurteilung positiv wahrgenommen wird, vor allem, wenn die Mitarbeiter bereits eine hohe intrinsische Motivation aufweisen. Weitere Auswertungen in dieser Studie weisen allerdings darauf hin, dass die Mitarbeiterbeurteilung für Mitarbeiter mit niedriger intrinsischer Motivation mit einer Leis-

tungsminderung einhergehen kann. Schließlich kommt die Betriebsrätebefragung von Ahlers (2010) in Deutschland zu dem Ergebnis, dass in Betrieben, die verstärkt ergebnisorientierte Führungsinstrumente (wie bspw. Mitarbeiterbeurteilungen) einsetzen, höhere psychische Belastung und größerer Arbeitsdruck zu verzeichnen sind.

Zweitens können bei der Mitarbeiterbeurteilung diverse messtheoretische und methodologische Probleme nicht nur die Reliabilität und Objektivität, sondern sogar auch die Legitimität des Verfahrens gefährden (de Andrés, García-Lapresta, & González-Pachón, 2010; Valle & Davis, 1999; Wilson, 2002). Einige dieser Probleme sind z. B. die Wahl der Messinstrumente oder der Bewertungsmethodologie (etwa die Wahl der Ratingskalen, Einzelbewertung vs. 360°-Feedback-Verfahren usw.), die zu bewertenden Kriterien sowie die Wahl der die Bewertung durchführenden Personen (meistens die Vorgesetzten). Somit betrifft die Mitarbeiterbeurteilung die Frage der organisationalen Gerechtigkeit (Erdogan, 2002) und der damit einhergehenden positiven und negativen Auswirkungen auf die affektiven Erfahrungen der Mitarbeiter (z. B. Depressivität, negativer und positiver Affekt usw.; siehe Colquitt et al., 2013; Ndjaboue, Brisson, & Vezina, 2012). In diesem Kontext weist die Längsschnittstudie von Linna et al. (2012) anhand einer Stichprobe von über 6.500 Angestellten des finnischen öffentlichen Diensts auf eine verstärkte Wahrnehmung von prozeduraler sowie interaktionaler Gerechtigkeit hin, aber nur für diejenigen Mitarbeiter, die die Beurteilung als hilfreich wahrgenommen haben. Befragte, die die Mitarbeiterbeurteilung als wenig hilfreich eingestuft haben, berichteten hingegen von mangelnder prozeduraler sowie interaktionaler Gerechtigkeit.

2.1.2. Leistungsabhängige Vergütung

Die leistungsabhängige Vergütung ist ein variabler Entgeltbestandteil, der den Mitarbeitern erst nach Erbringung vorgegebener bzw. vereinbarter Leistungen gewährt wird. Dadurch nimmt die leistungsabhängige Vergütung die Form einer monetären Belohnung an, die die Mitarbeiter zur Erbringung dieser Leistungen motivieren soll (Hentze, Graf, Kammel, & Lindert, 2005; S. 164 ff.). Die leistungsabhängige Vergütung wird oft als ein extrinsischer Anreiz, d. h., als ein werthaltiges, bestimmte Mitarbeiterverhaltensweisen anregendes Merkmal des Arbeitsverhältnisses (Deckers, 2014), interpretiert. Zwei wichtige psychologische Hauptannahmen, die die erwünschte Wirksamkeit leistungsabhängiger Vergütungssysteme versprechen, sind (A), dass es einen positiven Zusammenhang zwischen dem extrinsischen Anreiz und der intrinsischen Motivation der Mitarbeiter gibt, sich in der erwünschten Art und Weise zu verhalten (Stichwort: instrumentelle Konditionierung, Skinner, 1963) und (B), dass die mit Personalkontrollaufgaben verbundenen Transaktionskosten sich durch ein ergebnisabhängiges Vergütungssystem reduzieren ließen, indem alle betrieblichen Akteure im Sinne eigener Nutzenmaximierung agieren (Stichwort Agency-Theorie, Jensen & Meckling, 1976). Basierend auf diesen Hauptannahmen werden mit der Implementierung der leistungsabhängigen Vergütung diverse Organisationsziele verfolgt (Kuner, 2013; Rowold, 2013; Thierry, 2002), die u. a. die Reduktion von Personal- und Arbeitskosten, die Umsetzung strategischer Organisationsziele, die Verbesserung betrieblicher Output-Indikatoren sowie des Personalmanagements einschließen (siehe **Tab. 2**).

Tab. 2 Organisationsziele bei der Implementierung leistungsabhängiger Vergütungssysteme (eigene Darstellung)

Organisationsziele	Konkrete Anwendung
Kostenreduktion	Verringerung der Arbeitskosten durch die Anpassung des Personalmanagements sowohl an externe (z. B. Umsatzschwankungen, schrumpfende Nachfrage) als auch an interne Bedingungen (z. B. unterschiedliche Qualifikationsniveaus im Betrieb); Verringerung der Personalkontrollkosten durch Steigerung der Eigenverantwortung der Mitarbeiter
Umsetzung strategischer Organisationsziele	Hohe Übereinstimmung zwischen strategischen Organisationszielen und dem Arbeitsverhalten der einzelnen Mitarbeiter
Verbesserung von Output-Indikatoren	Gezielte Beeinflussung und Steuerung betrieblicher Output-Indikatoren wie Produkt- oder Dienstleistungsqualität, Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie Steigerung der Innovationsfähigkeit und der Arbeitsproduktivität
Personalmanagement	Verbesserung von Personalmanagementstrategien in Bezug auf die Entwicklung, Förderung und Bindung der Mitarbeiter an die Organisation

In der betrieblichen Praxis wird die Mitarbeiterleistung häufig anhand von drei Methoden evaluiert: (a) die Leistungsbeurteilung (s. o.), (b) durch den Vergleich mit den sog. Zielvereinbarungen (einer Variante des Management by Objectives, wobei Leistungsziele im Sinne von Soll-Zielen vereinbart werden; siehe Drumm, 2008, S. 477; Drucker, 1961) oder (c) eine Kombination von Zielvereinbarungen und Leistungsbeurteilung (Dilcher & Emminghaus, 2010). Die spezifische Form der leistungsabhängigen Vergütung ist ebenso unterschiedlich und kann als Prämienlohn, Akkordlohn, Bonus oder in Form sonstiger Leistungszulagen gewährt werden (Drumm, 2008; Wickel-Kirsch, Janusch, & Knorr, 2008). Laut einer groß angelegten Befragungsstudie von Betrieben mit mehr als zehn Mitarbeitern in der Europäischen Union (EU-27) beträgt die Prävalenz leistungsabhängiger Vergütungssysteme etwa 60 Prozent der Betriebe (Eurofound, 2011). In den letzten Jahren zeichnet sich darüber hinaus eine Zunahme der Anzahl der Organisationen ab, die leistungsabhängige Vergütungssysteme implementiert haben. Einen Nachweis dieser Entwicklung in Deutschland stellen ab etwa 2003 die Tarifregelungen im öffentlichen Dienst und in der Metall- und Elektroindustrie (Entgeltrahmen-Tarifvertrag ERA) dar (z. B. § 18 TVöD, siehe Kuner, 2013; Litschen, Kratz, Weiß, & Zempel, 2006).

Aus einer arbeitsmedizinischen Perspektive kann allerdings die Implementierung leistungsabhängiger Vergütungssysteme zu bedeutsamen Konsequenzen für die Mitarbeitergesundheit führen. Zunächst lässt sich antizipieren, dass die im vorherigen Abschnitt beschriebenen potenziellen Gesundheitsauswirkungen der Leistungsbeurteilung auch bei der leistungsabhängigen Vergütung auftreten können, da nicht selten in der betrieblichen Praxis sowohl die Höhe als auch die generelle Gewährung der leistungsabhängigen Vergütung von der Bewertung erbrachter Arbeitsleistungen abhängig sind (Dilcher & Emminghaus, 2010). Deshalb bedingt die leistungsabhängige Vergütung zumindest das Auslösen eines positiven und auch negativen Affekts bei den Mitarbeitern sowie sämtliche mit der Frage organisationaler Gerechtigkeit einhergehenden Gesundheitsauswirkungen. In dieser Weise können die Ergebnisse der folgenden empirischen Studien interpretiert werden.

Beispielsweise ist anhand einer großen Panelstudie in Großbritannien (N = 9.831) darauf hingewiesen worden, dass die leistungsabhängige Vergütung einen negativen Effekt auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten im Niedriglohnsektor, aber einen positiven Effekt auf die der Spitzenverdiener hat (McCausland, Pouliakas, & Theodossiou, 2005). Die Autoren erklären diese Zusammenhänge mit der Hypothese, dass die leistungsabhängige Vergütung im Niedriglohnsektor in ihrer Funktion als Kontrollinstrument wahrgenommen wird. Für die Spitzenverdiener sei die leistungsabhängige Vergütung hingegen ein motivierender Anreiz. Noch tiefgreifender sind die Ergebnisse der Metaanalyse von Deci, Koestner, & Ryan (1999) über die negative Auswirkung extrinsischer Belohnung auf die intrinsische Motivation. Der Studie zufolge gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen leistungsabhängiger Belohnung und intrinsischer Motivation (Cohens $d = -0,28$, 95 Prozent KI [-0,38; -0,18]). Dieses Phänomen, auch Motivationsverdrängung oder Korrumpierungseffekt genannt, ist ein wichtiger Hinweis dafür, dass die Einführung leistungsabhängiger Vergütungssysteme nicht zwangsläufig zu den erwünschten Zielen wie Leistungs- und Motivationssteigerung führt, wie es normalerweise angenommen wird (B. S. Frey & Jegen, 2001; Matiaske & Weller, 2008). Dadurch lässt sich die Beobachtung erklären, dass leistungsabhängige Vergütungssysteme nicht nur zu negativen Auswirkungen auf die Mitarbeitergesundheit wie Demotivation, Unzufriedenheit, aggressivem Verhalten und Konflikten führen (Thierry, 2002), sondern sogar auch die Erreichung erstrebter Organisationsziele wie Dienstleistungsqualität, Arbeitsproduktivitätssteigerung und Produktionskostensenkung gefährden oder im Extrem verhindern können (Campbell, Campbell, & Chia, 1998; Eijkenaar, Emmert, Scheppach, & Schöffski, 2013; Krauth, Jensen, Wolf, & Amelung, 2013).

2.1.3. Kritische Aspekte bei der Umsetzung von Führungsinstrumenten bezüglich der Mitarbeitergesundheit

Die Überlegungen der vorherigen Kapitel legen nahe, dass sowohl die Mitarbeiterbeurteilung als auch die leistungsabhängige Vergütung nicht nur unterschiedliche Reaktionen bei den Mitarbeitern und Führungskräften wie Demotivation und Unzufriedenheit, sondern auch interne Konflikte auf der Organisationsebene auslösen können. Auch wenn diese und andere Nachteile wie Produktivitätsverminderung seit Langem bekannt sind (Thierry, 1987), finden diese Führungsinstrumente immer noch breite Anwendung (Eurofound, 2011). Nach den Arbeiten von Campbell et al. (1998) und Murphy & Cleveland (1991) lassen sich die mit der Mitarbeiterbeurteilung und leistungsabhängiger Vergütung einhergehenden Probleme in vier Gruppen zusammenfassen: (1) die mangelnde Validität der Bewertungsinstrumente, (2) das Auslösen negativen Affekts bei einzelnen Mitarbeitern, (3) die Entstehung von Konflikten innerhalb der Organisation und (4) das Auftreten weiterer unerwünschter Auswirkungen auf der Individual- und Organisationsebene (siehe **Tab. 3**).

Tab. 3 Häufig auftretende Probleme bei der Implementierung der Mitarbeiterbeurteilung und leistungsabhängiger Vergütungssysteme, angelehnt an Campbell et al. (1998), Murphy & Cleveland (1991) und Thierry (1987)

Problemfeld	Konkrete Probleme
Validität	Mangelhafte Validität der durch die Vorgesetzten verwendeten Ratinginstrumente
Ergebnisse der Beurteilung	Ablehnung der Ergebnisse der Beurteilung, Probleme mit ungeschickten oder unerfahrenen Vorgesetzten, Interessenkonflikte bez. der Ziele der Leistungsbeurteilung, Verminderung intrinsischer Motivation
Mikropolitische Merkmale der Organisation	Verzerrung der Ergebnisse der Mitarbeiterbeurteilung aufgrund der eigenen Interessen des Vorgesetzten (z. B. aufgrund eigener beruflicher Ziele), willkürliche Befugnis- und Machtstruktur der Organisation, Verwendung der Mitarbeiterbeurteilung und leistungsabhängiger Vergütung als Disziplinierungsinstrumente.
Entgeltfragen	Zu niedrige Vergütungszuwächse bei steigendem Leistungsniveau, inkonsistente Zuordnungsregeln von Leistung zu Vergütung, ein zu kompliziertes Belohnungssystem, Einbeziehung nicht leistungsabhängiger Faktoren zur Ermittlung des variablen Entgeltanteils
Unerwünschte Nebenwirkungen	Fokussierung auf nur die in der Leistungsbeurteilung vorkommenden Tätigkeiten, Verminderung der Produktivität, Steigerung der Transaktionskosten aufgrund zunehmender Bürokratisierung

Ein Vergleich zwischen den Zielen, die die Organisation mithilfe der Führungsinstrumente zu erreichen versucht (siehe **Tab. 1** und **Tab. 2**), und den Hauptproblemen, die bei der Implementierung dieser Führungsinstrumente auftreten (siehe **Tab. 3**), weist auf ein komplexes Spannungsverhältnis zwischen den Führungskräften, ihren Mitarbeitern und sozialstrukturellen Organisationsmerkmalen hin. Eine schematische Darstellung der wichtigsten Elemente und deren Verknüpfungen in diesem Spannungsverhältnis ist in **Abb. 1** wiedergegeben. Da in der Praxis deutscher Organisationen die Arbeits- und Leistungsziele in der Regel aus den strategischen Oberzielen durch die Organisationsleitung abgeleitet werden (Conrad & Manke, 2002), ist der Zielsetzungsprozess häufig im Sinne eines Top-Down-Prozesses zu charakterisieren, an dem sowohl das Verhalten der Führungskräfte als auch die Wahl der Führungsinstrumente ansetzt. Wegen der Nicht-Übereinstimmungen zwischen Soll- und Ist-Zuständen (Murphy & Cleveland, 1991; Thierry, 1987) und sonstigen während der Arbeitsabläufe auftretenden organisationalen Konflikten entstehen vermutlich sowohl gesundheitliche Auswirkungen auf die Mitarbeiter (und Führungskräfte) als auch eine Reihe erwünschter und unerwünschter (Neben-)Wirkungen auf der Organisationsebene (siehe **Abb. 1**). Anhand der oben berichteten Forschungsergebnisse bez. der gesundheitlichen Auswirkungen von Führungsinstrumenten lässt sich vermuten, dass dieses Spannungsverhältnis als eine wichtige Determinante psychosozialer Belastung im Arbeitskontext verstanden werden kann (siehe auch Kratzer & Dunkel, 2012).

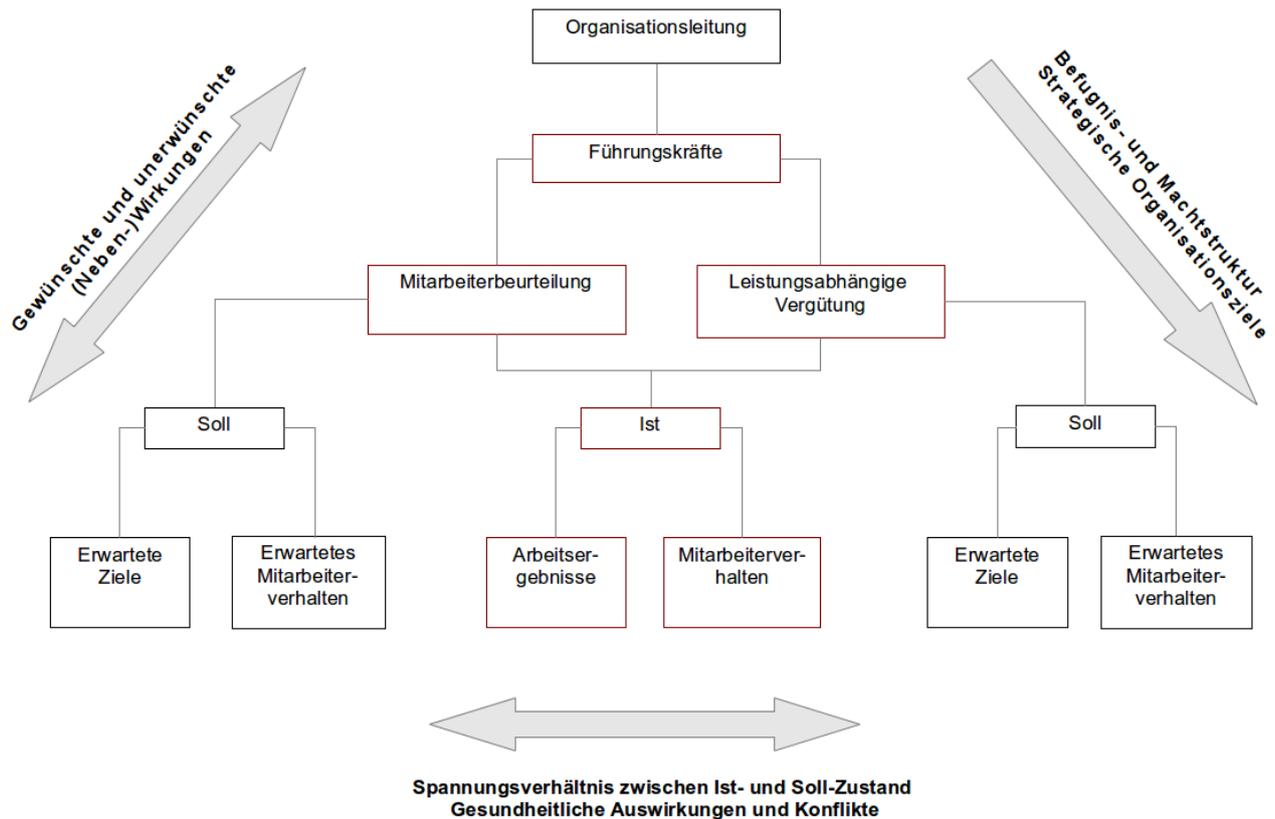


Abb. 1 Schematische Darstellung des komplexen Zusammenhangs zwischen Führungsinstrumenten und Auswirkungen auf die Mitarbeitergesundheit in der betrieblichen Praxis (eigene Darstellung)

Hinsichtlich der Teilfragestellung zur Rolle der hier berücksichtigten Führungsinstrumente im Kontext von Führungshandeln und der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter lässt sich zusammenfassend feststellen, dass zu wenige Studien durchgeführt worden sind, die diese Fragestellung direkt untersucht haben. Trotzdem sprechen einige Befunde dafür, dass die Verwendung gängiger Führungsinstrumente nicht nur zur Erfüllung organisationaler Ziele, sondern auch zu negativen Auswirkungen auf die Mitarbeitergesundheit führen kann. Insbesondere scheint das Spannungsverhältnis zwischen den von der Organisationsleitung und den Führungskräften geforderten Zielen und den erbrachten Arbeitsergebnissen der Mitarbeiter mit einer erhöhten psychosozialen Arbeitsbelastung assoziiert zu sein, die je nach spezifischem Organisationskontext mit Demotivation, Unzufriedenheit, internen Konflikten sowie verminderter Arbeitsleistung einhergehen kann.

In Bezug auf die Teilfragestellung, inwieweit Führung mit der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter zusammenhängt, werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und der Datenextraktion in den folgenden Kapiteln beschrieben, bewertet und zusammengefasst. Anschließend werden einige aus den ermittelten Zusammenhängen abgeleitete Gestaltungsempfehlungen formuliert.

3. Eckdaten zur Literaturrecherche

Die Literatursuche für das aktuelle Scoping Review in den einschlägigen Datenbanken PubMed (PMC), PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX (EBSCO Host) sowie WISO wurde breit angelegt, um dem inklusiven Anspruch eines Scoping Reviews gerecht zu werden. Die im Anhang angegebenen Suchstrings bestehen aus drei Schlagwortkategorien, die die Themenbereiche „Führung“, „Arbeitsplatzkontext“ und „psychische Gesundheit“ abdecken. Nach der Duplikatkontrolle (d. h. der Kontrolle der in der Suche doppelt aufgetretenen Publikationen) waren insgesamt 6.985 Abstracts zu sichten (vgl. das Flow-Diagramm der Datenextraktion in **Abb. 2**). Die wichtigsten Ein- und Ausschlusskriterien der gefundenen Literatur waren (1) die explizite Untersuchung von Führung im Sinne der direkten Personalführung im Arbeitskontext, (2) die Fokussierung auf psychische Gesundheit und (3) das Format der gefundenen Literatur (Formate wie Buchreviews, Lehrbuchkapitel, Nachrufe oder Ähnliches wurden nicht eingeschlossen). Unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden insgesamt 217 Studien und 703 Zusammenhänge eingeschlossen bzw. extrahiert. Ein Überblick über die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Literatur wird in **Tab. 4** gegeben.

Die Mehrheit der Publikationen sind Querschnittstudien aus Deutschland, den USA und anderen europäischen Ländern, die in Fachzeitschriften veröffentlicht worden sind. Hierbei stellen die Theorie transformationaler Führung und die verhaltenstheoretischen Führungsansätze den Schwerpunkt der eingeschlossenen Literatur dar. In der Regel werden wenige Angaben zum Beruf der Studienteilnehmer oder dem Wirtschaftszweig des Betriebs gemacht, in dem sie arbeiten, sodass eine detaillierte Klassifikation von Berufen und Branchen nicht möglich ist. Es scheint allerdings der Fall zu sein, dass Akademiker im Gesundheits- und Bildungswesen viel häufiger als bspw. Techniker und Arbeiter in der Industrie und anderen Dienstleistungsbranchen untersucht werden.

