

ÖSTERREICHISCHES FORUM ARBEITSMEDIZIN



ARBEITSMEDIZIN
UND
ARBEITSPSYCHOLOGIE

02/11

Inhalt

Ganzheitliche Prävention 3
Ch. Klien

Die psychosoziale Dimension – eine Zukunftsaufgabe der Arbeits-
und Betriebsmedizin 4
W. Schneider, R. Jurkschat

Psychosoziale Belastungen in der Arbeitswelt aus arbeitsmedizinischer Sicht 10
Ch. Klien

Psychosoziale Belastungen in der Arbeitswelt
Lösungsansätze der Arbeitspsychologie 13
K. W. Kallus

Menschengerechte Gestaltung des Arbeitslebens
Eine arbeitspsychologische Perspektive 24
E. Ulich

Detached concern – eine emotionsregulierende Bewältigungsstrategie
Arbeitspsychologische Konzeption und Studie 1 36
B. Lampert

Ein interdisziplinäres Gesundheitsprojekt
Eine Studie zur Analyse von Stressoren 44
M. Sprenger, D. Pejic

Arbeitspsychologie im (Arbeits-)Alltag 48
J. Proksch-Gabriel

Tagungsankündigung 53



CHRISTINE KLIEN
PRÄSIDENTIN DER
ÖSTERREICHISCHEN
GESELLSCHAFT FÜR
ARBEITSMEDIZIN
GESCHÄFTSFÜHRE-
RIN DER AMECO
HEALTH PROFES-
SIONALS GMBH
RHEINSTR. 61,
6900 BREGENZ
VORARLBERG
CHRISTINE.KLIEN@
AMECO.AT

GANZHEITLICHE PRÄVENTION

In der gesamten Medizin wird immer mehr ein ganzheitlicher Versorgungsansatz und interdisziplinäres Denken gefordert und auch zunehmend gelebt.

In der betrieblichen Präventionstätigkeit ist ganzheitliches Arbeiten um noch einen besonderen Faktor erweitert, da die Fachleute, die miteinander nach Lösungen suchen, von ganz unterschiedlichen Ausbildungen kommen – Medizin, Technik, Hygiene, Psychologie u. v. m.

Dass Sicherheitsfachkräfte und ArbeitsmedizinerInnen zusammenarbeiten, hat aufgrund langjähriger guter Erfahrungen Tradition und ist selbstverständlich geworden.

Neu ist dagegen, dass auch die Arbeitspsychologie vermehrt in der betrieblichen Prävention verankert werden soll. Die Arbeitspsychologie hatte zwar schon seit der letzten Novelle des ASchG ihren Platz im Rahmen der „sonstigen Fachleute“ in der Präventionszeit, war aber meist nur in Großunternehmen aktiv.

Interdisziplinäres Arbeiten ist nur dann gut und erfolgreich möglich, wenn man das Arbeitsfeld des/der anderen kennt und wenn man weiß, wovon der Arbeitspartner spricht.

Ein Start für ein Kennenlernen war das Wiener Forum Arbeitsmedizin, das am 13. und 14. Mai 2011 im alten Rathaus unter dem Titel „Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie – Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt gemeinsam lösen“ stattfand. Auf der gut besuchten Tagung war ein sehr ausgewogenes Verhältnis zwischen ArbeitsmedizinerInnen und ArbeitspsychologInnen (rund 1/1) zu verzeichnen. Zu den höchst interessanten Vorträgen – die meisten davon sind in dieser Ausgabe der ÖFAM als Text nachzulesen – entwickelten sich gute Diskussionen und austauschende Gespräche.

Als Folge dieser Veranstaltung trafen sich am 27.7.2011 VertreterInnen des Berufsverbands der Österreichischen PsychologInnen (BÖP) und der ÖGA zu einem „Interdisziplinäres Sommergespräch“.

Folgende gemeinsame Anliegen wurden definiert:

- ganzheitliche, nachhaltige, menschengerechte Ansatzpunkte der Arbeitsgestaltung
- belastungsbezogene kollektive Maßnahmen vor individuellen Maßnahmen
- interdisziplinäre Best Practice-Fälle sammeln
- Konzepte und Programme für Prävention
- ein gemeinsames, lösungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen
- uns gegenseitig wahrnehmen

Als ArbeitsmedizinerInnen ist es unsere Aufgabe, den Menschen mit seinem Arbeitsumfeld, seiner Arbeitsbelastung und seiner Beanspruchung als Ganzes zu erfassen. Wir müssen erkennen können, in welche Richtung Veränderungen stattfinden sollen (ärztlich-medizinische Therapie, Verbesserung von Arbeitsbedingungen, psychosoziale Unterstützung usw.).

Um aber präziser verstehen zu können, wodurch psychisch belastende Situationen genau verursacht werden, werden uns ArbeitspsychologInnen mit ihren Arbeitsinstrumenten sehr hilfreich sein.

Ich bin mir sicher, dass gemeinsam Arbeiten zu besseren und komplexeren Problemlösungen führt als getrennt und nebeneinander.



WOLFGANG
SCHNEIDER UND
R. JURKSCHAT
KLINIK UND
POLIKLINIK FÜR
PSYCHOSOMATIK
UND PSYCHO-
THERAPEUTISCHER
MEDIZIN
UNIVERSITÄT
ROSTOCK
GEHLSHEIMER
STRASSE 20
18147 ROSTOCK
WOLFGANG.
SCHNEIDER@MED.
UNI-ROSTOCK.DE

**Ermittlung psychischer
Belastungen im
Arbeitsprozess**

**Klassische Ausrichtung
der Arbeitsmedizin
im Wandel**

DIE PSYCHOSOZIALE DIMENSION – EINE ZUKUNFTSAUFGABE DER ARBEITS- UND BETRIEBSMEDIZIN

Zusammenfassung

Die moderne Arbeitswelt ist durch eine Ausweitung des Wissens und Dienstleistungssektors gekennzeichnet. Damit verbunden ist eine Zunahme von psychosozialen Herausforderungen auf der kognitiven, emotionalen und interaktionalen Ebene, die vielfach zum Auftreten von psychischen und psychosomatischen Störungen als Folge dieser Belastungen geführt haben. Damit stellt sich für die Arbeitsmedizin zukünftig die Aufgabe, diese Themen sowohl auf der Ebene der Diagnostik als auch auf jener des praktischen Handelns zu berücksichtigen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es notwendig, dass die Arbeitsmediziner sich für eine entsprechende Herangehensweise inhaltlich und methodisch qualifizieren. Im Aufsatz werden die unterschiedlichen Ebenen, auf denen die Arbeitsmedizin die psychosozialen Dimensionen aufgreifen muss, sowie die dafür erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen seitens der Arbeitsmediziner diskutiert sowie Wege der Qualifizierung beschrieben.

Stichwörter

Psychosoziale Einflüsse der Arbeitswelt, psychische Störungen, Qualifizierung, psychosoziale Kompetenzen und Fertigkeiten.

Die Veränderungen der Arbeitswelt – die zunehmend durch psychosoziale Anforderungen gekennzeichnet sind – haben in den letzten zehn Jahren dazu geführt, dass sich der Reflexions- und Handlungshorizont der Arbeitsmedizin zunehmend auch dieser Thematik angenommen hat und die klassische Ausrichtung der Arbeitsmedizin auf die biochemischen und physikalisch-mechanischen arbeitsbezogenen Belastungen an Bedeutung verloren hat.

Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) als auch der Berufsverband der Betriebs- und Werksärzte (VDBW) haben sich des Themas der „psychosozialen Herausforderungen der Arbeitswelt“ in den letzten Jahren in Forschungsprojekten, Weiterbildungsveranstaltungen, Veröffentlichungen (z. B. VDBW 2008) und Veranstaltungen angenommen. So hat der VDBW im Jahr 2009 gemeinsam mit der IG-Metall ein Symposium zu den psychischen Belastungen der Arbeitswelt durchgeführt, das einerseits eine gute öffentliche Resonanz gefunden hat, zum anderen aber auch auf Kritik bei den Arbeitgebern gestoßen ist. Eine respektvolle und offene Kommunikation mit beiden Seiten wird in Zukunft für die erfolgreiche Bearbeitung dieser Thematik von entscheidender Bedeutung sein. Die öffentliche und auch politische Bedeutung, die den psychosozialen Faktoren in der Arbeitswelt zugeschrieben wird, bildet sich auch in der Gründung eines Arbeitskreises „Psychische Gesundheit im Betrieb“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales ab.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der psychologischen Zugänge in der Arbeitswelt stellen die Ermittlung und die Messung psychischer Belastungen im Arbeitsprozess dar; dieser Auftrag ist auch im Betriebsverfassungsgesetz verankert und erfährt seitens unterschiedlicher Interessensvertreter (Arbeitgebervertreter, Betriebsräte etc.) eine hohe Aufmerksamkeit. Seitens der Arbeits- und Organisationspsychologie sind eine große Zahl an Verfahren entwickelt worden (siehe z. B. Toolbox der BAUA), die unterschiedlichste Belastungen (z. B. kognitive Anforderungen) oder auch psychische und psychosomatische Störungen bei Arbeitnehmern erfassen. Das Problem ist in diesem Zusammenhang, dass psychische Belastungen sich nicht einfach im Sinne des Reiz-Reaktionsmodells als „Außenreize“

Wechselspiel zwischen Anforderungen und eigener Bewertung

„Weiche“ psychosoziale Faktoren und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind wichtig

Bedrohung „Arbeitslosigkeit“

Emotionale Sicherheit bei wechselnden Arbeits- und Lebensverhältnissen

Kooperation statt Konkurrenz

verstehen lassen, die per se eine negative Beanspruchung aufseiten des Individuums (Rohmert und Rutenfranz 1975) darstellen würden, sondern in der Regel als Ausdruck einer Wechselwirkung zwischen äußeren Reizen und inneren Verarbeitungsmechanismen anzusehen sind. Psychische Anforderungen werden vielfach erst durch die jeweiligen Antworten (Bewertungen, siehe z. B. Lazarus und Launier 1981) des Individuums als Belastung bewertet. Bevor wir uns mit den Kompetenzen und Fertigkeiten von Arbeitsmedizinern in Bezug auf die Handhabung von psychosozialen Herausforderungen in der Arbeitswelt befassen, möchten wir diese kurz charakterisieren.

Die besonderen psychosozialen Herausforderungen der Arbeitswelt

Die Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft ist durch ein Mehr an psychosozialen Anforderungen gekennzeichnet (siehe auch Schneider 2010), die neben einer erhöhten Beanspruchung an die kognitive Leistungsfähigkeit (z. B. Multitasking) insbesondere auch kommunikativ-interaktionelle Kompetenzen und emotionale Belastbarkeit (z. B. Krankenhaustätigkeit, Altenpflege aber auch Gastronomie und öffentlicher Dienst) vonseiten der Arbeitnehmer fordern. Durch die schnellen Veränderungen in der Arbeitswelt und die damit verbundene mangelnde Stabilität von Arbeitsverhältnissen sind viele Arbeitnehmer gefordert, neue Arbeitsverhältnisse und Aufgaben zu übernehmen, die ein hohes Ausmaß an inhaltlicher und räumlicher Mobilität erfordern. Erwartet wird die lebenslange Bereitschaft zur Weiterbildung, die durch die demografische Entwicklung verschärft wird, sowie die Fähigkeit mit wechselnden Arbeits- und Lebensverhältnissen umzugehen. Der Aufbau stabiler sozialer Netze, die emotionale Sicherheit vermitteln können, wird auf diesem Hintergrund unsicher.

Die Arbeitsprozesse sind in besonderer Weise durch „weiche“ psychosoziale Belastungen charakterisiert, die insbesondere die Variablen Führungsstil, Kommunikations- und Organisationskultur, Transparenz von Entscheidungsprozessen aber auch organisationale Werte umfassen (siehe z. B. Leiter und Maslach

2007). Darüber hinaus ist das Verhältnis von Privat- und Arbeitsleben für die psychische Befindlichkeit von Bedeutung. Dazu zählen z. B. die Familienfreundlichkeit von Arbeitsverhältnissen und die Entgrenzung von Arbeit, die zu einer zunehmenden Vermischung von Freizeit und Arbeit führt.

Diese „weichen“ psychosozialen Faktoren sind nicht nur für die psychische Befindlichkeit, Zufriedenheit, Motivation und die allgemeine Gesundheit von Arbeitnehmern bedeutsam, sondern auch für den Erfolg bzw. den Misserfolg von Betrieben und Organisationen, da sie sowohl die individuelle wie die organisationale Leistungsfähigkeit entscheidend mit beeinflussen. Ein weiterer wichtiger Faktor, der auf die psychische Befindlichkeit und Gesundheit von Arbeitnehmern einwirkt, sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Insbesondere die hohe Arbeitslosigkeit hat ihre Auswirkung auch auf Individuen, die noch im Erwerbsleben stehen, aber sich tendenziell von Arbeitslosigkeit bedroht fühlen. Hier finden auch die unten diskutierten arbeitsmedizinischen Interventionen oftmals ihre Grenzen.

Die große Resonanz, die das Burn-out-Konzept in der Öffentlichkeit findet, spiegelt diese unterschiedlichen Faktoren in ihrer Wechselbeziehung wider. Für die Betriebe stellen die Arbeitsausfallzeiten, die ggf. damit verbundenen Umorganisationen von Arbeitsabläufen, aber auch die „Reibung“ und Effektivitätsverluste durch Mitarbeiter, die durch psychische Störungen in ihrer Leistungsfähigkeit, Effektivität und Kreativität eingeschränkt sind, ein relevantes Problem dar. So sind mehr und mehr Betriebe und Organisationen bereit und motiviert, Maßnahmen des psychosozial ausgerichteten Gesundheitsmanagements zu implementieren. Bei dieser Entwicklung, die zukünftig noch an Bedeutung zunehmen wird, konkurrieren unterschiedliche Berufsgruppen miteinander (z. B. Organisationspsychologen, Arbeitsmediziner, Coaches jedweder Ausrichtung). Wir bevorzugen eine Entwicklung, bei der unterschiedliche Berufsgruppen auf dem Hintergrund ihrer spezifischen Kompetenzen miteinander kooperieren, um den breiten und differenzierten Herausforderungen gerecht zu

werden. Im Folgenden sollen die spezifischen Anforderungen und die geforderten Kompetenzen für die Arbeitsmedizin skizziert werden.

Die Handlungsebenen der Arbeits- und Betriebsmedizin

Die Arbeitsmedizin orientiert sich in ihrem Handeln am Individuum, dem einzelnen Mitarbeiter, an organisationalen Gruppen und an der Organisation. Dabei sind auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (z. B. das medizinische Versorgungssystem, die Arbeitsmarktsituation) zu berücksichtigen. Die Handlungsansätze umfassen dabei sowohl präventive als auch rehabilitative Zugangsweisen (Glomm und Jurkschat 2010).

Auf der **individuellen Ebene** geht es um das Erkennen von psychischen Beeinträchtigungen oder bereits aufgetretenen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen aber auch psychosozialen Ressourcen. Auf dem Hintergrund von Beratungsgesprächen (Peschke 2010) mit dem Mitarbeiter aber auch ggf. der Informationen von Vorgesetzten kann der Betriebsarzt etwaige „kritische“ Entwicklungen erkennen und in den Beratungsgesprächen gemeinsam mit dem Arbeitnehmer nach Problemlösungen suchen. Oftmals können Veränderungen auf der Ebene der Arbeitsaufgabe oder -organisation in Kooperation mit Vorgesetzten oder Betriebsärzten die arbeitsbezogenen Belastungen günstig beeinflussen und riskante Entwicklungen beheben.

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, benötigt der Betriebsmediziner Kenntnisse über die Entstehungs- und Verlaufsbedingungen sowie das Erscheinungsbild (Symptome) von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie deren angemessenen Behandlungen. Wichtig ist dabei auch die Fähigkeit, unterschiedliche Faktoren bei der Entstehung der psychischen Probleme soweit als möglich zu extrahieren, da diese in der Regel durch unterschiedliche psychosoziale Faktoren (biografisch verankerte Charakteristika, Privatleben, Arbeitsprozess) verursacht und aufrechterhalten werden.

Für den Prozess der Diagnostik wie der Einleitung von angemessenen Problemlö-

sungen ist ein hohes Ausmaß an Beratungskompetenz notwendig, das insbesondere auch die individuumorientierte Perspektive umfasst. Um angemessen beraten und intervenieren zu können, muss der Betriebsarzt die relevanten Hinweise für das Vorliegen von psychosozialen Problemen erkennen und feststellen können, ob eine weiterführende Behandlung (z. B. ambulante oder stationäre Psychotherapie) indiziert ist. Darüber hinaus sollte er soweit als möglich mit ambulanten, teilstationären oder stationären Versorgungsangeboten vernetzt sein, um zeitnah und effektiv handeln zu können. Hier stellt sich unserer Erfahrung nach allzu oft das Problem, dass insbesondere niedergelassene Psychotherapeuten noch zu oft relativ „abgeschottet“ von den sozialen Kontexten ihre psychotherapeutische Arbeit umsetzen und sich zu wenig offen für die Problematisierung der Lebenswelt „Arbeit“ und der Kooperation mit der Arbeitswelt ihrer Patienten zeigen. So haben wir häufig aus der Perspektive der Betriebe den Eindruck, dass Psychotherapeuten wie auch andere ärztliche Behandler ihre Patienten extensiv eher arbeitsunfähig halten (über AU-Schreibungen und Behandlungsansätze, die die arbeitsbezogenen Aspekte nicht genügend berücksichtigen) und so eine frühe und angemessene Reintegration in den Arbeitsprozess verhindern. Dieser Weg kann dann ein entscheidender Faktor bei Chronifizierungsprozessen darstellen. Dies gilt auch für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, wenn diese die beruflichen Kontexte nicht angemessen berücksichtigen, in die der Patient zukünftig reintegriert werden soll.

Auf der **organisationsbezogenen Ebene** fallen vielfältige Aufgaben für den Betriebsmediziner an. Die erstrangige ist dabei sicher das Erkennen von psychischen Belastungen (Gefährdungsanalyse), die sowohl Aspekte der Arbeitsaufgabe und Arbeitsorganisation sowie das Kommunikations- und Organisationsklima umfassen. Die systematische Diagnostik von psychosozialen Belastungen (siehe oben) umfasst unterschiedliche Methoden, die sowohl die Erfassung und Messung von kognitiven Anforderungen (Aufmerksamkeit, Konzentration, Schnelligkeit oder Flexibilität) und die emotionalen oder

Kritische Entwicklungen erkennen

Angemessene Berücksichtigung des beruflichen Kontextes

Gefährdungsanalyse

Betriebsmediziner sollten bei Fragen der Weiterbildung und Qualifizierung involviert werden

Frühe Kontaktaufnahme mit den Betroffenen ist für ein erfolgreiches Eingliederungsmanagement entscheidend

Nicht bei der Erhebung von Problemen stehen bleiben

Verhältnispräventiver Ansatz

Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen

kommunikativ-interaktionellen Beanspruchungen von Aufgaben umfassen können. Bei der Erfassung und Messung dieser Themenstellungen kann sowohl die Aufgabe selbst in ihrer Charakteristik fokussiert werden oder es können die Mitarbeiter in Bezug auf ihre psychische oder mentale Beanspruchung untersucht werden. Die Methoden reichen dabei grundsätzlich von testpsychologischen Messungen mit standardisierten oder halbstrukturierten Verfahren bis hin zu Gruppenbefragungen/-diskussionen und Einzelinterviews. Ein sequenzielles Vorgehen, das z. B. für einzelne Abteilungen eine Befragung der gesamten Belegschaft umfasst und zur Vertiefung etwaige Probleme und Problemlösungen in Gruppenprozessen (z. B. Gesundheitszirkeln) herausarbeiten lässt, ergibt oftmals ein differenziertes Bild eventuell vorhandener Problemkonstellationen und ermöglicht Problemlösungsprozesse, die über die Mitarbeiterbeteiligung einen engen Bezug zur arbeitsbezogenen Realität aufweisen. Zentral bei der Diagnostik von Belastungen – und hier sprechen wir über die psychosoziale Dimension von Arbeit – ist, dass wir nicht bei der Erhebung von etwaigen Problemen stehenbleiben, sondern dass die diagnostische Phase in einen Veränderungsprozess einmündet, da ansonsten die Akzeptanz der Mitarbeiter für derartige Vorgehensweisen schwindet und sie sich von den Akteuren „missbraucht“ fühlen und ihre Bereitschaft zu einer zukünftigen engagierten Mitarbeit bei der Erhebung von etwaigen Belastungen sinkt. Die systematische Erhebung von psychosozialen Problemen sowie die Suche nach Problemlösungen ist Teil des Gesundheitsmanagements (siehe Glomm und Jurkschat 2010), das auf die Herausarbeitung von gesundheits- aber auch leistungsgefährdenden Faktoren sowie die Entwicklung von Problemlösungsansätzen abzielt. Dieser verhältnispräventive Ansatz (siehe Rosenbrock 2004) stellt eine der zentralen Aufgaben der organisationsbezogenen Interventionen der modernen Betriebsmedizin dar, bei der gerade die psychosozialen Aspekte eine große Bedeutung aufweisen. Auch bei Fragen der Personalentwicklung sollten die Betriebsmediziner eine stärkere Berücksichtigung finden, als es heute in der Regel der Fall ist.

Insbesondere bei Fragen der Weiterbildung und Qualifizierung sollten Betriebsmediziner involviert werden, wobei die Themen „gesunde Führung“ oder auch die Integration von älteren Arbeitnehmern in den Betrieb von besonderer Wichtigkeit sind.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement sowie die Früherkennung von Rehabilitationsbedarf gewinnt nicht nur wegen veränderter gesetzlicher Grundlagen, insbesondere Sozialgesetzbuch IX, § 84 und der darauf fußenden Rechtsprechung, sondern auch wegen des demografischen Wandels und dem damit sich abzeichnenden Fachkräftemangel zunehmend an Bedeutung. Entscheidend für den Erfolg des Eingliederungsmanagements ist die frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Menschen, die möglichst zeitnahe Erstellung eines Eingliederungsplans unter Einbeziehung aller inner- und außerbetrieblichen Akteure, die Begleitung bei der Wiedereingliederung und die Sicherstellung der Nachhaltigkeit durch regelmäßige Beratungen einschließlich Arbeitsplatzbegehung, um frühzeitig Fehlentwicklungen und Überlastungsreaktionen zu erkennen. Dies gilt insbesondere für Menschen mit psychischen Störungen, bei denen es entscheidend um die Verhinderung von Chronifizierungsprozessen geht, die in besonderer Weise durch psychosoziale Variablen (z. B. die Krankheitsverarbeitung, aber auch die Möglichkeiten der betrieblichen Reintegration) beeinflusst werden.

Betriebsärzte stehen an der für das betriebliche Eingliederungsmanagement entscheidenden Schnittstelle zwischen Individuum und Betrieb. Nur sie haben sowohl Kenntnisse über die Arbeitsplätze mit ihren konkreten Anforderungen und organisatorischen Rahmenbedingungen, als auch über den Gesundheitszustand und die Befindlichkeit, die Fähigkeiten und gesundheitlichen Einschränkungen des einzelnen Beschäftigten. Dieses Wissen befähigt die Betriebsärzte, beim Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil und bei der Erstellung eines Eingliederungsplans die Rolle als Koordinator zu übernehmen. Dazu gehören nicht nur die Beratung und Begleitung des betroffenen Menschen und des Betriebes, sondern auch die Einbindung der

Interdisziplinäre Arbeit bei der Implementierung von Handlungsmodellen

Die aktive Unterstützung der Geschäftsleitung ist notwendig

Neue Qualifikationswege in der Weiterbildung von Betriebsärzten

Herausbildung der inneren Haltung und der Empathiefähigkeit

Frage der Zuständigkeit

behandelnden Ärzte in Praxis, Krankenhaus und Reha-Klinik, die fachliche Bewertung der Diagnosen und Befunde, die Erstellung einer Prognose oder die Auswahl geeigneter technischer Arbeitshilfen. So stellt die kreative Vernetzung von Akteuren innerhalb der Organisation wie auch die Vernetzung mit außerbetrieblichen Institutionen der Versorgung eine entscheidende Aufgabe der Betriebsärzte dar.

Um ein angemessenes und konstruktives Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zu implementieren, ist die aktive Unterstützung der Geschäftsleitung notwendig, da das BGM ansonsten Gefahr läuft, keine positiven Effekte zu erzielen, sondern sich eher verbraucht und negativ von den Mitarbeitern wie auch von den Führungskräften bewertet wird und sich das Organisationsklima somit eher verschlechtert. Gerade den Betriebsmedizinern fällt die Aufgabe zu, die Organisation und insbesondere die Führungskräfte von den möglichen positiven Effekten des psychosozialen Gesundheitsmanagements zu überzeugen (Schneider und Jurkschat 2009).

Wie können Professionalisierungsprozesse laufen?

Dieses hier dargestellte zukünftige Handlungsprofil der Betriebsmediziner erfordert von diesen, das angemessene Wissen zu psychosozialen Themen und zur Problemstellung sowie die Fähigkeiten zur Umsetzung dieser Aufgaben. Es geht dabei jedoch nicht nur um die Verfügbarkeit von kognitiven Inhalten, sondern auch insbesondere um die Herausbildung von inneren Haltungen und der Empathiefähigkeit. Bislang sind diese Kompetenzen auf einer breiteren Basis innerhalb der Arbeits- und Betriebsmedizin nur eingeschränkt verfügbar. Es hat sich innerhalb der Fachgruppe eine kleinere Gruppe von Experten intensiv zu den psychosozialen Fragen qualifiziert und setzt diese in ihrem alltäglichen Handeln um. Um sich weiter für die Themenstellungen zu professionalisieren, ist neben der Qualifizierung von Betriebsmedizinern die enge Kooperation mit anderen Fachgruppen bedeutsam, da sich die

effektive Implementierung von psychosozialen Denk- und Handlungsmodellen in die Organisationen nur über eine interdisziplinäre Arbeit realisieren lassen wird.

Für die Fort- und Weiterbildung zu diesen Themen bieten sich die in der ärztlichen Weiterbildung implementierten Weiterbildungsbausteine der Psychosomatischen Grundversorgung sowie der Zusatztitel „Psychotherapie im Fach Arbeitsmedizin“ an. Unabdingbar ist dabei aber, dass die spezifischen Bedarfe der Arbeitsmedizin in die Aus- und Weiterbildung integriert werden (Schneider et al. 2007). Ein für die Arbeitsmedizin angepasstes Curriculum der psychosomatischen Grundversorgung gehört dabei in der heutigen Arbeitswelt zur arbeitsmedizinischen Basisqualifikation, die von jedem Arbeitsmediziner erworben werden sollte. Der Zusatztitel Psychotherapie ist eine Option für die spezielle Qualifizierung, die bei entsprechenden Aufgaben und Kundenerwartungen in Betracht kommt. Beide Qualifikationswege sind mittlerweile in die Weiterbildung von Betriebsärzten integriert, werden systematisch vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte und einzelnen Arbeitsgruppen (siehe z. B. www.ipgo.de) gefördert und finden eine bemerkenswerte Resonanz in der Fachgruppe.

Zur Professionalisierung gehört jedoch nicht nur der Erwerb von Fähigkeiten und Kompetenzen, sondern auch eine intensive und entsprechend ausgerichtete Praxis. Darüber hinaus muss eine Fachgruppe für die Erfüllung der entsprechenden Aufgaben auch „öffentlich“ bzw. in den relevanten Handlungsfeldern legitimiert werden bzw. müssen ihr diese Aufgaben zugeschrieben werden. Diese Voraussetzung ist heute allzu oft noch nicht gegeben. In vielen Betrieben und Organisationen wird die Zuständigkeit und Kompetenz für die psychosozialen Dimensionen der Arbeitswelt noch Arbeits- und Organisationspsychologen, Sozialarbeitern und Mitarbeitern der Personalentwicklung (Human Resources) zugeschrieben und weniger den Betriebsmedizinern. Hier fällt für die Fachgruppe nachhaltig die Aufgabe an, diese Themenfelder für sich zu akquirieren und ihre Zuständigkeit durch eine gute Praxis auszuweisen. Professionalisierung heißt aber auch, dass das Handeln in einer besonde-

ren Weise durch eine Bezugnahme auf ethische Werte charakterisiert wird. Bei unserem Thema geht es um die individuelle (psychische) Gesundheit wie um die Schaffung von menschenwürdigen Arbeitsbedingungen; Werte, die im Mittelpunkt der ärztlichen Ethik stehen.

