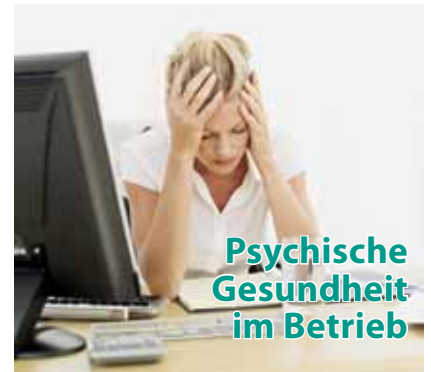


Psychische Gesundheit im Betrieb

Folge 3



Einleitung

Die arbeitsmedizinische Empfehlung „Psychische Gesundheit im Betrieb“ des Ausschusses für Arbeitsmedizin des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nennt Eckdaten zur Psychischen Gesundheit und stellt dabei die Rolle des Betriebsarztes in den Mittelpunkt.

In den Folgen 1 bis 4 werden die **Grundlagen** vermittelt. Hier findet ein wissenschaftlicher Exkurs zum Bedingungsgefüge von psychischer Gesundheit und Krankheit statt. Dieser hilft, die Komplexität der Interaktion von biologischen und psychischen Prozessen zu verstehen. Die für den Erhalt und die Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeit wesentlichen Faktoren werden zusammengefasst und mit den aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt konfrontiert. Gängige wissenschaftliche Hypothesen und Modelle vermitteln mögliche Lösungsoptionen für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen.

In den Folgen 5 und 6 **Perspektiven und Methoden** werden ausgewählte Ansätze und Analyseinstrumente für den Methodenkoffer des Betriebsarztes zur Identifikation von psychischen Belastungen und Ressourcen im Rahmen der Gefährdungsermittlung und -beurteilung ausführlich vorgestellt, auf eine umfassende Darstellung wird aber bewusst verzichtet. Mögliche externe Kooperationspartner werden benannt. Die Rahmenbedingungen in kleinen und mittelgroßen Unternehmen werden stets berücksichtigt. Für die praktische Umsetzung wird ein bewährtes dreistufiges Vorgehen empfohlen.

Die Vorstellung erfolgreicher **betrieblicher Beispiele** in Folge 7, Handlungsansätze und eine Darstellung wesentlicher **Erfolgsfaktoren** in Folge 8 runden die Empfehlung ab.

Grundlagen

4 Wissenschaftliche Untersuchungen und Ergebnisse

4.1.3 Aktuelle Entwicklungen der Arbeitswelt

Die heutige Arbeitswelt ist durch technologischen Fortschritt, durch Globalisierung und damit einhergehende raum-zeitliche Flexibilisierung geprägt. Neue Technologien haben einerseits zu Arbeitserleichterungen, andererseits zu Arbeitsverdichtung und -intensivierung mit negativen Folgen für die Gesundheit geführt (Bamberg, Ducki, Metz 2011). Der Wert einmal erworbener Qualifikationen relativiert sich durch diesen Wandel; Beschäftigte sind zunehmend mit der Notwendigkeit lebenslangen Lernens konfrontiert. Hinsichtlich der Flexibilisierung lassen sich verschiedene Entwicklungen aufzeigen, die die Gestaltung der Arbeitsverhältnisse, die Organisation der Arbeit und die Gestaltung von Arbeitsaufgaben betreffen und unterschiedliche Folgen für die Gesundheit haben können.

