

Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Gisela Mohr und Ivars Udris

Gesundheit und Gesundheitsverhalten am Arbeitsplatz werden meist thematisiert, indem auf individuelles Fehl- oder Risikoverhalten (z. B. Fehlernährung, Bewegungsmangel, Drogenkonsum etc.) eingegangen wird. Dabei spielen individuelle Faktoren einer „Risikopersönlichkeit“ eine Rolle. Als Beispiel kann das sogenannte „Typ A-Verhalten“ herangezogen werden, dem als Verhaltensmuster eine gewisse Bedeutung für die Entstehung von koronaren Herzerkrankungen zugeschrieben wird (Contrada & Krantz, 1988; Fletcher, 1988).

In diesem Beitrag soll demgegenüber eine andere, eine arbeits- und organisationspsychologische Perspektive eingenommen werden. Eine zentrale Aufgabenstellung aus dieser Perspektive ist es, die Arbeitswelt menschengerecht zu gestalten helfen (Ulich, 1994). Dieses Anliegen verlangt, Bedingungen für Krankheit, Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht (nur) in der Person zu suchen, sondern vor allem in den Merkmalen der Arbeitstätigkeit und des Betriebes. Gegenüber der personenbezogenen Sichtweise wird **also eine situationsbezogene** Sichtweise vorgezogen. Die Auseinandersetzung mit den Bedingungen der Arbeitswelt findet in diesem Beitrag unter zwei Einschränkungen statt:

(1) Die dargestellten Forschungsbefunde beziehen sich fast ausnahmslos auf einen Ausschnitt von Arbeit, nämlich auf **die außerhäusliche Erwerbstätigkeit**. Die Bedeutung der häuslichen Arbeit wird bei der Bewertung der Forschungsbefunde zwar hin und wieder diskutiert, aber bisher selten in die empirische Analyse einbezogen. Sie wird noch immer zu großen Teilen von Frauen getragen, und zwar auch dann, wenn Frauen im gleichen Umfang erwerbstätig sind wie ihre Partner (vgl. Baillod, Holenweger, Ley & Saxenhofer, 1989; Rummel, 1987). Den Wechselwirkungen zwischen familiären und beruflichen Bedingungen, vor allem bei Frauen, wird in den letzten Jahren allerdings zunehmend auch in der Forschung Rechnung getragen (vgl. Brüderl & Paetzold, 1992; Eckenrode & Gore, 1990; Frankenhaeuser, Lundberg & Chesney, 1991; Kraft & Udris, 1990; Repetti, Matthews & Waldron, 1989).

(2) Mit der ausschließlichen Berücksichtigung von **psychischer** Krankheit bzw. Gesundheit - oder allgemeiner: des psychosozialen (Wohl-)Befindens - soll die Tatsache betont werden, daß psychische Erkrankungen inzwischen an vierter Stelle der „Volkskrankheiten“ stehen und ebenfalls an vierter Stelle der Ursachen von Frühinvalidität aufgrund von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (Rarmaus & Osterholz, 1987). Dabei ist zu berücksichtigen, daß ein Drittel der Angestellten und über die Hälfte der gewerblichen Arbeitnehmer vorzeitig aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben ausscheidet (Oppolzer, 1993).

In den letzten Jahren ist eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem von Antonovsky (1979, 1987) in die Diskussion gebrachten Konzept der „Salutogenese“ zu beobachten, das eine Abkehr von pathogenetischen, d. h. krankheitsorientierten, Konzepten darstellt. Gefragt wird nicht mehr - oder nicht mehr ausschließlich - nach den Ursachen von Krankheiten („Macht Arbeit krank?“), sondern nach den Ursachen von Gesundheit („Erhalt Arbeit gesund?“ oder „Warum sind gesunde Personen gesund?“; Adler & Matthews, 1994). Aus dieser Auseinandersetzung resultierten Ansätze der individuellen und betrieblichen Gesundheitsförderung, auf die im zweiten Teil dieses Beitrags eingegangen wird.

Die Forschungsbefunde der Arbeits- und Organisationspsychologie in der Tradition der „Industriellen Psychopathologie“ (vgl. Frese, Greif & Semmer, 1978) beziehen sich vorrangig auf den Zusammenhang von Arbeit und Krankheit. Der Forschungsstand über gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeitstätigkeit ist demgegenüber weniger weit entwickelt, auch wenn in jüngster Zeit bedeutsame Fortschritte erzielt worden sind (vgl. z. B. Becker, 1992; Ducki & Greiner, 1992, Udris, 1990; Udris, Kraft, Musmann & Rimann, 1992). Zunächst werden aber **die „pathogenetischen“** Konzepte und Forschungsergebnisse dargestellt. Dies hat vor allem pragmatische Gründe: Die oben genannten Zahlen über den Umfang, in dem abhängig Beschäftigte ihren Altersruhestand nur mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen erleben können, läßt eine Auseinandersetzung mit krankheitsbegünstigenden Bedingungen noch nicht obsolet erscheinen.

Neben diesen pragmatischen Überlegungen bleibt zu prüfen, ob bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Bedingungen einige der beeinträchtigenden Bedingungen weiterhin bestehen und wirksam bleiben und damit möglicherweise positive Effekte reduziert werden. Eine ausschließliche Befassung mit gesundheitsförderlichen und die Nichtbeachtung von krankheitsrelevanten Aspekten erscheint deshalb derzeit voreilig.

Anliegen des Beitrages ist es, in Ergänzung zu der bislang starken Tradition personenbezogener Forschung sowie von Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung aufzuzeigen, welche Überlegungen sich aus einer arbeits- und organisationspsychologischen Perspektive für die Entwicklung arbeitsplatz- bzw. situationsorientierter Maßnahmen ergeben.

Arbeit und Gesundheit aus arbeits- und organisationspsychologischer Perspektive

Im Rahmen der Forschung zur „Industriellen Psychopathologie“ (u. a. Caplan, Cobb, French, Van Harrison & Pinneau, 1982; Frese et al., 1978; Greif, Bamberg & Semmer, 1991; Kahn & Byosiere, 1992; Karasek & Theorell, 1990; Martin, Udris, Ackermann & Oegerli, 1980) wurden Arbeitstätigkeiten in den unterschiedlichsten Beschäftigungsbereichen auf ihre psychologisch relevanten, die Person fördernden oder beeinträchtigenden Merkmale untersucht.

Theoretischer Hintergrund: Streß als transaktionaler Prozeß

Die in diesen Studien zugrundegelegten Streßkonzeptionen unterscheiden sich von früheren, einseitig reaktions- oder reizorientierten Definitionen insofern, als Bewertungsprozesse, die die Person vornimmt, zum Bestandteil eines **transaktionalen** Streßprozesses werden (vgl. Lazarus, 1991; Lazarus & Launier, 1981; Semmer, 1990, 1996). Zunehmend setzt sich durch, nur dann von Streß zu sprechen, wenn eine Situation als aversiv oder bedrohlich eingeschätzt wird (Greif, 1991; Semmer & Udris, 1993; Udris & Frese, 1988). Zwar hat dieses transaktionale Konzept nur wenig zur eindeutigeren Bestimmung des Streßbegriffs beigetragen (der Gewinn lag vor allem in der Abgrenzung zu positiven Erregungszuständen, zu Euphorie, Herausforderung, „Eustreß“). In jüngster Zeit werden aus unterschiedlichen Forschungstraditionen zunehmend aber auch die Gemeinsamkeiten zwischen dem Belastungs- und Stressorenkonzept verdeutlicht (vgl. Udris & Frese, 1988), was zu einer komplexeren und realitätsangemesseneren Analyse möglicher Einflußfaktoren verholfen hat. Nicht nur das Vorhandensein von bestimmten Belastungen bzw. „Stressoren“ (Reizen) oder Beanspruchungen (Reaktionen) bestimmt demnach den Streßzustand. Auch die Möglichkeiten des Umgangs mit vorhandenen Belastungen sind bedeutsam. Der Umgang mit vorhandenen Belastungen (Belastungsbewältigung, „Coping“) wiederum ist abhängig von Merkmalen der Situation **und** der Person (Lazarus & Folkman, 1984). Ein Situationsmerkmal ist beispielsweise, ob es viele oder nur einen Weg zur Erreichung eines Zieles gibt. Merkmale der Person können z. B. typische Wahrnehmungen oder ausgeprägte fachliche oder soziale Kompetenzen sein, die sich die Person in der Arbeitstätigkeit oder im Prozeß der vorherberuflichen Sozialisation erworben hat.

Eine solche Sichtweise hat auch für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen weitreichende Konsequenzen. Sie legt nahe, daß Gesundheitsförderung durch die direkte Veränderung von Belastungen erreicht werden kann, durch die Modifikation von Streßreaktionen und durch die Verbesserung von Bedingungen, die als Hilfsmittel zur Erreichung eigener Ziele und zur Reduzierung unangenehmer Zustände (Udris & Frese, 1988) im Umgang mit Belastungen genutzt werden können. Gesundheitsförderung darf sich also nicht auf solche Maßnahmen beschränken, die ausschließlich auf eine Veränderung des Verhaltens oder der Kompetenz der Person gerichtet sind. Auch - und gerade - eine Veränderung der situativen Merkmale erscheint vielversprechend. Dazu bedarf es einer genaueren Bestimmung, welche Merkmale der Arbeitssituation gesundheitsrelevant sein können.

