

Burnout und Arbeitswelt

Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist

Vortrag am 24. April 2012 im Rahmen der
62. Lindauer Psychotherapiewochen 2012 (www.Lptw.de)

Kontakt:

Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist
Heinrich-Heine-Univ. Düsseldorf
Inst. f. Med. Soziologie
Universitätsstr. 1
40225 Düsseldorf

Die Spannweite gesellschaftlicher Zielbilder der Lebensgestaltung ist groß. Am einen Extrem finden wir das Zielbild des kontemplativen Lebens. Am konsequentesten wird es vermutlich im buddhistischen Mönchtum befolgt (2). Lebensgestaltung heißt hier meditative innere Vertiefung auf dem Weg zu Nirvana und heißt, andere Menschen in selbstloser Liebe zum Heilsweg führen. Am andern Extrem steht das Zielbild des homo faber, des in Arbeit befangenen Menschen (3). Individuelle Leistung und materieller Erfolg im Hier und Jetzt sind hierbei wichtige Antriebskräfte. Es lohnt sich, das Thema meines Vortrags, Burnout und Arbeitswelt, in diesen weiteren Zusammenhang gesellschaftlicher Zielbilder der Lebensgestaltung zu stellen, denn offensichtlich stoßen die Exzesse unserer auf dem Leistungsprinzip beruhenden Wirtschaftsordnung an Grenzen menschlicher Anpassungsfähigkeit. Wenn Arbeit in größerem Umfang kollektive Erschöpfung hervorruft, wenn sie an Leib und Seele krank macht, dann ist es angezeigt, die Folgen des vorherrschenden Zielbildes unserer Lebensgestaltung kritisch zu überprüfen. Als empirisch forschender Wissenschaftler trage ich zu dieser kritischen Überprüfung bei, indem ich die negativen Auswirkungen der modernen Arbeitswelt auf die Gesundheit der Beschäftigten analysiere.

Aber stimmt überhaupt die Annahme, dass die moderne Arbeitswelt immer mehr Menschen in einen Zustand kritischer Erschöpfung treibt? Liegt es nicht vielmehr an den persönlichen Eigenschaften jener Beschäftigten, die mithilfe der Medien ins Licht der Öffentlichkeit gerückt werden? Oder verbergen sich hinter dem weit verbreiteten Label ‚Burnout‘ vor allem jene Leidenszustände, die aus Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung nicht Depressionen genannt werden? (4) Dies sind die zentralen Fragen meines Vortrags: 1. Macht die moderne Arbeitswelt krank? Und falls ja, wie? 2. Was tragen die Beschäftigten selbst dazu bei? 3. Wie können wir die Begriffe ‚Arbeitsstress, Burnout und Depression‘ begrifflich genauer fassen und unterscheiden, und welche wissenschaftliche Evidenz besteht bezüglich eines Zusammenhangs zwischen diesen Phänomenen? Und schließlich 4: Welche praktischen Folgerungen ergeben sich aus solchen neuen Erkenntnissen für die Prävention und für die Therapie?

Fragen wir zunächst, warum das Erwerbsleben eine offensichtlich so starke Bedeutung für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten besitzt (5). Zum einen kommt der Berufsrolle in unserem Gesellschaftssystem, wie bereits betont, zentrale Bedeutung zu. Dies zeigt sich in der Tatsache, dass der Beruf für die meisten Menschen noch immer die einzige, zumindest die wichtigste Quelle eines regelmäßigen Erwerbseinkommens darstellt. Der Beruf sichert ferner den sozialen Status einer Person und bestärkt sie in ihrer sozialen Identität. Nirgends werden vermutlich so intensive Erfahrungen von Erfolg und Misserfolg gemacht wie im Berufsleben. Der Beruf stellt allerdings wiederkehrende Anforderungen an das Leistungsvermögen der Arbeitenden, oft herrschen Konkurrenzdruck und die Verpflichtung, die eigenen Qualifikation zu sichern und weiter zu verbessern. Der Beruf eröffnet vielen Menschen neue Lernchancen und stimulierende Erfahrungen. Schließlich kann Berufsarbeit aufgrund der langen Expositionszeit die Gesundheit der Beschäftigten beschädigen, entweder durch Noxen am Arbeitsplatz oder –wie wir sehen werden– durch chronische Stressbelastung.

Wenn wir von der modernen Arbeitswelt und ihren Risiken für die Gesundheit sprechen, dann meinen wir vor allem, dass die folgenden Herausforderungen in ihrer Intensität und in ihrem Zusammenspiel etwas Neuartiges darstellen (6): Spürbare Zunahme des Leistungs- und Wettbewerbsdrucks, insbesondere als Folge der ökonomischen Globalisierung; gesteigerte Anforderungen an Flexibilität, Mobilität und Anpassungsfähigkeit der Erwerbstätigen; Fragmentierung der Erwerbsbiographie durch Berufswechsel, Umschulung, Zeitverträge, Perioden der Arbeitslosigkeit und generell gesteigerte Arbeitsplatzunsicherheit; steigender Anteil von Beschäftigten im Dienstleistungssektor, und hier vor allem bei belastungsintensiven personenbezogenen Dienstleistungen; und schließlich Zunahme des Einflusses elektronischer Medien auf die Arbeitsgestaltung. Letzteres begünstigt insbesondere die von den amerikanischen Soziologen Taussig und Fenwick so genannte ‚high performance work organization‘. Dies bedeutet,

dass selbst bei zunehmender Autonomie der Arbeitsgestaltung Zielvorgaben und Überwachungsprozeduren für einen permanent hohen Leistungsdruck sorgen.

Wirtschaftliche Globalisierung (7) als Ursache zunehmenden Leistungsdrucks bedeutet, dass mit dem Export von Marktwirtschaft und moderner Technologie in Schwellenländer nicht nur der Kapital- und Warenmarkt, sondern auch der Arbeitsmarkt ausgeweitet wird, so dass unter dem Einfluss transnationaler Konzerne und gestützt durch internationale Organisationen wie IWF, WTO und Weltbank, ein globales Angebot an Arbeitskräften entsteht, deren Rechte zugleich durch eine neoliberale Wirtschaftspolitik und durch eine Schwächung staatlicher Interventionen geschmälert werden. In unseren Hochlohnländern (8) erzeugt die wirtschaftliche Globalisierung aufgrund internationaler Lohnkonkurrenz einen wachsenden Rationalisierungsdruck. Dieser Druck manifestiert sich in Form von Downsizing, Merging und Outsourcing. In ihrem Gefolge erleben Beschäftigte vermehrt eine Intensivierung ihrer Arbeit, eine Zunahme der Arbeitsplatzunsicherheit bei gleichzeitiger Stagnation von Löhnen und Gehältern und begrenzten Aufstiegschancen. Diese Entwicklungen schlagen sich u.a. in den Resultaten der groß angelegten Panelstudie zu Arbeitsbedingungen in den Mitgliedsstaaten der EU nieder (9). Hier sieht man durchgängig eine Zunahme des Anteils von Beschäftigten, die Angst vor Verlust ihres Arbeitsplatzes haben, vom Jahr 2005 auf das Jahr 2010.

Was ist nun wissenschaftlich belegt über den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Risiken (10)? Man kann den Bekanntheitsgrad der Antworten auf diese Frage am besten anhand des Bildes eines Eisbergs klarmachen. Gut sichtbar – oberhalb der Meeresoberfläche – ist der Tatbestand der Langzeitarbeitslosigkeit. Heute ist die Erkenntnis weit verbreitet, dass Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken nach Eintritt von Langzeitarbeitslosigkeit erhöht sind. Ähnliches gilt für die von der Arbeitsmedizin erforschten physikalischen und chemischen Noxen am Arbeitsplatz, für Arbeitsunfälle und für Schichtarbeit. Ob jedoch eine prekäre, unsichere und wenig geschützte Tätigkeit krank macht und ob dies sogar für bestimmte Aspekte privilegierter, sicherer Beschäftigung gilt- dies ist bis heute wenig bekannt. Und genau diesen zuletzt genannten Aspekt möchte ich im Folgenden aus der Tiefe heraus ans Licht bringen und sichtbar machen.