Quellenhinweis

Die Originalpublikation zu diesem Beitrag erschien in: Jurkschat R, Glomm D, Schneider W. Die psychosoziale Dimension – Eine Zukunftsaufgabe der Arbeits- und Betriebsmedizin. *Ärztliche Psychotherapie* 2011; 6: 39–43 (modifiziert).

Literatur

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), www.baua.de
Glomm, D. und Jurkschat, R. (2010). Arbeitsmedizin zwischen Prävention, Therapie und Rehabilitation – Ansätze eines modernen Gesundheitsmanagements unter einer interdisziplinären Perspektive. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin und Umweltmedizin*. 3, 96–103.
Institut für Psychotherapie, Gesundheitswissenschaften und Organisationsentwicklung (IPGO). www.ipgo.de
Lazarus, R. S. und Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: R. Nitsch (Hrsg.) *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern, Huber, 213–259.

Leiter M. P. und Masalch C. (2007). *Burnout erfolgreich vermeiden*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
Peschke, M. (2010). Betriebsärztliche Beratung und Intervention bei Mitarbeitern mit psychischen und psychosomatischen Problemen. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin und Umweltmedizin* 1, 8–10.
Rohmert, W. und Rutenfranz, J. (1975). Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.).
Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention. Begriffe und Begrenzungen, Konzepte und Klassifikation. Vortrag: Perspektivenkongress, 17.5.2004.
Schneider, W., Jurkschat, R., Kastner, M. Parpart, J. und M. Peschke (2007). Psychosomatische Ansätze in der Arbeitsmedizin *Arbeitsmedizin Sozialmedizin und Umweltmedizin*. 9, 508–513.
Schneider, N. F., Rüger, H. Münster, W. (2009). Berufsbedingte Mobilität in Deutschland. Formen, Verbreitung und Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Familienleben, *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 7, 400–409.
Schneider, W. und Jurkschat, R. (2009). Psychische und psychosomatische Probleme in der Arbeitswelt. Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2. Aufl., 603–612.
Schneider, W. (2010). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin und Umweltmedizin*. 2, 55–63.
Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (2008). *Psychische Gesundheit im Betrieb Ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche*, www.vdbw.de



CHRISTINE KLIEN
AMECO HEALTH
PROFESSIONAL
GMBH
RHEINSTRASSE 61
6900 BREGENZ
CHRISTINE.KLIEN@
AMECO.AT
WWW.AMECO.AT

**Zunahme von Kranken-
ständen im Bereich der
psychischen Erkran-
kungen**

**Verunsicherung durch
rasche Veränderungen**

**Mehr Arbeitsplätze
mit höherer mentaler
Beanspruchung**

PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN IN DER ARBEITSWELT AUS ARBEITS- MEDIZINISCHER SICHT

Psychosoziale Belastungen in der Arbeitswelt nehmen aus unterschiedlichen Gründen zu. Sichtbar wird dies an individuell gefühlter Überlastung und Beanspruchung und einer Zunahme der Krankenstände im Bereich der psychischen Erkrankungen (s. Tabelle 1 VGKK). Welche Arbeitsbedingungen dies verursachen bzw. diese Entwicklung fördern, ist oft nicht klar definierbar.

Was sind die Themen der Arbeits- medizin allgemein?

Die Arbeitsmedizin ist das Fachgebiet der Medizin, das sich in Forschung, Lehre und Praxis mit der Untersuchung, Bewertung, Begutachtung und Beeinflussung der Wechselbeziehungen zwischen Anforderungen, Bedingungen und Organisation der Arbeit sowie dem Menschen, seiner Gesundheit, seiner Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und seinen Krankheiten befasst.

Im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz sind die Aufgaben und Tätigkeiten der ArbeitsmedizinerInnen in Unternehmen beschrieben:

ArbeitsmedizinerInnen haben die Aufgabe, die ArbeitgeberInnen, die ArbeitnehmerInnen, die Sicherheitsvertrauenspersonen und die Belegschaftsorgane auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes, der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderungen und der menschengerechten Arbeitsgestaltung zu beraten und die ArbeitgeberInnen bei der Erfüllung ihrer Pflichten auf diesen Gebieten zu unterstützen.

In der praktischen Umsetzung bedeutet dies:

- Analyse des Arbeitsplatzes und der individuellen Arbeitsbelastung
- Früherkennung von Gesundheitsgefährdungen
- Kreative Ideen für Problemlösungen
- Sensibilisierung der Führungskräfte und MitarbeiterInnen zum Thema Gesundheit und Arbeit

- Unterstützung bei der Wiedereingliederung und Begleitung nach Krankheit
- Multidisziplinäre Offenheit

ArbeitsmedizinerInnen haben aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung ein umfassendes Wissen über die physiologischen und pathologischen Zusammenhänge und Abläufe im Menschen.

Das arbeitsmedizinische Wissen befähigt sie, den Menschen in seinem Arbeitsumfeld mit seinen Arbeitsbedingungen als ganzheitliches System zu erfassen.

Veränderungen in der Arbeitswelt sind auch Ausdruck von Entwicklung und Fortschritt. In den letzten Jahren erleben wir Veränderungen besonders rasch.

Welche Veränderungen in der Arbeitswelt führen besonders zu psychosozialen Belastungen?

a) Veränderungen in der Arbeitswelt – Unternehmen

Immer mehr Betriebe werden fusioniert und „verschwinden“ in internationalen Konzernen, damit verbunden sind rasche Wechsel in Unternehmensstrukturen und rasche Veränderungen bei Führungspersonen, was einerseits bei ArbeitnehmerInnen oft zu Verunsicherung führt, andererseits bei Führungskräften den Aufbau von Verlässlichkeit in Beziehungen erschwert.

Auslagerungen vor allem der Produktionsarbeitsplätze ins Ausland bringt eine Zunahme an Arbeitsplätzen mit mehr mentaler Beanspruchung mit sich.

Home office ermöglicht das Erfüllen von Arbeitsaufgaben unabhängig vom Arbeitsort, die sozialen Bindungen mit ArbeitskollegInnen leiden darunter.

All inclusive-Verträge und Projektarbeit verleiten zu überlangen Arbeitszeiten, die oft von Unternehmen erwartet werden und ArbeitnehmerInnen für die berufliche Karriere notwendig erscheinen.

Erschöpfungs- und Krankheitssymptome werden oft lange ignoriert

Belastung durch schlechtes Betriebsklima und Personalmangel

Unklarheiten beeinträchtigen Arbeitsabläufe und Teamarbeit

Häufig sehr hohe Ansprüche an Beruf und Lebenspläne

Tendenz zur Selbstausbeutung bei Führungskräften

b) Veränderungen in der Arbeitswelt – Arbeitsinhalte

Moderne Arbeit ist vielfältig, komplex, mental anspruchsvoll, interessant, abwechslungsreich usw. Faktoren, die, solange die Aufgaben gut bewältigbar sind, zur persönlichen Weiterentwicklung beitragen.

Kommen Belastungsfaktoren wie zum Beispiel zu hohe Informationsdichte, zu schnelles Arbeitstempo oder Konfliktsituationen dazu und hat der Mensch keine Strategien, mit diesen Bedingungen gut umzugehen, können chronischer Stress und letztendlich psychische Erschöpfung die Folge sein.

c) Veränderungen in der Arbeitswelt – Anforderungen an MitarbeiterInnen

Unternehmen beschreiben häufig schon in ihrer Homepage den/die ideale(n) MitarbeiterIn. Er/sie muss flexibel, veränderungsbereit, kreativ, innovativ, teamfähig, begeistert in seiner/ihrer Arbeit, loyal, solidarisch, zielorientiert sein. Es wird einerseits Spezialisierung, andererseits breites Wissen verlangt, in der Kommunikation und im Verhalten den Arbeitskollegen gegenüber wird hohe Qualität gewünscht. Es wird also weit mehr als nur das Erfüllen der gestellten Arbeitsaufgabe erwartet.

d) Veränderungen in der Arbeitswelt – individuelle Faktoren

Nicht nur die Veränderungen in der Arbeitswelt, sondern ganz allgemein gesellschaftliche Entwicklungen haben dazu geführt, dass Menschen generell sehr bis zu hohe Ansprüche an ihren Beruf, die Karriere, an den Wohlstand, an ihre persönlichen Beziehungen, an das Lebensglück, den Lebensplan ... haben.

Neinsagen, abschalten, Sich-abgrenzen-Können fällt vielen Menschen privat und in der Arbeit schwer. Die Tendenz zur Selbstausbeutung besonders bei Führungskräften ist ein auffallendes Phänomen. Zu wenig Erholungsmöglichkeiten oder nicht wirklich erholsame Freizeit verringern kontinuierlich die persönlichen Ressourcen.

Persönliche Fehleinschätzung der Beanspruchbarkeit, Konflikte, Kränkungen, Beziehungsprobleme u. a. können eine psychische Instabilität verstärken.

Erschöpfungs- und Krankheitssymptome werden lange ignoriert.

Auch der Faktor, dass fast immer die Problemorientierung die Ressourcenorientierung überwiegt, verstärkt psychische Belastungen.

MitarbeiterInnen führen psychische Belastungen in der Arbeit in erster Linie auf Mängel in der Beziehungsebene wie schlechtes Betriebsklima, schlechte Kommunikation, Probleme mit Chef/Chefin, mit KollegInnen oder auf zu viel Arbeit durch Personalmangel zurück.

Als ArbeitsmedizinerInnen erleben wir hingegen häufig, dass eine klare Analyse von Belastungsfaktoren nicht durchgeführt wird. In der Analyse sind es oft Unklarheiten bezüglich Arbeitsaufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten oder widersprüchliche Arbeitsanweisungen, die gute Arbeitsabläufe und Teamarbeit stören bis verhindern.

Zusätzlich vermischen sich oft auch noch private Probleme mit beruflichen.

Welche psychosozialen Belastungen in der Arbeitswelt und deren Auswirkungen sollen in der arbeitsmedizinischen Beratungstätigkeit und bei Intervention besonders fokussiert werden?

- hohe Arbeitsanforderungen: Flexibilität, universelles Können, Zeitflexibilität, komplexe Arbeitsaufgaben, Projektarbeit, all inklusiv-Verträge ...
- Zunahme der mentalen Arbeitsanforderungen durch schnelle Entwicklung der Informationstechnologien
- unklare Abläufe, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten
- schlechte Kommunikation über interne Entwicklungen
- unsichere Zukunft des Unternehmens
- Führungskräfte in Sandwichposition, Führungsarbeit
- zu hohe Erwartungshaltung der Unternehmen
- Konflikte (Führung, Team)
- Auswirkungen körperlicher Belastungen auf die Psyche

Die Vermittlerposition zwischen ArbeitnehmerInnen und Führungskräften erfordert viel Sensibilität

- Schicht- und Nachtschichtarbeit, Wochenendarbeit
- fehlende Planbarkeit der Arbeitszeiten
- Überstunden
- unzureichende Erholungsmöglichkeit (betrieblich, privat)
- u. v. m.

Welche Interventionsmöglichkeiten hat die Arbeitsmedizin in der Praxis zum Thema psychosoziale Arbeitsbelastungen und deren Folgen?

- Fachlich informieren, sensibilisieren
- Führungskräftebildungen
- Analyse psychisch belastender Arbeitsbedingungen (Schichtpläne, Pausenregelung, körperliche Belastungen ...)
- zuhören, ärztliches Gespräch, Diagnostik, Differentialdiagnostik
- medizinische Abklärung veranlassen
- Vermittler-/Übersetzerposition nutzen
- aktive Position im Wiedereingliederungsmanagement
- Netzwerke aufbauen und nutzen

Das ärztliche Gespräch als Basis für Maßnahmen

Eine wichtige Ressource unserer arbeitsmedizinischen Tätigkeit ist das ärztliche Gespräch. Es ermöglicht uns allgemeine medizinische Diagnostik und die Einleitung eines entsprechenden ärztlichen Prozederes, aber auch eventuelle Verbindungen zu Arbeitsbelastungen zu recherchieren.

Die Maßnahmen, die sich daraus ergeben, sollen sowohl Verhältnisveränderungen am Arbeitsplatz, als auch individuelle verhaltensorientierte Aktivitäten betreffen.

Die Vermittler- und „Übersetzerposition“ der Arbeitsmedizinerin/des Arbeitsmediziners zwischen ArbeitnehmerInnen und Führungskräften benötigt viel Sensibilität und Achtsamkeit. Selbstverständlich unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht können wir Verständnis und Lösungen für Probleme bei der Erfüllung von Arbeitsaufgaben, vor allem bei der Wiedereingliederung nach Krankheit, bewirken.

Wir können, indem wir als unseren Fokus den Mensch und seine Arbeit betrachten und dieses System immer wieder zu analysieren versuchen, vor allem aber auch dazu beitragen, dass Menschen in einem Umfeld arbeiten, in dem sie keine gesundheitlichen Schädigungen – psychisch und physisch – erleiden.

Gute Netzwerke werden uns in dieser Zielorientierung unterstützen.



K. WOLFGANG
KALLUS
INSTITUT FÜR
PSYCHOLOGIE
ARBEITSBEREICH:
ARBEITS-, ORGANISA-
TIONS- UND UM-
WELTPSYCHOLOGIE
KARL-FRANZENS-
UNIVERSITÄT GRAZ

**Nutzung von mensch-
lichen Stärken,
Vermeidung mensch-
licher Schwächen**

**Optimierung individu-
eller Ressourcen und
Verringerung von Fehl-
beanspruchungen**

PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN IN DER ARBEITSWELT

Lösungsansätze der Arbeitspsychologie

1. Einführung: Methodik der Arbeitspsychologie

Die Arbeitspsychologie beschäftigt sich einerseits mit Auswahl und Training von Menschen für die Anforderungen der Arbeitswelt, andererseits mit der menschengerechten Gestaltung von Arbeit, was im Zusammenhang mit Belastungen in der Arbeitswelt von besonderer Bedeutung ist, insbesondere die Vermeidung von Fehlbeanspruchungen, aber auch die Gestaltung von Arbeit im Sinne einer Nutzung menschlicher Stärken und einer Vermeidung menschlicher Schwächen. So ist bei der Gestaltung moderner Arbeitssysteme darauf zu achten, dass für den Menschen Anforderungsvielfalt erhalten bleibt und auch die Stärken menschlicher Arbeit, z. B. durch Kooperationen in Gruppen in angemessener Weise bei der Gestaltung von Arbeitssystemen und der Einführung von Automatisierung berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die Gestaltung von Arbeit im Bereich von Belastungen sind zu unterscheiden: *psycho-physikalische Belastungen*, die häufig in Kooperation mit der Ergonomie bearbeitet werden, *psychobiologisch und psychophysiologisch wirksame Belastungsfaktoren*, wie beispielsweise Schichtarbeit und lange Arbeitszeiten, die sich unmittelbar auf die biologischen Rhythmen auswirken, die *psychomentalen*

Belastungen, die gemeinsam mit der Softwareergonomie aber auch in eigenen Bereichen der Arbeitspsychologie (Ingenieurpsychologie) behandelt werden. Die nächste Kategorie von Belastungsfaktoren betrifft die *psychoemotionalen und psychomotivationalen Belastungsfaktoren*, die mit den Schlagworten Leistungsdruck, Zeitdruck und Leistungsangst zu kennzeichnen sind, aber auch mit motivierender Führung oder der Anforderung im Dienstleistungsbereich, unabhängig von der persönlichen Befindlichkeit eine positive Emotionalität auszustrahlen, zusammenhängen. Schlussendlich die *psychosozialen Belastungsfaktoren*, die mit sozialen Konflikten, Rollenerfordernissen und Rollenkonflikten mit Kooperation sozialer Isolation, Crowding und Mobbing zu tun haben. Sind die Arbeits- und Belastungsbedingungen in ihrer Gestaltung ausgereizt, gilt es, innerhalb der Arbeitspsychologie zu prüfen, ob die Ressourcen der Individuen optimiert werden können oder durch geeignete Selektion Fehlbeanspruchung vermieden werden kann. In Hinblick auf Belastungen/Beanspruchung folgt die Arbeitspsychologie dem in der Ö-Norm 10075 festgelegten Definitionsversuch und spricht im Zusammenhang mit Ermüdung, Stress, Monotonie und Sättigung von Fehlbeanspruchung. Diese vier Formen der Fehlbeanspruchungen lassen

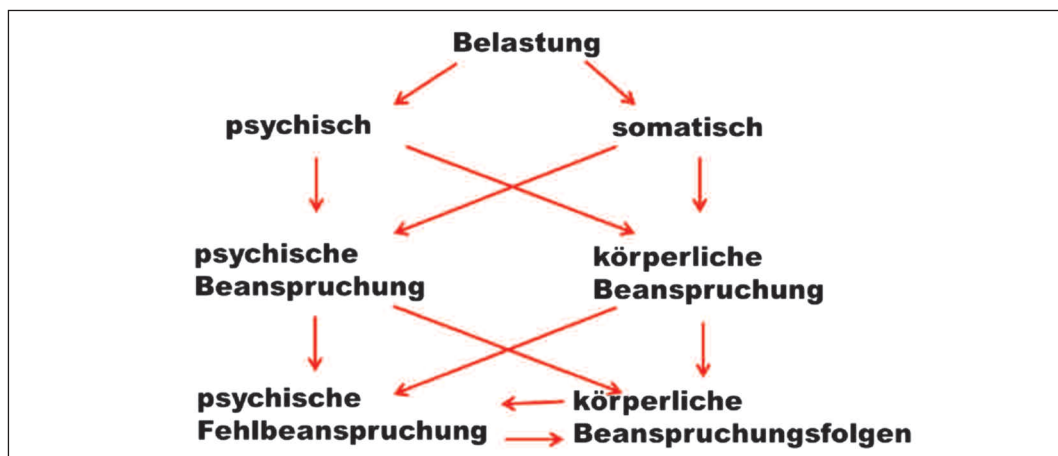


Abbildung 1: Belastungsbeanspruchungskonzept in der Arbeitspsychologie

Komplexe Wechselwirkungen zwischen psychisch und somatisch ansetzenden Belastungen

Gesundheit, Arbeitssicherheit und Umwelt als Zieldimensionen für arbeitspsychologisches Handeln

Hinter dem Begriff der „psychischen Belastung“ verbirgt sich eine Vielzahl von eigenständigen Phänomenen

sich wahrscheinlich durch sehr unterschiedliche kritische psychische Zustände charakterisieren.

Die integrierte Sichtweise der Arbeitspsychologie gibt Abbildung 1 wieder, in der deutlich wird, dass mit intensiven Wechselwirkungen zwischen psychisch und somatisch ansetzenden Belastungen zu rechnen ist. So kann eine sehr stark somatisch orientierte Belastung, z. B. das Überwinden schmerzhafter Fehlhaltungen, zu starker psychischer Beanspruchung führen und umgekehrt können psychische Belastungen massive Auswirkungen im Sinn körperlicher Beanspruchung zeigen. So führen Leistungs- und Zeitdruck als psychische Belastungsfaktoren zu erhöhter Muskelspannung im Rücken und Nackenbereich, was wiederum bei Vibration durch das Arbeitssystem (z. B. beim LKW-Fahren) die körperliche Beanspruchung durch Schwingungen massiv verstärken kann. Körperliche Belastungen/Beanspruchung können bzw. kann dementsprechend zu starker psychischer Fehlbeanspruchung führen und eine stark psychische Beanspruchung auf Dauer zu massiven körperlichen Fehlbeanspruchungsfolgen, die dann ihrerseits wieder in Wechselwirkung treten können.

Die Arbeitspsychologie plädiert dafür, hier einer ganzheitlichen Sichtweise zu folgen, da sich hinter dem Begriff psychische Belastungen eben auch eine Vielzahl eigenständiger Phänomene versteckt, so die eher mentale Belastung, die eher emotionale motivationale Belastung und auch die psychosozial orientierte Belastung. Unterschiedliche Belastungen kön-

nen unabhängig von ihrem Wirkungsansatz auf der Beanspruchungsebene auf unterschiedlichen Ebenen ihre Hauptauswirkung zeigen. Dadurch ergeben sich eine Reihe von unmittelbaren Konsequenzen für die Beschreibung und Diagnostik von Belastungs-/Beanspruchungsprozessen, aber auch eine breite Möglichkeit, die Prozesse durch Interventionen zu beeinflussen und zu gestalten.

Die arbeitspsychologische Gestaltung von Arbeit umfasst nicht nur die verhältnis- und verhaltensorientierte Seite, sondern ist gekennzeichnet durch eigenständige Zieldimensionen und eine eigenständige methodische Herangehensweise.

Dieser Zusammenhang ist in Abbildung 2 dargestellt. Die wichtigsten Zieldimensionen für arbeitspsychologisches Handeln sind neben der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen und der Arbeitssicherheit, auch die Umwelt und ergänzend in manchen Fällen zusätzlich die Leistung, sodass die Dimensionen Safety, Health und Environment, wie sie auch in unserer EU-Gesetzgebung als Leitlinien herangezogen werden, als Leitlinien der Arbeitspsychologie bezeichnet werden können. Innerhalb dieser Leitlinien wird der arbeitende Mensch in der Regel als Teil des Systems betrachtet, bestehend aus Mensch, Technik und Organisation. Der MTO-Ansatz hat wesentlich zur Entwicklung ganzheitlicher Arbeitsanalyse-systeme beigetragen und hilft, zentral Arbeitsgestaltungsprozesse zu optimieren. Es hat sich im Laufe der arbeitspsychologischen Forschung, insbesondere

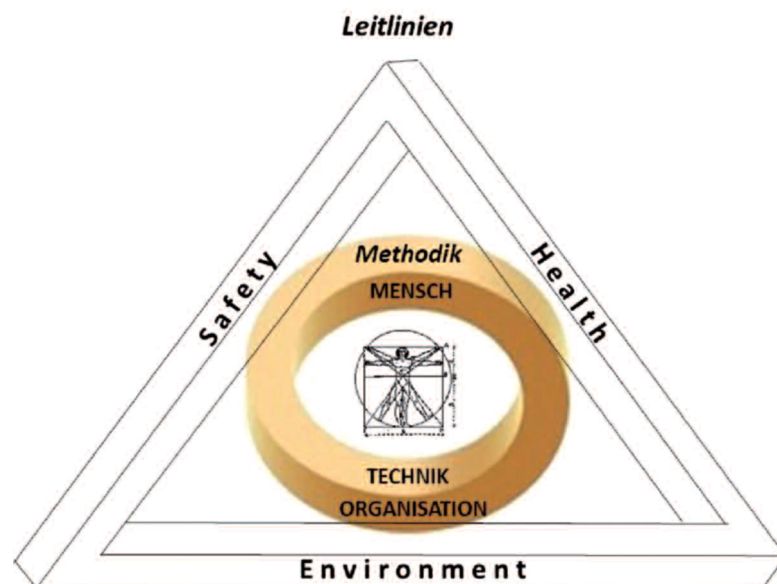


Abbildung 2: Ansatz und Methodik der Arbeits-, Organisations- und Umweltpsychologie

Die isolierte Betrachtung einzelner Faktoren führt in der Regel nicht zu erfolgreichen Veränderungen

Arbeitspsychologie setzt auf unterschiedlichen Ebenen an

Das Belastungs-Beanspruchungskonzept ist interdisziplinär normiert

der Forschung im sozio-technischen Systemansatz herausgestellt, dass eine isolierte Betrachtung einzelner Faktoren des Menschen, der Technik oder der Organisation in der Regel nicht zu erfolversprechenden Veränderungsprozessen führt. Vielmehr ist eine simultane Betrachtung der Größen vonnöten. Daher ist im diagnostischen Prozess dieser Ansatz der MTO-Analyse, auch wenn es nur um die Gestaltung von gesundheitsrelevanten Aspekten der Arbeit geht, Rechnung zu tragen. Schlussendlich verdeutlicht Abbildung 2, dass der Mensch bei der Arbeitspsychologie natürlich als Individuum im Zentrum steht, aber nur eine der Facetten arbeitspsychologischen Handelns darstellt. Die verschiedenen Ebenen der Arbeitspsychologie lassen sich kennzeichnen mit:

- Individuum
- Gruppe/Team
- Organisation
- System.

Daraus ergibt sich für die Methodik der Arbeitspsychologie das Aufgabenschema, welches wir in Abbildung 3 dargestellt sehen. Individuum, Gruppe, Organisation und System sind als zentrale Kristallisationspunkte arbeitspsychologischer Konzepte, arbeitspsychologischer Analysen, arbeitspsychologischer Bewertungs- und Diagnoseverfahren, arbeitspsychologischer Interventionen, arbeitspsychologischer Gestaltungs- und Entwicklungsprozesse, wie auch arbeitspsychologischer Evaluation, jeweils orientiert am MTO-Ansatz zentral im Hinblick auf die jeweiligen Arbeitsaufgaben und Arbeitsziele zu beleuchten.

2. Belastung-Beanspruchung aus arbeitspsychologischer Sicht

Im folgenden Abschnitt wird für den Bereich des Individuums und das Belastungs-Beanspruchungskonzept erläutert, wie sich arbeitspsychologisches Arbeiten in Hinblick auf Konzepte, Analyse, Bewertung, Intervention, Gestaltung und Evaluation darstellt.

2.1 Belastung-Beanspruchung auf Ebene des Individuums

Das Belastungs-Beanspruchungskonzept ist ein Beispiel für ein sehr stark individuumbezogenes Konzept innerhalb der Arbeitspsychologie, wobei diese Fixierung auf das Individuum weniger konzeptuell als viel mehr historisch bedingt ist und im Hinblick auf die vielfältigen gesundheits- und leistungsrelevanten Aspekte von Fehlbeanspruchungen aufseiten des Individuums als logische Entwicklung zu verstehen ist. Das Belastungs-Beanspruchungskonzept ist interdisziplinär normiert in der ISO/Ö-Norm 10075. Die Definition von Belastung laut Ö-Norm lautet: „Psychische Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“ Davon abgegrenzt wird in der ISO/Ö-Norm 10075 psychische Beanspruchung als die Reaktion auf die Belastung, nämlich „die unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen einschließlich der

	Individuum	Gruppe	Organisation	System
Konzepte				
Analyse				
Bewertung/ Diagnose				
Intervention				
Gestaltung/ Entwicklung				
Evaluation				

Abbildung 3: Felder der Arbeits- und Organisationspsychologie

Die eigene Auffassung entscheidet mit

Moderne Konzepte berücksichtigen Rückkopplungsphänomene

Zwischen Auftrag und Aufgabe liegt ein Bewertungs- und Redefinitionsprozess

Die Balance zwischen Beanspruchung und Erholung ist wichtig für die langfristige Bewältigung von Aufträgen

individuellen Bewältigungsstrategien“.
(Ö-Norm 10075, 2004)

2.1.1 Belastungs-Beanspruchungsmodell

Dieses Belastungs-Beanspruchungsmodell entspricht sehr grob dem Stressmodell der 1970er-Jahre, welches dadurch gekennzeichnet ist, dass im Prinzip die Belastung zu einer Beanspruchung führt, und diese durch Organismusvariablen, nämlich die Bewältigungsstrategien und den Zustand modifiziert wird. Moderne Konzepte der Arbeitspsychologie gehen über dieses einfache SR-Modell hinaus und beziehen sehr stark rückgekoppelte Prozesse in der Zeit ein. Ein erster Ansatz dieses klassischen Belastungs-Beanspruchungs-Modells um moderne Ressourcenkonzepte zu erweitern und den Belastungs-Beanspruchungsprozess in das Modell miteinzubeziehen wurde von Kallus und Uhlig 2002 vorgelegt. Dieses Modell ist in Abbildung 4 dargestellt und beschreibt den Beanspruchungs-Erholungsprozess aus arbeitspsychologischer Sicht.

