

Job-Strain:

Arbeitsstress und psychische Krankheiten – neue Interventionen suchen Auswege

Poersch, M., Schmitt, M.

Institut für Resilienz und Recovery GmbH, Koblenz

Poersch@irrgmbh.de

Kontakt

Dr. med. Marius Poersch
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
Rehawesen, Leiter FörderService
OA Dr. von Ehrenwall'sche Klinik
Walporzheimer Straße 2
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Einleitung

Bei deutschen Erwerbstätigen nehmen psychische Störungen deutlich zu [2, 4, 13, 15, 16]. Die Ursachen sind sicherlich vielfältig [13]. Allerdings rücken psychisch stressogene Arbeitsplatzmodelle immer deutlicher in den Blickpunkt [11, 13, 14]. Für die arbeits-, betriebmedizinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit psychisch gestressten und ggfs erkrankten Erwerbstätigen ist das Demand-Control-Arbeitsbelastungsmodell [DC-Model] sehr hilfreich [6], da es erstmalig komplett symptomunabhängig wichtige Aspekte der objektivierbaren und subjektiv empfundenen Arbeitsbelastung diagnostiziert und hieraus differenzierte „therapeutisch-coachende“ Interventionsvorschläge

ableitet. Das DC-Belastungsmodell beschreibt das Zusammenwirken von Arbeitsanforderung (niedrig bis hoch) mit den betrieblicherseits vorgegebenen Handlungsspielräumen der Erwerbstätigen (niedrig bis hoch). Hierdurch lassen sich vier qualitativ und quantitativ unterschiedliche stressogene Arbeitssituationen definieren, **Tabelle 1**. Eine Arbeitssituation mit der größten stressogenen Potenz und krankheitsfördernde Wirkung, „Job-Strain“ genannt, [11, 14] steht nahezu immer im Vordergrund der sozial- und betriebsmedizinischen Betrachtungen. Nicht übersehen werden sollte dabei, dass die beiden stressogenen Arbeitssituationen mit ausgeprägten Handlungsspielräumen immer dann gesundheitsförderndes persönliches Entwicklungspotential enthalten, wenn sie als

persönliche Herausforderung angenommen werden und bewältigt werden können.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf einer Darstellung der differenzierten Interventionsmöglichkeiten auf der Mitarbeiterebene, die sich analog der verschiedenen DC-Belastungsmodelle ergeben, **Tabelle 3**. Die mitgeteilten Erfahrungen beruhen alle auf Einzelfallgeschichten, geförderte Studien hierzu gib es bislang nicht. Ähnliche Erfahrungen gibt es aus der neueren amerikanischen Literatur [8].

Hauptteil

Wenn arbeitsgestresste, bzw. ängstlich-depressiv-psychosomatisch erkrankte Erwerbstätige vorstellig werden, sollten nach der Symptomschilderung immer

Tabelle 1: Das „Demand-Control“ Modell der Arbeitsplatzbelastung (modifiziert)

resultierende, stressogene Arbeitsplatzbelastung		Handlungsspielraum des Mitarbeiters in seinen Tätigkeiten	
		hoch	niedrig
Arbeitsplatzanforderungen inklusive Dynamik und Komplexität	hoch	mittelgradig , (Stress kann ggfs. kompensiert werden.)	hoch , (Stress wird mit der Zeit krankheitsfördernd.) „Job-Strain“
	niedrig	geringer , (Stress allenfalls durch fehlende Leistungsanreize und fehlende FLOW Möglichkeiten.)	mittelgradig , (pathogener Stress kann zeitweise kompensiert werden, jedoch i. d. R. keine Arbeitszufriedenheit, niedrige Arbeitsmotivation usw.)

