Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie (2011) 55 (N. F. 29) 4, 210 – 217 © Hogrefe Verlag, Göttingen 2011

Innovative Praxis

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0932-4089/a000063 - Friday, December 09, 2022 2:41:55 AM - Universitätsbibliothek Wuppertal IP Address:132.195.7.128

Telefonischer Einsatz von Coaching-Methoden zur Unterstützung von Führungskräfte-Workshops

Mike Hammes, Rainer Wieland und Patricia H. Rosen

Zusammenfassung. In diesem Beitrag wird mit dem Mentoring-Assistenz-Programm (MAP) ein Interventionsinstrument zur Unterstützung von Führungskräfte-Workshops vorgestellt und evaluiert. Ziel des Mentoring-Assistenz-Programms ist es, Teilnehmende darin zu unterstützen, Probleme bei der Umsetzung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens in individuelle, praktikable Lösungsansätze zu überführen. Dies geschieht durch telefonische Beratung, die sich an Führungskräfte-Workshops anschließt. Ausgangspunkt ist dabei die Annahme, mithilfe von Coaching-Methoden ergebnisorientierte Problem- und Selbstreflexion anregen zu können. Daher werden hauptsächlich solche Methoden in den telefonischen Beratungen angewendet. Grundlage des vorliegenden Beitrags sind Erfahrungen mit dem Instrument im Rahmen eines Präventionsprogramms zur betrieblichen Gesundheitsförderung bezüglich Muskel-Skelett-Beschwerden. Zur Evaluation werden Ergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse vorgestellt, in der 53 Gesprächsprotokolle berücksichtigt wurden. Ergebnisse eines Wissenstest zu gesundheitsförderlichem Führungsverhalten werden zur quantitativen Evaluation berichtet. Möglichkeiten zur Übertragung des Instruments auf weitere Einsatzfelder werden diskutiert.
Schlüsselwörter: Führung, Coaching, Betriebliche Gesundheitsförderung

Usage of coaching techniques via phone to support leadership workshops

Abstract. In this article we introduce and evaluate the "Mentoring-Assistance-Program" (MAP), an intervention instrument supporting leadership workshops. The aim of the MAP is to assist participants solving problems they might encounter while a health-supporting leadership behavior is being implemented. Support was given via telephone and referring to prior leadership workshops. The MAP originates from the idea to encourage result-oriented problem- and self-reflection with the help of coaching methods. Therefore, mainly coaching methods are used for telephone support. This article is based on experiences with this instrument gained during an intervention program for workplace health promotion with reference to musculoskeletal disorders. Results were first evaluated using qualitative data analysis conducted on 53 telephone protocols. Subsequently, knowledge about health-supporting leadership behavior was assessed by online questionnaires for quantitative evaluation. Opportunities of transferring this instrument to other areas are discussed.
Key words: Leadership, coaching, workplace health promotion

Zielsetzung

Das im vorliegenden Bericht beschriebene Mentoring-Assistenz-Programm (MAP) hatte zum Ziel, im Rahmen eines Programms zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Wirksamkeit von gruppenbasierten Führungskräfte-Workshops durch sich anschließende, individuelle telefonische Beratung zu unterstützen. Teilnehmende Führungskräfte sollten darin unterstützt werden, Probleme bei der Umsetzung gesundheitsförderlichen Führens im Rahmen der Beratungsgespräche in praktikable Lösungsansätze zu überführen. Hierzu wurden vor allem Coaching-Methoden eingesetzt. Folgende Abschnitte vertiefen zunächst Zielsetzung und Konzept des Instruments. In weiteren Abschnitten werden Evaluations-Ergebnisse auf Grundlage einer qualitativen Inhaltsanalyse von 53 Gesprächsprotokollen sowie eines Wissenstests zum Thema *Gesunde Führung* vorgestellt und diskutiert. Diskutiert werden auch die Verallgemeinerbarkeit der Befunde sowie die Möglichkeiten der Übertragbarkeit auf weitere Einsatzgebiete in der Praxis.

Anliegen, Auftraggeber und Zielgruppe

Das Mentoring-Assistenz-Programm war Bestandteil des Programms Arbeit–Rücken–Gesundheit (PAKT; siehe http://www.pakt-praevention.de).[1] Dessen Anliegen war die Erprobung und Entwicklung eines ganzheitlichen,

[1] PAKT war ein Verbundprojekt, das im Rahmen des „Förderschwerpunktes 2007 – Belastungen des Muskel-Skelettsystems bei der Arbeit – integrative Präventionsansätze praktisch umsetzen" vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007) gefördert und von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2007) fachlich begleitet wurde.

DOI: 10.1026/0932-4089/a000063

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0932-4089/a000063 - Friday, December 09, 2022 2:41:55 AM - Universitätsbibliothek Wuppertal IP Address:132.195.7.128

modulartig aufgebauten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramms zur Vermeidung und Reduzierung von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Im Fokus standen Arbeitstätigkeiten in kommunalen Abfallbeseitigungs- und Stadtreinigungsbetrieben. Bundesweit nahmen zwölf Betriebe an diesem Präventionsprogramm teil.

