

20 **Gesundheit und Arbeitsschutz**

von Dieter Zapf und Christian Dormann

Inhaltsübersicht

1 Einleitung	560
2 Psychologische Unfallforschung	560
2.1 Grundlagen	560
2.2 Maßnahmen zur Reduzierung von Unfallhäufigkeiten und Aufbau einer Sicherheitskultur	562
2.2.1 Personalauswahl als Mittel zur Reduzierung von Unfallhäufigkeiten	562
2.2.2 Trainingsmaßnahmen als Mittel zur Reduzierung von Unfallhäufigkeiten	563
3 Belastungs- und Streßforschung	564
3.1 Grundkonzepte psychologischer Streßforschung	565
3.2 Streß und Ressourcen	567
3.3 Maßnahmen gegen Streß und zur Förderung von Gesundheit	568
3.3.1 Organisationsbezogene Maßnahmen zur Reduktion von Stressoren und zur Erhöhung der Ressourcen	568
3.3.2 Personbezogene Maßnahmen zur Reduktion von Stressoren und Streßreaktionen und zum Aufbau von Ressourcen: Streßmanagementprogramme	569
3.3.3 Betriebliche Gesundheitszirkel	571
3.3.4 Prävention und Intervention bei Alkohol	574
3.4 Personalauswahl und Streß	577
4 Gesundheits- und Sicherheitsmanagement	578
Zusammenfassung	581
Weiterführende Literatur	582
Literatur	582

Arbeitsschutzgesetz

Arbeitsschutz ist die Gesamtheit aller Maßnahmen, die dazu beitragen, Leben und Gesundheit der arbeitenden Menschen zu schützen, ihre Arbeitskraft zu erhalten und die Arbeit menschengerecht zu gestalten.

Gefahrenquellen

1 Einleitung

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Diese Entwicklung wird gestützt durch eine neue Rahmengesetzgebung der Europäischen Union (European Commission, 1989), die bei den einzelnen Mitgliedsländern in nationales Recht umgesetzt werden muß und in Deutschland im neuen Arbeitsschutzgesetz von 1996 verankert ist. Diese Rahmengesetzgebung verlangt, daß Arbeit sicher und ohne Risiko für die Gesundheit ausgeführt werden kann. In größeren Betrieben werden traditionell Arbeitsschutz-, Arbeitssicherheits- oder arbeitsmedizinische Abteilungen damit beauftragt, für die Einhaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu sorgen. Dabei standen bislang eher die technischen Aspekte der Arbeitssicherheit sowie körperliche Belastungen und Umweltgefährdungen im Vordergrund, während die psychischen und sozialen Aspekte weniger berücksichtigt wurden (z. B. Ruppert, 1995; Zimolong, 1995). Mitbedingt durch die neuen Gesetze gewinnen psychische und soziale Belastungen inzwischen allerdings zunehmend an Bedeutung.

Investitionen in den Arbeits- und Gesundheitsschutz werden oft als ein reiner Kostenfaktor betrachtet. Dem steht aber gegenüber, daß durch präventive Maßnahmen in diesem Bereich auch Geld gespart und an Effizienz gewonnen werden kann. Horndasch (1997) fand in einer Untersuchung zur Arbeitssicherheit in teilautonomen Arbeitsgruppen, daß ein großer Teil von Vorschlägen zur Erhöhung der Arbeitssicherheit gleichzeitig auch zur Erhöhung der Zuverlässigkeit des technischen Systems beitrug und über die Reduktion von störfallbedingten Ausfallzeiten zur Kosteneinsparung brauchbar war. Gleichermaßen gilt für die Streßforschung, daß die gesundheitlichen Beeinträchtigungen volkswirtschaftlich Milliardenbeträge kosten und auch hohe betriebliche Kosten verursachen (z. B. Cooper & Williams, 1994).

In diesem Kapitel sollen nun personalpsychologisch relevante Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes dargestellt werden. D.h., wir beschränken uns auf solche Aspekte, die für die Personalauswahl und Personalentwicklung von Relevanz sein können.

Der Arbeitsschutz im umfassenden Sinn beinhaltet alle Aspekte, die sich potentiell negativ auf die Gesundheit der arbeitenden Menschen auswirken können, so etwa die Definition von Hoffmann (1990, S. 12): „*Arbeitsschutz ist die Gesamtheit aller Maßnahmen, die dazu beitragen, Leben und Gesundheit der arbeitenden Menschen zu schützen, ihre Arbeitskraft zu erhalten und die Arbeit menschengerecht zu gestalten.*“ Dies kann sich einmal auf Faktoren beziehen, die *unmittelbar und sofort* negative gesundheitliche Folgen mit sich bringen. Dies ist der Bereich der Unfallforschung. Sodann gibt es Faktoren, die *längere Zeit* auf den Menschen einwirken und auf diese Weise negative gesundheitliche Auswirkungen erzeugen. Damit beschäftigt sich die Belastungs- oder Streßforschung. Im folgenden werden zu den beiden Bereichen „Unfälle“ und „Belastungs- und Streßforschung“ zuerst einige konzeptionelle Grundlagen und danach personalpsychologisch relevante Maßnahmen zur Prävention und Intervention dargestellt.

2 Psychologische Unfallforschung

2.1 Grundlagen

Gefährliche Situationen, in denen es zu Unfällen kommen kann, gehören zum Alltag. Für eine differenzierte Betrachtung von Unfällen ist es sinnvoll, unterschiedliche Gefahrenquellen zu unterscheiden, die zu Unfällen führen können (Hoyos & Ruppert, 1993, S. 16): Gefahren stecken (1) in der technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes und der Kraft, die damit entfaltet werden kann (z. B. eine Presse), (2) in Gefahrenstoffen (z. B. ätzende Flüssigkeiten oder radioaktives Material). (3) Gefahren treten auf bei der Nutzung

primärer Energiequellen (z. B. durch Schweißen aufgeheiztes Material), (4) beim Zusammenwirken verschiedener Energieformen (z. B. statische Elektrizität und explosionsfähige Atmosphäre), und sie können (5) in der Energie liegen, die ein Stelleninhaber oder eine andere Person entwickelt (z. B. sich den Schraubenzieher in die Hand stoßen).

Durch Gefährdungen können *Arbeitsunfälle* entstehen. Hoyos (1987, S. 584) definiert: „Als Arbeitsunfall bezeichnen wir eine mit der betrieblichen Organisation unmittelbar verbundene, ungewollte und unerwartete Störung des Normalablaufs der Arbeitsvorgänge, die in der Regel durch das Zusammenwirken innerer und äußerer Ursachenfaktoren technischer, physischer, psychischer oder sozialer Natur hervorgerufen wird und zu einem Körperschaden führt.“ Wie die Statistiken zeigen (z. B. BAGUV, 1997; HVBG, 1997), ist die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle in Deutschland auf ca. 1.700.000 zurückgegangen, was ungefähr 50 meldepflichtigen Unfällen pro 1000 Vollarbeitern entspricht. In den Jahren 1995-1997 gab es im gewerblichen Bereich pro 1000 Arbeiter 1,7 tödliche Arbeitsunfälle (Henter, Hermanns & Wittig, 1999). Allein von den Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft betrug das aufzubringende Umlagesoll für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in 1996 mehr als 17 Mrd. DM (HVBG, 1997). Diese Zahlen zeigen, daß Unfälle und Arbeitssicherheit einen gesellschaftlich bedeutsamen Sachverhalt darstellen.

Aus wert-erwartungstheoretischen Überlegungen (Semmer & Regenass, 1996) ergibt sich, daß unfallbezogenes Verhalten nur schwer beeinflusst werden kann. Natürlich stellt die persönliche Gesundheit für alle einen hohen Wert und damit ein erstrebenswertes Ziel dar. Da Unfälle aber glücklicherweise nur eine geringe Auftretenswahrscheinlichkeit haben und nach der Wert-Erwartungstheorie das Verhalten als Produkt von Wert und Erwartungswahrscheinlichkeit entsteht, ist entsprechendes sicherheitsbezogenes Verhalten nicht ohne weiteres zu erwarten. Mögliche positive oder negative Konsequenzen des eigenen sicherheitsbezogenen Verhaltens sind meist zeitlich zu weit entfernt und gelten als unwahrscheinlich. In der Unfallforschung hat sich deswegen die in Kasten 1 dargestellte Hierarchie von Maßnahmen zur Arbeitssicherheit eingebürgert (Burkardt, 1992; Hoyos, 1987).

Kasten 1:

Hierarchie von Maßnahmen zur Arbeitssicherheit

1. Beseitigung der Gefahr
2. Abschirmung der Gefahr (d.h. Entfernung des Menschen aus dem Gefahrenbereich)
3. Technische Schutzvorrichtungen
4. Persönliche Schutzvorrichtungen (Schutzkleidung)
5. Verhaltensregeln und Einstellungsbeeinflussung

Nach dieser Maßnahmenhierarchie ist es sinnvoll, zuerst einmal arbeitsgestalterische Mittel anzuwenden, um Gefährdungen im besten Fall vollständig zu beseitigen. Wenn dies nicht möglich ist, dann wird versucht, den Gefahrenbereich vollständig abzutrennen. Falls das nicht realisierbar ist, kann man durch technische Schutzvorrichtungen die Gefahr abschirmen (z. B. Abdeckhauben bei Fräsmaschinen). Wenn auch dies nicht möglich ist, dann ist das Tragen von Schutzkleidung angezeigt (da dies oft unbequem ist und menschliches Verhalten beeinträchtigt, z. B. die Kommunikation beim Tragen von Lärmschutzvorrichtungen, ist dies gegenüber technischen Schutzvorrichtungen nachrangig). Erst dann kommen Maßnahmen zur Verhaltensbeeinflussung, Sicherheitsmotivation und Einstellungsänderung. Die geschilderten sicherheitsbezogenen Maßnahmen können als eine Hierarchie interpretiert werden, bei der die Sicherheit, mit der Gesundheitsschutz gewährleistet werden kann, abnimmt. Es verbleibt immer ein gewisses Restrisiko, da nur die vollständige Beseitigung der Gefahr hundertprozentig wirksam ist. Wenn alle sicherheitstechnischen Mittel ausgeschöpft sind, ist man

Ein Arbeitsunfall ist eine mit der betrieblichen Organisation unmittelbar verbundene, ungewollte und unerwartete Störung des Normalablaufs der Arbeitsvorgänge, die in der Regel durch das Zusammenwirken innerer und äußerer Ursachenfaktoren technischer, physischer, psychischer oder sozialer Natur hervorgerufen wird und zu einem Körperschaden führt.

Erwartungs-mal-Wert-Theorien implizieren, daß die geringe Auftretenswahrscheinlichkeit von Unfällen nicht zu angemessenem Vorsorgeverhalten führt.

Hierarchie von Arbeitssicherheitsmaßnahmen

Sicherheitspsychologische Maßnahmen zur Verhaltensänderung erfolgen, wenn sicherheitstechnische Maßnahmen ausgeschöpft sind.

deshalb zur Minimierung des Restrisikos auf *sicherheitspsychologische Techniken* der Verhaltensbeeinflussung angewiesen.

2.2 Maßnahmen zur Reduzierung von Unfallhäufigkeiten und Aufbau einer Sicherheitskultur

Personbezogene Maßnahmen zur Vermeidung von Unfällen können einmal darin bestehen, gezielt Personen zu suchen, die sicheres Verhalten aufweisen. Weiterhin spielen natürlich verschiedene Formen des Trainings zur Verbesserung sicheren Verhaltens eine wichtige Rolle. Darauf soll in den nächsten beiden Abschnitten eingegangen werden.

2.2.1 Personalauswahl als Mittel zur Reduzierung von Unfallhäufigkeiten

Es ist für eine Organisation naheliegend, Unfälle langfristig dadurch zu reduzieren, daß man ausschließlich Personen mit einer „geringen Unfallneigung“ einstellt. Da man zukünftiges Verhalten gut aus bereits gezeigtem Verhalten vorhersagen kann, könnte man zukünftige Unfälle aus der Anzahl vorangegangener Unfälle vorhersagen. Einige wenige Untersuchungen, die Unfallhäufigkeiten in aufeinander folgenden längeren Zeiträumen untersuchten, berichten erstaunliche Stabilitäten (Hoyos, 1980). Da ein Unfall jedoch ein *seltene Ereignis* ist, kann man nicht davon ausgehen, daß die so erhobenen Daten für die Einzelfalldiagnostik zuverlässig sind. Im übrigen ist es i.d.R. nicht einfach, verlässliche Daten über Unfälle an früheren Arbeitsplätzen über einen längeren Zeitraum zu bekommen.

Eine andere Möglichkeit besteht darin, bei der Personalauswahl auf Personenmerkmale (vgl. Kapitel 5) zu achten, die eine Vorhersage der zu erwartenden Unfälle erlauben. Dies führt zur Diskussion um die sogenannte „*Unfallerpersönlichkeit*“. Diese entzündete sich an dem empirischen Befund, daß in einer Reihe von Untersuchungen eine kleine Gruppe von ca. 10% der Mitarbeiter, in Abhängigkeit von der jeweiligen Stichprobe, an 30-70% der Unfälle beteiligt ist. Viele Befunde zum Unfallproblem können über den statistischen Zufall erklärt werden. In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich nämlich, daß die Verteilung der Unfälle der sogenannten Poissonverteilung folgt, die die Häufigkeitsverteilung seltener Ereignisse erklärt (Burkardt, 1970; Hoyos, 1980). Andererseits gibt es aber auch Studien, die eher den Schluß nahelegen, daß Persönlichkeitsfaktoren doch von Bedeutung sind (vgl. Burkardt, 1970). Daher verwundert es nicht, daß es mittlerweile auch eine Reihe empirischer Befunde zu Alter und Berufserfahrung, Intelligenz, Neurotizismus sowie Sozialverhalten gibt, die sich im Sinne der Personalauswahl verwenden lassen (ausführliche Literaturhinweise bei Hoyos, 1980):

Die meisten Untersuchungen haben gezeigt, daß bei *jüngeren Beschäftigten* mehr Unfälle auftreten als bei älteren. Da aber Alter und Berufserfahrung stark zusammenhängen, könnte dieser Alterseffekt ein Artefakt sein, der eigentlich auf die mangelnde Berufserfahrung zurückführbar ist. Es gibt jedoch Befunde für unfallreduzierende Effekte von Alter und Erfahrung, bei denen die jeweils andere Variable kontrolliert wurde. Insbesondere für den Straßenverkehr konnte ein Alterseffekt unabhängig von der Erfahrung nachgewiesen werden. Zwischen 18 und 30 Jahren geht die Unfallhäufigkeit stark zurück, um danach ein Plateau zu erreichen. Ähnliches gilt auch für industrielle Arbeitsplätze. Allerdings weist Hoyos (1980) darauf hin, daß jüngeren Arbeitnehmern oft die gefährlicheren Arbeitsplätze zugewiesen werden.

Geringe *Intelligenz* erwies sich zwar nicht immer als ein Prädiktor für Unfälle (z. B. Ferguson, McNally & Booth, 1984). Es wurden aber auch wiederholt positive Befunde berichtet. Oftmals wurde der Versuch unternommen, Unfallhäufigkeit mit dem Persönlichkeitsmerkmal *Neurotizismus* in Verbindung zu bringen. Mit Neurotizismus verwandte Konzepte sind Ängstlich-

„Unfallerpersönlichkeit“

Die Häufung vieler Unfälle bei einigen wenigen Beschäftigten ist auf Grundlage der Poissonverteilung statistisch zu erwarten.