In Anlehnung an Udris und Frese (1988) lassen sich demnach Ansatzpunkte der Belastungsreduktion und Gesundheitsförderung in zweierlei Hinsicht typisieren: (1) Veränderung der Situation oder der Person (häufig **als „Verhältnisprävention“** und **„Verhaltensprävention“** bezeichnet), (2) Korrektiver Abbau von Belastungen und Beeinflussung der Beanspruchungen oder präventiver bzw. prospektiver Aufbau von institutionellen und individuellen Ressourcen (s. weiter unten). Abbildung 1 zeigt dies schematisch.

	institutionell (Situation, Betrieb) <i>verhältnisorientiert</i>	individuell (Person) <i>verhaltensorientiert</i>
Belastungen und Beanspruchungen (korrektiv)	z.B. Belastungsabbau, Pausen, Arbeitsplatz- gestaltung	z.B. Streßmanagement, Entspannung
Ressourcen (präventiv/ prospektiv)	z.B. Erhöhung des Handlungs- und Kontrollspielraums, Verbesserung des Kooperationsklimas	z.B. Qualifizierung, Schulung, Kompetenztraining

Abbildung 1. **Ansatzpunkte zur Belastungsreduktion und Gesundheitsförderung (in Anlehnung an Udris & Frese, 1988).**

Stressoren in der Arbeitswelt

In einer Vielzahl von Untersuchungen zur „Industriellen Psychopathologie“ werden verschiedene Merkmale der Arbeitstätigkeit übereinstimmend als Belastungsfaktoren oder Stressoren identifiziert (zum Überblick vgl. Marstedt & Mergner, 1986; Udris, 1981; Warr, 1987). Die in diesen Studien gefundenen relevanten Stressoren werden von Udris und Frese (1988) in vier Gruppen eingeteilt (mit dem Hinweis, daß diese Zusammenstellung nicht erschöpfend und die vorgenommene Klassifikation als vorläufig einzuschätzen ist).

(1) **Stressoren in der Arbeitsaufgabe.** Sowohl Unterforderung als auch Überforderung stellen Stressoren der Arbeitsaufgabe dar. Beide Arten der „Fehlbeanspruchung“ (Hacker & Richter, 1984) können sowohl quantitativer Art (unangemessenes Verhältnis von verfügbarer Zeit zur Arbeitsmenge) als auch qualitativer Art (Mißverhältnis zwischen inhaltlichen Anforderungen der Tätigkeit und Kompetenzen der Person) sein. Qualitative Unterforderung bei gleichzeitiger quantitativer Überforderung kann als typisch für Frauenarbeitsplätze in der Produktion betrachtet werden (Martin et al., 1980; Rummel, 1982). Erkenntnisse der beruflichen Sozialisationsforschung sowie der Entwicklungspsychologie bzw. der Gerontologie sprechen dafür, daß Fähigkeiten nur dann erhalten bleiben und ausgebaut werden können, wenn sie auch genutzt werden (vgl. Heinz, 1995). Damit sind bei qualitativer Unterforderung weitreichende langfristige Folgen zu erwarten, die über unmittelbare emotionale Reaktionen wie Langleweiligkeit oder Ermüdung hinausgehen.

Als weitere Stressoren der Arbeitsaufgabe gelten Störungen des Arbeitsablaufs, z. B. durch unzureichende Materialzufuhr und Unterbrechungen durch andere, was besonders dann zum Streß wird, wenn zusätzlich unter Akkordbedingungen gearbeitet

wird. An diesem Beispiel wird deutlich, daß mehrere Stressoren gemeinsam auftreten und sich in ihrer Wirkung gegenseitig beeinflussen können. Unterschiedliche Modelle des Zusammenwirkens sind denkbar. Ein Stressor kann weitere Stressoren zur Folge haben. Im obigen Beispiel kann dies der Fall sein, wenn von den Beschäftigten der Versuch unternommen wird, den durch die unzureichende Materialzufuhr entstandenen, für die Entlohnung im Akkord relevanten Ausfall entweder beim Vorgesetzten anerkannt zu bekommen oder durch höhere Arbeitsintensität zu kompensieren. Nahelegend erscheint die Annahme einer kumulativen Wirkung oder eines überdeckenden bzw. maskierenden Zusammenwirkens sowie andere empirisch nur schwer zu überprüfende Wirkungsweisen (zu „Mehrfachbelastungen“ vgl. Dunckel, 1991).

(2) **Physikalische Stressoren.** Neben chemischen Stoffen sind dies äußere Umgebungsbedingungen wie Lärm, Staub, Hitze, Schmutz etc. Untersuchungen im Büro-, Dienstleistungs- und Verwaltungsbereich zeigen, daß diese physikalischen Stressoren keineswegs auf Produktionsabteilungen beschränkt sind (Luczak, 1993).

(3) **Stressoren**, die sich auf **die zeitliche** Dimension beziehen. Darunter fällt z. B. Schicht- und Nachtarbeit, deren negative Auswirkungen auf psychische, somatische und soziale Aspekte der Gesundheit als nachgewiesen gelten können (Rutenfranz & Knauth, 1989). Aber auch spezielle Arbeitszeitformen (vgl. Baillod et al., 1989), wie z. B. Arbeitszeit auf Abruf, die größtenteils von Frauen geleistet wird (Garhammer, 1994), gehören zu diesen Belastungsbedingungen. Mit diesem Arbeitszeitregime verbunden ist vor allem eine geringe Planbarkeit des eigenen Tagesablaufs und mangelnde Kontrolle über die eigene Zeitgestaltung.

(4) **Stressoren in der sozialen und organisationulen** Situation. Darunter fallen Konflikte durch gegensätzliche Anforderungen aus verschiedenen Rollen, die eine Person einnimmt. Beispielsweise verlangt die soziale Rolle als Vater oder Mutter die Fähigkeit, mit Kindern im Spiel Zeit „verlieren zu können“ (Becker-Schmidt, Brandes-Erlhoff, Lühring & Schmidt, 1983; Burke, 1989), wohingegen die Arbeitssituation im Akkord eine optimale Nutzung jeder Minute verlangt. Auch Rollenambiguität, d. h. Unklarheit darüber, was zu den Aufgaben gehört, stellt einen möglicherweise beeinträchtigenden Bestandteil der sozialen und organisationalen Situation dar. Hinzu kommen soziale Stressoren (Rimann & Udris, 1993; Zapf & Frese, 1991), d. h. Verhalten von Vorgesetzten und Kolleg/innen, Umstellungsprozesse in der Arbeit entweder durch die Einführung neuer Technologien oder innerbetriebliche Umsetzungen an Arbeitsplätze, auf denen bislang erworbene Fertigkeiten nicht eingesetzt werden können, sowie die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes (Hartley, Jacobson, Klandermans & Van Vuuren, 1991).

Eine besonders belastende Konfliktsituation ist das sogenannte „**Mobbing**“, das als „Psychoterror am Arbeitsplatz“ bezeichnet wird und dem in jüngster Zeit große Aufmerksamkeit als krankmachender sozialer Faktor zukommt (vgl. z. B. Knorz & Zapf, 1996; Leymann, 1993; Niedl, 1994).

Im folgenden Abschnitt soll die Bedeutung dieser Stressoren für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen erläutert werden, indem Zusammenhänge zwischen diesen Stressoren und Befindensbeeinträchtigungen dargestellt werden. Auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse werden anschließend einige Forderungen für die arbeitsplatzbezogene Gesundheitsförderung formuliert.

Arbeit und psychische Beeinträchtigungen

Die Forschungsarbeiten zur „Industriellen Psychopathologie“ erbrachten in der Mehrzahl häufig replizierte, erwartungsgemäße Zusammenhänge zwischen den oben dargestellten Stressoren und Gesundheitsindikatoren wie z. B. Angst, Depressivität, Gereiztheit, psychosomatische Beschwerden usw. (vgl. z. B. Fletcher, 1991; Kahn & Byosiere, 1992; Karasek & Theorell, 1990; Mohr, 1991; Udris, 1981). Diese Zusammenhänge sind inzwischen zunehmend auch durch Längsschnittuntersuchungen kausal belegt (z. B. Frese, 1991; Nelson & Sutton, 1990).

Zu beachten ist, daß es sich bei den einbezogenen Indikatoren nicht um schwere klinische Störungen handelt. Die Erhebungen werden in der Regel mit Beschäftigten eines Betriebes durchgeführt, Personen also, die zumindest noch arbeitsfähig sind. Unter präventiven Gesichtspunkten sind diese Befindensbeeinträchtigungen von besonderer Bedeutung, da angenommen werden kann, daß sie leichter veränderbar sind als manifeste klinische Störungen.