Dabei spielt immer ein Arbeitsauftrag eine Rolle, der mehr oder weniger als objektive Belastung beschrieben werden kann. Dieser Arbeitsauftrag wird von der Person in eine eigene Aufgabe redefiniert und diese Aufgabe stellt so etwas wie die subjektive Belastung dar, zwischen Auftrag und Aufgabe liegt ein Bewertungs- und Redefinitionsprozess, der eine Reihe von psychologischen Variablen beinhaltet. Dieser Bewertungsprozess umfasst einerseits die „Appraisal-Prozesse“, welche nach Lazarus & Launier (1978) mentale Mediatoren des Stressgeschehens dar-

stellen, andererseits aber auch Prozesse der Redefinition in dem Sinne, dass der zu investierende Aufwand mit den zu erwartenden Konsequenzen in Beziehung gesetzt wird, oder auch die Aufgabe so definiert wird, dass sie der eigenen Auffassung vom Auftrag am besten entspricht. So führen objektive Aufträge zu unterschiedlichen subjektiven Aufgaben. Diese Aufgabe ist noch auf der Belastungsseite zu sehen. Die Aufgabe wird dann ausgeführt und die damit verbundenen Belastungen bewältigt. Hierbei entstehen Beanspruchungssymptome/Fehlbeanspruchungssymptome wie Stress und diese wiederum wirken auf die Ausführung zurück. Das ist im Doppelpfeil zwischen Bewältigung und Beanspruchung dargestellt. Eine intelligent formulierte Aufgabe und auch ein intelligent formulierter Auftrag ermöglichen durch Pausen oder Tätigkeitswechsel und damit während der Ausführung der Aufgabe eine partielle Regeneration der Ressourcen. Mit dem Wiederauffüllen der Ressourcen kommt ein Beanspruchungs-Erholungsprozess in Gang. Dieser Beanspruchungs-Erholungsprozess wurde von Wieland-Eckelmann (1993) als Beanspruchungs-Erholungszyklus auch für den ganzen Arbeitstag formuliert. Werfen wir statt in die Arbeitswelt einen Blick in die Welt des Sports, so ist das Wechselspiel von Beanspruchung und Regeneration der Grundprozess um einen Trainingsfortschritt zu erzielen. Damit wird deutlich, dass die Balance und das Wechselspiel zwischen Beanspruchung und Erholung eine ganz entscheidende Rolle für die langfristige Bewältigung und Ausführung von Aufgaben bzw. Aufträgen umfasst. Natürlich ist das Ganze von der jeweiligen Situation in dem Kontext, aber

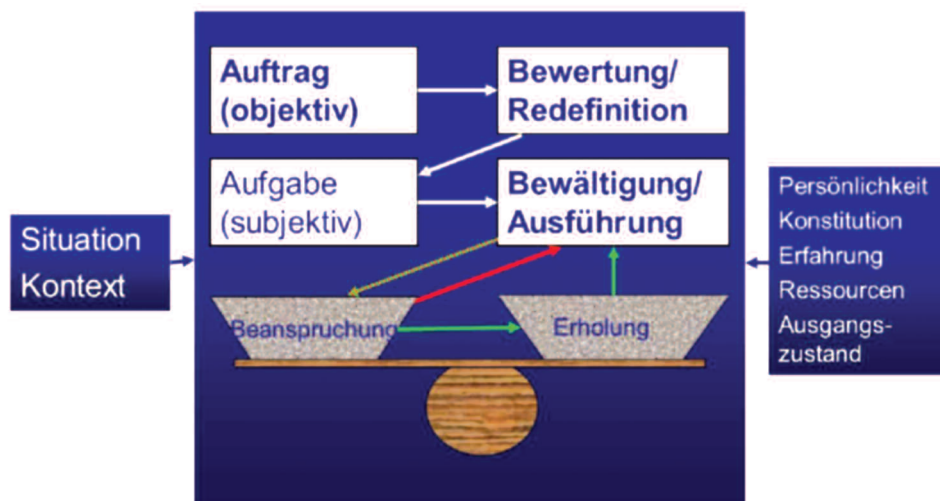


Abbildung 4: Beanspruchungs-Erholungsmodell
(Kallus u. Uhlig 2002)

**Längere Pausen helfen
beim Aufbau neuer Fertigkeiten**

**Eine Pause ist nicht
einfach eine Pause**

**Leistungssteigerung
durch Pausen**

auch von individuellen Variablen, wie der Persönlichkeit, der Konstitution, Erfahrung, Ressourcen und dem Ausgangszustand abhängig. Den einführenden Ausführungen entsprechend, ist jedes Individuum mit seinem Beanspruchungs-Erholungsprozess im Mensch-Technik-Organisationssystem zu bewerten.

2.1.2 Regeneration und Pausen

Das Wechselspiel zwischen Beanspruchung und Regeneration in Pausen ist in Abbildung 5 schematisch dargestellt. Hier wird ein Trainingsprozess schematisiert, bei dem die körperlichen Kompensations- und Überkompensationsprozesse dazu führen, dass durch Beanspruchung mit entsprechenden Pausen kein Erschöpfen der Ressourcen entsteht, sondern insgesamt ein Leistungssteigerungsprozess stattfindet.

Längere Pausen bei (Arbeits-)Tätigkeiten tragen auch dazu bei, dass sich Wissen konsolidiert und neue Fertigkeiten aufgebaut werden können. Diese Überlegungen zur Rolle von Erholungsvorgängen sollten viel systematischer in die Analyse von Beanspruchungsprozessen und Beanspruchungssymptomen einbezogen werden. Aus dem Sport lässt sich auch ableiten, dass eine Pause nicht einfach eine Pause ist, sondern ein zeitlicher Prozess mit einer definierten Struktur, der auch, im Sinne von Regeneration, intentional nutzbar gemacht werden kann, wie dies im Leistungssport zwischenzeitlich zum Standard gehört. Das Modell aus der Sportpsychologie nach Eberspächer (Eberspächer, Hermann & Kallus, 1993) ist in Abbildung 6 dargestellt.

Hier wird deutlich, dass eine Pause zunächst einmal eine Phase der Deaktivierung und Distanzierung mit sich bringen sollte, dass es dann um die eigentliche

Abbildung 5: Schema zur Leistungssteigerung durch Regeneration

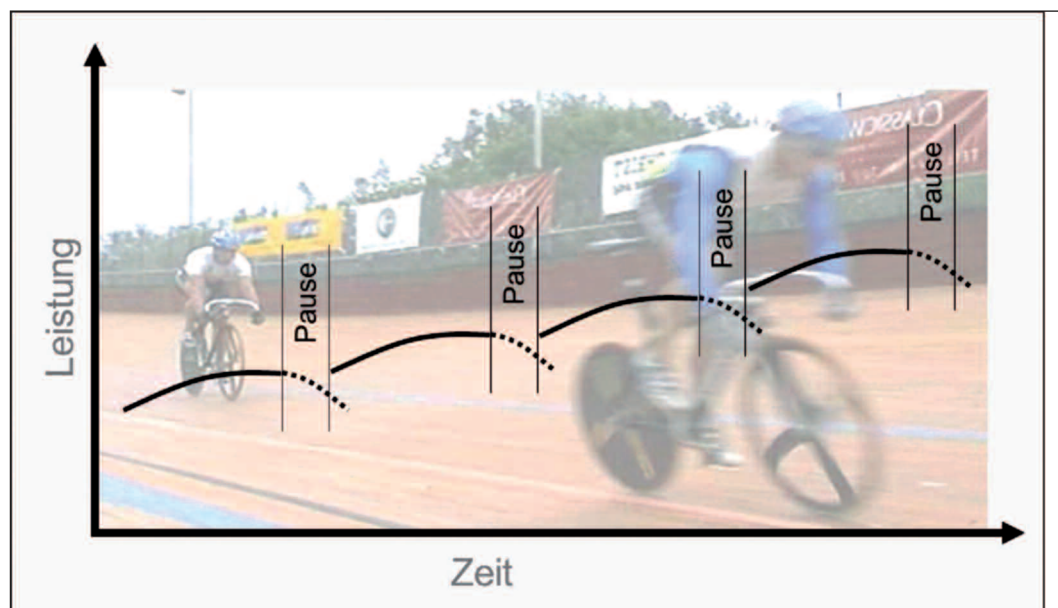


Abbildung 6: Phasenmodell der Regeneration nach Eberspächer, Kallus & Hermann (1988)



In der Arbeitswelt ist auch mit negativen Effekten von Pausen im Leistungsbereich zu rechnen

Personelle, soziale und gesellschaftliche Ressourcen beeinflussen die Stressprozesse im Arbeitsgeschehen

Regeneration geht und dass am Ende der Pause eine Wiederorientierung in die Arbeitsaufgabe oder sportliche Aufgabe stattfinden sollte. Wie wenig trivial dieser Prozess ist, zeigte sich im Leistungsverlauf von jüngeren und älteren Probanden in einer ermüdungsorientierten Altersvergleichsstudie. Hier wurde deutlich, dass die Jüngeren zu Beginn deutlich weniger Fehler machen als die Älteren und dass zum Ende des ersten Arbeitsblocks die älteren TeilnehmerInnen die Leistung der Jüngeren erreichen, d.h. bei den Älteren zeigte sich ein stärkerer Übungsfortschritt. Interessanterweise ist nach der Pause für beide Gruppen der Fehlerprozentsatz größer als zu Beginn der Ermüdungsstudie und der vorherige Altersunterschied wieder sehr deutlich sichtbar. Im weiteren Zeitverlauf der Studie wurde nach einigen weiteren Tests derselbe Test noch einmal vorgegeben und es zeigte sich wieder ein Übungsfortschritt und eine Nivellierung des Altersunterschieds. Auch in der zweiten Pause findet sich ein Effekt in Richtung eines Verlusts dieser Übungseffekte für beide Altersgruppen, wobei die Älteren wieder stärker betroffen sind. Dies bedeutet für die Pausengestaltung in der Arbeitswelt, dass wir in einem ermüdungsorientierten Arbeitstag, der in der oben genannten Untersuchung simuliert wurde, damit rechnen müssen, dass auch negative Effekte von Pausen im Leistungsbereich auftreten. Die gleichen Pausen hatten im subjektiven Bereich durchaus eine erholsame Wirkung. Die Studie zeigte auch, dass die Übertragung von einfachen Modellen aus dem Sportbereich in die Arbeitswelt mit Problemen behaftet ist. Der lange Arbeitstag und die viel weniger strukturierten Aufgaben, die in der Arbeitswelt zu erledigen sind, erlauben nur eine partielle Übertragung der Ergebnisse aus der Sportpsychologie.

2.2 Stressmodelle im Kontext Individuen und Team

Während zum Beanspruchungs-Erholungs-Modell noch weitere Forschung notwendig ist, ist zum Stressprozess in der Psychologie ein breites Wissensspektrum entwickelt worden, welches insbesondere für das hier zu besprechende Thema von besonderer Bedeutung ist. Ta-

belle 1 listet eine Reihe von Stressmoderatoren auf, die die klassischen Bewertungs- und Bewältigungsprozesse umfassen, aber auch ressourcenorientierte Stressmoderatoren, wie den Tätigkeitsspielraum, der insbesondere im Modell von Karasek eine besondere Rolle spielt.

Tabelle 1: Stressmoderatoren

- Bewertung/Coping
- Tätigkeitsspielraum
- Kontrollierbarkeit – Partizipation
- Vorhersagbarkeit – Information
- Ressourcen
 - personale (z. B. Kohärenzerleben, Fitness)
 - soziale (Unterstützung durch Kollegen/Team)
 - organisationale (Unterstützung durch Vorgesetzte/formale Regelungen)
 - gesellschaftliche (Einrichtungen, Gesetze)

Aber auch Kontrollierbarkeit und Partizipation stellen zentrale Stressmoderatoren dar, die sowohl vom Individuum als auch insbesondere in der Organisation durch entsprechende Informationsflüsse und entsprechende Entscheidungsprozesse zur Stressreduktion eingesetzt werden können. Auch der Stressmoderator Vorhersagbarkeit erlaubt durch entsprechende Information in schwierigeren Belastungs-Beanspruchungsprozessen eine Reduktion von Stress. Innerhalb der modernen Ressourcenkonzepte lassen sich zudem die personalen Ressourcen von sozialen Ressourcen abgrenzen. Bei den sozialen Ressourcen ist insbesondere die soziale Unterstützung durch KollegInnen und durch das Team, aber auch im Sinne der organisationalen Ressourcen, nämlich Unterstützung durch Vorgesetzte oder auch die Unterstützung durch die Organisation, z. B. durch formale Regelungen, die Fehlbeanspruchungen vorbeugen (wie maximale Einsatzzeiten). Auf der anderen Seite haben wir eine Vielzahl von Ressourcen, die dann organisationsübergreifend durch gesellschaftliche Ressourcen, Einrichtungen wie die Mitarbeitervertretung, aber auch gesetzliche Regelungen (z. B. zur Arbeitszeit) die Stressprozesse im Arbeitsgeschehen sehr stark moderieren. Auch im einfachen Belastungs-Beanspruchungsmodell ist

Stress ist nicht der einzige kritische psychische Zustand

Überforderung durch zu komplexe Stimuli

Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit entscheiden die Wirkung von Lärm

Motivationale Belastungen durch das Wegfallen von Strukturen in der Arbeitstätigkeit

Störung biologischer Rhythmen

Stress nicht der einzige kritische psychische Zustand ist, der als Fehlbeanspruchung zu beachten ist, sondern zu starke Ermüdung, aber auch motivationale Sättigung oder monotone Arbeitsbedingungen und das Auftreten von Monotoniezuständen sind in der modernen Arbeitswelt, die durch ein Wachsen an Automatisierung gekennzeichnet ist, als zentrale kritische psychische Zustände zu betrachten. Diese sind im ArbeitnehmerInnen-schutz zu berücksichtigen und sollen damit auch in die Kooperation zwischen Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin einfließen.

2.3 Belastungsarten

2.3.1 Psychophysikalische Belastung

Wie bereits einführend erwähnt sind neben den psychosozialen Belastungsfaktoren psychophysikalische Belastungen, wie beispielsweise Lärm in der Psychologie, ausführlich untersucht worden. Interessanterweise sind auch hier für die Wirkungen für Lärm ähnliche Moderatoren, wie bei Stress wirksam; so ist die Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit auch für die Beanspruchungswirkung von Lärm von entscheidender Bedeutung (Glass und Singer 1972). In der Psychologie wird Lärm als störender Schall definiert und ist weitestgehend intensitätsunabhängig, denn, je nach Arbeitstätigkeit, können unterschiedliche akustische Stimuli als Störungen wirksam werden und haben von ihren Auswirkungen im Beanspruchungsbereich dann ähnliche psychophysiologische Beanspruchungswirkungen, wie stärkere Lärmintensitäten. Dies betrifft selbstverständlich nicht die unmittelbaren physiologischen Lärmwirkungen auf das akustische System.

2.3.2 Psychophysiologische Belastung

Psychophysiologische Belastungen betreffen insbesondere das Wechselspiel zwischen physiologischen Prozessen und der Arbeitstätigkeit, so fällt in den Bereich der psychophysiologischen Belastung beispielsweise Schichtarbeit, die mit dem biologischen Rhythmen in Konflikt gerät. Ähnliches gilt für Jetlag und andere Fakto-

ren, die in den Bereich der Störung von biologischen Rhythmen fallen.

2.3.3 Psychomentale Belastung

Sehr gut untersucht sind psychomentale Belastungsfaktoren, die vor allen Dingen die Personen als Informationsverarbeitungssystem betreffen und hier Überforderungen durch zu komplexe Aufgaben, durch zu komplexe Stimuli oder auch durch zu komplexe mentale Prozesse untersucht. Hier wurden eine Vielzahl von Informationsverarbeitungsmodellen entwickelt, die heute in die Gestaltung von mentalen Arbeitsaufgaben zum Teil recht gut integriert sind.

2.3.4 Psychoemotionale-/motivationale Belastung

Ein neuer Bereich sind psychoemotionale und psychomotivationale Belastungen, die vor allen Dingen bei Arbeitstätigkeiten im Dienstleistungssektor massiv zunehmen. Die Emotionsarbeit, bei der eine arbeitsbezogene Emotion von der Person einzunehmen ist, unabhängig von ihrem eigenen emotionalen Zustand, spielt hier eine ganz zentrale Rolle (Zapf & Holz; 2006). Motivationale Belastungen nehmen vor allen Dingen auch zu durch die Wegnahme von Strukturen in der Arbeitstätigkeit, sodass Telearbeit sehr stark auch den emotionalen motivationalen Bereich betrifft.

2.3.5 Psychosoziale Belastung

Psychosoziale Belastungen durch komplexe Interaktionsaufgaben der Person, durch Konflikte, Mobbing und unbefriedigende soziale Beziehungen am Arbeitsplatz werden oft auch als Oberbegriff zu den psychischen Belastungsfaktoren herangezogen, sollten aber, um die Arbeitsaufgaben und -konzepte sauber zu strukturieren, durchaus im engeren Sinn verstanden werden. Recht gut untersucht sind, im Kontext der psychosozialen Faktoren im engeren Sinn, Rollenerfordernisse und Rollenkonflikte, aber auch in den 1970er-Jahren soziale Isolation bei der Arbeit, auf der anderen Seite aber

Bedeutung von Konflikten in der Arbeitswelt

Unterschiedliche Charaktereigenschaften und Rollenauffassungen als wichtige Faktoren für Konflikte

Der Cortisol-Awakening Response zur Messung von chronischem Stress

auch Prozesse wie Crowding, die insbesondere in zu dicht belebten Arbeitsumwelten eine wichtige Rolle spielen, auch wenn das Konzept zwischenzeitlich kaum noch diskutiert wird.

Die Bedeutung von Konflikten in der Arbeitswelt wurde, für uns überraschend, in einer kleinen Studie in steirischen Krankenhäusern deutlich. Hier wurden 125 ÄrztInnen danach befragt, ob in den letzten drei Monaten ein Konflikt aufgetreten sei, wobei über 50 % der ÄrztInnen mit Ja antworteten und nur 45,6 % keinen Konflikt in den letzten drei Monaten angaben. Abbildung 7 zeigt die Konfliktthemen und hier wird deutlich, dass inkompatible Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften und unterschiedliche Rollenauffassungen gemeinsam mit unterschiedlichen Meinungen die zentralen Probleme für die Konflikte darstellen, während strukturelle Bedingungen und beispielsweise die Arbeitsaufgaben selbst keine Hauptursachen für die Angabe der interpersonellen Konflikte waren.

2.4 Verfahren zur Messung von Beanspruchungsbereichen

Neben der Tatsache, dass die Arbeitspsychologie für die einzelnen Bereiche, wie beispielsweise Belastung-Beanspruchung, eine Reihe von Spezifizierungen, Konflikten und Modellen anzubieten hat, sind in der Arbeitspsychologie für die in Tabelle 1 vorgestellte Matrix auch systematisch Analyse und Messverfahren entwickelt worden. Am Beispiel der Beanspruchung

soll dies im Folgenden kurz dargestellt werden. So haben wir für jeden Beanspruchungsbereich eigene Messverfahren. Im psychophysikalischen Bereich ist neben der Schalldruckmessung in Dezibel eine umfangreiche Arbeit zur Lärmskalierung, aber auch zur Klimamessung und zur Frage, welche psychophysikalischen Belastungen die Arbeit betreffen, wie diese im Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse von Semmer und Mitarbeitern erfragt wird. Die psychobiologisch und psychophysiologischen Belastungen sind insbesondere durch vielfältig und sehr gut entwickelte Möglichkeiten zum ambulanten Monitoring von vegetativen Prozessen innerhalb von Arbeitsanalysen messbar, aber auch die subjektive Ebene wird durch die Messung von Anstrengung und Ermüdung unterstützt. Zur Stressmessung sind Mehr-Ebenen-Verfahren entwickelt worden. Eine moderne Methode den Stresszustand von Personen zu messen ist die Cortisolmessung. Wobei insbesondere die Cortisol Awakening Response (Kirschbaum 2009) eine effiziente Methode darstellt, um chronische Stresszustände zu messen. In eher medizinisch orientierten Analysen wurde auch das Clinical Stress Assessment (CSA) beispielsweise in Graz von Porta entwickelt und zur differenzierten Analyse von biologischen Rhythmen eignet sich in ganz hervorragender Weise das sogenannte Autochrone Bild, welches von Moser und Mitarbeitern an der medizinischen Universität in Graz entwickelt wurde (Moser 2005). Analyse und Messverfahren für den psychomentalen Bereich sind zum Teil aus den psychophysiologischen Mes-

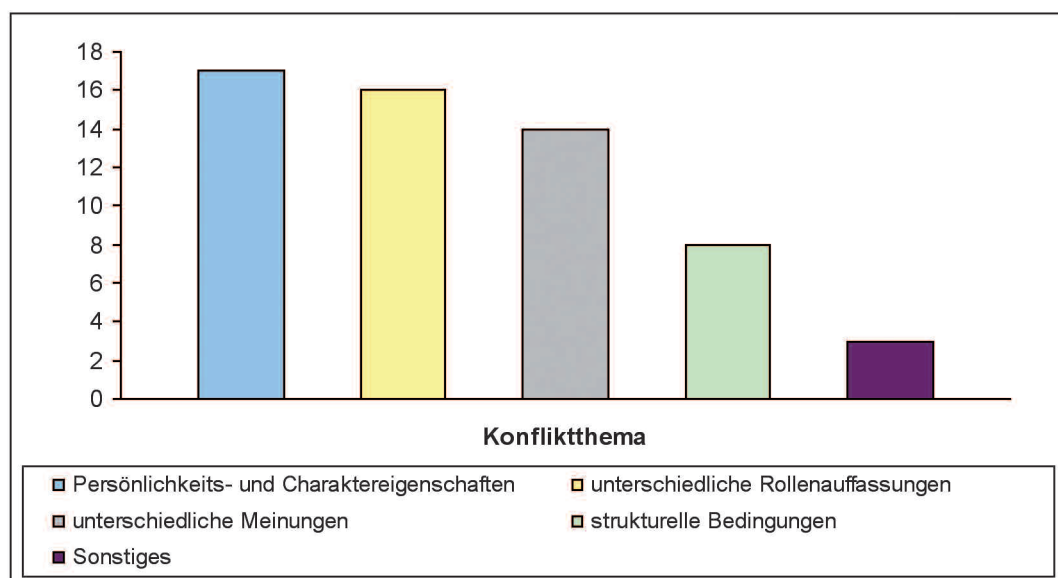


Abbildung 7: Konfliktthematik steirischer Krankenhaus-ärztInnen (n = 125)

sungen hervorgegangen. So lässt sich über die Herzfrequenzvariabilität auch die psychomentale Beanspruchung relativ sauber ablesen, die Informationsverarbeitung ist durch moderne Blickbewegungsanalysen messbar. Natürlich sind Leistungstests einsetzbar. Hier ist insbesondere auf die Technik der Doppelaufgabenparadigmen hinzuweisen (Wickens, 1992), aber auch psychometrisch geprüfte Befragungsmethoden, Beobachtungsmethoden, Fehler- und Unfallanalysen sind in den letzten 25 Jahren innerhalb der Psychologie als Analyse und Messverfahren zur psychomentalen Beanspruchung weiterentwickelt worden (Stanton et al. 2005).

Für den psychoemotionalen motivationalen Bereich verfügen wir neben Fragebogenverfahren, mit denen sich Emotionen abbilden lassen, über stressbezogene Arbeitsanalyseverfahren und wir haben stressbezogene psychophysiologische Messungen, über die bei entsprechenden Situationen emotional orientierte Stressfaktoren identifizierbar sind. Eine moderne Methode, insbesondere emotionale Reaktionen zu objektivieren, stellt die Analyse der Mimik dar. Die einfachste Methode an den psychoemotionalen Bereich heranzukommen sind nach wie vor Befindensfragebögen, Angstskalen und Ärgerskalen. Wichtig ist aber auch die Verhaltensbeobachtung und insgesamt ist in diesem Bereich festzuhalten, dass eine Mehr-Ebenen-Analyse in der Regel nicht verzichtbar ist, wenn es um eine genauere Diagnostik geht. Fragebögen dienen in den meisten Fällen zunächst einmal nur dem Screening und einer ersten vorläufigen Diagnostik.

Für den psychosozialen Bereich lassen sich, neben der Verhaltensbeobachtung und Interaktionsanalyse, auch Analyse von Gruppenprozessen, die Bearbeitung von Gruppenaufgaben und natürlich Befragungsmethoden einsetzen.

Insgesamt sollte deutlich gemacht werden, dass alleine für den Bereich Belastungs-Beanspruchung die Arbeitspsychologie auf ein breites Methodenrepertoire zurückgreifen kann, wobei neben der Arbeitsanalyse und den zugehörigen Interviewmethoden eine Reihe von weiteren Methoden, wie die arbeitsbezogene psychophysiologische Messung, d.h. das ambulante Monitoring sich in den letzten

Jahren auf breiter Front durchgesetzt haben. Damit trägt die Arbeitspsychologie zur Diagnose von Beanspruchung und zur Analyse von Belastungsfaktoren ein breites Methodenrepertoire bei.

2.5 Beanspruchungssymptome in unterschiedlichen Beanspruchungsbereichen

Die Unschärfen im Belastungs-Beanspruchungskonzept, in denen in vielen Fällen eine Trennung von Belastung und Beanspruchung relativ schwierig ist, machen sich auch bei der Messung von spezifischen Beanspruchungssymptomen in einigen Überlappungen bemerkbar. Dennoch ist eine Reihe von Beanspruchungssymptomen sehr gut differenzierbar.

So kann man der *psychophysikalischen Ebene* so etwas wie Lärmschwerhörigkeit und Allergien als wichtige Reaktionen ausmachen; auf der *psychophysiologischen Ebene* sind es vegetative Symptome, aber auch physiologische Symptome, wie Verspannungen im Rücken oder mimische Reaktionen, Veränderungen im Stoffwechsel und psychophysiologische Stresssymptome, die auf der psychophysiologischen Ebene Beanspruchung und Fehlbeanspruchung widerspiegeln.

Ein wichtiges Symptom auf der *psychomentalen Ebene* ist die psychische Ermüdung, aber auch Monotonie, das Auftreten von Handlungsfehlern und Aufmerksamkeitsstörungen. Auf der *psychoemotionalen Ebene* sind es Angst, Ärger und das momentan moderne Burn-out-Syndrom, was als ein langfristiges psychoemotional-motivationales Fehlbeanspruchungssymptom charakterisierbar ist. Auf der psychosozialen Ebene treten Konflikte, Aggression und vor allem reduzierte soziale Unterstützung innerhalb von Arbeitsgruppen auf.

2.6 Interventionen

Allein in der individuenorientierten Konzeption des Belastungs-Beanspruchungsbereichs lassen sich in der Arbeitspsychologie auch für jeden Beanspruchungsbereich Interventionsmethoden identifizieren. So ist im *psychophysikalischen Be-*

reich der Lärmschutz eine wichtige Größe, aber auch die ergonomische Gestaltung von Arbeitssystemen.

Im *psychobiologischen/psychophysiologischen Bereich* sind eine Vielzahl von Entspannungsverfahren entwickelt worden, die auch signalunterstützt als Biofeedback zur Entspannung eingesetzt werden, aber auch das psychophysiologische Monitoring und die Rückmeldung von Ermüdungsindikatoren im Arbeitsprozess stellt eine Option dar, die Symptome greifbar zu machen und damit der Intervention zuzuführen. Eine weitere Anwendung in diesem Bereich ist die adaptive Automatisierung, die in Abhängigkeit des Auftretens von Fehlbeanspruchungszuständen das Arbeitssystem mehr oder weniger stark und in mehr oder weniger sensiblen Bereichen automatisiert oder deautomatisiert, sodass der Arbeitstätige für die Durchführung der Arbeit in einem optimalen Aktivierungsniveau gehalten werden kann (Banks & Boucsein 2000).