Alter

Intelligenz

Neurotizismus

keit, emotionale Labilität, chronische Erschöpfung, Unfähigkeit, Kritik zu ertragen, oder negativer Affekt. Neuere Studien belegen, daß Personen mit hohen Neurotizismuswerten gehäuft an Unfällen beteiligt sind (Hansen, 1989; Iverson & Erwin, 1997). Was schließlich das *Sozialverhalten* der Kandidaten betrifft, zu dem solche Aspekte wie Straffälligkeit, Nichtachtung anderer Personen, Unreife, betonte Männlichkeit (bei Männern), Feindseligkeit, Streitsüchtigkeit u.a.m. gehören, gibt es mehrere Studien, die einen Zusammenhang zwischen negativem Sozialverhalten und Unfallhäufigkeit belegen (für einen Überblick vgl. z. B. Hansen, 1988). Vereinzelt Untersuchungen verweisen auf die Rolle spezifischer kognitiver Variablen wie *Feldabhängigkeit* (die Fähigkeit, in einem optischen Feld ein Objekt, z. B. einen Radfahrer, herauslösen zu können), die Fähigkeit, *Aufmerksamkeit* rasch umorientieren zu können, sowie die *Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit* (Hoyos, 1980).

Die klarsten Hinweise gibt es für *Qualifikation und Berufserfahrung*. Zum Beispiel zeigt sich bei der Auswertung der tödlichen Arbeitsunfälle im gewerblichen Bereich, daß alleine 7% der Unfälle im ersten Monat am neuen Arbeitsplatz stattfanden, während zwischen dem ersten und dem dritten Jahr insgesamt etwa 18% der Unfälle auftraten und die monatliche Unfallrate unter einem Prozent liegt (Henter, Hermanns & Wittig, 1999). Dies verweist natürlich auf die Bedeutung von Qualifizierungsmaßnahmen und Einarbeitungsstrategien, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen wird.

In der Regel wird auch ohne spezielle Berücksichtigung der Unfallproblematik ein Teil der angesprochenen Variablen bei der Personalauswahl berücksichtigt. Dies gilt in erster Linie für die Berufserfahrung und die Erfassung kognitiver Merkmale. Seltener wird der Versuch gemacht, Persönlichkeitsmerkmale zu erheben und zum Beispiel Neurotizismus zu erfassen (vgl. Kapitel 5). Eine Sonderrolle spielt das Lebensalter, insbesondere für Berufe, die mit Fahrtätigkeiten zu tun haben. Hier ist es entgegen der allgemeinen Tendenz, möglichst junge Mitarbeiter einzustellen, naheliegend, Personen auszuwählen, die älter als 30 Jahre sind.

2.2.2 Trainingsmaßnahmen als Mittel zur Reduzierung von Unfallhäufigkeiten

Aus Sicht der Personalverantwortlichen stellt sich die Frage, *wie* sich sichere Verhaltensweisen erreichen und geeignete kognitive Prozesse und Vorstellungen bei den Mitarbeitern fördern lassen. Hierzu wurden verschiedene Trainingsverfahren entwickelt. Diese lassen sich danach unterscheiden, ob sie sich auf *antizipatorische* oder *kompensatorische* Aspekte beziehen (vgl. Hoyos, 1987), d.h. ob präventiv versucht wird, Unfälle erst gar nicht aufkommen zu lassen, oder ob Unfallfolgen minimiert werden sollen. Des weiteren lassen sich Trainingsmaßnahmen konzeptionell danach unterscheiden, ob sie auf konkrete *Verhaltensweisen* abzielen, oder ob bestimmte *Kognitionen* der Mitarbeiter, d.h. gedankliche Prozesse und Vorstellungen, die das Gefahrenbewußtsein verbessern, gefördert werden sollen. Zur Verbesserung konkreter Verhaltensweisen bieten sich verhaltensorientierte Lernstrategien (vgl. Kapitel 10) an, die auf dem Prinzip Belohnung und – allerdings deutlich weniger effektiv – dem Prinzip Bestrafung basieren. Für den kognitiven Weg bieten kognitive Lernstrategien (vgl. Kapitel 9) den Ausgangspunkt, wobei verschiedene Techniken der Wissensvermittlung zum Einsatz kommen. Da kognitive Prozesse und konkretes Verhalten nicht in einer perfekten Beziehung zueinander stehen, sollten beide sicherheitspsychologischen Wege zur Unfallprävention gleichzeitig beschritten werden. In Kasten 2 sind einige Beispiele dazu in ein Schema von antizipatorischen und kompensatorischen Maßnahmen eingeordnet.

Sozialverhalten

Kognitive Variablen:

- **Feldabhängigkeit**
- **Aufmerksamkeit**
- **Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit**

Trainingsmaßnahmen zur Unfallprävention sollten immer kognitive und verhaltensbezogene Maßnahmen einschließen.

Kasten 2:

Antizipatorische und kompensatorische Maßnahmen zur Unfallprävention

Zeitpunkt	Wirkung	Ziel	Maßnahmen
Antizipatorisch	Kognitiv	Erkennen von gefährlichen Situationen verbessern (Gefahrenkognitionen) Bedeutsamkeit des Themas erhöhen	Qualifikation verbessern, Unfallrisiken verdeutlichen, Sicherheitsziele setzen und Rückmeldung geben Vorbildliches Führungsverhalten
	Verhaltensorientiert	Vorsorgeverhalten und Vermeiden von Risikoverhalten in gefährlichen Situationen fördern	Vorsorgeverhalten belohnen, Nutzung von Handlungsspielräumen fördern, fahrlässiges Verhalten bestrafen, Feedback geben, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit verbessern, Zeit- statt Akkordlohn
Kompensatorisch	Kognitiv	Entscheidungsfähigkeit in sicherheitskritischen Situationen verbessern	Heuristiken (Daumenregeln) vermitteln, Handlungsspielräume aufzeigen
	Verhaltensorientiert	Verfügbarkeit konkreter Verhaltensweisen in Gefahrensituationen erhöhen	„Crashkurse“ durchführen, Simulationen durchspielen, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit verbessern, Koordination von Arbeits- und Gefahrenkontrolle verbessern

3 Belastungs- und Streßforschung

Während die Unfallforschung Einwirkungen untersucht, die sich unmittelbar schädigend auf den arbeitenden Menschen auswirken, beschäftigt sich die Belastungsforschung mit Aspekten, bei denen sich negative Folgen erst nach längerer Einwirkung ergeben. Hier lassen sich Belastungen unterscheiden, die sich vorwiegend oder ausschließlich physisch, und solche, die sich vorwiegend oder ausschließlich psychisch auf den Menschen auswirken. Mit dem ersten Bereich beschäftigt sich vor allem die Arbeitsmedizin (z. B. Elsner, 1997; siehe Kasten 3), mit dem zweiten die Arbeitspsychologie. Natur-

Kasten 3:

Übersicht über die Berufskrankheiten

Berufskrankheiten

Krankheiten durch
1 Chemische Einwirkungen (11 Metalle und Metalloide, 12 Erstickungsgase, 13 Lösemittel und Schädlingsbekämpfungsmittel)
2 Physikalische Einwirkungen (21 Mechanische Einwirkungen, vor allem bei körperlich schwerer Arbeit oder einseitigen Belastungen, 22 Druckluft, 23 Lärm, 24 Strahlen)
3 Infektionskrankheiten und Parasiten
4 Erkrankungen der Atemwege und der Lungen (41 anorganische Staube, 42 organische Staube, 43 obstruktive Atemwegserkrankungen)
5 Hautkrankheiten
6 Krankheiten sonstiger Ursache
(nach der Reichsversicherungsordnung RVO bzw. dem Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz UVEG)

lich gibt es weite Überschneidungsbereiche, z.B. wenn psychische Belastungsfaktoren körperliche Krankheiten verursachen. Im weiteren geht es vor allem um psychische Phänomene.

3.1 Grundkonzepte psychologischer Streßforschung

Personalpsychologisch relevante Aspekte der psychologischen Streß- und Belastungsforschung lassen sich an dem von Lazarus und Mitarbeitern entwickelten transaktionalen Streßmodell (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1981) darstellen. *Streß ist ein unangenehmer Spannungszustand, der entsteht, wenn eine subjektiv bedeutsame Situation als aversiv eingeschätzt wird* (Greif, 1991; Semmer, 1984). In der Rezeption des transaktionalen Modells in der Arbeitspsychologie wird angenommen, daß es verschiedene Gruppen von Belastungen oder Stressoren gibt (siehe Abbildung 1), die sich negativ auf den Menschen auswirken und Streßreaktionen erzeugen. Sie lassen sich folgendermaßen definieren: *Stressoren oder Belastungen sind Ereignisse, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Streßzuständen erhöhen* (Greif, 1991; Semmer, 1984). Eine besondere Bedeutung kommt dabei psychischen Bewertungsprozessen zu. Sie sind einer der wesentlichen Faktoren, warum sich Belastungen nicht auf alle Menschen gleich auswirken. Lazarus unterscheidet sogenannte primäre und sekundäre Bewertungsprozesse. Als *primäre Bewertung* (primary appraisal) bezeichnet man die Bewertung eines Ereignisses, beispielsweise eines außergewöhnlichen Arbeitsauftrags, hinsichtlich des Wohlbefindens einer Person. Dabei kann das Ereignis als irrelevant, günstig/positiv oder stressend eingeschätzt werden. Stressende Bewertungen treten in drei Formen auf, als Schädigung/Ver-

Das transaktionale Streßmodell

Streß ist ein unangenehmer Spannungszustand, der entsteht, wenn eine subjektiv bedeutsame Situation als aversiv eingeschätzt wird.

Stressoren oder Belastungen sind Ereignisse, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Streßzuständen erhöhen.

Primäre Bewertung: Einschätzung eines Ereignisses als irrelevant, günstig/positiv oder stressend

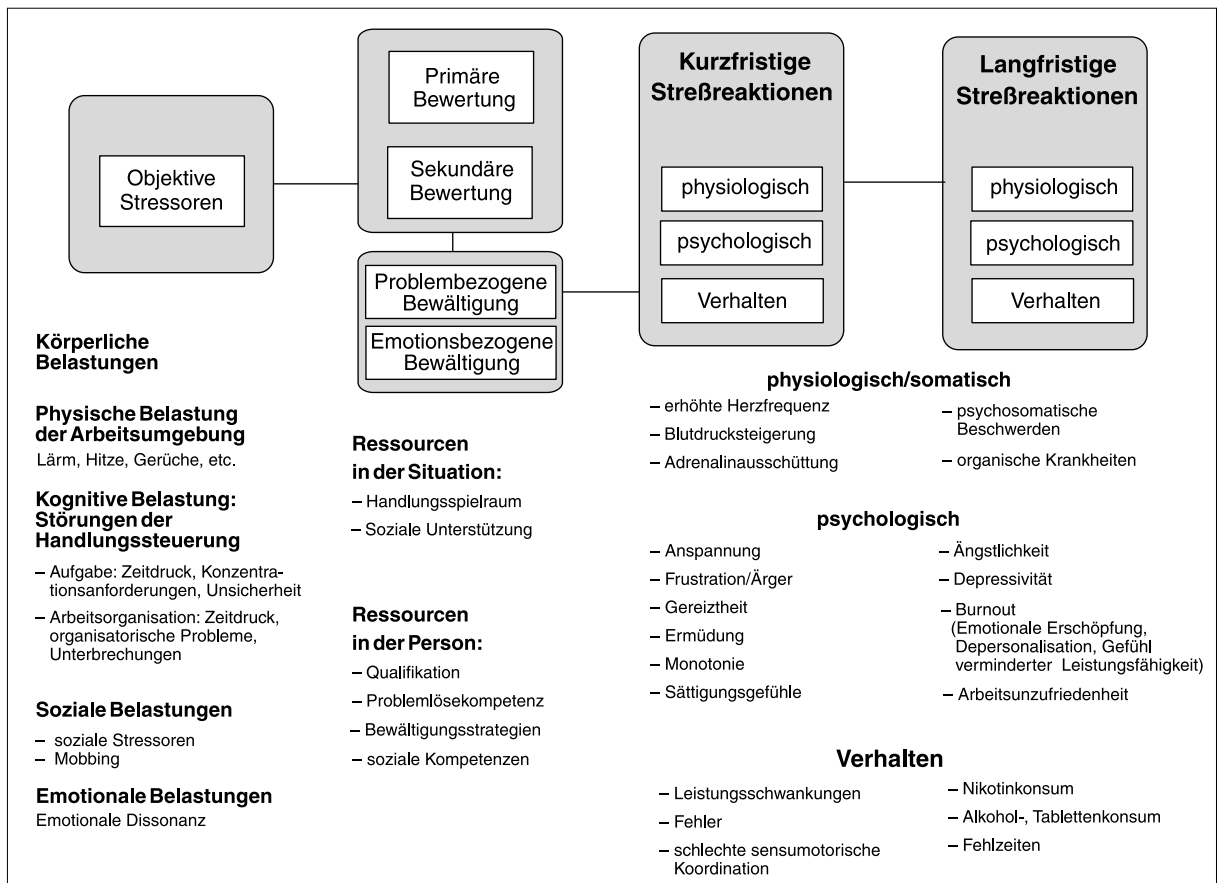


Abbildung 1: Stressoren, Bewertungen und Streßreaktionen nach Lazarus

**Stressende Bewertung:
Schädigung/Verlust, Bedro-
hung oder Herausforderung**

**Sekundäre Bewertung:
Einschätzung der personalen
Bewältigungsfähigkeiten und
der situationalen Bewälti-
gungsmöglichkeiten**

**Problem- und emotionsorien-
tiertes Bewältigungsverhalten**

**Kurzfristige und langfristige
Streßauswirkungen auf der
physiologischen/körperlichen,
psychischen und auf der
Verhaltensebene**

lust, Bedrohung und Herausforderung. Schädigung/Verlust („harm - loss“) bezieht sich auf eine bereits eingetretene Schädigung, z.B. eine schwere Verletzung oder einen zwischenmenschlichen Verlust. Bedrohung („Threat“) betrifft eine Schädigung oder einen Verlust, der noch nicht eingetreten ist, sondern antizipiert wird. Um eine Herausforderung handelt es sich dann, wenn eine Schädigung die Folge sein kann, jedoch eine risikoreiche, aber mit positiven Folgen verbundene Meisterung der Situation möglich ist.

Die *sekundäre Bewertung* (secondary appraisal) bezieht sich darauf, welche Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten in bezug auf den Umgang mit den Stressoren vorhanden sind (interne und externe Ressourcen, s.u.). Diese sekundären Bewertungen finden nicht notwendigerweise nach den primären statt. Im Gegenteil ist davon auszugehen, daß sich primäre und sekundäre Bewertungen gegenseitig stark beeinflussen. Denn eine Situation, von der feststeht, daß man sie sehr gut bewältigen kann, wird normalerweise nicht als bedrohend bewertet.