Eine besondere Beachtung ist in diesem Zusammenhang dem Phänomen des „Ausbrennens und Ausgebranntseins“ (Büssing, 1992) beizumessen, das **als „Burn-out“** bezeichnet wird (vgl. Burisch, 1994; Enzmann & Kleiber, 1989; Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Es beinhaltet unter anderem „emotionale Erschöpfung“ (Überbeanspruchung durch andere Personen), „Depersonalisierung“ (Abstumpfung gegenüber Klienten) und reduzierte Leistungsfähigkeit und wird hauptsächlich mit pflegenden, betreuenden und beratenden Berufen und Arbeitstätigkeiten in Zusammenhang gebracht.

Werden mehrere Stressoren in die Analyse einbezogen („Mehrfachbelastung“), so sind die Zusammenhänge deutlich höher als zwischen einzelnen Stressoren und einzelnen Befindensindikatoren. Zum Beispiel stellt Semmer (1984) einen Zusammenhang von $r = .40$ zwischen Umgebungsbelastungen, arbeitsorganisatorischen Problemen und psychosomatischen Beschwerden bei Personen mit geringem Handlungsspielraum dar. Dieser Zusammenhang gilt ungeachtet weiterer außerbetrieblicher Stressoren und auch auf der Grundlage von Arbeitsplatzbeobachtungen anstelle von Selbsteinschätzung der Stressoren. Zusammenhänge, die auf der Grundlage von Beobachtungen gewonnen werden, sind in der Regel niedriger als Zusammenhänge auf der Grundlage von Selbsteinschätzungsdaten. Dies hat zu dem Einwand geführt, daß mit Selbsteinschätzungsdaten die Erfassung von Stressoren und deren Auswirkungen konfundiert ist (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985). Es erschien naheliegend anzunehmen, daß z. B. depressive Personen auch ein höheres Streßniveau angeben, da dies ihrer Tendenz zur negativen Umweltwahrnehmung entspräche (Udris, 1981). Zapf (1989) ist diesen methodischen Einwänden durch den Vergleich dreier Methoden der Erfassung von Stressoren nachgegangen: Selbsteinschätzung, Fremdbeobachtung sowie Ermittlung eines Gruppenmittelwertes über die Selbsteinschätzung des Streßniveaus von mehreren Personen an einem Arbeitsplatz. Seine Analyse erlaubt die Schlußfolgerung, daß bei Berücksichtigung aller Methodeneffekte dennoch substantielle Zusammenhänge bestehen bleiben.

Häufig wird auf die Bedeutung außerbetrieblicher Stressoren für die Entwicklung psychischer Befindensbeeinträchtigungen verwiesen. Allerdings wird deren Einfluß

meist überschätzt, wie aus schwedischen und amerikanischen Studien hervorgeht (Karasek & Theorell, 1990). Diese Studien kommen zu dem Ergebnis, daß bestimmte Arbeitsplatzmerkmale sowohl bei Männern als auch bei Frauen einen weitaus stärkeren Zusammenhang zu verschiedenen Indikatoren psychischer Beeinträchtigung aufwiesen als die dort einbezogenen außerbetrieblichen Belastungsfaktoren wie z. B. ökonomischer Status, Kindererziehungsaufgaben, lange Wegezeiten, Berufstätigkeit des Partners. Nach Karasek, Gardell und Lindell (1987) sind Merkmale der Arbeitstätigkeit bessere Prädiktoren für das Befinden als Merkmale der familiären Situation, und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Dieser Befund widerspricht der gängigen Meinung, wonach der Familie bzw. dem außerbetrieblichen Bereich eine vorrangige Bedeutung für das gesundheitliche Befinden zugeschrieben wird (vgl. Brüderl & Paetzold, 1992; Eckenrode & Gore, 1990; Frankenhaeuser et al., 1991; Repetti et al., 1989). Es erscheint weniger erstaunlich, wenn bedacht wird, daß Erleben und Verhalten in der außerbetrieblichen Zeit nicht unabhängig sind von der betrieblichen Situation (vgl. Bamberg, 1986). Dies läßt sich auf der Ebene physiologischer Indikatoren nachweisen, etwa bei Busfahrern, bei denen auch am zweiten arbeitsfreien Tag noch erhöhte Streßindikatoren gefunden werden (Mulders, Meijman, O'Hanlon & Mulder, 1982), oder bei Schreibkräften mit Bildschirmtätigkeiten, die auch noch vor Beginn des nächsten Tages über noch nicht abgebaute Verspannungen klagen (Hüntig & Läubli, 1983). Der Einfluß der Arbeit auf den außerbetrieblichen Bereich zeigt sich jedoch auch bei anderen Indikatoren, z. B. bei Verhaltensmaßen. Nach Karasek und Theorell (1990) besteht ein Zusammenhang zwischen der Komplexität der Arbeitstätigkeit und dem Ausmaß an Aktivitäten in der Freizeit (vgl. Hoff, Lappe & Lempert, 1985).

Werden gesundheitliche Beeinträchtigungen außerhalb der Arbeitszeit erlebt, so wird damit die Veränderung betrieblicher Bedingungen im Rahmen der Gesundheitsförderung keineswegs hinfällig.

Noch wenig geklärt ist derzeit, ob es **spezifische** Zusammenhänge zwischen bestimmten Stressoren und bestimmten Indikatoren psychischer Befindlichkeit gibt. Für Herzinfarkt Kranke wird in verschiedenen Untersuchungen immer wieder auf einige wenige, vermutlich für diese Erkrankung spezifische Stressoren verwiesen wie z. B. soziale und organisationale Stressoren (Schwierigkeiten mit Vorgesetzten, Arbeiten in Zwischenpositionen) und Zeitdruck sowie organisatorisch und technisch bedingte Störungen (Friczewski, 1988; Siegrist, 1996).

Eine Analyse von Broadbent (1985) legt derartige **spezifische** Zusammenhänge auch für **psychische** Befindensbeeinträchtigungen nahe, allerdings fehlen hierzu weitere Bestätigungen durch Replikationen. Die Suche nach spezifischen Stressoren für bestimmte psychische Reaktionen und der direkte Nachweis kausaler Wirkungszusammenhänge entspricht zwar dem Bedürfnis nach Zuordnung. Es stellt sich allerdings die Frage, welches Wissen für die Etablierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen notwendig ist. Gesundheitspolitisch motivierte Maßnahmen (z.B. in der Hygiene) haben sich schon oft als wirksame Interventionen herausgestellt, ohne daß die spezifische Ätiologie der damit verhinderten Krankheiten bekannt gewesen wäre (vgl. Rosenbrock, 1985).

Gesundheitsförderliche Bedingungen der Arbeitstätigkeit: Die Rolle von gesundheitsschützenden Ressourcen

Der in epidemiologischen Studien ermittelte Befund, daß Hausfrauen eine gegenüber erwerbstätigen Frauen größere psychiatrische Morbidität aufweisen, läßt vermuten, daß der außerhäuslichen Erwerbstätigkeit auch eine gesundheitsförderliche Funktion zukommen kann (Waldran, 1980; Weiss, Fielding & Baum, 1991). Die Annahme von gesundheitsförderlichen Funktionen der Erwerbsarbeit wird weiterhin begünstigt durch die Befunde der Forschung **zur Erwerbslosigkeit**. Trotz aller Unterschiedlichkeit zwischen verschiedenen Gruppen von Erwerbslosen ist davon auszugehen, daß Erwerbslose in bestimmten Phasen eine Zunahme somatischer und psychosozialer Beeinträchtigungen gegenüber der Zeit der Erwerbstätigkeit erleben. Die gesundheitlichen Auswirkungen vor allem der Langzeiterwerbslosigkeit (ein Jahr und länger), die bis zu massiven Selbstzweifeln und depressiven Erkrankungen führen können, sind weitgehend belegt (vgl. Feather, 1990; Jahoda, 1995; Mohr, 1995; Warr, 1987). Auch der Einsatz von Arbeitstherapie zur Rehabilitation psychisch Kranker (Schubert, Reihl & Bungard, 1987; Schüpbach, 1992) verweist auf gesundheitsförderliche Aspekte der Erwerbsarbeit.