Tabelle 2: Objektiv und subjektiv verstehbare Arbeitsbelastungsaspekte

Aspekte der Arbeitsbelastung nach Mitarbeiter / Patientenschilderung		objektiv extern nachvollziehbar	
		hoch	niedrig
subjektiv im Mitarbeiter, Patienten erlebt und ggfs. erst durch biografische Bezüge, psychische Fähig- keitsstörungen extern nachvollziehbar	hoch	objektiv-subjektive Doppelbelas- tung: Welcher Aspekt dominiert? → gemischte Intervention (Psychotherapie + Coaching)	rein subjektive Belastung: Konflikt? Persönlichkeitsstörung? Sonstige biografische Belastung? → Psychotherapie
	niedrig	rein objektiv Belastung: → Coaching	keine objektiven, oder subjektiven Belastungsaspekte eruierbar. → klärendes Gespräch: Motivationsproblem? Kommunikationsproblem? Wahrnehmungsproblem des Patienten?

die objektivierbaren und subjektiv empfundenen Arbeitsbelastungen und Handlungsspielräume exploriert werden, siehe **Tabelle 1** und **Tabelle 2**. Welcher der vier verschiedenen DC-Belastungsmodi der **Tabelle 1** ist am ehesten anzunehmen?

Können zusätzlich berufsrelevante Fähigkeitsstörungen der Mitarbeiter, die möglicherweise auf intrapsychische Konflikte, oder Persönlichkeitsstörungen zurückzuführen sind, exploriert werden? Sie werden in **Tabelle 3** nur exemplarisch für die wahrscheinlich häufigsten Konstellationen angedeutet. Alle Interventionsmöglichkeiten sollten bei erkrankten Mitarbeitern immer in ein Rahmenbehandlungsprogramm mit einem individuell unterschiedlichen Anteil störungsspezifischer Therapieelemente integriert werden.

Allgemeine Hinweise zur Exploration der Arbeitsanforderung:

Ist die Arbeitsanforderung für Externe objektivierbar – oder erscheint sie eher subjektiv verstehbar? Beide Aspekte sind von großer Bedeutung. Alle Kombinationen sind denkbar und sollten differenziert werden, **Tabelle 2**. Nur so kann eine passende Interventionsmethodik (Psychotherapie, Coaching, klärendes Gespräch, Kombination) gewählt werden. Eine subjektiv verstehbare Arbeitsbelastungs-

einschätzung könnte intrinsische, biografisch verstehbare Gründe haben (Perfektionismus, Delegationsschwäche, aber auch passives Warten auf anspruchsvolle Aufgaben, rasches gekränkt Sein u. a. m.). Häufig ergibt sich eine Kombination aus extrinsischen und intrinsischen Gründen, so dass eine kombinierte Intervention (etwa coachend und psychotherapeutisch) sinnvoll wird.

Allgemeine Hinweise zur Exploration des Handlungsspielraumes:

Ist dieser tatsächlich dem gestressten Mitarbeiter / Patienten bekannt – oder ggfs. doch größer (anders), als dieser vermutet? Sorgfältig überlegte Versuche, das Ausmaß des tatsächlichen Handlungsspielraumes auszuloten, sind immer sinnvoll und stellen den Kern eines jeden Bewältigungsversuches bei allen DC-Belastungssituationen, insbesondere jedoch bei der „Job-Strain“ Belastung dar. Häufig sind die Handlungsspielräume in der konkreten betrieblichen Realität größer, oder anders, als der Mitarbeiter / Patient glaubt zu wissen. Das Unwissen über die Handlungsspielräume ist nahezu immer auf ein Vermeidungsverhalten des Mitarbeiters / Patienten zurückzuführen. Die Möglichkeit, Handlungsspielräume durch aktives Fragen und / oder Handeln auszuloten, wird auch aus Angst vor evtl. Kritik und Sanktionen vermie-

den. Dieses Vermeidungsverhalten ist solange stressreduzierend, wie die bekannten Handlungsspielräume dem Mitarbeiter / Patienten zur Lösung seines Arbeitsdruckes ausreichen. Im „Job-Strain“ sieht sich der Mitarbeiter / Patient zunehmend außerstande, den betrieblichen Anforderungsdruck mit dem ihm bekannten Handlungsspielraum stressreduzierend zu lösen. Nun muss er abwägen: Lässt er sich weiter von seinem Vermeidungsverhalten leiten und versucht die aktuelle Situation „auszuhalten“, oder riskiert er Auslotungsexperimente mit der Gefahr von Kritik und Sanktion – aber auch der Chance zunehmender Handlungsmöglichkeiten mit Stressreduktion und Wiederherstellung / Erhalt seiner Arbeitsfähigkeit?