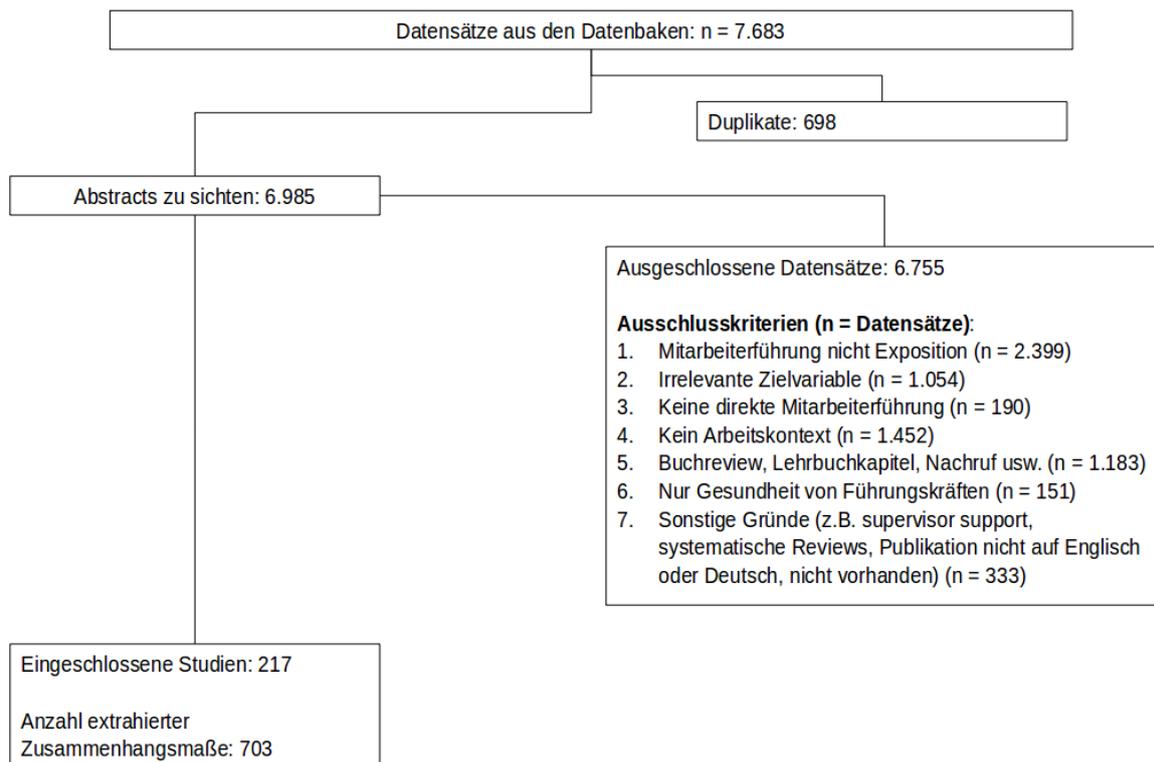


Abb. 2 Flow-Diagramm der Studienauswahl

Tab. 4 Deskriptive Statistik der gesichteten Literatur; zu beachten ist, dass einige Publikationen die Ergebnisse mehrerer Studien berichten und dass insofern die addierten Einzelmerkmale nicht in jedem Fall die Summe von 217 Studien ergeben müssen.

Variable	Häufigkeiten bzw. Medianwerte
Publikationsjahr, Median	2010
Land	Deutschland = 34, USA = 65, Europa = 64, Asien/Lateinamerika = 35, Sonstige = 19
Beitragstyp	Buch = 2, Buchkapitel = 5, Artikel in wissenschaftlicher Fachzeitschrift = 188, Dissertationen = 22
Theoretischer Ansatz	Transformationale Führung = 56, Führungsverhalten = 100, Interaktionale Theorien = 58, Sonstige = 3
Studientyp	Querschnitt = 175, Längsschnitt = 42
Studiendesign	Experimental = 3, Quasi-Experimental = 3, Befragung und sonstige Designs = 211
Anteil von Frauen	57 %
Durchschnittsalter, Median	39
Expositionsdauer (ggf. Betriebszugehörigkeit)	6 Jahre
Stichprobengröße, Median	309 Teilnehmer
Berufsgruppen entsprechend der Internationalen Standardklassifikation der Berufe (ISCO 2008)	Militär = 5, Manager/Akademiker = 38, Akademiker/Techniker = 24, Techniker/Bürokräfte = 15, Sonstige Berufe = 20, Gemischt = 115
Wirtschaftsbranche entsprechend der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft (NACE Rev. 2)	Industrie = 11, Finanzdienstleistung = 11, Öffentlicher Dienst = 21, Bildungswesen = 13, Gesundheitswesen = 47, Sonstige Branchen = 33, Gemischt = 80

4. Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Führung und psychischer Gesundheit

Auf der Basis der oben kurz dargestellten Theorien und Modelle werden in diesem Scoping Review folgende Merkmale von Führung berücksichtigt: (1) transformationale Führung, (2) mitarbeiterorientierte Führung, (3) aufgabenorientierte Führung, (4) destruktive Führung, (5) interaktionale Aspekte von Führung, (6) ethische/authentische Führung und (7) sonstige, nicht klassifizierte Führungskonzeptionen. In den nächsten Kapiteln werden die 703 extrahierten Zusammenhangsmaße nach Beitragstyp (Sekundär- vs. Primärstudien bzw. Intervention vs. Nicht-Intervention), Studiendesign (Längsschnitt vs. Querschnitt) sowie unterschiedlichen Outcomes der Mitarbeitergesundheit klassifiziert. Die Häufigkeiten jeder Kombination werden in den entsprechenden Tabellen (siehe weiter unten) angege-

ben. Psychische Gesundheit der Mitarbeiter wird durch die Variablen (1) affektive Symptome, (2) Burnout, (3) Stress, (4) Wohlbefinden, (5) psychische Funktionsfähigkeit sowie (6) gesundheitliche Beschwerden erfasst. Die Kategorie „sonstige Outcomes“ enthält sehr wenige Studien mit gemischten Outcomes wie Muskel-Skelett-Symptomen, Alkoholkonsum, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen u. a.

Da die Mehrheit der Studien bivariate Korrelationen berichtet haben ($k = 174$), wurden die gewichteten Durchschnittskorrelationen \bar{r}_{ij} je Führungsmerkmal i und Gesundheits-Outcome j nach der Formel

$$\bar{r}_{ij} = \frac{\sum_s^k w_s \cdot r_{ij}}{\sum_s^k w_s}, w_s = n_s$$

berechnet, wobei s die Studie, k die gesamte Anzahl von Studien für jede Merkmal-Outcome-Kombination, n_s die Stichprobengröße der Studie s und w_s die stichprobenabhängigen Gewichte bezeichnen (Viechtbauer, 2005). Für alle anderen Studien ($k = 43$), die ausschließlich Regressionskoeffizienten aus multivariaten Regressionsmodellen berichtet haben, wurden die Häufigkeiten statistisch signifikanter Ergebnisse in den entsprechenden Tabellen aufgeführt.

4.1. Beschreibung zum Merkmal transformationale Führung

Tab. 5 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal transformationale Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Sekundärstudien	Primärstudien			
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien		
			Längsschnittstudien	Querschnittstudien	Sonstige
Affektive Symptome	0	0	3	20	0
Burnout	0	0	1	26	0
Stress	0	0	2	26	0
Wohlbefinden	2	0	6	29	0
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0	6	30	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0	1	3	0
Sonstige Outcomes	0	0	3	5	0

4.1.1. Beschreibung zum Merkmal transformationale Führung und psychische Gesundheit

Tab. 6 Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal transformationaler Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtete für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße

Outcome-Kategorien	Querschnittstudien		Längsschnittstudien	
	r , Spannweite	k	r , Spannweite	k
Affektive Symptome	-,14, (-,48, ,21)	17	-,11, (-,30, ,03)	3
Burnout	-,22, (-,57, -,06)	22		
Stress	-,17, (-,30, ,03)	27	-,09	1
Wohlbefinden	,26, (-,37, ,63)	27	,25, (,20, ,27)	4
Psychische Funktionsfähigkeit	,27, (,08, ,50)	28	,24, (,08, ,34)	3
Gesundheitliche Beschwerden	-,17, (-,26, -,14)	3	-,21	1

Tab. 7 Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal transformationale Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Statistische Signifikanz	
	Ja	Nein
Affektive Symptome	1	0
Burnout	4	0
Stress	1	0
Wohlbefinden	2	4
Psychische Funktionsfähigkeit	3	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0

4.2. Beschreibung zum Merkmal mitarbeiterorientierte Führung

Tab. 8 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Sekundärstudien	Primärstudien			
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien		
			Längsschnittstudien	Querschnittstudien	Sonstige
Affektive Symptome	0	0	12	20	0
Burnout	0	0	8	15	0
Stress	0	0	11	17	0
Wohlbefinden	0	0	4	12	0
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0	11	12	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0	1	9	0
Sonstige Outcomes	0	0	2	9	0

4.2.1. Beschreibung zum Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und psychische Gesundheit

Tab. 9 Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße

Outcome-Kategorien	Querschnittstudien		Längsschnittstudien	
	r , Spannweite	k	r , Spannweite	k
Affektive Symptome	-,19, (-,42, ,28)	20	-,24, (-,41, ,00)	8
Burnout	-,36, (-,52, -,15)	12	-,31, (-,48, -,28)	2
Stress	-,21, (-,34, ,08)	15	-,17, (-,38, -,09)	5
Wohlbefinden	,28, (,16, ,49)	11	,28, (,25, ,31)	2
Psychische Funktionsfähigkeit	,19, (-,04, ,42)	12	,43	1
Gesundheitliche Beschwerden	-,17, (-,28, -,11)	7	-,08	1

Tab. 10 Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Statistische Signifikanz	
	Ja	Nein
Affektive Symptome	0	0
Burnout	2	2
Stress	2	0
Wohlbefinden	0	0
Psychische Funktionsfähigkeit	4	0
Gesundheitliche Beschwerden	1	0

4.3. Beschreibung zum Merkmal aufgabenorientierte Führung

Tab. 11 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal aufgabenorientierte Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Sekundärstudien	Primärstudien			
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien		
			Längsschnittstudien	Querschnittstudien	Sonstige
Affektive Symptome	0	0	1	8	0
Burnout	0	0	0	12	0
Stress	0	0	1	9	0
Wohlbefinden	2	0	0	4	0
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0	0	9	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0	1	2	0
Sonstige Outcomes	0	0	1	1	0

4.3.1. Beschreibung zum Merkmal aufgabenorientierte Führung und psychische Gesundheit

Tab. 12 Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal aufgabenorientierte Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtete für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße

Outcome-Kategorien	Querschnittstudien	Längsschnittstudien		
	r , Spannweite	k	r , Spannweite	k
Affektive Symptome	-,08, (-,22, ,10)	6	-,19	1
Burnout	-,09, (-,28, ,06)	12		
Stress	-,09, (-,24,-,01)	9	-,16	1
Wohlbefinden	,28, (.16, ,58)	5		
Psychische Funktionsfähigkeit	,18, (.05, ,41)	7		
Gesundheitliche Beschwerden	-,09, (-,18, ,00)	2	-,04	1

Tab. 13 Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal aufgabenorientierte Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Statistische Signifikanz	
	Ja	Nein
Affektive Symptome	0	0
Burnout	0	0
Stress	0	0
Wohlbefinden	0	1
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0

4.4. Beschreibung zum Merkmal destruktive Führung

Tab. 14 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal destruktive Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Sekundärstudien	Primärstudien			
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien		
			Längsschnittstudien	Querschnittstudien	Sonstige
Affektive Symptome	0	0	5	15	0
Burnout	0	0	6	21	0
Stress	0	0	6	20	0
Wohlbefinden	0	0	1	5	0
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0	1	13	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0	1	8	0
Sonstige Outcomes	0	0	7	3	0

4.4.1. Beschreibung zum Merkmal destruktive Führung und psychische Gesundheit

Tab. 15 Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal destruktive Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße

Outcome-Kategorien	Querschnittstudien		Längsschnittstudien	
	r , Spannweite	k	r , Spannweite	k
Affektive Symptome	,21, (.03, .37)	14	,2, (.18, .33)	4
Burnout	,23, (-,02, .46)	20	,23, (.08, .40)	5
Stress	,21, (-,19, .64)	18	,3, (.25, .41)	5
Wohlbefinden	-,16, (-,26, .02)	4	-,19	1
Psychische Funktionsfähigkeit	-,2, (-,59,-,05)	12		
Gesundheitliche Beschwerden	,22, (-,06, .23)	7	,18	1

Tab. 16 Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal destruktive Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Statistische Signifikanz	
	Ja	Nein
Affektive Symptome	0	0
Burnout	0	0
Stress	1	0
Wohlbefinden	0	1
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0
Gesundheitliche Beschwerden	1	0

4.5. Beschreibung zum Merkmal interaktionale Aspekte von Führung

Tab. 17 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Sekundärstudien	Primärstudien			
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien		
			Längsschnittstudien	Querschnittstudien	Sonstige
Affektive Symptome	1	0	9	47	0
Burnout	0	0	1	30	0
Stress	0	0	2	23	0
Wohlbefinden	7	0	13	20	0
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0	0	23	0
Gesundheitliche Beschwerden	3	0	5	9	0
Sonstige Outcomes	0	0	1	3	0

4.5.1. Beschreibung zum Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und psychische Gesundheit

Tab. 18 Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße.

Outcome-Kategorien	Querschnittstudien		Längsschnittstudien	
	r , Spannweite	k	r , Spannweite	k
Affektive Symptome	-,23, (-,50, ,01)	35	-,23, (-,48,-,13)	7
Burnout	-,21, (-,47, ,00)	20	-,28	1
Stress	-,24, (-,51, ,07)	23	-,28	1
Wohlbefinden	,32, (.09, ,46)	21	,31, (.16, ,46)	8
Psychische Funktionsfähigkeit	,16, (.03, ,33)	13		
Gesundheitliche Beschwerden	-,18, (-,49,-,15)	9	-,09, (-,30, ,02)	2

Tab. 19 Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Statistische Signifikanz	
	Ja	Nein
Affektive Symptome	12	1
Burnout	8	1
Stress	0	1
Wohlbefinden	9	1
Psychische Funktionsfähigkeit	10	0
Gesundheitliche Beschwerden	5	0

4.6. Beschreibung zum Merkmal ethische/authentische Führung

Tab. 20 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal ethische/authentische Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Sekundärstudien	Primärstudien			
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien		
			Längsschnittstudien	Querschnittstudien	Sonstige
Affektive Symptome	1	0	2	1	0
Burnout	1	0	2	2	0
Stress	0	0	0	5	0
Wohlbefinden	0	0	1	5	0
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0	0	2	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0	1	1	0
Sonstige Outcomes	0	0	2	0	0

4.6.1. Beschreibung zum Merkmal ethische/authentische Führung und psychische Gesundheit

Tab. 21 Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal ethische/authentische Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtete für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße

Outcome-Kategorien	Querschnittstudien		Längsschnittstudien	
	r , Spannweite	k	r , Spannweite	k
Affektive Symptome	-,35, (-,36, -,34)	2	-,1, (-,15, -,06)	2
Burnout	-,3, (-,37, -,23)	3	-,18, (-,19, -,17)	2
Stress	,19, (-,30, ,24)	5		
Wohlbefinden	,34, (,16, ,46)	3	,17	1
Psychische Funktionsfähigkeit	,21, (,01, ,50)	2		
Gesundheitliche Beschwerden	-,22	1	-,21	1

Tab. 22 Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal ethische/authentische Führung und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Statistische Signifikanz	
	Ja	Nein
Affektive Symptome	0	0
Burnout	0	0
Stress	0	0
Wohlbefinden	2	0
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0

4.7. Beschreibung zum Merkmal sonstige Führungskonzeptionen

Tab. 23 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal sonstige Führungskonzeptionen und den Outcomes

Outcome-Kategorien	Sekundärstudien	Primärstudien			
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien		
			Längsschnittstudien	Querschnittstudien	Sonstige
Affektive Symptome	0	0	0	3	0
Burnout	0	0	0	1	0
Stress	0	0	1	3	0
Wohlbefinden	0	0	0	1	0
Psychische Funktionsfähigkeit	0	0	0	1	0
Gesundheitliche Beschwerden	0	0	0	1	0
Sonstige Outcomes	0	0	0	0	0

4.7.1. Beschreibung zum Merkmal sonstige Führungskonzeptionen und psychische Gesundheit

Aufgrund der unterschiedlichen theoretischen Grundlagen sonstiger Führungskonzeptionen ist die Berechnung gewichteter Durchschnittskorrelationen nicht sinnvoll. An dieser Stelle seien die Ergebnisse einiger ausgewählter Studien erwähnt. Beispielsweise berich-

ten die Studien von Owens (2014) sowie Chen & Silverthorne (2005) in Bezug auf die Fähigkeit von Führungskräften, einen an die einzelnen Mitarbeiter angepassten Führungsstil situativ auszuwählen, dass eine höhere Anpassungsfähigkeit der Führungskräfte mit niedrigeren Distanziertheits- bzw. niedrigeren Stressniveaus der Mitarbeiter einhergeht.

5. Bewertung und Diskussion der Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbedingungsfaktor Führung und psychischer Gesundheit

Die Bewertung der eingeschlossenen Literatur orientiert sich an den Empfehlungen der GRADE-Arbeitsgruppe (Atkins et al., 2004; Canfield & Dahm, 2011). In einem ersten Schritt wird die methodologische Qualität der Studien entsprechend dem operationalisierten Führungsmerkmal und dem erhobenen Outcome bewertet. Insgesamt wurden sechs methodologische Studieneigenschaften herangezogen, die Aussagen über die statistische Güte der in den einzelnen Studien geschätzten Zusammenhangsmaße erlauben. Diese Studieneigenschaften sind die Stichprobengröße, das Studiendesign (Quer-, Längsschnittstudie oder Experiment), die Validierung von Prädiktoren und Outcomes sowie die Aufnahme wichtiger Kontrollvariablen in die statistischen Analysen (siehe **Tab. 24**). Die Ausprägung jeder Studieneigenschaft wurde durch ein Gewicht operationalisiert und die Summenwerte aller Gewichte pro Studie gebildet (Spannweite: 0 bis 13; die Ergebnisse sind in **Abb. 3** bis **Abb. 9** grafisch dargestellt).

Tab. 24 Studieneigenschaften zur Ermittlung methodologischer Qualität der eingeschlossenen Literatur. Die Gewichte der Stichprobengröße wurden anhand der Quartile der Gesamtstichprobe (N = 175.550) ermittelt (0 = Studie im 1. Quartil; 1 = Studie im 2. Quartil; 2 = Studie im 3. Quartil; 3 = Studie im 4. Quartil). Die Kontrollvariablen wurden jeweils mit 0 bzw. 1 gewichtet.

Studieneigenschaft	Begründung	Gewicht
Stichprobengröße (n)	Die Genauigkeit geschätzter Parameter nimmt mit zunehmender Stichprobengröße zu	0 bis 3
Querschnitt- vs. Längsschnittdesign	Verzerrungseffekte (vgl. bspw. Szklo & Nieto, 2007)	0 oder 1
Sonstige Studien vs. Experiment	Verzerrungseffekte (vgl. bspw. Szklo & Nieto, 2007)	0 oder 1
Validierte Prädiktoren (Cronbachs Alpha > ,7)	Dimensionalität der verwendeten psychometrischen Skalen (vgl. bspw. Revelle & Zinbarg, 2009)	0 oder 1
Validierte Kriterien (Cronbachs Alpha > ,7)	Dimensionalität der verwendeten psychometrischen Skalen (vgl. bspw. Revelle & Zinbarg, 2009)	0 oder 1
Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, sozialer Status, Beruf, ethnische Herkunft und Dauer der Betriebszugehörigkeit	Verzerrungseffekte (vgl. bspw. Szklo & Nieto, 2007)	0 bis 6

In einem zweiten Schritt werden die in den vorherigen Abschnitten dargestellten Zusammenhänge zwischen Führung und psychischer Gesundheit nach ihrem Evidenzgrad unter-

sucht. Hierbei werden in Anlehnung an das GRADE-System neben der methodologischen Studienqualität die Konsistenz und Stärke der Zusammenhänge sowie das Studiendesign in Betracht gezogen. Unter dem Begriff Konsistenz wird studienübergreifend überprüft, inwieweit die statistischen Zusammenhänge in den einzelnen Studien ähnlich groß sind und das gleiche Vorzeichen aufweisen. Die Stärke des Zusammenhangs kann entsprechend der aggregierten Korrelation als klein ($,1 \leq \bar{r}_{ij} < ,3$), mittel ($,3 \leq \bar{r}_{ij} < ,5$) und groß ($\bar{r}_{ij} \geq ,5$) interpretiert werden (Cohen, 1992).