Zuvor jedoch noch einige Hinweise zu den gesundheitlichen Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit und Downsizing in den Betrieben. In Finnland sind diese Fragen besonders überzeugend anhand von Langzeitstudien untersucht worden. So zeigt beispielsweise eine Untersuchung (11), dass die Frühsterblichkeit von Langzeitarbeitslosen in einem 10-jährigen Beobachtungszeitraum beinahe dreimal so hoch ist wie diejenige der permanent weiterbeschäftigten gleichaltrigen Kollegen. Und die Wahrscheinlichkeit, regelmäßig Psychopharmaka einzunehmen, ist bei Männern, die von Downsizing in ihrem Betrieb betroffen waren um 50% höher als bei Männern ohne diese Downsizing-Erfahrung (12). Besonders eindrucksvoll ist die lineare Beziehung zwischen Häufigkeit der Einnahme antidepressiver Medikamente und Arbeitsverdichtung bei Pflegekräften im Krankenhaus (13), nachgewiesen ebenfalls in einer finnischen Studie. Je stärker die Bettenauslastung auf Station –bei gleich bleibendem Personal – desto höher der Medikamentenkonsum. Arbeitsintensivierung erhöht auch die Gefahr eines akuten Herzinfarkts. Dies zeigt ein neues Ergebnis der weltbekannten Whitehall II-Studie an englischen Regierungsbeamten (14). Bei denjenigen Männern und Frauen, die täglich 3 und mehr Stunden Mehrarbeit leisten, erhöht sich das Infarktisiko in einem 9-jährigen Zeitraum um 70 % gegenüber denen, welche die Normalarbeitszeit einhalten. Bei dieser statistischen Schätzung ist der Einfluss von nicht weniger als 21 Störfaktoren mit kontrolliert worden. Es ist also unwahrscheinlich, dass hier ein Zufallsbefund vorliegt. Dass rücksichtsloser Personalabbau in einer Langzeitperspektive sogar das Sterberisiko der ‚survivor‘ erhöht, also derjenigen, welche ihren Arbeitsplatz behielten, allerdings durch Personalkürzung mehr Arbeitsdruck erlebten, zeigt die nachfolgende Abbildung (15). Das Mortalitätsrisiko ist hier um etwa 30% erhöht (linke Seite).

Spielt bei diesen Befunden Burnout eine Rolle? Erfassen wir mit diesem Terminus die zugrunde liegende Dynamik der Prozesse auf korrekte Weise? Es ist an dieser Stelle unumgänglich, ein kritisches Wort zum Begriff ‚Burnout‘ zu verlieren, umso mehr, als sowohl seine Definition und seine Messung als auch die Interpretation der klinisch- diagnostischen Wertigkeit entsprechender Befunde umstritten sind (16). Es besteht wohl ein gewisser Konsens darüber, dass Burnout kein ICD-konformes Krankheitsbild ist. Auch muss eingeräumt werden, dass die wissenschaftliche Evidenz zu direkten kausalen Beziehungen zwischen Arbeitsbelastung und Burnout relativ dünn ist. Am ehesten zutreffend dürfte wohl die folgende Definition sein: Burnout bezeichnet das kritische Stadium einer – meist beruflichen- Verausgabungskarriere bei bisher leistungsfähigen Personen, ein Stadium, das durch einen Zustand tiefer psychophysischer Erschöpfung und aus ihr resultierender Funktionsbeeinträchtigung gekennzeichnet ist. So sieht es wohl auch die Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) in ihrem jüngsten Positionspapier (17). Trotz dieser Unklarheiten und Einschränkungen muss man –so meine ich – Burnout ernst nehmen, als Verbalisierung individuellen und kollektiven Leidens unter den Zwängen der gegenwärtigen Arbeitswelt.

Ich habe gefragt, ob dem Burnout- Konzept eine erklärende Funktion angesichts der aufgezeigten Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und Morbidität bzw. Mortalität zukommt. Meine Antwort lautet, dass ein wissenschaftlich präzisiertes Verständnis von Stress uns hier weiterhilft (18). Stressreaktionen sind Bewältigungsversuche angesichts einer auf die Person einwirkenden bedrohlichen Herausforderung, der man nicht einfach ausweichen kann (Stressor). Stressreaktionen spielen sich auf der kognitiven, der affektiven, der biologischen und der motorisch-verhaltensbezogenen Ebene ab, mit dem Ziel, durch Mobilisierung von Energie und kompetentem Handeln das bedrohliche Problem zu lösen. Kritisch sind vor allem jene Situationen, in denen die Person wiederkehrend zu hoher Verausgabung gezwungen ist, ohne sicher zu sein, ob diese letztlich zum Erfolg führt. Solche chronisch wiederkehrende Situationen finden sich besonders häufig in der Arbeitswelt (19). Bedrohlich sind dabei vor allem Stressoren, welche die personale Kontrolle einschränken - und damit das Erleben von Selbstwirksamkeit verhindern; bedrohlich sind Stressoren, welche den Erhalt von Belohnungen im Austausch von Leistung und Gegenleistung gefährden – und damit das Selbstwertgefühl verletzen; und bedrohlich sind Stressoren, welche die Kontinuität sozialer Beziehungen bei der Arbeit unterbinden –und damit wertvolle Zugehörigkeitsgefühle schwächen. Man sieht, dass Arbeitsstress vor allem dort zu erwarten ist, wo durch die Beschäftigung grundlegende psychische Bedürfnisse der arbeitenden Person unterdrückt werden.

Wie ist es nun möglich (20), aus der Vielfalt und Komplexität von Arbeitsplätzen, Tätigkeitsprofilen und Beschäftigungsverhältnissen jene ‚toxischen‘ Komponenten herauszufiltern, welche als Stressoren das arbeitsbedingte Erkrankungsrisiko erhöhen? Zu diesem Zweck benötigt man ein theoretisches Modell. Es hat die Aufgabe, aus dem komplexen Beziehungsgeflecht von Arbeitssituation und arbeitender Person bestimmte Merkmalskombinationen herauszufiltern, denen aufgrund theoretischer Annahmen eine pathogene Wirkung zugeschrieben wird. Ein erfolgreich getestetes Modell leistet somit einen Beitrag zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbelastungen und Erkrankungsrisiko. In der internationalen Forschung der vergangenen drei Jahrzehnte sind vor allem zwei solche theoretischen Modelle untersucht worden (21): das Anforderungs-Kontroll-Modell und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Ein drittes Modell befasst sich mit unfairen Verfahrensweisen in Organisationen. Da es jedoch bisher nicht sehr umfangreich empirisch überprüft worden ist, wird es in der nachfolgenden Analyse nicht berücksichtigt. Das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek und Theorell (22) konzentriert sich ganz auf zwei Merkmale von Tätigkeitsprofilen, ohne die arbeitende Person in das Konzept einzubeziehen. Danach diejenigen Personen durch Arbeitstress gesundheitlich gefährdet, an die permanent hohe Anforderungen gestellt werden, insbesondere in Form hoher Arbeitsverdichtung, während zugleich die Kontrolle und der Entscheidungsspielraum bei der Ausführung der Aufgaben

stark eingeschränkt ist. Typische Beispiele sind Industriearbeiter am Fließband oder im Akkord, Verkäuferinnen im Supermarkt, Beschäftigte in Call-Centers oder Dienstleistende in der Gepäckabfertigung. Zwar leiden auch leitende Manager oder Ärztinnen im Krankenhaus unter hoher Arbeitsverdichtung, aber ihre Tätigkeit gewährt hohe Kontroll- und Entscheidungsspielräume, und damit positive Erfahrungen von Selbstwirksamkeit.

Während dieses Modell somit den Arbeitsplatz ins Zentrum rückt, befasst sich das in unserer Arbeitsgruppe entwickelte Modell beruflicher Gratifikationskrisen (23) mit den vertraglichen Bedingungen der Arbeit. Denn Arbeit ist wesentlich ein Tauschprozess zwischen Leistung (der/des Arbeitnehmer/in/s) und Gegenleistung (des Arbeitgebers). Wird der Grundsatz der Tauschgerechtigkeit bei der Arbeit verletzt - das heißt, dass einer hohen Verausgabung keine angemessene Belohnung gegenübersteht -, dann stellt dies für die beschäftigte Person eine „Gratifikationskrise“ dar: erwartete, legitime Belohnungen bleiben aus oder sind nicht ausreichend. Im Modell beruflicher Gratifikationskrisen geht es nicht allein um Geld; ebenso wichtig ist die Sicherung des sozialen Status von Beschäftigten (in Form angemessener Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit) sowie die nichtmaterielle Gratifikation in Form von Wertschätzung und Anerkennung des Geleisteten, insbesondere durch Vorgesetzte. Und auch auf der Seite der Verausgabung differenziert das Modell: es sind nicht allein die von außen gestellten Anforderungen, welche das Ausmaß der geleisteten Verausgabung bestimmen. Auch Beschäftigte selbst tragen dazu bei, beispielsweise indem sie ein besonderes Engagement mitbringen, vielleicht sogar die Aufgaben mit 150%-iger Perfektion erledigen wollen. Menschen mit exzessiver Verausgabungsneigung im Berufsleben erhöhen auf diese Weise ihr Risiko, gratifikationskritische Situationen zu erfahren (24). Neben äußeren Zwängen wie fehlender Alternative auf dem Arbeitsmarkt oder starkem Wettbewerb um knappe Stellen tragen somit auch persönliche, biographisch erworbene Einflussfaktoren zur Aufrechterhaltung Stress auslösender Arbeitskonstellationen bei (25).