Aus pragmatischen Gründen lassen sich 2 Stufen von „Auslotungsexperimenten“ unterscheiden, welche nacheinander versucht werden können.

Auslotungsexperimente der Stufe I:

Welches Auslotungsexperiment führt einerseits zu einer Stressentlastung, fällt andererseits im Betrieb (zumindest den Vorgesetzten) nicht bewußt auf und ist gleichzeitig sinnvoll, konstruktiv für den Betrieb? Die Erfahrung zeigt, dass hier häufig systemische Experimente gefunden werden können, die zwar zunächst nicht zu einer deutlichen Stressreduktion führen, aber das stressauslö-

Tabelle 3: Interventionsmöglichkeiten zum „Demand-Control -Modell“ aus ärztlicher, therapeutischer und coachender Sicht:

Typische „Demand-Control-Situationen [DC-Situationen]“	Interventionsmöglichkeiten aus „therapeutischer-coachender“ Sicht	
	verhaltens-, systemtherapeutisch, in der objektivierbaren betrieblichen Realität	klärend im Umgang mit sich selber
Hohe Arbeitsanforderung – hoher Handlungsspielraum	Schrittweise die Grenzen des eigenen großen Handlungsspielraumes ausloten: wieviel Unterstützung wird gewährt? Ggfs. Fortbildung, Coaching usw. Bald Rückkoppelung mit Vorgesetzten suchen. Eigene Ressourcen zielorientiert und konsequent einsetzen, ggfs. neue lernen.	Die betriebliche Situation als persönliche Herausforderung annehmen lernen, aber auch eigene Überforderungsgrenzen erkennen und akzeptieren lernen. (Chance zur Resilienz annehmen). Teilschritte definieren, deren Erreichung persönlicher Erfolg darstellt. Beachten* biografischer Bezüge (z. B. „innere Antreiber“). Beachten* möglicher psychiatrischer Komorbidität, z. B. (Hypo)manieneigung .
Hohe Arbeitsanforderung – niedriger Handlungsspielraum = „Job-Strain“	Ist der eigene Handlungsspielraum tatsächlich so niedrig? Gezieltes Ausloten des tatsächlichen Handlungsspielraumes ggfs durch begleitete „therapeutische Auslotungsexperimente“ Stufe I + II. Vorher intensive Kommunikation mit vertrauten Mitarbeitern und ggfs. vorsichtige sachliche Kommunikation mit Führungskräften suchen. GGfs. vorbereitende Experimente: Was passiert, wenn ich mich neu in eine bestimmte Richtung verhalte? Eigene Ressourcen zielorientiert und konsequent einsetzen, ggfs. neue lernen.	Vor allem Erkennen und Akzeptieren der starken Gesundheitsbelastung und ggfs. der „burn-out Falle“! Ggfs. außerbetriebliche Unterstützung suchen (Krankenkassen, arbeitsstress erfahrener Coach / Psychiater / Psychotherapeut). Ggfs. bewußte „innere Kündigung“ (!) zur Entlastung anstreben und ggfs. baldige aktive Stellensuche fördern. Beachten* biografischer Bezüge (z. B. „innere Kontrolleure“, „Perfektionismus“, „Delegationsschwäche“ uam) Beachten* möglicher psychiatrischer Komorbiditäten, z. B. ängstlich-dependent, zwanghafte Persönlichkeitsfacetten .
niedrige Arbeitsanforderung – hoher Handlungsspielraum	„Therapeutische“ Experimente mit dem Ziel, sich mehr sinnvolle Arbeit zu besorgen. Gibt es hier Organisationsspielraum? Ist Mitarbeiter ggfs. zu abwartend, passiv?	Welche intrinsische Erwerbsmotivation besteht? Beachten* biografischer Bezüge: Erneutes Übersehen der Person durch Nicht-Beachtung wegen Nicht-Zuteilung einer ausreichenden Arbeitsmenge? Beachten* möglicher psychiatrischer Komorbiditäten, z. B. narzißtische, histrionische Persönlichkeitsfacetten.
niedrige Arbeitsanforderung – niedriger Handlungsspielraum	komplexe Situation, da keine zeitnahe pathogene Arbeitsbelastung droht, aber andererseits Arbeitszufriedenheit und persönliche Weiterentwicklung unwahrscheinlich ist. „Status-Quo“ droht. Ganz verschiedene individuelle Anpassungsstrategien möglich.	Komplexe Situation, verschiedene individuelle Interventionen denkbar. Wo liegt der Hauptstressor: niedrige Arbeitsanforderung – oder niedriger Handlungsspielraum – oder Kombination?