Heute arbeiten mit steigender Tendenz zirka ein Viertel aller Erwerbstätigen in **atypischen Beschäftigungsverhältnissen**, die sich vom sogenannten Normalarbeitsverhältnis¹ durch befristete Arbeitsverträge, niedrigeres Einkommen, geringere Arbeitszeiten und eingeschränkte Arbeitnehmerschutzrechte

unterscheiden (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 7). Viele davon sind prekäre² Beschäftigungsverhältnisse, die nicht geeignet sind, auf Dauer den Lebensunterhalt einer Person sicherzustellen und/oder deren soziale Sicherung zu gewährleisten (ebd. S. 5). Diese Situation kann auch für die Stammbeschafteten eine erhebliche Verunsicherung bedeuten. Fünf Prozent der Erwerbstätigen sind heute gezwungen, neben der Haupttätigkeit noch einer weiteren Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Befristete und damit häufiger wechselnde Arbeitstätigkeiten verändern das Belastungsspektrum innerhalb der Berufsbiografie. Einerseits können Dauerexpositionen vermieden oder reduziert und neue zeitliche Kompensationsformen entwickelt werden. Andererseits können Belastungen in neuer Art additiv zusammenwirken, wenn beispielsweise Erwerbstätige in Entleihunternehmen zwar in wechselnden Firmen, aber dort immer in besonders

¹ Normalarbeitsverhältnisse sind gekennzeichnet durch eine Vollzeit- oder eine Teilzeittätigkeit mit mindestens der Hälfte der üblichen vollen Wochenarbeitszeit, ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis, die Integration in die sozialen Sicherungssysteme, die Identität von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis. Unter atypischer Beschäftigung werden alle abhängigen Beschäftigungsverhältnisse verstanden, die eines oder mehrere der folgenden Merkmale aufweisen: Befristung, Teilzeitbeschäftigung mit 20 oder weniger Stunden, Zeitarbeitsverhältnis, geringfügige Beschäftigung unter 400 Euro / Monat (Statistisches Bundesamt, 2009, S.5).

² precaire – widerruflich, unsicher, auf Bitten gewährt

stark belasteten Arbeitsbereichen eingesetzt werden (Ducki & Busch, 2010). Besondere Belastungen ergeben sich für prekär Beschäftigte durch die existenzielle Unsicherheit, den ständigen Wechsel des Arbeitsorts und der damit verbundenen immer neuen dinglichen und sozialen Arbeitssituationen. Befristet beschäftigte Arbeitnehmer müssen sich in kurzer Zeit an neue örtliche Bedingungen und spezifische Arbeitsverfahren gewöhnen, was ein Grund für das höhere Unfallrisiko von Leiharbeitnehmern sein kann (Splittgerber, 2009).

Über zwei Drittel aller deutschen Unternehmen haben **flexible Arbeitszeitmodelle**. Knapp 60 % aller Erwerbstätigen geben an, mehr als 40 Stunden pro Woche zu arbeiten, knapp 5 % arbeiten mehr als 60 Stunden pro Woche. 26 % arbeiten am Samstag, 13 % an Sonn- bzw. Feiertagen (BauA, 2010). Etwa jeder Fünfte hat zumindest manchmal Nachtdienst. Ein ähnlicher Anteil leistet Bereitschaftsdienst (Beermann, Brennscheidt, Siefer, 2008). Flexible Arbeitsformen ermöglichen aber auch Auszeiten wie Sabbaticals, Qualifizierungsphasen können in Beschäftigungsphasen integriert werden, unterschiedliche arbeitszeitliche Wiedereinstiegsoptionen beispielsweise nach längerer Krankheit oder einer Familienpause sind möglich. Arbeitszeitliche Flexibilisierung kann je nach Ausgestaltung negative oder positive Effekte für die Gesundheit haben. Während überlange Arbeitszeiten, Schichtarbeit und fehlende Planbarkeit von Arbeitszeiten mit negativen Folgen verbunden sind, sind individuell bestimmbare flexible Arbeitszeiten der psychosozialen Gesundheit zuträglich (Hielscher 2000; Klumb & Gemmiti, 2011).

