

# **Grundbegriffe des betrieblichen Gesundheitsmanagements**

**Kapitel 2**

## 2.1 Der Gesundheitsbegriff

Im Zentrum des betrieblichen Gesundheitsmanagements steht die Gesundheit der Mitarbeitenden. In Unternehmen, die ein betriebliches Gesundheitsmanagement einführen wollen, muss deshalb eine klare Vorstellung existieren, was mit dem Begriff Gesundheit gemeint ist und welche Konsequenzen dies allenfalls für das Unternehmen hat. Diese Aussage mag zunächst trivial erscheinen. Interessanterweise führen aber entsprechende Nachfragen keineswegs zu eindeutigen Antworten. Dass Fehlzeiten ein Indikator für *fehlende* Gesundheit sein können, ist für die meisten Unternehmen klar. Was darüber hinaus, im Sinne einer *positiven* Konzeption, mit dem Begriff Gesundheit gemeint sein könnte, bleibt dagegen in vielen Fällen eher diffus. Deshalb werden in diesem Kapitel einige für das Gesundheitsmanagement in Unternehmen relevante Grundbegriffe eingeführt. Dabei geht es zunächst um den Gesundheitsbegriff selbst sowie um die wichtige Rolle der Ressourcen, um Belastungen, Stress, Burnout und Erholung. Nach der anschließenden Darstellung gesundheitsbezogener Wirkungsmodelle werden die Konzepte Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude kritisch diskutiert.

Die Autoren dieses Buches haben in verschiedensten Veranstaltungen zum Thema "Gesundheitsmanagement in Unternehmen" die Teilnehmenden zum Einstieg gefragt, woran sie erkennen, dass jemand gesund bzw. krank ist. Bei den Teilnehmenden handelte es sich z.B. um Mitglieder von Geschäftsleitungen, HR-Verantwortliche, Sicherheitsbeauftragte, Linienvorgesetzte sowie Beraterinnen und Berater aus Unternehmen verschiedenster Größen und Branchen. In Tabelle 2.1 sind die entsprechenden Antworten von mehr als 180 Teilnehmenden exemplarisch dargestellt.

Tabelle 2.1

Übersicht zu Gesundheits- bzw. Krankheitsindikatoren\*: Aussagen von Teilnehmenden aus Seminaren und Workshops (Ulich & Wülser, verschiedene Veranstaltungen).

Haltungs- bzw. Einstellungsänderungen	Erscheinungsbild und physische Indikatoren (inkl. Aktivierungsniveau)	Psychische Indikatoren (Emotionale Reaktionen, Motivationale Tendenzen)	Soziale und verhaltensbezogene Indikatoren	Leistungsbezogene Indikatoren (Effektivität, Effizienz)
<i>Werthaltungen ändern</i> <i>Negative Einstellungen</i> <i>Echtheit fehlt</i>	Körperhaltung, Bewegung, Körpersprache (4x) Gang, Kleidung, Stimme, Ausstrahlung (z.B. Blick, Mimik) (2x) Optischer Eindruck (Gesichtsausdruck) Wie sich jemand gibt <i>Äussere Merkmale, Nachlässigkeit</i> <i>Krankheitssymptome (2x)</i> <i>Physische Symptome (z.B. Schwitzen, zittern)</i> <i>Schmerzsymptome</i> <i>Energieabfall</i> <i>Ständige Müdigkeit</i>	Motivation (2x) Positive oder negative Stimmung (2x) Aufgestellt sein, Arbeitsfreude (2x) Humor, Gelassenheit Engagement, Dynamik, Initiative (3x) <i>Aggression, Ärger, Gereiztheit (9x)</i> <i>Niedere Frustrationstoleranz</i> <i>Apathie (2x)</i> <i>Emotionale Reaktionen</i> <i>Niedergeschlagenheit</i> <i>Flach, keine Ideen, neblig</i> <i>Alles wird zuviel</i> <i>Unzufriedenheit</i> <i>Überdreht reagieren</i> <i>Fehlende Neugier, beteiligungslos, uninteressiert (2x)</i> <i>Gespielte Euphorie</i> <i>Keine Begeisterung mehr</i> <i>Nicht mehr offen sein</i> <i>Keine Reaktion mehr</i> <i>Resignation</i> <i>Sarkasmus, Zynismus (2x)</i>	Teamverhalten (2x), (z.B. Kommunikation, Konflikt) <i>Verhaltensänderungen (3x)</i> <i>Sozialer Rückzug (7x)</i> <i>Schweigsamkeit, Redseligkeit</i> <i>Sich "unauffällig" machen, unsichtbar werden,</i> <i>Suchtmittelkonsum, Suchtverhalten (10x)</i> <i>Viele Arzttermine</i> <i>Zunahme Fehlzeiten (5x)</i> <i>Wenn jemand kommuniziert, dass er/sie krank ist (2x)</i>	<i>Leistungsveränderungen (9x)</i> <i>Produktivität (2x)</i> <i>Vergesslichkeit, Konzentration (2x)</i> <i>Fehlerquote (2x), Unfälle</i> <i>Längere Präsenzzeiten</i> <i>Überstunden</i> <i>Flexibilität, Belastbarkeit</i> <i>Nicht mehr zielorientiert</i> <i>Dinge liegen lassen</i> <i>Ferien verschieben</i>

\* Krankheitsindikatoren sind kursiv dargestellt, Gesundheitsindikatoren und Indikatoren, die sowohl Gesundheit als auch Krankheit betreffen können, in normaler Schrift.

Mit diesem Zugang zum Gesundheitsbegriff wird natürlich zunächst keine Definition erarbeitet. Da aber eine Gesundheitsdefini-

tion in Unternehmen nur dann nutzbar gemacht werden kann, wenn sie an bestehende Überzeugungen anknüpft und hinreichend konkretisierbar ist, sind die Aussagen in Tabelle 2.1 dennoch in verschiedener Hinsicht interessant:

- Die Teilnehmenden haben durchaus differenzierte Vorstellungen zu Gesundheits- bzw. Krankheitsmerkmalen. Berücksichtigt werden sowohl grundlegende Haltungen bzw. Einstellungen als auch physische und psychische Indikatoren, soziale und Verhaltensindikatoren sowie Leistungsmerkmale. Bereits hier entsteht also ein mehrdimensionales Bild von Gesundheit.
- Krankheitssymptome werden vergleichsweise häufiger genannt als Indikatoren für Gesundheit; dies ist ein Hinweis darauf, dass wir klarere Vorstellungen von Krankheit als von Gesundheit haben.
- "Klassische" Krankheitsindikatoren wie z.B. Grippe-symptome werden relativ selten genannt, weit häufiger dagegen psychische Indikatoren wie Aggression und Verhaltensindikatoren wie sozialer Rückzug.
- Leistungsindikatoren erhalten, im Arbeitskontext wenig überraschend, ebenfalls einige Aufmerksamkeit.

Ohne dass die Frage entsprechend formuliert gewesen wäre, haben die Teilnehmenden insbesondere bei Verhaltensindikatoren oft *Verhaltensänderungen* genannt. Dabei geht es z.B. um Leistungsveränderungen, Veränderungen im Sozialverhalten oder Veränderungen in Fehlzeiten usw. Ohne ausdrücklich darauf zu verweisen haben sie also berücksichtigt, dass Gesundheit bzw. Krankheit in vielerlei Hinsicht nicht absolut zu definieren ist, insbesondere wenn man das subjektive Gesundheitsempfinden (vgl. Kapitel 2.1.1) als Bestandteil einer Gesundheitsdefinition berücksichtigt. Zudem haben die Teilnehmenden damit Aspekte einer dynamischen Gesundheitsdefinition einbezogen. Gemeint ist damit, dass Gesundheit kein statischer Zustand ist sondern entwickelt bzw. immer wieder hergestellt werden muss: "als immunologisch verstandene Abwehr sowie als Anpassung an oder als zielgerichtete Veränderung der Umweltbedingungen durch das Individuum" (Udris, 2006, S. 6).

Natürlich kann man sich fragen, ob die Befragung einer repräsentativen Gruppe zum Gesundheitsbegriff zu ähnlichen Ergebnissen führt. In einer Befragung von ca. 9'000 Personen fand Blaxter (1990) folgende subjektive Bestimmungsmerkmale für Gesundheit:

- Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit (11.5 %);
- Gesundheit als körperliche Energie und Stärke (28 %);
- Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit (25 %);
- Gesundheit als psychisches und körperliches Wohlbefinden (35.5 %).

Obwohl die Erhebung von Blaxter bereits einige Jahre alt ist und aus einem anderen Kulturkreis stammt, ergeben sich recht ähnliche Ergebnisse. Auch hier spielen psychische und physische Merkmale sowie die Leistungsfähigkeit eine wesentliche Rolle. Körperliche Energie und Stärke werden ebenfalls oft genannt, Abwesenheit von Krankheit dagegen vergleichsweise selten.

Dieser einleitende, induktive Zugang zur Frage des Gesundheitsbegriffs soll deutlich machen, dass sich eine Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit in der Initiierungsphase des betrieblichen Gesundheitsmanagements durchaus lohnen kann. Erstens werden so unterschiedliche, oft nicht ausgesprochene, Überzeugungen zum Thema deutlich. Gleichzeitig werden folgerichtig meistens auch Fragen zu Ursachen und Verantwortlichkeiten, zu Menschenbildern bzw. in einem weiteren Sinne zur Unternehmenskultur angesprochen; es darf also nicht verwundern, dass solche Diskussionen oft entsprechenden Zündstoff beinhalten. Zweitens fallen der Aufbau und die Konkretisierung entsprechender Managementsysteme bzw. der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Unternehmen leichter, wenn hinsichtlich des Grundbegriffs Gesundheit Konsens besteht.

In diesem Zusammenhang muss man sich vor Augen halten, dass Gesundheit historisch schon immer ein vielschichtiger normativer Begriff war, der das Ergebnis gesellschaftlicher Diskussionen und sich wandelnder Gruppeninteressen darstellte (Göckenjan, 1992; Trojan & Legewie, 2001), das heißt also, dass politische und soziale Bestimmungsgrößen in die Definition mit einfließen (Klotter, 1999).

*Gesundheit –  
ein vielschichtiger Begriff*

Bis heute zeigen sich Unterschiede in der Definition von Gesundheit, aber auch in den Annahmen darüber, „wie Gesundheit erhalten, geschwächt oder stabilisiert werden kann“ (Greiner, 1998, S. 40). Die unterschiedlichen Konzepte stellen sowohl für die Theorieentwicklung als auch für die empirische Gesundheitsforschung und das betriebliche Gesundheitsmanagement eine Herausforderung dar.

Für die weitere Diskussion sind dennoch bereits wichtige Erkenntnisse gewonnen: Erstens lohnt es sich im Umgang mit dem Gesundheitsbegriff „subjektive Konzepte“ bzw. „Laienkonzepte“ von Gesundheit (vgl. Waller, 2002, S. 15) zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt 2.1.1). Zweitens spielen das psychische und körperliche Wohlbefinden offensichtlich eine herausragende Rolle (vgl. 2.1.2 und 2.1.3). Wenn eine positive Gesundheitskonzeption angestrebt wird, muss drittens die Rolle der Ressourcen geklärt werden (vgl. 2.1.4). Viertens sind insbesondere bei einer prozesshaften Betrachtung von Gesundheit Merkmale der Leistungsfähigkeit bzw. in einem übergeordneten Sinne der Handlungsfähigkeit zu berücksichtigen (vgl. 2.1.6). Schließlich kann Gesundheit fünftens nicht eindimensional beschrieben und muss als dynamisches Konzept verstanden werden (vgl. 2.1.7). Diesen fünf Prämissen sind die folgenden Abschnitte gewidmet.

### 2.1.1 Objektiver oder subjektiver Gesundheitsbegriff?

Unter Laienkonzepten von Gesundheit werden das individuelle Verständnis sowie persönliche Sichtweisen „über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit verstanden (letztere werden auch als ‘subjektive Theorien’ von Gesundheit bezeichnet)“ (Waller, 2002, S. 15). Sie beinhalten auch Vorstellungen über die Mitverantwortung für die eigene Gesundheit, die eigene Vulnerabilität und auch persönliche Einschätzungen über die Möglichkeiten der Prävention (Becker, 1992).

*Berücksichtigung von Laienmodellen*

Becker (2001) vertritt die Auffassung, dass für Maßnahmen der Gesundheitsförderung die Berücksichtigung und gegebenenfalls Beeinflussung der individuellen Laienmodelle von Bedeutung ist, weil Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf Widerstand stoßen können, wenn sie mit den Vorstellungen und Lebensumständen der betroffenen Personen nicht zu vereinbaren sind.

Für die Wissenschaft, aber auch für die betriebliche Praxis stellt sich damit die Frage, welcher Stellenwert objektiven bzw. subjektiven Bestimmungsmerkmalen der Gesundheit beizumessen ist (vgl. Kasten 2.1).

---

**Kasten 2.1**


---

*Probleme eines rein subjektiven Gesundheitsmodells (aus Greiner, 1998, S. 51)*

---

„Ein rein subjektives Modell stellt wenige Richtlinien zur Definition von gesellschaftlichen Handlungsnotwendigkeiten zur Verfügung. Wenn jedes Individuum letztendlich selber entscheidet, wie gesund oder krank es ist, entscheidet es auch, wann präventiver oder kurativer Handlungsbedarf besteht. Das ist zwar ein wichtiger Punkt bei partizipativen Gesundheitsförderungsprogrammen, in denen Individuen an der Gestaltung der für sie wichtigen Gesundheitsaspekte und -bedingungen mitwirken (Westermayer & Bähr, 1994), andererseits sind objektive Parameter jedoch wichtig, um generalisierbare Standards zu entwickeln. Wenn man davon ausgeht, dass sowohl objektive als auch subjektive Komponenten wichtig sind, sollten beide Konzepte klar als Bestandteile einer Gesundheitsdefinition voneinander getrennt werden.“

---

Die Berücksichtigung von Laienvorstellungen kann also die Akzeptanz der betrieblichen Gesundheitsförderung erhöhen. Rein subjektive Modelle sind offensichtlich aber ebenso mit Problemen verbunden wie der Versuch, Gesundheit ausschließlich nach objektiven Gesichtspunkten zu definieren. Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass neuere Gesundheitsmodelle in der Regel „sowohl subjektive Befindlichkeiten als auch objektive Parameter“ (Greiner, 1998, S. 51) berücksichtigen. Das subjektive Wohlbefinden spielt in diesem Zusammenhang in vielen Gesundheitsdefinitionen eine wichtige Rolle.

### 2.1.2 Der Gesundheitsbegriff der WHO und die Rolle des Wohlbefindens

Da es im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ausdrücklich darum gehen muss, gesundheitliche Beeinträchtigungen möglichst früh zu erkennen, kommt dem subjektiven Wohlbefinden erhebliche Bedeutung zu. Die WHO hat in diesem Zusammenhang mit ihrer Gesundheitsdefinition einen bedeutsamen Beitrag geleistet.

Wie in Kapitel 1 dargestellt, formulierte die WHO 1946 die folgende Gesundheitsdefinition: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen

körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Diese Definition wurde im Zusammenhang mit neueren Gesundheitskonzepten wohl am häufigsten zitiert (Ducki, 2000), aber auch mehrfach kritisiert. Einerseits wurde darauf hingewiesen, dass Altern, Trennung, Verlust und Tod unausweichlich zum menschlichen Leben gehören (Trojan & Legewie, 2001), andererseits wurde diese Definition angesichts der weltweit großen Unterschiede in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen als utopisch bezeichnet. Außerdem kennzeichnet der Begriff „Zustand“ eine statische Sichtweise; tatsächlich ist Gesundheit aber mit ständigen Anpassungsleistungen an Umgebungsbedingungen verbunden. Trotz dieser Einschränkungen ist der programmatische Charakter der WHO-Definition im Hinblick auf gesellschaftliche Entwicklungen hervorzuheben, auch wenn sie aus wissenschaftlicher Sicht von begrenztem Nutzen sein mag (Waller, 2002).

Mit der „neuen“ Definition der WHO von 1987 und aufgrund der „Ottawa-Charta“ von 1986 und der damit verbundenen Folgekonferenzen wurde eine Veränderung in der Auffassung von Gesundheit erkennbar, die auch für die betriebliche Gesundheitsförderung von Bedeutung ist (vgl. Kapitel 1.1). Hier wird dem Menschen eine aktive Rolle für den Aufbau und die Aufrechterhaltung seiner Gesundheit zugesprochen und auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen erhält einen besonderen Stellenwert. Sowohl für wissenschaftliche Untersuchungen als auch für das betriebliche Gesundheitsmanagement muss die Definition der WHO allerdings konkretisiert werden (Ducki, 2000). Im folgenden Abschnitt wird deshalb zunächst der Wohlbefindensbegriff unter Bezugnahme zu (arbeits-)psychologischen Konzepten vertieft.

### 2.1.3 Wohlbefinden und Gesundheit

In Bezug auf psychologische Gesundheitstheorien stellt Noack (1993, S. 19) fest, dass beim heutigen Wissensstand „psychisches und körperliches Befinden als inhaltlicher und konzeptioneller Kern subjektiver Gesundheit angesehen werden können“.



### Definitionen von Wohlbefinden

Wohlbefinden wird allerdings nicht einheitlich definiert (Staudinger, 2000). Zuweilen wird Wohlbefinden mit „Happiness“ gleichgesetzt, andere Definitionen beziehen sich ausschließlich auf das Konzept der Lebenszufriedenheit. Viele Definitionen sind eindimensional konzipiert, mit den Polen „sich schlecht fühlen“ und „sich gut fühlen“ (Warr, 1999). Vielfach erfolgt eine Definition auch ohne theoretische Begründung rein operational; Wohlbefinden ist dann eben das, was mit den jeweiligen Erhebungsinstrumenten erhoben wird. Relativ unbestritten ist dagegen, dass Wohlbefinden ein subjektives Konstrukt darstellt (Staudinger, 2000).

Es erscheint zunehmend evident, dass zwischen einer kognitiven und einer affektiven Komponente des Wohlbefindens unterschieden werden kann und dass sowohl kognitive Urteile, wie auch positive oder negative Gefühlszustände, obwohl sie substantiell korrelieren, eigenständige Beiträge zur Erklärung des Konstrukts liefern (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Mayring (1991) unterscheidet zwischen eher kurzfristigen Faktoren, wie Freude und Glück, und eher längerfristigen Faktoren, wie Belastungsfreiheit und Zufriedenheit. Im Modell von Becker (1986) wird zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden unterschieden. Unter *aktuellem Wohlbefinden* sind auf physischer Ebene z. B. die aktuelle Beschwerdefreiheit, ein positives körperliches Empfinden und Vitalität gemeint. In psychischer Hinsicht geht es um positive Gefühle, wie Arbeitsfreude und Kompetenzerleben, aber auch um positive Stimmungen, wie Gelassenheit. Gefühle unterscheidet Becker von Stimmungen durch deren fehlende Intentionalität, längere Erstreckung und schwächere Intensität. *Habituelles Wohlbefinden* bezieht sich auf das über längere Zeit andauernde *typische* Befinden einer Person, das gemäß Becker stärker als das aktuelle Befinden durch kognitive Prozesse gekennzeichnet ist. Diener (1994) berichtet, dass vor allem die affektive Komponente des Wohlbefindens durch aktuelle Ereignisse beeinflusst wird.

Im Zusammenhang mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement interessiert vor allem das tätigkeitsspezifische Wohlbefinden (vgl. Kasten 2.2)

---

*The Nature of „job-specific“ well-being (aus Warr, 1999, S. 393)*

---

---

**Kasten 2.2**

---

„Especially when examining one particular domain, such as the workplace, it is important to distinguish between specific forms of well-being and more general feelings about one's life. The more limited form of primary concern in this chapter is 'job-specific' well-being – people's feelings about themselves in relation to their job. 'Context-free' well-being has a broader focus, covering feelings in any setting. Both forms of well-being are located within the broader concept of 'mental health'. The notion also includes features like positive self-regard, competence, aspiration, autonomy, and integrated functioning (Warr, 1987, 1997; Compton et al., 1996).“

---

Warr versteht also Wohlbefinden als Teil der „mental en Gesundheit“. Sein Versuch, affektives Wohlbefinden für den Arbeitskontext zu definieren (Warr, 1990, 1999) basiert auf einem Circumplex-Modell (vgl. Kasten 2.3), das insbesondere im Kontext der Emotionsforschung angewendet worden ist (vgl. z. B. Russel, 1980). Ein Circumplex ist eine zweidimensionale, kreisartige Struktur, in der einzelne Attribute hoch mit Attributen korrelieren, die auf dem Kreis in deren Nähe angeordnet sind, die nicht mit Attributen korrelieren, zu denen sie rechtwinklig angeordnet sind und die invers korrelieren mit Attributen, denen sie genau entgegengesetzt angeordnet sind (Larsen & Diener, 1992). Die Wohlbefindensindikatoren im Modell von Warr beziehen sich auf zwei grundlegende Dimensionen. Die erste Dimension „pleasure“ kann im Sinne einer Situationsbewertung verstanden werden (Zapf & Semmer, 2004, S. 1012), sie wird oft über Skalen zur Arbeitszufriedenheit erfasst. Die zweite zugrunde liegende Dimension „arousal“ (Aktiviertheit) wird von Warr nicht direkt einbezogen, sondern in Kombination mit der evaluativen horizontalen Dimension berücksichtigt. So ergeben sich zwei weitere Dimensionen („depression to enthusiasm“ und „comfort to anxiety“).

*Circumplex-  
Modell*

**Kasten 2.3**

*Three principal axes for the measurement of affective well-being (aus Warr, 1999, S. 393 - 395).*

„Well-being of all kinds is often viewed along a single dimension – roughly, from feeling bad to feeling good. Such a dimension can, of course capture important feelings, but it is preferable to think in terms of a two-dimensional framework ... Such a framework has been substantiated in many investigations (for example, Matthews, Jones, and Chamberlain; Thayer, 1989; Watson, Clark and Tellegen 1988), which have pointed to the importance of two independent dimensions of feeling, here labeled 'pleasure' and 'arousal'.

We may describe a person's well-being in terms of its location relative to those two dimensions (representing the content of feelings) and its distance from the midpoint of the figure (such that a more distant location indicates a greater intensity). A particular degree of pleasure or displeasure may be accompanied by high or low levels of mental arousal, and a particular quantity of mental arousal (sometimes referred to as 'activation') may be either pleasurable or unpleasurable.

Within this framework, three principal axes of measurement are illustrated in figure 20.2. In view of the central importance of feelings of low or high pleasure, the first axis measures this horizontal dimension alone. The other two axes take account of mental arousal as well as pleasure by running diagonally between opposite quadrants through the midpoint of the figure.

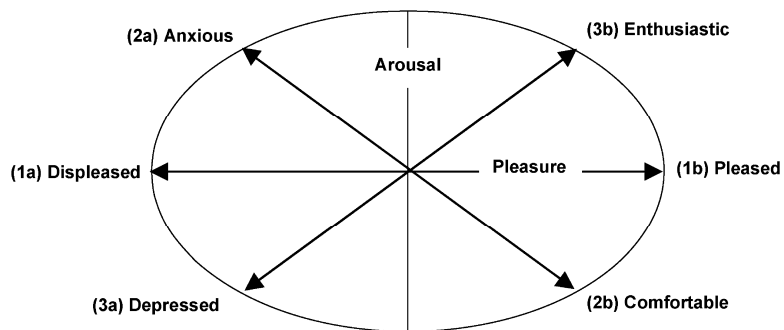


Figure 20.2 Three Axes for the Measurement of Affective Well-Being

In thinking about job-specific or context-free well-being, we may thus consider three main axes (Daniels and Guppy 1994; Lucas, Diener, and Suh 1996). First is displeasure-to-pleasure, the positive pole of which is often examined as satisfaction or happiness. ... The second axis runs from anxiety to comfort. Feelings of anxiety combine low pleasure with high mental arousal, whereas comfort is illustrated as low-arousal pleasure. ... A person may be characterized in terms of his or her location on each of the three axes, which are, of course, intercorrelated because of the central importance of feelings of pleasure ... Despite that general intercorrelation, the three axes have different associations with certain other variables.“

Warrs Modell kann zur empirischen Erfassung von Indikatoren des Wohlbefindens genutzt werden. Mithilfe des Modells wird die Vielschichtigkeit des Wohlbefindenskonzepts deutlich. Klar wird auch, dass Wohlbefinden nicht mit Behaglichkeit gleichgesetzt werden darf, was im Arbeitskontext Widerstand provozieren würde. Dass solche Assoziationen ausgelöst werden können und tatsächlich viele Führungskräfte auf Begriffe wie Wohlbefinden und Arbeitsfreude negativ reagieren, bestätigt auch Pratt (2001, S. 45): „Yet I can't count the number of times that executives become skittish at my mere mention of employee delight. 'Isn't it a little over the top to use the term Delight for employees', they squirm". Untersuchungsergebnisse von Sczesny und Thau (2004) aus einem Großunternehmen der Telekommunikationsbranche ergeben zusätzliche Evidenz für den Einbezug von Wohlbefindensindikatoren in betriebliche Analysen. In dieser Studie zeigte sich, dass die nicht kontextgebundene gesundheitsbezogene Einschätzung des Wohlbefindens höher mit der Dauer und der Häufigkeit von Fehlzeiten korrelierte, als die kontextgebundene Arbeitszufriedenheit.

Das in diesem Abschnitt besprochene Wohlbefinden bzw. die Gesundheit der Mitarbeitenden stehen insbesondere mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen in Zusammenhang; deren Rolle für die Gesundheitsförderung steht deshalb in den nächsten Abschnitten im Mittelpunkt des Interesses.

#### 2.1.4 Salutogenetische Gesundheitsmodelle: die Rolle der Ressourcen

Im Unterschied zu der klassischen pathogenetischen Fragestellung nach den Ursachen von Krankheiten interessierte sich der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky primär für die Frage, warum Menschen, trotz der Konfrontation mit einer Vielzahl von Gesundheitsrisiken, gesund bleiben (Antonovsky, 1979; 1997; vgl. auch Kasten 2.4).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Für eine Übersicht zu Forschungsstand und Anwendungsfragen zu Antonovskys salutogenetischem Gesundheitsmodell vgl. Bengel, Strittmatter und Willmann (1998), Margraf, Siegrist und Neumer (1998) und Udris (2006).

**Kasten 2.4***Pathogenese und Salutogenese: eine komplementäre Beziehung  
(aus Antonovsky, 1997, S. 29 f.)*

„Ich kann nun zusammenfassen, was unter der salutogenetischen Orientierung verstanden wird. Sie rührt aus dem fundamentalen Postulat, dass Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie die Kerncharakteristika aller lebenden Organismen sind. Daraus folgt:

- Sie führt uns dazu, die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu verwerfen, und dies stattdessen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu lokalisieren.
- Sie verhindert, dass wir der Gefahr unterliegen, uns ausschliesslich auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit zu konzentrieren, statt immer nach der gesamten Geschichte eines Menschen zu suchen – einschliesslich seiner oder ihrer Krankheit.
- Anstatt zu fragen: 'Was löste aus (oder 'wird auslösen', wenn man präventiv orientiert ist), dass eine Person Opfer einer gegebenen Krankheit wurde?', das heisst, anstelle uns auf Stressoren zu konzentrieren, wären wir eindringlich zu fragen gemahnt: 'Welche Faktoren sind daran beteiligt, dass man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann?'. Das heisst, wir stellen Copingressourcen ins Zentrum unserer Aufmerksamkeit.
- Stressoren werden nicht als etwas Unanständiges angesehen, das fortwährend reduziert werden muss, sondern als allgegenwärtig. Darüber hinaus werden die Konsequenzen von Stressoren nicht notwendigerweise als pathologisch angenommen, sondern als möglicherweise sehr wohl gesund – abhängig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung.
- Im Gegensatz zu der Suche nach Lösungen nach Art der Wunderwaffe müssen wir nach allen Quellen der negativen Entropie suchen, die die aktive Adaptation des Organismus an seine Umgebung erleichtern.
- Letztlich führt uns die salutogenetische Orientierung über die in pathogenetischen Untersuchungen erworbenen Daten dadurch hinaus, dass sie immer die in solch einer Untersuchung ermittelten abweichenden Fälle ins Auge fasst.“

**Gesundheit  
erhalten und  
fördern**

Das Konzept der Salutogenese wendet sich also den Prozessen zu, die Gesundheit erhalten und fördern. Die Wurzeln dieser Konzeption liegen in der Stress- und Bewältigungsforschung, „der zufolge die Wechselwirkung zwischen Parametern der Person, der soziokulturellen Umwelt und der aktuellen Situation die psychophysischen Auswirkungen von Stress mediert“ (Franke, 2000, S. 148).

Nach dem Konzept von Antonovsky reagieren Menschen auf Stressoren mit einem Spannungszustand, dessen Effekte in Abhängigkeit von ihrem Bewältigungsverhalten gesundheitsschädlich, neutral oder gesundheitsförderlich sein können.

Bei den belastenden Faktoren unterscheidet Antonovsky zwischen psychosozialen, physischen und biochemischen Stressoren. Wo sich Menschen auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum befinden, hängt wesentlich von Generalisierten Widerstandsressourcen ab, zu denen materielle, körperliche, psychische, soziale, kulturelle und makrostrukturelle Faktoren gehören. Eine besondere Rolle als Widerstandsressource erhält das Kohärenzerleben („Sense of Coherence“ SOC), das Antonovsky (1997, S. 36) wie folgt definiert:

Das Kohärenzerleben „ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzerleben fühlen sich also in der Lage, mit Anforderungen und Belastungen umzugehen (Handhabbarkeit). Sie nehmen Reize, Ereignisse oder Entwicklungen als verständlich, geordnet und vorhersehbar wahr (Verstehbarkeit). Schließlich empfinden sie ihr Leben als sinnvoll und betrachten mindestens einige der vom Leben gestellten Anforderungen als positive Herausforderungen, die Engagement und Investitionen wert sind (Sinnhaftigkeit).

Spezifischen Umweltbedingungen bzw. den Arbeitsbedingungen, die im Rahmen des Gesundheitsmanagements eine wesentliche Rolle spielen, werden in Antonovskys Konzept „nicht immer die Aufmerksamkeit geschenkt, die man aus arbeits- und organisationspsychologischer Perspektive erwarten könnte ... Hier stützt sich Antonovsky vor allem auf die Arbeiten der Gruppe um Kohn (vgl. zusammenfassend Kohn, 1981), in denen als zentrales Merkmal die ‚substantielle Komplexität‘ der Arbeit als Determinante für positive bzw. negative Gesundheits- und Persönlichkeitsentwicklung gesehen wird“ (Udris, 2006, S. 5).

Antonovskys Gesundheitskonzept fand sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Diskussion große Aufmerksamkeit. Die Fokussierung auf protektive Faktoren bzw. Ressourcen bedeutet für die gesundheitswissenschaftliche Forschung eine wichtige Erweiterung. Auch die explizite Verwendung eines Kontinuums zwischen Krankheit und Gesundheit ist, obwohl empirisch schwierig zu überprüfen, eine Stärke des Modells.