Interventionsmethoden im *psychomentalen Bereich* umfassen den kompletten Bereich der Mensch-Maschine-Systemgestaltung, z. B. die Vermeidung sogenannter Errordesigns oder auch die Reduktion von Reiz-Reaktions-, aber auch von Situations-Situations- und Reaktions-Reaktions-Inkompatibilitäten. Hiermit ist gemeint, dass die jeweilige Darstellung des Zustandes der Systeme möglichst gut den Reaktionen angepasst sein sollte, sodass es nicht vorkommen sollte, dass dies selbe Reaktion an zwei unmittelbar benachbarten oder demselben Arbeitsplatz zu unterschiedlichen Veränderungen im System führt. Themen aus der Softwareergonomie lassen sich ebenfalls in die Intervention einbeziehen, aber auch Arbeitspausensysteme und Sicherheitsprozeduren können hier als Beispiel genannt werden.

Für den *psychoemotionalen Bereich* sind neben Entspannungsmethoden insbesondere Methoden des Ressourcenmanagements und des Beanspruchungsmanagements, aber auch spezifisches Ärgermanagement oder Stressmanagement zu nennen. Auch der Ansatzpunkt der Stress- und Emotionsmoderatoren lässt sich durch ein intelligentes Veränderungsmanagement bei Veränderungsprozessen in Organisationen als Intervention zur Optimierung psychoemotionaler Fehlbeanspruchung von MitarbeiterInnen heran-

ziehen. Die Interventionsmethoden der Arbeitspsychologie für den *psychosozialen Bereich* sind aufgrund der Bedeutung dieser Faktoren, aber auch aufgrund der Bedeutung von Team- und Gruppenarbeit sehr gut entwickelt, sodass sowohl auf der Führungsseite im Sinn von Partizipation, Information und sozialer Unterstützung aber auch im Sinne von Teamentwicklung oder Team-Ressourcen-Management im Sinne von Fehlermanagement in Systemen Interventionsmethoden entwickelt worden sind, die über klassische Methoden, nämlich das Kommunikationstraining, das Kooperationstraining, Partizipation, teilautonome Arbeitsgruppen und klassische Führung hinausgehen. Ein wichtiger Bereich, der auch in der Gesundheitsförderung zunehmend eingesetzt wird, ist der Einsatz von Gruppenprozessen, die dann durch einen Moderator oder Facilitator erst ermöglicht werden.

Aus den besprochenen Interventionsbereichen lassen sich auch unschwer weitere Entwicklungsbereiche ableiten, die an dieser Stelle jedoch nicht vertieft werden sollen.

3. Schlussfolgerung

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass mit dem Belastungs-Beanspruchungskonzept ein Bereich arbeitspsychologischer Arbeit behandelt worden ist, der nur eine spezifische Facette der Matrix aus Abbildung 3 widerspiegelt. Die systemorientierte Sichtweise der Arbeitspsychologie stellt eine wichtige Ergänzung zur Analyse von kritischen Entwicklungen in der Arbeitswelt dar. Arbeits- und Organisationspsychologie erweitert und ergänzt das Spektrum aus Arbeitsmedizin und Arbeitsinspektoraten um systemorientierte Sichtweisen, um Konzepte wie „Verhaltensräume“ oder Behavior-Setting.

Die Arbeitspsychologie integriert sehr stark verhaltens- und verhältnisbezogene Konzepte und stellt durch ihre Ergebnisse zur Frage der soziotechnischen Systemansätze oder auch des Mensch-Technik-Organisationskonzeptes Gesamtkonzepte zur Verfügung, die insbesondere eine 100-jährige Forschungstradition wieder-

Zur Veränderung von Arbeitssystemen sollten die betroffenen Personen, die Organisation und die Technologie miteinbezogen werden

Die Kooperation zwischen Arbeitsmedizin, Arbeitsinspektorat und Arbeitspsychologie neu definieren

Intelligente systemorientierte Konzepte werden benötigt

Investition in Aus- und Fortbildung

geben, in der gezeigt worden ist, dass isolierte Maßnahmen in einem komplexen System nicht unbedingt den erwünschten Erfolg zeitigen, sondern dass zur Veränderung von Arbeitssystemen in den meisten Fällen sowohl die betroffenen Personen, die Organisation, als auch die jeweilige Technologie einbezogen werden sollte. Diese Sichtweise im MTO-Ansatz hilft die Arbeitssicherheit zu erhöhen, sie hilft den Bereich der Gesundheit zu optimieren und sie kann auch herangezogen werden, um Arbeitstätigkeiten umweltfreundlich zu gestalten.

In diesem Sinne ist eine Redefinition der Kooperation zwischen Arbeitsmedizin, Arbeitsinspektorat und der Arbeits- und Organisationspsychologie für die Zukunft eine zentrale Aufgabe. Das Kooperationsangebot vonseiten der Arbeitsmedizin wird von der Arbeitspsychologie dankend aufgenommen. Es scheint gerade in einer Zeit zunehmender Inzidenz von psychischen Störungen am Arbeitsplatz geboten, hier in einen konstruktiven Dialog einzutreten, wobei eine Vielzahl von Konzepten, die einer Verbesserung der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz dienen, auch eine höhere Arbeitssicherheit mit sich bringen. Auf der anderen Seite ist in allen Fällen auch mit Trade-Offs zu rechnen, sodass eine Erhöhung von Gesundheit durchaus auch eine Reduktion von Sicherheit mit sich bringt, wie es beispielsweise durch den immisionsorientierten Lärmschutz in einer Reihe von bedauerlichen Unfällen deutlich geworden ist. Hier gilt es, in Zukunft systemorientierte intelligente Lösungen möglichst früh zu entwickeln. Dies mag ein interessantes Beispiel für die Notwendigkeit für die Kooperation zwischen Arbeitsmedizin, Arbeitsinspektorat und der Arbeits- und Organisationspsychologie sein. Wie dies in wechselseitige Öffnung von Ausbildungs- und Fortbildungskonzepten zu integrieren ist, ist eine Aufgabe weitergehender Diskussionen. Sicher können diese Diskussionen nur dann fruchtbar geführt werden, wenn die Partner sich als konstruktives Team zur Lösung der in der Arbeitswelt anstehenden Probleme verstehen.

Literatur

- Backs, R. W. & Boucsein, W. (Eds.) (2000). *Engineering Psychophysiology. Issue and Applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Eberspaecher, H., Hermann, H. D. & Kallus, K. W. (1993). Psychische Erholung und Regeneration zwischen Beanspruchungen. In: Nitsch, J. & Seiler, R. (Hrsg.). *Bewegung und Sport. Psychologische Grundlagen und Wirkungen. Bericht ueber den VIII. Europäischen Kongress für Sportpsychologie. Band 1: Motivation, Emotion, Stress*, Academia-Verlag, Sankt Augustin, 1993, 237–241.
- Fries E., Dettenborg L., Kirschbaum C. (2009). The cortisol awakening response (CAR): facts and future directions. *Int J Psychophysiol.* 2009 Apr; 72(1): 67–73.
- Glass, D. C. & Singer, J. E. (1972). *Urban Stress*. New York: Academic Press.
- Kallus, K. W., Uhlig Th. (2001). Erholungsforschung: Neue Perspektiven zum Verständnis von Stress. In: Silbereisen, R. K., Reitzle, M. (Hrsg.). *Psychologie 2000. Bericht über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000* (S. 364–379).
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (S. 287–327). New York: Plenum.
- Moser, M. (2005). Innovative Parameter zur Messung von Beanspruchung und Erholung in der Arbeitsmedizin. *Österreichisches Forum Arbeitsmedizin* (1), (S 12–17).
- ÖNORM EN ISO 10075-3 (2004). *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung*.
- Wickens, C. D. (1992). *Engineering Psychology and Human Performance* (Eds). New York: Harper Collins Publisher.
- Wieland-Eckelmann, R. & Baggen, R. (1994). Beanspruchung und Erholung im Arbeits-Erholungszyklus. In: Wieland-Eckelmann, R. (Hrsg.). *Erholungsforschung*. 102–154. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Zapf, D., Holz, M. & Fischbacher, A. (2005). Emotionsarbeit in Dienstleistungsunternehmen. In L. Packebusch & B. Weber (Hrsg.), *Prävention und Nachhaltigkeit. 13. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit* (S. 67–70). Kröning: Asanger Verlag.



EBERHARD ULICH
FREUDENBERG-
STRASSE 101
8044 ZÜRICH
EBERHARD.ULICH@
IAFOB.CH

Bewertungskriterien:
Schädigungsfreiheit,
Beeinträchtigungs-
losigkeit, Persönlich-
keitsförderlichkeit,
Zumutbarkeit

Systematische Tätig-
keitsbeobachtungen
als unverzichtbarer
Bestandteil von Unter-
suchungen über
Arbeitsbedingungen,
Belastungen und
Ressourcen

MENSCHENGERECHTE GESTALTUNG DES ARBEITSLEBENS

Eine arbeitspsychologische Perspektive

Eine persönliche Vorbemerkung

Als ich im Januar 1955 meine Assistentenstelle am Max-Planck-Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund antrat, erhielt ich als erstes den Auftrag, mich an einer Untersuchung über die Auswirkungen von Nachtarbeit zu beteiligen (Ulich 1957; Graf, Pirtkien, Rutenfranz & Ulich 1958). Mein damaliger Chef, der Arbeitsmediziner Otto Graf, machte bei der ersten Besprechung dazu klar, dass es nicht darum gehen könne, die Arbeiter – es handelte sich damals ausschließlich um männliche Personen – am Tag danach zu fragen, wie es ihnen jeweils in der Nachtschicht ergehe oder ergangen sei. Vielmehr habe dies während ihrer Nachtarbeit zu geschehen. Außerdem erklärte er mir, dass sich die Untersuchung keinesfalls auf Befragungen beschränken könne; vielmehr seien während der gesamten Nachtschicht systematische Tätigkeitsbeobachtungen durchzuführen. Von da an bin ich viele Wochen lang abends mit Arbeitern in die Fabrik gegangen, habe Tätigkeitsbeobachtungen durchgeführt, habe die Arbeiter zwischendurch befragt und bin am Morgen mit ihnen wieder herausgegangen. Besprechungen mit Betriebsrat, Produktions- und/oder Personalleitungen fanden tagsüber statt.

Diese Erfahrung hat mich geprägt. Seither bestehe ich darauf, dass systematische Tätigkeitsbeobachtungen einen unverzichtbaren Bestandteil jeglicher Untersuchungen über Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen darstellen und durch eine noch so sophistizierte Frage- oder Fragebogentechnik nicht zu ersetzen sind.

Im folgenden Beitrag werden Aufgaben, Bewertungskriterien, Analysemethoden und Gestaltungskonzepte der europäischen Arbeitspsychologie skizziert.

Aufgaben der Arbeitspsychologie und Bewertungskriterien

Zu den Aufgaben der Arbeitspsychologie gehören im engeren Sinne die Analyse, die Bewertung und die Mitwirkung an der Gestaltung von Arbeitstätigkeiten und Arbeitssystemen. Analyse und Bewertung sind Voraussetzung für die darauf aufbauenden Gestaltungsmaßnahmen.

Konzepte der Bewertung

Zu den Bewertungskriterien zählen nach der hier vertretenen Auffassung, (1) die Schädigungsfreiheit, (2) die Beeinträchtigungslosigkeit, (3) die Persönlichkeitsförderlichkeit, (4) die Zumutbarkeit. Diese Kriterien finden ihren Niederschlag in einer weitgehend akzeptierten Definition humaner, d. h. menschengerecht gestalteter Arbeitstätigkeiten.

„Als human werden Arbeitstätigkeiten bezeichnet, die die psychophysische Gesundheit der Arbeitstätigen nicht schädigen, ihr psychosoziales Wohlbefinden nicht oder allenfalls vorübergehend beeinträchtigen, ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechen, individuelle und/oder kollektive Einflussnahme auf Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme ermöglichen und zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit im Sinne der Entfaltung ihrer Potentiale und Förderung ihrer Kompetenzen beizutragen vermögen“ (Ulich 1984, 2011).

Für manche vermutlich überraschend wird ‚Arbeitszufriedenheit‘ hier nicht als eigenständiges Bewertungskriterium aufgeführt. Tatsächlich haben Konzepte der Arbeitszufriedenheit sowohl in der Arbeits- und Organisationspsychologie als auch in anderen Disziplinen und in der betrieblichen Praxis sehr weite Verbreitung gefunden. Nach der hier vertretenen Auffassung stellt Zufriedenheit indes

**Zufriedenheit ist ein
allenfalls eingeschränkt
brauchbares Kriterium
zur Bewertung von
Arbeitstätigkeiten**

**Globale Zufriedenheits-
konzepte sind ungenau
und werden der Rea-
lität kaum gerecht**

**Arbeitszufriedenheit
hängt vom Verhältnis
zwischen den eigenen
Erwartungen und den
Möglichkeiten der
Realisierung in der
Arbeitssituation ab**

ohne weitergehende Differenzierung ein allenfalls eingeschränkt brauchbares Kriterium für die Bewertung von Arbeitstätigkeiten dar. So hat Fischer (1989) schon vor einiger Zeit auf die „Selbstschutzfunktion von Zufriedenheitsurteilen“ hingewiesen. 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).

Sowohl theoretische Herleitungen als auch empirische Daten unterstützen die hier vertretene Position, dass die globalen Zufriedenheitskonzepte nur wenig trennscharf sind und der Realität kaum gerecht werden. Ein Modell, das der Forderung nach einer Differenzierung Rechnung trägt, wurde von Bruggemann (1974, Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975) entwickelt und seither in zahlreichen Untersuchungen überprüft (vgl. Abbildung 1).

Welche der in Abbildung 1 dargestellten Formen der Arbeitszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit in Erscheinung tritt, ist zunächst abhängig von einem 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, wurde dieser Status auch als „progressive Arbeits(un-)zufriedenheit“ bezeichnet.

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 Verzerrung der Situationswahrnehmung, d.h. es werden subjektiv mehr Freiheits-

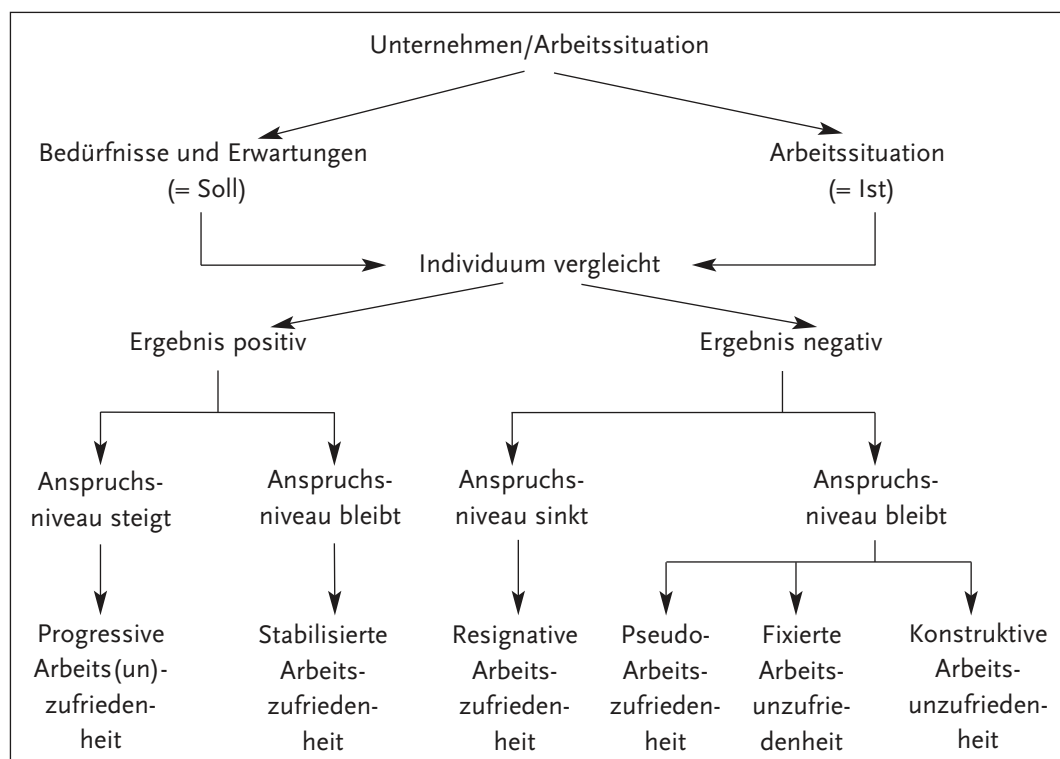


Abbildung 1: Formen der Arbeitszufriedenheit – vereinfachte Darstellung nach dem Modell von Bruggemann (1974)

Pseudoarbeitszufriedenheit, fixierte Arbeitsunzufriedenheit, und konstruktive Arbeitsunzufriedenheit

Beobachtungen von Arbeitsbedingungen liefern zuverlässigere Ergebnisse als Befragungen

Fragebogenerhebungen beinhalten stark personenspezifische Anteile

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

Über die weitere Entwicklung des Konzepts wurde von Baumgartner und Udris (2006), über die Einführung einer kybernetischen Perspektive von Jimenez (2006) berichtet. Insgesamt wird deutlich, dass die Erfassung der Arbeitszufriedenheit ohne qualitative Differenzierung keine hinreichende Basis zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten darstellt. Darüber hinaus aber gilt: „Ohne gleichzeitige Analyse der objektiven Bedingungen der Arbeit hängen die Ergebnisse gewissermaßen in der Luft“ (Rosenstiel 2007, S. 449).

Im folgenden Abschnitt werden Vorgehensweisen einer derartigen Analyse aufgezeigt und am Beispiel der Tätigkeit von ÄrztInnen im Krankenhaus konkretisiert.

Methoden der Analyse

Typische Vorgehensweisen bei der Analyse von Arbeitsbedingungen sind Fragebogenerhebungen, Experteninterviews und Tätigkeitsbeobachtungen. Diese zeichnen sich durch jeweils spezifische Vor- und Nachteile aus. Fragebögen ermöglichen eine umfassende Erhebung unter Einbezug aller betroffenen Mitarbeitenden und erlauben den Einsatz standardisierter, wissenschaftlich überprüfter Skalen. Das damit verbundene Ziel ist die Erfassung möglichst repräsentativer Informationen zu den relevanten gesundheitsbezogenen Merkmalen. Im Unterschied zu Fragebögen, die als quantitative Erhebungsinstrumente betrachtet werden, liefern Interviews qualitative, vertiefende Informationen, die aber nicht unbedingt repräsentativ sein müssen. Sowohl Interviews als auch

Fragebögen enthalten immer auch personenspezifische und subjektive Anteile. Damit stellt sich die grundsätzliche Frage, „inwieweit Befragungen der Arbeitenden geeignet sind, Arbeitsbedingungen objektiv zu beschreiben. Hierfür ist der Einsatz externer Beobachter offensichtlich überlegen“ (Dunckel und Resch 2010, S. 1129). Will man die Arbeitsbedingungen möglichst objektiv, d. h. unabhängig von den spezifischen Eigenschaften, den Einstellungen und dem individuellen Wohlbefinden der befragten Person analysieren, ist man auf den Einsatz bedingungsbezogener Analysemethoden angewiesen. Ein Beispiel dafür sind systematische Tätigkeitsbeobachtungen, die durch unabhängige BeobachterInnen durchgeführt werden.

Beobachtungsdaten liefern „sicherere“ Ergebnisse als Befragungen per Fragebogen. So konnten Österreich und Geissler (2002) zeigen, dass die Übereinstimmung zweier unabhängiger Beobachter, welche zwei verschiedene Personen beobachten, die die gleiche Arbeitstätigkeit ausüben, zwischen $r = .65$ und $r = .80$ liegt. Lässt man hingegen die zwei arbeitenden Personen ihre Arbeitstätigkeit mittels Fragebogenverfahren einschätzen, liegt die Übereinstimmung der Einschätzungen zwischen $r = .20$ und $r = .40$. Das heißt, dass die Ergebnisse der Fragebogenerhebung erhebliche personenspezifische Anteile beinhalten, die Beobachtungen also deutlich objektivere Ergebnisse liefern.

Idealerweise erfolgt eine Analyse der Arbeitsbedingungen sowohl unter Einsatz von Befragungsverfahren wie Fragebögen und Interviews, als auch mittels „objektiver“ bzw. bedingungsbezogener Verfahren wie Tätigkeitsbeobachtungen und, je nach Fragestellung, physiologischen Messungen (vgl. Kallus in diesem Heft). Dies soll im Folgenden am Beispiel der Analyse ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus aufgezeigt werden.

Analyse ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus als Beispiel

Zu den positiv zu bewertenden Rahmenbedingungen der Tätigkeit von ÄrztInnen im Krankenhaus gehören (1) deren hohes Ansehen, (2) die positiven Rollenerwartungen und (3) die hohen Anforderungen.

Positive Rahmenbedingungen können auch nachteilige Folgen haben

Hohe Anforderungen sollten mit großen Handlungsspielräumen verbunden sein

Dass diese Rahmenbedingungen zugleich auch nachteilige Folgen haben können, lässt sich am Beispiel der Anforderungen verdeutlichen. Für hohe Anforderungen gilt nämlich, dass sie nur dann positiv zu bewerten sind, wenn sie mit großen Handlungsspielräumen einhergehen. Insbesondere für AssistenzärztInnen lässt sich jedoch zeigen, dass die hohen Anforderungen üblicherweise mit eher geringen Handlungsspielräumen verbunden sind und folglich als Belastungen wirksam werden (Peter & Ulich 2003; Ulich & Wülser 2010). Dies konnte auch in der im Folgenden dargestellten Untersuchung bestätigt werden.

Ziel des von einem schweizerischen Kantonsspital, dessen Kliniken zugleich Universitätskliniken mit entsprechendem Aus- und Weiterbildungsauftrag sind, geplanten Projekts war „die Erarbeitung von Maßnahmen zur Entlastung der Assistenz- und OberärztInnen und dadurch Einhaltung der 55-Stunden-Woche.“ Die Bearbeitung dieser Aufgabenstellung setzte eine sorgfältige Analyse der Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen voraus.

In Tabelle 1 sind die zu diesem Zweck durchgeführten Untersuchungen aufgeführt (vgl. Peter & Ulich 2003, Ulich 2011).

Der Zeitaufwand für die Bearbeitung eines *Fragebogens* betrug etwa 60 Minuten.

In Hinblick auf die hohen zeitlichen Beanspruchungen der ÄrztInnen kann der Rücklauf von 66 % auswertbar ausgefüllter Fragebogen als befriedigend bezeichnet werden. Die Dauer der *Experteninterviews* betrug im Mittel eine bis eineinhalb Stunden. Die Aussagen wurden auf Band aufgenommen und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die *Tätigkeitsbeobachtungen* umfassten jeweils komplette Dienste, die von Beginn bis Ende – im Extremfall bis zu 36 Stunden – begleitet wurden. Bei den quantitativ orientierten Beobachtungen wurden die Dauer und die zeitliche Lage der Teiltätigkeiten sowie die Wiederholhäufigkeit, die Unterbrechungen, die Wartezeiten und die Pausen mittels Handcomputern registriert. Die qualitativ orientierten Beobachtungen sollten eine Bewertung der Organisationseinheiten ermöglichen und bezogen sich auf die Merkmale Ganzheitlichkeit der Aufgaben, Autonomie, Gestaltbarkeit der Arbeitsbedingungen, Durchschaubarkeit und Vorhersehbarkeit der Abläufe, Möglichkeiten sozialer Interaktion, Regulationshindernisse und Zeitdruck.

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zeigen hinsichtlich der mittleren wöchentlichen *Arbeitszeit* eine sehr gute Übereinstimmung mit den Ergebnissen einer früheren Erhebung mittels Selbstaufschreibung: 63 Stunden bei den Assis-

Tabelle 1: Methoden, Inhalte und Stichproben der Analyse von Arbeitsbedingungen, -erleben und -wirkungen in einem schweizerischen Kantonsspital (aus Peter & Ulich 2003, S. 78; Ulich 2011, S. 719)

	Fragebogenerhebung	Experteninterviews	Tätigkeitsbeobachtungen	
			qualitativ	quantitativ
Inhalt	- Arbeitszeitbedingungen - Arbeitsbezogene Wertvorstellungen - Lebensbezogene Wertvorstellungen - Zufriedenheit mit der Arbeit - Anforderungen, Belastungen, Ressourcen - Erlebte Beanspruchungen	- Information über Organisationseinheiten - Tätigkeit und Rolle der AA* und OA* - Erfolgsfaktoren - Stolpersteine - Lösungsvorschläge	- Bewertung der Arbeitsaufgabe - Bewertung der Organisationseinheit → Tiefenstruktur	- Zeitanteile verschiedener Tätigkeitskategorien - Tätigkeitsablaufprofile → Oberflächenstruktur
Anzahl	Verteilte Fragebögen 424 Ausgefüllte Fragebögen 279	AA* 10 OA* 8 Schnittstellen 11 Klinikleitungen 10 Bereichsleitungen 7 Direktion 4	16 Arbeitstage bzw. Dienste	10 Arbeitstage bzw. Dienste

* AA: AssistenzärztInnen, * OA: OberärztInnen

Mengenmäßige Überforderung korreliert mit emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion

Drei wichtige arbeitsbezogene Werte: interessante Aufgaben, gutes Arbeitsklima und gute Lernmöglichkeiten

Probleme an den Schnittstellen

Emotionale Erschöpfung bei 43 % der AssistenzärztInnen

tenzärztInnen (AA), 68 Stunden bei den OberärztInnen (OA), mehr als 70 Stunden in der Chirurgie (vgl. Peter & Ulich 2003; Ulich 2011; zur Problematik der überlangen Arbeitszeiten auch Füllekrug 2008).

AA und OA ist im Übrigen gemeinsam, dass interessante Aufgaben, ein gutes Verhältnis zu ArbeitskollegInnen sowie die Möglichkeit neue Dinge zu lernen die drei wichtigsten arbeitsbezogenen Werte darstellen. Die größten erlebten Defizite fanden sich bei den folgenden sieben Merkmalen:

1. berufliche Zukunftsperspektiven;
2. angemessenes Feedback über die eigene Leistung;
3. Mitsprache bei wichtigen Dingen;
4. Autonomie über die eigene Zeit;
5. Kultur der Offenheit und Toleranz;
6. Arbeit, die die Freizeit nicht allzu sehr beeinträchtigt;
7. stimulierende Unternehmenskultur.

Bei den Defiziten im Leben außerhalb der Arbeit standen Aspekte der Freizeit, der Familie und der Gesundheit an erster Stelle. Bei den Beanspruchungen spielen die Kategorien „emotionale Erschöpfung“ und „Klientenaversion“ eine zentrale Rolle (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteil kritischer Antworten für emotionale Erschöpfung und Klientenaversion bei 266 ÄrztInnen eines schweizerischen Kantonsspitals (aus Peter & Ulich 2003, S. 79)

	Emotionale Erschöpfung	Klientenaversion
AA* (n = 184)	43 %	22 %
OA* (n = 82)	27 %	11 %

* AA: AssistenzärztInnen

* OA: OberärztInnen

In einer anschließenden Analyse in einem Regionalspital (Peter & Ulich 2003) ergaben sich zusätzlich auch Zusammenhänge zwischen dem Erleben mengenmäßiger Überforderung und emotionaler Erschöpfung ($r = .64$) sowie mengenmäßiger Überforderung und Klientenaversion ($r = .62$).