5.1. Bewertung zum Merkmal transformationale Führung

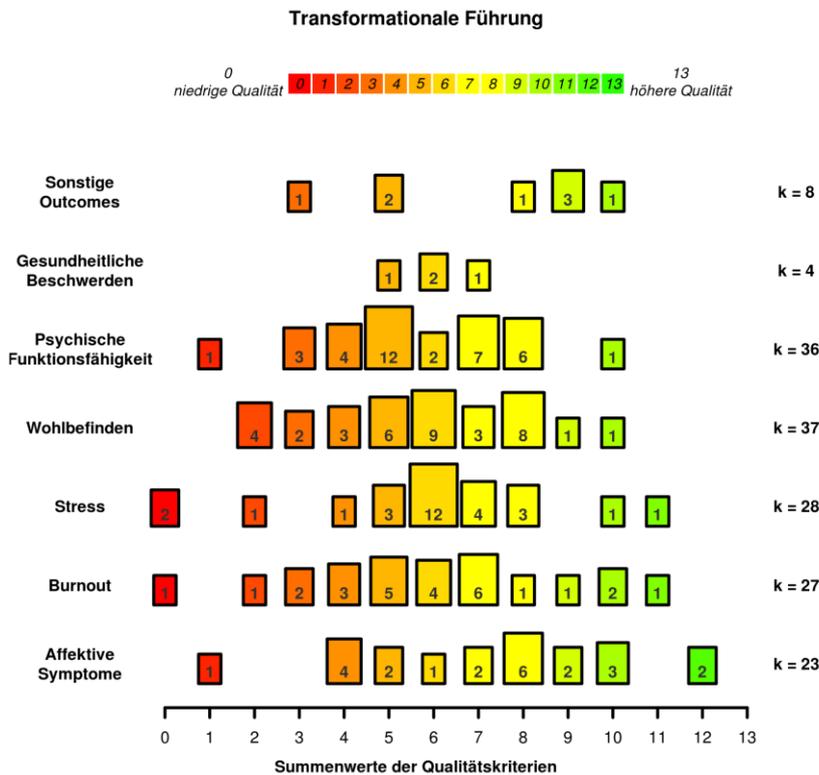


Abb. 3 Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.

5.1.1. Bewertung zum Merkmal transformationale Führung und Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen transformationaler Führung und psychischer Gesundheit sind sowohl in den Querschnittstudien als auch in den Längsschnittstudien konsistent. Transformationale Führung hängt negativ mit negativen Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. affektiven Symptomen, Burnout, Stress und gesundheitlichen Beschwerden) und positiv mit positiven Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. Wohlbefinden und psychischer Funktionsfähigkeit) zusammen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen solche Studien, die ausschließlich Regressionskoeffizienten berichtet haben. Darüber hinaus weisen die gewichteten Durchschnittskorrelationen \bar{r}_{ij} kleine bis mittlere Effektstärken auf. Infolge der tendenziell mittelmäßigen methodologischen Qualität der Studien sowie des mehrheitlich querschnittlichen Designs ohne Kontrollgruppe sind Verzerrungseffekte nicht auszuschließen, die wahrscheinlich zu einer Unter- oder Überschätzung der Effektstärken führen können.

5.2. Bewertung zum Merkmal mitarbeiterorientierte Führung

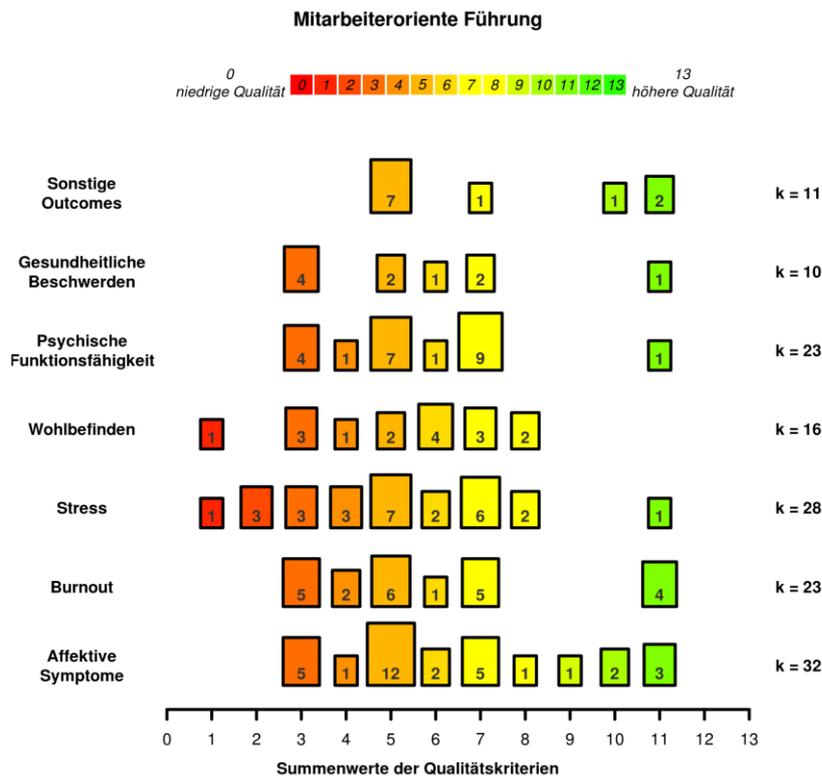


Abb. 4 Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.

5.2.1. Bewertung zum Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen mitarbeiterorientierter Führung und psychischer Gesundheit sind sowohl in den Querschnittstudien als auch in den Längsschnittstudien konsistent. Mitarbeiterorientierte Führung korreliert negativ mit negativen Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. affektiven Symptomen, Burnout, Stress und gesundheitlichen Beschwerden) und positiv mit positiven Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. Wohlbefinden und psychischer Funktionsfähigkeit). Trotz der kleinen Anzahl von Regressionskoeffizienten ($k = 11$) gab es für einige Merkmal-Outcome-Kombinationen Hinweise auf ähnliche Zusammenhänge. Die gewichteten Durchschnittskorrelationen \bar{r}_{ij} entsprechen kleinen bis mittleren Effektstärken. Die methodologische Qualität der Studien zum Merkmal mitarbeiterorientierter Führung ist generell niedrig bis mittelmäßig. Da die Mehrheit der Studien ein Querschnittsdesign ohne Kontrollgruppe aufweist, treten auch hier Verzerrungseffekte auf, die wahrscheinlich zu einer Unter- oder Überschätzung der Effektstärken führen können.

5.3. Bewertung zum Merkmal aufgabenorientierte Führung

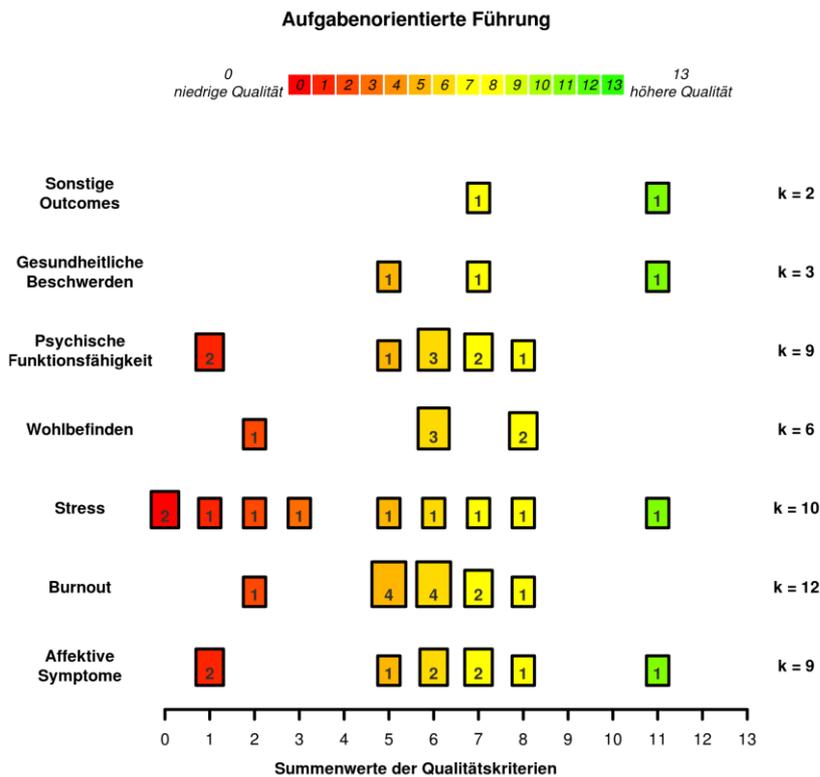


Abb. 5 Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.

5.3.1. Bewertung zum Merkmal aufgabenorientierte Führung und Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen aufgabenorientierter Führung und psychischer Gesundheit sind sowohl in den Querschnittstudien als auch in den wenigen Längsschnittstudien konsistent. Aufgabenorientierte Führung ist negativ mit negativen Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. affektiven Symptomen, Burnout, Stress und gesundheitlichen Beschwerden) und positiv mit positiven Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. Wohlbefinden und psychischer Funktionsfähigkeit) assoziiert. Im Allgemeinen sind die gewichteten Durchschnittskorrelationen \bar{r}_{ij} klein, insbesondere für die Zusammenhänge zwischen aufgabenorientierter Führung und affektiven Symptomen, Burnout und gesundheitlichen Beschwerden. Die methodologische Qualität der Studien ist als niedrig einzustufen. Fast alle Studien weisen ein Querschnittsdesign ohne Kontrollgruppe auf, sodass die Möglichkeit einer Unter- oder Überschätzung der Effektstärken besteht.

5.4. Bewertung zum Merkmal destruktive Führung

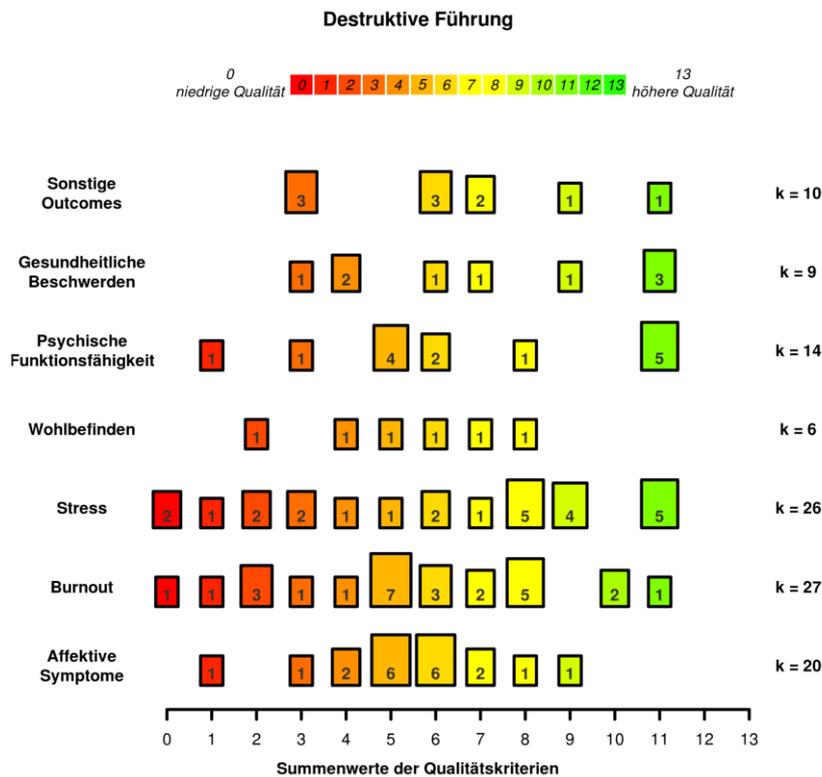


Abb. 6 Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.

5.4.1. Bewertung zum Merkmal destruktive Führung und Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen destruktiver Führung und psychischer Gesundheit sind sowohl in den Querschnittstudien als auch in den Längsschnittstudien konsistent. Destruktive Führung korreliert positiv mit negativen Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. affektiven Symptomen, Burnout, Stress und gesundheitlichen Beschwerden) und negativ mit positiven Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. Wohlbefinden und psychischer Funktionsfähigkeit). Die gewichteten Durchschnittskorrelationen \bar{r}_{ij} entsprechen kleinen bis mittleren Effektstärken. Die methodologische Qualität der Studien ist generell mittelmäßig. Aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns vieler Studien sind Verzerrungseffekte zu erwarten, die mit einer möglichen Unter- oder Überschätzung der ermittelten Zusammenhänge einhergehen.

5.5. Bewertung zum Merkmal interaktionale Aspekte von Führung

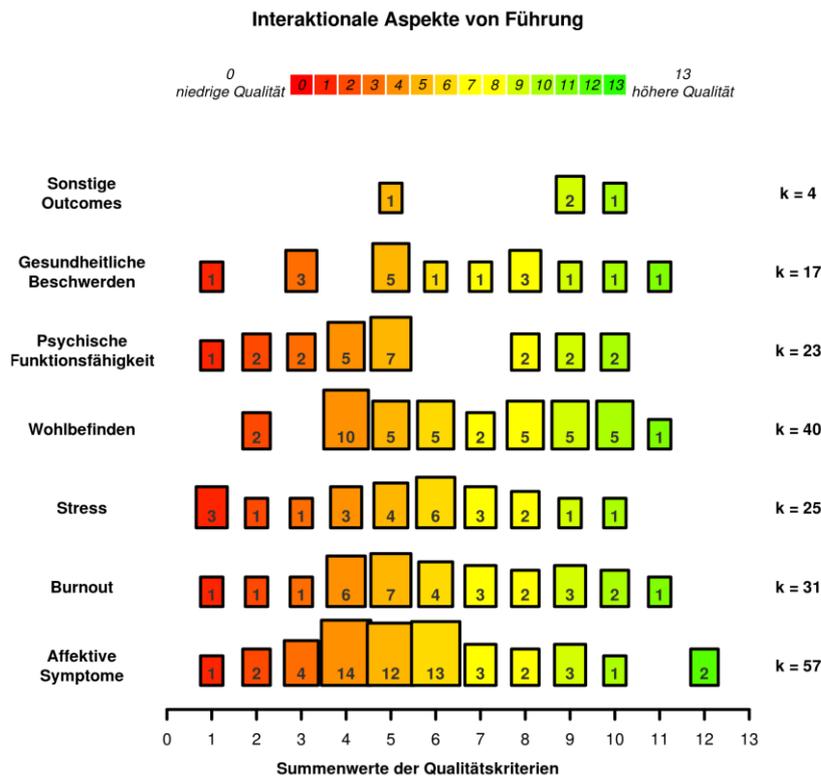


Abb. 7 Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.

5.5.1. Bewertung zum Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen den interaktionalen Aspekten von Führung und psychischer Gesundheit sind sowohl in den Querschnittstudien als auch in den Längsschnittstudien konsistent. Eine höhere Qualität der interaktionalen Aspekte von Führung hängen negativ mit negativen Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. affektiven Symptomen, Burnout, Stress und gesundheitlichen Beschwerden) und positiv mit positiven Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. Wohlbefinden und psychischer Funktionsfähigkeit) zusammen. Die Mehrheit der Studien, die nur Regressionskoeffizienten berichtet haben, deutet auf ähnliche Ergebnisse hin. Die gewichteten Durchschnittskorrelationen \bar{r}_{ij} stellen kleine bis mittlere Effektstärken dar. Tendenziell fällt die methodologische Qualität der Studien niedrig bis mittelmäßig aus. Aufgrund der Tatsache, dass das Studiendesign typischerweise eine Querschnitterhebung ohne Kontrollgruppe ist, können die Zusammenhänge möglicherweise unter- oder überschätzt werden.

5.6. Bewertung zum Merkmal ethische/authentische Führung

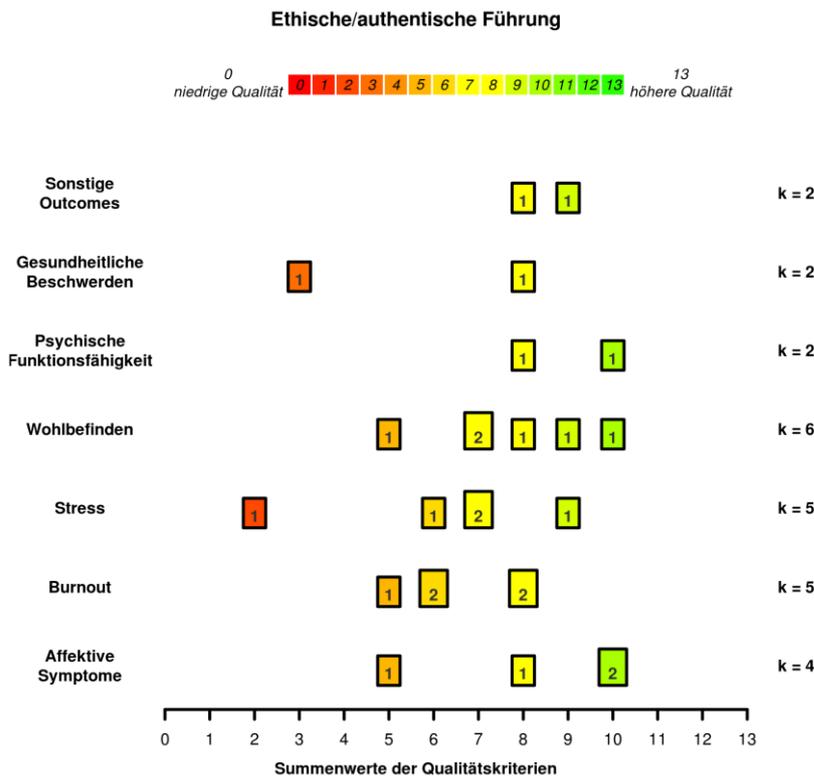


Abb. 8 Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.

5.6.1. Bewertung zum Merkmal ethische/authentische Führung und Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen ethischer/authentischer Führung und psychischer Gesundheit sind sowohl in den Querschnittstudien als auch in den Längsschnittstudien konsistent. Ethische/authentische Führung hängt negativ mit negativen Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. affektiven Symptomen, Burnout, Stress und gesundheitlichen Beschwerden) und positiv mit positiven Zuständen psychischer Gesundheit (d. h. Wohlbefinden und psychischer Funktionsfähigkeit) zusammen. Weiterhin weisen die gewichteten Durchschnittskorrelationen \bar{r}_{ij} kleine bis mittlere Effektstärken auf. Wegen der mittelmäßigen methodologischen Qualität der Studien sowie des mehrheitlich querschnittlichen Designs ohne Kontrollgruppe können Verzerrungseffekte auftreten, die eine Unter- oder Überschätzung der Effektstärken nach sich ziehen können.

5.7. Bewertung zum Merkmal sonstige Führungskonzeptionen

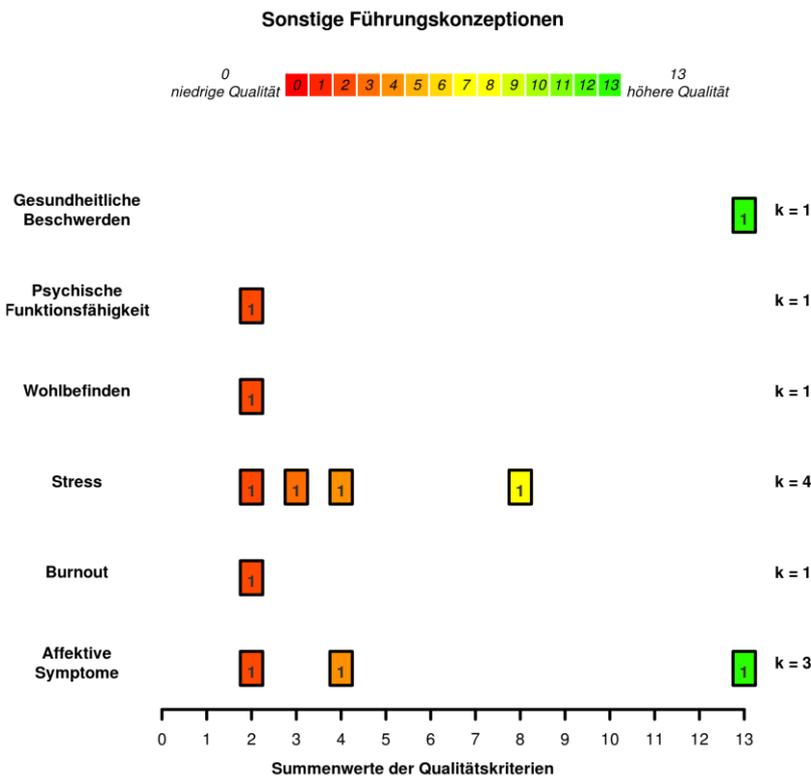


Abb. 9 Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.

5.7.1. Bewertung zum Merkmal sonstige Führungskonzeptionen und Gesundheit

Aufgrund der Heterogenität der theoretischen Grundlagen sonstiger Führungskonzeptionen ist eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse nicht zulässig. Da einerseits die methodologische Studienqualität insgesamt als niedrig einzustufen ist und andererseits das Studiendesign in fast allen Fällen querschnittlich ohne Kontrollgruppe ist, sind die berichteten Zusammenhänge in dieser Gruppe ebenfalls wahrscheinlich von Verzerrungseffekten betroffen.