Ein weiterer Flexibilisierungsaspekt ist die zunehmende **räumliche Mobilität**. Mobilitätsformen wie beispielsweise tägliche Geschäftsreisen, das wöchentliche Pendeln zum Arbeitsort, Entsendungen über längere Zeit haben in nahezu allen Bildungs- und Sozialschichten deutlich zugenommen (Widmer & Schneider, 2006). So unterschiedlich die

Mobilitätsformen sind, so unterschiedlich sind die Folgen für die Gesundheit der Betroffenen: Sie reichen von erhöhten physiologischen Stressparametern beim täglichen Pendeln über psychosoziale Folgen der Entwurzelung und Vereinsamung bei wöchentlichen oder saisonalen Pendelformen bis hin zu neuen psychosozialen Kulturphänomenen bei Mehrfachentsendungen, bei denen Heimat kein Ort mehr ist, sondern ein Gefühl, das sich an den engsten Beziehungen ausrichtet (Ducki, 2010).

Auf der Ebene der konkreten **Arbeitsaufgaben** hat vor allem die Kommunikationstechnologie zu einer starken Fragmentierung der Arbeitsvollzüge und zur Informationsüberlastung geführt. **Arbeitsunterbrechungen und Multitasking** haben deutlich zugenommen (Beermann, Brennscheidt, Siefer, 2008; Mark Gonzalez, Harris, 2005). In der repräsentativen BIBB / IAB-Erwerbstätigenbefragung 2006 geben 59 % der Erwerbstätigen an, verschiedene Aufgaben gleichzeitig erledigen zu müssen – im Jahr 1999 waren es 42 %. Über Arbeitsunterbrechungen klagen 46 % der Befragten, 1999 waren es 34 %. Baethge & Rigotti (2010) zeigen in einem Forschungsüberblick, dass Arbeitsunterbrechungen und Multitasking als Stressoren einen substantiellen Beitrag zur Erklärung des psychosozialen Wohlbefindens von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern leisten. Gehäufte Arbeitsunterbrechungen gehen einher mit negativen Gefühlen wie Kontrollverlust, höherer Depressivität, höherer Erschöpfung, erhöhten psychosomatischen Beschwerden und eingeschränkter Schlafqualität (ebd.). Längsschnittstudien belegen einen Ursache-Wirkungszusammenhang (Leitner et al., 1993). Unterbrechungen führen dazu, dass Arbeitsaufgaben nicht abgeschlossen werden können. Unerledigte Aufgaben befördern „Rumination“, das heißt eine fortwährende gedankliche Beschäftigung mit der Aufgabe, bzw. dem Problem. Die Unfähigkeit abzuschalten steht mit einem gestörtem Wohlbefinden, gestörtem Schlaf und mit einer eingeschränkten nächtlichen Rückstellung

der kardiovaskulären Aktivität sowie einem erhöhtem Risiko für die Entwicklung von Herz-Kreislaufkrankungen in Beziehung (Rau, 2011).

Einflussfaktoren auf die Wirkung von Unterbrechungen sind organisationale Rahmenbedingungen, personale Faktoren (wie beispielsweise Polychronizität, Geübtheit oder die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses), die Charakteristika der Unterbrechung und der Primärtätigkeit selbst (Vorhersehbarkeit, Dringlichkeit, Zeitpunkt der Unterbrechung im Verlauf der Primärtätigkeit, Art der Primärtätigkeit) und allgemeine Tätigkeitsmerkmale wie Handlungsspielraum, soziale Unterstützung (Baethge & Rigotti, 2010). In Laborstudien wurde gezeigt, dass Arbeitsunterbrechungen auch zu positiven Kompensationen führen können (konzentrierter und schneller arbeiten) (Mark et al., 2008). Positive Effekte von Arbeitsunterbrechungen werden für einfache monotone Arbeitsaufgaben genannt, da sie die erlebte Langeweile reduzieren (Fischer, 1998).