Nach den Bewertungsprozessen kommt es zu Bewältigungsverhalten. Das Bewältigungsverhalten bezieht sich auf zweierlei: zum einen auf das streßauslösende Problem, beispielsweise auf die Bewältigung eines kurzfristigen zusätzlichen Arbeitsauftrags, zum anderen auf die dadurch ausgelösten Streßemotionen, die zum Beispiel durch den mit dem Arbeitsauftrag verbundenen Zeitdruck und die Unsicherheit bedingt sind, etwa Angst und Anspannung. In diesem Sinne erzeugt Streß eine Zusatzaufgabe (Schönpflug, 1987). Bewältigungsstrategien werden auf unterschiedlichste Weise klassifiziert (Semmer, 1996). Eine gebräuchliche Unterscheidung ist die zwischen problemorientierten und emotionsorientierten Strategien. Die problemorientierten Strategien beziehen sich eher - aber nicht ausschließlich - auf das streßauslösende Problem. Die emotionsorientierten Strategien beziehen sich eher auf die streßbedingte Zusatzaufgabe, beispielsweise auf die Aufgeregtheit bei einer schwierigen Präsentation. Problemorientierte Strategien beinhalten zum Beispiel Informationssuche, aktives Problemlösen oder Suche nach sozialer Unterstützung, aber auch kognitive Strategien der Umbewertung oder des Akzeptierens. Zu den emotionsorientierten Strategien gehören die Entspannung, die Ablenkung oder die Verdrängung. Nach erfolgreicher oder auch nicht erfolgreicher Bewältigung der Streßsituation kann es zu einer *Neubewertung* der Situation kommen. Eine erfolgreich bewältigte Situation wird in Zukunft in der Regel als weniger bedrohlich bewertet werden.

Semmer (1996) weist auf ein wichtiges Problem der Bewältigungsforschung hin. In vielen Konzepten wird jegliches Verhalten im Anschluß an ein stressendes Ereignis als Bewältigungsverhalten bezeichnet, gleichgültig, ob es nun erfolgreich bzw. langfristig sinnvoll ist oder nicht. Ein Beispiel wäre Alkoholkonsum oder „Frustessen“. Beides kann kurzfristig Erleichterung verschaffen, hat aber langfristig negative Folgen. Ein weiteres Beispiel wäre „vor sich hinbrüten“. Ein solches Verhalten stellt eigentlich keinen sinnvollen Bewältigungsversuch dar, sondern ist viel besser als eine negative emotionale Reaktion auf ein belastendes Ereignis zu klassifizieren. In der Tat gibt es Konzepte streßbedingter psychischer Befindensbeeinträchtigungen, die solche Aspekte beinhalten, wie beispielsweise das Konzept der Gereiztheit/Belastetheit von Mohr (1991). Ein typischer Indikator für Gereiztheit/Belastetheit ist zum Beispiel, daß man nach der Arbeit nicht abschalten kann. Aus diesen Gründen ist Alkohol-, Zigaretten- und Tablettenkonsum in Abbildung 1 unter langfristigen Streßfolgen auf der Verhaltensebene einge-
reicht.

Streß kann unmittelbare, kurzfristige und langfristige Auswirkungen haben. Diese können auf einer physiologischen/körperlichen, einer psychischen und auf der Verhaltensebene auftreten. In Abbildung 1 sind dazu eine Reihe von Beispielen angegeben (vgl. dazu Greif, 1991; Kahn & Byosiere, 1992; Mohr, 1991).

3.2 Streß und Ressourcen

Die beschriebenen kognitiven Bewertungsprozesse hängen einerseits davon ab, wie stark die jeweiligen Belastungen sind. Sie hängen aber auch von den Möglichkeiten ab, die zur Verfügung stehen, mit diesen Belastungen umzugehen. Diese Möglichkeiten werden als *Ressourcen* bezeichnet. Es lassen sich interne und externe Ressourcen unterscheiden. *Interne Ressourcen* sind diejenigen, über die der einzelne selbst verfügt. Zu den internen Ressourcen gehören die berufliche Qualifikation, Problemlösekompetenzen und soziale Kompetenzen. Berufliche Qualifikation und Problemlösefähigkeiten sind beispielsweise besonders wichtig, wenn es um Streß durch qualitative Überforderung geht. Soziale Kompetenzen sind besonders gefordert beim Umgang mit sozialen Stressoren. Aber auch die oben genannten Streßbewältigungskompetenzen (Copingfähigkeiten) können hier eingeordnet werden. *Externe Ressourcen* sind Faktoren, die durch die Arbeitssituation gegeben sind. Die wesentlichen externen Ressourcen sind Kontrolle (Synonyme sind Handlungsspielraum, Einflußmöglichkeiten, Freiheitsgrade oder Autonomie, vgl. Semmer, 1990) und soziale Unterstützung.

Unter *Kontrolle* wird in der Psychologie verstanden, inwieweit jemand über seine Lebensumstände bestimmen kann und wie viele Einflußmöglichkeiten er oder sie darauf hat. Je mehr Kontrolle man hat, desto mehr kann man die Arbeitssituation selbst beeinflussen (vgl. z. B. Frese, 1989; Semmer, 1990).

Soziale Unterstützung kann von Mitarbeitern, Kollegen, Vorgesetzten, Ehe- oder Lebenspartnern und Freunden gewährt werden (Quelle der Unterstützung). Es gibt unterschiedliche Modelle, wie man soziale Unterstützung unterteilen kann. Häufig werden *instrumentelle* (direkte Hilfeleistung), *informationale* (z. B. einen wichtigen Hinweis geben), *emotionale* (z. B. jemand tröstet, hört zu, zeigt Verständnis, beruhigt) und *bewertungsbezogene* soziale Unterstützung (jemand bestätigt einen bei Entscheidungen oder unterstützt das Selbstbewußtsein) unterschieden (Cohen & Wills, 1985; Frese & Semmer, 1991; Kahn & Byosiere, 1992).

Sowohl soziale Unterstützung als auch Handlungsspielraum haben eine direkte, eine indirekte und eine Pufferwirkung, wenn auch die direkten Wirkungen besser belegt sind (Dormann & Zapf, 1999; Frese & Semmer, 1991; Kahn & Byosiere, 1992). Die *direkte Wirkung* liegt darin, daß sich Kontrolle und soziale Unterstützung direkt positiv auf das psychische Befinden auswirken. Allerdings sind für beide Bereiche Einschränkungen zu machen. Kontrolle geht oft mit zunehmender Verantwortungsübernahme einher. Diese wirkt sich jedoch negativ auf das Befinden aus. Auch soziale Unterstützung ist nicht immer positiv (Peeters, Buunk & Schaufeli, 1995). Manchmal ist die Unterstützung unerwünscht, weil sie auf ungeschickte Weise angeboten wird. Außerdem gilt man eventuell als hilfsbedürftig, d. h. als jemand, der alleine nicht klar kommt. Dies kann sich negativ auf das Selbstbewußtsein niederschlagen, da es das Ansehen in der Abteilung beeinträchtigen kann. Hilfe auf akzeptable Weise anzubieten und auch auf akzeptable Weise anzufordern, ist unter Streßgesichtspunkten eine wichtige soziale Kompetenz. Die *indirekte Wirkung* bedeutet, daß durch Kontrolle oder soziale Unterstützung die Belastungen reduziert und dadurch positive Effekte auf das Befinden erzeugt werden. Beispiele wären, daß jemand über die Entscheidungsmöglichkeit verfügt, einen zusätzlichen, vermutlich zeitlich kaum zu schaffenden Arbeitsauftrag abzulehnen, oder daß man von Kollegen Hilfe erhält, falls man es zeitlich nicht schaffen sollte. *Puffereffekte* schließlich sind interessant, weil die Stressoren oft nicht verändert werden können. Man denke etwa an den Zeitdruck bei einem Noteinsatz. Durch Erhöhung von Kontrolle oder soziale Unterstützung können jedoch die Streßeffekte abgepuffert werden, da die Bewältigungsmöglichkeiten verbessert werden. Hat man Einfluß, dann kann man beispielsweise einen schwierigen Arbeitsauftrag dann ausführen, wenn man sich besonders leistungsfähig oder ungestört fühlt.

Die Förderung der Ressourcen steht vor allem im Mittelpunkt sogenannter salutogenetischer Konzepte. Der Begriff *Salutogenese* geht zurück auf Antonovsky (1979) und beinhaltet einen Perspektivenwechsel weg von den „krank-

Ressourcen betreffen die Möglichkeiten, mit Stressoren umzugehen.

Interne Ressourcen: Ressourcen in der Person

Externe Ressourcen: Ressourcen in der Situation

Kontrolle: Ausmaß an Einflußmöglichkeiten

Soziale Unterstützung

Puffereffekte

Salutogenese

Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen.

Fähigkeit zum aktiven Handeln

Kohärenzerleben

Streß ist ein Ungleichgewichtszustand zwischen Person und Umwelt.

machenden“ hin zu den „gesundheitsfördernden“ Faktoren in der Arbeitswelt. Dem liegt ein Verständnis von Gesundheit zugrunde, welches mehr beinhaltet als die Abwesenheit von Krankheit, wie es zum Beispiel in der viel zitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO aus dem Jahre 1946 zum Ausdruck kommt: *Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen*. Verschiedentlich wird dabei vor allem die Fähigkeit zum aktiven Handeln hervorgehoben, so auch ein Vorschlag des WHO-Europabüros von 1987: *Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen*. Dies beinhaltet, daß Gesundheit neben Schmerz- und Beschwerdefreiheit auch die Möglichkeit zu positiv bewerteten psychologischen Erfahrungen, das Potential, eigene Ziele aufzustellen, und die Fähigkeit, Anforderungen der physischen und sozialen Umwelt zu bewältigen, umfaßt (z. B. Greiner, 1998; Udris, 1992). Nach Antonovsky (1979) ist die wichtigste Ressource das *Kohärenzerleben* (sense of coherence). Dies ist ein Gefühl des Vertrauens darauf, daß Ereignisse vorhersehbar und beeinflussbar sind, daß entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen, Anforderungen zu meistern, und daß diese Anforderungen herausfordernd sind und es lohnenswert ist, sich damit auseinanderzusetzen.

3.3 Maßnahmen gegen Streß und zur Förderung von Gesundheit

Aus den oben beschriebenen Überlegungen lassen sich einige Schlußfolgerungen für das Streßmanagement und für die Gesundheitsförderung ziehen. Es ergeben sich zwei grundlegende Aspekte:

Die meisten Streßkonzepte beinhalten, daß bei Streß *ein Ungleichgewichtszustand zwischen Person und Umwelt* vorliegt: mit den Anforderungen der Umwelt bzw. auch mit den selbst gesetzten Anforderungen kann mit den gegebenen Leistungsvoraussetzungen langfristig nur ungenügend umgegangen werden (Greif, 1991; Richter & Hacker, 1998). Aus diesem Ungleichgewichtsgedanken folgt, daß man sowohl durch personbezogene (verhaltensbezogene, individuelle) als auch durch umwelt- oder bedingungsbezogene (verhältnisbezogene, institutionelle) Maßnahmen das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Leistungsvoraussetzungen wieder ins Lot bringen kann. Beide Seiten sind gleichermaßen wichtig. Im Rahmen personalpsychologischer Überlegungen stehen die personbezogenen Maßnahmen im Vordergrund. Der zweite Gesichtspunkt bezieht sich auf die Unterscheidung von Stressoren und Streßreaktionen auf der einen und den Ressourcen auf der anderen Seite. Stressoren und Streßreaktionen sollten abgebaut, die Ressourcen erhöht werden. Solche umfassenden Vorstellungen liegen auch den meisten betrieblichen Gesundheitsförderungskonzepten zugrunde (vgl. das Handbuch von Bamberg, Ducki & Metz, 1998). Förderung und Aufbau gesundheitserhaltender und gesundheitsfördernder Ressourcen steht im Mittelpunkt der Forschung zur Salutogenese (z. B. Udris, 1992).

Ducki (1998) weist allerdings zu Recht darauf hin, daß eine klare Trennung zwischen personbezogenen und bedingungsbezogenen Maßnahmen zum Teil gar nicht möglich ist, zum einen, weil nicht immer klar ist worauf sich person- und bedingungsbezogen überhaupt bezieht, und zum anderen, weil viele Maßnahmen beide Aspekte beinhalten, zum Beispiel Gesundheitszirkel oder an der Organisationsentwicklung (OE) orientierte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

3.3.1 Organisationsbezogene Maßnahmen zur Reduktion von Stressoren und zur Erhöhung der Ressourcen

Bedingungs- oder organisationsbezogene Maßnahmen zur Reduktion von Stressoren verlangen zunächst, daß man mit geeigneten Instrumenten Belastungsfaktoren identifiziert (z. B. das Instrument zur Streßbezogenen Ar-

beitsanalyse ISTA, Semmer, Zapf & Dunckel, 1999, oder das Verfahren zur Erfassung von Regulationshindernissen in der Arbeitswelt RHIA, Leitner, Volpert, Greiner, Weber & Hennes, 1987; einen Überblick über weitere Instrumente bietet Dunckel, 1999) und im Anschluß daran Maßnahmen zu deren Reduktion entwickelt. Dies können beispielsweise Maßnahmen der Lärmreduktion sein, aber auch organisationale Maßnahmen, die Behinderungen des Arbeitsablaufs reduzieren, sowie Maßnahmen, die Konflikte und damit soziale Stressoren mindern.

Bei organisationsbezogenen Maßnahmen zur Verbesserung der Ressourcen geht es in erster Linie um die Erhöhung von Handlungsspielräumen, aber auch um institutionelle Beiträge zur Verbesserung des sozialen Klimas am Arbeitsplatz. Hier sind die Maßnahmen zur Arbeitsbereicherung, Aufgaben-delegation oder auch Gruppenarbeit (vgl. Kapitel 17), z. B. in Form teilautonomer Arbeitsgruppen einzuordnen. Sie sind nicht nur motivierend für die Tätigkeit, sondern tragen auch dazu bei, daß mit Streß besser umgegangen werden kann. Als weiterführende Literatur zur Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung zum Abbau von Stressoren und Aufbau von Ressourcen sei auf Dunckel (1999), Frieling und Sonntag (1999) und Ulich (1998) verwiesen.

Streßbezogene Arbeits-analyse

3.3.2 Personbezogene Maßnahmen zur Reduktion von Stressoren und Streßreaktionen und zum Aufbau von Ressourcen: Streßmanagementprogramme

Personbezogene Maßnahmen werden zum Beispiel in Streßmanagementprogrammen realisiert. Hierzu gab es in den letzten Jahren eine Reihe von Entwicklungen und empirischen Untersuchungen (Bamberg & Busch, 1996; Bunce, 1997; Murphy, 1996).