6. Zusammenfassende Bewertung aller Merkmale des Arbeitsbedingungsfaktors Führung, Schlussfolgerungen und Forschungsbedarf

6.1. Zusammenfassende Bewertung

Die in diesem Scoping Review bewerteten Studien sind überwiegend im Forschungsfeld der Organisationspsychologie und des betrieblichen Managements durchgeführt worden. Im Vordergrund stand vor allem die Frage nach den in Arbeitssituationen entstandenen psychologischen Prozessen wie Motivation, Wahrnehmung und Bewertung des Verhaltens von Führungskräften sowie Beziehungsqualität der Führungskraft-Mitarbeiter-Dyaden. Auch wenn die methodologische Qualität der eingeschlossenen Studien niedrig bis mittelmäßig ist und eine gewisse Unter- oder Überschätzung berichteter Zusammenhänge nicht ausgeschlossen werden kann, wurden statistisch signifikante kleine bis mittlere Effektstärken des Zusammenhangs zwischen Führung und psychischer Gesundheit der Mitarbeiter konsistent bestätigt. Darüber hinaus haben einige Längsschnittstudien darauf hingewiesen, dass diese Zusammenhänge auch mittelfristig bestehen können. Beispielsweise berichtet die Studie von Burnfield (2005) von statistisch signifikanten Kreuzkorrelationen nach zwölf Monaten zwischen mitarbeiterorientierter und aufgabenorientierter Führung, Stress und Angstsymptomen. Ähnliche Ergebnisse werden in der Studie von van Dierendonck, Haynes, Borrill, & Stride (2004) nach 14 Monaten Beobachtungszeit in Bezug auf die Kreuzkorrelationen zwischen mitarbeiterorientierter Führung und Wohlbefinden berichtet. In der groß angelegten Kohortenstudie von De Raeve, Jansen, van den Brandt, Vasse, & Kant (2009) in den Niederlanden nach zwei Jahren Beobachtungszeit konnte gezeigt werden, dass eine konfliktbelastete Beziehung mit der eigenen Führungskraft mit längeren Erholungszeiten und andauernder Erschöpfung einhergeht. Epitropaki & Martin (2005) wiesen anhand längsschnittlicher Strukturgleichungsmodelle darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen den impliziten Führungsprototypen und dem Wohlbefinden der Beschäftigten durch die Qualität der Führungskraft-Geführten-Beziehung (LMX) vermittelt wird. Diese Ergebnisse scheinen die Hypothese zu bestätigen, dass die von den Beschäftigten wahrgenommene Diskrepanz zwischen implizitem Führungsprototyp und erlebter Führung die Qualität zukünftiger sozialer Interaktionen zwischen Führungskräften und Beschäftigten grundlegend beeinflusst. In der Längsschnittstudie von Fernet, Guay, Sénécal, & Austin (2012) mit einer Stichprobe von kanadischen Schullehrern ist der Zusammenhang zwischen einem unterstützenden Führungsverhalten und Burnoutsymptomen durch Veränderungen wahrgenommener Autonomie und Selbstwirksamkeit am Arbeitsplatz vermittelt.

Im Sinne des Arbeitsschutzes lassen sich die oben beschriebenen Ergebnisse der gesichteten Literatur auf der Basis des Anforderungs-Ressourcen-Modells zusammenfassen (A. B. Bakker & Demerouti, 2007). Hierzu wird im Folgenden Führung sowohl als Gefährdung als auch als Ressource betrachtet (siehe **Tab. 25**) und die Zusammenhänge zwischen Führung und psychischer Gesundheit der Mitarbeiter als empirische Grundlage herangezogen, um die Frage zu klären, inwiefern Führung als Gefährdung bzw. Ressource fungieren kann.

Im Allgemeinen weisen die Befunde darauf hin, dass Führung als Ressource die positiven Ausprägungen transformationaler, mitarbeiterorientierter und aufgabenorientierter Führung sowie eine hohe Qualität der Führungskraft-Mitarbeiter-Interaktionen einschließt. Aus einer statistischen Betrachtung haben die positiven Auswirkungen von Führung auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter die Stärke von kleinen bis mittleren Effekten. Im Gegen-

satz dazu gilt Führung als Gefährdung nicht nur im Fall der sog. destruktiven Führung, sondern vermutlich auch bei unzureichenden bzw. mangelnden Führungskompetenzen. Die negativen Auswirkungen destruktiver Führung auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter weisen ebenso kleine bis mittlere Effektstärken auf.

Tab. 25 Führungsspezifische Ressourcen und Gefährdungen. Tätigkeitsübergreifende Führungsmerkmale, die zu konkreten Arbeitsgestaltungsmaßnahmen führen können (eigene Darstellung)

Belastungsfaktor	Potenzielle Gesundheitsauswirkungen
Ressourcen	
1. Transformationale Führung einschließlich charismatischer Führung, Delegation und Entwicklung herausfordernder Aufgaben, ermutigender und Selbstbestimmung fördernder Führung	1. Reduktion von affektiven Symptomen, Burnout, Stress und Gesundheitsbeschwerden 2. Anstieg des Wohlbefindens und der psychischen Funktionsfähigkeit
2. Mitarbeiterorientierte Führung. Darunter werden auch u. a. folgende Verhaltensweise gefasst: gesundheitsorientierte Führung, Respekt, Gesprächsbereitschaft, Erreichbarkeit des Vorgesetzten, unterstützende Verhaltensweisen, als legitim wahrgenommene Machtausübung des Vorgesetzten sowie partizipativer Führungsstil	1. Reduktion von affektiven Symptomen, Burnout, Stress und Gesundheitsbeschwerden 2. Anstieg des Wohlbefindens und der psychischen Funktionsfähigkeit
3. Aufgabenorientierte Führung einschließlich zielorientierter Führung, strukturierter Arbeitsgestaltung, transaktionaler Führung sowie kontingenter Belohnung und Bestrafung	1. Schwache Reduktion von affektiven Symptomen, Burnout und Stress 2. Anstieg des Wohlbefindens und der psychischen Funktionsfähigkeit
4. Interaktionale Aspekte von Führung wie emotionale Intelligenz, Erkennung von Führungskraftprototypen, Emotionsregulation, effiziente Vermittlung von Informationen, verfügbare Rückmeldungs- und Partizipationskanäle, Glaubwürdigkeit der Führungskräfte sowie Qualität der Führungskraft-Mitarbeiterbeziehung	1. Reduktion von affektiven Symptomen, Burnout, Stress und Gesundheitsbeschwerden 2. Anstieg des Wohlbefindens und der psychischen Funktionsfähigkeit
Gefährdungen	
1. Destruktives Führungsverhalten wie autokratische und autoritäre Führung, verantwortungslose Führung, aggressive oder psychopathische Verhaltensweisen, bestrafende Führung sowie unangemessene Kritik	1. Anstieg affektiver Symptome, Burnout, Stress und Gesundheitsbeschwerden 2. Reduktion des Wohlbefindens und der psychischen Funktionsfähigkeit

Belastungsfaktor	Potenzielle Gesundheitsauswirkungen
2. Mangelnde Führungskompetenzen wie niedrige Konfliktlösungsfähigkeit, vernachlässigende Führung, Unerreichbarkeit, abweichendes Verhalten	1. Anstieg affektiver Symptome, Burnout, Stress und Gesundheitsbeschwerden 2. Reduktion des Wohlbefindens und der psychischen Funktionsfähigkeit

6.2. Forschungsbedarf

Aufgrund der in den vorherigen Kapiteln erwähnten Einschränkungen empirischer Führungsforschung ist zu betonen, dass die Interpretation von Führung im Sinne einer arbeitsbedingten Gefährdung bzw. Ressource einen tätigkeits- und branchenübergreifenden Charakter hat. Zugleich sind aber im Laufe der Bearbeitung dieses Scoping Reviews weitere Problemfelder identifiziert worden, die einen dringenden Forschungsbedarf aufzeigen. Erstens haben die Überlegungen zu der Frage der betrieblichen Rahmenbedingungen nahegelegt, dass Führung immer in spezifischen Formen der betrieblichen Struktur praktiziert wird (siehe auch DGUV, 2014; Rigotti, Emmerich, & Holstad, 2015). Allerdings fehlen diesbezüglich empirische Daten zur Beantwortung der Frage, in welchem Zusammenhang strukturelle Merkmale der Organisation wie bspw. die Machthierarchie und Entscheidungsfindungsprozesse mit den Führungspraktiken und der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter stehen. Des Weiteren sind Wechselwirkungen zwischen Führungsverhalten und spezifischen Merkmalen der Arbeitsaufgabe, des Arbeitsumfeldes und der Arbeitssituation bisher viel seltener Gegenstand der Führungsforschung gewesen.

Zweitens sind die gesundheitlichen Folgen der sog. personalen Führungsinstrumente praktisch unbekannt, auch wenn bereits einige Befunde auf gesundheitsrelevante Auswirkungen hinweisen. Offen bleibt auch die Relevanz häufig eingesetzter Instrumente wie Coaching, Team- und Mitarbeitergespräche sowie des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Drittens ist weiter zu klären, inwiefern die gesundheitsförderlichen Aspekte von Führung (z. B. transformationale Führung, mitarbeiterorientierte Führung, eine hohe Qualität der Führungskraft-Mitarbeiter-Interaktion) im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen in betrieblichen Interventionen vermittelbar sind (für weitere Diskussion siehe Kelloway & Barling, 2010). Aus den Ergebnissen des vorliegenden Scoping Reviews scheint es möglich, betriebliche Interventionen zu konzipieren, die die evidenzbasierten gesundheitsförderlichen Merkmale von Führung in eine umfassende betriebliche Gesundheitspolitik integrieren.

Viertens zeigen empirische Ergebnisse auf der Grundlage der sog. Geführtentheorien (followership theories), dass sich aus der Betrachtung von Führung im Sinne eines aus der sozialen Interaktion entstehenden Führungsprozesses sowie der Berücksichtigung des Einflusses der Beschäftigten auf die Führungskräfte wichtige bisher kaum erforschte Führungsaspekte ergeben (Uhl-Bien, Riggio, Lowe, & Carsten, 2014). Die traditionelle Führungsforschung ist vorwiegend ein führungskraftzentriertes Forschungsfeld gewesen, in dem den Geführten meist eine passive bzw. sekundäre Rolle zugesprochen wird. Dementgegen werden seit etwa den 2000er Jahren mehrere „geführtenzentrierte“ Ansätze entwickelt, bei denen der Einfluss des Verhaltens, der Persönlichkeit, des Rollenverständnisses sowie der impliziten Führungstheorien der Geführten auf das Verhalten, Einstellungen und Effektivität der Führungskräfte im Mittelpunkt steht (Collinson, 2006; Dinh et al., 2014). Vor diesem Hintergrund besteht weiterhin Bedarf an geführtenzentrierter Führungsforschung im deutschsprachigen Raum.

Schließlich sind weitere Längsschnittstudien nötig, um die kausale Wirkrichtung von Führung sowie die Rolle der zugrunde liegenden Wirkmechanismen wie der Erfüllung (sozialer) Bedürfnisse, Einstellungen, Emotionen sowie konkreten Arbeitsgestaltungsmaßnahmen weiter aufzuklären (Rigotti et al., 2015). Zugleich ist der Frage nachzugehen, inwiefern destruktive Führung auf Eigenschaften des Arbeitsplatzes bzw. auf das Verhalten der Beschäftigten zurückzuführen ist. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Identifizierung und Bewertung langfristiger Auswirkungen destruktiver Führung auf psychische Gesundheit (Schyns & Schilling, 2013). Zukünftige Längsschnittstudien könnten ebenso komplexere Phänomene wie Gruppendynamikprozesse, den Einfluss des Verhaltens und der Persönlichkeit der Geführten auf die Führungskraft, die Bedeutung der Vorbildwirkung und der psychischen Gesundheit der Führungskraft selbst sowie die Frage nach der gesundheitsförderlichen Selbstführung der Mitarbeiter systematisch untersuchen.

7. Gestaltungsaussagen zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung

Die Strukturierung der Gestaltungsempfehlungen folgt dem Prinzip der Hierarchie präventiver Maßnahmen, das im Kontext europäischer und nationaler Arbeitsschutzrichtlinien gesetzlich verankert ist (siehe EU-Richtlinie 89/391/1989 und § 4 ArbSchG). Generell wird unter dem Prinzip der Hierarchie präventiver Maßnahmen eine Präventionsstrategie zur Vermeidung bzw. Verringerung arbeitsbedingter Gefahren am Arbeitsplatz verstanden, die die Reihenfolge von Arbeitsschutzmaßnahmen systematisch festlegt. Hierbei wird organisatorischen Maßnahmen vor individuellen Maßnahmen des Gesundheitsschutzes Vorrang eingeräumt, um arbeitsbedingte Gefahren an der Quelle zu bekämpfen bzw. sie vollständig zu vermeiden (Halperin, 1996). Somit wird impliziert, dass die Verhaltensprävention, also die an die Individuen angepassten Maßnahmen wie gesundheitsförderliche Kurse und Seminare, der Verhältnisprävention – zu der Maßnahmen gehören, die an den Arbeitsbedingungen ansetzen – im Rahmen eines langfristig ausgerichteten betrieblichen Gesundheitsmanagements unterzuordnen ist (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010; Lamontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis, 2007; Singer, 2010).

Die Gestaltungsmaßnahmen zur Vermeidung bzw. Verringerung der mit Führung zusammenhängenden Gefährdungen sowie zur Stärkung gesundheitsförderlicher Aspekte von Führung sollten dadurch an den strukturellen Bedingungen der Organisation sowie an der betrieblichen Gesundheitspolitik und erst anschließend an konkreten verhaltensbezogenen Maßnahmen ansetzen. Unter Berücksichtigung der betrieblichen Rahmenbedingungen ist davon auszugehen, dass die Rolle, Aufgaben und Qualifikation der Führungskräfte, die Auswahl bestimmter Führungsinstrumente sowie die tätigkeitsbezogenen Anforderungen an die Führungskräfte nur im Rahmen einer organisationsspezifischen Führungskultur zu verorten sind (D. Frey, 2004; siehe unten **Abb. 10**). Führungskultur umfasst hier die gemeinsamen Werte, Rollenerwartungen, Erfahrungen und Führungspraktiken von Organisationen (R. House & Javidan, 2004). Das Vorherrschen einer spezifischen Führungskultur hängt allerdings nicht unmittelbar von den (mittleren) Führungskräften selbst, sondern eher von den Organisationszielen, den Managementpraktiken der Organisationsleitung, dem Vorhandensein eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie der mikropolitischen Machtstruktur der Organisation ab (siehe **Abb. 10**).

Gleichzeitig prägt die Führungskultur ebenso die Rolle der Geführten in Bezug auf die Autoritäts-, Macht- und Führungsstruktur der Organisation sowie die Qualität der Beziehung zwischen direkten Vorgesetzten und Mitarbeitern und deren Partizipationsmöglichkeiten in

betrieblichen Entscheidungen. Beispielsweise kann die Führungskultur (und im Allgemeinen die Arbeitssituation) die Art und Weise beeinflussen, wie Geführte ihre Führungskraft wahrnehmen (Rigotti et al., 2014). Es ist zu beachten, dass in der betrieblichen Praxis die spezifische Gestaltung einzelner Arbeitsbedingungen aufgrund des Anweisungsrechts nicht selten exklusive Aufgabe der Organisationsleitung und der Führungskräfte ist. In diesem Sinne sind gesundheitsgerechte Veränderungen der Arbeitsbedingungen ohne die Unterstützung und Einbeziehung der Organisationsleitung kaum zu implementieren.

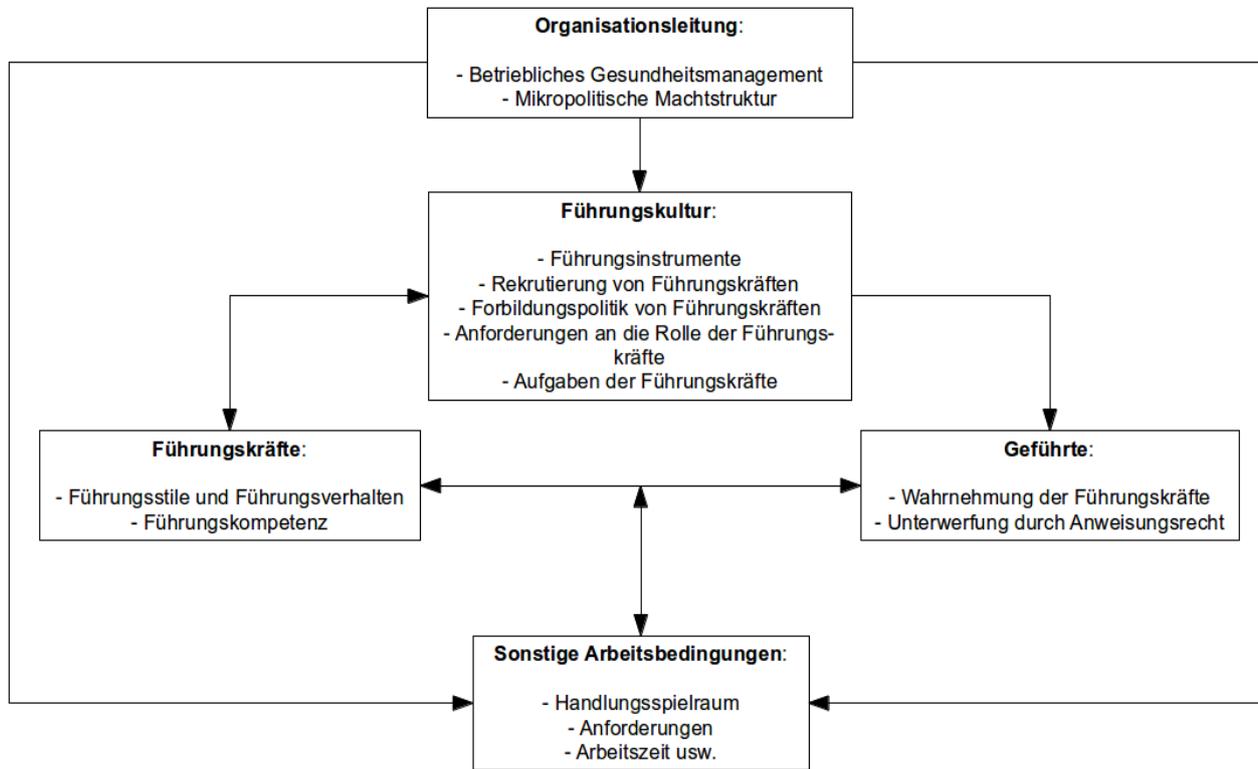


Abb. 10 Schematische Darstellung betrieblicher Strukturen und organisationaler Interaktionen, die die Gestaltungsempfehlungen zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung bestimmen (eigene Darstellung)

Auf der Ebene der sozialen Interaktion zwischen Führungskräften und Geführten sowie im Kontext gruppendynamischer Phänomene sind aufgrund neuer Erkenntnisse weitere Führungsaspekte zu beachten. Besonders relevant für die Etablierung gesundheitsförderlicher Führungspraktiken scheint eine angemessene Berücksichtigung der impliziten Führungsvorstellungen, die Einstellungen und Verhalten in Führungssituationen prägen, des Ausmaßes der Übereinstimmung zwischen erlebter und erwarteter Führung sowie des gegenseitigen Einflusses von Führungskräften und Geführten unentbehrlich zu sein. Diese auf soziale Interaktionsprozesse zurückzuführenden Phänomene legen nahe, dass sich die Hauptakteure von „Führungsprozessen“, d. h. Führungskräfte und Geführte, an der Gestaltung gesundheitsgerechter Führungskulturen aktiv beteiligen sollten. In diesem Sinne könnten Trainingsprogramme für Geführte und Gruppen als Ergänzung zu den traditionellen Fortbildungsprogrammen für Führungskräfte entwickelt und implementiert werden.

Des Weiteren soll berücksichtigt werden, dass die im folgenden Abschnitt zusammengefassten Gestaltungsempfehlungen zum großen Teil nicht direkt aus den Ergebnissen empirischer Studien abgeleitet worden sind, sondern indirekte Schlussfolgerungen darstellen, die aus den ermittelten Korrelationen zwischen Führung und psychischer Gesundheit gezogen werden können. Hauptgründe der eingeschränkten Generalisierbarkeit der Studien-

ergebnisse sind (1) die starke Fokussierung der Primärstudien auf die Frage, inwiefern Führungskräfte abstrakten Führungsidealen entsprechen, statt eine detaillierte Analyse des konkreten Führungshandelns durchzuführen und (2) ein Mangel an Studien, die zeigen, welche konkreten Verhaltensweisen die gesundheitsförderlichen und gefährdenden Wirkungen von Führung ausmachen.

Um die im nächsten Abschnitt dargestellten Gestaltungsempfehlungen arbeitswissenschaftlich erörtern zu können, wird folgende Klassifizierung von Gestaltungsableitungen verwendet:

- **Gestaltungswissen:** Gesicherte Gestaltungsableitungen auf der Basis längsschnittlicher Interventionsstudien, die die Wirksamkeit bestimmter Interventionen nachweisen
- **Gestaltungsempfehlungen:** Ableitungen für die Praxis aus den Ergebnissen der Studien etwa auf der Basis statistischer Zusammenhangsanalysen oder signifikanter Interaktionseffekte (Moderatoranalysen)
- **Gestaltungshinweise:** Mittelbare Ableitungen auf Basis der Schlussfolgerungen der Autoren in den Studien.

Unter Berücksichtigung der statistischen Zusammenhangsanalysen des vorliegenden Scoping Reviews sind also die Gestaltungsaussagen für den Arbeitsbedingungsfaktor Führung im Sinne von Gestaltungsempfehlungen zu interpretieren.

7.1. Gestaltungsempfehlungen auf der Grundlage von Zusammenhängen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen

Zur Formulierung von Gestaltungsempfehlungen auf der Grundlage der ermittelten Korrelationen zwischen den unterschiedlichen Führungskonstrukten und den einzelnen Outcomes psychischer Gesundheit wurden die Items der Messinstrumente berücksichtigt, die in den Primärstudien zur Messung der Führungskonstrukte häufig eingesetzt werden. Somit stellen die vorliegenden Gestaltungsempfehlungen konkrete Merkmale der in diesem Scoping Review untersuchten Führungskonstrukte dar (siehe **Tab. 26**).