Atypische Beschäftigungsformen, die zeitliche Flexibilisierung, die zunehmende Unabhängigkeit vom Arbeitsort und selbst Unterbrechungen und Multitasking können auch gesundheitsförderliche Potentiale beinhalten: die freiere Wahl des Arbeitsortes ermöglicht es, unterschiedliche Lebensinteressen besser zu kombinieren und aufeinander abzustimmen. Zeitliche und örtliche Flexibilität ermöglicht beispielsweise, dass gemeinsame familiäre Essenszeiten mit Kindern wahrgenommen werden können. Zeitliche Befristungen von Arbeitsverhältnissen befristen auch die mit der Tätigkeit verbundenen Belastungen. Unterbrechungen und Multitasking können Arbeit in begrenztem Maße abwechslungsreicher machen. Ob sich solche gesundheitsförderliche Potentiale entfalten können, ist von der konkreten Ausgestaltung der Kontextbedingungen abhängig. Aus diesem Grunde kommt einer humanen und gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen eine zentrale Bedeutung zu.

4.2 Wissenschaftliche Hypothesen zu „kränkenden“ Kontextbedingungen in der Arbeitswelt

Parallel zum Anstieg psychischer Erkrankungen sind in den letzten Jahrzehnten in der Epidemiologie, Soziologie und Psychologie Modelle (weiter-) entwickelt worden, die zum Verstehen hilfreich sind, eine gute Vorhersagbarkeit von Gesundheitsrisiken aus psychosozialen Belastungskonstellationen haben und außerdem Ansätze für präventive Handlungsoptionen beinhalten:

1. Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus et al. (1981).
2. Das Job Demand Control Modell nach Karasek und Theorell (1992).
3. Das Gratifikationskrisenmodell von Siegrist (1996, 2002).
4. Das Allostatic Load Modell von McEwen (2004).
5. Das Salutogenesemodell von Antonovsky (1987).

1. Das Transaktionale Stressmodell: Lazarus und Launier (1981) verstehen unter Stress „jedes Ereignis (...), in dem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen.“ Dabei werden interne (Ziele, Werte, Sichtweisen) und externe (Rolle, Erwartungen, Anforderungen) Faktoren unterschieden. Die Situation wirkt nicht nur auf die Person, sondern die Person kann durch kognitive Bewertungsprozesse (primäre Bewertung: Bedeutung des Ereignisses für das Wohlbefinden der Person; sekundäre Bewertung: verfügbare Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten), Einfluss auf die Situation nehmen.

Der Hauptaspekt des transaktionalen Ansatzes ist, dass in einer als „stressend“ erlebten Situation nach dem Urteil der betroffenen Person ein Ungleichgewicht besteht zwischen den Anforderungen und den individuell zugänglichen Ressourcen, diesen Anforderungen gerecht zu werden.

2. Das Job Demand Control Modell ermöglicht eine Vorhersage eingeschränk-

ter seelischer Gesundheit aus der Wechselwirkung erlebter Höhe der Anforderungen, eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielräumen und reduzierter sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz. Der wesentliche Stressor ist der geringe Handlungs- und Entscheidungsspielraum, nicht die Arbeitsmenge an sich. So können hohe Anforderungen in der Arbeit in Verbindung mit großem Entscheidungsspielraum auch eine Chance für persönliche Entwicklung und das Erleben von Selbstwirksamkeit sein.

3. Das Gratifikationskrisenmodell von Siegrist bezieht in die Risikoprävention nicht nur die bekannte erschöpfende hohe individuelle Verausgabung ein, sondern berücksichtigt auch die sozial vermittelten fehlenden Belohnungen (Gratifikation). Dies umschließt viel mehr als das Gehalt, dass jemand für seine Arbeit erhält. Das Gefühl, angemessen anerkannt und wertgeschätzt zu werden, geht ebenso mit in die Bewertung ein, wie die Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung in der Arbeit. Dieses Modell konnte vielfach den Zusammenhang zwischen Belastungen und Gesundheitsfolgen nachweisen.