Bei den *quantitativ orientierten Beobachtungen* in neun Kliniken wurden schließlich Zeitanteile von 9 bis 26 % der täglichen Gesamtarbeitszeit für die Erledigung administrativer Aufgaben gemessen. Auffallend waren hier zudem Störungen im Arbeitsablauf (vgl. dazu auch Glaser & Höge 2005), die in einem weiteren Universitätsspital wiederum quantitativ erfasst wurden (vgl. Tabelle 3).

Bei der Bewertung der Organisationseinheiten aufgrund der qualitativ orientierten Ganzschichtbeobachtungen zeigten sich durchwegs Probleme in Bezug auf die Schnittstellenqualität.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse – ausführlicher dargestellt in Ulich & Peter (2003) und Ulich (2010, 2011) – wurden u. a. Möglichkeiten einer Verbesserung der Effektivität durch Abbau überflüssiger und Umverteilung nicht ärztlicher Tätigkeiten geprüft und zu diesem Zweck das neue Berufsbild ‚Patientenadministrationsmanager‘ (PAM) entwickelt. Die erarbeiteten Maßnahmen wurden anschließend in vier Modellkliniken versuchsweise eingeführt. Da es für die weitere Entwicklung als höchst bedeutsam erachtet wurde, dass das Wissen der externen ExpertInnen möglichst umfassend an interne Instanzen weitergegeben wird, waren in jeder der Modellkliniken ein oder zwei als „interne Change Agents“ wirkende Assistenz- bzw. OberärztInnen für die Einführung der Veränderungen verantwortlich; sie wurden jeweils

Tabelle 3: Anzahl der Regulationsbehinderungen bei Assistenz- und OberärztInnen in einem schweizerischen Universitätsspital pro beobachtete Schicht (n = 10) (nach Wülser, Ostendorp, Sibilia & Ulich 2007)

	OA*	OA	OA	OA	OA	AA*	AA	AA	AA	UA
Unterbrechungen durch Piepser	12	4	3	11	13	11	10	5	31	2
Arbeitsablaufbedingte Wartezeiten	5	8	4	12	11	10	4	15	20	9
Regulationshindernisse	3	6	5	6	14	10	13	1	9	5
Anzahl Störungen	20	18	13	29	38	31	27	21	60	16

* AA: AssistenzärztInnen; * OA: OberärztInnen

EU-Norm für Merkmale gut gestalteter Arbeitsaufgaben

Die Entlastung durch Patientenadministrationsmanager wurde mehrheitlich als positiv erlebt

Das Projekt war erfolgreich hinsichtlich der Reduzierung der Arbeitszeiten und der Fehlbeanspruchungen

Eine menschengerechte Gestaltung des Arbeitslebens erfordert besonderes Augenmerk für die Aufgabengestaltung

von einer Mitarbeiterin der mit der Analyse und Begleitung beauftragten Institution als „externer Change Agent“ begleitet.

Die nach sechs Monaten vorgenommene Evaluation in den Modellkliniken ergab nach Einschätzung der einbezogenen AA und OA u. a. eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeiten in der Dermatologie und der Radiologie um 4 bis 5 Stunden, in der Allgemeinchirurgie um mehr als 8 Stunden; in der medizinischen Klinik konnten derartige Effekte innerhalb dieses Zeitraums noch nicht beobachtet werden. Die durch die Arbeit der PAM möglich gewordene Entlastung wurde mehrheitlich positiv erlebt. Die kritischen Werte für emotionale Erschöpfung reduzierten sich deutlich, für die Klientenaversion ergaben sich keine einheitlichen Entwicklungen. Allerdings ist auch nicht zu erwarten, dass über längere Zeiträume entstandene aversive Tendenzen sich in relativ kurzer Zeit auflösen.

Das hier skizzierte Projekt darf insgesamt und hinsichtlich der angestrebten Reduzierung der Arbeitszeiten und der Fehlbeanspruchungen als erfolgreich bezeichnet werden. Beleg dafür sind nicht zuletzt die seither erfolgten und explizit darauf bezogenen Anfragen anderer Krankenhäuser. Zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren gehörte die Gründlichkeit der Analyse, insbesondere der aufwändigen Tätigkeitsbeobachtungen. Ein weiterer bedeutsamer Erfolgsfaktor war die Zusammensetzung der Steuerungsgruppe, in der im Sinne einer Beteiligungsorientierung alle betroffenen Gruppen vertreten waren und die von einem auch unter seinen KollegInnen sehr angesehenen Chefarzt als dem eigentlichen Machtpromotor geleitet wurde.

Menschengerechte Arbeitsgestaltung

In der Arbeitspsychologie ist die Rede vom ‚Primat der Aufgabe‘ (Ulich 2011). Die Arbeitsaufgabe verknüpft das soziale mit dem technischen Teilsystem und verbindet den Menschen mit den organisationalen Strukturen. Unter dem Aspekt der menschengerechten Gestaltung des Arbeitslebens kommt der Aufgabengestaltung deshalb hervorragende Bedeutung

zu. Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Die weitgehende Akzeptanz des in Tabelle 4 wiedergegebenen Satzes persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabenmerkmale lässt sich nicht zuletzt daran ablesen, dass er sich nahezu vollständig in der Europäischen Norm EN 614-2 wiederfindet (Kasten 1).

Kasten 1: Merkmale gut gestalteter Arbeitsaufgaben nach EN 614-2 (aus: Deutsches Institut für Normung 2008, S. 6 f.)

„Im Gestaltungsprozess muss der Konstrukteur

- a) die Erfahrung, Fähigkeiten und Fertigkeiten der bestehenden oder zu erwartenden Operatorenpopulation berücksichtigen ...
- b) sicherstellen, dass die durchzuführenden Arbeitsaufgaben als vollständige und sinnvolle Arbeitseinheiten mit deutlich identifizierbarem Anfang und Ende erkennbar sind und nicht einzelne Fragmente solcher Aufgaben darstellen ...
- c) sicherstellen, dass durchgeführte Arbeitsaufgaben als bedeutsamer Beitrag zum Gesamtergebnis des Arbeitssystems erkennbar sind ...
- d) die Anwendung einer angemessenen Vielfalt von Fertigkeiten, Fähigkeiten und Tätigkeiten ermöglichen ...
- e) für ein angemessenes Maß an Freiheit und Selbständigkeit des Operators sorgen ...
- f) für ausreichende, für den Operator sinnvolle Rückmeldungen in Bezug auf die Aufgabendurchführung sorgen ...
- g) ermöglichen, vorhandene Fertigkeiten und Fähigkeiten auszuüben und weiterzuentwickeln, sowie neue zu erwerben ...
- h) Über- und Unterforderung des Operators vermeiden, die zu unnötiger oder übermäßiger Beanspruchung, Ermüdung oder zu Fehlern führen kann ...
- i) repetitive Aufgaben vermeiden, die zu einseitiger Arbeitsbelastung und somit zu körperlichen Beeinträchtigungen sowie zu Monotonie- und Sättigungsempfindungen, Langeweile oder Unzufriedenheit führen können ...
- j) vermeiden, dass der Operator alleine, ohne Gelegenheit zu sozialen und funktionalen Kontakten arbeitet ...

Diese Merkmale gut gestalteter Arbeitsaufgaben der Operatoren dürfen bei der Gestaltung von Maschinen nicht verletzt werden.“

Unter den genannten Aufgabenmerkmalen kommt der Ganzheitlichkeit bzw. Vollständigkeit insofern zentrale Bedeutung zu, als die Möglichkeit der Erfüllung einer Reihe der anderen Merkmale durch den Grad der Aufgabenvollständigkeit mit bedingt ist.

Tabelle 4: Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung (aus Ulich 2011, S. 206)

Gestaltungsmerkmal	Angenommene Wirkung	Realisierung durch ...
Vollständigkeit	• Mitarbeiter erkennen Bedeutung und Stellenwert ihrer Tätigkeit • Mitarbeiter erhalten Rückmeldung über den eigenen Arbeitsfortschritt aus der Tätigkeit selbst	... Aufgaben mit planenden, ausführenden und kontrollierenden Elementen und der Möglichkeit, Ergebnisse der eigenen Tätigkeit auf Übereinstimmung mit gestellten Anforderungen zu prüfen
Anforderungsvielfalt	• Unterschiedliche Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten können eingesetzt werden • Einseitige Beanspruchungen können vermieden werden	... Aufgaben mit unterschiedlichen Anforderungen an Körperfunktionen und Sinnesorgane
Möglichkeiten der sozialen Interaktion	• Schwierigkeiten können gemeinsam bewältigt werden • Gegenseitige Unterstützung hilft Belastungen besser zu ertragen	... Aufgaben, deren Bewältigung Kooperation nahelegt oder voraussetzt
Autonomie	• Stärkt Selbstwertgefühl und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung • Vermittelt die Erfahrung, nicht einfluss- und bedeutungslos zu sein	... Aufgaben mit Dispositions- und Entscheidungsmöglichkeiten
Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten	• Allgemeine geistige Flexibilität bleibt erhalten • Berufliche Qualifikationen werden erhalten und weiterentwickelt	... problemhaltige Aufgaben, zu deren Bewältigung vorhandene Qualifikationen eingesetzt und erweitert bzw. neue Qualifikationen angeeignet werden müssen
Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit	• Wirkt unangemessener Arbeitsverdichtung entgegen • Schafft Freiräume für stressfreies Nachdenken und selbst gewählte Interaktionen	... Schaffen von Zeitpuffern bei der Festlegung von Vorgabezeiten
Sinnhaftigkeit	• Vermittelt das Gefühl, an der Erstellung gesellschaftlich nützlicher Produkte beteiligt zu sein • Gibt Sicherheit der Übereinstimmung individueller und gesellschaftlicher Interessen	... Produkte, deren gesellschaftlicher Nutzen nicht in Frage gestellt wird ... Produkte und Produktionsprozesse, deren ökologische Unbedenklichkeit überprüft und sichergestellt werden kann

Das Erleben von Stress hängt von der Aufgabengestaltung ab

Die Bedeutung inadäquater Aufgabengestaltung für die Entwicklung von Fehlbeanspruchungen ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt. So fanden Richter und Uhlig (1998, S. 413), „dass das Erleben von Stress abhängig ist von der Aufgabengestaltung. Bei unvollständigen Aufgabenstrukturen ist das Erleben von Stress signifikant erhöht. Insbesondere für ältere Beschäftigte konnte gezeigt werden, dass eine Erweiterung des Arbeitsinhaltes auf der Dimension der sequentiell-zyklischen Vollständigkeit das Stresserleben entscheidend zu vermindern vermag.“

Am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen lässt sich die gesundheitliche Relevanz der Aufgabengestaltung exemplarisch aufzeigen. Diese Erkrankungsformen stehen in den europäischen In-

dustrieländern an erster Stelle der Ursachen für krankheitsbedingte Fehltag. Gründe dafür sind einerseits in Bewegungsmangel und lang andauernder einseitiger körperlicher Belastung zu suchen, wie sie in zahlreichen Fällen, etwa bei Bildschirmarbeit, vorzufinden sind. Andererseits spielen in diesem Zusammenhang offensichtlich auch Merkmale wie Aufgabenvollständigkeit und Autonomie eine bedeutsame Rolle.

So konnte Lundberg (1996) zeigen, dass Muskel-/Skeletterkrankungen in Gruppenarbeitsstrukturen mit entsprechender Autonomie weniger häufig auftraten als in arbeitsteiligen Arbeitsstrukturen, in denen die gleichen Produkte bzw. Dienstleistungen zu erstellen waren. Auch zeigte sich, dass physiologische Belastungsreaktionen und Selbsteinstufun-

Bedeutung der Aufgabengestaltung für Muskel- und Skeletterkrankungen

Zuwachs an Autonomie und Kontrolle über die eigenen Arbeitsbedingungen

Arbeit in teilautonomen Gruppen

Schaffung von Tätigkeitsspielräumen

Brücke zwischen den für viele Menschen gedachten Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und den individuell unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen einzelner Menschen

Angebot verschiedenartiger Arbeitsstrukturen als Prinzip menschengerechter Arbeitsgestaltung

gen der erlebten Ermüdung in den arbeitsteiligen Strukturen während des Schichtverlaufes zunahmen und ihren Gipfel am Ende der Schicht erreichten, während in der flexiblen Gruppenarbeitsstruktur „a moderate and more stable level throughout the shift“ gefunden wurde (Lundberg, 1996). Schließlich fanden Melin et al. (1999) in einer Untersuchung von Beschäftigten, die in unterschiedlichen Produktionsstrukturen das gleiche Produkt montierten, bei der Arbeit in teilautonomen Gruppen im Vergleich zur partialisierten Arbeit von Beginn bis Ende der Schicht die günstigeren physiologischen Kennwerte und nach der Schicht die bessere Erholungsfähigkeit.

Die Forderung nach Schaffung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitstätigkeiten erfordert ein Vorgehen, das wir als *prospektive Arbeitsgestaltung* bezeichnen. Prospektive Arbeitsgestaltung meint die gedankliche Vorwegnahme von Möglichkeiten der Entwicklung der Persönlichkeit und ihrer Gesundheit im Stadium der Planung bzw. des Entwurfs – oder der Neustrukturierung – von Arbeitssystemen durch Schaffung objektiver Tätigkeitsspielräume, die von den Beschäftigten in unterschiedlicher Weise genutzt werden können.

Differentielle Arbeitsgestaltung

Differentielle Arbeitsgestaltung meint das Angebot unterschiedlicher Arbeitsstrukturen für die Erzeugung identischer Produkte oder Dienstleistungen, zwischen denen die Beschäftigten wählen können (Ulich 1978, 2011). Damit kann eine Annäherung an die optimale Entwicklung der Persönlichkeit in der Auseinandersetzung mit ihren Arbeitsaufgaben unter Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen erreicht werden. Um auch Entwicklungen über die Zeit gerecht werden und einem Lernfortschritt der Beschäftigten Rechnung tragen zu können, ist das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung zu ergänzen durch das *Prinzip der dynamischen Arbeitsgestaltung*. Damit ist die Möglichkeit der Veränderung bzw. Erweiterung bestehender oder der Schaffung neuer Arbeitsstrukturen gemeint.

Die Möglichkeit, zwischen Alternativen wählen und die Wahl gegebenenfalls korrigieren zu können, bedeutet einerseits eine

Abkehr von der Suche nach dem „einen richtigen Weg“ für die Gestaltung von Arbeitstätigkeiten und Arbeitsabläufen, andererseits einen erheblichen Zuwachs an Autonomie und Kontrolle über die eigenen Arbeitsbedingungen. Fallbeispiele mit Berichten über positive Wirkungen der Realisierung des Konzepts der differentiellen Arbeitsgestaltung finden sich für die Montage von Haushaltsgeräten bei Zink (1978), für die Flachbaugruppenfertigung bei Zülch & Starringer (1984) sowie Grob (1985), für die Schreibmaschinenmontage bei Ulich (2011). Abholz et al. (1981, S. 197) schrieben dem Konzept „eine erhebliche Ausstrahlung auf die zukünftige Arbeitsgestaltung“ zu, während Grob und Haffner (1982, S. 29) in den ‚Planungsleitlinien Arbeitsstrukturierung‘ für die Siemens AG postulierten, den Beschäftigten müsse „eine breite Palette unterschiedlicher Arbeitsstrukturen angeboten werden.“ Nach den Erfahrungen aus mehreren Projekten hat sich unter den geprüften Alternativen die differentielle Arbeitsgestaltung „als die beste Lösung herausgestellt ..., weil sie sowohl die monetären als auch die nicht monetären Zielkriterien am besten erfüllt“ (Zülch & Starringer 1984, S. 213). So zeigte sich nicht nur eine Verbesserung der Motivation und eine Verminderung einseitiger Beanspruchungen, sondern auch „eine Senkung der Durchlaufzeiten und der Werkstattbestände auf jeweils die Hälfte des vorhergehenden Wertes“ (a.a.O., S. 215). Zusätzlich konnten die Autoren die Anwendbarkeit des Konzepts der differentiellen Arbeitsgestaltung auf Fertigungssysteme mit unterschiedlichem Technisierungsgrad belegen. Ganz *allgemein* gilt, dass mit der differentiellen Arbeitsgestaltung eine Brücke hergestellt werden kann „zwischen den für viele Menschen gedachten Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und den individuell unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen einzelner Menschen“ (Hacker 1998, S. 777).

Damit wird das Angebot verschiedenartiger Arbeitsstrukturen zu einem bedeutsamen Prinzip menschengerechter Arbeitsgestaltung. Für Bamberg und Metz (1999, S. 192) ist differentielle Arbeitsgestaltung zugleich eine Möglichkeit, die salutogenen Potenziale von Arbeitstätigkeiten „für jeden Beschäftigten zu erschließen“ und damit auch Schnittstelle „zwischen bedingungs- und personenbe-

Schnittstelle zwischen bedingungs- und personenbezogenen gesundheitsförderlichen Interventionen

Persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung kann dem vorzeitigen Altern entgegenwirken

Unternehmen mit lernförderlichen Arbeitsplätzen sind erfolgreicher

Merkmale nicht altersgerechter Arbeitsgestaltung finden sich vor allem in Betrieben mit weitgehend arbeitsteiligen Strukturen

zogenen gesundheitsförderlichen Interventionen“. Nach Kruse und Packebusch (2006, S. 445) schließlich „müssen die Leitlinien für die altersngerechte Arbeitsgestaltung in stärkerem Maße an den Prinzipien der differentiellen und dynamischen Arbeitsgestaltung (Ulich 2001) ausgerichtet werden, um eine größere Schwankungsbreite der individuellen Leistungsvoraussetzungen und einen größeren Wandel des Arbeitsvermögens zu berücksichtigen.“

Altersngerechte Aufgaben-gestaltung

Zu den großen Herausforderungen, mit denen Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie derzeit konfrontiert sind, gehört der adäquate Umgang mit dem sogenannten demografischen Wandel. Um dieser Herausforderung zu begegnen, wird immer wieder eine *altersngerechte* Arbeitsgestaltung gefordert. Dabei wird zumeist übersehen, dass eine menschengerechte, d. h. persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung auch vorzeitigem Altern entgegenwirken kann, dass es eigentlich also um *altersngerechte* Arbeitsgestaltung geht. So bestätigen die Untersuchungen von Warr (1995) sowie von Schooler, Mulu und Oates (1999) frühere Ergebnisse, denen zufolge der Einfluss anspruchsvoller Arbeitstätigkeiten auf die geistige Leistungsfähigkeit mit dem Alter noch zunimmt. Und nach Behrens (2004, S. 261) gilt: „Die Ungleichheit der Chance, länger erwerbstätig zu sein ... scheint fast ausschließlich reproduziert zu werden durch

- den Zuschnitt von Tätigkeiten, die sich als qualifikatorische und gesundheitliche Sackgassen erweisen, und
- durch die Zuweisung von Personen zu diesen Tätigkeiten nach schulischen Abschlüssen, Ausbildung und Region.“

Merkmale nicht altersngerechter Arbeitsgestaltung finden sich vor allem in Betrieben mit weitgehend arbeitsteiligen Strukturen, daraus resultierenden einseitigen Belastungen und ohne Möglichkeit, sich durch lernhaltige Arbeitstätigkeiten weiterzuentwickeln.

In diesem Zusammenhang ist auch die Rede vom „menschgemachten“ Altern (vgl. Kasten 2).

Kasten 2: Biologisches und menschgemachtes Altern

„Die Lebens- und die Arbeitsbedingungen können das Altern beschleunigen (man kann voraltern) oder im Idealfall auch verzögern... Danach muss das kalendarische Alter vom biologischen unterschieden werden. Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen, beispielsweise neurotoxische Gase in der Atemluft, beschleunigen das Altern. So können exponierte 30-Jährige das biologische Alter nicht exponierter 45-Jähriger und deren geringe körperliche und teilweise auch geistige Leistungsfähigkeit haben. Im Prinzip könnten umgekehrt auch gesundheitsfördernde und trainierende Arbeitsprozesse altersngerechte Leistungsrückgänge verzögern; derzeit scheinen in der Mehrzahl von Arbeitsprozessen voralternde Arbeitsbedingungen noch zu überwiegen“ (Hacker 2004, S. 164)

Im Umkehrschluss gilt: „Lernen in Tätigkeiten mit Lernpotenzialen kann nicht nur das Hinzulernen neuer Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten oder Einstellungen ermöglichen, sondern auch das Erhalten dieser Leistungsvoraussetzungen gegen ihren altersngerechten Verlust“ (Hacker 2004, S. 169). Damit stimmt auch die Feststellung von Semmer und Richter (2004, S. 112) überein, der zufolge „Erwerb, Gebrauch und Entwicklung von Kompetenzen [...] die beste Grundlage für eine gute Leistung im Alter sind [...]“. Schließlich gilt, dass Menschen, von denen in fortgeschrittenem Alter eine Qualifizierung erwartet wird, zumindest nicht vorgealtert sein sollten.

Dass dies auch für die Unternehmen von erheblichem Interesse sein müsste, zeigen Ergebnisse der von Frieling, Bernard, Bigalk und Müller (2006) mit dem Lernförderlichkeitsinventar (LFI) durchgeführten Untersuchungen. Hier konnte nicht nur nachgewiesen werden, „dass die Unternehmen bei vergleichbarer Technik erhebliche Spielräume haben, Arbeitstätigkeiten lernförderlich zu gestalten“ (a.a.O., S. 228), sondern auch, „dass Unternehmen mit lernförderlichen Arbeitsplätzen auch die erfolgreicher sind“ (Bernard 2005, S. 97). Bergmann, Eisfeldt, Prescher & Seeringer (2006, S. 25) konnten darüber hinaus einen positiven Zusammenhang zwischen der Lernhaltigkeit der Arbeitsaufgaben und der Innovationsaktivität aufzeigen. Dass die Merkmale von Aufgaben mit Lernpotenzialen weitgehend identisch sind mit denen vollständiger Aufgaben, wurde verschiedentlich betont.

Phänomen „Präsentismus“

Vereinbarkeit von Berufs- und Familien- leben

Gesundheitliche Beein- trächtigungen durch hohe Flexibilität der Arbeitszeiten ohne Möglichkeit der Einflussnahme

Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang schließlich die Befunde über mögliche Auswirkungen von länger ausgeübten Arbeitstätigkeiten auf Ruhestandspläne (Abraham & Hoefelmayr-Fischer 1982, Richter 1993). „Die am wenigsten differenzierten Zukunftskonzepte im höheren Lebensalter fanden wir bei Beschäftigten mit restriktiven, anforderungsarmen Arbeitsaufgaben“ (Richter a.a.O., S. 40).

Planbarkeit als wichtige Rahmen- bedingung

Mit der Zunahme prekärer Arbeitsformen wie Leiharbeit, kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit (KAPOVAZ) oder die Segmentierung der Belegschaften in Stamm- und Randbelegschaften verändern sich gesellschaftliche Rahmendingungen, die nicht zuletzt für die ‚life domain balance‘ (Ulich & Wiese 2011) bzw. die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben von entscheidender Bedeutung sind.

Mangelnde Planbarkeit und eingeschränkte Möglichkeiten der Selbstregulation sind nicht zuletzt Kennzeichen mancher neuer Formen der Flexibilisierung betrieblicher Arbeitszeiten. „Die Beschäftigten haben wenig Einfluss auf ihre Arbeitszeitpläne, ihre Arbeitseinsätze sind häufig kurzfristig, ent-rhythmisiert und wenig planbar. Dies führt zu einer Zerstückelung des familialen Alltags. Familienleben muss quasi auf Knopfdruck und verdichtet stattfinden, wenn gerade Zeit dafür ist“ (Jurszyk 2008, S. 3). Die Ergebnisse des 2005 durchgeführten vierten European Working Conditions Survey bestätigen, „that workers who report frequent changes, given at short notice, to their working schedule are less satisfied with their work-life balance (Riso 2007, p. 6).

Untersuchungen von Janßen und Nachreiner (2005, S. 305 ff.) belegen darüber hinaus, dass eine hohe Flexibilität der Arbeitszeiten ohne Möglichkeit der Einflussnahme und daraus resultierende Vorhersehbarkeit zu ähnlichen psychosozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen – „besonders im Bereich der Schlafstörungen und der gastrointestinalen Beschwerden“ – führen kann wie sie aus der Schichtarbeitsforschung bekannt sind.

Ein Postulat anstelle eines Fazits

Wenn es um die menschengerechte Gestaltung des Arbeitslebens geht, sind Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie gefordert, manche Fragen gemeinsam zu stellen und manche Probleme gemeinsam zu lösen. Dies betrifft den Zugang zum betrieblichen Arbeitsschutz und zur Gesundheitsförderung allgemein, lässt sich aber auch an vielen konkreten Problemen aufzeigen. Dazu gehört auch das neuerdings vielfach diskutierte Phänomen des Präsentismus. Zok (2008, S. 141) berichtet über „ein hohes Ausmaß an Präsentismus in deutschen Unternehmen.“ In diesem Zusammenhang ist z. B. zu prüfen, inwieweit identifizierbare betriebliche Vorgehensweisen wie die Ablösung der Fehlzeitenquote durch Einführung einer Anwesenheitsquote – die auch als Gesundheitsstand ausgegeben wird – oder ein missverständliches Absenzenmanagement den Präsentismus zumindest unterstützen. Auch andere Faktoren wie überlange Arbeitszeiten, Schichtarbeit oder Zeitdruck können den Präsentismus begünstigen (Hansen & Andersen 2008, 2009). Dass die Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes eine Rolle spielt, ist ebenfalls kaum zu übersehen (Schmidt & Schröder 2010). Nicht auszuschließen ist aber auch, dass mit der mit persönlichkeitsförderlicher Aufgabengestaltung verbundenen Übernahme von Verantwortung eine Tendenz zum Präsentismus gefördert wird (vgl. Kasten 3). Deshalb ist es erforderlich, für die Realisierung derartiger Konzepte entsprechende Regeln zu vereinbaren.

Kasten 3: Mögliche Gründe für Präsentismus (aus: Ulich 2011, S. 560)

- Einen Arbeitsauftrag bzw. eine Arbeitsaufgabe zu Ende führen wollen
- Die ArbeitskollegInnen nicht im Stich lassen wollen
- Auf die Zielgruppen der Tätigkeit bezogene Verantwortung wahrnehmen wollen
- Vorgesetzte nicht enttäuschen wollen
- Erlebter Wertschätzung gerecht werden wollen
- Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit vor sich selbst nicht zugeben bzw. sich selbst volle Leistungsfähigkeit beweisen wollen
- Nicht als ‚psychisch krank‘ gelten wollen
- Einer anderweitigen, z. B. familiären, Belastung entfliehen wollen
- Auf mit der Arbeit verbundene Kommunikationsmöglichkeiten nicht verzichten wollen
- Den Arbeitsplatz nicht verlieren wollen.

Die Kosten von Präsentismus übersteigen die Kosten, die als Folge von Krankmeldungen entstehen

Mehrfach wird auch darauf hingewiesen, dass Präsentismus in der Folgezeit zur Erhöhung sowohl der Fehlzeitenquoten als auch der Fehlzeitendauer führen kann. Einige Untersuchungsergebnisse belegen zudem, dass die Kosten von Präsentismus deutlich – nach einzelnen Untersuchungen um ein Mehrfaches – höher ausfallen können als die, die als Folge von Krankmeldungen entstehen. Folgt man Badura, so wird „Präsentismus das zentrale Problem betrieblicher Gesundheitspolitik in alternden Gesellschaften darstellen“ (Badura 2010, S. 8). Damit wird der Präsentismus wie manche andere, längst bekannte Probleme auch zu einer bemerkenswerten Herausforderung für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit von Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie.