Das Mentoring-Assistenz-Programm war eines der Module im Präventionsprogramm. Es sollte die Wirksamkeit des Moduls *Gesunde Führung* (Wieland, Hammes & Winizuk, 2010) unterstützen. *Gesunde Führung* zielte darauf ab, „die Unternehmensleitung und Führungskräfte verschiedener Unternehmensebenen in den Prozess betrieblicher Gesundheitsförderung systematisch einzubinden“ (Wieland et al., 2010, S. 21). Führungskräfte der beteiligten Betriebe wurden in mehreren aufeinander folgenden gruppenbasierten Workshops dazu befähigt, zwei Funktionen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements wahrzunehmen: Zum einen sind Führungskräfte die zentralen Personen in einem Betrieb, die Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements umsetzen. Zum anderen können sie erworbenes Wissen über Zusammenhänge zwischen Führung, Arbeit und Gesundheit durch gesundheitsförderliches Führungsverhalten nutzbar machen. Das Mentoring-Assistenz-Programm wurde eingesetzt, um an *Gesunde Führung* teilnehmende Führungskräfte bei der Wahrnehmung dieser beiden Funktionen zu unterstützen. Sie wurden dazu in telefonischen Beratungsgesprächen bei der Umsetzung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens individuell beraten.

Im Hinblick auf die Zielsetzungen des Mentoring-Assistenz-Programms werden im vorliegenden Beitrag Befunde zu zwei evaluativen Fragestellungen dargestellt: (a) Inwiefern gelingt es, mithilfe des Mentoring-Assistenz-Programms gemeinsam mit den teilnehmenden Führungskräften praktikable Lösungsansätze zu ihren individuellen Problemen bei der Umsetzung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens zu entwickeln? (b) Inwiefern trägt das Mentoring-Assistenz-Programm über die Führungskräfte-Workshops hinaus zu einer Vertiefung des Wissens über gesundheitsförderliches Führungsverhalten bei?

Innovationsleistung

Das hier berichtete Mentoring-Assistenz-Programm stellt eine Weiterentwicklung des gleichnamigen Interventionsinstrumentes von Görg, Wieland und Rommerswinkel (2010) dar. Diese Autoren haben im Rahmen eines Programms zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Wirksamkeit von Verhaltensprogrammen zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen durch telefonische Nachsorge unterstützt. Sie setzten dabei jedoch keine Coaching-Methoden ein. Die Innovationsleistung des Mentoring-Assistenz-Programms besteht hingegen in der systematischen telefonischen Anwendung von Coaching-Methoden zur Unterstützung von gruppenbasierten Führungskräfte-Workshops im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Ein ähnliches Programm wurde bereits erfolgreich von Barling, Weber und Kelloway (1996) zur Entwicklung transformationalen Führungsverhaltens umgesetzt. Diese Autoren boten nach Gruppentrainings individuelle *booster sessions* an, in denen Coaching-Methoden angewendet wurden.

Greif definiert Coaching als „eine intensive und systematische Förderung ergebnisorientierter Problem- und Selbstreflexion sowie Beratung von Personen oder Gruppen zur Erreichung selbstkongruenter Ziele oder zur bewussten Selbstveränderung und Selbstentwicklung. Ausgenommen ist die Beratung und Psychotherapie psychischer Störungen“ (Greif, 2008, S. 59). Die Beratung von Führungskräften bezüglich ihres Führungsverhaltens bzw. ihrer Managementaktivitäten ist eines der häufigsten Inhalte von Coaching, was sich auch in der Anzahl von Ergebnissen über die Evaluation von Führungskräfte-Coachings niederschlägt (s. Ely, Boyce, Nelson, Zaccaro, Hernez-Broome & Whyman, 2010). Telefonisches Coaching, insbesondere von Führungskräften, ist in den USA als Praxis fest etabliert und wird auch im deutschsprachigen Raum immer häufiger angeboten (vgl. Eldinger-Starr & Reding, 2009). Ein Vorteil des telefonischen Coachings liegt in der hohen Mobilität: Berater und Beratene müssen sich nicht mehr unmittelbar an einem Ort treffen, entsprechende Reisekosten, aber auch Einschränkungen auf einen regionalen Markt entfallen. Dabei muss nicht von einem Qualitätsverlust gegenüber Coaching im direkten Kontakt ausgegangen werden (vgl. Eldinger-Starr & Reding, 2009). Es ist sogar denkbar, telefonisches Coaching mit telefonischer Anwendung standardisierter Testverfahren zu bereichern. So zeigen Blickle, Kramer und Mierke (2010), dass telefonisches Testen der Intelligenz im Arbeitskontext in seiner Güte vergleichbar ist mit dem üblichen Testen der Intelligenz im direkten Kontakt.

Die Unterstützung gesundheitsfördernder Maßnahmen durch telefonische Beratungsgespräche hat sich in therapeutischen Kontexten bereits als fruchtbar erwiesen und wird von den Anbietern oft als Coaching bezeichnet. Beispielsweise berichtet Hommel (2008) von einem Pilotversuch der Kaufmännischen Krankenkasse, in dem 20 *Gesundheits-Coaches* (examinierte Pflegekräfte) 2.400 chronisch erkrankte Versicherte telefonisch zu ihren Lebensgewohnheiten, Therapien und ihrem Befinden beraten. Andere Ansätze sind auf die Begleitung von Therapien bestimmter Erkrankungen ausgerichtet. Middeke (2009) stellt beispielsweise die Erfolge telefonischer Therapiesteuerung bei der Behandlung von Hypertonie heraus. Telefonische Beratungsgespräche sind auch integraler Bestandteil der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Linehan (1996). Eine systematische telefonische Unterstützung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0932-4089/a000063 - Friday, December 09, 2022 2:41:55 AM - Universitätsbibliothek Wuppertal IP Address:132.195.7.128

unter Einsatz von Coaching-Methoden ist uns jedoch nicht bekannt.