4. Das auf der Basis biochemischer Untersuchungen und Studien entwickelte allostatic load modell von McEwen konnte an der Regulation von Stresshormonen wie Glukokortikoiden und Katecholaminen zeigen, dass außer der Dauer und der Intensität von Belastungen vor allem gestörte oder zu kurze Erholungsphasen für das Ausmaß des Erkrankungsrisikos mit verantwortlich sind. Der Beachtung und Bewertung von Pausen und Erholungsprozessen kommt ein ebenso hoher Prädiktionwert zu wie der Messung und Diagnostik der Belastungskonstellationen an sich.

5. Das Salutogenesemodell von Antonovsky ist wohl das bekannteste, nachdem die WHO den Paradigmenwechsel von der Pathogenese (Frage: Was macht krank?) zur Salutogenese (Was erhält gesund?) 1986 mit der Publikation der Ottawa-Charta einleitete und damit die „**Betriebliche Gesundheitsförderung**“ etablierte.³

Antonovsky hat sich als Medizinsoziologe mit dem Phänomen beschäftigt, wie es Menschen gelingt, auch unter schwierigen Bedingungen gesund zu bleiben (Salutogenese). Seine Forschungsergebnisse verweisen bei diesen Personen auf gut entwickelte „Widerstandsressourcen“, die entscheidende ist der „sense of coherence“ (SOC), in deutscher Übersetzung meist als Kohärenzgefühl bezeichnet. Das Kohärenzgefühl setzt sich zusammen aus Verstehbarkeit (comprehensibility), Bewältigbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness). Übertragen auf den betrieblichen Kontext kann dies bedeuten: **Verstehbarkeit:** verlässliche Unternehmenspolitik, Transparenz von Entscheidungen, Klarheit in der Verteilung von Kompetenz und Verantwortung, Einbindung der Mitarbeiter. **Bewältigbarkeit:** Ressourcen, Soziale Unterstützung, Gesundheitsorientiertes Führungsverhalten, Anerkennung und Wertschätzung, Kollegialität, Möglichkeit von Qualifikation, Gefühl, dass Schwierigkeiten gemeistert werden können. **Sinnhaftigkeit:** Eigenverantwortlichkeit und Partizipation, Vermittlung des Gefühls, das es Sinn macht, sich aktiv zu engagieren, Vermittlung, was das Ziel der Herausforderung ist. □

Der Beitrag wird fortgesetzt.

Die Redaktion dankt Dr. A. Schoeller für die redaktionelle Aufbereitung des Textes.

³ Die Ottawa-Charta wurde 1986 von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet und gilt als das zentrale Dokument der Gesundheitsförderung

Literatur:

- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well.* San Francisco.
- Baethge, A. & Rigotti, T. (2010). *Arbeitsunterbrechungen und Multitasking.* Dortmund / Berlin / Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. M. (in press / 2011). *Handlungsbedingungen von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement.* In: E. Bamberg, A. Ducki und A. M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt.* (S. 93–105). Göttingen: Hogrefe.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010). *Arbeitswelt im Wandel Zahlen – Daten – Fakten.*
- Beermann, B., Brenscheidt, F. & Siefer, A. (2008). In: B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2007* (S. 69–81). Heidelberg: Springer.
- Ducki, A. (2010). *Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit. Überall dabei – Nirgendwo daheim.* In: B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2009.* Heidelberg: Springer. S. 61–70. ISBN: 978-3-642-01077-4
- Ducki, A. & Busch, C. (2010). *Gesundheitsförderung bei Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen*. In: *G+G Wissenschaft, Jg. 10, Heft 2*, 22–30.
- Fischer, C. D. (1998). *Effects of external and internal interruptions on boredom at work. Two studies.* *Journal of Organizational Behaviour.* 19, 503–522.
- Hielscher, V. (2000). *Entgrenzung von Arbeit und Leben? Die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und ihre Folgewirkungen für die Beschäftigten. Eine Literaturstudie.* Berlin: Veröffentlichungsreihe der Abteilung Regulierung der Arbeit des WZB, FS II 00-201.
- Karasek, R.; Theorell, T. (1992): *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life.* New York.
- Klumb, P. & Gemmiti, M (2011). *Harmonisierung von Berufs- und Privatleben: Vorsicht vor schnellen Lösungen.* In: E. Bamberg, A. Ducki, A. M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt.* Göttingen: Hogrefe. S. 255–275.
- Lazarus, R. S.; Launier, R. (1981): *Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt,* in: Marmot, M. G. et al. (1991): *Health inequalities among British civil servants. The Whitehall II study,* in: *The Lancet*, 337: 1387–1393.
- Leitner, K. (1993). *Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit.* In *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 47: 98–108.
- Mark, G., Gonzalez, V. M. & Harris, J. (2005). *No task left behind? Examining the nature of fragmented work.* *CHI, April 2-7. Portland: Orgeon*, 321–330.
- McEwen, B. S. (2004): *Protection and damage from acute and chronic stress. Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders.* In: *Ann N Y Academic Science*, 1032: 1–7
- Rau, R. (2011). *Zur Wechselwirkung von Arbeit, Beanspruchung und Erholung.* In: E. Bamberg, A. Ducki, A. M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt.* Göttingen: Hogrefe. S. 81–106.
- Siegrist, J. (2002): *Effort-reward imbalance at work and health,* in: Perrewe, P., Ganster, D. (eds.): *Research in occupational stress and well being. Historical and current perspectives on stress and health.* New York.
- Splittgerber, B (2009). *Arbeits- und Gesundheitschutz in der Zeitarbeit Erfahrungen, Ansatzpunkte und Schwierigkeiten.* www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaahvjk (Zugriff am 19. 02. 2010)
- Statistisches Bundesamt (2009). *Niedrigeinkommen und Erwerbstätigkeit. Gruppe ID, Pressestelle, in Zusammenarbeit mit den Gruppen III D Arbeitsmarkt und D Verdienste und Arbeitskosten.* Wiesbaden.
- Widmer E, Schneider NF (2006) (eds) *State-of-the-Art of Mobility Research. A Literature Analysis for Eight Countries Job Mobilities Working Paper No. 2006-01* www.jobmob-and-families.eu/links.html (Zugriff am 04. 07. 2009)

Auswirkungen von Veränderungen in Unternehmen auf Beschäftigte

Kolloquium: Restrukturierung und Gesundheit

Am 20. September 2012 veranstalten die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen gemeinsam das Kolloquium „Restrukturierung und Gesundheit – Aktuelle Erkenntnisse und Forschungsfragen“ in der Historischen Stadthalle Wuppertal.

Neue Bedingungen am Markt und im Wettbewerb erhöhen den Druck auf Unternehmen und Organisationen sich anzupassen. Ein Trend, der sich seit einigen Jahren verstärkt und beschleunigt fortsetzt. Als Folge wechseln sich immer rascher die vielfältigen und teilweise umfassenden Maßnahmen der Restrukturierung ab, die eine eigene Dynamik entwickeln.

Ob neue Managementsysteme, Fusionen oder Stellenabbau, für Beschäftigte gehen Restrukturierungsanstrengungen oft einher mit vermehrtem Stress, Arbeitsverdichtung und gestiegenen Arbeitsanforderungen. Dies kann sich auf Motivation, Arbeitsverhalten und Gesundheit der Beschäftigten auswirken.

Das Kolloquium „Restrukturierung und Gesundheit“ greift aktuelle Fragen zur Krankheitshäufigkeit sowie zu potenziellen Auswirkungen von Restrukturierung auf. Zudem zeigt es Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung auf, mit denen sich mögliche negative Auswirkungen abmildern lassen.

Die Tagungsgebühr beträgt 110 Euro, einschließlich Mittagsimbiss und Getränke. Weitere Informationen sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden sich im Internet unter www.baua.de/termine. □