Auf die Messung dieser beiden Modelle im Rahmen großer epidemiologischer Studien kann ich hier aus Zeitgründen nicht eingehen. In beiden Fällen stehen psychometrisch getestete standardisierte Fragebögen zur Selbstbeurteilung zur Verfügung (26), anhand deren entsprechend exponierte Personen identifiziert werden (27). Den entscheidenden empirischen Nachweis der Erklärungskraft dieser Modelle angesichts stressassoziierter psychischer und somatischer Erkrankungen liefern sog. prospektive epidemiologische Beobachtungsstudien (28). Hierbei wird bei einem umfangreichen Kollektiv, beispielsweise der Belegschaft eines Großbetriebs, die Stressbelastung zu Beginn gemessen, und es wird dann das relative Risiko ermittelt, mit dem Exponierte gegenüber Nichtexponierten damit zu rechnen haben, in einem nachfolgenden Beobachtungszeitraum an der untersuchten Zielkrankheit zu erkranken. Bei einem relativen Risiko (bzw. einer Odds Ratio) von 2,0 wäre somit das Risiko der durch Arbeitsstress Belasteten um 100% erhöht, also doppelt so hoch wie dasjenige der Nichtexponierten. Die epidemiologische Forschung hat sich unter dem Aspekt ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung vor allem auf zwei große stressassoziierte Krankheitsbilder konzentriert, Depression und koronare Herzkrankheiten (29). Ich möchte nachfolgend einige ausgewählte Ergebnisse zur Untermauerung der wissenschaftlichen Evidenz der Thematik darstellen. Beginnen wir mit depressiven Erkrankungen.

Die weltweit erste prospektive epidemiologische Studie, welche die beiden genannten Arbeitsstressmodelle überprüft hat, ist die bereits erwähnte englische Whitehall-II Studie an Regierungsbeamten (30). Man sieht, hier bezogen auf das Modell beruflicher Gratifikationskrisen, dass bei entsprechend belasteten Männern das relative Risiko, erstmals an einer behandlungswürdigen depressiven Episode zu erkranken, um das 2,5-fache erhöht ist gegenüber Männern ohne diese Form von Arbeitsstress. Bereits ein mittleres Maß von Stressbelastung lässt dieses Risiko deutlich ansteigen. Bei Frauen zeigt sich interessanterweise trotz höherer Häufigkeit von Depressionen ein statistisch schwächerer Zusammenhang. Hier ist die Wahrscheinlichkeit nur

um etwa 60 Prozent erhöht. Die interessante Hypothese, diesen Unterschied auf die durchschnittlich größere Fähigkeit von Frauen zurückzuführen, berufliche Enttäuschungen durch außerberufliche Gratifikationen zu kompensieren, konnte in dieser Studie leider nicht untersucht werden. Eine weitere prospektive Studie, speziell bei berufstätigen Frauen, stammt aus Belgien (31). Hier sieht man, dass berufliche Gratifikationskrisen auch das Auftreten von Angststörungen und bestimmte Somatisierungstendenzen beeinflussen können. Ein z. Z. noch unveröffentlichtes Resultat aus einer deutschen Studie an etwa 1800 erwerbstätigen 50-64 jährigen Männern und Frauen im Ruhrgebiet (32) zeigt, dass jede der drei Belohnungskomponenten des Modells für sich genommen das Risiko einer neu aufgetretenen, ärztlich diagnostizierten Depression etwa gleich stark erhöht. Es geht also nicht allein um Geld und sozialen Status, mindestens ebenso bedeutsam ist fehlende Wertschätzung und Anerkennung der geleisteten Arbeit. Ähnliche Befunde sind für das Anforderungs-Modell nachgewiesen worden (33), auf die ich im Einzelnen hier nicht weiter eingehe.

Ein Aspekt ist jedoch von besonderer Bedeutung im Kontext der zu Beginn erwähnten wirtschaftliche Globalisierung. Zu unserem großen Erstaunen hat sich nämlich gezeigt, dass die Erklärungskraft der in Europa und in den USA entwickelten Arbeitsstressmodelle nicht auf diesen westlichen Kulturkreis beschränkt bleibt, sondern ebenso in asiatischen Ländern gültig ist. Ein entsprechendes Beispiel stammt aus Japan (34), wo beide Modelle in einer Studie an Arbeitern in der Automobilindustrie Effekte auf erhöhte Depressionswerte zeigten. Gleiches gilt für das zweite, umfangreich untersuchte stressassoziierte Krankheitsbild, die koronare Herzkrankheit (KHK). Auch hier haben zunächst mehrere prospektive epidemiologische Studien nachgewiesen, dass das Herzinfarktrisiko bei Beschäftigten, die Arbeitsstress in Form der beiden theoretischen Modelle aufwiesen, deutlich erhöht war. Lediglich ein Ergebnis soll zur Illustration dienen (35). Die an finnischen Arbeitern durchgeführte Langzeitstudie zeigt, dass das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko in beiden Fällen mehr als doppelt so hoch war im Vergleich zu denjenigen Arbeitern, die zu Beginn nur geringe oder keine Belastungswerte aufwiesen. Erst vor kurzem überraschten uns chinesische Kollegen mit folgendem Ergebnis ihrer Studie: Von den knapp 400 Angestellten, die in Peking wegen akuter Herzbeschwerden eine Klinik aufsuchten, wiesen mehr als zwei Drittel tatsächlich eine koronare Herzkrankheit mit pektanginösen Beschwerden auf, während die Beschwerden der Restgruppe keine koronare Ursache besaßen (36). Eine nachträgliche, von den Untersuchern blind durchgeführte Befragung mit der chinesischen Version unseres Fragebogens ergab, dass die Wahrscheinlichkeit, unter ausgeprägten beruflichen Gratifikationskrisen zu leiden, in der Gruppe mit gesicherter KHK etwa fünfmal so hoch war wie in der KHK-negativen Gruppe.

Epidemiologische Belege einer Forschungshypothese sind das eine, experimentelle Beweise, dass diesen statistischen Beziehungen kausale psychobiologische Prozesse zugrunde liegen, das andere. Daher war es wichtig, beispielsweise anhand von ambulantem Monitoring zu zeigen, dass gestresste Beschäftigte im Tagesverlauf im Mittel höhere Blutdruckwerte aufwiesen als nicht gestresste (37), dass das diurnale Ausscheidungsmuster des Stresshormons Cortisol in der kritischen Phase morgens nach dem Aufwachen bei ihnen deutlich verändert ist (38), und dass die körpereigene Entzündungsaktivität (C-reaktives Protein) unter einem mentalen Provokationstest bei chronisch gestressten Beschäftigten deutlich erhöht ist (39). Die vielleicht interessanteste neue Entdeckung zu dieser Thematik brachte jüngst eine japanisch-amerikanische Studie bei mehreren hundert Angestellten eines Pharmaunternehmens (40). Männer, die durch berufliche Gratifikationskrisen belastet waren, hatten 20 Prozent weniger natürliche Killerzellen in ihren Blutproben als nicht gestresste Gleichaltrige. Bei Frauen war der Unterschied etwas geringer und nicht mehr statistisch signifikant. Was dieser Unterschied von 20 Prozent in der Immunabwehr des Körpers bedeutet, kann man sich am besten vergegenwärtigen, wenn man bedenkt, dass Raucher gegenüber Nichtrauchern genau die gleiche Einschränkung ihrer Immunabwehr aufweisen.

Auf der Wegstrecke von erfahrenem Arbeitsstress zum Ausbruch einer chronischen Krankheit wie Depression oder koronare Herzkrankheit durchlaufen sicherlich viele Personen eine Burnout-

Phase. Ob sie ein erhöhtes Krankheitsrisiko tatsächlich anzeigt, ist jedoch umstritten. Dennoch stimmt es nachdenklich, wenn, wie vor kurzem an einer repräsentativen Gruppe chirurgisch tätiger Krankenhausärztinnen und –ärzte nachgewiesen, berufliche Gratifikationskrise etwa bei jedem 4. Teilnehmer vorlagen (41). Kritische Burnout Werte, gemessen anhand des Copenhagen-Fragebogens, wurden in dieser Gruppe 5x so häufig wie bei den stressfreien Ärzten beobachtet (42), und die Subgruppe derer, die gleichzeitig von beiden Formen von Arbeitsstress betroffen waren, wies sogar 8x häufiger Burnout- Symptome auf. Unter solchen Bedingungen ist verständlich, dass der Wunsch zunimmt, den Beruf zu wechseln (wie dies beispielsweise eine umfangreiche Studie bei Krankenschwestern aus verschiedenen Ländern gezeigt hat (43)). Schließlich wissen wir, dass psychosoziale Arbeitsbelastungen auch die Bereitschaft schmälern, nach Möglichkeit bis zum Erreichen der Altersgrenze beruflich aktiv zu bleiben. Eindrucksvoll wird dies in einer europaweiten Untersuchung an älteren Beschäftigten, der sog. SHARE- Studie, untermauert (44).