Konzeptueller Hintergrund

Im Gegensatz zu individuellen Coaching-Prozessen, die zunächst offen für jede Art von Inhalt sind, war im Mentoring-Assistenz-Programm ein inhaltlicher Rahmen vorgegeben: Festigung und Entwicklung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens. Innerhalb dieses gesetzten Rahmens konnte aber jedes relevante Problem bearbeitet werden. Der Einsatz von Gesprächsleitfäden stellte dabei sicher, dass der inhaltliche Rahmen eingehalten wurde und die Beratungsgespräche effizient durchgeführt werden konnten und vergleichbar blieben.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Gesprächsleitfäden speiste sich aus mehreren Quellen. Als gemeinsames Grundverständnis von Gesundheit wurde sowohl im Modul *Gesunde Führung*, als auch im Mentoring-Assistenz-Programm die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, 1946) vermittelt. Zusammenhänge zwischen Arbeit, Führung und Gesundheit wurden mithilfe eines allgemeinen Wirkungs- und Interventionsmodells zur Analyse und Gestaltung gesunder und effektiver Arbeit (Wieland, 2010a) vermittelt. Dieses war im gesamten Präventionsprogramm und somit auch im Mentoring-Assistenz-Programm theoretische Grundlage zur Analyse, Bewertung und Gestaltung. Es fasst Wirkungszusammenhänge zwischen den folgenden fünf Merkmalsbereichen der Arbeit zusammen: (a) Arbeitsaufgabe und -situation, (b) Führung, (c) Merkmale der Beschäftigten, (d) Beanspruchung und Erleben während der Arbeit und (e) Gesundheit und Leistung.

Dem Modell zufolge und in Übereinstimmung mit empirischen Befunden können Führungskräfte durch verschiedene Verhaltensweisen positiv auf die Gesundheit der Geführten einwirken. Zunächst können sie ihr Repertoire des Führungsverhaltens durch Mitarbeiterorientierung erweitern (vgl. Gregersen, Kuhnert, Zimber & Nienhaus, 2011; Judge, Piccolo & Ilies, 2004; Nyberg, Bernin & Theorell, 2005; Wieland & Scherrer, 2007). Sie können außerdem die Motivierung der Geführten und verschiedene Formen von Mitarbeitergesprächen auf Grundlage empirischer Ergebnisse optimieren (s. Fiege, Muck & Schuler, 2006; Nerdinger, 2006) und durch Anerkennung und Wertschätzung für den individuellen Ausgleich von Anstrengung und Belohnung sorgen (Siegrist, 1996). Weiter können sie gesundheitsförderliche Arbeit mitgestalten (s. Ulich & Wülser, 2009; Wieland, 2010b). Entsprechende Befunde wurden auch bezüglich des Präventionsprogramms berichtet (Hammes, Wieland & Winizuk, 2009; Wieland, Winizuk & Hammes, 2009). Abgesehen von diesen in der Literatur berichteten Zusammenhängen zwischen Arbeit, Führung und Gesundheit wurden zur inhaltlichen Ausgestaltung der Gesprächsleitfäden auch relevante betriebliche Informationen, Aussagen aus Führungskräfte-Interviews, Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen sowie Inhalte der Workshops *Gesunde Führung* und ggf. Protokolle über vorhergehende Beratungsgespräche herangezogen.

Da wir uns an einem systemischen Coaching-Ansatz (s. Hamm, 2005; Migge, 2007; Radatz, 2006) orientierten, waren Fragen, mit denen die oben genannten Inhalte thematisiert und zu organisationalen Rahmenbedingungen in Beziehung gesetzt wurden, wesentliches Strukturelement der Gesprächsleitfäden. „Gute Fragen sind im Coaching das Wichtigste!“ (Migge, 2007, S. 20) und stellen die „elementare Technik für Coachings“ (Rauen, 2008, S. 72) dar. Gezielte Fragen regen zu inneren Suchprozessen und zu ergebnisorientierter Problem- und Selbstreflexion an. Je nach Art der Frage kann diese innere Suche auf Probleme, Ziele oder Ressourcen bzw. Lösungen fokussiert werden. Die Fragen wurden gemäß üblicher Abläufe von Coaching-Gesprächen bzw. -Prozessen angeordnet (vgl. Hamm, 2005; Hammes, Winizuk & Wieland, 2010; Migge, 2007; Radatz, 2006; Rauen, 2008): (1.) Einstimmung auf das Thema („Was bedeutet für Sie Gesundheit?“), (2.) über Erfolge sprechen („Welche positiven Veränderungen haben Sie im Umgang mit Ihren Mitarbeitern bemerkt?“), (3.) über Hindernisse sprechen („Auf welche Probleme Ihrer Mitarbeiter können Sie nur schwer eingehen?“), (4.) ein Hindernis in ein Ziel verwandeln („Wie möchten Sie denn gerne auf solche Probleme eingehen?“), (5.) Ressourcen mobilisieren („Was könnten Sie tun, um mit solchen Problemen offener umgehen zu können?“), (6.) Mut machen („Das können Sie ja bei der nächsten Gelegenheit einfach mal ausprobieren.“) und (7.) Gespräch beenden („Wenn Sie mögen, können wir uns beim nächsten Mal darüber unterhalten, ob Ihre Ideen funktioniert haben.“).

Durchführung des Mentoring-Assistenz-Programms und verwendete Methoden

Praktische Durchführung des Mentoring-Assistenz-Programms

Führungskräfte aus fünf der zwölf am Präventionsprogramm teilnehmenden Betriebe wurden mit zwei aufeinander folgenden, individuellen telefonischen Beratungsgesprächen begleitet, die jeweils nach den gruppenbasierten Führungskräfte-Workshops des Moduls *Gesunde Führung* angeboten wurden. In einer Vorbereitungs-Phase wurden die Führungskräfte über die bevorstehenden telefonischen Interventionen informiert, dienstliche Telefonnummern der Teilnehmenden eingeholt und die Dokumentation des Mentoring-Assistenz-Programms vor-

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0932-4089/a000063 - Friday, December 09, 2022 2:41:55 AM - Universitätsbibliothek Wuppertal IP Address:132.195.7.128

bereitet. Vor den beiden Durchgängen wurden die jeweiligen Gesprächsleitfäden entwickelt. Telefonate zur Terminvereinbarung sowie die eigentlichen Beratungsgespräche fanden während der Dienstzeiten der Führungskräfte statt.