Die von Antonovsky (1979, S. 57 ff.) genannten Indikatoren für den Gesundheitszustand eines Individuums – das Erleben von Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen, prognostische Implikationen aufgrund von Schweregrad und Dauer der Störung sowie Handlungsimplicationen (z. B. Behandlungsnotwendigkeit) – machen aber auch deutlich, dass Antonovsky keine positive Definition von Gesundheit vorgelegt hat. Die Definition erfolgt, wie er selbstkritisch angemerkt hat, über die Abwesenheit negativer Indikatoren. Zudem erhält die psychische Gesundheit nur einen untergeordneten Stellenwert. Offene Fragen ergeben sich auch hinsichtlich des Bezugs des Kohärenzerlebens zu anderen psychologischen Konzepten wie Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen; hier zeigen sich konzeptuelle Überschneidungen (Badura, 1992; vgl. auch Kapitel 2.1.5.3). Rimann und Udris (1998; Udris & Rimann, 2006) kommen allerdings aufgrund ihrer Untersuchungen zum Schluss, dass das Kohärenzerleben zwar mit anderen psychologischen Konstrukten zusammenhängt, dass es aber auf Basis der Höhe der gefundenen Zusammenhänge dennoch als eigenständiges Konzept zu betrachten ist.

In ihrer Bilanz zum Stand des Salutogenesemodells von Antonovsky kommen Bengel, Strittmatter und Willmann (1998) zum Schluss, dass sich das Konzept als wichtiger Orientierungsrahmen anbietet, „der komplexe Zusammenhänge veranschaulichen kann“, dass aber viele Modellannahmen aufgrund ihrer Komplexität „einer empirischen Prüfung nur schwer zugänglich“ sind.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Von Interesse sind in diesem Zusammenhang auch soziologische Konzepte zur „Erhaltung von Arbeits- und Lebenskraft“ (Heiden & Jürgens, 2013).

### 2.1.5 Ressourcen

Unabhängig von der Überprüfbarkeit des Salutogenesmodells von Antonovsky wird aus dem letzten Kapitel unmissverständlich deutlich, dass Ressourcen für den Umgang mit belastenden Situationen, für die Verhinderung von Fehlbeanspruchungen und Krankheiten sowie für die Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung sind. Es lohnt sich also, mögliche Arten und Wirkungen von Ressourcen noch einmal näher zu betrachten. Dabei können innere bzw. personale Ressourcen, wie Selbstwirksamkeit und Optimismus, und äussere Ressourcen, wie Situationskontrolle, unterschieden werden (Udris et al., 1992). Bezüglich möglicher Wirkungen von Ressourcen können drei Fälle unterschieden werden (nach Zapf & Semmer, 2004, S. 1041ff.).

1. *Direkte Wirkungen:* Ressourcen können direkte positive Wirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit haben. Ein direkter Effekt ist dann zu verzeichnen, wenn Ressourcen unabhängig von vorhandenen Belastungen zu positiven gesundheitlichen Wirkungen führen.
2. *Indirekte Wirkungen:* Ressourcen können indirekt auf das Befinden wirken, indem sie dem Entstehen von Belastungen entgegenwirken bzw. dem Belastungsabbau dienen und damit mittelbar zu positiven gesundheitlichen Konsequenzen führen.
3. *Pufferwirkungen:* Ressourcen können puffernd bzw. moderierend wirken. Das heisst, wenn Ressourcen in ausreichendem Maße vorhanden sind, können sie der Bewältigung bestehender Belastungen dienen und damit möglicherweise schädliche Wirkungen abschwächen. Bei einer vergleichsweise geringen Ausprägung der Ressourcen erhöht sich dagegen u.U. die fehlbeanspruchende Wirkung von Belastungen.

#### 2.1.5.1 Organisationale Ressourcen

Für das betriebliche Gesundheitsmanagement sind vor allem organisationale Ressourcen von Bedeutung (Udris et al., 1992). Auf die zentrale Rolle des *Tätigkeitsspielraums* für die Gestaltung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitstätigkeiten wird in Kapitel 4.5 ausführlich hingewiesen. Verwandte Konzepte, wie Autonomie, Partizipation oder Freiheitsgrade, können unter dem Begriff Situationskontrolle zusammengefasst werden. Aus Tabelle 2.2 wird



deutlich, dass sich diese v.a. im Rahmen der Arbeitspsychologie und der Stressforschung untersuchten Ressourcenmerkmale und weitere als positiv zu bewertende Merkmale der Arbeitstätigkeit ohne Weiteres mit dem eben besprochenen Kohärenzerleben in Beziehung setzen lassen (vgl. dazu auch Abschnitt 4.3).

**Tabelle 2.2**

*Merkmale der Arbeitstätigkeit mit förderlicher Wirkung auf personale Ressourcen (Kohärenzgefühl) (Udris, 2006, S. 11)*

Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Sinnhaftigkeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Transparenz</li> <li>– Information und Kommunikationsmöglichkeiten</li> <li>– Ganzheitlichkeit der Aufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partizipationsmöglichkeiten</li> <li>– Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs-, Kontroll- und Gestaltungsmöglichkeiten)</li> <li>– Rückmeldung (Feedback)</li> <li>– Zeitliche Spielräume</li> <li>– Kooperationsmöglichkeiten</li> <li>– Soziale Unterstützung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Abwechslung</li> <li>– Anforderungsvielfalt</li> <li>– Lernmöglichkeiten</li> <li>– Entwicklungsperspektiven</li> <li>– Sinnhaftigkeit der Arbeit</li> </ul>

Die gesundheitsförderliche Wirkung von Merkmalen der Situationskontrolle am Arbeitsplatz ist relativ gut belegt (für eine Übersicht vgl. Jones & Fletcher, 2003). Das Kontrollkonzept spielt zudem im „Demand/Control-Modell“ von Karasek (1979), das in Kapitel 2.3.1 vorgestellt wird, eine zentrale Rolle. Eine weitere für den organisationalen Kontext wichtige Ressource ist die soziale Unterstützung.

### 2.1.5.2 Soziale Unterstützung

Merkmale sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung werden in verschiedenen psychologischen Teildisziplinen seit längerer Zeit thematisiert und untersucht. Soziale Unterstützung wird allerdings unterschiedlich definiert. Leavy (1983) versteht soziale Unterstützung als die Verfügbarkeit unterstützender Beziehungen unter Berücksichtigung von deren Qualität. Baumann und Laireiter (1995, S. 612) verstehen unter sozialer Unterstützung Personen, Handlungen und Interaktionen sowie Erfahrungen und Erlebnisse, die der Person das Gefühl geben, geliebt, geachtet, anerkannt und umsorgt zu sein.

Baumann, Humer, Lettner und Thiele (1998) weisen zudem darauf hin, dass zwischen alltäglichen Unterstützungsanlässen und Krisen unterschieden werden kann und dass die Rollen der unterstützenden Personen zu berücksichtigen sind. Auch die Quelle der sozialen

Unterstützung kann deren Wirkung beeinflussen. Quellen sozialer Unterstützung sind z. B. Vorgesetzte, Arbeitskollegen und -kolleginnen, Freunde und Freundinnen sowie Lebenspartner/innen. Bezogen auf die Arten sozialer Unterstützung beziehen sich viele Autoren auf House (1981), der zwischen emotionaler, bewertungsbezogener, informationaler und instrumenteller sozialer Unterstützung unterscheidet. Allerdings weisen Zapf und Semmer (2004) darauf hin, dass die Trennung dieser verschiedenen Arten sozialer Unterstützung in der Praxis eher schwierig ist.

Soziale Unterstützung als soziale Ressource spielt offensichtlich eine wichtige Rolle für den Schutz und die Förderung des individuellen Wohlbefindens und der Gesundheit (vgl. z. B. Cohen & Wills, 1985; Fydrich & Sommer, 2003; House & Wells, 1978; Udris, 1987; Viswesvaran, Sanchez & Fischer, 1999). Viswesvaran et al. (1999) fanden in einer Metaanalyse Evidenz für die direkte gesundheitsförderliche Wirkung von sozialer Unterstützung. Dies heißt konkret, dass Personen, die soziale Unterstützung erhalten, ein besseres Befinden berichten und weniger physische und psychische Symptome und Krankheiten aufweisen.

In Bezug auf den Puffereffekt (z. B. House & Wells, 1978) sind die Ergebnisse inkonsistent. Nach der von Cohen und Wills (1985) formulierten „Matching“-Hypothese oder Spezifitätshypothese entfaltet soziale Unterstützung nur dann eine puffernde Wirkung, wenn die Art der erhaltenen Unterstützung auf die durch die Belastung ausgelösten spezifischen Bedürfnisse abgestimmt ist. So erscheint es z. B. plausibel, dass bei Computerproblemen emotionale Unterstützung zwar kurzfristig hilfreich sein mag, auf die Dauer aber handfeste instrumentelle Unterstützung erforderlich ist. In Längsschnittstudien, die auch hier von besonderer Bedeutung sind, fanden Dormann und Zapf (1999) sowie Frese (1999) Belege für diese Hypothese.

*„Matching“-  
Hypothese*

Soziale Unterstützung kann neben vielfältigen positiven Effekten auch negative Effekte zur Folge haben; Baumann et al. (1998, S. 103) geben eine Übersicht über mögliche negative Effekte:

*Negative  
Effekte sozialer  
Unterstützung*

- Inadäquate Unterstützung (vgl. auch Spezifitätshypothese);
- Enttäuschte Unterstützungserwartung;
- Ein Übermaß an Unterstützung (im Sinne von Overprotection);
- Misslungene Hilfeleistungen;

- Unbeabsichtigte Nebenwirkungen, wie negative Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein (vgl. auch Nadler & Fisher, 1986);
- Verminderte Reziprozität (und evtl. ein Gefühl der Pflicht zur Gegenleistung, Pfaff, 1989);
- Vermehrte Abhängigkeit.

Fydrich und Sommer (2003) machen in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass protektive und belastende Wirkungen sozialer Unterstützung oft nahe beieinander liegen und dass soziale Belastungen als weitere bedeutsame Variable des sozialen Netzwerks verstanden werden müssen. Schließlich stellt sich auch die Frage nach für die Wirkung von sozialer Unterstützung relevanten Persönlichkeitsmerkmalen, wie z. B. der Sozialkompetenz (Röhrle & Sommer, 1994; Udris, 1987). In diesem Zusammenhang ist damit gemeint, ob eine Person in der Lage ist, sich bei Bedarf soziale Unterstützung zu holen. Eine Person die dies in sozial angemessener Art tut, dürfte auch in erhöhtem Ausmaß soziale Unterstützung erhalten. Daraus zu schließen, wer sozial kompetent sei, erhalte auch genügend soziale Unterstützung, wäre jedoch ein Fehlschluss. Schließlich müssen auch die Bedingungen so beschaffen sein, dass sie soziale Unterstützung nahe legen oder zumindest ermöglichen und nicht behindern. Unter Berücksichtigung dieser wichtigen Einschränkung kann angenommen werden, dass die Wirkung sozialer Ressourcen insgesamt nicht unabhängig von personalen Ressourcen zu verstehen ist. „So wird z.B. soziale Unterstützung nur auf der Grundlage der inviduellen Beziehungserfahrung und -gestaltung wirksam“ (Udris, 2006, S.10.). Dabei geht es wesentlich um Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen, in Anlehnung an den Kohärenzsinn von Antonovsky darüber hinaus aber auch um das „Vertrauen in verlässliche andere (und deren Ressourcen) ... Wichtiges Bindeglied zwischen personalen und sozialen Ressourcen ist also die Fähigkeit, hilfreiche und vertrauensvolle Beziehungen herzustellen, anzunehmen und aufrechtzuerhalten“ (a.a.O.). Insgesamt bedeutet Soziale Unterstützung für die Praxis des Gesundheitsmanagements in Unternehmen eine wichtige Ressource. Für Interventionen mit dieser Perspektive sind allerdings zusammenfassend folgende Gesichtspunkte zu beachten:

- Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und strukturellen Merkmalen: Arbeitssysteme, die aufgrund ihrer Beschaf-

fenheit betreffend Arbeitsteilung, verfügbarer Autonomie und Möglichkeiten der Selbstregulation Kooperation und Kommunikation nahe legen, z.B. im Rahmen von teilautonomen Arbeitsgruppen, sind i.d.R. auch mit vergleichsweise mehr Möglichkeiten für soziale Unterstützung verbunden. „Die Organisation der Arbeit mit ihren Aufgaben- und Kompetenzverteilungen, ihren Freiräumen und Zwängen kann ‚verantwortlich‘ gemacht werden, ob und wie sich konkretes Verhalten von Kollegen und/oder Vorgesetzten ‚vor Ort‘ als unterstützend oder nicht-unterstützend realisiert“ (Udris, 1987, S. 137). In hoch arbeitsteiligen Systemen mit eingeschränkten Handlungsspielräumen sind die Möglichkeiten sozialer Unterstützung, insbesondere was instrumentelle Unterstützung betrifft, in diesem Sinne nur eingeschränkt vorhanden. Darüber hinaus sind z.B. auch die Grösse des Betriebs und die Unternehmenskultur „wesentliche Bedingungsgrössen für die Ermöglichung von Unterstützung“ (a.a.O., S. 136) Das heisst Interventionen zur Stärkung sozialer Ressourcen, z.B. im Rahmen verhaltensorientierter Trainingsmassnahmen des Gesundheitsmanagements, sollten nicht ohne Bezug zu strukturellen und kulturellen Merkmalen der Aufgaben und der Organisation durchgeführt werden. Ansonsten sind nur schwache Effekte zu erwarten, möglicherweise reagieren die Betroffenen sogar ablehnend bzw. mit Unverständnis.

- Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Managementkonzepten: Führungsinstrumente wie das Führen mit Zielvereinbarungen und Managementtechniken wie Prozessoptimierungsprogramme werden mittlerweile in vielen Unternehmen routinemässig eingesetzt (vgl. auch Kapitel 6). Der Einsatz dieser Instrumente und Praktiken kann die Rolle der sozialen Unterstützung hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Wirkung grundsätzlich sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Die positive Wirkung von Zielen ist z.B. relativ unbestritten. Hohe individuelle bzw. teambezogene Ziele können allerdings dazu führen, dass aus der „Ressource“ soziale Unterstützung, die bedarfsorientiert in Anspruch genommen wird, eine aufgabenimmanente Anforderung wird, weil die Ziele ohne gegenseitige Unterstützung nicht mehr zu erreichen sind. Hier besteht das Risiko, dass die resultierenden Anforderungen an gegenseitige Unterstützung so hoch werden, dass dies für die Betroffenen psychisch belastend

sein kann (vgl. auch Moldaschl, 2001). Wenn nun z.B. hohe Ziele darüber hinaus begleitet werden durch Programme der Prozessoptimierung bzw. der Kosteneinsparung, sind diese nicht mehr ohne weiteres zu erreichen. Der Umgang mit Schwankungen, Störungen bzw. mit der teaminternen und ggf. -übergreifenden Kapazitätsplanung kann zu einer für Vorgesetzte und Mitarbeitende heiklen Angelegenheit werden, insbesondere wenn der Anspruch an eigenverantwortliches Handeln im Rahmen der gesteckten Ziele sehr hoch ist. Der manchmal schmale Grat zwischen positiven und negativen Wirkungen sozialer Unterstützung droht in Richtung deren negativen Folgen zu kippen, soziale Belastungen und Konflikte können die Folge sein. Für Massnahmen des Gesundheitsmanagements heisst das, dass auch die aktuelle Managementpraxis im Kontext der Förderung sozialer Ressourcen berücksichtigt werden muss. Erfahrungsgemäss ist sonst mit Widerstand seitens der Betroffenen zu rechnen.

- Soziale Unterstützung als Prozess: Die Betrachtung sozialer Unterstützung als relativ statische, externe Ressource wird der Dynamik des sozialen Geschehens in Unternehmen nicht gerecht. „Vielmehr muss soziale Unterstützung als dynamischer Prozess aufgefasst werden, in dem eine Person Hilfeleistungen und darauf bezogene Kognitionen evozieren, mobilisieren, gewinnen, aufrechterhalten, annehmen, ablehnen oder selbst anderen geben kann“ (Udris, 1987, S. 132). Das heisst, dass Wahrnehmungs- und Bewältigungsprozesse inkl. Fragen der wahrgenommenen Kontrollier- und Beeinflussbarkeit der Umwelt im Kontext der Stärkung sozialer Ressourcen eine wesentliche Rolle spielen. Zu diesem Zweck können verhaltensorientierten Massnahmen, z.B. im Rahmen von Trainings oder Coachings, sinnvoll eingesetzt werden.

Die Erschliessung der grundsätzlich positiven Potenziale sozialer Unterstützung kann zusammenfassend dadurch gefördert werden, dass eine ausgewogene Mischung verhaltens- und verhältnisorientierter Massnahmen gewählt wird. Da personale Ressourcen dementsprechend ebenfalls von Relevanz sind, werden die wichtigsten personalen Ressourcenkonzepte im nächsten Abschnitt besprochen.

### 2.1.5.3 Personale Ressourcen

Personale Ressourcen können als „habitualisierte, d. h. situationskonstante, aber zugleich flexible gesundheitserhaltende und -wiederherstellende Handlungsmuster sowie kognitive Überzeugungssysteme ('belief systems') der Person“ verstanden werden (Udris et al., 1992, S. 17). Insbesondere kognitive Überzeugungssysteme wie Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen, aber auch eher dispositionale Merkmale wie Optimismus zeigen konsistente Zusammenhänge zu Indikatoren der Gesundheit.

Die wichtigsten in der Literatur beschriebenen personalen Ressourcen, die gleichzeitig als positive Gesundheitsindikatoren angesehen werden können (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998), sind neben dem bereits besprochenen Kohärenzsinn (Antonovsky, 1979, 1997; vgl. Kapitel 2.1.4) Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966; Walston & Walston, 1978), Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Bandura, 1977, 1997), Robustheit („Hardiness“; Kobasa, 1979) und dispositionaler Optimismus (Scheier & Carver, 1992). Diese Konzepte stehen zum Teil in enger Beziehung zueinander und überlappen sich manchmal auch in ihrer Bedeutung (vgl. Tabelle 2.3).

Vergleich verschiedener Konzepte personaler protektiver Faktoren (aus Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998, S. 55)

Tabelle 2.3

	Kohärenzsinn	Kontrollüberzeugungen (locus of control LOC)	Selbstwirksamkeit	Hardiness	Dispositionaler Optimismus
<b>Allgemeine Ergebniserwartungen:</b> Dinge werden positiv ausfallen	Überzeugung, dass die Dinge gut ausgehen	Allgemeine Überzeugung, ob die Ereignisse im eigenen Leben beeinflusst werden können oder nicht	Die Erwartung, dass ein spezifisches Verhalten zu einem prognostizierbaren Resultat führen wird		Vertrauen / Optimismus
<b>Allgemeine Selbstwirksamkeit:</b> Die Überzeugung, fähig zu sein, Handlungen unabhängig durchzuführen	Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die Aufgaben des Lebens zu meistern (Manageability)		Die Erwartung, dass man fähig sein wird, das geeignete Verhalten in einer gegebenen Situation auszuführen	Die Fähigkeit, in seiner eigenen Umgebung Kontrolle auszuüben	

	Kohärenzsinn	Kontrollüberzeugungen (locus of control LOC)	Selbstwirksamkeit	Hardiness	Dispositio- naler Optimis- mus
<b>Internale Kontrollüberzeugung:</b> Die Überzeugung, einen Einfluss auf Ereignisse und Handlungen zu haben	Ressourcen, die man unter Kontrolle hat (Manageability)	Internale Kontrollüberzeugung		Selbstverantwortung für Handlungen und die Möglichkeit, negative Effekte von Belastungen mit eigenen Handlungen zu beeinflussen	
<b>Externale Kontrollüberzeugung:</b> Die Überzeugung, dass andere oder eine höhere Macht für Ereignisse und Handlungen verantwortlich sind	Ressourcen, die von legitimen Anderen kontrolliert werden können (Manageability)	Externale Kontrollüberzeugung			
<b>Umgang mit Veränderungen</b>	Kontinuität, Stabilität als zentrale Orientierung; die Welt wird als geordnet und vorhersehbar eingestuft (Comprehensibility)			Veränderung im Leben als Herausforderung; Orientierung an Veränderungen nicht an Stabilität	
<b>Bedeutung</b>	Das Leben wird als sinnvoll angesehen, bei Problemen lohnt es sich, Energie zu investieren (Meaningfulness)			Neugier im Leben, Engagement in allen Lebensbereichen	

### Kontrollüberzeugungen oder „Locus of control“

Im Zusammenhang mit der Gesundheit bezieht sich das aus der Sozialpsychologie stammende Konzept der Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966) auf die Erwartung, die Entwicklung von Gesundheit oder Krankheit beeinflussen zu können (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998). Menschen mit internaler Kontrollüberzeugung sind überzeugt, dass sie ihre Gesundheit durch ihr eigenes Verhalten beeinflussen können. Personen mit externaler Kontrollüberzeugung sehen ihren Gesundheitszustand eher als abhängig von anderen Menschen oder externen Bedingungen, wie z. B. medizinischer Behandlung.

Insgesamt weisen Personen mit internaler Kontrollüberzeugung bessere Gesundheitsindikatoren auf als Personen mit externaler

Kontrollüberzeugung (Cohen & Edward, 1989). Auch in Längsschnittstudien konnte der positive Effekt einer internalen Kontrollüberzeugung bestätigt werden (Daniels & Guppy, 1994). Puffereffekte werden konsistenter gefunden als bei anderen personalen Ressourcen (Semmer, 2003). So fanden z. B. Rodríguez, Bravo, Peiró und Schaufeli (2001) in einer europäisch angelegten Längsschnittstudie unter Einbezug von 542 Personen puffernde Wirkungen einer internalen Kontrollüberzeugung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Belastungen und Arbeitsunzufriedenheit.

Bei der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bandura, 1977, 1997) geht es um die Einschätzung, Handlungen durchführen und Probleme lösen zu können. Neben der Erwartung positiver Konsequenzen ist für die Initiierung einer Handlung die Erwartung entscheidend, dass man auch in der Lage, d. h. kompetent ist, die Handlung auszuführen. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen werden insbesondere durch Erfahrungen aus erfolgreich gemeisterten Situationen beeinflusst. Die Annahme liegt also nahe, dass das Erleben von Selbstwirksamkeit mit vorhandenen Fertigkeiten und Kompetenzen zusammenhängt, was die Wichtigkeit des Qualifikationserwerbs verdeutlicht. Interessanterweise existieren aber kaum Studien, die die Rolle objektiver Kompetenzen und Fertigkeiten als Ressourcen untersuchen (Sonnentag & Frese, 2002).

### *Selbstwirksamkeitsüberzeugungen*

Positive Effekte von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen für Gesundheit und Wohlbefinden sind relativ gut belegt (vgl. z. B. Schwarzer, 1997). Auch eine puffernde Wirkung wurde teilweise gefunden. Jex und Bliese (1999) konnten z. B. zeigen, dass Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und schlechtem Wohlbefinden vor allem bei denjenigen Personen bestanden, die gleichzeitig geringe Selbstwirksamkeit berichtet hatten. Schaubroeck und Kollegen berichten noch komplexere Zusammenhänge (Schaubroeck, Lam & Xie, 2000; Schaubroeck & Merrit, 1997). Sie fanden, dass bei amerikanischen Bankangestellten mit hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen hohe wahrgenommene tätigkeitsbezogene Kontrolle den Effekt beruflicher Belastungen auf psychologische Befindensmerkmale verringerte. Dies könnte darauf hindeuten, dass hohe Tätigkeitsspielräume vor allem bei denjenigen Personen belastungspuffernd wirken, die über hohe Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen.



**Hardiness**

„Hardiness“ ist ein relativ breites Konzept (Kobasa, 1979) und beinhaltet die Komponenten Kontrolle (control), Engagement (commitment) und Herausforderung (challenge). Forschungsergebnisse zeigen insgesamt direkte Zusammenhänge zwischen „Hardiness“ und physischen bzw. psychischen Gesundheitsmerkmalen, belastungspuffernde Wirkungen wurden weniger konsistent gefunden (Semmer, 2003). In einer Längsschnittstudie unter Einbezug von 325 Personen verschiedener Berufsgruppen fanden z. B. Michielsen, Willemssen, Croon, de Vries und van Heck (2004) bedeutsame Zusammenhänge zwischen „Hardiness“ zum ersten und emotionaler Erschöpfung zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Harrisson (2002) berichtet in einer Studie unter Einbezug von Pflegekräften Zusammenhänge zwischen „Hardiness“ und psychischen Stressreaktionen.

**Optimismus**

Optimismus meint die relativ stabile und konsistente Überzeugung, dass die Dinge sich so oder so zum Guten wenden. Damit ist natürlich der Handlungsaspekt nicht ausgeschlossen; Optimismus kann vielmehr durchaus zu aktiven Versuchen der Einflussnahme führen. So zeigen sich denn auch starke Zusammenhänge mit verschiedenen Formen des Bewältigungsverhaltens (Scheier & Carver, 1992). Optimistische Personen tendieren dazu, positive Ereignisse und entsprechende Ergebnisse zu erwarten (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998). Scheier und Carver (1992; Scheier, Carver & Bridges, 1994) fanden beispielsweise Zusammenhänge mit erhöhtem Wohlbefinden und der Art der Bewertung belastender Ereignisse.

**Zusammenhang zwischen Ressourcenarten**

Geyer (1997) macht darauf aufmerksam, dass das Vorhandensein personaler Ressourcen oft einhergeht mit ebenfalls ausgeprägten situativen bzw. organisationalen Ressourcen. In Bezug auf den Arbeitskontext ist dies insofern nachvollziehbar, als es etwa Handlungsspielräume überhaupt erst ermöglichen, aktiv zu handeln und damit z.B. ein Gefühl der eigenen Wirksamkeit zu erfahren. Umgekehrt kann durch den Einsatz personaler Ressourcen "ein 'Mehr' an situativen Ressourcen geschaffen werden" (Ducki & Kalytta, 2006, S. 35). Die Autorinnen präzisieren, dass der Handlungsspielraum zunächst als Potenzial betrachtet werden kann, das v.a. „in der Nutzung für die Zielerreichung seinen Ressourcencharakter erhält“ (S. 35). Gesundheitsförderliche Effekte sind also dann zu erwarten, wenn dieses Potential in individuelle (oder kollektive) Sinn- und Handlungssysteme eingebunden wird. Allerdings reicht es oft bereits, dass der Handlungsspielraum als nutzbar antizipiert wird, „es

muss nicht zwangsläufig zu einer aktiven Nutzung kommen“ (a.a.O.). Mit diesen Überlegungen wird ein direkter Bezug zu handlungsorientierten Gesundheitskonzepten hergestellt.

### 2.1.6 Gesundheit als entwickelte Handlungsfähigkeit

Mit der Annahme eines prozessorientierten Gesundheitsbegriffs wird der individuellen Handlungsfähigkeit eine bedeutsame Rolle zugeschrieben. Ducki und Greiner (1992, S. 188; Ducki, 2000) lieferten einen „Baustein“ für die Handlungskomponente einer Gesundheitsdefinition.

Gesundheit wird als die Fähigkeit zum dauerhaften Erhalt und zur Weiterentwicklung der individuellen Handlungsstruktur beschrieben. Eine entwickelte Handlungsfähigkeit findet dabei ihren Ausdruck (nach Ducki & Greiner, 1992, S. 185ff.; vgl. auch Kasten 2.5):

- in der Fähigkeit, langfristige Ziele zu bilden;
- in der Fähigkeit, stabil-flexibel mit sich verändernden Umweltbedingungen umzugehen und
- in der Fähigkeit, körperliche Prozesse und Handlungen aufeinander abzustimmen.

---

*Gesundheit als dauerhafte Weiterentwicklung und Erhalt der menschlichen Handlungsfähigkeit (aus Greiner, 1998, S. 46 f.)*

---



---

**Kasten 2.5**

---

„Die erste Komponente – die Fähigkeit, langfristige Ziele zu bilden – spricht den Aspekt der Kompetenz und Lernfähigkeit als Gesundheitsindikator an: Gemäss der Handlungsregulationstheorie (Hacker, 1986; Oesterreich, 1981; Volpert, 1990) gibt es verschiedene Ebenen der Handlungsregulation, die jedem erwachsenen Menschen potentiell zur Verfügung stehen. Unterschieden werden diese Ebenen nach der Reichweite der zugrunde liegenden Planungs- und Entscheidungsprozesse. Den Ebenen können jeweils Ziele unterschiedlicher Komplexität und Langfristigkeit zugeordnet werden, wobei die Verfolgung langfristiger Ziele geknüpft ist an Regulationsprozesse, die alle Ebenen der Handlungsregulation einschliessen ... Eine Einschränkung der Gesundheit liegt dann vor, wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, alle Ebenen der Handlungsregulation zu nutzen und damit auch langfristige Ziele zu verfolgen. ...

Die zweite Komponente – Gesundheit als Fähigkeit zu Anpassung und Veränderung – spricht das dynamische Wechselspiel zwischen Person und Umwelt an: Handlungsfähigkeit drückt sich auch darin aus, dass der Mensch im Einklang mit den sich

wechselnden äusseren Bedingungen handelt. Stabil-flexibles Handeln erlaubt es, Handeln auf sich verändernde Bedingungen (flexibel) anzupassen und auf der anderen Seite, Pläne bei Auftreten kleiner Hindernisse beizubehalten (stabil) und nicht vorschnell aufzugeben (Volpert, 1974). In Anlehnung an die handlungstheoretischen Überlegungen zu psychischer Gesundheit (Bense, 1981; Frese & Schöppthaler-Rühl, 1976) ist eine Einschränkung der Handlungsfähigkeit dann gegeben, wenn das Handeln entweder rigide ist, das heisst sich wechselnden Bedingungen nicht anpasst, oder überflexibel ist, d. h. Ziele und Orientierungen bei kleinen Behinderungen verlassen werden. ...

Der dritte Aspekt von Gesundheit, Integration von körperlichen Prozessen und Handlung, beinhaltet den Handlungsaspekt, der nicht auf die Auseinandersetzung mit der externen, sondern auf die Auseinandersetzung mit der internen Welt bezogen ist. Einerseits hat Handeln direkte Auswirkungen auf körperliche Prozesse, andererseits muss eine Person interne Prozesse, wie persönliche Leistungsvoraussetzungen und deren tägliche Schwankungen beim Handeln berücksichtigen und seine Handlungsplanung darauf ausrichten.“

---

Die Vorteile des Modells liegen nach Ducki (2000, S. 65) (1) in der Betonung von Lern- und Entwicklungsprozessen, (2) in der Möglichkeit, Gesundheit positiv zu beschreiben und (3) in der Verbindung von physischen und psychischen Dimensionen von Gesundheit. Greiner (1998, S. 48) ergänzt, dass das Modell allgemeine Handlungsparameter und das Arbeitshandeln berücksichtigt. „Es wird angenommen, dass Arbeitsbedingungen Selbstaufmerksamkeitsprozesse und protektives Gesundheitshandeln fördern oder behindern können.“

Um die Integration weiterer Gesundheitsaspekte, wie z. B. affektives Wohlbefinden und kognitive Überzeugungen, zu gewährleisten, nimmt Ducki (2000) Bezug zum bereits besprochenen Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1979), insbesondere zum Kohärenzerleben (vgl. Kapitel 2.1.4).

Ein Gesundheitsmodell, das ebenfalls handlungstheoretisch fundiert ist und darüber hinaus systemtheoretische Grundlagen einbezieht, unter besonderer Berücksichtigung einer dynamischen Gesundheitsbetrachtung, stammt von Udris, Kraft, Mussmann und Rimann (1992).