sende Ohnmachtsgefühl: *man kann rein-gar-nichts an der Situation verändern*, eindeutig widerlegen. Damit ist für gestresste Mitarbeiter / Patienten der entscheidende Anfang in die aktive Handlungsorientierung, heraus aus der passiven Hilflosigkeit gemacht [7]. Nach bisheriger kasuistischer Erfahrung kann diese häufiger eine weitere

positive stressbewältigende Entwicklung des Mitarbeiters / Patienten einleiten [10], die ggfs. bis zur eigenständigen resilienten Mitarbeiterpersönlichkeit führen können [8].

Auslotungsexperimente der Stufe II: Bei Wirkungslosigkeit von Stufe I-Experimenten kann die Notbremse

gezogen werden. Es werden Auslotungsexperimente versucht, welche keine direkte „Win-Situation“ für den Betrieb mehr anstreben. Hier wird sich zunächst die Frage nach Möglichkeiten eines stressreduzierenden „inneren Rückzugs“ und „heimlicher, aber definierter Schonarbeit“ (!) stellen. Möglicherweise fällt eine mäßig leistungs-

reduzierte Arbeit nicht (sofort) auf, zumal die aktuelle Arbeitsleistung des gestressten Mitarbeiters sicherlich bereits reduziert ist. Ist der gestresste, unmittelbar von Arbeitsunfähigkeit bedrohte Mitarbeiter aus Selbstschutzgründen zum „inneren Rückzug“, zum „Dienst nach Vorschrift“ oder zur „taktischen Schonarbeit“ bereit und erlebt hierdurch eine Stressreduktion, dann ist die unmittelbare Gefahr der psychischen Dekompensation mit Arbeitsunfähigkeit zunächst abgewandt. Zusätzlich sinkt auch das stressbezogene Unfallrisiko [3]. Vielleicht kann er sein reduziertes Arbeitspensum sogar qualitativ besser ausfüllen, so dass der Betrieb hierdurch noch eine indirekte Win-Situation erhält. Alle Auslotungsexperimente der Stufe II beinhalten immer eine faire Grundeinstellung zum Betrieb, damit keine zusätzlichen Loyalitätskonflikte im gestressten Patienten auftreten. Allerdings wird sich der „heimlich, aber fair weniger arbeitende“ Mitarbeiter eine Erklärungsstrategie überlegen müssen, wenn er von Vorgesetzten auf sein geändertes Arbeitsverhalten angesprochen wird. Hierzu eignen sich prinzipiell unterschiedliche Kommunikations- und Selbstbehauptungsstrategien.

Eine therapeutisch-coachende Anleitung zur „heimlichen, aber fairen Schonarbeit“ wird zunächst irritieren. Allerdings muss der im „Job-Strain“ gestresste Mitarbeiter in letzter Konsequenz und Not seine Arbeitsanforderung (quantitativ, qualitativ) heimlich herunterregulieren, wenn er die nötigen Handlungsspielräume nicht direkt erweitern kann und individuell an krankmachenden Anforderungsgrenzen angelangt ist. Da die Entscheidung, heimlich weniger (oder anders) zu arbeiten, indirekt wieder den Handlungsspielraum erweitert, können Auslotungsexperimente der Stufe II im DC-Modell unter Handlungsspielraum und nicht unter Arbeitsanforderung subsumiert werden.