Während der Beratungsgespräche notierte die Gesprächsleiterin ihre und die Aussagen der/des Teilnehmenden auf einem Ausdruck des Gesprächsleitfadens. Im Anschluss an jedes Gespräch erstellte sie jeweils ein Protokoll mittels elektronischer Textverarbeitung. Die Protokolle ($N = 53$) gingen später in eine qualitative Inhaltsanalyse ein. Die Protokolle des ersten Durchgangs waren darüber hinaus Ausgangspunkt für die Entwicklung des Gesprächsleitfadens des zweiten Durchgangs. Außerdem wurden sie zur individuellen Vorbereitung auf die Gespräche im zweiten Durchgang genutzt. Abbildung 1 fasst den Ablauf des Mentoring-Assistenz-Programms schematisch zusammen.

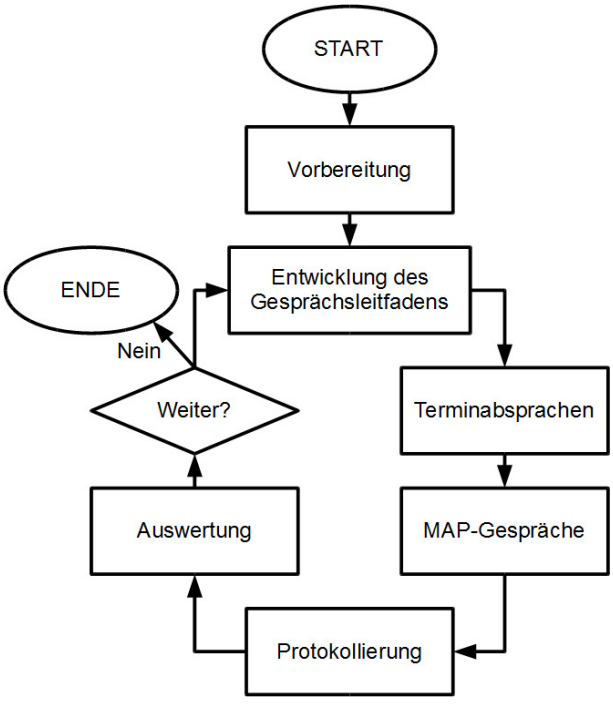

Abbildung 1. Ablaufdiagramm für das Mentoring-Assistenz-Programm; einzelne MAP-Durchgänge durchlaufen die einzelnen Schritte des dargestellten zyklischen Verlaufs (nach Hammes, Winizuk & Wieland, 2010).

Der erste Durchgang erstreckte sich über die zweite Jahreshälfte 2009. In dieser Zeit wurden insgesamt 163 Telefonate mit 47 Führungskräften geführt. 32 dieser Telefonate waren Beratungsgespräche, fünf davon dienten als Pilot-Gespräche und werden im Folgenden nicht weiter berücksichtigt. Im Durchschnitt mussten die Teilnehmenden drei Mal angerufen werden ($SD = 2$), bis ein Beratungsgespräch zu Stande kam. Die Beratungsgespräche selbst dauerten etwa 20 Minuten, im Einzelfall aber auch bis zu 45 Minuten. Der zweite Durchgang wurde von Anfang März bis Mitte Juni 2010 durchgeführt. Nun konnten noch 30 Führungskräfte aus dem ersten Durchgang erreicht werden. Mit 26 von ihnen konnten Beratungsgespräche geführt werden. Dazu waren insgesamt 79 Telefonate nötig, davon 53 zur Terminfindung. Die Beratungsgespräche dauerten auch hier im Durchschnitt etwa 20 Minuten.

Qualitative Inhaltsanalyse der Gesprächsprotokolle

Eine Fragestellung, über die dieser Bericht Aufschluss geben soll, lautet, ob es mit dem Mentoring-Assistenz-Programm gelungen ist, Probleme bei der Umsetzung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens zu ermitteln und diese in individuelle, praktikable Lösungsansätze zu überführen. Um dies zu evaluieren, wurden sämtliche Protokolle aus den Beratungsgesprächen ($N = 53$) im Hinblick auf diese Fragestellung durch zwei Personen mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008) zusammengefasst. Diese Form der Evaluation bot sich an, da im Mentoring-Assistenz-Programm die alltägliche Umgebung und die individuellen Probleme der Führungskräfte im Vordergrund stehen (vgl. Mayring, 2002, S. 19–24). Da zum Mentoring-Assistenz-Programm noch keine Evidenz vorliegt, wurde als Analysestrategie die induktive Kategorienbildung nach Mayring (2008, S. 74–76) gewählt. Die Analyse sollte in einem System von Problemkategorien münden, das auf dem Abstraktionsniveau arbeits- und organisationspsychologischer Untersuchungsgegenstände (z. B. Kommunikation, Arbeitsgestaltung oder kontraproduktives Verhalten) angesiedelt ist. Das Selektionskriterium für Textpassagen aus dem Gesamtmaterial orientierte sich an o. g. Fragestellung.

Zur besseren Einschätzung der hier berichteten Befunde soll kurz auf die kognitiven und emotionalen Hintergründe der Auswertenden sowie auf deren Eingebundenheit in die Interventionen und deren Vorverständnis eingegangen werden. Beide haben das Konzept des Mentoring-Assistenz-Programms und die Gesprächsleitfäden maßgeblich mit entwickelt. Eine der beiden (im Folgenden Auswerterin 1) führte sämtliche Beratungsgespräche. Der zweite (Auswerter 2) hat elf Workshops *Gesunde Führung* durchgeführt. Beide verfügen über akademische Vorbildung im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie und sind Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter an einem entsprechenden universitären Lehrstuhl sowie am Präventionsprogramm. Daher verfügen sie über fundiertes theoretisches und praktisches Wissen bezüglich des inhaltlichen Rahmens des Mentoring-Assistenz-Programms.