Komponenten von Streßmanagementprogrammen

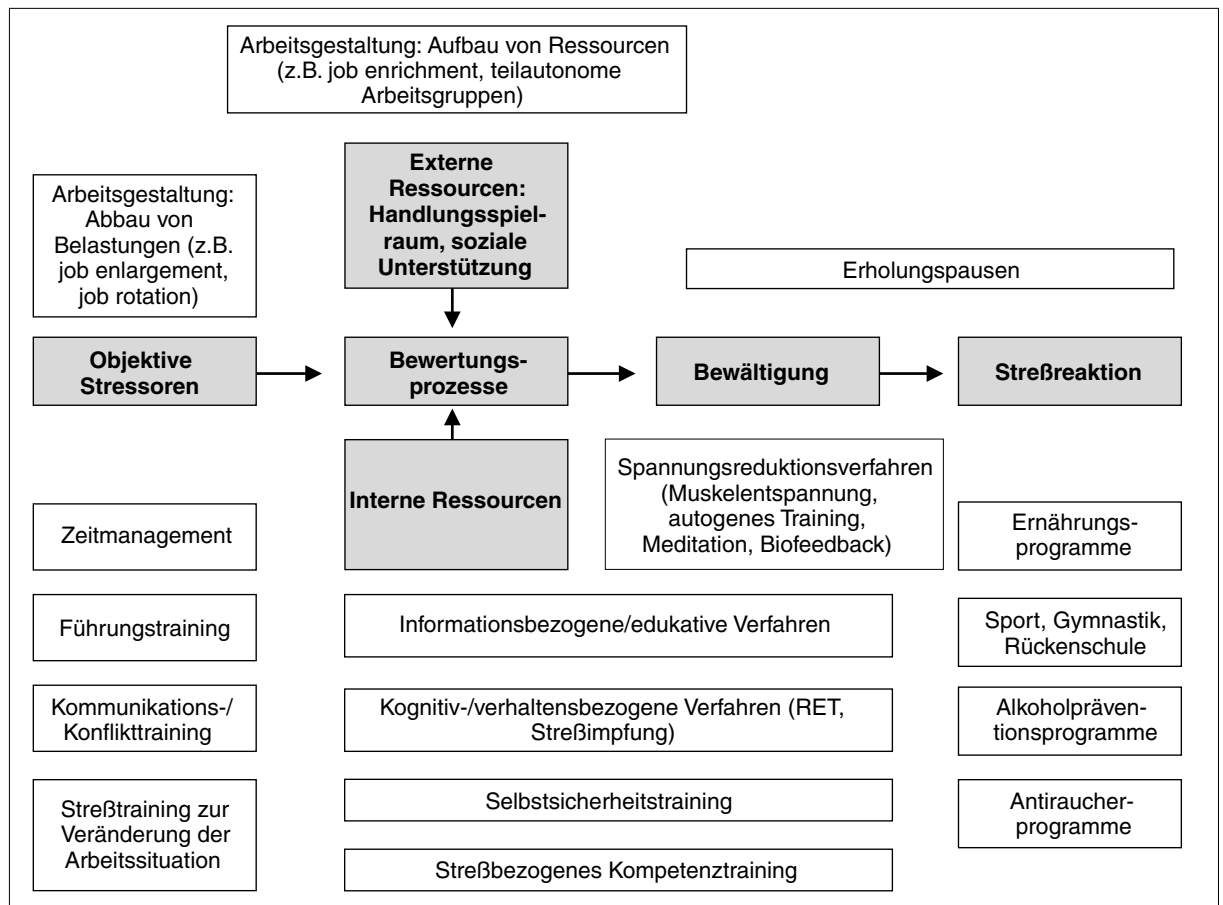


Abbildung 2:
Der Streßprozeß und mögliche Interventionsmaßnahmen

Information

Konzentriert man sich auf die empirisch überprüften Programme, dann lassen sich folgende Komponenten unterscheiden, die in Streßmanagementtrainings eingesetzt werden (Bunce, 1997): (1) Information; (2) kognitiv/behaviorale Verfahren; (3) Spannungsreduktion; (4) Kompetenztrainings sowie (5) Trainings zur Veränderung der Arbeitssituation. In den verschiedenen Streßmanagementtrainings werden einzelne Komponenten realisiert. Sehr häufig werden jedoch verschiedene Komponenten in Kombination eingesetzt. Die meisten Streßbewältigungsprogramme zielen auf die Veränderung von Bewertungsprozessen und die Verbesserung der Streßbewältigung ab (vgl. Abbildung 2).

Information. Eine erste Komponente ist die Vermittlung von *Wissen* über Streß. Viele Streßmanagementtrainings beginnen so. Man gibt einen konzeptuellen Überblick über Streßfaktoren, gesundheitliche Auswirkungen und Bewältigungsmöglichkeiten. Damit ist die Ansicht verbunden, daß in einzelnen Fällen allein das Wissen bereits einen Effekt hat, beispielsweise wenn Wissen um typische Streßsymptome dazu führt, daß man etwas „kürzer tritt“. Reine Wissensvermittlung ist aber, wie Untersuchungen zeigen, nur begrenzt erfolgreich. Nachweisbare Effekte reiner Instruktion berichten zum Beispiel Thomason und Pond (1995).

Kognitiv/behaviorale Verfahren

Kognitiv/behaviorale Verfahren haben ihre Wurzeln im klinischen Bereich. Sie fokussieren auf die Streßbewertungsprozesse und den Aufbau von Streßbewältigungsstrategien. Die Streßbewertungsprozesse lassen eine Situation bedrohlich erscheinen oder nicht. Ein Beispiel ist das Streßimpfungstraining von Meichenbaum (1991). Es beruht auf der Annahme, daß sich Streßbewertungsprozesse und darüber das Handeln durch Selbstinstruktionen beeinflussen lassen, so daß durch einen gezielten Aufbau solcher Selbstinstruktionen Streß besser bewältigt werden kann (siehe Kasten 4).

Kasten 4:

Inhalte des Streßimpfungstrainings von Meichenbaum (1991)

Das Streßimpfungstraining ist in drei Phasen gegliedert:

1. In der *Informationsphase* lernen die Teilnehmer Streß- und Streßmanagementkonzepte kennen und üben, ihre Arbeitssituation in bezug auf Streß zu analysieren und sich mit ihren streßbezogenen Bewertungen, Gefühlen, körperlichen Reaktionen und ihrem Bewältigungsverhalten auseinanderzusetzen.
2. In der *Lern- und Übungsphase* werden Streßbewältigungsstrategien vermittelt, z.B. Relativieren durch sozialen Vergleich, kognitive Umstrukturierung oder Entspannungstechniken. Für schwierige Situationen werden Selbstinstruktionen entwickelt wie „Eins nach dem anderen. Ich habe die Situation unter Kontrolle“ (Meichenbaum, 1991, S. 58).
3. In der *Anwendungs- und Posttrainingsphase* werden mit Vorstellungsübungen und Rollenspielen die erlernten Techniken geübt, wobei die Konfrontation mit Stressoren zunehmend schwieriger gestaltet wird.

In Trainings, die sich am rational-emotiven Therapieansatz (RET; Ellis, 1978) orientieren (z.B. Schelp, Maluck, Gravemeier & Meusling, 1990), geht es darum, „irrationale“ Überzeugungen, die für Streß mitverantwortlich gemacht werden, weil sie viele Situationen als bedrohlich erscheinen lassen, aufzudecken und zu verändern. Solche irrationalen Überzeugungen sind beispielsweise, daß man nie Fehler machen darf, daß man es allen recht machen muß, daß man von allen geliebt werden oder daß man niemals eine Schwäche zeigen sollte.

Eine andere Technik, die häufig eingesetzt wird, sind *Entspannungstechniken*. Entspannung kann entweder auf der Basis von Muskelanspannung und -entspannung, z.B. der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (1996), oder mit Hilfe von autogenen Trainings (Krampen, 1998) geübt werden. Weiterhin werden Meditationstechniken eingesetzt sowie Biofeedback-

Entspannungstechniken:

- Muskelentspannung
- autogenes Training
- Meditationstechniken
- Biofeedbackmethoden

methoden mit Hilfe des Elektromyogramms. Dies sind Meßinstrumente, die die Muskelspannung messen können. Man bekommt dadurch ein direkt wahrnehmbares Feedback über die Muskelspannung, welches dann sehr gut zur Entspannung bzw. zur Spannungskontrolle benutzt werden kann. Die zugrundeliegende Vorstellung ist, daß Streß ein Spannungszustand ist, welchem die Entspannungstechniken auf der physiologischen und auf der psychologischen Ebene entgegenwirken. Es wird davon ausgegangen, daß ein physiologisch entspannter Zustand mit psychischer Anspannung und Angst- und Ärgeremotionen als typischen Streßemotionen unvereinbar ist. Entspannungstechniken tragen somit zur emotionsbezogenen Streßbewältigung bei.

Schließlich werden *Kompetenztrainings* zum Streßmanagement eingesetzt. Das sind z. B. verhaltensorientierte Selbstsicherheitstrainings, Konflikt-, Problemlöse- oder Zeitmanagementtrainings (z. B. Günther & Sperber, 1995). Diese Kompetenztrainings erlauben, entweder den Stressor zu reduzieren (und sind deswegen auf Abbildung 2 zum Teil auf der linken Seite eingeordnet), oder sie zielen auf die Verbesserung der problemorientierten Bewältigungsfähigkeiten ab. Soziale Stressoren lassen sich beispielsweise dadurch reduzieren, daß durch sozial kompetentes Verhalten Konflikte leicht gelöst werden oder gar nicht erst auftreten. Durch geschicktes Zeitmanagement und zielorientiertes Handeln (Training zum zielorientierten Handeln, Preiser, 1989) wird gelernt, klare Prioritäten zu setzen und dadurch Unsicherheit und Zeitdruck direkt zu reduzieren. Problemorientierte Bewältigungsfähigkeiten lassen sich z. B. in Selbstsicherheitstrainings erhöhen, indem man selbstsicheres Verhalten in belastenden Situationen systematisch aufbaut.

Streßmanagementtrainings werden in der Praxis allzu oft unter weitgehender Ausblendung arbeits- und organisationspsychologischer Sachverhalte durchgeführt (Busch, 1998). Dies ist anders in *Trainings zur Veränderung der Arbeitssituation* (Bunce & West, 1996). In diesen Konzeptionen geht es darum, den Teilnehmern Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, um belastende Aspekte der Arbeit direkt zu verändern bzw. auf eine Veränderung hinzuwirken. Die Idee ist, daß Arbeitsmethoden oder Wege der Zusammenarbeit verändert werden und dadurch Verbesserungen bzgl. der Streßfaktoren erzielt werden können. Die Studie von Bunce und West belegt die Effizienz dieses Verfahrens.

Verschiedene Übersichtsarbeiten (Bamberg & Busch, 1996; Bunce, 1997, Murphy, 1996) kommen zu dem Ergebnis, daß durch Streßmanagementtrainings insgesamt Erfolge erzielt werden können, und zwar unabhängig von der jeweiligen Methode (man spricht hier von „outcome equivalence“). Allerdings sind in der Regel Trainings, in denen mehrere Verfahren miteinander kombiniert werden, erfolgreicher als Trainings mit nur einer Komponente, also beispielsweise reine Entspannungstrainings. Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, daß die wissenschaftlich untersuchten Streßmanagementtrainings unabhängig von den speziellen Methoden in der Regel sehr sorgfältig konzipiert waren und weniger sorgfältig konzipierte Trainings auch geringere oder gar keine Effekte haben. Außerdem ist zu beachten, daß Streßbewältigung auch Ressourcen verbraucht und deswegen Kosten und Nutzen abgewogen werden müssen (Schönpflug, 1987). Dies kann unter Umständen bedeuten, auf aktive Streßbewältigung bewußt zu verzichten. Streßbewältigung wird damit unter dem Gesichtspunkt des Ressourcenmanagements betrieben.

3.3.3 Betriebliche Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel basieren auf dem Konzept der Qualitätszirkel (Bungard & Antoni, 1993). Die aus Japan stammende Idee des Qualitätszirkels zielt darauf ab, daß Beschäftigte gemeinsam nach Problemen suchen, die für Qualitätseinbußen verantwortlich sind und Vorschläge erarbeiten, wie solche Probleme beseitigt werden können. Die gleiche Idee liegt den Gesundheitszirkeln zugrunde: Beschäftigte sollen dazu angehalten werden, sich regelmäßig zu treffen, krankmachende Arbeitsbedingungen zu identifizieren und

Kompetenztrainings zum Streßmanagement:
 – Selbstsicherheitstraining
 – Konflikttraining
 – Zeitmanagementtraining
 – Problemlösetraining

Trainings zur Veränderung der Arbeitssituation

In Gesundheitszirkeln identifizieren die Beschäftigten in regelmäßigen Treffen krankmachende Ursachen in ihrer Arbeit und erarbeiten Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssituation.

Einbettung in ein gesamtbetriebliches Gesundheitsprogramm

gemeinsam Vorschläge zur Verbesserung ihrer Arbeitssituation zu erarbeiten. Diese Treffen erfolgen oftmals, ohne daß dabei Vorgesetzte unmittelbar beteiligt sein müssen. In der Regel steht allerdings ein externer Moderator bei den Gruppentreffen zur Verfügung, der die Zirkelteilnehmer berät. Gesundheitszirkel sind demnach partizipative Strukturen. Diese sind von großer Bedeutung, denn nach den von Friczewski (1994) berichteten Erfahrungen verpuffen Maßnahmen, die von Experten initiiert wurden, oft schon nach kurzer Zeit, weil den Beschäftigten eine ganzheitliche Perspektive mit Bezug auf ihre Arbeitssituation fehlt. Wenn sich aber die Beschäftigten selbst aktiv mit den krankmachenden Aspekten ihrer Arbeitssituation auseinandersetzen, können sie sich eine ganzheitliche Perspektive erarbeiten. Werden darauf aufbauend eigene Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen erarbeitet, kann deshalb eher davon ausgegangen werden, daß die getroffenen Maßnahmen ihre positive Wirkung entfalten.

Gesundheitszirkel sollten immer eingebettet in ein gesamtbetriebliches Gesundheitsprogramm konzipiert werden (z. B. Bielig, Klauk, Pauwels, Ridder & Willsch, 1994; Westermayer & Bähr, 1994). Entsprechend dieser Forderung variieren die Erscheinungsformen von Gesundheitszirkeln von Organisation zu Organisation. Darüber hinaus sind empirisch gesicherte Befunde über die Auswirkungen von Gesundheitszirkeln rar (z. B. Friczewski, Jenewein, Lienke, Schiwon-Spieß, Westermayer & Brandenburg, 1990). Zusammengefasst lassen sich daher von der wissenschaftlichen Seite her nur vorläufige Aussagen darüber machen, wie ein optimal konzipierter Gesundheitszirkel aussieht. Im folgenden werden der „Berliner“ und der „Düsseldorfer Ansatz“ erläutert.

Sowohl der Berliner (Friczewski, 1994) als auch der Düsseldorfer Ansatz (Slesina, 1994; Slesina, Beuchels & Sochert, 1998) konzipieren Gesundheitszirkel als ein partizipatives Instrument zur Verbesserung der Arbeitssituation mit Hinblick auf gesundheitsbeeinträchtigende Aspekte. Allerdings unterscheiden sich beide Ansätze bzgl. der berücksichtigten Belastungen und Beanspruchungen.