Tab. 26 Gestaltungsempfehlungen auf der Grundlage von Zusammenhängen zwischen Führungskonstrukten und psychischer Gesundheit

Empfehlung	Der Empfehlung zugrunde liegende Führungskonstrukte	Exemplarische Items entsprechender Messinstrumente	Quellen (Auswahl)
<p>1. Eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung setzt voraus, dass die Interessen aller betrieblichen Akteure berücksichtigt werden. Hierzu sollten entsprechende gesetzliche Regelungen wie die Mitbestimmung oder sonstige betriebliche Partizipationskanäle zur Stärkung einer demokratischeren Organisationsleitung und -steuerung herangezogen werden.</p>	<p>Mitarbeiterorientierte Führung sowie partizipative Führung</p>	<p>“My supervisor gets group approval in important matters before going ahead“; “My supervisor puts suggestions made by the group into operation“; “To what extent are you involved in the decision-making process of your company?“</p>	<p>Harris & Kacmar, 2005; Mulki, Jaramillo, & Locander, 2006; Schriesheim & Kerr, 1974</p>
<p>2. Organisationen sollten dazu fähig sein, eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung in ihre Organisationsstruktur einzubetten, die auf der Basis empirischer Befunde zumindest folgende Merkmale beinhaltet:</p>			
<p>2.1. Mitarbeiter- bzw. gesundheitsorientierte Führung; eine rein aufgabenorientierte Führung schöpft hingegen die Möglichkeiten von gesundheitsförderlicher Mitarbeiterführung nicht aus und sollte durch mitarbeiterorientierte Führungsverhaltensweisen ergänzt werden</p>	<p>Gesundheits-, aufgaben- sowie mitarbeiterorientierte Führung</p>	<p>“My supervisor is friendly and approachable“; “My supervisor helps his foremen with their personal problems“; “My supervisor maintains definite standards of performance“; “My supervisor immediately notices when something is wrong with my health“</p>	<p>Franke et al., 2014; Schriesheim & Kerr, 1974</p>
<p>2.2. Transparente und respektvolle Kommunikation zwischen Führungskräften und Geführten</p>	<p>Kommunikatives Verhalten von Führungskräften</p>	<p>“My supervisor strikes up casual conversations with me“; “I tell my supervisor when I think things are being done wrong“</p>	<p>Huseman, Hatfield, Boulton, & Gatewood, 1980; Kim & Lee, 2009</p>
<p>2.3. Klare Vermittlung der für die einzelnen Mitarbeiter relevanten Informationen bzw. Regelungen</p>	<p>Kommunikatives Verhalten von Führungskräften</p>	<p>“My supervisor lets me know why changes are made in work assignments“; “My supervisor gives clear instructions to me“</p>	<p>Huseman et al., 1980; Kim & Lee, 2009</p>

<p>2.4. Ermunternder, Kreativität fördernder Führungsstil</p>	<p>Transformationale Führung</p>	<p>“Does your supervisor encourage thinking about problems in new ways and questions assumptions?”; “Does your supervisor encourage people to see changing environments as situations full of opportunities?”</p>	<p>Arnold, Turner, Barling, Kelloway, & McKee, 2007; Carless, Wearing, & Mann, 2000; Kanste, Kyngäs, & Nikkilä, 2007; K. Nielsen, Randall, Yarker, & Brenner, 2008; Rafferty & Griffin, 2004</p>
<p>2.5. Vorrang eines partizipativen, auf Dialog und Handlungsspielraum basierenden Führungsstils vor einem autoritären, auf Befehl und Gehorsam ausgerichteten Führungsstil</p>	<p>Mitarbeiterorientierte Führung sowie partizipative Führung</p>	<p>“My supervisor gets group approval in important matters before going ahead”; “My supervisor puts suggestions made by the group into operation”; “To what extent are you involved in the decision-making process of your company?”; „Ihr Vorgesetzter berücksichtigt Ihren Standpunkt“;</p>	<p>Benoliel & Somech, 2014; Mulki et al., 2006; Schriesheim & Kerr, 1974</p>
<p>2.6. Berücksichtigung der Gerechtigkeits-erwartungen der Geführten sowie deren Erwartungen bezüglich eines fairen Führungsverhaltens</p>	<p>Implizite Führungstheorien sowie ethische Führung</p>	<p>„Die Führungskraft verdient Vertrauen, man kann ihm/ihr glauben und seinem/ihrem Wort trauen“; “My supervisor sets an example of how to do things the right way in terms of ethics”</p>	<p>Avey, Wernsing, & Palanski, 2012; Junker, Schyns, van Dick, & Scheurer, 2011; van Quaquebeke & Brodbeck, 2008</p>
<p>2.7. Berücksichtigung sozial-emotionaler Bedürfnisse der Organisationsmitglieder wie Anerkennung, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit</p>	<p>Leader-Member Exchange Theorie</p>	<p>“How well does your leader understand your job problems and needs?”; “How well does your leader recognize your potential?”</p>	<p>Yvonne Brunetto, Farr-Wharton, & Shacklock, 2011; Graen & Uhl-Bien, 1995; Rousseau, Chiochio, Boudrias, Aubé, & Morin, 2008</p>
<p>2.8. Strikte Vermeidung bzw. Sanktionierung sämtlicher Formen destruktiver Führung</p>	<p>Destruktive Führung sowie misshandelnde Führung</p>	<p>“My supervisor ridicules me”; “My supervisor tells me my thoughts or feelings are stupid”; “My supervisor is rude to me”</p>	<p>A. Nyberg et al., 2011; Tepper, 2000; Wu & Hu, 2009</p>

8. Suchstrings zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung

8.1. PubMed (PMC)

(((((leadership OR supervisor OR middle manag* OR middle level manag* OR "su-pervisor employee interaction" OR "manager employee interaction" OR ((leader OR leadership OR supervisor OR supervisory) AND (qualities OR style OR behavior OR skills OR characteristics OR traits OR attributes OR personality OR attitude OR abu-sive OR destructive OR aggressive OR negative OR tyrannic* OR undermining OR psychopathic OR toxic OR despotic OR "laissez faire" OR passive OR narcissistic OR transformational OR transac-tional OR charismatic OR "health-specific" OR "health-domain" OR "health-oriented" OR authentic OR "ethical" OR shared OR servant OR distributed OR collective OR consensus OR "climate"))) OR "abusive supervision" OR "initiating structure" OR petty tyranny OR "leader member exchange" OR LMX OR "transformational nursing"))) AND ("eng-lish"[Language] OR "german"[Language])) AND "1980/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]) NOT ("animals"[MeSH Terms:noexp] NOT "humans"[MeSH Terms])

AND

(work[MeSH Terms] OR work*[Text Word] OR at work[Text Word] OR work-related OR working environment*[Text Word] OR work environment*[Text Word] OR work-place*[Text Word] OR work site*[Text Word] OR worksite* OR workload OR worke* OR work place*[Text Word] OR vocation[Text Word] OR vocational[Text Word] OR job*[Text Word] OR occupations[MeSH Terms] OR occupation*[Text Word] OR groups, occupation-al[MeSH Terms] OR employment OR employed OR employee* OR subordinate* OR in-dustry OR occupational diseases[MeSH Terms] OR occupa-tional exposure[MeSH Terms] OR occupational exposure*[Text Word] OR "occupational health" OR "occupational medi-cine")

AND

(("mental health"[Text Word] OR "mental health"[MeSH Terms] OR "psychological health"[Text Word] OR "well being"[Text Word] OR "wellbeing"[Text Word] OR "job related affective well being"[Text Word] OR eudaimonia[Text Word] OR "quality of life"[Text Word] OR "quality of life"[MeSH Terms] OR "quality of work life"[Text Word] OR "quality of work-ing life"[Text Word] OR "quality of worklife"[Text Word] OR "work-ability"[Text Word] OR "work ability"[Text Word] OR "working ability"[Text Word] OR "performance capability"[Text Word] OR "capability of performance"[Text Word] OR employability[Text Word] OR "evi-dence of functioning"[Text Word] OR "social functioning"[Text Word] OR "psychological functioning"[Text Word] OR "flourishing"[Text Word] OR "meaning in life"[Text Word] OR "prosperousness"[Text Word] OR "health effects" OR "health implications" OR "impairment to health" OR "health detriment" OR "health consequences" OR "health status"[MeSH Terms] OR "health status" OR "state of health" OR "health situation" OR "health disorders" OR "health hazard" OR "health risk" OR "health problem" OR "health issue" OR "danger to health" OR "benefit to health" OR "health benefit") OR ("affect"[MeSH Terms] OR "emotions"[MeSH Terms] OR "emotional state"[Text Word] OR positive emotion*[Text Word] OR positive feeling*[Text Word] OR positive affect*[Text Word] OR negative affect*[Text Word] OR negative emotion*[Text Word] OR negative feel-ing*[Text Word] OR "positivity/negativity"[Text Word] OR "affect balance"[Text Word] OR "mood"[Text Word] OR "mood/affect"[Text Word] OR "mood/affective"[Text Word] OR

"mood/affects"[Text Word] OR happiness[Text Word] OR gladness[Text Word] OR "vigilance"[Text Word] OR "vitality"[Text Word] OR "Fatigue"[MeSH Terms] OR "exhaustion"[Text Word] OR "exhausted"[Text Word] OR "nervousness"[Text Word] OR "irritation"[Text Word] OR "irritability"[Text Word] OR "anxiety"[MeSH Terms] OR frustration[MeSH Terms] OR "agitation"[Text Word] OR "hypervigilance"[Text Word] OR ruminat*[Text Word] OR cogitation[Text Word] OR "need for recovery"[Text Word] OR sleep quality[Text Word] OR ("Stress, Psychological"[MeSH Terms] OR psychologic stress*[Text Word] OR psychological stress*[Text Word] OR psychological strain*[Text Word] OR psychological distress*[Text Word] OR chronic stress*[Text Word] OR "distress"[Text Word] OR "job stress"[Text Word] OR "job tension"[Text Word] OR "job-induced tension"[Text Word] OR "job strain"[Text Word] OR "work stress"[Text Word] OR "job related strain"[Text Word] OR "job related stress"[Text Word] OR "work related stress"[Text Word] OR occupational stress*[Text Word] OR "workplace stress"[Text Word] OR organizational stress*[Text Word] OR organisational stress*[Text Word] OR "stress reaction*" [Text Word]) OR (employee* OR subordinate* OR follower*) AND (stress* OR strain OR coping))

OR

((complain* OR symptom*) AND (health OR psycholog* OR psychosomati* OR psychovegetative* OR psychophysiolog*) OR psychophysiologic disorders [MeSH Terms] OR "psychosomatic disorder" OR somatoform disorders[MeSH Terms] OR "somatoform disorders" OR headache[MeSH Terms] OR headache OR tinnitus[MeSH Terms] OR tinnitus OR "unspecific symptoms" OR "nonspecific symptoms" OR "unexplained symptoms" OR "unspecific pain" OR "nonspecific pain" OR "unexplained pain" OR "unspecific complaints" OR "nonspecific complaints" OR "unexplained complaints" OR discomfort OR chronic pain[MeSH Terms] OR "chronic pain" OR "chronic complaints")

OR

("mental disorders"[MeSH Terms] OR mental illness[Text Word] OR psychiatric disorder[Text Word] OR stress disorders[Text Word] OR stress-related disorders[Text Word] OR stressor-related disorder[Text Word] OR "Burnout, Professional"[Mesh] OR "burn out"[Text Word] OR "burnout"[Text Word] OR "burned out"[Text Word] OR "burn out syndrome"[Text Word] OR "burn out syndrome*" [Text Word] OR affective disorder, psychotic[MeSH Terms] OR affective symptoms[MeSH Terms] OR mood disorders[MeSH Terms] OR Mania* OR manic state* OR "bipolar depression" OR manic disorder*[Text Word] OR depressive disorder[MeSH Terms] OR depression[MeSH Terms] OR depressive symptom*[Text Word] OR depressive episode*[Text Word] OR dysthymic dis*[Text Word] OR major depress*[Text Word] OR "cyclothymic disorder"[Text Word] OR anxiety disorder[MeSH Terms] OR "Sub-stance-Related Disorders"[Mesh] OR addictive behavior[MeSH Terms] OR sub-stance abuse*[Text Word] OR substance addict*[Text Word] OR "Sleep Disorders"[Mesh] OR adjustment disorders[MeSH Terms] OR phobic disorders[MeSH Terms])

OR

((pain OR pain[MeSH Terms]) OR complaint) AND ("lower extremity"[MeSH Terms] or lower extremit* or "lower limb" or knee[MeSH Terms] or "knee joint"[MeSH Terms] or "knee" or "pelvis"[MeSH terms] or "neck" or "neck muscles"[MeSH Terms] or "shoulder"[MeSH Terms] or "shoulder joint"[MeSH Terms] or shoulder or "back"[MeSH Terms] or "back" or "low back" or "hip"[MeSH Terms] or hip or "el-bow"[MeSH Terms] or "elbow

joint"[MeSH Terms] or elbow or "upper extremity"[MeSH terms] or upper extremit* or "upper limb" or "arm"[MeSH Terms] or arm or "musculoskeletal system"[MeSH Terms] or "trigger points"[MeSH terms]) OR "neck pain"[MeSH Terms] or "neck pain" or "shoulder pain"[MeSH Terms] or "shoulder pain" or "low back pain"[MeSH Terms] or "low back pain" or "back pain"[MeSH Terms] or "low back pain" or "musculoskeletal disorder" or "musculoskeletal pain" or musculoskeletal pain[MeSH Terms] or "muscular pain" or "muscular disease" or "muscular diseases"[MeSH Terms] or "musculoskeletal system"[MeSH Terms] or musculoskeletal system or cumulative trauma disorder or cumulative trauma disorders[MeSH Terms] or "tennis elbow"[MeSH Terms] or "tennis elbow" or "patellofemoral pain" or "myofascial pain" or "Myofascial Pain Syndromes"[MeSH Terms] or "fibromyalgia"[MeSH Terms] or "patellofemoral pain syndrome" or "patellofemoral pain syndrome"[MeSH Terms]) OR (cardiovascular diseases OR blood pressure OR hypertension OR coronary heart disease OR coronary disease OR cerebrovascular disorders OR angina pectoris OR cardiovascular death OR heart failure OR atheroscler**))

8.2. PsycINFO, PsycARTICLES and PSYINDEX (EBSCO)

((Leadership* OR Führung* OR "Mitarbeiterführung" OR "Middle Level Managers" OR "Supervisor Employee Interaction" OR "Manager Employee Interaction" OR "Employee Supervisor Interaction" OR "Vorgesetzten-Untergebenen-Interaktion") OR ((leader* OR supervisor*) N1 (qualit* OR behavio* OR style* OR skill* OR character-istic* OR traits OR attributes OR personality OR attitude* OR abus* OR destructive OR aggressi* OR negative OR tyrannic* OR undermining OR psychopathic OR toxic OR despotic OR "laissez faire" OR passive OR narcissistic OR transform* OR trans-act* OR charisma* OR "health-specific" OR "health-domain" OR "health-oriented" OR authentic OR ethic* OR shared OR servant OR distributed OR collective OR collaborative OR consensus OR climate)) OR "consideration and initiating structure" OR "petty tyranny" OR bossing OR "leader-member-exchange" OR LMX OR "leader-following consensus" OR "leader-follower agreement" OR "leader-member agree-ment" OR "group level leader*") AND (LA German OR LA English) AND (DT 198001-201406) NOT (PO Animals)

AND

(work* OR "at work" OR work-related OR working environment* OR work environ-ment* OR workplace* OR work site* OR worksite* OR workload OR worke* OR work place* OR vocation OR vocational OR job* OR DE "Occupations" OR occupation* OR occupational group* OR DE "Employment Status" OR employment OR employed OR employee* OR subordinate* OR industry OR occupational disease* OR "occupational exposure" OR "occupational health" OR "occupational medicine" OR Arbeit* OR Beruf OR beruflich* OR berufstätig* OR erwerbstätig* OR dienstlich OR Dienstverhältnis OR Angestellte* OR Beschäftigte* OR Untergebener)

AND

("mental health" OR "psychological health" OR "mentale Gesundheit" OR "psychische Gesundheit" OR "geistige Gesundheit" OR "well being" OR wellbeing OR Wohlbefinden OR "job related affective well being" OR eudaimonia OR "quality of life" OR "quality of work life" OR "quality of working life" OR "quality of worklife" OR Lebensqualität OR "work ability" OR "working ability" OR workability OR Arbeitsfähigkeit OR "performance capability" OR "capability of performance" OR Leistungsfähigkeit OR employability OR Beschäftigungsfähigkeit OR "evidence of functioning" OR "social functioning" OR "psychological functioning" OR flourishing OR "meaning in life" OR "purpose of life" OR "mental pros-

perousness" OR prosperous-ness OR "health effects" OR "health implications" OR "impairment to health" OR "health detriment" OR "health consequences" OR "health status" OR "state of health" OR "health situation" OR "health disorders" OR "health hazard" OR "health risk" OR "health problem" OR "health issue" OR "danger to health" OR "benefit to health" OR "health benefit" OR "gesundheitliche Folgen" OR "gesundheitliche Auswirkungen" OR Gesundheitszustand OR Gesundheitsstörung OR Gesundheitsgefahr OR Gesundheitsgefährdung OR Gesundheitsrisiko OR Gesundheitsproblem OR Gesundheitsbedrohung)

OR

(DE "Emotional States" OR DE "Emotionale Zustände" OR "emotional state*" OR "emotionale Zustände" OR "positive emotion*" OR "positive feeling*" OR "positive affect*" OR "workplace emotion*" OR "negative affect*" OR "negative emotion" OR "negative feeling*" OR positivity OR "affect balance" OR mood OR moods OR "emotion expressiveness" OR "expressive emotion" OR gladness OR Freude OR happiness OR "positive Gestimmtheit" OR "mental balance" OR vitality OR Aktivierung OR vigilance OR Wachsamkeit OR sadness OR Traurigkeit OR monoton* OR DE "Boredom" OR DE "Langeweile" OR "psychologic* stress" OR "psychological stress*" OR "psychological strain*" OR "psychological distress*" OR "psychischer Stress" OR "chronic stress*" OR "chronischer Stress" OR "distress" OR "job stress" OR "job tension" OR "job-induced tension" OR "job strain" OR "work stress" OR "job related strain" OR "job related stress" OR "work related stress" OR "occupational stress*" OR "workplace stress" OR "organizational stress*" OR "organisational stress*" OR "beruflicher Stress" OR DE "Stress Reactions" OR DE "Stressreaktionen" OR ((employee* OR subordinate* OR follower*) AND (stress* OR strain OR coping)) OR fatigue OR Müdigkeit OR Mattigkeit OR "chronisches Müdigkeitssyndrom" OR lassitude OR "general tiredness" OR DE "Müdigkeit" OR DE "Schläfrigkeit" OR DE "Sleepiness" OR Schlaflosigkeit OR sleep quality OR exhaustion OR exhausted OR Erschöpfung* OR nervousness OR Nervosität OR irritation OR irritability OR Reizbarkeit OR Gereiztheit OR anxiety OR Angst OR Ängstlichkeit OR frustration OR Anstrengung OR agitation OR Anspannung OR Unruhe OR hypervigilance OR "rumination (cognitive process)" OR cogitation OR "need for recovery" OR Erholung*) OR (((complain* OR Störung OR symptom* OR Beschwerden) N1 (health OR psycholog* OR psychosomati* OR psychovegetative* OR psychophysiolog*)) OR "psychosomatic disorder" OR "somatoform disorders" OR tinnitus OR headache* OR Kopfschmerz* OR "unspecific symptoms" OR "nonspecific symptoms" OR "unexplained symptoms" OR "unspecific pain" OR "nonspecific pain" OR "unexplained pain" OR "unspecific complaints" OR "nonspecific complaints" OR "unexplained complaints" OR discomfort OR "chronic pain" OR "chronic complaints"))

OR

(DE "Mental Disorders" OR DE "Chronic Mental Illness" OR "mental illness" OR "psychi* Störung*" OR "psychiatric disorder*" OR stress disorders OR stress-related disorders OR stressor-related disorder OR burnout OR "burn out" OR "burn out syndrome*" OR "burned out" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Bipolar Disorder" OR DE "Mania" OR DE "Seasonal Affective Disorder" OR DE "Affektive Störungen" OR DE "Bipolare Störung" OR DE "Manie" OR DE "Saisonal abhängige affektive Störung" OR "affective symptom*" OR "mood disorder*" OR "manic state*" OR DE "Major Depression" OR "major depress*" OR "depression (emotion)" OR depression OR "depressive disorder" OR "depressive symptom*" OR "depressive episode" OR depressiveness OR "depressive Stimmung" OR "depressive Erkrankung" OR "depressive Störung" OR "dysthymic dis*" OR "Dysthyme

Störung*" OR "cyclothymic disorder" OR Zykllothymia OR "anxiety disorder*" OR "generalized anxiety disorder*" OR Angststörung* OR "Generalisierte Angststörung" OR "Panic Disorder" OR "Panikstörungen" OR DE "Addiction" OR DE "Sucht" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Alco-hol Abuse" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Inhalant Abuse" OR DE "Polydrug Abuse" OR DE "Drogenmissbrauch" OR DE "Alkoholmissbrauch" OR DE "Drogenabhängigkeit" OR DE "Schnüffelsucht" OR DE "Polytoxikomanie" OR "addictive behavi*" OR "substance abuse*" OR "substance addict*" OR "Alcohol Abuse" OR Alkoholismus OR Alkoholprobleme OR DE "Sleep Disorders" OR DE "Schlafstörungen" OR DE "Hypersomnia" OR DE "Insomnia" OR DE "Hypersomnie" OR DE "Schlaflosigkeit" OR DE "Adjustment Disorders" OR DE "Anpassungsstörungen" OR DE "Phobias" OR Phobie OR "phobische Störungen")