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0932-4089/a000063 - Friday, December 09, 2022 2:41:55 AM - Universitätsbibliothek Wuppertal IP Address:132.195.7.128

Die Auswertung des Materials verlief in vier Schritten. In einem ersten Schritt ging Auswerterin 1 nach dem Schema von Mayring (2008, S. 75) vor und entwickelte ein vorläufiges Kategoriensystem. Im zweiten Schritt modifizierte Auswerter 2 das vorläufige Kategoriensystem anhand des Materials hinsichtlich der theoretischen Differenziertheit und des Abstraktionsniveaus und berücksichtigte dabei auch seine Vorerfahrungen mit den Führungskräfteworkshops. Ausgehend von diesem modifizierten Kategoriensystem entwickelten beide Auswertenden im dritten Schritt gemeinsam in einem konsensuellen Prozess und bezugnehmend auf ihre Vorerfahrungen das endgültige Kategoriensystem, das weiter unten berichtet wird. Im letzten Schritt erfolgte eine Quantifizierung, indem die Häufigkeiten der Kategorien ausgezählt wurden.

Wissenstest zu gesundheitsförderlichem Führungsverhalten

Um festzustellen, ob das Mentoring-Assistenz-Programm über das Modul *Gesunde Führung* hinaus zur Festigung des Wissens über gesundheitsförderliches Führungsverhalten beigetragen hat, wurden die an *Gesunde Führung* teilnehmenden Führungskräfte im Anschluss an alle Interventionen gebeten, ihr Wissen aus den Workshops *Gesunde Führung* zu evaluieren. Hierzu wurde ein Internet-Fragebogen entwickelt, der die Inhalte dieser Workshops in Form von zehn Items mit erzwungener Wahl aufgreift. Die Instruktion lautet: „Wodurch zeichnet sich eine Führungskraft aus, die gesundheitsförderlich führt? Bitte geben Sie jeweils an, welche von zwei alternativen Verhaltensweisen bzw. Beschreibungen eher gesundheitsförderlich ist.“ Beispielitem: „Eher so: Die Führungskraft vergibt auszuführende Aufgaben, die sie zuvor gut geplant hat und anschließend auch kontrollieren kann.“ Diesem in den Workshops als weniger gesundheitsförderlich bewerteten Verhalten steht folgendes Verhalten gegenüber: „Eher so: Die Führungskraft vergibt Aufgaben, die neben der Ausführung auch selbstständige Planung und Ergebniskontrolle beinhaltet.“ Die Wahl der eher gesundheitsförderlich bewerteten Alternative wird mit +1 gewertet, die weniger gesundheitsförderlich bewertete mit -1. Als Gesamtwert des Wissenstests werden diese Punkte summiert.

Die Einladung zur Teilnahme an der Online-Evaluation wurde mittels elektronischer Post versandt. Auf Anfrage bei allen teilnehmenden Betrieben erhielten wir 101 E-Mail-Adressen von Führungskräften, die an den Workshops teilgenommen hatten. Nur 61 dieser E-Mail-Adressen waren valide, so dass 61 Einladungen verschickt werden konnten. 38 Führungskräfte (62 %) nahmen an der Evaluation teil, wobei 14 von ihnen angaben, auch am Mentoring-Assistenz-Programm teilgenommen zu haben. Diese 14 Führungskräfte werden im Folgenden als Interventionsgruppe bezeichnet. Die verbleibenden 24 Führungskräfte, die zwar an *Gesunde Führung*, nicht aber am Mentoring-Assistenz-Programm teilgenommen haben, werden als Vergleichsgruppe bezeichnet. Zur Bewertung eines Unterschiedes im Wissenstest zwischen diesen beiden Gruppen wird Cohens *d* berechnet. Der Online-Fragebogen wurde so programmiert, dass nur vollständige Datensätze aufgenommen wurden. Daher entfällt eine Behandlung fehlender Werte.

Stichproben

Sowohl am Mentoring-Assistenz-Programm als auch am Wissenstest zu *Gesunde Führung* nahmen Meister, Abteilungsleiter und Personaldisponenten aus Abfallbeseitigungs- und Stadtreinigungsbetrieben teil. Die 32 (erster Durchgang) bzw. 30 Teilnehmer (zweiter Durchgang) des Mentoring-Assistenz-Programms waren ausschließlich männlich. Von den 38 am Wissenstest teilnehmenden Personen waren zwei weiblich. Das durchschnittliche Alter aller Teilnehmenden betrug 48 Jahre ($SD = 6$ Jahre). In Bezug auf das Alter gab es zwischen den verschiedenen Gruppen keine nennenswerten Unterschiede.