Im folgenden soll der Frage nachgegangen werden, welche Merkmale der Arbeitstätigkeit für eine gesundheitsförderliche Funktion relevant sein können. Das zuvor genannte Streßmodell legt es nahe, zwischen Stressoren und Merkmalen der Situation und Merkmalen der Person, die den Umgang mit Stressoren erleichtern können, zu unterscheiden. In der Forschung zu den gesundheitsschützenden und -fördernden Bedingungen („Ressourcen“) wird analog unterschieden zwischen **personalen Ressourcen** (auch innere, interne, individuelle oder subjektive Ressourcen genannt) und **situativen Ressourcen** (auch äußere, soziale, ökologische, institutionelle, organisationale etc. Ressourcen genannt). Theoretische Modelle und empirische Ergebnisse gehen davon aus, daß die gesundheitsbeeinträchtigende Wirkung von Stressoren und Belastungen durch die Verfügbarkeit und das Nutzen von personalen und situativen „Schutzfaktoren“ gemildert oder ‘abgepuffert’ wird oder sogar gar nicht entstehen kann (vgl. z. B. Antonovsky, 1987; Becker, 1992; Ducki & Greiner, 1992; Semmer & Udris, 1993; Udris et al., 1992; Udris, Rimann & Thalmann, 1994). Wegen ihrer Bedeutung für Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und der betrieblichen Gesundheitsförderung wird im folgenden auf zwei situative Ressourcen besonders eingegangen: Handlungs- bzw. Kontrollspielraum und soziale Unterstützung (vgl. Frese, 1989; Frese & Semmer, 1991; Semmer & Udris, 1993; Udris & Frese, 1988; Udris et al., 1992). Personale Ressourcen können in diesem Zusammenhang weitgehend vernachlässigt werden, da ihnen in diesem Band mehrere Beiträge gewidmet sind.

(1) **Handlungs- bzw. Kontrollspielraum**. In der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung hat sich dieses Konzept als eine in der Arbeitstätigkeit enthaltene Ressource als wesentlich erwiesen (verwandte Konzepte sind Autonomie, Entscheidungsspielraum, (Situations-) Kontrolle, Freiheitsgrade, Zeitspielraum; zur genaueren Abgrenzung vgl. Frese, 1989; Semmer, 1990; Ulich, 1994).

Theoretische Begründungsversuche und empirische Untersuchungen zur Situationskornrohe gehen von der Annahme aus, daß es ein menschliches 'Grundbedürfnis' nach Durchschaubarkeit, Verstehbarkeit und Beherrschbarkeit von Ereignissen in der Umgebung einer Person gibt (Jahoda, 1995). Unterschieden wird dabei zwischen **objektiver Kontrolle**, als Ausmaß tatsächlich vorhandener Beeinflußbarkeit der Situation, und **kognitiver Kontrolle**, als Grad an wahrgenommener, antizipierter oder vermeintlicher Beeinflussung der (potentiell belastenden) Umgebungsbedingungen durch die Person. Damit ist beispielsweise gemeint, daß der arbeitenden Person freigestellt wird, verschiedene Arbeitsaufträge über den Tag zu verteilen. Dies ermöglicht, weniger belastende Tätigkeiten in Leistungstiefs zu legen, schwierige Aufgaben dann auszuführen, wenn Konzentration und Leistung leichtfallen. Die Person hat somit die Möglichkeit, Anforderungen und Leistungsfähigkeit aufeinander abzustimmen.

Es ist weit verbreitet, überfordernde Merkmale der Arbeit wie Zeitdruck oder hektische Arbeit im wesentlichen als „Streß“ und somit als schädlich einzuschätzen. Untersuchungen zeigen aber, daß Arbeitsplätze trotz hohem Überforderungscharakter dann nicht oder in weitaus geringerem Maße zu psychischen Belastungswirkungen führen, wenn gleichzeitig in der Arbeit ein großer Spielraum gegeben ist. Merkmale von geringem Handlungs- oder Kontrollspielraum am Arbeitsplatz, die nachweislich zu erhöhter psychischer Beanspruchung mit entsprechenden Folgen führen, sind dabei die Nicht-Durchschaubarkeit der Arbeitsabläufe, die Nicht-Vorhersehbarkeit von Ereignissen in der Arbeit sowie die Nicht-Beeinflußbarkeit von Arbeitsbedingungen (vgl. Greif et al., 1991).

Von Frese und Semmer (1991) konnte die Annahme eines gesundheitsförderlichen Effekts von Kontrollierbarkeit auf der Grundlage einer Längsschnittstudie gestützt werden. Personen, die über persönliche Kontrolle verfügten, wiesen weniger psychosomatische Beschwerden auf als Personen, die in gleichem Ausmaß (beobachteten, d. h. nicht nur über Selbsteinschätzungen erhobenen) Stressoren ausgesetzt waren, jedoch selbst keine Kontrolle darüber ausüben konnten. Beschäftigte, die an ihren Arbeitsplätzen stark beansprucht sind und wenig Handlungs- und Entscheidungsspielraum haben, berichten nach den Untersuchungen von Karasek und Theorell (1990; vgl. kritisch dazu Fletcher & Jones, 1993) über starke Erschöpfungsgefühle nach der Arbeit, über Schwierigkeiten beim Erwachen am Morgen, depressive Zustände, Nervosität und Schlaflosigkeit. Der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist bis zu dreimal höher als bei Personen, deren Arbeit durch größere Entscheidungsspielräume und weniger ausgeprägte Überforderung gekennzeichnet ist. Krankheitsbedingte Abwesenheiten (Fehlzeiten) liegen bis zu zweimal höher.

(2) Soziale Unterstützung. Als weitere situative Ressource am Arbeitsplatz und im Betrieb hat sich das Vorhandensein stabiler sozio-emotionaler Netze und von Hilfeleistungen erwiesen. Eine umfangreiche Forschungsliteratur belegt die gesundheits-schützende Funktion von sozialer Unterstützung („social support“) innerhalb und außerhalb der Arbeitssituation (vgl. Buunk, 1990; Cohen & Wills, 1985; Frese & Semmer, 1991; Pfaff, 1989; Röhrle, 1994; Sarason, Sarason & Pierce, 1994; Schwarzer & Leppin, 1989; Udris, 1987).

Es mag naheliegen, den Erhalt sozialer Unterstützung auch als ein personales Merkmal zu betrachten, in Abhängigkeit beispielsweise von der sozialen Kompetenz einer Person, sich Unterstützung von anderen zu erbitten oder angebotene Unterstützung zu akzeptieren. Speziell die Struktur industrieller Arbeitsbedingungen macht jedoch deutlich, daß das Geben und Nehmen von Unterstützung bestimmte Rahmenbedingungen verlangt. Beispielsweise kann der Austausch von Unterstützung an die Möglichkeit gebunden sein, sich von der Maschine entfernen zu können. Soziale Unterstützung wird vielfach immer noch statisch gesehen, d. h. als ein 'Etwas', was der Person, die Hilfe braucht, 'einfach zur Verfügung steht' (sozial unterstützendes Netz als **äußere** Ressource). Wirkmechanismen von Unterstützung müssen dagegen als dynamischer Prozeß gesehen werden, in dem eine Person Hilfeleistungen und darauf bezogene Kognitionen evozieren, mobilisieren, gewinnen, aufrechterhalten, annehmen, abweisen oder selbst anderen geben kann. Diese transaktionale Sichtweise verweist auf psychische Prozesse der (aktiven) Streßbewältigung und damit auf die Notwendigkeit, soziale Unterstützung auch **als innere** Ressource zu betrachten, die eine Person unter entsprechenden - förderlichen bzw. hinderlichen - Arbeitsbedingungen entwickeln bzw. verlernen kann (Udris et al., 1992).

In der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung ist diese zentrale Bedeutung der Verschränkung von Arbeitsorganisation und sozialer Unterstützung lange Zeit vernachlässigt worden. Die inzwischen zahlreich vorliegenden Erfahrungen mit partizipativer Gestaltung von Arbeitsstrukturen durch selbstregulierende bzw. teilautonome Arbeitsgruppen haben gezeigt, daß soziale Unterstützungsprozesse konstitutiver Bestandteil der Arbeitsorganisation sein können, d. h. in Arbeitssystemen, in denen soziale Unterstützungsmöglichkeiten 'quasi eingebaut' sind - durch Kooperationserfordernisse und Kommunikationsmöglichkeiten -, kann die Situationskontrolle vergrößert und die kognitive Kontrolle verstärkt werden. Daraus erklärt sich der potentiell positive Effekt sozialer Unterstützung in Form von reziproken kooperations- und aufgabenorientierten Hilfeleistungen materieller und sozio-emotionaler Art (Udris, 1987).