OR

((pain OR complaint) AND ("lower extremit*" OR knee OR pelvic OR neck OR shoul-der OR back OR hip OR "upper limb" OR "lower limb" OR hip OR elbow OR "upper extremit*" OR arm OR "musculoskeletal system")) OR ("neck pain" OR "shoulder pain" OR "low back pain" OR "back pain" OR DE "Rückenschmerzen" OR musculo-skeletal pain OR DE "Musculoskeletal Disorders" OR DE "Muskuloskelettale Erkrankungen" OR musculoskeletal disorders OR "muscular pain" OR DE "Muscular Disorders" OR "muscular diseases" OR DE "Muskelerkrankungen" OR "musculoskeletal system" OR "cumulative trauma disorders" OR "tennis elbow" OR "patellofemoral pain" OR "myofascial pain" OR "patellofemoral pain syndrom")) OR (cardiovascular diseases OR blood pressure OR hypertension OR coronary heart disease OR coronary disease OR cerebrovascular disorders OR angina pectoris OR cardiovascular death OR heart failure OR atheroscler*)

9. Literatur

9.1. Zitierte Literatur

- Ahlers, E. (2010). Arbeitsbedingungen von Beschäftigten in Betrieben mit ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitsformen. *WSI Mitteilungen*, 7, 350-356.
- Ahola, K., Hakonen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29-37.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 55-62.
- Amba-Rao, S. C., Petrick, J. A., Gupta, J. N. D., & Embse, T. J. V. D. (2000). Comparative performance appraisal practices and management values among foreign and domestic firms in India. *The International Journal of Human Resource Management*, 11(1), 60-89.
- Andresen, M., & Nowak, C. (Eds.). (2015). *Human Resource Management Practices*. Heidelberg: Springer.
- Arnold, K. A., Turner, N., Barling, J., Kelloway, E. K., & McKee, M. C. (2007). Transformational leadership and psychological well-being: The mediating role of meaningful work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 193-203.
- Atkins, D., Best, D., Briss, P. A., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S., . . . Zaza, S. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328(7454), 1490.
- Avey, J., Wernsing, T., & Palanski, M. (2012). Exploring the Process of Ethical Leadership: The Mediating Role of Employee Voice and Psychological Ownership. *Journal of Business Ethics*, 107(1), 21-34.
- Badura, B., Walter, U., & Hehlmann, T. (Eds.). (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik*. Berlin: Springer.
- Bakker, A., Westman, M., & van Emmerik, H. (2009). Advancements in crossover theory. *Journal of Managerial Psychology*, 24(3), 206-219.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Barling, J., Loughlin, C., & Kelloway, E. K. (2002). Development and test of a model linking safety-specific transformational leadership and occupational safety. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 488-496.
- Barsade, S. G., Ramarajan, L., & Westen, D. (2009). Implicit affect in organizations. *Research in Organizational Behavior*, 29(0), 135-162.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Bass, B. M., & Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership* (4 ed.). New York: Free Press.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2005). *Transformational leadership*. New York: Psychology Press.

- Bedeian, A. G., & Hunt, J. G. (2006). Academic amnesia and vestigial assumptions of our forefathers. *The Leadership Quarterly*, 17(2), 190-205.
- Benoliel, P., & Somech, A. (2014). The health and performance effects of participative leadership: Exploring the moderating role of the Big Five personality dimensions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(2), 277-294.
- Brown, M. E., & Treviño, L. K. (2006). Ethical leadership: A review and future directions. *The Leadership Quarterly*, 17(6), 595-616.
- Brunetto, Y., Farr-Wharton, R., & Shacklock, K. (2011). Supervisor-nurse relationships, teamwork, role ambiguity and well-being: Public versus private sector nurses. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 49(2), 143-164.
- Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2786-2799.
- Burnfield, J. L. (2005). *Concurrent and lagged effects of leadership behavior on subordinate stress and health*. Dissertation. Bowling Green State University, US. Available from EBSCOhost psych database.
- Campbell, D. J., Campbell, K. M., & Chia, H.-B. (1998). Merit pay, performance appraisal, and individual motivation: An analysis and alternative. *Human Resource Management*, 37(2), 131-146.
- Canfield, S. E., & Dahm, P. (2011). Rating the quality of evidence and the strength of recommendations using GRADE. *World Journal of Urology*, 29(3), 311-317.
- Carless, S., Wearing, A., & Mann, L. (2000). A Short Measure of Transformational Leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3), 389-405.
- Cawley, B. D., Keeping, L. M., & Levy, P. E. (1998). Participation in the performance appraisal process and employee reactions: A meta-analytic review of field investigations. *Journal of Applied Psychology*, 83(4), 615-633.
- Chen, J.-C., & Silverthorne, C. (2005). Leadership effectiveness, leadership style and employee readiness. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(3&4), 280-288.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Collinson, D. (2006). Rethinking followership: A post-structuralist analysis of follower identities. *The Leadership Quarterly*, 17(2), 179-189.
- Colquitt, J. A., Scott, B. A., Rodell, J. B., Long, D. M., Zapata, C. P., Conlon, D. E., & Wesson, M. J. (2013). Justice at the millennium, a decade later: A meta-analytic test of social exchange and affect-based perspectives. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 199-236.
- Conrad, P., & Manke, G. (2002). Management der Humanressourcen: Die Führungsinstrumente Zielvereinbarung, Leistungsbeurteilung und flexible Vergütung im Vergleich. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 56(3), 178-182.
- Contrada, R. (2010). Stress, adaptation and health. In R. Contrada & A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: biology, psychology, and health* (pp. 1-10). New York: Springer.

- Dallman, M., & Hellhammer, D. (2010). Regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis, chronic stress, and energy: the role of brain networks. In R. Contrada & A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: biology, psychology, and health* (pp. 11-36). New York: Springer.
- de Andrés, R., García-Lapresta, J. L., & González-Pachón, J. (2010). Performance appraisal based on distance function methods. *European Journal of Operational Research*, 207(3), 1599-1607.
- De Raeve, L., Jansen, N. W., van den Brandt, P. A., Vasse, R., & Kant, I. J. (2009). Interpersonal conflicts at work as a predictor of self-reported health outcomes and occupational mobility. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(1), 16-22.
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668.
- Deckers, L. (2014). *Motivation: biological, psychological, environmental*. Essex: Pearson.
- Derue, D. S., Nahrgang, J. D., Wellman, N. E. D., & Humphrey, S. E. (2011). Trait and behavioral theories of leadership: An integration and meta-analytic test of their relative validity. *Personnel Psychology*, 64(1), 7-52.
- DGUV. (2014). *Führung und psychische Gesundheit. Fachkonzept*. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV).
- Dilcher, B., & Emminghaus, C. (Eds.). (2010). *Leistungsorientierte Vergütung*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Dinh, J. E., Lord, R. G., Gardner, W. L., Meuser, J. D., Liden, R. C., & Hu, J. (2014). Leadership theory and research in the new millennium: Current theoretical trends and changing perspectives. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 36-62.
- Dorfman, P., Hanges, P., & Brodbeck, F. (2004). Leadership and cultural variation. In R. House, P. Hanges, M. Javidan, P. Dorfman & V. Gupta (Eds.), *Culture, leadership, and organizations : the GLOBE study of 62 societies* (pp. 669-719). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Drewes, G., & Runde, B. (2002). Performance appraisal. In S. Sonnentag (Ed.), *Psychological management of individual performance* (pp. 137-154). New York: Wiley.
- Drucker, P. (1961). *The practice of management*. New York: Harper.
- Drumm, H. (2008). *Personalwirtschaft*. Berlin: Springer.
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., . . . Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1007-1015.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2-3), 115-130.
- Einarsen, S., Aasland, M. S., & Skogstad, A. (2007). Destructive leadership behaviour: A definition and conceptual model. *The Leadership Quarterly*, 18(3), 207-216.
- Epitropaki, O., & Martin, R. (2005). From ideal to real: a longitudinal study of the role of implicit leadership theories on leader-member exchanges and employee outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 659-676.

- Erdogan, B. (2002). Antecedents and consequences of justice perceptions in performance appraisals. *Human Resource Management Review*, 12(4), 555-578.
- Eurofound. (2011). *Performance-related pay and employment relations in European companies*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Felfe, J. (2009). *Mitarbeiterführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fernet, C., Guay, F., Senécal, C., & Austin, S. (2012). Predicting intraindividual changes in teacher burnout: The role of perceived school environment and motivational factors. *Teaching and Teacher Education*, 28(4), 514-525.
- Fleishman, E. A., Mumford, M. D., Zaccaro, S. J., Levin, K. Y., Korotkin, A. L., & Hein, M. B. (1991). Taxonomic efforts in the description of leader behavior: A synthesis and functional interpretation. *The Leadership Quarterly*, 2(4), 245-287.
- Franke, F., Ducki, A., & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe (Ed.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (pp. 253-264). Göttingen: Hogrefe.
- 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 leadership. *Zeitschrift für Personalforschung*, 28(2), 139-161.
- Franke, F., Vincent, S., & Felfe, J. (2012). Gesundheitsbezogene Führung. In E. Bamberg (Ed.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt : ein Handbuch* (pp. S. 371-391). Göttingen: Hogrefe.
- French, J. R. P., & Raven, B. (1959). The bases of social power. In D. Cartwright (Ed.), *Studies in social power* (pp. 259-269). Ann Harbor: University of Michigan Press.
- Frey, B. S., & Jegen, R. (2001). Motivation crowding theory. *Journal of Economic Surveys*, 15(5), 589-611.
- Frey, D. (Ed.). (2004). *Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Klein-, Mittel- und Großunternehmen. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 4 der Expertenkommission "Betriebliche Gesundheitspolitik" der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung*. Gütersloh/Düsseldorf: Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung.
- Gardner, W. L., Cogliser, C. C., Davis, K. M., & Dickens, M. P. (2011). Authentic leadership: A review of the literature and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1120-1145.
- 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(2), 219-247.
- Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimmer, A., & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit - Zum Stand der Forschung [Leadership behaviour and health - current research state]. *Gesundheitswesen*, 73(1), 3-12.
- Gurt, J., Schwennen, C., & Elke, G. (2011). Health-specific leadership: Is there an association between leader consideration for the health of employees and their strain and well-being? *Work and Stress*, 25(2), 108-127.
- Halperin, W. E. (1996). The role of surveillance in the hierarchy of prevention. *American Journal of Industrial Medicine*, 29(4), 321-323.

- Harris, K., & Kacmar, M. (2005). Easing the strain: The buffer role of supervisors in the perceptions of politics–strain relationship. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(3), 337-354.
- Hentze, J., Graf, A., Kammel, A., & Lindert, K. (2005). *Personalführungslehre* (4 ed.). Bern: Haupt Verlag.
- House, R., & Javidan, M. (2004). Overview of GLOBE. In R. House, P. Hanges, M. Javidan, P. Dorfman & V. Gupta (Eds.), *Culture, leadership, and organizations : the GLOBE study of 62 societies* (pp. 9-28). Thousand Oaks: Sage Publications.
- House, R. J., & Howell, J. M. (1992). Personality and charismatic leadership. *The Leadership Quarterly*, 3(2), 81-108.
- Huseman, R. C., Hatfield, J. D., Boulton, W. R., & Gatewood, R. D. (1980). Development of a Conceptual Framework for Analyzing the Communication-Performance Relationship. *Academy of Management Proceedings*, 1980(1), 178-182.
- Jenkins, R., Meltzer, H., Jones, P., Brugha, T., Bebbington, P., Farrell, M., . . . Knapp, M. (2010). Mental health and ill-health future challenges. In C. Cooper, J. Field, U. Goswami, R. Jenkins & B. Sahakian (Eds.), *Mental capital and wellbeing* (pp. 397-458). The Atrium: Wiley-Blackwell.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360.
- Jermier, J. M. (1993). Introduction—Charismatic leadership: Neo-Weberian perspectives. *The Leadership Quarterly*, 4(3–4), 217-233.
- 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(1), 36-51.
- Junker, N. M., Schyns, B., van Dick, R., & Scheurer, S. (2011). Die Bedeutung der Führungskräfte-Kategorisierung für Commitment, Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden unter Berücksichtigung der Geschlechterrollentheorie. [The importance of leader categorization for commitment, job satisfaction, and well-being with particular consideration of gender role theory]. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 55(4), 171-179.
- Junker, N. M., & van Dick, R. (2014). Implicit theories in organizational settings: A systematic review and research agenda of implicit leadership and followership theories. *The Leadership Quarterly*, 25(6), 1154-1173.
- Kanste, O., Kyngäs, H., & Nikkilä, J. (2007). The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 731-739.
- Katz, D., & Kahn, R. (1967). *The social psychology of organizations*. New York: John Wiley.
- Kelloway, E. K., & Barling, J. (2010). Leadership development as an intervention in occupational health psychology. *Work and Stress*, 24(3), 260-279.
- Kim, H., & Lee, S. Y. (2009). Supervisory communication, burnout, and turnover intention among social workers in health care settings. *Social Work in Health Care*, 48(4), 364-385.

- Kratzer, N., & Dunkel, W. (2012). Neue Steuerungsformen bei Dienstleistungsarbeit - Folgen für Arbeit und Gesundheit. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, G. Junghans & M. Morschhäuser (Eds.), *Immer schneller, immer mehr. Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit* (pp. 41-62). Wiesbaden: Springer.
- Krauth, C., Jensen, S., Wolf, S., & Amelung, V. (2013). Vergütungssysteme und Wettbewerb im Gesundheitssystem. *Public Health Forum*, 21(4), 9.e1-9.e3.
- Kuhnert, K. W., & Lewis, P. (1987). Transactional and transformational leadership: A constructive/developmental analysis. *Academy of Management Review*, 12(4), 648-657.
- Kuner, M. (2013). *Leistungsorientierte Bezahlung im öffentlichen Dienst*. München: Beck.
- Kuvaas, B. (2006). Performance appraisal satisfaction and employee outcomes: Mediating and moderating roles of work motivation. *International Journal of Human Resource Management*, 17(3), 504-522.
- Lamontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A., & Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13(3), 268-280.
- Latham, G. P., Almost, J., Mann, S., & Moore, C. (2005). New Developments in Performance Management. *Organizational Dynamics*, 34(1), 77-87.
- Linna, A., Elovainio, M., van den Bos, K., Kivimäki, M., Pentti, J., & Vahtera, J. (2012). Can usefulness of performance appraisal interviews change organizational justice perceptions? A 4-year longitudinal study among public sector employees. *International Journal of Human Resource Management*, 23(7), 1360-1375.
- Litschen, K., Kratz, F., Weiß, J., & Zempel, C. (2006). *Leistungsorientierte Bezahlung im öffentlichen Dienst*. Heidelberg: Rehm.
- Lord, R. G., & Maher, K. (1993). *Leadership and information processing: linking perceptions and performance*. London: Routledge.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Matiaske, W., & Weller, I. (2008). Leistungsorientierte Vergütung im öffentlichen Sektor. Ein Test der Motivationsverdrängungsthese. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 78(1), 35-60.
- McCausland, W. D., Pouliakas, K., & Theodossiou, I. (2005). Some are punished and some are rewarded: A study of the impact of performance pay on job satisfaction. *International Journal of Manpower*, 26(7-8), 636-659.
- McDowell, I. (2010). Measures of self-perceived well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 69-79.
- Mintzberg, H. (1973). *The nature of managerial work*. New York: Harper & Row.
- Mulki, J. P., Jaramillo, F., & Locander, W. B. (2006). Emotional exhaustion and organizational deviance: Can the right job and a leader's style make a difference? *Journal of Business Research*, 59(12), 1222-1230.
- Murphy, K., & Cleveland, J. (1991). *Performance appraisal: An organizational perspective*. Boston: Allyn and Bacon.

- Ndjaboue, R., Brisson, C., & Vezina, M. (2012). Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 69(10), 694-700.
- Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J., & Brenner, S.-O. (2008). The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. *Work and Stress*, 22(1), 16-32.
- Nielsen, M. B., Skogstad, A., Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2016). The importance of a multidimensional and temporal design in research on leadership and workplace safety. *The Leadership Quarterly*, 27(1), 142-155.
- Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J., & Kivimaki, M. (2009). Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(1), 51-55.
- Nyberg, A., Holmberg, I., Bernin, P., Alderling, M., Akerblom, S., Widerszal-Bazyl, M., . . . Theorell, T. (2011). Destructive managerial leadership and psychological well-being among employees in Swedish, Polish, and Italian hotels. *Work*, 39(3), 267-281.
- Owens, S. A. (2014). *The relationship between elementary school teachers' perceptions of principals' leadership effectiveness and teacher burnout*. (74), ProQuest Information & Learning, US. Available from EBSCOhost psych database.
- Rafferty, A. E., & Griffin, M. A. (2004). Dimensions of transformational leadership: Conceptual and empirical extensions. *The Leadership Quarterly*, 15(3), 329-354.
- Rajah, R., Song, Z., & Arvey, R. D. (2011). Emotionality and leadership: Taking stock of the past decade of research. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1107-1119.
- Revelle, W., & Zinbarg, R. (2009). Coefficients Alpha, Beta, Omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1), 145-154.
- Rigotti, T., Emmerich, A., & Holstad, T. J. (2015). Zukünftige Forschung zum Zusammenhang von Führung und Gesundheit. In J. Felfe (Ed.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (pp. 265-276). Göttingen: Hogrefe.
- Rigotti, T., Holstad, T., Mohr, G., Stempel, C., Hansen, E., Loeb, C., . . . Perko, K. (2014). *Rewarding and sustainable health-promoting leadership*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA.
- Rousseau, V., Chiochio, F., Boudrias, J.-S., Aubé, C., & Morin, E. M. (2008). Social interactions at work and psychological health: The role of leader-member exchange and work group integration. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(7), 1755-1777.
- Rowold, J. (2013). *Human Resource Management*. Berlin: Springer.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6).
- Schriesheim, C., & Kerr, S. (1974). Psychometric properties of the Ohio State leadership scales. *Psychological Bulletin*, 81(11), 756-765.
- 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(1), 138-158.
- Singer, S. (2010). Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In A. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Eds.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (pp. 25-48). Wiesbaden: Gabler Verlag.

- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work and Stress*, 24(2), 107-139.
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18(8), 503-515.
- Snape, E., Thompson, D., Yan, F. K.-C., & Redman, T. (1998). Performance appraisal and culture: practice and attitudes in Hong Kong and Great Britain. *The International Journal of Human Resource Management*, 9(5), 841-861.
- Sparr, J. L., & Sonnentag, S. (2008). Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 17(2), 198-225.
- Stewart, R. (1982). *Choices for the manager: a guide to managerial work and behaviour*. London: McGraw-Hill.
- Stordeur, S., D'Hoore, W., & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 533-542.
- Szklo, M., & Nieto, J. (2007). *Epidemiology: beyond the basics*. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Tepper, B. J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal*, 43(2), 178.
- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C., & Aarstrand, D. (2010). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 789-797.
- Theorell, T., Nyberg, A., Leineweber, C., Hanson, L. L. M., Oxenstierna, G., & Westerlund, H. (2012). Non-listening and self centered leadership—Relationships to socioeconomic conditions and employee mental health. *PloS One*, 7(9).
- Thierry, H. (1987). Payment by Results Systems: A Review of Research 1945–1985. *Applied Psychology*, 36(1), 91-108.
- Thierry, H. (2002). Enhancing performance through pay and reward systems. In S. Sonnentag (Ed.), *Psychological management of individual performance* (pp. 325-348). New York: Wiley.
- Tölle, R., & Windgassen, K. (2009). *Psychiatrie* (15 ed.). Heidelberg: Springer.
- Uhl-Bien, M., Riggio, R. E., Lowe, K. B., & Carsten, M. K. (2014). Followership theory: A review and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 83-104.
- Vaillant, G. E. (2003). Mental health. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384.
- Valle, M., & Davis, K. (1999). Teams and performance appraisal. *Team Performance Management: An International Journal*, 5(8), 238-244.
- van Dierendonck, D., Haynes, C., Borrill, C., & Stride, C. (2004). Leadership behavior and subordinate well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(2), 165-175.
- van Quaquebeke, N., & Brodbeck, F. (2008). Entwicklung und erste Validierung zweier Instrumente zur Erfassung von Führungskräfte-Kategorisierung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 52(2), 70-80.

- Viechtbauer, W. (2005). Bias and efficiency of meta-analytic variance estimators in the random-effects model. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 30(3), 261-293.
- Vincent, S. (2012). Analyseinstrument für gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: eine Validierungsstudie. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 66(1), 38-57.
- von Bertalanffy, L. (1988). *General system theory* (10 ed.). New York: Braziller.
- WHO. (2001). *Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report 2001*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002). *Towards a common language for Functioning, Disability and Health. ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2013). *How to use the ICF. A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health ICF*. Geneva: World Health Organization.
- Wickel-Kirsch, S., Janusch, M., & Knorr, E. (2008). *Personalwirtschaft*. Wiesbaden: Gabler.
- Wilson, F. (2002). Dilemmas of Appraisal. *European Management Journal*, 20(6), 620-629.
- Wu, T.-Y., & Hu, C. (2009). Abusive supervision and employee emotional exhaustion: Dispositional antecedents and boundaries. *Group & Organization Management*, 34(2), 143-169.
- Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *The Leadership Quarterly*, 10(2), 285-305.
- Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations*. Essex: Pearson.