### 2.1.7 Ein system- und handlungstheoretisches Gesundheitsmodell

Udris et al. (1992) verstehen Gesundheit auf der Basis von system- und handlungstheoretischen Grundlagen (1) als dynamische Balance bzw. als „Fließ-Gleichgewicht“ innerhalb der Person und mit der Umwelt und (2) als Prozess zielgerichteter, präventiver und protektiver Handlungen bzw. als Prozess erfolgreicher Bewältigung von Anforderungen und Belastungen.

Auf dieser Basis definieren Udris et al. (1992, S. 13) Gesundheit als „transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum, seinem autonomen Potential zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung und seiner sozial-ökologischen Umwelt“.

Gesundheit wird also nicht als statischer Zustand verstanden, sondern als Balance zwischen den physischen, psychischen und sozialen Ressourcen einer Person bzw. Abwehr und Schutzfunktionen einerseits und potentiell krank machenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt andererseits. Damit wird hier, wie im Konzept von Antonovsky, den Ressourcen eine zentrale Rolle zugesprochen (vgl. Kasten 2.6). Auch in diesem Modell stellt sich also die in der Forschung zur Salutogenese thematisierte Frage, welche Mittel einer Person zur Verfügung stehen, um mit potentiell gesundheitsschädlichen Belastungen umzugehen bzw. ihre Gesundheit zu erhalten oder zu stärken.

Auch Udris et al. (1992) unterscheiden zwischen äußeren bzw. im Arbeitskontext *organisationalen Ressourcen* und inneren bzw. *personalen Ressourcen*. Bei den organisationalen Ressourcen spielen vor allem die Situationskontrolle im Sinne von Tätigkeits- und Entscheidungsspielräumen (vgl. Kapitel 4.5) und die soziale Unterstützung (vgl. Kapitel 2.1.5.2) eine wesentliche Rolle. Im Zusammenhang mit den personalen Ressourcen weisen die Autoren dem Kohärenzerleben von Antonovsky eine wesentliche Rolle zu. Zur funktionalen und strukturellen Rolle der Ressourcen im Gesundheitskonzept von Udris et al. (1992) vgl. Kasten 2.6.

**Kasten 2.6**

*Ressourcen der Gesundheit: Strukturen und Funktionen (aus Udris, Kraft, Mussmann & Rimann, 1992, S. 14)*

„Im Sinne unseres system- und handlungstheoretischen Ansatzes kann unterschieden werden zwischen einem *strukturellen* und einem *funktionalen* Aspekt von Ressourcen. Nach Miller (1978; vgl. Noack, 1988) sind alle lebenden Systeme (Individuen, soziale Organisationen, Gesellschaften) durch eine hierarchische Struktur von Subsystemen bzw. Systemkomponenten geordnet und verknüpft. Interdependente individuelle Subsysteme sind u. a. das Kreislauf-, Verdauungs- und Immunsystem sowie das kognitive, affektive und motorische System. Individuen wiederum interagieren mit bzw. sind Subsysteme von sozialen Einheiten wie Partnerschaften, Primärgruppen oder Familien, die Teilsysteme von ökonomischen, ökologischen, soziokulturellen oder politischen Systemen (z. B. betrieblichen Organisationen) sind. Ressourcen von und für Gesundheit lassen sich also durch die strukturellen 'Eigenschaften' der Systemkomponenten selbst beschreiben (z. B. Stärke, Stabilität, Differenziertheit oder Lernfähigkeit der einzelnen Systeme). Gesundheit als Prozess der Erzeugung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung einer dynamischen Balance muss aber auch funktional gesehen werden, nämlich als ein zielgerichtetes 'Zurückgreifen', 'Nutzen' oder 'Beeinflussen' dieser Systemeigenschaften (z. B. Austausch, Kommunikation, Transaktion). Dieser Prozess dient also dem 'eigentlichen' Zweck der Salutogenese, nämlich der Selbstorganisation und Selbsterneuerung des 'gesunden' Systems Individuum.“

In den letzten Abschnitten wurden wichtige Aspekte des Gesundheitsbegriffs besprochen. Auf dieser Basis geht es abschließend darum, einige Attribute einer Gesundheitsdefinition darzustellen, die einerseits der Komplexität des Begriffs gerecht werden und andererseits ausreichend handlungsleitend sind.

### 2.1.8 Attribute einer Gesundheitsdefinition

In einem Vergleich verschiedener, vor allem sozialwissenschaftlicher Definitionen kommen Udris, Kraft, Mussmann und Rimann (1992, S. 11; vgl. auch Becker, 1992) zum Schluss, dass neuere Definitionen „Gesundheit als komplexes, mehrdimensionales, ganzheitliches, dynamisches und prozessuales Konzept“ ansehen, während statische Definitionen zunehmend abgelehnt werden (vgl. Kasten 2.7).<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Für eine Übersicht zum Gesundheitsbegriff vgl. z. B. Noack (1993), Greiner (1998) und Becker (2001).

*Gesundheitsdefinitionen: Grundlagen und Probleme (aus Ducki, 2000, S. 45)***Kasten 2.7**

„Insgesamt unterscheiden sich die verschiedenen Definitionen von Gesundheit hinsichtlich ihres theoretischen Bezugsrahmens. System-, informations-, handlungs- und stresstheoretische Perspektiven finden sich vor allem in der Psychologie, rollen- und sozialisationstheoretische Perspektiven überwiegen in der Gesundheitspsychologie (Noack, 1993). Ungelöste Probleme existieren in folgenden Bereichen:

- Die verschiedenen Erklärungsansätze und Definitionen von Gesundheit sind – ähnlich wie Definitionen der Ressourcen – so allgemein formuliert, dass sie nur sehr schwer operationalisierbar und damit empirisch überprüfbar sind.
- Alle Gesundheitsmodelle beinhalten die Annahme, dass körperliche, psychische und soziale Gesundheitsdimensionen miteinander verbunden sind. Zwar gibt es in der psychosomatischen Medizin Erklärungsansätze für die Ätiologie psychosomatischer Störungen, eine Ätiologie 'psychosomatischer Gesundheit' steht hingegen nach wie vor aus.
- Schwierigkeiten bereitet darüber hinaus die Frage, wie die Zeitdimension 'in nicht trivialer, konstruktiver Weise einbezogen werden kann' (Noack, 1993, S. 28). Dies bezieht sich sowohl auf die historische als auch die biographische Zeitperspektive, die in einem allgemeinen gesundheitsbezogenen Entwicklungsansatz berücksichtigt werden muss, wenn z. B. Entwicklung und Wandel von Ressourcen und Gesundheit erfasst werden sollen.
- Eine weitere grundlegende Schwierigkeit besteht in der konzeptionellen und operationalen Abgrenzung von Ressourcen und Gesundheit sowie der Beschreibung ihrer Schnittstellen ...“

In Abgrenzung zum traditionell biomedizinischen Gesundheitsmodell, das eher Krankheit als Gesundheit fokussiert, ist im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Annahme eines biopsychosozialen Modells von Vorteil. Die Genese und der Verlauf vieler weit verbreiteter Krankheiten, wie z. B. Rückenbeschwerden oder kardiovaskuläre Erkrankungen, sind mittels des biomedizinischen Gesundheitsmodells nicht abschließend erklärbar (vgl. Faltermaier, 1999). Zudem sind im biomedizinischen Modell wichtige Gesundheitsmerkmale, wie z. B. Emotionen oder psychosomatische Beschwerden, nur unzureichend repräsentiert, obwohl sie für die individuelle Lebensqualität eine kaum übersehbare Rolle spielen (Greiner, 1998). Mit der Annahme eines *biopsychosozialen Modells* werden die psychischen und sozialen Aspekte der Gesundheit neben den biologisch-physikalisch messbaren Abweichungen von einer „gesunden“ Norm (Greiner, 1998, S. 40) ihrer Bedeutung entsprechend integriert. Damit wird das biomedizinische Modell, das auf vielen Gebieten Hervorragendes leistet, keineswegs diskreditiert. Mit seiner Reduzierung auf biologische Parameter ist es aber

***Biopsychosoziales Modell***

im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung zu reduktionistisch (vgl. Becker, 2001).

Neuere Gesundheitsdefinitionen beschreiben Gesundheit *mehrdimensional*. Verfolgt wird zudem nicht mehr ein dichotomes Modell, in dem zwischen zwei sich ausschließenden Zuständen – Gesundsein oder Kranksein – unterschieden wird. Vielmehr werden kontinuierliche Dimensionen angenommen, auf denen Gesundheits- und Krankheitsaspekte koexistent auftreten können (vgl. Antonovsky, 1997).

### System-orientierte Konzeption

Udris et al. (1992) bezeichnen Gesundheit in ihrer systemorientierten Konzeption als *dynamisches* Gleichgewicht zwischen Individuum und Umwelt. Gesundheit ist „damit eher ein Potential oder eine Fähigkeit, Ungleichgewichte zu bewältigen und zu regulieren, weniger ein Zustand ... Gesundheit umfasst somit nicht nur den gegenwärtigen Zustand, sondern auch die Möglichkeit, in der Zukunft ein Gleichgewicht zu erhalten oder wiederherzustellen“ (Greiner, 1998, S. 44). Mit dieser prozessorientierten Sichtweise wird ein rein statischer Gesundheitsbegriff aufgegeben (vgl. Kasten 2.8).

#### Kasten 2.8

#### *Healthismus versus Sanogenese (aus Greiner, 1998, S. 53)*

„Dynamische Modelle betonen den Menschen als aktives Wesen, das seine Gesundheit ständig herstellen und stabilisieren muss. Die Gefahr einer derartigen Perspektive liegt in einem unkritischen ‘Healthismus’ (Kühn, 1993), der dem einzelnen die alleinige Schuld für seine Krankheit zuschreibt und die soziale Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit vernachlässigt. Um eine derartige Perspektive zu vermeiden, ist es wichtig, das Wechselverhältnis zwischen äusseren (sozialen, strukturellen) und inneren (persönlichkeitsbedingten) Ressourcen aufzuzeigen. Eine extreme Position für die betriebliche Gesundheitsförderung bezieht Hacker mit dem Begriff der ‘Sanogenese’, der hauptsächlich auf Arbeitsbedingungen und -inhalte verweist (Hacker, 1991). Sanogenese beginnt aus der Sicht eines aktiven Humanismus beim Schaffen gesundheitsstabilisierender Arbeitsinhalte und -bedingungen, also bei der Arbeitsgestaltung, nicht aber bei zusätzlichen Forderungen an die Verhaltensweisen der Arbeitenden ... In anderen Positionen wird die Notwendigkeit von sowohl Arbeitsgestaltung als auch von Verhaltensmassnahmen und die Berücksichtigung von deren wechselseitigen Bedingtheit betont (Greiner & Syme, 1994).“

Insgesamt entsteht somit das Bild einer komplexen biopsychosozialen, positiven, mehrdimensionalen und dynamischen Gesundheitsdefinition (Greiner, 1998). Diese Definition ist aufgrund ihrer Komplexität nicht einfach operationalisierbar. Das mit dieser Definition verfolgte Ziel ist denn auch die Schaffung eines analytischen Be-

zugsrahmens und damit die Möglichkeit einer Systematisierung relevanter Gesundheitsmerkmale im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

### 2.1.9 Resilienz

Der Begriff ‚Resilienz‘ hat in den letzten Jahren eine weite Verbreitung gefunden, die damit verknüpften Konzepte finden in unterschiedlichsten Lebensbereichen Beachtung (vgl. Kasten 2.9). Im Wörterbuch der Psychologie wird Resilienz definiert als „die Widerstandsfähigkeit eines Individuums, sich trotz ungünstiger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse (...) erfolgreich zu entwickeln“ (Warner 2017,1442). Zahlreiche Autorinnen und Autoren orientieren sich in diesem Zusammenhang explizit am Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1997).

---

#### *Resilienz – Definitionen und angesprochene Lebensbereiche*

---



---

#### *Kasten 2.9*

---

„Der Begriff Resilienz stammt aus der Physik und bezeichnet eine Materialeigenschaft - nämlich nach Belastung schnell in den Ursprungszustand zurückzukehren. Als menschliche Eigenschaft meint er *die psychische Robustheit*, Belastungen besser zu tragen und sich nach Krisen und Rückschlägen schnell wieder zu erholen“ (Rummel 2010, 338).

„Die Fähigkeit, *widerstandsfähig gegenüber äußeren Belastungen und Krisensituationen* zu sein und sie ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen, wird in der Psychologie als ‚Resilienz bezeichnet“ (Scharnhorst 2008, 52).

„Ziel der Resilienzforschung ist es, Schutzfaktoren zu identifizieren, Modelle zum Zusammenwirken dieser Faktoren zu erstellen und – darauf aufbauend – Interventionsansätze zur *Stärkung von Schutzfaktoren* zu entwickeln“ (Gunkel, Böhm & Tannheimer, 2014 S. 258)

„Die Resilienzforschung leistet einen Beitrag zur *Prävention* und vor allem zur *Gesundheitsförderung*, indem sie Schutzfaktoren identifiziert und Modelle des Zusammenwirkens dieser Faktoren vorstellt. Damit können Programme zur Gesundheitsförderung entwickelt und für die Praxis nutzbar gemacht werden (Kent und Davis, 2010, Masten 2007)“ (Bengel & Lyssenko 2012, 92).

„Für die *Personalauswahl* bedeutet das, dass Resilienz ... *als Eignungsvoraussetzung von Führungskräften* in den Fokus rückt. Resilienz bedeutet, dass Personen trotz Frustrationen und Belastungen mit Stress in konstruktiver Weise umgehen können und auf diese Weise die typische Kaskade destruktiver Führung durchbrechen“ (May, Schilling und Schyns, 2016, S. 270).

---



„Resilience ist the capacity to *respond to stress in a healthy way* such that goals are achieved at minimal psychological and physical cost: resilient individuals ‚bounce back‘ after challenges while also growing stronger“ (Epstein & Krasner 2013, 301).

„Resilience is defined as the *intrinsic ability of a system* to adjust its functioning prior to, during, or following changes and disturbances, so that it can sustain required operations under both expected and unexpected conditions“ (Hollnagel 2011, 275).

„Resilience in engineering applies the concept resilience to the design of organizations as socio-technical systems (Hollnagel et al. 2006, 2008)“ (Grote 2009, 123).

„Resilienz bezeichnet also die Fähigkeit einer *Organisation*, dynamisch-stabil zu bleiben, indem sie sich an wechselnde, die Sicherheit gefährdende Einflüsse anpasst“ (Wäfler 2016, 132).

---

Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang die Beiträge des dänischen Psychologen Erik Hollnagel, der sich auf Resilienz bezogen zunächst mit ‚resilience engineering‘ beschäftigte (Hollnagel et al. 2006, 2008, 2011), sich in der Folgezeit darüber hinaus vermehrt den Problemen des ‚resilience care‘ zuwandte (z.B. Hollnagel 2015, 2016, Hollnagel et al. 2013, Braithwaite, Wears & Hollnagel, 2017). Auch von anderer Seite liegen Beiträge zur Bedeutung von Resilienz in Zusammenhang mit Fragen der Patientensicherheit vor (z.B. Grote & Kolbe, 2015). Damit wird erkennbar, dass Fragen der Resilienz inzwischen in sehr unterschiedlichen Kontexten gestellt und auf mögliche Antworten untersucht werden (Kasten 2.10).

---

### Kasten 2.10

---

#### Resilienz in unterschiedlichen Kontexten

---

„Erforscht wurde das Konzept v. a. bei *Kindern*, die sich trotz widriger Lebensumstände (z. B. Armut, Gewalt) zu physisch und psychisch unauffälligen und erfolgreichen Erwachsenen entwickelten, wohingegen weniger resiliente Kinder bei gleichen Risikofaktoren ein höheres Risiko für psychische und physische Auffälligkeiten hatten“ (Warner, 2017, S. 1442).<sup>8</sup>

Der von Lyssenko, Rottmann und Bengel (2010) vorgelegte Bericht über die Relevanz der Resilienzforschung für Prävention und Gesundheitsförderung befasst sich hauptsächlich mit der Bedeutung des Konzepts für *Kinder* und *Jugendliche*.

---



---

<sup>8</sup> In diesem Zusammenhang wird vielfach auf die frühen Arbeiten der amerikanischen Entwicklungspsychologin Emmy Werner (1977, Werner & Smith, 1982) hingewiesen.

Bei Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff wird „Das Thema der Resilienzförderung differenziert nach Altersabschnitten – Frühe Kindheit, Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, höheres und hohes Alter – beschrieben“ (2015, 8).

In dem von Welter-Enderlin und Hildenbrand (2016) herausgegebenen Band ‚Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände‘ geht es u.a. um *familiäre Resistenz, Resistenz bei Paaren und in Familien*.

Im Übersichtsbeitrag von Bengel und Lyssenko (2012) über Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im *Erwachsenenalter* heißt es: „Die Resilienzforschung leistet einen Beitrag zur Prävention und vor allem zur Gesundheitsförderung, indem sie Schutzfaktoren identifiziert und Modelle des Zusammenwirkens dieser Faktoren vorstellt. Damit können Programme zur *Gesundheitsförderung* entwickelt und für die Praxis nutzbar gemacht werden (Kent und Davis, 2010, Masten 2007)“ (Bengel & Lyssenko 2012, 92).

In der vom Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen vorgelegten Veröffentlichung über ‚Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland‘ wurde die Bedeutung von Resilienzkonzepten für die *betriebliche Gesundheitsförderung* deutlich gemacht. „Resilienz stellt einen Protektivfaktor und eine Gesundheitskompetenz dar, die angesichts der steigenden und sich ändernden Belastungen durch die Arbeitswelt einen zunehmenden Wert gewinnen werden... Bisherige Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Menschen mit einer höheren Resilienz weniger körperliche Beschwerden haben und sich auch schneller erholen.“ (Scharnhorst 2008, 53).

„Für die *Personalauswahl* bedeutet das, dass Resilienz ... *als Eignungsvoraussetzung von Führungskräften* in den Fokus rückt. Resilienz bedeutet, dass Personen trotz Frustrationen und Belastungen mit Stress in konstruktiver Weise umgehen können und auf diese Weise die typische Kaskade destruktiver Führung durchbrechen“ (May, Schilling und Schyns, 2016, S. 270)

Resilience is a key to enhancing quality of *care*, quality of *caring*, and sustainability of the *health care workforce*“ (Epstein & Krasner 2013, 301).

Hollnagel (2010) stellte die Frage: „How resilient is your organization?“ Bergström, Dahlström, Dekker & Petersen (2011) berichteten über ein „Training organisational resilience in escalating situations“. Ritz et al (2015) setzten sich mit der Frage auseinander „wie durch Förderung von Anpassungsfähigkeit die *Resilienz von Organisationen* kulturbezogen gefördert werden kann.“

---

Seit einigen Jahren wird Resilienz in der Arbeits- und Organisationspsychologie vermehrt in Bezug auf Sicherheitsbelange thematisiert (Weick & Sutcliffe, 2008, Grote, 2009, Ritz et al. 2013, 2015, Ritz 2015, Wäfler, 2016). So finden sich etwa im Themenheft der Zeitschrift Wirtschaftspsychologie (4/2015) „Resilienz: Aktuelle Perspektiven und Konzepte aus der wirtschaftspsychologischen Forschung und Praxis“ ein Beitrag „Resilienz und Stressmanagement“ (Patzelt), ein methodisch sorgfältig erarbeitetes resilienzorientiertes „Schulungskonzept für Leitwarte Teams in einem Kernkraftwerk“ (Kleindienst, Koch, Ritz & Brünger) sowie ein Bericht über die

„Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung resilienten Verhaltens“ (Soucek, Pauls, Ziegler, Schlett). Im darauf folgenden Jahr beschäftigen sich die Beiträge im Heft 2/2016 der Zeitschrift für Organisationspsychologie mehrheitlich ebenfalls mit der Resilienzthematik. Hier finden sich u.a. eine „inhaltliche Differenzierung von Resilienz auf den Ebenen von Individuen, Teams und Organisationen“ (Soucek, Ziegler, Schlett & Pauls) sowie „Der Fragebogen zur individuellen, Team- und organisationalen Resilienz (FITOR)“ (Schulte, Gessnitzer & Kauffeld).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Erhalt und die Förderung von Resilienz im Sinne der ‚Widerstandsfähigkeit‘ jeweils zum Erhalt bzw. zur Förderung der Gesundheit - von Individuen, Teams oder Organisationen – massgeblich beitragen kann.<sup>9</sup>

Verschiedene der in diesem Kapitel besprochenen Konzepte, wie Tätigkeitsspielraum und soziale Unterstützung sowie personale Ressourcen, wurden im Kontext der Belastungs- und Stressforschung ebenfalls vielfach thematisiert, insbesondere hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit negativen Beanspruchungsfolgen und Krankheiten. Diskutiert wurde, inwiefern diese Merkmale puffernd wirken, d. h. die gesundheitsschädliche Wirkung von Belastungen abschwächen können und in welchem Ausmaß diese Merkmale direkt positive Wirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden haben können. Da Belastungen, Beanspruchung und Stress in diesem Sinne in einem engen Bezug zum Thema Gesundheit stehen und zudem im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements häufig thematisiert werden, sollen die nächsten Kapitel diesen Themen gewidmet werden.

## 2.2 Belastung, Beanspruchung und Stress

Im letzten Kapitel wurde der Versuch einer Auslegeordnung zum Gesundheitsbegriff gemacht. In diesem Kapitel werden spezifische Wirkungen der Arbeit, wie Belastungen, Beanspruchungen und

---

<sup>9</sup> vgl. dazu auch die Beiträge von Lyssenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. (2010) sowie Hartwig, M., Kirchhoff, B., Lafrenz, B. & Barth, A. (2016).

Stress, besprochen. Das Belastungs-Beanspruchungskonzept<sup>10</sup> hat in verschiedenen arbeitswissenschaftlichen Disziplinen, wie etwa der Ergonomie, der Arbeitsmedizin und der Arbeitspsychologie, einen hohen Stellenwert (vgl. z. B. Richter & Hacker, 1998; Ulich, 2011). Das Konzept ist ein „leitender theoretischer Entwurf, um Arbeitsbedingungen insbesondere in ihren negativen physischen und psychischen Auswirkungen auf den Menschen zu untersuchen“ (Frieling & Sonntag, 1999, S. 193). Belastung, Beanspruchung und Stress sind zudem Alltagsthemen, die im Leben der meisten Menschen immer wieder eine Rolle spielen (vgl. Kasten 2.11).

---

*Belastung, Beanspruchung und Stress im Alltag (aus Udris & Frese, 1999, S. 429)*

---

**Kasten 2.11**

---

„Im Leben eines jeden Menschen gibt es Situationen, die ihn stark fordern, ihn belasten und seine Fähigkeiten in Anspruch nehmen – manchmal über das 'normale' Mass hinaus. Mit vielen Anforderungen kommt er gut zurecht, mit vielen anderen hat er Schwierigkeiten – der Mensch ist 'überfordert', er ist 'fehlbeansprucht', manches 'stresst' ihn. Ausgehend von der alltagssprachlichen sowie wissenschaftlichen Verwendung von Begriffen sind grundlegende Fragen zu stellen und zu beantworten: Welche (Arbeits-) Bedingungen und Situationen stellen für das Individuum Belastungen dar und beanspruchen es über seine Kapazitäten hinaus? Wie wirken sich Belastungen ('Stressoren') auf Gesundheit und Wohlbefinden aus? Mit welchen Mitteln ('Ressourcen') lassen sich Belastungen bewältigen ('Coping') und die Gesundheit schützen?“

---

### 2.2.1 Belastung und Beanspruchung

In der deutschsprachigen Arbeitswissenschaft hat sich ein Konzept weitgehend durchgesetzt, demzufolge als Belastungen „objektive, von aussen her auf den Menschen einwirkende Grössen und Faktoren“ bezeichnet werden, als Beanspruchungen „deren Auswirkungen im Menschen und auf den Menschen“ (Rohmert & Rutenfranz, 1975, S. 8). Diese Konzeption fand einen Niederschlag auch in der

---

<sup>10</sup> Das Belastungs-Beanspruchungskonzept sowie das Stresskonzept sind Gegenstand verschiedener Disziplinen. Es ist nicht möglich, an dieser Stelle alle damit verbundenen Konzepte und Theorien zu besprechen. Für eine Übersicht zum Belastungs-Beanspruchungskonzept vgl. Schönplüg (1987) sowie Richter und Hacker (1998). Für eine Übersicht zu Stress und Gesundheit in Organisationen vgl. Cooper (2001) sowie Zapf und Semmer (2004).

DIN EN ISO 10075 und der darin vorgenommenen Definition psychischer Belastung und Beanspruchung (vgl. Kasten 2.12).

---

**Kasten 2.12**

---

---

*Definition der psychischen Belastung und Beanspruchung in DIN EN ISO 10075-1 (2001)*

---

**Psychische Belastung**

Die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von aussen auf den Menschen zu- kommen und psychisch auf ihn einwirken.

**Psychische Beanspruchung**

Die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung psychischer Belastung im Indivi- duum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschliesslich der individuellen Bewältigungsstrategien.

---

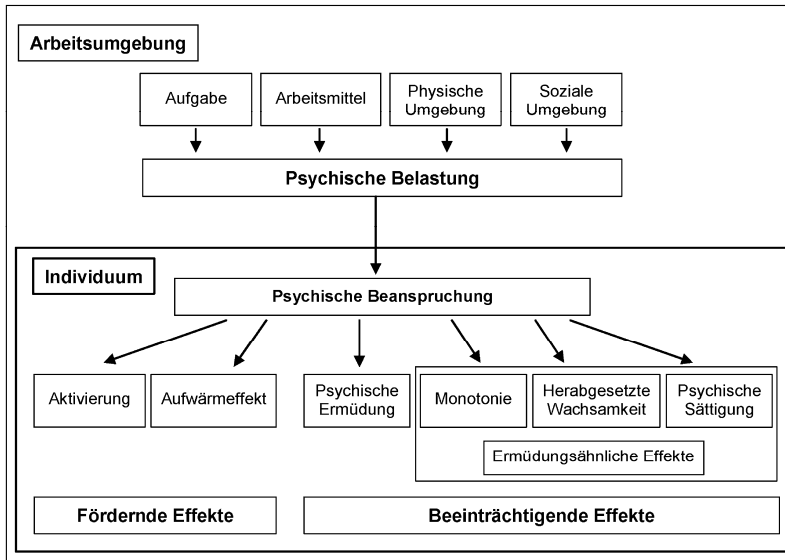
Nachreiner (2002) hat darauf hingewiesen, dass eine *Belastungs- optimierung* mit der *Gestaltung der Arbeitsbedingungen* einhergeht (vgl. Abbildung 2.1).

**Praktische  
Relevanz**

Die praktische Relevanz des Konzepts sieht Nachreiner (2002) in der Möglichkeit, relativ einfach handlungsleitende Vereinbarungen zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen zu erarbeiten (Nachreiner, 2002). In Übereinstimmung damit hat Hofmann (2002) darauf hin- gewiesen, dass es seine Praktikabilität im betrieblichen Alltag be- wiesen habe und Akzeptanz bei den Tarifpartnern finde. Der Nach- teil des Konzepts ist in seinem „eher unbefriedigenden theoreti- schen Status“ zu sehen (Nachreiner, 2002, S. 520).

Terminologie und konzeptuelle Zusammenhänge nach DIN EN ISO 10075-1:2000-11 (aus Nachreiner, 2002, S. 520) <sup>11</sup>

Abbildung 2.1



In der Arbeitspsychologie wird denn auch übereinstimmend darauf hingewiesen, dass es sich dabei nicht um einfache Reiz-Reaktionsmuster handeln kann, sondern dass Vermittlungs- und Rückkopplungsprozesse die Beziehungen zwischen Belastung und Beanspruchung vielfältig beeinflussen.

Nach Schönflug (1987, S. 144 ff.) lassen sich Belastungen hauptsächlich nach den folgenden sechs Dimensionen unterscheiden:

1. nach ihrer Herkunft,
2. nach ihrer Qualität,
3. nach den Möglichkeiten, sie zu beeinflussen,
4. nach der Möglichkeit, ihr Auftreten vorherzusehen,
5. nach ihrer zeitlichen Struktur und
6. nach der Art ihrer Auswirkungen auf die Betroffenen.

<sup>11</sup> Für eine Darstellung der Unterschiede zwischen den Beanspruchungen, psychischer Ermüdung, Monotonie und psychischer Sättigung vgl. Ulich (2011).

Allein diese Klassifizierung macht erkennbar, dass einfache Zuordnungen von Beanspruchungen zu Belastungen nicht erwartet werden können. Dass die Zurechenbarkeit von Beanspruchungen zu Belastungen mit der Kombination einzelner Belastungen zu Mehrfachbelastungen (vgl. Dunckel, 1985) noch einmal schwieriger wird, liegt auf der Hand. Am Beispiel der Herzfrequenzvariabilität hat Nachreiner (2003) dargestellt, dass diese Zuordnungsschwierigkeiten auch unter Rückgriff auf psychophysiologische Parameter, über die Erhebung von Unterschieden in der Aktivierung hinaus, nicht ohne weiteres zu lösen sind.

### *Inter-individuelle Unterschiede*

Bereits in den Vorschriften der DIN 33 400/ISO 6385 ist im Übrigen festgehalten, dass Beanspruchungen als Folge von Belastungen interindividuell unterschiedlich auftreten: „Die Arbeitsbeanspruchung ist die individuelle Auswirkung der Arbeitsbelastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen Eigenschaften und Fähigkeiten“. Damit sind nicht nur konstitutionelle Unterschiede angesprochen, sondern vor allem auch Unterschiede in der Einschätzung und Bewältigung von Belastungen.

In der Konsequenz heißt dies, dass – z. B. aus physikalischen Umgebungsbedingungen stammende – identische Belastungen unterschiedliche Beanspruchungen zur Folge haben können, aber auch, dass sich unterschiedliche Belastungen in gleichartigen Beanspruchungen äußern können.

### *Zweifache Rolle*

Für die Bewertung von Beanspruchungen ist schließlich deren zweifache Rolle von entscheidender Bedeutung: „Arbeitsbedingte Belastungen können mit Beanspruchungen und Folgen verbunden sein, die nützlich, lohnend und persönlichkeits- sowie gesundheitsförderlich sind und/oder mit Beanspruchungen, die hohe psychophysische Kosten verursachend und gesundheitsschädlich sind“ (Wieland-Eckelmann, 1992, S. 28).