Der Düsseldorfer Ansatz hat sich im Laufe seiner Entwicklung immer mehr auf die Beseitigung physischer Belastungsfaktoren konzentriert, wohingegen der Berliner Ansatz ebenso psychosoziale Aspekte mitberücksichtigt. Zudem, und das ist ein wesentlicher Bestandteil des Berliner Konzepts, soll das Selbstvertrauen der Beschäftigten erhöht werden (Friczewski, 1994). Diese unterschiedliche Ausrichtung der beiden Ansätze läßt sich dadurch erklären, daß die Motive zur Konzeption von Gesundheitszirkeln sich in Kernbereichen nicht entsprechen. So war es die Absicht des Düsseldorfer Ansatzes, den Arbeitssicherheitsgesetzen Rechnung zu tragen (Slesina, 1994), wohingegen in Berlin Bezug auf sozialökologische Theorieansätze genommen wurde (Friczewski, 1994). In ihrer ursprünglichen Konzeption wurden Gesundheitszirkel nach dem Düsseldorfer Modell deswegen erst dann eingesetzt, nachdem ein betrieblicher Gesundheitsbericht erstellt worden war, der Hinweise auf möglicherweise den Arbeitssicherheitsbestimmungen nicht entsprechende Arbeitsbedingungen liefern konnte.

Die Abfolge von (1) der Sammlung beanspruchender Arbeitssituationen über die (2) Identifikation der Belastungsfaktoren und deren Konkretisierung bis hin zu der (3) Erarbeitung von Gestaltungsvorschlägen und (4) deren Umsetzung ist in beiden Ansätzen vergleichbar. Entsprechend den unterschiedlichen Zielsetzungen existieren aber formale Unterschiede.

So wird im Berliner Modell versucht, das Selbstbewußtsein möglichst vieler Beschäftigter zu stärken, indem diese zunächst in der Basisphase in viel größerer Anzahl im Zirkel (10–15) vertreten sind, als dies im Düsseldorfer Ansatz vorgesehen ist (3–5 Mitarbeiter). Ebenso werden die Beteiligten im Berliner Ansatz schon relativ frühzeitig vom Moderator angehalten, erste kleine Initiativen zur Verbesserung der Arbeitssituation zu starten. Dabei wird angenommen, daß kleine Initiativen eher einen schnellen Erfolg versprechen, der so zur Stärkung des Selbstbewußtseins beiträgt. Die Basisphase im Berliner Modell kann bis zu drei Monate dauern, mit wöchentlichen Treffen von 1 bis 1.5 Stunden Dauer.

Kasten 5:
 Gesundheitszirkel

	Berliner Ansatz	Düsseldorfer Ansatz
Ziele	Beseitigung ergonomischer und psychosozialer Belastungsfaktoren, Herstellung von Selbstbewußtsein bei den Mitarbeitern	Beseitigung physischer (und psychosozialer) Belastungsfaktoren
Theoretischer Ansatz	Sozialökologischer Theorieansatz	Arbeitssicherheitsgesetzgebung
Voraussetzungen	–	(betriebliche Gesundheitsberichte)
Mitarbeiter	Basisphase: 10–15 Umsetzungsphase: 3–4	Hauptphase: 3–4 Umsetzungsphase: 0
Vorgesetzte	nicht in der Basisphase	immer
Betriebsleitung	nicht in der Basisphase	optional zu jeder Zeit
Betriebsarzt	nicht in der Basisphase	ist notwendig, aber nicht immer
Sicherheitsfachkraft/ Ergonom	nicht in der Basisphase	ist notwendig, aber nicht immer
Betriebsratsmitglied	nicht in der Basisphase	ist notwendig, aber nicht immer
Moderator	immer	immer
Dauer	Basisphase: 2-3 Monate Umsetzungsphase: offen	befristet bis zum Ende der Hauptphase
Häufigkeit	8-10 mal zzgl. der für die Umsetzung notwendigen Sitzungen	10-13 mal
Vorgehen	<i>Basisphase</i> A) Analyse der eigenen Arbeitssituationen auf gesundheitliche Aspekte B) Bereits kleine Initiativen zur Veränderung C) Entwicklung eines qualifizierten Problemkatalogs mit ganzheitlicher Sichtweise und ersten Lösungsansätzen <i>Umsetzungsphase</i> A) Bildung gemischter Qualitätszirkel aus 3-4 Mitarbeitern der Basisphase und Vorgesetzten, Betriebsrat etc. B) Die in der Basisphase beteiligten 3-4 Mitarbeiter erläutern die Ergebnisse C) Umsetzung so, daß alle in der Basisphase Beteiligten dies als ihre Maßnahmen ansehen	<i>Vorphase</i> A) Vorgehensvereinbarung mit der Betriebsleitung B) Information aller zu beteiligenden Gruppen C) Wahl der Zirkelmitglieder durch die Mitarbeiter <i>Hauptphase</i> A) Aufarbeitung beanspruchender Arbeitssituationen B) Schriftliche Befragung aller Beschäftigten zu Belastungs-Beschwerden-Zusammenhängen C) Analyse und Konkretisierung der zuvor gesammelten Informationen D) Diskussion von Vorschlägen zur Arbeitsgestaltung E) Weiterleitung der Vorschläge an zuständige Positionen <i>Umsetzungsphase</i> A) Besprechung der Vorschläge mit den Entscheidungsinstanzen B) Umsetzung durch zuständige Instanzen C) Information der Belegschaft

Daran schließt sich die Umsetzungsphase an, in der sogenannte *gemischte Gesundheitszirkel* gebildet werden, die in ihrer Zusammensetzung ähnlich den Zirkeln sind, wie sie im Düsseldorfer Ansatz von Anfang an existieren. Dazu gehören nun auch der Vorgesetzte, u.U. die Betriebsleitung, der Betriebsarzt, ein Mitglied des Betriebsrats, im Düsseldorfer Modell auch eine Sicherheitsfachkraft bzw. ein Ergonom und schließlich ca. 3–5 Mitarbeiter.

Gesundheitszirkel sind gesundheitsbezogene Maßnahmen der Organisationsentwicklung.

Wie durch die Bezeichnung „Umsetzungsphase“ deutlich wird, wird in dieser Zusammensetzung gemäß dem Berliner Modell nun erarbeitet, wie sich die gemachten Vorschläge umsetzen lassen. Dabei soll berücksichtigt werden, daß die konkreten Maßnahmen von allen auch in der Basisphase Beteiligten als „ihre“ Maßnahmen erkennbar sind.

Im Düsseldorfer Ansatz hingegen ist es genau diese qualitativ erweiterte Zirkelzusammensetzung, die in *alle* Schritte von der Informationssammlung bis hin zur Umsetzung der gemachten Vorschläge einbezogen ist. Am Ende wird dann, da im Düsseldorfer Ansatz Gesundheitszirkel zeitlich befristete Projektteams sind, der Zirkel aufgelöst. Aus Sicht der Berliner Schule ist es hingegen geradezu als ein Erfolg zu werten, wenn ein Zirkel möglichst lange Zeit bestehen bleibt.

In der praktischen Umsetzung von Gesundheitszirkeln wird meist dem Düsseldorfer Modell der Vorzug vor dem Berliner Modell gegeben. Es finden sich aber auch an die jeweiligen Betriebsverhältnisse angepaßte Mischformen (Slesina et. al., 1998). Besondere Anpassungen der vorgestellten Konzepte sind notwendig, wenn Gesundheitszirkel in Kleinbetrieben eingesetzt werden sollen. Deswegen ist der Einsatzbereich bis heute vornehmlich auf Mittel- und Großbetriebe beschränkt. Bei einer Umfrage bei Krankenkassenverbänden und drei Großunternehmen zeigte sich, daß in der ersten Hälfte der neunziger Jahre über 300 Gesundheitszirkel in deutschen Betrieben durchgeführt worden sind, wobei die tatsächliche Zahl wesentlich höher liegen dürfte (Slesina et. al., 1998).

Gesundheitszirkel sind gesundheitsbezogene Maßnahmen der Organisationsentwicklung (OE-Maßnahmen). Die Vorgehensweise mancher Gesundheitszirkel lehnt sich deswegen auch sehr eng an OE-Maßnahmen auf Grundlage der Survey-Feedback-Methode (z. B. von Rosenstiel, 1989) an (z. B. Ducki, 1998; Ducki, Jenewein & Knoblich, 1998). Die beschriebenen Probleme, die typischerweise bei Gesundheitszirkeln auftauchen, wie zum Beispiel die entscheidende Rolle der Unterstützung durch die Unternehmensleitung oder die lange Dauer bis zur Umsetzung der Maßnahmen sind aus der Forschung zur OE deswegen schon gut bekannt (Steers, 1991).

3.3.4 Prävention und Intervention bei Alkohol

Der Konsum von Alkohol spielt im vorliegenden Kontext eine doppelte Rolle. Erhöhter Alkoholkonsum wird einerseits bei Streß als kurzfristig wirksame Bewältigungsstrategie zum Spannungsabbau eingesetzt. Andererseits existieren natürlich die bekannten langfristigen Folgen hohen Alkoholkonsums für die Gesundheit (Greiner, Rummel & Fuchs, 1998). Verschiedene Studien (zusammenfassend Fuchs & Resch, 1996) zeigen, daß Alkohol zu über 30% bei tödlichen Arbeitsunfällen mit im Spiel war und daß Alkohol mit einem Rückgang der Leistung der Betroffenen und hohen Fehlzeiten einhergeht (Fuchs & Petschler, 1998; Guppy & Marsden, 1996). In den meisten Untersuchungen weisen alkoholgefährdete Personen im Vergleich zum Durchschnitt zwei- bis dreimal so viele Fehltag auf. Betriebliche Alkoholpräventions- und Interventionsmaßnahmen erscheinen daher als „Muß“, um die Gesundheit der Beschäftigten langfristig aufrechtzuerhalten und die Unfallzahlen zu senken. Gleiches gilt für andere Substanzen, angefangen von legalen und frei erhältlichen Medikamenten bis hin zu harten Drogen. Allerdings ist Alkoholkonsum wesentlich stärker verbreitet, so daß wir uns im folgenden auf den Umgang mit Alkoholproblemen bei Mitarbeitern beschränken.

Verschiedene Studien kommen zu dem Ergebnis, daß der durchschnittliche Konsum von 20 bis 30 alkoholhaltigen Getränken pro Woche (als ein Getränk gilt 1 Glas Schnaps, 1 Glas Wein oder 0,5 l Bier) als auffällig gilt (Guppy & Marsden, 1996). Außerdem zeigen die meisten Studien, daß bei den Männern 5–10% und bei den Frauen 2–5% ein auffälliges Trinkverhalten zeigen (Guppy & Marsden, 1996). Daraus ergibt sich, daß praktisch alle Betriebe sich mit der Suchtproblematik auseinandersetzen müssen. Dies

spiegelt sich in der relativ großen Zahl betrieblicher Suchtpräventionsprogramme in Deutschland wider (ca. 1500–2000 nach Schätzungen von Fuchs & Resch, 1996).

Allgemein kann festgehalten werden, daß Alkoholpräventionsprogramme nur schwer durchzuführen sind, wenn nicht die Führungs- und Kommunikationskultur des Unternehmens substantiell beeinflusst wird (Fuchs, Rainer & Rummel, 1998). Im einzelnen werden drei unterschiedliche Ansatzpunkte empfohlen, nämlich die Veränderung von Arbeitsbedingungen, die Veränderung der innerbetrieblichen Trinkkultur und eine umfassende Hilfestellung für und ein konsequenter Umgang mit alkoholgefährdeten und alkoholkranken Beschäftigten. Auf diese drei Ansatzpunkte wird im folgenden näher eingegangen.

Veränderung von Arbeitsbedingungen. Empirische Forschungsergebnisse dazu, wie konkrete Arbeitsbedingungen gestaltet sein müssen, damit der Alkoholkonsum reduziert werden kann, existieren nur wenige. Vorliegende Studien zeigen, daß in Tätigkeiten mit einer gewissen Nähe zu Alkohol (im Gaststättengewerbe) auch ein erhöhter Konsum festzustellen ist (Royal College of Psychiatrists, 1979). In der gleichen Studie zeigte sich, daß darüber hinaus ein erhöhter Konsum zu beobachten ist, wenn Personen aus ihrer normalen sozialen Umgebung herausgerissen wurden (z. B. Seeleute, Armeeangehörige). Ein weiterer kritischer Faktor scheinen Tätigkeiten ohne unmittelbaren Vorgesetzten zu sein (Chivers, 1987), denn ein erhöhter Konsum läßt sich feststellen bei Journalisten, niedergelassenen Ärzten, einigen Kraftfahrern, Schichtarbeitern und Handlungsreisenden. Bei Managern und anderen hochqualifizierten Tätigkeiten ließ sich ebenfalls ein beständiger Konsum beobachten (Casswell & Gordon, 1984). Was den Konsum illegaler Substanzen betrifft, so zeigte sich ein deutlich erhöhter Gebrauch bei Berufsgruppen mit einem leichten Zugang, was insbesondere für Ärzte zutrifft. Darüber hinaus haben Studien zu Streß am Arbeitsplatz nachgewiesen, daß bei Arbeitsplätzen mit geringem Handlungsspielraum bei gleichzeitig hoher Belastung die Menge und die Häufigkeit des Alkoholkonsums steigen (Mensch & Kandel, 1988). In einer methodisch anspruchsvollen Längsschnittstudie von Crum, Muntaner, Eaton und Anthony (1995) war bei Männern mit hohen psychischen Anforderungen, aber geringem Handlungsspielraum die Wahrscheinlichkeit, Abhängigkeitssymptome zu entwickeln, 28 mal höher als bei wenig belasteten Männern. Aus diesen Ergebnissen lassen sich somit – zumindest indirekt – die in Kasten 6 zusammengefaßten allgemeinen Gestaltungsrichtlinien ableiten. Es sei allerdings angemerkt, daß in vielen Studien klare Ursache-Wirkungsaussagen aufgrund der meist querschnittlichen Designs nicht zu treffen sind. Einige Untersuchungsergebnisse sprechen klar dafür, daß erhöhter Alkoholkonsum als eine Bewältigungsreaktion auf belastende Arbeitsbedingungen betrachtet werden kann, andere Ergebnisse (z. B. Plant, 1978) sprechen aber auch für einen Selbstselektionseffekt: Alkoholanfällige Personen wissen, daß in bestimmten Branchen Alkohol eher toleriert wird und Alkoholkonsum während der Arbeit üblich ist. Außerdem geraten diese Personen im Sinne der Drifthythese zunehmend auf solche Arbeitsplätze. Man kann ein „sliding down the social scale“ (Plant, 1978, p. 622) beobachten. Personen mit Alkoholproblemen finden nur noch wenig attraktive Jobs mit hohen Belastungen und wenig Handlungsspielräumen, die ihrerseits wieder zum Trinken verleiten. Betrachtet man Alkoholkonsum als eine dysfunktionale Strategie zur Bewältigung von Streß am Arbeitsplatz (Greiner et al., 1998), dann folgt daraus als eine Konsequenz eine entsprechende streßbezogene Gestaltung von Arbeitsbedingungen, wie sie in Kasten 6 dargestellt ist. Als zweites folgt natürlich auch, dysfunktionale durch funktionale Streßbewältigungsstrategien zu ersetzen, wie sie z. B. in Streßbewältigungsprogrammen trainiert werden (siehe oben unter Streßmanagementprogrammen).