9.2. Literatur zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung

- Alimo-Metcalfe, B., J. Alban-Metcalfe, M. Bradley, J. Mariathan, C. Samele. 2008. The impact of engaging leadership on performance, attitudes to work and wellbeing at work: a longitudinal study. *J Health Organ Manag* 22/6: 586-598.
- Andrews, M. C., K. M. Kacmar, C. Kacmar. 2013. The interactive effects of behavioral integrity and procedural justice on employee job tension. *Journal of Business Ethics*.
- Arnold, K. A., N. Turner, J. Barling, E. K. Kelloway, M. C. McKee. 2007. Transformational leadership and psychological well-being: The mediating role of meaningful work. *Journal of Occupational Health Psychology* 12/3: 193-203.
- Avey, J. B., B. J. Avolio, F. Luthans. 2011. Experimentally analyzing the impact of leader positivity on follower positivity and performance. *The Leadership Quarterly* 22/2: 282-294.
- Avey, J. B., T. S. Wernsing, M. E. Palanski. 2012. Exploring the process of ethical leadership: The mediating role of employee voice and psychological ownership. *Journal of Business Ethics* 107/1: 21-34.
- Avey, J. B., L. W. Hughes, S. M. Norman, K. W. Luthans. 2008. Using positivity, transformational leadership and empowerment to combat employee negativity. *Leadership & Organization Development Journal* 29/2: 110-126.

- Baeza, A. H., C. A. Lao, J. G. Meneses, V. G. Roma. 2009. Leader charisma and affective team climate: The moderating role of the leader's influence and interaction. *Psicothema* 21/4: 515-520.
- Ballard, J. K. 2013. *Call center turnover: A study of the relationships between leadership style, burnout, engagement and intention to quit*. ProQuest Information & Learning.
- Bamberger, P. A., S. B. Bacharach. 2006. Abusive supervision and subordinate problem drinking: Taking resistance, stress and subordinate personality into account. *Human Relations* 59/6: 723-752.
- Bartsch, N. 2011. *Belastungs- und Führungserleben im Polizeidienst: Einschätzung durch Vorgesetzte und Mitarbeiter sowie Zusammenhang mit Führungskräfte trainings*. Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Benoliel, P., A. Somech. 2014. The health and performance effects of participative leadership: Exploring the moderating role of the big five personality dimensions. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 23/2: 277-294.
- Bobbio, A., M. Bellan, A. M. Manganelli. 2012. Empowering leadership, perceived organizational support, trust, and job burnout for nurses: a study in an Italian general hospital. *Health Care Manage Rev* 37/1: 77-87.
- Bono, J. E., H. J. Foldes, G. Vinson, J. P. Muros. 2007. Workplace emotions: The role of supervision and leadership. *Journal of Applied Psychology* 92/5: 1.357-1.367.
- Borritz, M., U. Bültmann, R. Rugulies, K. B. Christensen, E. Villadsen, T. S. Kristensen. 2005. Psychosocial Work Characteristics as Predictors for Burnout: Findings From 3-Year Follow Up of the PUMA Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47/10: 1.015-1.025.
- Bowers, L., H. Nijman, A. Simpson, J. Jones. 2011. The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46/2: 143-148.
- Bowles, S., H. Ursin, J. Picano. 2000. Aircrew perceived stress: examining crew performance, crew position and captains personality. *Aviat Space Environ Med* 71/11: 1.093-1.097.
- Breaux, D. M., B. J. Tepper, J. C. Carr, R. G. Folger. 2010. An attributional analysis of employees' responses to abusive supervision. In: *The 'dark' side of management*. Herausgegeben von L. L. Neider, C. A. Schriesheim. Charlotte, NC, US: IAP Information Age Publishing. 69-92.
- Breaux, D. M., P. L. Perrewé, A. T. Hall, D. D. Frink, W. A. Hochwarter. 2008. Time to try a little tenderness? The detrimental effects of accountability when coupled with abusive supervision. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 15/2: 111-122.
- Britt, T. W., J. M. Dickinson, D. Moore, C. A. Castro, A. B. Adler. 2007. Correlates and consequences of morale versus depression under stressful conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 12/1: 34-47.
- Broome, K. M., D. K. Knight, J. R. Edwards, P. M. Flynn. 2009. Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 37/2: 160-170.
- Brouer, R., K. Harris. 2007. Dispositional and situational moderators of the relationship between leader-member exchange and work tension. *Journal of Applied Social Psychology* 37/7: 1418-1441.

- Browne, T. et al. 2008. How do experiences in Iraq affect alcohol use among male UK armed forces personnel? *Occup Environ Med* 65/9: 628-633.
- Brücker, H.,. 2009. Aspekte des Führungsverhaltens und gesundheitliches Wohlbefinden im sozialen Dienstleistungsbereich. *Ergebnisse empirischer Untersuchungen in Krankenhäusern*.
- Brunetto, Y., R. Farr-Wharton, K. Shacklock. 2011. Supervisor-nurse relationships, teamwork, role ambiguity and well-being: Public versus private sector nurses. *Asia Pacific Journal of Human Resources* 49/2: 143-164.
- Brunetto, Y., A. Shriberg, R. Farr-Wharton, K. Shacklock, S. Newman, J. Dienger. 2013. The importance of supervisor-nurse relationships, teamwork, wellbeing, affective commitment and retention of North American nurses. *J Nurs Manag* 21/6: 827-837.
- Brunetto, Y. et al. 2013. The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *J Adv Nurs* 69/12: 2.786-2.799.
- Buddeberg-Fischer, B., R. Klaghofer, C. Buddeberg. 2005. Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 51/2: 163-178.
- Burnfield, J. L. 2005. *Concurrent and lagged effects of leadership behavior on subordinate stress and health*. ProQuest Information & Learning.
- Butzmann, B. 2011. *Eignungs- und kompetenzspezifische Bedingungen und Erfolgsindikatoren von Führung durch Selbstführung*. Dissertation. Universität Koblenz-Landau.
- Byrne, A., J. Barling, K. E. Dupré. 2014. Leader apologies and employee and leader well-being. *Journal of Business Ethics* 121/1: 91-106.
- Chang, C.-H., B. J. Lyons. 2012. Not all aggressions are created equal: A multifoci approach to workplace aggression. *Journal of Occupational Health Psychology* 17/1: 79-92.
- Chen, J.-C., C. Silverthorne. 2005. Leadership effectiveness, leadership style and employee readiness. *Leadership & Organization Development Journal* 26/3&4: 280-288.
- Chen, H.-Y., H. S.-R. Kao. 2009. Chinese paternalistic leadership and non-Chinese subordinates' psychological health. *The International Journal of Human Resource Management* 20/12: 2.533-2.546.
- Chen, N. Y. F., D. Tjosvold. 2013. Inside the leader relationship: Constructive controversy for team effectiveness in China. *Journal of Applied Social Psychology* 43/9: 1.827-1.837.
- Chen, C.-Y., C.-H. V. Chen, C.-I. Li. 2013. The influence of leader's spiritual values of servant leadership on employee motivational autonomy and eudaemonic well-being. *Journal of Religion and Health* 52/2: 418-438.
- Chi, S.-C. S., S.-G. Liang. 2013. When do subordinates' emotion-regulation strategies matter? Abusive supervision, subordinates' emotional exhaustion, and work withdrawal. *The Leadership Quarterly* 24/1: 125-137.
- Christensen, J. O., S. Knardahl. 2010. Work and neck pain: A prospective study of psychological, social, and mechanical risk factors. *Pain* 151/1: 162-173.
- Christensen, J. O., S. Knardahl. 2012. Work and back pain: A prospective study of psychological, social and mechanical predictors of back pain severity. *European Journal of Pain* 16/6: 921-933.

- Christensen, J. O., S. Knardahl. 2014. Time-course of occupational psychological and social factors as predictors of new-onset and persistent neck pain: A three-wave prospective study over 4 years. *Pain* 155/7: 1.262-1.271.
- Chughtai, A., M. Byrne, B. Flood. 2014. Linking ethical leadership to employee well-being: The role of trust in supervisor. *Journal of Business Ethics*.
- Cole, M. S., A. G. Bedeian. 2007. Leadership consensus as a cross-level contextual moderator of the emotional exhaustion-work commitment relationship. *The Leadership Quarterly* 18/5: 447-462.
- Corrigan, P. W., S. Diwan, J. Campion, F. Rashid. 2002. Transformational leadership and the mental health team. *Adm Policy Ment Health* 30/2: 97-108.
- Cummings, G., L. Hayduk, C. Estabrooks. 2005. Mitigating the Impact of Hospital Restructuring on Nurses: The Responsibility of Emotionally Intelligent Leadership. *Nursing Research* 54/1: 2-12.
- Daenzer, B. E. 2009. *Quantitative correlation of leadership styles and job stress in a Midwest United States auto company*. ProQuest Information & Learning.
- De Hoogh, A. H. B., D. N. Den Hartog. 2009. Neuroticism and locus of control as moderators of the relationships of charismatic and autocratic leadership with burnout. *Journal of Applied Psychology* 94/4: 1.058-1.067.
- De Raeve, L., N. W. Jansen, P. A. van den Brandt, R. Vasse, I. J. Kant. 2009. Interpersonal conflicts at work as a predictor of self-reported health outcomes and occupational mobility. *Occup Environ Med* 66/1: 16-22.
- Densten, I. L. 2005. The Relationship Between Visioning Behaviours of Leaders and Follower Burnout. *British Journal of Management* 16/2: 105-118.
- Derayeh, M. 2009. *Why and when workplace interactions can go wrong: Multilevel mediation and moderation of workplace social stressor-strain relations*. ProQuest Information & Learning.
- Dhaliwal, H. S. 2008. *Managing customer-contact service employees by implementing transformational leadership*. ProQuest Information & Learning.
- Eatough, E. M., J. D. Way, C.-H. Chang. 2012. Understanding the link between psychosocial work stressors and work-related musculoskeletal complaints. *Applied Ergonomics* 43/3: 554-563.
- Edwards, D. et al. 2006. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *J Clin Nurs* 15/8: 1.007-1.015.
- Elangovan, A. R., J. L. Xie. 2000. Effects of perceived power of supervisor on subordinate work attitudes. *Leadership & Organization Development Journal* 21/6: 319-328.
- Epitropaki, O., R. Martin. 2005. From Ideal to Real: A Longitudinal Study of the Role of Implicit Leadership Theories on Leader-Member Exchanges and Employee Outcomes. *Journal of Applied Psychology* 90/4: 659-676.
- Falco, A., D. Girardi, G. Marcuzzo, A. De Carlo, G. B. Bartolucci. 2013. Work stress and negative affectivity: a multi-method study. *Occup Med (Lond)* 63/5: 341-347.
- Feldt, T., U. Kinnunen, S. Maunao. 2000. A mediational model of sense of coherence in the work context: A one-year follow-up study. *Journal of Organizational Behavior* 21/4: 461-476.

- Felfe, J., B. Schyns. 2004. Is similarity in leadership related to organizational outcomes? The case of transformational leadership. *Journal of Leadership and Organizational Studies* 10/4: 92-102.
- Fernet, C., F. Guay, C. Senécal, S. Austin. 2012. Predicting intraindividual changes in teacher burnout: The role of perceived school environment and motivational factors. *Teaching and Teacher Education* 28/4: 514-525.
- Fish, T. 2008. *Burnout of direct care staff and leadership practices in residential treatment centers for children and adolescents*. ProQuest Information & Learning.
- Fjell, Y., M. Osterberg, K. Alexanderson, L. Karlqvist, C. Bildt. 2007. Appraised leadership styles, psychosocial work factors, and musculoskeletal pain among public employees. *Int Arch Occup Environ Health* 81/1: 19-30.
- Franke, F., J. Felfe. 2011. How does transformational leadership impact employees' psychological strain? Examining differentiated effects and the moderating role of affective organizational commitment. *Leadership* 7/3: 295-316.
- Gates, S. M. 2009. *The relationship between supervisor leadership qualities and home-based clinician burnout*. ProQuest Information & Learning.
- Gellis, Z. D. 2000. *The relationship between leadership style and coping style on job stress and job satisfaction among social workers in health care*. ProQuest Information & Learning.
- Gilbreath, B., P. G. Benson. 2004. The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. *Work & Stress* 18/3: 255-266.
- Glasø, L., S. Einarsen. 2006. Experienced affects in leader-subordinate relationships. *Scandinavian Journal of Management* 22/1: 49-73.
- Glasø, L., S. Einarsen. 2008. Emotion regulation in leader-follower relationships. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 17/4: 482-500.
- Göpfert, A.-L. 2013. *Wie beeinflusst die Führungskraft die Mitarbeitergesundheit? Ein integrativer Ansatz zur Identifikation der Einflusswege von Führung auf die psychische Gesundheit und der Bedeutung des Führungskontextes*.
- Graves, L. M., M. M. Luciano. 2013. Self-determination at work: Understanding the role of leader-member exchange. *Motivation and Emotion* 37/3: 518-536.
- Green, A. E., E. A. Miller, G. A. Aarons. 2013. Transformational leadership moderates the relationship between emotional exhaustion and turnover intention among community mental health providers. *Community Mental Health Journal* 49/4: 373-379.
- Green, A. E., B. J. Albanese, N. M. Shapiro, G. A. Aarons. 2014. The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services* 11/1: 41-49.
- Grimm, C. 2011. *Leadership, empowerment, and burnout in female team-sport athletes*. ProQuest Information & Learning.
- Grzywacz, J. G. et al. 2007. The organization of work: implications for injury and illness among immigrant Latino poultry-processing workers. *Arch Environ Occup Health* 62/1: 19-26.
- Gurt, J., G. Elke. 2010. Health promotion leadership: The mediating role of an organizational health culture. *Work site health promotion. 10 years of research and consultancy*: 27-35.

- Gurt, J., C. Schwennen, G. Elke. 2011. Health-specific leadership: Is there an association between leader consideration for the health of employees and their strain and well-being? *Work & Stress* 25/2: 108-127.
- Haferburg, M. 2007. *Selbstwirksamkeitserwartungen als Moderatoren und Mediatoren des beruflichen Stressgeschehens*. Studien zur Stressforschung, Band 23. Hamburg: Kovac.
- Harris, K. J., K. M. Kacmar. 2005. Easing the strain: The buffer role of supervisors in the perceptions of politics-strain relationship. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 78/3: 337-354.
- Harris, K. J., K. M. Kacmar. 2006. Too much of a good thing: The curvilinear effect of leader-member exchange on stress. *The Journal of Social Psychology* 146/1: 65-84.
- Harris, K. J., A. Lambert, R. B. Harris. 2013. HRM effectiveness as a moderator of the relationships between abusive supervision and technology work overload and job outcomes for technology end users. *Journal of Applied Social Psychology* 43/8: 1686-1695.
- Hepperlen, T. M. 2003. *Leader-member exchange (LMX) or fulfillment? The role of basic psychological needs in LMX relationships*. ProQuest Information & Learning.
- Hetland, H., G. M. Sandal, T. B. Johnsen. 2007. Burnout in the information technology sector: Does leadership matter? *European Journal of Work and Organizational Psychology* 16/1: 58-75.
- Holstad, T. J., T. Rigotti, K. Otto. 2013. Prozedurale Fairness als Mediator zwischen transformationaler Führung und psychischer Beanspruchung am Arbeitsplatz. Eine Mehrebenenstudie. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 57/4: 163-176.
- Hooper, D. T., R. Martin. 2008. Beyond personal Leader-Member Exchange (LMX) quality: The effects of perceived LMX variability on employee reactions. *The Leadership Quarterly* 19/1: 20-30.
- Hu, H.-H. 2012. The influence of employee emotional intelligence on coping with supervisor abuse in a banking context. *Social Behavior and Personality* 40/5: 863-874.
- Huang, X., S. C. H. Chan, W. Lam, X. Nan. 2010. The joint effect of leader-member exchange and emotional intelligence on burnout and work performance in call centers in china. *The International Journal of Human Resource Management* 21/7: 1.124-1.144.
- Huo, Y., W. Lam, Z. Chen. 2012. Am I the only one this supervisor is laughing at? Effects of aggressive humor on employee strain and addictive behaviors. *Personnel Psychology* 65/4: 859-885.
- Hyrkas, K. 2005. Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues Ment Health Nurs* 26/5: 531-556.
- Hyrkas, K., K. Appelqvist-Schmidlechner, R. Haataja. 2006. Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *J Adv Nurs* 55/4: 521-535.
- Iserloh, B., R. Otte. 2011. Der Einfluss von Arbeitsbelastungen und sozialen Ressourcen auf die Gesundheit. In: *Empirische Ergebnisse und Zukunftsaspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Herausgegeben von M. Kastner, R. Otte. Lengerich: Pabst. 218-255.

- Jacobs, C. et al. 2013. The influence of transformational leadership on employee well-being: Results from a survey of companies in the information and communication technology sector in Germany. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 55/7: 772-778.
- Jensen, S. M., F. Luthans. 2006. Entrepreneurs as authentic leaders: Impact on employees' attitudes. *Leadership & Organization Development Journal* 27/8: 646-666.
- Johnson, S. K. 2008. I second that emotion: Effects of emotional contagion and affect at work on leader and follower outcomes. *The Leadership Quarterly* 19/1: 1-19.
- Johnston, P. J. 2013. *Transformational leadership and employee well-being: A longitudinal two-study investigation*. ProQuest Information & Learning.
- Junker, N. M., B. Schyns, R. van Dick, S. Scheurer. 2011. Die Bedeutung der Führungskräfte-Kategorisierung für Commitment, Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden unter Berücksichtigung der Geschlechterrollentheorie. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 55/4: 171-179.
- Kafetsios, K., J. B. Nezlek, A. Vassiou. 2011. A multilevel analysis of relationships between leaders' and subordinates' emotional intelligence and emotional outcomes. *Journal of Applied Social Psychology* 41/5: 1121-1144.
- Kanste, O., H. Kyngäs, J. Nikkilä. 2007. The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. *Journal of Nursing Management* 15/7: 731-739.
- Kara, D., M. Uysal, M. J. Sirgy, G. Lee. 2013. The effects of leadership style on employee well-being in hospitality. *International Journal of Hospitality Management* 34: 9-18.
- Kelloway, E. K., N. Turner, J. Barling, C. Loughlin. 2012. Transformational leadership and employee psychological well-being: The mediating role of employee trust in leadership. *Work & Stress* 26/1: 39-55.
- Kim, H., S. Y. Lee. 2009. Supervisory communication, burnout, and turnover intention among social workers in health care settings. *Social Work in Health Care* 48/4: 364-385.
- Korek, S., T. Rigotti. 2012. Aufstiegsförderliche Führung - gut für den Aufstieg, schlecht für die Gesundheit? *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 43/3: 209-224.
- Krishnan, V. R. 2012. Transformational leadership and personal outcomes: Empowerment as mediator. *Leadership & Organization Development Journal* 33/6: 550-563.
- Laschinger, H. K. S., J. Finegan, P. Wilk. 2011. Situational and dispositional influences on nurses' workplace well-being: The role of empowering unit leadership. *Nursing Research* 60/2: 124-131.
- Laschinger, H. K. S., C. A. Wong, A. L. Grau. 2012. The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 49/10: 1.266-1.276.
- Laschinger, H. K. S., C. A. Wong, A. L. Grau. 2013. Authentic leadership, empowerment and burnout: A comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of Nursing Management* 21/3: 541-552.
- Laukamp, L. H. 2008. *Good, better, best! Führungsstile und wirtschaftliche Leistung*. Dissertation. Westfälische Wilhlems-Universität zu Münster.

- Laux, A. 2011. *Schulleitung im Mittelpunkt schulischer Gesundheit: Eine Studie zu der Gesundheit schulischer Führungskräfte und ihrer Rolle für die Lehrgesundheit*. Dissertation. Universität Postdam.
- Lawrence, E. R., K. M. Kacmar. 2012. Leader-member exchange and stress: The mediating role of job involvement and role conflict. *Journal of Behavioral and Applied Management* 14/1: 39-52.
- Leary, T. G., R. Green, K. Denson, G. Schoenfeld, T. Henley, H. Langford. 2013. The relationship among dysfunctional leadership dispositions, employee engagement, job satisfaction, and burnout. *The Psychologist-Manager Journal* 16/2: 112-130.
- Lee, K. E. 2011. Moderating effects of leader-member exchange (LMX) on job burnout in dietitians and chefs of institutional foodservice. *Nutr Res Pract* 5/1: 80-87.
- Lewis, S. J. 2004. *A multi-level, longitudinal study of the strain-reducing effects of group efficacy, group cohesion, and leader behaviors on military personnel performing peacekeeping operations*. ProQuest Information & Learning.
- Li, Y., J. Xu, Y. Tu, X. Lu. 2013. Ethical leadership and subordinates' occupational well-being: A multi-level examination in china. *Social Indicators Research*.
- Lin, W., L. Wang, S. Chen. 2013. Abusive supervision and employee well-being: The moderating effect of power distance orientation. *Applied Psychology: An International Review* 62/2: 308-329.
- Liu, Y. 2013. *Linking authentic leadership to positive employee health, behavioral engagement, and job performance*. ProQuest Information & Learning.
- Liu, J., O.-L. Siu, K. Shi. 2010. Transformational leadership and employee well-being: The mediating role of trust in the leader and self-efficacy. *Applied Psychology: An International Review* 59/3: 454-479.
- Liu, C., P. E. Spector, Y. Liu, L. Shi. 2011. The interaction of job autonomy and conflict with supervisor in China and the United States: A qualitative and quantitative comparison. *International Journal of Stress Management* 18/3: 222-245.
- Lohela, M., C. Björklund, E. Vingård, J. Hagberg, I. Jensen. 2009. Does a change in psychosocial work factors lead to a change in employee health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 51/2: 195-203.
- Mackey, J. D., B. P. Ellen, III, W. A. Hochwarter, G. R. Ferris. 2013. Subordinate social adaptability and the consequences of abusive supervision perceptions in two samples. *The Leadership Quarterly* 24/5: 732-746.
- Madathil, R., N. C. Heck, D. Schuldberg. 2014. Burnout in psychiatric nursing: Examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing* 28/3: 160-166.
- Madsen, I. E. et al. 2014. Does good leadership buffer effects of high emotional demands at work on risk of antidepressant treatment? A prospective study from two Nordic countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
- Martin, R., O. Epitropaki. 2001. Role of organizational identification on implicit leadership theories (ILTs), transformational leadership and work attitudes. *Group Processes & Intergroup Relations* 4/3: 247-262.
- Martin, R., G. Thomas, K. Charles, O. Epitropaki, R. McNamara. 2005. The role of leader-member exchanges in mediating the relationship between locus of control and work reactions. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 78/1: 141-147.