Ergebnisse

Die qualitative Inhaltsanalyse der 27 Protokolle aus den ersten Beratungsgesprächen führte zu folgenden Kategorien: (a) *Kommunikation mit den Geführten*, (b) *Förderung von Eigenverantwortung durch Arbeitsgestaltung*, (c) *arbeitsbezogene Rückmeldung* und (d) *Bewältigung sozialer Konflikte im Team*. 13 Personen (48 %) nannten 18 konkrete Probleme. Zu elf dieser Probleme (61 %) wurden umsetzbare Lösungsansätze erarbeitet. Tabelle 1 zeigt beispielhaft Ist-Stand, genannte Probleme und erarbeitete Lösungsansätze zur Problemkategorie *Arbeitsbezogene Rückmeldung.*

Die 26 Protokolle aus dem zweiten Durchgang führten über die qualitative Inhaltsanalyse zu folgenden Kategorien: (a) *Gestaltung der Arbeitsaufgabe und -situation der Geführten*, (b) *soziale Interaktion mit den Geführten*, (c) *Wahrnehmung der eigenen Vorbildfunktion*, (d) *Umsetzung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens unter starker Belastung* und (e) *Umgang mit kontraproduktivem Arbeitsverhalten*. 16 Personen (62 %) nannten 21 Probleme. Zu 17 dieser Probleme (81 %) wurden umsetzbare Lösungsansätze erarbeitet. Tabelle 2 gibt die verschiedenen ermittelten Problemkategorien, ihre Besetzungszahlen und ausgewählte, im Mentoring-Assistenz-Programm von den Führungskräften entwickelte Lösungsansätze für beide Durchgänge wieder.

Die Auswertung des Wissenstests ergab einen praktisch relevanten Unterschied in Bezug auf das Wissen über gesundheitsförderliches Führungsverhalten zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe. Das Cohens-*d* von

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0932-4089/a000063 - Friday, December 09, 2022 2:41:55 AM - Universitätsbibliothek Wuppertal IP Address:132.195.7.128

Tabelle 1. Ist-Stand der Umsetzung, Probleme bei der Umsetzung und Lösungsansätze für diese Probleme exemplarisch für die Problemkategorie *Arbeitsbezogene Rückmeldung* aus dem ersten MAP-Durchgang

	Problemkategorie: Arbeitsbezogene Rückmeldung
Ist-Stand	(a) Einsatzbesprechungen werden als Rückmeldung aufgefasst (b) Rückmeldung durch die Auseinandersetzung mit der Arbeitsaufgabe sei Rückmeldung genug (c) Innerhalb der Teams gebe man sich gegenseitig Rückmeldung (d) Besondere Leistungen würden vor Kolleginnen und Kollegen hervorgehoben und gelobt
Probleme	(a) Rückmeldung von übergeordneten Führungsebenen fehle (b) Zeitmangel erlaube regelmäßige Rückmeldung nicht (c) Rückmeldung der Beschäftigten an die Führungskräfte fehle (d) Gerechte Verteilung von Lob bzw. Rückmeldung sei schwierig
Lösungsansätze	(a) Einzelnen Beschäftigten mehr Anerkennung/Lob aussprechen (b) In morgendlichen Einsatzbesprechungen Rückmeldung über die Leistungen des vergangenen Tages an das gesamte Team geben (c) Besonderen Zuspruch und besondere Ermunterung geben, wenn außergewöhnliche Leistungen erbracht werden müssen

Tabelle 2. Aus den MAP-Protokollen der beiden durchgeführten MAP-Durchgänge extrahierte Problemkategorien zur Umsetzung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens und ausgewählte, in Beratungsgesprächen von den Führungskräften entwickelte Lösungsansätze (N = Besetzungszahl)

N	**Problemkategorie**	**Ausgewählter Lösungsansatz**
		Erster MAP-Durchgang
5	Kommunikation	Auch für schwierige Mitarbeiter als Gesprächspartner erreichbar sein
7	Eigenverantwortung/ Arbeitsgestaltung	Mitbestimmung der Mitarbeiter bei der Arbeitsverteilung und Tourenplanung
4	Arbeitsbezogene Rückmeldung	In morgendlichen Einsatzbesprechungen Rückmeldung über den vergangenen Tag geben
2	Soziale Konflikte	Stärkere Berücksichtigung der Verträglichkeit von Kollegen bei der Zusammenstellung von Teams
		Zweiter MAP-Durchgang
4	Arbeitsgestaltung	Den Mitarbeitern mehr Handlungsspielraum für den Umgang mit Bürgerbegehren gewähren
11	Soziale Interaktion	Durch Offenheit und Transparenz das Vertrauen der Mitarbeiter gewinnen, damit zukünftig auch heikle Themen angesprochen werden können
1	Vorbildfunktion	Vorbildliche Verhaltensweisen reaktivieren, die in der Vergangenheit Spaß gemacht haben (z. B. Sport)
3	Umsetzung bei starker Belastung	Bei Erschöpfung Erholungsurlaub, Entspannungsübungen, Austausch mit Kollegen
2	Kontraproduktives Verhalten	Konfrontation des Mitarbeiters, an das Verantwortungsbewusstsein appellieren

0.29 verweist auf ein höheres Wissen der Interventionsgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe. Einschränkend weisen wir jedoch darauf hin, dass der entsprechende Mittelwertsunterschied unter Anwendung eines t-Tests erst bei dreifacher Teilnehmerzahl signifikant geworden wäre. Tabelle 3 gibt die deskriptive Statistik zum Wissenstest, getrennt nach Interventions- und Vergleichsgruppe, wieder.

Diskussion und Übertragungsmöglichkeiten

Die Befunde zur quantitativen Evaluation des vorgestellten Instrumentes mittels Wissenstest müssen kritisch betrachtet werden. Zunächst ist die Stichprobe sehr klein, so dass der berichtete Effekt des Mentoring-Assistenz-Programms auf das Wissen zu gesundheitsförderlichem Führungsverhalten kaum verallgemeinerbar ist. Weiter

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0932-4089/a000063 - Friday, December 09, 2022 2:41:55 AM - Universitätsbibliothek Wuppertal IP Address:132.195.7.128

Tabelle 3. Deskriptive Statistik zum Wissensstand über gesundheitsförderliches Führungsverhalten bei der Interventionsgruppe (MAP-Teilnehmende) und der Vergleichsgruppe (Führungskräfte, die an *Gesunde Führung*, nicht aber am MAP teilnahmen)