Wann ist Arbeit gesund? (45) Aus der dargestellten wissenschaftlichen Evidenz können wir folgern, dass Tätigkeiten zwar anspruchsvoll, jedoch nicht überfordernd gestaltet werden sollten und dass sie den Beschäftigten nicht nur mehr Autonomie, sondern auch Lern- und Entwicklungschancen gewähren sollten. Zweitens sollten angemessene Erfahrungen von Erfolg und sozialer Anerkennung mit guter Leistung einhergehen, sowohl auf der materiellen wie auf der nicht-materiellen Ebene. Drittens sollte die Zusammenarbeit in Betrieben und Organisationen von Vertrauen, Fairness und transparenten, gerechten Verfahrensweisen gekennzeichnet sein, und schließlich wäre wünschenswert, wenn Erwerbstätige ihren beruflichen Einsatz mit Sinn erfüllen und in einem gesicherten Kontext erbringen könnten. Obwohl die Wirklichkeit in den Betrieben oft unerträglich weit von diesen normativen Bestimmungen abweicht, gibt es die berechtigte Erwartung, dass der betrieblichen Gesundheitsförderung in Zukunft mehr Gewicht zukommen wird. Damit bin ich bei der letzten der zu Beginn aufgeworfenen Fragen angelangt: Welche praktischen Folgerungen ergeben sich aus diesen neuen Erkenntnissen für Prävention und Therapie?

Eine erste –und für die meisten von Ihnen zentrale –Ebene betrifft die Therapeuten-Klienten- bzw. Arzt-Patienten- Beziehung. Psychotherapeutische Arbeit mit Patienten, die an berufsbedingten Konflikten, Kränkungen und Schicksalsschlägen leiden, ist oft zunächst klärende, bewusst machende, durch Anstöße zur Veränderung helfende Beziehungsarbeit. Hierbei kann es hilfreich sein (46), riskante Arbeitsbedingungen und riskante Bewältigungsformen anamnestisch auf vergleichbare Weise zu erfassen und zu bewerten, beispielsweise anhand eines der inzwischen in großer Zahl vorliegenden standardisierten Messverfahren zu psychischen Arbeitsbelastungen oder anhand von Screening- Instrumenten zur Diagnostik von Dauerstress und Burnout (47). Die auf Anamnese und Diagnose aufbauenden primär- und sekundärpräventiven Interventionen zu beschreiben, liegt außerhalb meiner beruflichen Kompetenz. Dies wird sicherlich von anderen Experten im Rahmen dieser Tagung auf exzellente Weise erfolgen. Gestatten Sie mir in diesem Zusammenhang lediglich den Hinweis auf das Ergebnis einer vor kurzem in Ungarn durchgeführten Interventionsstudie (48). Sie zeigt, dass der Effekt einer kognitiven Verhaltenstherapie bezüglich Verringerung depressiver Symptome vor allem in denjenigen Gruppen zu erwarten ist, die unter ausgeprägter beruflicher Stressbelastung leiden - hier wiederum gemessen anhand des Gratifikationskrisenmodells.

Die zweite Ebene praktischer Folgerungen bezieht sich auf das einzelne Unternehmen, den Betrieb oder die Verwaltung (49). Neben individuellen und gruppenbezogenen Präventivmaßnahmen im Sinn erfolgreicher Stressbewältigung und Burnout- Prävention sind hier insbesondere Programme zur Verbesserung des Führungsverhaltens und zur Entwicklung einer betrieblichen Anerkennungskultur bedeutsam. Prinzipien guter Führung sind inzwischen weitgehend bekannt und gut belegt (50). Die Herausforderung besteht hier in einer wirksamen Umsetzung. Neben konventionellen Führungstrainings, die immerhin auch auf der Ebene von Stresshormonausschüttung bei Untergebenen Wirkung gezeigt haben (51), sind neuerdings

innovative Programme erprobt worden (52), bei denen Führungskräfte und engste Mitarbeiter sich gemeinsam an künstlerischen Inhalten abarbeiten, um Kreativität, Sensibilität und moralisches Bewusstsein zu schulen. Nachhaltiger dürften allerdings diejenigen gesundheitsfördernden Aktivitäten in Betrieben sein, welche Organisations- und Personalentwicklung betreiben, beispielsweise durch eine bessere Vereinbarung von Arbeitszeiten und familiären Verpflichtungen (53). Als besonders erfolgreich hat sich ein Interventionsprojekt in kanadischen Krankenhäusern erwiesen, das die geplanten Veränderungen der Arbeitsorganisation nach den beiden hier dargestellten stresstheoretischen Modellen ausgerichtet hat (54). In Gesundheitszirkeln und Betriebsvereinbarungen wurden Belastungsspitzen durch Personalverteilung besser aufgefangen, wurden Entscheidungsspielräume, beispielsweise in der pflegerischen Arbeit, erweitert, der soziale Rückhalt in den Teams gestärkt und die Gratifikationen im Rahmen des Möglichen verbessert. Man sieht, dass günstige Effekte auf die Burnout- Symptomatik selbst nach 3 Jahren noch eindrucksvoll nachzuweisen waren. Investitionen in eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung lohnen sich auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, zumindest nach wenigen Jahren. Und selbst in dem oft kritisch beurteilten Wirtschaftssystem der USA hat eine betriebswirtschaftliche Studie gezeigt (55), dass diejenigen Unternehmen am Aktienmarkt die größten Erfolge haben, welche gesundheitsförderliche Praktiken der Organisations- und Personalentwicklung befolgen, so vor allem Arbeitsplatzsicherheit, sorgfältige Personaleinstellungspolitik, verstärkte Teamarbeit, leistungsorientierte Bezahlung und extensive Mitarbeiterschulung.

Bedenkt man allerdings die großen zu Beginn erwähnten Herausforderungen wirtschaftlicher Globalisierung, dann werden zusätzlich präventive Maßnahmen auf einer dritten Ebene erforderlich, der Ebene von Programmen nationaler Arbeits- und Sozialpolitik. Vor kurzem konnte unsere Arbeitsgruppe im Rahmen der europaweiten SHARE- Studie bei älteren Erwerbstätigen den Nachweis erbringen (56), dass der mittlere Level von Arbeitsstress eines Landes umso höher ist, je geringer dessen Investitionen in wichtige arbeitspolitische Programme sind. Als Beispiel solcher Investitionen können nationale Bemühungen um eine umfangreiche Beteiligung der Erwerbsbevölkerung an beruflichen Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen gelten. In Ländern mit einem hohen Anteil an Beschäftigten, die in jüngerer Vergangenheit an solchen beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen teilgenommen haben, ist der Prozentsatz der Beschäftigten, deren Arbeitssituation durch geringe Kontroll- und Belohnungschancen gekennzeichnet ist, besonders niedrig (vor allem in Schweden, Dänemark und der Schweiz). Umgekehrt ist dieser Prozentsatz vor allem in süd- und osteuropäischen Ländern sehr hoch, die wenig in die berufliche Weiterbildung investieren (vor allem in Griechenland, Spanien und Polen). Und schließlich zeigte sich (57), dass die Stärke des Effekts, der vom durchschnittlichen Arbeitsstress-Level auf das Depressionsrisiko der Beschäftigten ausgeht, in einem neoliberalen Land wie Großbritannien deutlich ausgeprägter war als in einem sozialstaatlich gut ausgebauten Land wie beispielsweise Schweden oder Dänemark. Dieser Befund zeigt: Wenn es uns ernst ist mit der Gesundheit der Beschäftigten, dann müssen wir einer neoliberalen Wirtschaftspolitik Einhalt gebieten, welche den Sozialstaat schwächt und die entsprechenden Haushaltsbudgets zusammenstreicht.

Am Beginn meines Vortrags habe ich darauf hingewiesen, dass die Spannweite gesellschaftlicher Zielbilder der Lebensgestaltung sehr groß ist. Sie reicht vom Ideal des meditativ-kontemplativen asiatischen Mönchs bis hin zum Zielbild des leistungs- und erfolgsorientierten homo faber der modernen westlichen Welt. Wir haben gesehen, dass die Exzesse unserer auf dem Leistungsprinzip beruhenden Wirtschaftsordnung an Grenzen menschlicher Anpassungsfähigkeit stoßen, die nicht nur die Burnout- Gefahr, sondern darüber hinaus das Risiko des Ausbruchs stressassoziierter Krankheiten in der Erwerbsbevölkerung erhöhen. Es ist somit an der Zeit, nach Wegen aus dieser sich anbahnenden Krise zu suchen, Wegen, die zunächst beim Wertewandel einsetzen. Drei solche erforderlichen Änderungen der Wertorientierung möchte ich abschließend kurz skizzieren (58). Die erste Änderung betrifft ein Umsteuern im wirtschaftlichen Denken und Handeln. Ziel ist es, die Vormacht des Prinzips Eigennutz, des zweckrational operierenden Individuums, nicht nur im

ökonomischen Denken und Forschen, sondern auch in der realen Wirtschaftspraxis, in Managementkonzepten und wirtschaftspolitischen Strategien zu schwächen. Fairness und Tauschgerechtigkeit stellen starke Prinzipien wirtschaftlichen und sozialen Handelns dar, und ihnen mehr Geltung zu verschaffen ist eine vordringliche theoretische und praktische Aufgabe. Wichtig wäre es, diese ökonomische Wende mit einer zweiten, der ökologischen Wende zu verknüpfen, das heißt einem schonenden wirtschaftlichen Wachstum und einer Stärkung postmaterieller Werte. Dies führt letztlich zur Frage, wie es gelingen kann, die eindimensionale Leistungskultur, welche die Dynamik unseres Wirtschaftssystems antreibt, durch hilfreiche Gegengewichte auszubalancieren. Gegengewichte, die zu kreativen Formen der Selbstentfaltung und der sozialen Kooperation führen. Wir alle sind aufgerufen, uns an der Beantwortung dieser Frage zu beteiligen.

HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Lindauer Psychotherapiewochen 2012
Lindau, 24.04.2012

Burnout und Arbeitswelt

Johannes Siegrist

Institut für Medizinische Soziologie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Zentrale Fragen des Vortrags

- Macht die moderne Arbeitswelt krank?
– Und falls ja, wie?
- Was tragen die Beschäftigten selbst dazu bei?
- Arbeitsstress, Burnout und Depression: Begriffsklärung und wissenschaftliche Evidenz?
- Praktische Folgerungen für Prävention und Therapie?

HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Bedeutung des Erwerbslebens für Gesundheit und Wohlbefinden

- **Zentralität der Berufsrolle**
 - Erwerbseinkommen
 - sozialer Status und soziale Identität
 - Quelle von Erfolgs-/Misserfolgserfahrungen
- **Leistungsanspruch an Erwerbstätige**
 - wiederkehrend hohe Anforderungen
 - Konkurrenzdruck
 - Qualifikationsdruck und Lernchancen
- **Lange Expositionsdauer**
 - Schichtarbeit, Akkordarbeit
 - Lärm, physische und chemische Noxen
 - **Psychosoziale Stressoren (s.u. Arbeitsstressmodelle)**

HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Herausforderungen der modernen Arbeitswelt

- Zunehmender Leistungs- und Wettbewerbsdruck (ökonomische Globalisierung)
- Gesteigerte Anforderungen an Flexibilität, Mobilität und Anpassungsfähigkeit
- Fragmentierung der Erwerbsbiographie, gesteigerte Arbeitsplatzunsicherheit
- Steigende Tertiärisierung, vor allem personenbezogene Dienstleistungen; IT Berufe
- ‚High-performance work organization‘

HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Wirtschaftliche Globalisierung

- Export von Verfahren freier **Marktwirtschaft** und von technologischen Neuerungen aus westlichen Industriestaaten in **Schwellenländer**
- Ausweitung **transnationaler Märkte** (Waren, Kapital, Arbeitskräfte)
- **Proaktive Rolle** führender **internationaler Unternehmen/Korporationen** (USA, Europa, Japan)
- Unterstützung des Prozesses durch **IWF, World Bank** und **WTO**
- **Deregulierung** der Märkte und **Schwächung** staatlicher Interventionen (inkl. Abbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen) durch neoliberale Wirtschaftspolitik

HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Wirtschaftliche Globalisierung: Folgen des globalen Arbeitsmarkts für Hochlohnländer

Wachsender Rationalisierungsdruck
(v.a. aufgrund internationaler Lohnkonkurrenz)

Downsizing, Merging, Outsourcing

↓

Arbeitsintensität

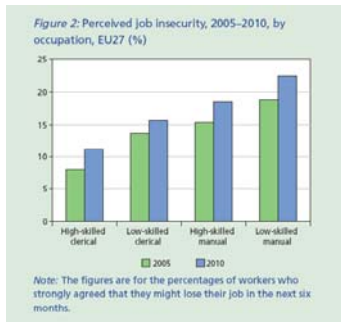
↓

Arbeitsplatzunsicherheit

↓

Lohn/Gehalts einbußen

Zunahme von Arbeitsplatzunsicherheit bei Beschäftigten in der EU27 von 2005 bis 2010



Quelle: Eurofound (2010) Changes over time - First findings from the fifth European Working Conditions Survey, Dublin

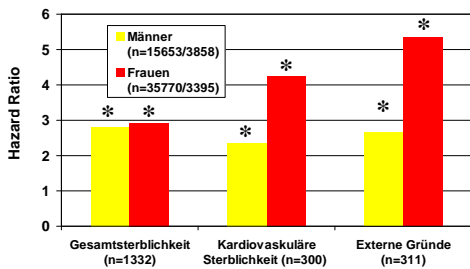
Arbeitsbedingte Gesundheitsstörungen: Was ist bekannt?



- Langzeitarbeitslosigkeit
- Physikalisch-/chemische Noxen
- Unfallrisiken
- Schichtarbeit
- Prekäre Beschäftigung
- Psychosoziale Stressoren



Sterblichkeit von Langzeitarbeitslosen (>1 Jahr) im Vergleich zu permanent Beschäftigten in einem 10-Jahres-Zeitraum (1990-2000)

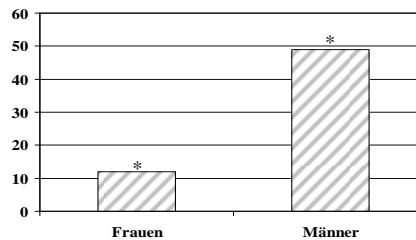


Quelle: M. Kivimäki et al. (2003), Am J Epidemiol, 158:663-668.

Entlassungswellen und Psychopharmakagabe bei der verbleibenden Belegschaft

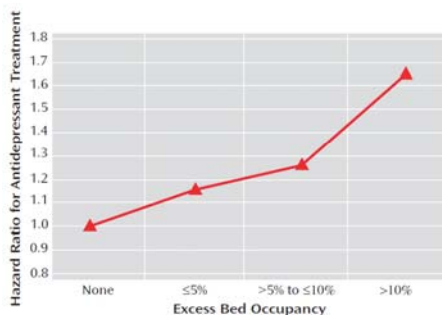


Verschreibung von Psychopharmaka bei 22.382 Männern und Frauen (Finnland) im Follow-up Zeitraum von 7,5 Jahren
Adj. Rate Ratio (in %) > Downsizing (4783) vs. kein Downsizing (17599)



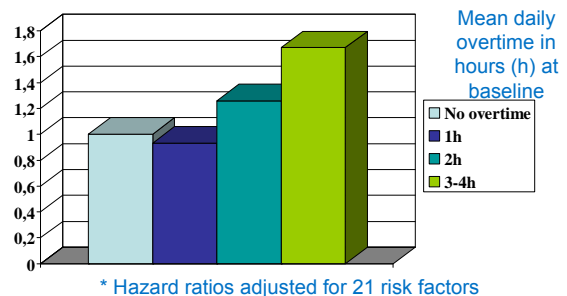
Quelle: Kivimäki et al (2007) JECH

Antidepressive Medikation und Arbeitsstress bei finnischen Krankenschwestern (N=6999)



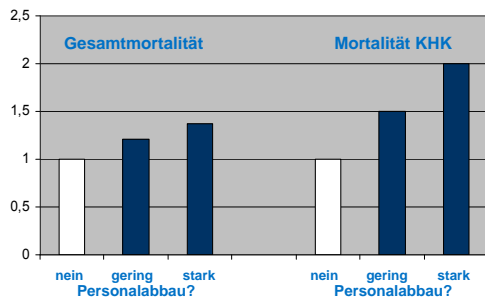
Quelle: Virtanen M et al (2008) Am J Psychiatry 165 (11): 1482.

Erhöhtes Herzinfarktfrisiko bei täglich 3 – 4 Stunden Mehrarbeit bei Beamten: Whitehall-II-Studie



Quelle: Virtanen M et al. (2010) Eur Heart J. doi:10.1093/eurheartj/ehq124

Downsizing und Mortalitätsrisiko bei finnischen Männern und Frauen (N=22.430; 7,5 Jahre)



Quelle: J. Vahtera et al. (2004), BMJ, 328: 555.

Burnout und Arbeitsstress

Burnout:

- **Kritisches Stadium** einer – meist beruflichen – **Verausgabungskarriere** bei bisher leistungsfähigen Personen, das durch einen Zustand intensiver **psychophysischer Erschöpfung** und aus ihr resultierender Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist.