- Mathieu, C., C. S. Neumann, R. D. Hare, P. Babiak. 2014. A dark side of leadership: Corporate psychopathy and its influence on employee well-being and job satisfaction. *Personality and Individual Differences* 59: 83-88.
- Maunz, S. 2006. Wenn Menschen, die führen, sich erschöpfen - Management-Burnout im Gesundheitswesen und seine Folgen. *Psychologie in Österreich* 26/2: 110-115.
- McColl-Kennedy, J. R., R. D. Anderson. 2005. Subordinate-manager gender combination and perceived leadership style influence on emotions, self-esteem and organizational commitment. *Journal of Business Research* 58/2: 115-125.
- McKee, M. C., C. Driscoll, E. K. Kelloway, E. Kelley. 2011. Exploring linkages among transformational leadership, workplace spirituality and well-being in health care workers. *Journal of Management, Spirituality & Religion* 8/3: 233-255.
- McMurray, A. J., A. Pirola-Merlo, J. C. Sarros, M. M. Islam. 2010. Leadership, climate, psychological capital, commitment, and wellbeing in a non-profit organization. *Leadership & Organization Development Journal* 31/5: 436-457.
- Meliá, J. L., M. Becerril. 2007. Psychosocial sources of stress and burnout in the construction sector: A structural equation model. *Psicothema* 19/4: 679-686.
- Michela, J. L. 2007. Understanding employees' reactions to supervisors' influence behaviors: A community sample predicting employee commitment, turnover, and stress. *International Journal of Organizational Analysis* 15/4: 322-340.
- Moideenkutty, U., G. Blau, A. Al-Mandhari. 2008. Quality of Relationship with Supervisor and Work Exhaustion among Nurses. *Sultan Qaboos Univ Med J* 8/3: 275-282.
- Moliner, C., V. Martínez-Tur, J. M. Peiró, J. Ramos, R. Cropanzano. 2013. Perceived reciprocity and well-being at work in non-professional employees: Fairness or self-interest? *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 29/1: 31-39.
- Muhonen, T., S. Jönsson, L. Denti, K. Chen. 2013. Social climate as a mediator between leadership behavior and employee well-being in a cross-cultural perspective. *Journal of Management Development* 32/10: 1.040-1.055.
- Mulki, J. P., F. Jaramillo, W. B. Locander. 2006. Emotional exhaustion and organizational deviance: Can the right job and a leader's style make a difference? *Journal of Business Research* 59/12: 1.222-1.230.
- Müller, G. F. et al. 2013. Super-leadership and work enjoyment: Direct and moderated influences. *Psychological Reports* 113/3: 804-821.
- Munir, F., K. Nielsen. 2009. Does self-efficacy mediate the relationship between transformational leadership behaviours and healthcare workers' sleep quality? A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 65/9: 1833-1843.
- Munir, F., K. Nielsen, I. G. Carneiro. 2010. Transformational leadership and depressive symptoms: A prospective study. *Journal of Affective Disorders* 120/1-3: 235-239.
- Munir, F., K. Nielsen, A. H. Garde, K. Albertsen, I. G. Carneiro. 2012. Mediating the effects of work-life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management* 20/4: 512-521.
- Nielsen, K., F. Munir. 2009. How do transformational leaders influence followers' affective well-being? Exploring the mediating role of self-efficacy. *Work & Stress* 23/4: 313-329.

- Nielsen, K., K. Daniels. 2012. Does shared and differentiated transformational leadership predict followers' working conditions and well-being? *The Leadership Quarterly* 23/3: 383-397.
- Nielsen, M. B., S. D. Tvedt, S. B. Matthiesen. 2013. Prevalence and occupational predictors of psychological distress in the offshore petroleum industry: a prospective study. *Int Arch Occup Environ Health* 86/8: 875-885.
- Nielsen, K., R. Randall, J. Yarker, S.-O. Brenner. 2008. The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. *Work & Stress* 22/1: 16-32.
- Nielsen, K., J. Yarker, R. Randall, F. Munir. 2009. The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 46/9: 1236-1244.
- Nufer, S. 2013. *The effects of locus of control and leader-member exchange as predictors of stress and burnout in the workplace*. ProQuest Information & Learning.
- Nyberg, A., L. Alfredsson, T. Theorell, H. Westerlund, J. Vahtera, M. Kivimaki. 2009. Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occup Environ Med* 66/1: 51-55.
- Nyberg, A. et al. 2011. Destructive managerial leadership and psychological well-being among employees in Swedish, Polish, and Italian hotels. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 39/3: 267-281.
- Owens, S. A. 2014. *The relationship between elementary school teachers' perceptions of principals' leadership effectiveness and teacher burnout*. ProQuest Information & Learning.
- Peiró, J. M., V. González-Romá, P. Ripoll, F. J. Gracia. 2001. Role stress and work team variables in primary health care teams: A structural equations mode. In: *Organizational psychology and health care at the start of a new millennium*. Herausgegeben von J. de Jonge, P. Vlerick, A. Büssing, W. B. Schaufeli. Munich, Germany: Rainer Hampp Verlag. 105-120.
- Perry, S. J., L. A. Witt, L. M. Penney, L. Atwater. 2010. The downside of goal-focused leadership: The role of personality in subordinate exhaustion. *Journal of Applied Psychology* 95/6: 1.145-1.153.
- Pflanz, S. E., A. D. Ogle. 2006. Job Stress, Depression, Work Performance, and Perceptions of Supervisors in Military Personnel. *Military Medicine* 171/9: 861-865.
- Prümper, J., M. Becker. 2011. Freundliches und respektvolles Führungsverhalten und die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten. In: *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Herausgegeben von B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, K. Macco. Berlin: Springer. 37-47.
- Rafferty, A. E., S. L. D. Restubog, N. L. Jimmieson. 2010. Losing sleep: Examining the cascading effects of supervisors' experience of injustice on subordinates' psychological health. *Work & Stress* 24/1: 36-55.
- Restubog, S. L. D., K. L. Scott, T. J. Zagencyk. 2011. When distress hits home: The role of contextual factors and psychological distress in predicting employees' responses to abusive supervision. *Journal of Applied Psychology* 96/4: 713-729.
- Riulli, L., V. Savicki. 2006. Impact of fairness, leadership, and coping on strain, burnout,

- and turnover in organizational change. *International Journal of Stress Management* 13/3: 351-377.
- Rittschof, K. R. 2014. *The influence of transformational leadership and job burnout on child protective services case managers' commitment and intent to quit*. ProQuest Information & Learning.
- Rivkin, W., S. Diestel, K.-H. Schmidt. 2014. The positive relationship between servant leadership and employees' psychological health: A multi-method approach. *Zeitschrift für Personalforschung* 28/1-2: 52-72.
- Römer, M., S. Rispens, E. Giebels, M. C. Euwema. 2012. A helping hand? The moderating role of leaders' conflict management behavior on the conflict–stress relationship of employees. *Negotiation Journal* 28/3: 253-277.
- Ronen, S., M. Mikulincer. 2012. Predicting employees' satisfaction and burnout from managers' attachment and caregiving orientations. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 21/6: 828-849.
- Rousseau, V., F. Chiochio, J.-S. Boudrias, C. Aubé, E. M. Morin. 2008. Social interactions at work and psychological health: The role of leader-member exchange and work group integration. *Journal of Applied Social Psychology* 38/7: 1.755-1.777.
- Rowold, J., K. Heinitz. 2008. Führungsstile als Stressbarrieren. Zum Zusammenhang zwischen transformationaler, transaktionaler, mitarbeiter- und aufgabenorientierter Führung und Indikatoren von Stress bei Mitarbeitern. *Zeitschrift für Personalpsychologie* 7/3: 129-140.
- Rubin, B. A., C. J. Brody. 2011. Operationalizing management citizenship behavior and testing its impact on employee commitment, satisfaction, and mental health. *Work and Occupations* 38/4: 465-499.
- Schaubroeck, J., F. O. Walumbwa, D. C. Ganster, S. Kepes. 2007. Destructive leader traits and the neutralizing influence of an 'enriched' job. *The Leadership Quarterly* 18/3: 236-251.
- Schmidt, B. et al. 2013. Psychosocial resources and the relationship between transformational leadership and employees' psychological strain. *Work*.
- Schraub, E. M., A. Michel, M. Shemla, K. Sonntag. 2014. The roles of leader emotion management and team conflict for team members' personal initiative: A multilevel perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 23/2: 263-276.
- Schyns, B., H.-J. Wolfram. 2008. The relationship between leader-member exchange and outcomes as rated by leaders and followers. *Leadership & Organization Development Journal* 29/7: 631-646.
- Schyns, B., N. Torka, T. Gössling. 2007. Turnover intention and preparedness for change: Exploring leader-member exchange and occupational self-efficacy as antecedents of two employability predictors. *The Career Development International* 12/7: 660-679.
- Scott, B. A., J. A. Colquitt, E. L. Paddock, T. A. Judge. 2010. A daily investigation of the role of manager empathy on employee well-being. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 113/2: 127-140.
- Skogstad, A., S. Einarsen, T. Torsheim, M. S. Aasland, H. Hetland. 2007. The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. *Journal of Occupational Health Psychology* 12/1: 80-92.

- Son, S., D. Y. Kim, M. Kim. 2014. How perceived interpersonal justice relates to job burn-out and intention to leave: The role of leader–member exchange and cognition-based trust in leaders. *Asian Journal of Social Psychology* 17/1: 12-24.
- Sosik, J. J., V. M. Godshalk. 2000. Leadership styles, mentoring functions received, and job-related stress: A conceptual model and preliminary study. *Journal of Organizational Behavior* 21/4: 365-390.
- Sparr, J. L., S. Sonnentag. 2008. Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work. *European Journal of Work & Organizational Psychology* 17/2: 198-225.
- Sparr, J. L., S. Sonnentag. 2008. Feedback environment and well-being at work: The mediating role of personal control and feelings of helplessness. *European Journal of Work & Organizational Psychology* 17/3: 388-412.
- Stocker, D., N. Jacobshagen, R. Krings, I. B. Pfister, N. K. Semmer. 2014. Appreciative leadership and employee well-being in everyday working life. *Zeitschrift für Personalforschung* 28/1-2: 73-95.
- Stoker, J. I. 2008. Effects of team tenure and leadership in self-managing teams. *Personnel Review* 37/5: 564-582.
- Stordeur, S., W. D'Hoore, C. Vandenberghe. 2001. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *J Adv Nurs* 35/4: 533-542.
- Syrek, C. J., E. Apostel, C. H. Antoni. 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* 18/3: 252-261.
- Taddei, S., B. Contena. 2010. Burnout in call centre workers between demands and resources. *Bollettino di Psicologia Applicata* 261-262/57: 37-48.
- Tafvelin, S., K. Armelius, K. Westerberg. 2011. Toward understanding the direct and indirect effects of transformational leadership on well-being: A longitudinal study. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 18/4: 480-492.
- Tanner, C., A. Brügger, S. van Schie, C. Leberherz. 2010. Actions speak louder than words: The benefits of ethical behaviors of leaders. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology* 218/4: 225-233.
- Teasdale, K., N. Brocklehurst, N. Thom. 2001. Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *J Adv Nurs* 33/2: 216-224.
- Tepper, B. J. 2000. Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal* 43/2: 178-190.
- Testad, I., A. Mikkelsen, C. Ballard, D. Aarsland. 2010. Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25/8: 789-797.
- Thau, S., C. Tröster, K. Aquino, M. Pillutla, D. De Cremer. 2013. Satisfying individual desires or moral standards? Preferential treatment and group members' self-worth, affect, and behavior. *Journal of Business Ethics* 113/1: 133-145.
- Theorell, T., A. Nyberg, C. Leineweber, L. L. M. Hanson, G. Oxenstierna, H. Westerlund. 2012. Non-listening and self centered leadership – Relationships to socioeconomic conditions and employee mental health. *PLoS ONE* 7/9.

- Thomas, C. H., M. J. Lankau. 2009. Preventing burnout: The effects of LMX and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management* 48/3: 417-432.
- Treworgy, S. L. 2011. *Supportive and strength-based supervision as predictive factors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among female sexual assault advocates*. ProQuest Information & Learning.
- van der Heijden, B. I. J. M., A. B. Bakker. 2011. Toward a mediation model of employability enhancement: A study of employee-supervisor pairs in the building sector. *The Career Development Quarterly* 59/3: 232-248.
- van Dierendonck, D., C. Haynes, C. Borrill, C. Stride. 2004. Leadership Behavior and Subordinate Well-Being. *Journal of Occupational Health Psychology* 9/2: 165-175.
- van Dierendonck, D., D. Stam, P. Boersma, N. de Windt, J. Alkema. 2014. Same difference? Exploring the differential mechanisms linking servant leadership and transformational leadership to follower outcomes. *The Leadership Quarterly* 25/3: 544-562.
- Vincent, S. 2012. Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: Gender-typische Differenzen. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 43/1: 61-89.
- Vogt, J., M. Schnee. 2012. Führung als Moderator von Gesundheit, Absentismus und Präsentismus bei Restrukturierungsprozessen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 66/4: 269-276.
- Wager, N., G. Fieldman, T. Hussey. 2003. The effect on ambulatory blood pressure of working under favourably and unfavourably perceived supervisors. *Occup Environ Med* 60/7: 468-474.
- Walsh, M., K. Dupré, K. A. Arnold. 2014. Processes through which transformational leaders affect employee psychological health. *Zeitschrift für Personalforschung* 28/1-2: 162-172.
- Wannstrom, I., A. Nygren, M. Asberg, J. P. Gustavsson. 2008. Different response alternatives in the assessment of job demands. *Int Arch Occup Environ Health* 81/7: 813-819.
- Westerlund, H. et al. 2010. Managerial leadership is associated with employee stress, health, and sickness absence independently of the demand-control-model. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 37/1: 71-79.
- Wheeler, A. R., J. R. B. Halbesleben, M. V. Whitman. 2013. The interactive effects of abusive supervision and entitlement on emotional exhaustion and co-worker abuse. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 86/4: 477-496.
- Whitman, M. V., J. R. B. Halbesleben, O. I. V. Holmes. 2014. Abusive supervision and feedback avoidance: The mediating role of emotional exhaustion. *Journal of Organizational Behavior* 35/1: 38-53.
- Wieland, R., S. Winizuk, M. Hammes. 2009. Führung und Arbeitsgestaltung - Warum gute Führung allein nicht gesund macht. *Arbeit* 18/4: 282-297.
- Wilk, S. L., L. M. Moynihan. 2005. Display Rule 'Regulators': The Relationship Between Supervisors and Worker Emotional Exhaustion. *Journal of Applied Psychology* 90/5: 917-927.
- Wolfram, H.-J., G. Mohr. 2009. Transformational leadership, team goal fulfillment, and follower work satisfaction: The moderating effects of deep-level similarity in leadership dyads. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 15/3: 260-274.

- Wu, T.-Y., C. Hu. 2009. Abusive supervision and employee emotional exhaustion: Dispositional antecedents and boundaries. *Group & Organization Management* 34/2: 143-169.
- Wu, T. Y., C. Hu, C. C. Yang. 2013. Abusive supervision and workload demands from supervisors: Exploring two types of supervisor-related stressors and their association with strain. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 29/3: 190-198.
- Yagil, D. 2006. The relationship of abusive and supportive workplace supervision to employee burnout and upward influence tactics. *Journal of Emotional Abuse* 6/1: 49-65.
- Yagil, D., H. Ben-Zur, I. Tamir. 2011. Do employees cope effectively with abusive supervision at work? An exploratory study. *International Journal of Stress Management* 18/1: 5-23.
- Yang, C. 2013. Does ethical leadership lead to happy workers? A study on the impact of ethical leadership, subjective well-being, and life happiness in the chinese culture. *Journal of Business Ethics*.
- Yildiz, S. M. 2011. Relationship between leader–member exchange and burnout in professional footballers. *Journal of Sports Sciences* 29/14: 1.493-1.502.
- Zineldin, M., A. Hytter. 2012. Leaders' negative emotions and leadership styles influencing subordinates' well-being. *The International Journal of Human Resource Management* 23/4: 748-758.
- Zok, K. 2011. Führungsverhalten und Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter - Analyse von WIdO-Mitarbeiterbefragungen. In: *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Herausgegeben von B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, K. Macco. Berlin: Springer. 27-36.

10. Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Ziele und Funktionen der Mitarbeiterbeurteilung, angelehnt an Drumm (2008) und Latham et al. (2005).....	16
Tab. 2	Organisationsziele bei der Implementierung leistungsabhängiger Vergütungssysteme (eigene Darstellung)	18
Tab. 3	Häufig auftretende Probleme bei der Implementierung der Mitarbeiterbeurteilung und leistungsabhängiger Vergütungssysteme, angelehnt an Campbell et al. (1998), Murphy & Cleveland (1991) und Thierry (1987).....	20
Tab. 4	Deskriptive Statistik der gesichteten Literatur; zu beachten ist, dass einige Publikationen die Ergebnisse mehrerer Studien berichten und dass insofern die addierten Einzelmerkmale nicht in jedem Fall die Summe von 217 Studien ergeben müssen.	24
Tab. 5	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal transformationale Führung und den Outcomes.....	25
Tab. 6	Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal transformationaler Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße	26
Tab. 7	Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal transformationale Führung und den Outcomes	26
Tab. 8	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und den Outcomes.....	27
Tab. 9	Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße	27
Tab. 10	Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal mitarbeiterorientierte Führung und den Outcomes	28
Tab. 11	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal aufgabenorientierte Führung und den Outcomes.....	28
Tab. 12	Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal aufgabenorientierte Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße	29
Tab. 13	Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal aufgabenorientierte Führung und den Outcomes	29
Tab. 14	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal destruktive Führung und den Outcomes	30

Tab. 15	Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal destruktive Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße	30
Tab. 16	Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal destruktive Führung und den Outcomes.....	31
Tab. 17	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und den Outcomes	31
Tab. 18	Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße.	32
Tab. 19	Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal interaktionale Aspekte von Führung und den Outcomes.....	32
Tab. 20	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal ethische/ authentische Führung und den Outcomes.....	33
Tab. 21	Übersicht über die für die jeweilige Stichprobengröße gewichteten Durchschnittskorrelationen zwischen dem Merkmal ethische/authentische Führung und den Outcomes; r = gewichtete Durchschnittskorrelation (gewichtet für die Stichprobengröße der zugrunde liegenden Studien), k = Anzahl der berichteten Zusammenhangsmaße	33
Tab. 22	Übersicht über die Häufigkeit statistischer Signifikanz des Zusammenhangs zwischen dem Merkmal ethische/authentische Führung und den Outcomes.....	34
Tab. 23	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal sonstige Führungskonzeptionen und den Outcomes	34
Tab. 24	Studieneigenschaften zur Ermittlung methodologischer Qualität der eingeschlossenen Literatur. Die Gewichte der Stichprobengröße wurden anhand der Quartile der Gesamtstichprobe ($N = 175.550$) ermittelt (0 = Studie im 1. Quartil; 1 = Studie im 2. Quartil; 2 = Studie im 3. Quartil; 3 = Studie im 4. Quartil). Die Kontrollvariablen wurden jeweils mit 0 bzw. 1 gewichtet.....	35
Tab. 25	Führungsspezifische Ressourcen und Gefährdungen. Tätigkeitsübergreifende Führungsmerkmale, die zu konkreten Arbeitsgestaltungsmaßnahmen führen können (eigene Darstellung)	44
Tab. 26	Gestaltungsempfehlungen auf der Grundlage von Zusammenhängen zwischen Führungskonstrukten und psychischer Gesundheit	49

11. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Schematische Darstellung des komplexen Zusammenhangs zwischen Führungsinstrumenten und Auswirkungen auf die Mitarbeitergesundheit in der betrieblichen Praxis (eigene Darstellung).....	21
Abb. 2	Flow-Diagramm der Studienauswahl	23
Abb. 3	Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.	36
Abb. 4	Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.	37
Abb. 5	Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.	38
Abb. 6	Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.	39
Abb. 7	Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.	40
Abb. 8	Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.	41
Abb. 9	Bewertung der methodologischen Studienqualität. k = Anzahl der Zusammenhänge pro Outcome. Die Zahlen innerhalb der Kästen geben die Häufigkeiten an. Die Kastenfläche ist zu den einzelnen Häufigkeiten proportional.	42
Abb. 10	Schematische Darstellung betrieblicher Strukturen und organisationaler Interaktionen, die die Gestaltungsempfehlungen zum Arbeitsbedingungsfaktor Führung bestimmen (eigene Darstellung)	47