Es wäre interessant herauszufinden, inwieweit hierdurch zumindest kontraproduktives Arbeitsverhalten, wie es

sonst unter ungerecht erlebten Stressbedingungen auftritt [5, 9], vermieden werden könnte. Möglicherweise führen die Auslotungsexperimente der Stufe II indirekt zu mehr betrieblichen Win-Situationen, als zunächst vermutet.

Fazit

Das DC-Arbeitsplatzbelastungsmodell beinhaltet „Win-Win-Chancen“ für Mitarbeiter und Betriebe. Einerseits können zunehmende Stressbelastungen auf mögliche, den Mitarbeitern bisher unbekannte, versteckte Handlungsspielräume systematisch untersucht werden und diese ggfs. umgesetzt werden. So bleibt die Arbeitsfähigkeit dem Betrieb ohne kontraproduktives Arbeiten [5, 9], ohne Absentismus, ohne Präsentismus erhalten. Andererseits ermöglicht es dem gestressten Mitarbeiter, eine Bewältigungschance, die idealerweise ein gesundheitsförderndes resilientes Persönlichkeitswachstum einleitet. Die zu bewältigende Arbeitssituation sollte allerdings gleichzeitig immer auch aus Führungssicht auf mögliche DC-Belastungsfaktoren und primär-präventiven Lösungsmöglichkeiten untersucht werden. Eine Vernetzung von Verhaltens- und Verhältnisprävention erscheint deshalb bei psychischen Erkrankungen grundsätzlich die effektivste Interventionsstrategie [12]. □

Literatur:

- [1] Bandura, A., Locke, E. A.: *Negativ self-efficacy and goal effects revisited*. *Journal of Applied Psychology* 2003; 88: 87–99
- [2] Bödecker, W.: *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland*. www.bkk.de (Aufruf 10. 2. 2009)
- [3] Eliehausen, H. J., Donker, L., Fritzsche, A., Konerding, J., Pavlovsky, B., Schott, S., Seidel, D.: *Stress und Arbeitsunfall*. *Die BG* 2002; 12: 614–619
- [4] Flintrop, J.: *Psychische Erkrankungen weiter auf dem Vormarsch*. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106: 99
- [5] Greenberg, J.: *Employee theft as a reaction to underpayment inequity: The hidden cost of pay cuts*. *Journal of Applied Psychology* 1990; 75: 561–568
- [6] Kasarek, R. A., Theorell, T.: *Healthy Work*. Basic Books New York 1990
- [7] Kuhl, J.: *Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state versus action orientation*. *Journal of Personality and Social Psychology* 1981; 40: 155–170
- [8] Maddi, S. R., Koshabe, D. M.: *Resilience at work. How to succeed no matter what life throws at you*. AMACOM New York 2005
- [9] Nerdinger, F. W., Blicke, G., Schaper, N.: *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Springer Heidelberg 2008, Kapitel 25: *Formen des Arbeitsverhaltens*. S. 444–458
- [10] Poersch, M.: *Wiedereingliederungstherapie in das Erwerbsleben für depressiv / psychosomatisch kranke Erwerbstätige mit initial stabiler Erwerbsbiografie*. *Arbeitsmedizin. Sozialmedizin. Umweltmedizin* 2007; 42: 228–235
- [11] Siegrist, J.: *Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 [Suppl 5] 115–119
- [12] Sockoll, I., Kramer, I., Bödecker, W.: *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*. iga. Report 13 I. Auflage 2008 www.iga-info.de
- [13] Weber, A., Hörmann, G.: *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Utopie oder Notwendigkeit?* *Gesundheitswesen* 2008; 70: 105–114
- [14] Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tuchsén, F., Bonde, J. P.: *Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce*. *BMC Public Health* 2008; 8: 280–287
- [15] Wieland, R.: *Barmer Gesundheitsreport 2008*. www.barmer.de (Aufruf 10. 3. 2009)
- [16] Wissenschaftliches Institut der AOK: *Steigender Krankenstand: Psychische Erkrankungen weiterhin auf dem Vormarsch*. Pressemitteilung 25. 2. 2009 www.wido.de (Aufruf 30. 4. 2009)

Danksagung: Die Arbeit wurde aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz und des Europäischen Sozialfonds gefördert.