Probleme:

- **Kein ICD-konformes Krankheitsbild**
- **Inkonsistenzen** bzgl. Definition, Messung und diagnostischer Wertigkeit
- **Begrenzte wissenschaftliche Evidenz** zum Zusammenhang mit Arbeitsstress
- **Dennoch wichtig** als Verbalisierung individuellen und kollektiven Leidens unter Zwängen der gegenwärtigen Arbeitswelt

Arbeitsstress – Burnout – Depression: Positionspapier DGPPN (2012)



Wissenschaftliches Stresskonzept

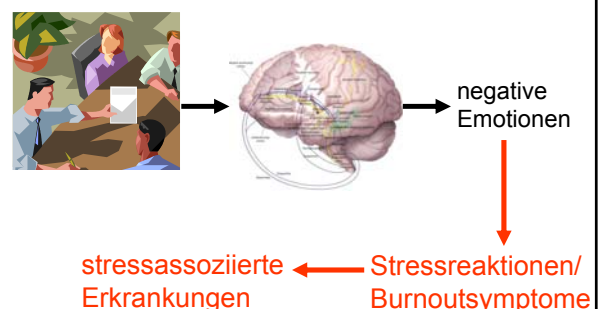
- **Stressor:** (meistens) von außen auf den Organismus/ die Person einwirkende bedrohliche Herausforderung, die bewältigt werden muss
- **Stressreaktion:** Versuch der Bewältigung durch Mobilisierung von Energie, kompetentes Handeln, Hilfe von außen. Unterscheide: kognitive, affektive, physiologische und Verhaltensebene der Stressreaktion
- Entscheidend: **Erfolg** oder **Misserfolg**. Kritisch: Fortgesetzte Verausgabung mit unsicherem Erfolg!
- Von zentraler Bedeutung: **chronische soziale Stressoren** in zentralen Lebensbereichen (Familie, Arbeit, soziale Konflikte)

Stresstheoretische und methodische Grundlagen: Theoretischer Rahmen

Soziale Stressoren als Bedrohungen zentraler psychischer Bedürfnisse der Selbstregulation:

- Bedrohung **personaler Kontrolle** bzw. Autonomie in zentralen sozialen Rollen:
→ Verringerte Selbstwirksamkeit
- Bedrohung **sozialer Belohnungen** in zentralen Austauschprozessen:
→ Verringerter Selbstwertgefühl
- Bedrohung wichtiger **sozialer Beziehungen** und Teilhabechancen:
→ Verringerter Zugehörigkeitsgefühl

Risikante Arbeitsbedingungen → Dauerstress/ Burnout → stressassoziierte Krankheiten?



Theoretische Modelle

- **Anforderungs-Kontroll Modell** (R. Karasek, 1979; R. Karasek & T. Theorell, 1990)
 - Fokus: Arbeitsaufgabe
- **Modell beruflicher Gratifikationskrisen** (J. Siegrist, 1996; J. Siegrist et al., 2004)
 - Fokus: Beschäftigungsverhältnis/Vertrag
- **Modell der Organisationsgerechtigkeit** (J. Greenberg, 1990; M. Elovainio et al., 2002)
 - Fokus: Verfahrensweisen in Organisationen

Anforderungs-Kontroll-Modell (R. Karasek & T. Theorell, 1990)

Modell beruflicher Gratifikationskrisen (J. Siegrist, 1996)

Warum werden berufliche Gratifikationskrisen über einen längeren Zeitraum erfahren?

Bedingungen des Arbeitsmarkts bzw. der beruflichen Zukunft:

- **Abhängigkeit**
Der Beschäftigte findet auf dem Arbeitsmarkt keine Alternative und zieht ein unfaires Beschäftigungsverhältnis dem Arbeitsplatzverlust vor.
- **Strategische Entscheidung**
Der Beschäftigte akzeptiert ein Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung, um seine zukünftigen Karrierechancen zu verbessern („antizipatorisches Investment“).

Bedingungen der arbeitenden Person:

- **Riskante Form der Anforderungsbewältigung** →

Riskante Formen der Anforderungsbewältigung

- **Übersteigerte Verausgabungsneigung**
In diesem Modell wird postuliert, dass arbeitende Personen, die ein spezifisches motivationales Muster exzessiver Leistungsbereitschaft aufweisen, von gesundheitlichen Folgen beruflicher Gratifikationskrisen besonders stark betroffen sind.

Entstehungsbedingungen:

- Frühe Kindheit (Lernen am Modell oder Kompensation affektiver Defizite)
- Anpassungsform an Gruppendruck bei der Arbeit

Messung von Modellen psychosozialer Arbeitsbelastungen (psychometrische Skalen)

- **Anforderungs-Kontroll-Modell (JCQ)**
 - www.workhealth.org
- **Modell beruflicher Gratifikationskrisen**
 - www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology
 - Skala ‚Verausgabung‘ (6 Likert-skalierte Items)
 - Skala ‚Belohnung‘ (11 Likert-skalierte Items)
 - ‚Verausgabung-Belohnungs-Quotient‘ (>1,0)
 - Skala ‚berufliche Verausgabungsneigung‘ (6 Likert-skalierte Items)

Häufigkeit beruflicher Gratifikationskrisen nach ausgewählten Berufsgruppen

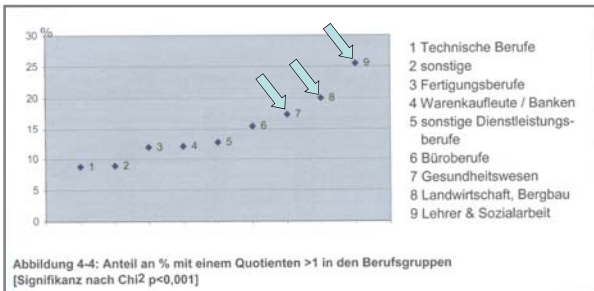


Abbildung 4-4: Anteil an % mit einem Quotienten >1 in den Berufsgruppen [Signifikanz nach Chi2 p<0,001]

Quelle: Das IGA-Barometer 2005 (BKK Essen 2005)

Methodik wissenschaftlicher Evidenzgewinnung



Wichtigste Datenquelle: Epidemiologische Studien, die den Gesundheitszustand ganzer Bevölkerungsgruppen (v.a. Betriebe) untersuchen

Goldstandard: Längsschnittstudie bei initial gesunden Beschäftigten (relative Risiken bei Exponierten vs. Nicht-Exponierten).

- Dosis-Wirkungsbeziehung
- Information zu Mechanismen
- Risikoverminderung durch Intervention

Ergänzende Datenquellen:

Experimentelle und quasi-experimentelle Studien

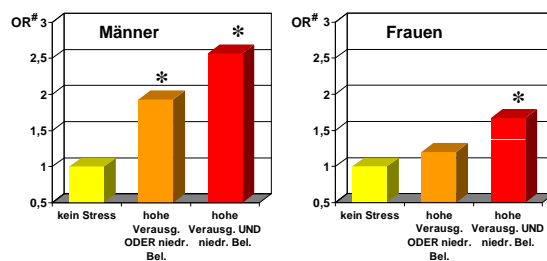
Depression und koronare Herzkrankheit



„Bis zum Jahr 2020 werden Depression und Koronare Herzkrankheit weltweit die führenden Ursachen vorzeitigen Todes und durch Behinderung eingeschränkter Lebensjahre sein.“

(Murray and Lopez 1996)

Gratifikationskrisen und depressive Störungen (GHQ): Whitehall-II-Studie (N=6110, 5,3 Jahre)

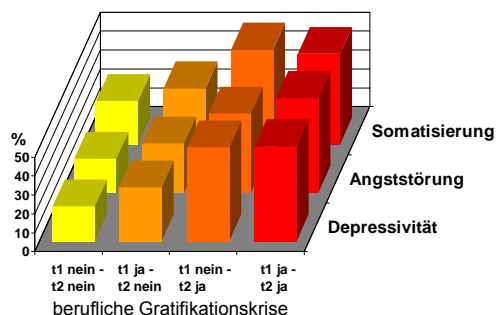


* adjustiert für Alter, Angestelltengrad, Wert GHQ bei Eingangsuntersuchung; Personen im affektiver Störung zu Studienbeginn nicht enthalten

* p < .05

Quelle: S.A. Stansfeld et al. (1999), OEM, 56: 302.

Kumulativer Arbeitsstress und verminderte psychische Gesundheit (SCL-90): Somstress-Studie, Belgien (N=920 Frauen, follow-up: 12 Monate)



Quelle: I. Godin et al. (2005), BMC Public Health, 5: 67.

Arbeitsstress (Anforderungs-Kontroll-Modell) und Inzidenz schwerer depressiver Symptome (5 Jahre, N=4.133)



Multivariate Relative Risiken* folgender Modellkomponenten:

Frauen

- Geringer Entscheidungsspielraum RR 1.96 CI 1.10;3.47
- Geringer sozialer Rückhalt RR 1.92 CI 1.33;3.26

Männer

- Hohe Arbeitsplatzunsicherheit RR 2.09 CI 1.04;4.20

*adj. für Alter, Depression bei Baseline und weitere confounder

Quelle: R. Rugulies et al. (2006), Am J Epidemiol, 163: 877.

Arbeitsstress und depressive Störungen bei japanischen Arbeitern mit Arbeitsplatzunsicherheit

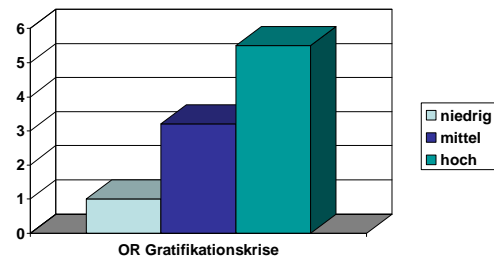


	OR#	95 % KI	p
Hohe Anforderung	0,83	0,32 – 2,15	.70
Niedrige Kontrolle	4,71	1,16 – 13,72	.00
+Anf./-Kontrolle	2,16	0,85 – 5,51	.10
Gratifikationskrise	4,13	1,39 – 12,28	.01
Verausgabungsneigung	2,56	1,01 – 6,47	.05

Kontrolliert für Alter, Geschlecht, berufliche Position, Berufsgruppe und Arbeitsplatzmerkmale

Quelle: Tsutsumi et al., Scand J Work Environ Health 2001, 27: 146-153

Berufliche Gratifikationskrisen bei chinesischen Männern mit stationär abgeklärten Herzbeschwerden

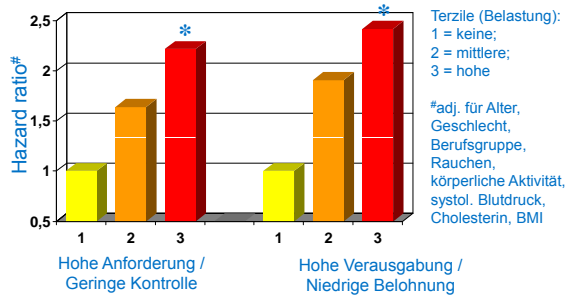


(KHK-positive vs. KHK-negative Gruppe (N=388, Peking));

Relatives Risiko adjustiert für Alter, Geschlecht, Blutdruck, Diabetes, Rauchen, BMI familiäre Belastung, soziale Schicht und Familienstand

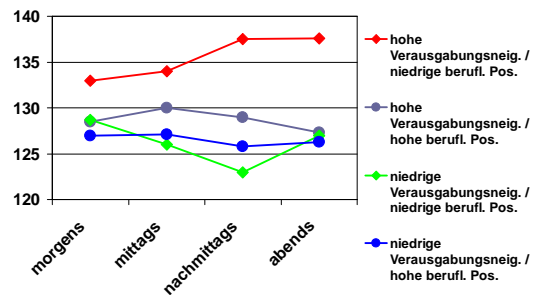
Quelle: Xu W. et al (2009) J Occup Health 51: 107-113

Psychosozialer Arbeitsstress und Herz-Kreislauf-Sterblichkeit: Finnische Industriearbeiterstudie



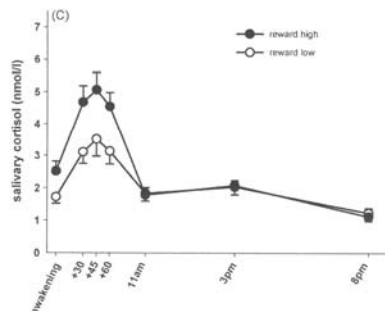
Quelle: M. Kivimäki et al. (2002), BMJ, 325: 857.

Mittlerer systolischer Blutdruck (mmHg) bei Männern im Tagesverlauf nach beruflicher Verausgabungsneigung und sozialem Status



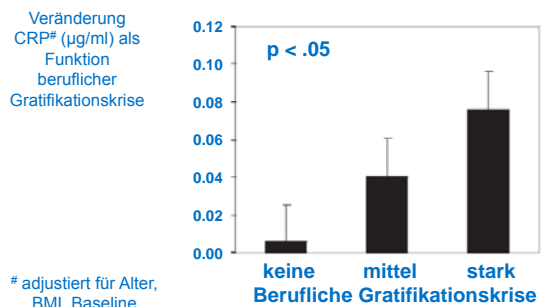
Quelle: Steptoe et al. (2004), Psychosomatic Medicine, 66: 323.

Cortisolprofil nach Dexametason-Test bei Lehrern mit und ohne Gratifikationskrisen (N=135)



Quelle: Bellingrath S et al (2008) Biol Psychol 78: 104-113

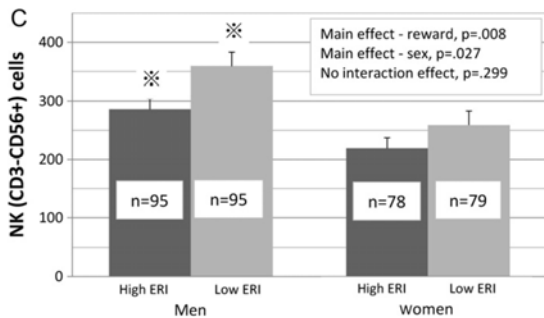
Entzündungsparameter (CRP) bei mentalem Stresstest und beruflichen Gratifikationskrisen (N=92)



adjustiert für Alter, BMI, Baseline

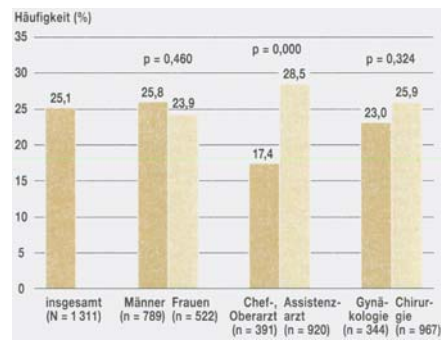
Quelle: M. Hamer et al. (2006), Psychosom Med, 68: 408-413.

Berufliche Gratifikationskrisen und Immunabwehr (Killerzellen) bei 347 Angestellten



Quelle: Nakata A et al (2011) Effort-reward imbalance, overcommitment, and cellular immune measures among white-collar employees. Biol Psychol [in press]

Häufigkeit psychosozialer Arbeitsbelastungen (Gratifikationskrisen) bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten (N=1311)



Quelle: von dem Knesebeck O et al. (2010) Dt. Ärztebl. 14: 248-253

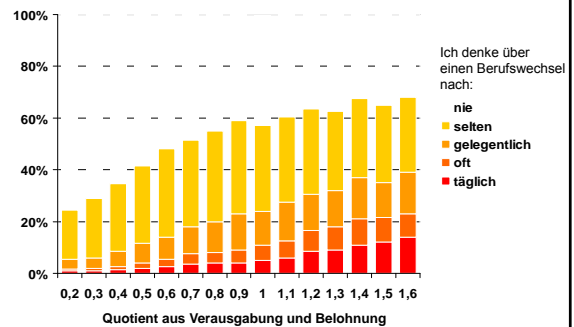
Kumulierte Arbeitsbelastung (Gratifikationskrise und Job Strain) und Risiko von Burnout bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten (N=1311)

	Gesamt	
	Prävalenz	OR* (95% KI)
keine Belastung	273 (36,5)	1
nur Job Strain	88 (64,7)	2,96 (1,98-4,40)
nur berufliche Gratifikationskrise	117 (72,7)	4,95 (3,36-7,29)
Job Strain und berufliche Gratifikationskrise	116 (83,5)	8,77 (5,42-14,17)

* kontrolliert für Geschlecht, Position, Berufserfahrung

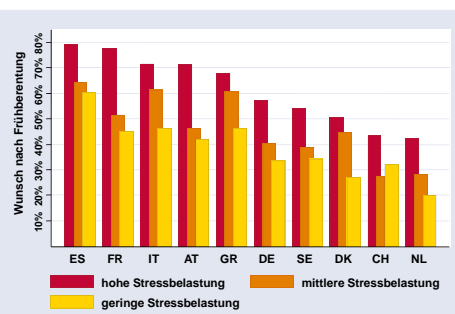
Quelle: von dem Knesebeck O et al. (2010) Dt. Ärztebl. 14: 248-253

Berufliche Gratifikationskrisen und Bereitschaft, den Pflegeberuf aufzugeben, Europäische Studie (NEXT), N=25.853 Pflegekräfte



Quelle: H.W. Hasselhorn et al. (2003).