Gruppe	***M***	***SD***	***N***
Interventionsgruppe	6.0	3.8	14
Vergleichsgruppe	4.8	4.6	24

können Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden. Beispielsweise könnten vor allem solche Führungskräfte an der Evaluation teilgenommen haben, die ein besonderes Interesse an gesundheitsförderlichem Führungsverhalten haben (vgl. Eysenbach, 2005; Strassnig, 2009). Solche Effekte sollten sich zwar gleichermaßen auf Interventions- und Vergleichsgruppe auswirken, können aber zu einer Über- oder Unterschätzung des Effektes führen. Außerdem ist nicht auszuschließen, dass Führungskräfte aus der Interventionsgruppe bereits vor Teilnahme am Mentoring-Assistenz-Programm mehr Wissen über gesundheitsförderliches Führungsverhalten hatten, als Führungskräfte aus der Vergleichsgruppe. Um solche Ausgangsunterschiede zu berücksichtigen, wäre ein Vortest-Nachtest-Design geeigneter gewesen, als das hier eingesetzte Querschnitt-Design. Jedoch kann im hier berichteten Falle davon ausgegangen werden, dass alle an der Evaluation beteiligten Führungskräfte in den Workshops *Gesunde Führung* vergleichbar viel Wissen zu gesundheitsförderlichem Führungsverhalten vermittelt bekamen. Insgesamt kann der berichtete Effekt zunächst nur als tendenzieller, statistisch aber wenig belastbarer Befund gewertet werden, der in Zukunft durch geeignetere Untersuchungsdesigns und -methoden überprüft werden sollte.

Für die qualitative Inhaltsanalyse wurde hier aus mehreren Gründen ein induktives und konsensuelles Vorgehen gewählt. Zum einen lagen bislang noch keine Erfahrungen mit dem Mentoring-Assistenz-Programm vor, so dass eine erste qualitative Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes angemessen erschien. Zum anderen sollte der Validität im Sinne einer abgesicherten Interpretation und der „Nähe zum Gegenstand" (Mayring, 2002, S. 146) gegenüber der Reliabilität der Vorzug gegeben werden. Problematisch bei diesem Vorgehen ist allerdings das Fehlen von Maßen für Objektivität bzw. Reliabilität. So können wir beispielsweise nicht über Intercoderübereinstimmungen berichten. Die Erfassung solcher Maße könnte und sollte in qualitativen Untersuchungen von Gegenständen, für die bereits Evidenz vorliegt, und bei denen dementsprechend deduktiv vorgegangen werden kann, selbstverständlich eingeplant werden.

Zur Reliabilität der hier dargestellten qualitativen Befunde können aufgrund des induktiven, konsensuellen Vorgehens keine Angaben gemacht werden. Aufgrund der Eingebundenheit der Auswertenden in die Interventionen sind Verzerrungen der Interpretationen in Richtung einer positiven Bewertung des Mentoring-Assistenz-Programms nicht auszuschließen. Die Übereinstimmung der extrahierten Problemkategorien mit den Themen, die in den Workshops *Gesunde Führung* behandelt wurden, sowie das theoretische Vorverständnis der Auswertenden und deren Erfahrungen mit dem Untersuchungsgegenstand sind jedoch Hinweise für eine hohe Validität bzw. Gültigkeit der hier dargestellten Interpretation. Die dargestellten qualitativen Befunde lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass es mit dem Mentoring-Assistenz-Programm gelungen ist, verschiedenste Probleme bei der Umsetzung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens in umsetzbare, individuelle Lösungsansätze zu überführen.

Auch zukünftige Evaluationen ähnlicher Programme sollten aufgrund des individuellen Ansatzes auf eine Kombination qualitativer und quantitativer Methoden zurückgreifen. Die qualitative Evaluation kann bei bereits vorliegender Evidenz deduktiv erfolgen. Dann besteht die Möglichkeit, Reliabilitätsmaße wie Intercoderübereinstimmung unter Einsatz einer heterogenen Gruppe unabhängig Auswertender zu erheben. Die quantitative Evaluation kann durch Einsatz eines Vortest-Nachtest-Designs sowie von randomisierten Kontrollgruppen verbessert werden.

Mit dem Mentoring-Assistenz-Programm wurde ein Interventionsinstrument entwickelt, mit dem gruppenbasierte Interventionen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung durch zusätzliche, individuelle telefonische Beratungsgespräche ergänzt werden. Durch inhaltliche Anpassung des Mentoring-Assistenz-Programms erscheint es uns als unterstützende Begleitung für verschiedenste gruppenbasierte (z. B. auch Teamentwicklung, Arbeitssicherheit), aber auch personenbezogene Interventionen geeignet. In zukünftigen Untersuchungen wäre zu überprüfen, inwiefern mit dem Mentoring-Assistenz-Programm auch in anderen inhaltlichen Bereichen individuelle Probleme bei der Umsetzung erlernten Verhaltens in praktikable, individuelle Lösungsansätze überführt werden können. Wünschenswert wäre die Evaluation von Projekten, die in der Frequenz und der Anzahl der Durchgänge variieren, um Intensitäten der telefonischen Beratung zu ermitteln, die mit der erreichten Wirksamkeit in einem ökonomisch günstigen Verhältnis stehen. Die berichtete Verbesserung bei der Problembearbeitung im zweiten Durchgang legt nahe, dass ein Mentoring-Assistenz-Programm mehr als zwei Durchgänge umfassen sollte. Es kann vermutet werden, dass in einem ersten Durchgang die Schaffung einer Vertrauensbasis im Vordergrund stehen sollte, und noch nicht so sehr die Problembearbeitung. Auch solche und ähnliche Überlegungen sollten in zukünftigen Projekten geprüft werden.