Ansatzpunkte zur Alkoholprävention: Veränderung von Arbeitsbedingungen, Veränderung der innerbetrieblichen Trinkkultur, Konsequenz im Umgang und Hilfe für alkoholgefährdete und alkoholabhängige Beschäftigte

Arbeitsbedingungen:

- Nähe zum Alkohol
- soziale Isolierung
- kein direkter Vorgesetzter
- leichter Zugang

Selbstselektionseffekt

Bestandteile eines langfristigen Konzepts zur Veränderung der betrieblichen Trinkkultur: Griffnähe des Alkohols reduzieren, Vorbildverhalten der Funktionsträger, Plakate / Infobroschüren / Artikel in Hauszeitschriften / Mitteilungsblätter, Filme / Vorträge, Suchtweeks

Gewährleistung von Hilfe an alkoholauffällige Beschäftigte: Bildung eines Steuergremiums zur Entscheidung über und Koordinierung von langfristigen Einzelmaßnahmen, Schulung, Aufbau eines professionellen oder nebenamtlichen betrieblichen Hilfesystems, Vernetzung mit außerbetrieblichen Hilfesystemen, Entwicklung von Programmen zur Wiedereingliederung nach einer Therapie

Alkohol ist oft ein Tabuthema. Sensibilisierung für das Thema Alkohol

Konstruktiver Leidensdruck

Kasten 6:

Gestaltung von Arbeitsbedingungen im Rahmen der Alkoholprävention

- 1 Reduzierung besonders belastender Arbeitsbedingungen
- 2 Erhöhung des Handlungsspielraums der Beschäftigten
- 3 Anreicherung von Tätigkeiten zur Vermeidung von Unterforderung (job enrichment)
- 4 Vermeidung sozialer Isolierung sowohl von einzelnen Personen als auch von Gruppen

Veränderung der innerbetrieblichen Trinkkultur. Eine Reihe von Untersuchungen zeigt eine betriebliche Trinkkultur, in der Trinken eine ganz bestimmte Funktion hat (Greiner et al., 1998). Getrunken wird aus Langeweile, um Solidarität, Macht oder Gruppenzugehörigkeit gegenüber Vorgesetzten zu demonstrieren oder zu zeigen, daß man mit den Arbeitsbedingungen nicht zufrieden ist. In verschiedenen Studien spielt die Griffnähe und leichte Verfügbarkeit eine wichtige Rolle. Offensichtlich besteht ein breiter Konsens über die Normalität des Trinkens (Fuchs & Resch, 1996), so daß zunächst die Reduzierung der Griffnähe (z. B. Herausnahme aus dem Kantinenangebot, Reduzierung der Bierflaschengröße von 0.5 auf 0.33 Liter, Erhöhung der Preise, Angebot an hochwertigen Getränkealternativen schaffen etc.) als Maßnahme geeignet ist. Dennoch sollte auch versucht werden, die betriebliche Trinkkultur zu verändern. Hierbei spielt es eine große Rolle, daß im Rampenlicht stehende Personen wie Manager, Vorgesetzte oder Betriebsratsmitglieder entsprechendes Vorbildverhalten zeigen. Ebenso sollte dieser Personenkreis bemüht sein, eine innerbetriebliche Kommunikation über die bestehenden Konsummuster in Gang zu halten.

Hilfe für Alkoholgefährdete. Der dritte Ansatzpunkt zur Alkoholprävention, nämlich ein konsequenter Umgang mit und Hilfe für alkoholgefährdete bzw. -abhängige Beschäftigte, geht bereits über primärpräventive Maßnahmen hinaus und bezieht Aspekte der Intervention mit ein. In diesem Zusammenhang ergeben sich zwei weitverbreitete Probleme.

Erstens ist das Thema Alkohol oft geradezu tabuisiert. Alkoholprobleme von Beschäftigten werden oftmals von Kollegen und Vorgesetzten nicht thematisiert, sondern leichtfertig mit Ausflüchten abgetan. Dies reflektiert die Hilflosigkeit gerade derjenigen, die eigentlich Hilfe leisten könnten. Hier gilt es, Mittel und Wege im Umgang mit dem Thema Alkohol aufzuzeigen und die entsprechenden Ressourcen auch zur Verfügung zu stellen. Eingebettet in ein Gesamtkonzept gehört dazu, daß insbesondere Führungskräfte und die Mitglieder der Mitbestimmungsgremien geschult werden. Dabei soll eine Sensibilisierung für das Thema Alkohol erreicht werden. Auch konkrete Verhaltensmöglichkeiten im Umgang mit alkoholauffälligen Beschäftigten sollen vermittelt und geübt werden, was z. B. in Form von Rollenspielen geschehen kann.

Der zweite Problemkreis betrifft die alkoholauffälligen Beschäftigten selbst. Diese sind, bei fortschreitendem Alkoholkonsum, nicht mehr in der Lage, Einsicht in ihr Alkoholproblem zu erlangen. Sie „leiden“ nicht unter ihrem Alkoholkonsum. In der Praxis hat sich daher bewährt (Fuchs & Resch, 1996), bei den Beschäftigten einen „konstruktiven Leidensdruck“ aufzubauen. Dies kann nur im Rahmen eines Gesamtkonzepts geschehen, welches bereits vor der Beschäftigungsaufnahme beginnt und im Extremfall mit der Entlassung der alkoholauffälligen Beschäftigten endet. Freser (1996) schlägt dazu eine sechsstufige Interventionskette vor, die in Kasten 7 zusammengefaßt ist. Ein derart abgestuftes Verfahren soll zu einem graduellen Anstieg des Leidensdrucks bei den Betroffenen führen.

Wie in den anderen Bereichen auch ist die Zahl guter Evaluationsstudien zu Alkoholprogrammen gering. Jedoch gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die zeigen, daß entsprechende Programme gut funktionieren, ein großer Teil der Mitarbeiter zu seiner ursprünglichen Leistung zurückfindet und sich

die hohen Fehlzeiten der alkoholauffälligen Personen dem Niveau des jeweiligen Betriebsdurchschnitts stark annähern, wenn sie es auch in der Regel nicht erreichen. Schließlich zeigt sich auch, daß die Kosten, die die Betriebe durch Alkoholprogramme einsparen, die Aufwendungen um ein mehrfaches überschreiten (Fuchs & Petschler, 1998).

Kasten 7:

Interventionskette zum Erreichen einer Verhaltensänderung bei Alkoholauffälligkeit (nach Freser, 1996)

- 1 Erstes Interventionsgespräch (Vorgesetzter, Betroffener): Wenn ein Vorgesetzter den Eindruck gewinnt, daß ein Mitarbeiter ein Alkoholproblem hat. Der Betroffene soll das Problem erkennen und Einsicht erlangen.
- 2 Zweites Interventionsgespräch (Vorgesetzter, Betroffener, Personalverantwortlicher, Personalrat): Im Wiederholungsfall: Dem Betroffenen werden die Konsequenzen erläutert, und er wird an den Sozialberater verwiesen.
- 3 Drittes Interventionsgespräch (Vorgesetzter, Betroffener, Personalverantwortlicher, Personalrat, Abteilungsleiter): Es wird eine letzte Frist eingeräumt, oder die Personalabteilung wird informiert.
- 4 Viertes Interventionsgespräch (Vorgesetzter, Betroffener, Personalverantwortlicher, Personalrat): Abmahnung mit Auflagen, Ankündigung arbeitsrechtlicher Folgen.
- 5 Fünftes Interventionsgespräch (Vorgesetzter, Betroffener, Personalverantwortlicher, Personalrat): Einleitung eines Disziplinarverfahrens, Verweis, Androhung der Kündigung.
- 6 Kündigung.

3.4 Personalauswahl und Streß

Die Streßforschung hat sich mit der Arbeits- und Organisationsgestaltung und mit der Veränderung der Person im Sinne von Streßmanagementtrainings auseinandergesetzt. Dagegen spielt die Frage der Auswahl besonders „streßresistenter“ Personen innerhalb der Streßforschung nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. z. B. Greif, Bamberg & Semmer, 1991; Kahn & Byosiere, 1992; Schabracq, Winnubst & Cooper, 1996). Dagegen wird im Rahmen der Personalauswahl zum Beispiel in Assessment Centern die „psychische Belastbarkeit“ oder „Streßtoleranz“ der Teilnehmer erhoben (z. B. Gratton, 1987; Schulz, 1989), ohne daß jedoch in der Regel Bezug auf die Streßforschung genommen wird.

In jüngster Zeit hat sich in der Streßforschung die Suche nach sogenannten „Moderatoren“ verstärkt, und es wurde eine Reihe von Personvariablen identifiziert, durch deren Vorliegen der Effekt von Stressoren entweder verstärkt oder abgeschwächt wird und die sich von daher grundsätzlich für eine streßbezogene Personalauswahl eignen würden. Dies sind in erster Linie Negativer Affekt (Neurotizismus) (Moyle, 1995; Parkes, 1990); Typ A-Verhalten (Kahn & Byosiere, 1992; Newton & Keenan, 1990), interne vs. externe Kontrollüberzeugungen (Parkes, 1991), Bewältigungsstrategien, insbesondere aktives Bewältigungsverhalten (Parkes, 1990) oder Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997; Saks, 1995). Personen, die gut mit Streß umgehen können, zeichnen sich nach Semmer (1996) dadurch aus, daß sie ihre Umwelt grundsätzlich positiv interpretieren, erwarten, daß Dinge gut ausgehen (Optimismus) und daß auch andere Personen ihnen positiv gesinnt sind. Sie nehmen Fehler und Rückschläge als etwas Normales hin und nicht als ein Anzeichen eigener Unfähigkeit oder als einen Ausdruck der prinzipiellen Schlechtigkeit der Welt. Sie nehmen die Welt als beeinflussbar wahr (internale Kontrolle) und sehen sich selber auch als fähig, diese Einflußmöglichkeiten wahrzunehmen.

Merkmale der Person, die den Streßprozeß beeinflussen:

- **Negativer Affekt (Neurotizismus)**
- **Typ A-Verhalten**
- **interne vs. externe Kontrollüberzeugungen**
- **Streßbewältigungsstrategien, insbesondere aktives Bewältigungsverhalten**
- **Selbstwirksamkeitserwartungen**

Personen mit hohen Ambitionen, die sich hohe Ziele setzen und die bereit sind, Verantwortung zu übernehmen, sind besonders streßgefährdet.

men (Selbstwirksamkeit). Alles in allem zeigt sich, daß Personen, die dazu neigen, Probleme und damit Streßsituationen aktiv anzugehen und zu überwinden, gesundheitlich weniger beeinträchtigt sind. Allerdings geht es nicht immer darum, aktiv zu sein. Wichtig ist auch, nicht beeinflussbare Situationen zu erkennen und auf solche Situationen eher mit intrapsychischen, emotionalen Bewältigungsstrategien zu reagieren. Am gesundheitsförderlichsten ist deshalb flexibles, der Situation angepaßtes Bewältigungsverhalten.

Die Auswahl streßresistenter Personen gestaltet sich aber konzeptionell schwieriger, als man vielleicht erwarten würde. Denn Streß kann teilweise dadurch reduziert werden, daß man eigene Ansprüche und Zielvorstellungen reduziert (Semmer, 1996). Allerdings wird man vom Unternehmensstandpunkt aus normalerweise nicht an Personen interessiert sein, die Streß vorzugsweise dadurch bewältigen, daß sie ihre Ansprüche und ihre Leistung reduzieren. In mehrfacher Hinsicht werden vielmehr Personen gesucht, die auch stärker streßgefährdet sind, nämlich Personen mit hohen Ambitionen, die sich hohe Ziele setzen (Goal-setting, vgl. Locke & Latham, 1990) und bereit sind, Verantwortung zu übernehmen (Cobb, 1973). Letztlich stößt man hier auf das Grundproblem, daß Humankriterien und ökonomische Kriterien nicht immer kompatibel sind.

4 Gesundheits- und Sicherheitsmanagement

Zum Abschluß dieses Kapitels wollen wir einige Argumente darlegen, warum die Handlungskonzepte des klassischen Arbeitsschutzes zu kurz greifen und durch ein integriertes Gesundheits- und Sicherheitsmanagement ersetzt werden sollten.

1) *Theoretische Überschneidungen.* Verschiedene Konzepte, die im Streßprozeß eine große Rolle spielen, sind auch für andere Bereiche relevant (und umgekehrt). Dies gilt insbesondere für die internen und externen Ressourcen. So hat Kontrolle oder Handlungsspielraum natürlich nicht nur, wie ausgeführt, eine Funktion im Streßprozeß. Handlungsspielraum beeinflusst auch die Motivation, die Arbeitszufriedenheit, das Leistungsverhalten und die Qualität der Arbeit (z. B. Frieling & Sonntag, 1999; Semmer & Udris, 1993; Ulich, 1998). Ähnliches läßt sich über die Verbesserung der Gruppenarbeit und die Verbesserung der gegenseitigen sozialen Unterstützung sagen. Konzepte wie Kontrolle oder soziale Unterstützung bieten dafür Ansatzpunkte, gesundheitsbezogene Maßnahmen und andere Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung zu integrieren.

2) *Maßnahmenbezogene Überschneidungen.* Diese theoretischen Überlegungen legen nahe, daß auch Maßnahmen nicht nur eine Wirkung haben. Ein Kommunikations- und Konflikttraining kann beispielsweise durchgeführt werden, weil die Mitarbeiter wünschen, das Arbeitsklima zu verbessern, und das Management dadurch erwartet, daß auch das Commitment gegenüber der Organisation steigt. Gleichzeitig kann aber unter Streßgesichtspunkten ein Kommunikations- und Konflikttraining als eine Maßnahme betrachtet werden, die in Zukunft soziale Stressoren reduziert und Kompetenzen, mit Konflikten umzugehen, aufbaut. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Produktivität können gesundheitsfördernde und gesundheitsgefährdende Potentiale beinhalten. Umgekehrt, wie schon erwähnt, können auch präventive Maßnahmen zu Sicherheit und Gesundheit ein ökonomisches Potential besitzen. Die Einführung von Netzwerkstrukturen und Projektarbeit kann beispielsweise vermehrte Selbstbestimmung und soziale Unterstützung als gesundheitsfördernde Potentiale mit sich bringen, aber eben auch Rollenkonflikte und Rollenambiguität als gesundheitsgefährdende Stressoren (z. B. Hilse, Götz & Zapf, 1998). Diese vielfachen Überschneidungen bieten ein Potential, Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung auch im Hinblick auf Streß, Sicherheit und Gesundheit zu betrachten.

3) *Psychische Belastungen tangieren die Kompetenzbereiche der Personal- und Organisationsentwicklung.* Ein großer Teil psychischer Belastungen paßt nicht mehr in das traditionelle Handlungsschema des Arbeitsschutzes: ein Problem wird identifiziert; der Arbeitsschutzbeauftragte wird informiert und sorgt für eine Lösung. Beispielsweise klagt ein Mitarbeiter über ständige Kopfschmerzen. Der Arbeitsschutzbeauftragte inspiziert den Arbeitsplatz und kommt aufgrund von sorgfältigen Analysen zu dem Schluß, daß die Entlüftungsanlage nicht mehr die volle Leistung bringt. Über die Meldung an den zuständigen Vorgesetzten werden entsprechende Teile der Anlage erneuert und das Problem beseitigt. Bei aufgaben- und organisationsbezogenen psychischen Belastungen wie zum Beispiel Zeitdruck, arbeitsorganisatorischen Problemen und Unsicherheit der Zielerreichung (Semmer et al., 1999) oder Ressourcen wie Handlungsspielraum liegt die Sache weitaus schwieriger. Besonders gelten solche Überlegungen für soziale Stressoren (Zapf & Frese, 1991), Mobbing als einer Extremform sozialer Stressoren (Zapf, 1999) und für emotionale Belastungen (Zapf, in press), die bislang als psychische Belastungen noch weniger im Blickfeld sind und zu denen es bislang auch bedeutend weniger empirische Forschung gibt. Soziale Stressoren bestehen aus Konflikten oder Streitereien mit Vorgesetzten, Untergebenen oder Kollegen, aus persönlichen Animositäten oder einem allgemein schlechten sozialen Klima in einer Arbeitsgruppe. Verschiedene Untersuchungen zeigen, daß solche sozialen Stressoren einen bedeutenden Belastungsfaktor mit starken Auswirkungen auf das psychische Befinden darstellen (Dormann & Zapf, in press). Maßnahmen zum Abbau sozialer Stressoren beziehen sich auf das soziale Gefüge der Organisation und sind somit Gegenstand der Personal- und Organisationsentwicklung. Das gleiche gilt für Mobbing am Arbeitsplatz. Nach einer neueren Definition beinhaltet Mobbing, daß jemand „am Arbeitsplatz von Kolleg/Innen, Vorgesetzten oder Untergebenen schikaniert, belästigt, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder beispielsweise mit kränkenden Arbeitsaufgaben bedacht wird und der oder die Mobbingbetroffene unterlegen ist. Wenn man etwas als Mobbing bezeichnen möchte, dann muß dies häufig und wiederholt auftreten (z. B. mindestens einmal pro Woche) und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (mindestens ein halbes Jahr). Man würde dagegen nicht von Mobbing sprechen, wenn sich zwei etwa gleich starke Parteien im Betrieb bekämpfen“ (Zapf, 1999a, S. 3). Untersuchungen zeigen, daß Mobbing zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt (Einarsen, in press; Leymann, 1996). Viele Mobbingopfer suchen ihren Hausarzt auf, fehlen häufig und begeben sich in Psychotherapie. Die Ursachen von Mobbing liegen oft (aber nicht nur) in organisationalen Defiziten und in mangelnder Führung. Mobbing hängt in vielfältiger Weise mit personalpsychologischen Aspekten zusammen. Mobbing tritt häufig dann auf, wenn es in Arbeitsgruppen zu personellen Wechseln kommt (Zapf, 1999a), zum Beispiel dann, wenn der oder die Mobbingbetroffene selbst in eine neue Gruppe kommt und von Anfang an gemobbt wird. Häufig hat sich eine Arbeitsgruppe bereits von Anfang an gegen eine entsprechende Besetzung ausgesprochen. Aber auch, wenn ein neuer Kollege oder eine neue Vorgesetzte in die Gruppe kommt und sich das Gruppengefüge neu strukturieren muß, kann Mobbing auftreten. In vielen Fällen ist aus den Fallbeschreibungen ersichtlich, daß schwerwiegende Fehler bei der Einführung und Einarbeitung der neuen Mitarbeiter gemacht wurden. Eine andere typische und häufige Konstellation besteht darin, daß besonders leistungsmotivierte, gewissenhafte und zum Teil auch kreative Mitarbeiter, die sich allerdings nicht in allen Fällen der Gruppe oder den organisationalen Erfordernissen anpassen, mit den Gruppennormen ihrer oft weniger leistungsmotivierten Kolleginnen und Kollegen in Konflikt geraten und dann von den Kollegen ausgegrenzt werden (Zapf, 1999a). Bei einer weiteren Gruppe erhöhen bestimmte soziale Kompetenzdefizite das Risiko. So berichten einige Mobbingopfer, daß sie nicht sonderlich sensibel für aufkommende Konflikte sind, Konflikte auch eher vermeiden und dazu tendieren, sich von der Arbeitsgruppe abzusondern. Mobbing kann durch geeignete präventive Maßnahmen reduziert werden. Viele personalbezogene Maß-

Soziale Stressoren

Mobbing

Viele personalbezogene Maßnahmen sind ein Beitrag zur Prävention von Mobbing.

Emotionsarbeit

Emotionale Dissonanz

Ein großer Teil psychischer Belastungen paßt nicht in das traditionelle Konzept des Arbeitsschutzes, sondern berührt weite Bereiche personalpsychologischer Maßnahmen.

Umfassendes Gesundheits- und Sicherheitsmanagement im Sinne des soziotechnischen Systemansatzes

Gesundheitsförderung sollte ein integratives Handlungskonzept darstellen, welches zahlreiche unterschiedliche Organisationsebenen, -strukturen und -prozesse umfaßt.

nahmen wie Führungs-, Kommunikations-, Konflikt- und Selbstsicherheits- trainings, Maßnahmen zur Verbesserung der Einarbeitung neuer Mitarbeiter sowie andere Organisationsentwicklungsmaßnahmen tragen in diesem Sinne zur Prävention von Mobbing bei.

Schließlich seien noch Belastungen angesprochen, die sich aus der „Emotionsarbeit“ ergeben. Emotionsarbeit tritt auf, wenn mit anderen Menschen gearbeitet werden muß, also in erster Linie bei Dienstleistungsberufen. Aufgaben in diesen Berufen erfordern es, bestimmte Emotionen zu zeigen, zum Beispiel den Kunden gegenüber freundlich zu sein oder einem Patienten gegenüber Mitgefühl zu zeigen. Hochschild (1990) hat dies beispielhaft anhand der Arbeit von Flugbegleiterinnen gezeigt. In den Dienstleistungsbranchen werden Emotionen im Sinne der Kundenorientierung gezielt eingesetzt. Der entscheidende Punkt ist, daß das Zeigen von bestimmten (meist positiven) Emotionen nicht im freien Ermessen der Mitarbeiter steht, sondern ein betriebliches Erfordernis darstellt und damit Bestandteil der Arbeitsaufgabe ist. In mehreren Untersuchungen (vgl. Zapf, in press) hat sich inzwischen gezeigt, daß der wesentliche belastende Aspekt der Emotionsarbeit darin besteht, daß die Emotionen, die in einer Situation gezeigt werden sollen, nicht damit übereinstimmen, was man in dieser Situation wirklich fühlt. Dies wird als *emotionale Dissonanz* bezeichnet (Hochschild, 1990). Man kann entweder in der Situation gar nichts oder vielleicht sogar das Gegenteil fühlen. Emotionale Dissonanz hat sich als Stressor erwiesen, der zu Burnout und psychosomatischen Beschwerden führt.

Diese verschiedenen Beispiele zeigen, daß ein großer Teil psychischer Belastungen und Ressourcen einen breiten Bereich personalpsychologischer Maßnahmen berührt, von denen die Personal- und Organisationsentwicklung sowie das Management betroffen sind.

4) *Integriertes Gesundheits- und Sicherheitsmanagement.* Die Aufgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind traditionell wenig in das Gesamtunternehmen eingebunden (Ruppert, 1995). Demgegenüber steht die Vorstellung eines umfassenden Gesundheits- und Sicherheitsmanagements (Reason, Parker & Lawtom, 1998), der Systemsicherheit (Hoyos & Ruppert, 1993) und eines integrierten, ganzheitlichen Systemansatzes (Grote & Künzler, 1996; Zimolong, 1995). Dies bedeutet, gesundheits- und sicherheitsrelevante Fragen als Teil der Unternehmenskultur zu betrachten und sie bei strategischen Managemententscheidungen zu berücksichtigen. Führungskräfte betrachten Arbeitssicherheit nicht selten als ein Problem der Personen vor Ort, fühlen sich selbst nicht zuständig und beziehen deswegen Gesundheits- und Sicherheitsaspekte in ihre Entscheidungen nicht ein. Dies führt dazu, daß sie riskantes Verhalten manchmal ungewollt belohnen, weil es hinsichtlich der Effizienz oft Vorteile bringt (Semmer & Regenass, 1996). Solche Probleme lassen sich nur lösen, wenn es Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht nur vor Ort gibt, sondern wenn Gesundheit und Sicherheit als Teile der Unternehmenskultur gesehen werden und Führungskräfte aktiv Verantwortung für sicheres und gesundheitsbezogenes Verhalten im Betrieb übernehmen. Bei organisationalen Veränderungen sind Fragen der psychischen und körperlichen Gesundheit im Sinne einer „joint optimization“ mitzubedenken. Badura und Ritter (1998) vertreten die Ansicht, daß Gesundheitsförderung ein integratives Handlungskonzept darstellen sollte, welches zahlreiche unterschiedliche Organisationsebenen, -strukturen und -prozesse umfaßt. Sie sehen hier eine Nähe zu modernen Managementkonzepten mit einem ganzheitlichen Organisationsverständnis, in welchem Komponenten wie Technik, Hierarchien, Qualifikation, Wirtschaftlichkeit – und es wäre hinzuzufügen: Gesundheit – als zusammenhängende Gestaltungsfelder betrachtet werden. „Nicht ‚Insellösungen‘, sondern Strategien systemischer Gesundheitsförderung, welche die gesamte Organisation in den Blick nimmt, garantieren eine qualitativ zufriedenstellende Gesundheitsförderung“ (S. 225).

Systemische Zielvorstellungen in bezug auf Sicherheit und Gesundheit lassen sich leichter realisieren, wenn deren Förderung in die allgemeine Personal- und Organisationsentwicklung integriert wird. Dies entspricht auch dem

soziotechnischen Systemansatz. Eine der Kernüberlegungen dieses Ansatzes ist es, daß Organisationen aus technischen und sozialen Teilsystemen bestehen und daß die Organisation nur vernünftig gestaltet und verändert werden kann, wenn beide Teilsysteme gleichzeitig betrachtet und verändert werden (Ulich, 1998). Dies ist keineswegs nur eine ideologische Forderung. Die Untersuchungen von Reason (1990) oder Perrow (1987) zeigen, daß viele schwere Unglücke nicht nur ein Problem der „front ends“ waren, daß also die Ursachen nicht in den technischen und personalen Gegebenheiten lagen, wo der Unfall tatsächlich auftauchte, sondern daß in den meisten Fällen im „Hintergrund“ arbeitsorganisatorische Probleme standen, Probleme des Personaleinsatzes oder unzureichende Qualifikation, die die Unglücke mitbedingten.

Aus diesen Gründen kommt es im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in letzter Zeit zu einem deutlichen Perspektivenwechsel (Hoyos, 1992) weg von isolierten – meist technisch orientierten – Einzelmaßnahmen hin zu integrativen Lösungen im Sinne eines umfassenden Gesundheits- und Sicherheitsmanagements. Dazu gehört auch die Ersetzung der Unfallverhütung durch aktive Sicherheitskonzepte sowie die Abkehr vom negativen Krankheits- hin zum positiven Gesundheitsbegriff. D.h., Sicherheitsmaßnahmen werden nicht mehr hauptsächlich reaktiv aus Unfällen abgeleitet, sondern es werden aktiv Sicherheits- und Gefährdungsanalysen durchgeführt. Im Streßbereich wird der Abbau von Stressoren durch den Aufbau von Ressourcen ergänzt. In Kasten 8 sind abschließend einige Gesichtspunkte für integrierte Konzepte im Sinne des soziotechnischen Systemansatzes zusammengestellt, von denen zu erwarten ist, daß sie in Zukunft stärkere Beachtung finden werden.

Kasten 8:

Gesichtspunkte für integrierte Konzepte zu Sicherheit und Gesundheit im Sinne des soziotechnischen Systemansatzes (in Anlehnung an Ruppert, 1995 und Zimolong, 1995)

- Die umfassende Verpflichtung des Unternehmens zur Sicherheit und zur Gesundheit, z. B. dokumentiert über betriebliche Leitlinien. Gesundheit und Sicherheit manifestieren sich als konkrete Führungsaufgaben;
- Gesundheit und Sicherheit als strategische Managementziele, wie es in „Total Quality Management“-Ansätzen vorgesehen ist;
- Planung und Verbesserung von Sicherheits- und Gesundheitsmaßnahmen auf allen Hierarchieebenen;
- Grundsatz der Partizipation und Selbstorganisation: Einbindung aller Beschäftigten in Sicherheits- und Gesundheitsaktivitäten, z. B. durch Sicherheits- oder Gesundheitszirkel;
- Abgestimmte Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zwischen Personalwesen und Sicherheitsorganisation. Dies bedeutet u.a., daß sich die Personalentwicklung auch an Sicherheitsleistungen orientiert, z. B. bei der Besetzung von Schlüsselpositionen.

Zusammenfassung

Beim Arbeits- und Gesundheitsschutz gewinnen neben den physischen und körperlich belastenden Aspekten die psychischen und sozialen Belastungen zunehmend an Bedeutung. Die dabei relevanten personalpsychologischen Aspekte werden in diesem Kapitel dargelegt. Personalpsychologische Maßnahmen zur Vermeidung von Unfällen bestehen zum einen darin, gezielt Personen zu suchen, die sicheres Verhalten zeigen. Vor allem aber spielen verschiedene Formen des Trainings zur Verbesserung sicheren Verhaltens eine wichtige Rolle, die sich entweder auf antizipatorische oder kompensatorische Aspekte von Unfallgefahren beziehen und

Zusammenfassung

die versuchen, entweder die Kognitionen oder das sicherheitsrelevante Verhalten selbst zu beeinflussen. Im Unterschied zur Unfallforschung beschäftigt sich die Streß- und Belastungsforschung mit Aspekten, bei denen sich negative gesundheitliche Folgen erst nach längerer Einwirkung ergeben. Hier werden Stressoren und Ressourcen unterschieden. Ressourcen können externer oder interner Natur sein. Sie beeinflussen Bewertungsprozesse, die wesentlich für das Eintreten oder Ausbleiben einer Streßreaktion sind. Streßreaktionen treten auf, wenn ein Ungleichgewichtszustand zwischen Person und Umwelt vorliegt. Streßmanagementprogramme können daher sowohl personbezogene als auch umwelt- oder bedingungsbezogene Maßnahmen umfassen. Zwei besondere Maßnahmen, die ausführlicher behandelt werden, sind Gesundheitszirkel und betriebliche Alkoholpräventionsprogramme. Insgesamt zeigt sich, daß die Ergebnisse der Streßforschung zwar vielfältige Empfehlungen für die Arbeitsgestaltung (und damit auch zur Alkoholprävention) aufzeigen, daß die Implikationen für die Personalauswahl jedoch weniger breit gefächert sind. Zusammenfassend gilt, daß die Handlungskonzepte des klassischen Arbeitsschutzes zu kurz greifen. Insbesondere für „moderne“ gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren wie z. B. Mobbing oder emotionale Arbeit reichen die klassischen Konzepte nicht aus. Ein großer Teil dieser psychischen Belastungen und Ressourcen berührt den breiten Bereich personalpsychologischer Maßnahmen, von denen die Personal- und Organisationsentwicklung sowie das Management betroffen sind. Die vielfältigen theoretischen und maßnahmenbezogenen Überschneidungen zwischen dem klassischen Arbeitsschutz und der Personal- und Organisationsentwicklung bieten aber ein Potential für ein integriertes und umfassendes Gesundheits- und Sicherheitsmanagement. Diese Sicht leistet soziotechnischen Managementkonzepten mit einem ganzheitlichen Organisationsverständnis Vorschub, in welchem Komponenten wie Technik, Hierarchien, Qualifikation, Wirtschaftlichkeit und Gesundheit als zusammenhängende Gestaltungsfelder betrachtet werden.

Weiterführende Literatur

Weiterführende Literatur

- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). (1998). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Dunckel, H. (Hrsg.). (1999). *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Fuchs, R., Rainer, L. & Rummel, M. (Hrsg.). (1998). *Betriebliche Suchtprävention*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N.K. (Hrsg.). (1991). *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Kahn, R.L. & Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (2nd ed., Vol. 3, pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Literatur

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Badura, B. & Ritter, W. (1998). Qualität in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte* (S. 223-235). Göttingen: Hogrefe.
- BAGUV – Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (1997). *Arbeitsunfallstatistik im öffentlichen Dienst*. München.
- Bamberg, E. & Busch, Ch. (1996). *Betriebliche Gesundheitsförderung durch*

- Streßmanagementtraining: Eine Metaanalyse (quasi-)experimenteller Studien. *Zeitschrift für Arbeits- & Organisationspsychologie*, 37, 106-117.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). (1998). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Co.
- Bielig, H., Klauk, J.B., Pauwels, A., Ridder, T. & Willsch, W. (1994). Gesundheitszirkel als Teil einer ganzheitlichen Strategie zur Gesundheitsförderung im Betrieb. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 100-114). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focussed stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 1-17.
- Bunce, D. & West, M.A. (1996). Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 49, 209-232.
- Bungard, W. & Antoni, C.H. (1993). Gruppenorientierte Interventionstechniken. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 377-404). Bern: Huber.
- Burkardt, F. (1970). Arbeitssicherheit. In A. Mayer & B. Herwig (Hrsg.), *Betriebspsychologie. Handbuch der Psychologie* (Bd. 9, S. 385-515). Göttingen: Hogrefe.
- Burkardt, F. (1992). *Lernprozesse zur Arbeitssicherheit*. Grävenwiesbach: Verlag für Arbeitsschutz.
- Busch, C. (1998). Streßmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte* (S. 97-110). Göttingen: Hogrefe.
- Casswell, S. & Gordon, A. (1984). Drinking and occupational status in New Zealand men. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 144-148.
- Chivers, C.P. (1987). Recognition of alcohol problems in the workplace. *British Journal of Clinical Practice*, 49, 2-7.
- Cobb, S. (1973). Role-responsibility: the differentiation of a concept. *Occupational Mental Health*, 3, 10-14.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cooper, C.L., & Williams, S. (1994). *Creating healthy work organizations*. Chichester: Wiley.
- Crum, R.M., Muntaner, C., Eaton, W.W. & Anthony, J.C. (1995). Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 19, 647-655.
- Dormann, C. & Zapf, D. (1999). Social support as a moderator between social stressors and depression: Analysis of a 3-wave longitudinal study with structural equations. *Journal of Applied Psychology*, 84, 874-884.
- Dormann, C. & Zapf, D. (in press). Social stressors at work, irritation, and depression: Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*.
- Ducki, A. (1998). Allgemeine Prozeßmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte* (S. 135-143). Göttingen: Hogrefe.
- Ducki, A., Jenewein, R. & Knoblich, H.-J. (1998). Gesundheitszirkel - ein Instrument der Organisationsentwicklung. In E. Bamberg, A. Ducki, & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte* (S. 267-281). Göttingen: Hogrefe.
- Dunckel, H. (Hrsg.). (1999). *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Einarsen, S. (in press). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*.
- Ellis, A. (1978). What people can do for themselves to cope with stress. In C.L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Stress at work* (pp. 209-222). Chichester: Wiley.

Fortsetzung Literatur

Fortsetzung Literatur

- Elsner, G. (1997). *Arzt und Arbeit. Ein Lehrbuch der Arbeitsmedizin*. Hamburg: VSA-Verlag.
- European Commission (1989). *Council framework directive on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work* (Vol. 89/391). Brüssel: EEC.
- Ferguson, J.C., McNally, M.S. & Booth, R.F. (1984). Individual characteristics as predictors of accidental injuries in naval personnel. *Accident Analysis and Prevention*, 16, 55-62.
- 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. & Semmer, N. (1991). Streßfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluß von Kontrolle und Sozialer Unterstützung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 135-153). Göttingen: Hogrefe.
- Fraser, H. (1996). Die Entwicklung qualitätssichernder Maßnahmen in Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention, Sonderband I/1996*, 33-35.
- Friczewski, F. (1994). Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der „Berliner Ansatz“. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 14-24). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Friczewski, F., Jenewein, R., Lienke, A., Schiwon-Spieß, L., Westermayer, G. & Brandenburg, U. (1990). Primärprävention mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitszirkeln. In U. Brandenburg et al. (Hrsg.), *Prävention im Betrieb* (S. 107-119). München: Minerva-Publ.
- Frieling, E. & Sonntag, Kh. (1999). *Lehrbuch Arbeitspsychologie*. Bern: Huber.
- Fuchs, R. & Petschler, T. (1998). Betriebliche Kosten durch Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. In R. Fuchs, L. Rainer & M. Rummel (Hrsg.), *Betriebliche Suchtprävention* (S. 51-76). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Fuchs, R. & Resch, M. (1996) *Alkohol und Arbeitssicherheit: Arbeitsmanual zur Vorbeugung und Aufklärung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R., Rainer, L. & Rummel, M. (1998). Betriebliche Suchtprävention: Ein Arbeitsfeld in der Diskussion. In R. Fuchs, L. Rainer & M. Rummel (Hrsg.), *Betriebliche Suchtprävention* (S. 13-29). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Gratton, L. (1987). Der Einsatz des Assessment Centers zur Managemententwicklung - eine Fallstudie. In H. Schuler & W. Stehle (Hrsg.), *Beiträge zur Organisationspsychologie* (Bd. 3, S. 36-60). Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie - Hogrefe.
- Greif, S. (1991). Streß in der Arbeit - Einführung und Grundbegriffe -. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.). (1991). *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Greiner, B.A. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte* (S. 39-55). Göttingen: Hogrefe.
- Greiner, B.A., Rummel, M. & Fuchs, R. (1998). Arbeitsbedingungen und Suchtmittelkonsum: Theoretische Bezüge und empirische Erkenntnisse am Beispiel Alkohol. In R. Fuchs, L. Rainer & M. Rummel (Hrsg.), *Betriebliche Suchtprävention* (S. 77-100). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Grote, G. & Künzler, C. (1996). *Sicherheitskultur, Arbeitsorganisation und Technischeinsatz. Polyprojekt Risiko und Sicherheit*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Günther, U. & Sperber, W. (1995). *Handbuch für Kommunikations- und Verhaltenstrainer*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Guppy, A. & Marsden, J. (1996). Alcohol and drug misuse and the organization. In M.J. Schabracq, J.A. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 231-255). Chichester: Wiley.
- Hansen, C.P. (1988). Personality characteristics of the accident involved employee. *Journal of Business and Psychology*, 2, 346-365.

- Hansen, C.P. (1989). A causal model of the relationship among accidents, biodata, personality and cognitive factors. *Journal of Applied Psychology*, 74, 81-90.
- Henter, A., Hermanns, D. & Wittig, P. (1999). Tödliche Arbeitsunfälle 1995 - 1997. Statistische Analyse nach einer Erhebung der Gewerbeaufsicht. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 833*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hilse, H., Götz, K. & Zapf, D. (1998). Netzwerk contra Hierarchie. Rollenkonflikte und Rollenambiguität beim Übergang von hierarchischen Organisationsstrukturen zur Projektarbeit. *Grundlagen der Weiterbildung, Heft 1*, 34-40.
- Hochschild, A.R. (1990). *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt/M.: Campus.
- Hoffmann, B. (1990). *Arbeitsschutz und Unfallstatistik 1988*. Sankt Augustin: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Horndasch, P. (1997). *Entwicklung, Einführung und Evaluation eines präventiven Arbeitssicherheitsprogramms für teilautonome Arbeitsgruppen unter Nutzung psychologischer Erkenntnisse und Methoden in einem Unternehmen der Automobilindustrie*. Unveröff. Diss., Universität Frankfurt.
- Hoyos, C. Graf (1980). *Psychologische Arbeits- und Sicherheitsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoyos, C. Graf. (1987). Verhalten in gefährlichen Situationen. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie D/III/1* (S. 577-627). Göttingen: Hogrefe.
- Hoyos, C. Graf. (1992). A change in perspective: safety psychology replaces the traditional field of accident research. *The German Journal of Psychology*, 16, 1-23.
- Hoyos, C. Graf & Ruppert, F. (1993). *Der Fragebogen zur Sicherheitsdiagnose (FDS)*. Bern: Huber.
- HVBG – Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (1997). *BG-Statistiken für die Praxis*. Sankt Augustin.
- Iverson, R.D. & Erwin, P.J. (1997). Predicting occupational injury: The role of negative affectivity. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 113-128.
- Jacobson, E. (1996). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis* (3. Aufl.). München: Pfeiffer.
- Kahn, R.L. & Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (2nd ed., Vol. 3, p. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Krampen, G. (1998). *Einführungskurse zum Autogenen Training*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer.
- 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 (Hrsg.), *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Huber.
- Leitner, K., Volpert, W., Greiner, B.A., Weber, W.G. & Hennes, K. (1987). *Analyse psychischer Belastung in der Arbeit. Das RHIA-Verfahren*. Köln: TÜV Rheinland.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 165-184.
- Locke, E.A., & Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Bern: Huber.
- Mensch, B.S. & Kandel, D.B. (1988). Do job conditions influence the use of drugs? *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 169-184.
- Mohr, G. (1991). Fünf Subkonstrukte psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern: Auswahl und Entwicklung. In S. Greif, E. Bamberg & N.K. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 91-119). Göttingen: Hogrefe.
- Moyle, P. (1995). The role of negative affectivity in the stress process: Tests of alternative models. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 647-668.

Fortsetzung Literatur

Fortsetzung Literatur

- Murphy, L.R. (1996). Stress management techniques: secondary prevention of stress. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 427-442). Chichester: Wiley.
- Newton, T.J. & Keenan, T. (1990). The moderating effect of the Type A behavior pattern and locus of control upon the relationship between change in job demands and change in psychological strain. *Human Relations*, 43, 1229-1255.
- Parkes, K.R. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: Additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, 75, 399-409.
- Parkes, K.R. (1991). Locus of control as moderator: An explanation for additive versus interactive findings in the demand-discretion model of work stress? Special Issue: The retirement of Donald Broadbent. *British Journal of Psychology*, 82, 291-312.
- Peeters, M.C.W., Buunk, B.P. & Schaufeli, W.B. (1995). Social interactions, stressful events and negative affect at work: a micro-analytic approach. *European Journal of Social Psychology*, 25, 391-401.
- Perrow, C. (1987). *Normale Katastrophen. Die unvermeidbaren Risiken der Großtechnik*. Frankfurt/M.: Campus.
- Plant, M.A. (1978). Alcoholism and occupation: cause or effect? *International Journal of the Addictions*, 13, 605-625.
- Preiser, S. (1989). *Zielorientiertes Handeln. Ein Trainingsprogramm zur Selbstkontrolle*. Heidelberg: Asanger.
- Reason, J.T. (1990). *Human error*. New York: Cambridge University Press.
- Reason, J.T., Parker, D. & Lawton, R. (1998). Organizational control and safety: the varieties of rule-related behaviour. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71(4), 289-304.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. München: Asanger.
- Rosenstiel, L. v. (1989). Innovation und Veränderung in Organisationen. In E. Roth (Hrsg.), *Organisationspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie D/III/3* (S. 652-684). Göttingen: Hogrefe.
- Royal College of Psychiatrists (1979). *Alcohol and Alcoholism*. London: Tavistock.
- Ruppert, F. (1995). Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz als Organisationsaufgabe. In C. Graf Hoyos & G. Wenninger (Hrsg.), *Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Organisationen* (S. 41-61). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Saks, A.M. (1995). Longitudinal field investigation of the moderating and mediating effects of self-efficacy on the relationship between training and newcomer adjustment. *Journal of Applied Psychology*, 80, 211-225.
- Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M. & Cooper, C.L. (Eds.). (1996). *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley.
- Schelp, T., Maluck, D., Gravemeier, R. & Meusling, U. (1990). *Rational-Emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß*. Bern: Huber.
- Schönplflug, W. (1987). Beanspruchung und Belastung bei der Arbeit - Konzepte und Theorien. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie D/III/1* (S. 130-184). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, H.W. (1989). Voraussetzungen für den Einsatz eines erfolgreichen Assessment Centers. In Arbeitskreis Assessment Center (Hrsg.), *Das Assessment Center in der betrieblichen Praxis* (S. 114-123). Hamburg: Windmühle.
- Semmer, N.K. (1984). *Streßbezogene Tätigkeitsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Semmer, N.K. (1990). Stress und Kontrollverlust. In F. Frei & I. Udris (Hrsg.), *Das Bild der Arbeit* (S. 190-207). Bern: Huber.
- Semmer, N.K. (1996). Individual differences, work stress, and health. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 51-86). Chichester: Wiley.
- Semmer, N.K. & Regenass, A. (1996). Der menschliche Faktor in der Arbeitssicherheit. In G. Grote & S. Künzler (Hrsg.), *Theorie und Praxis der Sicherheitskultur*. Zürich: Verlag der Fachvereine.
- Semmer, N.K. & Udris, I. (1993). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 133-165). Bern: Huber.

- Semmer, N.K., Zapf, D. & Dunckel, H. (1999). Instrument zur streßbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA). In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 179-204). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Slesina, W. (1994). Gesundheitszirkel: Der „Düsseldorfer Ansatz“. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 25-36). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Slesina, W., Beuchels, F.-R. & Sochert, R. (1998). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen*. Weinheim: Juventa.
- Steers, R.M. (1991). *Introduction to organizational behavior* (4th ed.). New York: Harper & Collins Publ.
- Thomason, J.A., & Pond, S.B. (1995). Effects of instruction on stress management skills and self-management skills among blue-collar employees. In L.R. Murphy, J.J. Hurrell & S.L. Sauter (Eds.), *Job stress interventions* (p. 7-20). Washington, DC: American Psychological Association.
- Udris, I. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *Psychosozial*, 15 (4), 9-22.
- Ulich, E. (1998). *Arbeitspsychologie* (4. Aufl.). Stuttgart: Poeschel.
- Westermayer, G. & Bähr, B. (1994). Gesundheitszirkel als Instrument einer integrierten Personal- und Organisationsentwicklung. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 37-45). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Zapf, D. (1999a). Mobbing in Organisationen. Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- & Organisationspsychologie*, 43, 1-25.
- Zapf, D. (1999b). Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20, 70-85.
- Zapf, D. (in press). Emotion work and psychological strain. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*.
- Zapf, D. & Frese, M. (1991). Soziale Stressoren am Arbeitsplatz und psychische Gesundheit. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 168-184). Göttingen: Hogrefe.
- Zimolong, B. (1995). Neue Perspektiven im Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz: Rechtliche, arbeits- und organisationspsychologische Aspekte. In C. Graf Hoyos & G. Wenninger (Hrsg.), *Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Organisationen* (S. 17-40). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Fortsetzung Literatur