Wunsch nach Frühberentung bei >50-jährigen Beschäftigten in 10 europäischen Ländern (SHARE)*



*N=6.244

Quelle: basierend auf Siegrist J, Wahrendorf M (2009) Lancet 374: 1872-1873

Wann ist Arbeit gesund? Folgerungen aus wissenschaftlicher Evidenz

- Anspruchsvolles, nicht überforderndes Arbeitsaufgabenprofil (hohe Autonomie, reichhaltige Lern- und Entwicklungschancen)
- Angemessene Erfahrungen von Erfolg und sozialer Anerkennung sowie materielle Gratifikationen für erbrachte Leistungen
- Vertrauensvolles Klima der Zusammenarbeit sowie des fairen und gerechten Umgangs
- Sinnerfüllte und gesicherte Perspektive der Leistungserbringung aus Sicht der Arbeitenden

Praktische Folgerungen



1. Ebene: Therapeuten-Patienten/Klienten-Beziehung

– Primärprävention

- Früherkennung riskanter Arbeitsbedingungen und riskante Bewältigungsformen
- Diagnostik der Symptomatik von Dauerstress/Burnout (Z 73.0) mit oder ohne ICD-10-Codierung (z.B. depressive Episoden)
- Spezifische Beratungs-/Therapieangebote (bzw. Überweisung an Experten)

– Sekundärprävention

- Koordination therapeutischer und beruflicher Koordination (Kontinuität der Betreuung, frühzeitiges BEM)
- Ambulante Gruppentherapie, Kooperation Betriebsärzte

Angebote für therapeutisches Handeln: Screening von Arbeitsstress



- Überblick: C. Nebel u.a.: Instrumente und Methoden zur Messung psychischer Belastung. In: D. Windemuth u.a. (Hrg.) Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf (S.261-274). Wiesbaden: Universum Verlag 2010.
- BAuA
 - Toolbox (Psychische Arbeitsbelastungen)
 - www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Alle%20Verfahren.html
- BKK-Stresslabor:
 - www.onlinestresslabor.de
- Arbeitsstressmodelle (validierte Skalen)
 - www.workhealth.org
 - www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology
 - www.copsoq.de
- Bedeutung von Mitarbeiterbefragungen!

2. Ebene: Betriebliche Gesundheitsförderung



- Individuelle und gruppenbezogene **Stressbewältigungsprogramme**
- Programme zum **Führungsverhalten** sowie zur Entwicklung betrieblicher **Anerkennungskultur**
- Programme zur Personal- und Organisationsentwicklung
 - **Autonomieentwicklung** bei der Arbeitsorganisation (Anforderungs-Kontroll-Modell)
 - Verbesserungen der **Leistungs-Belohnungs-Relation** (Modell beruflicher Gratifikationskrisen)

Prinzipien „guter“ Führung



- Transparenz, Zuverlässigkeit und Vertrauen schaffen
- Autonomie und Beteiligung der Mitarbeiter ermöglichen
- Anforderungen mit Stärken und Begabungen abstimmen
- Konstruktive (auch kritische) Rückmeldungen geben
- Anerkennung/Wertschätzung ausdrücken
- Faire Verfahrensweisen anwenden
- Als Vorbild handeln

Führungstraining bei Managern und Stresshormonausscheidung bei Mitarbeitern



	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Baseline	nach 1 Jahr	Baseline	nach 1 Jahr
mittl. Kortisolwert (nmol/l)	387.2	345.2	390.4	391.3
		↓		→
			*	
mittlerer Entscheidungsspielraum (range 2-8)	6.0	6.1	6.2	5.7
		↑		↓
			**	

Interaktion Gruppe X Zeit: *p = .05, **p = .02

Quelle: T. Theorell et al. (2001), Psychosom Med, 63: 724-733.

Kreatives vs. konventionelles Führungskräftetraining



- Interventionsstudie bei schwedischen Führungskräften (N=48) und engsten Untergebenen (N=183)
- Programm A: Intensive Bearbeitung kultureller Angebote (Schulung von Kreativität, Sensibilität und moralischem Bewusstsein)
- Programm B: Konventionelles Informations- und Trainingsprogramm
- Jeweils zwölf 3-stündige Sitzungen
- Hauptergebnis 6 Monate später:
 - Signifikant bessere psychische Gesundheit bei Teilnehmern von Programm A
 - Signifikant günstigere Ausscheidungsmuster des Hormons DHEA-S (biologische Schutzwirkung)

Quelle: Romanowska J (2011) Psychther Psychosom 80: 78-87.

Gewährung der Autonomie der Arbeitsgestaltung



	Adj. Rel. AU-Risiko (F-U = 28 Monate)
Gratifikationskrise + Kontrolle der Täglichen Arbeitszeiten	23 %
Gratifikationskrise + keine Kontrolle der Täglichen Arbeitszeiten	39 %
Gratifikationskrise + Kontrolle über freie Tage	12 %
Gratifikationskrise + keine Kontrolle über freie Tage	43 %

Quelle: Ala Mursala L. et al. (2005) J Epidemiol Community Health 59: 851-857; N=16.000

Theoriegeleitetes Stressbewältigungsprogramm in zwei kanadischen Krankenhäusern



Drei-Jahres-Ergebnisse:

Variables	Means (95% CI) at M2 adjusted for M0 in each hospital		p Value‡
	Experimental (n=248)	Control (n=240)	
Anforderungen	11.9 (11.5 to 12.3)	12.6 (12.2 to 13.0)	0.008*
Kontrolle	70.01 (69.1 to 71.1)	68.7 (67.7 to 69.7)	0.051*
Soz. Rückhalt	23.7 (23.3 to 24.1)	23.0 (22.6 to 23.4)	0.011*
Belohnung	31.2 (30.7 to 31.6)	30.2 (29.8 to 30.7)	0.003*
Gratifikationskrisen	1.01 (1.0 to 1.1)	1.1 (1.1 to 1.2)	<.001*
Burnout (Klienten)	33.4 (31.7 to 35.2)	37.4 (35.5 to 39.2)	0.003*
Burnout (Arbeit)	43.2 (41.5 to 44.9)	48.3 (46.6 to 50.1)	<.0001*
Burnout (Persönlich)	40.3 (38.5 to 42.1)	44.2 (42.4 to 46.0)	0.003*

*Statistically significant.

†Borderline significant (p < 0.10).

‡Analysis of covariance (ANCOVA) was used for comparisons at M2 between the two hospitals after adjustment for the mean at M0. H0: means at M2 are the same for both groups; H1: means at M2 are different for the two groups.

Quelle: Bourbonnais et al (2011) Occup Environ Med 68: 479-486.

Sieben Praktiken ökonomisch erfolgreicher Betriebe (USA)



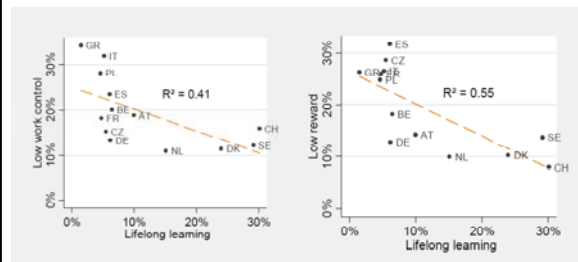
1. Arbeitsplatzsicherheit
2. Gezielte (sorgfältige) Personaleinstellungspolitik
3. Dezentrale Entscheidung, verstärkte Teamarbeit
4. Individuelle, leistungsorientierte Bezahlung
5. Systematische und extensive Schulung
6. Abbau von Statusunterschieden zwischen den innerbetrieblichen Positionsgruppen (z.B. Zimmergröße, Anrede etc.)
7. Offene Informationspolitik (Transparenz), v.a. bezüglich der Betriebsergebnisse

Quelle: J. Pfeffer (1998): The Human Equation: Building Profits by Putting People First. Boston: Harvard Business School.

Makrosoziale Ebene: Programme nationaler Arbeits- und Sozialpolitik (z.B. Arbeitslosenunterstützung)

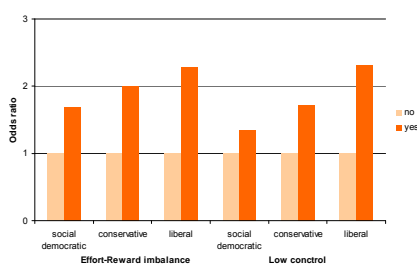


Zusammenhang zwischen Arbeitsstress (nationaler Durchschnitt) und Teilnahmehäufigkeit an beruflicher Weiterbildung (SHARE-Studie)



Quelle: Siegrist J., Wahrendorf M. (2011) in: The Individual and the Welfare State (ed. A. Börsch-Supan et al.) Springer Heidelberg

Effekte von Arbeitsstress auf depressive Symptome in drei Wohlfahrtsregimes Europas



SHARE- und ELSA-Studien: Odds ratios adjustiert für Alter, Geschlecht und Sozialschicht

Quelle: Dragano N et al. (2011) J Epidemiol Commun Health 65: 793-799

Burnout und Arbeitswelt – Wege aus der Krise



- Vom Prinzip Eigennutz zum Prinzip Tauschgerechtigkeit
- Von Konsumorientierung und Ressourcenverschwendung zu postmateriellen Werten und nachhaltigem Wachstum
- Von eindimensionaler Leistungskultur zu kreativen Formen der Selbstentfaltung und der sozialen Kooperation