### *Belastungen als Voraussetzung von Lernen*

Tatsächlich sind aus Belastungen resultierende Beanspruchungen nicht nur „als Folgen von vorausgegangenen Handlungen zu betrachten, die zudem meist als unerwünscht gelten (z. B. Ermüdung). Beanspruchungen sind vielmehr immer auch ... Ursachen weiterer Handlungen: Beanspruchungen haben Auslösefunktionen für ihnen entgegenwirkende Bewältigungsprozesse“ (Nitsch & Udris, 1976, S. 12). Beanspruchung wird damit auch zur Voraussetzung von Lernen. Nach Nitsch und Udris (1976, S. 12) „liegt ein wesentliches

Moment jeglichen Lernens in der jeweils erfahrenen oder erwarteten Beanspruchung: Lernen kann als Versuch verstanden werden, Beanspruchungssituationen für die vorgreifende (antizipatorische) Anpassung an zukünftige Beanspruchungssituationen auszunützen. Das Erfahren von Beanspruchungen ist eine wesentliche Grundlage aller Lernprozesse“. Insofern sollte der von Hacker und Richter (1980) geprägte Begriff der Fehlbeanspruchung für Beanspruchungen reserviert bleiben, die keine Lernprozesse im von Nitsch und Udris beschriebenen Sinne auslösen (können). Fehlbeanspruchungen entstehen, wenn sich zwischen den aus der Arbeitsaufgabe und den objektiven Ausführungsbedingungen resultierenden Anforderungen einerseits und den individuellen Leistungsvoraussetzungen und deren Inanspruchnahme andererseits Diskrepanzen ergeben (Hacker & Richter, 1980; Richter & Hacker, 1998; Dunckel & Resch, 2004; Zapf & Semmer, 2004; Wieland, 2010a). Damit ergeben sich auch Anknüpfungen an Stresskonzepte.

### 2.2.2 Stress

In kaum einem anderen Bereich der Belastungs-Beanspruchungsthematik gab es über lange Zeit eine solche Vielfalt von nicht miteinander übereinstimmenden Konzepten, Inkonsistenzen innerhalb einzelner Konzepte und inkonsistenter Begriffsverwendung wie in der Stressdiskussion (vgl. Ulich, 2011). In jüngster Zeit scheint sich jedoch „ein Minimalkonsens zu entwickeln, der die angelsächsische ‘Stresstradition’ und die deutschsprachige ‘Belastungs- und Beanspruchungstradition’ zusammenführt“ (Udris & Frese, 1999). Hier ist als allgemeiner Orientierungsrahmen die bereits angesprochene DIN EN ISO 10075 zu nennen.

#### 2.2.2.1 Grundmodelle

Viele Autoren unterscheiden zwischen reizorientierten, reaktionsorientierten und transaktionalen Stresskonzepten (vgl. z. B. Frieling & Sonntag, 1999; Le Blanc, de Jonge & Schaufeli, 2000; Zapf & Semmer, 2004). Bei den reizorientierten Ansätzen werden auslösende Bedingungen fokussiert, d. h. es wird versucht, Stress ohne Bezug zu den Stressreaktionen zu definieren. Untersucht werden z. B. physikalische Stressoren wie Lärm, arbeitsorganisatorische Stressoren wie

*Reizorientierte  
Ansätze*



Zeitdruck und soziale Stressoren (Frieling & Sonntag, 1999), aber auch kritische Lebensereignisse (vgl. Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Kahn & Byosiore, 1992). Unberücksichtigt bleibt bei diesen Ansätzen, „wie diese [Stressoren] vom einzelnen Arbeitenden subjektiv bewertet werden und welche Reaktionen sie in Abhängigkeit von den individuellen Bewältigungsstrategien hervorrufen“ (Frieling & Sonntag, 1999, S. 196).

### **Reaktions- orientierte Ansätze**

Reaktionsorientierte Ansätze konzentrieren sich auf die individuellen Stressreaktionen. Hier wird versucht, Stress ohne Bezug zu den auslösenden Situationen zu definieren (Zapf & Semmer, 2004). Mit der Annahme eines „Allgemeinen Adaptationssyndroms“ postuliert z. B. Selye (1950, 1981) die Existenz einer *unspezifischen* Reaktion des Organismus bei der Anpassung an jede Art von Anforderung. Später wurde jedoch angezweifelt, dass organismische Reaktionsmuster völlig unspezifisch verlaufen (vgl. Schönpflug, 1987). Dennoch war Selyes Ansatz für die arbeitsmedizinische Stressforschung von grosser Bedeutung (vgl. Zapf & Semmer, 2004).

### **Transaktionale Ansätze**

Bei transaktionalen Ansätzen schließlich steht die Transaktion zwischen Mensch und Situation im Vordergrund (vgl. z. B. Lazarus, 1966; Lazarus & Launier, 1978, 1981). Im Transaktionsmodell von Lazarus – das deshalb auch als kognitives Stress-Modell bezeichnet wird – spielen individuelle Bewertungsprozesse sowie Rückkopplungsprozesse eine zentrale Rolle. Zunächst findet eine Einschätzung bzw. Bewertung eines Ereignisses oder einer Situation danach statt, ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit aus dieser Situation Belastungen resultieren, wie und wie stark sie vermutlich wirksam sind und wie ihr zeitlicher Verlauf einzuschätzen ist (vgl. Abbildung 2.2).

Diese Erstbewertung wird von Lazarus als „primary appraisal“ bezeichnet. In einer zweiten Bewertung („secondary appraisal“) werden die verfügbaren Ressourcen – die vom Einsatz von Arbeitsmitteln über persönliche Bewältigungsstrategien bis zum Heranziehen sozialer Unterstützung reichen können – danach eingeschätzt, ob sie ausreichen, der erwarteten oder bereits erlebten Belastung adäquat zu begegnen.

---

*Das Stressmodell von Lazarus (aus Udrys & Frese, 1988, S. 431)*

---



---

**Abbildung 2.2**

---

### Kognitive Bewertungsprozesse

#### A) Primäre Bewertung (Primary Appraisal) des Wohlbefindens

Ein gegebenes Ereignis/eine Situation betrachten als:

- Irrelevant
- Günstig/Positiv
- Stressend
  - Schädigung/Verlust (Harm-Loss)
  - Bedrohung (Threat)
  - Herausforderung (Challenge)

#### B) Sekundäre Bewertung (Secondary Appraisal)

Bezogen auf

- Bewältigungsfähigkeiten (Coping Resources)
- Bewältigungsmöglichkeiten (Coping Options)

#### C) Neubewertung (Reappraisal)

Rückkoppelung: Information über eigene Reaktionen  
und über die Umwelt  
anschliessende Reflexion

---

Je nach erfolgter Einschätzung kann es anschließend zu einer Neubewertung („reappraisal“) des Ereignisses oder der Situation kommen, die dann möglicherweise als mehr oder weniger oder anders belastend wahrgenommen wird.

Im transaktionalen Stressmodell von Lazarus spielt das Bewältigungsverhalten („Coping“) eine wichtige Rolle, womit auch interindividuelle Differenzen angesprochen werden. Cooper (2001) weist darauf hin, dass bei der Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten Bezug zu individuellen Merkmalen, wie z. B. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, genommen wird. Eine auf personenspezifische Tendenzen eingeschränkte Sichtweise unterschätzt allerdings den Kontextbezug des jeweiligen Verhaltens (Lazarus, 1991).

Trotz divergierender Definitionen und einer gewissen Konfusion bezüglich der zu untersuchenden Dimensionen von „Coping“ können aufgrund der bestehenden Evidenz einige relativ gut belegte Aussagen gemacht werden (Semmer, 2003). Grundsätzlich kann

**Bewältigungsverhalten**

unterschieden werden zwischen problemorientiertem Coping, bei dem Problemlöseverhalten im Vordergrund steht, und emotionsorientiertem Coping, bei dem die im Zusammenhang mit der Belastung stehenden Kognitionen und Emotionen fokussiert werden (Lazarus & Folkman, 1984). Tendenziell zeigt sich, dass problemorientiertes Coping eher mit besserer mentaler und physischer Gesundheit zusammenhängt (z. B. Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Semmer, 2003) als emotionsorientiertes Coping. Allerdings muss man z. B. bei stark belastenden Ereignissen mit den entstehenden intensiven Gefühlen umgehen können (Semmer, 2003). Ist eine Situation zudem nicht kontrollierbar, kann die Nutzung von emotionsorientiertem Coping zumindest kurzfristig funktional sein. Da die meisten Probleme damit nicht gelöst werden, ist dieses Bewältigungsverhalten langfristig weniger nützlich (Semmer, 2003).

Schließlich sind mit der Bewältigung von Stress u.U. auch Kosten verbunden (Schönpflug & Battmann, 1988). So können z. B. „Überstunden die Einhaltung von Terminen erleichtern, zugleich aber die Leistungsfähigkeit untergraben, zu Problemen mit der Familie führen usw.“ (Semmer, 1997, S. 333).

### 2.2.2.2 Stressdefinition(en)

#### *Ungleichgewicht*

Der „kleinste gemeinsame Nenner“ aller Stresskonzeptionen kann darin gesehen werden, dass ein tatsächlich vorhandenes oder auch nur subjektiv wahrgenommenes *Ungleichgewicht* zwischen Zielen und Möglichkeiten bzw. zwischen Bedürfnissen und Angeboten vorliegt (Semmer & Udris, 2004, S. 172). Während Lazarus (1966) bzw. Lazarus und Launier (1978, 1981) eine Situation auch dann als „stressend“ einstufen, wenn sie im Prozess der primären Bewertung als Herausforderung eingeschätzt wird, schränkt Greif (1983) den Stressbegriff auf „aversive Prognosen“ ein. Zur „Beschreibung der Erwartungen der Person“ und ihres subjektiven Zustandes bei der Situationsbewertung sind nach Greif mindestens sechs theoretisch bedeutsame Aspekte zu unterscheiden: „(1) die subjektive Wahrscheinlichkeit der Aversität der Situation, (2) die Intensität der Aversität der Situation, (3) der Grad der Kontrollierbarkeit der Situation, (4) die Wichtigkeit für die Person, die Situation zu vermeiden, (5) die zeitliche Nähe der Situation und (6) ihre erwartete Dauer“ (Greif, 1989, S. 434 ff.). Es ist offensichtlich, dass diese Aspekte nicht

voneinander unabhängig sind; sie bilden jedoch eine wichtige Definitionsgrundlage (vgl. Kasten 2.13).

---

*Begriffsbestimmung von Stress (aus Greif, 1989, S. 435)*

---



---

**Kasten 2.13**

---

„Auf dieser Grundlage kann die ‘Stressreaktion’ als subjektiver Zustand definiert werden, der aus der Befürchtung (englisch ‘threat’) entsteht, dass eine stark aversive, zeitlich nahe und subjektiv lang andauernde Situation wahrscheinlich nicht vermieden werden kann. Dabei erwartet die Person, dass sie nicht in der Lage ist (oder sein wird), die Situation zu beeinflussen oder durch Einsatz von Ressourcen zu bewältigen.“

---

Hacker und Richter (1980, S. 74) haben den Stressbegriff, durchaus folgerichtig, noch enger gefasst: „Stress bezeichnet einen Zustand angstbedingt erregter Gespanntheit, der durch erlebte Bedrohung durch Arbeitsbeanspruchung entsteht“. Die angstbetonte Erregtheit äußert sich „im Bereich des Erlebens als Ängstigung und Gespanntheit“. Im Bereich des Verhaltens finden sich Übersteuerung mit hastigem Tempo, überzogener Kraftaufwand, Desorganisationstendenzen in der Informationsaufnahme und erhöhter Genussmittelverbrauch. Außerdem sind „spezifische neuroendokrine Reaktionen vom Typ der unspezifischen Überaktivierung“ beobachtbar (Hacker & Richter, 1980, S. 74).

Nach der hier vertretenen Auffassung (vgl. Ulich, 1981a) ist Stress insbesondere verbunden mit – tatsächlichem oder vermeintlichem – Kontrollverlust, der mit Gefühlen der Bedrohung, des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und der Abhängigkeit einhergeht (vgl. zum Kontrollkonzept etwa Frese, 1977, 1978; Frey et al., 1977; Glass & Singer, 1972; Oesterreich, 1981). Ob Stress entsteht, hängt also entscheidend davon ab, ob eine Person – tatsächlich oder vermeintlich – in der Lage ist, einen potentiellen Stressor, zum Beispiel Zeitdruck oder Unberechenbarkeit eines Vorgesetzten, zu bewältigen.

**Kontrollverlust**

Folgen länger dauernder oder häufig einwirkender – und als nicht bewältigbar erlebter – Stressoren können nicht nur Beeinträchtigungen von Befinden und Leistung sowie Erkrankungen (vgl. Kasten 2.14) sein, sondern auch „Störungen im Sozialverhalten und in der Persönlichkeitsentwicklung“ (Hacker & Richter, 1980, S. 78).

**Kasten 2.14***Stress und Herzerkrankungen (aus Greiner, 1996, S. 18)*

„In a literature review of 36 studies on job stress and heart disease (Schnall et al., 1994), it is concluded that the evidence for an association between job stress and heart disease is convincing because of several reasons: There is a consistency in the results across populations. For example, studies done in Sweden and in the US, show similar results. Similar results were also found across different occupations. There is also consistency across study designs (cross-sectional, case-control, cohort studies) and with various formulations of the independent variable job stress and across different outcome measures (CVD [cardiovascular disease] mortality and morbidity).“

Allerdings muss nicht vorhandene Kontrolle nicht in jedem Fall zu Stress oder Schädigungen der Gesundheit führen. Nach Semmer (1990, S. 199) „deutet also alles darauf hin, dass Kontrolle nicht nötig ist, wenn man davon ausgeht, dass die Dinge ohnehin einen guten Verlauf nehmen, dass sie sogar abgelehnt wird, wenn Kontrollhandlungen mit hohem Risiko oder hohen Kosten verbunden sind, und dass Nichtkontrolle erträglich wird, wenn sie in einen Sinnzusammenhang eingebettet werden kann“.

Der hier dargestellten Stressdefinition stehen andere Ansätze entgegen, bei denen jede Art von Ungleichgewicht als Stress bezeichnet wird, seien es positive Herausforderungen oder solche, die den handelnden Menschen bis an seine Grenzen oder darüber hinaus fordern und mit negativen Reaktionen des Organismus einhergehen.

**2.2.2.3 Herausforderung und Stress**

Wie dargestellt, unterscheidet Lazarus (1966) bezüglich der Bewertung einer Stresssituation zwischen „Herausforderung“, „Bedrohung“ sowie „Verlust/Schaden“. Diese Unterscheidung wird in der Stressforschung oft zitiert, obwohl der Begriff Herausforderung im Zusammenhang mit Stress durchaus kontrovers zu beurteilen ist (vgl. Kasten 2.15).

**Kasten 2.15***Challenge and stress (aus Semmer, McGrath & Behr, 2005)*

„Thus, challenge has some elements in common with threat. Both are anticipatory in character, and both imply the possibility of an undesired outcome. In threat, however, avoiding this undesired outcome is the dominant focus. By contrast, attainment of

success is the focus in challenge appraisals. This difference may seem small, yet research in the area of motivation suggests that it may imply quite drastic differences. It has long been recognized that approach and avoidance motivation are fundamentally different from one another (McClelland, 1987; Higgins, Grant, & Shah, 1999; Kanfer & Heggestad, 1997). From this perspective, appraisal of threat should be associated with avoidance behavior, or a 'prevention focus' (Higgins et al.), whereas challenge should be associated with approach behavior, or a 'promotion focus'. To the extent that concern about failure is dominant, as in the case of threat appraisals, emotions such as fear or worry should, therefore, be prevalent. By contrast, to the extent that a focus on success is dominant, as in challenge appraisals, emotions such as cheerfulness and joy should be dominant. This is exactly how challenge has been described: 'Challenge is somewhat like Selye's eustress in that people who feel challenged enthusiastically pit themselves against obstacles, feel expansive – even joyous – about the struggle that will ensue.' (Lazarus, 1999, 76)."

---

Allerdings können sich Bewertungen während einer Stresssituation verändern (Semmer et al., 2005), was im Modell von Lazarus durch die Möglichkeit einer Neubewertung („reappraisal“) berücksichtigt wird. So kann etwa eine ursprünglich als herausfordernd interpretierte Situation bei chronischen Belastungen zunehmend als Bedrohung reinterpretiert werden. Bei einer erfolgreichen Stressbewältigung ist auch der umgekehrte Prozess denkbar (Thoits, 1994; vgl. auch Zapf & Semmer, 2004).

Der Begriff Herausforderung ist in der betrieblichen Praxis mehrheitlich positiv besetzt. Zudem ist allgemein bekannt, dass hohe, *herausfordernde* Ziele leistungsfördernd wirken können (Locke & Latham, 1990). Umso mehr kann die Gleichsetzung von herausfordernden Situationen mit Stress in der betrieblichen Praxis zu Missverständnissen führen. Problematisch wird es, wenn zu hohe Arbeitsbelastungen dadurch legitimiert werden, dass es sich bei den entsprechenden Arbeitstätigkeiten um „herausfordernde“ Tätigkeiten handle (vgl. auch Kapitel 2.3.2).

Um Missverständnissen vorzubeugen: Mit der Fokussierung negativer Erfahrungen als Kern einer Stressdefinition (Semmer et al., 2005) geht nicht das Ziel eines völligen Belastungsabbaus aus dem betrieblichen Alltag einher; dies wäre weder wünschbar noch realistisch. Anzustreben ist nicht Belastungsvermeidung oder -minimierung, sondern *Belastungsoptimierung*.

**Fehl-  
belastungen****2.2.3 Stressoren bzw. Fehlbelastungen**

Für die Klassifikation von Stressoren bzw. Belastungen<sup>12</sup> (für eine Übersicht vgl. Tabelle 2.4) sind verschiedene Vorgehensweisen denkbar. Grundsätzlich können *akute* Stressoren, wie ein Autounfall oder der Verlust eines nahe stehenden Menschen, und *chronische* Stressoren, wie ständiger hoher Zeitdruck oder ein belastendes Sozialklima, unterschieden werden (Sonntag & Frese, 2002). Chronische Stressoren „können entweder eher strukturell in der Organisationsstruktur, der Arbeitsorganisation oder dem sozialen System angelegt sein, z. B. hohe Konzentrationsnotwendigkeiten an einem Überwachungsarbeitsplatz, oder sie können episodisch wiederkehrend auftreten und dem daily hassles-Konzept (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981) entsprechen“ (Zapf & Semmer, 2004, S. 1029).

Für viele der in Tabelle 2.4 genannten Belastungen fanden sich in Untersuchungen relevante Zusammenhänge mit Wohlbefindens- und Gesundheitsindikatoren. Die Belastungsoptimierung ist folglich neben der Ressourcenstärkung für das betriebliche Gesundheitsmanagement von großer Bedeutung.

Das genaue Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Belastungen und ihren Wirkungen ist bis heute nicht umfassend geklärt (Udris & Frese, 1999). Deshalb sollten Mehrfachbelastungen vermehrt untersucht werden (Dunckel, 1991).

Neben den in Tabelle 2.4 dargestellten wurden viele weitere Belastungen untersucht. Dabei sind „Listen empirisch bestätigter stressrelevanter Faktoren in der Arbeit in der Regel in gleichem Masse lang wie unsystematisch“ (Büssing & Glaser, 1998b, S. 16). Der Stressforschung wurde in diesem Zusammenhang verschiedentlich der Vorwurf der Beliebigkeit gemacht (Kahn & Byosiore, 1992). In Tabelle 2.4 sind deshalb vor allem solche Stressoren dargestellt, die für das betriebliche Gesundheitsmanagement und insbesondere für die Arbeitsgestaltung relevant sind.

---

<sup>12</sup> Da Formen positiver Belastung, zumindest in der Psychologie, nicht unter den Stressbegriff fallen sollten, etabliert sich möglicherweise längerfristig der Begriff Belastung als allgemeiner, neutraler und Fehlbelastung bzw. Stressor, analog zum Begriff Fehlbeanspruchung (vgl. Hacker & Richter, 1980), als spezifischer negativer Begriff (Zapf & Semmer, 2004).

*Belastungen in Organisationen (vgl. Udrys & Frese, 1999; Zapf & Semmer, 2004)*

Tabelle 2.4

Quelle	Beispiele
Physikalische Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lärm</li> <li>– Staub</li> <li>– Hitze</li> <li>– Schmutz</li> <li>– Chemische Stoffe</li> </ul>
Arbeitsaufgabe und Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quantitative und/oder qualitative Unterforderung</li> <li>– Quantitative und/oder qualitative Überforderung</li> <li>– Regulationsbehinderungen</li> </ul>
Rolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rollenkonflikte</li> <li>– Rollenambiguität</li> </ul>
Zeitliche Dimension	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nacht- und Schichtarbeit</li> <li>– Lange Arbeitszeiten</li> <li>– Arbeit auf Abruf</li> </ul>
Soziales Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Unfairness</li> <li>– Belastendes Vorgesetztenverhalten</li> <li>– Soziale Konflikte</li> <li>– Mobbing</li> </ul>
Gesamtbalance von Einsatz und Ertrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mangelnde Reziprozität</li> <li>– Gratifikationskrisen</li> </ul>
Kunden- und Klientenkontakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Emotionale Dissonanz</li> <li>– Umgang mit schwierigen Kunden und Klienten</li> </ul>
Verhältnis zwischen der Erwerbsarbeit und anderen Lebensbereichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „Work Life Conflict“</li> </ul>

Hinzu kommt, dass eine explizite theoretische Begründung der Stressoren in vielen Fällen fehlt (Sonnentag & Frese, 2002). Ausnahmen bilden z. B. das im angloamerikanischen Raum oft untersuchte Konzept des Rollenstress (Katz & Kahn, 1978) und das in der deutschsprachigen Arbeitspsychologie entwickelte Konzept der Regulationsbehinderungen, das auf der Handlungsregulationstheorie basiert (Leitner, Volpert, Greiner, Weber & Hennes, 1987).



### 2.2.4 Regulationsbehinderungen

Behinderungen des alltäglichen Handelns kennen wir aus verschiedenen Lebensbereichen. Beispielsweise werden wir während der Hausarbeit durch Telefonanrufe unterbrochen, der neue Computer kann nicht in Betrieb genommen werden, weil das Benutzerhandbuch nicht alle nötigen Informationen enthält oder wir verpassen eine Verabredung, weil der Bus aufgrund einer Betriebsstörung ausgefallen ist. Wie diese alltäglichen Erfahrungen aus dem privaten Bereich zeigen, sind wir daran gewöhnt, „dass nicht alles reibungslos auf Anhieb klappt“ (Leitner, 1999, S. 73). Obwohl wir vielleicht zunächst verärgert sind, können wir in vielen Fällen mit diesen Behinderungen ohne weiteres umgehen, weil uns die nötigen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen; „wir nehmen uns mehr Zeit als geplant, wir verschieben Ziele oder geben sie zugunsten anderer ganz auf“ (a.a.O.). Auch im Erwerbsalltag werden wir mit Behinderungen des Arbeitshandelns konfrontiert (vgl. Kasten 2.16).

Ob wir im Erwerbsarbeitsbereich effizient mit Behinderungen umgehen können, hängt wesentlich von den Arbeitsbedingungen ab. Die Arbeitsbedingungen und damit „die betriebliche Arbeitsorganisation, das zu erstellende Produkt, die Arbeitsmittel und -gegenstände geben den Rahmen für die Erfüllung einer Arbeitsaufgabe bzw. das Arbeitshandeln vor“ (Oesterreich, Leitner & Resch, 2000, S. 55).

---

#### Kasten 2.16

---

*Arbeitsbedingungen als Quelle psychischer Belastungen (Lüders, 1999, S. 365-366)*

---

„Montag Vormittag zwischen zehn und elf Uhr in der Versandabteilung: Wieder einmal ist der Computer abgestürzt, gerade eingegebene Daten sind verloren, die Arbeit war umsonst. Der Fahrer von der Spedition wartet auf Versandpapiere, die nicht fertig gemacht werden können, weil der Kollege im Lager nicht erreichbar ist, und die Kollegin aus dem Verkauf steht mit dem nächsten Eilauftrag schon in der Tür. Zwischendurch klingelt das Telefon, von draussen dringt Lärm der an- und abfahrenden LKW in das Büro, und die Klimaanlage ist auch schon wieder kaputt. Der Azubi will wissen, wie er die Zollerklärung ausfüllen muss, gleichzeitig braucht die Vorgesetzte die Tourenplanung für den nächsten Tag. Man kommt zu nichts, und trotzdem soll die Arbeit bis zum Feierabend geschafft sein. Langsam stellen sich schlechte Laune und Kopfschmerzen ein.“

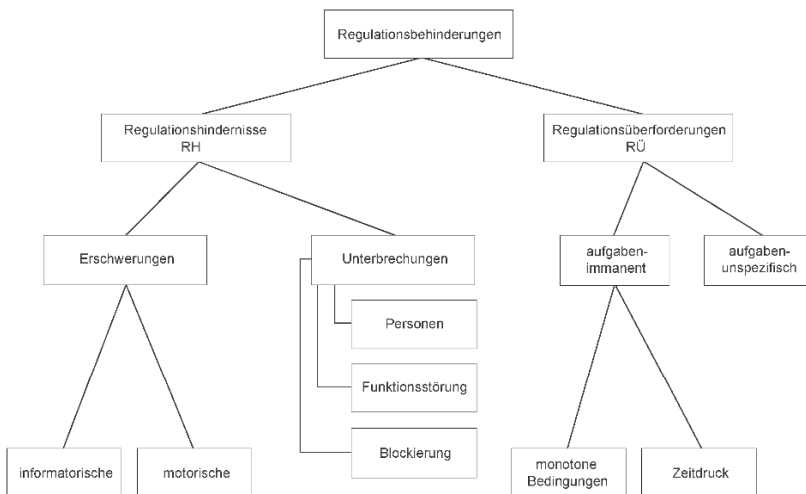
---

Das Konzept der Regulationsbehinderungen bezieht sich auf Belastungen, die bei der Erledigung der Arbeitsaufgabe auftreten und die somit „im unmittelbaren Zugriff und in der direkten Verantwortung des Unternehmens“ (Leitner, 1999, S. 73) liegen. Grundlage des Konzepts bildet die Handlungsregulationstheorie, die sich mit der Frage beschäftigt, „wie Menschen Ziele bilden und erreichen und welche psychischen Prozesse das äusserlich sichtbare Tun – das beobachtbare Verhalten – regulieren“ (Lüders, 1999, S. 368). Menschen, so die Annahme, setzen sich aktiv Ziele und verfolgen diese, können dabei aber nicht völlig frei entscheiden, weil sie „in gegenständliche und soziale Umweltbedingungen eingebunden“ sind, „die die Erreichung bestimmter Ziele ermöglichen aber auch be- bzw. verhindern können“ (S. 368).

Von Behinderungen des Arbeitshandelns, bzw. genauer von Regulationsbehinderungen, wird dann gesprochen, wenn „bestimmte äussere Arbeitsbedingungen ... die Erreichung des Arbeitsergebnisses behindern, ohne dass der Arbeitende dieser Behinderung effizient begegnen könnte“ (Greiner et al., 1987, S. 151). Leitner et al. (1987; Leitner, 1999, Greiner et al., 1987) unterscheiden zwei Formen von Regulationsbehinderungen: (1) Regulationshindernisse und (2) Regulationsüberforderungen (vgl. Abbildung 2.3).

*Grobklassifizierung der Regulationsbehinderungen, als deren Folge psychische Belastungen auftreten können (aus Greiner et al., 1987)*

**Abbildung 2.3**



### Regulations- hindernisse

„Hindernisse sind Erschwerungen oder Unterbrechungen des Arbeitshandelns, die die Erreichung des Arbeitsergebnisses behindern. Hinter dieser Definition steht die Modellvorstellung eines behinderungsfreien Weges zum Arbeitsergebnis. Dieser Weg muss nicht etwa leicht und einfach, er kann durchaus lang, kompliziert oder anstrengend sein. Wesentlich ist, dass alle Aktivitäten auf die Zielerreichung ausgerichtet sind“ (Leitner, 1999, S. 74). Von Regulationshindernissen wird erst dann gesprochen, wenn die Behinderungen nicht als Teil der Arbeitstätigkeit betrachtet bzw. wenn sie für das Herstellen des Arbeitsergebnisses nicht benötigt werden (Leitner et al., 1993). Unterschieden wird zwischen Erschwerungen und Unterbrechungen. Informatorische Erschwerungen können z.B. auftreten, wenn Anzeigewerte schlecht erkennbar, schwer interpretierbar oder mehrdeutig sind. Motorische Erschwerungen können entstehen, wenn Bedienelemente nur umständlich zu erreichen sind, sich schwer bewegen lassen oder unzuverlässig ansprechen. Unterbrechungen können als Störungen durch Personen, Funktionsstörungen oder Blockierungen (z.B. durch fehlendes Material) auftreten. Derartige Hindernisse werden als objektivierbare aufgabenbezogene Beeinträchtigungen der Handlungsregulation angesehen, die, etwa im Unterschied zum transaktionalen Stresskonzept von Lazarus (Lazarus & Launier, 1978; Lazarus & Folkman, 1984; vgl. Kapitel 2.2.2.1), unabhängig von Bewertungsprozessen der betroffenen Person bestimmt werden können. Bei wiederholt auftretenden Hindernissen stellt sich die Frage nach Vorgehensweisen zu deren zukünftiger Vermeidung. „Eine besonders effiziente Reaktion bestünde darin, einmal aufgetretene Behinderungen durch eine grundsätzliche technische oder organisatorische Lösung zu beseitigen“ (Greiner et al., 1987, S. 151). Andere Bewältigungsmöglichkeiten, die allerdings weniger effizient sind, weil sie das Problem nicht grundsätzlich beheben, sind denkbar: Die betroffene Person kann die Qualität ihrer Arbeit mindern, sie kann bei Auftreten eines Hindernisses Teile ihrer Arbeit an Arbeitskolleginnen oder -kollegen abgeben, ihr wird eine Verlängerung der Bearbeitungszeiten zugestanden oder sie kann durch eine angemessene Zeiteinteilung ihrer Arbeit dafür sorgen, dass sie nur während Routinearbeiten gestört wird (Leitner et al., 1993, S. 63). Diese organisatorischen Bewältigungsmöglichkeiten bzw. Ressourcen erlauben es, den aus den Behinderungen resultierenden Aufwand und die entsprechende psychische Belastung in Grenzen zu halten (Leitner, 1999; Lüders, 1999). Als Ressourcen

können betriebliche Bewältigungsmöglichkeiten allerdings nur gelten, wenn deren Nutzung explizit vorgesehen ist und somit nicht zu betrieblichen Sanktionen führt (Leitner et al., 1993). „Darf die bzw. der Arbeitende nicht in der beschriebenen, mehr oder weniger effizienten Weise reagieren, verbleibt nur die Möglichkeit, zusätzlichen Handlungsaufwand zu leisten, um das Arbeitsergebnis trotz Regulationsbehinderungen zu erreichen“ (Greiner et al., 1987, S.151). Dieser zusätzliche und – weil aus Mängeln der Arbeitsstruktur resultierende – eigentlich „überflüssige“ Aufwand „muss neben der ‚eigentlichen‘ Arbeit geleistet werden“ (Leitner, 1999, S. 75). Wachsender Zusatzaufwand kann schnell einmal in Zeitdruck umschlagen, „wenn Behinderungen der Arbeitsausführung so viel Zeit kosten, dass Aufgabenziele gefährdet werden oder in Konflikt geraten“ (Moldaschl, 2001, S. 148). Man muss entweder schneller arbeiten, wählt evtl. riskantere Handlungsweisen um in der vorgegebenen Zeit mit seiner Arbeit fertig zu werden oder aber man dehnt die Arbeitszeit aus, was oft mit Überstunden verbunden ist.

Im Unterschied zu Regulationshindernissen „sind Überforderungen keine Ereignisse, die den Arbeitsablauf direkt erschweren oder unterbrechen“ (Lüders, 1999, S. 375). Sie entstehen dadurch, dass bestimmte Arbeitsbedingungen die Regulationsfähigkeit des bzw. der Beschäftigten im Verlauf des Arbeitstages bzw. der Arbeitsschicht vermindern. Beispiele für aufgabenspezifische Regulationsüberforderungen sind monotone Arbeitsbedingungen und Zeitdruck. Monotone Arbeitsbedingungen sind durch geringe Denkanforderungen und Gleichförmigkeit gekennzeichnet, verlangen aber trotz dieser Gleichförmigkeit nach ständiger Konzentration (Oesterreich, Leitner & Resch, 2000). Die Ergebnisse des fünften European Working Conditions Survey zeigen, dass monotone Arbeitsbedingungen nach wie vor sehr verbreitet sind: „Repetitive tasks still form a substantial part of Europeans’ work, with 40% doing repetitive tasks of less than 10 minutes’ duration (although this is less than 20 years ago, when 51% did so); meanwhile, 27% carry out repetitive tasks of less than one minute, a proportion unchanged since 2000“ (Eurofound 2010, p. 5 ). Zeitdruck entsteht dann, wenn ständig mit hoher Geschwindigkeit gearbeitet werden muss, weil knappe betriebliche Zeitvorgaben bestehen. Dadurch werden das Einlegen kurzer Pausen (vgl. Abschnitt 2.4.3) oder eine Verringerung des Arbeitstempos erschwert oder verunmöglicht (Leitner, 1999). Neben diesen aufga-

*Regulations-  
über-  
forderungen*

benimmanenten existieren auch aufgabenunspezifische Regulationsüberforderungen. Dazu zählen Umgebungsbedingungen wie Lärm oder Hitze ebenso wie ergonomisch schlecht gestaltete Arbeitsmittel (Oesterreich, Leitner & Resch, 2000, S. 64).

Die Auswirkungen solcher Hindernisse wurden empirisch verschiedentlich überprüft (z.B. Leitner, 1993, 1999; Semmer, Zapf & Greif, 1996; Greiner, Krause, Ragland. & Fisher, 1998; Spector & Jex, 1998). Greiner et al. (1998) fanden z.B. bei Busfahrern erhöhte Risiken für psychosomatische Beschwerden, Unfälle und Fehlzeiten als Folge von zusätzlichem Regulationsaufwand, der durch technische Unzulänglichkeiten, Überfüllung der Busse sowie regelwidriges Verhalten seitens der Fahrgäste und anderer Verkehrsteilnehmer verursacht wurde. Regulationshindernisse können auch mit berichteten Rücken- und Muskelschmerzen in Zusammenhang stehen. Dies wird durch Daten der vierten europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (Fourth European Working Condition Survey EWCS, 2005) nahegelegt, die alle fünf Jahre durchgeführt wird. An dieser europaweiten Erhebung beteiligten sich nahezu 30'000 Erwerbstätige aus 31 Staaten (EU-Mitgliedstaaten, Kroatien, Türkei, Norwegen, Schweiz). Die Erhebung umfasste u.a. Fragen zum Arbeitsinhalt, zur Arbeitsorganisation und zur Arbeitszeit. In Tabelle 2.5 sind die Zusammenhänge zwischen berichteten Arbeitsunterbrechungen durch unvorhergesehene Aufgaben und Rücken- bzw. Muskelschmerzen dargestellt (Eurofound, 2007).

**Tabelle 2.5**

*Muskel-Skelett-Beschwerden in Abhängigkeit von Arbeitsunterbrechungen durch unvorhergesehene Aufgaben ( %) (Calculations based on fourth EWCS, 2005: Eurofound October 2007)*

Unterbrechungen	Rückenschmerzen	Muskelschmerzen
Sehr oft	27.9	27.3
Ziemlich oft	25.3	23.7
Gelegentlich	26.8	24.8
Nie	22.5	20.4
<b>Total</b>	<b>25.6</b>	<b>23.8</b>

Aus Tabelle 2.5 wird deutlich, dass Personen, die sehr oft durch unvorhergesehene Aufgaben unterbrochen werden, vergleichsweise mehr Rücken- und Muskelschmerzen berichten als Personen, die nur gelegentlich oder nie unterbrochen werden.

Dass Arbeitsunterbrechungen einen erhöhten Regulationsaufwand erfordern, zeigen auch die Analysen von Baethge und Rigotti (2010, 2012). Arbeitsunterbrechungen stellen ein Regulationshindernis dar und können zu einer Überforderung führen und auch dazu, dass Handlungsabsichten vergessen werden. Das gilt allerdings nicht in jedem Fall. Vielmehr können Arbeitsunterbrechungen u.U. sogar zu einer Steigerung der Leistung führen, wenn sie bei einer monotonen Aufgabe eine Verbesserung des Anforderungsniveaus bewirken. „Am günstigsten sind Unterbrechungen, die zwischen zwei Teilaufgaben auftreten“ (Baethge & Rigotti, 2010, S. 72). Ähnlich wie Arbeitsunterbrechungen stellt das Multitasking, d.h. das 'gleichzeitige' Bearbeiten mehrerer Aufgaben hohe Anforderungen an einen Wechsel der Aufmerksamkeit und damit auch an das Arbeitsgedächtnis. Wie die Arbeitsunterbrechungen wird auch das Multitasking in Zusammenhang mit der Zunahme zu bewältigender Informationen als wichtiges Merkmal moderner Arbeit beschrieben (Baethge & Rigotti, 2010; Freude & Ullsperger, 2010; Paridon & Kaufmann, 2010). Tatsächlich ist keineswegs immer klar, ob mehrere Aufgaben wirklich gleichzeitig bearbeitet werden oder ob es sich um einen schnellen Wechsel zwischen verschiedenen Aufgaben handelt. Nach Zimmer (2010, S. 283) lässt sich auch ein „freiwilliges Multitasking in Situationen mit geringer Beanspruchung nicht ausschließen“. Dass in diesem Zusammenhang Persönlichkeitsmerkmale der Arbeitnehmenden ebenso eine Rolle spielen können wie die Bedeutung des Handlungsspielraums wird ebenfalls erwähnt.<sup>13</sup>

Analysen im Rahmen der sogenannten AIDA-Studie (Leitner et al., 1993; Leitner, 1999, Leitner & Resch, 2005, Resch & Leitner, 2010) zeigten, dass Regulationsbehinderungen und daraus resultierender Zusatzaufwand zu einer Beeinträchtigung der psychosozialen Ge-

---

<sup>13</sup> Die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012) herausgegebene Praxisbroschüre 'Bitte nicht stören!' enthält eine Reihe von Hinweisen zum Umgang mit Arbeitsunterbrechungen und Multitasking, die auf den Ergebnissen von Baethge und Rigotti (2010, 2012) beruhen.

sundheit führen können. „Einbezogen wurden 222 Büroangestellte aus 12 mittleren bis großen Produktionsbetrieben unterschiedlicher Branchen, deren Tätigkeiten von einfachen Hilfstätigkeiten bis zu hochqualifizierter Sachbearbeitung reichten“ (Leitner, 1999, S. 104). Dieser Untersuchung kommt deshalb besondere Bedeutung zu, weil die Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen und

Merkmale der Gesundheit im Längsschnitt untersucht und die Arbeitsbedingungen mittels Tätigkeitsbeobachtungen (vgl. Kapitel 3.5.4) analysiert wurden (Leitner et al., 1993), d.h. die Bedingungsanalyse erfolgte unabhängig von subjektiven Einschätzungen der Betroffenen. Gesundheitsmerkmale wurden per Fragebogen erhoben; gefragt wurde z.B. nach psychosomatischen Beschwerden, Ängstlichkeit, körperlichen Beschwerden und Krankheiten. Die Gesundheitsindikatoren wurden dabei zeitversetzt zu den Beobachtungsinterviews am Arbeitsplatz erhoben. Die Untersuchung beinhaltete zunächst drei Erhebungszeitpunkte (1990, 1991, 1992) und wurde sechs Jahre später (1998) um einen vierten ergänzt (Leitner & Resch, 2005).

Die zeitverzögerten gesundheitsbezogenen Effekte fielen relativ deutlich aus. Wer zum Zeitpunkt der bedingungsbezogenen Analyse psychischen Belastungen ausgesetzt war, fand „sich z.B. mit 70 % Wahrscheinlichkeit ein Jahr später in der Gruppe mit erhöhten psychosomatischen Beschwerden“ (Leitner, 1999, S.115). Zudem zeigten sich ebenfalls im Längsschnitt deutliche Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen in der Arbeit und Gereiztheit bzw. Depressivität, es wurden Allergien und Augenbeschwerden berichtet und die Befragten waren deutlich unzufriedener mit ihrer Lebenssituation.

Bezüglich der Wirkrichtung zeigt sich also, dass die Höhe des durch Regulationsbehinderungen hervorgerufenen Zusatzaufwands die Ausprägung verschiedener Gesundheitsmerkmale beeinflussen kann. Pointiert ausgedrückt heißt dies: „Arbeit kann krank machen; eine wesentliche Ursache für vielfältige Beschwerden liegt in schlechten Arbeitsbedingungen“ (Leitner, 1999, S. 117).

Von den inhaltlichen Ergebnissen abgesehen kommt der AIDA-Untersuchung insbesondere auch aus methodischen Gründen besondere Bedeutung zu. Schließlich gilt: „Durch eine klare Unterscheidung zwischen Studien, die ausschließlich Selbstauskünfte der

Arbeitenden verwenden, und Studien, in denen Beobachter eingesetzt werden, würde manche Verwirrung über die Rolle von Drittvariablen in der Stressforschung vermieden“ (Resch und Leitner, 2010).

### 2.2.5 Beanspruchungsfolgen und Stressreaktionen

Mögliche Beanspruchungsfolgen und Stressreaktionen umfassen ein breites Spektrum, was die in Kapitel 2.2.1 erwähnte Zuordnungsschwierigkeit von Beanspruchungen zu einzelnen Belastungen unterstreicht. „Sie reichen von kurzfristigen, aktuellen, vorübergehenden Reaktionen bis zu langfristigen, chronischen Manifestationen mit körperlichem und/oder psychischem Krankheitscharakter“ (Udris & Frese, 1999, S. 432). Grundsätzlich kann zwischen physiologischen, psychologischen und sozialen Stressreaktionen unterschieden werden (Semmer et al., 2005; vgl. Tabelle 2.6).

Beispiele für Beanspruchungsfolgen bzw. Stressreaktionen (aus Udris & Frese, 1999, S. 432)

**Tabelle 2.6**

	kurzfristige, aktuelle Reaktionen	mittel- bis langfristige, chronische Reaktionen
■ <b>physiologisch, somatisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– erhöhte Herzfrequenz</li> <li>– erhöhter Blutdruck</li> <li>– Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin („Stresshormone“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen</li> <li>– Unzufriedenheit</li> <li>– Resignation</li> </ul>
■ <b>psychisch, kognitiv-emotional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anspannung, Nervosität, innere Unruhe</li> <li>– Frustration</li> <li>– Ärger</li> <li>– Ermüdungs-, Monotonie-, Sättigungsgefühle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Depressivität</li> <li>– Burnout</li> </ul>
■ <b>Verhalten, individuell</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Leistungsschwankungen</li> <li>– Nachlassen der Konzentration</li> <li>– Fehlhandlungen</li> <li>– schlechte sensumotorische Koordination</li> <li>– Hastigkeit und Ungeduld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vermehrter Nikotin-, Alkohol-, Tablettenkonsum</li> <li>– Fehlzeiten (Krankheitstage)</li> <li>– innere Kündigung</li> </ul>



	kurzfristige, aktuelle Reaktionen	mittel- bis langfristige, chronische Reaktionen
■ Verhalten, sozial	<ul style="list-style-type: none"> <li>– erhöhte Reizbarkeit</li> <li>– Konflikte</li> <li>– Mobbing</li> <li>– Streit</li> <li>– Aggressionen gegen andere</li> <li>– Rückzug (Isolierung) innerhalb und ausserhalb der Arbeit</li> </ul>	

### Diagnostik

Auf der Basis der bis heute identifizierten Belastungen und Belastungsfolgen ist es möglich, eine Diagnostik Risiko erzeugender Defizite und gesundheitserhaltender bzw. -förderlicher Potentiale in Arbeitsaufgaben sowie eine Differentialdiagnostik psychischer Fehlbeanspruchungen auf der Basis der ISO EN DIN 10075 vorzunehmen (Richter, 2003). Besondere Aufmerksamkeit werden in Zukunft darüber hinaus (1) die Erfassung von Prekaritätsrisiken aufgrund flexibilisierter Arbeitsformen, (2) die Untersuchung der totalen Arbeitsbelastung innerhalb von 24 Stunden sowie (3) die Vorhersage von arbeitsbedingten Langzeitrissen für die Gesundheit aufgrund von psychischen Fehlbeanspruchungen erhalten müssen (Richter, 2003). Damit wird auch deutlich, dass berufsbezogene Gesundheitsrisiken heute auch den Einbezug extraorganisationaler Merkmale, z. B. des Arbeitskontrakts oder der Beschäftigungssicherheit, verlangen (Richter, 2002a).

### 2.2.6 Burnout: eine spezifisch psychische Beanspruchungsfolge

Burnout wurde in den letzten Jahren zu einem Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Im Zusammenhang mit Burnout genannte Begriffe wie Erschöpfung, Ausbrennen, Ablöschen oder Lustlosigkeit zeigen, dass der Begriff metaphorische Qualitäten aufweist (Büssing, 1992; Schaufeli & Enzmann, 1998), was seiner Verbreitung zusätzlich Vorschub leisten dürfte. Zudem ist zu vermuten, dass der Begriff weniger negativ besetzt ist als z.B. der Begriff Depression. Diese Besonderheiten des Burnoutbegriffs können zu der positiven Konsequenz führen, dass z.B. die schwierige Arbeitssituation vieler Humandienstleistender in breiten Kreisen der Bevölkerung wahr-

genommen und thematisiert wird. Andererseits bleibt in der öffentlichen Diskussion eine über metaphorische Deutungen hinaus gehende Betrachtung des Begriffs Burnout oft eher vage; eine Präzisierung von Ursachen, Symptomen und Folgen wird vernachlässigt.

### 2.2.6.1 Burnout, ein schillernder Begriff

Die breite Thematisierung des Burnout hat nicht zuletzt zu einer Enttabuisierung psychischer Beschwerden und Erkrankungen beigetragen. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass die aktuelle Burnoutdiskussion mit Problemen verbunden ist:

- Die häufigen Diskussionen in der Öffentlichkeit, den Medien und zunehmend auch in Organisationen beinhalten die Gefahr einer Trivialisierung des Themas. Schaufeli und Enzmann (1998, S.185) sprechen in diesem Zusammenhang von einer Popularitätsfalle. Damit ist gemeint, dass im Umgang mit Burnout schnelle, einfache Bewertungsmethoden und Lösungen gesucht werden, die der tatsächlichen Problemstellung nicht gerecht werden.
- Die Abgrenzung von anderen psychischen Beschwerden und Störungen ist nicht einfach, die Überlappung, z.B. mit Depressionen und psychosomatischen Beschwerden teilweise substantiell<sup>14</sup>. Erschwerend kommt hinzu, dass bis heute keine allgemein anerkannten klinischen Richtlinien für die Diagnose von Burnout existieren (vgl. z.B. Rösing, 2003).
- Umgekehrt muss berücksichtigt werden, dass nicht jede Erschöpfung mit Burnout gleichgesetzt werden kann. „Normale“ Ermüdung ist z.B. durch geeignete Erholungsaktivitäten reversibel, Burnout zeichnet sich dagegen durch eine relativ hohe Stabilität aus (Schaufeli & Enzmann, 1998).
- Angesichts einer fehlenden anerkannten Burnoutdefinition erstaunt es nicht, dass eine Vielzahl von Symptomen mit Burnout

---

<sup>14</sup> Allerdings gibt es auch wissenschaftliche Arbeiten, die darauf hindeuten, dass sich Burnout trotz Überlappungen hinreichend von anderen psychischen Beschwerden und Erkrankungen unterscheiden lässt, auch hinsichtlich der Entstehungsbedingungen (vgl. Glass & McKnight, 1996; Iacovides, Fountoulakis, Mousidou & Ierodiakonou, 1999; Bakker, Schaufeli, Demerouti et al., 2000).

in Verbindung gebracht worden ist. In einer Übersichtsarbeit identifizierten Schaufeli und Enzmann (1998, S. 19ff.) nicht weniger als 132 derartige Symptome.

### 2.2.6.2 Bestimmungsmerkmale des Burnout

Maslach (1982) differenziert in der heute am weitesten verbreiteten Konzeptualisierung (O'Driscoll & Cooper, 1996) zwischen drei Schlüsselkomponenten von Burnout<sup>15</sup>: „emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisierung“ und das Gefühl einer „(reduzierten) persönlichen Erfüllung und Leistungsfähigkeit“. Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf ein Gefühl der Überbeanspruchung, des Energieverlusts und des Ausgelaugtseins. Depersonalisation ist gekennzeichnet durch ein Gefühl der Distanzierung, der Gefühllosigkeit sowie einer zynischen Haltung gegenüber Klienten, Kunden und/oder der Arbeitsaufgabe. Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit zeigt sich als Unzufriedenheit mit der eigenen Person, verbunden mit einem wachsenden Gefühl der Inkompetenz.

#### *Helfende Berufe*

Die Burnout-Thematik wurde ursprünglich vor allem auf helfende Berufe bezogen bzw. auf Berufe, die ständige Zuwendung zu abhängigen Personen erfordern. Eine relativ hohe Anzahl von Untersuchungen zu Burnout belegt tatsächlich, dass z.B. Lehrkräfte ebenso wie Akteure des Gesundheitswesens einem vergleichsweise hohen Risiko für die Entwicklung von Erschöpfungssymptomen und Depersonalisierungstendenzen ausgesetzt sind (Schaufeli & Enzmann, 1998). Auch wenn diese Untersuchungen eine überproportionale Berücksichtigung dieser Berufsgruppen in der Burnoutforschung widerspiegeln mögen (Demerouti & Nachreiner, 1998), sind die Ergebnisse als beunruhigend einzustufen. So fanden z.B. Peter und Ulich (2003a) bei 43 % der Assistenzärztinnen und -ärzte eines schweizerischen Kantonsspitals Anzeichen emotionaler Erschöpfung. Ulich, Inversini und Wülser (2002) fanden bei 30 % der Lehrkräfte eines städtischen Kantons und bei 31 % der Lehrkräfte eines ländlichen Kantons (Ulich, Trachsler, Wülser & Inversini, 2003) ebenfalls deutliche Hinweise auf emotionale Erschöpfung.

---

<sup>15</sup> Für eine systematische Übersicht zur Entwicklung und empirischen Überprüfung des Konzepts Burnout vgl. z. B. Schaufeli und Enzmann (1998) sowie Cooper (2001).

Eine nähere Analyse der Lehrkräftetätigkeit zeigt zudem, dass die Burnoutprävention in Schulen nach einer Mehrebenenbetrachtung und der Unterscheidung verschiedener Aufgabenbereiche, unter Berücksichtigung sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierten Maßnahmen, verlangt (Wülser, 2006, 2008, 2011; Nido, 2011). So ist z.B. der Unterricht zwar einerseits Quelle der Motivation und der Freude für Lehrkräfte, andererseits stehen Merkmale der Unterrichtssituation wie häufige ungeplante Unterbrechungen und Anforderungen an die Regulation eigener Emotionen gleichzeitig in einem starken Zusammenhang mit Burnoutsymptomen. Traditionell in der Burnoutforschung thematisierte Personmerkmale wie Verausgabungsbereitschaft, Distanzierungsfähigkeit und individuelle Selbstwirksamkeitserwartungen sind bei der Burnoutprävention im Schulbereich ebenso zu berücksichtigen (a.a.O.) wie Merkmale der Schulorganisation, des Schulmanagements und des Teamklimas.

In den letzten Jahren erfolgte eine Ausweitung der Burnoutforschung unter Einbezug der Rolle von arbeitsorganisatorischen Bedingungen sowie einer Erweiterung der untersuchten Berufe über personenbezogene Dienstleistungsberufe hinaus. Ohm und Strohm (2001) fanden z. B. bei ca. 30 % der Führungskräfte eines Logistikunternehmens Anzeichen emotionaler Erschöpfung. Bei Gerlmaier (2011) finden sich Hinweise auf Burnout bei IT-Fachleuten.

*Ausweitung des Konzepts*

Zunehmend zeigt sich Übereinstimmung darin, dass emotionale Erschöpfung die Kernkomponente von Burnout darstellt. Bezogen auf diese Komponente wird ein direkter Zusammenhang mit Arbeitsbelastungen angenommen. Tatsächlich finden sich relativ konsistente Zusammenhänge zu verschiedenen Arbeitsbelastungen, wie z. B. Überforderung durch Krankheiten/Patientinnen bzw. Patienten, Zeitdruck, Rollenkonflikt und quantitative Belastung (vgl. z. B. Büssing & Schmitt, 1998; Demerouti et al., 2001; Lee & Ashforth, 1996; Peter & Ulich, 2003a; Ulich, Inversini & Wülser, 2002; vgl. auch Kapitel 7.3.1 und 7.3.2). Die Zusammenhänge mit allgemeinen Belastungen sind oft höher als die mit spezifisch helferbezogenen Belastungen (Lee & Ashforth, 1996), was die Annahme einer auf helfende Berufe beschränkten Beanspruchungsfolge in Frage stellt.

*Emotionale Erschöpfung als Kernkomponente*

Demgegenüber wird Depersonalisierung als eine Form defensiven Bewältigungsverhaltens angesehen, die über emotionale Erschöpfung vermittelt wird (vgl. Bakker, Schaufeli, Sixma et al., 2000; Lei-

ter, 1993). Büssing und Schmitt (1998) fanden in einer Studie im Bereich Krankenpflege, dass emotionale Erschöpfung vor allem mit primären Arbeitsbelastungsmerkmalen zusammenhängt, Depersonalisierung aber vor allem mit Handlungen und Reaktionen auf diese Arbeitsbelastungen.

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass mit dem Konzept des 'Detached Concern' von Lief und Fox (1963) schon vor einigen Jahrzehnten eine Bewältigungsstrategie vorgelegt wurde, die eine Emotionsregulation erlauben und dem Entstehen von Burnout entgegen wirken sollte (vgl. dazu auch Zapf, 2002; Hacker, 2009). Neuerdings hat Lampert (2011) 'empathische Anteilnahme' und 'Abgrenzungsfähigkeit' als die grundlegenden Dimensionen von 'detached concern' herausgestellt. „Beide Komponenten fließen bei einem entsprechenden Balanceakt einer „distanzierten Anteilnahme“ zusammen, sofern es dem Helfer gelingt, dem Patienten gegenüber mit empathischer Anteilnahme zu begegnen, dabei jedoch auch gleichzeitig einen entsprechenden Abstand durch die Fähigkeit zur Abgrenzung zu wahren“ (Lampert, 2011, S. 228). In ihren Untersuchungen im Bereich der Altenpflege konnte ein „vielversprechender Erkenntnisgewinn insbesondere bei den Ergebnissen zu Burnout erzielt werden. Mittels differenzierter Analysen konnte die schützende Funktion von „Detached Concern“ nachgewiesen werden“ (a.a.O.).

### **Stabilität des Burnout**

Schaufeli und Enzmann (1998) haben darauf hingewiesen, dass sich Burnoutsymptome, wenn sie sich einmal entwickelt haben, durch eine relativ hohe Stabilität auszeichnen. Neuere Untersuchungen unterstützen diese Hypothese (Ten Brummelhuis, Ter Hoeven, Bakker & Peper, 2011). In der Längsschnittuntersuchung von Ten Brummelhuis et al. (a.a.O.) ergeben sich zudem Hinweise auf einen Teufelskreis. Untersuchungsteilnehmende mit bedeutsamen Burnoutwerten zum ersten Erhebungszeitpunkt berichteten zwei Jahre später nicht nur nach wie vor über ausgeprägte Burnoutsymptome. Darüber hinaus war bei diesen Personen im Untersuchungszeitraum auch eine Erhöhung des Belastungsniveaus und eine Verschlechterung der Ressourcensituation zu verzeichnen. Diese Zusammenhänge zwischen der Entstehung von Burnout und der Entwicklung der Belastungs- bzw. Ressourcensituation kann als Teufelskreis verstanden werden, der die Bedeutung von Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention deutlich unterstreicht. Interessant ist

in diesem Zusammenhang ein weiteres Ergebnis der Untersuchung von Ten Brummelhuis et al. (2011). Es zeigte sich, dass bei intrinsisch motivierten Mitarbeitenden die Verlustspirale deutlich weniger ausgeprägt war als bei extrinsisch motivierten Mitarbeitenden, vor allem hinsichtlich des Ressourcenverlusts. Damit gewinnen die Konzepte der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung einmal mehr an Bedeutung, auch im Kontext der Burnoutprävention. Hinweise für die protektive Wirkung gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung im Rahmen der Prävention ergaben sich z.B. in einer Untersuchung von Van Ruysseveldt, Verboon und Smulders (2011). Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, als wichtiges Merkmal gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung, beeinflussten in dieser Untersuchung in präventivem Sinn den Zusammenhang zwischen Ressourcen, Belastungen und der Entwicklung emotionaler Erschöpfung.

Neben den relativ oft untersuchten Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen sowie Ressourcen und Burnout erhielt der Vergleich mit anderen psychischen Beanspruchungsfolgen eher weniger Aufmerksamkeit (für eine Übersicht vgl. Schaufeli & Enzmann, 1998). Bakker et al. (2000b) fanden, dass mangelnde Reziprozität in der Partnerschaft bei Lehrern in Beziehung zu Depression, nicht aber zu Burnout stand. Sie fanden weiter, dass mangelnde Reziprozität in Bezug auf Schüler und Schülerinnen mit Burnout, aber nur indirekt mit Depression zusammenhing. Sie schließen aus diesen Ergebnissen, dass Burnout im Gegensatz zur kontextunabhängigen Depression ein arbeitsspezifisches Syndrom ist (vgl. auch Leiter & Durup, 1994). Zapf und Semmer (2004) wenden dagegen ein, dass die Überlappung von Burnout mit anderen allgemeinen Beanspruchungsfolgen groß ist. Im Zusammenhang mit der Frage, in welchem Verhältnis Burnout zu anderen Beanspruchungsfolgen, wie z. B. chronischer Ermüdung (z. B. Appels & Mulder, 1989; Appels et al., 1993) oder Depression, steht, sind insgesamt noch weitere Forschungsbemühungen nötig.

Zusammenfassend zeigt sich die etwas widersprüchliche Situation, dass Burnout in der Öffentlichkeit zunehmend als ernst zu nehmendes Problem diskutiert wird, dass es aber gleichzeitig nur schwer zu fassen ist und darüber hinaus in der Forschung und der klinischen Praxis an der *Eigenständigkeit des Syndroms* teilweise gezweifelt wird. Dass die Dimensionen emotionale Erschöpfung und

Depersonalisierung bzw. Zynismus eigenständige *Fehlbeanspruchungen* darstellen, wird dagegen kaum bezweifelt. Bemühungen zur Vereinheitlichung des Begriffsverständnisses und eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen klinischer Praxis und Forschung wären hier wünschenswert, insbesondere im Interesse der Betroffenen. Die entsprechende Diskussion dürfte insbesondere die Fachwelt noch einige Zeit beschäftigen.

Für den Umgang mit dem Syndrom ist schließlich der Umstand wichtig, dass sich Burnout nicht von heute auf morgen einstellt, sondern über längere Zeit entwickelt und dass es, einmal aufgetreten, relativ hohe Stabilität aufweist (Schaufeli & Enzmann, 1998). Damit erhalten die Primärprävention und die Gesundheitsförderung sowie die Ansätze prospektiver Arbeitsgestaltung, auch im Rahmen der Burnoutproblematik, erhebliche Bedeutung.

## 2.3 Arbeitsbedingungen und Gesundheit: Wirkungsmodelle

### *Anforderungen und Belastungen*

Bereits in Kapitel 1 wurde darauf hingewiesen, dass in der Arbeitspsychologie *hohe Anforderungen* an eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden, verbunden mit Möglichkeiten der Kommunikation und Kooperation, großen Tätigkeitsspielräumen und vollständigen Aufgaben, als wesentliche Merkmale gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung angesehen werden (Bamberg & Metz, 1998; Büssing, 1999; Ducki, 2000; Leitner, 1999; Lüders & Pleiss, 1999; Oesterreich, 1999a).<sup>16</sup> Während also hohe Anforderungen als bedeutsame Quelle von Gesundheit beschrieben werden, werden hohe Belastungen, insbesondere auch Regulationshindernisse „als schädlich für die Gesundheit angesehen; sie sind zudem überflüssig, da sie der Erledigung der Arbeitsaufgabe im Wege sind“ (Leitner, 1999, S. 80; vgl. Kapitel 2.2.4). Diese arbeitspsychologischen Grundannahmen zu den Wirkungen von Anforderungen und Belastungen werden nachfolgend mit den Wirkhypothesen des Demand/Control-

---

<sup>16</sup> Vgl. dazu neuerdings die 'Wissenschaftliche Standortbestimmung' der BAuA über 'Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt' (Rothe et al. 2017).

Modells von Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990), das international große Beachtung gefunden hat, verglichen.

### 2.3.1 Das Demand/Control-Modell

Das Demand/Control-Modell von Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990) geht davon aus, dass sich Arbeitstätigkeiten durch eine Kombination zweier tätigkeitsspezifischer Dimensionen beschreiben lassen. Ähnlich wie bei den Annahmen zu Anforderungen und Belastungen wird angenommen, dass ein hoher Entscheidungsspielraum („control“, oft auch mit „decision latitude“ bezeichnet) gesundheitsförderlich wirkt und dass psychische Belastungen („demands“) Fehlbeanspruchungen und negative gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Dabei beinhaltet der Entscheidungsspielraum Merkmale der Entscheidungsverantwortung („decision authority“) und Qualifikationsmerkmale („skill discretion“). Die psychischen Belastungen beziehen sich vor allem auf Zeitdruck, Arbeitsmenge und widersprüchliche Anforderungen (Karasek & Theorell, 1990).

Oesterreich (1999a, S. 157) nennt folgende Hypothesen, die mit dem Demand/Control-Modell verbunden sind:

- „a) Höherer Entscheidungsspielraum (*decision latitude*) in der Arbeit begünstigt ein aktives Freizeitverhalten.
- b) Höhere psychische Belastungen (*psychological demands*) in der Arbeit sind ein höheres Risiko für die Gesundheit.
- c) Zwar ist mit zunehmender psychischer Belastung das Gesundheitsrisiko generell grösser, aber es ist besonders hoch, wenn mit hoher psychischer Arbeitsbelastung zugleich der Entscheidungsspielraum in der Arbeit gering ist (*high strain job*, ‘strain’ ist etwa mit Fehlbeanspruchung oder Anspannung zu übersetzen).
- d) Zwar wird mit hohem Entscheidungsspielraum das Freizeitverhalten generell aktiver, aber es ist besonders aktiv, wenn mit hohem Entscheidungsspielraum in der Arbeit zugleich die psychische Arbeitsbelastung hoch ist (*active job*).



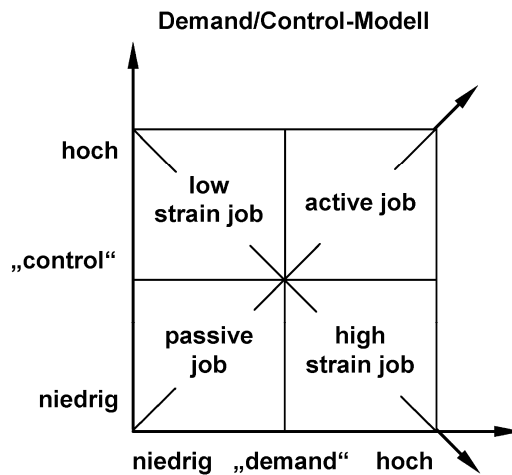
- e) Soziale Unterstützung (*social support*) in der Arbeit vermindert die negativen Wirkungen der arbeitsbedingten psychischen Belastungen.“

### Modell- annahmen

Das Demand/Control-Modell ist zwar nicht mit einer ausgearbeiteten Theorie der Arbeitsgestaltung verbunden (Kompier, 2003), aus den Modellannahmen ergibt sich aber, dass (1) der Entscheidungsspielraum in jedem Fall hoch sein sollte, dass (2) Belastungen dann schädlich sind, wenn nur ein geringer Entscheidungsspielraum besteht und (3) Belastungen bei hohem Entscheidungsspielraum sogar erhöht werden könnten, um aktive Tätigkeiten zu schaffen (vgl. Oesterreich, 1999a). In Abbildung 2.4 sind die wichtigsten Annahmen des Demand/Control-Modells wiedergegeben.

Abbildung 2.4

Veranschaulichung der Aussagen zu Gesundheitsfolgen gemäß dem Demand/Control-Modell (aus Oesterreich, 1999a, S. 171)



### „High-Strain“- Hypothese

Im Demand/Control-Modell beschreibt die Richtung von links oben nach rechts unten eine Zunahme des Risikos für Fehlbeanspruchungen und Krankheiten. Dementsprechend sind Tätigkeiten mit niedrigem Entscheidungsspielraum („control“) und hohen Belastungen („demand“) besonders gesundheitsschädlich („High-Strain“-Hypothese). Tätigkeiten mit hohem Entscheidungsspielraum und wenig Belastungen werden dagegen als „low strain jobs“ beschrieben. Empirische Untersuchungen unterstützen insbesondere die „High-

Strain“-Hypothese mit einer entsprechenden Zunahme physischer Gesundheitsbeeinträchtigungen, vor allem kardiovaskulärer Erkrankungen (vgl. Kristensen, 1995; Theorell & Karasek, 1996). Van der Doef und Maes (1999) kommen in einer Übersichtsarbeit in Bezug auf psychisches Wohlbefinden ebenfalls zum Schluss, dass die „High-Strain“-Hypothese tendenziell bestätigt wird. „High-Strain“-Tätigkeiten stehen in vielen Untersuchungen im Zusammenhang mit vermindertem Wohlbefinden, geringerer Arbeitszufriedenheit und erhöhtem Burnout. Dabei scheint insbesondere mangelnde Kontrolle zu negativen Folgen zu führen (Jones & Fletcher, 2003).

Die Dimension von links unten nach rechts oben im Demand/Control-Modell beschreibt eine Zunahme des aktivierenden Potentials der Tätigkeiten. Damit wird die These vertreten, dass ein hoher Entscheidungsspielraum bei gleichzeitig hohen Belastungen mit herausfordernden Tätigkeiten, einer erhöhten Lernmotivation und einem aktiven Freizeitverhalten verbunden ist (Lern- und Entwicklungshypothese). Bei hohen Belastungen wäre also aus Sicht der Arbeitsgestaltung die Möglichkeit gegeben, durch eine Erhöhung des Entscheidungsspielraums „aktivierende“ Tätigkeiten zu schaffen. Die Lern- und Entwicklungshypothese wurde allerdings nur selten untersucht (De Jonge & Kompier, 1997). Vor dem Hintergrund der noch spärlichen Evidenz kommen Taris, Kompier, De Lange, Schaufeli und Schreurs (2003) zum Schluss, dass die Lern- und Entwicklungshypothese bisher wenig Unterstützung erhält.

Ein erweitertes Demand/Control-Modell unter Einbezug sozialer Unterstützung (vgl. Johnson & Hall, 1988) wird durch empirische Untersuchungen nur teilweise gestärkt (Van der Doef & Maes, 1999).

*Lern- und Entwicklungs-  
hypothese*

Nach wie vor offen ist auch, ob hohe Belastungen und ein niedriger Entscheidungsspielraum additiv oder interaktiv („Pufferhypothese“) wirken (Van der Doef & Maes, 1999). Diese Unterscheidung hat für Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements hohe Relevanz. Wenn nämlich mit einer puffernden Wirkung des Entscheidungsspielraums gerechnet werden kann, würde dessen Vergrößerung negative Wirkungen von Belastungen vermindern, ohne dass diese selbst zwingend reduziert werden müssten. Wenn aber Belastungen unabhängig vom Entscheidungsspielraum schädlich wirken, wie z. B. im Modell Anforderung/Belastung angenom-

*Additive oder  
interaktive  
Effekte*

**Merkmale  
der Person**

men, wäre eine ausschließliche Erhöhung des Entscheidungsspielraums ohne Abbau von Belastungen nicht ausreichend.

Neuere Studien deuten darauf hin, dass eine puffernde Wirkung des Entscheidungsspielraums nicht unabhängig von Merkmalen der Person zustande kommt (Semmer & Udris, 2004; Van der Doef & Maes, 1999). So wurde z. B. gefunden, dass ein hoher Entscheidungsspielraum insbesondere bei denjenigen Personen puffernd wirkt, die hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Schaubroeck & Merrit, 1997) und aktive Problemlösestrategien mitteilen (de Rijk, le Blanc, Schaufeli & de Jonge, 1998). Neben personenbezogenen Einflussgrößen wurden konzeptuelle und methodische Ursachen für die inkonsistenten Resultate in Bezug auf die Pufferhypothese dargestellt, beispielsweise eine mangelnde Operationalisierung der Konstrukte und Probleme bei der Verwendung von Fragebogenverfahren für die Beschreibung von Arbeitsbedingungen.<sup>17</sup>

### 2.3.2 Das Konzept Anforderung/Belastung

Ähnlich wie im Demand/Control-Modell wird auch im Konzept Anforderung/Belastung zwischen positiv zu bewertenden psychischen Anforderungen (vgl. Kapitel 1.4.2), die etwa der Control-Dimension entsprechen, und negativ zu bewertenden psychischen Belastungen (vgl. Kapitel 2.2.4), die ungefähr der Demand-Dimension entsprechen, unterschieden (vgl. Tabelle 2.7).

---

<sup>17</sup> Für eine Übersicht zu konzeptuellen und methodischen Überlegungen zum Demand/Control-Modell vgl. Kasl (1996), Oesterreich (1999a) sowie Van der Doef und Maes (1999).

*Systematik der psychischen Anforderungen und Belastungen im Konzept Anforderung/Belastung (aus Oesterreich, 1999a, S. 144)*

Tabelle 2.7

Psychische Anforderungen		
<b>Entscheidungsanforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Entscheidungsspielraum</li><li>- zeitbezogene Entscheidungen</li><li>- strukturbezogene Entscheidungen</li></ul>	<b>Kooperationsanforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- betriebsintern, mit einzelnen Kollegen</li><li>- betriebsintern, in Gruppe</li><li>- betriebsextern</li></ul>	
Psychische Belastungen		
<b>Zusatzaufwand</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- informatorische Erschwerungen</li><li>- manuell/motorische Erschwerungen</li><li>- Unterbrechungen</li></ul>	<b>Monotone Bedingungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bei Routinetätigkeit</li><li>- Bei langen Phasen ohne Eingriffserfordernis</li></ul>	<b>Zeitdruck</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kontinuierlich enge Zeitvorgabe</li><li>- diskontinuierlich durch Endtermine</li></ul>

Im Konzept Anforderung/Belastung werden Anforderungen und Belastungen als voneinander unabhängige Dimensionen verstanden. „Die Höhe der Anforderungen sagt nichts über die Belastungshöhe aus. Geringe (wie auch hohe) Belastungen können sowohl bei stark vorstrukturierten Tätigkeiten als auch bei anspruchsvoller Arbeit auftreten“ (Leitner, 1999, S. 77).

In Bezug auf die hauptsächlichen gesundheitsbezogenen Effekte der beiden Dimensionen ergeben sich zunächst ähnliche Hypothesen wie im Demand/Control-Modell. Psychische Anforderungen, so die Annahme, sind mit positiven, psychische Belastungen mit negativen gesundheitlichen Wirkungen verbunden. Im Unterschied zum Demand/Control-Modell wird allerdings keine auf Kombinationen der beiden Dimensionen beruhende spezielle Wirkung erwartet. Im Demand/Control-Modell wird ja angenommen, (1) dass Belastungen negativ wirken, dass sie aber besonders schädlich sind, wenn gleichzeitig die Kontrolldimension schwach ausgeprägt ist und (2) dass eine hohe Kontrolle grundsätzlich positiv wirkt, aber bei gleichzeitig hohen Belastungen besonders positive Konsequenzen nach sich zieht, z.B. im Sinne eines aktiven Freizeitverhaltens. Im Konzept Anforderung/Belastung wird dagegen angenommen, dass psychische Belastungen, hier im Sinne von Regulationsbehinderungen, und psychische Anforderungen wie z.B. Planungs- und

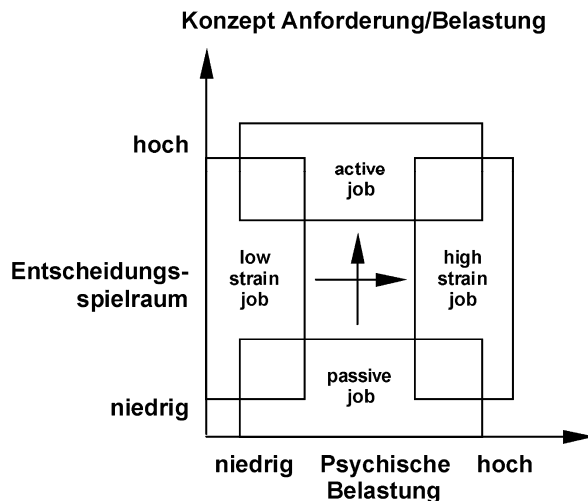
Entscheidungsspielräume ihre Wirkungen *unabhängig* voneinander entfalten (vgl. Abbildung 2.5). Die Bezeichnungen active/passive job und low/high strain job in Abbildung 2.5 sind aus dem Demand/Control-Modell übernommen worden (Oesterreich, 1999a; vgl. Abbildung 2.4).

Zusammenfassend sind mit dem Konzept Anforderung/Belastung „folgende Aussagen verbunden:

- Höhere psychische Anforderungen in der Arbeit (z.B. hoher Entscheidungsspielraum) sind nützlich, weil sie positive Aspekte der Gesundheit (z.B. aktivere Freizeit) fördern. Die Höhe der Anforderungen beeinflusst aber nicht negative Aspekte der Gesundheit, d.h. Gesundheitsrisiken.
- Höhere psychische Belastungen (z.B. Zusatzaufwand durch Hindernisse) in der Arbeit sind schädlich, weil sie Gesundheitsrisiken (z.B. psychosomatische Beschwerden) erhöhen. Die Höhe der Belastungen beeinflusst aber nicht positive Aspekte der Gesundheit“ (Oesterreich, 1999a, S. 142).

Abbildung 2.5

Veranschaulichung der Aussagen zu Gesundheitsfolgen gemäß dem Konzept Anforderung/Belastung (aus Oesterreich, 1999a, S. 171)



Belastung wird hier also grundsätzlich negativ bewertet. Belastungen haben in diesem Konzept, auch in Kombination mit hohem Entscheidungsspielraum, keine positiven Wirkungen. Das heißt z.B., dass es aus einer Perspektive der betrieblichen Gesundheitsförderung „keinen zu geringen Zusatzaufwand, keinen zu geringen Zeitdruck oder zu wenig monotone Arbeitsbedingungen geben“ kann (Oesterreich, 1999a, S. 177). Auch zum Belastungs-Beanspruchungskonzept (vgl. Kapitel 2.2.1) ergeben sich Unterschiede: „Die psychische Belastung im Konzept Anforderung/Belastung hat keine neutrale Bedeutung, weil Belastungen dieser Art gesundheitsgefährdend sind“ (Oesterreich, 1999a, S. 177). Dies hat insbesondere damit zu tun, dass sich psychische Belastungen im Konzept Anforderung/Belastung auf Regulationsbehinderungen beschränken. Im Belastungs-Beanspruchungskonzept bedeuten psychische Belastungen hingegen die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.

Ergebnisse der bereits besprochenen AIDA-Längsschnittstudie (vgl. Kapitel 2.2.4) unterstützen im Wesentlichen die Annahmen des Konzepts Anforderung/Belastung. Die im Demand/Control-Modell zusätzlich postulierten kombinierten Effekte ließen sich nicht belegen. „Die AIDA-Ergebnisse sprechen nicht für besonders gravierende gesundheitliche Beschwerden, wenn zusätzlich zu hohen Belastungen der Entscheidungsspielraum niedrig ist. Sie sprechen auch nicht für besonders aktive Freizeit, wenn zusätzlich zu hohem Entscheidungsspielraum die Belastungen hoch sind. Die AIDA-Ergebnisse sprechen dafür, dass die negativen Folgen von höheren Belastungen unabhängig von der Höhe des Entscheidungsspielraums eintreten und dass die positiven Folgen von höherem Entscheidungsspielraum unabhängig von der Höhe der Belastungen sind“ (Oesterreich, 1999a, S. 164). Diese Ergebnisse sind allerdings vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass die Modelle Anforderung/Belastung und Demand/Control nicht nur konzeptuell sondern auch methodisch Unterschiede aufweisen (Oesterreich, 1999a, S. 147ff.). (1) Das Konzept Anforderung/ Belastung wurde theoriegeleitet entwickelt, insbesondere auf der Basis der Arbeiten von Volpert (1975) zur Partialisierung des Arbeitshandelns und im Rahmen der Konstruktion von Arbeitsanalyseinstrumenten (vgl. Kapitel 3.5.4). (2) Untersuchungen im Rahmen des Demand/Control-Modells sind in der großen Mehrheit reine Fragebogenstudien, auf der

Basis des Konzepts Anforderung/Belastung durchgeführte Untersuchungen, wie die AIDA-Studie, analysieren die Arbeitsbedingungen mittels Tätigkeitsbeobachtungen. (3) Das ursprünglich im Rahmen des Demand/Control-Modells eingesetzte Fragebogeninstrument (vgl. Karasek & Theorell, 1990) enthält zwar für die Erhebung der Belastungen auch Aussagen zu widersprüchlichen Anforderungen, erfasst aber in der Terminologie des Konzepts Anforderung/Belastung v.a. Merkmale, die mit Zeitdruck umschrieben werden können (Oesterreich, 1999a).

### **Doppel- strategie**

Soweit die Forschungsergebnisse im Rahmen der Konzepte Demand/Control und Anforderung/Belastung übereinstimmen, legen sie für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung insgesamt eine Doppelstrategie nahe. „Entscheidungsspielräume sollten möglichst erweitert und psychische Belastungen vermindert werden“ (Oesterreich, 1999a, S. 171). Auch aufgrund der widersprüchlichen Resultate zur Pufferhypothese des Demand/Control-Modells (vgl. Kapitel 2.3.1) empfiehlt sich auf der Basis des aktuellen Wissenstandes dieses Vorgehen.

Hinsichtlich der grundsätzlich positiven Rolle hoher psychischer Anforderungen sind hier einige abschließende Bemerkungen angebracht. Bereits in Kapitel 1.4.2 wurde darauf hingewiesen, dass Anforderungen auch zu hoch oder zu komplex sein können, so dass quantitative oder qualitative Überforderung mit den entsprechenden Folgen für Beanspruchung und Krankenstand entstehen kann (Blum & Naylor, 1968; Ulich, 1972; Warr, 1994; Zapf & Semmer, 2004). So fand z.B. Semmer (1984), dass eine Kombination hoher Komplexität mit geringem Handlungsspielraum mit vergleichsweise hohen psychosomatischen Beschwerden verbunden war. Wenn also die Anforderungen - in diesem Fall die Aufgabenkomplexität - die individuellen Leistungsvoraussetzungen deutlich übersteigen, ist mit negativen Beanspruchungsfolgen zu rechnen.

### **Widersprüchliche Arbeits- anforderungen**

Hier ergeben sich auch Anknüpfungspunkte zum Konzept widersprüchlicher Arbeitsanforderungen (Moldaschl, 1991, 2001). In diesem Konzept werden psychische Belastungen „konzeptualisiert als Widersprüche zwischen Handlungsanforderungen und Handlungsmöglichkeiten bzw. als Diskrepanzen zwischen Zielen, Regeln und Ressourcen“ (Moldaschl, 2005, S. 255). Etwas anders ausgedrückt ergeben sich psychische Belastungen damit aus Unverein-

barkeiten zwischen Arbeitsanforderungen, verfügbaren Ressourcen und den Regeln, die für den Umgang mit den Arbeitsanforderungen und Ressourcen postuliert worden sind. „Widersprüchliche Arbeitsanforderungen kennzeichnen also ein *jeweils spezifisches Spannungsverhältnis von Fremdbestimmung und gewährter Autonomie*.“ (Moldaschl, 2005, S. 255). Mögliche Belastungen lassen sich nach Moldaschl anhand von fünf Diskrepanzen zwischen spezifischen Merkmalen der Arbeitsbedingungen modellieren:

- „Zwischen Zielen und Ressourcen (z.B. ohne ausreichende Qualifizierung eine neue Anlage bedienen);
- zwischen Zielen und Regeln (z.B. als Pflegekraft mangels Ärztepräsenz Spritzen geben müssen, ohne rechtlich autorisiert zu sein);
- zwischen Regeln und Ressourcen (z.B. im Rahmen eines Null-Fehler-Konzepts jedes Teil prüfen müssen, ohne dafür Zeit zu haben);
- Zwischen Aufgabenzielen, oder zwischen expliziten Zielen und informellen Erwartungen (z.B. Kunden mit Freundlichkeit binden und sie dennoch über den Tisch zu ziehen);
- und schliesslich zwischen Regeln.“ (Moldaschl, 2005, S. 256)

Obwohl also Arbeitsanforderungen im Sinne hoher Denk- und Planungserfordernisse im Prinzip positiv einzuschätzen sind und u.a. mit positiven Lerneffekten und Erfahrungsgewinn (Zapf & Semmer, 2004) verbunden bzw. letztlich als gesundheitsförderlich einzustufen sind (Oesterreich, 1999a), sind ihre konkreten Wirkungen in vielen Fällen nicht unabhängig von Regulationsmöglichkeiten, z.B. im Sinne von Entscheidungs- und Zeitspielräumen, beurteilbar. Die kritische Rolle organisationaler Bewältigungsmöglichkeiten für den Umgang mit Regulationsbehinderungen wurde bereits in Kapitel 2.2.4 dargestellt. Durch die Unterscheidung zwischen Regulationsanforderungen und -möglichkeiten einerseits, und Regulationsbehinderungen andererseits, ergeben sich zusätzliche Konstellationen, die zu psychischen Belastungen führen können. Dies kann sowohl für qualifizierte, immaterielle Tätigkeiten (Moldaschl, 2005), als auch für „neue Formen restriktiver Produktionsarbeit“ gelten (Büssing & Glaser, 1998a, S. 595). Auch hier können widersprüchliche Arbeitsanforderungen entstehen. Beispielsweise entstehen möglich-



erweise Widersprüche zwischen der Verantwortung für und dem Einfluss auf Qualitätsmerkmale; aufgrund einer Unterbesetzung kann ein Widerspruch zwischen Aufgabenerweiterung und Anlagenbesetzung entstehen; es entstehen Probleme aufgrund des Just-in-time Prinzips, die u.a. auf die Bewältigung des Null-Puffer-Prinzips durch die Arbeitnehmenden zurückzuführen sind oder hohe Flexibilitätsanforderungen führen zu negativen Konsequenzen, u.a. verbunden mit einem Verlust entlastender Routinen und mangelhafter Einarbeitungszeit (Moldaschl, 1993).

Wenn also (zu) hohe Arbeitsanforderungen „auf geringe Spielräume bei Entscheidungen über sowie Gestaltung und Kontrolle von Arbeitsprozessen treffen, so können wir nichts anderes als hohe Belastung und Stresserleben erwarten“ (Büssing & Glaser, 1998a, S. 595).

### 2.3.3 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Das *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* von Siegrist (1996a, 1996b, 2002, 2009) geht in seinen Annahmen über die unmittelbare Arbeitstätigkeit hinaus und thematisiert die organisationalen Rahmenbedingungen. In diesem Modell wird angenommen, dass ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und als Gegenwert dafür erhaltener Belohnungen zu Stressreaktionen führt. Eine zentrale Aussage von Siegrist (1996a, S. 6) lautet, „dass es einen systematischen Zusammenhang gibt zwischen der Qualität und Intensität von Emotionen, die aus der Selbstregulation im sozialen Austausch resultieren ... Mit anderen Worten: die drei Bezugssysteme des Organismus, des personalen Erlebens und der sozialen Chancenstruktur werden unter dem Aspekt gelungener bzw. gestörter Selbstregulation miteinander verknüpft ...“. Siegrist unterscheidet zwischen situativen (extrinsischen) und personalen (intrinsischen) Verausgabungsquellen. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Modell sozial vermittelte Belohnungen, die von Siegrist Gratifikationen genannt werden. Gratifikationen ergeben sich über drei „Transmittersysteme“: Geld, Wertschätzung und berufliche Statuskontrolle (Aufstiegchancen, Arbeitsplatzsicherheit und ausbildungsadäquate Beschäftigung) (vgl. Kasten 2.17).

---

*Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen („model of effort-reward imbalance“, aus Siegrist, 2002, S. 264 f.)*

---

**Kasten 2.17**

„The model of effort-reward imbalance maintains that availability of a work role is associated with recurrent options of contributing and of performing, of being rewarded or esteemed, and of belonging to some significant group (e.g. work colleagues). Yet these potentially beneficial effects are contingent on a basic prerequisite of exchange in social life, that is, reciprocity. Effort at work is spent as a part of socially organized exchange process to which society at large contributes in terms of rewards ...The risk of non-reciprocity in exchange is particularly high if employees have no alternative choice in the labor market, if their skills are poor or if they subscribe to short term contracts ...

... Employees themselves may also contribute to high cost/low gain conditions at work either intentionally or unintentionally. For instance, they may accept job arrangements that are considered unfair for a certain time for strategic reasons as they tend to improve their chances for career promotion and related rewards at a later stage. This pattern is often observed in early stages of professional careers, among others. Failed success after long lasting investment is particularly harmful to a person's self-regulation.

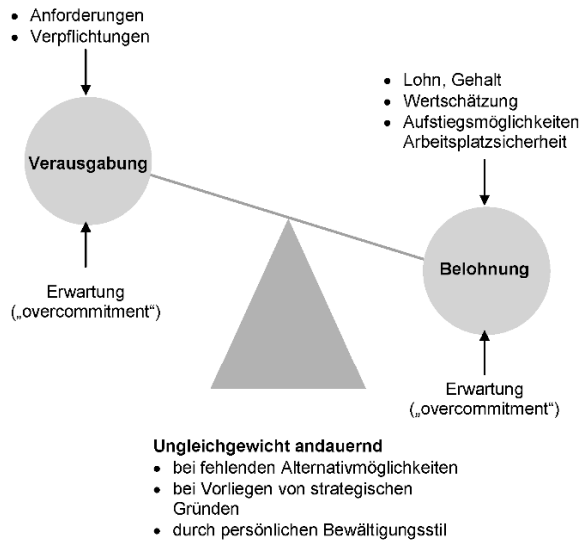
related overcommitment and a high need for approval may suffer from inappropriate perceptions of demands and their own coping resources more often than their less involved colleagues (Siegrist, 1996b, 2001). Perceptual distortion prevents them from accurately assessing cost-gain relations. As a consequence, they underestimate the demands, and overestimate their own coping resources while not being aware of their own contribution to non-reciprocal exchange.“

---

Als Stress auslösend und schlussendlich krankheitsrelevant wird im Modell beruflicher Gratifikationskrisen eine Kombination starker, lang anhaltender Verausgabung mit im Vergleich dazu bescheidenen Gratifikationen angesehen. Dies widerspiegelt eine mangelnde Reziprozität zwischen individuellen Kosten und Nutzen im Sinne von Belohnungen. Abbildung 2.6 zeigt schematisch die wichtigsten Komponenten des Modells.

Abbildung 2.6

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996a, 1996b, 2002)



Empirisch zeigten sich Zusammenhänge zwischen Gratifikationskrisen und erhöhten Risiken für psychiatrische Störungen (Stansfeld, Fuhrer, Shipley & Marmot, 1999), Depressionen (Tsutsumi et al., 2001), Burnout (Bakker, Killmer, Siegrist & Schaufeli, 2000) und Alkoholabhängigkeit (Head, Stansfeld & Siegrist, 2004). Insbesondere wurde aber auch gefunden, dass Gratifikationskrisen mit einem erhöhten Risiko für koronare Herzkrankheiten und Bluthochdruck verbunden sind (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; Siegrist, 2001; Siegrist et al., 1994; vgl. Kasten 2.18).

**Kasten 2.18**

*Effort-reward imbalance model: Empirical support (aus Siegrist, 2001, S. 57 f.)*

„A brief summary of some major findings is given here. First, based on current evidence and according to the occupation under study, between 10 % and 40 % of the workforce suffer from some degree of effort-reward imbalance at work, and at least a third of them are characterized by sustained intense strain reactions following exposure to effort-reward imbalance. In general, these strain reactions are more frequent among lower socio-economic groups, thus pointing to a possible contribution of the model towards explaining part of the increased health burden observed among middle-aged economically active populations with lower socio-economic status (Marmot, Siegrist, Theorell and Feeney, 1999).

Secondly, with regard to future incident coronary heart disease, effort-reward imbalance at work was associated with a 2.7 to 6.1-fold elevated relative risk compared to those who were free from chronic strain at work. This excess risk could not be explained by established biomedical and behavioural risk factors as these variables were taken into account in multivariate statistical analysis. Thus, the psychosocial work environment as measured by this model is associated with at least a moderate relative risk of incident coronary heart disease that is independent of established biomedical and behavioural cardiovascular risk factors. However, restricting the analysis to this association would result in an underestimation of the total burden on cardiovascular health produced by adverse psychosocial work conditions. This is due to the fact that chronic psychosocial strain at work is also associated with relevant cardiovascular risk factors, e.g. high blood pressure (hypertension), high levels of blood lipids, or a co-manifestation of these two risk factors (Peter and Siegrist, 1997; Peter et al., 1998; Siegrist et al., 1997; Siegrist, Peter, Georg, Cremer and Seidel, 1991). These findings demonstrate that the explanatory power of the model goes beyond disease manifestation by enabling a more comprehensive definition of people at risk at an earlier stage of disease development."

---

Eine Metaanalyse von van Vegchel, de Jonge, Bosma und Schaufeli (2005), in die 45 Studien aus den Jahren 1986 bis 2003 eingeflossen sind, bestätigte die empirische Relevanz des Konzepts. Deutliche positive Zusammenhänge wurden insbesondere gefunden zwischen Gratifikationskrisen und neu aufgetretenen Herz-Kreislaufkrankungen, Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen, psychosomatischen Beschwerden sowie arbeitsbezogenem Wohlbefinden.

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen erinnert aufgrund der Betonung von Reziprozitätsprozessen an Soziale Austauschtheorien (Blau, 1964), insbesondere an die Equitytheorie (Adams, 1963, 1965; Pritchard, 1969). Auch wenn das Modell beruflicher Gratifikationskrisen breiter angelegt ist als die Equitytheorie und z. B. auch die über Selbstregulation entstehende Wirkung von Ungleichgewichten in Austauschbeziehungen thematisiert, sind Ähnlichkeiten zu verzeichnen. Adams ging im Anschluss an Homans (1958, 1961) davon aus, dass die Arbeitssituation im weitesten Sinne als Tauschverhältnis erlebt wird: Dafür, dass Arbeitnehmende ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen, erhalten sie vom Arbeitgeber eine Gegenleistung in Form von materiellen und/oder immateriellen Belohnungen. Sofern das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung als „gerecht“ beurteilt wird, wird dies als Zustand psychischen Gleichgewichts erlebt, der Zufriedenheit bewirkt. Ob das Verhältnis von Aufwand und Ertrag subjektiv als „gerecht“ oder „ungerecht“ beurteilt wird, hängt allerdings entscheidend davon ab, wie die entsprechende

*Soziale Austauschtheorien*

Tauschbeziehung bei anderen – seien dies Bezugsgruppen oder einzelne Bezugspersonen – wahrgenommen wird. Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Situation sind demzufolge also auch das Ergebnis von Vergleichsprozessen, in deren Verlauf Vor- und Nachteile, sowohl auf der Aufwands- als auch auf der Ertragsseite gegeneinander abgewogen werden.

Nach der Theorie von Adams führt erlebte Ungerechtigkeit ganz allgemein zu einem Spannungszustand, der nach Auflösung drängt. Dabei kann das Gefühl von Ungerechtigkeit nicht etwa nur dann entstehen, wenn jemand sich unterbewertet fühlt, sondern auch dann, wenn jemand sich überbewertet fühlt. Bei geringer Diskrepanz wird durch mehr oder weniger bewusste gedankliche Manipulation versucht, die jeweiligen Vor- und Nachteile nochmals gegeneinander abzuwägen und so nach Möglichkeit die erlebte Diskrepanz zu minimieren. Ist dies nicht möglich oder ist die erlebte Diskrepanz zu groß, so muss nach einer aktiven Lösung gesucht werden, die entweder durch eine tatsächliche Veränderung der Situation oder durch psychologische Umstellung erfolgen kann. Von den insgesamt acht von Adams genannten Möglichkeiten seien hier die drei folgenden erwähnt:

- Verminderung des eigenen Einsatzes durch Leistungszurückhaltung – z. B. wenn jemand zu dem Schluss kommt, im Vergleich zu anderen für seinen Einsatz zu wenig Lohn zu erhalten.
- Flucht aus dem Feld durch Fehlzeiten oder Kündigung – z. B. wenn jemand keine Möglichkeit sieht, die von ihm als ungerecht erlebte Situation ändern zu können.
- Änderung der Bezugsgruppen – z. B. wenn jemand zu dem Schluss kommt, weder die Situation ändern noch kündigen zu können.

Pritchard (1969) hat zu dem Konzept von Adams Folgendes angemerkt: (1) man könne nicht in jedem Fall grundsätzlich bzw. a priori wissen, ob ein Aspekt der Austauschbeziehung – z. B. die Verantwortung – eher als Aufwand oder eher als Ertrag erlebt werde; (2) es sei nicht klar, wodurch die Wahl bestimmter Personen oder Gruppen als Bezugspersonen oder Bezugsgruppen bestimmt werde; (3) es sei mit interindividuellen Unterschieden im Gerechtigkeitsempfinden zu rechnen und (4) die Beurteilung einer Tauschsituation als gerecht oder ungerecht könne auch auf der Grundlage „interner Standards“ erfolgen.

Die Besonderheit des Konzepts von Adams liegt einerseits darin, dass er sich ökonomischer Modellvorstellungen bedient und die Arbeitssituation in diesem Sinne als Tauschsituation begreift sowie andererseits darin, dass er die Bedeutung des sozialen Vergleichs für die Wahrnehmung und Beurteilung einer Situation als gerecht bzw. ungerecht hervorhebt. Daraus wird zum Teil auch erklärbar, weshalb die relative Lohnhöhe für die Einschätzung der eigenen Situation – und die erlebte Wertschätzung (Kleinbeck, 1996; Semmer & Udris, 2004) – oft wichtiger zu sein scheint als die absolute Lohnhöhe.

Interessante Bezüge existieren auch zum Konzept des Psychologischen Vertrags (Rousseau, 1995). Auch hier werden Reziprozitätsüberlegungen insofern zugrunde gelegt, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Erwartungen bezüglich konkreter (z. B. Lohn und Arbeitsbelastung, aber auch bezüglich weniger greifbarer Merkmale (z. B. Anerkennung und Würde) haben. Wird dieser Kontrakt verletzt, kann es z. B. als Kompensation zu Fehlzeiten kommen. Auch in der Gesundheits- und Burnoutforschung wurden in den letzten Jahren Reziprozitätsüberlegungen thematisiert und empirisch überprüft (z. B. Bakker, Schaufeli, Demerouti, Janssen, van der Hulst & Brouwer, 2000; Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld & van Dierendonck, 2000).

*Psychologischer Vertrag*

In einer Längsschnittstudie von Kivimäki, Vahtera, Elovainio et al. (2007) ließen sich Gratifikationskrisen, die sich als Einschätzungen zur distributiven bzw. Ergebnisgerechtigkeit verstehen lassen, schließlich auch deutlich von Gerechtigkeitsmerkmalen wie der prozeduralen und der relationalen Gerechtigkeit unterscheiden. Letztere sind Einschätzungen zur Verlaufsgerechtigkeit, also zur Art und Weise, wie z.B. Entscheidungen gefällt werden. Gratifikationskrisen standen über die prozedurale und relationale Gerechtigkeit hinaus in einem positiven Zusammenhang mit berichteten Gesundheitsproblemen, geringfügigen psychiatrischen Beschwerden und diagnostizierten Depressionen.

#### **2.3.4 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen und das Demand/Control-Modell: empirische Vergleiche**

In einigen Studien wurde das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist mit dem in Kapitel 2.3.1 vorgestellten Demand/Control-Modell von Karasek verglichen (vgl. Kasten 2.19). De

Jonge, Bosma, Peter und Siegrist (2000) fanden sowohl für „High-Strain“-Tätigkeiten im Sinne Karaseks als auch für Gratifikationskrisen bedeutsame Zusammenhänge mit einem eingeschränkten Wohlbefinden. Calnan, Wainwright und Almond (2000) zeigten, dass beide Modelle prädiktive Beiträge im Zusammenhang mit psychischen Stressreaktionen und der Arbeitszufriedenheit liefern, eine Kombination der Modelle jedoch die beste Vorhersageleistung erzielte. In einer weiteren Vergleichsuntersuchung fanden Calnan, Wadsworth, May, Smith und Wainwright (2004) berufsgruppenspezifisch unterschiedlich enge Zusammenhänge mit Stressmerkmalen. Dies deutet darauf hin, dass hinsichtlich eines Vergleichs der Modelle in Zukunft vermehrt berufsgruppenspezifische Untersuchungen vorgenommen werden sollten.

### Kasten 2.19

*Befunde zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen sowie Ergebnisse zum relativen Risiko neu berichteter/diagnostizierter koronarer Herzkrankheit (Vergleich mit dem Anforderungs-Kontroll-Modell) in Abhängigkeit von Arbeitsstress (aus Siegrist, 2001, S. 322)*

„Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die anhand der beiden Modelle gemessenen psychosozialen Arbeitsbedingungen eine eigenständige Wirkung auf das Koronarrisiko ausüben. Dies wird u.a. durch Ergebnisse der sog. Whitehall-II-Studie (Bosma et al., 1998) verdeutlicht, die in Abbildung 16 dargestellt sind. Man erkennt, dass sowohl Personen, deren Arbeitsplatz durch niedrige Kontrolle charakterisiert ist, als auch Personen, die unter einem Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Erwerbsleben leiden, jeweils ein mehr als zweifach erhöhtes Risiko einer koronaren Neuerkrankung in einem 5-Jahres-Zeitraum aufweisen, nach statistischer Kontrolle einer grossen Zahl konfundierender Variablen.

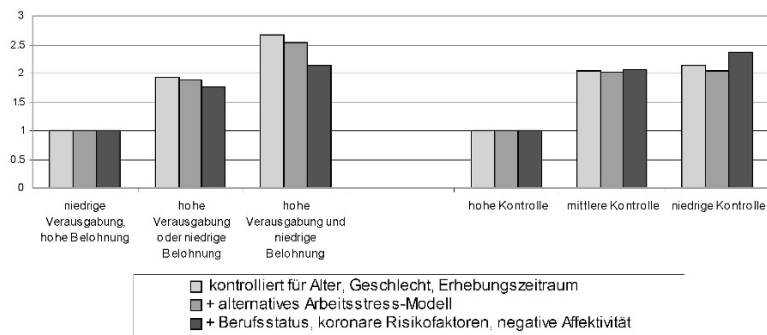


Abbildung 16: Relatives Risiko für eine koronare Neuerkrankung; Vergleich des Modells beruflicher Gratifikationskrisen mit dem Anforderungs-Kontroll-Modell“

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen bedeutet zweifellos eine wichtige Erweiterung der auf strukturelle Merkmale der Tätigkeit fokussierten Modelle Demand/Control und Anforderung/Belastung. Zum einen wird durch den Einbezug von Merkmalen wie Arbeitsplatzsicherheit und Statuskongruenz nicht nur der weitere organisationale Kontext einbezogen, sondern auch eine Schnittstelle zu makroökonomischen Entwicklungen geschaffen. Semmer und Jacobsen (2003) weisen zudem darauf hin, dass Statuskontrolle und Wertschätzung auch hinsichtlich ihres Bezugs zum Selbstwert von hoher Wichtigkeit für das individuelle Wohlbefinden sind. Die Bedeutung einer Bedrohung des Selbstwerts bzw. der Selbstachtung oder des Selbstrespekts in Stresssituationen wird zwar in der Stressforschung schon seit einiger Zeit betont (Semmer & Jacobsen, 2003; Lazarus, 1991); angesichts der Zunahme unsicherer Arbeitsplätze und prekärer Arbeitsverhältnisse und deren Konsequenzen für die Bewertung der eigenen Person und der eigenen Handlungsmöglichkeiten, dürfte dieses Thema noch erheblich an Bedeutung gewinnen. Für die Stressforschung ergibt sich eine Erweiterung der Perspektive insofern „als es nicht nur um die Frage geht, wie belastend eine Situation angesichts der zu ihrer Bewältigung zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Person ist, sondern darüber hinaus, ob eine in Kauf genommene Belastung sich ‘lohnt’, weil ihr die entsprechende Gratifikation gegenüber steht“ (Zapf & Semmer, 2004, S. 1024).

In einem weiteren Sinne gilt dies auch für öffentlich geförderte gemeinnützige Tätigkeiten. Diese „könnten das Potential besitzen Selbstwert zu stärken, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten herzustellen und damit auf die psychische Gesundheit zu wirken. Nachhaltigkeit kann jedoch nur gewährleistet werden, wenn die Maßnahmen es erlauben Perspektiven zu entwickeln“ (Mühlpfordt und Richter 2011, S. 113).

## 2.4 Erholung im Alltag

Örtliche, zeitliche und strukturelle Flexibilisierungen, vielfach durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt (Richter, Debitz & Schulze, 2002), führen zu einer Inten-



sivierung menschlicher Arbeit, häufig verbunden mit Arbeitsverdichtung und hohem Zeitdruck (Sparks, Faragher & Cooper, 2001; Ulich, 2001).

Wie weit diese organisational geforderten Flexibilisierungen mit den von den gesellschaftlichen und betrieblichen Rahmenbedingungen nicht unabhängigen individuellen Möglichkeiten und Bereitschaften übereinstimmen, ist zumindest unklar (Theorell, 2004). Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist z. B. das Angebot geeigneter Arbeitszeitmodelle, kostengünstiger Kinderbetreuungsangebote und Tagesschulen. Für das Gesundheitsmanagement ergeben sich Fragen nach den Konsequenzen für das Verhältnis zwischen den verschiedenen Lebensbereichen (vgl. Kapitel 6) und nach den Wirkungen prekärer Arbeitsverhältnisse, denen z. B. ältere Arbeitnehmende, aber auch an- und ungelernte Frauen in zunehmendem Maße ausgesetzt sind (Ilmarinen & Tempel, 2002; Resch, Bamberg & Mohr, 1997; vgl. Kapitel 5.2.3). In Bezug auf die Wirkungen für Befinden und Gesundheit sind deshalb neben den Belastungen und Beanspruchungen vermehrt Fragen nach den Möglichkeiten für Erholung zu thematisieren.

#### *Erholungswirkung von Urlaub*

Die bisher vorliegenden Untersuchungen über die Erholungswirkung von Urlaub lassen keine einheitliche Bewertung zu (für eine Übersicht vgl. Eden, 2001). Einerseits sind mit Urlaub Abnahmen mittel- bis langfristiger Beanspruchungsfolgen wie Burnout verbunden (vgl. Etzion, 2003), andererseits sind bezüglich der Nachhaltigkeit dieser Effekte widersprüchliche Resultate zu verzeichnen. Sonnentag (2003) weist deshalb auf die wichtige Rolle von alltäglichen Erholungsprozessen hin. Damit werden die positiven individuellen und sozialen Potentiale eines Urlaubs nicht in Frage gestellt. Kritisch zu bewerten ist allerdings die Tendenz, Erholungsprozesse ganz auf den Urlaub zu verschieben. Deshalb wird in diesem Kapitel die alltägliche Erholung während und nach der täglichen Erwerbsarbeit thematisiert.

#### *Erholung als Prozess*

Durch Erholung können „überforderungs- und unterforderungsbedingte Auslenkungen des optimalen Funktionsgleichgewichts ausgeglichen werden, um bezogen auf bevorstehende Handlungssituationen optimale Handlungsvoraussetzungen zu schaffen“ (Allmer, 1996, S. 48). Erholung ist also als Prozess zu verstehen, der dem Ausgleich der Beanspruchungsfolgen vorangegangener Tätigkeiten

dient. Zwischen Beanspruchungs- und Erholungsprozessen besteht somit ein enger Zusammenhang. Bei dauernder oder wiederholter Überbeanspruchung und fehlenden Erholungszyklen können Ressourcen im Sinne von „Energien“, die sich z. B. als Anspannung, Anstrengung und Willensleistungen manifestieren, nicht in ausreichendem Maße wiederhergestellt werden (vgl. Schönpflug, 1987, S. 152). Damit verbunden können emotionale und motivationale Veränderungen auftreten, die z.B. im Extremfall zu Burnout oder chronischer Ermüdung führen (Kallus & Kellmann, 2000; Kallus, 2002).

### 2.4.1 Erholungsprozesse

Nach Kallus und Uhlig (2001, S. 366) weisen Erholungsvorgänge mehrere Kennzeichen auf:

- „Erholung ist ein Prozess in der Zeit.
- Erholung ist abhängig von der Art und Dauer der Beanspruchung.
- Erholung ist an eine Verringerung von Belastung, einen Belastungswechsel oder eine Pause gebunden und wird durch Randbedingungen stark beeinflusst (z.B. Ruhe, Freizeit, Partnerkontakt etc.).
- Erholung umfasst sowohl zielgerichtete Aktivitäten als auch automatisierte psychische und biologische Rückstell- und Restitutionsprozesse.
- Erholung kann sowohl passiv wie auch aktiv (Sport, Spiel, Hobby) erfolgen.
- Erholung ist personenspezifisch und von individuellen Bewertungen abhängig.
- Erholungsvorgänge lassen sich in unterschiedlichen organis-mischen Teilsystemen aufzeigen.
- Verschiedene Teilprozesse von Erholung können dissoziiert sein.
- Erholung kann auf unterschiedlichen Ebenen beschrieben werden (somatische Ebene, psychische Ebene, soziale Ebene, sozio-kulturelle Ebene, Umweltebene).

- Erholung endet mit dem Erreichen eines psychophysischen Zustands wiederhergestellter Leistungsfähigkeit und homöostatischer Ausgeglichenheit (Erholtheit).“

Diese Übersicht macht deutlich, dass Erholung nicht ausschließlich mit der Wiederherstellung der ermüdungsbedingten Verminderung der (körperlichen) Leistungsfähigkeit gleichzusetzen ist. Erholung erstreckt sich auf unterschiedliche Beanspruchungsfolgen und kann z. B. nach Ermüdung mit „Energie tanken“ einhergehen, nach Monotonie mit „etwas Anregendes machen“, nach psychischem Stress mit „zur Ruhe kommen“ und nach psychischer Sättigung mit „etwas Sinnvolles tun“ (Allmer, 1996, S. 44). Damit sind physische, psychische und soziale Prozesse verbunden.

Adaptationsvorgänge und Lernprozesse im Sinne des Aufbaus neuer Ressourcen gehören dagegen nicht zum Konzept der Erholung (Kallus & Uhlig, 2001), diese Prozesse spielen vor allem in Stressmodellen eine wichtige Rolle (vgl. Kapitel 2.2.2 und 2.2.7).

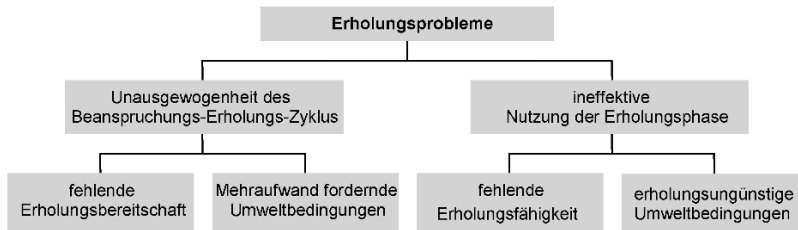
### 2.4.2 Erholungsprobleme

Neben automatisch regulierten Prozessen umfasst Erholung auch kognitive Prozesse, wie geplante Aktivitäten, und emotionale Zustände, wie das subjektive Gefühl der Erholungsbedürftigkeit (Rau, 2001). Mit diesen Komponenten des Erholungsprozesses können verschiedene Probleme verbunden sein (vgl. Abbildung 2.7).

Allmer (1996, S. 58 ff.) weist darauf hin, dass die in Abbildung 2.7 vorgenommene Klassifikation vor allem als Grundlage für die Erholungsberatung und für Interventionen dienen soll und keinen Anspruch auf eine abschließende Darstellung erhebt.

Klassifikation der Erholungsprobleme (aus Allmer, 1996, S. 62)

Abbildung 2.7



#### 2.4.2.1 Unausgewogenheit des Beanspruchungs-Erholungs-Zyklus

Mit der Unausgewogenheit des Beanspruchungs-Erholungs-Zyklus sind „jene Schwierigkeiten gemeint, die sich bei der Umstellung von Beanspruchungen auf Erholung und von Erholung auf Beanspruchung ergeben“ (Allmer, 1996, S. 58). Tatsächlich fanden van Amelsvoort, Kant, Bultmann und Swaen (2003) in einer Längsschnittstudie bei denjenigen Personen, die Mühe bekundeten, sich am Abend nach der Arbeit zu erholen, erhöhte Risiken für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen. De Croon, Sluiter und Frings-Dresen (2003) berichteten in einer Untersuchung von 526 Lastwagenfahrern, dass bei denjenigen Personen<sup>18</sup> erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten zu verzeichnen waren, die zwei Jahre zuvor Erholungsprobleme berichtet hatten. Ursachen für mangelnde Erholungsprozesse können sowohl personen- als auch bedingungsbezogene Probleme sein. Personenbezogen wird von *fehlender Erholungsbereitschaft* gesprochen, wenn eine Person die Erholungsphase zu lange hinauszögert und damit eine Aufschaukelung von Beanspruchungsprozessen ermöglicht. Als mögliche Gründe dafür nennt Allmer (1996, S. 58): (1) zu hohe individuelle Leistungsansprüche, (2) den Verlust der Sensibilität für die Erholungsbedürftigkeit, z. B. in Form einer mangelnden Wahrnehmung chronischer Körperverspannungen, die ihrerseits wieder als Folge zu hoher Belastungen entstanden sein können, und (3) die Antizipation negativer Konsequenzen, z. B. ausgelöst durch

<sup>18</sup> Daten aus der „Maastricht Cohort Study“ (n=12'140)

die gesellschaftlich vermittelte Erwartung, nicht als erholungsbedürftig gelten zu dürfen. Bedingungsbezogene Probleme ergeben sich u.U. durch *Umweltbedingungen, die Mehraufwand erfordern* (Allmer, 1996). Sie können entstehen, wenn durch belastende Arbeitsbedingungen, wie z. B. Regulationshindernisse und Termindruck, die Beanspruchungsphase durch zusätzlichen Einsatz, wie Überstunden oder Wochenendarbeit, verlängert wird. Als Konsequenz daraus wird der Beanspruchungsausgleich zeitlich verschoben.

#### 2.4.2.2 Ineffektive Nutzung der Erholungsphase

Unter ineffektiver Nutzung der Erholungsphase versteht Allmer (1996, S. 61) „unzureichende oder fehlende Ressourcen sowie Barrieren ..., die einer optimalen Gestaltung der gesamten oder einzelner Teile des Erholungsprozesses entgegenstehen, so dass die Beanspruchungsfolgen nicht vollständig zurückgebildet werden können“. *Fehlende Erholungsfähigkeit* kann sich darin äußern, dass es einer Person nicht gelingt, von der Beanspruchungssituation Abstand zu nehmen und sich der Erholungstätigkeit zuzuwenden, sei es z. B. aufgrund einer Überaktivierung oder infolge ungelöster tätigkeitsspezifischer Probleme und damit zusammenhängender Gedanken. Allerdings ist zu vermuten, dass mangelhafte Erholungsfähigkeit zumindest teilweise von der Art der Tätigkeit und der damit verbundenen Arbeitsbedingungen mitbestimmt wird. In einer Untersuchung von Cropley und Purvis (2003) zeigte sich z. B., dass Lehrkräfte, die hohe Belastungen bei gleichzeitig geringer Kontrolle am Arbeitsplatz berichteten (vgl. Kapitel 2.3.1), nach der Arbeit länger an tätigkeitsbezogene Probleme dachten und Schwierigkeiten bekundeten, sich von der Arbeit zu distanzieren. *Erholungsungünstige Umweltbedingungen* beinhalten z. B. Lärm, unzureichende Erholungsangebote, wie eine mangelhafte Pausengestaltung und das Fehlen von Pausenräumen, sowie restriktive soziale Regeln und Normen.

#### 2.4.3 Erholung und Pausen

Erholungsprozesse können danach unterschieden werden, ob sie während der Arbeit oder in der Freizeit stattfinden. Für die Erholung während der Arbeit sind Pausen von großer Bedeutung, vor

allem für die beanspruchungsbezogene Wiederherstellung verbrauchter Ressourcen (Kallus & Uhlig, 2001).

Dass Pausen für den Ausgleich von Beanspruchungsfolgen, z. B. Leistungsabnahmen aufgrund von Ermüdung, von großer Bedeutung sind, ist seit vielen Jahrzehnten bekannt (Graf, 1922, 1927, 1956, 1961; Rutenfranz & Ulich, 1970; Ulich, 2001). Ein geeignetes Pausensystem kann als bedingungsbezogenes Instrument zur Unterstützung von Erholungsprozessen verstanden werden; dabei können verschiedene Pausentypen unterschieden werden (vgl. Grandjean, 1987; Schmidtke, 1993; Paridon, Lazar, Haase & Sander, 2017):

### *Ausgleich von Beanspruchungsfolgen*

- *Spontane, frei gewählte Kurzpausen* werden von den Arbeitnehmenden in eigener Initiative gewählt. Diese Pausen sind typischerweise bei anstrengenden Arbeitstätigkeiten zu verzeichnen (Frieling & Sonntag, 1999). Sofern sie in der Form von Nebentätigkeiten als versteckte Pausen gewählt werden, haben sie in der Regel nur einen eingeschränkten Erholungswert (vgl. Graf, Rutenfranz & Ulich, 1970).
- *Vorgeschriebene Pausen* beziehen sich auf die vom Arbeits- bzw. Arbeitszeitgesetz<sup>19</sup> verlangten oder in tariflichen bzw. betrieblichen Vereinbarungen festgelegten Pausen. Neben positiven Erholungswirkungen können sie aber auch als Störung empfunden werden, wenn sich eine Person aus dem Arbeitsfluss gerissen fühlt.
- *Arbeitsbedingte Wartezeiten*, z. B. aufgrund eines Rechnerausfalls oder eines Maschinenstillstands, haben in vielen Fällen keinen Erholungswert, weil der Arbeitsprozess ohne Einflussmöglichkeiten des Mitarbeitenden gestört wird. Sie führen häufig zu erhöhter nervöser Beanspruchung.

Der Erholungswert einer Pause hängt unter anderem von der Häufigkeit, der Dauer und der zeitlichen Verteilung ab (Tucker, 2003). Die Erholungseffekte finden vor allem zu Beginn einer Pause statt und nehmen mit zunehmender Dauer der Pause ab (Graf, Rutenfranz & Ulich, 1970). Zusätzliche Pausen müssen nicht zu einer Abnahme der

### *Erholungswert*

<sup>19</sup> In Deutschland sind Pausen und Ruhezeiten im Arbeitszeitgesetz (Ruhepausen: § 4 ArbZG; Ruhezeit: § 5 ArbZG), in Österreich im Arbeitszeitgesetz (AZG) und im Arbeitsruhegesetz (ARG) und in der Schweiz im Arbeitsgesetz (Art. 15-22 ArG und Art. 19-21 ArGV1) geregelt.

Leistung führen, weil als Konsequenz z. B. nicht organisierte oder durch Nebenarbeiten getarnte Pausen abnehmen und sich der Anteil der reinen Arbeitszeit erhöhen kann (Dababneh, Swanson & Shell, 2001; Galinsky, Swanson, Sauter, Hurrell & Schleifer, 2000; Graf, Ruttenfranz & Ulich, 1970; Ulich, 2011; vgl. Kasten 2.20).

---

**Kasten 2.20**


---



---

*Die Wirkung von Pausen (aus Ulich, 2011, S. 476 - 478)*


---

„Als physiologische Kennzeichen von Ermüdung gelten u.a. Pulsbeschleunigungen und Flacherwerden der Atmung, als psychologische Kennzeichen Abnahme der Konzentration und Auftreten von 'Denkstörungen'. Das – bereits bei Kraepelin (1896) erwähnte – subjektive Müdigkeitsgefühl ist kein sicherer Indikator für Ermüdung, da auch ermüdungsähnliche Zustände wie Monotonie und Langeweile mit Müdigkeitsgefühlen verbunden sein können. Ausserdem kann das 'rechtzeitige' Auftreten von Müdigkeitsgefühlen z. B. dadurch verzögert werden, dass jemand hochmotiviert unbedingt noch eine Aufgabe zum Abschluss bringen möchte.

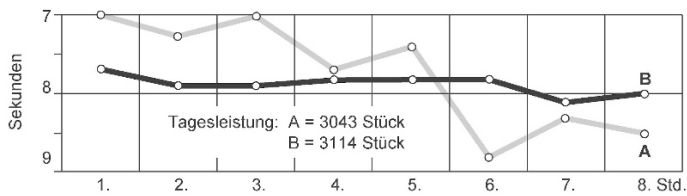
Der durch Ermüdung eintretende Verlust an Leistungsfähigkeit kann nur durch Erholung ausgeglichen werden. Für die Frage nach der optimalen Lage und Dauer von Erholungsprozessen in der Arbeitszeit ist die Tatsache bedeutsam, dass der Anstieg der Ermüdung einen exponentiellen Verlauf aufweist (Rohmert, 1960, 1961). Das heisst, dass die Ermüdung nicht linear zunimmt, sondern dass sie desto stärker zunimmt, je länger eine Tätigkeit bei vorhandener Ermüdung fortgeführt wird. ...

Darüber hinaus ist schon seit langer Zeit bekannt, dass auch der Verlauf der Erholung einer exponentiellen Funktion folgt (Simonson & Herbestreit, 1930), was in diesem Fall bedeutet, dass die ersten Abschnitte einer Erholungsphase wirksamer sind als die späteren Abschnitte.

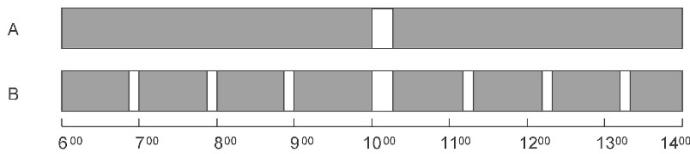
Daraus folgt, sofern es sich um körperliche Arbeit und daraus resultierende muskuläre Ermüdung handelt, 'dass die Erholung um so schneller fortschreitet bzw. die Ermüdung um so geringer wird, in je kleinere Arbeits- und Pausenperioden die Tätigkeit gegliedert wird' (Lehmann und Schmidtke, 1961, S. 884).

Damit wird auf die besondere Erholungswirksamkeit von Kurzpausen verwiesen. In Abbildung 7.2 ist ein von Graf (1956) mitgeteiltes Beispiel über die Wirkung von Kurzpausen auf Tagesleistung, Stückzeiten und Verteilung der Tätigkeitselemente bei einer Arbeit am Fließband dargestellt. Hier wurden im Laufe der Acht-Stunden-Schicht zusätzliche Pausen mit einer Gesamtlänge von 30 Minuten eingeführt. Dennoch zeigt der Vergleich der ursprünglichen Tageseinteilung A mit der neuen Tageseinteilung B einen Anstieg der reinen Arbeitszeit von 81.4 % vor auf 85.1 % nach Einführung der zusätzlichen Pausen. Die nicht organisierten Pausen nahmen um 5 % ab.

Mittlere Stückzeiten



Tageseinteilung



Prozentuale Verteilung einzelner Arbeitselemente

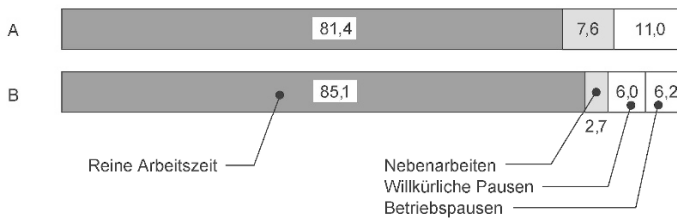


Abbildung 7.2 Beispiele für die Wirkung von Kurzpausen auf Tagesleistung, Stückzeiten und prozentuale Verteilung der einzelnen Tätigkeitselemente bei der Herstellung von Feinsicherungen (nach Untersuchungen von Graf und Scholz – aus: Graf 1956)

Besonders eindrucksvoll ist die Differenz für die Nebenarbeiten, deren Anteil an der Schichtzeit von 7,6 % auf 2,7 % zurückging. 'Wir können diese Erscheinung nicht anders deuten, als dass in den früheren Nebenarbeiten zum Teil verdeckte Pausen bzw. Entspannungspausen enthalten waren' (Graf, 1961, 110). ... Deshalb ist der Hinweis wichtig, dass die Einführung zusätzlicher Kurzpausen im allgemeinen mit einer Verbesserung des Wirkungsgrades menschlicher Arbeit verbunden ist."

Offensichtlich sind die seit Jahrzehnten vorliegenden Ergebnisse der Pausenforschung noch immer nicht hinreichend bekannt. „Die wissenschaftliche Pausenforschung hat in Deutschland eine über hundert-jährige Tradition und reicht bis auf den Münchner Psychiater Emil Kraepelin und seinen Schüler Otto Graf zurück. Obwohl die Grundprinzipien gut gestalteter Pausensysteme bereits bekannt waren und Eingang in die Standardwerke verschiedener Disziplinen der Arbeitsforschung fanden, scheint der Praxistransfer noch immer



zu stocken. So lässt etwa jeder vierte deutsche Arbeitnehmer seine gesetzlich vorgeschriebenen Pausen ausfallen“ (Wendsche 2015, S. 12). Insofern kommt den neueren Forschungsergebnissen und daraus resultierenden Publikationen besondere Bedeutung zu (vgl. dazu Wegge, Wendsche & Diestel, 2014, Wendsche, 2015, Wendsche & Wegge, 2014, Wendsche & Lohmann-Haislah 2016, 2017, Zimmermann, 2016).

Erst neuerdings wurde darüber berichtet, dass das Einlegen von Kurzpausen auch bei chirurgischen Eingriffen erhebliche Verbesserungen bewirken kann (Engelmann, Schneider, Kirschbaum, Grote, Dingemann, Schoof & Ure, 2011). In der an der Klinik für Kinderchirurgie der medizinischen Hochschule Hannover (MHH) durchgeführten Studie wurden während laparoskopischen Operationen bei Kindern pro halbe Stunde fünfminütige Pausen eingelegt. Die Wirkungen wurden mit einer Kontrollgruppe verglichen, bei der die Operationen wie üblich ohne ein derartiges Pausenarrangement durchgeführt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung der Pausen eine Reduzierung des Stresserlebens und der Fehlerrate zur Folge hatte, nicht aber mit einer Verlängerung der Operationszeiten verbunden war (Kasten 2.21).

---

### Kasten 2.21

---

*Die Wirkungen intraoperativer Pausen bei chirurgischen Operationen*  
(aus: Engelmann et al. 2011, S. 1245)

---

“Fifty-one operations were randomized to a scheme with intraoperative breaks and release of the pneumoperitoneum (intermittent pneumoperitoneum (IPP)) or conventional conduct (CPP). Stress hormones and  $\alpha$ -amylase were determined in the surgeon's saliva pre-, intra-, and postoperatively. Mental performance and error scores, musculoskeletal strain, and continuous ECG were secondary endpoints“ (p.1245).

“The surgeon's pain and strain scores of the muscular skeletal system after IPP operations were highly significantly lower than those after CPP surgery. This was a consistent finding even from those operators who disliked the IPP break scheme in whom an emotional contamination toward the opposite direction could be expected.

It was finally of major concern whether the benefits for the surgeon were at the cost of the patient. Surprisingly, the breaks did not prolong the operating time at all.

In conclusion, the IPP break scheme decreased the surgeon's stress hormones, the count of interoperative events, and the objective error-performance scores. It increased the surgeon's well-being without any disadvantageous prolongation of the operation time.

The effect sizes reported were all seen only for the surgeon. We are currently evaluating the effect of breaks and the interruption of the pneumoperitoneum on pediatric patients“ (p.1250).

Die eindeutig positiven, methodisch sorgfältig erhobenen, Befunde haben innerhalb der Klinik offensichtlich zu einer breiten Akzeptanz des Pausensystems geführt: „Trotz der anfänglichen Skepsis unter den Kollegen hat sich das Kurzpausenschema in der Kinderchirurgie der MHH weitgehend durchgesetzt“ (MHH 2011, S. 36).

#### 2.4.3.1 Vorgeschriebene oder freiwillige Pausen

Vorgeschriebene Pausen können sowohl positive als auch negative Effekte aufweisen. Einerseits neigen Mitarbeitende dazu, zu kurze und zu selten Pausen zu machen (Richter & Hacker, 1998), unter anderem weil das Müdigkeitsgefühl kein ausreichender Indikator für vorhandene Ermüdung ist (vgl. Kasten 2.18). Dies führt in der Praxis häufig dazu, dass selbst gewählte Pausen zu spät eingelegt werden und damit die vorbeugende Wirkung verlieren. Zudem „scheint sich die Länge selbst gewählter Pausen eher an deren Sozialwert als an ihrem Erholungswert zu bestimmen“ (Ulich, 2011, S. 445). Schließlich besteht die Tendenz, auf Pausen zu verzichten, die dafür vorgesehenen Zeiten zu kumulieren und auf das Schichtende zu verschieben (Frieling & Sonntag, 1999). Allerdings fanden Boucsein und Thum (1997) bei Computerarbeitsplätzen, dass Mitarbeitende mit freier Pausenwahl weniger affektive Stressreaktionen aufwiesen. Offensichtlich sollte die Auslegung der Pausen also unter Berücksichtigung der jeweils ausgeübten Tätigkeit und der damit verbundenen Anforderungen vorgenommen werden. Es ist zudem evident, dass die Frage nach freiwilligen oder vorgeschriebenen Pausen nicht unabhängig von der Arbeitsorganisation und den damit verbundenen Handlungs- und Zeitspielräumen beantwortet werden kann (Tucker, 2003).

#### 2.4.3.2 Häufigkeit, Dauer und Lage von Pausen

In einer aktuellen Übersicht von Studien aus der Industrie bestätigt Tucker (2003) die seit Jahrzehnten bekannte Feststellung, dass regelmäßige, kurze Pausen zu einer Ermüdungsverringerung und einer

Steigerung der Produktivität führen. Im Zusammenhang mit physiologischen Stressreaktionen fanden Boucsein und Thum (1997) in der bereits erwähnten Untersuchung von Computerarbeitsplätzen, dass häufige kurze Pausen im Vergleich zu weniger häufigen, längeren Pausen tendenziell zu bevorzugen sind. Galinsky et al. (2000) berichteten, dass bei Dateneingabetätigkeiten gegenüber der normalen Pausengestaltung zusätzliche Kurzpausen zu einer Abnahme von selbst berichteten Beschwerden und der Beanspruchung der Augen führte. Zudem fanden McLean, Tingley, Scott und Rickards (2001), dass bei Arbeit am Computer häufige „Mikro-Pausen“ positive Effekte auch hinsichtlich der Entwicklung muskuloskelettaler Beschwerden bewirken.

#### 2.4.3.3 Silent Room - ein Pausensystem für Call Center

Krajewski und Wieland (2003) entwickelten ein Pausensystem für Call Center, in dem sie verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen berücksichtigen (vgl. Kasten 2.22).

---

#### Kasten 2. 22

---

*Silent Room – die andere Mittagspause im Call Center (aus Krajewski & Wieland, 2003)*

---

Eine Reihe von Wirksamkeitsstudien wiesen nach, dass tiefenentspannungs-basierte Erholungsmassnahmen eine intensivierte Nutzung der Erholungszeit darstellen. Trotz dieser vielfach dokumentierten Befundlage zur Wirksamkeit im therapeutischen Einsatzbereich **scheitert die betriebliche Implementierung der Entspannungsverfahren**, die zumeist im Rahmen von Stress-Management-Interventionen eingeführt wurden offensichtlich ...

#### Verhaltens- und Verhältnisprävention

Unsere Silent Room Lösungskonzeption greift das Implementierungsdefizit auf, indem es dual **Verhaltens- und Verhältnisprävention** verbindet. Um die intendierte Optimierung des Regenerationspotenzials von Arbeitspausen mittels tiefenentspannungsbasierter Pausengestaltung zu ermöglichen, integriert das Silent Room-Konzept

- die Vermittlung von Regenerationskompetenz und
- die Gestaltung regenerationsfreundlicher Rahmenbedingungen

zu einer schlüssigen Gesamtkonzeption ...

Der Aufbau von Regenerationskompetenz beinhaltet – neben der Vermittlung eines breiten, individuellen Präferenzen folgenden Repertoires an Entspannungstechniken (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Imaginative Verfahren, Atementspannung) – auch **die Thematisierung und Aufarbeitung von Erholungswider-**

**ständen**, die in der Antizipation negativer Vorgesetzten- und Kollegenreaktionen oder der Non-Kompatibilität mit einem Erholungsbedürftigkeit negierenden Selbstbild begründet sein können.

Das eigentliche Kernstück der Konzeption stellt aber der 'Silent Room' dar, der sich aus

- abschliessbaren Kabinen
- medial vermittelten Entspannungsinstruktionen und
- medizinischen Liegen

zusammen setzt. Da die **Vernachlässigung der sich aus der horizontalen Liegeposition ergebenden Sicherheits- und Privatheitsbedürfnisse** die wohl bedeutendste Quelle des Scheiterns von Ruheraum- und Tiefenentspannungsarrangements in der betrieblichen Praxis darstellt, sichert die Raum-in-Raum Konzeption des Silent Rooms über ihre Intimität wahrende, Privatsphäre schützende und stressorenfreie Gestaltung das zur effektiven Durchführung der 20-minütigen Tiefenentspannung unabdingbar notwendige 'Liegevertrauen'."

Eine Evaluation des in Kasten 2.20 vorgestellten Silent-Room-Konzepts für Call Center ergab sowohl unmittelbare als auch Arbeitszeit überdauernde positive Veränderungen physiologischer Parameter und im Vergleich zu einer konventionellen Pausengestaltung positive Ergebnisse in Bezug auf Leistungstests. Positive Entwicklungen zeigten sich auch hinsichtlich Burnout, Belastbarkeit der Mitarbeitenden und körperlicher Beschwerden (Krajewski & Wieland, 2003, S. 52).

Insgesamt zeigt das Beispiel des Silent Room, dass mit der gleichzeitigen Berücksichtigung von verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen auch für die Pausengestaltung ein beträchtliches gesundheitsrelevantes Potential erschlossen werden kann.

#### 2.4.4 Gesamtbelastung und Rückstelleffekte

Eine Ausweitung der Analyseebene über die erwerbsbezogene Arbeitszeit hinaus ergibt einen erweiterten Zugang, um die „aus der Arbeitstätigkeit resultierenden Beanspruchungsfolgen zu bewerten“ (Rau, 1998, S. 194). Offensichtlich sind traditionelle Analysemethoden nur unzureichend in der Lage, diese Prozesse hinreichend genau zu erfassen (vgl. Kasten 2.23).

**Kasten 2.23**

*24-Stunden-Monitoring zur Prüfung der Reaktivität psychophysiologischer Parameter in Belastungs- und Erholungsphasen (aus Rau & Richter, 1995, S. 11)*

„Betrachtet man bei der Beanspruchungsanalyse nur die Zeit, in der die zu untersuchende Arbeitstätigkeit ausgeführt wird, können Einflüsse der Nicht-Erwerbstätigkeit (Eigenarbeit, Sozialarbeit) fälschlicherweise als Auswirkung der untersuchten Tätigkeit zugeordnet werden. Die Gesamtbelastung eines berufstätigen Menschen setzt sich aus der Erwerbstätigkeit (ET) und der Nichterwerbstätigkeit (NE) (Lundberg et al., 1992; Frankenhaeuser, 1993) zusammen. Hier besteht kein additiver Zusammenhang, sondern eine Wechselwirkung, in deren Ergebnis – negative oder positive – Beanspruchungsreaktionen auf ET- oder NE-Belastungen durch die jeweils andere gepuffert (bis aufgehoben) oder verstärkt werden können. Bei der NE interessiert vor allem ihr Verständnis als *produktive* Arbeit für die Reproduktionsprozesse der ganzen Familie. Dieser *total work load (TWL)*-Ansatz der Stockholmer Gruppe ermöglicht eine Erweiterung der handlungsregulationstheoretischen Konzeption. Eine solche Erweiterung muss sowohl auf der Ebene des psychophysiologischen 24-Stunden-Monitorings, wie in dieser Untersuchung angestrebt, als auch auf der Ebene kumulierter Arbeits-Erholungs-Zyklen erfolgen (Wieland-Eckelmann, 1994; Schulze, 1994). Eine herausgehobene Rolle für die Gesamtbelastung kommt ausserhalb der ET dem Restitutionsanteil, d. h. der Erholung durch Schlaf zu. ...

Wohletablierten Parametern, wie Herzfrequenz und Blutdruck, kommt ein besonderes Interesse für die Entwicklung einer psychophysiologischen Screening-Methodik für Felduntersuchungen zu. Berücksichtigt man alle Einflüsse auf die Entstehung der Gesamtbelastung, erscheint die traditionell übliche Untersuchung des Menschen allein während der Arbeitstätigkeit bzw. in direktem Zusammenhang zu dieser (prä/post) als unzureichend. Ziel muss es sein, die gesamte Tagesbelastung über 24 Stunden zu erfassen. Erst ein solcher Ansatz ermöglicht die Bewertung der 'Vorbelastung' vor Beginn einer Arbeitstätigkeit oder einer experimentellen Belastung, der damit ein eigenständiger diagnostischer Wert zukommt.“

Rau (1998, S. 194) fand in einem 24-Stunden-Monitoring bei 160 männlichen Arbeitnehmern verschiedener Berufe, dass „Arbeitsbelastungen und ein geringes Erleben von Kontrolle während der Arbeitstätigkeit die eigentliche Arbeitszeit überdauernde negative Beanspruchungsfolgen in Form einer verzögerten bzw. geringeren Rückstellung kardiovaskulärer Parameter [Herzfrequenz und Blutdruck] haben“. In einer weiteren Studie unter Einbezug von 117 Frauen und 126 Männern mit vorwiegend geistigen Tätigkeiten untersuchten Rau und Triemer (2004) unter anderem den Zusammenhang zwischen Überzeit, Blutdruck, Erholungsfähigkeit und Schlafstörungen. Die Autorinnen fanden, dass Überzeit sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu einer Einschränkung der persönlichen Freizeit führte, mit der Folge, dass sich Männer mit Überzeit

weniger an Haushaltsarbeiten und Kinderbetreuung beteiligten als Männer ohne Überzeit und dass Überzeit mit einem signifikant erhöhten Risiko für Störungen in der Erholungsfähigkeit und klinisch relevanten Schlafstörungen verbunden war. Bezüglich des Blutdrucks ergab sich für Frauen, nicht aber für Männer, eine mangelnde Rückstellung in der Freizeit und in der Nacht. Wenn aber Erholungsprozesse nicht zu einer ausreichenden Wiederherstellung individueller Leistungsvoraussetzungen führen, muss mit negativen Beanspruchungsfolgen gerechnet werden. Bei zu hohen und/oder chronischen Belastungen und fehlenden Möglichkeiten der Erholung entsteht ein Ungleichgewicht in den Ressourcen des Organismus (Kallus & Uhlig, 2001), Beanspruchungsfolgen können nicht ausreichend zurückgebildet oder gar irreversibel werden (Meijman & Mulder, 1998).

Rückstelleffekte („unwinding“) sind für Erholungsprozesse von großer Bedeutung. Rückstelleffekte bedeuten „die Fähigkeit, nach Belastung schnell und umfassend die psychophysiologische Aktivierung zurückzustellen, d. h. die Möglichkeit, sich von einem Arbeitstag zum anderen zu erholen“ (Rau, 1998, S. 194). In diesem Zusammenhang wurden in der Stressforschung insbesondere physiologische Aktivierungsprozesse untersucht (Zapf & Semmer, 2004). Eine erhöhte Adrenalin ausschüttung kann z. B. sowohl durch Überaktivierung als auch durch Unteraktivierung ausgelöst werden (vgl. Frankenhaeuser & Gardell, 1976). Melin, Lundberg, Söderlund und Granqvist (1999) konnten zeigen, dass physiologische Rückstelleffekte bei Mitarbeitenden mit repetitiven, monotonen Tätigkeiten weniger schnell verliefen als bei Mitarbeitenden in selbst regulierten Teams. Zusätzliche Fragebogenerhebungen ergaben, dass die Arbeit in teilautonomen Teams als anforderungsvielfältiger, mit mehr Möglichkeiten, neue Dinge zu lernen, wahrgenommen wurde und dass in dieser Gruppe auch eine höhere Arbeitszufriedenheit zu verzeichnen war. Hinsichtlich der Gruppe mit den repetitiven, monotonen Tätigkeiten kann also von einer „Überforderung durch Unterforderung“ (Ulich, 1960) gesprochen werden.

Meijman, Mulder, van Dormolen und Cremer (1992) untersuchten Fahrlehrer, die entweder 9, 10 oder 11 Prüfungen pro Tag abnehmen mussten. Bei den Personen mit 11 Prüfungen zeigte sich sowohl gegen Ende des Arbeitstages als auch am Abend ein vergleichsweise erhöhtes Adrenalin-niveau. Mangelnde Rückstelleffekte widerspie-

*Rückstell-  
effekte*

### *Alltägliche Lebens- rhythmen*

gelten sich bei dieser Gruppe auch in Einschlafproblemen am Ende der Woche. Auswirkungen auf das Verhalten und die Leistung zeigten sich darin, dass bei den Personen mit 11 Prüfungen die Durchfallquote gegen Ende des Tages deutlich anstieg. Bei einer Reaktionsaufgabe am Ende des Arbeitstages schnitt diese Gruppe deutlich schlechter ab, bei einer gleichzeitig vergleichsweise geringeren Herzratenvariabilität, was eine höhere Anstrengung indiziert (Semmer & Udris, 2004).

Neben den Arbeitsbelastungen und damit verbundenen physiologischen Konsequenzen sind für den Verlauf von Rückstellprozessen allerdings auch „die alltäglichen Lebensrhythmen und soziale Ressourcen zu berücksichtigen“ (Kallus & Uhlig, 2001, S. 367). So zeigte sich in einer Untersuchung von Sonnentag (2003) in der öffentlichen Verwaltung, dass bei Personen mit ausreichender Erholung in der Freizeit am darauf folgenden Tag ein höheres Arbeitsengagement und stärkeres proaktives Verhalten berichtet wurde als bei Personen ohne ausreichende Erholung.

Offensichtlich spielen in diesem Zusammenhang Unterschiede in der Lebenssituation eine nicht zu vernachlässigende Rolle (vgl. z. B. Frankenhaeuser et al., 1989; Lundberg & Frankenhaeuser, 1999; Lundberg & Palm, 1989; Rau & Triemer, 2004). So fanden z. B. Lundberg und Palm (1989), dass Frauen mit Kindern nach der beruflichen Arbeit vergleichsweise hohe Noradrenalinwerte aufwiesen. Lundberg und Palm berichteten (1989) bei Vollzeit arbeitenden Müttern, nicht aber bei Vätern, Zusammenhänge mit erhöhter Adrenalinausschüttung am Wochenende. Multiple Rollen und die damit verbundenen familiären und arbeitsbezogenen Verpflichtungen können also zu Überforderungen führen. Interessanterweise zeigt sich aber auch, dass multiple Rollen unter der Voraussetzung einer akzeptablen Qualität und bei einer positiven Einstellung zu den damit verbundenen Anforderungen auch mit einer Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit einhergehen können (z. B. Barnett & Hyde, 2001; für eine Übersicht vgl. Zapf & Semmer, 2004).

### 2.4.5 Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement

Auf der Basis der bestehenden Evidenz aus der Erholungsforschung ergeben sich für das betriebliche Gesundheitsmanagement offensichtlich ähnliche Konsequenzen wie bereits in Kapitel 2.3.1 dargestellt; herausfordernde, interessante Tätigkeiten mit einem ausreichenden Tätigkeitsspielraum und geregelter Teilautonomie können Erholungsprozesse ebenso unterstützen, wie sie durch zu hohe Arbeitsbelastungen, wie z. B. chronischen Zeitdruck, gestört werden. Das soziale Netzwerk und die damit verbundene soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und im Privatleben sind für eine angemessene Erholung von großer Bedeutung.

*Interessante  
Tätigkeiten und  
soziales Netz-  
werk*

Das Beispiel des Silent Room (vgl. Kasten 2.22) zeigt, dass auch in Bezug auf die Gestaltung von Pausensystemen eine Kombination verhältnis- und verhaltensorientierter Maßnahmen zu bevorzugen ist. Bei den verhaltensorientierten Maßnahmen gilt es etwa neben Entspannungstechniken vor allem auch, die explizit oder implizit auf die Erholung bezogenen sozialen Regeln und Normen und damit verbundene Vorurteile zu thematisieren und sichtbar zu machen.

*Gestaltung von  
Pausen-  
systemen*

Für Personen mit multiplen beruflichen und privaten Rollen ist die Aufgaben- und Rollenklärung am Arbeitsplatz und im privaten Umfeld von großer Bedeutung, weil mehrere Rollen offensichtlich dann anregend wirken und Freude bereiten können, wenn sie von hoher Qualität sind und tatsächlich der Einstellung der betroffenen Personen entsprechen. Unternehmen können diesen Prozess unterstützen, indem sie z. B. geeignete Arbeitszeitmodelle zur Verfügung stellen. Auch im Privatleben gilt es zudem, im Zusammenhang mit der Erholungsbedürftigkeit vorhandene Werte und Normen zu klären. Gesellschaftspolitisch besteht Handlungsbedarf bei der Bereitstellung geeigneter Rahmenbedingungen, z. B. in Form von Tageschulen.

*Multiple Rollen*



## 2.5 Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude

Konzepte der Arbeitszufriedenheit haben sowohl in der Arbeits- und Organisationspsychologie als auch in der betrieblichen Praxis sehr weite Verbreitung, aber auch unkritische Anwendung gefunden.

### *Generelle Fassung des Begriffs*

Aufgrund theoretischer Herleitungen wie auch empirischer Untersuchungen wird hier die Position vertreten, dass Zufriedenheit in der generellen Fassung des Begriffs ein allenfalls eingeschränkt brauchbares Kriterium für die Bewertung von Arbeitstätigkeiten darstellt. So liegen die höchsten bisher mitgeteilten Korrelationen zwischen allgemeiner Arbeitszufriedenheit und gezeigter Leistung in der Größenordnung um .30 (Judge et al., 2001). Auch hier stellt sich aber die Frage, wie eine solche Korrelation zu interpretieren ist. Schließlich ist die Wahrscheinlichkeit, dass jemand aufgrund guter Leistung zufrieden ist, kaum geringer als die Wahrscheinlichkeit, dass vorhandene Zufriedenheit gute Leistung bewirkt hat. Im Übrigen zeigen Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen, ebenso wie die Alltagserfahrung dies tut, dass Arbeitszufriedenheit auf sehr unterschiedliche Weise entstehen kann und dass die Aussage, jemand sei mit seiner Arbeit zufrieden, deshalb ganz verschiedene Bedeutung haben kann.

### *Selbstschutzfunktion von Zufriedenheitsurteilen*

So weist Fischer (1989, S. 66) auf die „Selbstschutzfunktion von Zufriedenheitsurteilen“ hin. Schließlich muss eine Person, die Unzufriedenheit äußert, damit rechnen, danach gefragt zu werden, weshalb sie in der unbefriedigenden Situation verbleibt oder diese nicht verändert. „Diejenige Person aber, die eine sie nicht befriedigende Situation nicht ihren Wünschen entsprechend verändern kann, gilt leicht als inkompetent“ (Fischer, 1989, S. 66).

### *Qualitative Differenzierung des Begriffs*

Wir müssen daher annehmen, dass die globalen Zufriedenheitskonzepte nur wenig trennscharf sind und der Realität kaum gerecht werden. Insbesondere macht sich das Fehlen einer qualitativen Differenzierung des Zufriedenheitsbegriffs in der Mehrzahl der früheren Untersuchungen bemerkbar. In zwei neueren Studien unter Einbezug von 987 bzw. 993 Personen verschiedener Berufsgruppen fand Jiménez (2002), dass qualitativ unterschiedliche Aspekte der Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichem Maße mit Kündigungs-

bereitschaft im Zusammenhang standen. Ein Modell, das der Forderung nach einer Differenzierung Rechnung trägt, wurde von Bruggemann (1974, Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975) entwickelt (vgl. Abbildung 2.8).

Das in Abbildung 2.8 dargestellte Modell von Bruggemann unterscheidet sechs verschiedene Formen von Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit. Welche dieser Formen in Erscheinung tritt, ist zunächst abhängig von einem individuellen Vergleich zwischen den eigenen Bedürfnissen und Erwartungen einerseits (=SOLL) und den Möglichkeiten ihrer Realisierung in der gegebenen Arbeitssituation andererseits (=IST). Je nach Ergebnis des Soll-Ist-Vergleichs und der darauf folgenden Reaktion des Anspruchsniveaus resultieren unterschiedliche Formen von Zufriedenheit. Fällt beispielsweise der Soll-Ist-Vergleich positiv aus und das Anspruchsniveau bleibt unverändert, so ergibt sich daraus eine Form der Arbeitszufriedenheit, die als „stabilisiert“ bezeichnet wurde, weil sie mit der Tendenz der Situationserhaltung verbunden ist. Folgt dem positiven Ergebnis des Soll-Ist-Vergleichs indes eine Erhöhung des Anspruchsniveaus, so resultiert daraus eine „progressive Arbeitszufriedenheit“, die durch Zielerweiterung gekennzeichnet ist (Bruggemann, 1974). Da Zielerweiterung auch bedeutet, dass bestimmte Wünsche oder Bedürfnisse in der gegenwärtigen Situation nicht erfüllt werden, erscheint es allerdings sinnvoller, diesen Status – einem früheren Vorschlag von Bruggemann entsprechend – als „progressive Arbeits(un-)zufriedenheit“ zu bezeichnen.

Fällt der Soll-Ist-Vergleich negativ aus, so kann daraus eine Senkung des Anspruchsniveaus im Sinne einer Sollwert-Reduktion resultieren, als deren Ergebnis eine „resignative Arbeitszufriedenheit“ entstehen kann. Bleibt trotz negativen Ergebnisses des Soll-Ist-Vergleichs das Anspruchsniveau aufrechterhalten, so besteht einerseits die Möglichkeit einer Verfälschung der Situationswahrnehmung, d. h. es werden subjektiv mehr Freiheitsgrade wahrgenommen als objektiv in der Arbeitstätigkeit vorhanden sind. Die daraus folgende Form der Zufriedenheit wurde als „Pseudoarbeitszufriedenheit“ bezeichnet. Andererseits besteht aber auch die Möglichkeit, in der adäquat wahrgenommenen Situation zu verharren, was zur „fixierten Arbeitsunzufriedenheit“ führt. Als dritte Möglichkeit kann die Aufrechterhaltung des Anspruchsniveaus nach negativem Ergebnis des Soll-Ist-Vergleichs schließlich aktive Bemühungen zur

*Anspruchsniveau und Formen der Arbeitszufriedenheit*

Überwindung der unbefriedigenden Situation auslösen. Der damit verbundene Zufriedenheitsstatus wurde von Bruggemann als „konstruktive Arbeitsunzufriedenheit“ bezeichnet.

Die Erfassung einzelner Formen der Arbeitszufriedenheit, insbesondere der Pseudozufriedenheit, bereitet noch immer methodische Schwierigkeiten. Aus den Ergebnissen vorliegender Untersuchungen lässt sich aber mit hinreichender Sicherheit feststellen, dass ein Teil der Zufriedenheitsäußerungen von Beschäftigten mit hochgradiger Arbeitsteilung auf die aus einer Reduzierung des Anspruchsniveaus resultierende „resignative Arbeitszufriedenheit“ entfällt. Vermehrt wird inzwischen auch – z.B. in Zusammenhang mit dem DGB-Index Gute Arbeit (Fuchs, 2009) – über Korrelationen zwischen AZ-Formen und Merkmalen erlebter Gesundheit berichtet. Bei der Erfassung und Interpretation derartiger Zusammenhänge könnte das von Jiménez (2002, 2006) vorgeschlagene Konzept der Differenzierung nach unterschiedlichen Facetten der Arbeitszufriedenheit durchaus hilfreich sein.

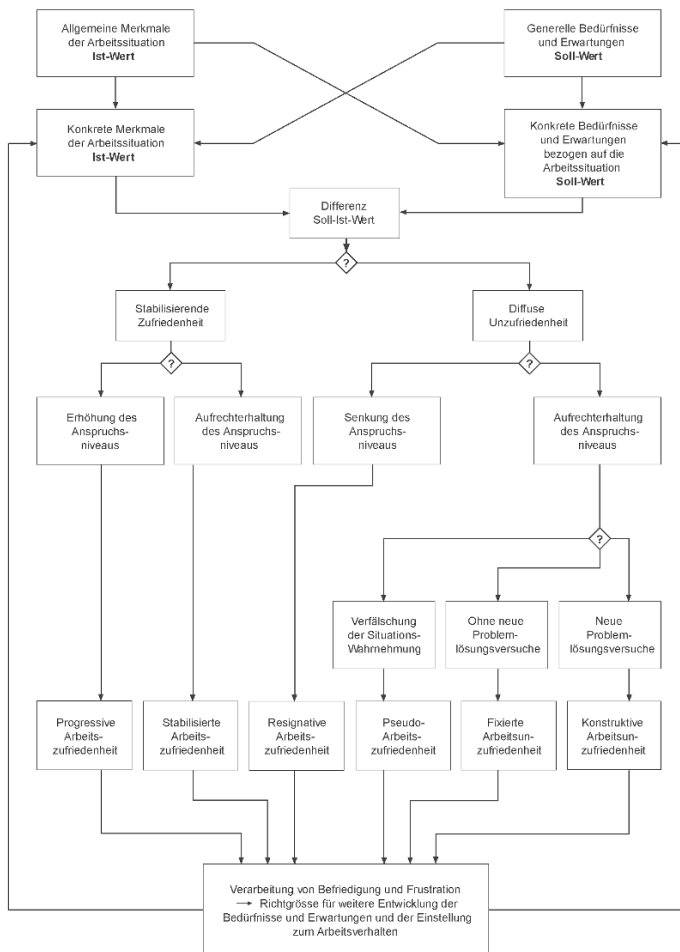
#### *Arbeits- zufriedenheit als Prozess*

Wenngleich das Modell von Bruggemann der weitergehenden Präzisierung und Operationalisierung bedarf (vgl. Neuberger, 1985; Neuberger & Allerbeck, 1978), wird „allgemein anerkannt ..., dass es gegenüber den bisherigen Betrachtungen der AZ einen entscheidenden Fortschritt bedeutet, AZ nunmehr als Prozess zu interpretieren, wie es in dem Ansatz von Bruggemann explizit versucht wird“ (Gebert & Rosenstiel, 1981, S. 69). Damit wird zugleich deutlich, dass Arbeitszufriedenheit ohne qualitative Differenzierung, d. h. ohne Angabe der anzustrebenden Form, kein hinreichend geeignetes Kriterium zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten darstellt. Rosenstiel (2003, S. 443) ging noch einen Schritt weiter: „Man sollte also sehen, dass die Arbeitszufriedenheitsforschung letztlich unverbindlich ist. Ohne gleichzeitige Analyse der objektiven Bedingungen der Arbeit hängen die Ergebnisse ‘gewissermassen in der Luft’“. Allerdings lohnt es sich in diesem Zusammenhang, die bei Fischer (2006) berichteten neueren Konzepte wie z.B. den Einbezug der Werteforschung bei Borg (2006) oder die Entwicklung einer „kybernetischen Perspektive“ bei Jiménez (2006) und die Untersuchungen über die Bedeutung der Arbeitszufriedenheit ebenso zur Kenntnis zu nehmen wie die weitere Entwicklung des Konzepts der verschiedenen AZ-Formen (Baumgartner & Udris, 2006; vgl. auch Ferreira, 2009).

Gerade die resignative Form der Arbeitszufriedenheit macht im Übrigen deutlich, dass Arbeitszufriedenheit nicht mit Arbeitsfreude verwechselt werden darf. Nach Friedmann (1952, S. 359) stellt sich „Arbeitsfreude nur dort ein, wo der Arbeiter einen tatsächlichen Einfluss auf die Mittel und Ziele seiner beruflichen Tätigkeit besitzt“.

Formen der Arbeitszufriedenheit als Ergebnisse von Abwägungs- und Erlebnisverarbeitungsprozessen (aus Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975)

Abbildung 2.8



**Arbeitsfreude**

Auch in den Berichten der viel früher von de Man (1927) befragten Arbeiter wird das Entstehen und Erleben von Arbeitsfreude häufig mit der Vollständigkeit der zu bewältigenden Arbeitsaufgaben in Verbindung gebracht. Und bei Lipmann (1932, S. 387) heißt es: „Arbeitsfreude im eigentlichen Sinne des Wortes gibt es nur da, wo der Arbeiter eine zielgerichtete Tätigkeit zu verrichten hat, deren Ziel oder deren Ablauf er autonom bestimmen oder regulieren kann und deren ... Merkmale seiner Arbeitsneigung entsprechen“. U.a. aufgrund dieser Arbeiten kommen Temme und Tränkle (1996) zu dem Schluss, dass Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude „leicht voneinander abgegrenzt“ werden können. „Im Gegensatz zur prozessbezogenen Arbeitsfreude ist Zufriedenheit nach der „klassischen“ Definition innerhalb der Arbeits- und Organisationspsychologie mehr eine ergebnisbezogene Emotion ...“ (Temme & Tränkle, 1996, S. 286). Im Unterschied zur Arbeitszufriedenheit weist Arbeitsfreude<sup>20</sup> damit auch eine gewisse Nähe zum „Flow“-Erleben auf, das von Csikszentmihalyi (1993, S. 58) als das „holistische Gefühl bei völligem Aufgehen in einer Tätigkeit“ beschrieben wird (vgl. dazu Heckhausen, 1980).

Zu Recht findet Frese (1990, S. 285) schließlich „bedauerlich (und möglicherweise auch bezeichnend), dass im Zuge der Übernahme der amerikanischen Arbeits- und Organisationspsychologie in den deutschsprachigen Ländern alte Begriffe verschwanden, die weniger diffus waren, wie z. B. Arbeitsfreude“.

## 2.6 Fazit

Die Akteure des betrieblichen Gesundheitsmanagements müssen bei ihren Überlegungen Modelle und Erkenntnisse verschiedener Disziplinen einbeziehen. Medizinische, soziologische und psychologische Merkmale einer Gesundheitsdefinition sind dabei für das praktische Handeln ebenso von Bedeutung wie arbeitspsychologi-

---

<sup>20</sup> Der Begriff der Arbeitsfreude findet sich übrigens bereits bei Vertretern der Psychotechnik anfangs der 1920er Jahre (z. B. Lysinski, 1923; Stern, 1921), wiederholt auch bei Lipmann (1932).

sche Konzepte gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung (vgl. Kapitel 4). Wer sich professionell mit Gesundheitsförderung in Unternehmen beschäftigt, steht also vor der Aufgabe, Modelle und empirische Erkenntnisse verschiedener Disziplinen in geeigneter Weise zu kombinieren und in die Sprache der betrieblichen Praxis zu übersetzen. Dies ist ohne angemessenes Fachwissen nicht zu leisten. Neben geeigneten theoretischen Modellen sind dabei auch passende Methoden und Instrumente einzusetzen, die im nächsten Kapitel näher beschrieben werden.

Gesundheitsmanagement in Unternehmen

Arbeitspsychologische Perspektiven

Ulich, E.; Wülser, M.

2018, XVIII, 550 S. 37 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-658-18434-6