Literatur

- Abraham, E. & Hoefelmayr-Fischer, K. E. (1982). Auswirkungen der früheren Arbeitstätigkeit auf den Ruhestand. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 2, 53–72.
- Bamberg, E. & Metz, A.-M. (1998). Intervention. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 177–209). Göttingen: Angewandte Psychologie.
- Baumgartner, C. & Udris, I. (2006). Das „Zürcher Modell“ der Arbeitszufriedenheit. – „still going strong“. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde*. 2. Auflage (S. 111–134). Göttingen: Hogrefe.
- Behrens, J. (2004). Betriebliche Strategien und demographische Folgen. Die komprimierte Berufsphase. *Arbeit* 13, 248–263.
- Bergmann, B., Eisfeldt, D., Prescher, C. & Seeringer, C. (2006). Innovationen – eine Bestandsaufnahme bei Erwerbstätigen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 60, 17–26.
- Bernard, H. (2005). Lernen am Arbeitsplatz fördern – wie geht das? In Bericht über den 51. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft ‚Personalmanagement und Arbeitsgestaltung‘ (S. 97–100). Dortmund: GfA-Press.
- Bruggemann, A. (1974). Zur Unterscheidung verschiedener Formen von „Arbeitszufriedenheit“. *Arbeit und Leistung*, 28, 281–284.
- Bruggemann, A., Groskurth, P. & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit. Schriften zur Arbeitspsychologie* (Hrsg. E. Ulich), Band 17. Bern: Huber.
- Deutsches Institut für Normung: Sicherheit von Maschinen – Ergonomische Gestaltungsgrundsätze – Teil 2: Wechselwirkungen zwischen der Gestaltung von Maschinen und den Arbeitsaufgaben; Deutsche Fassung EN 614-2: 2000+A1: 2008. Berlin: Beuth.
- Dunkel, H. & Resch, M.G. (2010). *Arbeitsanalyse*. In U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.), *Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 1*. (S. 1111–1158). Göttingen: Hogrefe.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). *Managing musculoskeletal disorders*. Dublin: Eurofound.
- Fischer, L. (1989). *Strukturen der Arbeitszufriedenheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Frieling, E., Bernard, H., Bigalk, D. & Müller, R. F. (2006). *Lernen durch Arbeit. Entwicklung eines Verfahrens zur Bestimmung der Lernmöglichkeiten am Arbeitsplatz*. Münster: Waxmann.
- Füllekrug, B. (2008). *Arbeitszeitkonforme und prozessorientierte Dienstmodelle für Ärzte an einem Universitätsklinikum: Das deutsche Krankenhaus vor dem Paradigmenwechsel*. In S. Nickel, B. Füllekrug & A. Trojan (Hrsg.), *Arbeitszeitgestaltung im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst des Krankenhauses. Herausforderungen, Modelle, Erfahrungen* (S. 5–66). München: Rainer Hampp.
- Glaser, J. & Höge, T. (2005). *Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit*. In B. Badura, H. Schellschmidt & Ch.Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen* (S. 51–64). Berlin: Springer.
- Grob, R. (1985). *Flexibilität in der Fertigung*. Berlin: Springer.
- Grob, R. & Haffner, H. (1982). *Planungsleitlinien Arbeitsstrukturierung*. Berlin, München: Siemens AG.
- Hacker, W. (2004). *Leistungs- und Lernfähigkeiten älterer Menschen*. In M. v. Cranach, H.-D. Schneider, R. Winkler & E. Ulich (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle* (S. 163–172). Bern: Haupt.
- Hansen, C. D. & Andersen, J. H. (2008). *Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?* *Social Science and Medicine* 67, 956–964.
- Hansen, C. D. & Andersen, J. H. (2009). *Sick at work – a risk factor for long-term sickness absence at a later date?* *Journal of Epidemiology and Community Health* 63, 397–402.
- Janßen, D. & Nachreiner, F. (2005). *Auswirkungen flexibler Arbeitszeiten in Abhängigkeit von ihrer Vorhersehbarkeit*. In Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), *Personalmanagement und Arbeitsgestaltung. Bericht zum 51. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft* (S. 305–308). Dortmund: GfA-Press.
- Jiménez, P. (2006). *Arbeitszufriedenheit als Mittlervariable in homöostatischen Feedbackprozessen. Eine kybernetische Perspektive*. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde*. 2. Auflage (S. 160–186). Göttingen: Hogrefe.
- Klotter, C. (1999). *Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheits-*

- förderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 23–61). Bern: Huber.
- Kruse, A. & Packebusch, L. (2006). Alter(n)sge-rechte Arbeitsgestaltung. In B. Zimolong & U. Konradt (Hrsg.), *Ingenieurpsychologie* (S. 425–458). Enzyklopädie der Psychologie, Serie III, Band 2 Göttingen: Hogrefe.
- Lundberg, U. (1996). Work, stress and musculo-skeletal disorders. In P. Ullsperger, M. Ertel & G. Freude (Hrsg.), *Occupational health and safety aspects of stress at modern workplaces* (S. 66–78). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, Tagungsbericht 11. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Melin, B., Lundberg, U., Söderlund, J. & Granqvist, M. (1999). Psychological and physiological stress reactions of male and female assembly workers: A comparison between two different forms of work organization. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 47–61.
- Oesterreich, R. & Geissler, H. (2002). Objective psychological stress factors – model and measurement. In C. Weikert, E. Torkelson & J. Pryce (Eds.), *Occupational health psychology. Empowerment, participation and health at work* (pp. 140–143). Nottingham: I-WHO Publications.
- Peter, S. & Ulich, E. (2003). Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie im Krankenhaus und Arztpraxis* (S. 75–98). Schriften zur Arbeitspsychologie, Band 61. Bern: Huber.
- Riso, S. (2007). Die Auswirkungen des Wandels in der Arbeitswelt auf das wiederholte Auftreten von Muskel- und Skelett-Erkrankungen. *Magazine 10* (Magazin der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), 3–7.
- Rosenstiel, L.v. (2007). *Grundlagen der Organisationspsychologie*. (6. Auflage). Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Schmidt, J. & Schröder, H. (2010). Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schröder, J. & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern* (S. 93–100). Berlin: Springer.
- Schooler, C., Mulatu, M. S. & Oates, G. (1999). The continuing effects of substantively complex work on the intellectual functioning of older workers. *Psychology and Aging*, 14, 483–506.
- Ulich, E. (1957). Zur Frage der Belastung des arbeitenden Menschen durch Nacht- und Schichtarbeit. *Psychologische Rundschau*, 8, 42–61.
- Ulich, E. (1978). Über das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung. *Industrielle Organisation*, 47, 566–568.
- Ulich, E. (2010). Arbeit und Befinden von Ärzten und Prinzipien gesundheitsorientierter Arbeitsgestaltung im Krankenhaus. In P. Angerer & F.W. Schwartz (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (S. 345–358). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie* (7. Auflage). Zürich: vdf Hochschulverlag/ Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Ulich, E. & Wiese, B.S. (2011). *Life Domain Balance. Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität*. Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2010). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (4. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Warr, P. (1995). In what circumstances does job performance vary with age? In J. M. Peiro, F. Orieto, J. L. Melia & O. Luque (Eds.), *Work and organizations psychology: Contribution of the nineties* (pp. 1–13). London: Taylor & Francis.
- Wülser, M., Ostendorp, C., Sibilia, A. & Ulich, E. (2007). Analyse der Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen in der Klinik für Neurochirurgie in einem schweizerischen Universitätsspital. Interner Bericht. Zürich: Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung.
- Zink, K. (1978). Zur Begründung einer zielgruppenspezifischen Organisationsentwicklung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 32, 42–48.
- Zok, K. (2008). Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In B. Badura, H. Schröder & Ch. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007 „Arbeit Geschlecht und Gesundheit“* (S. 121–144). Heidelberg: Springer.
- Zülch, G. & Starringer, M. (1984). Differentielle Arbeitsgestaltung in Fertigungen für elektronische Flachbaugruppen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 38, 211–216.



BETTINA LAMPERT
UNIVERSITÄTSKLINIK
FÜR PSYCHOSOMATI-
SCHE MEDIZIN UND
PSYCHOTHERAPIE
AM HOCHSTRÄSS 8
89081 ULM
DEUTSCHLAND
MAIL: BETTINA.
LAMPERT@
UNIKLINIK-ULM.DE

Interaktion als Arbeit

Hohe emotionale Beteiligung

DETACHED CONCERN – EINE EMOTIONS- REGULIERENDE BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIE

Arbeitspsychologische Konzeption und Studie I

Einleitung

Die zunehmende Bedeutung von Dienstleistungsarbeit wird in Österreich aktuell am Beispiel des rasch wachsenden Pflegebereichs, der starken Nachfrage von qualifizierten Pflegekräften und dem damit verbundenen vielfach diskutierten „Pflegenotstand“ erkennbar. Personenbezogene Dienstleistungen (Gesundheitswesen, Erziehung und Bildung, Soziale Dienste) als Teil des kontinuierlich wachsenden Tertiär- bzw. Dienstleistungssektors zeichnen sich durch die Arbeit mit und am Menschen aus. In Österreich lag der Anteil der insgesamt 4.09 Millionen Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor im vierten Quartal des Jahres 2008 laut Mikrozensus bei 68.2 % (Statistik Austria 2008). In diesem Zusammenhang ist die mit personenbezogener Dienstleistungsarbeit notwendig verbundene Interaktion zwischen Dienstleister bzw. Helfer und Patient/Klient und der Begriff der Interaktionsarbeit zu nennen. Interaktionsarbeit – Interaktion als Arbeit (Böhle & Glaser 2006) – stellt aus arbeitspsychologischer Perspektive eine zentrale Kernaufgabe personenbezogener Dienstleistungen dar. Analyse, Bewertung und Gestaltungsmaßnahmen in entsprechenden Arbeitsbereichen erfordern aufgrund ihres interaktiven Tätigkeitsinhalts die besondere Berücksichtigung spezifischer Interaktionscharakteristika. Entsprechend sind in der Arbeitswelt in Hinblick auf eine gute Versorgungsqualität von Patienten neben umfassenden fachlichen Kenntnissen der Dienstleister vermehrt interaktive Kompetenzen gefordert. Eine hohe emotionale Beteiligung der Dienstleister wird verlangt, die Bedürfnisse des Patienten müssen im Mittelpunkt stehen. Die Helfer sind nicht zuletzt aufgrund der daraus oftmals resultierenden, hohen emotionalen Belastungen ganz besonders gefährdet, Stress und Burnout zu erleiden (Le Blanc & Schaufeli 2008). Der Bezie-

hungsaspekt zwischen Helfern und Patienten, die Qualität und bedeutende Rolle von Emotionen und deren Regulation im Arbeitsgeschehen sind gerade mit Blick auf die psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz – heute an führender Stelle der arbeitsbedingten Belastungen (BKK 2010) – und die allgemein rasante Zunahme an psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt (vgl. Ulich & Wülser 2005) von zunehmender Bedeutung. Aufgrund der Nähe zum „Arbeitsgegenstand Mensch“ (Hacker 2009) sind folglich besonders auch interaktionsspezifische Bewältigungsstrategien bei Helfern in der Arbeit gefordert, um Fehlbeanspruchungen mit möglichen Folgen von Burnout und Einbußen der Versorgungsqualität entgegenzuwirken, sowie die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Dienstleister zu erhalten.

Mit „Detached Concern“ (Lief & Fox 1963; dt. Übersetzung: distanzierte Anteilnahme) wird in diesem Beitrag eine entsprechende Bewältigungsstrategie vorgestellt. Konzeption und empirische Belege für die gesundheitsförderliche Relevanz eines gelingenden „Detached Concern“ stehen dabei unter besonderer Berücksichtigung der Burnoutentwicklung im Vordergrund und werden in einem arbeitspsychologischen Kontext am Beispiel Altenpflege beschrieben.

Theoretischer Hintergrund – „Detached Concern“

In der Arbeit mit Patienten ist es allgemein, insbesondere jedoch in fordernden (emotionalen) Arbeitssituationen, von besonderer Bedeutung, sowohl die eigenen als auch die Gefühle des Patienten regulieren zu können, um weiterhin professionell handeln zu können. „Detached Concern“ kommt in der komplexen Arbeitsbeziehung und -situation zwischen Helfer und Patient eine professionelle,

Gefühlsarbeit

Empathische Anteil- nahme bei hinreichen- der Abgrenzungs- fähigkeit

Gefahr der Überidentifikation

emotionsregulierende Balancefunktion zu: die Arbeit mit Menschen soll empathisch und zugewandt ausgeführt werden, um somit dem Klienten und dessen Bedürfnissen möglichst „nah“ zu sein. Gleichzeitig sollte durch die Wahrung einer hinreichenden Abgrenzung zum Klienten das professionelle Handeln des Helfers unterstützt werden. Gelingt dieser dynamische Prozess, so fördert eine hohe empathische Anteilnahme die Helfer-Klient-Beziehung und trägt wesentlich zu einer guten Versorgungsqualität bei, während die Abgrenzungsfähigkeit emotionale Belastungen reduziert und die psychische Gesundheit des Helfers fördert. Die (Interaktions-)Arbeit kann somit für beide Seiten erfolgreich gestaltet werden. Der sehr bedeutsame Stellenwert von „Detached Concern“ wird in der Literatur besonders in Bezug zur Entstehung von Burnout hervorgehoben (vgl. z. B. Dormann & Zapf 2002; Fox 2006; Le Blanc et al. 2007; Maslach 1978a, 1982a, b, 1993; Maslach et al. 2001; Savicki & Cooley 1982; Schaufeli et al. 1993; Schaufeli & Enzmann 1998). Burnout beschreibt „einen chronischer Prozess des sich Entleerens, das Erschöpfen der eigenen körperlichen und seelischen Reserven. Sich selbst beim Versuch zerstören, unter Aufbietung aller Kräfte unrealistische Erwartungen zu verwirklichen“. (Freudenberger & Richelsen 1983, S. 38). Ein geringeres Erschöpfungsrisiko wird für Helfer angenommen, denen es gelingt, professionell zu handeln, indem sie empathisch zugewandt mit dem Patienten arbeiten, sich gleichzeitig jedoch auch hinreichend vom Patienten distanzieren können.

Empathische Anteilnahme (Concern) sowie die Abgrenzungsfähigkeit (Detachment) können im „Detached Concern“-Konzept als grundlegende Dimensionen und professionelle Arbeitsindikatoren aufgefasst werden (Lampert 2011). *Concern* wird in Anlehnung an Fox (2006) im Sinne des Sympathie-Konzepts (vgl. Davis 1983) als empathische Anteilnahme entsprechend eines affektiven Faktors verstanden. Dieser beinhaltet allgemein mitfühlende und anteilnehmende Reaktionen von Helfern gegenüber anderen Personen. Empathische Anteilnahme wird als *interaktionsspezifisches Arbeitsmittel* verstanden und dient als Instrument des

Wahrnehmens, Verstehens und Erkennens von emotionaler Befindlichkeit (vgl. Dunkel 1988) von Patienten. Das Wahrnehmen, Verstehen und Erkennen dieser emotionalen Befindlichkeit kann in einem ersten Schritt besonders bedeutsam sein, um Vertrauen in der Helfer-Patient-Beziehung aufzubauen, wichtige Krankheitsinformationen zu bekommen, Konflikten und Störungen vorzubeugen, um im weiteren Schritt die Behandlung ohne Erschwernisse oder Abwehr des Patienten durchführen zu können und den Arbeitsprozess zu erleichtern. So kann beispielsweise ein Patient, der sich in seiner Krankheit und emotionalen Befindlichkeit unverstanden fühlt, oder Angst vor bestimmten Behandlungen hat, aber kein Vertrauen um mit dem Helfer darüber zu sprechen, eine weitere Behandlung verweigern. Hiermit wird auch das Konzept der Gefühlsarbeit (Strauss et al. 1980) angesprochen, welche die Gefühle als ein Arbeitsinhaltschwerpunkt fokussiert, um die Arbeit mit Klienten erfolgreich und menschlich zu gestalten. Allgemein ist die empathische Anteilnahme als zentraler Bestandteil und notwendige Anforderung in der Arbeit mit Menschen zu sehen (vgl. Kalish 1971; Halpern 2001; Reynolds & Scott 1999; u. v. m.). Da die Interaktion sich durch gegenseitig beeinflussende Reaktionen der Interaktionspartner auszeichnet, wird angenommen, dass die empathische Anteilnahme der Pflegekraft als Reaktion auf den (negativen) Gefühlszustand des Klienten im Idealfall eine Handlung bzw. handlungsbezogene Reaktion (Hacker 2009) beim Helfer auslöst, um das Handeln so zu steuern, dass der Klient dadurch unterstützt wird. Im *empathischen Handeln* wird weiterführend ein Kernelement von Concern gesehen, da die empathische Anteilnahme Mercer und Reynolds (2002) zufolge nur dann wirksam werden kann, wenn sie in eine aktionale Komponente mündet. Einen Patienten lediglich in seinem körperlichen Schmerz bei der Untersuchung zu verstehen, nicht jedoch entsprechend sensibel bei der Abtastung oder dem Waschen auf gewisse Schmerzregionen einzugehen, ist wenig zielführend. Empathisch zu handeln birgt für den Helfer auch immer die Gefahr in sich, sich mit dem Patienten zu überidentifizieren, emotionale Belastungsreaktionen hervor-

Eine Grenze ziehen

Geeignete Studien stehen noch aus

Emotional belastende Gefühlszustände sollen in der Interaktionsarbeit vermieden werden

zurufen und unprofessionell zu handeln. Daher muss es ein Ziel des Helfers sein, sich neben der notwendigen Empathie in der Arbeit mit Menschen auch angemessen abgrenzen zu können.

Mit *Detachment* wird die Fähigkeit einer (inneren) Abgrenzung des Helfers gegenüber dem Patienten verstanden. Ziel der Abgrenzungsfähigkeit ist es, zwischen der eigenen Person und dem Klienten als Arbeitsgegenstand während des Arbeitsgeschehens „eine Grenze zu ziehen“ (Ergebnisse Interviews, Lampert 2011). Der Abgrenzungsfähigkeit kommt in der Arbeit mit Patienten eine regulierende Schutzfunktion aufseiten der Helfer zu, um emotionalen Beanspruchungsfolgen präventiv vorzubeugen, somit professionell arbeiten zu können und letztlich die eigene Arbeitsfähigkeit zu erhalten: „Es geht dabei um ein Abschirmen von Schwierigkeiten, Leid oder Aggressionen der Klienten als potentielle Gefährdungen des überlegten Handelns“ (Hacker 2009, S. 182). „Detachment“ ist nach Zapf (2002) als eine allgemein zweckdienliche Strategie zu sehen, um das Interaktionsgeschehen mit Klienten zu bewältigen und bezieht sich allgemein auf das Bestreben, emotional belastende Gefühlszustände zu vermeiden (Halpern 2001).

Beide Dimensionen können als zentrale Merkmale und Anforderungen zur Erfüllung des Arbeitsauftrags in personenbezogenen Dienstleistungen verstanden werden und werden im Konzept „Detached Concern“ konkret in Beziehung zueinander gesetzt, wie in Abbildung 1 grafisch veranschaulicht. Entsprechend können hieraus unterschiedliche (Im-)Balance-Konstellationen zwischen empathischer Anteilnahme und Abgrenzungsfä-

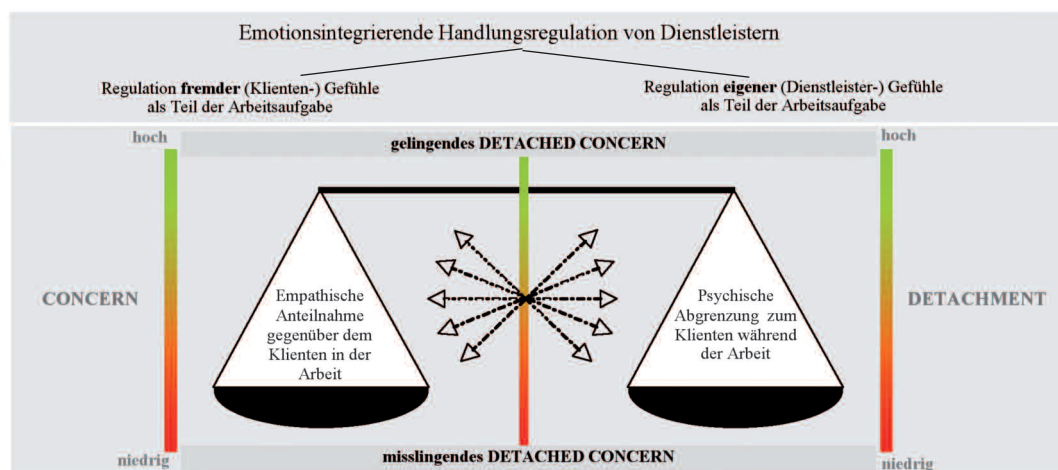
higkeit resultieren. Folgende Bedingungen werden für ein gelingendes „Detached Concern“ spezifiziert: (1) vorhandene Balance empathischer Anteilnahme und Abgrenzungsfähigkeit, (2) hohe empathische Anteilnahme als Ankerkomponente, wonach sich die Abgrenzungsfähigkeit ausrichtet: ohne ein hohes Ausmaß an empathischer Anteilnahme erscheint die Erfüllung des Arbeitsauftrags einer guten Arbeit mit und am Menschen unmöglich und würde am Wesen dieser Form von Arbeit vorbeigehen.

Im Spannungsfeld von „Nähe und Distanz“ in Helferberufen sollte ein gelingendes „Detached Concern“ sowohl dem Helfer als auch dem Patienten zugute kommen. Diese integrierende Annahme zeichnet den „Detached Concern“-Prozess im Vergleich zu anderen Konzepten besonders aus. Das Konzept ist weder in der Literatur hinreichend differenziert, noch in empirischen Studien in Hinblick auf den postulierende Erklärungsbeitrag bei der Entstehung von Burnout und den gesundheitsförderlichen Einfluss getestet worden. Nachfolgend werden daher erste empirische Belege der positiven Wirksamkeit eines gelingenden „Detached Concern“ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Pflegekräften im Rahmen einer empirischen Studie gegeben.

Methodisches Vorgehen

Design & Stichprobe – Auf Basis eines mixed-Method-Designs sind sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zur Erfassung von „Detached Concern“ im Berufsfeld der Altenpflege zum Einsatz gekommen. Die qualitativen Daten wur-

Abbildung 1: „Detached Concern“ (zweidimensional) – weiterentwickelte Darstellung des Balanceaktes (Lampert 2011, S. 205) zwischen Detachment und Concern unter Bezugnahme auf die emotionsintegrierende Handlungsregulation bei dialogisch-interaktiven Tätigkeiten (Hacker 2009, S. 194)



Deutlicher Zusammenhang zwischen Zeitdruck und emotionaler Erschöpfung

„Schwierige“ Klienten tragen zur emotionalen Beanspruchung von Pflegekräften bei

Empathische Anteilnahme und Abgrenzungsfähigkeit vermindern das Risiko für emotionale Erschöpfung

Abgestumpfter Umgang mit Patienten

den im Rahmen von problemzentrierten Interviews mit 16 Pflegekräften gewonnen und dienten als Grundlage für die Operationalisierung einer Skala zu „Detached Concern“. Insgesamt wurden weitere 692 Pflegekräfte (Alter: Mittelwert = 38,34 Jahre/Standardabweichung = 11,10; Geschlecht: 84,5 % weiblich, 14,4 % männlich, 1,1 % ohne Angaben) in Österreich und Deutschland in einer Vor- (N = 308) sowie Hauptstudie (N = 384) mittels Fragebogenerhebung befragt.

Erhebungsinstrumente – „Detached Concern“ wurde anhand der zweidimensionalen Skala zu „Detached Concern“ (Lampert 2011) erfragt. Zur Erfassung von Burnout (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, persönliche Erfüllung) kam die deutsche Version des Maslach Burnout Inventory (Büssing & Perrar, 1992) zum Einsatz. Mit dem Fragebogen zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustandes SF-12 (Bullinger & Kirchberger 1998) und der Irritationsskala (Mohr et al. 2005) wurden weitere Gesundheitsindikatoren gemessen und dienten einer zusätzlichen Überprüfung gesundheitsbezogener Wirkbereiche von „Detached Concern“. Als ausgewählte Arbeitsbedingungen wurden die Skalen Zeitdruck, bewohnerbezogene Stressoren und Tätigkeitsspielraum des TAA-Altenpflege (Glaser, Lampert & Weigl 2008) erfragt. Die internen Konsistenzen aller eingesetzten Verfahren (Cronbachs Alpha) lagen in einem Bereich von .72 bis .91 und wurden somit als befriedigend bis sehr gut bewertet.

Auswertungsmethoden – Zur statistischen Testung der folgend dargestellten Ergebnisse wurden zusammenfassend Strukturgleichungsmodelle, einfaktorielle Varianzanalysen und hierarchische Clusteranalysen sowie anschließende Clusterzentrenanalysen durchgeführt. Bei sämtlichen statistischen Berechnungen wurden die Programme SPSS 17 und Amos 17 angewendet.

Ergebnisse & Diskussion

Die Rolle von „Detached Concern“ bei der Entstehung von Burnout wurde systematisch in einem entsprechend theoretisch abgeleiteten Modell geprüft, welches auf den Grundannahmen des Burnout-Pro-

zessmodells nach Leiter (1993) beruht. Die Zusammenhänge klassischer, arbeitsbezogener Einflussmerkmale (Zeitdruck, bewohnerbezogene Stressoren, Tätigkeitsspielraum), der „Detached Concern“-Komponenten sowie der drei Burnoutdimensionen (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, persönliche Erfüllung) fanden in der statistischen Prüfung dieses Modells mittels AMOS Berücksichtigung.

(1) *Einflussfaktoren emotionale Erschöpfung* (44 % Varianzaufklärung): Zeitdruck korrelierte hochsignifikant mit der emotionalen Erschöpfung ($\beta = .42$, $p < .001$) und konnte als einflussreichster Stressor für emotionale Erschöpfung identifiziert werden. Dieses Ergebnis bestätigt die in verschiedenen Studien zu Burnout hinreichend belegte und bekannte Belastungsquelle des Arbeitsumfeldes. Ebenso konnte die emotionale Erschöpfung durch einen moderaten Einfluss vonseiten der bewohnerbezogenen Stressoren ($\beta = .22$, $p < .001$) erklärt werden. Demnach tragen „schwierige“ Bewohner, deren psychischer und/oder physischer Zustand aufgrund spezifischer Beeinträchtigungen besonders herausfordernd ist, zur emotionalen Beanspruchung der Pflegekräfte bei. Dies entspricht der Theorie von Maslach (1982a,b 1993), welche gerade in anspruchsvollen Klientenkontakten eine Hauptquelle für Burnout angenommen hat. Empathische Anteilnahme ($\beta = -.15$, $p < .01$) und die Fähigkeit, sich in der Arbeit emotional abgrenzen zu können ($\beta = -.14$, $p < .01$), zeigten einen signifikant negativen Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung auf, d.h. diese beiden Interaktionskomponenten tragen entsprechend der vorliegenden Ergebnisse in der Arbeit mit Menschen zur Verringerung von emotionaler Erschöpfung bei.