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0932-4089/a000063 - Friday, December 09, 2022 2:41:55 AM - Universitätsbibliothek Wuppertal IP Address:132.195.7.128

Literatur

Barling, J., Weber, T. & Kelloway, E. K. (1996). Effects of transformational leadership training on attitudinal and financial outcomes: A field experiment. *Journal of Applied Psychology, 81*, 827–832.

Blickle, G., Kramer, J. & Mierke, J. (2010). Telephone-administered intelligence testing for research in work and organizational psychology. *European Journal of Psychological Assessment, 26*, 154–161.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2007). Modellprogramm Förderschwerpunkt 2007: Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen. *BAuA aktuell, 4*, 3–5.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007). *Ausschreibung über die Förderung von Modellvorhaben zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen.* Bonn: Autor.

Eldinger-Starr, S. & Reding, P. J. (2009). Die zunehmende Bedeutung von Coaching mit spezieller Darstellung von „Live Coaching". *Psychologie in Österreich, 4*, 328–336.

Ely, K., Boyce, L. A., Nelson, J. K., Zaccaro, S. J., Hernez-Broome, G. & Whyman, W. (2010). Evaluating leadership coaching: A review and integrated framework. *Leadership Quarterly, 21*, 585–599.

Eysenbach, G. (2005). Using the internet for surveys and research. In J. G. Anderson & C. E. Aydin (Eds.), *Evaluating the organizational impact of healthcare information systems* (2nd ed., pp. 129–143). New York: Springer.

Fiege, R., Muck, P. M. & Schuler, H. (2006). Mitarbeitergespräche. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (2. Aufl., S. 471–522). Göttingen: Hogrefe.

Görg, P., Wieland, R. & Rommerswinkel, S. (2010). *MAP–Das Mentoring Assistenz Programm.* Poster vorgestellt auf der INOPE-Abschlussveranstaltung am 4.3.2010 in Mettmann. Zugriff am 4.10.2010, von http://www.gkc.uni-wuppertal.de/fileadmin/ wieland/gkc/Abschlussveranstaltung/ MentoringAssistenzProgramm_Poster2010_.pdf

Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimber, A. & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit: Zum Stand der Forschung. *Das Gesundheitswesen, 73*, 3–12.

Greif, S. (2008). *Coaching und Ergebnisorientierte Selbstreflexion: Theorie, Forschung und Praxis des Einzel- und Gruppencoachings.* Göttingen: Hogrefe.

Hamm, W. (2005). Systemisches Coaching. In Ch. Rauen (Hrsg.), *Handbuch Coaching* (3. Aufl.; S. 421–440). Göttingen: Hogrefe.

Hammes, M., Wieland, R. & Winizuk, S. (2009). Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU). *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 4*, 303–314.

Hammes, M., Winizuk, S. & Wieland, R. (2010). Mentoring Assistenz Programm (MAP). In uve GmbH für Managementberatung (Hrsg.), *PAKT–Programm Arbeit Rücken Gesundheit* (S. 31–35). Berlin: Herausgeber.

Hommel, T. (2008). Gesundheits-Coaching. *Heilberufe, 7*, 58–60.

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*, 755–768.

Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* München: CIP-Medien.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Middeke, M. (2009). Telemetrische Blutdruck- und Therapiekontrolle: Ein Instrument zur Förderung der Therapieadhärenz. *Klinikarzt, 38*, 146–150.

Migge, B. (2007). *Handbuch Coaching und Beratung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Nerdinger, F. W. (2006). Motivierung. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (2. Aufl., S. 385–407). Göttingen: Hogrefe.

Nyberg, A., Bernin, P. & Theorell, T. (2005). *The impact of leadership on the health of subordinates.* Stockholm: National Institute for Working Life.

Radatz, S. (2006). *Beratung ohne Ratschlag. Systemisches Coaching für Führungskräfte und BeraterInnen. Ein Praxishandbuch mit den Grundlagen systemisch-konstruktivistischen Denkens, Fragetechniken und Coachingkonzepten* (4. Aufl.). Wien: Verlag Systemisches Management.

Rauen, Ch. (2008). *Coaching* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf Risiken im Erwerbsleben.* Göttingen: Hogrefe.

Strassnig, B. (2009). Einblicke in Online-Research – Das Internet als Medium zur Datenerhebung. In B. U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Gesundheit und Neue Medien – Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien* (S. 277–296). Wien: Springer.

Ulich, E. & Wülser, M. (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven* (3. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.

Wieland, R. (2010a). *BARMER GEK Gesundheitsreport 2010: Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern* (Teil 1). Wuppertal: BARMER GEK.

Wieland, R. (2010b). Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. In U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.), *Arbeitspsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Bd. 1, S. 869–919). Göttingen: Hogrefe.

Wieland, R., Hammes, M. & Winizuk, S. (2010). Gesunde Führung. In uve GmbH für Managementberatung (Hrsg.), *PAKT–Programm Arbeit Rücken Gesundheit* (S. 21–29). Berlin: Herausgeber.

Wieland, R. & Scherrer, K. (2007). *BARMER Gesundheitsreport 2007: Führung und Gesundheit.* Wuppertal: BARMER.

Wieland, R., Winizuk, S. & Hammes, M. (2009). Führung und Arbeitsgestaltung: Warum gute Führung allein nicht gesund macht. *Zeitschrift Arbeit, 4*, 282–297.

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization.* New York: Author.

Eingegangen: 24.11.2010
Revision eingegangen: 31.03.2011

Mike Hammes
Prof. Dr. Rainer Wieland
Patricia H. Rosen

Bergische Universität Wuppertal
Schumpeter School of Business and Economics
Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie
Gaußstr. 20
42097 Wuppertal
E-Mail: hammes@uni-wuppertal.de