Frese und Semmer (1991) verdeutlichen auf der Grundlage von Längsschnittdaten weitere spezifische Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Stressoren. In der von den Autoren durchgeführten Analyse zeigt sich, daß soziale Unterstützung eine Reduzierung der Stressoren bewirkt (und zwar nicht nur der selbsteingeschätzten, sondern auch der beobachteten Stressoren). Dies gilt für psychische Stressoren (wie z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, organisatorische Probleme, Unfallgefahr, Konzentrationsanforderungen, Arbeitsintensität), nicht aber für sogenannte physikalische Stressoren, womit direkt auf die körperliche Leistungsfähigkeit gerichtete Merkmale gemeint sind, wie z. B. einseitige Körperhaltung, quantitative Überforderung. Da in dieser Studie zwischen verschiedenen „Quellen“ sozialer Unterstützung (Unterstützung durch Kollegen, Freunde, Familie, Vorgesetzte) unterschieden wurde, konnte aufgezeigt werden, daß auch der Vorgesetzte in dem hier untersuchten Arbeitskontext (Produktionsabteilungen der stahlerzeugenden und metallverarbeitenden Industrie) wirksame soziale Unterstützung bieten kann. Dagegen steht die These, daß die Unterstützung durch Vorgesetzte lediglich auf eine veränderte Wahrnehmung von Stressoren zielt (indem beispielsweise zu einer Abwertung

von Stressoren geraten wird: „Es wird nicht so heiß gegessen, wie es gekocht wird“. Dieser These konnte in dieser Studie durch Überprüfung des Zusammenhangs zwischen beobachtetem und selbsteingeschätztem Streßniveau in Abhängigkeit von der sozialen Unterstützung nachgegangen werden. Da dieser Zusammenhang durch soziale Unterstützung nicht moderiert wurde, kann nicht davon ausgegangen werden, daß soziale Unterstützung durch eine veränderte Wahrnehmung von Stressoren wirksam ist.

In die psychologischen Arbeitsanalysen wurde nicht nur die Erfassung von Stressoren und Ressourcen einbezogen, sondern auch Merkmale der Arbeitstätigkeit, von denen angenommen wurde, daß sie **eine persönlichkeitsförderliche** Wirkung haben. Solche Merkmale sind beispielsweise Komplexität der Tätigkeit oder Variabilität, d. h. Vielfalt der einzelnen Aufgaben. Diese Tätigkeitsmerkmale werden nicht als - direkt wirksame - Ressource betrachtet, da sie nicht als Einflußmöglichkeit auf bestehende Stressoren genutzt werden können, sondern Anforderungen darstellen, von denen angenommen wird, daß sie die persönlichen Ressourcen aufbauen, verbessern oder bestehende erhalten können. Als wesentliche personale Ressourcen können die fachliche und die soziale Kompetenz betrachtet werden (Udris, 1993a; Udris et al., 1992).

In den Untersuchungen zur „industriellen Psychopathologie“ hat die Erfassung von Befindensbeeinträchtigungen ein deutliches Übergewicht vor der Einbeziehung von **Indikatoren von Gesundheit**, obwohl von Lazarus und Folkman (1984) Gesundheit (und „energy“) selbst als Ressource im Umgang mit Belastungen betrachtet wird.

Lebenszufriedenheit, Selbstentwicklungsfähigkeit, intellektuelle Flexibilität, aktives Freizeitverhalten, Bedürfnis nach mehr Information, Interesse und Fähigkeit zur sozialen Interaktion, Wohlbefinden, positive Emotionen und anderes mehr werden als Bestandteile von Gesundheit operationalisiert (Greif et al. 1991; Kohn & Schooler, 1983; Rimann & Udris, 1993). Auch hier zeigen sich erwartungsgemäße Zusammenhänge. Ressourcen und persönlichkeitsförderliche Merkmale (wie z. B. Arbeitskomplexität) weisen in der Mehrzahl einen positiven Zusammenhang zu Indikatoren des Wohlbefindens auf. Zwischen Wohlbefinden und Stressoren bestehen häufig keine Zusammenhänge (Zapf, 1991).

Ein besonderes Gewicht kommt den Längsschnittstudien von Kohn und Schooler (1983; Kohn, 1985) zu. In diesen Studien konnte gezeigt werden, daß Arbeitskomplexität einen wichtigen Einfluß auf die intellektuelle Flexibilität hat. Ferner wurde deutlich, daß intellektuelle Flexibilität wiederum mit dazu beiträgt, daß Personen auf Arbeitsplätze mit komplexeren Anforderungen gelangen. Derartige reziproke Effekte zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Anforderungen aus der Arbeitstätigkeit konnten im deutschsprachigen Raum unter anderem auch für Lehrlinge von Schallberger, Häfeli und Kraft (1984; Häfeli, Kraft, Schallberger, 1988) festgestellt werden. Weitere Befunde und entsprechende theoretische Überlegungen zur beruflichen Sozialisation werden unter anderem bei Heinz (1995), Hoff et al. (1985), Schallberger (1987), Semmer und Udris (1993), Ulich und Frei (1980) oder Ulich und Baitzsch (1987) dargestellt.

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und im Betrieb

Die bisherigen Ausführungen legen nahe, daß betriebliche Gesundheitsförderung im Abbau von Stressoren, in der Erweiterung bzw. Aufbau von personalen und situativen Ressourcen und aus der Schaffung persönlichkeitsförderlicher Bedingungen bestehen kann (Udris, 1993b). Dieser Ressourcenansatz findet sich auch in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1986 (vgl. WHO, 1993), in der die Aufhebung von Defiziten hinsichtlich der Selbstkontrolle über die gesundheitsbeeinflussenden Bedingungen gefordert wird: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können. (...) Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ (WHO, 1993).

Analyse und Abbau von Stressoren

Die Veränderung von Stressoren setzt zunächst eine (theoriegeleitete) **Analyse von Stressoren** im Betrieb voraus, sei es durch Experten unter Nutzung entsprechender Arbeitsanalyseverfahren, sei es durch die Betroffenen selbst (vgl. u. a. Dunckel, 1996; Hacker, 1995; Leitner et al., 1993; Rimann & Udris, 1993; Strohm & Ulich, 1996; Udris & Ulich, 1987). Gemäß dem Gesundheitsverständnis von Schwartz (1984) ist die Wahrnehmung von körperlichen (und emotionalen) Reaktionen auf Fehlbeanspruchungen ein Bestandteil von Gesundheit, da sie eine Voraussetzung für regulierende Eingriffe darstellt. Die in vielen Gesundheitsförderungsprogrammen eingesetzten körpernahen Verfahren (Biofeedback, autogenes Training, Entspannungsverfahren etc.; vgl. Gundlach, 1992) können zu einer Erhöhung der Sensibilität für Streßreaktionen beitragen. Der Auswertung vorhandener Streßreaktionen muß jedoch im nächsten Schritt der Versuch der Zuordnung relevanter Stressoren folgen. Erst die Zuordnung erlaubt Schritte, die auf eine Veränderung der Stressoren zielen. Eine solche Vorgehensweise ist in der Konzeption betrieblicher **Gesundheitszirkel** realisiert, zu denen inzwischen vielfältige Erfahrungen vorliegen (vgl. z. B. Friczewski et al., 1990; Slesina & Broekmann, 1992; Westermayer & Bähr, 1994).

Das Erkennen von Streßreaktionen und ihre Zuordnung bewirken noch nicht ‘automatisch’ eine Veränderung von Stressoren. Dies verlangt weiterführende Schritte, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Antizipative und reaktive Vorgehensweisen bei der Reduzierung von Stressoren

Gemäß den oben genannten Befunden kann Gesundheitsförderung nach dem Schema von Udris und Frese (1988; s. Abbildung 1) darin bestehen, Stressoren auszuschalten oder ihre Wirkung abzuschwächen. Dies kann **reaktiv** bzw. korrektiv, d. h. nach dem Auftreten der Stressoren geschehen, aber auch **antizipativ** bzw. präventiv, z.B. durch „prospektive Arbeitsgestaltung“ (Ulich, 1994).

Antizipatives Verhindern oder Abschwächen zu erwartender Stressoren entzieht sich dem Wirkungsbereich der individuell Betroffenen, da ihnen in der Regel die Informationsgrundlage zur Antizipation nicht zur Verfügung steht. Antizipative Gesundheitsförderung ist eine Aufgabe der Arbeitsgestaltung. Damit erweitert sich der Kreis der Beteiligten an der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Reaktive Gesundheitsförderung durch den Abbau vorhandener Stressoren, der in der Regel auf der Ebene betrieblicher Maßnahmen realisiert wird, verlangt die Berücksichtigung des Zusammenwirkens von Stressoren, Ressourcen und Anforderungen, die die Tätigkeit enthält. Darauf wird nachfolgend eingegangen.

Abbau von Stressoren unter Berücksichtigung des Zusammenwirkens von Stressoren, Anforderungen und Ressourcen

Am Beispiel der Einführung zentraler Schreibdienste kann dies verdeutlicht werden. Die Entlastung der Schreibkräfte im zentralen Schreibbüro in großen Unternehmen oder Verwaltungen von „Störungen“ durch andere Aufgaben (Telefonate etc.) hat zwar zu einer höheren Anschlagzahl pro Arbeitskraft und Arbeitstag geführt. Damit verbunden ist jedoch auch eine Reduzierung der Aufgabenkomplexität und Aufgabenvielfalt und noch vorhandener Entscheidungsspielräume. In der Studie von Frör, Haag, Otto und Otto (1981) gaben Schreibkräfte, die in mehr als 70 % ihrer Arbeitszeit ausschließlich mit Schreiben befaßt waren, deutlich häufiger Erkrankungen in den vergangenen zwei Jahren an als Schreibkräfte mit einem Anteil unter 40 % reiner Schreibarbeit. Die einseitige Veränderung einzelner Stressoren hat sich hier nicht bewährt angesichts der damit verbundenen Reduzierung von Anforderungen und Handlungsspielräumen. Dieses Beispiel unterstützt die Schlußfolgerung von Bronston, Sime, Tharp und Ganster (1982), daß auf die Situation abgestimmte Interventionsprogramme effektiver sind als allgemeine Streßmanagementprogramme (vgl. Ducki, Leitner & Kopp, 1992; Udris, 1993b).

Verbesserung der personalen Ressourcen: Individuumbezogene Maßnahmen

Die Beseitigung von Stressoren und der Aufbau bzw. die Nutzung von Ressourcen verlangen von den Betroffenen Kompetenzen, die über die oben genannte Wahrnehmungsfähigkeit und Ursachenattribuierung hinausgehen. Im betrieblichen Kontext wird die Fähigkeit zur sozialen Interaktion verlangt.

Wie zuvor dargestellt, sind persönlichkeitsförderliche Arbeitsmerkmale bedeutsam. Aber auch die gängigen, auf das Verhalten bezogenen Programme sind hier sinnvoll einzusetzen, sei es, daß soziale Kompetenz direkt trainiert wird (Udris, 1993a), sei es, daß der Kompetenz abträgliche Verhaltensweisen bzw. Persönlichkeitsmerkmale verändert werden. Allerdings ist aus der Erwachsenenbildung bekannt, daß die Anwendung und Stabilisierung erworbener (sozialer) Kompetenzen von bestimmten Bedingungen abhängig ist. Auf zwei Bedingungen soll nachfolgend eingegangen werden:

Eine wesentliche Bedingung für die Stabilisierung neu erworbener Kompetenzen ist deren Erfolg. Die Entwicklung aktiver Bewältigungsstrategien bietet sich als ein Ziel personenbezogener Gesundheitsförderung an, wie sie sich in einer Untersuchung von O'Neill und Zeichner (1985) mit erwerbstätigen Frauen als gesundheitsförderlich herausgestellt haben. Eine aktive Bewältigungsstrategie wäre beispielsweise der Versuch, bei Streß durch unzureichenden Materialfluß eine bessere Absprache und Koordination zu erreichen. Wenn solche Absprachen eingehalten und umgesetzt werden, dann ist damit eine Grundlage für eine Stabilisierung des aktiven Bewältigungsverhaltens geschaffen.

Eine zweite Voraussetzung ist, daß die aufrechterhaltenden Bedingungen des zu verändernden Verhaltens ebenfalls verändert werden. Dieser Aspekt wird gerade im betrieblichen Kontext häufig vernachlässigt. Wenn beispielsweise die „Raucherpause“ die einzig sozial legitimierte Form bleibt, sich Erholungsräume zu schaffen, dann wird ein Antiraucherprogramm nur von mäßigem Erfolg sein. Wenn mehr Aufmerksamkeit für die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften (z. B. Tragen von Gehörschutz) erreicht werden soll, Zeitdruck oder Störungen (die zuerst auditiv erfaßt werden können) deren Einhaltung aber zuwiderlaufen, werden entsprechende Schulungsprogramme nur bedingt erfolgreich sein.

Insgesamt zeigt sich aber, daß im 'Boom' der in den letzten Jahren zunehmend häufiger praktizierten betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zum größten Teil (wenn nicht ausschließlich) individuumbezogene Maßnahmen durchgeführt werden. Die Verantwortung für Gesundheit wird von den Betrieben überwiegend der einzelnen Person angelastet. Die streßauslösenden Bedingungen werden selten als veränderbar gesehen, wie beispielsweise Umfragen in Deutschland und der Schweiz bei insgesamt rund 250 Betrieben gezeigt haben (Bös & Gröben, 1995; Hartmann & Traue, 1996; Schwager & Udris, 1995). Murza und Laaser (1994) bringen es auf die Formel: „Status quo: Viel Verhaltensprävention, wenig Verhältnisprävention“. Abschließend sollen deshalb einige allgemeine Forderungen auf der Grundlage der diskutierten theoretischen Zusammenhänge sowie der Forschungsergebnisse formuliert werden.

Forderungen an eine integrierte betriebliche Gesundheitsförderung

Für eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung folgt aus der bisherigen Darstellung, daß Gesundheit nicht nur über Verhaltensänderungen von Betroffenen zu erreichen ist, sondern vor allem auch die Veränderung von Verhältnissen erfordert. Ferner ist Gesundheitsförderung nicht nur eine Aufgabe von (externen) Gesundheitsexperten, sondern setzt die Bereitschaft aller Verantwortlichen im Betrieb voraus, ausgehend von erkannten Defiziten und ansetzend an Wertvorstellungen sowie Zielen der betrieblichen Akteure, Maßnahmen der Gesundheitsförderung **als partizipativen Prozeß** zu begreifen und zu vollziehen.

Verhaltensprogramme, die darauf gerichtet sind, gesundheitsschädigendes Verhalten (wie z. B. Rauchen, Medikamentengebrauch etc.) oder bestimmte Verhaltensstile (z. B. Typ A-Verhalten) abzubauen bzw. bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zu fördern, stellen durch ihren ausschließlichen Bezug auf das Individuum keine Programme zur präventiven **Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz** dar. Einseitig ausgerichtete Programme mit gesundheitlich belasteten sogenannten „Risikogruppen“ können ironischerweise als eine „besondere Form des Artenschutzes“ bezeichnet werden (Ducki et al., 1992, S. 82).

Wenn davon auszugehen ist, daß das Denken, Handeln und Fühlen von Menschen auch durch die Bedingungen in der Arbeitstätigkeit beeinflußt werden, so setzt eine präventive Gesundheitsförderung bereits an der Gestaltung dieser Bedingungen an und nicht erst an der Beeinflussung von Folgen dieser Bedingungen. Verhaltens- und Verhältnisprävention können sich dabei sinnvoll ergänzen, wenn Verhalten zur Veränderung von Verhältnissen beitragen kann, wie dies beispielsweise das Verfahren der „Subjektiven Tätigkeitsanalyse STA“ von Ulich vorsieht (vgl. Ulich, 1994). Dies ist gewiß keine neue, aber eine nach wie vor notwendige Schlußfolgerung. Immer häufiger gefordert und zunehmend auch praktiziert werden deshalb Ansätze, die mit „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung“ umschrieben werden (Grossmann & Scala, 1994; Pelikan, Demmer & Hurrelmann, 1993; Udris, 1993b). In der Literatur ist in den letzten Jahren eine entsprechende Trendumkehr in Richtung integrierter Konzepte und Maßnahmen zu beobachten, auch wenn der quantitative Umfang 'ganzheitlicher' betrieblicher Gesundheitsförderung noch auf seine Realisierung wartet (vgl. Cooper & Williams, 1994; Ducki et al., 1992; Fastenmeier, Stadler & Strobel, 1993; Gundlach, 1992; Schabracq, Cooper & Winnubst, 1996).

Gesundheitsprogramme werden von Betrieben zumeist unter (betriebswirtschaftlichen) Kostengesichtspunkten eingeführt (vgl. hierzu den Beitrag von Liepmann und Felfe in diesem Band). Da die Kosten von psychischen Beeinträchtigungen jedoch meist nicht oder nur zum geringen Teil dort anfallen, wo sie entstehen, stellen sich Verhaltensprogramme damit innerbetrieblich kostengünstiger dar. Daraus folgt die Notwendigkeit, andere als die üblichen (betriebsbezogenen) Kostenargumente in die Diskussion einzuführen. Die Analyse von Stressoren, von personalen und organisationalen Ressourcen und persönlichkeitsförderlichen Aspekten der Arbeitstätigkeit kann dazu verhelfen.

Literatur

- Adler, N. & Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay **well**? *Annual Review of Psychology*, **45**, 229-259.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Baillo, J., Holenweger, T., Ley, K. & Saxenhofer, P. (1989). *Handbuch Arbeitszeitgestaltung*. Stuttgart: Poeschel.
- Bamberg, E. (1986). *Arbeit und Freizeit. Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Streß am Arbeitsplatz, Freizeit und Familie*. Weinheim: Beltz.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung - Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In P. Paulus (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 91-107). Köln: GwG.
- Becker-Schmidt, R., Brandes-Erlhoff, U., Lühring, I. & Schmidt, B. (1983). *Arbeitsleben - Lebensarbeit. Konflikte und Erfahrungen von Fabrikarbeiterinnen*. Bonn: Verlag Neue Gesellschaft.
- Bös, K. & Groben, F. (1995). Betriebliche Gesundheitsförderung. Eine Umfrage zum aktuellen Stellenwert und zu Perspektiven. *Prävention*, **18** (1) 11-14.
- Broadbent, D. E. (1985). The clinical impact of job design. *British Journal of Clinical Psychology*, **24**, 33-44.
- Bronston, T. M., Sime, W. E., Tharp, G. D. & Ganster, D. C. (1982). Managing organisational stress: A field experiment. *Journal of Applied Psychology*, **67**, 533-542.
- Brüderl, L. & Paetzold, B. (Hg.). (1992). *Frauenleben zwischen Beruf und Familie. Psychosoziale Konsequenzen für Persönlichkeit und Gesundheit*. Weinheim: Juventa.
- Büssing, A. (1992). Ausbrennen und Ausgebranntsein. Theoretische Konzepte und empirische Beispiele zum Phänomen „Burnout“. In I. Udris (Hg.), *Arbeit und Gesundheit*. Psychosozial (Bd. 52, S. 40-48). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.
- Burke, R. J. (1989). Some antecedents and consequents of work family conflict. In E. B. Goldsmith (Ed.), *Work and family* (pp. 287-302). London: Sage.
- Buunk, A. P. (1990). Affiliation and helping interactions within organizations: A critical analysis of the role of social support with regard to occupational stress. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 1, pp. 293-322). Chichester: Wiley.
- Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P., Van Harrison, R. & Pinneau, S. R. (1982). *Arbeit und Gesundheit. Streß und seine Auswirkungen bei verschiedenen Berufen*. Herausgegeben und eingeleitet von I. Udris. Bern: Huber.
- Cohen, S. & Wills, A. T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, **68**, 310-357.
- Contrada, R. J. & Krantz, D. S. (1988). Stress, reactivity, and Type A behavior: Current status and future directions. *Annals of Behavior Medicine*, **10**, 64-70.
- Cooper, C. L. & Williams, S. (Eds.). (1994). *Creating healthy work organizations*. Chichester: Wiley.

- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit. Em „arbeitspsychologischer Baustein“ zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, **36**, 184-189.
- Ducki, A., Lehner, K. & Kopp, I. (1992). Gesundheitsfürsorge durch Arbeitsgestaltung. In I. Udris (Hg.), *Arbeit und Gesundheit*. Psychosozial (Bd. 52, S. 81-88). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Dunckel, H. (1991). Mehrfachbelastung und psychosoziale Gesundheit. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 154-167). Göttingen: Hogrefe.
- Dunckel, H. (Hg.). (1996). *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. Zürich/ Stuttgart: vdf Hochschulverlag/Teubner.
- Eckenrode, J. & Gore, S. (1990). *Stress between work and family*. New York: Plenum.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Fastenmeier, W., Stadler, P. & Strobel, G. (Hg.). (1993). *Neue Wege der präventiven Gesundheitsarbeit im Betrieb*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Feather, N. T. (1990). *The psychological impact of unemployment*. Berlin: Springer.
- Fletcher, B. (1988). The epidemiology of occupational stress. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Causes, coping, and consequences of stress at work* (pp. 3-50). Chichester: Wiley.
- Fletcher, B. C. (1991). *Work, stress, disease and life expectancy*. Chichester: Wiley.
- Fletcher, B. C. & Jones, F. (1993). A refutation of Karasek's demand-discretion model of occupational stress with a range of dependent measures. *Journal of Organizational Behavior*, **14**, 319-330.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U. & Chesney, M. (Eds.). (1991). *Women, work, and health. Stress and opportunities*. New York: Plenum.
- Frese, M. (1989). Theoretical models of control and health. In S. L. Sauter, J. J. Hurrell & C. L. Cooper (Eds.), *Job control and worker health* (pp. 108-128). New York: Wiley.
- Frese, M. (1991). Streßbedingungen in der Arbeit und psychosomatische Beschwerden: eine kausale Interpretation. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 120-134). Göttingen: Hogrefe.
- Frese, M., Greif, S. & Semmer, N. (Hg.). (1978). *Industrielle Psychopathologie*. Bern: Huber.
- Frese, M. & Semmer, N. (1991). Streßfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluß von Kontrolle und sozialer Unterstützung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 135-153). Göttingen: Hogrefe.
- Friczewski, F. (1988). *Sozialökologie des Herzinfarkts. Untersuchungen zur Pathologie industrieller Arbeit*. Berlin: Sigma.
- Friczewski, F., Brandenburg, U., Jenewein, R., Lieneke, A., Schiwen-Spieß, L. & Westermayer, G. (1990). Betriebliche Gesundheitszirkel als Instrument für den Abbau von gesundheitsschädlichem Streß am Arbeitsplatz. In U. Brandenburg, H. Kollmeier, K. Kuhn, B. Marschall & P. Gehlke (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb* (S. 290-314). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Frör, P. Haag, I., Otto, G. & Otto, G. (1981). Subjektive und objektive Auswirkungen der Rationalisierungsstrategien „Entmischung und Zentralisierung“ im Bürobereich. In M. Frese (Hg.), *Streß im Büro* (S. 253-281). Bern: Huber.
- Garhammer, M. (1994). *Balanceakt Zeit. Auswirkungen flexibler Arbeitszeiten auf Alltag, Freizeit und Familie*. Berlin: Edition Sigma.

- Greif, S. (1991). Streß in der Arbeit - Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hg.), **Psychischer Streß am Arbeitsplatz** (S. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hg.). (1991). **Psychischer Streß am Arbeitsplatz**. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, R. & Scala, K. (1994). **Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement**. Weinheim: Juventa.
- Gundlach, G. (1992). Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung. In I. Udris (Hg.), **Arbeit und Gesundheit**. Psychosozial (Bd. 52, S. 61-71). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hacker, W. (1995). **Arbeitstätigkeitsanalyse. Analyse und Bewertung psychischer Arbeitsanforderungen**. Heidelberg: Asanger.
- Hacker, W. & Richter, P. (1984). **Psychische Fehlbeanspruchung: Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Streß**. Berlin: Springer.
- Häfeli, K., Kraft, U. & Schallberger, U. (1988). **Berufsausbildung und Persönlichkeitsentwicklung**. Bern: Huber.
- Hartley, J., Jacobson, D., Klandennans, B. & Van Vuuren, T. (1991). **Job insecurity: Coping with jobs at risk**. London: Sage.
- Hartmann, S. & Traue, H. C. (1996). **Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld**. Ulm: Universitätsverlag Ulm.
- Heinz, W. R. (1995). **Arbeit, Beruf und Lebenslauf, Eine Einführung in die berufliche Sozialisation**. Weinheim: Juventa.
- Hoff, E. H., Lappe, L. & Lempert, W. (Hg.). (1985). **Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung**. Bern: Huber.
- Hüntig, W. & Läubli, T. (1983). Zwangshaltung und Augenbelastung an Bildschirmarbeitsplätzen. In A. Cakir (Hg.), **Bildschirmarbeit - Konfliktfelder und Lösungsansätze** (S. 193-219). Heidelberg: Springer.
- Jahoda, M. (1995). **Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert**. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kahn, R. L. & Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), **Handbook of Industrial and Organizational Psychology** (Vol. 3, pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Karasek, B., Gardell, B. & Lindell, J. (1987). Work and non-work correlates of illness and behavior in male and female Swedish **white collar workers**. *Journal of Occupational Behaviour*, **8**, 187-207.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). **Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books.
- Karmaus, W. & Osterholz, U. (1987). Zu den Ursachen der großen Volkskrankheiten. *Gewerkschaftliche Monatshefte*, **11**, 647-657.
- Knorz, C. & Zapf, D. (1996). Mobbing - eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, **40**, 12-21.
- Kohn, M. L. (1985). Arbeit und Persönlichkeit: Ungelöste Probleme in der Forschung. In E. Hoff, L. Lappe & W. Lempert (Hg.), **Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung** (S. 41-73). Bern: Huber.
- Kohn, M. L. & Schooler, C. (1983). **Work and personality. An inquiry into the impact of social stratification**. Norwood: Ablex.
- Kraft, U. & Udris, I. (1990). Aspekte beruflicher Identität bei Frauen - Am Beispiel von Verkäuferinnen. In C. Baitsch & E. Ulich (Hg.), **Arbeit und Identität**. Psychosozial (Bd. 43, S. 40-55). München: Psychologie Verlags Union.

- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985). Stress and adaptional Outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, **40**, 770-779.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hg.), *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Huber.
- Leitner, K., Lüden, E., Greiner, B., Ducki, A., Niedermeier, R. & Volpert, W. (1993). *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büroverfahren. Handbuch -Manual und Arbeitsblätter*. Göttingen: Hogrefe.
- Leymann, H. (1993). Ätiologie und Häufigkeit von Mobbing am Arbeitsplatz: Eine Übersicht über die bisherige Forschung. *Zeitschrift für Personalforschung*, **7**, 271-284.
- Luczak, H. (1993). *Arbeitswissenschaft*. Berlin: Springer.
- Marstedt, G. & Mergner, U. (1986). *Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Theoretische Ansätze, Methoden und empirische Forschungsergebnisse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Martin, E., Udris, I., Ackermann, U. & Oegerli, K. (1980). *Monotonie in der Industrie. Eine ergonomische, psychologische und medizinische Studie an Uhrenarbeitern*. Bern: Huber.
- Mohr, G. (1991). Fünf Subkonstrukte psychischer Befindensbeeinträchtigung bei Industriearbeitern: Auswahl und Entwicklung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 91-119). Göttingen: Hogrefe.
- Mohr, G. (1995). *Erwerbslosigkeit: Überblick über Ergebnisse und Methoden der Forschung*. Hagen: Universität - Gesamthochschule, Fachbereich Erziehungswissenschaften.
- Mulders, H. P. G., Meijman, T. F., O'Hanlon, J. F. & Mulder, G. (1982). Differential psychophysiological reactivity of city bus drivers. *Ergonomics*, **25** (11), 1003-1012.
- Murza, G. & Laaser, U. (1994). Gesundheitsprogramme in Betrieben und Organisationen. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 234-245). Stuttgart: Enke.
- Nelson, D. L. & Simon, C. (1990). Chronic work stress and coping: A longitudinal study and suggested new directions. *Academy of Management Journal*, **33**, 859-869.
- Niedl, K. (1994). *Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz. Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindseligkeiten*. München: Hampp.
- O'Neill, C. P. & Zeichner, A. (1985). Working women: A study of relationships between stress, coping and health. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **4**, 105-116.
- Oppolzer, A. (1993). Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In A. Mielck (Hg.), *Krankheit und soziale Ungleichheit* (S. 125-165). Opladen: Leske & Buderich.
- Pelikan, J. M., Demmer, H. & Hurrelmann, K. (Hg.). (1993). *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen*. Weinheim: Juventa.
- Pfaff, H. (1989). *Streßbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Repetti, R. L., Matthews, K. A. & Waldron, I. (1989). Employment and women's health: Effects of paid employment on womens' mental and physical health. *American Psychologist*, **44**, 1394-1401.
- Rimann, M. & Udris, I. (1993). *Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie* (Forschungsprojekt SALUTE: Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese, Bericht Nr. 3). Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.

- Röhrle, B. (1994). **Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung**. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Rosenbrock, R. (1985). Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen. **Die Betriebskrankenkasse**, **73 (8)**, 16-26.
- Rummel, M. (1982). Frauenarbeit - Merkmale, Auswirkungen. In G. Mohr, M. Rummel & D. Rückert (Hg.), **Frauen -Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation (S. 55-77)**. München: Urban & Schwarzenberg.
- Rummel, M. (1987). **Familiale Arbeitsteilung. Kriterien partnerschaftlicher Arbeitsteilung aus handlungstheoretischer Perspektive**. Unveröff. Dissertation. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Soziologie.
- Rutenfranz, J. & Knauth, P. (1989). **Schichtarbeit und Nacharbeit. Probleme - Formen - Empfehlungen** (3. Aufl.). München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Pierce, G. R. (1994). Social support: Global and relationship-based levels of analysis. **Journal of Social and Personal Relationships**, **11**, 295-312.
- Schallberger, U. (1987). Berufsarbeit und Persönlichkeit: Aspekte einer komplexen öko-psychologischen Problemstellung. **Schweizerische Zeitschrift für Psychologie**, **46**, 91-103.
- Schallberger, U., Häfeli, K. & Kraft, U. (1984). Zur reziproken Beziehung zwischen Berufsausbildung und Persönlichkeitsentwicklung. **Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie**, **4**, 197-210.
- Schabracq, M. J., Cooper, C. L. & Winnubst, J. A. M. (Eds.). (1996). **Handbook of Work and Health Psychology**. Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C. & Marek, T. (1993). **Professional burnout. Recent developments in theory and research**. London: Taylor & Francis.
- Schubert, A., Reihl, D. & Bungard, W. (Hg.). (1987). **Chancen im Arbeitsleben für psychisch Kranke**. Mannheim: Ehrenhof.
- Schüpbach, H. (1992). Handlungspsychologische Konzepte in der Arbeitspsychologie und ihre Übertragbarkeit auf die Arbeitstherapie. In G. M. Borsi (Hg.), **Arbeitswelt und Arbeits-handeln in der Psychiatrie (S. 69-78)**. Göttingen: Hogrefe.
- Schwager, T. & Udris, I. (1995). **Was tun Betriebe für die Gesundheit ihres Personals? Recherche der Maßnahmen in der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz RIGA**. Unveröff. Projektbericht. Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- Schwartz, G. E. (1984). Psychobiology of health: A new synthesis. In B. L. Hammonds & C. J. Scheirer (Eds.), **Psychology and health (Vol. 3, pp. 145-193)**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). **Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse**. Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N. (1984). **Streßbezogene Tätigkeitsanalyse**. Weinheim: Beltz.
- Semmer, N. (1990). Streß und Kontrollverlust. In F. Frei & I. Udris (Hg.), **Das Bild der Arbeit (S. 190-207)**. Bern: Huber.
- Semmer, N. (1996). Individual differences, work stress, and health. In M. J. Schabracq, C. L. Cooper & J. A. Winnubst (Eds.), **Handbook of Work and Health Psychology**. Chichester: Wiley.
- Semmer, N. & Udris, I. (1993). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hg.), **Lehrbuch Organisationspsychologie (S. 133-165)**. Bern: Huber.
- Siegrist, K. (1996). **Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben**. Göttingen: Hogrefe.

- Slesina, W. & Broekmann, M. (1992). Gesundheitszirkel zur Verstärkung des Gesundheitsschutzes im Betrieb. *Arbeit*, **1**, 166-186.
- Strohm, O. & Ulich, E. (Hg.). (1996). *Ganzheitliche Betriebsanalyse unter Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation*. Zürich/Stuttgart: vdf Hochschulverlag/Teubner.
- Udris, I. (1981). Streß in arbeitspsychologischer Sicht. In J. R. Nitsch (Hg.), *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 391-440). Bern: Huber.
- Udris, I. (1987). Soziale Unterstützung, Streß in der Arbeit und Gesundheit. In H. Keupp & B. Röhrle (Hg.), *Soziale Netzwerke* (S. 123-138). Frankfurt: Campus.
- Udris, I. (1990). Organisationale und personale Ressourcen der Salutogenese - Gesund bleiben trotz oder wegen Belastung? *Zeitschrift für die gesamte Hygiene*, **36**, 453-455.
- Udris, I. (1993a). Trainingsverfahren zur Förderung der Sozialkompetenz. In Ch. K. Friede & K. Sonntag (Hg.), *Berufliche Kompetenz durch Training* (S. 100-123). Heidelberg: Sauer.
- Udris, I. (1993b). Gesundheitsförderung durch Entwicklung und Verbesserung von Organisationsstrukturen. *Sozial- und Präventivmedizin*, **38**, Suppl. 2, S100-S103.
- Udris, I. & Frese, M. (1988). Belastung, Fehlbeanspruchung und ihre Folgen. In D. Frey, C. Graf Hoyos & D. Stahlberg (Hg.), *Angewandte Psychologie. Ein Lehrbuch* (S. 427-447). München: Psychologie Verlags Union.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In I. Udris (Hg.), *Arbeit und Gesundheit*. Psychosozial (Bd. 52, S. 9-22). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Udris, I., Rimann, M. & Thalmann, K. (1994). Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In B. Bergmann & P. Richter (Hg.), *Die Handlungsregulationstheorie - Von der Praxis einer Theorie* (S. 198-215). Göttingen: Hogrefe.
- Udris, I. & Ulich, E. (1987). Organisations- und Technikgestaltung: Prozeß- und partizipationsorientierte Arbeitsanalysen. In K. H. Sonntag (Hg.), *Arbeitsanalyse und Technikentwicklung* (S. 49-68). Köln: Wirtschaftsverlag Bachem.
- Ulich, E. (1994). *Arbeitspsychologie* (3. Aufl.). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ulich, E. & Baitsch, C. (1987). Arbeitstrukturierung. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hg.), *Arbeitspsychologie*. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie 3 (Bd. 1, S. 493-53 1). Göttingen: Hogrefe.
- Ulich, E. & Frei, F. (1980). Persönlichkeitsförderliche Arbeitsgestaltung und Qualifizierungsprobleme. In W. Volpert (Hg.), *Beiträge zur psychologischen Handlungstheorie* (S. 71-96). Bern: Huber.
- Waldron, I. (1980). Employment and women's health: An analysis of causal relationships. *International Journal of Health Services*, **10**, 435-454.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon.
- Weiss, S. M., Fielding, J. E. & Baum, A. (Eds.). (1991). *Health at work*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Westermayer, G. & Bahr, B. (Hg.). (1994). *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- World Health Organization WHO (1993). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung (Nachdruck der autorisierten Fassung von 1986).
- Zapf, D. (1989). *Selbst- und Fremdbeobachtung in der psychologischen Arbeitsanalyse. Methodische Probleme bei der Erfassung von Streß am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Zapf, D. (1991). Arbeit und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hg.), *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik* (S. 227-244). Weinheim: Juventa.
- Zapf, D. & Frese, M. (1991). Soziale Stressoren am Arbeitsplatz. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 168-184). Bern: Hogrefe.