(2) *Einflussfaktoren Depersonalisation* (zynische, gefühllose und abgestumpfte Reaktionen auf Patienten): Der stärkste Prädiktor für die sehr hohe Varianzaufklärung der Burnoutdimension Depersonalisation (61 %) der Pflegekräfte wurde im Modell in einem sehr hoch ausgeprägten, positiven Einfluss der emotionalen Erschöpfung gefunden. Die emotionale Erschöpfung einer Pflegekraft trägt entscheidend zu einem gefühllosen und abgestumpften Umgang mit Patienten bei. Dieser Befund des starken Zusammenhangs der beiden

Emphatische Anteilnahme bewahrt vor Zynismus

Emphatische Anteilnahme als Indikator für berufliche Kompetenz

Identifizierung unterschiedlicher „Detached Concern“-Typen

Abbildung 2: Ergebnisse der „Gesundheitsmuster“ der vier identifizierten „Detached Concern“-Cluster hinsichtlich der Beanspruchungsindikatoren (einfaktorielle ANOVAs, Post-hoc: Scheffé; Z-Werte) (N=328)

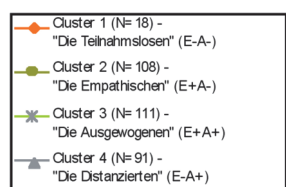
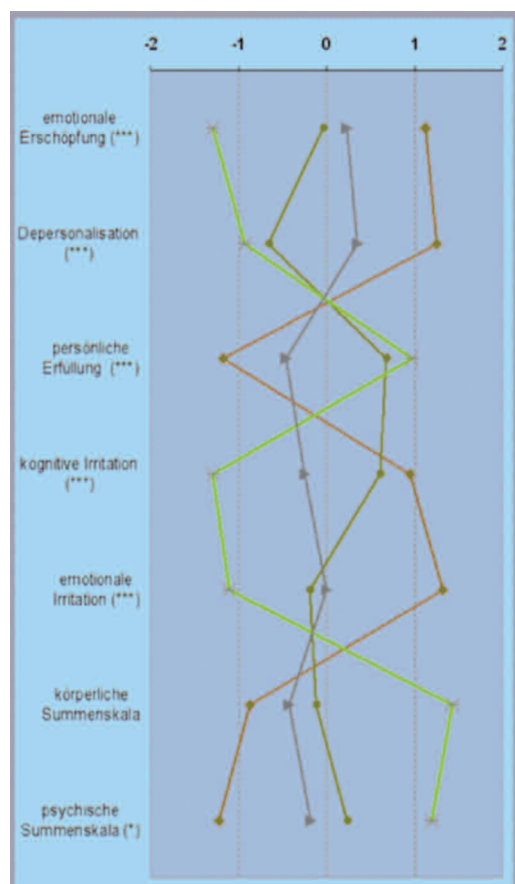
Kernaspekte von Burnout lässt sich konsistent in der Burnoutforschung wiederfinden (Maslach et al. 2008). Ferner ist das Ergebnis bemerkenswert, dass die empathische Anteilnahme neben der emotionalen Erschöpfung einen vergleichbar starken, hochsignifikant negativen Einfluss auf die Depersonalisation zeigt ($\beta = -.48, p < .001$). Für die Pflegekräfte bedeutet dies, je höher die empathische Anteilnahme in der Arbeit ausgeprägt ist, desto geringer ist das Risiko, depersonalisierte und zynische Haltungen gegenüber Patienten zu entwickeln.

(3) *Einflussfaktoren persönliche Erfüllung (Gefühl der Kompetenz und erfolgreichen Ausführung der Arbeit mit Menschen)*: Bei der dritten Burnoutdimension persönliche Erfüllung resultierte ebenfalls eine hohe Varianzaufklärung (48 %). Persönliche Erfüllung im Beruf kann einerseits auf den direkten positiven Effekt ($\beta = .27, p < .001$) des Tätigkeitsspielraums zurückgeführt werden. Dies entspricht wiederum bereits hinreichend belegten Resulta-

ten aus anderen Untersuchungen (vgl. Enzmann, 1996; Schaufeli & Enzmann 1998). Ein bemerkenswert starker Einfluss ($\beta = .49, p < .001$) auf die persönliche Erfüllung in der Arbeit von Pflegekräften konnte durch die empathische Anteilnahme identifiziert werden. Je höher der empathische und zugewandte Umgang in der interaktionsreichen Arbeit mit Bewohnern ausgeprägt ist, desto geringer ist das Gefühl der Pflegekräfte, ihre Anforderungen in der Arbeit nicht (mehr) befriedigend erfüllen zu können. Die empathische Anteilnahme wird ihrerseits positiv durch den Tätigkeitsspielraum beeinflusst. Es kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Einsatz empathischer Anteilnahme in der Arbeit als wesentliche Voraussetzung dafür gesehen werden kann, dass Pflegekräfte die Ausführung ihrer Arbeit als kompetent und erfolgreich wahrnehmen. So weist dies darauf hin, dass die empathische Anteilnahme als Indikator für berufliche Kompetenz bzw. professionelle Pflegetätigkeit (vgl. Rieder 1999, S. 207) gesehen werden muss.

Zusammenfassend konnte eindeutig belegt werden, dass den interaktionsspezifischen „Detached Concern“-Komponenten empathische Anteilnahme und Abgrenzungsfähigkeit im Rahmen des Burnout-Prozesses neben den hinreichend belegten klassischen Arbeitsmerkmalen ein bedeutender eigenständiger Aufklärungsbeitrag zukommt. Entsprechend den Ausführungen von Enzmann (1996, S. 311) können die Ergebnisse wie folgt zusammengefasst werden: das „Ideal distanzierter Anteilnahme, das von Maslach uneingeschränkt als eine wichtige Fähigkeit bewertet wird, Burnout zu verhindern, hat nur dann einen positiven Effekt, „wenn auch die Arbeitsbedingungen das mit der Anteilnahme verbundene Bedürfnis zu helfen, nicht blockieren“. Dem Tätigkeitsspielraum scheint hier eine bedeutende Funktion zuzukommen.

Ein weiterer, bedeutsamer Erkenntnisfortschritt konnte durch die Identifizierung verschiedener „Detached Concern“-Typen und deren Zusammenhang zum Gesundheitserleben der Beschäftigten erzielt werden. Insgesamt konnten vier Typen von „Detached Concern“ gefunden werden. Diese Typen lassen sich durch Kombinationen mit einem unterschiedlichen Grad an empathischer Anteilnah-



* $p < 0.05$
 ** $p < 0.01$
 *** $p < 0.001$

Vier Typen mit unterschiedlichen Gesundheitsprofilen

Die „abgestumpften“, die „empathischen“ und die „distanzierten“ Helfer als Formen eines misslungenen „Detached-Concern“

Rund ein Drittel der Pflegekräfte wurden als „Detached Concern“-Profis eingestuft

me und Abgrenzungsfähigkeit charakterisieren. Bei sechs von sieben erhobenen Gesundheitsindikatoren zeigten sich (hoch-)signifikante Unterschiede zwischen den vier Typen, welche sich in den unterschiedlichen „Gesundheitsprofilen“ der Typen widerspiegeln und nachfolgend beschrieben werden:

- *Die Teilnahmslosen (die „abgestumpften Helfer“ – Cluster 1) (N = 18)*

Diese Pflegekräfte zeichnen sich durch eine geringe empathische Anteilnahme sowie eine geringe Abgrenzungsfähigkeit gegenüber den Bewohnern in ihrer Arbeit aus und scheinen demnach in ihrer Arbeit weder empathisch zu handeln, noch sich von den Bewohnern distanzieren zu können. Mit lediglich 18 Pflegekräften (5 % der Gesamtstichprobe) lässt diese Gruppe auf eine Extremgruppe schließen. Hierbei handelt es sich um eine Form eines misslingenden „Detached Concern“-Typs.

Bei Betrachtung des entsprechenden Gesundheitsprofils dieses Typs wird deutlich, dass Helfer mit diesen „Detached Concern“-Ausprägungen eine Risikogruppe bilden. Die „teilnahmslosen“ Pflegekräfte weisen im Vergleich zu allen anderen Typen (hoch-)signifikant negativere Wohlbefindenswerte auf: die höchste emotionale Erschöpfung, die höchste Depersonalisation, die geringste persönliche Erfüllung, die höchsten kognitiven wie emotionalen Gereiztheits- und Anspannungszustände, die schlechteste allgemeine psychische Gesundheit.

- *Die Empathischen (die „empathischen Helfer“ – Cluster 2) (N = 108)*

Pflegekräfte dieses Typs geben an, dass ihre Arbeit mit Bewohnern durch hohe empathische Anteilnahme bei gleichzeitig geringer Abgrenzungsfähigkeit gegenüber den Bewohnern begleitet wird. Empathie und sich für den Bewohner „grenzenlos“ zu engagieren, scheinen den „empathischen“ Pflegekräften in der Arbeit besonders wichtig zu sein. Aufgrund der Imbalance-Kombination der „Detached Concern“-Indikatoren muss auch hier von einem misslingenden „Detached Concern“-Typ im Sinne einer professionell missverstandenen Nähe zum Patienten gesprochen werden.

Diese Gruppe der „empathischen“ Helfer lässt sich insbesondere dadurch

charakterisieren, dass sie ihre Arbeit zwar als bedeutend erfüllender als ihre distanzierten oder teilnahmslosen Kollegen erleben; durch dieses zu viel an Nähe und den fehlenden Abstand laufen die Pflegekräfte mit Blick auf die Gesundheitsprofile jedoch Gefahr, das eigene psychische Wohlbefinden insbesondere in Bezug auf die emotionale Erschöpfung zu belasten. Sie weisen hier ein hochsignifikant stärkeres Erschöpfungserleben als die ausgewogenen und distanzierten Helfer auf.

- *Die Ausgewogenen (die „Detached Concern“-Profis: Cluster 3) (N = 111)*

Bei der Gruppe der „ausgewogenen“ Helfer finden sich hohe Ausprägungen der empathischen Anteilnahme bei zugleich hoher Bewertung der Abgrenzungsfähigkeit. Diesen Pflegekräften gelingt es in der Arbeit, empathisch zu handeln, aber dennoch eine Grenze zum Bewohner wahren zu können, wonach dies auf „Detached Concern“-Profis hindeutet. Diese Balance-Kombination kann den theoretischen Annahmen zufolge als ein gelingendes „Detached Concern“ interpretiert werden.

Die „ausgewogenen“ Helfer mit gelingendem „Detached Concern“ können sich im Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz zum Patienten sehr gut regulieren, agieren empathisch ohne sich selbst jedoch zu verlieren, indem sie sich hinreichend emotional abgrenzen. Entsprechend der Konzeptualisierung verfügen sie über die notwendige Balance zwischen hoher empathischer Anteilnahme und hoher Abgrenzungsfähigkeit und zeichnen sich durch ein hervorzuhebendes Gesundheitsprofil aus, welches sich hochsignifikant (jeweils $p = .001$) positiv von den übrigen Typen unterscheidet. Sie geben an, sich bedeutend weniger emotional erschöpft zu fühlen, weniger gefühllos und abgestumpfte Reaktionen gegenüber den Patienten zu zeigen, ein stärkeres Gefühl der Kompetenz und erfolgreichen Ausführung der Arbeit für sich selbst wahrzunehmen, nach der Arbeit gedanklich bedeutend besser von arbeitsbezogenen Problemen abschalten zu können (kognitive Irritation) und weniger Symptome emotionaler Gereiztheit und Nervosität (emotionale Irritation) zu erleben.

Interdisziplinäre
Forschung ist
erforderlich

Geringe Erfüllung bei
der täglichen Arbeit

„Detached
Concern“ nützt auch
den Patienten

- Die Distanzierten (die „Detached Concern“-Amateure: Cluster 4) (N = 91)
Die Personen dieser Gruppe scheinen ihre Arbeit weniger empathisch, jedoch mit einer hohen Abgrenzung zum Bewohner zu verrichten. Dies lässt vermuten, dass diese Pflegekräfte in ihrer Arbeit emotional eher unbeteiligt und distanziert handeln, um die fordernde Arbeit mit Bewohnern nicht an sich heranzulassen. Es handelt sich hier um eine weitere Form eines misslingenden „Detached Concern“ im Sinne eines unprofessionell distanzierten Handelns. Mit Blick auf das Gesundheitsprofil der „distanzierten“ Helfer sind hier die zweithöchsten Ausprägungen an Entfremdungssymptomen und Zynismus festzustellen. Weiterhin wird entsprechend hierzu ersichtlich, dass Pflegekräfte mit einer hohen Distanz über eine vergleichsweise geringe persönliche Erfüllung in ihrer täglichen Arbeit berichten, sich zu Hause von arbeitsbedingten Anspannungen signifikant besser regenerieren können, was dadurch erklärt werden kann, dass Belastungen mit Patienten durch die hohe Abgrenzung und den damit zu vermutenden Abstand zum Patienten erst gar nicht entstehen.

Fazit

In der vorliegenden Arbeit ist es gelungen, „Detached Concern“ als emotionsregulierende Strategie durch die Integration verschiedener bestehender Konzepte in einem arbeitspsychologischen Kontext neu aufzuarbeiten, und somit einen neuen, praxisrelevanten Interaktionsansatz vorzustellen. Sich in „Nähe und Distanz“ zu den Patienten erfolgreich regulieren zu können, erscheint auf Basis der vorliegenden empirischen Ergebnisse eine wichtige gesundheitsförderliche Arbeitsstrategie für Beschäftigte in helfenden Berufen zu sein, welche aufgrund des empathischen Handelns auch den Patienten zugute kommt. Die Ergebnisse tragen zur Erklärung der gesellschaftlich nach wie vor hochrelevanten Thematik Burnout bei und machen die bislang wenig beforschte Bedeutung interaktionsspezifischer Indikatoren im Burnoutprozess deutlich. Zusammenfassend kann „Detached Con-

cern“ unter Berücksichtigung angeführter Einschränkungen und Implikationen (siehe Lampert 2011) als vielversprechende emotionsregulierende Strategie gewertet werden, die professionelles Handeln in der Arbeit mit Menschen unterstützt. Es erscheint besonders lohnenswert, ein gelingendes „Detached Concern“ als gezielte praxisrelevante Intervention anzustreben. Verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze sind hierzu notwendig (vgl. Lampert 2011), bedürfen jedoch einer weiterführenden, insbesondere auch interdisziplinären Forschung.

Literatur

- BKK (2010). *BKK Gesundheitsreport 2010*. Berlin: BKK.
- Böhle, F. & Glaser, J. (Hrsg.) (2006). *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit: Arbeitsorganisation und Gestaltung von Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Büssing, A. & Perrar, K.-M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38, 328–353.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113–126.
- Dormann, C. & Zapf, D. (2004). Customer-related social stressors and burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 61–82.
- Dunkel, W. (1988). Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden – Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. *Soziale Welt*, 39, 66–85.
- Enzmann, D. (1996). *Gestresst, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozess*. München: Profil.
- Fox, J. (2006). „Notice how you feel“: An Alternative to Detached Concern Among Hospice Volunteers. *Qualitative Health Research*, 16(7), 944–961.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1983). *Mit dem Erfolg leben*. München: Heyne.
- Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2008). *Arbeit in der stationären Altenpflege – Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität*. Dortmund: INQA.
- Hacker, W. (2009). *Arbeitsgegenstand Mensch – Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit. Ein Lehrbuch*. Lengerich: Pabst.
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy*. Oxford, UK: University Press.
- Kalish (1971). An experiment in the development of empathy in nursing students. *Nursing Research* 20, 202–211.

- Lampert, B. (2011). *Detached Concern. Eine emotionsregulierende Bewältigungsstrategie in der Altenpflege*. Lengerich: Pabst.
- Le Blanc, P. M., Hox, J. J., Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & Peeters, M. C. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 213–227.
- Le Blanc, P.M. & Schaufeli, W. B. (2008). Burnout interventions: An overview and illustration. In: Halbesleben J.R.B. (Eds.), *Handbook of Stress and Burnout in Health Care* (pp. 201–216). New York: Nova Science Publishers.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a development process: consideration of models. In W. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 237–250). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Lief, H. I. & Fox, R. C. (1963). Training for „detached concern“ in medical students. In: H.I. Lief, V. F. Lief & N. R. Lief (Eds.), *The Psychological Basis of Medical Practice* (pp. 12–35). New York: Harper & Row.
- Maslach, C. (1978a). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34, 111–124.
- Maslach, C. (1982a). Burnout: A social psychological analysis. In J. W. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrome* (pp. 30–53). Park Ridge, Ill.: London House.
- Maslach, C. (1982b). *The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A Multidimensional Perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research* (S. 19–32). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Maslach, C., Leiter, M. P. & Schaufeli, W. B. (2008). Measuring Burnout. In C.L. Cooper & S. Cartwright (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being* (pp. 86–108). Oxford: Oxford University Press.
- Mohr, G., Müller, A. & Rigotti, Th. (2005). Normwerte der Skala Irritation: Zwei Dimensionen psychischer Beanspruchung. *Diagnostica*, 51, 12–20.
- Mercer, S. W. & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, 9–13.
- Reynolds, W. & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363–370.
- Rieder, K. (1999). *Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege*. Weinheim: Juventa.
- Savicki, V. & Cooley, E. J. (1982). Implications of burnout research and theory for counselor educators. *Personnel & Guidance Journal*, 60, 415–419.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Statistik Austria (2008). Arbeitsmarktstatistik – Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung 4. Quartal. Wien: Bundesanstalt Statistik Austria.
- Strauss, A., Fagerhaug, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1980). Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, 629–651.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2005). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage). Wiesbaden: GWV Fachverlag.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237–268.



MICHAEL SPRENGER,
DANIELA PEJIC
AMECO HEALTH PRO-
FESSIONALS GMBH
RHEINSTRASSE 61
6900 BREGENZ

**Belastungsfaktoren
in der Branche
„Gebäudetrocknung“**

EIN INTERDISZIPLINÄRES GESUNDHEITS-PROJEKT

Eine Studie zur Analyse von Stressoren

1 Einleitung

Ausgangslage der dargestellten Analyse war eine massive Arbeitsbelastung von MitarbeiterInnen eines Dienstleistungs- und Produktionsunternehmens, der Branche Gebäudetrocknung. Arbeitsinhalte der ArbeitnehmerInnen sind neben administrativen Tätigkeiten Aufgaben im Bereich Entfeuchtung und Sanierung (Trocknen von Wasserschäden, Leckortung, u. a.) und Anlagenbau (Kunststoffindustrie). Ursachen der hohen Arbeitsbelastung liegen den saisonal bedingten und stetig steigenden beruflichen Anforderungen zugrunde, aufgrund der im Sommer durch Starkregen auftretenden Hochwassersituation. Als Ziel galt es, eine Analyse wahrgenommener Belastungsfaktoren durchzuführen.

2 Methoden

2.1 Stichprobe

Die Rekrutierung der MitarbeiterInnen erfolgte unternehmensintern, unter Anzielung einer heterogenen Grundgesamtheit der unterschiedlichen Aufgabenbereiche. Die Stichprobe bestand aus 25 von insgesamt 36 im Unternehmen beschäftigten Personen. Somit konnten rund 70 % der Belegschaft in die Analyse eingebunden werden. Fünf Personen waren weiblich und 20 Personen männlich, mit einem Durchschnittsalter von 37,1 Jahren und einer durchschnittlichen Beschäftigungsdauer von 7,8 Jahren.

2.2 Datenerhebung

Der Prozess der Datenerhebung erfolgte durch eine Methodentriangulation qualitativen und quantitativen Vorgehens (Flick 2010). Zur differenzierten Beurteilung der individuellen Arbeitsfähigkeit

wurde der in Finnland entwickelte Work Ability Index (WAI) eingesetzt, welcher durch dessen Heterogenitätscharakter stärker im Bereich des Monitorings/ Screenings einzuordnen ist. Eine vertiefende Analyse erfolgte durch eine zusätzliche qualitative Befragung in Form offener, halbstrukturierter Interviews (Mayring 2002), in methodischer Anlehnung an das problemzentrierte Interview nach Witzel (1982). Neben der Erhebung soziodemografischer Daten, bildeten Fragen nach der eigenen Arbeitstätigkeit sowie damit in Beziehung gesetzte Stressoren und positive Bedingungen, die Hauptinhalte des Interviewleitfadens. In der Regel dauerten die Interviews zwischen 25 und 40 Minuten und wurden auf Tonband aufgezeichnet.

2.3 Datenanalyse

Der Handhabung des WAI entsprechend, wurde der WAI-Wert unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit in sieben Dimensionen berechnet. Als Resultat ergibt sich ein WAI-Wert zwischen 7 (keine Arbeitsfähigkeit) und 49 (maximale Arbeitsfähigkeit).

Das verbale Datenmaterial wurde transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Flick 1995; Mayring 2002). Als Kategoriensystem fungierten die Klassifikationen von Belastungen in Organisationen von Udris und Frese (1999) und Zapf und Semmer (2004). Diese wurden deduktiv an das Material herangetragen und inmitte des rekursiven und iterativen Analyseprozesses qualitativen Vorgehens induktiv um weitere Haupt- und Subkategorien (SK) erweitert.

3 Ergebnisse

In Abhängigkeit der Aufgabenähnlichkeit der MitarbeiterInnen wurden die Ergeb-

Belastungsfaktor
„Teamkonkurrenz“

Mengenmäßige Überforderung, Termindruck und fehlende Pausen

Hohe Belastung durch negative Kundenreaktionen

nisse bereichsspezifisch ausgewertet. Die aus den Interviews extrahierten Belastungsfaktoren erfolgten für die Unternehmensbereiche

- (1) *Entfeuchtung* (N = 10),
- (2) *Verwaltung* (N = 5) und
- (3) *Fertigung/Lager/Auslandsmonteure* (N = 10), in gesonderter und bereichsübergreifender Darstellung.

(1) Entfeuchtung:

Als Hauptquelle und für nahezu alle MitarbeiterInnen aus dem Bereich der Entfeuchtung zutreffend, entstammten wesentliche Belastungsfaktoren der Kategorie **1 Arbeitsaufgabe und Arbeitsorganisation**. Die MitarbeiterInnen berichteten von einer *quantitativen Überforderung* (SK 1.1), resultierend durch die „normale“ Arbeitsbelastung und die Zusatzbelastung aufgrund des Starkregens. Dies führte zu einer Diskrepanz zwischen *Terminplanung und Termineinhaltung* (SK 1.2). Aufgrund des hohen Auftragsvolumens war es den MitarbeiterInnen nicht möglich, geplante Termine zu realisieren. Ein belastender Aspekt für die Beschäftigten hierbei war die Tatsache, dass wissentlich nichtrealisierbare Termine unter dem vorrangigen Aspekt der Kundenbindung geplant werden mussten. In weiterer Folge waren die MitarbeiterInnen erheblichem *Zeitdruck und fehlender Pausennutzung* (SK 1.3) ausgesetzt. Pausen wurden wegrationalisiert und lediglich vereinzelt über Mittag in Anspruch genommen. Belastungsrelevant ist überdies die Tatsache, dass ebenso die Mittagspause vermehrt während der Fahrt zu den Kunden im Auto, ohne jegliche Erholungsfunktion, realisiert wurde. In weiteren Aussagen bezogen sich Inhalte auf die *MitarbeiterInneneinschulung* (SK 1.4). Diese wurde in Zeiten hoher Arbeitsbelastung vermehrt als Zusatzaufwand und nicht als Arbeitserleichterung für die erfahrenen MitarbeiterInnen wahrgenommen. Zusätzliche und für mehr als die Hälfte der MitarbeiterInnen belastende Faktoren entstammten der Kategorie **2 Kunden- und Klientenkontakt**. Die Diskrepanz zwischen Terminplanung vs. Termineinhaltung führte dazu, dass die MitarbeiterInnen aus dem Bereich Entfeuchtung überwiegend *negativen Kundenreaktionen* (SK 2.1) ausgesetzt waren. Die Intensitätsspanne hierbei reichte von kritischen Bemerkungen bis hin zu verbalen

Beleidigungen. Der eigene Anspruch der Beschäftigten, die Kunden adäquat über weitere Vorgehensweisen bis zur Erfüllung der Dienstleistung zu informieren, stellte einen weiteren Belastungsfaktor dar. Aufgrund des hohen Zeit- und Termindrucks war es den MitarbeiterInnen nicht möglich, jedem Kunden eine zufriedenstellende Zeit der Beratung einzuräumen – *Spärliche Kundeninformation* (SK 2.2). Ebenso zeigte sich für mehr als die Hälfte der MitarbeiterInnen das **3 Soziale Umfeld/Teambeziehung** als Belastungsschwerpunkt. Die MitarbeiterInnen waren in Teams mit bis zu drei Personen eingeteilt, welche regionsabhängig unterschiedliche Arbeitsaufträge zu erfüllen hatten. Während teamintern ein positives Klima herrschte, so entstanden Spannungen zwischen den einzelnen regionalen Teams aufgrund einer wahrgenommenen *unausgewogenen Auftragsverteilung* (SK 3.1). Diese Spannungen wurden von der Geschäftsführung unbewusst verstärkt, durch die Einführung einer Teamprämie, welche sich nach Anzahl und Art der zu erfüllenden Aufträge richtete – *Teamkonkurrenz* (SK 3.2). Als letzter Belastungsfaktor und für knapp ein Viertel der interviewten Personen relevant, zeigte sich die Kategorie der **4 Inanspruchnahme von Präventivangeboten**. Von den MitarbeiterInnen wurde das Interesse geäußert, an den von Unternehmensseite angebotenen Informationsveranstaltungen mit Inhalten zur Gesundheitsprävention teilzunehmen. Hinderlich hierbei war das Faktum, dass Veranstaltungen dieser Art zu Zeiten im Unternehmen angeboten wurden, bei denen die Teams aus dem Bereich Entfeuchtung bereits im Außendienst waren – *fehlende Zeitressourcen* (SK 4.1).

(2) Verwaltung:

Für bis zu 2/3 der Befragten resultieren die Hauptbelastungsfaktoren aus der **Kategorie 1 Arbeitsaufgabe und Arbeitsorganisation**. Die MitarbeiterInnen berichteten von einer generell herrschenden *quantitativen Überforderung* (SK 1.1), Unvereinbarkeit von *Terminplanung und Termineinhaltung* (SK 1.2) sowie allgegenwärtigem *Zeitdruck und fehlender Pausennutzung* (SK 1.3). Sehr stark belastet äußerten sich jene MitarbeiterInnen im Bereich Verwaltung, welche in direktem **2 Kunden- und Klientenkontakt** standen

Ungleichgewicht der persönlichen „Life Domain Balance“

Fehlende Erholungsphasen

Mangelnde Abstimmung mit MitarbeiterInnen

Hoffnung auf belastungsärmere Zeiten

und sozusagen als erster Ansprechpartner fungierten. Eine MitarbeiterIn erzählte, die eigene Arbeitstätigkeit momentan nicht ausüben zu können, aufgrund entgegengebrachter *negativer Kundenreaktion* (SK 2.1). Diverse negative Äußerungen und Beschimpfungen der eigenen Person durch unzufriedene Kunden waren Auslöser dieser Situation.

Ein neuer Aspekt der Belastungen ist der Kategorie **3 Schnittstellenfunktion** zuzuordnen. Eine wichtige Funktion der Verwaltung liegt in der *Informationsweiterleitung* (SK 3.1) zwischen Kunden und dem Aufgabenbereich der Entfeuchtung. Zentrale Aufgaben hierbei betreffen die Terminkoordination, Auftragsverteilung sowie Überprüfung von abgeschlossenen Aufträgen (u. a.). Als zentraler belastender Aspekt wurde hierbei von den MitarbeiterInnen der Verwaltung über eine fehlende Kontrolle, Erreichbarkeit und Absprache mit MitarbeiterInnen aus dem Bereich Entfeuchtung berichtet.

(3) Fertigung/Lager/Auslandsmonteure: Die Ergebnisse aus diesem Bereich zeigen Parallelen zu den Kategorien aus den Bereichen Entfeuchtung und Verwaltung. Mehrheitlich entstammen die Hauptquellen der Belastung der Kategorie **1 Arbeitsaufgabe und Arbeitsorganisation** inklusive bereits dargestellter Subkategorien (SK 1.1–1.3). Als neue Subkategorie und belastender Aspekt wurde von den MitarbeiterInnen die *bereichsfremde Aufgabenübernahme* (SK 1.4) geäußert. Das hohe Auftragsvolumen im Unternehmen, mit im Vergleich dazu geringen personellen Ressourcen führte dazu, dass Aufgaben aus der Verwaltung (bspw. Telefonannahme bei besetzter Leitung) an einzelne MitarbeiterInnen dieses Bereiches übertragen wurden. Als Konsequenz berichteten betroffene MitarbeiterInnen ebenso von Belastungsfaktoren aus der Kategorie **2 Kunden- und Klientenkontakt** (*Negative Kundenreaktion*, SK 2.1) sowie der Kategorie **3 Schnittstellenfunktion** (*Informationsweiterleitung*, SK 3.1).

Wenngleich nachfolgende Erläuterungen nicht den Anspruch einer klinisch-psychologischen Diagnose erheben, scheint eine Thematisierung, der von den MitarbeiterInnen geäußerten **5 Beanspruchungsständen**, als wesentlich. Bis zu 1/4 der befragten Personen berichteten von einer

negativen Beanspruchung durch ein wahrgenommenes Ungleichgewicht der persönlichen *Life Domain Balance* (SK 5.1). Die Tätigkeiten innerhalb der Erwerbsarbeit nahmen einen zu hohen Zeitanteil gegenüber Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit ein. Diese Kombination führte zu Konflikten im privaten Bereich der MitarbeiterInnen. In ähnlicher Ausprägung wurde geäußert, das Gefühl zu haben, keinerlei Erholung zwischen den Arbeitstagen zu verspüren. Es fehlten einschlägige Phasen der Regeneration zwischen den Arbeitstagen – *fehlender Rückstelleneffekt* (SK 5.2) – die Fähigkeit nach Belastung die Aktivierung wieder zurückzustellen und sich von einem auf den anderen Arbeitstag zu erholen, war für die betroffenen MitarbeiterInnen nicht möglich. Vereinzelt wurde von weiteren negativen Beanspruchungen berichtet – *Appetitlosigkeit* (SK 5.3), *Schlafstörungen* (SK 5.4).

Betrachtet man die Belastungsfaktoren bereichsübergreifend, so zeigten sich folgende Inhalte, losgelöst von der kategorialen Einteilung, als wesentliche Schwerpunkte – die

(1) *hohe Auftragsquantität*,

(2) *Kundenbeziehung*,

(3) *Teambeziehung übergreifend* sowie

(4) *Schnittstellenfunktion*. Neben diesen Belastungsfaktoren zeigte der kombinatorische Einsatz des WAI im Einzelnen betrachtet ein weitaus positiveres Bild, mit einer Ausprägung von 20 % der MitarbeiterInnen, welche hinsichtlich der Arbeitsbewältigungskonstellation einen *mäßigen* Wert aufwiesen, gegenüber 52 % mit einem *sehr guten* Wert. Ursache dieser hohen Werte trotz erlebter vielfältiger Belastungsfaktoren und negativer Beanspruchung klärten sich im Rahmen der Interviews durch Aussagen zu den als **6 positiv erlebten Bedingungen** der eigenen Arbeit. So wurde berichtet, dass außerhalb der Zusatzbelastung durch Starkregen durchaus ein *positives Arbeitsklima* (SK 6.1) herrsche und die Arbeit grundsätzlich *Spaß* (SK 6.2) mache. Ebenso erfolgten positive Äußerungen hinsichtlich der *erlebten Vorgesetztenbeziehung* (SK 6.3) und wahrgenommenen *Freiräume* (SK 6.4) im Unternehmen. Zuletzt wurde die *Personalstabilität* (SK 6.5) und ganz wesentlich, die Hoffnung auf *belastungsärmere Zeiten* (SK 6.6) genannt.

Belastungen nicht einfach „hinter sich bringen“

Initiierung von Gesundheitszirkeln

Ziel der Analyse war es, ein differenziertes Bild über die unterschiedlichen Belastungsfaktoren bereichsspezifisch sowie auch bereichsübergreifend zu erlangen. Wichtig für die Unternehmensführung und die MitarbeiterInnen war es auch, diese Zeit hoher Arbeitsbelastung in Zukunft nicht einfach „hinter sich“ zu bringen und mittels Hoffnung auf belastungsärmere Zeiten zu überstehen, sondern präventiv Maßnahmen hinsichtlich zukünftiger Situationen zu entwickeln. In weiterer Vorgehensweise bildete die dargestellte Analyse das Fundament und den Start der Initiierung von Gesundheitszirkeln, welche im Anschluss der Ergebnispräsentation realisiert wurden. Die Ableitung praktischer Maßnahmen befindet sich in Entwicklung und wird sowohl vonseiten der Unternehmensführung, als auch von den MitarbeiterInnen unterstützt.

Literatur

- Flick, U. (2010). Triangulation. In: Mey, G & Mruck, K. (Hrsg.) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 278–289.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (5. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung. In C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 429–445). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main: Campus.
- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 3, Organisationspsychologie (2. Aufl.; S. 1007–1112) Göttingen: Hogrefe.



JUDITH PROKSCH-
GABRIEL
AMD ARBEITS-
MEDIZINISCHER
DIENST GMBH
ARBEITS-
PSYCHOLOGIE
KAPLANHOF-STRASSE 1
4020 LINZ
E-MAIL: PROKSCH-
GABRIEL@AMD.AT

**Im Alltag ist eine klare
Abgrenzung der
Arbeits- und Organisa-
tionspsychologie
schwierig**

**Arbeits- und Organi-
sationspsychologie
bedeutet nicht Psycho-
therapie im Betrieb**

ARBEITSPSYCHOLOGIE IM (ARBEITS-)ALLTAG

Die Psychologie ist in unserem Alltag bereits in vielen Bereichen angekommen. So gibt es auch immer mehr Betriebe, welche die Arbeits- und Organisationspsychologie als wichtige Komponente zur Erreichung der Unternehmensziele entdecken. Und auch die bereits im Bereich des Arbeitsschutz Tätigen, allen voran ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräfte, schätzen das Fachwissen der Arbeits- und OrganisationspsychologInnen zunehmend als zusätzliche Ressource in den Bestrebungen die Arbeit möglichst sicher und gesundheitserhaltend zu gestalten. Auch in den Fällen, in denen die Arbeitspsychologie erst im „Notfall“ angefordert wird, ermöglicht dies im Weiteren eine Ausweitung der Aktivitäten und Maßnahmen in den Bereich der Primärprävention, welcher von vielen ExpertenInnen als eigentliche Kernkompetenz der Arbeits- und OrganisationspsychologInnen gesehen wird.

Betrachtet man die Definitionen, welche für Arbeits- und Organisationspsychologie gegeben werden, so wird deutlich, dass ein weites Kompetenz- und Aufgabenfeld umfasst wird, welches auf dem wissenschaftlichen Hintergrund von verschiedensten Teildisziplinen der Psychologie beruht.

In einer aktuellen Broschüre der ExpertInnengruppe Arbeits- und Organisationspsychologie (Hoffmann, Lenert, Rothmeier-Kubinecz, Joanowitsch, Birbaumer & Jimenez 2010, S. 5) finden sich folgende Definitionen für die Arbeits- und die Organisationspsychologie:

*„Die **Arbeitspsychologie** ist das Teilgebiet der Angewandten Psychologie, welches sich mit der psychologischen Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten befasst.*

*Untersuchungsgegenstand der Arbeitspsychologie ist das **Erleben und Verhalten** des Menschen bei der Arbeit – der Arbeitsplatz mit seinen Arbeitsmerkmalen und Arbeitsbedingungen, als Merkmale der Situation (Arbeitstätigkeit, Arbeitsaufgaben, die Arbeitsorganisation, die Organisation, die*

Technik) sowie den dazu erforderlichen Leistungsvoraussetzungen.

*Gegenstand der Arbeitspsychologie ist die **psychische Regulation der Arbeitstätigkeiten** von organisatorischen Einheiten, Gruppen und individuellen Persönlichkeiten.“*

Und weiter:

*„Die **Organisationspsychologie** ist das Teilgebiet der Angewandten Psychologie, welches sich mit der **Wechselwirkung von Individuen und Organisation** befasst. Teilaspekte sind die Aufgabe, das Individuum, die Gruppe und die Organisation.*

*Untersuchungsgegenstand der Organisationspsychologie ist das **Erleben, Verhalten und Handeln** des Menschen in (betrieblichen) Organisationen.*

In der betrieblichen Praxis beschäftigt sich die Organisationspsychologie beispielsweise mit den Bereichen Gruppenarbeit, Vorgesetztenverhalten und Unternehmenskommunikation.“

Im Alltag ist eine klare Ab- bzw. Eingrenzung der Arbeits- und Organisationspsychologie in nur einen Bereich der Prävention, d. h. Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention bzw. Verhaltens- oder Verhältnisprävention schwierig. Zudem würde eine solche Einschränkung zu einem Qualitätsverlust führen, wodurch viele Unterstützungsmöglichkeiten ausgeklammert wären, die für Betriebe und MitarbeiterInnen einen Gewinn darstellen könnten. Es gibt jedoch eine wichtige Abgrenzung, welche für die Betriebe und MitarbeiterInnen immer wieder herauszustreichen ist: Arbeits- und Organisationspsychologie bedeutet keine Psychotherapie im Betrieb.

Zur Veranschaulichung der Vielfältigkeit der Arbeits- und Organisationspsychologie finden sich im zweiten Teil des Artikels verschiedenste Praxisbeispiele aus dem Arbeitsalltag von Arbeits- und OrganisationspsychologInnen, welche zeigen sollen, dass

- die Arbeits- und Organisationspsychologie eine Vielzahl an Möglichkeiten in den verschiedenen Feldern der Prävention bietet,

Die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Bereichen der Prävention sind oft fließend

Zusammenarbeit mit betrieblichen Akteuren spielt eine zentrale Rolle

Gemeinsam mit ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräften

Einwöchige „Auszeit“ und „Kraftkur“ für MitarbeiterInnen

- die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Bereichen der Prävention oft fließend sind,
- es keine Universallösungen für jeden Betrieb oder jede/n MitarbeiterIn gibt,
- die Zusammenarbeit mit den anderen Präventivfachkräften eine wichtige Komponente darstellt und
- die Zusammenarbeit mit den betrieblichen Akteuren ebenfalls eine zentrale Rolle spielt.

Wie auch in den oben angeführten Definitionen beschrieben, spielen das Individuum und sein Erleben und Verhalten eine wichtige Rolle in der täglichen Arbeit der Arbeits- und OrganisationspsychologInnen und müssen bei jeder Tätigkeit in den Unternehmen in die angestellten Überlegungen mit einbezogen werden. Weitere wesentliche Faktoren, welche das Selbstverständnis und damit auch die Herangehensweise der Arbeits- und OrganisationspsychologInnen des Arbeitsmedizinischen Dienst GmbH (in Folge AMD) bestimmen, sind im Folgenden kurz aufgelistet:

- Der/die Arbeits- und OrganisationspsychologIn als dritte Präventivfachkraft neben der Arbeitsmedizin und der Sicherheitsfachkraft.
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit mit allen, die mit dem Thema ArbeitnehmerInnenschutz im Betrieb zu tun haben d.h. neben ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräften auch mit den verantwortlichen Führungskräften, dem Betriebsrat, Sicherheitsvertrauenspersonen usw.
- Arbeits- und Organisationspsychologie bedeutet eine „aktiv aufsuchende Psychologie“, die nur dann funktionieren kann, wenn offen auf unterschiedliche Zielgruppen zugegangen wird. In den Betrieben gilt es, MitarbeiterInnen so niederschwellig wie möglich anzusprechen.
- Die Individualität eines jeden Unternehmens und eines/r jeden Mitarbeiters/in ist mit der entsprechenden Flexibilität zu begegnen.
- Etwaige bestehende Vorbehalte und Vorurteile gegenüber PsychologInnen können durch die oben angeführten Punkte ausgeräumt werden.

Ausgewählte Beispiele aus dem Arbeitsalltag der Arbeits- und OrganisationspsychologInnen des Arbeitsmedizinischen Dienst GmbH

Um einen Eindruck über die vielfältigen Einsatzbereiche und Tätigkeitsgebiete im arbeitspsychologischen Alltag zu bekommen, werden nachstehend verschiedene betriebliche Beispiele kurz dargestellt. Die geschilderten Beispiele stellen immer nur einen Einsatzbereich der Arbeitspsychologie im jeweiligen Betrieb dar, welcher speziell als Beispiel ausgewählt wurde. Neben den beschriebenen gibt es in allen Betrieben natürlich auch noch andere Tätigkeiten und Maßnahmen der Arbeits- und OrganisationspsychologInnen.

Verhaltensprävention

In einem Großbetrieb mit zentralem Bereich in Wien und Niederlassungen in den Bundesländern, der hauptsächlich Büroarbeitsplätze mit und ohne Kundenkontakt umfasst, wurde nach bereits jahrelang bestehender arbeitsmedizinischer Betreuung durch den AMD im Jahr 2009 eine fixe, regelmäßige arbeitspsychologische Betreuung installiert. Einer der Gründe dafür war die beobachtete Zunahme an MitarbeiterInnen, die von einem „Burnout-Syndrom“ betroffen waren. Neben einer Befragung, der Einführung einer „arbeitspsychologischen Sprechstunde“ und dem Entschluss ein Programm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zu initiieren, wurde die Arbeitspsychologie gemeinsam mit der Arbeitsmedizin beauftragt zusätzliche Angebote für die MitarbeiterInnen zu bewerten. Im Sinne der Primär- bzw. Sekundärprävention wurde ein Angebot ausgewählt, welches MitarbeiterInnen in Anspruch nehmen können, welche überlastet sind und deren weitere längere Überforderung sehr wahrscheinlich zu einer Erkrankung führen würde. Im Rahmen einer kurzen, einwöchigen „Auszeit“ und „Kraftkur“, hat nun jede/r MitarbeiterIn die Möglichkeit mit therapeutischer Begleitung Ansätze für sich zu finden, um im Alltag adäquate Wege zur Bewältigung aufzubauen.

Der Ablauf, um dieses Angebot in Bad Pirawarth in Anspruch zu nehmen, sieht dabei vorab ein Gespräch mit der zuständigen Arbeitspsychologin und eines mit

Erörterung von anonymisierten „Fällen“ nach einem festgelegten Bearbeitungsschema

der Arbeitsmedizinerin vor, um alle relevanten Faktoren, wie z. B. bestehende psychische oder körperliche Erkrankungen, Vorbefunde etc., vor dem Aufenthalt in der Klinik Pirawarth zu prüfen. Aufgrund dieser Vorgespräche kann der/die Mitarbeiter/in, dann mit einem entsprechenden Schreiben Kontakt zur Personalabteilung aufnehmen, von welcher ihm/ihr die Übernahme von 2/3 der Kosten für die „Kraftkur“ bestätigt wird. Der/die MitarbeiterIn investiert somit eine Woche Urlaub und 1/3 der Kosten für die Kur selbst, der Rest wird vom Arbeitgeber übernommen. Nach der Rückkehr findet ein weiteres Gespräch mit der Arbeitspsychologin bzw. der Arbeitsmedizinerin statt, um zum einen die Zufriedenheit mit dem Angebot zu hinterfragen und zum anderen die nächsten wichtigen Schritte zur Veränderung im Alltag zu besprechen und wenn nötig weitere Hilfestellung zu ermöglichen.

Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie arbeiten in diesem Fall eng zusammen, da sinnvollerweise beide Professionen in diese präventive Maßnahme integriert sind. Auch die Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen im Betrieb ist hier als Schlüsselfaktor herauszuheben. Neben den verschiedenen anderen Maßnahmen im Bereich der Verhältnisprävention stellt diese Maßnahme zur Verhaltensprävention eine sinnvolle Ergänzung dar, um die Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeitsüberzeugung bei den MitarbeiterInnen zu stärken. Durch die Mitarbeit von Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin wurde zudem ein seriöses Angebot mit entsprechendem wissenschaftlichen Hintergrund und qualifizierten Fachleuten ausgewählt.

Festsetzung von Handlungsschritten

Stärkung der Eigenverantwortung

Einrichtung von „Fallberatungs-Teams“

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die große Bedeutung der bereits erwähnten multiprofessionellen Zusammenarbeit wird in diesem Beispiel der „Kollegialen Fallberatung“ deutlich.

In einem großen Betrieb im Gesundheitswesen wurde ein sogenanntes „Fallberatungsteam“ installiert, welches sich aus Vertretern der Personalabteilung, des Betriebsrates, der Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie zusammen setzt. Um in diesem Team Entscheidungen zu treffen, muss aus jedem dieser Bereiche zumindest ein/e VertreterIn anwesend sein. In

die kollegiale Fallberatung können von allen Beteiligten, aber auch von Außenstehenden „Fälle“ eingebracht werden, welche dann nach einem genauen Bearbeitungsschema besprochen werden. Ein wichtiger Punkt ist, dass die Fälle zunächst anonymisiert eingebracht werden, um etwaiges Vorwissen – damit verbunden auch eventuell bestehende Vorbehalte – auszuklammern und so eine möglichst neutrale und offene Herangehensweise zu gewährleisten. Nachdem der Fall vom „Fallbringer“ kurz dargestellt wurde und Fragen geklärt wurden, werden von allen Beteiligten Hypothesen zur bestehenden Problematik gebildet. Nach der Hypothesenbildung werden, sofern vorhanden, diese mit weiteren Informationen gefüllt und so bestätigt, entkräftet oder müssen offengelassen werden. Im nächsten Schritt werden dann mögliche Lösungsansätze gesammelt und diskutiert. Zum Abschluss werden aus diesen Lösungsansätzen dann die tatsächlichen nächsten Schritte festgelegt, welche je nach Situation von Mitgliedern des Fallberatungsteams, Führungskräften oder MitarbeiterInnen direkt gesetzt werden können. Der große Vorteil an dieser Art der Zusammenarbeit ist, dass nicht nur über „Individualmaßnahmen“ im Sinne der Verhaltensprävention diskutiert wird, sondern sich auch verhältnispräventive Maßnahmen wie z. B. Änderung der Arbeitstätigkeit, Arbeitszeit oder Arbeitsorganisation umsetzen lassen. Im Rahmen dieser Fallbearbeitung wurde z. B. auch der Bedarf für eine spezielle Berufsgruppe im Unternehmen erkannt, welche mit zunehmendem Alter die, vor allem körperlich anstrengende Tätigkeit nicht mehr im selben Umfang ausüben kann, Angebote zu entwickeln. Hier reichen die sich momentan in der Konzeption befindlichen Überlegungen von Umschulungsmöglichkeiten, Erleichterung der Tätigkeit durch Job-Rotation, vermehrte Möglichkeit zu Pausen bis hin zu speziellen Seminarangeboten.

Als Erfolgsfaktor in diesem Beispiel ist auch die enge Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen und betrieblichen Akteure zu sehen. Neben der gezielten Unterstützung von einzelnen MitarbeiterInnen ergeben sich auch immer wieder Ansätze im Bereich der Verhältnisprävention, welche dann für eine größere Anzahl von MitarbeiterInnen umgesetzt werden können.

Verhältnisprävention

Bei dem momentan sehr aktuellen Thema der Evaluierung der psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz kann die Arbeits- und Organisationspsychologie sehr stark im Bereich der Verhältnisprävention ansetzen.

Die Methoden zur Erhebung der psychischen Belastung sind vielfältig und es gilt diese immer auf die jeweilige Situation abzustimmen und auch entsprechend zu kombinieren. Neben dem weit verbreiteten Einsatz von Fragebögen und Checklisten sollten auch die Beobachtung und die direkte Befragung in Form von Interviews nicht vernachlässigt werden. Obwohl sich oft gerade aus der Kombination der Methoden ein umfassendes Bild ergeben würde, wird vor allem auch aus ökonomischen Überlegungen heraus (Zeit- und Geldressourcen) nicht allzu oft darauf zurückgegriffen. In der Praxis sind Befragungsinstrumente gefragt, welche ökonomisch in der Anwendung, leicht zu verstehen und einfach und übersichtlich in der Ergebnisdarstellung sind. Ein solches Instrument stellt der IMPULS-Test dar (Molnar, Geißler-Gruber & Haiden 2010), welcher als Basis für die Datengewinnung verwendet werden kann. Im Folgenden ist daher der Ablauf einer Evaluierung mit dem IMPULS-Test beschrieben, wie er sich in der Praxis bewährt hat.

In der dargestellten Art wurde in einem produzierenden Betrieb in Oberösterreich mit der Evaluierung der psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz begonnen. Nachdem sich der Betrieb aufgrund der Ökonomie des Verfahrens und auch der relativ einfachen Verständlichkeit der Fragen für den IMPULS-Test entschieden hatte, wurden von den Betriebsräten im Angestellten- und Arbeiterbereich Abteilungen genannt, in welchen aufgrund verschiedenster Problemstellungen mit der Evaluierung begonnen werden sollte. Im ersten Schritt wurden die MitarbeiterInnen des zu evaluierenden Bereichs persönlich von der durchführenden Arbeitspsychologin über die Befragung informiert. Die Fragebögen wurden direkt danach in fertig adressierten Kuverts an die MitarbeiterInnen verteilt. Diese Kuverts konnten von den MitarbeiterInnen über die Hauspost bzw. den Betriebsrat direkt an den AMD zurückgeschickt werden. Die

Auswertung erfolgte in Form eines „Abteilungs-IMPULS-Sterns“, d. h. es wurden keine Einzelergebnisse, sondern nur ein Ergebnis für die gesamte Abteilung ermittelt. Die durchführende Arbeitspsychologin präsentierte die Ergebnisse dann allen MitarbeiterInnen des Bereichs in einer kurzen Informationsveranstaltung. Nach dieser allgemeinen Informationsveranstaltung wurden im Rahmen eines Ergebnisworkshops mit einer kleinen Gruppe von MitarbeiterInnen die erhobenen Belastungen weiter differenziert und spezifiziert sowie Lösungsansätze generiert. Die Befragungs- und Workshopergebnisse wurden dann in einem Evaluierungsprotokoll aufbereitet. In dieses Protokoll flossen auch Empfehlungen der Arbeits- und Organisationspsychologin ein, die sich nicht nur aus den Befragungsergebnissen ergaben, sondern durch den Ergebnisworkshop weiter spezifiziert werden konnten. Das Evaluierungsprotokoll wurde dann mit den Verantwortlichen im Betrieb d. h. Führungskräften, Betriebsräten, ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkraft besprochen und erste Maßnahmen abgeleitet.

Die Ansätze zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen aus diesen Evaluierungen waren vielfältig und reichten von der Einführung regelmäßiger Besprechungen zur Verbesserung der Kommunikation, über den Umbau von Büros – mit entsprechenden Maßnahmen zur besseren Klimatisierung und Lärmdämmung – bis hin zur Implementierung von Führungskräftebildungen oder regelmäßigen MitarbeiterInnengesprächen.

Die Arbeits- und OrganisationspsychologInnen können ihr Wissen in einem solchen Evaluierungsprozess von Beginn an, mit der Erhebung der IST-Situation, bis hin zur Entwicklung von Maßnahmen zur Erreichung der SOLL-Situation, in jeder Phase gewinnbringend einsetzen und den Betrieben und MitarbeiterInnen und auch den KollegInnen der Arbeitsmedizin und der Sicherheitstechnik zur Verfügung stellen.

In der momentanen Diskussion über die Implementierung der Arbeits- und Organisationspsychologie als 3. Präventivfachkraft sollten die bereits bestehenden und gut funktionierenden Beispiele der Zusammenarbeit und Ergänzung der Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkraft

Aufnahme in das ArbeitnehmerInnen- schutzgesetz

durch die Arbeitspsychologie ein wichtiges Argument für die Umsetzung dieser Bestrebungen sein. Betrachtet man den Alltag in den Betrieben und die Möglichkeiten, welche die Arbeits- und Organisationspsychologie als Präventivfachkraft bietet, so kann über die Aufnahme der Arbeits- und OrganisationspsychologInnen in das ASchG eigentlich nur positiv entschieden werden. Denn auch die Erfahrungen des AMD zeigen, wie gut ArbeitspsychologInnen aufgenommen werden und wie bereichernd die Zusammenarbeit sein kann – für die Betriebe und für die Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkräfte.

Literatur

- Hoffmann, P., Lenert, M., Rothmeier-Kubinecz, S., Joanowitsch, S., Birbaumer, A. & Jimenez, P. (2010). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Wien.
- Molnar, M., Geißler-Gruber, B. & Haiden, C. (2010). 16. Aufl. *IMPULS-Test: Analyse von Stressfaktoren und Ressourcen im Betrieb*. WKÖ, AK, ÖGB, AUVA (Hrsg.) Wien.

Occupational carcinogens: exposure scenarios and health risk

Einladung zum Wiener MEDICHEM Mini-Symposium



Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt das Institut für Arbeitsmedizin und die TeamPrevent GmbH

laden herzlich zum Wiener MEDICHEM Mini-Symposium

am Dienstag, den 8. November 2011, 13.30 Uhr – 18.45 Uhr ein

Veranstaltungsort: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
1200 Wien, Adalbert-Stifterstraße 65; Erdgeschoß, Großer Saal

Tagungsleitung: Doz. Dr. Robert Winker

Anmeldung bitte bis zum 31. Oktober 2011

unter office@teamprevent.at oder per Fax +43 1 409 52 64 33

Tuesday, 8th of November, 2011 MEDICHEM Mini-Symposium on “Occupational carcinogens: exposure scenarios and health risk“

- 13.00–13.30** Registration
- 13.30–14.00** Welcome and opening
 - General Austrian Accident Insurance Company (Dr. Karl Körpert, host)
 - Head of the Institute for Occupational Medicine (Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar)
 - Austrian Society of Occupational Medicine (Dr. Christine Klien, President of the society)
 - TeamPrevent (Prof. Dr. Bernd Witte, Chief Operating officer B.A.D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH)
- 14.00–14.15** Introduction and Promotion of Medichem
 - Dr. Thirumalai Rajgopal, Chairman of Medichem, MD., DPH., DIH., DNB., Hon. FFOM (London)
 - VP Global Medical & Occupational Health Unilever, India
 - Chair: Univ.-Prof. Dr. J. Godnic-Cvar, Dr. Diane Mundt
- 14.15–14.45** Introduction into the scientific program and overview „Occupational carcinogens“
 - Assoc. Prof. Dr. Robert Winker, Depute Head of the Institute for Occupational Medicine, Medical University of Vienna, Austria
- 14.45–15.15** Shift work and cancer – recent developments
 - Dr. Michael Nasterlack, Vice President, Occupational Medicine & Health Protection, BASF SE, Ludwigshafen, Germany

- 15.15–15.45** Early detection of asbestos-associated lung cancer
Dr. Babara Mchan Head of rehabilitation center Tobelbad and
Dr. Eva Valic General Austrian Accident Insurance Company, Vienna,
Austria
- 15.45–16.15** Can mesothelioma biomarkers contribute to early diagnostic screening?
Dr. Avi Wiener, Medical Director, Institute of Occupational & Environmental Medicine, Rambam Medical Center, Israel
- 16.15–16.45** Tea/Coffee and fingerfood
Chair: Dr. Michael Nasterlack, Dr. Erich Pospischil
- 16.45–17.15** Studies on the carcinogenicity of nanoparticles – current problems and state of science
Dr. Katharina Klien, Institute for Occupational Medicine, Medical University of Vienna, Austria
- 17.15–17.45** Exposure Registries: Overview and Utility for Nanomaterial Workers
Dr. Diane Mundt, Secretary of Medichem
ENVIRON International Corporation, Boston, Massachusetts, USA
- 17.45–18.15** Examples for syncancerogenesis at the working place: problems and conclusions for the practice
Prof. Dr. Hugo Rüdiger, Former Head of the Division of Occupational Medicine, Medical University of Vienna, Austria
- 18.15–18.45** The concept of SCOEL concerning carcinogens-work place examples
Dr. Erich Pospischil, Head of the scientific committee of the Austrian Society of Occupational Medicine, Occupational Health-center, Mödling, Austria
- 18.45–19.15** Closing with Tea/Coffee and fingerfood

Das Symposium ist mit 5 Fortbildungspunkten für das Fach Arbeitsmedizin approbiert.

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Institut für Arbeitsmedizin der Medizinischen Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Österr. Gesellschaft für Arbeitsmedizin, AMD Linz
Kaplanhofstraße 1, A-4020 Linz

Redaktion:

DI Alexander Pilger (Chefredakteur)
Doz. Dr. Robert Winker (Stv. Chefredakteur)

Abteilung Arbeitsmedizin der Med. Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Tel.: 01 40 400-4718 • E-Mail: alexander.pilger@meduniwien.ac.at

Druck:

Facultas Verlags- und Buchhandels AG
Berggasse 5, A-1090 Wien
Tel.: 01 310 53 56 • Fax: 01 310 53 56-45 • www.facultas.at

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz