

**Arbeitsbezogene Ressourcen, Stressoren und
Beanspruchung bei klinischen und
nicht-klinischen Personen**

**Inauguraldissertation
zur Erlangung des Akademischen Grades
eines Dr. phil.,**

vorgelegt dem Fachbereich 02 – Sozialwissenschaften, Medien und Sport der
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

von

Annette Wald

Mainz 2008

Referent: 

Korreferent: 

Tag des Prüfungskolloquiums: 17. Juni 2008

Inhaltsverzeichnis

1	THEORETISCHER HINTERGRUND _____	1
1.1	Die psychosoziale Funktion der Arbeit	1
1.2	Relevanz psychischer Erkrankungen im Gesundheitssystem	2
1.3	Allgemeine Stresstheorien	5
1.3.1	Selye: Das Allgemeine Adaptationssyndrom, Eu- und Distress	5
1.3.2	Die transaktionale Stressbewältigungstheorie nach Lazarus	8
1.4	Theoretische Ansätze der arbeitsplatzbezogenen Stressforschung	11
1.4.1	Quellen des Stresses nach McGrath	12
1.4.2	Rollenstress	15
1.4.3	Die Handlungsregulationstheorie	16
1.4.4	Interaktion von Anforderungen und Ressourcen	20
	1.4.4.1 Das Person-Environment Fit Modell	20
	1.4.4.2 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist	22
	1.4.4.3 Vom Job-Demand-Control-Modell zum Job-Demand-Control-Support-Modell	24
1.5	Empirische Befunde zur Wirkung der Arbeit	27
1.5.1	Auswirkungen der Arbeit in nicht-klinischen Stichproben	27
	1.5.1.1 Empirische Befunde im Rahmen der Karasek-Modelle	37
	1.5.1.2 Die Rolle interindividueller Unterschiede im Stressprozess: Selbstwirksamkeit, Coping und Kontrollüberzeugungen	55
1.5.2	Auswirkungen der Arbeit in klinischen Stichproben	61
1.5.3	Auswirkungen der Arbeit: Vergleich von klinischen und nicht-klinischen Stichproben	68
2	ZIELE, FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN _____	74
2.1	Explorative Fragestellungen im Rahmen des Interviews	75

2.2	Konfirmatorische Hypothesen	76
2.2.1	Unterschiede zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe	76
2.2.2	Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Symptombelastung	77
3	METHODE	80
3.1	Stichprobenrekrutierung und Untersuchungsablauf	80
3.2	Messinstrumente	81
3.2.1	Interview zu Arbeitsplatzbedingungen	81
3.2.1.1	Positive Bereiche des Arbeitsplatzes	82
3.2.1.2	Problembereiche des Arbeitsplatzes	82
3.2.2	Messinstrument für Jobkontrolle	84
3.2.3	Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA)	85
3.2.4	Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM)	86
3.2.5	Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120)	88
3.2.6	Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)	88
3.2.7	Brief Symptom Inventory (BSI)	89
3.2.8	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)	90
4	ERGEBNISSE	91
4.1	Beschreibung der Stichprobe	91
4.1.1	Soziodemographische und klinische Angaben	91
4.2	Ergebnisse der explorativen Fragestellungen.....	96
4.2.1	Fragestellung E1: Art der Arbeitsplatzprobleme.....	96
4.2.2	Fragestellung E2: Ursachenzuschreibung bezüglich des schwersten Arbeitsplatzproblems	99
4.2.3	Fragestellung E3: Art der positiven Arbeitsplatzfaktoren.....	101
4.2.4	Fragestellung E4: Ursachenzuschreibung bezüglich des günstigsten positiven Faktors.....	104
4.2.5	Fragestellung E5: subjektiver Zusammenhang von psychischer Erkrankung und Arbeitsplatzproblemen.....	104
4.3	Ergebnisse der konfirmatorischen Hypothesen.....	108
4.3.1	Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben.....	108

4.3.1.1	Hypothese K1: Anzahl Arbeitsplatzprobleme.....	108
4.3.1.2	Hypothese K2: ungünstige Stressverarbeitungsstrategien.....	109
4.3.1.3	Hypothese K3: ungünstiger Umgang mit der Arbeit.....	111
4.3.2	Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Symptombelastung.....	114
4.3.2.1	Hypothese K4: Job-Demand-Control-Modell.....	114
4.3.2.2	Hypothese K5: Job-Demand-Control-Support-Modell.....	120
4.3.2.3	Hypothese K6: Rolle der Selbstwirksamkeit und internaler Kontrollüberzeugung.....	127
4.3.2.4	Hypothese K7: Häufigkeit von Stressjobs.....	129
5	DISKUSSION	132
5.1	Probleme und positive Faktoren am Arbeitsplatz	132
5.2	Differenzierung von klinischen und nicht-klinischen Personen	134
5.3	Differenzierung von ambulanten und stationären Patienten	136
5.4	Modellüberprüfungen	138
5.5	Allgemeine Diskussion und Ausblick	141
6	ZUSAMMENFASSUNG	144
	LITERATURVERZEICHNIS	145
	ANHANG	158

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Die psychosoziale Funktion der Arbeit

Die Bedeutung und Funktion von Arbeit für den Menschen geht über die finanzielle Absicherung weit hinaus: Sie reicht von der Strukturierung des Tagesablaufes über die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung bis hin zu einer sinnstiftenden Funktion im Leben des einzelnen (Knickenberg, 2005). Semmer und Udris (2004) benennen fünf spezifische psychosoziale Funktionen der Erwerbsarbeit: „Aktivitäts- und Kompetenzerleben“, „Zeitstrukturierung“, „Kooperation und Kontakt“, „soziale Anerkennung“, „persönliche Identität und Selbstwertgefühl“. Durch die Arbeitstätigkeit besteht für eine arbeitende Person also erstens die Möglichkeit, durch die Erledigung von Aufgaben neue Fähigkeiten und Kenntnisse zu erwerben, was wiederum ein „Gefühl von Handlungskompetenz“ hervorbringen kann. Zweitens wird die Funktion der Zeitstrukturierung der Arbeit insbesondere darin deutlich, dass „viele zeitbezogene Begriffe“ (Semmer & Udris, S. 159) nicht ohne einen Bezug zur Arbeit definierbar sind (z.B. Freizeit, Urlaub, Rente). Da die meisten Arbeitsaufgaben gemeinsam oder in Kooperation mit anderen Arbeitenden oder Kunden erfolgen, bietet die Arbeit drittens eine gute Ausgangsbasis zur Herstellung eines sozialen Kontaktfeldes. Viertens widerfährt dem Arbeitenden durch Leistungen im Rahmen einer Arbeitstätigkeit soziale Anerkennung. Fünftens schließlich entwickelt er einen großen Teil seines Identitätsgefühls aus der Berufsrolle heraus („Ich *bin* Lehrer“); dies wiederum kann den Selbstwert und das Sinnhaftigkeitsgefühl positiv beeinflussen.

Wenn jedoch eine Arbeitstätigkeit fehlt, was aufgrund einer hohen Arbeitslosigkeitsrate (8.1% in Deutschland im Dezember 2007, was einer Zahl von 3406000 entspricht, Statistisches Bundesamt, 2008) für viele Menschen Realität darstellt, können diese positiven psychosozialen Funktionen der Arbeitstätigkeit nicht greifen. Bereits in den 1930er Jahren konnte durch Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (1975; Original 1933) im Rahmen der Marienthal-Studie dargelegt werden, dass Erwerbslosigkeit zu psychischer Belastung, Verlust der Zeitstrukturierung und zur Abnahme von sozialen Aktivitäten führt. Im Rahmen der aktuellen Sächsischen Längsschnittstudie (Berth, Förster, Richter, Balck & Brähler, 2006) ergab sich, dass 2004 bereits fast 60% der ehemaligen DDR-Jugendlichen, die im Jahr 1987 14 Jahre alt waren, mindestens einmal arbeitslos gewesen waren (2006 waren es

in dieser Studie bereits 70%, mündliche Mitteilung Berth, März 2007). Personen, die längere Zeit arbeitslos waren, waren psychisch belasteter; hier erscheinen sowohl Selektivitäts- als auch Kausalitätsphänomene wirksam zu sein: „Psychisch belastetere Personen werden eher arbeitslos und leiden dann mehr unter den Folgen der Arbeitslosigkeit, was wiederum zu schlechteren Chancen auf dem Arbeitsmarkt führen kann“ (Berth et al., 2006, S. 111).

Jedoch nicht nur ein Fehlen von Arbeit, sondern auch wenig günstige Bedingungen am Arbeitsplatz können mit psychosomatischen Beschwerden einhergehen (Frese, 1991). Dementsprechend berichten Bürger und Koch (1995), dass psychosomatisch Erkrankte zu Beginn ihres stationären Rehabilitationsaufenthaltes wichtige Ursachen für die Entstehung ihrer Erkrankung im Arbeitsbereich sehen.

1.2 Relevanz psychischer Erkrankungen im Gesundheitssystem

Für Europa ergibt sich metaanalytisch eine geschätzte Zahl von 82,7 Millionen Erwachsenen, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine psychische Erkrankung hatten, was einem Prozentsatz von 27 (12-Monatsprävalenz) entspricht (Wittchen & Jacobi, 2005). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Patienten mit aktuellen psychischen Störungen mit zwanzig Ausfalltagen doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) im vergangenen Jahr aufweisen wie psychisch gesunde Personen oder Personen mit remittierten psychischen Störungen (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004).

Im Vergleich der Arbeitsunfähigkeitsberichte 2005 der sechs großen Ersatzkassen in Deutschland ergibt sich eine „zunehmende Bedeutung psychischer Störungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“ (Lademann, Mertesacker & Gebhardt, 2006, S.123). Während die Krankenstände insgesamt einen Abwärtstrend aufweisen, stiegen die AU-Zeiten aufgrund psychischer Störungen von 1996 bis 2004 sowohl prozentual als auch absolut; psychische Störungen zählen zu den „sechs wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit“ (Lademann et al., 2006, S. 123).

Hinsichtlich der AU-Tage war zwischen 1994 und 2003 bei Männern ein Anstieg um 56,8 % zu verzeichnen, bei Frauen um 24,3% (womit sich der Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund psychischer Störungen verringerte; Robert Koch-Institut, 2006). Dieser deutschlandweite Trend zeigt sich auch im aktuellen Gesundheitsbericht der Techniker Krankenkasse (TK, 2006). Es wird berichtet, dass der allgemeine Krankenstand, nachdem er seit fünf Jahren kontinuierlich sank, 2005 erstmals stagnierte (was durch eine Grippewelle im Jahr 2005 erklärt wird). Dagegen ist jedoch auffällig, dass die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen seit 2000 stetig stiegen –

bis 2005 um plus 23%. Von 2004 zu 2005 sanken die Arbeitsunfähigkeitstage (je 100 Versicherungsjahre) in zehn von 14 Diagnosegruppen (nach ICD-10), psychische und Verhaltensstörungen aber waren weiterhin unter den vier Diagnosegruppen, in denen die Fehlzeiten stiegen (neben infektiösen Krankheiten, Krankheiten des Atmungssystems und abnormen klinischen Symptomen und Laborbefunden; Techniker Krankenkasse, 2006).

Psychische und Verhaltensstörungen (Kapitel F nach ICD-10) führten bei den weiblichen TK-Versicherten im Jahr 2005 zu 200 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre, d.h. eine erwerbstätige Versicherte fehlte im Jahr 2005 durchschnittlich 2 Tage aufgrund einer psychischen Erkrankung; die männlichen Versicherten lagen mit 1,25 Tagen deutlich darunter (Techniker Krankenkasse, 2006).

Betrachtet man die ICD-10 Diagnosen in absteigender Rangfolge nach Fehlzeiten, zeigt sich, dass die Diagnose „Depressive Episode“ mit 47,8 AU-Tagen (je 100 Versicherungsjahre) zu den zweithöchsten AU-Tagen führt – nur die AU-Tage aufgrund von Rückenschmerzen (M54) liegen mit 55 AU-Tagen (je 100 Versicherungsjahre) noch höher. Betrachtet man diese Zahlen getrennt nach Geschlechtern, zeigt sich, dass bei weiblichen Versicherten die Diagnose „Depressive Episode“ (F32) mit 63 AU-Tagen (je 100 Versicherungsjahre) im Vergleich mit anderen Diagnosen sogar zu den höchsten Fehlzeiten führt (Techniker Krankenkasse, 2006, S. 42). Weitere psychische Erkrankungen wie „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33) und „Somatoforme Störungen“ (F45) liegen an sechster, zwölfter und siebzehnter Stelle der Rangliste nach Fehlzeiten bei Versicherten der Techniker Krankenkasse (2006).

Wichtig ist hier anzumerken, dass die steigende Zahl an Diagnosen für psychische und Verhaltensstörungen nicht mit einem tatsächlichen Anstieg gleichzusetzen ist, da andere Gründe im Rahmen von Untersuchungen wahrscheinlicher erscheinen: Aufgrund eines gesellschaftlichen Wandels stellen Ärzte eher psychische Diagnosen, da Patienten eher gewillt sind, diese auch anzunehmen. Zusätzlich können durch ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten entsprechende Diagnosen häufiger gestellt werden (Wittchen, 2007). Aber trotz all dieser Gründe bleiben die Relevanz der psychischen Erkrankungen und damit die Notwendigkeit ihrer Behandlung für das Gesundheitssystem unvermindert bestehen.

Es wird davon ausgegangen, dass ein psychisch erkrankter Mitarbeiter eine um 20% bis 40% geminderte Leistung erbringt (Panse & Stegmann, 1998). Welch große Einbußen eine chronische psychische Erkrankung für die berufliche Leistungsfähigkeit der Erkrankten bedeuten kann, wird nicht zuletzt auch in der Notwendigkeit von speziellen Beschäftigungsprogrammen für chronisch psychisch kranke Menschen deutlich (z.B. Werkstätten für psychisch Kranke, vgl. Weis, 1992). Außerdem weist die zunehmende

Anzahl spezieller berufsbezogener Therapieangebote in Rehabilitationseinrichtungen (neben der schon bewährten beruflichen Belastungserprobung, vgl. Hillert, Cuntz, Heldwein, Froben & Fichter, 1998; Hillert, Staedtke & Cuntz, 2002) für psychisch Erkrankte auf diese Bedeutsamkeit (Zielke, 1998; Koch, Hedlund, Rosenthal & Hillert, 2006; Koch, Geissner & Hillert, 2007; Hillert, Staedtke & Cuntz, 2001). Die stärkere Einbeziehung beruflicher Belastungen wird auch für den Bereich der ambulanten Psychotherapie gefordert (z.B. Zielke, 1995a).

Diese Zahlen verdeutlichen die gesundheitspolitische und ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen, da mit den Fehlzeiten direkte (z.B. Behandlungskosten, Krankengeld) und indirekte Kosten (z.B. Ausfall von Arbeitstagen und Produktion) einhergehen. Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen und Olesen (2005) liefern in ihrer Studie Schätzungen für die Kosten, die durch psychische Erkrankungen im Jahr 2004 in Europa entstanden (wobei an psychischen Erkrankungen in dieser Studie nur affektive, Angst- und psychotische Störungen sowie Suchterkrankungen berücksichtigt wurden): Ihre Schätzung auf der Grundlage von nationalen Statistiken und den Studien aus einem Literaturreview von Wittchen und Jacobi (2005) beläuft sich auf insgesamt etwa 240 Milliarden € Kosten für das Jahr 2004, davon etwa 133 Milliarden € indirekte Kosten, 97 Milliarden € direkte Behandlungskosten und etwa 9 Milliarden € weitere direkte Kosten, die nichts mit der Behandlung im engeren Sinne zu tun haben (z.B. Transporte). Deutschland stand in dieser Studie im europäischen Vergleich an der Spitze der Pro-Kopf-Ausgabe aufgrund von Hirnerkrankungen, wobei hierbei psychische Erkrankungen um neurochirurgische, neurologische sowie Demenzerkrankungen ergänzt wurden (Andlin-Sobocki et al., 2005).

Die ökonomische Relevanz psychischer Erkrankungen im Gesundheitssystem besteht nicht nur aufgrund der Arbeitsunfähigkeitszeiten und den damit verbundenen Kosten, sondern ein weiterer Aspekt liegt in der Möglichkeit der frühzeitigen Berentung. Die Statistik des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger (2004) meldete, dass psychosomatische Erkrankungen 2003 eine Hauptursache für frühzeitige Berentung darstellten. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird geschildert, dass „jede dritte Frühberentung ... auf das Konto eines psychischen Leidens“ geht (Robert Koch-Institut, 2006, S.59). Im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation erweist sich wiederum ein bereits gestellter Rentenantrag als Prädiktor einer wahrscheinlicheren Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung (Zielke et al., 1995). Außerdem kommt es bei einer Komorbidität von somatischen und psychischen Erkrankungen eher zu der Entlassungsform „arbeitsunfähig“ (Zielke et al., 1995).

Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit wurden in Studien wiederholt mit dem Vorliegen von Arbeitsplatzstressoren in Beziehung gesetzt (z.B. Voss, Floderus & Diederichsen, 2004; Vahtera, Kivimäki, Pentti & Theorell, 2000). Geht man davon aus, dass

neben einer Behandlung der psychischen Störung auch in der Modifikation der Arbeitssituation eine Möglichkeit besteht, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsplatzverlustes sowie die Wahrscheinlichkeit einer frühzeitigen Berentung verringern zu können, ergibt sich sowohl auf Seiten der Kostenträger (Arbeitgeber und Krankenkassen) als auch auf Seiten der Patienten ein großer Bedarf für die Erforschung des Zusammenhangs von Arbeitsplatzbedingungen und psychischer Befindlichkeit, dem sich die vorliegende Arbeit widmet.

Zunächst sollen im folgenden Abschnitt dieser Arbeit Stresstheorien dargestellt werden, insbesondere solche, die sich aus der arbeits- und organisationspsychologischen Stressforschung entwickelten.

1.3 Allgemeine Stresstheorien

Im Folgenden werden zwei Ansätze beschrieben, die der allgemeinen Stressforschung zuzuordnen sind, anschließend erfolgt in Abschnitt 1.4 eine ausführliche Vorstellung von Konzepten, die im Rahmen der arbeits- und organisationspsychologischen Stressforschung entstanden sind.

Ein Konzept der Allgemeinen Stressforschung stellt das Allgemeine Adaptationssyndrom nach Selye (1981) dar, das auch physiologische Auswirkungen von Stressoren berücksichtigt. Zusätzlich geht auf Selye die Unterscheidung in Eu- und Distress zurück (siehe Abschnitt 1.3.1). Im Anschluss wird die Stressbewältigungstheorie nach Lazarus (Lazarus & Launier, 1978) dargestellt, die insbesondere kognitive Bewertungen des Individuums innerhalb des Stressprozesses betont (siehe Abschnitt 1.3.2).

1.3.1 Selye: Das Allgemeine Adaptationssyndrom, Eustress und Distress

Während Selye (1936) mit Ratten experimentierte und deren Reaktion auf ein Hormon aus den Eierstöcken von Rindern untersuchte, stellte er fest, dass ein charakteristisches Syndrom von drei Veränderungen auftrat: Vergrößerung der Nebennierenrinde, Schrumpfung des Thymus, der Milz und der Lymphknoten sowie Magen-Darm-Geschwüre. In weiteren Untersuchungen konnte Selye diese „charakteristische Triade“ (1981, S. 166) wiederholt nach Verabreichung toxischer Substanzen beobachten. Diese

körperlichen Erscheinungen interpretierte Selye (1936) als objektive Stressindikatoren, die eine Alarmreaktion des Körpers auf Belastungen darstellen.

Später entsprach diese Alarmreaktion dem Anfangsstadium des Allgemeinen Adaptationssyndroms, das sich nach Selye (1981) in drei Phasen unterteilt: Alarmreaktion, Widerstandsstadium und Erschöpfungsstadium (siehe Abbildung 1).

Die Alarmreaktion („alarm reaction“) ist neben der charakteristischen Triade durch Hypochlorämie, Steigerung der Blutkonzentration und Katabolismus (Zellabbaustoffwechsel) gekennzeichnet. Wenn der Organismus den schädlichen Reiz überlebt, folgt eine Phase des Widerstandes oder der Anpassung („stage of resistance“, Selye, 1981, S. 167), die Energie verbraucht. Während dieser Phase erfolgen andere physiologische Reaktionen: Blutverdünnung, Hyperchlorämie, Anabolismus und Rückkehr zum normalen Körpergewicht setzen ein. Wirkt aber der schädliche Stressor weiterhin über längere Zeit auf den angepassten Organismus ein, folgt das Stadium der Erschöpfung („stage of exhaustion“, Selye, 1981, S. 168). Hier treten ähnliche Symptome wie bei der Alarmreaktion wieder auf, bis der Organismus (in Selyes Versuchen waren es Ratten) schließlich stirbt. Die Notfallausschüttung von Adrenalin (i.S. der Kampf-oder-Flucht-Reaktion nach Cannon, 1914) sieht Selye als einen Aspekt der Alarmreaktion an.

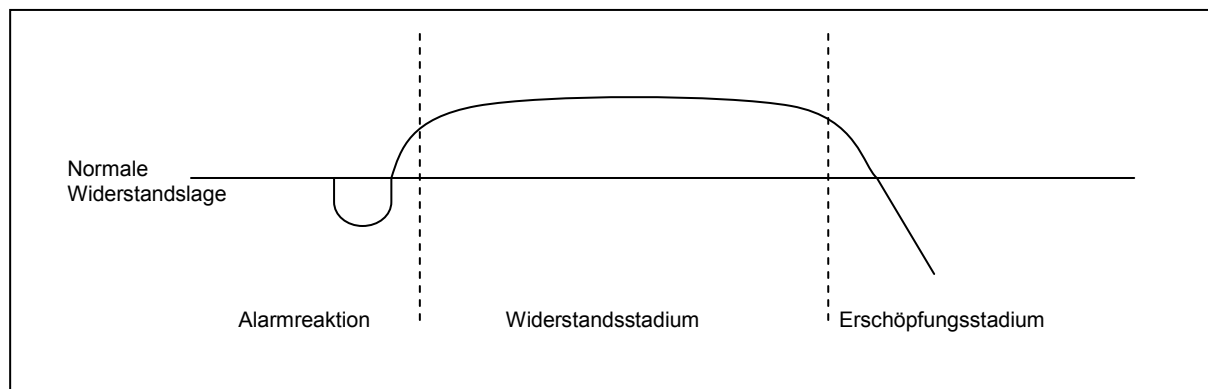


Abbildung 1. Die drei Stadien des allgemeinen Adaptationssyndroms (nach Selye, 1981, S. 167).

Die Reaktion auf den Stressor wird auf physiologischer Ebene durch eine Reihe von Veränderungen vermittelt (Selye, 1981): Zunächst erzeugt der Stressor einen unspezifischen Reiz (z.B. Nervenimpuls oder chemische Substanz). Die Wirkung dieses Reizes wiederum hängt von drei Faktoren ab, nämlich

- a) der spezifischen Stressorwirkung (reizcharakteristische Eigenschaften),
- b) der endogenen Konditionierung (z.B. genetische Prädisposition) und
- c) der exogenen Konditionierung (z.B. Medikamenteneinnahme).

Dem Begriff der Konditionierung kommt hier eine andere Bedeutung zu als im Rahmen der Klassischen Konditionierung der Lerntheorie (vgl. Pavlov, 1972). Konditionierung meint hier eher ein Bedingungsgefüge, das in unterschiedlicher Ausprägung vorliegen kann. Die exogen und endogen konditionierten Faktoren bestimmen die Reaktivität des Organismus auf den Stressor: Der gleiche Reiz kann also bei unterschiedlichen Individuen zu verschiedenen Reaktionen führen.

Selye (1981) definiert Stress als „die unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung“ (Selye, 1981, S. 170). Wichtig erscheint hier, dass die unspezifische Reaktion des Organismus auf gleiche Weise erfolgt, unabhängig, ob es sich um ein stark freudeauslösendes oder angstausslösendes Ereignis handelt. Zusätzlich unterscheidet Selye (1981) die beiden Konzepte „Eu“- und „Distress“. Eustress entsteht, wenn der Stress mit erwünschten, Distress, wenn der Stress mit unerwünschten Folgen verbunden ist. Nach Selye (1981) gibt es also unterschiedliche Stressoren, aber keine spezifische Stressreaktion; die Reaktion des Körpers bleibt auf gleiche Art unspezifisch.

In Selyes Konzept erscheinen für die vorliegende Arbeit insbesondere die benannten Aspekte der Konditionierung von großer Bedeutung: Hier werden bereits interindividuelle Unterschiede in der Bereitschaft zu einer Stressreaktion angesprochen. Aufgrund exogener (Behandlung mit Hormonen, Medikamenten) oder endogener (genetische Prädisposition, Alter oder Geschlecht) Konditionierung können eigentlich unschädliche Stressoren bei Individuen Anpassungskrankheiten (z.B. Magen-Darm-Geschwüre oder manche neuropsychiatrischen Störungen, Selye, 1981, S. 179) verursachen. Die Krankheit tritt an der Stelle des Organismus auf, die aufgrund der Konditionierung und der spezifischen Wirkung des Reizes „besonders empfindlich“ ist (Selye, 1981, S. 177). Hier wird die enge Verwandtschaft zum Vulnerabilitätskonzept (Zubin & Spring, 1977) deutlich.

Außerdem erwähnt Selye auch Analogien zum aktuellen Konzept des aktiven und passiven Copings; hilfreiche und weniger hilfreiche Bewältigungsmöglichkeiten werden angesprochen. Selye gibt an, dass neben den konditionierten Faktoren falsche (hormonale oder nervöse) Reaktionen die Grundlage der Anpassungskrankheiten (oder Stress-Erkrankungen) darstellen. Anpassungskrankheiten sind immer multifaktoriell bedingt.

Selye übertrug die v.a. an Tieren auf physiologischer Ebene ermittelten Erkenntnisse auch auf die Stressreaktionen beim Menschen und veröffentlichte Hinweise, wie man seine Reaktionen gestalten müsse, um Eu-Stress genießen zu können, „ohne unter Distress zu leiden, der gewöhnlich durch frustrierende Auseinandersetzungen und sinnloses aggressives Verhalten gegen seine Umwelt“ (Selye, 1981, S. 184) entstehe. In der Monographie „Stress without Distress“ (Selye, 1974) unterscheidet Selye syntoxische Reaktionen (i. S. von passiver Toleranz, ermöglicht friedliche Koexistenz mit dem Angreifer) und katatoxische Reaktionen (z.B. aktiver Angriff). Wichtig sei es zu erkennen, „wofür und wofür es sich nicht

zu kämpfen lohnt“ (Selye, 1981, S. 185). Selyes Hinweise in „Stress without Distress“ ähneln z.T. den kognitiven Interventionen in aktuellen Stressbewältigungsprogrammen (z.B. Kaluza, 2004); z.B. solle man sein eigenes angemessenes Stressniveau finden und man solle in der Form eines „altruistischen Egoismus“ seine eigenen Ziele verfolgen, aber mit dem Bemühen um Wohlwollen, Unterstützung und Achtung der anderen (Selye, 1981, S. 186).

1.3.2 Die transaktionale Stressbewältigungstheorie nach Lazarus

Generell geht Lazarus' „Appraisal Theorie“ davon aus, dass eine Person ihre Beziehung zur Umwelt fortwährend danach bewertet, welche Implikationen sich für ihr Wohlergehen ergeben (Lazarus, 1999). In dieser Theorie kommt also kognitiven Faktoren eine große Bedeutung im Rahmen der Stressentstehung zu. Obwohl Lazarus seine ursprüngliche Stressbewältigungstheorie (Lazarus & Launier, 1978) später in ein Stress-Emotion-Synthese-Modell (Lazarus, 1999) überführt hat, soll in dieser Übersicht vertiefend auf die ursprüngliche Stressbewältigungstheorie eingegangen werden, um deren für diese Arbeit interessierenden Kernkonzepte zu verdeutlichen.

Lazarus (1999) beschreibt, dass seine Überlegungen zu individuellen Unterschieden im psychologischen Stressgeschehen in den 1950er Jahren begannen, als er im Auftrag des Militärs Stressauswirkungen auf erlernte Leistungen untersuchte. Er erkannte, dass Stress damit in Zusammenhang steht, welche persönliche Bedeutung das, was passiert, für ein Individuum hat. In ersten Veröffentlichungen verwendete er hierfür den Begriff „Wahrnehmung“ (Lazarus & Baker, 1956), während er in späteren Veröffentlichungen (Lazarus, 1966) den angemesseneren Begriff der „Bewertung“ („appraisal“) zur Bezeichnung der individuellen *Situationsevaluation* verwendete.

Lazarus versteht Stress als eine wechselseitige Beziehung zwischen Person und Umwelt, die er als Transaktion bezeichnet (siehe Abbildung 2). Nach diesem Transaktionsansatz entsteht Stress bei mangelnder Übereinstimmung (Inkongruenz) von Situationsmerkmalen der Umwelt (Anforderungen) und Fähigkeiten der Person zur Bewältigung der Situation (vgl. McGrath, 1970). In diesen Stressprozess gehen aber die Wahrnehmungen und Interpretationen der Person, z.B. über die Bedrohlichkeit der Situation, mit ein und drei Bewertungsprozesse wirken auf das Ausmaß des Stresserlebens (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1981):

(1) Während des *primären Bewertungsprozesses* („*primary appraisal*“) erfolgt eine erste kognitive Bewertung der Transaktion der beiden Antezedenzen (Umweltmerkmale und Personenmerkmale). Die Person bewertet die Umwelt in Hinblick auf ihr eigenes Wohlergehen

(„well-being“) und es kann zu drei unterschiedlichen Einschätzungen kommen: Die Ereignisse werden als irrelevant, günstig oder ungünstig für das eigene Wohlergehen bewertet. Nur die Einschätzung eines Ereignisses als ungünstig für das eigene Wohlergehen führt zu einer weiteren stressbezogenen Auseinandersetzung: Im nächsten Schritt wird bewertet, ob bereits ein Schaden oder Verlust für das eigene Wohlergehen eingetreten ist („harm/loss“), ob eine Beeinträchtigung droht („threat“) oder ob die Situation eine Herausforderung („challenge“) für das Individuum darstellt. Die Bewertung der Situation als herausfordernd weist darauf hin, dass die Person den entstehenden Stress positiv bewerten wird, was eine Ähnlichkeit zu Selyes Eustress darstellt (Lazarus, 1999).

(2) Der *sekundäre Bewertungsprozess* („*secondary appraisal*“) fokussiert darauf, was die betreffende Person tun kann, um zu einem erfolgreichen Abschluss der stressbezogenen Auseinandersetzung zu gelangen, und weist damit in Richtung der Abschätzung der Copingmöglichkeiten (Lazarus, 1999).

Im Anschluss an den sekundären Bewertungsprozess kommt es zum *Coping*: Beim problembezogenen Coping versucht die Person, die Umweltbedingungen aktiv zu verändern. Beim emotionsbezogenen Coping hingegen versucht die Person, die eigene physiologisch-emotionale Stressreaktion durch psychische Anpassung an die Situation zu regulieren (z.B. durch ein Umdeuten der Situation, Ablenkung).

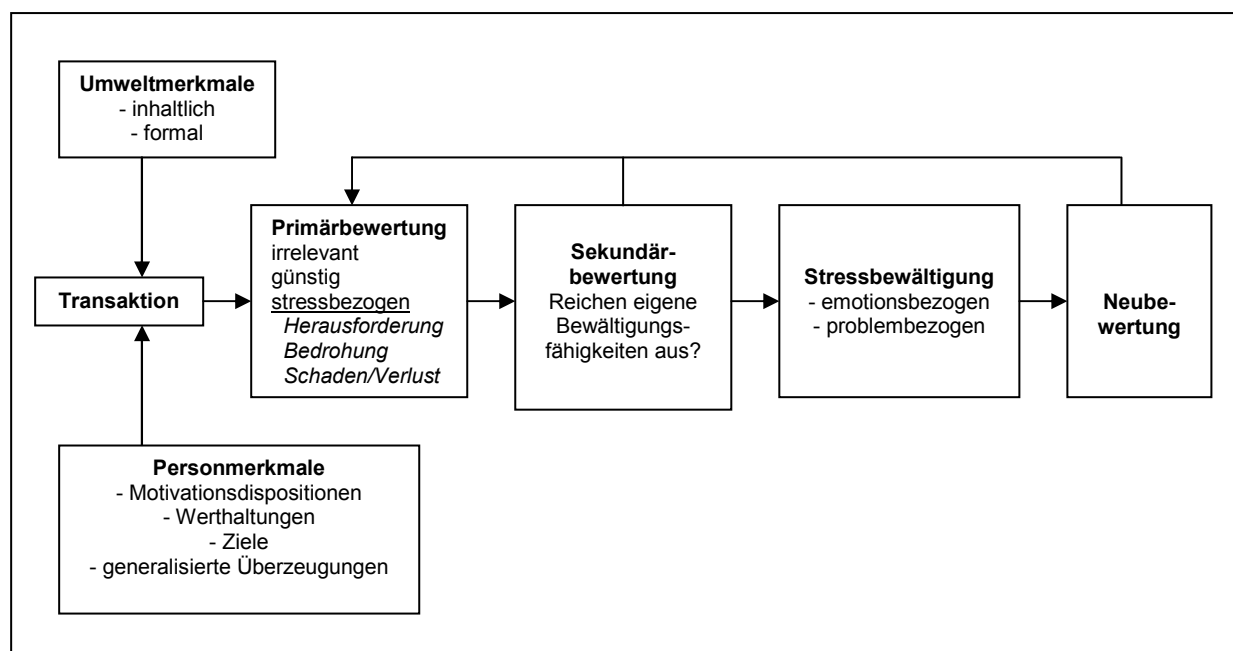


Abbildung 2. Der Stressbewältigungsprozess nach Lazarus und Launier, 1978 (eigene Darstellung, modifiziert nach Krohne, 1996, S. 252).

(3) An die Coping-Phase schließt sich eine *Neubewertung* („*reappraisal*“) der Person-Umwelt-Transaktion an; Erfolge oder Misserfolge der gewählten Coping-Strategie werden festgestellt. Durch Rückkopplung zur Phase der Primärbewertung kann die Person-Umwelt-Transaktion mehrfach durchlaufen werden mit dem Ziel der erfolgreichen Bewältigung der stressauslösenden Situation. Bleibt weiterhin eine Inkongruenz zwischen Personfähigkeiten und Umweltanforderungen bestehen, kann es zu chronischen Stresssymptomen, erlernter Hilflosigkeit oder Vermeidungsverhalten kommen (Lazarus & Folkman, 1984). Der Ausgang des Stress- und Coping-Prozesses hat Auswirkungen auf unterschiedliche Emotionen, die geistig-seelische Verfassung („*morale*“; Lazarus, 1999, S. 198), das soziale Funktionsniveau und die Gesundheit.

Lazarus (1999) betont, dass die Bezeichnungen „primärer“ bzw. „sekundärer“ Bewertungsprozess weder Unterschiede in der Wichtigkeit noch eine unbedingte zeitliche Reihenfolge bedeuten (so könne der sekundäre Bewertungsprozess auch dem primären vorausgehen). Die Bezeichnungen sollen lediglich kenntlich machen, dass unterschiedliche Inhalte bewertet werden, beide Bewertungsprozesse sollen aber als Teile eines gemeinsamen Prozesses gesehen werden.

Kritisiert wurde an diesem Modell v.a., dass die zentralen Konzepte (Primärbewertung, Sekundärbewertung, Neubewertung, emotions- und problembezogenes Coping) operational nicht präzise zu trennen seien, was eine Überprüfung der Theorie unmöglich mache (vgl. Krohne, 1996). Der Wert des Modells liegt hingegen v.a. in der Berücksichtigung individueller Personenmerkmale und der Betonung der Relevanz der kognitiven Bewertung durch die Person für die Stressreaktion, was interindividuelle Unterschiede in den Reaktionsweisen auf objektiv gleiche Umweltbedingungen erklären kann.

Zusammenfassung

Während in der Stressbewältigungstheorie der Schwerpunkt auf der Bedeutung individueller kognitiver Bewertungsprozesse für das Stressgeschehen liegt (Lazarus & Launier, 1978; Lazarus, 1999), legte Selye (1936) größeren Wert auf die Klärung physiologischer Prozesse im Stressgeschehen, wobei auch Selye (1981) in späteren Veröffentlichungen darauf eingeht, wie kognitive Veränderungen die Stressbewältigungsfähigkeit verbessern können. Nach der Darstellung dieser beiden Grundkonzepte der allgemeinen Stressforschung werden im Folgenden (Abschnitt 1.4) Ansätze ausführlicher geschildert, denen im Rahmen der arbeits- und organisationspsychologischen Stressforschung große Bedeutung zukommt. Im Anschluss werden empirische Befunde, die im Rahmen der arbeitsplatzbezogenen Stressforschung vorliegen, dargestellt (Abschnitt 1.5). Sowohl die Darstellung der theoretischen Ansätze der

arbeitsplatzbezogenen Stressforschung als auch v.a. die Übersicht der diesbezüglichen empirischen Befunde erscheinen relevant für die Ableitung der Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit.

1.4 Theoretische Ansätze der arbeitsplatzbezogenen Stressforschung

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Auswirkungen der Arbeit auf den Menschen erfordert zunächst die definitorische Abgrenzung einiger Begriffe. Die vorliegende Arbeit orientiert sich dabei an Definitionen nach Semmer und Udris (2004): Unter Belastung sollen „alle von außen auf den Organismus einwirkende Faktoren“ verstanden werden, während Beanspruchung die Auswirkungen der Belastungen auf den Organismus“ meinen soll (Semmer & Udris, 2004, S. 172).

Semmer und Udris (2004) unterscheiden drei Formen von Beanspruchung: körperlich, mental und emotional. Langfristig kann durch Beanspruchung ein „struktureller Aufbau“ (S. 176) erfolgen (analog zum Muskelaufbau); „Beanspruchung erzeugt also ‚Ressourcen‘ struktureller Art“, z.B. neue Fähigkeiten (S.176). Kurzfristig aber wird unter Beanspruchung die momentane Funktionsfähigkeit herabgesetzt, Ressourcen werden beansprucht, was sich in einer Minderung der Leistungsfähigkeit und in Ermüdung zeigt. (Von dem Konzept der Ermüdung definitorisch wiederum abzugrenzen ist der Begriff der Monotonie; Monotonie entsteht dann, wenn eine hohe Aufmerksamkeit in einem bestimmten Reizfeld dauerhaft erfordert ist, in diesem Feld aber Reizarmut herrscht [z.B. Radarüberwachung]). Bei verschiedenen Personen kann bei gleicher Belastung die Beanspruchung unterschiedlich ausfallen, da sie unterschiedliche Bewältigungsfähigkeiten aufweisen. Die Bewältigungsfähigkeiten wiederum werden durch einige persönliche Merkmale (z.B. Interpretationsstil, Gesundheit, Ausbildungsstand) bestimmt.

Der Begriff „Stress“ hingegen wird in der arbeitspsychologischen Forschung weniger neutral verwendet als die Begriffe Belastung oder Beanspruchung; Stress ist „eine als aversiv erlebte, von negativen Emotionen begleitete Beanspruchung“ (Semmer und Udris, 2004, S. 172, vgl. auch Lazarus, 1999). Diese Definition stellt eine wichtige Unterscheidung zu dem Stresskonzept von Selye dar, der Stress als „unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung“ definierte (Selye, 1981, S. 170). Allerdings grenzte er durch die Einführung der Begriffe des Eu- bzw. Distress auch „guten“ von „schlechtem“, also aversiv erlebtem Stress ab.

Im Folgenden werden Ansätze der Stressforschung vorgestellt, die sich speziell auf arbeits- und organisationspsychologische Felder beziehen und in diesen Disziplinen große Verbreitung gefunden haben. Die unterschiedlichen Ansätze lassen sich in eine Taxonomie nach McGrath (1983; siehe Abschnitt 1.4.1) einordnen, die gleichzeitig als Ordnungsgerüst dieses Abschnitts dient.

1.4.1 Quellen des Stresses nach McGrath

McGrath (1983) legt eine Taxonomie vor, innerhalb derer Stressoren (und auch Ressourcen) am Arbeitsplatz nach der Quelle ihres Ursprungs kategorisiert werden können. Innerhalb dieser Taxonomie kann Stress aus drei unterschiedlichen Hauptbereichen resultieren (s. Abbildung 3):

- a) Stress kann aus der physikalisch-technologischen Umwelt resultieren. Dies erscheint an Arbeitsplätzen von Bedeutung, an denen Personen extremen Umweltbedingungen ausgesetzt sind, z.B. bei starker Kälte/Hitze oder unter vermehrten Lärmbedingungen arbeiten müssen.

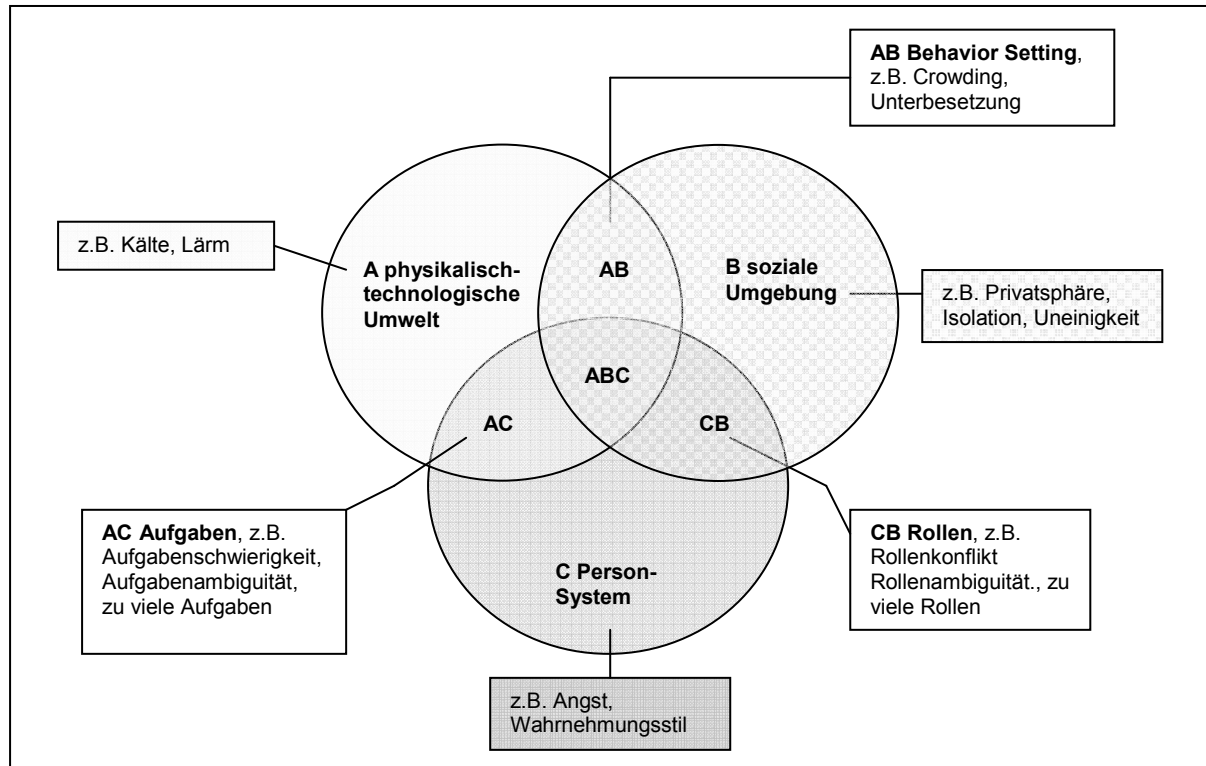


Abbildung 3. Konzeptueller Rahmen für die Kategorisierung von Stressquellen (modifiziert nach McGrath, 1983, S. 1368).

b) Stress kann aus der sozialen Umgebung resultieren. Wenn eine Person z.B. einen Arbeitsplatz besetzt, bei dem ihre Privatsphäre nicht gewahrt ist, dauerhafte Konflikte unter den Arbeitenden bestehen oder die Person von anderen Personen vollständig isoliert arbeitet, kann dies zu Stress führen (unabhängig von der vorliegenden materiellen Umweltbedingungen oder der Person selbst).

c) Stress kann schließlich auch aus der Person selbst resultieren. So ist es leicht vorstellbar, dass für eine Person, die habituell eine große Ängstlichkeit (z.B. Bewertungsängstlichkeit), einen hohen Perfektionismus oder besondere Wahrnehmungsstile (z.B. geprägt von Misstrauen) aufweist, an vielen unterschiedlichen Arbeitsplätzen Stress entsteht, weitgehend unabhängig von der physikalisch-technologischen und der sozialen Umwelt.

Aufgrund der Überlappungen dieser drei Hauptquellen von Stress ergeben sich nach McGrath (1983) vier zusätzlich mögliche Stressquellen:

d) Stress kann zusätzlich aus dem Behaviour Setting resultieren, also im „Verhaltensraum“ entstehen (hiermit ist der Bereich gemeint, der von sozialer und physikalisch-technologischer Umwelt geboten wird ohne Einflussnahme der Person). Stress am Arbeitsplatz kann z.B. entstehen, wenn zu viele Personen (soziale Umgebung) auf zu engem Raum (physikalisch-technologische Umwelt) arbeiten, was als Crowding bezeichnet wird. Ebenso kann eine zu dünne Besetzung, wenn eine Person also in sehr großen Räumen, die für viele Personen erbaut wurden, alleine arbeitet, zu Stress führen.

e) Stress kann nach McGrath (1983) auch aus den Rollen (siehe Abschnitt 1.4.2) entstehen, d.h. aus einer Interaktion der sozialen Umgebung und der Person selbst. Typische Beispiele sind Rollenambiguität (die Rolle ist nicht klar definiert), Rollenkonflikte (zwei Rollen widersprechen sich) oder das Bestehen zu vieler Rollen, die eine Person am Arbeitsplatz zu erfüllen versucht.

f) Stress kann nach McGraths Modell außerdem aus der Arbeitsaufgabe resultieren, also aus einer Interaktion zwischen Person und physikalisch-technologischer Umwelt. So kann für eine bestimmte Person eine Arbeitsaufgabe zu schwierig sein, es können zu viele Aufgaben vorhanden sein oder eine mangelnde Definition der Aufgabe selbst kann vorliegen (Aufgabenambiguität), was stresserzeugend wirken kann.

g) Schließlich ist es nach McGrath (1983) auch denkbar, dass Stress aus einer Interaktion aller drei Hauptbereiche (physikalisch-technologischer, sozialer Umwelt und Person) entsteht, z.B. wenn eine ängstliche (agoraphobische) Person unter Crowding-Bedingungen arbeiten muss.

Innerhalb der Stressforschung gibt es unterschiedliche Forschungsansätze, die die Stressquellen der Taxonomie von McGrath (1983) verschieden stark betonen (Semmer &

Mohr, 2001; vgl. Abbildung 4): Die Forschung des Rollenstress (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek & Rosenthal, 1964; Kahn & Byosiere, 1992; Jackson & Schuler, 1985; Tubre & Collins, 2000; siehe Abschnitt 1.4.2) legt besonderes Augenmerk auf die Interaktion von Person und sozialem System.

Die handlungsregulatorischen Ansätze (z.B. Richter & Hacker, 1998; Volpert, 1987, siehe Abschnitt 1.4.3) sehen die Vollständigkeit der zu erfüllenden Aufgaben und die Autonomie als gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit. Hier spielen insbesondere die Interaktion von Person und technologischer Umwelt eine Rolle in der Stressentstehung, weniger die soziale Umwelt (Semmer & Mohr, 2001).

Die Erforschung von Anforderungen und Ressourcen berücksichtigt am ehesten alle im Modell enthaltenen Quellen des Stress. Hierzu zählen z.B. das Person-Environment-Fit-Modell (Edwards, Caplan & van Harrison, 1998; siehe Abschnitt 1.4.4.1), das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 2005; siehe Abschnitt 1.4.4.2) sowie das Job-Demand-Control-Modell und das Job-Demand-Control-Support-Modell (Karasek, 1979; Karasek, Russell & Theorell, 1982; siehe Abschnitt 1.4.4.3). Empirische Befunde zu den beiden letztgenannten Modellen werden ausführlich unter Abschnitt 1.5.1.1 erläutert.

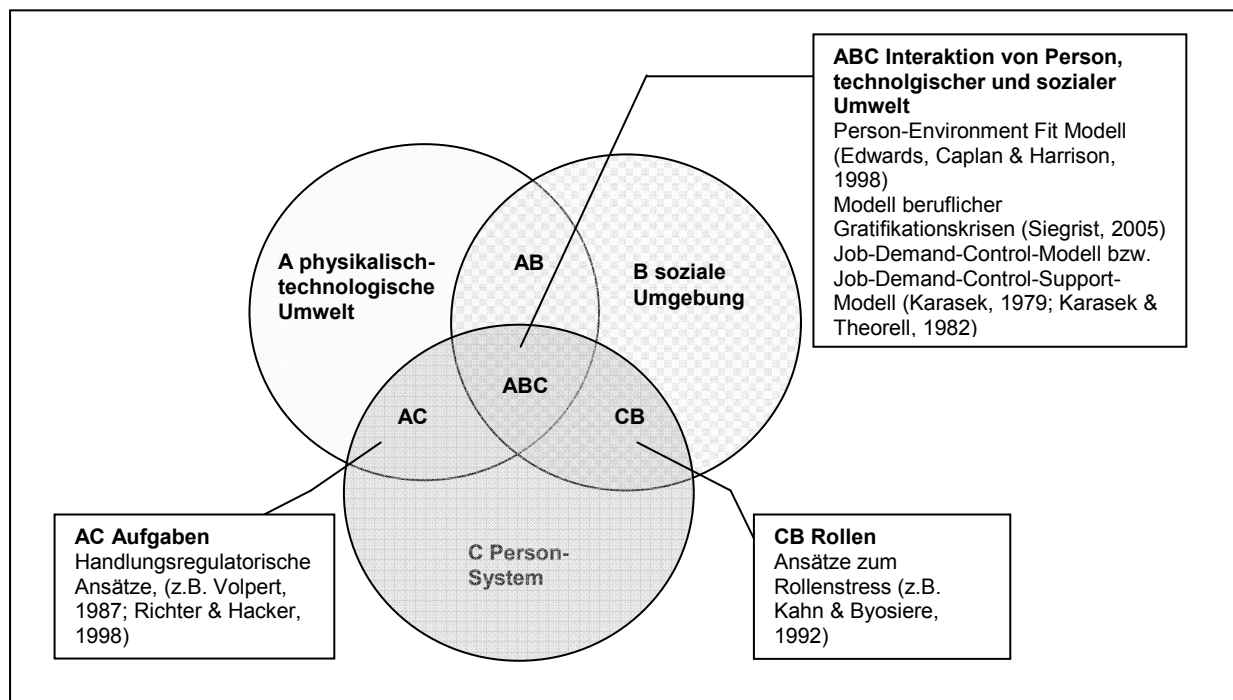


Abbildung 4. Einordnung der Ansätze der arbeitsplatzbezogenen Stressforschung in das Modell von McGrath (1983).

Im Folgenden sollen die hier erwähnten Ansätze der arbeits- und organisationspsychologischen Stressforschung näher beschrieben werden.

1.4.2 Rollenstress

Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek und Rosenthal (1964) stellen das Konzept des Rollenstresses ausführlich dar. Stress kann nach den Autoren entstehen, wenn

a) Rollenambiguität oder

b) Rollenkonflikte

bestehen (siehe Abbildung 5).

Von Rollenambiguität wird gesprochen, wenn Arbeitende nicht genau wissen, was ihre Aufgaben, Funktionen oder Verantwortlichkeiten sind. Das Konzept des Rollenkonflikts kann weiter unterteilt werden in Intra-Rollenkonflikte und Extra-Rollenkonflikte. Intra-Rollenkonflikte liegen vor, wenn die Rolle, die einer Person auf der Arbeitsstelle zukommt, widersprüchliche Aufgaben beinhaltet. So kann es z.B. sein, dass von einer Person gefordert wird, dass sie in kürzerer Zeit eine größere Menge an Arbeit sorgfältiger bearbeiten soll (dieser spezielle Konflikt wird in der Literatur auch als „role overload“ [deutsch: Rollen-Überbelastung] bezeichnet; Kahn & Byosiere, 1992, S. 601). Ein weiteres Beispiel bietet der Aufgabenbereich eines Mitglieds der mittleren Führungsebene, das die Interessen seiner Untergebenen gegenüber der Leitung loyal vertreten bzw. durchsetzen soll und gleichzeitig die Rationalisierungspläne der Führungsebene gegenüber den Untergebenen durchsetzen soll.

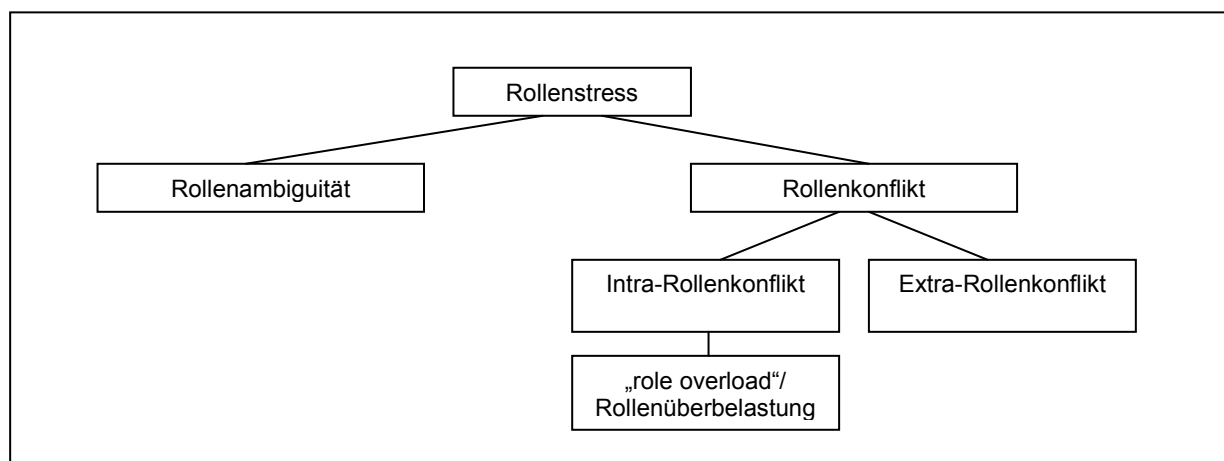


Abbildung 5. Graphische Übersicht zum Konzept „Rollenstress“ (eigene Darstellung nach Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek & Rosenthal, 1964; Kahn & Byosiere, 1992).

Extra-Rollenkonflikte können entstehen, wenn Aspekte zweier unterschiedlicher Rollen, die ein Individuum erfüllt, gegensätzliches Verhalten erfordern (Spector, 2000). So kann z.B. ein Mann als Chef eines Unternehmens das Ziel verfolgen, möglichst viel Zeit in

den Aufbau des Unternehmens zu investieren, auf der anderen Seite fordert er von sich in der Rolle als junger Familienvater eine zeitlich ausgedehnte Beschäftigung mit seinen Kindern.

In empirischen Untersuchungen wurden zahlreiche Zusammenhänge zwischen Rollenvariablen und Arbeitszufriedenheit gefunden. In einer Metaanalyse berichten Jackson und Schuler (1985) von Korrelationen von $r = -.31$ zwischen Rollenkonflikt und Zufriedenheit bzw. $r = -.30$ zwischen Rollenambiguität und Zufriedenheit. Außerdem ergab sich eine negative Korrelation beider Maße mit Vorgesetztenzufriedenheit; dieser Befund entspricht der Annahme, dass das Ausmaß von Rollenambiguität und Rollenkonflikt in hohem Maß vom Vorgesetzten abhängt. In einer jüngeren Metaanalyse (Tubre & Collins, 2000), die auf einer größeren Stichprobe basierte, ergab sich ebenfalls ein negativer Zusammenhang zwischen Rollenambiguität und Arbeitsleistung ($r = -.21$), den Zusammenhang zwischen Rollenkonflikt und Arbeitsleistung hingegen bezeichneten die Autoren als vernachlässigbar ($r = -.07$). Tubre und Collins (2000) fordern dementsprechend die stärkere Beachtung der Rollenambiguität in der Forschung zur Arbeitsleistung.

1.4.3 Die Handlungsregulationstheorie

Ansätze, die auf der Handlungsregulationstheorie aufbauen (Volpert, 1987; Richter & Hacker, 1998), stellen die Wichtigkeit qualitativ anspruchsvoller Aufgaben und die Wichtigkeit der Autonomie des Arbeitenden in den Vordergrund. Die Basis dieses Ansatzes bilden die Konzepte der vollständigen Aufgabe (Tomaszewski, 1981) bzw. vollständigen Handlung (Volpert, 1987) oder vollständigen Tätigkeit (Hacker, 1986, 1987).

Tätigkeiten werden als vollständig bezeichnet, wenn sie sowohl in hierarchischer als auch in sequentieller Hinsicht vollständig sind (Hacker, 1986):

a) Die sequentielle Vollständigkeit bezieht sich auf die Vorbereitungsfunktionen (Zielaufstellung, Auswählen von Vorgehensvarianten), Organisationsfunktionen (Abstimmen der Aufgabe mit anderen Menschen) und Kontrollfunktionen (Rückmeldung über das Erreichen der Ziele ist erhaltbar; Hacker, 1987) einer Tätigkeit. Charakterisierend für vollständige Tätigkeiten ist hierbei, dass die Vorbereitungs-, Organisations- und Kontrolltappen eigenständig durchgeführt werden (Hacker, 1998) und nicht etwa lediglich die Ausführung dem Arbeitenden obliegt (vgl. Abbildung 6).

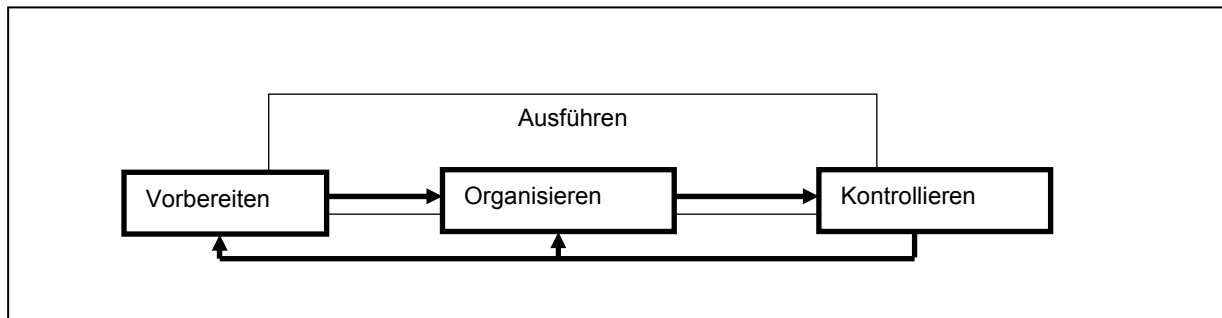


Abbildung 6. Sequentielle Vollständigkeit von Tätigkeiten (modifiziert nach Hacker, 1998, S. 251).

b) Hierarchische Vollständigkeit hingegen bedeutet, dass eine Tätigkeit „Anforderungen auf verschiedenen, einander abwechselnden Ebenen der Tätigkeitsregulation“ stellt (Hacker, 1987, S. 43). So soll die Erfüllung einer Tätigkeit möglichst nicht nur sich ständig wiederholende, automatisierte, einfache Handlungen erfordern (z.B. Fließbandarbeit), sondern auch intellektuelle Anforderungen stellen (vgl. Abbildung 7).

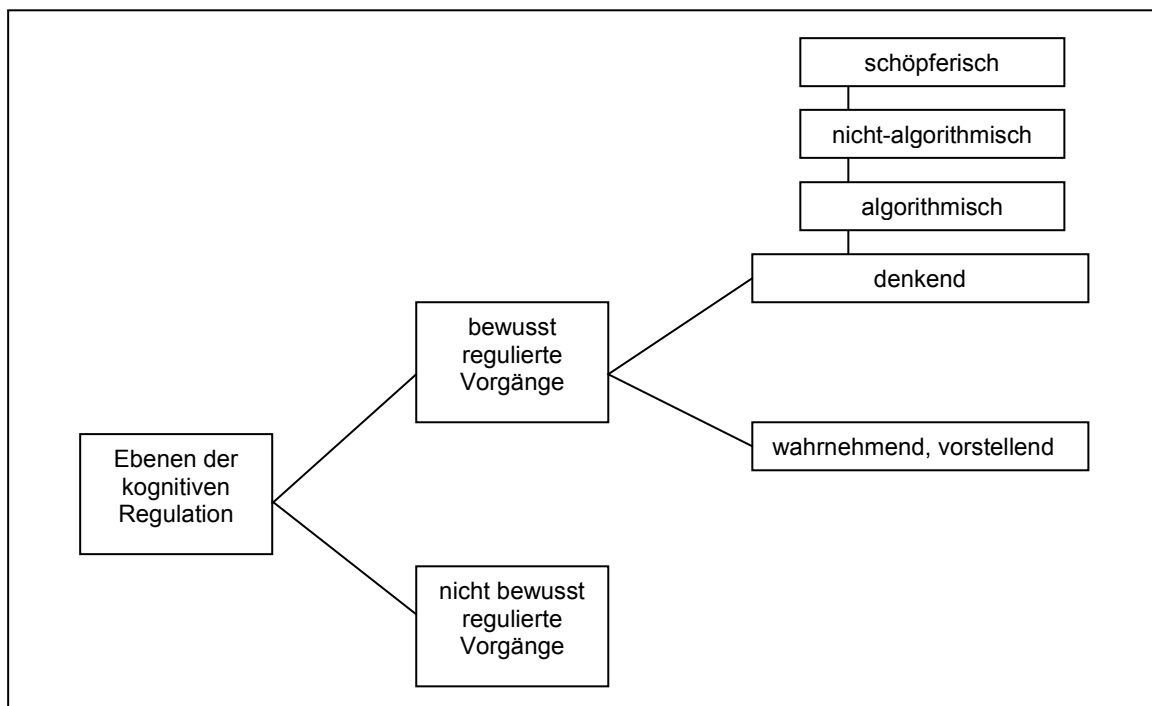


Abbildung 7. Hierarchische Vollständigkeit von Tätigkeiten (modifiziert nach Hacker, 1998, S. 251).

Im Rahmen der Handlungsregulationstheorie werden die Merkmale der Arbeitsaufgabe in den Vordergrund der Betrachtung gerückt. Zeigt eine Aufgabe hinreichend Merkmale hinsichtlich hierarchischer und sequentieller Vollständigkeit, besteht die Annahme,

dass diese Aufgabe persönlichkeitsförderlich für ein Individuum ist. Persönlichkeitsförderlichkeit bedeutet hier, dass diese Aufgaben eine ständige „Weiterentwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen fördern, die ihrerseits als positive Handlungsvoraussetzungen anzusehen sind, und damit z.B. das Meistern immer schwierigerer und komplexerer Arbeitssituationen ermöglichen“ (Volpert, 1987, S. 18). Aufgaben, die hingegen unvollständig sind und „partialisierte Handlungen“ erfordern, werden als persönlichkeitsschädigend und leistungsmindernd beurteilt (Volpert, 1987).

Hacker (1998) stellt die Wichtigkeit des Konzepts des Tätigkeitsspielraums, bzw. Mangel an Beeinflussbarkeit (Kontrollierbarkeit; siehe Abschnitt 1.5.1.1) innerhalb des Konzepts der vollständigen Tätigkeiten heraus. Vollständige Tätigkeiten entsprechen hier „Tätigkeiten mit Tätigkeitsspielraum. Unvollständige Tätigkeiten entstehen, wenn dieser eingeschränkt wird oder sogar gänzlich fehlt“ (Hacker, 1998, S. 249). Außerdem betont er, dass die alleinige „vollständige“ Konzeption einer Aufgabe nicht garantiert, dass die tatsächlich ausgeführte Tätigkeit vollständig ist. Hierfür führt er u. a. als Grund an, dass ein Individuum in Bezug auf die gestellten Anforderungen Tätigkeitsspielräume aufgrund von Qualifizierungsmangel nicht nutzen könne. Hier werden die Bezüge zum Person-Environment-Fit-Ansatz (siehe Abschnitt 1.4.4.1) deutlich.

Mit dem Verfahren zur objektiven Tätigkeitsanalyse („TBS“, Hacker, Fritsche, Iwanowa & Richter, 1995) liegt ein Instrument vor, mit dem die Vollständigkeit von Tätigkeiten erfasst werden kann. Hier ergibt sich also ein vorwiegend ressourcenorientiertes Verfahren, das auf die „Persönlichkeitsförderlichkeit“ (Semmer & Dunckel, 1991, S. 66) von Tätigkeiten abzielt.

Stress wird gemäß dem handlungsregulatorischen Ansatz dann erzeugt, wenn eine Behinderung der Zielerreichung (Regulationsbeeinträchtigungen; „Barrieren“) vorliegt, was Auswirkungen auf das Befinden hat.

Aufbauend auf handlungspsychologischen Ansätzen entwarf Semmer (1984) eine Unterscheidung von drei Stressorenklassen;

- a) Regulationsaufwand
- b) Regulationsunsicherheit und
- c) Zielunsicherheit.

Regulationsaufwand bedeutet, dass das Individuum zusätzlichen Aufwand betreiben muss, um seine Handlungen auszuführen, z.B. muss ein Arbeiter in einem Großraumbüro eine höhere Konzentration zur Ausführung einer Aufgabe aufwenden als unter lärmarmen Umgebung. Ein Arbeiter, der seine Handlung häufig unterbrechen muss, um notwendige Werkzeuge zu besorgen, hat einen höheren Zeitaufwand als ein Arbeiter an einem gut ausgerüsteten Arbeitsplatz. Regulationsunsicherheit besteht, wenn die Zielerreichung gefährdet ist (Semmer & Dunckel, 1991). Dies kann dann der Fall sein, wenn ein Individuum

qualitativ durch die Aufgabenstellung überfordert ist oder wenn unklar ist, ob eine bestimmte Handlung zum Ziel führt. Zielunsicherheit hingegen liegt vor, wenn die Ziele selbst unklar (vgl. Rollenambiguität, Abschnitt 1.4.2) oder widersprüchlich sind (vgl. Rollenkonflikt; Abschnitt 1.4.2).

Ergänzend zu dieser möglichen Wirkung von Stressoren legen Semmer und Dunckel (1991) Wert auf die Bestimmung von Ressourcen (z.B. Entscheidungs- oder Kontrollspielraum, soziale Unterstützung oder instrumentelle Hilfe): „Ressourcen erleichtern aber nicht nur den Umgang mit Streß; sie können in ihrer negativen Ausprägung auch selbst Stressoren sein“ (Semmer & Dunckel, 1991, S. 73).

2001 erstellten Semmer und Mohr bezüglich stressrelevanter Aspekte der Arbeit eine Übersicht von Merkmalen, die in vielen theoretischen Konzepten (wenn auch mit unterschiedlicher Bezeichnung) verwendet werden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Stressrelevante Aspekte der Arbeit nach Semmer und Mohr (2004)

Stressrelevante Aspekte	Beispiele
Qualität der Aufgabe	
Regulationsanforderungen	Komplexität (qualitative Unter-/ Überforderung) Variabilität Soziale Anforderungen Kooperationserfordernisse
Ressourcen (Optionen)	Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten
Hindernisse bei der Aufgabenerfüllung	
Intensität	Zeitdruck, Daueraufmerksamkeit
Arbeitsorganisatorische Probleme	Qualität und Verfügbarkeit von Material/Werkzeug
Unterbrechungen/Ablenkungen	
Unsicherheit	Unklare, konfligierende Ziele Schlecht vorhersehbare Resultate Unklares Feedback
Unfallgefahr	
Physische Bedingungen	
Umgebungsbedingungen	Lärm etc.
Einseitige körperliche Belastung	
Soziale Bedingungen	
Konflikte u. a. soziale Stressoren	
Soziale Unterstützung	
Kooperationszwänge	
Organisationale Bedingungen	
Status und Anerkennung	
Unternehmenspolitik	Informationspolitik
Kontrolle und Einfluß	
Zukunftsaussichten	

Anmerkungen. Entnommen aus und modifiziert nach Semmer und Mohr (2001, S. 152).

Sie unterscheiden dabei fünf stressrelevante Aspekte der Arbeit, nämlich Aspekte, die aus der Qualität der Aufgabe resultieren (wobei hier in Regulationsanforderungen und Ressourcen unterteilt wird), Hindernisse bei der Aufgabenerfüllung, physische Bedingungen, soziale Bedingungen und organisationale Bedingungen. Aufbauend auf diesen konzeptionellen Überlegungen sowie dem Konzept von Lazarus (Abschnitt 1.3.2) entwickelten die Autoren das Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA; Semmer, Zapf & Dunckel, 1999), das Stressoren und Ressourcen am Arbeitsplatz erfasst und auf das unter Abschnitt 3.2.3 der vorliegenden Arbeit näher eingegangen wird. Diese Entwicklung weist inhaltlich bereits auf die im Anschluss dargestellten Modelle, die ebenfalls Stressoren und Ressourcen von Arbeitstätigkeiten berücksichtigen.

1.4.4 Interaktion von Anforderungen und Ressourcen

In den hier aufgeführten Modellen (Person-Environment-Fit-Theorie nach Edwards, Caplan & Harrison, 1998; Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist, 1996; Anforderungs-Kontroll[-Support]-Modell nach Karasek, 1979 und Karasek & Theorell, 1990) wird die Interaktion oder Balance von Ressourcen und Stressoren besonders hervorgehoben. Die einzelnen Modelle konzentrieren sich dabei aber auf unterschiedliche Arten von Stressoren und Ressourcen.

1.4.4.1 Das Person-Environment-Fit-Modell

Caplan (1983) beschreibt in dem Person-Environment-Fit-Modell (P-E-Fit-Modell) jeweils die Anteile, die Umwelt und Person zur Stressentstehung beitragen. Stress entsteht diesem Modell nach bei mangelnder Passung („Misfit“) zwischen Person und Umwelt. Innerhalb des Modells werden objektive und subjektive Umwelt sowie objektive und subjektive Person unterschieden (siehe Abbildung 8).

Objektive Umwelt und objektive Person meinen hier die Merkmale der Umwelt und der Person, die real existieren (Edwards, Caplan & Harrison, 1998). Das Adjektiv subjektiv hingegen weist darauf hin, dass es hier um die von der Person wahrgenommene Umwelt bzw. die durch sich selbst wahrgenommene Person geht (Selbstwahrnehmung). In der ursprünglichen Konzeptualisierung des P-E-Fit-Modells (French, Rodgers & Cobb, 1974; Harrison, 1978) wurde davon ausgegangen, dass auch die objektive Person-Umwelt-

Passung zur Vorhersage von Gesundheit beitrage; in späteren Veröffentlichungen hingegen wurde herausgestellt, dass deren Einfluß auf die Gesundheit sehr gering ist. Aktuelle Anwender des P-E-Fit-Modells gehen davon aus, dass die subjektive Person-Umwelt-Passung entscheidend für psychische Gesundheit und Wohlbefinden ist (Edwards et al., 1998).

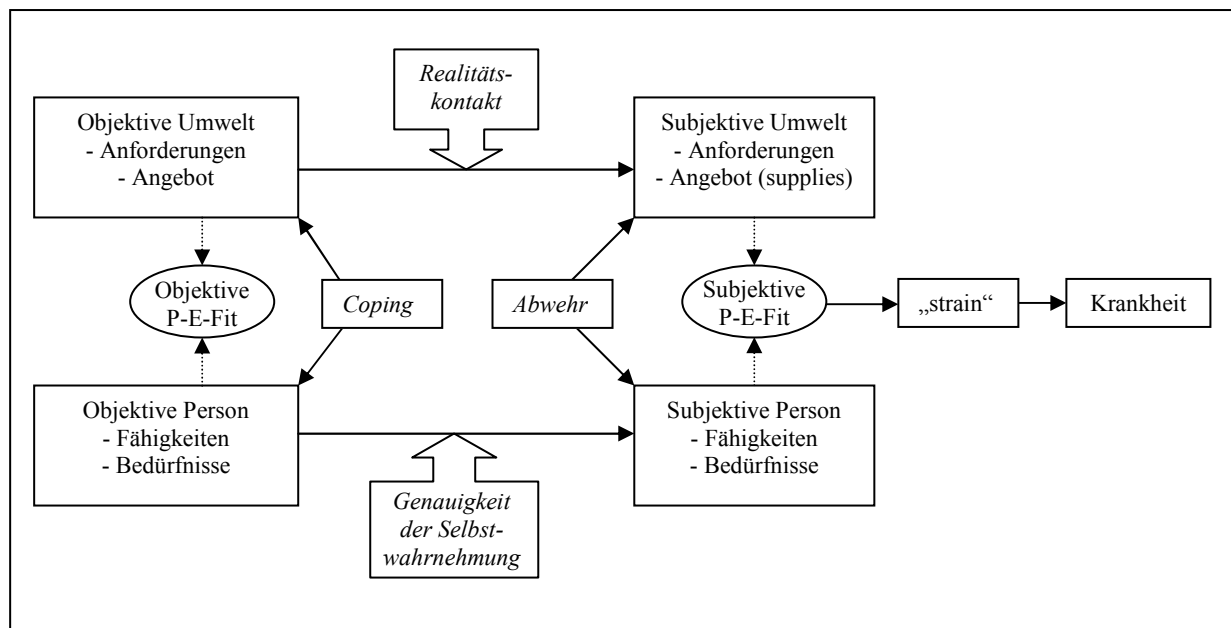


Abbildung 8. Das Person-Environment-Fit-Modell (modifiziert nach Harrison, 1978).

Anmerkung. Durchgezogene Linien repräsentieren kausale Beziehungen, unterbrochene Linien Beiträge zum Person-Umwelt-Vergleich.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Modells liegt darin, dass neben objektiver und subjektiver Passung zwischen zwei weiteren Arten von Person-Umwelt-Passungen („P-E-Fits“) unterschieden wird: Zum einen setzt die Passung von Bedürfnis und Angebot die Bedürfnisse der Person zu den Angeboten der Umwelt in Beziehung, z.B. welcher Arbeitsplatz für eine extravertierte Person ausreichend Gelegenheit zum sozialen Austausch bietet. Diese Vergleichsform weist in Richtung der Technik der Platzierung einer bestimmten Person auf einen geeigneten Arbeitsplatz. Zum anderen hingegen gibt die Passung zwischen Anforderung und Fähigkeit wieder, inwieweit Anforderungen einer Arbeitsstelle mit den Fähigkeiten einer bestimmten Person korrespondieren: Weist z.B. eine Person ein bestimmtes technisches Know-how auf, das ein bestimmter Arbeitsplatz erfordert? Hier geht es also eher um Fragen der Selektion einer geeigneten Person für eine vorhandene Arbeitsstelle. Bei der Bestimmung dieser beiden Passungsformen muss berücksichtigt werden, dass auf Person- und Umweltseite jeweils sich entsprechende Inhaltsdimensionen erfasst werden (z.B. Fähigkeit einer Person, mit Zeitdruck umzugehen und Zeitdruck), da

ansonsten der Begriff der Person-Umwelt Passung inhaltsleer wird („the notion of P-E Fit becomes meaningless“, Edwards et al., 1998, S. 31).

Liegt eine mangelnde subjektive Passung zwischen Person und Umwelt vor, kann dies dem Modell nach zunächst zu Beanspruchung („strain“) führen, die sich auf drei Ebenen zeigen kann: Psychologisch kann es zu Unzufriedenheit, Angst oder dysphorischer Stimmung kommen, auf physiologischer Ebene können Blutdruckanstieg und eine Verschlechterung der Immunsystem-Funktion erfolgen. Auf der behavioralen Ebene kann es laut Modell zu Essanfällen, Rauchen, Fehlzeiten oder häufigeren Arztbesuchen kommen. Hält diese Beanspruchung längere Zeit an, können psychische und physische Erkrankungen entstehen (z.B. Depression, Hypertonie, Koronare Herzerkrankung).

Bei mangelnder Passung muss es aber nicht zwangsläufig zu Erkrankungen kommen, da eine Person Möglichkeiten hat, die Passung zu erhöhen: Zum einen kann die Person versuchen, via Coping (siehe Abbildung 8) Einfluss auf die objektive Umwelt oder die objektive Person zu nehmen, z.B. durch Verhandlungen über veränderte Arbeitsbedingungen mit dem Vorgesetzten oder durch Teilnahme an einem Trainingsprogramm zum effizienten Arbeiten. Zum anderen kann die Person über Abwehrprozesse versuchen, die subjektive Person-Umwelt-Passung zu verbessern, indem sie die Wahrnehmung von sich selbst oder der Umwelt kognitiv verändert, z.B. Arbeitsmengen leugnet oder eigene Kompetenzen überschätzt. Nach Harrison (1978) kann Abwehr auch bedeuten, die mangelnde Passung zwischen Person und Umwelt zwar wahrzunehmen, aber Stresssymptome („strain“) zu verleugnen, was etwa bei einer hoch leistungsmotivierten Person, die von sich bedingungsloses „Funktionieren“ erwartet, denkbar erscheint.

Innerhalb des P-E-Fit-Modells wird angenommen, dass eine Abweichung der Passung in beide Richtungen (also: Über- und Unterforderung) Stresssymptome entstehen lassen kann. Die spezifische Art der Beziehung zu Stresssymptomen wird aber nicht vorhergesagt. Außerdem gibt das Modell keine Angaben über relevante Arbeitsbedingungen oder Personeigenschaften, auf die das Modell zutrifft. Schließlich räumen die Autoren selbst ein, dass die Theorie auch keine Angaben zur Vorhersage der Variablen Coping und Abwehr macht (Edwards et al., 1998).

1.4.4.2 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist

Siegrist (1996) nimmt in seinem Modell beruflicher Gratifikationskrisen („model of effort-reward imbalance“) an, dass Stressreaktionen und negative emotionale Zustände

entstehen, wenn viel Einsatz („effort“) bei gleichzeitig geringer Gratifikation („reward“) erfolgt. Gemäß dem Modell kann Gratifikation dabei im Wesentlichen über drei Wege erfolgen: über finanzielle Vergütung, soziale Anerkennung oder über das Bieten von Karrieremöglichkeiten (auch Jobsicherheit).

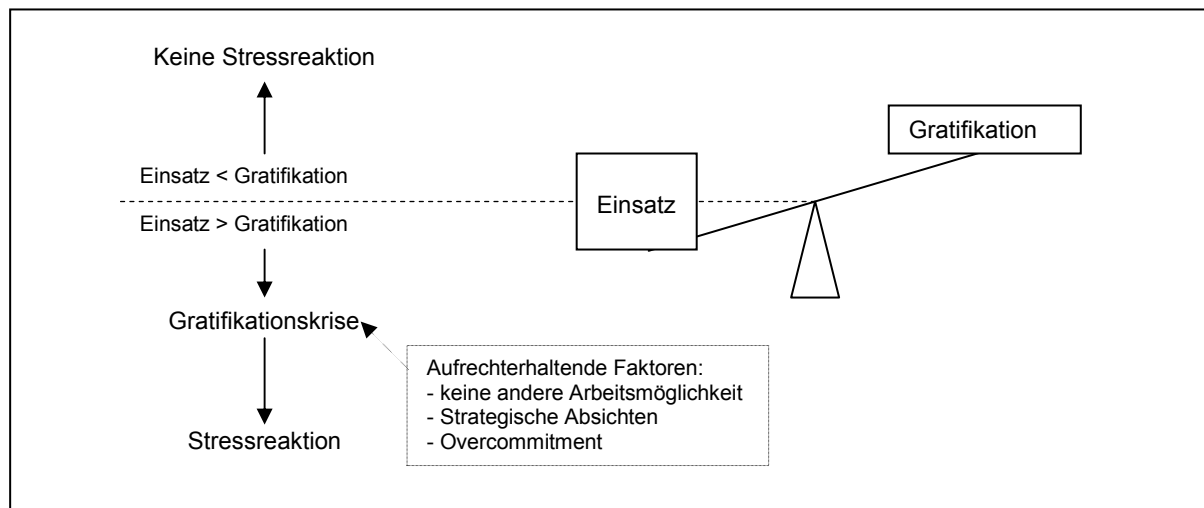


Abbildung 9. Graphische Übersicht zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen (nach Siegrist, 1996).

Normalerweise wird eine Imbalance (v.a. bei hohem Einsatz und geringer Belohnung) nicht aufrechterhalten, da ein Individuum dann z.B. die Arbeitsstelle wechselt. Eine Imbalance von Einsatz und Belohnung (i.S. eines hohen Einsatzes bei geringer Belohnung) kann aber unter drei Bedingungen aufrechterhalten werden: Die erste Möglichkeit besteht darin, dass Arbeitnehmer keine andere Arbeitsmöglichkeit haben. Die zweite Möglichkeit besteht darin, dass Angestellte diese Imbalance aus strategischen Gründen für gewisse Zeit in Kauf nehmen (z.B. um ihre zukünftigen Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen). Eine dritte Bedingung, unter der eine Imbalance aufrechterhalten werden kann, ist gegeben, wenn eine Person ein „overcommitment“ aufweist, also ein „Überengagement“ bezüglich der Arbeit zeigt, wobei hier laut Modell Wahrnehmungsverzerrungen dazu führen, dass diese Person die Imbalance nicht akkurat wahrnimmt.

Aus dem Effort-Reward-Modell lassen sich v.a. drei Hypothesen ableiten: Eine Imbalance von hohem Einsatz bei niedriger Belohnung erhöht das Gesundheitsrisiko. Überengagierte Personen haben ein erhöhtes Gesundheitsrisiko (unabhängig davon, ob sie ungünstige Arbeitsbedingungen haben). Das höchste Gesundheitsrisiko weisen Personen auf, die der oben beschriebene Imbalance ausgesetzt sind und in Kombination Überengagement aufweisen. Empirische Arbeiten, die die Annahmen des Modells bestätigen, konzentrieren sich v.a. auf die Vorhersage kardiovaskulärer Erkrankungen

(Smith, Roman, Dollard, Winefield & Siegrist, 2005; Kivimäki, Leino-Arjas, Luukkonen, Riihimäki, Vahtera & Kirjonen, 2002).

1.4.4.3 Vom Job-Demand-Control-Modell zum Job-Demand-Control-Support-Modell

Karasek beklagte 1979, dass die Forschungszweige zu Anforderungen der Arbeit („Stressoren“) und zu Entscheidungsspielräumen bei der Arbeit („Ressourcen“) lange Zeit getrennt voneinander verlaufen seien. Er verband beide Ansätze in dem sog. Job-Demand-Control-Modell“ (synonym verwendet wird der Begriff „Job-Strain-Modell“, Karasek, 1979, S. 288; siehe Abbildung 10).

Beanspruchung („strain“) entspricht hierbei einem Konglomerat aus

- den Stressoren („demands“, Karasek, 1979, S. 287; im Deutschen „Anforderungen“, „Stressoren“ oder „Belastungen“) und
- den Kontrollmöglichkeiten („control“, „decision latitude“, „discretion“, Karasek, 1979, S. 287; im Deutschen „Kontrolle“ oder „Entscheidungsspielraum“).

		Job-Anforderungen	
		niedrig	hoch
Job- Kontrolle (Entscheidungs- spielraum)	niedrig	passiver Job	„high strain“-Job Stress-Job
	hoch	„low strain“-Job	aktiver Job

Abbildung 10. Das Job-Demand-Control-Modell (modifiziert nach Karasek, 1979, S. 288).

Beanspruchung („job strain“) soll dann vorhanden sein, wenn ein hohes Ausmaß an Stressoren vorliegt, der Entscheidungsspielraum aber gering ist. Das Ausmaß an „job strain“ soll das Ausmaß der abhängigen Variable „Stresssymptome“ („mental strain“) vorhersagen.

Aus Karaseks Modell ergeben sich bei Vorliegen von niedrigen oder hohen Kontrollmöglichkeiten (i.S. von Entscheidungsspielräumen) bzw. Anforderungen jeweils unterschiedliche Vorhersagen für das Ausmaß an erlebten Stresssymptomen. Im Idealfall sollten mit steigenden Anforderungen auch die Entscheidungsspielräume steigen, „these two

aspects of the job should be highly correlated“ (S. 288), was einem aktiven Job entspräche, von dem Karasek annimmt, dass er zu neuen Verhaltensmustern „on and off the job“ führt. Personen, die dagegen in einem passiven Job arbeiten, also geringen Anforderungen ausgesetzt sind und keine Entscheidungsspielräume haben, sollen in ihrem gesamten Aktivitätslevel absinken und ihre Problemlösefähigkeit soll abnehmen.

Da Anforderungen und Entscheidungsspielräume häufig nicht positiv miteinander korreliert sind, existieren auch sog. „high strain“-Jobs (siehe Abbildung 10), die mit hohen Arbeitsanforderungen (z.B. Zeitdruck), aber geringen Entscheidungsspielräumen einhergehen. Für Personen, die an solchen Arbeitsstellen arbeiten, nimmt Karasek (1979) das höchste Ausmaß an mentalen Stresssymptomen an. Diese Hypothese überprüfte er an Daten nationaler Erhebungen von Schweden und den Vereinigten Staaten, auf die unter Abschnitt 1.5.1.1 der vorliegenden Arbeit näher eingegangen wird. Ihm gelang eine Bestätigung des Modells.

In einer späteren Version wurde dieses Modell aufgrund der vorliegenden Befunde (z.B. Johnson, Hall & Theorell, 1989; siehe Abschnitt 1.5.1.1) zum Job-Demand-Control-Support-Modell erweitert (siehe Abbildung 11). In diesem Modell wird die soziale Unterstützung als Moderatorvariable des Zusammenhangs von Kontrolle, Anforderungen und Stresssymptomen ergänzt (Karasek & Theorell, 1990; Theorell, 1998).

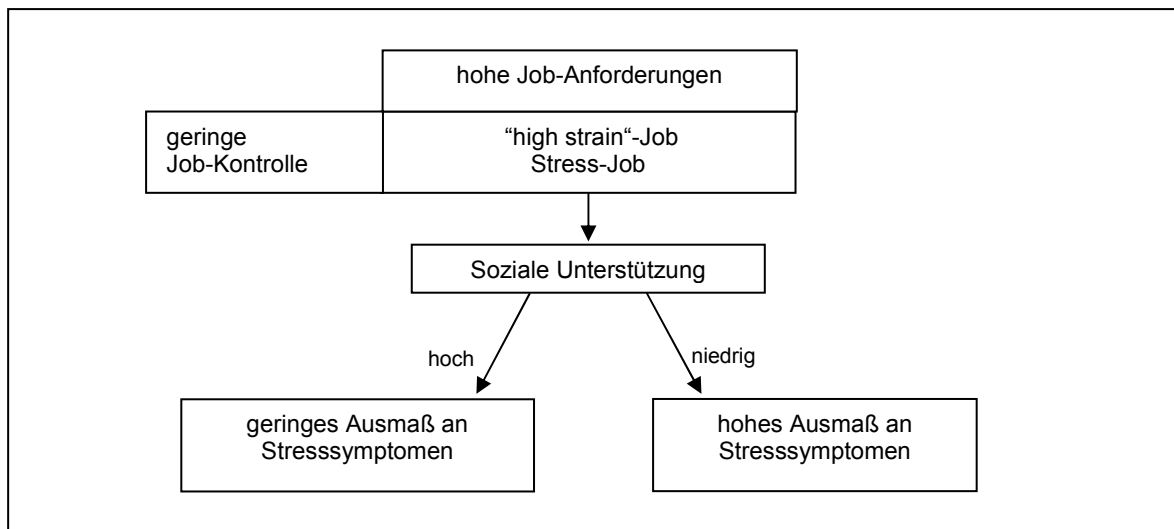


Abbildung 11. Das Job-Demand-Control-Support-Modell, veranschaulicht für die Bedingung des Stressjobs (eigene Darstellung).

Insbesondere bei den ungünstigen Bedingungen eines Stress-Jobs (hohe Anforderungen bei geringer Kontrolle) wirkt diesem Modell nach die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz als Moderatorvariable: Erhält ein Arbeiter in einem Stress-Job wenig soziale Unterstützung, werden seine Stresssymptome zunehmen. Arbeitet eine Person an einem Arbeitsplatz mit geringen Kontrollmöglichkeiten bei hohen Anforderungen und erhält dabei aber hohe soziale Unterstützung, wird angenommen, dass die hohe soziale Unterstützung

mildernd in Bezug auf die Stresssymptomatik wirkt. Befunde zu diesen Modellen werden ausführlich unter Abschnitt 1.5.1.1 der vorliegenden Arbeit berichtet.

Zusammenfassung

Die hier dargestellten Ansätze der arbeitspsychologischen Stressforschung setzen unterschiedliche Schwerpunkte: Während das Konzept des Rollenstress (Kahn et al., 1964) v.a. auf stresserzeugende Hindernisse bei der Aufgabenerfüllung fokussiert (vgl. Tabelle 1), betont die Handlungsregulationstheorie (Hacker, 1986) neben dem Aspekt der Hindernisse bei der Aufgabenerfüllung auch den Aspekt der Qualität der Arbeitsaufgabe. Außerdem geht die Handlungsregulationstheorie bei Vorliegen vollständiger Tätigkeiten von einer Persönlichkeitsförderlichkeit für das Individuum aus. Sie trifft also nicht nur Vorhersagen in Bezug auf die Stressentstehung aufgrund spezifischer Arbeitsbedingungen, sondern auch in Bezug auf positive Entwicklungsmöglichkeiten des Arbeitenden.

Eine mögliche positive Weiterentwicklung des Arbeitenden aufgrund spezifischer Arbeitsplatzfaktoren wird auch in dem Modell von Karasek (1979) angenommen, nämlich bei Vorliegen eines aktiven Jobs, der hohe Anforderungen mit hohen Kontrollmöglichkeiten kombiniert. Stresssymptome hingegen entstehen diesem Modell nach v.a. in Stress-Jobs, bei denen hohe Anforderungen mit niedrigen Kontrollmöglichkeiten einhergehen. Ungünstige Auswirkungen auf den Arbeitenden sollen aber auch in den so genannten passiven Jobs bestehen, da Karasek (1979) für diese Personen, die am Arbeitsplatz geringe Anforderungen und geringe Kontrollmöglichkeiten erleben, annimmt, dass ihr gesamtes Aktivitätslevel auch außerhalb der Arbeit absinkt.

Das Person-Environment-Fit-Modell geht davon aus, dass Stress bei mangelnder Passung zwischen Person und Umwelt (Arbeitsplatz) entsteht (Caplan, 1983). Dieses Modell betont aber neben der Stressentstehung auch mögliche Eingriffsmöglichkeiten des Individuums in diesen Stressprozess (nämlich über Coping und Abwehr). Die Rolle des Arbeitenden wird auch im Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996) hervorgehoben. Es beschreibt, unter welchen Bedingungen ein Individuum eine stresserzeugende Imbalance zwischen Einsatz und Gratifikation trotzdem aufrechtzuerhalten wünschen kann (z.B. aus strategischen Gründen). Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen berücksichtigt neben der Rolle des Individuums auch am deutlichsten von allen vorgestellten Modellen den Aspekt der organisationalen Bedingungen (vgl. Tabelle 1), z.B. Zukunftsaussichten oder Anerkennung.

1.5 Empirische Befunde zur Wirkung der Arbeit

Im Folgenden sollen empirische Befunde zur Auswirkung von Arbeitsplatzfaktoren auf den Menschen vorgestellt werden. Gemäß der Gliederung erfolgt zunächst die Vorstellung von Befunden zur Wirkung der Arbeit bei nicht-klinischen Stichproben, d.h. im Rahmen der vorgestellten Studien wurden Personen untersucht, bei denen nicht bekannt war, ob eine psychische Störung vorlag (Abschnitt 1.5.1). Dort werden auch Befunde, die sich im Rahmen des Karasek-Modells ergaben (Abschnitt 1.5.1.1), vorgestellt, außerdem wird auf Befunde zur Rolle interindividueller Unterschiede im Stressprozess eingegangen (Abschnitt 1.5.1.2). Anschließend werden Befunde zu Auswirkungen der Arbeit vorgestellt, die an Stichproben psychisch Erkrankter erhoben wurden (Abschnitt 1.5.2). Abschließend erfolgt die Darstellung von empirischen Befunden, die sich dem Vergleich klinischer und nicht klinischer Stichproben in Bezug auf die Wirkung von Arbeitsplatzfaktoren widmeten (Abschnitt 1.5.3).

1.5.1 Auswirkungen der Arbeit in nicht-klinischen Stichproben

Eine Befragung von Führungskräften der chemischen Industrie (Initiative Neue Qualität der Arbeit, INQA, 2005) ergab, dass die Führungskräfte einen Wandel in ihren Arbeitsbedingungen erleben: 76% der Führungskräfte berichteten, mehr Verantwortung zu tragen als früher, 85% müssten länger arbeiten als früher, zusätzlich gaben 72% an, das Betriebsklima sei schlechter als früher. Auf der subjektiven Erlebensebene ergab sich daraus, dass 46% nun weniger gern zur Arbeit gingen als früher, 28% fühlten sich häufig gestresst und überfordert, 28 % der Führungskräfte nahmen sogar an, dass sie infolge von Mehrbelastung am Arbeitsplatz selbst physische oder psychische Erkrankungen erlitten hätten (INQA, 2005). Aktuell häufen sich zudem Hinweise darauf, dass gerade unter Führungskräften der Konsum illegaler Drogen zunimmt, was ebenfalls mit wachsenden Arbeitsanforderungen in Zusammenhang gebracht wird (vgl. Schönefeldt, 2007).

Diese Zahlen verdeutlichen, dass in der Selbstwahrnehmung der Arbeitenden Belastungen am Arbeitsplatz zum einen zunehmen und zum anderen zu (psycho-) somatischen Symptomen oder Erkrankungen führen können. Diese hier geschilderte subjektive Annahme von arbeitenden Personen bezüglich der Wirkung von Arbeitsplatzbelastungen auf die Entstehung von psychosomatischen Symptomen oder Erkrankungen wurde durch eine Vielzahl von Studien (auch unter Verwendung objektiver

Daten) gestützt. Im Folgenden soll ein Überblick über wichtige Studien aus diesem Bereich gegeben werden.

In den Jahren 1977 bis 1983 wurde das groß angelegte deutsche Forschungsprojekt „Psychischer Stress am Arbeitsplatz“ (Greif, Bamberg & Semmer, 1991) durchgeführt. Ziele dieses Projekts lagen neben der Entwicklung von geeigneten Untersuchungsinstrumenten für diesen Forschungsbereich v.a. darin, Hypothesen über den Zusammenhang von Stress am Arbeitsplatz und langfristigen gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen wissenschaftlich zu überprüfen. Als Stichprobe dienten dieser Untersuchung $N = 1424$ männliche Arbeiter aus elf Betrieben der Stahl- und Metallindustrie, später wurde die Untersuchung auf eine Stichprobe von Büroarbeitern erweitert (Zapf, 1991). Die Längsschnittuntersuchungen umfassten etwa einen Zeitraum von 1,25 Jahren, die erhobenen Daten beinhalteten Beobachterurteile und Selbstbeurteilungen. Aus diesem umfassenden Großprojekt sollen im Folgenden die Befunde von drei Untersuchungen näher dargestellt werden (Frese, 1991, Frese & Semmer, 1991 sowie Dunckel, 1991; siehe Tabelle 2).

Im Rahmen des Projekts untersuchte Frese (1991) die Verursachungshypothese, die davon ausgeht, dass Arbeitsstressoren negative Auswirkungen auf die psychische und psychosomatische Befindlichkeit der Arbeitenden haben. Insbesondere zwei Alternativhypothesen erschienen von der Verursachungshypothese abgrenzbar:

- a) Ein Zusammenhang zwischen Stressbedingungen und psychosomatischen Beschwerden kann durch Drittvariablen (oder Methodenkonfundierung) entstehen (Drittvariablenhypothese).
- b) Die psychosomatischen Beschwerden erzeugen die Stressbedingungen (umgekehrte Verursachungshypothese; Drift-Hypothese).

Frese (1991) griff auf Daten der Längsschnittuntersuchung und zweier Querschnittsuntersuchungen des Projekts „Psychischer Stress am Arbeitsplatz“ (Greif et al., 1991) zurück. Ihm gelang eine Bestätigung der Verursachungshypothese v.a. durch den Ausschluss der Alternativhypothesen. Anhand der vorliegenden Längsschnittdaten konnte Frese (1991) zeigen, dass psychische Stressoren („Konzentration und Zeitdruck“, „Unsicherheit“, „organisationale Probleme“, „Umgebungsbelastungen“ und „Unfallgefahr“; siehe Tabelle 2) zum ersten Messzeitpunkt die psychosomatischen Beschwerden zum zweiten Messzeitpunkt signifikant vorhersagen konnten ($r = .41$). Wurden Drittvariablen wie „finanzielle Situation“ oder „Arbeitsplatzunsicherheit“, „Lebensbedingungen der unteren Schichten“ aus dieser Beziehung auspartialisiert, wurde die Höhe der Korrelation etwas geschwächt ($r = .35$), der signifikante Zusammenhang blieb aber erhalten.

Die Hypothese der Drittvariablen konnte außerdem bezüglich des Zusammenhangs der psychischen Stressoren und der psychosomatischen Beschwerden nicht bestätigt

werden: Diese Korrelationen blieben auch unter Heranziehung „objektiver“ (basierend auf Fremdratings durch Beobachtereinschätzungen) statt „subjektiver“ (basierend auf Selbstauskunft) psychischer Stressormäße signifikant; das Weiterbestehen der signifikanten Korrelation auch unter Heranziehung „objektiver“ Maße wurde als Hinweis darauf gewertet, dass die gefundenen Zusammenhänge kein Methodenartefakt seien. Für die Maße der physischen Stressoren („einseitige Belastung“ und „physische Intensität“) hingegen verloren die Korrelationen mit psychosomatischen Beschwerden ihre Signifikanz, wenn objektive Maße zur Erfassung der physischen Stressoren herangezogen wurden. Hier diskutierte der Autor (Frese, 1991) aber unterschiedliche mögliche Gründe, u.a. die eventuell zu geringe Validität und Trennschärfe der verwendeten Skalen für physische Belastung.

Die Überprüfung der umgekehrten Verursachungshypothese fiel ebenfalls negativ aus (siehe Abbildung 12): Die Beschwerden zum ersten Messzeitpunkt zeigten keinen signifikanten Zusammenhang zu den Stressoren zum zweiten Messzeitpunkt. Frese (1991) kam zu dem Schluss, dass „frühere Stressoren ... zu späteren psychosomatischen Beschwerden [führten]“ (Frese, 1991, S. 130), dass aber frühere psychosomatische Beschwerden nicht zu einer Erhöhung der später gemessenen Stressoren führten.

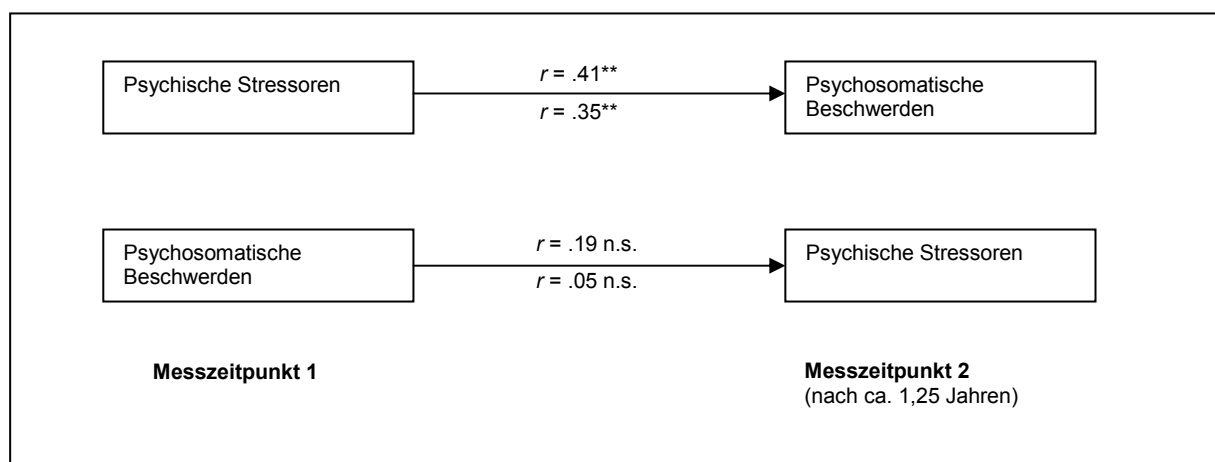


Abbildung 12. Graphische Darstellung der Befunde aus der Studie von Frese (1991).

Anmerkungen. ** hoch signifikant ($p < .01$), n.s. nicht signifikant ($p < .1$). Die Korrelationen unter den Pfeilen stellen jeweils Partialkorrelationen dar (Kontrolle der Variablen „finanzielle Situation“, „Arbeitsplatzunsicherheit“ und „Lebensbedingungen der unteren Schichten“).

Frese und Semmer (1991) belegten mittels des Datensatzes des Projekts „Psychischer Stress am Arbeitsplatz“ (Greif et al., 1991), dass in einer Gruppe von Personen mit geringem Handlungsspielraum im Längsschnitt der Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Stressoren und psychosomatischen Beschwerden signifikant positiv ($r =$

.38) war, während er in der Gruppe der Personen mit hohem Handlungsspielraum (Mediansplit) geringer und nicht signifikant ($r = .26$) wurde. Allerdings unterschieden sich die beiden Korrelationen nicht signifikant voneinander. Bezüglich der möglichen Moderatorvariable der sozialen Unterstützung fanden die Autoren analoge Ergebnisse: In der Gruppe mit geringer sozialer Unterstützung (v.a. durch Vorgesetzte und Ehepartner) fanden sich höhere Korrelationen zwischen Stressoren und psychosomatischen Beschwerden als in der Gruppe mit hoher sozialer Unterstützung. Hierbei ist noch anzumerken, dass die Autoren eine konservative Methode anwendeten und die psychosomatischen Beschwerden zum ersten Messzeitpunkt auspartialisieren. Wenn die soziale Unterstützung durch Kollegen zum ersten Messzeitpunkt niedrig war, so ergab sich eine hoch signifikante positive Korrelation zwischen sozialen Stressoren und psychosomatischen Beschwerden ($r = .41$). War die Unterstützung durch Kollegen hingegen hoch, verlor die Korrelation an Höhe und Signifikanz ($r = -.12$). Diese beiden Korrelationen unterschieden sich hoch signifikant voneinander. Ein ähnliches Muster fand sich auch für die Unterstützung durch Vorgesetzte (Frese & Semmer, 1991). Die Ergebnisse dieser Teilstudie belegen, dass hohe soziale Unterstützung und hoher Handlungsspielraum die positive Korrelation zwischen Stressoren und psychosomatischen Beschwerden verringern oder sogar verschwinden lassen können. Hier wird die förderliche Funktion von Ressourcen am Arbeitsplatz (am Beispiel der sozialen Unterstützung und des Handlungsspielraums) für die seelische Gesundheit besonders deutlich.

Dunckel (1991) gelang im Rahmen dieses Forschungsprojekts (Greif et al., 1991) durch eine Fragebogenerhebung an $N = 840$ arbeitenden Personen clusteranalytisch ein Beleg für unterschiedliche „Arbeitsplatztypen“, die er in sein „dreidimensionales Modell zur Analyse von Mehrfachbelastung“ einordnen konnte. Das Modell sagt aufgrund unterschiedlicher Ausprägungen der Arbeitsplatzbedingungen (bezüglich der drei Variablen Handlungsspielraum, Regulationshindernisse und Regulationsanforderungen) unterschiedliche Wirkungen auf die psychosoziale Gesundheit hervor. Es konnte gezeigt werden, dass das Zusammenwirken der drei Dimensionen der Arbeitsplatzbedingungen „besondere Effekte in Bezug auf Merkmale der psychosozialen Gesundheit“ (Dunckel, 1991, S. 167) hat: Konstellationen mit geringem Handlungsspielraum und geringen Anforderungen wirkten sich in dieser Untersuchung eher auf Depressivität, Selbstwertgefühl, Arbeits- und Lebenszufriedenheit (mit ungünstiger Wirkrichtung) aus. Konstellationen mit hohen Regulationshindernissen (Stressoren) wirkten sich eher auf psychosomatische Beschwerden, Krankheitssymptome und Gereiztheit aus.

Die hier geschilderten Ergebnisse aus der Studie „Psychischer Stress am Arbeitsplatz“ (Greif et al., 1991) sind nur ein Auszug der umfassenden Untersuchungen und Ergebnisse dieses Projekts. Es wurden hier die Ergebnisse geschildert, die eine besondere Relevanz hinsichtlich der hier vorliegenden Untersuchung aufweisen.

Tabelle 2

Übersicht über die Ergebnisse dreier Teilstudien aus dem Großprojekt „Psychischer Stress am Arbeitsplatz“ (Greif et al., 1991) zu den Auswirkungen von Arbeitsplatzbedingungen auf psychosomatische Beschwerden

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	UV	AV	Ergebnisse
Frese (1991)	N = 1424 männliche Arbeiter der Metall- und Stahlindustrie;	M1: - physische Stressoren (einseitige Belastung und physische Integrität) - psychische Stressoren („Konzentration und Zeitdruck“, „Unsicherheit“, „organisatorische Probleme“, „Umgebungsbelastungen“ und „Unfallgefahr“) - psychosomatische Beschwerden	M2: - psychosomatische Beschwerden - physische Stressoren - psychische Stressoren	- Korrelation der psychischen Stressoren zu Messzeitpunkt 1 (M1) mit psychosomatischen Beschwerden zu Messzeitpunkt 2 (M2): $r = .35$ (unter Auspartialisierung der finanziellen Situation, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebensbedingungen der unteren Schichten) - kein Zusammenhang zwischen physischen Stressoren zu M1 und psychosomatischen Beschwerden zu M2 - kein Zusammenhang zwischen psychosomatischen Beschwerden zu M1 und Stressoren zu M2
Frese & Semmer (1991)	Längsschnittdaten über etwa 1,25 Jahre	M1: - soziale Unterstützung - Handlungsspielraum - Stressoren	M2: - psychosomatische Beschwerden	- für Personen mit geringem Handlungsspielraum: signifikante positive Korrelation zwischen wahrgenommenen Stressoren und psychosomatischen Beschwerden ($r = .38$); für Personen mit hohem Handlungsspielraum wurde Korrelation nicht signifikant - Für Personen mit geringer sozialer Unterstützung durch Kollegen: signifikant höherer Zusammenhang zwischen Stressoren und psychosomatischen Beschwerden ($r = .41$) als für Personen mit geringer sozialer Unterstützung ($r = -.12$)
Dunckel (1991)	Querschnitt an N = 840 Arbeitern, Fragebogen-erhebung	- Handlungsspielraum - Regulationshindernisse - Regulationsanforderungen	- Depressivität - Selbstwertgefühl - Arbeitszufriedenheit - Lebenszufriedenheit - Psychosomatische Beschwerden - Krankheitssymptome - Gereiztheit	- geringer Handlungsspielraum und geringe Anforderungen: ungünstige Auswirkungen auf Depressivität, Selbstwertgefühl, Arbeits- und Lebenszufriedenheit - hohe Regulationshindernisse: ungünstige Auswirkungen auf psychosomatische Beschwerden, Krankheitssymptome und Gereiztheit

Anmerkungen. M1 = erster Messzeitpunkt, M2 = zweiter Messzeitpunkt.

Es folgten zahlreiche weitere Studien (z.B. Vahtera, 2000; Sonnentag, 1996) zur stresserhöhenden Wirkung vorliegender Stressoren (Regulationshindernisse, z.B. Zeitdruck, arbeitsorganisatorische Probleme, hohe Anforderungen) am Arbeitsplatz, ebenso wurde wiederholt über die stressmildernde Wirkung von Ressourcen (z.B. Handlungsspielraum, soziale Unterstützung) berichtet (z.B. Melchior, Niedhammer, Berkman & Goldberg, 2003; Kaluza, Hanke, Keller & Basler, 2002). Auf einige wichtige Ergebnisse dieser Studien soll im Folgenden detaillierter eingegangen werden (siehe Tabelle 3).

Kaluza, Hanke, Keller und Basler (2002) erfassten in einer querschnittlich angelegten Fragebogenuntersuchung an einer Stichprobe von 1420 Universitätsbeschäftigten, ob der

Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Rückenschmerzaktivität durch die Variablen soziale Unterstützung, Arbeitszufriedenheit und sportliche Aktivität moderierte wird. Sie gingen also der Frage nach salutogenen Faktoren bei chronischen Rückenschmerzen nach. Im Ergebnis fanden die Autoren, dass zwischen Rückenschmerzaktivität und Arbeitsbelastung eine positive Beziehung bestand. Die Variable Arbeitsbelastung setzte sich aus den drei Skalen „körperliche“, „psychomenteale“ und „sozioemotionale Arbeitsbelastung“ zusammen. Hier zeigte sich für „körperliche“ und „sozioemotionale Arbeitsbelastung“ ein Zusammenhang zur Rückenschmerzaktivität, nicht aber für die Skala „psychomenteale Arbeitsbelastung“. Bezüglich der angenommenen Moderatorvariablen ergaben sich differentielle Ergebnisse: Die Arbeitszufriedenheit zeigte signifikant negative Zusammenhänge sowohl mit der Rückenschmerzaktivität als auch mit der Arbeitsbelastung: Je höher die Arbeitszufriedenheit war, desto weniger Rückenschmerzaktivität bzw. Arbeitsbelastungen wurden berichtet. Bei den Personen, die hohe subjektive Arbeitsbelastung (3. und 4. Quartil) berichteten, konnten Kaluza et al. (2002) einen schwachen Puffer-Effekt der Arbeitszufriedenheit auf die Rückenschmerzaktivität aufzeigen, d.h. in diesen Gruppen gaben Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit (Mediansplit) signifikant geringere Rückenschmerzaktivität an, ein „Moderatoreffekt i.S. eines Schutzschild-Effektes bestätigt[e] sich hingegen nicht.“ (Kaluza et al., 2002, S. 164-165). Bezüglich der sozialen Unterstützung ergab sich ein ähnliches Bild: Nur in dem Quartil mit der höchsten Arbeitsbelastung zeigte sich ein Rückgang der Rückenschmerzaktivität mit steigender sozialer Unterstützung. Hinsichtlich der sportlichen Aktivität ergab sich folgendes Muster: Personen, die kein- bis zweimal pro Woche Sport trieben, erlebten mit steigender Arbeitsbelastung eine zunehmende Rückenschmerzaktivität. Bei Personen, die häufiger als zweimal pro Woche Sport trieben, zeigte sich kein signifikanter Effekt der Arbeitsbelastung auf die Rückenschmerzaktivität; hier gelang den Autoren nach eigenen Angaben der Nachweis eines „Schutzschild-Effekt[s] häufigen Sporttreibens auf die belastungskorrelierte Rückenschmerzaktivität“ (Kaluza et al., 2002, S. 165). Ein Puffer-Effekt des Sporttreibens (d.h. das Sporttreiben hätte nur beim Vorliegen hoher Arbeitsbelastungen einen positiven Effekt) konnte hingegen nicht aufgezeigt werden.

Sonnentag (1996) brachte 41 Studien ($N = 14019$) zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischem Befinden bei Männern und Frauen in eine Metaanalyse ein. In den Maßen der Arbeitsbedingungen wurden hier gemäß der Handlungsregulationstheorie drei Aspekte unterschieden: Regulationsanforderungen (Arbeitskomplexität, Variabilität, Vollständigkeit der Tätigkeit), Regulationsbehinderungen (Stressoren wie Zeitdruck, Konzentrationsanforderungen, Arbeitsunterbrechungen, fehlende Informationen, soziale Stressoren, Lärm) und Ressourcen, die einer Person dabei helfen können, Stressoren zu bewältigen (z.B. Handlungsspielraum und soziale Unterstützung).

Das Maß des psychischen Befindens wurde in den Studien mittels Arbeitszufriedenheit und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit erfaßt. Im Rahmen der Metaanalyse ergab sich eine gewichtete mittlere Korrelation von $r = -.10$ zwischen Stressoren und Arbeitszufriedenheit. Die gewichtete mittlere Korrelation zwischen Stressoren und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit lag bei $r = .22$. Der Zusammenhang zwischen Handlungsspielraum und Arbeitszufriedenheit lag bei $r = .32$, wobei sich hier ein Geschlechtsunterschied zeigte, da für Männer dieser Zusammenhang noch deutlicher ausgeprägt war als für Frauen ($r_{\text{Männer}} = .37$ gegenüber $r_{\text{Frauen}} = .23$). Es wurde kein signifikanter direkter Zusammenhang zwischen Handlungsspielraum und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit gefunden. Zwischen Regulationsanforderungen (Arbeitskomplexität und Einsatz von Fähigkeiten) und Arbeitszufriedenheit ergab sich ein Zusammenhang von $r = .37$.

Die Autorin (Sonnentag, 1996) bemerkte abschließend, dass sich die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit bzw. zwischen Arbeitsbedingungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit zwischen Männern und Frauen nicht wesentlich unterschieden. Der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit erschien in der Tendenz höher als der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit, was dadurch erklärt werden könnte, dass die psychische Gesundheit neben dem Einfluss der Arbeitsbedingungen noch durch eine größere Anzahl weiterer Variablen beeinflusst werde als die Arbeitszufriedenheit (Sonnentag, 1996).

Als weiterer potentieller Stressor am Arbeitsplatz wird das Ausmaß erforderlicher Emotionsarbeit angesehen. Emotionsarbeit ist definiert als eine Form der emotionalen Regulation, die der Arbeitende leisten muss, um die Emotionen, die von der Organisation erwünscht werden, zu zeigen (Zapf & Holz, 2006). Dies hat besondere Relevanz in Dienstleistungsberufen, die von freundlichem Auftreten des Personals gegenüber Kunden unmittelbar profitieren. Hochschild (1990) hatte angenommen, dass sich Emotionsarbeit langfristig immer negativ auf den Menschen auswirke. Dormann, Zapf und Isic (2002) kamen in ihrer Untersuchung jedoch zu einer differenzierteren Beurteilung der Wirkung unterschiedlicher Aspekte der Emotionsarbeit auf den Menschen: Emotionsarbeit -analog zu anderen Arbeitstätigkeiten- habe sowohl positive als auch negative Konsequenzen (Dormann et al., 2002).

Tabelle 3

Auswirkungen der Arbeitsfaktoren auf psychosomatische Beschwerden bei nicht-klinischen Stichproben

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	UV	AV	Ergebnisse
Kaluza, Hanke, Keller & Basler (2002)	Querschnitt an $N = 1420$ Universitätsbeschäftigten	- Arbeitsbelastung: - körperlich - psychomental - sozioemotional - soziale Unterstützung - Arbeitszufriedenheit - sportliche Aktivität	- Rücken-schmerz-aktivität	- körperliche und sozioemotionale Arbeitsbelastungen gehen mit höherer Rückenschmerzaktivität einher Bei hoher Arbeitsbelastung: Bei hoher Arbeitszufriedenheit (bzw. hoher sozialer Unterstützung) → geringere Rückenschmerzaktivität als bei niedrigerer Arbeitszufriedenheit (bzw. geringerer sozialer Unterstützung) → Puffer-Effekt der sozialen Unterstützung und der Arbeitszufriedenheit - Moderatoreffekt der sportlichen Aktivität: Sport kein- bis zweimal pro Woche: positive Beziehung zwischen Arbeitsbelastung und Rückenschmerzaktivität; Sport häufiger als zweimal pro Woche: kein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Rückenschmerzaktivität → Schutzschild-Effekt des Sporttreibens
Sonntag (1996)	Metaanalyse von 41 Studien zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischem Befinden $N = 14019$	- Regulationsanforderungen - Regulationsbehinderungen (Stressoren) - Ressourcen	- Arbeitszufriedenheit - Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit	- $r(\text{Regulationsanforderungen} - \text{Arbeitszufriedenheit}) = .37$ - $r(\text{Regulationsanforderungen} - \text{Beeinträchtigung psychische Gesundheit})$: keine Angaben - $r(\text{Stressoren-Arbeitszufriedenheit}) = -.10$ - $r(\text{Stressoren-Beeinträchtigung psychische Gesundheit}) = .22$ - $r(\text{Handlungsspielraum-Arbeitszufriedenheit}) = .32$ (für Männer höher als für Frauen) - $r(\text{Handlungsspielraum-Beeinträchtigung psychische Gesundheit})$: n.S.
Dormann, Zapf & Isic (2002)	Querschnitt, Fragebogenerhebung an $N = 250$ Call Center-Beschäftigten	<u>ISTA-Skalen:</u> - Handlungsspielraum - Zeitspielraum - Arbeitskomplexität - arbeitsorganisatorische Probleme - Unsicherheit - Zeitdruck <u>FEWS-Skalen:</u> - positive Emotionen - negative Emotionen - Sensitivitätsanforderungen - routinisierte Umgang mit Emotionen - Interaktions-spielraum - emotionale Dissonanz	- psychosomatische Beschwerden	Psychosomatische Beschwerden wurden vorhergesagt durch arbeitsorganisatorische Probleme (+), Sensitivitätsanforderungen (+), Zeitspielraum (-), Variabilität (-), Häufigkeit des Einsatzes negativer Emotionen (-), tendenziell trug emotionale Dissonanz zur Vorhersage bei (+).
			„Burnout“: - emotionale Erschöpfung - Entpersönlichung - persönliche Leistungsfähigkeit	Emotionale Erschöpfung vorhergesagt durch emotionale Dissonanz (+), Unsicherheit (+), arbeitsorganisatorische Probleme (+) und Zeitdruck (+). Entpersönlichung vorhergesagt durch emotionale Dissonanz (+), Unsicherheit (+) und Häufigkeit des Einsatzes negativer Emotionen (+). Persönliche Leistungsfähigkeit vorhergesagt durch Komplexität (+), Häufigkeit des Einsatzes negativer Emotionen (+) und arbeitsorganisatorische Probleme (-).
			- Gereiztheit/ Belastetheit	Vorhersage von Gereiztheit/ Belastetheit durch Handlungsspielraum (+), tendenziell trugen arbeitsorganisatorische Probleme (+), soziale Stressoren (+) und Sensitivitätsanforderungen (+) zur Vorhersage bei
			- Selbstwertgefühl	Vorhersage des Selbstwertgefühls durch Häufigkeit des Einsatzes negativer Emotionen (+), tendenziell durch soziale Stressoren (-).
Melchior, Niedhammer, Berkman & Goldberg (2003)	Längsschnitt über 6 Jahre an 9631 männlichen und 3595 weiblichen Angestellten des französischen nationalen Gas- und Elektrizitätsunternehmens	- Kontrolle - soziale Unterstützung - Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz	- AU-Tage	- UVs hatten unabhängige signifikante Effekte auf die Fehltagelast sechs Jahre später - niedrige Kontrolle und niedrige soziale Unterstützung (Mediansplit) erklärten 17% bis 24% des Anstiegs der AU-Tage bei Männern und Frauen - niedrige Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen und niedrige soziale Unterstützung erklärten 10% bis 26% des Anstiegs an Fehltagen bei Männern

Anmerkungen. UV = unabhängige Variable, AV = abhängige Variable, - = negative Wirkrichtung, + = positive Wirkrichtung, AU = Arbeitsunfähigkeit.

Im Rahmen ihrer Untersuchung zu Auswirkungen von emotionalen Anforderungen bei Call-Center-Arbeitsplätzen erhoben sie Querschnittsdaten an $N = 250$ Call-Center-Beschäftigten (Dormann et al., 2002). Als unabhängige Variablen wurden die Skalen „Handlungsspielraum“, „Zeitspielraum“, „Arbeitskomplexität“, „Arbeitsorganisatorische Probleme“, „Unsicherheit“ und „Zeitdruck“ des ISTA (Version 6.0; Semmer, Zapf & Dunckel, 1999) eingesetzt (siehe Tabelle 3). Außerdem wurden die Frankfurter Skalen zur Emotionsarbeit (Version 3.0; Zapf, Mertini, Seifert, Vogt & Isic, 1999) eingesetzt (mit den Skalen „positive Emotionen“, „negative Emotionen“, „Sensitivitätsanforderungen“, „routinisierte Umgang mit Emotionen“, „Interaktionsspielraum“ und „emotionale Dissonanz“). Als abhängige Variablen wurden „psychosomatische Beschwerden“, „Burnout“, „Gereiztheit/Belastetheit“ und „Selbstwertgefühl“ erfasst.

Es ergaben sich sowohl hypothesenkonforme als auch -konträre Befunde: „Emotionale Dissonanz“ (Zeigen von nicht gefühlten Emotionen oder Unterdrückung gefühlter, aber unerwünschter Gefühle) leistete in hierarchischen Regressionsanalysen den größten signifikanten Beitrag ($\beta = .30$) zur Vorhersage von „emotionaler Erschöpfung“. Außerdem signifikante Beiträge lieferten die Skalen „Unsicherheit“ ($\beta = .16$), „Arbeitsorganisatorische Probleme“ ($\beta = .21$) und „Zeitdruck“ ($\beta = .20$).

Zur Vorhersage von „Entpersönlichung“ (im Englischen: „depersonalization“; der Ausdruck umschreibt ein Gefühl, andere Menschen wie Objekte zu behandeln) leistete wiederum die „emotionale Dissonanz“ den größten signifikanten Beitrag ($\beta = .22$) neben signifikanten Einflüssen von „Unsicherheit“ ($\beta = .21$) und „Häufigkeit des Einsatzes negativer Emotionen“ ($\beta = .14$). Die dritte Skala des Burnout-Konstrukts „persönliche Leistungsfähigkeit“, wurde vorhergesagt durch „Komplexität“ ($\beta = .27$), „Häufigkeit des Einsatzes negativer Emotionen“ ($\beta = .27$) und einem negativen Einfluss „arbeitsorganisatorischer Probleme“ ($\beta = -.20$).

Bezüglich der Vorhersage der „psychosomatischen Beschwerden“ leistete die „emotionale Dissonanz“ den geringsten positiven Beitrag (tendenziell; $\beta = .12$). Signifikant positiv trugen hier „arbeitsorganisatorische Probleme“ ($\beta = .20$) und „Sensitivitätsanforderungen“ ($\beta = .18$) zur Vorhersage bei. Signifikant negativen Einfluss zeigten „Zeitspielraum“ ($\beta = -.14$), „Variabilität“ ($\beta = -.17$) und „Häufigkeit des Einsatzes positiver Emotionen“ ($\beta = -.16$).

Eine Vorhersage der Befindensvariable „Gereiztheit/Belastetheit“ gelang durch „Handlungsspielraum“ ($\beta = .17$). Tendenziell und in positiver Richtung trugen „arbeitsorganisatorische Probleme“ ($\beta = .16$), „soziale Stressoren“ ($\beta = .16$) und „Sensitivitätsanforderungen“ ($\beta = .13$) bei. „Selbstwertgefühl“ wurde durch die „Häufigkeit des Einsatzes negativer Emotionen“ positiv vorhergesagt ($\beta = .19$), tendenziell und negativ trugen „soziale Stressoren“ ($\beta = -.18$) zur Vorhersage bei.

Die Autoren hoben abschließend hervor, dass die „emotionale Dissonanz über alle abhängigen Variablen hinweg ein hypothesenkonformes Muster an Regressionskoeffizienten“ zeigte (Dormann et al., 2002, S. 212), weshalb davon auszugehen sei, dass emotionale Dissonanz einen bedeutsamen Stressor im Rahmen der Emotionsarbeit darstelle. Die Autoren betonten, dass die gefundenen Zusammenhänge zwar aufgrund des Querschnittsdesigns keine Kausalitätsschlüsse zuließen, dass aber das Auffinden der Zusammenhänge bemerkenswert sei, da Call-Center-Arbeiter nicht face-to-face interagierten, sondern lediglich „voice-to-voice“ (und somit keine Mimik, sondern nur den Tonfall der Stimme kontrollieren müssten, Dormann et al., 2002, S. 213), wobei trotzdem Zusammenhänge zwischen Emotionsarbeit und psychischem Befinden aufgezeigt werden konnten.

Zapf und Holz (2006) zeigten an zwei Stichproben von Servicemitarbeitern aus Call Centern, Hotels und Banken sowie Kindergärtnern ($N = 184$ und $N = 1158$) ebenfalls, dass von den unterschiedlichen Konstrukten der Emotionsarbeit vor allem die emotionale Dissonanz der stressauslösende Aspekt der Emotionsarbeit sei, während z.B. die Notwendigkeit des Zeigens positiver Gefühle oder Sensitivitätsanforderungen auch positive Auswirkungen auf die persönliche Leistung hätten.

Dormann und Zapf (2002) widmeten sich im Rahmen einer Längsschnittstudie an Vollzeitbeschäftigten unterschiedlicher Berufe ($N = 313$) der Frage, ob im Zusammenhang von sozialen Stressoren und depressiven Symptomen die Variable der Irritation als Mediator fungiere. Irritation soll psychische Beanspruchung, die im Kontext der Arbeit auftritt, bei klinisch nicht auffälligen Personen messen; Irritation gliedert sich in „kognitive Irritation“ („nicht abschalten können“) und „emotionale Irritation“ („agitierte Gereiztheitsreaktion“).

Den Autoren belegten im Rahmen eines Strukturgleichungsmodells dass keine direkten Effekte von sozialen Stressoren auf depressive Symptome bestanden, sondern dass indirekte Effekte der sozialen Stressoren über Irritation auf depressive Symptome vorlagen (wobei dies nur gelang, wenn zwischen der Erhebung der sozialen Stressoren und der depressiven Symptome ein Zeitraum von zwei Jahren lag).

In einer prospektiv angelegten Untersuchung (Melchior, Niedhammer, Berkman & Goldberg, 2003) konnten die Effekte von Kontrolle und sozialer Unterstützung auf die Stressbelastung (hier operationalisiert über AU-Tage) ausgemacht werden. Die Studie umfasste einen Zeitraum von sechs Jahren und eine Stichprobengröße von 9631 Männern und 3595 Frauen (vgl. Tabelle 3), die beim französischen nationalen Gas- und Elektrizitätsunternehmen angestellt waren. Im Ergebnis zeigte sich, dass Kontrolle, soziale Unterstützung und Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz das Ausmaß der krankheitsbedingten Fehltag sechs Jahre später vorhersagen konnten. Psychosoziale

Arbeitsfaktoren und soziale Beziehungen hatten hier jeweils unabhängige Effekte auf die krankheitsbedingten Fehltag, es wurden keine Interaktionseffekte festgestellt.

Zusammenfassung

Die in diesem Abschnitt dargelegten Studien verdeutlichen, dass Arbeitsplatzmerkmale einen Einfluss auf das Stresserleben ausüben. Die Studien weisen darauf hin, dass ungünstige Arbeitsbedingungen (z.B. hohe Anforderungen, Lärm, soziale Stressoren) nicht nur mit Befindensbeeinträchtigungen, Arbeitsunzufriedenheit und psychosomatischen Beschwerden, sondern auch mit körperlichen Symptomen einhergehen. Außerdem konnte gezeigt werden, dass ungünstige Arbeitsplatzmerkmale mit höheren Fehlzeiten einhergehen, also nicht nur ein Schaden für den Arbeitenden, sondern auch für die Institution, in der er beschäftigt ist, entsteht.

Die stressmildernde Wirkung von Ressourcen (z.B. Handlungsspielraum oder soziale Unterstützung) wurde wiederholt herausgestellt. Insbesondere für die stressmildernde Wirkung des Handlungsspielraums sehen Frese und Semmer (1991) vier unterschiedliche Wege, über die diese Wirkung erfolgen könne: Wenn Handlungsspielraum vorhanden sei, könne der Stressor entweder direkt reduziert werden oder der Stressor wirke weniger „stressend“, da z.B. bei Lärm eine Arbeit zu einem anderen Zeitpunkt erledigt werden könne. Eine dritte Möglichkeit bestehe darin, dass innerhalb der Person die Stresswahrnehmung verändert werde; allein das Wissen darüber, dass man etwas ändern könne, wenn man wolle, führe zu einer verminderten Stressreaktion. Die vierte Möglichkeit sehen Frese und Semmer (1991) darin, dass der Mensch ein „Kontrollbedürfnis“ aufweise, das an einem entsprechenden Arbeitsplatz direkt befriedigt werde, was ihn zufriedener mache.

Im Folgenden soll gesondert auf empirische Befunde eingegangen werden, die im Rahmen des Karasek-Modells (1979) bzw. des Modells von Johnson und Hall (1988) erhoben wurden, denen auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine große Bedeutung zukommt.

1.5.1.1 Empirische Befunde im Rahmen der Karasek-Modelle

Karasek (1979) überprüfte das Job-Demand-Control-Modell (siehe Abschnitt 1.4.4.3) an Daten nationaler Erhebungen Schwedens und der Vereinigten Staaten. Diese Untersuchung soll im Folgenden ausführlicher dargestellt werden. Die schwedischen Daten stammten aus einer nationalen Umfrage (Johansson, 1971) an einer Zufallsstichprobe

erwachsener Personen, die 1968 und 1974 befragt wurden. Die amerikanischen Daten entstammten dem „University of Michigan Quality of Employment Survey“ von 1972, der eine nach Wohngebieten geschichtete Auswahl von Personen befragt.

Job-Anforderungen wurden vorrangig über Zeitdruck operationalisiert, Entscheidungsspielräume wurden vor allem über Entscheidungsbefugnis und geistige Ermessensspielräume operationalisiert, wobei in beiden Stichproben unterschiedliche (in den nationalen Befragungen erhobene) Ausgangsvariablen verwendet wurden, die Karasek (1979) zu den beiden unabhängigen Variablen „Job-Kontrolle“ und „Job-Anforderungen“ aggregierte. Die abhängige Variable „psychische Beanspruchung“ („mental strain“) wurde aus Items zu Erschöpfung (Müdigkeit am Morgen und komplette Erschöpfung am Abend) und zu depressiven Symptomen (Nervosität, ängstliche Besorgnis [„anxiety“], Schlafprobleme, Sorgen [„worry“], Depression) konstruiert.

Karasek (1979) fand entsprechend seiner Hypothese, dass insbesondere Personen in Stress-Jobs ein hohes Ausmaß an Stress-Symptomen berichteten (vergleiche Tabelle 4). Dies galt sowohl für die schwedische als auch für die amerikanische Stichprobe. Außerdem konnte innerhalb der schwedischen nationalen Befragung auch auf Fremdratings des Entscheidungsspielraums zurückgegriffen werden; der Interaktionseffekt zwischen Entscheidungsspielraum und Stressoren (in Bezug auf das Ausmaß an Stress-Symptomen) konnte sowohl in den Selbst- als auch in Fremdratings nachgewiesen werden, weshalb kein Wahrnehmungsartefakt der Arbeitenden vorzuliegen schien (auch in aktuellen Studien erfolgt die Erhebung von Arbeitsanforderungen und Belastetheit häufig durch Fragebogendaten [also durch Selbstauskunft]; bei den gefundenen Zusammenhängen ist ein [reines] Methodenartefakt aber auszuschließen, da auch arbeitsanalytisch gewonnene Daten bezüglich der Arbeitsbedingungen Zusammenhänge zu Befindensvariablen aufweisen; Mohr & Semmer, 2002).

Des Weiteren fand Karasek (1979), dass Personen, die in einem Stress-Job arbeiteten, neben einem höheren Ausmaß an erlebter psychischer Beanspruchung auch höhere Medikamenteneinnahme und höhere Arbeitsunfähigkeitstage aufwiesen (schwedische Daten). Die Arbeitszufriedenheit war bei Personen in Stress-Jobs am geringsten, unzufrieden mit der Arbeit zeigten sich aber auch Personen in „low strain“-Jobs, was Karasek (1979) im Sinne Selyes (1956) umgekehrter u-förmigen Beziehung der Stressadaptation interpretierte: Weder zu viel, noch zu wenig „strain“ sei dem Organismus zuträglich, wobei Karasek jedoch hinzufügte: „too much strain is clearly worse than too little“ (Karasek, 1979, S. 297).

Anhand der schwedischen Daten war außerdem eine längsschnittliche Auswertung möglich, da die entsprechenden Daten für 1968 und 1974 vorlagen. Hier fand Karasek (1979), dass mit steigendem Alter das Ausmaß an psychischer Beanspruchung zunahm,

wobei bei Arbeitern, bei denen die Jobanforderungen in diesem Zeitraum abnahmen, auch das Ausmaß an erlebten Stresssymptomen abnahm: „It is as though positive changes in the work environment reversed these effects of 'aging'“ (Karasek, 1979, S. 297).

Karaseks Modell (1979) bot v.a. den Vorzug, durch die Unterscheidung von Job-Anforderungen und Job-Kontrolle bisher inkonsistent erscheinende Ergebnisse zu erklären; so fand Ritti (1971) ein vermeintliches „Paradox“ in Bezug auf unterschiedliche Wirkungen steigender Arbeitsanforderungen: Wenn Jobanforderung in Form von Zeitdruck zunahm, nahm die Zufriedenheit ab, wenn aber die Jobanforderung in Form von intellektuellen Anforderungen zunahm, stieg die Zufriedenheit; dieser Befund konnte sich im Sinne von Karaseks Modell vorhersagen lassen, da anzunehmen war, dass höhere intellektuelle Anforderungen mit höherem Entscheidungsspielraum einhergingen.

Die Annahmen des Job-Demand-Control-Modells wurden auch auf physiologischer Ebene untersucht. In einem Review zur Beziehung zwischen Arbeitssituation sowie endokriner, metabolischer und kardiovaskulärer Aktivität beim Menschen berichteten Karasek, Russell und Theorell (1982) über physiologische Befunde zum Stressgeschehen im Rahmen des Job-Demand-Control-Modells. Die vorliegenden physiologischen Befunde (z.B. Lundberg & Frankenhauser, 1978; Risler & Elgerot, 1978) sprechen dafür, dass bei hohem Zeitdruck und geringer Kontrolle die Ausschüttung von Kortisol und Adrenalin hoch ist. Bei hohem Zeitdruck, aber gleichzeitig hoher Kontrolle hingegen ist nur die Ausschüttung von Adrenalin erhöht, die von Kortisol hingegen erniedrigt. Aus diesem Grund gingen die Autoren davon aus, dass Kortisol ein physiologisches Korrelat des psychologischen Phänomens des „high strains“ sein kann. Außerdem hoben Karasek et al. (1982) hervor, dass höhere Anforderungen am Arbeitsplatz in Kombination mit geringer Kontrolle zu einer erhöhten Herzrate und Blutdruckanstieg führten (z.B. Taggart & Carruthers, 1971). Dass Kortisol ein physiologisches Korrelat von Beanspruchungsreaktionen ist, wurde bereits von Selye (1936) angenommen. Ein erhöhter Kortisolspiegel (gemessen über Speichelproben) wurde auch als hormonale Reaktion des Körpers z.B. bei erhöhter mentaler Arbeit beobachtet (vgl. Fibiger, Evans & Singer, 1986).

Die empirischen Befunde zum Job-Demand-Control-Modell blieben in der Folge aber nicht frei von Widersprüchen: Landsbergis (1988) überprüfte das Job-Demand-Control-Modell an einer Stichprobe von $N = 289$ Beschäftigten zweier Krankenhäuser und eines Pflegeheims mittels Selbstauskunft über Fragebogen im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung. Ihm gelang keine Bestätigung des angenommenen interaktiven Effekts von Anforderungen und Kontrolle in der Vorhersage von Beanspruchungs-Maßen und Burnout-Konstrukten (Entpersönlichung und emotionale Erschöpfung). Er verwendete vier Einzelskalen zur Messung von „job strain“: Arbeitsunzufriedenheit, Depression, physischen Beanspruchung und Schlafprobleme. In keiner dieser Skalen war ein

Interaktionseffekt der unabhängigen Variablen nachweisbar, zwei additive Haupteffekte der unabhängigen Variablen konnten für alle abhängigen Variablen als signifikant ausgemacht werden.

Gemäß dem Quadrantenmodell der Klassifikation von Arbeitsplätzen in passive, aktive, „low strain“- und „high strain“-Jobs (siehe Abbildung 10) hingegen belegte Landsbergis (1988), dass Personen in „high strain“-Jobs gegenüber Personen in „low strain“-Jobs von höherer Arbeitsunzufriedenheit und höherer emotionaler Erschöpfung berichteten.

Auch in anderen Studien misslangen Belege für eine interaktive Wirkung von Anforderung und Kontrolle auf Stressmaße: In einer dänischen Studie konnten keine signifikanten Effekte von geringer Kontrolle und hohen Anforderungen auf das erhöhte Risiko einer Frühgeburt oder eines geringen Geburtsgewichts bei $N = 3503$ dänischen Frauen ausgemacht werden (Henriksen, Hedegaard & Secher, 1994). Zwar konnten an einer Stichprobe von $N = 3562$ israelischen Fabrikarbeitern signifikante Haupteffekte von niedriger Kontrolle und hohen Arbeitsanforderungen auf Irritabilität, somatische Beschwerden, Angst und Arbeitszufriedenheit aufgezeigt werden, aber eine interaktive Wirkung konnte nicht bestätigt werden (Kushnir & Melamed, 1991).

Fox, Dwyer und Ganster (1993) hingegen gelang querschnittlich der Nachweis einer interaktiven Wirkung von Kontrolle und wahrgenommenen Anforderungen auf Arbeitszufriedenheit, systolischen und diastolischen Blutdruck und Kortisollevel (Speichelprobe) bei $N = 136$ Krankenschwestern, wenn die Anforderungen durch Selbstratings erfasst wurden. Verwendeten die Autoren hingegen „objektive“ Maße der Anforderungen (indem die Oberschwester für jede Krankenschwester angab, wie viele Patientenkontakte jede Schwester zu absolvieren habe, für wie viele Patienten sie zuständig sei und wie viele Todesfälle die betreffende Schwester im vergangenen Jahr erlebt hatte) ergaben sich in der Gesamtheit keine hypothesenkonforme Befunde: Zur Vorhersage des Kortisollevels ergab sich lediglich eine signifikante Interaktion zwischen Kontrolle und Anzahl der Patientenkontakte. Andere Interaktionen wurden nicht signifikant und die Interaktion zwischen wahrgenommener Kontrolle und Anzahl der Todesfälle zur Vorhersage der Arbeitszufriedenheit wurde zwar signifikant, wies aber in hypothesenkonträre Richtung: Je mehr Kontrolle und Todesfälle die Krankenschwester erlebten, desto unzufriedener wurden sie mit ihrer Arbeit.

Tabelle 4

Überblick über Studienergebnisse zum Job-Demand-Control-Modell und zum Job-Demand-Control-Support-Modell (I)

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	Paradigma	UV	AV	Ergebnisse
Karasek (1979)	Nationale Erhebungen von Schweden und USA (nur Männer wegen Doppelbelastung der Frauen)	Job-Demand-Control-Modell (A)	- Entscheidungsspielraumsaggregat - Stressoren-Aggregat (v.a. Zeitdruck)	Psychische Beanspruchung (= Items zu Erschöpfung und Depression)	a) im Querschnitt: - Interaktionseffekt von Kontrolle und Anforderungen auf psychische Beanspruchung: in Stress Job höchste Ausmaß an psychischen Stresssymptomen - „high strain“-Job: hohe Arbeitsunzufriedenheit, Medikamentenkonsum, Arbeitsunfähigkeitstage b) Längsschnitt (Schweden): Mit steigendem Alter nahm Ausmaß an psychischen Stresssymptomen zu; aber: sinkende Arbeitsanforderungen senkten Ausmaß an Stresssymptomen trotz steigendem Alter
Karasek, Russell & Theorell (1982)	Review über Studien u.a. von Lundberg & Frankenhauser (1978) und Risler & Elgerot (1978)	Job-Demand-Control-Modell (A)	Entscheidungsspielraum (Kontrolle) und Anforderungen	Kortisol- und Adrenalin-Ausschüttung	- Kortisolausschüttung erhöht bei „high strain“-Ausprägungen der UVs, aber erniedrigt bei „aktivem Job“ - Anstieg von Herzrate und Blutdruck bei „high strain“-Ausprägung
Landsbergis (1988)	N = 289 Beschäftigte von zwei Krankenhäusern und einem Pflegeheim; Querschnitt, Selbstauskunft über Fragebogen	Job-Demand-Control-Modell (A)	- Anforderungen - Entscheidungsspielraum	- vier Beanspruchungsskalen (Jobunzufriedenheit, Depression, physische Symptome, Schlafprobleme) - emotionale Erschöpfung - Entpersönlichung (Depersonalisation)	- keine signifikante Interaktion von Anforderungen x Kontrolle bei Vorhersage der AVs - jeweils signifikante Haupteffekte der UVs bei Vorhersage der AVs - Personen, die in „high-strain“-Jobs arbeiten, berichteten höhere Jobunzufriedenheit und emotionale Erschöpfung als Personen in low-strain-jobs (Mediansplit)
Reed, Lacroix, Karasek, Miller & MacLean (1989)	N = 8006 männliche Hawaiianer japanischer Abstammung; 18-Jahres Follow-up	Job-Demand-Control-Modell (A)	- Kontrolle - psychologische Anforderungen (v.a. Zeitdruck)	Neuaufreten koronarer Herzerkrankungen (Morbidität und Mortalität)	- Keine interaktive Wirkung von Kontrolle und Anforderungen in der Vorhersage von Neuaufreten der koronaren Herzerkrankungen
Johnson, Hall & Theorell (1989)	N = 7219 schwedische arbeitende Männer; Telefon-interview; 9 Jahres-Follow up der Mortalität	Job-Demand-Control-Support-Modell (B)	„iso-strain“ = Produkt aus - Arbeitsanforderungen, - Arbeitskontrolle, - sozialer Unterstützung durch Kollegen	- cardiovaskuläre Erkrankung zum Interviewzeitpunkt - cardiovaskuläre Mortalität im 9 Jahres-Follow-up	Die Arbeiter, die hohen „strain“ (high demand, low control) und hohe Isolation aufwiesen: höheres Risiko für cardiovaskuläre Erkrankung und Mortalität (bei Arbeitern war Effekt ausgeprägter als bei Büroangestellten)

Anmerkungen. UV = unabhängige Variablen, AV = abhängige Variablen, „A“ kennzeichnet zur schnelleren Übersicht Studien im Rahmen des Job-Demand-Control-Modells, „B“ Studien im Rahmen des Job-Demand-Control-Support-Modells.

Auch in einer Veröffentlichung, an der Karasek selbst beteiligt war (Reed, LaCroix, Karasek, Miller & MacLean, 1989), gelang kein Beleg für eine interaktive Wirkung von niedriger Kontrolle und hohen Anforderungen auf das Neuaufreten koronarer Hererkrankungen. In dieser Studie wurde eine Kohorte von N = 8006 Männern japanischer

Abstammung, die auf Hawaii lebten, mittels einer 18-Jahre Follow-ups untersucht (von 1965 bis 1983). Die abhängige Variable koronare Herzerkrankung wurde operationalisiert über Mortalität aufgrund einer koronaren Herzerkrankung und über nichttödliche Myokardinfarkte. Die unabhängigen Variablen waren Kontrolle („decision latitude“, Reed et al., S. 496; hier wurden auch Lernmöglichkeiten mit in das Konstrukt der Kontrolle eingeschlossen) und psychologische Anforderungen (z.B. Zeitdruck, widersprüchliche Anforderungen). Den Arbeitsplätzen der untersuchten Kohorte wurden durch zwei Codierer Arbeitsplätze zugeordnet, deren Charakteristika in einer repräsentativen nationalen Erhebung in Amerika erfasst wurden. So wurden allen Arbeitern, die an einem gleichen Arbeitsplatz tätig waren, gleiche Arbeitsplatz-Charakteristika-Werte zugewiesen (vgl. Reed et al., S. 496). Neben dieser methodisch unterschiedlichen Erfassung der Arbeitsplatzcharakteristika diskutierten die Autoren (Reed et al., 1989) die Möglichkeit, dass die Teilnehmer dieser Studie „job strain“ anders wahrnahmen oder anders auf ihn reagierten als andere Stichproben, was zu den modellinkonformen Ergebnissen geführt haben könnte.

Entgegen dem Befund von Reed et al. (1989) belegte eine Untersuchung von Johnson und Hall (1988) einen Zusammenhang zwischen geringer Kontrolle, hohen Anforderungen und Maßen koronarer Herzerkrankungen. Anzumerken gilt, dass in dieser Studie der vorhandenen sozialen Unterstützung eine bedeutende Rolle zugesprochen wurde: Johnson und Hall (1988) entwickelten und überprüften ein erweitertes Modell. Hier wurde angenommen, dass der sozialen Unterstützung durch Kollegen eine Moderatorfunktion im Zusammenhang von Kontrolle, Anforderungen und Beanspruchungssymptomen (hier operationalisiert über kardiovaskuläre Erkrankung) zukomme. Sie fanden im Querschnitt an einer Stichprobe von $N = 13779$ schwedischen Männern und Frauen heraus, dass eine Kombination von Isolation und wenig Kontrolle bei hohen Anforderungen am Arbeitsplatz mit einem Anstieg in der Prävalenz von kardiovaskulären Erkrankungen einherging.

In einer Anschlussuntersuchung überprüften Johnson, Hall und Theorell (1989) das Job-Demand-Control-Support-Modell an einer Gruppe von 7219 schwedischen, männlichen Arbeitern. Im Rahmen eines Telefoninterviews erhoben sie die drei unabhängigen Variablen Arbeitsanforderungen, Kontrolle und soziale Unterstützung. Arbeitsanforderungen wurden anhand von zwei Items operationalisiert. Kontrolle wurde mittels einer Arbeitskontrollskala erfasst, die sich aus elf Items zu Entscheidungsfreiheit, Aufgabenvielfalt und persönlicher Freiheit zusammensetzte. Soziale Unterstützung durch Kollegen wurde anhand von fünf Items erfasst. Aus den drei unabhängigen Variablen bildeten die Autoren einen „iso-strain indicator“, der als Maß für soziale Isolation und „job strain“ gelten sollte. Dieser stellte das Produkt der z-transformierten, standardisierten und teilweise rekodierten (hohe Ausprägung bedeutete ungünstige Bedingung) unabhängigen Variablen dar.

Außerdem wurde im Interview das Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung (AV) erfragt. Nach 9 Jahren erfassten die Autoren die Daten bezüglich der Sterbefälle aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen in dieser Stichprobe (diese Daten erhielten sie vom schwedischen „National Death Register“, das über die im Telefoninterview erhobene „identification number“ eine Identifikation der Sterbefälle in dieser Stichprobe ermöglichte). Im Ergebnis berichteten die Autoren, dass Personen mit einem hohen „iso-strain“, also geringer sozialer Unterstützung, hohen Anforderungen und geringer Kontrolle, eine höhere kardiovaskuläre Morbidität aufwiesen und im neun Jahres-Follow up eine höhere kardiovaskuläre Mortalität aufwiesen, wobei dieser Zusammenhang bei gewerblichen Arbeitern noch deutlicher ausgeprägt war als bei Büroangestellten.

Diese durch Johnson und Hall (1988) bzw. Johnson, Hall und Theorell (1989) erfolgte Erweiterung des ursprünglichen Job-Demand-Control-Modells um die Support-Komponente wurde auch von Karasek anerkannt (Karasek & Theorell, 1990; Theorell, 1998).

Parkes, Mendham und Rabenau (1994) stellen zwei eigene Studien dar, die die Rolle der sozialen Unterstützung im Rahmen des Job-Demand-Control(-Support)-Modells untersuchten (siehe Tabelle 5). Das Hauptziel der Studien war es zu testen, ob soziale Unterstützung additiv oder interaktiv mit „job strain“ (also niedrige Kontrolle bei hohen Anforderungen) auf die Zielgrößen Arbeitszufriedenheit und somatische Symptome wirke. In der ersten Studie untersuchten sie im Querschnitt Arbeitende des Gesundheitsbereichs ($N = 145$). Sie versuchten, mittels Regressionsanalysen durch die unabhängigen Variablen Anforderungen, Kontrolle und soziale Unterstützung (durch Kollegen) zum einen die Arbeitszufriedenheit, zum anderen psychosomatische Symptome vorherzusagen. In allen Regressionsanalysen kontrollierten die Autoren Geschlecht, Alter, Berufsgruppe und negative Affektivität, da sie annahmen, dass diese einen Einfluss auf die abhängigen Variablen hätten; in dem Sinne, dass Frauen z.B. eher in Berufen mit geringen Kontrollmöglichkeiten arbeiteten (Karasek & Theorell, 1990), unterschiedliche Berufsgruppen vermittelt durch unterschiedlichen sozioökonomischen Status unterschiedliche Gesundheit aufwiesen (Parkes et al., 1994) oder eine hohe negative Affektivität in einer Fragebogenuntersuchung dazu führen könnte, dass die Korrelation von Stressoren ausmaß und Gesundheit überschätzt würde. In der ersten (Querschnitts-)Studie wurde Arbeitszufriedenheit vorhergesagt durch einen Haupteffekt der sozialen Unterstützung und der Interaktion von Anforderung und Kontrolle. Psychosomatische Symptome hingegen wurden vorhergesagt durch die dreifache Interaktion von Anforderungen, Kontrolle und Unterstützung, wobei soziale Unterstützung den Effekt von „high strain“ milderte.

In der zweiten Studie untersuchten Parkes et al. (1994) Längsschnittdaten (Follow-up nach zwei Monaten) einer Stichprobe von Universitätsabgängern ($N = 180$), die einen einjährigen Kurs besuchten, durch den sie „formal school-teaching qualifications“ erreichen

wollten. Zu Beginn des Kurses erfolgte die erste Erhebung, die zweite folgte zwei Monate später, nachdem die Teilnehmer eine Periode von praktischem Lehren absolviert hatten. Bei der Vorhersage der psychosomatischen Symptome zum zweiten Messzeitpunkt wurden die psychosomatischen Symptome zum ersten Zeitpunkt kontrolliert; auch in dieser Stichprobe gelang der Nachweise der Interaktion von Anforderungen, Kontrolle und sozialer Unterstützung bei der Vorhersage von psychosomatischen Symptomen.

Tabelle 5

Überblick über Studienergebnisse zum Job-Demand-Control-Modell und zum Job-Demand-Control-Support-Modell (II)

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	Paradigma	UV	AV	Ergebnisse
Parkes, Mendham & Rabenau (1994)	Studie I N = 145 Arbeitende im Gesundheitsbereich, Querschnitt	Job-Demand-Control-Support-Modell (B)	- Anforderungen - Kontrolle - soziale Unterstützung	- Arbeitszufriedenheit - psychosomatische Symptome	- Arbeitszufriedenheit wurde vorhergesagt durch Haupteffekt der sozialen Unterstützung und Interaktion von Anforderung x Kontrolle - Psychosomatische Symptome wurden vorhergesagt durch dreifache Interaktion von Anforderungen x Kontrolle x sozialer Unterstützung
	Studie II N = 180 angehende Lehrer; Längsschnitt (follow-up nach 2 Monaten)			- psychosomatische Symptome	- Vorhersage von psychosomatischen Symptomen durch Interaktion von Anforderungen x Kontrolle x sozialer Unterstützung
Lerner, Levine, Malspeis & D'Agostino (1994)	Nationaler Querschnitt an N = 1319 amerikanischen arbeitenden Männern und Frauen	Job-Demand-Control-Support-Modell (B)	- Anforderung - Kontrolle - soziale Unterstützung	- gesundheitsbezogene Lebensqualität (acht Subskalen, u.a. Schmerzen, Vitalität, soziales Funktionsniveau) - gesundheitliches Befinden	- „high-strain“-Gruppe hatte schlechteste Gesundheit in 5 Subskalen (physisches Funktionsniveau, physische Rollenfunktion, Vitalität, soziales Funktionsniveau, geistige Gesundheit) verglichen mit allen anderen Gruppen (gebildet über Mediansplit) - kein Interaktionseffekt von Demand x Kontrolle x Support
Van der Beck, Oort-Marburger & Frings-Dresen (1994)	Querschnitt an N = 439 Lastwagenfahrern (Pfadmodell)	Job-Demand-Control-Support-Modell (B)	Latente Variablen: - Aufgabeninhalte - Arbeitsbedingungen - Anstellungsverhältnis - soziale Beziehungen am Arbeitsplatz - Entscheidungsspielraum	Latente Variablen: - muskuloskelettale Beschwerden - generelle psychosomatische Beschwerden	- Einfluß von Aufgabeninhalten auf muskuloskelettale Beschwerden - Einfluß von Aufgabeninhalten und Anstellungsverhältnis auf generelle psychosomatische Beschwerden - keine Effekte durch soziale Beziehungen oder Entscheidungsspielraum auf muskuloskelettale oder psychosomatische Beschwerden

Anmerkungen. UV = unabhängige Variablen, AV = abhängige Variablen, „A“ kennzeichnet zur schnelleren Übersicht Studien im Rahmen des Job-Demand-Control-Modells, „B“ Studien im Rahmen des Job-Demand-Control-Support-Modells.

Parkes et al. (1994) belegten somit die dreifache Interaktion sowohl in Querschnitts- als auch in Längsschnittdaten; die Autoren vermuteten, dass Karaseks (1979) interaktives Modell deshalb nicht eindeutig bestätigt werden konnte, weil mögliche Moderatorvariablen (hier: soziale Unterstützung) nicht berücksichtigt wurden; denn die zweifache Interaktion nur

von Kontrolle und Anforderungen wurde in der Untersuchung von Parkes et al. (1994) nicht signifikant.

Lerner, Levine, Malspeis und D'Agostino (1994) erhoben in einem nationalen Querschnitt Fragebogendaten an $N = 1319$ arbeitenden amerikanischen Männern und Frauen. Als unabhängige Variablen wurden Anforderung, Kontrolle und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz (diese aber nur über zwei Items; je eines bezogen auf Kollegen bzw. Vorgesetzte) erfasst. Außerdem wurde generelle soziale Unterstützung erfasst, wobei nicht angegeben wurde, über wie viele Items diese operationalisiert wurde. Die abhängigen Variablen bestanden in gesundheitsbezogener Lebensqualität (36 Items mit den Subskalen physisches, emotionales, soziales und Rollenfunktionsniveau, Schmerzen, Vitalität, generelle Gesundheitswahrnehmung und geistige Gesundheitswahrnehmung) und gesundheitlichem Befinden. Mittels Mediansplit der Kontroll-, bzw. Anforderungsskala erfolgte eine Klassifikation der Probanden in das „Job-Strain-Modell“ von Karasek (1979). Die Variable „Strain“ wurde als vierstufige Dummy-Variable in die logistische Regression eingeführt, bei der die „high-strain“-Gruppe immer als Vergleichsgruppe fungierte. Es ergab sich, dass die „high-strain“-Gruppe signifikant geringere Werte auf fünf Subskalen aufwies; auf den Skalen „physisches Funktionsniveau“, „Rollenfunktionsniveau“ (aufgrund physischer Gesundheit), „Vitalität“, „soziales Funktionsniveau“ und „geistige Gesundheit“. Keiner der Interaktionsterme „Kontrolle, Anforderung und Unterstützung“ wurde signifikant, was gegen einen Puffereffekt der sozialen Unterstützung zu sprechen schien, wobei die Autoren selbst anmerkten, dass „our workplace-support variables may have been too narrowly defined to be statistically significant“ (Lerner et al., 1994, S. 1584).

Van der Beek, Oort-Marburger und Frings-Dresen (1994) testeten die Beziehung von Arbeitsanforderungen und gesundheitlichen Beschwerden gemäß des Job-Demand-Control-Support-Modells in einem Pfadmodell (LISREL). Die Datenerhebung erfolgte im Querschnitt anhand eines Fragebogens an $N = 439$ Lastwagenfahrern. Als manifeste unabhängige Variablen gingen neun Variablen zu den Arbeitsbedingungen (z.B. Schwierigkeiten beim Be- und Entladen, wahrgenommener Zeitdruck, Entscheidungsspielraum, soziale Beziehungen) in das Pfadmodell ein. Wahrgenommener Druck bei der Arbeit, Entscheidungsspielraum und soziale Beziehungen am Arbeitsplatz wurden einer holländischen Version von Karaseks (1979) Fragebogen zu Jobanforderungen und Jobkontrolle entnommen. Als manifeste Zielgrößen wurden drei Skalen zu unterschiedlichen psychosomatischen Schmerzen und eine Skala zu generellen muskuloskelettalen Beschwerden verwendet. Es ergaben sich sieben latente Variablen; Aufgabeninhalte, Arbeitsbedingungen, Anstellungsverhältnis, soziale Beziehungen am Arbeitsplatz und Entscheidungsspielraum. Deren Einfluss auf die abhängigen latenten Variablen (muskuloskelettale Beschwerden und generelle psychosomatische Beschwerden) sollte modelliert werden. Es ergab sich eine zufrieden

stellende goodness-of-fit des Gesamtmodells ($\text{RMSR} = .029$; siehe Abbildung 13). Aufgabeninhalte, die körperliche Anforderungen der Arbeit repräsentierten, waren signifikant mit muskuloskelettalen und generellen psychosomatischen Beschwerden verbunden. Das Anstellungsverhältnis (operationalisiert über Zeitdruck und Arbeitsstunden) hatte einen signifikanten Effekt auf generelle psychosomatische Symptome. Die Autoren forderten, in Zukunft sowohl physische als auch psychische Aspekte der Arbeitssituation zu berücksichtigen. Hier ergab sich keine additive Wirkung von Anforderungen, Kontrolle und sozialer Unterstützung. Soziale Unterstützung und Kontrolle (operationalisiert über Entscheidungsspielraum) hatten keinen signifikanten Einfluss; weder auf muskuloskelettale Beschwerden noch auf generelle psychosomatische Beschwerden.

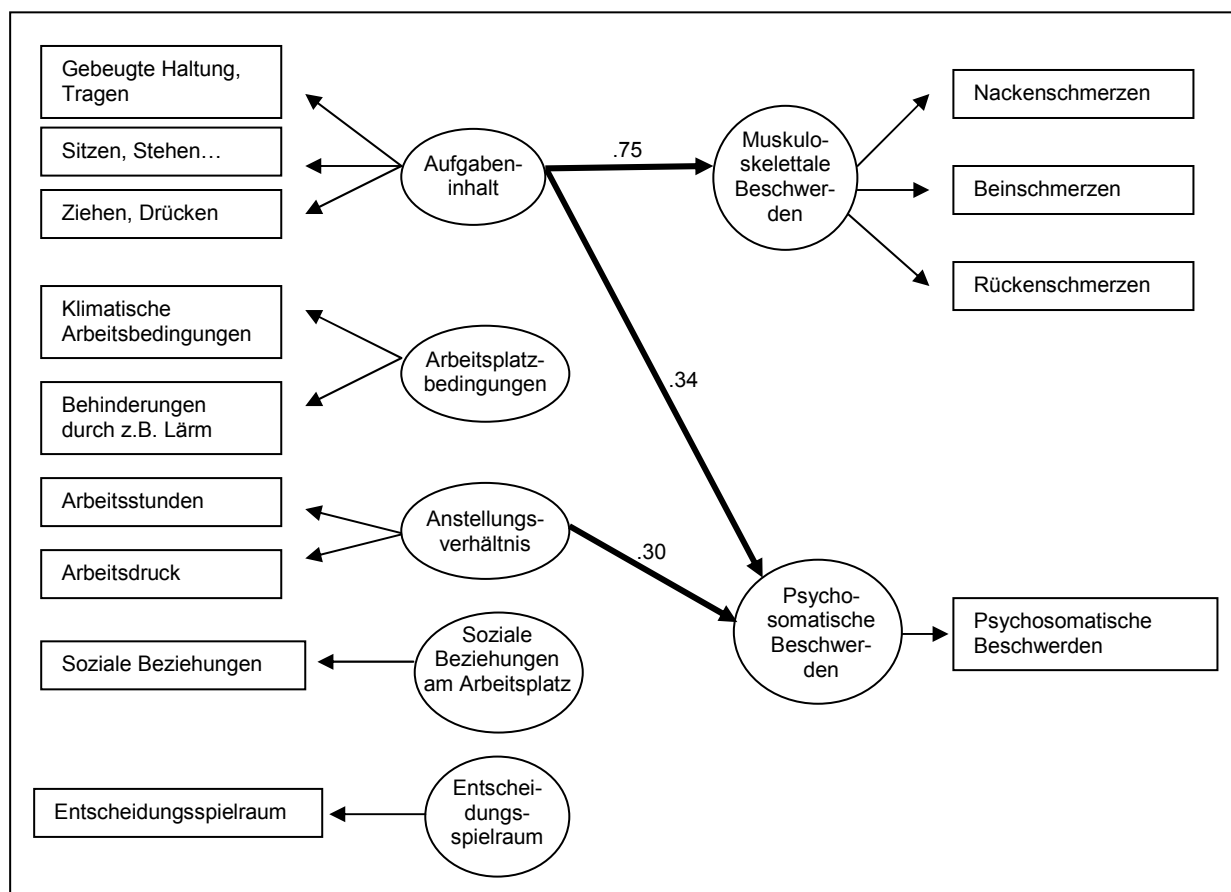


Abbildung 13. Graphische Darstellung des getesteten Pfadmodells (modifiziert nach van der Beek, Oort-Marburger & Frings-Dresen, 1994, S. 181).
Anmerkungen. Variablen in eckigen Kästen entsprechen den manifesten Variablen, Variablen mit runder Umrandung entsprechen den latenten Variablen. Es wurden nur signifikante Pfade eingezeichnet.

Wall, Jackson, Mullarkey und Parker (1996) stellten die Vermutung an, dass die Überprüfung des Interaktionseffekts, der im Anforderungskontroll-Modell von Karasek (1979)

angenommen wird, dann nicht modellkonforme Ergebnisse liefere, wenn die Operationalisierung der unabhängigen Variable Kontrolle nicht ausreichend spezifisch erfolge. Die meisten Untersuchungen hätten das Maß der Kontrolle weit gefasst, es umfasse dann auch Lernmöglichkeiten oder Aufgabenvielfalt der Arbeit. Von der theoretischen Perspektive sei aber der Kontrollaspekt das entscheidende. Wall et al. (1996) zeigten in einer Untersuchung (siehe Tabelle 6) in unterschiedlichen Betrieben ($N = 1451$), dass der Interaktionseffekt von Kontrolle und Anforderungen nur dann auftrat, wenn das Maß der Kontrolle eng gefasst wurde (erfasst über „Zeitspielräume“ und „Methodenspielräume“ mit einer Skala von Jackson, 1993). Dieser Interaktionseffekt trat nicht auf, wenn in das Maß der Kontrolle auch Lernmöglichkeiten oder Aspekte der Aufgabenvielfalt mit eingingen. Die abhängigen Variablen für „strain“ stellten hier Items zu „Depression“, „Angst“ und „Arbeitszufriedenheit“ dar. In einer hierarchischen Regressionsanalyse (Alter, Geschlecht, Beschäftigungsdauer, Betriebsart und Berufsgruppe wurden kontrolliert) zeigten sich - neben signifikanten Haupteffekten - bei der Vorhersage aller drei abhängigen Variablen signifikante Interaktionseffekte von Anforderungen und Kontrolle (wenn Kontrolle eng gefasst wurde). Wurde hingegen Kontrolle weit gefasst (beinhaltete also auch Lernmöglichkeiten und Aufgabenvielfalt) zeigten sich lediglich signifikante Haupteffekte. Für die Richtigkeit dieser Annahme von Wall et al. (1996) bezüglich der Operationalisierung der Kontrollvariable sprechen auch spätere Befunde, die im Folgenden dargestellt werden.

Richter, Hemmann, Merboth, Fritz, Hänsen und Rudolf (2000) entwickelten einen „Fragebogen zum Erleben von Intensität und Tätigkeitsspielraum bei der Arbeit“, der die erlebten Qualifikationserfordernisse in die Variable „Kontrolle“ (hier: „Tätigkeitsspielraum“) mit einbezog, das Konstrukt „Kontrolle“ also „weit“ im Sinne von Wall et al. (1996) fasste. In ihrer Validierungsstudie zu diesem Fragebogen an Arbeitern der Metall- und Verfahrensindustrie sowie der Bauindustrie ($N = 526$) wurden in Bezug auf die Kriterienvvalidierung die Zusammenhänge zu Beanspruchungsmaßen und gesundheitlichen Auswirkungen untersucht. Beanspruchungsauswirkungen wurden hier in Form von z.B. psychischer Ermüdung, Monotonie, psychischer Sättigung und Stress erhoben. Gesundheitliche Auswirkungen wurden u.a. durch Skalen zu Beschwerdefreiheit, seelischer Gesundheit, psychosomatischen Beschwerden und Verhaltenskontrolle erfasst. Es zeigten sich zwei Haupteffekten der Variablen Anforderungen (hier: „Intensität“) und Kontrolle (hier: „Tätigkeitsspielraum“) auf die meisten gesundheitlichen und Beanspruchungsmaße. Eine Wechselwirkung konnte nicht aufgezeigt werden (siehe Tabelle 6).

Schmidt (2004) hingegen zeigte in einer Stichprobe von Altenpflegekräften ($N = 379$) eine Wechselwirkung von Arbeitsanforderungen und je einem der beiden Maße der Kontrolle (Zeit- bzw. Methodenspielraum, erfasst über die Skala von Jackson et al., 1993) auf die Maße der Beanspruchungsindikatoren. Schmidt (2004) fasste beide in der

Untersuchung verwendeten Kontrollmaße „eng“ i.S. von Wall et al. (1996). Die abhängigen Variablen waren hier Arbeitszufriedenheit, Beschwerden, emotionale Erschöpfung und Entpersönlichung. Er zeigte, dass insbesondere von der Dimension des Zeitspielraums eine Pufferwirkung ausging, in höherem Maß als von der Methodenkontrolle, also der Möglichkeit, die Aufgabenbearbeitung beeinflussen zu können. Der Zeitspielraum erwies sich insbesondere in Bezug auf die abhängigen Variablen Arbeitszufriedenheit, die Beschwerden und die emotionale Erschöpfung als relevante Moderatorvariable in Zusammenhang mit den Arbeitsanforderungen. Bei den Methodenspielräumen zeigte sich diese Wechselwirkung in ebenfalls signifikantem, aber geringerem Maß für die abhängigen Variablen Arbeitszufriedenheit und emotionale Erschöpfung (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6

Empirische Studien zur Variation des Kontrollmaßes innerhalb des Job-Demand-Control-Modells

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	Paradigma	UV	AV	Ergebnisse
Wall, Jackson, Mullarkey & Parker, (1996)	Querschnitt an N = 1451 arbeitenden Personen	Job-Demand -Control-Modell (A)	- Anforderungen: Überwachungs- (vier Items) und Problemlöseanforderungen (drei Items) - zwei Kontrollmaße: a) „enge“ Kontrolle: Zeit- (vier Items) und Methodenspielräume (sechs Items) b) „weite“ Kontrolle (10 Items): Zeit-, Methodenspielräume, Lernmöglichkeiten und Aufgabenvielfalt	- depressive Symptome - Angst - Arbeitszufriedenheit	a) unter Verwendung des „engen“ Kontrollmaßes: In hierarchischer Regressionsanalyse ergaben sich signifikante Interaktionen von Anforderung x Kontrolle in der Vorhersage aller drei Zielgrößen b) unter Verwendung des „weiten“ Kontrollmaßes: keine Interaktion, lediglich signifikante Haupteffekte von Anforderungen und Kontrolle in der Vorhersage der Zielgrößen
Richter, Hermann, Merboth, Fritz, Hänsgen & Rudolf (2000)	Querschnitt an N = 526 Arbeitern aus Bauindustrie und Metall- und Verfahrensindustrie	Job-Demand -Control-Modell (A)	„Fragebogen zum Erleben von Intensität und Tätigkeitsspielraum bei der Arbeit“: - Kontrolle (inkl. Qualifikationsanforderungen) - Anforderungen („Arbeitsintensität“)	- Beanspruchung (u.a. psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung, Stress) - gesundheitliche Auswirkungen (u.a. psychosomatische Beschwerden, seelische Gesundheit, Verhaltenskontrolle)	- zwei Haupteffekte der UVs auf die AVs - kein Befund einer Wechselwirkung
Schmidt (2004)	Querschnitt an N = 279 Altenpflegekräften	Job-Demand -Control-Modell (A)	- Anforderungen - Kontrolle (Zeitspielraum und Methodenkontrolle) (nach Jackson et al., 1993)	- Arbeitszufriedenheit - Beschwerden - emotionale Erschöpfung - Entpersönlichung („depersonalization“)	- Zeitspielraum war relevante Moderatorvariable für den Zusammenhang von Arbeitsanforderungen und Arbeitszufriedenheit, Beschwerden bzw. emotionale Erschöpfung - Methodenspielraum war relevante Moderatorvariable für Zusammenhang von Anforderungen und Arbeitszufriedenheit bzw. emotionale Erschöpfung

Anmerkungen. UV = unabhängige Variablen, AV = abhängige Variablen, „A“ kennzeichnet zur schnelleren Übersicht Studien im Rahmen des Job-Demand-Control-Modells.

Die in Tabelle 5 und 6 dargestellten Studien überprüften jeweils Hypothesen im Rahmen des Job-Demand-Control-Modells, obwohl bereits 1988 die notwendige Erweiterung des Modells um die Support-Komponente gefordert wurde (Johnson & Hall, 1988). Es gilt also festzustellen, dass aktuelle Forschung noch immer zu dem ursprünglichen Karasek-Modell (1979) erfolgt, parallel dazu aber auch viele Untersuchungen das um die Support-Komponente erweiterte Modell überprüfen. Die große Anzahl an Studien zur Überprüfung beider Modelle stellten van der Doef und Maes (1998) in einem ausführlichen Literatur-Review dar (vergleiche Tabelle 7). Sie integrierten 51 Studien von 1979 bis 1995, geordnet je nach dem, ob diese Studien sich eher der „Job-Strain-Hypothese“ oder der „Puffer-Hypothese“ widmeten. Die „Job-Strain-Hypothese“ beinhaltet nach Angaben der Autoren, dass bei einer Arbeitsstelle mit hohen Anforderungen und geringer Kontrolle (und evtl. geringer sozialer Unterstützung) das höchste Ausmaß an Stresssymptomen zu erwarten sei. Gemäß der Puffer-Hypothese sei die Erwartung, dass Kontrolle (und soziale Unterstützung) die möglichen negativen Effekte der hohen Anforderungen „puffern“ könnten (Kontrolle oder soziale Unterstützung wirkten hier also als Moderatorvariablen). Ein weiteres Ordnungsprinzip für die Studien bestand in der Unterscheidung der verwendeten Stress-Symptom-Variablen (z.B. psychosomatische Beschwerden, kardiovaskuläre Erkrankungen oder Sterbefälle).

Innerhalb der Studien, die das Job-Demand-Control-Modell untersuchten, ergab sich, dass die Studien, die kardiovaskuläre Todesfälle, kardiovaskuläre Erkrankungen und kardiovaskuläre Symptome als abhängige Variablen verwendeten, eher die „Strain-Hypothese“ untersuchten und überwiegend unterstützten. Studien, die im „Job-Demand-Control-Modell“ hingegen (psycho-)somatische Beschwerden als abhängige Variable verwendeten, überprüften sowohl die „Strain“ als auch die „Puffer-Hypothese“, wobei für beide jeweils nur ein Teil der Studien Unterstützung lieferten.

Bezüglich des Job-Demand-Control-Support-Modells fanden die Autoren nur insgesamt drei Studien, die als abhängige Variable kardiovaskuläre Symptome, Erkrankungen oder Todesfälle untersuchten (Astrand, Hanson & Isaacsson, 1989; Johnson & Hall, 1988; Johnson, Hall & Theorell, 1989), mit unterschiedlichen Ergebnissen. Die Vorhersage der kardiovaskulären Mortalität gelang durch das Job-Demand-Control-Support-Modell nicht. Bezüglich kardiovaskulärer Symptome erschienen die Ergebnisse ermutigend, allerdings lag nur eine sehr geringe Anzahl an Studien vor. Bezüglich der abhängigen Variable psychosomatische Symptome fanden die Autoren neun Studien, die hier das Job-Demand-Control-Support-Modell testeten; hier fanden sowohl die „Strain-Hypothese“ (drei von sechs Studien bestätigten diese Hypothese), als auch die „Puffer-Hypothese“ (zwei von vier Studien bestätigten diese Hypothese) teilweise Bestätigung.

Die Autoren kamen nach einem Überblick zu dem Ergebnis, dass aufgrund der negativen Ergebnisse zahlreicher Studien die Existenz linearer additiver Effekte von Anforderungen, Kontrolle und Unterstützung unwahrscheinlich scheine. Die Autoren fanden nur fünf Studien, die im Bereich des Job-Demand-Control-Support-Modells die „Puffer-Hypothese“ untersuchten; die Ergebnisse von drei dieser Studien unterstützen die Hypothese. Van der Doef und Maes (1998) hoben hervor, dass auch in den Studien, die das Job-Demand-Control-Support-Modell bestätigten, die nur zweifache Interaktion von Kontrolle und Anforderungen allein nicht signifikant wurde, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass das Auslassen der unabhängigen Variable „soziale Unterstützung“ dafür verantwortlich sein könnte, dass die Puffer-Hypothese in den Studien zum Job-Demand-Control-Modell überwiegend nicht bestätigt werden konnte. Außerdem hoben van der Doef und Maes (1995) hervor, dass im Rahmen der Überprüfung des Job-Demand-Control-Support-Modells ein relevanter Faktor darin liegen könne, dass nur dann der negative Effekt des Stressors abgepuffert werden könne, wenn die Art der sozialen Unterstützung der Art des Stressors entspreche. Dementsprechend hatten Kivimäki und Lindström (1995) für das Maß der Kontrolle vermutet, dass das Maß der Kontrolle nicht zu breit gefasst sein dürfe, sondern der Art des Stressors entsprechen müsse, also die Fähigkeit haben müsse, den negativen Effekt dieses Stressors abzumildern. Würde dieses „Matching-Prinzip“ beachtet, könnten zukünftige Testungen des Modells verbessert werden (van der Doef & Maes, 1995).

Diesem Matching-Prinzip leisteten Dormann und Zapf (1999, siehe Tabelle 7) in ihrer Studie weitgehend Folge. Im Rahmen einer Längsschnittstudie (Erhebungszeitpunkte 8 Monate und 1 Jahr nach dem ersten Messzeitpunkt) untersuchten sie mögliche Moderatoreffekte von sozialer Unterstützung durch Vorgesetzten und Kollegen auf den Zusammenhang von sozialen Stressoren bei der Arbeit und der Ausprägung depressiver Symptome ($N = 543$ arbeitende Männer und Frauen). Zur Überprüfung ihrer Hypothesen wurde ein Strukturgleichungsmodell aufgestellt. Es konnte ein moderierender Effekt der Unterstützung durch Vorgesetzte aufgezeigt werden, wobei dieser nur für den Zeitraum von 8 Monaten galt: Bei wenig Unterstützung durch Vorgesetzte erhöhte das Vorliegen sozialer Stressoren das Ausmaß der depressiven Symptome acht Monate später; bei hoher Unterstützung durch Vorgesetzte hingegen erniedrigte das Vorliegen sozialer Stressoren das Ausmaß depressiver Symptome acht Monate später (wobei das zweite Ergebnis den Erwartungen der Autoren widersprach, Dormann & Zapf, 1999). Die Autoren erklärten das Nichtauffinden eines moderierenden Effektes der Unterstützung durch Kollegen damit, dass „das Matching-Prinzip“ zu der Art der sozialen Stressoren unzureichend erfüllt war: Die sozialen Stressoren erfassten vorrangig solche Stressoren, die unter der Kontrolle des Vorgesetzten, nicht aber unter der Kontrolle der Kollegen standen. Das überraschende Ergebnis lag darin, dass das Vorliegen sozialer Stressoren bei gleichzeitig hoher

Unterstützung durch Vorgesetzte das Ausmaß depressiver Symptome acht Monate später erniedrigte, soziale Stressoren unter dieser Bedingung also einen Schutzfaktor gegen depressive Symptome darzustellen schienen.

Tabelle 7

Überblick über Studienergebnisse zum Job-Demand-Control-Modell und zum Job-Demand-Control-Support-Modell (III)

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	Paradigma	UV	AV	Ergebnisse
Van der Doef & Maes (1998)	Literaturreview von 51 Studien aus den Jahren 1979 bis 1995	Job-Demand-Control-Modell (A)	- Anforderungen - Kontrolle	- kardiovaskuläre Todesfälle - kardiovaskuläre Erkrankungen - kardiovaskuläre Symptome - psychosomatische Symptome	Wenn kardiovaskuläre Erkrankungen, Todesfälle oder Symptome als AV verwendet wurden: „Strain-Hypothese“ wurde überprüft und gestützt - wenn psychosomatische Symptome als AV verwendet → „Strain-“ und „Puffer-Hypothese“ untersucht, nur teilweise bestätigt
		Job-Demand-Control-Support-Modell (B)	- Kontrolle - Anforderungen - soziale Unterstützung	- kardiovaskuläre Todesfälle - kardiovaskuläre Symptome - psychosomatische Beschwerden	- keine Vorhersage der kardiovaskulären Todesfälle - Ergebnisse zur Vorhersage der kardiovaskulären Symptome erschienen erfolgsversprechend - Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden: in Hälfte der Studien Vorhersage gelungen - „Iso-Strain-Hypothese“: lineare additive Effekte von Kontrolle, Anforderungen und sozialer Unterstützung erscheinen unwahrscheinlich - „Puffer-Hypothese“: drei von fünf Studien lieferten unterstützende Ergebnisse - Forderung: Matching-Prinzip von Art der Stressoren, Art der Kontrolle und Art der sozialen Unterstützung einhalten!
Dormann & Zapf (1999)	Längsschnitt (Follow-up nach 8 Monaten und 1 Jahr) an N = 543 Vollzeitbeschäftigten	(Job-Demand-[Control-] Support-Modell [B])	- soziale Unterstützung durch Kollegen - soziale Unterstützung durch Vorgesetzte - soziale Stressoren	- depressive Symptome	- moderierender Einfluss der Unterstützung durch Vorgesetzten in Beziehung von soziale Stressoren und depressiven Symptomen (acht Monate später): Bei geringer Unt. durch Vorgesetzten: soziale Stressoren → mehr depressive Symptome Bei hoher Unt. durch Vorgesetzten: hohe soziale Stressoren → geringe depressive Symptome
Vahtera, Kivimäki, Pentti & Theorell (2000)	Längsschnittstudie von 1990 bis 1997 an N = 350 städtischen Beschäftigten	Job-Demand-Control-Support-Modell (B)	- Jobkontrolle - Jobanforderungen - soziale Unterstützung	- Anzahl der Krankmeldungen	- Abnahme an Jobkontrolle (sozialer Unterstützung bzw. Zunahme von Anforderungen) geht mit höherem Risiko für Krankmeldungen einher als Zunahme an Jobkontrolle (sozialer Unterstützung bzw. Abnahme an Anforderungen)

Anmerkungen. UV = unabhängige Variablen, AV = abhängige Variablen, „A“ kennzeichnet zur schnelleren Übersicht Studien im Rahmen des Job-Demand-Control-Modells, „B“ Studien im Rahmen des Job-Demand-Control-Support-Modells.

Dormann und Zapf (1999) bezogen sich zur Erklärung dieses Effektes auf das Job-Demand-Control-Modell (Karasek & Theorell, 1990), das besagt, dass aktive Jobs, also Arbeitsplätze mit hohen Anforderungen (hier: hohe soziale Stressoren) und hoher Kontrolle (hier: hohe soziale Unterstützung durch Vorgesetzten), keine Stresssymptome (hier: depressive Symptome) erzeugten, sondern eher herausfordernd wirkten. Allerdings ergänzten Dormann und Zapf (1999), dass in ihrer Untersuchung wenige Stressoren und wenig soziale Unterstützung noch weniger depressive Symptome erzeugten (was in Karaseks Modell von 1979 den passiven Jobs entspräche).

Auch durch wirtschaftliche Einflüsse veränderte Arbeitsplatzmerkmale wurden in ihrer Wirkung auf die Krankheitstage der Mitarbeiter untersucht: Vahtera, Kivimäki, Pentti und Theorell (2000) untersuchten im Rahmen einer Längsschnittstudie (1990-1997) die Effekte von wirtschaftlicher Rezession auf die Krankmeldungen. Sie fanden an $N = 530$ städtischen Beschäftigten, dass insbesondere eine Abnahme an Jobkontrolle mit einem erhöhten Risiko von Krankmeldungen einhergehe (im Vergleich mit einer Zunahme an Jobkontrolle). Eine gleiche Wirkungsrichtung ergab sich bei einer Zunahme von Jobanforderungen bzw. Abnahme sozialer Unterstützung. Insbesondere die Personen, die bereits vor der wirtschaftlichen Rezession unter ungünstigen Arbeitsbedingungen arbeiteten, hatten das höchste Gesundheitsrisiko.

Janssen, van den Heuvel, Beurskens, Nijhuis, Schröer und van Eijk (2003) verwendeten das Job-Demand-Control-Support-Modell zur Vorhersage der Rückkehr an den Arbeitsplatz bei Arbeitsunfähigkeit (siehe Tabelle 8). In die Studie gingen Teile der Daten ein, die im Rahmen einer umfangreichen, prospektiven holländischen Kohortenstudie mit vielen Messzeitpunkten erhoben wurden. Für diese Studie wurde eine Stichprobe von $N = 455$ Arbeitern unterschiedlicher Beschäftigungsfelder, die innerhalb eines Jahres für sechs bis acht Wochen krank geschrieben waren, verwendet. Die Autoren verwendeten Daten aus dem Fragebogen, den die Teilnehmer als letzten vor der Krankschreibung ausgefüllt hatten (hier entnahmen sie die Daten zu Anforderungen, Kontrolle und Unterstützung). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz wurde in einem Telefoninterview erfasst, das vier Monate nach der Krankmeldung der betreffenden Arbeiter stattfand, in Form von „keine Rückkehr“, „stufenweise Rückkehr“ oder „volle Rückkehr“. In logistischen Regressionen, die jeweils zwei Rückkehrarten vorhersagten, ergab sich, dass hohe Arbeitsanforderungen am deutlichsten stufenweise Rückkehr, dann keine Rückkehr und am wenigsten eine volle Rückkehr an den Arbeitsplatz vorhersagten. Dies sprach nach Angabe der Autoren dafür, dass hohe Anforderungen auch einen Druck zur Anwesenheit bedeuten können (Heuvel et al., 2003). Eine hohe Unterstützung durch Vorgesetzte sagte am deutlichsten eine volle Rückkehr vorher, am wenigsten keine Rückkehr.

Tabelle 8

Weitere Befunde zum Job-Demand-Control-Support-Modell

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	Paradigma	UV	AV	Ergebnisse
Janssen, van den Heuvel, Beurskens, Nijhuis, Schröder & van Eijk (2003)	N = 455 Arbeiter unterschiedlicher Berufsfelder, die innerhalb eines Jahres für sechs bis acht Wochen krankgeschrieben waren	Job-Demand-Control-Support-Modell (B)	- Anforderungen - Kontrolle (mit Handlungsspielraum und „skill discretion“) - soziale Unterstützung durch Vorgesetzte - soziale Unterstützung durch Kollegen	- volle Rückkehr an den Arbeitsplatz - stufenweise Rückkehr - keine Rückkehr (4 Monate nach Krankmeldung in Telefoninterview erhoben)	- hohe Anforderungen sagten am meisten stufenweise, dann keine, dann vollständige Rückkehr hervor - hohe Unterstützung durch Vorgesetzten sagte am ehesten volle Rückkehr, dann stufenweise, am wenigsten keine Rückkehr vorher
Stansfeld, Fuhrer, Shipley & Marmot (2006)	Längsschnittliche Kohortenstudie an N = 6895 männlichen und N = 3413 weiblichen Londoner Beamten von 1985 bis 1993	Job-Demand-Control-Support-Modell (B)	- Entscheidungsspielraum (weit gefasst) - Jobanforderungen - soziale Unterstützung am Arbeitsplatz	- Klassifikation als „psychiatrisch erkrankt“ (über Fragebogen Cut-Off Wert bestimmt)	- drei Haupteffekte der UVs auf das Risiko der späteren Klassifikation als „psychiatrisch erkrankt“ - keine Interaktion von Entscheidungsspielraum und Jobanforderungen - keine Vorhersage des Risikos der Klassifikation als „psychiatrisch erkrankt“ durch Fremdurteile über Arbeitscharakteristika zu Zeitpunkt 1
		Modell beruflicher Gratifikationskrisen:	- kein hohes Bemühen und keine geringe Belohnung - hohes Bemühen oder geringe Belohnung - hohes Bemühen und geringe Belohnung		- bei hohem Bemühen und geringer Belohnung erhöhte sich das Risiko für Klassifikation als „psychiatrisch erkrankt“ zum späteren Messzeitpunkt

Anmerkungen. UV = unabhängige Variablen, AV = abhängige Variablen, „B“ kennzeichnet zur schnelleren Übersicht Studien im Rahmen Job-Demand-Control-Support-Modells.

In einer weiteren groß angelegten Längsschnittstudie wurde untersucht, ob Arbeitsplatzmerkmale einen Einfluss auf das Entstehen psychischer Beschwerden mit potenziellem Krankheitswert ausüben: Stansfeld, Fuhrer, Shipley und Marmot (2006) berichten über Befunde, die sich im Rahmen einer prospektiven, längsschnittlichen Kohortenstudie („Whitehall II Study“) ergaben. Ziel der Studie war es u.a. herauszufinden, ob Merkmale des Arbeitsplatzes zukünftige „psychiatrische Erkrankungen“ vorhersagen könnten. An einer Stichprobe von 6895 männlichen und 3413 weiblichen Londoner Beamten wurden drei Erhebungswellen durchgeführt: Die erste Erhebungswelle erfolgte von 1985 bis 1988, die zweite im Jahr 1989 und die dritte zwischen 1991 bis 1993. Stansfeld et al. (2006) versuchten, anhand des Job-Demand-Control-Support-Modells (Karasek & Theorell, 1990) und des Modells beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996) das Auftreten „psychiatrischer Erkrankungen“ vorherzusagen. Wenn eine Person einen Cut-Off Wert auf einem Gesundheitsfragebogen („general health questionnaire“, GHQ, Goldberg, 1972) erreichte, galt sie in dieser Studie als „psychiatrisch erkrankt“. Die Maße des Job-Demand-Control-Support-Modells („Entscheidungsspielraum“, „Anforderungen“ und „soziale

Unterstützung am Arbeitsplatz“) wurden in dieser Studie über eine adaptierte Version des Fragebogens von Karasek und Theorell (1990) erfasst. Wichtig erscheint hier, dass die Variable „decision latitude“ in dieser Untersuchung „weit“ gefasst wurde, d.h., sie enthielt nicht nur Items zu Kontrollmöglichkeiten, sondern auch zur Vielfalt der Arbeitstätigkeit. Diese soziale Unterstützung umfasste Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte. Siegrists Modellkomponenten wurden über ein eigenes Instrument erfasst, das die Einordnung in drei Kategorien ermöglichte;

- a) weder hohes Bemühen noch geringe Belohnung,
- b) entweder hohes Bemühen oder wenig Belohnung,
- c) hohes Bemühen und geringe Belohnung.

Hohes Bemühen wurde hier operationalisiert über Wettbewerb, Überengagement und Feindseligkeit. Geringe Belohnung wurde operationalisiert über geringe Aufstiegsmöglichkeiten oder „blocked career“ (Standfeld et al., 2006, S. 303). Zusätzlich wurde in der Studie eine Fremdbeurteilung der Arbeitsanforderungen und Kontrollmöglichkeiten über Außenstehende erhoben.

Hohe Arbeitsanforderungen zum ersten Messzeitpunkt waren verbunden mit erhöhtem Risiko zum zweiten und dritten Messzeitpunkt als „psychiatrisch erkrankt“ klassifiziert zu werden. Auch Personen mit einem geringen Entscheidungsspielraum hatten ein entsprechend erhöhtes Risiko. Mangelnde soziale Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten führte ebenfalls zu einem erhöhten Risiko zum späteren Messzeitpunkt über dem festgelegten Cut-Off-Wert des Gesundheitsfragebogens zu liegen, wobei dieser Effekt bei Männern deutlicher ausfiel als bei Frauen. Der Beleg einer Interaktion von Arbeitsanforderungen und Entscheidungsspielraum gelang hier nicht. Bezüglich des Modells beruflicher Gratifikationskrisen zeigte sich eine deutlich erhöhte Risiko als „psychiatrisch erkrankt“ klassifiziert zu werden (zu Messzeitpunkt 2 oder 3), wenn zuvor ein hohes Bemühen bei geringer Belohnung erfolgt war (zu Messzeitpunkt 1).

Arbeitscharakteristika, die per Fremdurteil durch eine externe Person bestimmt wurden, konnten das Überschreiten des Cut-Off-Wertes auf dem Gesundheitsfragebogen zum späteren Zeitpunkt nicht vorhersagen. Ein Grund hierfür könnte darin liegen, dass die externen Personen keine eigene Erfahrung der Arbeitscharakteristiken erlebt hatten und somit deren Einschätzung eine ungenauere Einschätzung der Arbeitsbedingungen lieferten (Standfeld et al., 2006).

Im Wesentlichen werden in der Literatur drei Ursachen berichtet, die dazu dienen könnten, inkonsistente Befunde bezüglich des Karasek-Modells zu erklären. Zum einen wurde wiederholt angemerkt, dass das ursprüngliche Modell von Karasek (1979) um den Aspekt der sozialen Unterstützung ergänzt werden müsste, um durch diese Moderatorvariable Interaktionen von Anforderung und Kontrolle sichtbar zu machen (z.B. Parkes et al., 1994). Diese Ergänzung des Demand-Control-Modells um die Support-

Komponente wurde auch von Karasek anerkannt (Karasek & Theorell, 1990). Zum zweiten könne der mangelnde Nachweis der Interaktion von Kontrolle und Anforderungen in der Wirkung auf Stress-Symptome auch darin begründet sein, dass das Konstrukt der Kontrolle häufig zu weit gefasst worden sei (in der Operationalisierung also z.B. auch Lernmöglichkeiten abbildete). Von der theoretischen Fundierung her sei aber einzig der Kontrollaspekt das Entscheidende (z.B. Wall et al., 1996). Die dritte in der Literatur angeführte Möglichkeit, weshalb auch das Job-Demand-Control-Support-Modell nicht immer bestätigt werden konnte, könnte darin liegen, dass das „Matching-Prinzip“ zwischen Art des Stressors und Art der sozialen Unterstützung unzureichend berücksichtigt wurde (Van der Doef & Maes, 1995; Dormann & Zapf, 1999).

1.5.1.2 Die Rolle interindividueller Unterschiede im Stressprozess: Selbstwirksamkeit, Coping und Kontrollüberzeugungen

Die bisher geschilderten Befunde aus der arbeitsplatzbezogenen Stressforschung deuten darauf hin, dass spezifische Stressoren (z.B. Arbeitsbelastung) mit spezifischen Maßen der Beanspruchung bei Menschen einhergehen (z.B. mit Rückenschmerzen, Kaluza et al., 2002, Arbeitsunfähigkeit, Janssen et al., 2003, psychosomatischen Beschwerden, Van der Doef et al., 1998). Auch die stressmildernde Wirkung spezifischer Ressourcen (z.B. Handlungsspielraum, soziale Unterstützung) wurde überwiegend bestätigt (z.B. Melchior et al., 2003). Zusätzlich wurde die Interaktion von Ressourcen und Stressoren in ihrer Wirkung auf die Beanspruchungsreaktion wiederholt untersucht (z.B. Dormann & Zapf, 1999, Wall et al., 1996, Johnson et al., 1989).

In diesem Abschnitt werden nun Befunde dargestellt, die zeigen, dass Personenvariablen existieren, die die positive Beziehung von Stressoren und Beanspruchung beeinflussen können. Es wird vermutet, dass es interindividuelle Unterschiede zwischen Personen gibt, die dazu führen können, dass Stressoren bei einer Person zu erhöhtem Stresserleben führen, bei einer anderen Person aber nicht. Man könnte hier auch von „internen Ressourcen“ im Rahmen des Stressprozesses sprechen (oder in negativer Ausprägung von „individuellen Stressverstärkern“, vgl. Wald, Mauer-Matzen & Schwenk, 2007). Im Folgenden soll auf Befunde eingegangen werden, die darauf hinweisen, dass Selbstwirksamkeit (z.B. Schaubroeck & Merritt, 1997), Kontrollüberzeugungen (z.B. Rahim, 1997) und Coping-Stile (z.B. Jex, Bliese, Buzzell & Primeau, 2001) einen moderierenden Einfluss im Rahmen der Stressor-Strain-Beziehung ausüben können.

Schaubroeck und Merritt (1997) testeten das Job-Demand-Control-Modell zur Vorhersage von systolischem und diastolischem Blutdruck. Als zusätzliche unabhängige Variable ergänzten sie „Job-Selbstwirksamkeit“, da sie annahmen, dass das Modell nur Gültigkeit habe für Personen mit hoher Selbstwirksamkeit, die also von ihrer gegebenenfalls hohen Kontrolle auch Gebrauch machten. Sie erhoben diese Daten per Selbstauskunft (auch Blutdruck) im Querschnitt an $N = 110$ Vollzeitbeschäftigten einer amerikanischen Rehabilitationsklinik. Eine hierarchische Regression ergab, dass Anforderungen und Kontrolle alleine weder als Haupteffekte noch in Interaktion den Blutdruck vorhersagen konnten. Lediglich der Interaktionsterm von „Anforderungen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit“ erbrachte ein signifikantes β -Gewicht. Im Anschluss bildeten die Autoren aus den unabhängigen Variablen dichotome Variablen (mit hohen und niedrigen Werten, d.h. ein Standardabweichung über bzw. unter dem Mittelwert). Anhand dieser klassifikatorischen Einteilung testeten sie in erneuten Regressionsanalysen getrennt hoch bzw. gering selbstwirksame Personen die Gültigkeit des Job-Demand-Control-Modells. Hier bestätigte sich ihre Annahme, dass die zweifache Interaktion des Job-Demand-Control-Modells für die Personen galt, die hohe Selbstwirksamkeit berichteten, nicht aber für die mit niedriger Selbstwirksamkeit (siehe Tabelle 9).

Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit für die Beziehung zwischen Stressoren und Symptombelastung wurde in weiteren Studien bestätigt (z.B. Jex, & Bliese, 1999). Jex, Bliese, Buzzell und Primeau (2001) untersuchten den Einfluss der allgemeinen Selbstwirksamkeit auf den Zusammenhang zwischen Stressoren (Arbeitsüberbelastung und Rollenklarheit) und einem Maß der Symptombelastung (Global Severity Index [GSI]) des Brief Symptom Inventory ([BSI] von Derogatis & Melisaratos, 1983). Als zusätzliche unabhängige Variable berücksichtigten sie die Häufigkeit der Anwendung zweier Coping-Strategien (vermeidungsbezogenes bzw. emotionsbezogenes Coping und problembezogenes bzw. aktives Coping). Ihre Annahme war, dass Selbstwirksamkeit und aktives Coping negativ mit Beanspruchungsmaßen korrelierten, vermeidungsbezogenes Coping aber positiv. Diese Annahme bestätigte sich an einer Stichprobe von $N = 2293$ Beschäftigten der amerikanischen Armee. Weiter nahmen die Autoren eine dreifache Interaktion zwischen Stressoren, Selbstwirksamkeit und aktivem Coping für die Vorhersage von Beanspruchung an, und zwar in der Form, dass hohe Selbstwirksamkeit die Beziehung zwischen Stressoren und Symptombelastung („strain“) nur dann schwächt, wenn diese Personen häufig aktive Copingstrategien anwendeten. Diese Hypothese konnte im Rahmen eines Random-Coefficient-Models in Bezug auf den Stressor Rollenklarheit bestätigt werden, nicht aber für den Stressor Arbeitsüberlastung. Dass hohe Selbstwirksamkeit und hohes aktives Coping sich nur auf die Beziehung zwischen Rollenklarheit und Symptombelastung auswirkten, nicht aber auf die Beziehung zwischen Arbeitsüberbelastung und

Symptombelastung interpretierten die Autoren (Jex et al., 2001) so, dass eine mangelnde Klarheit der Rolle über problembezogenes (aktives) Coping eher zu beheben sei als Arbeitsüberbelastung.

Die letzte Hypothese besagte, dass eine dreifache Interaktion zwischen Stressoren, Selbstwirksamkeit und vermeidungsbezogenem Coping in der Vorhersage von Symptombelastung bestehe, in der Form, dass hohe Selbstwirksamkeit die Beziehung zwischen Stressoren und Symptombelastung nur dann mildere, wenn selten vermeidungsbezogenes Coping angewendet würde. Diese Hypothese der dreifachen Interaktion konnte in Bezug auf den Stressor Arbeitsüberbelastung bestätigt werden. Selbstwirksamkeit moderierte die Beziehung zwischen Arbeitsüberbelastung und psychischer Beanspruchung, sowohl wenn viel vermeidungsbezogenes Coping als auch wenn wenig vermeidungsbezogenes Coping angewendet wurde, aber auf unterschiedliche Weise: Bei seltenem vermeidungsbezogenem Coping ergab sich die angenommene Wechselwirkung, dass Personen mit hoher Selbstwirksamkeit keinen Anstieg der Symptombelastung berichteten, wenn das Arbeitspensum zunahm, während Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit einen Symptomanstieg erlebten. Wenn vermeidungsbezogenes Coping aber häufig angewendet wurde, war die Beziehung zwischen Arbeitspensum und Symptombelastung für Personen mit hoher und niedriger Selbstwirksamkeit positiv. Wenn also häufig vermeidungsbezogenes Coping angewendet wurde, ergab sich bei hoher Arbeitsbelastung ein höheres Ausmaß an Symptombelastung, unabhängig davon, ob die Personen eine hohe oder niedrige Selbstwirksamkeit aufwiesen. Anzumerken bleibt bezüglich dieser Studie, dass durch die beiden signifikanten dreifachen Interaktionsterme nur ein geringer Anteil der Gesamtvarianz aufgeklärt wurde (jeweils nur etwa 1%), was aber trotzdem bedeutungsvoll sein könne (vgl. Evans, 1985).

Tabelle 9

Spezielle Befunde zur Auswirkung interindividueller Unterschiede auf die Beziehung zwischen Stressoren und Symptombelastung

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	Paradigma	UV	AV	Ergebnisse
Schaubroeck & Merritt (1997)	Querschnitt, Fragebogen-erhebung an N = 110 Vollzeitbeschäftigten einer Rehabilitationsklinik	Job-Demand-Control-Modell + Job-Selbstwirksamkeitserwartung (C)	- Anforderungen - Kontrolle (mit Items zu Jobkomplexität) - Job-Selbstwirksamkeitserwartung	- systolische und diastolische Blutdruckwerte	- nur die Interaktion von Jobkontrolle, Anforderungen und Selbstwirksamkeit sagte die Blutdruckwerte vorher - Job-Demand-Control-Modell lieferte nur für Personen mit hoher Job-Selbstwirksamkeit gültige Vorhersagen
Jex, Bliese, Buzzell & Primeau (2001)	Querschnittliche Fragebogen-erhebung an N = 2293 Mitgliedern der amerikanischen Armee	---	- Arbeitsüberbelastung - Rollenklarheit - Selbstwirksamkeit - Coping-Stil: a) vermeidungsbezogen b) problembezogen	- „strain“ über den GSI des BSI (Derogatis & Melisaratos, 1983)	Mittels „random coefficient model“: - „Selbstwirksamkeit - „strain“: - - „aktives Coping - „strain“: - - „vermeidungsbezogenes Coping - „strain“: + - dreifache Interaktion Selbstwirksamkeit x Rollenklarheit x aktives Coping: Selbstwirksamkeit konnte die Beziehung zwischen Rollenklarheit und Strain nur mildern, wenn ein hohes Maß an aktivem Coping vorlag, nicht aber wenn ein geringes Ausmaß an aktivem Coping vorlag - dreifache Interaktion Arbeitsüberbelastung x Selbstwirksamkeit x vermeidungsbezogenes Coping: Bei seltenem vermeidungsbezogenem Coping: Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit berichteten bei steigender Arbeitsüberbelastung zunehmende Symptombelastung, Personen mit hoher Selbstwirksamkeit berichteten keinen Anstieg. - Bei häufigem vermeidungsbezogenem Coping: Beziehung zwischen Arbeitsüberbelastung und Symptombelastung für beide Gruppen positiv.
Schaubroeck, Jones & Xie (2001)	Querschnitt an N = 227 Mitarbeitern einer amerikanischen Forschungsorganisation	Job-Demand-Control-Modell + Job-Selbstwirksamkeit + Kontrollattribution (C)	- Anforderungen - Kontrolle - Job-Selbstwirksamkeitserwartung - Kontrollattribution bezügl. beruflicher Misserfolge	- Immunglobulin A-Wert - aktuelle bzw. - chronische Krankheits-symptome des oberen Atmungssystems	- Interaktion von Anforderungen x Kontrolle x Kontrollattribution sagte aktuelle Symptome und IgA-Wert hervor - Interaktion von Selbstwirksamkeit x Anforderungen x Kontrolle sagte chronische und akute Krankheitssymptome hervor - Demand-Control-Modell gelte für Personen mit hoher Job-Selbstwirksamkeit und externaler Mißerfolgsattribution im Job
Rahim (1997)	Querschnittliche Fragebogen-untersuchung an N = 288 Managern	---	- Rollenkonflikt - Rollenambiguität - Rollenüberbelastung - Rolleninsuffizienz - Kontrollüberzeugung - soziale Unterstützung	- Psychiatrische Symptome: Depression, Angst, kognitive Störungen, Wut - Neigung, Arbeitsplatz zu verlassen	- signifikanter Moderatoreffekt der Kontrollüberzeugung auf Beziehung zwischen a) Rollenambiguität-psychiatrische Symptome sowie b) Rollenoverload-psychiatrische Symptome - keine signifikante Moderatorfunktion der sozialen Unterstützung - signifikante positive Korrelationen zwischen der Neigung, den Arbeitsplatz zu verlassen und Rollenkonflikt bzw. Rolleninsuffizienz

Anmerkungen. UV = unabhängige Variablen, AV = abhängige Variablen, „C“ kennzeichnet zur schnelleren Übersicht Studien, die zusätzliche Personvariablen in das Job-Demand-Control-Modell integrierten.

Schaubroeck, Jones und Xie (2001) untersuchten an einer Stichprobe von $N = 227$ Mitarbeitern einer amerikanischen Forschungsorganisation im Querschnitt den Zusammenhang von Jobanforderungen, Jobkontrolle, Job-Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollattribution (als unabhängige Variablen) und der Anfälligkeit für Infektionskrankheiten (als abhängige Variable). Die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten wurde über zwei Maße operationalisiert; zum einen über den Wert an Immunglobulin-A, der über eine Speichelprobe erhoben wurde (ein hoher Wert stand hier für eine bessere Krankheitsresistenz) und zum anderen über je sechs Items zu aktuellen und chronischen Krankheitssymptomen des oberen Atmungssystems. Im Ergebnis wurde der hypothesenkonforme Befund berichtet, dass die Interaktion von Anforderungen, Kontrolle und Kontrollattribution signifikant zur Vorhersage des IgA-Wertes und der aktuellen Krankheitssymptome beitrug (nicht aber der chronischen Symptome). Außerdem sagte die dreifache Interaktion von „Anforderungen, Kontrolle und Job-Selbstwirksamkeitserwartung“ chronische und aktuelle Krankheitssymptome vorher (nicht aber den IgA-Wert). Bei Personen mit hoher Selbstwirksamkeit und solchen mit externaler Kontrollattribution bezüglich beruflicher Misserfolge (d.h. die so attribuierten, dass sie nicht häufig für negative Arbeitsergebnisse verantwortlich seien) galt also, dass eine hohe Jobkontrolle den Zusammenhang von Anforderungen und schlechter Gesundheit erniedrigt (Schaubroeck et al., 2001).

Weitere Studien weisen darauf hin, dass die generelle Kontrollüberzeugung einen moderierenden Einfluß auf die Stressor-Strain-Beziehung habe; bei Personen mit einer Disposition zu internaler Kontrollüberzeugung (d.h. Ereignisse im Leben werden als durch eigenes Handeln beeinflusst erlebt) erscheint der Zusammenhang zwischen Stressoren und „strain“ signifikant niedriger als bei Personen mit eher externaler Kontrollüberzeugung (vgl., Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982; Cummins, 1988), wobei bedacht werden muss, dass es auch Hinweise darauf gibt, dass internal Überzeugte weniger Stress wahrnehmen (Kobasa et al., 1982) und dass Stressoren umgekehrt Kontrollgefühle zu reduzieren scheinen (Pearlin, Menaghan, Lieberman & Mullin, 1981).

Rahim (1997, bzw. Rahim & Psenicka, 1996) untersuchte die moderierende Rolle von sozialer Unterstützung und von Kontrollüberzeugung auf die Beziehung zwischen Stressoren und psychiatrischen Symptomen. Querschnittlich wurden in dieser Fragebogenstudie $N = 288$ Manager befragt. Stressoren wurden dabei erfasst als Rollenkonflikt, Rollenambiguität, Rollenüberbelastung (vgl. Abschnitt 1.4.2) und Rolleninsuffizienz (d.h. inwieweit die Ausbildung des Arbeitenden inkongruent zu den Arbeitsanforderungen ist). Zusätzlich wurde die Kontrollüberzeugung i.S. Rotters (1966; bzw. Levenson, 1973) erfasst. Die soziale Unterstützung wurde durch drei Subskalen erfasst (Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen und Familie oder Freund). Psychiatrische Symptome wurden über Items zu

Depression, Angst, kognitiven Störungen (z.B. Konzentration, Vergesslichkeit) und Wut operationalisiert. Zusätzlich wurde die Neigung, den Arbeitsplatz zu wechseln, erfasst. Internale Kontrollüberzeugung korrelierte negativ mit psychiatrischen Symptomen. Es ergab sich ein signifikanter Moderatoreffekt der Kontrollüberzeugung auf die Beziehung zwischen Rollenambiguität und psychiatrischen Symptomen sowie auf die Beziehung zwischen Rollenüberbelastung und psychiatrischen Symptomen. Dieser Befund weist darauf hin, dass Personen mit internaler Kontrollüberzeugung Rollenüberbelastung (bzw. –ambiguität) besser bewältigen können als Personen mit externaler Kontrollüberzeugung. Es wurde dagegen kein Moderatoreffekt der sozialen Unterstützung auf die Stressor-Strain-Beziehungen gefunden. Außerdem korrelierten Rollenkonflikt und Rolleninsuffizienz signifikant positiv mit der Neigung, den Arbeitsplatz zu wechseln.

In einer Querschnittsuntersuchung an $N = 106$ Universitätsdozenten in Hong Kong gelang nur bezüglich einiger der untersuchten Stressor-Strain-Beziehungen der Nachweis einer moderierender Wirkung der Kontrollüberzeugung (Leung, Siu & Spector, 2000). Als Strain-Maße wurden Arbeitszufriedenheit (mit der Arbeit selbst bzw. mit der Organisation) und psychologisches Leiden (physische und psychische Symptome sowie depressive Symptome) erfasst. Als Stressorenmaße wurden insgesamt acht unterschiedliche Bereiche erfragt: intrinsische Lehrfaktoren, Rollenambiguität/Rollenkonflikt, Beziehungen am Arbeitsplatz, Karrieremöglichkeiten, organisationale Struktur und Klima, Auswirkungen der Arbeit auf das Privatleben, Niveau der Studenten und Bewertung durch Studenten.

Ein Moderatoreffekt der Kontrollüberzeugung wurde nur in Bezug auf zwei Stressor-Strain-Beziehungen gefunden: Bei Dozenten mit externaler Kontrollüberzeugung führte finanziell inadäquate Bezahlung zu größerer Arbeitsunzufriedenheit, während ein (selbst eingeschätztes) gutes organisationales Klima ihre Symptombelastung reduzierte. Insgesamt ergaben sich bezüglich der Moderatorfunktion der Kontrollüberzeugung hier sehr uneinheitliche Ergebnisse.

Die hier vorgestellten Befunde zur Wirkung interindividueller Unterschiede im Stressgeschehen weisen darauf hin, dass eine hohe Selbstwirksamkeit dazu führen kann, dass eine hohe Kontrolle am Arbeitsplatz starke Arbeitsplatzstressoren in ihrer negativen Wirkung abmildert (z.B. Blutdruckwerte, psychosomatische Beschwerden, chronische Erkrankungen des oberen Atemwegssystems). Dieser Wirkmechanismus, der die Annahmen des Job-Demand-Control-Modells (Karasek, 1979) widerspiegelt, scheint aber nur für Personen mit hoher Selbstwirksamkeit zu gelten, für Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit konnten die Annahmen des Job-Demand-Control-Modells nicht bestätigt werden. Außerdem erscheint es aufgrund der Befundlage denkbar, dass auch für hoch Selbstwirksame dieser symptommildernde Zusammenhang nur besteht, wenn sie kein vermeidungsbezogenes Coping anwenden (wobei in dieser Untersuchung die Wirkung von

Kontrolle nicht explizit erfasst wurde, Jex et al., 2001). Analoge Befunde zur Moderatorfunktion der Selbstwirksamkeit ergaben sich für eine externe Mißerfolgsattribution am Arbeitsplatz. Bezüglich der Kontrollüberzeugung liegen Hinweise darauf vor, dass eine interne Kontrollüberzeugung die Auswirkungen von Stressoren (v.a. Rollenüberbelastung, Rollenambiguität) auf das psychische Befinden abmildert (Rahim, 1997).

Die bisher dargestellten Studien untersuchten unterschiedliche Hypothesen der Beziehungen von Stressoren, (internen) Ressourcen und Beanspruchungsmaßen. Neben allgemeinen Auswirkungen der Arbeit (Abschnitt 1.5.1) wurden spezifische Befunde, die im Rahmen der Karasek Modelle erhoben wurden (Abschnitt 1.5.1.1), dargestellt und schließlich erfolgte die Präsentation von Studien, die die Rolle individueller Unterschiede im Stressprozess untersuchten (Abschnitt 1.5.1.2). All diese Studien erforschten das Stressgeschehen an nicht klinischen Stichproben, also an Personen, von denen zum Untersuchungszeitpunkt nicht bekannt war, dass sie an einer psychischen Störung litten; wenn auch innerhalb dieser Untersuchungen nachgewiesen werden konnte, dass bei ungünstigen Ausprägungen von Stressoren und Ressourcen mit höherer Wahrscheinlichkeit psychische Erkrankungen entstehen können (Stansfeld et al., 2006).

Eine Reihe von Studien widmete sich der Untersuchung der Beziehungen zwischen Stressoren, Ressourcen und Beanspruchungsmaßen bei Personen, bei denen zum Untersuchungszeitpunkt bereits eine psychische Erkrankung vorlag. Die Ergebnisse einiger dieser Studien sollen im Folgenden näher dargestellt werden

1.5.2 Auswirkungen der Arbeit in klinischen Stichproben

Zu Beginn einer stationären psychosomatischen Rehabilitation ($N = 264$ LVA-Patienten) gaben 51% der befragten Personen, die an einer psychischen Erkrankung litten, an, dass die Arbeit ein Bereich sei, der zu den psychosomatischen Beschwerden beitrage (Bürger & Koch, 1995). Die Bedeutung anderer Belastungsbereiche (z.B. Familie, Partnerschaft, Finanzen, soziale Kontakte) wurde durchgängig seltener als Beitragsfaktor zu den Beschwerden gesehen. Psychisch erkrankte Personen erkennen also subjektiv (ebenso wie Gesunde; vgl. INQA, 2005) einen Einfluss der Arbeitsbedingungen auf ihre Beschwerden. Nur 15,9% der befragten Patienten sahen in keinem der vorgegebenen Belastungsbereich Einflüsse auf die Behandlungsbeschwerden.

Umgekehrt nahm aber der Großteil der Patienten auch Auswirkungen ihrer Beschwerden auf ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz wahr: 50,6% der Patienten

stimmten der Aussage zu, dass sie sich durch die Behandlungsbeschwerden am Arbeitsplatz sehr stark bis stark beeinträchtigt erleben. In den Bereichen Alltag, Familie und Partnerschaft fühlten sich deutlich weniger durch die Beschwerden eingeschränkt (jeweils circa 36%). Im Freizeit- und Sozialbereich sah sich der Großteil der Patienten nur gering durch die Beschwerden eingeschränkt (Bürger & Koch, 1995). Dass psychische Störungen mit Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen (also auch in dem Bereich der Arbeit) einhergehen, legen teilweise bereits die Diagnosekriterien der psychischen Störungen nahe (z.B. beinhalten die Diagnosen einer Phobie, einer Generalisierten Angststörung, einer Zwangsstörung oder eines Alkoholmissbrauchs als ein Kriterium Beeinträchtigungen in *beruflichen*, sozialen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, wobei die Erfüllung dieses Kriteriums nicht zwingend zur Diagnosestellung vorliegen muß [so reicht z.B. bei Phobien, Generalisierten Angststörungen oder Zwangsstörungen auch ein in klinischer Weise bedeutsames Leiden aus, vgl. DSM-IV TR, American Psychiatric Organization, 2000]).

Leidig (2005) untersuchte an einer Stichprobe von 122 erwerbstätigen Patienten, die sich in einer psychosomatischen Rehabilitation befanden, den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung, Symptomen und Arbeitsunfähigkeitszeiten im Querschnitt. Er zeigte, dass Arbeitsplatzstressoren und ungünstige Stressverarbeitungsweisen Zusammenhänge zu Symptomen und Arbeitsunfähigkeitszeiten aufwiesen. Ihm gelang die Übertragung des organisationspsychologischen Facettenmodells des Arbeitsstress (Beehr, 1998) auf eine klinische Population: Stressrelevante Faktoren der Arbeitsbedingungen beeinflussten die Symptombelastung und die Arbeitsunfähigkeit. Die Personvariable der Stressverarbeitung wiederum hatte einen vermittelnden Einfluss zwischen Arbeitsbedingungen und Symptomatik, die psychosomatische Beschwerden hingen mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zusammen (siehe Abbildung 14 sowie Tabelle 10).

Die ISTA-Skalen Zeitdruck, einseitige Belastung und geringe Partizipationsmöglichkeiten zeigten sich als prädiktiv für das Ausmaß der Depressivität, der Angst und der psychosomatischen Beschwerden. Die Personvariable „Resignation“ hatte eine vermittelnde Funktion zwischen Arbeitssituation und Symptomatik. Einseitige Belastung und geringe Partizipation zeigten Zusammenhänge v.a. mit Depressivität, Zeitdruck hingegen v.a. mit Angst und psychosomatischen Beschwerden. Die Maße des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Tage und AU-Fälle innerhalb der letzten zwei Jahre vor Klinikaufnahme) zeigten Zusammenhänge zu zwei Variablen: Die AU-Tage hingen mit dem Ausmaß an psychosomatischen Beschwerden zusammen, die AU-Fälle hingegen mit dem Ausmaß an Kooperationserfordernissen am Arbeitsplatz, weshalb Leidig (2005) schlussfolgerte, dass sich Dauer und Häufigkeit von Fehlzeiten in ihrer Bedeutung unterscheiden (S. 192).

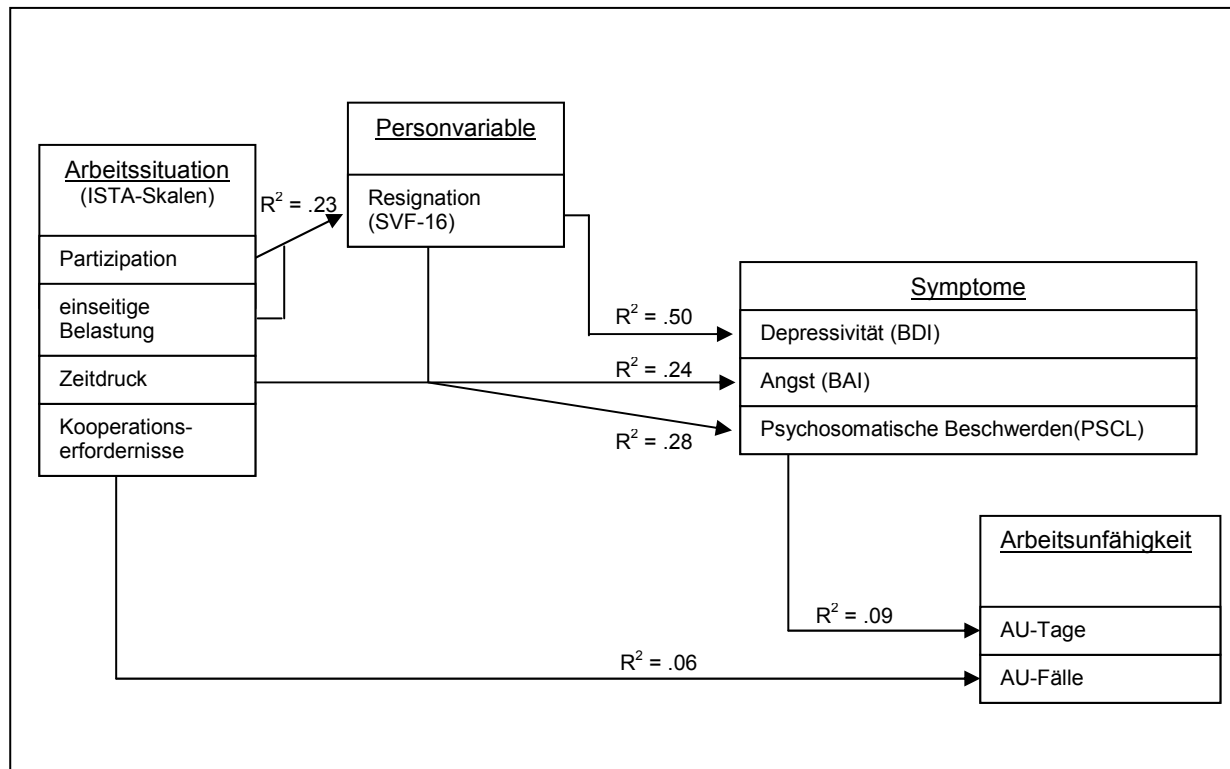


Abbildung 14. Ergebnisse des Pfadmodells zum Arbeitsstress an einer Stichprobe psychosomatisch erkrankter Erwerbstätiger in der Studie von Leidig (modifiziert nach Leidig, 2005, S.191).
Anmerkungen. R^2 = Determinationskoeffizient, ISTA = Instrument zur stress-bezogenen Tätigkeitsanalyse, SVF-16 = Stressverarbeitungsfragebogen-16, BDI = Beck Depressions-Inventar, BAI = Beck-Angstinventar, PSCL = Psychosomatische Symptomcheckliste, AU = Arbeitsunfähigkeit.

Die Hypothese, dass erhöhtes Arbeitsengagement (gemessen über die Skala des AVEM; Fragebogen zum arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmuster; Schaarschmidt & Fischer, 1996) mit einer höheren Symptombelastung einhergehe, wurde nicht bestätigt (Leidig, 2005). Siegrist (1996) hingegen fand einen Zusammenhang zwischen distanzlosem beruflichen Überengagement und erhöhtem Risiko für koronare Herzerkrankungen, jedoch nur wenn die hohe Verausgabung mit niedriger Belohnung gekoppelt war.

Der Frage, ob eine stationäre psychosomatische Rehabilitation wiederum auch Auswirkungen auf die Verbesserung des Arbeitslebens der Patienten habe, ging Bürger (1998a) nach. Er erhob Daten an 132 Patienten zu Beginn und bei Entlassung aus stationärer psychosomatischer Rehabilitation, außerdem erfolgten katamnestische Erhebungen ein halbes Jahr und ein Jahr nach dem Aufenthalt. Insgesamt wurden wenige signifikante Veränderungen bezüglich des Arbeitslebens gefunden: Es ergab sich ein Rückgang der Arbeitsunfähigkeitstage von 68 Tagen im Jahr vor der Klinikaufnahme auf 45 Tage im Jahr nach dem Klinikaufenthalt. Bezüglich der Arbeitszufriedenheit vor und nach

dem Klinikaufenthalt ergaben sich keine signifikanten Veränderungen (tendenziell waren Patienten nach dem Klinikaufenthalt mit ihren Kollegen und ihren Vorgesetzten etwas zufriedener). Auch in den protektiven (z.B. Handlungsspielraum, Kommunikationsmöglichkeiten) und belastenden (z.B. Konzentrationsdruck, Angst vor Arbeitslosigkeit) Aspekten der Arbeit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede vor und nach dem Klinikaufenthalt. Hinsichtlich psychomentaler Belastung und Belastung durch Schichtarbeit zeigte sich im 1-Jahres-Follow-up ein leichter Rückgang, jedoch lagen die Patienten noch immer deutlich über den Werten einer parallelisierten gesunden Stichprobe (parallelisiert nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Beschäftigungsverhältnis, Berufsstatus und Schulbildung). Aufgrund der weitgehend mangelnden Veränderungen forderte Bürger (1998a, S. 60), das „gezielte Einüben von Fertigkeiten und Fähigkeiten, um im Berufsleben zu bestehen, noch wesentlich stärker in ...[die] Rehabilitation“ einzubeziehen; erste Rahmenkonzepte hierzu stellte er 1999 vor.

Ein hochsignifikanter Effekt im 1-Jahres-Follow-up ergab sich in der Untersuchung von Bürger (1998a) aber hinsichtlich der Einschätzung zu positiven Aspekten der Arbeitssituation: So schätzten Patienten z.B. die Faktoren „Gefühl von Gebrauchtwerden“, „Anerkennung“, „Stolz auf Arbeit“, „Beweis von Können und Wissen“, „Tätigkeit macht Spaß“ signifikant positiver ein als zu Beginn des Klinikaufenthaltes.

Tabelle 10

Befunde zur Auswirkung der Arbeitsbedingungen (erfasst über das Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse, ISTA) bei psychisch Erkrankten

Autoren (Jahr)	Stichprobe (N)	UV	AV	Ergebnisse
Leidig (2005)	Querschnitt an N = 122 Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation	ISTA-Skalen: - Partizipation - einseitige Belastung - Zeitdruck - Kooperations- erfordernisse	- Resignation - Depressivität - Angst - psychosomatische Beschwerden - AU-Tage - AU-Fälle	- einseitige Belastung und geringe Partizipation: positiven Zusammenhang mit Depressivität - Zeitdruck: positiver Zusammenhang mit Angst und psychosomatischen Beschwerden - psychosomatische Beschwerden: positiver Zusammenhang mit AU-Tagen - Kooperationserfordernisse: positiver Zusammenhang zu AU-Fällen
Bürger (1998b)	Querschnitt an N = 48 Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation	- Handlungsspielraum (ISTA-Skala) - Kommunikations-, Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten (KHEmöglichkeiten) - Erfüllung sozialer Bedürfnisse	- BSI-Gesamtwert	- signifikante Partialkorrelationen: r Handlungsspielraum-BSI = -.31 r Erfüllung sozialer Bedürfnisse-BSI = -.50 r Zufriedenheit mit Vorgesetzten/Leitung/Organisation-BSI = -.44 - übrige Partialkorrelationen: n.s.
	Querschnitt an N = 114 Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation	- Zufriedenheit mit Vorgesetzten, Leitung und Organisation - inhaltlich befriedigende Tätigkeit - Zufriedenheit mit der Bezahlung	- AU-Tage im Jahr vor Klinikaufnahme	- signifikante Partialkorrelationen: r Handlungsspielraum-AU-Tage = -.31 r KHEmöglichkeiten-AU-Tage = -.19 r Erfüllung sozialer Bedürfnisse-AU-Tage = -.22 - übrige Partialkorrelationen: n.s. - depressive Patienten bewerteten ihre Arbeitssituation negativer als Patienten mit Angst- oder funktionellen Störungen

Die Befunde von Bürger (1998a) erscheinen verständlich, da subjektive Einschätzungen und Bewertungen der Arbeitssituation (z.B. Gefühl von Gebrauchtwerden) eher Einstellungen darstellen, die durch therapeutische Interventionen unmittelbarer veränderbar erscheinen als die objektiven Arbeitsbedingungen selbst (z.B. Handlungsspielraum, dessen Ausmaß mittels ISTA-Skalen ja gerade möglichst objektiv erfasst werden soll).

In einer weiteren Veröffentlichung ging Bürger (1998b) genauer auf die positiven Aspekte der Arbeit und deren Bedeutung für die Rehabilitationspatienten ein. Zu Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes gaben 44% der Befragten ($N = 203$) an, dass ihnen die Arbeit Spaß mache, 25% erlebten sich als „ständig beruflich belastet“ (Bürger, 1998b, S. 141). Wie unterschieden sich aber innerhalb der Patientengruppe diejenigen, denen die Arbeit Spaß machte, von denen, die „ihre Arbeit vor allem als Belastung“ (Bürger, 1998b, S. 143) empfanden? Bürger (1998b) kam zu dem Ergebnis, dass v.a die Art der Tätigkeit selbst bestimme, wie lustvoll die Arbeit empfunden werde (siehe Abbildung 15).

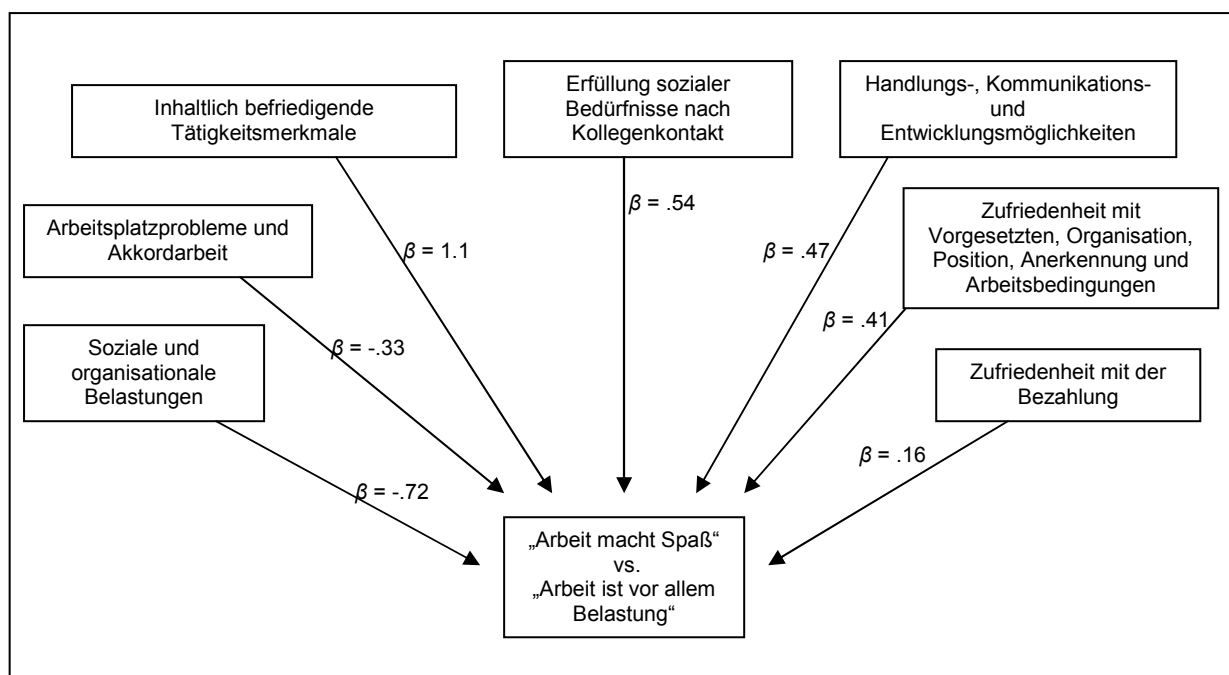


Abbildung 15.

Vorhersage der Angabe „Arbeit macht Spaß“ vs. „Arbeit ist vor allem Belastung“ mittels logistischer Regression in der Studie von Bürger (1998b).

Anmerkungen. Hohe Ausprägungen der abhängigen Variable bedeuten hier „Arbeit macht Spaß“.

Mittels einer logistischen Regression gelang die Vorhersage der abhängigen Variable („Arbeit macht Spaß“ vs. „Arbeit als Belastung“) durch folgende Arbeitsplatzmerkmale: „Inhaltlich befriedigende Tätigkeitsmerkmale“ lieferte mit $\beta = 1.1$ den größten Beitrag zur Aufklärung der Kriteriumsvariable. „Erfüllung sozialer Bedürfnisse nach Kollegenkontakt“ ($\beta =$

.54), „Handlungs-, Kommunikations- und Entwicklungsmöglichkeiten“ ($\beta = .47$), „Zufriedenheit mit Vorgesetzten, Organisation, Position, Anerkennung und Arbeitsbedingungen“ ($\beta = .41$) und die „Zufriedenheit mit der Bezahlung“ ($\beta = .16$) trugen signifikant und in positiver Richtung zur Vorhersage bei. „Soziale und organisationale Belastungen“ ($\beta = -.72$) und „Arbeitsplatzprobleme und Akkordarbeit“ ($\beta = -.33$) trugen in signifikant negativer Richtung zur Vorhersage bei.

In den Querschnittsdaten ergaben sich außerdem signifikante Zusammenhänge von Arbeitsplatzmerkmalen und dem Ausmaß psychischer Beschwerden (erfasst über den BSI-Gesamtwert [GSI]): „Erfüllung sozialer Bedürfnisse“ ($r = -.50$), „Zufriedenheit mit Vorgesetzten“ ($r = -.44$) und „Handlungsspielraum“ ($r = -.31$) korrelierten signifikant negativ mit dem Ausmaß an psychischen Beschwerden, wobei Bürger (1998b) anmerkte, dass hier nicht von einer Verursachung ausgegangen werden könne. So gäbe es auch die Annahme, dass Personen erst nach Auftreten psychischer Beschwerden Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen erlebten. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr vor dem Klinikaufenthalt wurden im Querschnittsdesign (Bürger 1998b) signifikante Korrelationen mit den Skalen „Handlungsspielraum“ ($r = -.31$), „Kommunikations-, Handlungs-, und Entwicklungsmöglichkeiten“ ($r = -.19$) und „Erfüllung sozialer Bedürfnisse“ ($r = -.22$) aufgezeigt. Bürger (1998b) interpretierte den deutlichen Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeitstagen und Handlungsspielraum so, dass Personen, die einen hohen Handlungsspielraum am Arbeitsplatz erleben, am ehesten Möglichkeiten hätten, „Zeiten, in denen es ihnen nicht gut geht, zu kompensieren, ohne sich krankschreiben zu lassen“ (Bürger, 1998b, S. 145); der Handlungsspielraum am Arbeitsplatz scheint also eine Ressource in Bezug auf Arbeitsunfähigkeitstage darzustellen.

Bezüglich unterschiedlicher Diagnosegruppen innerhalb der Patientenstichprobe ergab sich, dass depressive Patienten ihre Arbeitssituation negativer bewerteten als nicht-depressive Patienten (mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der Bezahlung; Bürger, 1998b).

Beutel, Kayser, Kehde, Dommer, Bleichner, Schlüter und Baumann (2000) verglichen nicht unterschiedliche Diagnosegruppen, sondern unterschiedliche Altersgruppen (30-39 Jahre, 40-49 Jahre und 50-59 Jahre) von Patienten einer psychosomatischen Klinik ($N = 412$). 61 % aller Patienten fühlten sich durch psychosomatische Beschwerden beruflich „stark“ oder „sehr stark“ beeinträchtigt (Beutel et al., 2000, S. 76). Hierbei ergab sich, dass ältere Patienten eine geringere Symptombelastung (ermittelt über die Symptomcheckliste nach Franke, 1995) aufwiesen als jüngere. In den meisten Lebensbereichen (Finanzen, Freunde, Familie, Wohnen, Gesamtzufriedenheit) war die jüngste Altersgruppe unzufriedener als die beiden älteren. Generell zeigte sich, dass die Patienten hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit v.a. mit den Bereichen Arbeit und Gesundheit am unzufriedensten

waren (andere Bereiche waren z.B. Sexualität, Finanzen, Freizeit, Familie). Ältere berichteten mehr berufliche Veränderungen vor der Klinikaufnahme.

Auch nach Berücksichtigung des höheren Anteils von Rentenantragstellern in der älteren Gruppe schätzten die Älteren die Wahrscheinlichkeit, wieder arbeiten zu können, geringer ein (48%) als die beiden jüngeren Gruppen (40-49 Jahre: 70%; 30-39 Jahre: 73%). Generell zeigten die Personen eine geringere Lebenszufriedenheit, die eine negativere Einstellung zur Arbeit aufwiesen.

In der Studie von Bürger (1998b) wurde bereits die günstige Wirkung des Handlungsspielraums in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr vor dem Rehabilitationsaufenthalt herausgestellt. Die günstige Wirkung von Ressourcen auf das Befinden von psychosomatisch Erkrankten wird durch den Befund an einer weiteren Stichprobe psychosomatisch erkrankter Patienten unterstützt (Zielke, 2000): Arbeitende, die ein hohes Ausmaß an akzeptierter Verantwortung berichteten (Aufstiegsmöglichkeiten, interessante Arbeit, Verantwortlichkeit für die Arbeit, Zuständigkeit für den Arbeitseinsatz anderer, persönliche Haftung bei Schäden), wurden (retrospektiv erfasst) seltener krank geschrieben, berichteten weniger Krankheitstage und stationäre Krankenhausaufenthalte (Zielke, 2000). Der Vergleich von Schicht- ($N = 4942$) und Tagarbeitern ($N = 1808$) ergab in der Teilstichprobe der Schichtarbeit signifikant erhöhte subjektiv erlebte Befindensbeeinträchtigungen (z.B. Schlafstörungen, Appetitstörungen, starkes Herzklopfen, Leibschmerzen, Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen). In Bezug auf die Wirkung von Schichtarbeit wurde außerdem gefunden, dass mit steigendem Lebensalter Schlafstörungen im ungestörten Tagesschlaf (wenn also kein störender Lärm auftrat) kontinuierlich zunahmen ($N = 5554$; Zielke, 2000). Wenn der Tagesschlaf ungestört blieb, hatte die Einstellung zur Schichtarbeit eine moderierende Rolle in Bezug auf die Schlafstörungen: Während Personen mit einer negativen Einstellung zu 70 % von Schlafstörungen berichteten, gaben dies nur 20% der positiv gegenüber der Schichtarbeit eingestellten an (Zielke, 2000).

Die bisher berichteten Befunde stellten bereits die interaktive Wirkung von Ressourcen und Stressoren auf das Ausmaß (psychischer) Beanspruchung dar, sowohl in klinischen als auch in nicht klinischen Stichproben. Der folgende Abschnitt widmet sich der Darstellung von Studien, die arbeitsplatzbezogenes Stresserleben in klinischen Stichproben mit nicht-klinischen Stichproben verglichen.

1.5.3 Auswirkungen der Arbeit: Vergleich von klinischen und nicht-klinischen Stichproben

Nur eine geringe Anzahl an Studien widmete sich als zentrale Fragestellung dem Vergleich der Auswirkungen des Arbeitslebens psychisch Kranker und Gesunder (vgl. Tabelle 11).

Bürger (1998b) berichtet im Rahmen seiner Untersuchung, die als zentrale Fragestellung den gesundheitsförderlichen Arbeitsaspekten in ihrer Bedeutung für Patienten einer stationären psychosomatischen Rehabilitation nachging, dass sich die Arbeitszufriedenheit von Rehabilitationspatienten ($N = 203$) nicht von der einer unselegierten Stichprobe von gesunden Beschäftigten unterscheide; diese Vergleichsdaten entnahm Bürger (1998b) den Angaben von Neuberger (1983). In den Skalen „Kommunikationsmöglichkeiten“ und „Handlungsspielraum“ des ISTA (Semmer, 1984; Frese & Zapf, 1987b) ergaben sich ebenfalls keine Unterschiede zu den Angaben einer gesunden Vergleichsstichprobe (diese Vergleichsdaten entnahm Bürger (1998b) der bereits dargestellten Erhebung von Greif, Bamberg & Semmer (1991)), die Arbeitsplätze psychisch Erkrankter schienen sich in diesen Dimensionen also nicht von denen Gesunder zu unterscheiden.

Zielke (1995a) hingegen kam zu Befunden, die für Unterschiede in den Arbeitsplatzbedingungen psychisch Kranker und Gesunder Personen sprechen: Er befragte eine Gruppe psychisch kranker Patienten, die sich in stationärer Rehabilitation befanden ($N = 148$), zu ihren Arbeitsplatzfaktoren und stellte deren Angaben denen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe gegenüber. 41% der Patienten gaben an, sie würden unter der Voraussetzung der gleichen Bezahlung ihren Arbeitsplatz wechseln. Dies entsprach im Vergleich mit einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe einem doppelt so hohen Prozentsatz. Hier erscheint es aber wichtig, darauf hinzuweisen, dass der Vergleich mit der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (im Gegensatz zu einer gesunden, nach Berufen parallelisierten Vergleichsstichprobe) u.a. die Schwierigkeit aufweist, dass die Patientenstichprobe der Klinik eben tatsächlich ungünstigere Arbeitsplatzbedingungen ausgesetzt sein könnte als der Großteil der Bevölkerung (vgl. Zielke, 1995a, S. 274). Dies spiegelt sich auch wider in dem Befund, dass bezüglich aller erfragter Belastungsfaktoren (z.B. „viel Laufen, Heben, Tragen“, „Lärm, Schmutz“, „Hetze und Zeitdruck“, „regelmäßige Überstunden“) ein signifikant höherer Anteil der Patientenstichprobe (im Vergleich mit einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe) angab, dass diese Belastungsfaktoren an ihrem Arbeitsplatz vorlägen (Zielke, 1995a). Außerdem berichtete Zielke (1995a), dass innerhalb der Patientenstichprobe ein hohes Ausmaß an akzeptierter Verantwortung (erfasst über den

Fragebogen zur Erfassung der Situation am Arbeitsplatz, KOLA von Koch & Laschinski, 1979; diese Skala beinhaltet „Aufstiegsmöglichkeiten“, „Zuständigkeit für den Arbeitseinsatz anderer“, „persönliche Haftung bei Schäden“, „Verantwortlichkeit für die Abteilung“, „Einschätzung, dass die Tätigkeit interessant ist“ und „Wiederwahl des Berufs bei erneuter Entscheidung“) mit geringeren Krankheitstagen, seltenerer Krankschreibung und selteneren Krankenhausaufenthalten einhergehe. Eine hohe erlebte Angst am Arbeitsplatz gehe außerdem mit hohen psychosomatischen Beschwerden einher ($r = .32$; Zielke, 1995, S. 278).

Tabelle 11

Querschnittsstudien zum Vergleich der Auswirkungen der Arbeitsbedingungen bei klinischen und nicht klinischen Stichproben

Autoren (Jahr)	Stichprobe	Vergleichsstichprobe	Ergebnisse
Zielke (1995a)	N = 148 Patienten in psychosomatischer Rehabilitation	Repräsentative Bevölkerungsstichprobe	- 41% der Pat. gaben an, sie würden ihren Arbeitsplatz wechseln, wenn sich die Bezahlung nicht ändern würde (doppelt so viele wie in der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe) - unter Pat. berichtet höherer Anteil über Vorliegen von Belastungsfaktoren (z.B. viel Laufen oder Heben, Überstunden) am Arbeitsplatz
Bürger & Koch (1995)	N = 264 LVA-Patienten in psychosomatischer Rehabilitation	N = 185-931 ‚gesunder‘ Arbeiter, teilweise parallelisiert nach Alter, Geschlecht, Berufsstatus, Schulbildung, Partnersituation und Rentenverfahren	- keine Unterschiede zwischen den Arbeitsplätzen Gesunder und psychisch Erkrankter in den ISTA-Skalen - auf Skalen „psychomenteale Belastung“, „schwere Arbeit“, „Noxen“, „Schichtarbeit“ des IRES und im IRES-Gesamtwert: Patienten weisen höhere Werte auf als parallelisierte Vergleichsstichprobe gesunder Arbeiter
Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg & Beutel (2004)	N = 461 Patienten in psychosomatischer Rehabilitation	2 Vergleichsstichproben à N = 461 Personen der Allgemeinbevölkerung (aus repräsentativer Längsschnittstudie entnommen), gematcht nach Alter, Geschlecht, beruflichem Status und aktueller Erwerbstätigkeit	- Patienten gaben fast gleiche Rangfolge von beruflichen Belastungsfaktoren an wie Vergleichsgruppen, aber Pat. gaben höhere Belastungswerte an - Patienten gaben exakt gleiche Rangfolge der beruflichen Ressourcen an wie Vergleichsgruppe, aber Pat. gaben geringere soziale Kontakte mit Kollegen und weniger abwechslungsreiche Tätigkeiten an. - Vorhersage der beruflichen Belastung v.a. durch geringen beruflichen Status (bzw. geringe Schulbildung) und geringe Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (in allen Stichproben) - in Patientenstichprobe bei Vorhersage zusätzlicher Einfluß von Erwerbsstatus und Alter - kein Einfluss des Familienstandes oder der Arbeitsunfähigkeitszeiten (in Patientenstichprobe)

Bürger und Koch (1995) berichteten über die Arbeitsbelastung und deren Bedeutung für die Patienten zu Beginn einer stationären psychosomatischen Rehabilitation (N = 264 LVA-Patienten). Als Vergleichsgruppe zu den Patientendaten zogen die Autoren Daten einer „größeren Stichprobe ‚gesunder‘ Arbeiter“ (Bürger & Koch, 1995, S. 71) heran, über die der Artikel abgesehen von der Stichprobengröße (N = 185-931) keine genaueren Angaben liefert. Es ergaben sich keine Unterschiede zwischen Gesunden und Patienten hinsichtlich der Angaben im ISTA (Semmer, 1984; Semmer & Dunckel, 1991), dessen Ziel in einer weitgehend „objektiven“ Erfassung der Arbeitsplatzmerkmale liegt (siehe Abschnitt 3.2.3). Auf der Skala „Berufliche Belastung“ aus dem Fragebogen zur Gesundheit in Beruf und Alltagsleben der Indikatoren des Reha-Status (IRES; Gerdes & Jäckel, 1992) hingegen

zeigten sich Unterschiede zwischen der Patientenstichprobe und einer (nach Alter, Geschlecht, Berufsstatus, Schulbildung, Partnersituation und Rentenverfahren) parallelisierten Arbeiterstichprobe. Auf den Skalen „psychomenteale Belastung“, „schwere Arbeit“, „Noxen“, „Schichtarbeit“ und im IRES-Gesamtwert wies die Patientenstichprobe signifikant höhere Ausprägungen auf. Es ist davon auszugehen, dass der ISTA eher beschreibende Antworten fordert, während im IRES eher eine Belastungseinschätzung gefordert wird, die von „globale[n] Antworttendenzen im Sinne von ... Depressivität“ (Bürger & Koch, 1995, S. 75) stärker beeinflusst werden könnte. Deshalb kamen die Autoren zu dem Schluss, dass aufgrund der inkonsistenten Befundlage „keine klaren Hinweise für eine vermehrte Arbeitsbelastungen bei Patienten gefunden“ wurden (Bürger & Koch, 1995, S. 72).

Bei der Beschreibung der Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzmerkmalen und Krankheitsdaten (BSI, Arbeitsunfähigkeitstage) für die Patientenstichprobe fielen insbesondere die Korrelationen zwischen sozialen negativen Aspekten der Arbeitssituation und psychischen Beschwerden signifikant positiv aus ($r = .36$ – $.46$). Die Skala „soziale Stressoren“ aus dem ISTA wies die höchste Korrelation mit psychischen Beschwerden auf ($r = .556$). Die Skala „Handlungsspielraum“ ($r = -.219$) sowie die Skala „Konzentration und Zeitdruck“ ($r = .461$) aus dem ISTA wiesen ebenfalls signifikante Korrelationen zu dem Maß an psychischen Beschwerden (BSI) auf. Die Autoren (Bürger & Koch, 1995) fassten die Skalen des ISTA, die konsistent mit einem höheren Ausmaß an psychischen Beschwerden und Fehlzeiten im Jahr vor Klinikaufnahme zusammenhingen (Unsicherheit und Verantwortung, Konzentration und Zeitdruck, organisatorische Probleme, Arbeitsplatzunsicherheit und Zeitdruck), zu einer Skala B (Belastung) zusammen. Diese korrelierte mit $r = .547$ signifikant positiv mit dem BSI-Gesamtwert und mit $r = .263$ auch signifikant positiv mit den Fehlzeiten im Jahr vor Klinikaufnahme.

Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg und Beutel (2004) verglichen berufliche Belastungen und Ressourcen von Patienten einer psychosomatischen Rehabilitation ($N = 461$) mit der Allgemeinbevölkerung. Hervorzuheben ist, dass in dieser Studie zu jedem untersuchten Patient zwei Matching-Partner aus der Allgemeinbevölkerung gefunden wurden, die nach Alter, Geschlecht, beruflichem Status und Ausmaß der Erwerbstätigkeit parallelisiert wurden. Die Personen aus der Allgemeinbevölkerung stammten aus einer repräsentativen deutschen Längsschnittstudie, die jährlich private Haushalte zu Lebens- und Arbeitsbedingungen befragt (sozioökonomischer Panel, SOEP). Zwerenz et al. (2004) legten die Items zu beruflicher Belastung (acht Items) und Ressourcen (fünf Items), die in dieser Längsschnittstudie verwendet wurden, der Patientenstichprobe vor. Als Gesamtmaß für berufliche Belastung bildeten die Autoren einen Mittelwert über alle dreizehn Items. Da die so gebildete Gesamtskala aber eine geringe Reliabilität aufwies (Cronbachs α zwischen .56

und .60 in den einzelnen Stichproben, Zwerenz et al., 2004, S. 13), gaben die Autoren an, die Auswertung auf Itemebene vorgenommen zu haben.

In Bezug auf die berufliche Belastung (acht Items) ergab sich, dass die Rangfolge der beruflichen Belastungen bei Patienten und Matched Pairs „nahezu identisch“ war (Zwerenz et al., 2004, S. 13): Nervliche Anspannung wurde am häufigsten als „voll zutreffender“ Belastungsfaktor genannt, gefolgt von unregelmäßigen Arbeitszeiten, Wechselschicht, schädlichen Umwelteinflüssen, körperlich schwerer Arbeit und strengen Leistungskontrollen. Rangplatz 7 und 8 waren in Patienten- und Vergleichsstichprobe vertauscht: Patienten gaben häufiger an, dass Konflikte mit Vorgesetzten „voll zutreffend“ seien, während in der Allgemeinbevölkerung Rangplatz sieben durch „erhöhtes Risiko von Unfällen“ belegt wurde. Hervorzuheben ist, dass sich die Patientenstichprobe in vier der acht Items beruflich als stärker belastet ansahen als beide Stichproben der Allgemeinbevölkerung (nämlich hinsichtlich der nervlichen Anspannung, der Wechselschicht, der strengen Leistungskontrollen und der Konflikte mit den Vorgesetzten), wobei sich die beiden Matching-Stichproben nie voneinander unterschieden. Besonders deutlich fielen die Unterschiede zwischen Patienten- und Vergleichsstichproben in den Items zu nervlicher Anspannung und Konflikten mit Vorgesetzten aus, wobei die Effektstärken im mittleren Bereich lagen ($d = .36$ bzw. $.42$).

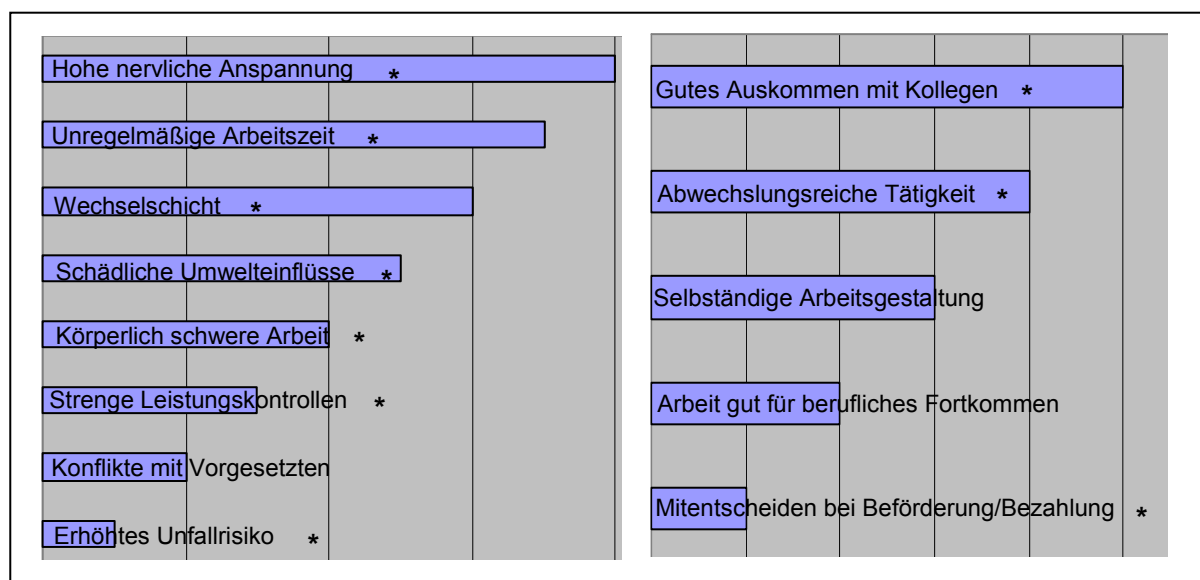


Abbildung 16. Auszug aus der Rangfolge beruflicher Belastungen (links) und Ressourcen (rechts) der untersuchten Patienten (modifiziert nach Zwerenz et al., 2004, S. 14).

Anmerkungen. Dargestellt ist die Rangfolge bezüglich der Häufigkeit der Nennungen einzelner Faktoren bezogen auf die Patientenstichprobe. Die Faktoren, bei denen sich signifikanten Unterschiede zu mindestens einer Matched-Pair-Gruppe ergaben, sind hier durch ein * gekennzeichnet.

Bezüglich der Ressourcen ergab sich in der Patientenstichprobe genau die gleiche Rangfolge des Zutreffens wie in den Vergleichsstichproben: „Gutes Auskommen mit Kollegen“ wurde am häufigsten als voll zutreffend angegeben, danach „abwechslungsreiche Tätigkeit“, „selbständige Arbeitsgestaltung“, „Arbeit nützlich für berufliches Fortkommen“ und „Mitentscheidung bei Bezahlung/Beförderung“. Die Patientenstichprobe gab aber bei Rangplatz 1 („gutes Auskommen mit Kollegen“) und 2 („abwechslungsreiche Tätigkeit“) signifikant geringere Ausprägungen der Ressourcen an als beide Stichproben der Allgemeinbevölkerung.

Die Autoren (Zwerenz et al., 2004) versuchten mittels einer schrittweisen multiplen Regression die Vorhersage des Ausmaßes der beruflichen Belastung in den drei Stichproben mittels der Variablen Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Schulbildung, höchste Ausbildung, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsstatus und beruflicher Status. Hier ergaben sich in den drei Stichproben uneinheitliche Vorhersagemuster, auch die beiden Stichproben der Allgemeinbevölkerung unterschieden sich im Vorhersagemuster. Geringer beruflicher Status und geringe Zufriedenheit mit der Arbeitssituation konnten in allen Stichproben zur Vorhersage beitragen, die aufgeklärte Varianz lag in den drei Stichproben unter signifikanten Beiträgen unterschiedlicher Variablen zwischen 25 und 31 %. In dieser Studie wurde querschnittlich deutlich, dass in der Patientenstichprobe verglichen mit der Allgemeinbevölkerung insbesondere zwischenmenschliche Aspekte (höheres Ausmaß an Konflikten mit Vorgesetzten und geringere Unterstützung durch Kollegen) auf der Arbeitsstelle eine höhere berufliche Belastung ausmachten.

Gesamtzusammenfassung

Die geschilderten empirischen Befunde zur Wirkung der Arbeit weisen darauf hin, dass sowohl in klinischen als auch in nicht-klinischen Stichproben Zusammenhänge zwischen Stressoren am Arbeitsplatz (z.B. Arbeitsüberbelastung, unklare Anforderungen, Zeitdruck) auf der einen Seite und Befindensvariablen (z.B. psychosomatische Beschwerden, emotionale Erschöpfung, Gereiztheit), Arbeitsunfähigkeitsdaten oder physiologischen Stressmaßen (z.B. Blutdruck) bestehen. Auch die stressmildernde Wirkung so genannter Ressourcen (z.B. Handlungsspielraum, Entscheidungsspielraum, soziale Unterstützung, Zeitspielraum) wurde wiederholt herausgestellt. Diesen kommt insbesondere im Rahmen der Karasek-Modelle eine große Bedeutung zu. Außerdem wurden Befunde dargestellt, die dafür sprechen, dass auch so genannte interne Ressourcen (z.B. hohe Selbstwirksamkeit, externale Mißerfolgsattribution, Anwendung aktiven Copings) eine günstige Wirkung auf das Stressgeschehen ausüben können.

Anzumerken bleibt, dass insbesondere Befunde im Rahmen der Karasek-Modelle nicht frei von Widersprüchen blieben. Hier wurden unterschiedliche Gründe diskutiert: Zum ersten scheint es aufgrund der Befundlage erforderlich, die Variable der „Kontrolle“ exakt zu operationalisieren, was bedeutet, dass dieses Konstrukt z.B. nicht Lernmöglichkeiten mit einschließen sollte. Zum zweiten kann die Vernachlässigung möglicher Moderatorvariablen (z. B. soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, Kontrollattributionen) zu widersprüchlichen Befunden führen. Diese Kritik führte u.a. zur Erweiterung des Job-Demand-Control-Modells um die Support-Komponente. Jedoch auch nach Einbezug möglicher Moderatorvariablen kann es zu hypothesenkonträren Befunden kommen, wenn eine mangelnde Passung zwischen den erhobenen Variablen besteht, z.B. zwischen Art des Stressors und Art der Ressource bestehen.

Dem direkten Vergleich von Auswirkungen der Arbeit in klinischen gegenüber nicht-klinischen Personen widmete sich bisher nur ein geringer Anteil von Studien. Hier sprechen die Befunde dafür, dass psychosomatisch erkrankte Personen höhere Belastungswerte abgeben als die nicht-klinischen Vergleichsstichproben. Ob die Arbeitsbedingungen der klinischen Stichprobe jedoch tatsächlich ungünstiger sind, ließ sich bisher nicht eindeutig belegen. Außerdem erfolgte die Erhebung einer gematchten Vergleichsstichprobe zur klinischen Stichprobe selten, häufig wurde auf bereits vorhandene Daten aus repräsentativen Bevölkerungsstichproben zurückgegriffen, was den Nachteil mit sich bringt, dass meist nicht alle in einer Untersuchung erhobenen Variablen auch für die Matching-Stichprobe vorliegen.

Im Folgenden sollen die Ziele und Fragestellung der hier vorliegenden Untersuchung dargestellt werden.

2 Ziele, Fragestellung und Hypothesen

Bisher erfolgte eine umfangreiche Darstellung empirischer Befunde zur Auswirkung von Stressoren am Arbeitsplatz auf das Stresserleben Beschäftigter. Die Rolle stressmildernder (interner und externer) Ressourcen wurde vielfach belegt, insbesondere im Rahmen der Befunde zu den Karasek-Modellen wurde diese dargestellt. Auf Befunde, die sich im Rahmen von Studien an klinischen oder nicht-klinischen Stichproben ergaben, wurde differenziert eingegangen. Schließlich wurde ein Überblick über die geringe Zahl an Studien gegeben, die sich einem direkten Vergleich von klinischen und nicht-klinischen Stichproben in Bezug auf arbeitsplatzbezogenes Stresserleben widmen.

Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit liegt darin, die Annahmen der Karasek-Modelle zu überprüfen; sowohl die des Job-Demand-Control-Modells als auch die des Job-Demand-Control-Support-Modells. Hierbei sollen die wiederholt geforderten Voraussetzungen zur Überprüfung beachtet werden: Es soll eine enge Operationalisierung des Konstrukts der Kontrolle erfolgen (Wall et al., 1996). Zusätzlich soll das Matching-Prinzip Beachtung finden, so sollen sich die Stressoren (z.B. Zeitdruck) und Ressourcen (z.B. Zeitspielraum) möglichst entsprechen (Kivimäki & Lindstrom, 1995). Außerdem sollen ergänzend weitere Personenvariablen berücksichtigt werden, wie z.B. Selbstwirksamkeit oder Kontrollüberzeugung, die moderierend auf die Beziehung von Stressoren, Ressourcen und Beanspruchungsreaktionen wirken können (z.B. Schaubroeck & Merritt, 1997; Rahim, 1997).

Diese Arbeit soll über die bisher vorliegenden Befunde hinausgehen, indem sie sowohl Personen in psychotherapeutischer Behandlung als auch nicht-klinische Personen mit einschließt. Dies soll durch eine erhöhte Varianz zum einen das Auffinden möglicher vorhandener modellkonformer Beziehungen verbessern (insbesondere die Karasek-Modelle wurden bisher nicht gleichzeitig innerhalb klinischer und nicht-klinischer Personen überprüft). Zum zweiten soll aber durch die gleichzeitige Berücksichtigung klinischer und nicht-klinischer Personen der bisher sehr geringen Anzahl von Studien im Bereich der arbeitsplatzbezogenen Stressforschung, die sich einem Vergleich dieser Gruppen widmeten (Zielke, 1995a; Bürger & Koch, 1995; Zwerenz et al., 2004), begegnet werden. Hier soll gerade im Rahmen der explorativen Fragestellungen (s.u.) ein Wissenszuwachs erfolgen. Zum dritten soll in dieser Studie das Prinzip des Matchings der Berufe der klinischen und nicht-klinischen Stichprobe eingehalten werden, was in den wenigen bisher vorliegenden Arbeiten insofern vernachlässigt wurde, als dass meist auf bereits vorliegende repräsentative

Bevölkerungsdaten zurückgegriffen wurde, weshalb aber nicht alle interessierenden Variablen in beiden Stichproben vorlagen, was Einschränkungen in der Vergleichbarkeit mit sich bringt. Zum vierten soll in dieser Untersuchung ein ressourcenorientierter Blickwinkel berücksichtigt werden, indem positive Faktoren der Arbeit mit in die Fragestellung eingeschlossen werden.

Um dieses Vorhaben umzusetzen, sollen in der vorliegenden Studie Personen in psychotherapeutischer Behandlung bezüglich unterschiedlicher Variablen des Stressprozesses untersucht werden. Zu diesen Personengruppen sollen jeweils Personen ohne psychotherapeutische Erfahrungen, die den Patienten aber hinsichtlich des Berufs, des Geschlechts und des Alters gleichen, befragt werden. Zusätzlich soll die Aussagekraft dieser Studie dadurch erhöht werden, dass innerhalb der klinischen Stichprobe sowohl Personen, die sich in ambulanter als auch solche, die sich in stationärer psychotherapeutischer befinden, untersucht werden. Die Befragungen erfolgen über Fragebogen sowie ein etwa einstündiges Interview (vgl. Abschnitt 3.2.1), das konstruiert wurde, um Arbeitsplatzprobleme und positive Aspekte der Arbeit möglichst offen zu erfassen. Die Fragestellungen der vorliegenden Studie gliedern sich in

- 2.1 explorative Fragestellungen und
- 2.2 konfirmatorische Hypothesen.

2.1 Explorative Fragestellungen im Rahmen des Interviews

Im Rahmen explorativer Forschung sollen folgende Fragen untersucht werden, deren Beantwortung mittels der im Interviewverfahren erhobenen Daten erfolgen soll:

Fragestellung E1:

Welche Arbeitsplatzprobleme werden von den Teilnehmern genannt? Finden sich Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Personen?

Fragestellung E2:

Welche subjektive Ursachenzuschreibung bezüglich des schwerwiegendsten Arbeitsplatzproblems erfolgt durch die Interviewten?

Fragestellung E3:

Welche positiven Faktoren am Arbeitsplatz werden genannt? Finden sich Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Personen?

Fragestellung E4:

Welche subjektive Ursachenattribution hinsichtlich des als am günstigsten beurteilten positiven Arbeitsplatzfaktors erfolgt durch die Befragten?

Fragestellung E5:

Wie ist die subjektiv angegebene zeitliche Aufeinanderfolge von Arbeitsplatzproblemen und psychischer Erkrankung in der Patientenstichprobe? Wie viele Patienten geben an, dass ein Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Störung und den Arbeitsplatzproblemen bestehe? Wenn ja, welche Zusammenhänge werden gesehen?

2.2 Konfirmatorische Hypothesen

Im sich anschließenden Teil sollen konfirmatorische Hypothesen überprüft werden. Die Darstellung der konfirmatorischen Hypothesen erfolgt getrennt nach Hypothesen, die sich primär auf Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben beziehen (Abschnitt 2.2.1), und Hypothesen, die sich insbesondere auf die Überprüfung des Zusammenhangs von Arbeitsplatzbedingungen und Symptombelastung beziehen (Abschnitt 2.2.2).

2.2.1 Unterschiede zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe

Hinsichtlich der Unterschiede zwischen Psychotherapie- und Nicht-Psychotherapiepatienten werden folgende Hypothesen aufgestellt: Es wird erwartet, dass Psychotherapiepatienten mehr Arbeitsplatzprobleme erleben als Nicht-Psychotherapiepatienten. Diese Hypothese gründet sich auf der Vermutung, dass sich eine psychische Erkrankung im Verhalten niederschlägt und so zu Arbeitsplatzproblemen führen könnte. Außerdem könnte auch eine umgekehrte Entstehung des Zusammenhangs denkbar sein, d.h. vermehrte Arbeitsplatzprobleme verstärken psychopathologische Symptome.

Hypothese K1:

Psychisch Kranke erleben mehr Arbeitsplatzprobleme als nicht-klinische Personen.

In diesem Zusammenhang ergeben sich weitere Hypothesen, die einen zusätzlichen Beitrag leisten könnten, um eine erhöhte Symptombelastung bei Psychotherapiepatienten oder Patienten in stationärer psychosomatischer Behandlung gegenüber nicht-klinischen Personen erklären zu können: Hier geht es z.B. um die Rolle so genannter „individueller Stressverstärker“ (siehe Abschnitt 1.5.1.2). Es wird erwartet, dass Personen, die sich in Behandlung befinden, ungünstigere Stressverarbeitungsstrategien aufweisen als nicht-klinische Personen. Zusätzlich wird im Bereich der individuellen Stressverstärker erwartet, dass Psychotherapiepatienten einen ungünstigeren Umgang mit der Arbeit aufweisen.

Hypothese K2:

Personen in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung weisen ungünstigere Stressverarbeitungsstrategien als nicht-klinische Personen.

Hypothese K3:

Klinische Personen weisen ungünstigere arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster auf als nicht-klinische Personen.

2.2.2 Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Symptombelastung

Im Rahmen der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsplatzbedingungen und Symptombelastung sollen insbesondere die Modelle nach Karasek (1979) bzw. Karasek und Theorell (1990) untersucht werden. Gemäß dem Job-Demand-Control-Modell von Karasek (1979) wird erwartet, dass eine Interaktion zwischen Kontrollmöglichkeiten, Anforderungen und Stressbelastung besteht, unter der Voraussetzung, dass die Variable „Kontrolle“ eng gefasst wird, d.h. die Dimension „Lernmöglichkeiten“ ausschließt. Bei hoher Kontrolle und hohen Anforderungen soll die Stressbelastung gering sein, wohingegen bei geringer Kontrolle und hohen Anforderungen eine hohe Stressbelastung erwartet wird. Bestehen am Arbeitsplatz hohe Anforderungen, so soll die Beanspruchungsreaktion des Arbeitenden hoch sein, wenn er wenig Kontrollmöglichkeiten erlebt. Dagegen soll die Beanspruchungsreaktion trotz hoher Anforderungen geringer ausfallen, wenn er hohe Kontrollmöglichkeiten erlebt.

Dies würde den Befunden von Karasek (1979), Wall et al. (1993), Schmidt (2004) entsprechen und die Erklärung für den mangelnden Nachweis einer Wechselwirkung bei Rau et al. (2000) erhärten, die darin liegt, dass in dieser Untersuchung das Konstrukt der Kontrolle weit erfasst wurde. Insbesondere könnte in dieser Untersuchung der Nachweis der Zusammenhänge deutlicher hervortreten, da aufgrund der heterogenen Stichprobe (Psychotherapiepatienten, Patienten einer psychosomatischen Rehabilitation und Personen,

die sich nicht in psychotherapeutischer Behandlung befinden) eine höhere Varianz der gesamten Messwerte erwartet wird.

Hypothese K4:

Entsprechend dem Job-Demand-Control-Modell von Karasek (1979) wird erwartet, dass eine Interaktion zwischen Kontrollmöglichkeiten und Anforderungen auf das Ausmaß der Stressbelastung besteht, unter der Voraussetzung, dass die Variable „Kontrolle“ eng gefasst wird, d.h. die Dimension „Lernmöglichkeiten“ ausschließt. Bei hoher Kontrolle und hohen Anforderungen soll die Stressbelastung gering sein, wohingegen bei geringer Kontrolle und hohen Anforderungen eine hohe Stressbelastung erwartet wird.

Zusätzlich wird folgende Hypothese bezüglich des Job-Demand-Control-Support-Modells (Karasek & Theorell, 1990) aufgestellt:

Hypothese K5:

Gemäß dem Job-Demand-Control-Support-Modell von Karasek und Theorell (1990) wird erwartet, dass bei hohen Arbeitsanforderungen und niedrigen Kontrollmöglichkeiten eine hohe soziale Unterstützung zu geringerer Symptomausprägung führt als geringe soziale Unterstützung.

Außerdem wird erwartet, dass Personen, die eine hohe Selbstwirksamkeit (bzw. eine hohe interne Kontrollüberzeugung) aufweisen, insbesondere bei hohen Arbeitsanforderungen von hohem Handlungsspielraum profitieren, so dass sie eine geringere Symptombelastung aufweisen. Dies wird angenommen, da eine hohe Selbstwirksamkeit (und eine hohe Kontrollüberzeugung) dazu führen können, dass vorhandener Handlungsspielraum eher wahrgenommen wird. Diese Hypothese gründet sich auf Befunde, dass das Job-Demand-Control-Modell gerade für Personen mit hoher Selbstwirksamkeit gelte (z.B. Schaubroeck & Merritt, 1997) und insbesondere für Personen, die zusätzlich zu hoher Selbstwirksamkeit eine externe Mißerfolgsattribution im Beruf aufwiesen (Schaubroeck, Jones & Xie, 2001).

Hypothese K6:

Es wird erwartet, dass das Job-Demand-Control-Modell insbesondere für Personen mit hoher Selbstwirksamkeit und hoher interner Kontrollüberzeugung gilt.

Schließlich wird erwartet, dass Personen, die sich in Psychotherapie befinden, häufiger angeben, in Stress-Jobs zu arbeiten (gemäß dem Job-Demand-Control-Modell) als nicht-klinische Personen. Dies wird angenommen, da zum einen durch depressive Denkmuster eine geringere Wahrnehmung und zum anderen im Rahmen der erlernten

Hilflosigkeit eine geringere Ausnutzung von Kontrollspielräumen vorliegen können, was die Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zur Kategorie „Stress-Job“ erhöhen kann. Umgekehrt ist auch der Zusammenhang denkbar, dass Personen, die in Stressjobs arbeiten, häufiger eine psychische Erkrankung entwickeln.

Hypothese K7:

Klinische Personen geben häufiger an, in Stress-Jobs zu arbeiten, als nicht-klinische Personen.

3 Methode

3.1 Stichprobenrekrutierung und Untersuchungsablauf

Insgesamt nahmen 160 Personen an Interview und Fragebogenerhebung teil. Für alle untersuchten Personen bestand die Teilnahmevoraussetzung in einem bestehenden versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Die Datenerhebung erfolgte von Juni 2006 bis November 2007. In diesem Zeitraum wurden 40 berufstätige Personen interviewt, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in ambulanter verhaltenstherapeutischer Behandlung an der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie in Mainz befanden („Indexgruppe A“). Zu dieser „Indexgruppe A“ wurde eine Vergleichsstichprobe gebildet aus 40 Personen, die den gleichen Beruf ausübten (zusätzlich parallelisiert nach Alter und Geschlecht), aber bisher keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hatten („Vergleichsgruppe A“).

Zusätzlich wurden in der Mittelrheinklinik Bad Salzig (Abteilung für Psychotherapeutische Medizin) weitere 40 Personen interviewt, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden („Indexgruppe S“). Zu dieser Teilstichprobe wurde ebenfalls eine Vergleichsstichprobe („Vergleichsgruppe S“) erhoben aus 40 Personen, die noch keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hatten und den Personen in stationärer Behandlung hinsichtlich des Berufs, des Alters und des Geschlechts entsprachen.

Die Personen der beiden Indexgruppen wurden schriftlich über die Möglichkeit zur Teilnahme informiert und meldeten sich freiwillig zur Teilnahme an der Untersuchung. Die Personen der Vergleichsgruppen wurden über telefonische oder direkte Ansprache und das Versenden oder Austeilen eines Informationsblatts über die Möglichkeit der Teilnahme informiert. Bei der Terminvereinbarung für das Interview wurden allen Teilnehmer die Fragebogen ausgegeben oder per Post zugeschickt, die Personen brachten die Fragebogen bereits ausgefüllt zum Interviewtermin mit. Am Ende der Teilnahme erhielten die Personen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sowie die Personen beider Vergleichsgruppen eine Aufwandsentschädigung von 20 Euro.

3.2 Messinstrumente

Im Folgenden werden die Inhalte des halbstrukturierten Interviews dargestellt. Außerdem werden die Fragebogen, die die Teilnehmer an dieser Erhebung vor der Interviewteilnahme erhielten, kurz beschrieben.

3.2.1 Interview zu Arbeitsplatzbedingungen

Da innerhalb der vorliegenden Untersuchung subjektiv erlebte negative und positive Aspekte des Arbeitsplatzes sowie deren subjektive Ursachenzuschreibungen offen erfasst werden sollten, wurde ein Interview zu Arbeitsplatzbedingungen konstruiert. Dieses Interview (Wald, 2006) besteht aus einem 23seitigen Interviewheft sowie aus zwei zusätzlichen Formblättern mit vorgegebenen Ursachen- und Veränderungskategorien. Ergänzend beinhaltet es einen Satz an Bewertungsmünzen, der von den Interviewten zur Gewichtung der Ursachen- und Veränderungskategorien verwendet wird.

Zu Beginn des Interviews erfolgt eine Erhebung soziodemographischer Variablen (Geschlecht, Schulabschluss, beruflicher Status, Anzahl Kinder), im Anschluss folgt ein Fragenteil zu Tätigkeit und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Im Anschluss wird dem Probanden eine Analogskala zum Stresserleben vorgelegt („Wie gestresst fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit?“) mit den Polen von 0 („Ich fühle mich durch meine Arbeit gar nicht gestresst oder belastet“) bis 10 („Ich fühle mich durch meine Arbeit extrem gestresst, habe Schlafprobleme und fühle mich sehr angespannt, auch meine Stimmung ist schlechter“), die er im Interviewheft selbst ankreuzt.

Im Anschluss gliedert sich das Interview in die Hauptteile

- positive Aspekte des Arbeitsplatzes (s. Abschnitt 3.2.1.1.) und
- Problembereiche des Arbeitsplatzes (s. Abschnitt 3.2.1.2).

Vor Abschluss des Interviews werden dem Interviewten Fragen zur subjektiven Einschätzung seiner Leistungsfähigkeit oder Funktionsfähigkeit in vier unterschiedlichen Lebensbereichen gestellt (im Beruf, in den Beziehungen zu Familienmitgliedern, in den Beziehungen zu Mitmenschen [Freunde, Bekannte] und in der Freizeit). Hierbei kann der Proband seine Leistungsfähigkeit von 0 (keine Leistungs-, Funktionsfähigkeit) bis 10 (volle Leistungs-, Funktionsfähigkeit) bewerten. Den Teilstichproben von Patienten werden außerdem noch vier Fragen zum vermuteten Zusammenhang ihrer Erkrankung und ihrer Arbeitsplatzprobleme gestellt [Anhang A].

3.2.1.1 Positive Bereiche des Arbeitsplatzes

Die Wichtigkeit der Beachtung positiver Aspekte der Arbeit erscheint im Rahmen eines ressourcenorientierten Blickwinkels dringend erforderlich und wurde wiederholt gefordert (z.B. Bürger & Koch, 1995). Bezüglich der positiven Bereiche des Arbeitsplatzes werden die Probanden im Rahmen des Interviews zunächst gefragt, ob und welche Dinge Ihnen an ihrem Arbeitsplatz gut gefallen. Nach dieser spontanen Nennung der positiven Aspekte werden die (bis zu drei) bedeutendsten positiven Aspekte zeitlich und situationsspezifisch konkretisiert (Dauer dieses positiven Faktors, konkrete Situation, in der er das letzte Mal auftrat). Außerdem wird hier vom Interviewer gefordert, die Art des positiven Faktors in das Modell von McGrath (1983) einzuordnen.

Als nächstes gewichten die Probanden diese bis zu drei positiven Faktoren ihres Arbeitsplatzes jeweils je nach dem, wie zufrieden Sie jeder einzelne Faktor macht oder wie sehr er ihnen gefällt, mit Gewichten von 0 bis 100. Nach dieser faktorspezifischen Gewichtung sollen die Probanden angeben, wie zufrieden sie alle positiven Faktoren ihrer Arbeitsstelle insgesamt in ihrem Leben machen („0“= „machen mich in meinem Leben überhaupt nicht zufrieden“; „10“ = „sie machen mich in meinem Leben sehr zufrieden, mein Leben ist dadurch bedeutend schöner“).

Im nächsten Teil geht es um die Ursachenattribution der Probanden bezüglich der positiven Faktoren („Wie viel Prozent der Verantwortung für das Zustandekommen dieser positiven Faktoren an der Arbeitsstelle tragen Sie selbst? Wie viel haben Sie dazu beigetragen, dass diese Bedingungen entstanden sind?“; „0“ = „Ich habe nichts dazu beigetragen“; „10“ = „Ich habe sehr viel dazu beigetragen, ohne mich wäre es nicht so“)

3.2.1.2 Problembereiche des Arbeitsplatzes

Analog zu dem Interviewteil zu positiven Aspekten der Arbeit, wird in diesem Teil zunächst gefragt, ob Arbeitsplatzprobleme oder Aspekte, mit denen die Probanden unzufrieden sind, bestehen, und wenn ja, welche. Im nächsten Schritt erfolgte anhand der drei wichtigsten Probleme eine zeitlich und situationsspezifisch genauere Erfassung („Seit wann stört Sie dieser Faktor?“, „Erinnern Sie sich an das letzte Mal, als dieses Problem aufgetreten ist? Können Sie mir diese konkrete Situation schildern?“).

Anhand dieser Informationen ist es an dieser Stelle wieder Aufgabe des Interviewers, diese Probleme in das Modell der Stressquellen nach McGrath (1983) einzuordnen.

Im nächsten Schritt erfolgt eine Gewichtung der bis zu drei Probleme, je nach dem, wie sehr diese Probleme die betreffende Person bei ihrer Arbeit belasten („0“ = „Dieses Problem belastet mich überhaupt nicht“ bis „100“ = „Dieses Problem belastet mich bei der Arbeit extrem“). Dann erfolgt eine Gewichtung aller Probleme insgesamt in Bezug auf die Belastung des eigenen Lebens durch dieses Probleme („0“ = „Die Arbeitsplatzprobleme belasten mein Leben überhaupt nicht“; „10“ = „Die Arbeitsplatzprobleme belasten mein Leben extrem, mein Leben ist dadurch sehr belastet, ich denke kaum noch an etwas anderes“).

Vertiefend wird in diesem Interviewteil auf das schwerwiegendste Problem eingegangen. Hier wird im ersten Schritt offen nach der oder den angenommenen Ursachen für dieses Problem gefragt („Wo sehen Sie den Grund oder die Gründe für dieses Problem?“), im Anschluss wird die Hauptursache erfragt. Diese Ursache ordnet der Interviewer bezüglich „Internalität“ oder „Externalität“ (wobei sich die Kategorie „Externalität“ in die Unterkategorien „sozial“ oder „Arbeitsbedingungen“ teilt) ein. Zusätzlich wird die Zeitstabilität dieser Ursache erfragt („Wie wahrscheinlich ist es, dass sich dieser Grund innerhalb der nächsten fünf Jahre ändert?“).

Im nächsten Schritt wird die Veränderungsattribution bezüglich des schwersten Problems erfragt, die wiederum durch den Interviewer anhand der Kategorien „Internalität“ und „Externalität“ eingeteilt wird.

Im folgenden Teil werden wieder die drei bedeutendsten Probleme berücksichtigt: Nach der Frage nach der Verantwortung für das Zustandekommen des jeweiligen Arbeitsplatzproblems (0-100%), werden dem Probanden drei Analogskalen vorgelegt, auf denen er jeweils ankreuzen soll, in welchem Ausmaß er selbst das jeweilige Problem ändern kann („0“ = „ich kann gar nichts daran verändern, andere Personen oder Faktoren können dieses Problem verändern oder lösen“ bis „10“ = „Ich kann dieses Problem ganz alleine verändern oder lösen“). An dieser Stelle erfolgt also der Versuch einer dimensionalen Erfassung der internalen oder externalen Veränderungsmöglichkeit, während zuvor (s.o.) eine kategoriale Erfassung erfolgte.

Da bekannt ist, dass Personen häufig in der spontanen Nennung nur eine begrenzte Anzahl von Ursachen berücksichtigen, in Fragebogenverfahren hingegen eine größere Anzahl von Ursachen in die Beantwortung miteinbezogen werden (Nübling, 1992), erfolgt im Anschluss noch einmal die Frage nach den Gründen für das schwerste Problem, wobei nun eine Liste mit möglichen Gründen für Arbeitsplatzprobleme vorgelegt wird. Diese Liste gliedert sich in die drei Bereiche „Arbeitsbedingungen“, „andere Personen“ und „ich selbst“, die jeweils fünf vorgegebene Unterkategorien aufweisen, die anhand von Literaturrecherchen (z.B. Schwickerath, 2001, Zapf, 1991, Semmer & Dunckel, 1991, Zwerenz et al., 2004) und

einer Vorstudie unter Diplom-Psychologen ausgewählt wurden. Des Weiteren weist jede Oberkategorie eine Unterkategorie „sonstiges“ auf, in die eine Ursache, die nicht auf der Vorlage vorhanden ist, eingetragen werden kann. Hier erhalten die Probanden nun die Aufgabe, neben den von Ihnen bereits zuvor genannten Ursachen gegebenenfalls weitere Ursachen auszuwählen, die für ihr schwerstes Problem verantwortlich sein könnten. Nach der Auswahl aller beteiligten Ursachenkategorien, gewichtet der Proband den jeweiligen Anteil der Kategorien am Zustandekommen des Problems, indem er jeder Kategorie einen Wert zuweist, so dass die Summe aller bewerteten Kategorien 100 ergibt. Hierzu verwenden die Probanden das vorhandene Münzensystem, das Wertungen von 5, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 und 100 aufweist, so dass sie jeder Ursache eine beliebige Wertsumme zuweisen können.

Analog hierzu erhalten die Probanden im nächsten Schritt eine Vorlage, die Möglichkeiten enthält, wer oder was ein Problem verändern kann (diese Kategorien wurden im Rahmen einer Vorstudie unter Diplom-Psychologen ermittelt). Auch hier werden wieder die bereits spontan genannten Antworten einsortiert, die Vorlage gliedert sich in die drei Bereiche „andere Personen“, „ich selbst“ und „andere Faktoren“, der letztgenannte Bereich umfasst fatalistische Veränderungsattributionen, wie z.B. „Glück“, „bessere Wetterbedingungen“, „wirtschaftlicher Aufschwung“. Jede Oberkategorie weist vier vorgegebene Unterkategorien und eine Kategorie „sonstiges“ auf. Auch hier erhalten die Probanden wiederum die Aufgabe, alle möglichen Veränderungsmöglichkeiten auszuwählen und diesen entsprechend ihrem möglichen Beitrag zu einer Veränderung mit Hilfe der Münzen Gewichte zuzuweisen, so dass die Summe aller bewerteten Veränderungskategorien 100 ergibt.

3.2.2 Messinstrument für Jobkontrolle

Jackson, Wall, Martin und Davids (1993) entwickelten ein Messinstrument, das „Jobkontrolle“ (durch die beiden Skalen „Zeit-“ und „Methodenspielfläche“), „kognitiven Anspruch“ (durch die beiden Skalen „Überwachungs-“ und „Problemlöse-Anforderungen“) und „Produktionsverantwortung“ misst; drei Maße, die relevant für das Wohlbefinden von arbeitenden Personen sein sollen. Die Items werden mit einem fünfstufigen Antwortformat präsentiert (von 1= „nein, überhaupt nicht“ bis 5 = „ja, sehr“), die hier verwendete deutsche Itemformulierung der Skalen wurde übernommen von Schmidt (2004).

Die internen Konsistenzen beliefen sich in einer Stichprobe von 335 Personen auf $\alpha = .5$ bis $.85$. In dieser Untersuchung wurden lediglich die beiden Skalen für das Maß der

„Jobkontrolle“ eingesetzt, für die Skala „Zeitspielräume“ (vier Items) liegt α bei .85, für die Skala „Methodenspielräume“ (sechs Items) bei $\alpha = .77$ (Jackson et al., 1993).

Die Autoren konnten die fünffaktorielle Struktur in konfirmatorischen Faktorenanalysen bestätigen. Außerdem berichten sie bezüglich der Validität von erwartungsgemäßen Befunden in den Skalenausprägungen bei Personen an unterschiedlichen Arbeitsplätzen.

3.2.3 Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA)

Das Instrument zu stressbezogenen Arbeitsanalyse (Semmer, Zapf & Dunckel, 1999) erfasst Stressoren und Ressourcen am Arbeitsplatz (Semmer & Dunckel, 1991), die in den Aufgaben, der Organisation oder der Arbeitsumgebung liegen können. Im Rahmen der Konstruktion des Instruments wurde auf theoretische Grundlagen wie den handlungspsychologischen Ansatz (Volpert, 1987, Hacker, 1998), der Belastungen als „Beeinträchtigung der Handlungsregulation konzipiert“ (Zapf, 1991, S. 2), und das transaktionale Stressmodell (Lazarus & Launier, 1981) aufgebaut. Die Autoren legen den Schwerpunkt des Verfahrens auf den Bereich der „objektiven Stressoren“ und weniger auf die Reaktionen der Person. Sie sprechen dabei aber von einem „probabilistischen Stressoren-Konzept“ (Semmer & Dunckel, 1991, S. 71), was bedeutet, dass ein gegebener Stressor nicht bei jeder Person in gleichem Maße eine Stressreaktion auslöse, sondern „dass die Wahrscheinlichkeit von Stressreaktionen in einer gegebenen Population“ erhöht sei (Semmer & Dunckel, 1991, S.71). In der vorliegenden Arbeit kommt die Version ISTA 6.0 vom Mai 1998 in der Fragebogenversion zum Einsatz, wobei nur elf der 19 Skalen verwendet werden.

Acht davon werden in hoher Ausprägung eher als Stressoren gesehen;

- Zeitdruck (5 Items),
- Unsicherheit (5 Items),
- Arbeitsorganisatorische Probleme (5 Items),
- Einseitige Belastung (6 Items),
- Arbeitsunterbrechungen (5 Items),
- Umgebungsbelastungen (16 Items),
- Konzentrationsanforderungen (5 Items) und
- Kooperationserfordernisse (4 Items).

Drei der Skalen werden bei hoher Ausprägung eher als Ressource gesehen;

- Handlungsspielraum (5 Items),

- Partizipation (7 Items) und
- Zeitspielraum (5 Items).

Die Items in Aussagesätzen können (fast alle) in einem fünfstufigen Format zustimmend oder ablehnend beantwortet werden. Bezüglich der hier verwendeten Skalen wird von internen Konsistenzen zwischen .70 - .81 berichtet (Cronbachs α , Semmer & Dunckel, 1991, S. 79), wobei nicht für alle aktuell verwendeten Skalen genaue Angaben veröffentlicht sind. Ergänzt wurde in dem hier angewandten Fragebogen die Zusatzskala „Soziale Unterstützung“ (8 Items). Die Skala „soziale Unterstützung“ von Frese (1989; adaptiert von House, n.d.) wurde mit je vier Items für soziale Unterstützung durch Kollegen bzw. Vorgesetzte eingesetzt, die in einem vierstufigen Format beantwortet werden können. Für die Skalen wurden Reliabilitäten (Cronbachs α) von .81 bis .89 berichtet (Frese, 1989, S. 116). Bezüglich der Validität wird berichtet, dass soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen negativ mit Depressionswerten oder psychosomatischen Beschwerden zusammenhänge, keine signifikanten Korrelationen seien erwartungsgemäß zu Maßen der Intelligenz feststellbar (Frese, 1989).

3.2.4 Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM)

Dieser Fragebogen soll arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster erfassen (Schaarschmidt & Fischer, 1996) und zwar insbesondere solche, „die auf Risiken i.S. psychischer und psychosomatischer Gefährdung schließen lassen“ (Sarges, 2000, S. 38). Der AVEM besteht aus elf Skalen à sechs Items, die auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden. Aus den elf Skalen wurden faktorenanalytisch drei Sekundärfaktoren gewonnen (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12
Übersicht über die Sekundärfaktoren und Skalen des AVEM

Sekundärfaktoren	Skalen
I: Arbeitsengagement	1: subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
	2: beruflicher Ehrgeiz
	3: Verausgabungsbereitschaft
	4: Perfektionsstreben
	5: Distanzierungsfähigkeit
II: persönliche Widerstandsfähigkeit und Bewältigungsverhalten gegenüber Belastungen	6: Resignationstendenz bei Misserfolg
	7: offensive Problembewältigung
	8: innere Ruhe und Ausgeglichenheit
III: Lebensgefühl	9: Erfolgserleben im Beruf
	10: Lebenszufriedenheit
	11: Erleben sozialer Unterstützung

Anmerkungen. AVEM = arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster.

Neben den Auswertungsmöglichkeiten auf Skalen- oder Sekundärfaktorebene besteht die Möglichkeit, das individuelle Skalenprofil eines Probanden einem von vier (mittels Clusteranalyse gewonnenen) „Typen“ zuzuordnen: Diese Typen bestehen in Typ G „Gesundheit“, Typ S „Schonung“, „Risikotyp A“ und „Risikotyp“ B, die für die vorliegende Arbeit nicht genutzt werden.

Die Reliabilitätswerte für die Skalen werden im Manual (Schaarschmidt & Fischer, 1996) für 2 Stichproben angegeben ($N_1 = 301$, $N_2 = 2160$). Es werden Split-half-Reliabilitäten (nach Spearman-Brown) von .76 bis .9 berichtet, Cronbachs α als Maß für die interne Konsistenz liegt zwischen .78 und .9, wobei Reliabilitäten von .8 - .9 mittelmäßigen Reliabilitäten entsprechen (Weise, 1975, S. 219, zitiert nach Bortz & Döring, S. 184). Die Stabilitätswerte liegen in einem 2-Jahres-Retest zwischen .61 und .76, wobei die Autoren anmerken, dass Fluktuationen in den Skalenwerten zu erwarten seien (Schaarschmidt & Fischer, S. 20), was den AVEM befähige, bei Wiederholungsmessungen im Rahmen von Interventionen Veränderungen abbilden zu können. Für die so genannten Sekundärfaktoren oder die unterschiedlichen Arbeitstypen finden sich im Manual keine Reliabilitätsangaben.

Die Validität überprüften die Autoren in Korrelationen zu anderen Verfahren, z.B. zu Teilskalen des FPI-R (Fahrenberg, Selg & Hampel, 1989), zum Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986), zum Berliner Verfahren zur Neurosedagnostik (Hänsgen, 1985), zum Stressverarbeitungsfragebogen (Janke, Erdmann & Kallus, 1985) oder zur Big-Five-Adjektivliste (Henss, 1998), die gefundenen Korrelationen unterstützen jeweils den angenommenen Inhaltsbereich der Skalen.

Beutel, Zwerenz, Kayser, Schattenburg und Knickenberg (2004) berichten von der Anwendung des AVEM in einer Stichprobe von $N = 644$ psychisch und psychosomatisch Kranker, sie konnten faktorenanalytisch die Struktur der elf Skalen replizieren, die Autoren fanden ebenfalls drei Sekundärfaktoren, aber in anderer Ausprägung als Schaarschmidt und Fischer (1996). Die Reliabilitätsmaße fielen gut bis zufriedenstellend aus, Beutel et al. (2004) kamen zu dem Schluß, dass es sich „um ein vielversprechendes Verfahren für die Anwendung bei psychisch und psychosomatisch Kranken [handele], das auch Veränderungen im Lauf der Therapie“ abbilde (Beutel et al., 2004, S. 118).

3.2.5 Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120)

Der Stressverarbeitungsfragebogen mit 120 Items (Janke & Erdmann, 1997) soll es ermöglichen, die Tendenz einer Person zu erfassen, in belastenden Situationen mit einer bestimmten Stressverarbeitungsstrategie zu reagieren. Der SVF-120 besteht aus insgesamt 120 Items, die durch je 6 Items eine der 20 Skalen bilden. Das Antwortformat erfolgt fünfstufig (von „0“ = „gar nicht“ bis „4“ = „sehr wahrscheinlich“), je nach dem, wie wahrscheinlich die Person eine bestimmte Reaktion zeigt, wenn sie durch „irgendjemanden oder irgendetwas beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht“ (Janke, Erdmann & Kallus, 1985, S. 11) wird. Die Autoren merken an, dass sie bei der Konzeption des Fragebogens von einer Situationskonstanz der Stressbewältigungsstrategien ausgingen, d.h. sie erwarten, dass Personen unabhängig von der Art der stressauslösenden Situation gleiche Bewältigungsstrategien einsetzen. Die Plausibilität dieser Annahme diskutieren die Autoren und begründen sie mit Befunden, die dafür sprächen, dass gerade verbal berichtete Stressbewältigungsstrategien eher stabil erschienen (Janke et al., 1985, S. 9).

In der hier vorliegenden Untersuchung wurden folgende elf der insgesamt 20 Skalen eingesetzt: „Schuldabwehr“, „Entspannung“, „Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktion“, „Vermeidung“, „Flucht“, „Soziale Abkapselung“, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“, „Selbstbeschuldigung“ und „Pharmakaeinnahme“.

Die interne Konsistenz liegt für die Skalen in einer Stichprobe von $N = 288$ Personen bei .65 bis .91 (Cronbachs α), wobei die meisten Koeffizienten über .8 liegen. Die Werte für die Testhalbierungsreliabilität liegen zwischen .7 und .93 (Janke & Erdmann, 1997).

Bezüglich der Konstruktvalidität wurde für die Ursprungsversion eine Unabhängigkeit zu Maßen von Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Neurotizismus, Intro-, Extraversion, Depressivität oder Kontrollüberzeugungen) berichtet (Janke et al., 1985).

3.2.6 Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)

Das Maslach Burnout Inventory–General Survey (MBI-GS; Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; dt. Übersetzung von Cilien, Fischbach, Mörsdorf, Scherp & Schaufeli, 2006) wurde entwickelt, um das Konstrukt des Burnouts in allen Berufsgruppen messen zu können, während das ursprüngliche Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach, Jackson &

Leiter, 1996) lediglich für Berufsgruppen „providing human services“ (Maslach, Jackson & Leiter, 1997, S.208) konstruiert wurde.

Das Instrument besteht aus den drei Skalen „Emotionale Erschöpfung“ (fünf Items), „Zynismus“ (fünf Items) und „Berufliche Effektivität“ (sechs Items), auf Itemebene erfolgt eine Beantwortung der Selbstaussagen bezüglich der Häufigkeit des Auftretens gemäß einem siebenstufigen Format (von „0“ = „nie“ bis „6“ = „jeden Tag“). Es werden Stabilitätskoeffizienten für die drei Skalen von .6 (Zynismus) über .65 (emotionale Erschöpfung) sowie .67 (Professional Efficacy) für die holländische Version berichtet, „these coefficients are similar to those found for the MBI“ (Maslach, Jackson & Leiter, 1997, S. 211). Für die deutsche Version liegen bisher keine eigenen Gütekriterien vor.

In einer holländischen Internetstudie konnte die dreifaktorielle Struktur des Konstruktes Burnout über unterschiedliche Berufsgruppen hinweg und innerhalb der Berufsgruppen durch konfirmatorische Faktorenanalysen bestätigt werden (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2002). Es konnten Interaktionen zwischen Geschlecht und Alter und Geschlecht und Arbeitserfahrung nachgewiesen werden (Frauen berichten höhere Burnout-Werte, insbesondere wenn sie jünger und berufsunerfahrener sind; Bakker et al., 2002). Bezüglich der Validität liegen die Korrelationen zu anderen Konstrukten in den erwarteten Richtungen, für die Skala emotionale Erschöpfung ergeben sich insbesondere Zusammenhänge zu Arbeitsüberlastung und Rollenkonflikten bei der Arbeit (Maslach, Jackson, Leiter, 1991), zwischen Burnout und Engagement zeigt sich ein negativer Zusammenhang (Schaufeli & Bakker, 2004).

In der vorliegenden Untersuchung kam lediglich die Skala „emotionale Erschöpfung“ der deutschen Version des MBI-GS zum Einsatz, deren Items sich auf emotionale und physische Erschöpfung beziehen, aber entgegen der MBI-Version nicht mehr Menschen als Quelle dieser Symptome nennen.

3.2.7 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) von Derogatis und Melisaratos (1983; deutsche Fassung von Franke, 2000) stellt eine Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Derogatis, 1977) dar und soll als Selbstbeurteilungsverfahren ökonomisch das Ausmaß psychopathologischer Symptome innerhalb der letzten sieben Tage erfassen. Aus 53 Items, die auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden, bilden sich neun Skalenwerte („Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“,

„Psychotizismus“). Außerdem lassen sich drei globale Kennwerte berechnen, die die grundsätzliche psychische Beanspruchung („GSI“ – „Global Severity Index“), die Intensität der Antworten („PSDI“ – „Positive Symptom Distress Index“) sowie die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt („PST“ – „Positive Symptom Total“), angeben.

Für die deutsche Version des BSI bei der Anwendung an Psychotherapiepatienten ergaben sich befriedigende interne Konsistenzen von Cronbachs α von .7 bis .8 (Geisheim, Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schröder & von Witzleben, 2002), bezüglich der Validität ergaben sich Zusammenhänge zu anderen Fragebogenverfahren, z.B. zu sozialer Unterstützung oder Lebensqualität (Franke, 2000).

3.2.8 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK; Krampen, 1991) besteht aus 32 Items in Form von Selbstaussagen, deren Zutreffen auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt wird. Ziel des Fragebogens ist die Erfassung von „Kompetenz- und Kontingenzerwartungen, die über verschiedene Handlungsklassen, Handlungs- und Lebenssituationen generalisiert sind“ (Krampen, 1991, S. 19). Auf Grundlage der Items lassen sich 4 Skalenwerte bilden („Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“, „Internalität“, „Soziale Externalität“, „fatalistische Externalität“). Außerdem lassen sich zwei Sekundärskalenwerte („Selbstwirksamkeit“ und „Externalität“), die sich aus je 16 Items zusammensetzen, errechnen bzw. lässt sich ein Wert auf der Tertiärskala „generalisierte Internalität vs. Externalität“ aus allen 32 Items bilden. Bezüglich der Reliabilität berichtet der Autor über interne Konsistenzen (bei $N = 2028$) von .7 bis .89 (Cronbachs α) für alle insgesamt möglichen neun Skalen. Die Testhalbierungsreliabilität nach Spearman-Brown gibt der Autor für alle Skalen mit Werten zwischen .64 und .82 an. Die 3-Monats-Retestreliabilität liegt für alle Skalen zwischen .68 und .87 (Krampen, 1991).

Die postulierte Skalenkonstruktion in vier Faktoren konnte faktorenanalytisch im Sinne der faktoriellen Validität empirisch bestätigt werden. Zur Überprüfung der diskriminanten und konvergenten Konstruktvalidität werden bestätigende Zusammenhänge zu anderen Skalen berichtet, u.a. zu Kontrollüberzeugungen und Selbstkonzeptmerkmalen, handlungstheoretischen Persönlichkeitsmerkmalen, Persönlichkeits-Inventaren und zu Maßen psychischer und psychosomatischer Belastung.

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 164 Personen an der Fragebogenerhebung und dem nachfolgenden Interview teil. Drei dieser Personen wurden von der weiteren Datenverarbeitung ausgeschlossen, da sie – wie sich entgegen vorheriger Angaben erst während der Interviews herausstellte – nicht versicherungspflichtig beschäftigt waren. Eine weitere Person der Indexgruppe A wurde von der weiteren Datenanalyse ausgeschlossen, da sie sich zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befand.

Für die weitere Datenverarbeitung lagen Interview- und Fragebogendaten von $N = 160$ berufstätigen Personen vor; davon befanden sich jeweils 40 in ambulanter („Indexgruppe A“) bzw. stationärer psychotherapeutischer Behandlung („Indexgruppe S“). Zusätzlich lagen Daten von $n = 80$ Personen vor, die den Personen der Indexgruppen in Beruf, Geschlecht und Alter entsprachen, aber keinerlei Erfahrung mit psychotherapeutischer Behandlung hatten („nicht-klinische Stichproben“ bzw. „Vergleichsgruppe A / S“).

Für die statistischen Berechnungen wurden die Stichproben als unabhängige Stichproben behandelt, da sie lediglich aufgrund dreier Variablen (Beruf, Alter und Geschlecht) parallelisiert wurden, um systematische Unterschiede zwischen den Gruppen zu verringern. Tests für unabhängige Stichproben stellen zusätzlich das strengere Verfahren dar, da eine geringere Teststärke besteht, das heißt Unterschiede zwischen den Gruppen werden (bei gleichem Stichprobenumfang) erst bei deutlicherer Ausprägung signifikant (Bortz, 1999, S. 142-144).

4.1.1 Soziodemographische und klinische Angaben

Im Rahmen der Untersuchung wurden Informationen zu Alter, Geschlecht, Familienstand, höchstem Schulabschluss, Beschäftigungsverhältnis und Arbeitsunfähigkeitszeiten (in den letzten 18 Monaten) bei allen Personen erhoben (siehe

Tabelle 13). Die Berufe der Indexgruppe A entsprachen denjenigen der zugeordneten Vergleichsgruppe A, die Berufe der Indexgruppe S entsprachen denen der Vergleichsgruppe S; eine vollständige Liste der Berufe, die die stationären und ambulanten Patienten aufwiesen (und die denen der Vergleichsgruppe S und der Vergleichsgruppe A entsprachen), findet sich im Anhang dieser Arbeit [Anhang B].

Tabelle 13

Soziodemographische Angaben der Index- und Vergleichsgruppen

	Index- gruppe A <i>n</i> = 40	Vergleichs- gruppe A <i>n</i> = 40	Index- gruppe S <i>n</i> = 40	Vergleichs- gruppe S <i>n</i> = 40
Frauenanteil <i>N</i> (in %)	24 (60%)	23 (57.5%)	13 (32.5%)	13 (32.5%)
Durchschnittsalter in Jahren <i>M</i> (<i>SD</i>) Range	37.15 (10.46) 20-61	33.55 (10.35) 18-53	46.08 (8.86) 22-61	43.40 (11.48) 22-61
Höchster Schulabschluss (in %)				
Hauptschule ohne Abschluss	-	-	12.5	2.5
Hauptschule	10	7.5	55	45
Mittlere Reife	35	50	25	32.5
Fachhochschulreife	15	7.5	2.5	17.5
Abitur	22.5	17.5	-	2.5
Hochschulabschluss	17.5	17.5	5	-
Beschäftigungsverhältnis (in %)				
Vollzeit	67.5	87.5	90	90
Teilzeit	32.5	12.5	10	10
Anteil der aktuell Arbeitsunfähigen <i>n</i> (in %)	3 (7,5%)	0 (0%)	8 (20%)	0 (0%)
davon: mittlere Dauer der aktuellen Arbeitsunfähigkeit (in	2.83		7.25	
Wochen) <i>M</i> (<i>SD</i>) Range	(2.02) 0.5-4	--	(4.30) 3-16	--
davon: aktuelle Arbeitsunfähig- keit aufgrund einer psychischen	0	--	6	--
Erkrankung (<i>n</i> , in %)	(0%)	--	(75%)	--
Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 18 Monate vorhanden <i>N</i> (%)	31 (77.5%)	22 (55%)	39 (97.5%)	30 (75%)
davon: mittlere Dauer der AU in den letzten 18 Monaten (in	8.73	2.41	6.64	3.98
Wochen) <i>M</i> (<i>SD</i>) Range	(10.72) 0.28-52	(1.98) 0.1-9	(5.31) 0.5-21	(3.93) 0.28-14

Anmerkungen. Indexgruppe A = Personen mit ambulanter psychotherapeutischer Behandlung; Indexgruppe S = Personen in stationärer psychotherapeutischer Behandlung; AU = Arbeitsunfähigkeit.

Bezüglich der Matchingvariable Alter sind die Voraussetzungen erfüllt, die jeweiligen Indexgruppen und ihre jeweiligen Vergleichsgruppen weisen gleiches Alter auf (sie bilden im Duncan-Test homogene Untergruppen auf dem Niveau von $p = .05$), d.h. Indexgruppe A gleicht der zugeordneten Vergleichsgruppe A im Alter, ebenso gleicht Indexgruppe S der zugeordneten Vergleichsgruppe S im Alter. Es ergibt sich aber ein hoch signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden homogenen Untergruppen (einfaktorielle Varianzanalyse: $F_{(3,160)} = 12.27$; $p < .001$), d.h. Index- und Vergleichsgruppe A weisen

gleiches Alter auf, unterscheiden sich darin aber von Index- und Vergleichsgruppe S, die wiederum gleiches Alter aufweisen.

Auch bezüglich der Geschlechtsverteilung unterscheiden sich die jeweils gematchten Gruppen nicht (Vergleich Indexgruppe A – Vergleichsgruppe A: $\chi^2_{(1, n = 80)} = .052$; $p_{(\text{asymptotisch})} = .820$; Vergleich Indexgruppe S – Vergleichsgruppe S: $\chi^2_{(1, n = 80)} = .00$; $p_{(\text{asymptotisch})} = 1$). Zwischen diesen homogenen Untergruppen wiederum ergeben sich Unterschiede in der Geschlechtszusammensetzung ($\chi^2_{(3, n = 160)} = 11.16$; $p < .05$).

Hinsichtlich des Schulabschlusses ergeben sich zwischen Indexgruppe A und Vergleichsgruppe A keine signifikanten Unterschiede (da in 40% der Felder der Kreuztabelle ein erwartete Häufigkeit von < 5 bestand, wurde χ^2 nach Craddock-Floods berechnet; $\chi^2_{(4, n = 80)} = 2.45$; $p < .5$). Zwischen Indexgruppe S und Vergleichsgruppe S jedoch ergeben sich signifikante Unterschiede ($\chi^2_{(5, n = 80)} = 10.96$; $p < .05$; nach Craddock-Floods); dies erscheint v.a. darin begründet, dass in Indexgruppe S 12.5% keinen Hauptschulabschluss erreichten, während dies lediglich bei 2.5% der entsprechenden Vergleichsgruppe der Fall war. Bezogen auf alle vier Substichproben ergibt sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den vier Gruppen hinsichtlich der Verteilung der Schulabschlüsse ($\chi^2_{(15, N = 160)} = 77.6$; $p < .001$; nach Craddock-Floods). Diese Unterschiede beziehen sich v.a. auf Unterschiede zwischen Index- und Vergleichsgruppe A auf der einen und Index- und Vergleichsgruppe S auf der anderen Seite.

Der Umfang des Beschäftigungsverhältnisses unterschied sich nicht in Indexgruppe S und Vergleichsgruppe S, in beiden Stichproben arbeiteten jeweils 90% in Vollzeit (Fisher's Exact Test; $p = 1.0$). Zwischen Indexgruppe A und Vergleichsgruppe A hingegen ergaben sich Unterschiede: Unter den ambulanten Patienten arbeiteten weniger Personen in Vollzeit als in der entsprechenden Vergleichsgruppe A ($\chi^2_{(1, n = 80)} = 4.59$; $p < .05$).

Bezüglich des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ergaben sich folgende Werte: In den beiden Vergleichsgruppen war keine Person aktuell arbeitsunfähig. In der Gruppe der ambulanten Psychotherapiepatienten waren lediglich drei Personen aktuell krankgeschrieben waren (aufgrund somatischer Erkrankungen), während in der Gruppe der stationären Psychotherapiepatienten acht Personen aktuell arbeitsunfähig waren, sechs davon aufgrund einer psychischen Erkrankung. Die durchschnittliche aktuelle Arbeitsunfähigkeitszeit (berücksichtigt wurden nur Personen, die aktuell arbeitsunfähig waren) lag bei den ambulanten Psychotherapiepatienten bei 2.83 Wochen ($SD = 2.02$), bei den stationären Patienten hingegen betrug sie 7.25 Wochen ($SD = 4.30$). Innerhalb der letzten 18 Monate waren in allen Substichproben die Mehrheit der Personen arbeitsunfähig gewesen (77.5% in Indexgruppe A, 55% in der zugehörigen Vergleichsgruppe, 97.5% in der Indexgruppe S, 75% in der zugehörigen Vergleichsstichprobe). Unter Berücksichtigung dieser Personen betrug die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 18 Monaten in

Indexgruppe A durchschnittlich 8.73 Wochen ($SD = 10.72$), in der Vergleichsgruppe A hingegen nur 2.41 Wochen ($SD = 1.98$). In Indexgruppe S betrugen die AU-Zeiten in den letzten 18 Monaten 6.64 Wochen ($SD = 5.31$), in der gematchten Vergleichsgruppe nur 3.98 Wochen ($SD = 3.93$).

Tabelle 14
Beschreibung der Indexgruppen

	Indexgruppe A <i>n</i> = 40	Indexgruppe S <i>n</i> = 40
Primär Diagnosen (DSM-IV Code; in Häufigkeiten)		
Affektive Erkrankung	17	31
Major Depression, einzelne Episode (296.2)	7	12
Major Depression, rezidivierend (296.3)	8	8
Dysthymia (300.4)	1	1
Bipolar I (296.5)	1	-
Depressive Störung nnb (311.00)	-	3
Anpassungsstörung (309.0)	-	7
Angststörungen	8	3
Panikstörung ohne Agoraphobie (300.01)	1	-
Panikstörung mit Agoraphobie (300.21)	3	-
Generalisierte Angststörung (300.02)	1	1
Soziale Phobie (300.23)	1	-
Zwangsstörung (300.3)	1	-
Posttraumatische Belastungsstörung (309.81)	1	2
Somatoforme Störungen	4	2
Schmerzstörung (307.8)	2	1
Hypochondrie (300.7)	2	-
Undifferenzierte somatoforme Störung (300.81)	-	1
Essstörungen	5	-
Anorexia nervosa (307.1)	2	-
Essstörung nnb (307.5)	3	-
Psychotische Störungen	2	-
Schizophrenie (295.30)	1	-
Psychotische Störung nnb (298.9)	1	-
Persönlichkeitsstörung	1	4
Vermeidend-selbstunsicher (301.82)	-	2
Borderline (301.83)	-	1
Persönlichkeitsstörung nnb (301.9)	1	1
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (314)	3	-
Anzahl Komorbiditäten <i>M</i>	1.35	0.7
(<i>SD</i>)	(1.05)	(0.72)
(Range)	(0-4)	(0-3)
Diagnose einer Persönlichkeitsstörung <i>n</i> (%)	4 (10%)	6 (15%)
Mittlere Dauer der aktuellen psychotherapeutischen Behandlung in Monaten (<i>SD</i>)	8.5	--
(Range)	(6.28)	
	(1-25)	
Dauer des aktuellen stationären Aufenthaltes in Wochen <i>M</i>	--	2.77
(<i>SD</i>)		(1.94)
(Range)		(0.14-7)

Bei den Indexgruppen („in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung“) wurden zusätzlich die Diagnosen der psychischen Störungen nach DSM-IV erfasst (Tabelle 14). Es wurden jeweils die Primärdiagnose sowie die Anzahl der Komorbiditäten ($M = 1.35$, $SD = 1.05$, Range: 0 - 4 für die ambulanten Patienten; $M = .7$; $SD = .72$, Range = 0 – 3 für die stationären Patienten) aufgeführt. 90 % der Patienten der ambulanten Patienten wiesen keine Persönlichkeitsstörung als Primärdiagnose oder Komorbidität auf, dem entsprach ein Prozentsatz von 85% in der Gruppe der stationären Patienten. Innerhalb der Stichprobe der Patienten der Indexgruppe S ($n = 40$) gaben 45 % ($n = 18$) an, sich am Heimatort in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung zu befinden (zusätzlich zum aktuellen stationären Aufenthalt).

Tabelle 15

Symptombelastung in den vier Stichproben, erfasst über den BSI

Skala des BSI	Indexgruppe A $n = 40$ $M (SD)$ Range	Indexgruppe S $n = 40$ $M (SD)$ Range	Vergleichsgruppe A $n = 40$ $M (SD)$ Range	Vergleichsgruppe S $n = 40$ $M (SD)$ Range
GSI	.81 (.54) 0 - 1.91	1.11 (.74) 0.17 - 2.64	.28 (.19) .02 - .66	.30 (.28) 0-1.36
Somatisierung	.63 (.62) 0 - 2	.99 (.74) 0 - 2.57	.17 (.25) 0 - 1.14	.23 (.25) 0 - 1
Zwanghaftigkeit	1.13 (.79) 0 - 2.83	1.50 (.94) .33 - 3.5	.50 (.41) 0 - 1.33	.45 (.44) 0 - 2.5
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.16 (.92) 0 - 3	1.21 (.98) 0 - 3.25	.34 (.31) 0 - 1	.36 (.36) 0 - 1.25
Depressivität	1.02 (.96) 0 - 3.5	1.21 (1.01) 0 - 4	.20 (.26) 0 - 1	.22 (.29) 0 - 1
Ängstlichkeit	.78 (.65) 0 - 2.17	1.16 (.94) 0 - 3.83	.28 (.28) 0 - 1.33	.27 (.31) 0 - 1.33
Aggressivität/ Feindseligkeit	.675 (.55) 0 - 2	1.02 (.92) 0 - 3.4	.32 (.33) 0 - 1.2	.35 (.55) 0 - 3.2
Phobische Angst	.27 (.35) 0 - 1.2	.65 (.77) 0 - 3.2	.08 (.13) 0 - .4	.09 (.13) 0 - .4
Paranoides Denken	.98 (.87) 0 - 2.8	1.27 (.94) 0 - 3.4	.54 (.47) 0 - 1.80	.61 (.61) 0 - 3
Psychotizismus	.70 (.60) 0-2	1.02 (.88) 0 - 3	.15 (.22) 0 - .80	.15 (.27) 0 - 1.4

Tabelle 15 führt die Unterschiede in der Symptombelastung zwischen den beiden klinischen und den beiden nicht-klinischen Stichproben auf. Aufgrund der Interkorrelationen der einzelnen Skalen des BSI wurde eine multivariate Varianzanalyse berechnet; es ergab sich ein hoch signifikanter Gruppenfaktor (nach Pillai-Spur: $F_{(30)} = 3.36$; $p < .001$), d.h. die Gruppen unterscheiden sich im Ausmaß der Symptombelastung auf den einzelnen Skalen. Nachtests in Form univariater Vergleiche wurden hier lediglich für die Gesamtskala GSI ausgeführt, hier zeigte sich ein signifikanter Gruppenfaktor ($F_{(1, 159)} = 28.02$; $p < .001$), im

post-hoc-Duncan-Test zeigt sich, dass die Unterschiede in der Symptombelastung auf drei homogenen Untergruppen beruht ($p = .01$): Die beiden Vergleichsgruppen bilden eine homogene Untergruppe, die ambulanten Patienten stellen die zweite, die stationären Patienten die dritte homogene Untergruppe dar. D.h. es bestehen nicht nur Unterschiede zwischen den klinischen und nicht-klinischen Gruppen, sondern auch zwischen den beiden klinischen Gruppen, wobei die stationären Patienten höhere Symptombelastung berichten. Abschließend gilt es noch einmal herauszustellen, dass die relevanten Matchingvariablen (Beruf, Alter und Geschlecht) zwischen Index- und zugeordneter Vergleichsgruppe erfolgreich parallelisiert wurden; die entsprechenden Gruppen weisen neben gleichen Berufen gleiches Alter und eine gleiche Geschlechtszusammensetzung auf. Obwohl alle Personen der jeweiligen Indexgruppe einen Matchingpartner mit gleichem Beruf in der entsprechenden Vergleichsgruppe aufweisen, unterscheiden sich Indexgruppe S und Vergleichsgruppe S aber hinsichtlich ihrer Schulabschlüsse, wobei die Patientengruppe den geringeren Bildungsstand aufweist: Innerhalb der Indexgruppe S erreichten 12.5% keinen Hauptschulabschluss (in der Vergleichsgruppe S sind es nur 2.5%), aber nur 2.5% erreichten eine Fachhochschulreife (in der Vergleichsgruppe S erreichten ihn 17.5%). Die Gruppe der ambulanten Patienten arbeitete außerdem seltener in Vollzeit als die zugeordnete Vergleichsgruppe.

4.2 Ergebnisse der explorativen Fragestellungen

Die zu untersuchenden Hypothesen der vorliegenden Arbeit gliedern sich in explorative Fragestellungen und konfirmatorische Hypothesen. Gemäß der Gliederung werden zunächst die explorativen Ergebnisse berichtet, die aus den Daten des Interviews gewonnen wurden.

4.2.1 Fragestellung E1: Art der Arbeitsplatzprobleme

Im Rahmen der ersten explorativen Fragestellung sollte untersucht werden, welche Art von Arbeitsplatzproblemen von den Teilnehmern genannt wurden. Die Operationalisierung erfolgte hier über die Fragen im Interview, die sich auf negative Faktoren am Arbeitsplatz bezogen (Frage 13 bis 18). Zunächst soll berichtet werden, wie viele Personen Arbeitsplatzprobleme berichteten und wie viele unterschiedliche Probleme pro

Person genannt wurden. Dann sollen getrennt nach den Vergleichsgruppen die Art der berichteten schwersten Arbeitsplatzprobleme dargestellt werden, hierzu wurden die Arbeitsplatzprobleme gemäß der Einteilung nach McGrath (1983) geordnet. Tabelle 16 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse in Bezug auf die Art der Arbeitsplatzprobleme.

Tabelle 16

Übersicht zu angegebenen Arbeitsplatzproblemen im Rahmen des Interviews

			Index- gruppe A	Vergleichs- gruppe A	Index- gruppe S	Vergleichs- gruppe S	Gesamt
Bestehen an Ihrem Arbeitsplatz Arbeitsplatzprobleme?	ja		38 (95%)	38 (95%)	40 (100%)	38 (95%)	154(96.3%)
	nein		2 (5%)	2 (5%)	0	2 (5%)	6 (3.7%)
<i>n (%)</i>							
Anzahl berichteter Arbeitsplatzprobleme	M		3.05	2.32	3.62	2.05	2.76
	SD		1.65	1.19	1.89	1.24	1.63
	Range		0-7	0-5	1-8	0-5	0-8
	Modalwert		3	3	3	1	3
Art des schwersten Problems nach McGrath (<i>n</i> , gültige %)							
A: Materiell-technologische Umwelt			6 (15.8%)	7 (18.4%)	6 (15%)	12 (31.6%)	31 (20.1%)
B: Sozial-interpersonale Umwelt			11 (28.9%)	11 (28.9%)	16 (40%)	15 (39.5%)	53 (34.4%)
C: Person-System			0	2 (5.3%)	1 (2.5%)	0	3 (1.9%)
AB: Interaktion materielle und soziale Umwelt			1 (2.6%)	0	1 (2.5%)	0	2 (1.3%)
AC: Aufgabenbedingte Faktoren			19 (50%)	13 (34.2%)	13 (32.5%)	9 (23.7%)	54 (35.1%)
BC: Rollenbedingte Faktoren			1 (2.6%)	5 (13.2%)	3 (7.5%)	2 (5.3%)	11 (7.1%)

In allen vier Untergruppen berichtet der Großteil der Interviewten, dass es am Arbeitsplatz Probleme gibt (jeweils 95 - 100%). Die mittlere Anzahl der berichteten Arbeitsplatzprobleme liegt in der Gesamtstichprobe bei 2.76 ($SD = 1.63$, Range = 0 - 8), am häufigsten wird von 3 Arbeitsplatzproblemen berichtet. Auf Unterschiede zwischen den Subgruppen in der Anzahl der berichteten Arbeitsplatzprobleme wird unter Hypothese K1 (unter Abschnitt 4.3.1.1) ausführlich berichtet.

Die Kategorisierung des schwersten Arbeitsplatzproblems in die Taxonomie von McGrath (1983) durch die beiden Rater erfolgte inhaltlich übereinstimmend, die Interraterreliabilität lag bei Cohens Kappa = .974 ($p < .001$). Entsprachen sich die Kategorisierungen der beiden Rater nicht, wurde für die weitere Auswertung die Kategorisierung des Raters übernommen, der auch das Interview durchführte. Bezogen auf die Art der berichteten Arbeitsplatzprobleme nach der Kategorisierung von McGrath (1983) unterschieden sich die vier Gruppen in der Häufigkeitsverteilung (bezogen auf das schwerwiegendste Arbeitsplatzproblem) nicht signifikant voneinander (aufgrund einer erwarteten Häufigkeit < 5 in 50% der Felder der Kreuztabelle wurde χ^2 nach Craddock-

Floods verwendet; $\chi^2_{(15, n = 154)} = 6.60$; $p > .1$). Dementsprechend erfolgt die weitere Darstellung der Auswertung entsprechend für die Gesamtstichprobe.

Die Verteilung der Häufigkeiten der jeweilig schwersten Arbeitsplatzprobleme ist in Abbildung 17 dargestellt. Am häufigsten wurde das schwerste Problem in aufgabenbedingten Faktoren („AC“) gesehen (35.1%, 54 Nennungen); hier wurden z.B. folgende wörtliche Faktoren genannt: „Der Arbeitsablauf ist ungeregelt“, „Ich muss zu viele verschiedene Baustellen gleichzeitig bearbeiten“, „Es ist einfach zuviel Arbeit“, „Es ist zu wenig Arbeit“, „Ich bin unterfordert“, „Die Arbeitsabläufe müssen exakt nach Vorschrift verlaufen“, „Die Arbeit ist total monoton“, „Meine Fähigkeiten kommen bei dieser Art von Arbeit nicht zum Einsatz“.

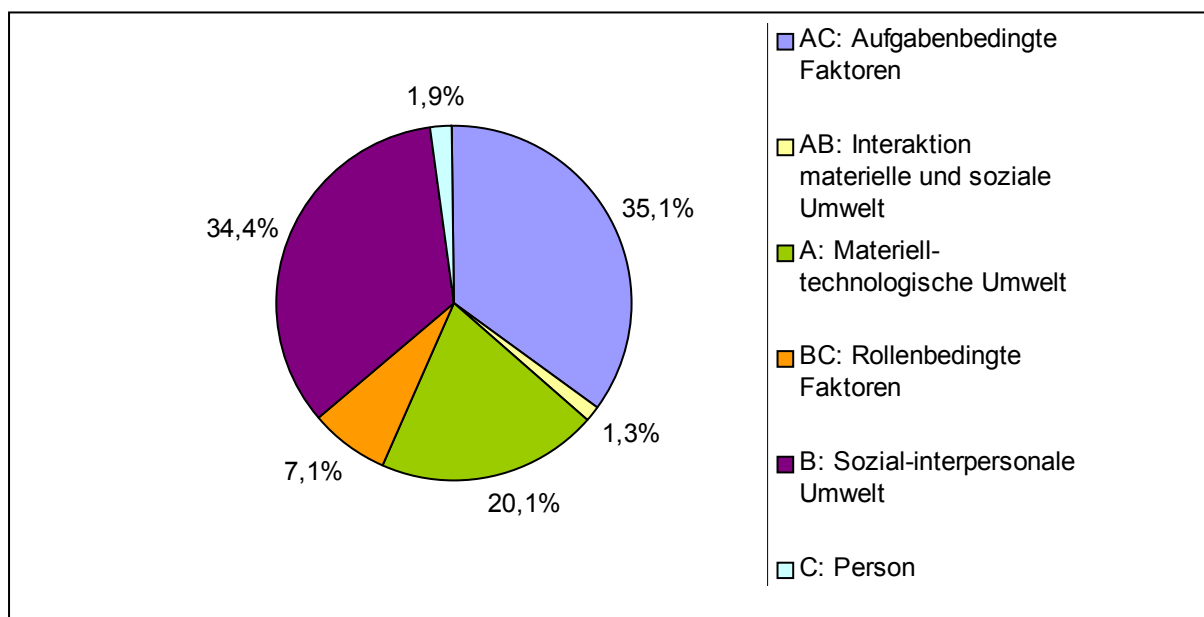


Abbildung 17. Verteilung der Häufigkeit der unterschiedlichen schwerwiegendsten Arbeitsplatzprobleme nach McGrath (1983) für die Gesamtstichprobe (N = 154).

Fast genauso häufig gehörte das als am schwersten gewichtete Arbeitsplatzproblem der Kategorie „sozial-interpersonale Umwelt“ („B“) an (34.4%, 53 Nennungen). Hierbei bezog sich das soziale Problem 30mal auf die Beziehung zu Kollegen (v.a. mangelnde Arbeitsmotivation der Kollegen und Spannungen zwischen Kollegen: „Die anderen surfen zu viel im Netz“, „Die anderen sind nicht motiviert zum Arbeiten“, „Kollegen xy mobben mich“, „Zwischen den Abteilungen gibt es totale Kommunikationsprobleme“, „Die Kollegen sind zu häufig krank“, „Mein Kollege xy ist sehr kleinkariert“, „Xy ist egoistisch und hintenrum“) und 21mal auf die Beziehung zum Vorgesetzten (v.a. Unzufriedenheit mit Verhalten xy des Chefs: „Mein Chef gibt keinen Rückhalt / lobt nicht“, „Mein Chef ist extrem launisch / verantwortungslos / überfordert“). Zweimal wurden „schwierige/unfreundliche Kunden“ als

soziales Problem erwähnt, einmal außerdem „störende andere Verkehrsteilnehmer“ (von einem Lastkraftfahrer).

Am dritthäufigsten gehörte das schwerste Problem der materiell-technologischen Umwelt an („A“; 20.1%; 31 Nennungen; „Die Raucherecke ist hässlich“, „verschmutzte Luft“, „zu große Hitze“, „Die Teeküche ist immer dreckig“, „Die Computer fallen zu oft aus“, „Geruchsbelästigung“, „zu schwacher Staubabzug“, „Die Wege sind zu weit“).

Rollenbedingte Faktoren („BC“) wurden von elf Personen als schwerwiegendstes Problem benannt (z.B. „Gegen meine Berufsgruppe gibt es Vorurteile“, „Es gibt für mich keine Aufstiegsmöglichkeiten“, „In meiner Position verlässt sich mein Chef total auf mich und wälzt fast alles auf mich ab“, „Durch die häufigen Umstrukturierungen ändern sich ständig die Positionen, die man hat“). Probleme, die der Person selbst zugeordnet wurden („C“; z.B. „Ich bin nicht motiviert“, „Ich bin innerlich zu angespannt/unruhig“, „Vorträge vor einer größeren Audienz zu halten, ist ein Problem für mich“) wurden von drei Personen als schwerstes Problem genannt. Probleme, die im Schnittbereich von materieller und sozialer Umwelt („AB“) liegen, wurden nur von zwei Personen als am schwerwiegendsten empfunden („Im Büro sind zu viele, es ist eine ständige Unruhe“, „Ich arbeite alleine in meinem Büro, mir fehlt einfach manchmal die Möglichkeit zur Kommunikation“).

Abschließend soll noch einmal betont werden, dass sich hinsichtlich der Rangfolge der Art der Arbeitsplatzprobleme keine signifikanten Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Personen ergaben.

4.2.2 Fragestellung E2: Ursachenzuschreibung bezüglich des schwersten Arbeitsplatzproblems

Im Rahmen dieser Fragestellung sollte untersucht werden, welche Ursache die Interviewten ihrem jeweils schwersten Arbeitsplatzproblem zuschreiben. Die Operationalisierung erfolgt über die Einordnung der wörtlich genannten Ursachen in die Kategorien „externale Ursachenzuschreibung“ (mit den Unterkategorien „sozial“ bzw. „Arbeitsbedingungen“) oder „internale Ursachenzuschreibung“ (mit den Unterkategorien „krankheits-/störungsbedingt“ bzw. „Eigenschaften/Fähigkeiten“) durch die beiden Rater (Frage 19b im Interview). Die Raterübereinstimmung lag hier bei Cohens Kappa = 1.00 ($p < .001$), d.h. die Rater stimmten zu 100% überein bei der Einordnung der wörtlich genannten Ursachen in die vorgegebenen Kategorien. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Tabelle 17 wieder.

Tabelle 17

Vermuteter Hauptgrund für das schwerste Arbeitsplatzproblem

Häufigkeit der Nennungen der subjektiv vermuteten Gründe für das schwerste Arbeitsplatzproblem (%)	Indexgruppe A n = 38	Vergleichsgruppe A n = 38	Indexgruppe S n = 40	Vergleichsgruppe S n = 38	Gesamtstichprobe N = 154
internal	5 (13.2%)	3 (7.9%)	7 (17.5%)	0 (0%)	15 (9.7%)
Eigenschaften/Fähigkeiten	1 (2.6 %)	3 (7.9%)	4 (10%)	---	8 (5.2%)
krankheits-, störungsbedingt	4 (10.5%)	---	3 (7.5%)	---	7 (4.5%)
external	33 (86.8%)	35 (92.1%)	33 (82.5%)	38 (100%)	139 (90.3%)
sozial	20 (52.6%)	16 (42.1%)	15 (37.5%)	18 (47.4%)	69 (44.8%)
Arbeitsbedingungen	13 (34.2%)	19 (50%)	18 (45%)	20 (56.6%)	70 (45.5%)

Auffällig ist, dass in allen Gruppen die Ursachen für das schwerwiegendste Arbeitsplatzproblem am häufigsten external vermutet werden (in der Gesamtstichprobe von 90.3% der Befragten). In Vergleichsgruppe S sieht keine der befragten Personen die Ursache für das schwerste Arbeitsplatzproblem internal, auch in den übrigen Gruppen ist dieser Anteil sehr gering (Indexgruppe A: 13.2%; Vergleichsgruppe A: 7.9%; Indexgruppe S: 17,5%).

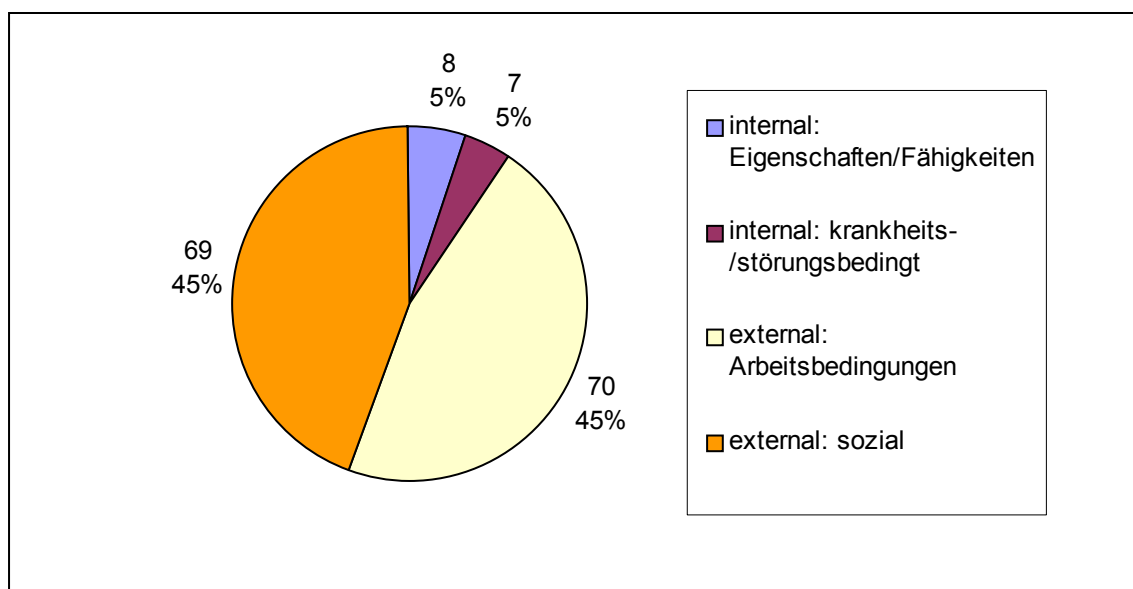


Abbildung 18.

Graphische Veranschaulichung der Verteilung der Ursachenzuschreibung bezüglich der Entstehung des schwerwiegendsten Arbeitsplatzproblems in der Gesamtstichprobe (N = 154).

Anmerkung. Die ersten Werte pro Kategorie geben die absolute Häufigkeit an.

Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrer Ursachenzuschreibung (da in 50% der Felder der Kreuztabelle ein erwartete Häufigkeit von < 5 bestand, wurde χ^2 nach Craddock-Floods verwendet; $\chi^2_{(9, n = 154)} = 14.78$; $p \approx .1$). Abbildung 18 verdeutlicht die in Tabelle 17 dargestellte Verteilung graphisch für die Gesamtstichprobe.

Berücksichtigt man die Depressivitätsscores der befragten Personen (BSI-Unterskala) bei der Beantwortung der Frage, inwieweit sie selbst für das Zustandekommen des schwersten Problems verantwortlich sind (Frage 21 im Interview), ergibt sich ein hoch signifikanter Zusammenhang von Spearman-Rho $r = .348$ ($p < .001$, $N = 154$), d.h. je mehr depressive Symptome eine befragte Person schildert, desto mehr schreibt sie sich selbst Verantwortung bezüglich des Zustandekommens des schwersten Arbeitsplatzproblems zu.

4.2.3 Fragestellung E3: Art der positiven Arbeitsplatzfaktoren

Im Rahmen dieser Fragestellung sollen die von den Interviewten berichteten positiven Aspekte des Arbeitsplatzes näher beschrieben werden. Die Operationalisierung erfolgte hier über die Fragen im Interview, die sich auf positive Aspekte des Arbeitsplatzes bezogen (Frage 7 bis 12). Zunächst soll berichtet werden, wie viele Personen von positiven Faktoren in Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz berichten und wie viele positive Faktoren pro Person genannt werden. Dann sollen getrennt nach den Vergleichsgruppen die Häufigkeiten der unterschiedlichen Arten positiver Faktoren dargestellt werden. Die Kategorisierung der positiven Faktoren wurde im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls gemäß dem Modell nach McGrath (1983) versucht, analog zu den negativen Faktoren. Zwar wurde dieses Modell ursprünglich zur Kategorisierung von Stressquellen entworfen, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass aus den gleichen Quellen bei günstiger Ausprägung positive Faktoren (Ressourcen) ausgehen. Die Raterübereinstimmung lag hierbei bei Cohens Kappa $= .952$ ($p < .001$). Tabelle 18 stellt die Ergebnisse in Bezug auf die Art der positiven Arbeitsplatzfaktoren dar.

Unter den Klinikpatienten gaben 5 Personen (12.5%) an, an ihrem Arbeitsplatz bestünden keinerlei Aspekte, die ihnen gut gefielen. In den übrigen drei Substichproben berichteten alle Befragten von zumindest einem positiven Faktor an der Arbeitsstelle. Am häufigsten berichteten die Personen von drei positiven Faktoren, der Range umfasste insgesamt die Anzahl von 0 bis 9 positiven Faktoren. Die Klinikpatienten berichteten von $M = 2.88$ positiven Arbeitsplatzfaktoren, die ambulanten Patienten von $M = 3.63$ positiven Faktoren, Vergleichsgruppe S von $M = 3.35$, Vergleichsgruppe A von $M = 3.40$ positiven Arbeitsplatzfaktoren. Hinsichtlich der Anzahl der positiven Faktoren unterschieden sich die

vier Gruppen nicht (einfaktorielle Varianzanalyse mit dem vierstufigen Gruppenfaktor [ambulante Patienten, stationäre Patienten und die beiden Vergleichsgruppen] und der Zielgröße der Anzahl der positiven Arbeitsplatzfaktoren; $F_{(3,159)} = 1.47$; $p = .225$).

Tabelle 18

Übersicht über die im Interview berichteten positiven Arbeitsplatzfaktoren

	Index- gruppe A	Vergleichs- gruppe A	Index- gruppe S	Vergleichs- gruppe S	Gesamt- stichprobe
Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz Dinge, die Ihnen gut gefallen? N (%)	40 (100%)	40 (100%)	35 (87.5%)	40 (100%)	155 (96.9%)
nein	0	0	5 (12.5%)	0	5 (3.1%)
Anzahl berichteter positiver Faktoren	3.63	3.4	2.88	3.35	3.31
M	1.94	1.39	1.76	1.42	1.65
SD	1-9	1-7	0-6	1-7	0-9
Range	3	3	3	3	3
Modalwert	$n = 40$	$n = 40$	$n = 35$	$n = 40$	$N = 155$
Art des wichtigsten positiven Faktors nach McGrath n (gültige %)					
A: Materiell-technologische Umwelt	5 (12.5%)	6 (15%)	5 (14.3%)	6 (15%)	22 (14.2%)
B: Sozial-interpersonale Umwelt	17 (42.5%)	14 (35%)	14 (40%)	13 (32.5%)	58 (37.4%)
C: Person-System	0	0	0	0	0
AB: Interaktion materielle und soziale Umwelt	2 (5%)	0	0	0	2 (1.3%)
AC: Aufgabenbedingte Faktoren	13 (32.5%)	18 (45%)	14 (40%)	20 (50%)	65 (41.9%)
BC: Rollenbedingte Faktoren	3 (7.5%)	2 (5%)	2 (5.7%)	1 (2.5%)	8 (5.2%)

Auch die Verteilung der unterschiedlichen positiven Faktoren auf die Unterkategorien nach McGrath (1983) unterschied sich nicht signifikant zwischen den vier Gruppen (da in 45% der Felder der Kreuztabelle ein erwartete Häufigkeit von < 5 bestand, wurde χ^2 nach Craddock-Floods verwendet; $\chi^2_{(12, n = 155)} = 4.49$; $p > .1$). Bezogen auf den jeweils wichtigsten positiven Arbeitsplatzfaktor berichteten die Personen am häufigsten von aufgabenbedingten Aspekten („AC“; 41.9% der Gesamtstichprobe). Aussagen, die in diese Kategorie eingeordnet wurden, lauteten z.B.: „Die Arbeit an sich finde ich sinnvoll“, „Die Planung des Vorlesungsverzeichnisses/das Photographieren macht Spaß“, „Die abwechslungsreichen Bewegungsabläufe finde ich gut“, „Ich finde gut, dass ich wenig Arbeit habe“ oder auch „Ich finde gut, dass ich viel Arbeit habe“ (siehe Abbildung 19). Am zweithäufigsten wurde als wichtigster positiver Faktor ein Aspekt genannt, der in der sozialen oder interpersonalen Umwelt lag („B“; 37.4% der Gesamtstichprobe). Wörtliche Angaben dieses positiven Faktors

lauteten etwa: „Es ist ein sehr gutes Betriebs-, Arbeitsklima“, „Ich habe nette Kollegen“, „Das Verhältnis zu den Fahrern ist sehr gut“, „Ich kriege viel Unterstützung von den Kollegen“ oder „Mein Chef ist nett“. An dritter Stelle der Häufigkeit der Nennungen wurden positive Aspekte genannt, die dem Bereich der materiell-technologischen Umwelt („A“) zuzuordnen waren (14.2%), z.B. „der Ort, an dem ich arbeite, ist sehr schön“, „Ich fahre ein ganz neues Fahrzeug“, „Ich bin immer an der frischen Luft/im Trockenen“, „Das Gehalt ist gut“.

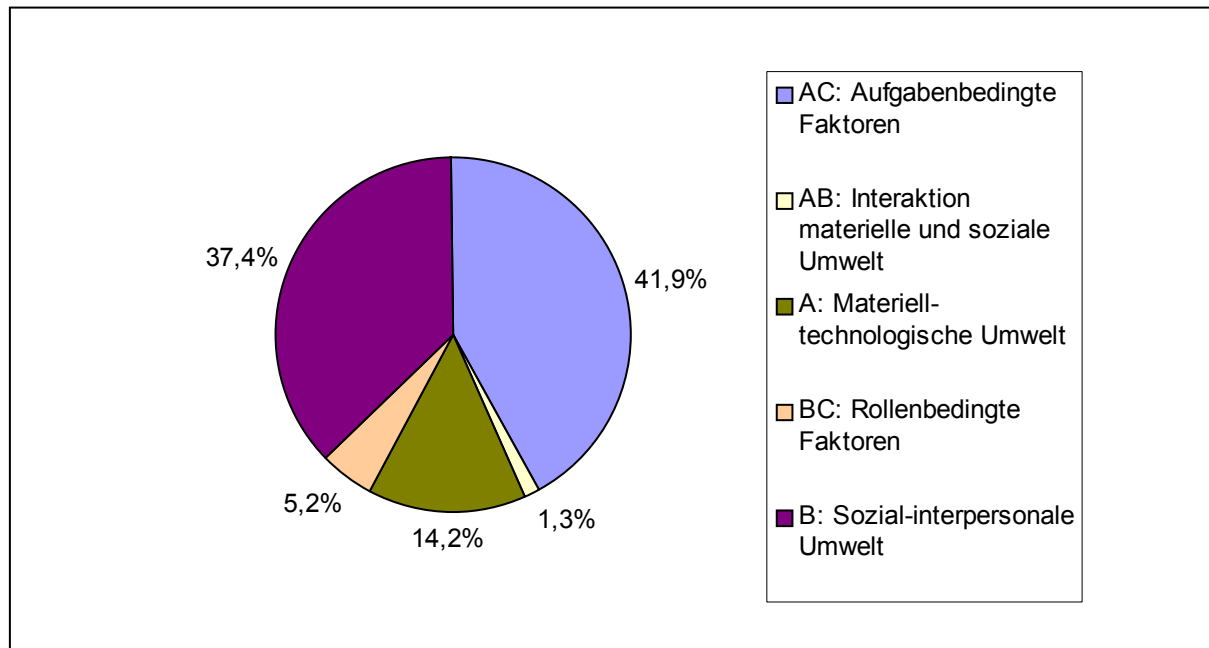


Abbildung 19. Verteilung der Häufigkeit der unterschiedlichen bedeutendsten positiven Arbeitsplatzfaktoren nach McGrath (1983) für die Gesamtstichprobe ($N = 155$).

Mit 5.2% wurde der positivste Arbeitsplatzfaktor am vierthäufigsten in rollenbedingten Faktoren („BC“) gesehen, z.B. „Ich bin quasi mein eigener Chef“, „Ich habe keinen Vorgesetzten“, „Ich habe in der Position gute Karriereaussichten“. Zwei Personen (1.3%) gaben an, dass der subjektiv wichtigste positive Faktor in einer Interaktion von materieller und sozialer Umwelt bestehe („AB“; z.B. „wenn meine Kollegin nicht da ist, habe ich ein Einzelzimmer“, „Ich finde es gut, dass die Firma einen Sozialbetreuer beschäftigt, den jeder ansprechen kann“). Keine Person sah den wichtigsten positiven Faktor am Arbeitsplatz in sich selbst.

4.2.4 Fragestellung E4: Ursachenzuschreibung bezüglich des günstigsten positiven Faktors

Im Rahmen dieser Fragestellung sollte untersucht werden, welche Ursache die Interviewten ihrem jeweils als am günstigsten beurteilten positiven Arbeitsplatzfaktor zuschreiben, was über Frage 12 im Interview operationalisiert wurde (*Wie viel Verantwortung tragen Sie selbst am Zustandekommen dieses positiven Faktors?* Beantwortung von 0 = *Ich habe gar nichts dazu beigetragen* bis 100 = *ich habe sehr viel/fast alles dazu beigetragen*). Tabelle 19 gibt die Ergebnisse überblicksartig wieder.

Alle vier Untergruppen schreiben sich selbst eine größere Verantwortung ($M > 50$) am Zustandekommen des positiven Faktors zu als externalen Bedingungen. Die vier Gruppen unterscheiden sich im Ausmaß der internalen Verantwortungszuschreibung nicht signifikant voneinander (einfaktorielle Varianzanalyse, $F_{(3,154)} = .8$; $p = .496$).

Errechnet man hier den Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Depressivität (BSI-Unterskala) und dem Ausmaß der internalen Verantwortungszuschreibung, ergibt sich eine sehr geringe positive Korrelation ($N = 155$; Spearman-Rho $r = .167$; $p < .05$), d.h. es besteht ein sehr geringer Zusammenhang zwischen zunehmender Depressivität und zunehmender internaler Ursachenzuschreibung bezüglich positiver Arbeitsplatzfaktoren.

Tabelle 19

Im Interview berichteter eigener Beitrag zum Zustandekommen des günstigsten Arbeitsplatzfaktors

<i>Eigener Beitrag zum Zustandekommen des positiven Faktors</i>	<i>Indexgruppe A n = 40</i>	<i>Vergleichsgruppe A n = 40</i>	<i>Indexgruppe S n = 35</i>	<i>Vergleichsgruppe S n = 40</i>	<i>Gesamtstichprobe N = 155</i>
M	58.13	68.1	64.31	66.9	64.36
SD	33.91	26.27	33.09	32.18	31.39
Range	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100

Anmerkungen. Hohe Werte bedeuten hier hohe eigene Verantwortung am Zustandekommen des positiven Faktors (Skala 0-100).

4.2.5 Fragestellung E5: subjektiver Zusammenhang von psychischer Erkrankung und Arbeitsplatzproblemen

Gemäß der fünften explorativen Fragestellung sollte die subjektiv wahrgenommene zeitliche Aufeinanderfolge von Entstehen der psychischen Erkrankung und Auftreten der Arbeitsplatzprobleme aufgezeigt werden. Zusätzlich sollten die subjektiven

Zusammenhangstheorien der Patienten erhoben werden. Die Operationalisierung erfolgte über die Fragen 26 bis 29 im Interview (Frage 26: *Sind die Arbeitsplatzprobleme ein Grund für die Entscheidung zur Therapie?* Frage 27: *Sind die Arbeitsplatzprobleme der Hauptgrund für die Therapie?* Frage 28: *Gibt es einen Zusammenhang zwischen Ihrer Erkrankung, aufgrund der Sie hier in Behandlung sind, und den Arbeitsplatzproblemen? Stehen Ihre Arbeitsplatzprobleme in Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung? Wenn ja, wie?* Frage 29: *Was war zuerst da; die Arbeitsplatzprobleme oder Ihre Erkrankung, aufgrund der Sie hier behandelt werden?*). Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

Tabelle 20

Subjektiv wahrgenommener Zusammenhang von Arbeitsplatzproblemen und psychischer Erkrankung in den klinischen Stichproben

	Indexgruppe A N = 40	Indexgruppe S N = 40
Was war zuerst da; die psychische Erkrankung oder die Arbeitsplatzprobleme? n (%)		
Zuerst Erkrankung	29 (72.5)	14 (35)
Zuerst Arbeitsplatzproblem	7 (17.5)	16 (40)
Gleichzeitig	1 (2.5)	6 (15)
„weiß ich nicht“	2 (5)	4 (10)
Keine Angaben	1 (2.5)	-
Waren die Arbeitsplatzprobleme ein Grund für die Therapie? n (%)		
Ja, sie waren der Hauptgrund	3 (7.5)	12 (30)
Ja, aber nicht Hauptgrund	8 (20)	11 (27.5)
Nein	29 (72.5)	17 (42.5)
Gibt es einen Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Arbeitsplatzproblemen?		
Nein n (%)	23 (57.5)	14 (35)
Ja n (%)	17 (42.5)	26 (65)

72.5% der ambulanten Patienten geben an, dass in der zeitlichen Reihenfolge zunächst die psychische Erkrankung vor den Arbeitsplatzproblemen aufgetreten sei, wohingegen dies nur 35% der Klinikpatienten berichten. Der Großteil der Klinikpatienten (40%) gibt an, dass das Arbeitsplatzproblem vor der psychischen Erkrankung aufgetreten sei. Diese Angaben der ambulanten und stationären Patienten wichen signifikant voneinander ab (aufgrund einer erwarteten Häufigkeit < 5 in 50% der Felder der Kreuztabelle wurde χ^2 nach Craddock-Floods verwendet; $\chi^2_{(3, n=80)} = 13.26$; $p < .01$); nach Betrachtung der standardisierten Residuen erscheint die Signifikanz vor allem auf die unterschiedlichen Häufigkeiten in den Feldern bezüglich „Erkrankung zuerst“ begründet zu sein. Ambulante Psychotherapiepatienten geben im Vergleich mit stationären Patienten häufiger an, dass die psychische Störung vor den Arbeitsplatzproblemen aufgetreten sei.

Wurden die ambulanten Patienten gefragt, ob die Arbeitsplatzprobleme ein Grund für den Beginn der Psychotherapie waren, verneinen dies 72.5%. Bei den Klinikpatienten ergibt sich ein anderes Bild: 57.5% dieser Personen berichtet, dass die Arbeitsplatzprobleme, wenn nicht Hauptgrund, zumindest ein Grund unter anderen gewesen sei für den stationären Aufenthalt. Hier ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den ambulanten und stationären Patienten ($\chi^2_{(2, n = 80)} = 9.00$; $p_{(\text{asymptotisch})} = .011$); die stationären Patienten berichten häufiger als die ambulanten Patienten, dass Arbeitsplatzprobleme Grund oder sogar Hauptgrund für die psychotherapeutische Behandlung gewesen seien.

Wurden die Patienten, die einen Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzproblemen und psychischer Erkrankung sahen (42.5% bzw. 65%), nach der Art des Zusammenhangs befragt, ergab sich folgendes Bild (siehe Tabelle 21): Ambulante Psychotherapiepatienten berichten diesbezüglich am häufigsten, dass die Arbeitsplatzbedingungen die psychische Erkrankung verschlimmerten (17.5%). Zählt man diesen Nennungen jene hinzu, die ebenfalls angaben, dass eine Wirkrichtung von der Arbeit auf die psychische Erkrankung ausgehe, ergibt sich ein Prozentsatz von insgesamt 30%; 10% berichten, dass die Arbeit die Erkrankung verursache, weitere 2.5% geben an, dass die Arbeit die Besserung der Erkrankung verhindere.

Bei den stationären Patienten sahen 65% überhaupt irgendeinen Zusammenhang zwischen Erkrankung und Arbeit. 55% sahen die Wirkrichtung von der Arbeit auf die Erkrankung (25% sahen die Arbeit als Ursache für die Erkrankung, 30% berichteten, dass die Arbeit die Erkrankung verschlimmere). Den umgekehrten Zusammenhang, dass nämlich die Erkrankung Auswirkungen auf die Arbeit habe, berichteten nur jeweils 7.5% der ambulanten und stationären Psychotherapiepatienten. Zwei der befragten ambulanten Patientengruppe gaben an, dass Drittvariablen (in diesem Falle mangelnde Distanzierungsfähigkeit) den Zusammenhang von Arbeitsplatzproblemen und psychischer Erkrankung bedingten. Ein Befragter der stationären Patienten nahm eine explizite Wechselwirkung zwischen Erkrankung und Arbeitsplatzproblemen an.

Zwar erscheint es deskriptiv, dass die stationären Patienten häufiger eine Wirkrichtung von der Arbeit auf die Erkrankung sahen, inferenzstatistisch unterscheiden sich die beiden Gruppen aber nicht signifikant hinsichtlich der Häufigkeit des vermuteten Zusammenhangs (vier Oberkategorien, siehe Tabelle 21; aufgrund einer erwarteten Häufigkeit < 5 in 50% der Felder der Kreuztabelle wurde χ^2 nach Craddock-Floods verwendet; $\chi^2_{(3, n = 80)} = 5.46$; $p > .1$).

Tabelle 21

Vermutete Art des Zusammenhangs zwischen psychischer Erkrankung und Arbeitsplatzproblemen in den klinischen Stichproben

Gebildete Kategorie	Beispiele für wörtliche Aussagen	Häufigkeit der Nennungen	
		Indexgruppe A n = 40	Indexgruppe S n = 40
Kein Zusammenhang		23 (57.5%)	14 (35%)
Arbeit → Erkrankung		12 (30%)	22 (55%)
Arbeit verursacht Erkrankung	<i>„Wegen des Mobblings musste ich in Therapie“</i> <i>„Wegen der Arbeit bekam ich Burnout, deswegen bin ich hier“</i> <i>„Das lange Sitzen hat die Rückenschmerzen verursacht“</i> <i>„Die Arbeitsplatzsituation hat mich geschafft, hat zum Nervenzusammenbruch geführt“</i> <i>„Meine ganze Erkrankung hat wegen einer traumatischen Besprechung begonnen: ein Mitarbeiter machte mich vor Chef und Kollegen ungerechtfertigt schlecht“</i> <i>„Ich bin durch diese ganzen negativen Arbeitsfaktoren depressiv geworden!“</i> <i>„Die starke körperliche Belastung hat zu meinen physischen und psychischen Problemen geführt“</i> <i>„Die permanente Überforderung führte zur Krankheit“</i>	4 (10%)	10 (25%)
Arbeit verhindert Heilung	<i>„Die Arbeit ist kontraproduktiv für meinen Heilungsprozess“</i>	1 (2.5%)	
Arbeit verschlimmert Erkrankung	<i>„Die ganze Arbeitssituation verschlimmert meine Depression“</i> <i>„Der ganze Stress auf der Arbeit wirkt sich auch auf meine Gesundheit aus“</i> <i>„Die Privatisierung und die Angst um meinen Job machen mich noch depressiver“</i> <i>„Der Schichtdienst bringt meinen Biorhythmus durcheinander, was wiederum negativ auf meine Depression wirkt“</i> <i>„Wegen der Arbeitsplatzprobleme kann ich nicht mehr schlafen, das wiederum hat schlechte Auswirkungen auf meine Erkrankung“</i> <i>„Das Mobbing hat meine ganzen Symptome noch verstärkt“</i> <i>„Die Probleme führen zu noch mehr Grübeln, das verstärkt wieder meine Erkrankung“</i>	7 (17.5%)	12 (30%)
Erkrankung → Arbeit		3 (7.5%)	3 (7.5%)
Symptome der Erkrankung führen am Arbeitsplatz zu Einschränkungen	<i>„Wegen ADHS kann ich mich nicht richtig konzentrieren, das gibt dann Probleme“</i> <i>„Wegen der Depression muß ich mich oft krank schreiben lassen“</i> <i>„wegen meiner eingeschränkten Funktionsfähigkeit entsteht der Druck bei der Arbeit“</i>	3 (7.5%)	3 (7.5%)
Moderatorvariable/ Wechselwirkung		2 (5%)	1 (2.5%)
Eigenschaften haben Einfluss auf Arbeit und Erkrankung	<i>„Ich kann mich nicht distanzieren, das führt überall zu Problemen“</i> <i>„Ich lerne, mich mehr abzugrenzen, ich merke, dass das auf der Arbeit und auch privat was verbessert“</i>	2 (5%)	
Wechselwirkung zwischen Arbeit und Erkrankung	<i>„Meine verringerte Leistungsfähigkeit führt bei der Arbeit zu mehr Stress, dadurch ziehe ich mich zu Hause noch mehr zurück, die Depression wird schlimmer“</i>		1 (2.5%)

4.3 Ergebnisse der konfirmatorischen Hypothesen

Im Rahmen der konfirmatorischen Hypothesen soll zunächst auf die Hypothesen eingegangen werden, die sich auf Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben beziehen. Anschließend werden die Ergebnisse der Hypothesen dargestellt, die sich auf die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsplatzbedingungen und Symptombelastung beziehen.

4.3.1 Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben

4.3.1.1 Hypothese K1: Anzahl Arbeitsplatzprobleme

Die erste konfirmatorische Hypothese besagte, dass die Patientengruppen mehr Arbeitsplatzprobleme erleben als die nicht-klinischen Stichproben. Indexgruppe S berichtete im Mittel von 3.62 Arbeitsplatzproblemen, Indexgruppe A von 3.05. Die beiden Vergleichsgruppen berichteten im Mittel weniger als drei Probleme (Vergleichsgruppe S: 2.05; Vergleichsgruppe A: 2.32). Hinsichtlich der Anzahl der Arbeitsplatzprobleme ergibt eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem vierstufigen Gruppenfaktor (ambulante Patienten, stationäre Patienten und die beiden Vergleichsgruppen) und der Zielgröße der Anzahl der Arbeitsplatzprobleme einen hochsignifikanten Gruppenfaktor ($F_{(3,159)} = 8.82$; $p < .001$; der Levene-Test ergab, dass keine Varianzhomogenität vorlag, weshalb das geforderte Signifikanzniveau statt .05 auf .01 heraufgesetzt werden sollte; da dieses Signifikanzniveau erfüllt war, kann von einem signifikanten Gruppenfaktor ausgegangen werden [Bühl, 2006, S. 422]) Der Duncan-Test ergab post-hoc zwei homogene Untergruppen, von denen die eine aus den Indexpatienten (ambulante und stationäre Patienten) und die andere aus den nicht-klinischen Personen besteht ($p = .05$). Dies bedeutet, dass die klinischen Personen mehr Arbeitsplatzprobleme berichten als die nicht-klinischen Personen, die ambulanten Patienten und die stationären Patienten weisen untereinander aber keine signifikanten Unterschiede auf (ebenso wie die beiden Vergleichsgruppen, die sich untereinander auch nicht unterscheiden; siehe Abbildung 20).

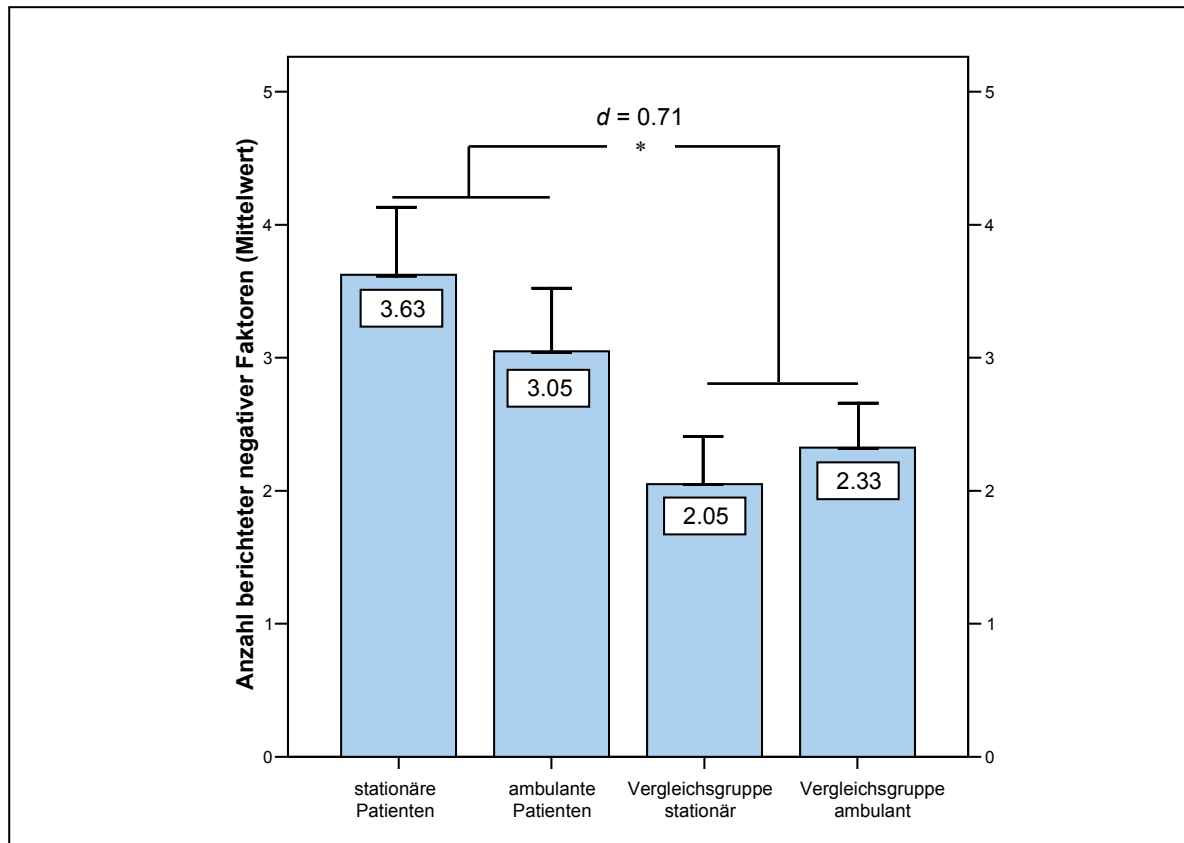


Abbildung 20. Graphische Veranschaulichung der Mittelwertunterschiede in der Anzahl der berichteten Arbeitsplatzprobleme.
Anmerkungen. * $p=.05$; die Fehlerbalken geben die Standardfehler der Mittelwerte wieder.

Nach der Formel zur Berechnung von Effektstärken ($d = (M_1 - M_2) / SD$) ergibt sich ein Effekt von $d = 0.71$ ($d = (M_{\text{klinisch}} - M_{\text{nicht-klinisch}}) / SD_{\text{gemeinsam}} = (3.34 - 2.19) / 1.627 = 0.71$), womit der Effekt nach Cohen (1988) in einem mittleren Bereich liegt.

4.3.1.2 Hypothese K2: Ungünstige Stressverarbeitungsstrategien

Gemäß der zweiten konfirmatorischen Hypothese wird erwartet, dass klinische Probanden ungünstigere Stressverarbeitungsstrategien aufweisen als nicht-klinische Personen. Ungünstige Stressverarbeitungsstrategien werden hierbei über den SVF-120 operationalisiert; es wurde hierfür ein Gesamtscore für „negative Strategien“ gebildet, aus dem Mittelwert der fünf Skalen „Flucht“, „Soziale Abkapselung“, „gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“, „Selbstbeschuldigung“.

Hinsichtlich der ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien ergab eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem vierstufigen Gruppenfaktor (Indexgruppe A, Indexgruppe S,

Vergleichsgruppe A, Vergleichsgruppe S) und der Zielgröße der ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien einen hochsignifikanten Gruppenfaktor ($F_{(3,159)} = 8.82$; $p < .001$). Der post-hoc Duncan-Test ergibt auf dem Niveau von $p = .05$ zwei homogene Untergruppen, von denen die eine aus den Indexpatienten (ambulante und stationäre Patienten) und die andere aus den nicht-klinischen Personen besteht. Dies bedeutet, dass sich die klinischen Personen von den nicht-klinischen Personen hinsichtlich der Häufigkeit des Einsatzes „negativer“ Stressbewältigungsstrategien unterscheiden, die klinische und nicht-klinischen Gruppen untereinander aber jeweils keine signifikanten Unterschiede aufweisen (siehe Abbildung 21).

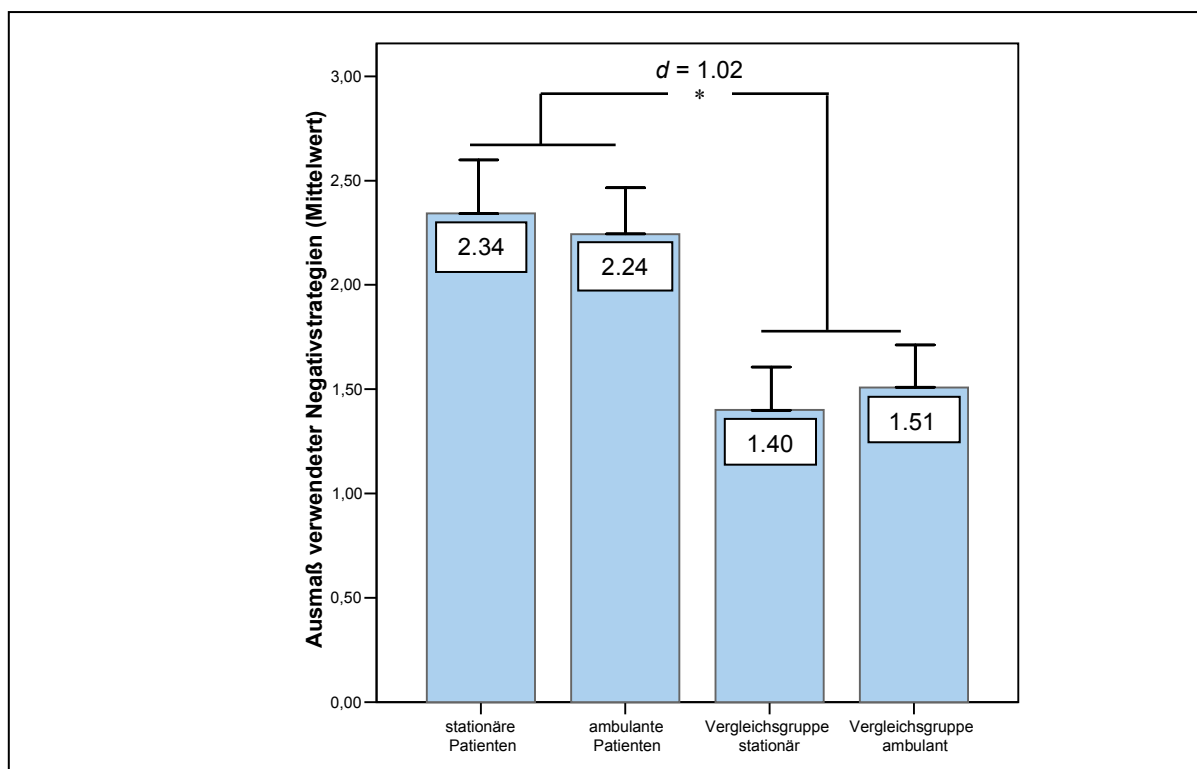


Abbildung 21. Graphische Veranschaulichung der Mittelwertsunterschiede der vier Gruppen hinsichtlich des Ausmaßes verwendeter ungünstiger Stressverarbeitungsstrategien (Negativstrategien).
Anmerkungen. * = $p < .05$; die Fehlerbalken geben die Standardfehler der Mittelwerte wieder.

Nach der Formel zur Berechnung von Effektstärken ($d = (M_1 - M_2) / SD$) ergibt sich ein Effekt von $d = 1.02$ ($d = (M_{\text{klinisch}} - M_{\text{nicht-klinisch}}) / SD_{\text{gemeinsam}} = (2.29 - 1.45) / 0.82 = 1.02$), womit der Effekt nach Cohen (1988) in einem hohen Bereich liegt.

Insbesondere die Negativstrategien „soziale Abkapselung“, „Resignation“ oder „Selbstbeschuldigung“ weisen Ähnlichkeiten zu Reaktionsmustern depressiver Patienten auf, weshalb hier eine gewisse Konfundierung der Maße „psychische Erkrankung“ und „ungünstige Stressbewältigung“ vermutet werden könnte, wobei die Autoren des

verwendeten Fragebogens (Janke et al., 1985) darauf hinweisen, dass eine Unabhängigkeit zu Maßen der Depressivität bestünde. In der hier vorliegenden Untersuchung ergeben sich jedoch durchweg positive und signifikante Korrelationen zu der Unterskala Depressivität des BSI (Derogatis & Melisaratos, 1983), die Höhe der Korrelationen liegen im mittleren Bereich (Pearson $r = .53 - .65$). Eine Kovarianzanalyse mit dem festen Faktor „Gruppenzugehörigkeit“ (klinisch bzw. nicht-klinisch), der abhängigen Variable „Negativstrategien“ sowie der Kovariate „Depressivität“ (BSI-Unterskala) erbrachte (neben einem signifikanten Einfluss der Kovariate „Depressivität“ [$F_{(1,160)} = 56.88$; $p < .001$]) aber weiterhin einen signifikanten Einfluss der Gruppenzugehörigkeit ($F_{(1,160)} = 11.19$; $p = .001$). Dies bedeutet, dass der häufigere Einsatz von negativen Stressbewältigungsstrategien in der klinischen Stichprobe nicht nur durch deren höhere Depressivitätswerte erklärbar ist.

4.3.1.3 Hypothese K3: ungünstiger Umgang mit der Arbeit

Diese Hypothese besagt, dass psychisch Kranke einen ungünstigeren Umgang mit der Arbeit zeigen als nicht-klinische Personen. Zur Überprüfung dieser Hypothese sollen acht Skalen des AVEM („Bedeutsamkeit der Arbeit“, „beruflicher Ehrgeiz“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionismus“, „Distanzierungsfähigkeit“, „Resignationstendenz bei Misserfolg“ und „offensive Problembewältigung“) als abhängige Variablen verwendet werden, die vier Stichproben als unabhängige Variablen. Aufgrund der Korrelationen unter den abhängigen Variablen (siehe Tabelle 22) wurde eine multivariate Varianzanalyse mit dem vierstufigen Gruppenfaktor (Indexgruppe A, Indexgruppe S, Vergleichsgruppe A, Vergleichsgruppe S) und den acht AVEM-Skalen als Zielgrößen berechnet.

Tabelle 22

Korrelationen der verwendeten AVEM-Skalen für N = 160 Studienteilnehmer

	Beruflicher Ehrgeiz (2)	Veraus- gabungs- bereit- schaft (3)	Perfektio- nismus (4)	Distanzierungs- fähigkeit (5)	Resignations- tendenz bei Misserfolg (6)	Offensive Problem- bewältigung (7)
Bedeutsamkeit der Arbeit (1)	.308***	.550 ***	.320***	-.317***	.072 (n.s.)	.109 (n.s.)
Beruflicher Ehrgeiz (2)		.312***	.262***	-.118 (n.s.)	.027 (n.s.)	.281 ***
Verausgabungs- bereitschaft (3)			.552***	-.466***	.133 (n.s.)	.160 *
Perfektionismus (4)				-.273***	.07 (n.s.)	.321***
Distanzierungs- fähigkeit (5)					-.343***	.122 (n.s.)
Resignationstendenz bei Misserfolg (6)						-.547***

Anmerkung. ***: $p < .001$; *: $p < .05$

Im Rahmen der multivariaten Varianzanalyse kann mit $p < .001$ davon ausgegangen werden, dass sich zwischen den vier Gruppen Unterschiede in den AVE-M-Skalen finden (Pillai-Spur: $F_{(21,456)} = 2.843$; $p < .001$). Die sich im multivariaten Test ergebende Gesamtsignifikanz scheint vor allem auf Unterschiede in den Skalen „Resignationstendenz bei Misserfolg“ sowie „offensive Problembewältigung“ zurückzugehen (Werte für Tests der Zwischensubjekteffekte liefern für diese beiden Skalen p -Werte von $< .001$). Zur Überprüfung, welche Subgruppen sich in den beiden abhängigen Variablen „Resignationstendenz bei Misserfolg“ und „offensive Problembewältigung“ unterscheiden, wurden univariate Varianzanalysen berechnet.

Hinsichtlich „Resignationstendenz bei Misserfolg“ ergibt sich ein hochsignifikanter Gruppenfaktor ($F_{(3,159)} = 11.403$, $p < .001$), der Duncan-Test ergibt zwei homogene Untergruppen ($p = .01$), die sich voneinander unterscheiden: Die beiden Vergleichsgruppen zeigten niedrigere Werte als die beiden klinischen Gruppen (siehe Abbildung 22). Ein Ergebnis in gleiche Richtung ergab die univariate Varianzanalyse für die Skala „offensive Problembewältigung“ ($F_{(3,159)} = 12.903$, $p < .001$), auch hier erbrachte der Duncan-Test (mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .01$) die beiden homogenen Untergruppen klinische und nicht-klinische Stichprobe (siehe Abbildung 23).

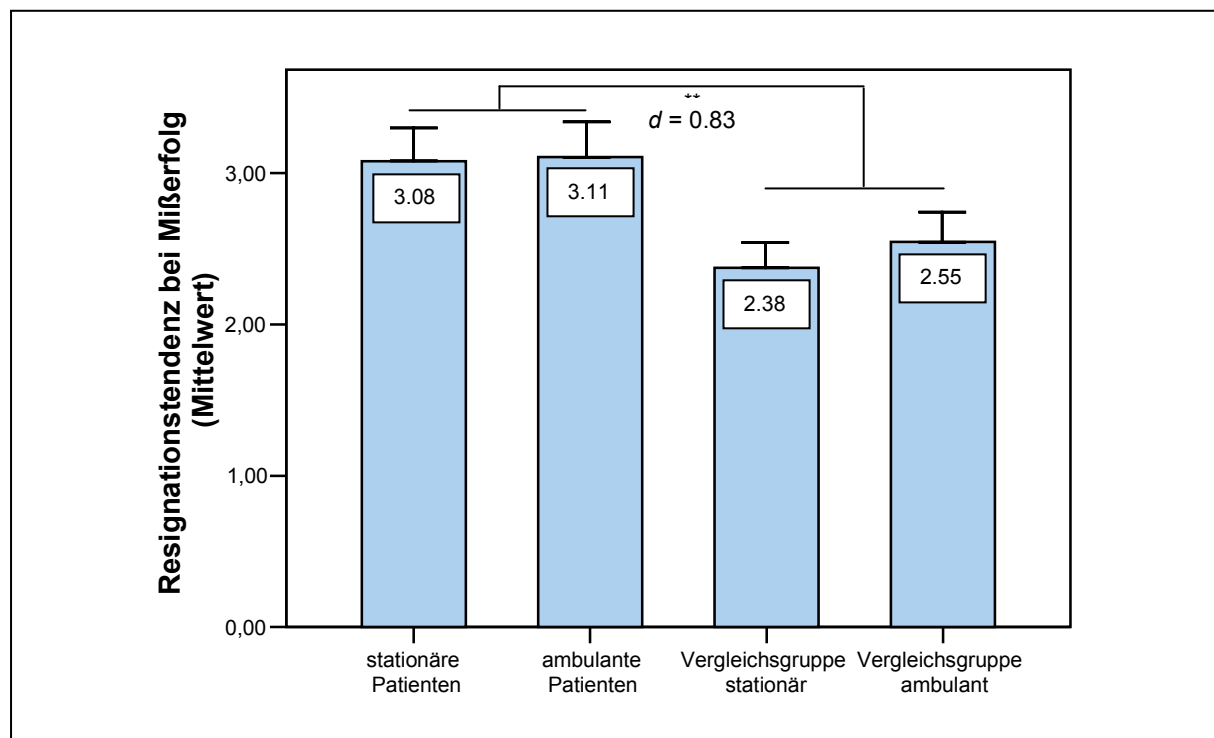


Abbildung 22. Mittelwertsunterschiede der vier Gruppen in Bezug auf die Resignationstendenz bei Misserfolg.
Anmerkungen. ** $p = .01$; die Fehlerbalken geben die Standardfehler der Mittelwerte wieder.

Die beiden klinischen Gruppen zeigten auf der Skala „offensive Problembewältigung“ niedrigere Werte als die nicht-klinischen Gruppen. Nach der Formel zur Berechnung von Effektstärken ($d = (M_1 - M_2) / SD$) ergibt sich für die Skala „Resignationstendenz bei Misserfolg“ ein Effekt von $d = 0.83$ [$d = (M_{\text{klinisch}} - M_{\text{nicht-klinisch}}) / SD_{\text{gemeinsam}} = (3.09 - 2.46) / 0.76 = 0.83$], womit der Effekt in einem hohen Bereich liegt. Für die Skala „offensive Problembewältigung“ ergibt sich nach entsprechender Formel ebenfalls ein hoher Effekt von $d = -0.87$ [$(3.24 - 3.76) / 0.60 = -0.87$].

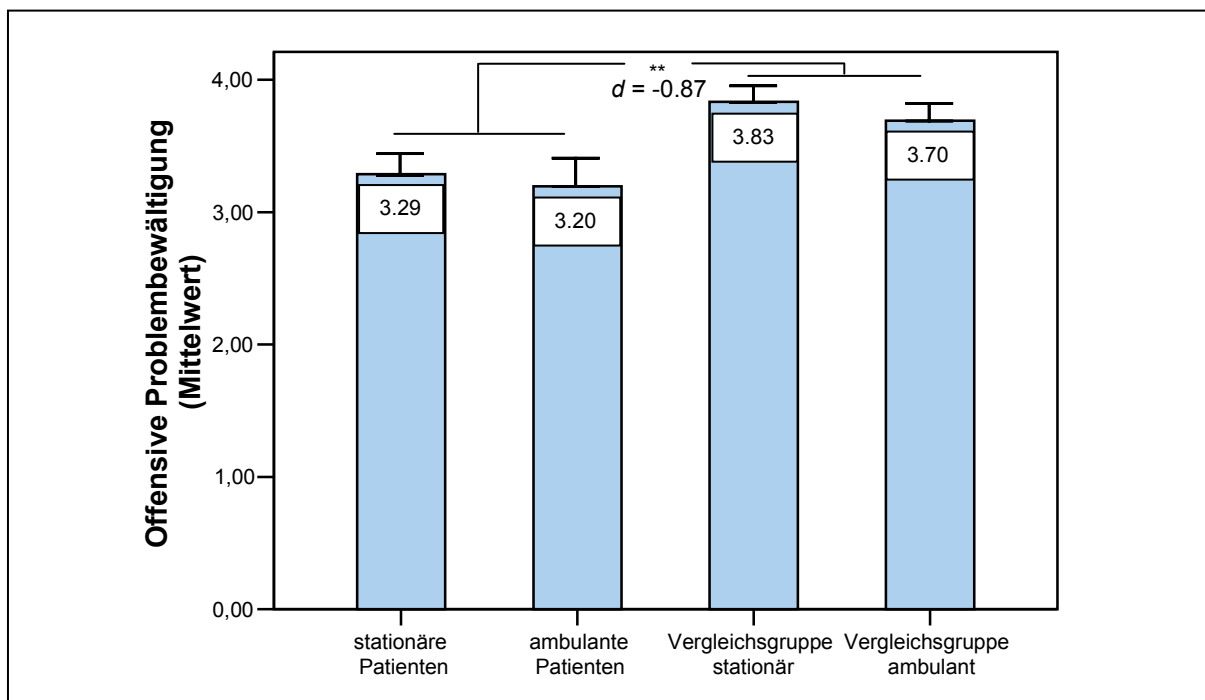


Abbildung 23. Mittelwertsunterschiede der vier Gruppen in Bezug auf die offensive Problembewältigung.

Anmerkungen. ** $p = .01$; die Fehlerbalken geben die Standardfehler der Mittelwerte wieder.

Das Auftreten einer erhöhten Resignationstendenz bei Misserfolg und einer geringeren offensiven Problembewältigung könnte wiederum in Zusammenhang mit depressiven Symptomen auftreten; die entsprechenden Korrelationen mit der Unterskala Depressivität des BSI betragen für die Resignationstendenz bei Misserfolg Pearson $r = .50$ ($p < .001$) und für offensive Problembewältigung Pearson $r = -.41$ ($p < .001$). Im Rahmen von Kovarianzanalysen mit dem festen Faktor „Gruppenzugehörigkeit“ (klinisch bzw. nicht-klinisch) und der Kovariate „Depressivität“ (BSI-Unterskala) blieb der Einfluss des Gruppenfaktors aber sowohl bei der Vorhersage der abhängigen Variable „Resignationstendenz bei Misserfolg“ ($F_{(1,160)} = 6.70$; $p = .011$) als auch bei der Vorhersage der Variable „offensive Problembewältigung“ ($F_{(1,160)} = 13.18$; $p < .001$) signifikant bestehen

(der Einfluss der Kovariate „Depressivität“ war in beiden Kovarianzanalysen ebenfalls signifikant [$F_{(1,160)} = 23.84$; $p < .001$ bei Vorhersage der „Resignationstendenz bei Misserfolg“ bzw. $F_{(1,160)} = 9.22$; $p = .003$ bei Vorhersage der „offensiven Problembewältigung“]). Dies bedeutet, dass die klinischen Personen auch nach Auspartialisierung der Depressivitätswerte weiterhin ein höheres Maß an „Resignationstendenz bei Misserfolg“ sowie eine geringere „offensive Problembewältigung“ als nicht-klinische Personen aufweisen.

4.3.2 Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Symptombelastung

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse jener Hypothesen geschildert, die sich auf die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbedingungen und Symptombelastung beziehen.

4.3.2.1 Hypothese K4: Job-Demand-Control-Modell

Im Rahmen dieser Hypothese sollen die Annahmen des Job-Demand-Control-Modells im Rahmen der Gesamtstichprobe bestätigt werden. Die Operationalisierung der Anforderungen erfolgte über den gemeinsamen Mittelwert der Skalen „Zeitdruck“ und „Konzentrationsanforderungen“ aus dem ISTA (Semmer et al., 1999). Kontrolle wurde operationalisiert aus dem Mittelwert der beiden Skalen „Zeit-“ bzw. „Methodenspielraum“ aus dem Messinstrument für Jobkontrolle (Jackson et al., 1993). Die Skala „emotionale Erschöpfung“ aus dem MBI-GS (Schaufeli et al., 1996, dt. Übersetzung Cilien et al, 2006) diente zur Operationalisierung der Beanspruchung („strain“). Tabelle 23 gibt einen Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen der in die Regression eingegangenen Variablen.

Es wurde eine multiple blockweise lineare Regression berechnet; da ein vorhandenes Modell überprüft werden sollte, wurde die Methode „Einschluss“ gewählt (MacCallum & Mar, 1995; Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000, S. 55; bei diesem Vorgehen werden die gemeinsamen Anteile der Einflussgrößen in der Vorhersage der Zielgröße jeweils gleichzeitig voneinander auspartialisiert, Cohen & Cohen, 1983, S. 321). Die abhängige Variable stellte die emotionale Erschöpfung dar, die unabhängigen Variablen Kontrolle, Anforderungen und deren Interaktionsterm (Produkt aus Anforderung und Kontrolle), der als

additiver Term der Regressionsgleichung zugefügt wurde. Alter, Geschlecht („1“ = „männlich“, 2 = „weiblich“) und Bildungsgrad wurden als Kontrollvariablen mit in das Modell aufgenommen.

Tabelle 23

Übersicht über Mittelwerte und Standardabweichungen der in die Regression eingegangenen Variablen

Stichprobe	Anforderungen M (SD)	Kontrolle M (SD)	Soziale Unterstützung M (SD)	Emotionale Erschöpfung M (SD)
Gesamt N = 160	2.86 (0.88)	3.40 (0.99)	2.92 (0.65)	3.81 (1.74)
Klinisch n = 80	2.96 (0.96)	3.22 (1.05)	2.80 (0.70)	4.55 (1.71)
Nicht-klinisch n = 80	2.76 (0.79)	3.58 (0.90)	3.04 (0.57)	3.07 (1.44)

Anmerkungen. Im Vorgriff auf die Ergebnisse von Hypothese K5 wird hier bereits die Variable „soziale Unterstützung“ aufgeführt.

Tabelle 24 gibt zunächst die Interkorrelationen der in die Regression eingegangenen Variablen wieder. Zwischen den Prädiktorvariablen bestand eine hohe Multikollinearität (siehe Tabelle 24; insbesondere die Variablen Anforderungen und Kontrolle korrelieren jeweils hoch mit dem Interaktionsterm Kontrolle*Anforderungen), die Kollinearitätsdiagnostik erbrachte für die Kontrollvariable, die Anforderungsvariable sowie für deren Produktterm Toleranzen von $<.10$ sowie für den Produktterm einen Konditionsindex von >30 , was auf Kollinearitätsprobleme hindeutet. Um die Regression durchführen zu können, erfolgte eine Zentrierung der Kontroll- und Anforderungsvariablen, indem der jeweilige Skalenmittelwert der untersuchten Stichprobe von den Werten jeder Versuchsperson subtrahiert wurde (vgl. Cohen & Cohen, 1983, S. 238, S. 325).

Tabelle 24

Interkorrelationsmatrix der unzentrierten Variablen (N = 160)

	Alter (2)	Geschlecht (3)	Bildungsstand (4)	Anforderungen (5)	Kontrolle (6)	Kontrolle * Anforderungen (7)
Erschöpfung (1)	.136	-.043	-.217**	.510***	-.382***	.099
Alter (2)		-.051	-.332***	.126	.017	.057
Geschlecht (3)			.214**	-.099	.108	.053
Bildungsstand (4)				-.002	-.213**	-.192**
Anforderungen (5)					-.241**	.614***
Kontrolle (6)						.587***

Aus diesen zentrierten Variablen („ZAnforderung“ bzw. „ZKontrolle“) erfolgte erneut die Berechnung des Interaktionsterms („ZKontrolle*ZAnforderungen). Tabelle 25 gibt die erniedrigten Interkorrelationen unter Verwendung der zentrierten Variablen wieder.

Tabelle 25

Interkorrelationsmatrix nach Zentrierung der Anforderungs- und Kontrollvariablen (N = 160)

	Alter (2)	Geschlecht (3)	Bildungsstand (4)	ZAnforderungen (5)	ZKontrolle (6)	ZKontrolle * Anforderungen (7)
Erschöpfung (1)	.136	-.043	-.217**	.510***	-.382***	.099
Alter (2)		-.051	-.332***	.126	.017	.057
Geschlecht (3)			.214**	-.099	.108	.053
Bildungsstand (4)				-.002	-.213**	-.192**
ZAnforderungen (5)					-.241**	.115
ZKontrolle (6)						.204*

Anmerkung. Grau unterlegt sind die Korrelationen, die sich nach der Zentrierung erniedrigten.

In das Regressionsmodell wurden im ersten Block die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und Bildungsgrad eingegeben, im zweiten Block wurden die zentrierten Variablen Anforderungen und Kontrolle eingegeben, im letzten Block wurde das Gesamtmodell inklusive des Interaktionsterms von Kontrolle und Anforderungen überprüft. Tabelle 26 gibt für jeden Block die standardisierten β -Gewichte und deren Signifikanz, die F -Werte der Modelle mit Signifikanzniveau sowie den Determinationskoeffizienten R^2 , das korrigierte R^2 und die Änderung in R^2 wieder.

Das Gesamtmodell (Block 3) mit dem Interaktionsterm ($F_{(6, 159)} = 14.614$) ist mit $p < .001$ hoch signifikant. Ein Vergleich der Werte der korrigierten R^2 ergibt jedoch, dass das Modell mit Interaktionsterm (Block 3) gegenüber Block 2 ohne Interaktionsterm ($F_{(5,159)} = 17.52$; $p < .001$) keinen zusätzlichen Nutzen in Bezug auf die Aufklärung der Kriteriumsvarianz (emotionale Erschöpfung) bringt. Dementsprechend trägt das β -Gewicht des Interaktionsterms in Block 3 auch nicht signifikant zu Aufklärung bei. Modell 2 liefert mit dem korrigierten $R^2 = .342$ also die höchste Aufklärung in der Kriteriumsvarianz. In diesem Modell tragen Kontrolle und Anforderungen hoch signifikant zur Aufklärung der emotionalen Erschöpfung bei. 34,2% der Varianz in dem Maß der emotionalen Erschöpfung ist über die Varianz in dem Kontrollmaß und dem Anforderungsmaß erklärbar, wobei diese additiv, nicht multiplikativ zusammen wirken.

Tabelle 26

Multiple lineare Regression in drei Blöcken (Methode: Einschluss) zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung (N = 160)

	β	Signifikanz β	F (Modell)	Signifikanz (Modell)	R^2	Korrigiertes R^2	Änderung in R^2
Block 1			2.842	.040	.052	.034	.052
Alter	.072	.385					
Geschlecht	.002	.976					
Bildungsgrad	-.194	.023					
Block 2			17.520	<.001	.363	.342	.311
Alter	.031	.658					
Geschlecht	.066	.321					
Bildungsgrad	-.168	.021					
ZKontrolle	-.245	<.001					
ZAnforderungen	.453	<.001					
Block 3			14.614	<.001	.364	.339	.002
Alter	.02	.786					
Geschlecht	.075	.270					
Bildungsgrad	-.168	.021					
ZKontrolle	-.234	.001					
ZAnforderungen	.464	<.001					
ZAnforderungen*Kontrolle	-.046	.519					

Die Kontrollvariablen Geschlecht und Alter zeigen keinen signifikanten Partialzusammenhang zur emotionalen Erschöpfung, aber die Kontrolle des Bildungsgrades erscheint notwendig, das β -Gewicht von $-.168$ weist darauf hin, dass die emotionale Erschöpfung mit steigendem Bildungsgrad abnimmt. Abbildung 24 stellt das Modell mit der additiven Wirkung der Kontrolle- und Anforderungsvariable (Block 2) graphisch dar.

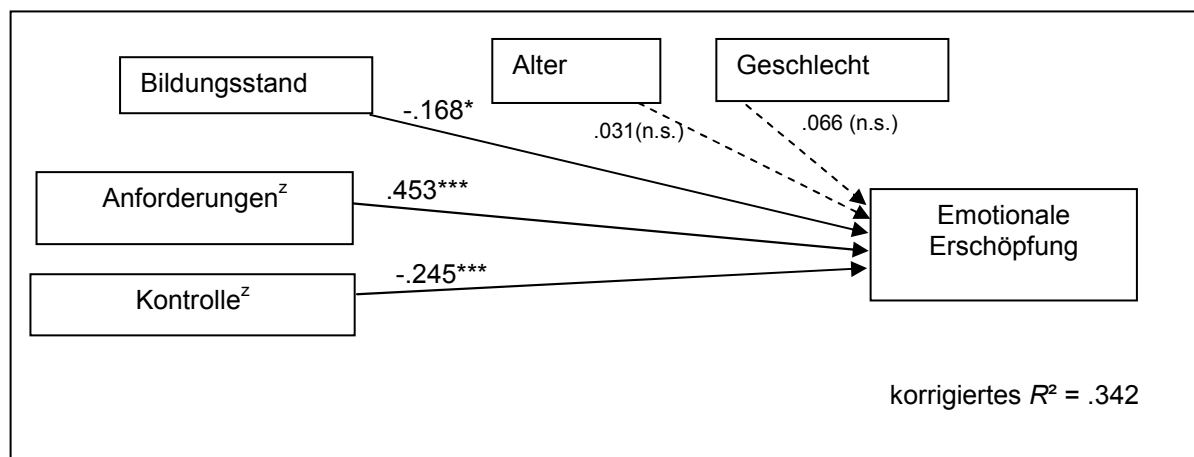


Abbildung 24. Überprüfung des Job-Demand-Control-Modells in der Gesamtstichprobe (N = 160).

Anmerkungen. Die Werte an den Pfeilen geben die β -Gewichte wieder. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, ^z zentrierte Maße.

Zur graphischen Veranschaulichung der Vorhersagerichtung des Regressionsmodells wurde mittels der unstandardisierten b -Gewichte des Regressionsmodells für festgesetzte Werte für Anforderung und Kontrolle vorhergesagt, wie hoch die emotionale Erschöpfung gemäß dem Modell wäre. Abbildung 25 gibt dieses Vorhersagebeispiel graphisch wieder, bei dieser Graphik wurden die Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand jeweils konstant gehalten (Geschlecht bei 1= männlich, Alter beim Mittelwert der Gesamtstichprobe von 40 Jahren, der Bildungsstand wurde konstant gehalten auf 4 = mittlere Reife). Die Regressionsgerade lautete:

$$\begin{aligned} \text{Emotionale Erschöpfung (Y)} = & 4.09 + .005 \cdot \text{Alter} + .23 \cdot \text{Geschlecht} - \\ & .183 \cdot \text{Bildungsstand} - .43 \cdot \text{Kontrolle}^z + \\ & .90 \cdot \text{Anforderungen}^z. \end{aligned}$$

Nach Konstanthaltung der Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand ergab sich entsprechend eine Gleichung von

$$\text{Emotionale Erschöpfung (Y)} = 3.788 - .43 \cdot \text{Kontrolle}^z + .90 \cdot \text{Anforderungen}^z.$$

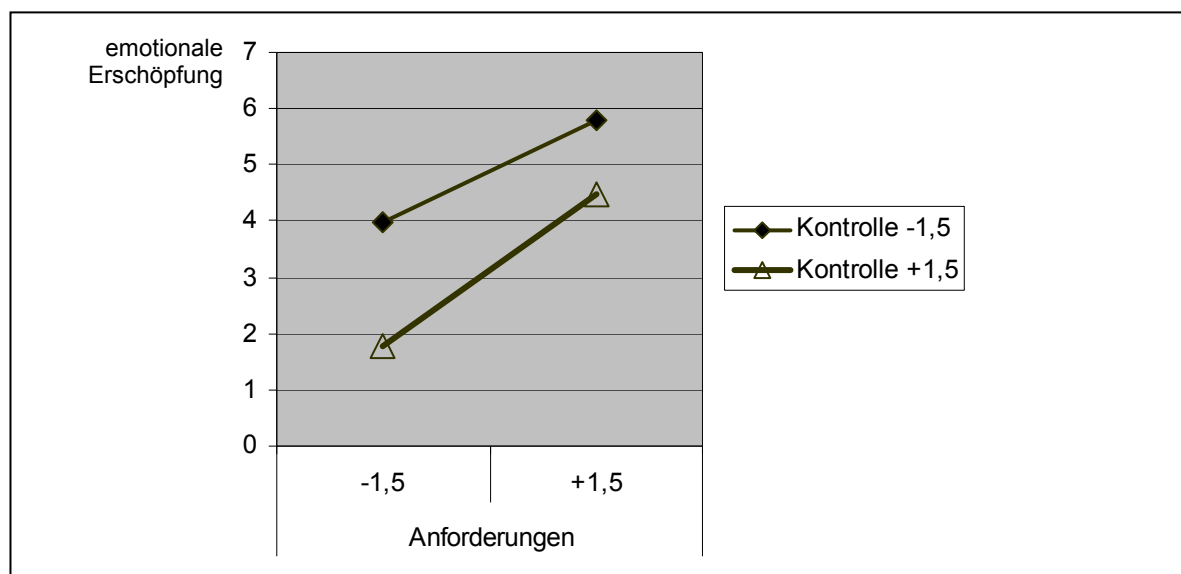


Abbildung 25. Graphische Veranschaulichung des Regressionsmodells: Mit steigender Kontrolle nimmt die Erschöpfung ab, mit steigenden Anforderungen ergeben sich höhere Erschöpfungswerte ($N = 160$).

Anmerkung. Unter Verwendung der unstandardisierten b -Gewichte der Regressionsgleichung wurde für die Werte -1.5 bzw. +1.5 der beiden unabhängigen Variablen die Werte der Zielskala vorhergesagt, um die Vorhersagerichtung graphisch zu veranschaulichen.

Die Graphik zeigt, dass der angenommene Interaktionseffekt von Kontrolle und Anforderungen ausbleibt: Bei hohen Anforderungen (Anforderungen = +1.5) ist die Erschöpfung nicht sehr viel geringer, wenn eine hohe Kontrolle (Kontrolle = +1.5) vorliegt, als wenn niedrige Kontrollmöglichkeiten (Kontrolle = -1.5) bestehen. Diesem Regressionsmodell nach erscheint die emotionale Erschöpfung am geringsten für Personen mit geringen Anforderungen und hoher Kontrolle am Arbeitsplatz, darauf folgen Personen, die geringe

Anforderungen und niedrige Kontrolle am Arbeitsplatz erleben. Eine höhere emotionale Erschöpfung ergibt sich für eine Kombination von hohen Anforderungen und hoher Kontrolle, die höchste Erschöpfung ergibt sich bei hohen Anforderungen und geringer Kontrolle.

Zur weiteren Überprüfung der Hypothese wurden außerdem zwei getrennte Regressionen innerhalb der klinischen und der nicht-klinischen Stichprobe berechnet. Hierbei ergab sich innerhalb der klinischen Substichprobe (siehe Tabelle 27) durch das zweite Modell eine höhere Gesamtaufklärung an Varianz in der abhängigen Variable emotionale Erschöpfung als innerhalb der Gesamtstichprobe, wobei wiederum nur Haupteffekte signifikante Beiträge zur Aufklärung lieferten (Modell 2: $F_{(5,79)} = 20.180$; $p < .001$); sowohl Kontrolle als auch Anforderungen trugen (neben der Kontrollvariable „Bildungsstand“) signifikant zur Vorhersage bei.

Tabelle 27

Multiple lineare Regression in drei Blöcken (Methode: Einschluss) zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung innerhalb der klinischen Stichprobe (n = 80)

	β	Signifikanz β	F (Modell)	Signifikanz (Modell)	R^2	Korrigiertes R^2	Änderung in R^2
Block 1			4.262	.008	.144	.110	.144
Alter	.067	.563					
Geschlecht	.021	.853					
Bildungsgrad	-.353	.005					
Block 2			20.180	<.001	.436	.398	.292
Alter	-.061	.557					
Geschlecht	.192	.048					
Bildungsgrad	-.350	.001					
ZKontrolle	-.276	.009					
ZAnforderungen	.419	<.001					
Block 3			16.877	<.001	.438	.391	.002
Alter	-.044	.694					
Geschlecht	.186	.059					
Bildungsgrad	-.351	.001					
ZKontrolle	-.292	.009					
ZAnforderungen	.409	<.001					
ZAnforderun- gen*Kontrolle	.046	.652					

In der nicht-klinischen Stichprobe hingegen ergab zwar ebenfalls das zweite Regressionsmodell ($F_{(5,79)} = 7.469$; $p < .001$) die höchste Aufklärung (korrigiertes $R^2 = .290$), jedoch fiel das Ausmaß der Aufklärung deutlich geringer aus als in der klinischen Stichprobe (korrigiertes $R^2 = .398$). Innerhalb der nicht-klinischen Stichprobe trug nur die Anforderungsvariable signifikant zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung bei, der Einfluss der Kontrolle erreichte lediglich Trendniveau (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28

Multiple lineare Regression in drei Blöcken (Methode: Einschluss) zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung innerhalb der nicht-klinischen Stichprobe (n = 80)

	β	Signifikanz β	F (Modell)	Signifikanz (Modell)	R^2	Korrigier- tes R^2	Änderung in R^2
Block 1			.099	.961	.004	-.035	.004
Alter	-.053	.657					
Geschlecht	-.015	.897					
Bildungsgrad	-.045	.707					
Block 2			7.465	<.001	.335	.290	.331
Alter	.018	.859					
Geschlecht	-.053	.583					
Bildungsgrad	-.052	.610					
ZKontrolle	-.171	.086					
ZAnforderungen	.557	<.001					
Block 3			6.144	<.001	.336	.281	.000
Alter	.018	.856					
Geschlecht	-.058	.568					
Bildungsgrad	-.051	.618					
ZKontrolle	-.171	.087					
ZAnforderungen	.549	.000					
ZAnforderun- gen*Kontrolle	.019	.865					

Eine Möglichkeit der Erklärung des Befundes, dass das Modell innerhalb der nicht-klinischen Stichprobe weniger gut bestätigt werden konnte, könnte darin liegen, dass die Varianzen der eingegangenen Maße in der klinischen Substichprobe höher sind als in der nicht-klinischen Substichprobe. Bei gleich großen Stichprobenumfängen ($n_1 = n_2 = 80$) weist die nicht-klinische Stichprobe für das Anforderungsmaß, für das Kontrollmaß sowie für die emotionale Erschöpfung deskriptiv geringere Standardabweichungen auf als die klinische Substichprobe (Tabelle 23). Im Levene-Test ergeben sich für das Anforderungsmaß und das Maß der emotionalen Erschöpfung signifikant unterschiedliche Varianzen ($p < .05$), für das Maß der Kontrolle ergibt sich eine Varianzheterogenität auf Trendniveau ($p = .094$).

Es bleibt festzuhalten, dass die additive Wirkung der Kontrolle (in negativer Wirkrichtung) und der Anforderungen (in positiver Wirkrichtung) auf das Strain-Maß „emotionale Erschöpfung“ in der Gesamtstichprobe bestätigt werden konnte. Ein interaktives Zusammenwirken der unabhängigen Variablen konnte hingegen nicht bestätigt werden.

4.3.2.2 Hypothese K5: Job-Demand-Control-Support-Modell

Im Rahmen dieser Hypothese soll die Überprüfung des Job-Demand-Control-Support-Modells (Karasek & Theorell, 1990) in der Gesamtstichprobe erfolgen. Die

Operationalisierung der Anforderungs-, Kontroll- und des Strain-Maßes erfolgte analog zu Hypothese K4. Die soziale Unterstützung wurde operationalisiert über die Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte (aus der Zusatzskala „soziale Unterstützung“ von Frese, 1989; adaptiert von House, n.d.) des ISTA (Semmer et al., 1999).

Die Überprüfung erfolgte mittels einer multiplen linearen Regression (Methode: Einschluss), wobei wieder Geschlecht, Alter und Bildungsstand als Kontrollvariablen zusätzlich in das Modell aufgenommen wurden. Die Variablen wurden in 5 Blöcken eingegeben, beginnend mit den Kontrollvariablen, anschließend den zentrierten Modellvariablen (Anforderungen, Kontrolle, soziale Unterstützung) als Haupteffekte, danach die drei zweifachen Interaktionsterme aus den zentrierten Variablen (Anforderungen x Kontrolle, Anforderungen x soziale Unterstützung und Kontrolle x soziale Unterstützung). Im letzten Schritt wurde der dreifache Interaktionsterm (Anforderung*Kontrolle*sozialer Unterstützung) eingegeben. Tabelle 29 zeigt zunächst die Korrelationen zwischen den in der Regression verwendeten (zentrierten) Variablen, deren Korrelationen nicht schon unter Hypothese K4 berichtet wurden.

Tabelle 29

Interkorrelationen der in die Regression eingegangenen Variablen (zentrierte Maße; N = 160)

	Soziale Unterstützung ^z (7)	Kontrolle ^{z*} Anforderungen ^z (8)	Soziale Unterstützung ^z * Anforderungen ^z (9)	Soziale Unterstützung ^z * Kontrolle ^z (10)	Soziale Unterstützung ^z * Kontrolle ^z * Anforderungen ^z (11)
Erschöpfung (1)	-.435***	-.058 (n.s.)	-.101 (n.s.)	.205**	.331***
Alter (2)	-.077 (n.s.)	-.224**	-.175*	.234**	.039 (n.s.)
Geschlecht (3)	.172*	.218**	.065 (n.s.)	-.131 (n.s.)	.037 (n.s.)
Bildungsstand (4)	.113 (n.s.)	.175*	.090 (n.s.)	-.212**	-.026 (n.s.)
Anforderungen ^z (5)	-.316***	.115 (n.s.)	-.049 (n.s.)	.124 (n.s.)	-.386***
Kontrolle ^z (6)	.345***	.204**	.131 (n.s.)	-.097 (n.s.)	-.465***
Soziale Unterstützung ^z (7)		.126 (n.s.)	.088 (n.s.)	-.196*	-.482***
Kontrolle ^{z*} Anforderungen ^z (8)			.364***	-.420***	.014 (n.s.)
Soziale Unterstützung ^{z*} Anforderungen ^z (9)				-.434***	-.141 (n.s.)
Soziale Unterstützung ^{z*} Kontrolle ^z (10)					.201*

Anmerkungen. ^z zentrierte Maße.

Tabelle 30 gibt die Freiheitsgrade, F -Werte mit Signifikanzniveau sowie das R^2 , das korrigierte R^2 sowie die Änderung in R^2 der multiplen Regression wieder. Alle getesteten Modelle sind signifikant, ein Vergleich der Werte der korrigierten R^2 ergibt jedoch, dass die Modelle mit Interaktionstermen (Modell 3 und 4) gegenüber dem Modell 2 ohne Interaktionsterm ($F_{(6,159)} = 17.78$; $p < .001$) weniger zur Aufklärung der Kriteriumsvarianz

(emotionale Erschöpfung) beitragen. Dementsprechend trägt keines der β -Gewichte der Interaktionsterme in Block 3 oder 4 signifikant zu Aufklärung des Kriteriums bei. Modell 2 klärt 38.8% der Varianz des Maßes der emotionalen Erschöpfung auf, Alter und Geschlecht zeigen dabei keinen signifikanten Beitrag zur Aufklärung. Der Bildungsstand hingegen trägt negativ zur Aufklärung der emotionalen Erschöpfung bei, ebenso wie das Maß der Kontrolle und der sozialen Unterstützung. Die Anforderungen liefern den größten Beitrag zur Aufklärung der emotionalen Erschöpfung und zwar in positiver Richtung; je höher die Anforderungen, desto höher die emotionale Erschöpfung.

Tabelle 30

Multiple lineare Regression in vier Blöcken (Methode: Einschluss) zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung (N = 160)

	β	Signifi- kanz β	F (Modell)	Signifikanz (Modell)	R^2	Korrigier- tes R^2	Änderung in R^2
Block 1			2.842	.040	.052	.034	.052
Alter	.072	.385					
Geschlecht	.002	.976					
Bildungsgrad	-.194	.023					
Block 2			17.780	<.001	.411	.388	.359
Alter	.021	.755					
Geschlecht	.094	.148					
Bildungsgrad	-.164	.019					
ZKontrolle	-.178	.011					
ZAnforderungen	.396	< .001					
ZSozUnterstützung	-.244	< .001					
Block 3			11.843	<.001	.415	.380	.005
Alter	.009	.898					
Geschlecht	.098	.139					
Bildungsgrad	-.155	.029					
ZAnforderungen	.392	< .001					
ZKontrolle	-.178	.014					
ZSozUnterstützung	-.234	.001					
ZAnforderungen*	.000	.998					
ZKontrolle							
ZAnforderungen*	.004	.960					
ZSozUnterstützung							
ZKontrolle*	.073	.335					
ZSozUnterstützung							
Block 4			10.661	<.001	.417	.378	.002
Alter	.010	.882					
Geschlecht	.100	.132					
Bildungsgrad	-.150	.036					
ZAnforderungen	.401	< .001					
ZKontrolle	-.197	.012					
ZSozUnterstützung	-.251	.001					
ZAnforderungen*	.010	.902					
ZKontrolle							
ZAnforderung*	.000	.999					
ZSozUnterstützung							
ZKontrolle*	.081	.292					
ZSozUnterstützung							
ZAnforderungen*	-.054	.513					
ZKontrolle*							
ZSozUnterstützung							

Auch im Rahmen der Überprüfung des Job-Demand-Control-Support-Modells konnten lediglich die Haupteffekte als gültig überprüft werden, Interaktionseffekte unter den Modellvariablen leisteten hingegen keinen Beitrag zur Aufklärung des Strain-Maßes („emotionale Erschöpfung“). Abbildung 26 stellt das Modell graphisch dar.

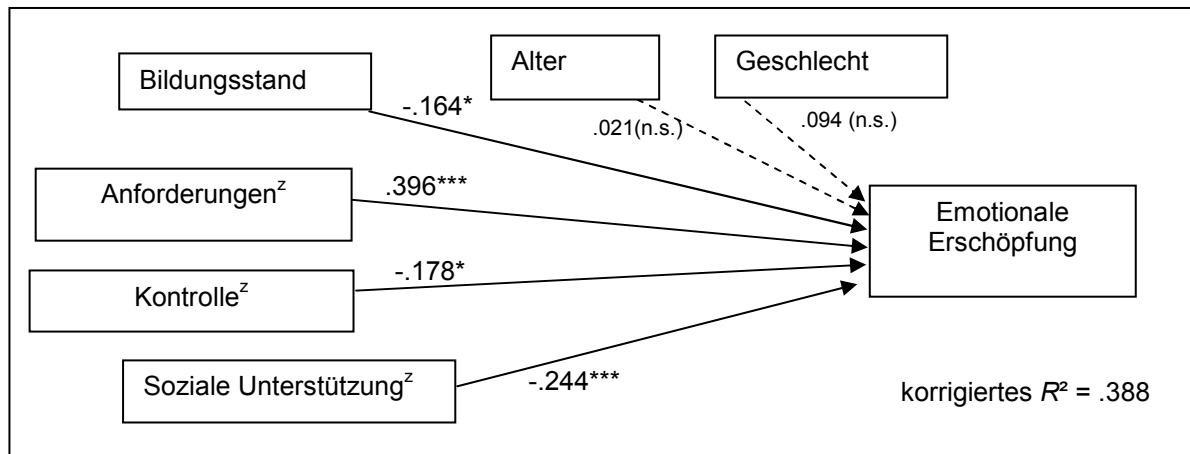


Abbildung 26. Überprüfung des Job-Demand-Control-Support-Modells in der Gesamtstichprobe ($N = 160$).
Anmerkungen. Die Werte an den Pfeilen geben die β -Gewichte wieder. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, ^z zentrierte Maße.

Zur graphischen Veranschaulichung der Vorhersagerichtung des Regressionsmodells wurde mittels der unstandardisierten b -Gewichte des Regressionsmodells für festgesetzte Werte von Anforderung, Kontrolle und soziale Unterstützung vorhergesagt, wie hoch die emotionale Erschöpfung gemäß des Modells wäre. Abbildung 27 gibt die Vorhersagebeispiele wieder (einmal für niedrige (-1), einmal für hohe (+1) soziale Unterstützung). Bei den Graphiken wurden die Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand jeweils konstant gehalten (Geschlecht bei 1= männlich, Alter beim Mittelwert der Gesamtstichprobe von 40 Jahren, der Bildungsstand wurde konstant gehalten auf 4 = mittlere Reife). Die Regressionsgerade lautete:

$$\begin{aligned} \text{Emotionale Erschöpfung (Y)} = & 3.989 + .003 \cdot \text{Alter} + .327 \cdot \text{Geschlecht} - \\ & .179 \cdot \text{Bildungsstand} + .787 \cdot \text{Anforderungen}^z - \\ & .313 \cdot \text{Kontrolle}^z - .66 \cdot \text{soziale Unterstützung}^z. \end{aligned}$$

Nach Konstanthaltung der Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand ergab sich entsprechend eine Gleichung von

$$\begin{aligned} \text{Emotionale Erschöpfung (Y)} = & 3.72 + .787 \cdot \text{Anforderungen}^z - .313 \cdot \text{Kontrolle}^z - \\ & .66 \cdot \text{soziale Unterstützung}^z. \end{aligned}$$

Die beiden Graphiken zeigen die drei Haupteffekte von sozialer Unterstützung, Kontrolle und Anforderungen auf das Maß der emotionalen Erschöpfung. Steigende Kontrolle und Anforderungen gehen mit höheren Werten in emotionaler Erschöpfung einher, steigende Kontrolle oder zunehmende soziale Unterstützung gehen mit einem reduzierten Ausmaß emotionaler Erschöpfung einher. Diesem Regressionsmodell nach erscheint die emotionale Erschöpfung am geringsten für Personen mit geringen Anforderungen, hoher Kontrolle und hoher sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz, die höchste Erschöpfung ergibt sich bei hohen Anforderungen, geringen Kontrollmöglichkeiten und geringer sozialer Unterstützung.

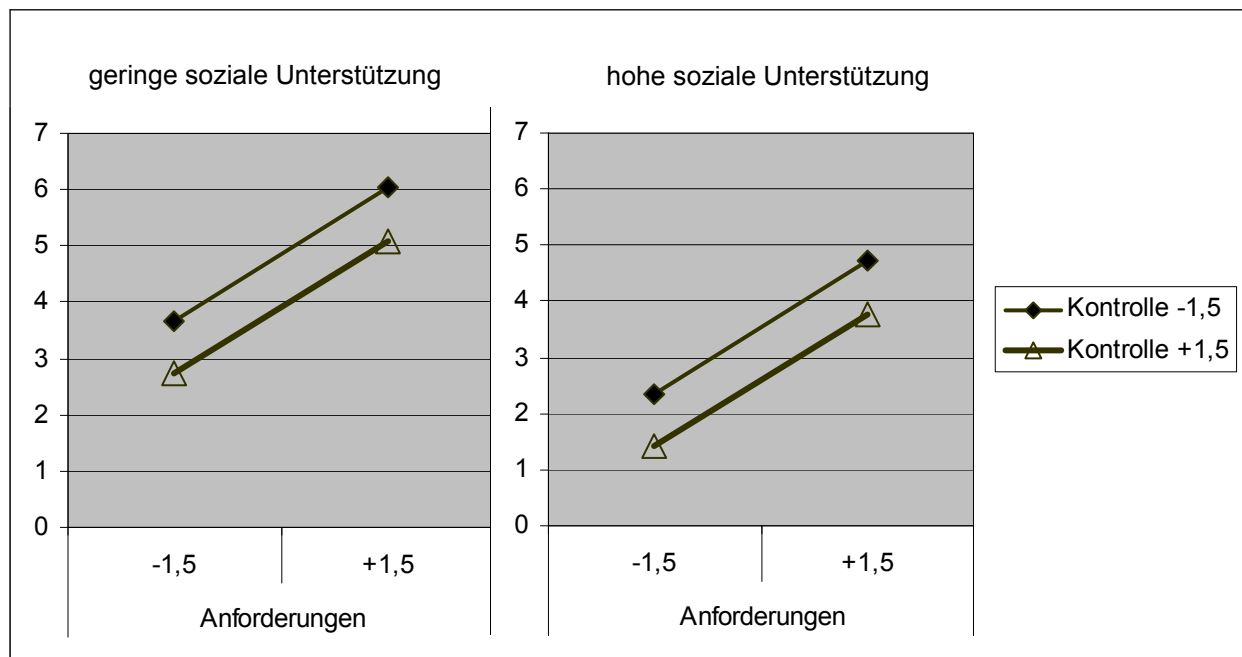


Abbildung 27. Graphische Veranschaulichung des Regressionsmodells; links bei geringer sozialer Unterstützung ($=-1$), rechts bei hoher sozialer Unterstützung ($+1$): Mit steigender Kontrolle und steigender sozialer Unterstützung nimmt die Erschöpfung ab, mit steigenden Anforderungen ergeben sich höhere Erschöpfungswerte. Die y-Achse gibt die Werte der emotionalen Erschöpfung an.

Anmerkung. Unter Verwendung der unstandardisierten b -Gewichte der Regressionsgleichung wurde für die Werte -1.5 bzw. $+1.5$ der Variablen Kontrolle und Anforderungen die Werte der Zielskala vorhergesagt, um die Vorhersagerichtung graphisch zu veranschaulichen.

Auch das Job-Demand-Control-Support-Modell wurde mittels Regressionsanalysen getrennt für die klinische und die nicht-klinische Stichprobe überprüft. Der zweite Block der Regressionsanalyse brachte auch hier jeweils die höchste Aufklärung in der Kriteriumsvarianz, weshalb im Folgenden nur die Werte für dieses Regressionsmodell berichtet werden. Es ergab sich ein ähnliches Bild wie bei der Überprüfung des Job-Demand-Control-Modells innerhalb der Substichproben: Innerhalb der klinischen Stichprobe

ergibt sich durch Block 2 eine Aufklärung von 43.2% in der Varianz der emotionalen Erschöpfung ($F_{(6,79)} = 18.338$; $p < .001$). Signifikante Beiträge zur Aufklärung liefern (neben den demographischen Variablen Geschlecht und Bildungsgrad) Anforderungen und die soziale Unterstützung, die Kontrolle trägt noch auf Trendniveau zur Aufklärung bei (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31

Multiple lineare Regression (Methode: Einschluss) zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung innerhalb der klinischen Stichprobe ($n = 80$; es werden nur die Ergebnisse des zweiten Blocks berichtet)

	β	Signifi- kanz β	F (Modell)	Signifikanz (Modell)	R^2	Korrigier- tes R^2	Änderung in R^2
Block 2			18.338	<.001	.476	.432	.332
Alter	-.083	.414					
Geschlecht	.206	.030					
Bildungsgrad	-.337	.001					
ZKontrolle	-.191	.075					
ZAnforderungen	.377	<.001					
ZSozUnterstützung	-.234	.022					

Innerhalb der nicht-klinischen Stichprobe ergibt sich in Block 2 mit R^2 von .311 eine Aufklärung von 31.1% in der Varianz der emotionalen Erschöpfung (siehe Tabelle 32). In der nicht-klinischen Stichprobe tragen lediglich die Anforderungen signifikant zur Aufklärung der emotionalen Erschöpfung bei, die soziale Unterstützung trägt auf Trendniveau bei, die Kontrolle trägt mit $\beta = -.147$ nicht signifikant zur Vorhersage bei. In der nicht-klinischen Stichprobe lässt sich der Einfluss der drei Faktoren des Job-Demand-Control-Support-Modells also nicht nachweisen.

Tabelle 32

Multiple lineare Regression (Methode: Einschluss) zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung innerhalb der nicht-klinischen Stichprobe ($n = 80$; es werden nur die Ergebnisse des zweiten Blocks berichtet)

	β	Signifi- kanz β	F (Modell)	Signifikanz (Modell)	R^2	Korrigier- tes R^2	Änderung in R^2
Block 2			9.962	<.001	.364	.311	.360
Alter	.026	.790					
Geschlecht	-.028	.771					
Bildungsgrad	-.061	.544					
ZKontrolle	-.147	.134					
ZAnforderungen	.520	<.001					
ZSozUnterstützung	-.176	.075					

Zusätzlich zur bisher dargestellten Auswertung mittels Regressionsanalysen, die analog zum Vorgehen der meisten entsprechenden Studien erfolgte (z.B. Parkes, Mendham

& Rabenau, 1994), erfolgt im Folgenden eine graphische Darstellung für die Gesamtstichprobe entsprechend Abbildung 11: Innerhalb der Gruppe der Personen, die angaben, in einem Stressjob zu arbeiten, wurden die, die eine hohe soziale Unterstützung berichteten ($n = 9$), bezüglich des Ausmaßes an emotionaler Erschöpfung mit den Personen verglichen, die eine niedrige soziale Unterstützung berichteten ($n = 23$; Unterteilung jeweils am Skalenmittelwert). Es ergab sich erwartungsgemäß ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der emotionalen Erschöpfung (Mann-Whitney-Test; $z = -2.21$; $p = .027$; siehe Abbildung 28).

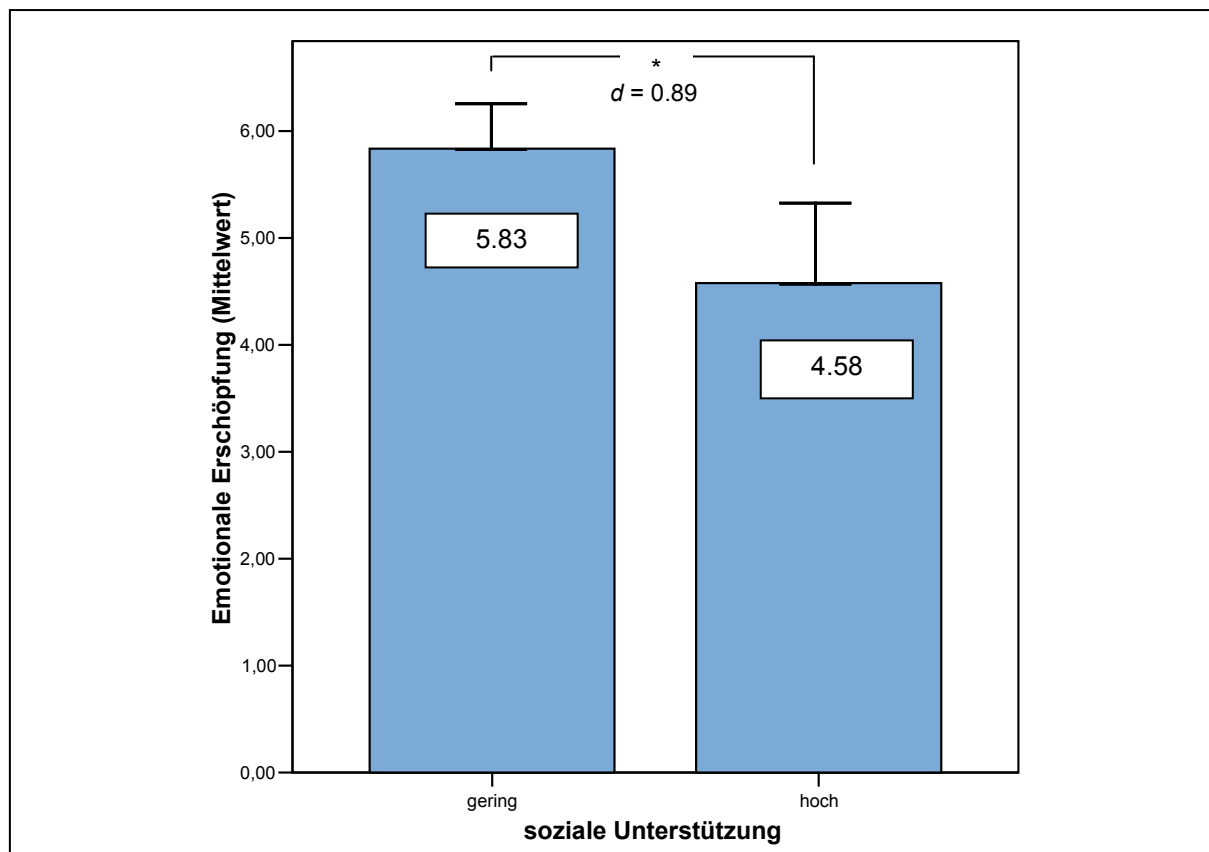


Abbildung 28.

Graphische Veranschaulichung der Mittelwertunterschiede in der emotionalen Erschöpfung für Personen in Stressjobs, getrennt nach Ausmaß der sozialen Unterstützung.

Anmerkungen. * $p < .05$; die Fehlerbalken geben die Standardfehler der Mittelwerte wieder.

Bei einem Vergleich der Personen in einem Stressjob, die geringe soziale Unterstützung aufweisen, mit denen, die hohe soziale Unterstützung aufweisen, ergibt sich ein hoher Effekt bezüglich der emotionalen Erschöpfung (Cohen, 1988). Unter Verwendung der Formel zur Berechnung von Effektstärken ergibt sich ein $d = 0.89$. [$d = (M_{\text{Unterstützung-gering}} - M_{\text{Unterstützung-hoch}}) / SD_{\text{gemeinsam}} = (5.83 - 4.58) / 1.41 = 0.89$].

4.3.2.3 Hypothese K6: Rolle der Selbstwirksamkeit und internaler Kontrollüberzeugung

Diese Hypothese besagt, dass das Job-Demand-Control-Modell insbesondere für Personen Geltung habe, die eine hohe Selbstwirksamkeit bzw. eine hohe interne Kontrollüberzeugung aufweisen. Zur Überprüfung dieser Hypothese erfolgte eine Teilung der Stichprobe am Skalenmittelwert der Skala „generalisierte Internalität versus Externalität“ des Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK; Krampen, 1991). Diese Skala setzt sich aus den beiden Unterskalen „Selbstwirksamkeit“ und „Externalität“ zusammen. Der Mittelwert der Skala liegt bei einem Wert von 0, positive Werte sprechen für Internalität, negative Werte deuten auf Externalität. Es erfolgten innerhalb beider Teilstichproben („generalisierte Internalität“ vs. „generalisierte Externalität“) getrennte Regressionen, die entsprechend Hypothese K4 berechnet wurden. Die Trennung der Stichprobe am Skalenmittelwert erbrachte zwei ungleich große Teilstichproben von $n_1 = 51$ für Externalität und $n_2 = 104$ für Internalität.

Für die Teilstichprobe mit höherer Externalität erbrachte die multiple blockweise Regression (Einschluss-Methode), dass das Modell ohne Interaktionseffekt von Kontrolle und Anforderungen die höchste Aufklärung im Kriterium der emotionalen Erschöpfung erbrachte (korrigiertes $R^2 = .261$; siehe Tabelle 33). Auffällig ist hierbei aber, dass nur die Variable „Anforderungen“ signifikant zur Aufklärung beiträgt, während die Variable „Kontrolle“ lediglich im Trend zur Vorhersage beiträgt.

Tabelle 33

Multiple lineare Regression in drei Blöcken (Methode: Einschluss) zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung in der Teilstichprobe der Personen mit höherer Externalität ($n_1 = 51$)

	β	Signifikanz β	F (Modell)	Signifikanz (Modell)	R^2	Korrigiertes R^2	Änderung in R^2
Block 1			2.963	.042	.159	.105	.159
Alter	.266	.070					
Geschlecht	-.050	.721					
Bildungsgrad	-.204	.177					
Block 2			4.541	.002	.335	.261	.176
Alter	.139	.454					
Geschlecht	.074	.512					
Bildungsgrad	-.246	.075					
ZKontrolle	-.152	.401					
ZAnforderungen	.402	.003					
Block 3			3.772	.004	.340	.250	.004
Alter	.111	.454					
Geschlecht	.092	.512					
Bildungsgrad	-.255	.075					
ZKontrolle	-.121	.401					
ZAnforderungen	.421	.003					
ZAnforderungen*Kontrolle	-.079	.594					

Für die Teilstichprobe der Personen mit höherer Internalität ($n_2 = 109$) hingegen erbrachte die entsprechende Regression, dass sowohl Anforderungen als auch Kontrolle signifikant zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung beitragen (korrigiertes $R^2 = .294$; siehe Tabelle 34).

Tabelle 34

Multiple lineare Regression in drei Blöcken (Methode: Einschluss) zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung in der Teilstichprobe der Personen mit höherer Internalität ($n_2 = 109$)

	β	Signifikanz β	F (Modell)	Signifikanz (Modell)	R^2	Korrigier- tes R^2	Änderung in R^2
Block 1			.926	.431	.026	-.002	.026
Alter	.030	.771					
Geschlecht	.030	.976					
Bildungsgrad	-.148	.157					
Block 2			10.016	<.001	.327	.294	.301
Alter	.021	.812					
Geschlecht	.030	.717					
Bildungsgrad	-.122	.180					
ZKontrolle	-.233	.008					
ZAnforderungen	.448	<.001					
Block 3			8.346	<.001	.329	.290	.002
Alter	.011	.902					
Geschlecht	.038	.649					
Bildungsgrad	-.119	.193					
ZKontrolle	-.225	.011					
ZAnforderungen	.458	<.001					
ZAnforderun- gen*Kontrolle	-.050	.569					

Zwar ist die Nicht-Signifikanz des β -Gewichts der Kontrolle in der Teilstichprobe mit generalisierter Externalität auch in der geringeren Stichprobengröße begründet, jedoch ist der Betrag dieses β -Gewichtes ($\beta_{\text{Kontrolle}} = -.152$) deutlich geringer als in der Stichprobe mit generalisierter Internalität ($\beta_{\text{Kontrolle}} = -.225$). In diesem Sinne erscheint eine höhere Kontrollmöglichkeit am Arbeitsplatz bei Personen mit generalisierter Internalität in stärkerem Maße mit abnehmender emotionaler Erschöpfung einherzugehen als bei Personen mit generalisierter Externalität.

4.3.2.4 Hypothese K7: Häufigkeit von Stressjobs

Diese Hypothese besagt, dass in der Gruppe der klinischen Personen mehr Personen angeben, in Stress-Jobs zu arbeiten als in der Gruppe nicht-klinischer Personen.

Abbildung 29 gibt zunächst eine Übersicht über die Verteilung der unterschiedlichen Jobarten in den beiden Stichproben (die Unterteilung erfolgte jeweils am Skalenmittelwert der Maße „Anforderung“ und „Kontrolle“).

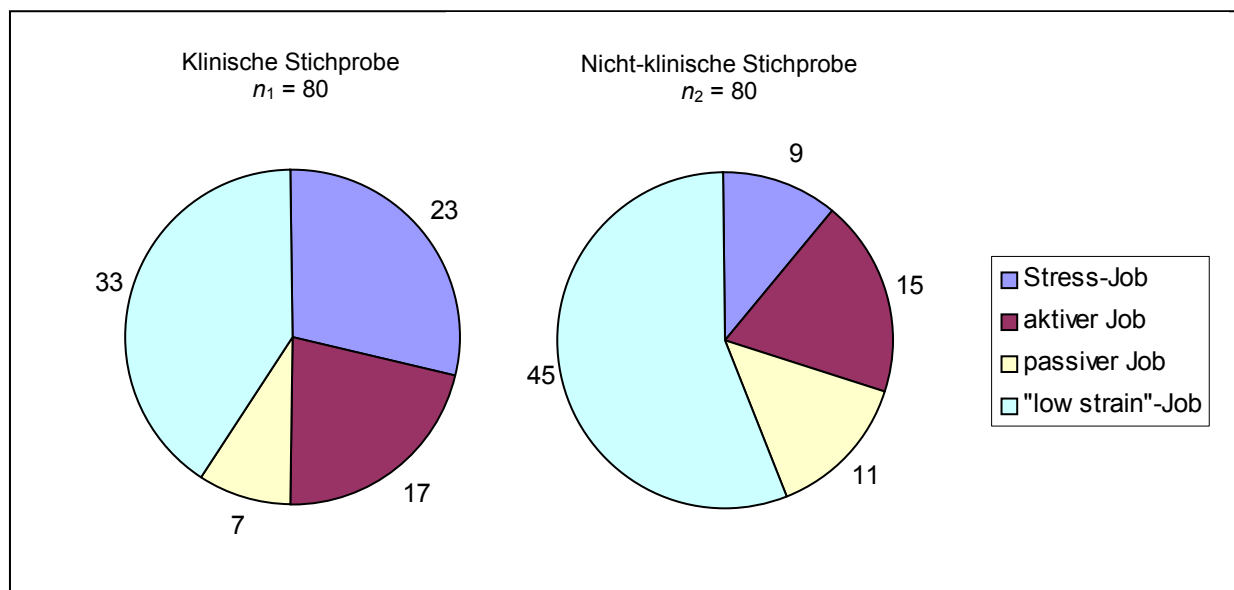


Abbildung 29. Verteilung der unterschiedlichen Jobarten in der klinischen bzw. der nicht-klinischen Teilstichprobe.
Anmerkungen. Die Werte an den Kreissegmenten geben die absoluten Häufigkeiten der jeweiligen Jobarten in den jeweiligen Teilstichproben wieder.

In beiden Stichproben ist der „low-strain“-Job die häufigste angegebene Jobkategorie. Bezüglich der Häufigkeit des Stressjobs ergeben sich deutliche Unterschiede: Während in der klinischen Substichprobe der Stressjob die zweithäufigste Kategorie ($n = 23$) ist, ist der Stressjob in der nicht-klinischen Gruppe die am seltensten angegebene Jobart ($n = 9$).

Zur Überprüfung der Hypothese erfolgte ein Chi²-Test (mit der Variablen „Stressjob“ mit den Ausprägungen „ja“ und „nein“ und dem Gruppenfaktor „klinisch“ und „nicht-klinisch“). Es ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Stress-Jobs in der klinischen im Vergleich zu der nicht-klinischen Stichprobe ($\chi^2_{(1, N = 160)} = 7.656; p < .01$). Es bestätigt sich also die Hypothese, dass klinische Personen häufiger empfinden, in Stress-Jobs zu arbeiten als nicht-klinische Personen (obwohl beide Gruppen in den gleichen Berufen arbeiten).

Zusätzlich wurde unter dieser Hypothese getestet, ob die Personen in Stress-Jobs die höchste emotionale Erschöpfung berichten. Zur Überprüfung dieser Hypothese erfolgte

eine einfaktorielle ANOVA mit dem vierstufigen Gruppenfaktor „Job-Art“ und der abhängigen Variable „emotionale Erschöpfung“. Es ergab sich ein hochsignifikanter Gruppenfaktor ($F_{(3,159)} = 30.23$; $p < .001$), d.h., es bestehen signifikante Unterschiede in der emotionalen Erschöpfung in den unterschiedlichen Job-Arten. Post-hoc liefert der Duncan-Test auf dem Niveau von $p = .01$ drei homogene Untergruppen: Die emotionale Erschöpfung der Personen in einem Stress-Job unterscheidet sich signifikant von der emotionalen Erschöpfung der Personen in einem aktiven oder passiven Job (wobei sich die emotionale Erschöpfung der Personen in diesen beiden Jobarten gleichen). Die emotionale Erschöpfung der Personen in einem „low-strain“-Job ist am geringsten, sie unterscheidet sich signifikant von der der Personen in einem Stressjob und von Personen in einem aktiven oder passiven Job. Abbildung 30 gibt diese Unterschiede graphisch wieder.

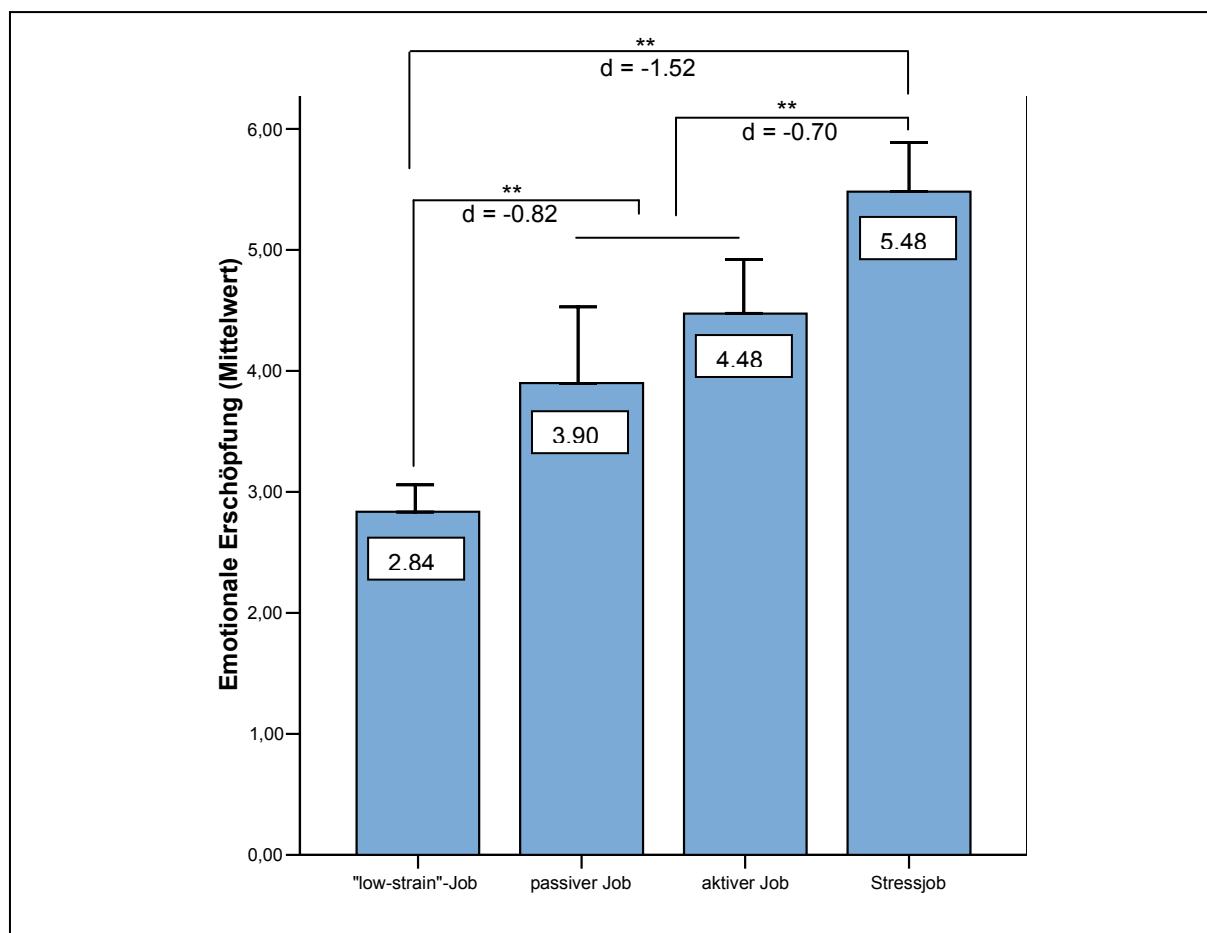


Abbildung 30.

Graphische Veranschaulichung der Mittelwertunterschiede in der emotionalen Erschöpfung getrennt für die unterschiedlichen Job-Arten. Anmerkungen. ** $p = .01$; die Fehlerbalken geben die Standardfehler der Mittelwerte wieder.

Nach der Formel zur Berechnung von Effektstärken ($d = (M_1 - M_2) / SD$) wurden für die Skala „emotionale Erschöpfung“ die Effektstärken für die signifikanten

Mittelwertsunterschiede errechnet (siehe Abbildung 30); die Effektstärken lagen im mittleren bis hohen Bereich: Ein Vergleich der Personen, die in einem „low-strain“-Job arbeiteten mit denen, die in einem Stressjob arbeiteten, bezüglich der emotionalen Erschöpfung erbrachte (nach Cohen, 1988) mit $d = -1.52$ einen hohen Effekt [$d = (M_{\text{„low-strain“-Job}} - M_{\text{Stressjob}})/SD_{\text{gemeinsam}} = (2.84 - 5.48)/1.74 = -1.52$]. Ebenfalls einen hohen Effekt erbrachte der Vergleich von Personen, die in einem „low-strain“-Job arbeiteten mit denen, die in einem passiven oder aktiven Job arbeiteten [$d = (M_{\text{„low-strain“-Job}} - M_{\text{aktiver oder passiver Job}})/SD_{\text{gemeinsam}} = (2.84 - 4.27)/1.74 = -0.82$]. Der Mittelwertsunterschied zwischen den Personen, die in einem passiven oder aktiven Job arbeiteten, mit denen, die in einem Stressjob arbeiteten, erbrachte eine mittlere Effektstärke von $d = -0.70$ [$d = (M_{\text{passiver oder aktiver Job}} - M_{\text{Stressjob}})/SD_{\text{gemeinsam}} = (4.27 - 5.48)/1.74 = -0.70$].

Tabelle 35 gibt abschließend einen Überblick über die im Rahmen dieser Untersuchung berichteten Effektstärken. In Bezug auf die Anzahl berichteter Arbeitsplatzprobleme ergab sich eine mittlere Effektgröße beim Vergleich der klinischen und der nicht-klinischen Stichprobe. Ebenfalls eine mittlere Effektstärke ergab sich beim Vergleich der emotionalen Erschöpfungswerte der Personen, die angaben, in einem Stressjob zu arbeiten, mit denen der Personen, die angaben, in einem aktiven oder passiven Job zu arbeiten. Alle übrigen ermittelten Effektstärken lagen in einem hohen Bereich.

Tabelle 35
Überblick über die ermittelten Effektstärken

Variable (Hypothese)	In den Vergleich eingegangene Mittelwerte		d
Anzahl berichteter Arbeitsplatzprobleme (K1)	$M_{\text{Klinisch}} = 3.34$	$M_{\text{nicht-klinisch}} = 2.19$	0.71
Ausmaß verwendeter ungünstiger Stressverarbeitungsstrategien (K2)	$M_{\text{Klinisch}} = 2.29$	$M_{\text{nicht-klinisch}} = 1.45$	1.02
Umgang mit der Arbeit (K3)			
Resignationstendenz bei Misserfolg	$M_{\text{Klinisch}} = 3.09$	$M_{\text{nicht-klinisch}} = 2.46$	0.83
Offensive Problembewältigung	$M_{\text{Klinisch}} = 3.24$	$M_{\text{nicht-klinisch}} = 3.76$	-0.87
Ausmaß der emotionalen Erschöpfung (K7)	$M_{\text{„low strain“-Job}} = 2.84$	$M_{\text{Stressjob}} = 5.48$	-1.25
	$M_{\text{„low strain“-Job}} = 2.84$	$M_{\text{passiver oder aktiver Job}} = 4.27$	-0.80
	$M_{\text{passiver oder aktiver Job}} = 4.27$	$M_{\text{Stressjob}} = 5.48$	-0.70
Ausmaß der emotionalen Erschöpfung in einem Stressjob (K5)	$M_{\text{soziale Unterstützung gering}} = 5.83$	$M_{\text{soziale Unterstützung hoch}} = 4.58$	0.89

5 Diskussion

5.1 Probleme und positive Faktoren am Arbeitsplatz

Das im Rahmen dieser Studie eingesetzte Interview galt insbesondere der Erforschung von Arbeitsplatzproblemen und positiven Arbeitsplatzfaktoren. Dieser Untersuchung nach erscheinen Arbeitsplatzprobleme ebenso wie positive Arbeitsplatzfaktoren als ubiquitäre Phänomene; nur sechs Personen der Gesamtstichprobe sahen keine Probleme, lediglich fünf der 160 Personen sahen keine positiven Faktoren am eigenen Arbeitsplatz. Alle vier Substichproben gaben dabei gleiche Arten und Rangfolgen von Problemen und positiven Faktoren an. Am häufigsten wurden positive wie negative Arbeitsplatzfaktoren in der sozial-interpersonalen Umwelt gesehen (jeweils über ein Drittel der Nennungen). Am zweithäufigsten bestand das Problem bzw. der positive Faktor in aufgabenbedingten Faktoren (ebenfalls jeweils über ein Drittel der Nennungen). An dritter Stelle der Häufigkeit der Nennungen lagen Probleme oder positive Faktoren, die in der materiell-technologischen Umwelt angesiedelt waren. Rollenbedingte Faktoren wurden an vierter Stelle als schwerstes Problem oder günstigster Arbeitsplatzfaktor gesehen. Der einzige Unterschied bezüglich der Rangfolge der Kategorien der positiven und negativen Arbeitsplatzfaktoren ergab sich dahingehend, dass keine Person den günstigsten positiven Faktor in sich selbst sah, während immerhin 2% der Personen den schwersten negativen Arbeitsfaktor in sich selbst sahen. Dass das Problem oder der positive Faktor in einer Interaktion von materieller und sozialer Umwelt bestünde, sahen jeweils nur etwa 1% der Befragten.

Auffällig ist hierbei, dass die Rangfolge der Häufigkeit der Nennungen der unterschiedlichen Kategorien nach McGrath (1983) bei den schwersten Arbeitsplatzproblemen und bei den positiven Aspekten der Arbeit gleich ist (abgesehen davon, dass im Rahmen der positiven Faktoren keine Person den Faktor sich selbst zuordnete). Bei Zwerenz et al. (2004) hatte sich ein anderes Bild ergeben; bei den Ressourcen waren ebenfalls soziale Kontakte (allerdings nur zu Kollegen) auf dem ersten Rangplatz, gefolgt von Aufgabenmerkmalen, bei den Stressoren hingegen erschienen soziale Kontakte erst auf Rangplatz sieben. Dies mag daran liegen, dass bei Zwerenz et al.

(2004) Stressoren und Ressourcen aufgrund vorgegebener Items von den Befragten eingeschätzt wurden (auf Seite der Stressoren gab es z.B. kein Item, das Konflikte mit Kollegen beinhaltete), wohingegen in dieser Studie alle arbeitsplatzbezogene Stressoren und Ressourcen im Interview offen erfragt wurden. Hieraus ergibt sich, dass Maßnahmen, die Stressoren abbauen oder Ressourcen aufbauen wollen, an gleichen Interventionspunkten ansetzen können.

Bezüglich der Entstehung des schwersten Arbeitsplatzproblems gaben über 90% der Gesamtstichprobe an, dass das Problem eine externe Ursache habe. Bezüglich der Entstehung der positiven Faktoren hingegen schrieb sich die Gesamtstichprobe im Mittel selbst mehr Verantwortung zu als externen Ursachen. Personen sehen also die Ursache für Arbeitsplatzprobleme eher external, wohingegen sie die Ursache für positive Aspekte der Arbeit eher internal vermuten; obwohl die positiven und negativen Arbeitsaspekte bezogen auf die Einordnung in die Kategorien (nach McGrath, 1983) eine gleiche Rangfolge der Häufigkeit der Nennungen aufweisen. Vergleicht man dieses Ergebnis mit den Ergebnissen bezüglich der Verteilung der Art der schwersten Arbeitsplatzprobleme, erscheint es zunächst schlüssig, dass wenige Personen Ursachen für die Arbeitsplatzprobleme in sich selbst sehen, da die Problemart „Person selbst“ mit knapp 4% am seltensten genannt wurde. Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse ergibt sich jedoch eine Vermutung: Aufgabenbedingte Faktoren wurden mit etwa einem Drittel am zweithäufigsten als schwerstes Problem genannt – aufgabenbedingte Faktoren liegen laut McGrath (1983) an der Schnittstelle von Person und materiell-technologischer Umwelt. Die Personen scheinen aber die Ursache der Entstehung dieser Art von Problemen eher der Umwelt als sich selbst zuzuschreiben, was für einen selbstwertdienlichen Attributionsstil zu sprechen scheint, der gleichermaßen in der klinischen und der nicht-klinischen Gruppe auftritt.

Bezüglich der positiven Faktoren ergab sich ein zwar signifikanter, aber sehr geringer positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Depressivität und dem Ausmaß internaler Verantwortungszuschreibung, der aufgrund seiner Richtung kein depressionstypisches Muster widerspiegelte (ein depressionstypisches Muster hätte hier bedeutet, mit steigenden depressiven Symptomen die Ursache für die positiven Aspekte zunehmend external zu sehen). Bezüglich der Ursachenzuschreibung negativer Arbeitsaspekte hingegen ergab sich aber, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Depressivität und der Tendenz, sich selbst Verantwortung für das Zustandekommen des schwersten Arbeitsplatzproblems zuzuschreiben, besteht. Dieses Ergebnis erscheint konform zu der Annahme klassisch depressiver Denkmuster. Diese gehen z.B. von einer negativen Sicht des Selbst aus, welche u. a. dadurch aufrechterhalten werden kann, dass depressive Personen Misserfolge eher internal als external attribuieren (vgl. Sweeney, Anderson & Bailey, 1986). Übertragen auf Arbeitsplatzprobleme bedeutet

dies, dass Personen mit steigender Depressivität die Ursache für die Arbeitsplatzprobleme zunehmend bei sich selbst sehen; dies wiederum könnte zu vermehrten Schuldgefühlen führen, was wiederum eine Zunahme der depressiven Symptomatik bedeuten würde. An dieser Stelle wird bereits deutlich, wie Bewertungen der Arbeitsplatzsituation Gegenstand psychotherapeutischer Interventionen werden können.

5.2 Differenzierung von klinischen und nicht-klinischen Personen

Bezüglich des Vergleichs von klinischen und nicht-klinischen Personen ergab sich in dieser Studie, dass klinische Personen (bei gleichem Beruf, Geschlecht und Alter) mehr Arbeitsplatzprobleme berichten als nicht-klinische Personen, wobei sich qualitativ kein Unterschied zwischen den Problemen der beiden Gruppen ergab. Diese Ergebnisse sprechen zum einen dafür, dass Personen in psychotherapeutischer Behandlung keine anderen Arten von Arbeitsplatzproblemen als belastend empfinden als nicht-klinischen Personen. Dieser Befund steht im Einklang mit den Befunden von Zwerenz et al. (2004), die fanden, dass die Rangfolge von beruflichen Belastungen bei klinischen Personen und nicht-klinischen Personen „nahezu identisch“ war (Zwerenz, 2004, S. 13), wobei die hier vorliegende Studie den Unterschied aufweist, dass die Arbeitsplatzprobleme offen erfragt wurden. Die hier vorliegende Studie ergibt zum anderen, dass sich die Arbeitsplatzprobleme der klinischen und nicht-klinischen Gruppen hinsichtlich der Quantität unterscheiden: Klinische Personen berichten bei offener Befragung von einer höheren Anzahl von Arbeitsplatzproblemen (Zwerenz et al., 2004, konnten bereits erhöhte berufliche Belastungswerte bei klinischen Personen ausmachen). Hier kann ein Bezug zu Befunden im Rahmen der Forschung zu „daily hassles“ hergestellt werden (z.B. Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981), die besagt, dass weniger die kritischen Lebensereignisse, sondern vielmehr die Häufigkeit der „daily hassles“ (in diesem Falle z.B. die täglichen Arbeitsplatzprobleme) einen Einfluss auf das Ausmaß der psychosomatischen Symptome haben. Der Befund, dass klinische Personen mehr Arbeitsplatzprobleme berichten, erscheint auch deshalb schlüssig, da davon auszugehen ist, dass eine psychische Erkrankung Auswirkungen auf die Arbeitswelt hat, ebenso wie Arbeitsplatzprobleme Symptome einer psychischen Erkrankung in der Intensität steigern können (oder wenigstens in der subjektiven Wahrnehmung sogar erzeugen können, vgl. Hypothese E5). Wenn also gerade bei Patienten in psychotherapeutischer Behandlung mehr Arbeitsplatzprobleme vorliegen als bei nicht-klinischen Personen, ist dies ein weiterer Hinweis auf die Wichtigkeit des Einbezugs

von Arbeitsplatzproblemen und vor allem deren adäquater Bewältigung in die psychotherapeutische Behandlung.

Bezüglich der positiven Faktoren am Arbeitsplatz hingegen wiesen klinische und nicht-klinische Personen eine gleiche Anzahl auf, sie berichteten die gleiche Art von positiven Faktoren und beide sahen die Ursache für die positiven Faktoren eher internal gelagert. Der Befund, dass sich die klinische und die nicht-klinische Stichprobe hinsichtlich der Häufigkeit der Nennungen der Art der positiven Faktoren, die sie am Arbeitsplatz sehen, gleichen, steht im Einklang mit den Befunden von Zwerenz et al. (2004), die hinsichtlich der Rangfolge von Ressourcen keine Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Personen fanden. Gleichzeitig geht dieser Befund über vorliegende Ergebnisse hinaus; bei Zwerenz et al. (2004) wurden die Ressourcen nicht offen erfragt, sondern über Items erfasst, wobei sich ergab, dass die Patienten deutlich geringere Ausprägungen der Ressourcen angaben. Im Rahmen des in dieser Studie gewählten Ansatzes, bei dem die Befragten offen alle positiven Faktoren, die sie kannten, aufzählen durften, ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Anzahl genannter Ressourcen zwischen klinischen und nicht-klinischen Personen.

Bezüglich des Umgangs mit der Arbeit ergab sich (entgegen der Hypothese), dass sich die klinischen und nicht-klinischen Stichproben hinsichtlich der Skalen „Bedeutsamkeit der Arbeit“, „beruflicher Ehrgeiz“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionismus“ und „Distanzierungsfähigkeit“ nicht unterschieden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Personen in psychotherapeutischer Behandlung in vielen Maßen einen ähnlichen Umgang mit der Arbeit zeigen wie nicht-klinische Personen. Hingegen zeigte sich auch, dass die klinischen Personen eine höhere Resignationstendenz bei Misserfolg und eine geringere offensive Problembewältigung als die nicht-klinische Gruppe aufwiesen. Außerdem zeigten die klinischen Personen einen häufigeren Einsatz negativer Stressbewältigungsstrategien. Diese Unterschiede zwischen den Gruppen blieben auch nach Ausparialisierung der Depressivitätswerte bestehen, Patienten setzen also nicht nur vermittelt durch ihre erhöhte Depressivität häufiger einen ungünstigen Arbeitsstil oder ungünstige Stressverarbeitungsstrategien ein. Aufgrund dieses Ergebnisses erscheint es wahrscheinlich, dass eine Remission der depressiven Symptomatik allein nur mit einer teilweisen Verbesserung der Stressverarbeitungsstrategien bzw. des Umgangs mit der Arbeit einhergeht. Vor diesem Hintergrund erscheint es für die in der Praxis tätigen Psychotherapeuten ratsam, einen verbesserten Umgang mit Arbeitsplatzstressoren explizit in die Psychotherapie einzubeziehen. Es gilt auf der Seite der Forschung außerdem, im Rahmen von Längsschnittstudien die Wirkrichtungen zu untersuchen, um zu klären, ob depressive Personen zunehmend ungünstigere Stressverarbeitungsstrategien bzw.

Arbeitsstile einsetzen oder ob umgekehrt das Einsetzen negativer Stressverarbeitungsstrategien und ungünstiger Arbeitsstile zu depressiven Symptomen führt.

Schließlich zeigte sich, dass klinische Personen ihren Arbeitsplatz häufiger so erleben, dass er einem „Stressjob“ entspricht, d.h. sie berichten häufiger von hohen Anforderungen bei gleichzeitig geringen Kontrollmöglichkeiten, was bisher nicht derart explizit untersucht wurde. Da es sich bei der hier vorliegenden Untersuchung um eine Querschnittsuntersuchung handelt, können keine Aussagen über Ursache und Wirkung getroffen werden; festgestellt werden kann aber, dass Personen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, (bei gleichen Berufen wie die Vergleichsstichprobe) ihren Arbeitsplatz häufiger so beschreiben, dass er die Ausprägungen eines Stress-Jobs (niedrige Kontrollmöglichkeiten bei hohen Anforderungen) aufweist. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Personen, die in einem solchen Job arbeiten, höhere emotionale Erschöpfungswerte berichten. Hier sind weitere Längsschnittstudien erforderlich, im Rahmen derer insbesondere die zeitliche Reihenfolge der Variablen untersucht werden kann. So könnte etwa geklärt werden, ob Personen, die an einer psychischen Störung leiden, ihren Arbeitsplatz als stressender erleben oder ob Personen, die in einem Stressjob arbeiten, häufiger eine psychische Störung entwickeln (hierfür sprechen bereits erste Befunde von Stansfeld et al., 2006, die es zu replizieren und zu erweitern gilt).

5.3 Differenzierung von ambulanten und stationären Patienten

Das Hauptziel der hier vorliegenden Studie lag in einem Vergleich von klinischen und nicht-klinischen Personen. Trotzdem sollen im Folgenden einige der Befunde, die sich zu Unterschieden von stationären und ambulanten Patienten ergaben, diskutiert werden, gerade auch, um auf Ansätze für zukünftige Forschungsvorhaben zu verweisen. Die Interpretation der berichteten Unterschiede darf nur unter Vorbehalt erfolgen, da die ambulante Patientengruppe neben einem höheren Frauenanteil außerdem durchschnittlich ein jüngeres Alter und eine höhere Bildung aufweist.

Vergleicht man die Angaben der stationären Psychotherapiepatienten mit denen der ambulanten Psychotherapiepatienten, so ergibt sich erwartungsgemäß eine höhere Symptombelastung in der Gruppe der stationären Patienten. Trotzdem gleichen sich die Patientengruppen in vielen Bereichen: Neben einer gleichen Anzahl und Art an Arbeitsplatzproblemen sowie an positiven Arbeitsfaktoren weisen beide Gruppen auch einen gleichen (ungünstigen) Umgang mit der Arbeit bzw. gleiche (negative) Stressbewältigungsstrategien auf. Auffällig ist jedoch, dass die stationären Patienten den

Beginn der Arbeitsplatzprobleme häufiger zeitlich vor dem Auftreten der psychischen Störung festmachen, während die Mehrheit der ambulanten Patienten den Beginn der Arbeitsplatzprobleme erst nach dem Auftreten der psychischen Störung sieht. Dementsprechend stellen die Arbeitsplatzprobleme für die stationären Patienten (fast für 60%) auch häufiger den (Haupt-)Grund für die Psychotherapie dar, während über zwei Drittel der ambulanten Patienten in den Arbeitsplatzproblemen keinen Grund für die Psychotherapie sieht. Eine Erklärung dafür, dass in der Gruppe der stationären Patienten mehr Personen als unter den ambulanten Patienten angeben, die Arbeitsplatzprobleme seien ein Grund für die Psychotherapie, könnte darin liegen, dass gerade stationäre psychosomatische Aufenthalte häufig dann erfolgen, wenn eine Arbeitsunfähigkeit zumindest als drohend eingeschätzt wird. Für diese Patientengruppe könnte deshalb die Relevanz des Arbeitsgeschehens im Rahmen der psychischen Erkrankung deutlicher sein als für ambulante Psychotherapiepatienten.

Wurden die beiden Gruppen gebeten, ihre subjektiven Annahmen des Zusammenhangs zwischen Arbeitsplatzproblemen und psychischer Erkrankung darzulegen, ergaben sich keine Unterschiede in der Einschätzung: Wenn die Patienten einen Zusammenhang sahen (über 50% der Gesamtstichprobe), dann überwiegend (über 40% der Gesamtstichprobe) eine Wirkung von der Arbeit auf die Erkrankung (z.B. dass die Arbeit die Erkrankung verschlimmere oder sogar verursache; Bürger & Koch, 1995, berichten dementsprechend, dass 51% der Befragten in psychosomatischer Rehabilitation angaben, dass der Arbeitsbereich zu den psychosomatischen Beschwerden beitrage). Eine umgekehrte Wirkrichtung von der Erkrankung auf die Arbeit sahen in beiden Substichproben jeweils nur unter 8% der Befragten. Dass die stationären Patienten in der zeitlichen Reihenfolge das Auftreten der Arbeitsplatzprobleme früher ansiedelten als das Auftreten der psychischen Erkrankung, erscheint konform zu dem Befund, dass die Mehrheit dieser Gruppe die Wirkrichtung von den Arbeitsplatzproblemen auf die psychische Erkrankung sah. In der Gruppe der ambulanten Patienten erscheint der Befund, dass weniger als 20% angaben, dass das Arbeitsplatzproblem zeitlich vor der psychischen Erkrankung aufgetreten sei, aber 30% angeben, dass sie eine Wirkrichtung von der Arbeit auf die psychische Erkrankung annehmen, zunächst widersinnig. Er ist aber ebenfalls erklärbar, wenn man beachtet, dass der überwiegende Teil dieser 30% berichtet, dass die Arbeitsplatzprobleme die Erkrankung verschlimmerten oder eine Heilung verhinderten (nicht aber die Erkrankung verursachten). Hier ergibt sich ein Hinweis darauf, dass insbesondere Patienten in stationärer Behandlung eine Psychotherapie, die arbeitsrelevante Faktoren explizit mit einschließt, sehr begrüßen müssten. Auch ambulante Patienten werden einem Einbezug arbeitsrelevanter Faktoren in die Psychotherapie keinesfalls ablehnend gegenüber stehen: Zwar gibt von ihnen der überwiegende Teil an, die Arbeitsplatzprobleme seien kein Grund zur Aufnahme der Psychotherapie gewesen, aber über 45% dieser Patientengruppe sehen

trotzdem Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzbedingungen und der psychischen Erkrankung, womit sich Ansatzpunkte für Interventionen ergeben. Aufgrund der berichteten Befunde, erscheint es lohnenswert, weitere Untersuchungen zu Unterschieden zwischen ambulanten und stationären Patienten hinsichtlich arbeitsrelevanter Faktoren durchzuführen. In diesen Studien könnte auch überprüft werden, ob die hier berichteten Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Patienten in (nach Alter, Geschlecht und Bildung) gematchten Stichproben bestehen bleiben.

5.4 Modellüberprüfungen

Bezüglich des Job-Demand-Control-Modells (Karasek, 1979) ergab sich, dass innerhalb der Gesamtstichprobe die Aufklärung der Varianz des Strain-Maßes („emotionale Erschöpfung“) durch die Modellvariablen „Kontrolle“ und „Anforderungen“ bestätigt werden konnte: Mit zunehmender Anforderung und abnehmender Kontrolle stieg die emotionale Erschöpfung. Eine Interaktion von Kontrolle und Anforderungen in der Gestalt, dass insbesondere bei hohen Anforderungen höhere Kontrollmöglichkeiten mit einem stärkeren Abfall der emotionalen Erschöpfung (gegenüber der Situation mit niedrigen Kontrollmöglichkeiten) einhergehen als bei z.B. geringen Anforderungen, konnte nicht bestätigt werden. Dieses Ergebnis entspricht den Befunden von Landsbergis (1988), der bei $N = 285$ Krankenhaus- und Pflegeheimbeschäftigten ebenfalls keine Interaktion, aber signifikante Haupteffekte der Kontrolle und der Anforderungen in der Vorhersage des Strain-Maße zeigte. Zum gleichen Schluss kamen Richter et al. (2000), die an $N = 526$ Industriearbeitern ebenfalls lediglich Haupteffekte nachweisen konnten. Es ergibt sich hingegen ein Widerspruch zu den Befunden von Wall et al. (1996), die an $N = 1451$ arbeitenden Personen eine Interaktion ausmachen konnten. Innerhalb der hier vorliegenden Studie wurde das Maß der Kontrolle „eng“ gefasst (es umfasste also nur Zeit- und Methodenspielräume). Diese Operationalisierung sollte gemäß Wall et al. (1996) dazu führen, dass der Interaktionseffekt von Kontrolle und Anforderungen nachgewiesen werden könne. Diese Annahme konnte hier nicht bestätigt werden; trotz der Verwendung eines „engen“ Kontrollmaßes konnte kein Interaktionseffekt ausgemacht werden.

Der Nutzen des Job-Demand-Control-Modells zur Vorhersage von Beanspruchungserleben bleibt jedoch bestehen, auch wenn ein Interaktionseffekt nicht nachgewiesen werden konnte: Steigende Kontrollmöglichkeiten lindern die emotionale Erschöpfung, steigende Anforderungen erhöhen die emotionale Erschöpfung. Gemeinsam

können die Vorhersagevariablen 32.4% der Varianz im Maß der emotionalen Erschöpfung vorhersagen.

Der zusätzliche Befund, dass das in der Gesamtstichprobe maximal aufklärende Modell auch für die klinische Substichprobe gilt (sogar mit noch höherer Aufklärung), nicht aber für die nicht-klinische Substichprobe könnte teilweise dadurch erklärt werden, dass die Varianzen der klinischen Stichprobe höher sind als in der nicht-klinischen Stichprobe.

Darüber hinaus ergab sich, dass die emotionale Erschöpfung für Personen in Stress-Jobs signifikant höher war als die emotionale Erschöpfung von Personen in aktiven oder passiven Jobs und auch als die emotionale Erschöpfung von Personen in „low-strain“-Jobs. Dieser Befund deckt sich mit den Annahmen des Karasek-Modells (1979) dahingehend, dass Personen in Stressjobs die höchsten Ausprägungen im Strain-Maß aufweisen. Eine u-förmige Beziehung des Strainausmaßes, dass also weder zu viel, noch zu wenig „Strain“ dem Organismus zuträglich sei (Karasek, 1979) konnte hier bezüglich der emotionalen Erschöpfung nicht bestätigt werden, aber Karaseks Aussage „too much strain is clearly worse than too little“ (Karasek, 1979, S. 297) ist voll zu bekräftigen. Ähnliche Ergebnisse berichten auch Landsbergis (1988) und Lerner et al. (1994).

Für das Job-Demand-Control-Support-Modell ergab sich innerhalb der Gesamtstichprobe ein positiver Befund; wobei dies wiederum lediglich für die Haupteffekte, nicht aber bezüglich des postulierten Interaktionseffektes galt. Bei steigenden Anforderungen, abnehmender sozialer Unterstützung und abnehmenden Kontrollmöglichkeiten steigt dem Modell nach die emotionale Erschöpfung. Dieser Befund steht im Widerspruch zu den Befunden von Parkes et al. (1994), die in der Vorhersage psychosomatischer Beschwerden eine dreifache Interaktion der Modellvariablen an $N = 180$ Lehrern im Längsschnitt nachweisen konnten. Der Befund steht hingegen im Einklang mit den Ergebnissen des nationalen Querschnittes von Lerner et al. (1994), die an $N = 1319$ arbeitenden Personen (im Querschnitt) lediglich drei Haupteffekte ausmachen konnten, ebenso wie es Vahtera et al. (2000) an $N = 350$ städtischen Beschäftigten (im Längsschnitt) und Stansfeld et al. (2006) an $N = 3413$ Beamten (im Längsschnitt) ausmachen konnten.

Im Rahmen des Job-Demand-Control-Support-Modells ergab sich, dass das Modell innerhalb der klinischen Stichprobe eine noch höhere Aufklärung in der Kriteriumsvarianz erbringt (korrigiertes $R^2 = .432$). Dass das Maß der Kontrolle nur einen Beitrag auf Trendniveau erbringen kann, mag im geringeren Stichprobenumfang begründet liegen, da sich der Beitrag der Kontrolle gemäß des β -Gewichtes innerhalb der klinischen Stichprobe ($\beta = -.191$) gegenüber der Gesamtstichprobe ($\beta = -.178$) sogar eher erhöht. In der nicht-klinischen Stichprobe erbrachte hingegen lediglich die Anforderungsvariable einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Kriteriumsvariable, was v.a. an dem stark erhöhten β -Gewicht der Anforderungsvariable ($\beta = .52$) in dieser Substichprobe liegen mag (während

sich die β -Gewichte der übrigen Vorhersagevariablen erniedrigten). Als Erklärung dafür, dass die übrigen Modellvariablen keine signifikanten Beiträge innerhalb der nicht-klinischen Stichprobe lieferten, kann wiederum auf die geringeren Varianzen verwiesen werden.

Insgesamt erbringt das Modell, das die soziale Unterstützung mit einschließt, gegenüber dem einfachen Job-Demand-Control-Modell eine größere Aufklärung in der Kriteriumsvarianz (emotionale Erschöpfung); für das Job-Demand-Control-Support-Modell ergab sich ein korrigiertes R^2 von .388, für das Job-Demand-Control-Modell ergab sich ein korrigiertes R^2 von .342. Die Erweiterung des Job-Demand-Control-Modells um die Support-Komponente (Johnson & Hall, 1988; Johnson et al., 1989) erscheint nach der hier vorliegenden Studie sinnvoll.

Das Job-Demand-Control-Modell (mit Haupteffekten) leistete unter Personen mit generalisierter Internalität (d.h. hoher Selbstwirksamkeit und hoher internaler Kontrollüberzeugung) eine höhere Vorhersage (korrigiertes $R^2 = .358$) als unter Personen mit generalisierter Externalität (korrigiertes $R^2 = .261$). Innerhalb der Stichprobe mit generalisierter Internalität lieferten alle Modellkomponenten signifikante Beiträge zur Aufklärung, innerhalb der Stichprobe mit externaler Ausprägung lediglich die Anforderungsvariable. Zwar mag die mangelnde Signifikanz der Kontrollvariable innerhalb der Personen mit generalisierter Externalität auch in dem geringen Stichprobenumfang ($n = 51$) begründet liegen, allerdings weist das β der Kontrollvariable in dieser Substichprobe einen deutlich geringeren Betrag auf ($\beta_{\text{Kontrolle}} = -.152$) als in der Substichprobe mit generalisierter Internalität ($n = 109$; $\beta_{\text{Kontrolle}} = -.233$). Dies zeigt, dass die Kontrollmöglichkeiten bei Personen mit eher externalen Kontrollüberzeugungen weniger Einfluss auf die emotionale Erschöpfung haben als bei Personen, die eine hohe Internalität aufweisen. In diesem Sinne unterstützt dieser Befund die Annahme, dass Personen mit eher externalen Kontrollüberzeugungen vorhandene Handlungsspielräume (i.S. von Zeit- oder Methodenspielräumen) evtl. nicht nutzen, weshalb diese Ressourcen bei diesen Personen nicht zu einer Abnahme des Stresserlebens führen können. Der in der vorliegenden Untersuchung erhaltene Befund unterstützt die Befunde von Schaubroeck und Merritt (1997) bzw. Schaubroeck et al. (2001): Das Job-Demand-Control-Modell zeigt seine Gültigkeit bei Personen mit generalisierter Internalität, nicht jedoch bei Personen mit generalisierter Externalität.

5.5 Allgemeine Diskussion und Ausblick

Die hier vorliegende Studie bietet einen Wissenszuwachs in einem noch wenig erforschten Bereich; arbeitsplatzbezogene Forschung wurde im Rahmen der klinischen Psychologie lange Zeit vernachlässigt. Wenn auch dieses Forschungsgebiet in jüngster Vergangenheit ein größeres Interesse erfährt, gibt es noch immer sehr wenige Studien, die sich explizit einem Vergleich klinischer und nicht-klinischer Personen in Bezug auf arbeitsrelevante Faktoren widmen (z.B. Zielke, 1995a; Bürger & Koch, 1995; Zwerenz et al., 2004). Die hier vorliegende Studie hebt sich insbesondere dadurch von anderen Untersuchungen ab, indem der klinischen Gruppe gezielt Personen mit gleichem Beruf, Alter und Geschlecht, aber ohne Psychotherapieerfahrung zugeordnet wurden, wodurch eine hohe Vergleichbarkeit der beiden Subgruppen erreicht werden konnte.

Außerdem umfasst das hier (ergänzend zur umfangreichen Fragebogenerhebung) eingesetzte Interview zwei große Vorzüge: Zum einen berücksichtigt es explizit positive Faktoren am Arbeitsplatz, wodurch ein ressourcenorientierter Blickwinkel einbezogen werden konnte. Zum anderen bietet es die Möglichkeit, Arbeitsplatzprobleme und positive Faktoren offen zu erfassen, d.h. die Antworten werden nicht auf vorformulierte Items gegeben, worauf sich die zitierten Studien zu einem Vergleich klinischer und nicht-klinischer Personen beschränkten.

Darüber hinaus wurden erstmals die Karasek-Modelle gleichzeitig auf klinische und gematchte nicht-klinische Personen angewandt. Ein weiterer großer Vorteil dieser Studie liegt in der hohen Varianz, die zum einen durch den Einschluss unterschiedlicher Berufsgruppen, zum anderen durch den Einschluss klinischer und nicht-klinischer Personen bedingt ist. Hierdurch ließen sich Haupteffekte z.B. im Rahmen der Job-Demand-Control(-Support)-Modelle nachweisen, die bei reiner Verwendung der nicht-klinischen Stichprobe nicht nachweisbar gewesen wären.

Es gilt aber auch zu erwähnen, dass es sich bei der hier vorliegenden Studie um eine Querschnittsstudie handelt, was ihre Aussagekraft einschränkt. So können lediglich korrelative Zusammenhänge beschrieben werden, eine Aussage über Ursache und Wirkung verbietet sich. Es gilt demnach bei allen hier dargestellten Ergebnissen zu berücksichtigen, dass auch ein umgekehrter Zusammenhang (wenn auch häufig weniger plausibel) möglich ist: So ist es denkbar, dass nicht hohe Anforderungen und geringe Kontrolle zu hoher emotionaler Erschöpfung führen, sondern dass Personen, die emotional erschöpft sind, Anforderungen höher wahrnehmen und Kontrollmöglichkeiten geringer einschätzen. Dem entgegen zu halten ist zum einen die Tatsache, dass in dieser Studie gerade über das

Instrument ISTA (Semmer et al., 1999) versucht wurde, die Arbeitsbedingungen möglichst objektiv zu erfassen, weshalb es wahrscheinlicher erscheint, dass die Stressoren einen Einfluss auf das emotionale Befinden ausüben. Zum anderen sprechen außerdem bereits mehrfach replizierte Befunde dafür, dass eine Wirkrichtung von Arbeitsplatzbedingungen auf psychosomatische Beschwerden besteht (Johnson et al., 1989; Dormann & Zapf, 1991; Vahtera et al., 2000; Stansfeld et al., 2006). Trotzdem ist bei allen hier untersuchten Hypothesen weiterhin immer auch der Einfluss unbekannter Drittvariablen möglich; bei den Modellüberprüfungen des Job-Demand-Control- sowie des Job-Demand-Control-Support-Modells wurden entsprechende Variablen (Geschlecht, Bildungsstand, Alter) kontrolliert, der Einfluss weiterer unbekannter Variablen bleibt aber möglich. Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass bei der Gruppe der nicht-klinischen Personen keine psychische Störung mithilfe eines standardisierten Interviews ausgeschlossen wurde, diese Personen unterscheiden sich also von den klinischen Personen nur darin, dass sie bisher keine psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben. Aufgrund des hohen Zeitaufwandes, den die freiwillig an dieser Studie teilnehmenden Personen bereits investierten, wurde in dieser Studie aus ökonomischen Gründen auf ein derartiges Interview verzichtet, was sicherlich einen Kompromiss zwischen wissenschaftlichem Anspruch und in der Praxis realisierbaren Bedingungen darstellt.

Aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse erscheint es dringend erforderlich, die Befunde ungünstiger Ausprägungen von Arbeitsplatzmerkmalen auf die Stressbelastung bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen zu berücksichtigen. Und zwar insbesondere deshalb, da nicht davon auszugehen ist, dass Personen, die an ungünstigen Arbeitsplätzen arbeiten, in ihrer Freizeit auf einen konträren, „gesundheitsförderlichen“ Lebensstil achten (so berichtet Jacobi [2005, S. 12], dass sich keinesfalls ein kompensatorisches Gesundheitsverhalten in der Freizeit zeige, wenn ein Arbeitsplatz „potentiell gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen“ aufweise). Es erscheint zusätzlich ratsam, in Unternehmen Strukturen zu implementieren, die ein frühes Erkennen und damit eine frühe Behandlung einer psychischen Erkrankung ermöglichen. Hier zu nennen ist z.B. ein von Leidig (2007) entwickeltes Programm, dass Führungskräfte darin schult, psychische Störungen bei Mitarbeitern wahrzunehmen und zu erkennen, was eine frühere Behandlung ermöglichen soll. Außerdem berichtet Finger (2007) von einer umfassenden und gezielten Gesundheitsförderung für Mitarbeiter innerhalb eines Unternehmens; so werden neben Seminaren zur Stressbewältigung auch flexible Arbeitszeiten angeboten, was gerade in Hinblick auf die in dieser Arbeit gezeigten gesundheitsförderlichen Aspekte eines erhöhten Handlungsspielraums sinnvoll erscheint. Da bereits Befunde vorliegen, dass sich diese Gesundheitsförderung für Unternehmen betriebswirtschaftlich auf längere Sicht lohne (Finger, 2007), erscheint ihre weitere Ausbreitung nicht nur wünschenswert, sondern auch

wahrscheinlich. Ebenso ist an dieser Stelle auf die Wichtigkeit von (für Mitarbeiter kostenfreien) Coachingangeboten in Unternehmen hinzuweisen, die in jüngster Zeit zunehmend realisiert werden.

Ein Einbezug arbeitsrelevanter Faktoren in die Psychotherapie erscheint aufgrund der hier vorliegenden Studie insbesondere durch folgende Befunde ratsam: Personen in Psychotherapie berichten, mehr Arbeitsplatzprobleme zu haben, als nicht-klinische Personen. Zusätzlich geben sie häufiger an, in Stressjobs zu arbeiten, d.h. unter Bedingungen von hohen Anforderungen und geringen Kontrollmöglichkeiten (und einhergehender höherer emotionaler Erschöpfung) zu arbeiten. Zumindest subjektiv berichtet der Großteil der befragten Patienten, dass eine Wirkung von der Arbeit auf die Erkrankung ausgehe. Zusätzlich zu den ungünstigeren Arbeitsbedingungen und der höheren Anzahl an Arbeitsplatzproblemen weisen klinische Personen ungünstigere Stressverarbeitungsstrategien und einen teilweise ungünstigeren Umgang mit der Arbeit auf (in Form einer höheren Resignationstendenz und niedrigeren offensiven Problembewältigung). Insbesondere auf dieser Ebene der sogenannten „individuellen Stressverstärker“ (Wald et al., 2007), also Personvariablen, die eine stressverstärkende Wirkung ausüben können, ergeben sich in der Psychotherapie zahlreiche Interventionsmöglichkeiten. Zu denken ist hier etwa an Methoden der kognitiven Umstrukturierung ebenso wie an soziales Kompetenztraining, das insbesondere Arbeitssituationen mit einschließt. Erste Ansätze zum Einbezug arbeitsrelevanter Faktoren in die Psychotherapie wurden in jüngster Zeit realisiert (Wald et al., 2007; Koch et al., 2006). Es erscheint denkbar, dass durch einen günstigeren Umgang mit der Arbeit auch die Anzahl der erlebten Arbeitsplatzprobleme abnehmen könnte. Dieser Hypothese sollte in zukünftigen Untersuchungen nachgegangen werden, die im Längsschnitt Modifikationsansätze zum Umgang mit der Arbeit evaluieren sollten.

6 Zusammenfassung

Trotz einer zunehmenden Relevanz psychischer Erkrankungen im Gesundheitssystem und einer bedeutenden psychosozialen Funktion der Arbeit gibt es bisher wenige Studien, die sich explizit einer Untersuchung des Zusammenhangs von psychischer Erkrankung und Arbeitsplatzproblemen widmen. Noch weniger Befunde gibt es bisher zu einem Vergleich von klinischen und nicht-klinischen Personen bezüglich arbeitsrelevanter Faktoren. In der hier vorliegenden Studie erfolgte erstmals eine Überprüfung der Karasek-Modelle gleichzeitig an klinischen und nicht-klinischen Personen. Insgesamt nahmen 160 Personen an der Studie teil, jeweils 40 befanden sich in stationärer bzw. ambulanter psychotherapeutischer Behandlung; zu all diesen Personen wurden insgesamt 80 nicht-klinischen Personen untersucht, die der Patientenstichprobe in Beruf, Geschlecht und Alter glichen. Alle Personen gaben Auskunft per Fragebogen und berichteten in einem etwa einstündigen Interview von Stressoren und Ressourcen am Arbeitsplatz.

Diese Untersuchung ergab, dass sich die Arbeitsplatzprobleme klinischer Personen in der Qualität nicht von denen nicht-klinischer Personen unterschieden, jedoch berichteten klinische Personen eine höhere Anzahl an Arbeitsplatzproblemen. Die positiven Faktoren am Arbeitsplatz unterschieden sich weder qualitativ noch quantitativ zwischen klinischen und nicht-klinischen Personen. Die klinischen Personen setzten häufiger ungünstige Stressverarbeitungsstrategien ein und zeigten teilweise einen ungünstigeren Umgang mit der Arbeit.

In der Gesamtstichprobe gelang eine Bestätigung des Job-Demand-Control-Modells sowie des Job-Demand-Control-Support-Modells (ohne Interaktionseffekte); Personen mit geringer Kontrolle, hohen Anforderungen und geringer sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz wiesen die höchsten Erschöpfungswerte auf (38.8% der Varianz der Erschöpfungswerte konnte so erklärt werden). Innerhalb der klinischen Stichprobe und bei Personen mit hoher Internalität erbrachten die Modelle höhere Vorhersageleistungen, mögliche Ursachen werden diskutiert.

Die Ergebnisse dieser Arbeit gehen über bisherige Befunde hinaus. Sie unterstreichen die Wichtigkeit der Berücksichtigung arbeitsrelevanter Faktoren in der Psychotherapie und unterstützen die aktuelle Entwicklung der zunehmenden gesundheitsrelevanten Hilfsangebote für Arbeitnehmer (z.B. Coaching-Sitzungen) in großen Unternehmen.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Text Revision (4th ed.). Washington, DC: A.P.A.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H.-U. & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (1), 1-27.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. & Schaufeli, W.B. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An Internet study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 15, 245-260.
- Beehr, T.A. (1998). An Organizational Psychology Meta-Model of Occupational Stress. In C. Cooper (Hrsg.), *Theories of Organizational Stress* (S. 6-27). New York: Oxford University Press.
- Berth, H., Förster, P., Stöbel-Richter, Y., Balck, F. & Brähler, E. (2006). Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15, 111-116.
- Beutel, M. Kayser, E., Kehde, S., Dommer, T., Bleichner, F., Schlüter, K. & Baumann, J. (2000). Berufliche Belastungen, psychosomatische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in der zweiten Hälfte des Berufslebens. Vergleich von drei Altersgruppen in der psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapeut*, 45, 77-81.
- Beutel, M. E., Zwerenz, R., Kayser, E., Schattenburg, L. & Knickenberg, R. J. (2004). Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf: Eignet sich der AVEM als Messverfahren für psychisch und psychosomatisch Kranke? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (2), 110-119.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bühl, A. (2006). *SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson Studium.
- Bürger, W. (1998a). Hilft stationäre psychosomatische Rehabilitation im Arbeitsleben? Eine Längsschnittuntersuchung zum Erfolg stationärer psychosomatischer Rehabilitation im beruflichen Bereich. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 44, 60-76.
- Bürger, W. (1998b). Positive und gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit und ihre Bedeutung für Patienten in medizinischer Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6 (3), 137-150.

- Bürger, W. (1999). Rahmenkonzeption für berufsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31 (1), 9-21.
- Bürger, W. & Koch, U. (1995). Arbeitsbelastungen und ihre Bedeutung für Patienten zu Beginn von stationärer psychosomatischer Fachbehandlung. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 4, 66-78.
- Cannon, W.B. (1914). The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *American Journal of Physiology*, 33, 356-372.
- Caplan, R. D. (1983). Person-environment fit: Past, present, and future. In C.L. Cooper (Hrsg.), *Stress Research* (S. 35-78). New York: Wiley.
- Cilien, P., Fischbach, A., Mörsdorf, A., Scherp, E. & Schaufeli, W.B. (2006). Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). Deutsche Version 1.0 (Januar 2006). Trier: Universität Trier.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cummins, R.C. (1988). Perceptions of social support, receipt of supportive behaviours, and locus of control as moderators of the effects of chronic stress. *American Journal of Community Psychology*, 16, 685-699.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) Version*. John Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13, 595-605.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (Hrsg.) (1999). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation*. Bern: Huber.
- Dormann, C. & Zapf, D. (1999). Social support, social stressors at work, and depressive symptoms: Testing for main and moderating effects with structural equations in a three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 84, 874-884.
- Dormann, C. & Zapf, D. (2002). Social stressors at work, irritation, and depressive symptoms. Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 33-58.
- Dormann, C., Zapf, D. & Isic, A. (2002). Emotionale Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call Center-Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 26, 201-215.

- Dunckel, H. (1991). Mehrfachbelastung und psychosoziale Gesundheit. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 154-167). Göttingen: Hogrefe.
- Edwards, J. R., Caplan, R. D. & Harrison, R. V. (1998). Person-Environment Fit Theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. In G. L. Cooper (Hrsg.), *Theories of organizational stress* (S. 28-67). Oxford: Oxford University Press.
- Evans, M. G. (1985). A Monte Carlo study of the effects of correlated method variance in moderated multiple regression analysis. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 36, 305-323.
- Fibiger, W., Evans, O. & Singer, G. (1986). Hormonal responses to a graded mental workload. *European Journal of Applied Physiology*, 55, 339-343.
- Finger, B. (2007). Gesundheit als Führungsaufgabe und Unternehmensziel. Gesundheitsmanagement bei den Generali Versicherungen in München. *Personalführung*, 1, 36-42.
- Fox, M.L., Dwyer, D.J. & Ganster, D.C. (1993). Effects of stressful job demands and control on physiological and attitudinal outcomes in a hospital setting. *Academy of Management Journal*, 36, 289-318.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- French, J.R.P., Rodgers, W.L. & Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit. In G. Coelho, D. Hamburg & J. Adams (Hrsg.), *Coping and Adaptation* (S. 316-333). New York: Basic Books.
- Frese, M. (1989). Gütekriterien der Operationalisierung von sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 43, 112-122.
- Frese, M. (1991). Stressbedingungen in der Arbeit und psychosomatische Beschwerden: Eine kausale Interpretation. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer. (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S.120-134). Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Frese, M. & Zapf, D. (1987b). Eine Skala zur Erfassung von sozialen Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 41, 134-141.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48 (1), 28-35.

- Gerdes, N. & Jäckel, W.H. (1992). Indikatoren des Reha-Status (IRES) – Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und –erfolg. *Die Rehabilitation*, 31, 73-79.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.). (1991). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Hacker, W. (1986). Arbeitspsychologie. In E. Ulich (Hrsg.), *Schriften zur Arbeitspsychologie*, Band 41. Bern: Huber.
- Hacker, W. (1987). Software-Ergonomie: Gestalten rechnergestützter Arbeit? In W. Schönpflug & M. Wittstock (Hrsg.), *Software-Ergonomie '87: Nutzen Informationssysteme dem Benutzer?* (S. 31-54). Stuttgart: Teubner.
- Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Hacker, W., Fritzsche, B., Iwanowa, A. & Richter, P. (1995). *Tätigkeitsbewertungssystem*. Zürich und Stuttgart: Hochschulverlag und Teubner.
- Harrison, R.V. (1978). Person-environment fit and job stress. In C.L. Cooper & R. Payne (Hrsg.), *Stress at Work* (S. 175-205). New York: Wiley.
- Henriksen, T.B., Hedegaard, M. & Secher, N.J. (1994). The relation between psychosocial job strain, and preterm delivery and low birthweight for gestational age. *International Journal of Epidemiology*, 23, 764-774.
- Hillert, A., Cuntz, U., Heldwein, C., Froben, B. & Fichter, M. (1998). Die berufliche Belastungserprobung im Rahmen klinisch-stationärer Verhaltenstherapie: Praktische Durchführung, soziodemographische und psychologische Charakteristika der Patienten als Verlaufsprädiktoren. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, 28-34.
- Hillert, A., Staedtke, D. & Cuntz, U. (2001). Bei welchen psychosomatischen Patienten sind berufsbezogenen Therapiebausteine indiziert? Therapeutenentscheidung und operationalisierte Zuweisungskriterien im Vergleich. *Die Rehabilitation*, 40, 200-207.
- Hillert, A., Staedtke, D. & Cuntz, U. (2002). Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 58, 94-100.
- Hochschild, A.R. (1990). *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt/M.: Campus.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (2005). *Gute Mitarbeiterführung - Psychische Fehlbelastung vermeiden*. <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Service/Downloads/>

- Gute-Mitarbeiterfuehrung-pdf,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf
[02.02.2007].
- Jackson, S. E. & Schuler, R.S. (1985). A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 36, 417-421.
- Jackson, P.R., Wall, T.D., Martin, R. & Davids, K. (1993). New measures of job control, cognitive demand, and production responsibility. *Journal of Applied Psychology*, 78 (5), 753-762.
- Jacobi, F. (2005). Der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischen Störungen aus epidemiologischer Sicht. In Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Tagungsbericht, Tb138, Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen. Zur Bedeutung arbeitsbedingter Faktoren für das Auftreten depressiver Störungen. Workshop vom 1. Juli 2004 in Berlin* (S. 7-16). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F. & Zeisel, H. (1975, Original 1933). *Die Arbeitslosen von Marienthal*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Janke, W. & Erdmann, G. (1997). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF120). Kurzbeschreibung und grundlegende Kennwerte*. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W., Erdmann, G. & Boucsein, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W. & Erdmann, G. (1997). Replik zur Rezension des SVF. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 77-80.
- Janssen, N., van den Heuvel, W.P.M., Beurskens, A.J.H.M., Nijhuis, F.J.N., Schröer, C.A.P. & van Eijk, J.T.M. (2003). The demand-control-support model as a predictor of return to work. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 1-9.
- Jex, S. M. & Bliese, P. D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, 84 (3), 349-361.
- Jex, S. M., Bliese, P. D., Buzzell, S. & Primeau, J. (2001). The impact of self-efficacy on stressor-strain relations: Coping style as an explanatory mechanism. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 401-409.
- Johansson, S. (1971). *Om Levnadsnivåundersökningen. Låginkomstutredningen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

- Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78 (10), 1336-1342.
- Johnson, J. V., Hall, E. M. & Theorell, T. (1989). Combined Effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 15, 217-279.
- Kahn, R. L. & Byosiore, P. (1992). Stress in Organizations. In M. D. Dunette & L. M. Hough (Hrsg.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Vol. 3* (571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Shoek J.D., Rosenthal R.A. (1964). *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: John Wiley & Sons.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kaluza, G., Hanke, C., Keller, S. & Basler, H.-D. (2002). Salutogene Faktoren bei chronischen Rückenschmerzen: Moderieren soziale Unterstützung, Arbeitszufriedenheit und sportliche Aktivität den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Rückenschmerzaktivität? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (3), 159-168.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplift versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 1-39.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
- Karasek, R. A., Russell, R. S. & Theorell, T. (1982). Physiology of Stress and Regeneration in Job Related Cardiovascular Illness. *Journal of Human Stress*, 8, 29-42.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Book.
- Kivimäki, M. & Lindström, K. (1995). Effects of private self-consciousness and control on the occupational stress-strain relationship. *Stress Medicine*, 11, 7-16.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkainen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J. & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325, 857-860.
- Knickenberg, R. J. (2005). Zum Einfluß der Arbeitsumwelt: Die Bedeutung arbeitsplatzbedingter psychosomatischer Störungen für die Psychotherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 69, 162-174.

- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Koch, S., Geissner, E. & Hillert, A. (2007). Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölf-Monats-Verlauf. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55 (2), 97-109.
- Koch, S., Hedlund, S., Rosenthal, S. & Hillert, A. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie*, 16, 7-15.
- Koch, U. & Laschinski, D. (1979). Ein Fragebogen zur Erfassung der Situation an Arbeitsplatz und Familie (KOLA). *Psychologische Praxis*, 4, 165-173.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung (86 Seiten) und Verbrauchsmaterialien*. Göttingen: Hogrefe.
- Krohne, H. W. (1996). *Angst und Angstbewältigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kushnir, T. & Melamed, S. (1991). Work-load, perceived control and psychological distress in Type A/B industrial workers. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 155-168.
- Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 123-129.
- Landsbergis, P.A. (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 217-239.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. Berlin: Springer.
- Lazarus, R. S. & Baker, R. W. (1956). Personality and psychological stress: A theoretical and methodological framework. *Psychological Newsletter*, 8, 21-32.
- Larous, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J. Nitsch (Hrsg.), *Stress - Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern: Huber.
- Leidig, S. (2005). Stress am Arbeitsplatz, psychische Störungen und Arbeitsunfähigkeit: Eine Katamnese-Studie bei Patienten in der Rehabilitation. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 69, 183-197.
- Leidig, S. (2007). Ansätze für eine zeitgemäße Stressprävention und Gesundheitsförderung. *Personalführung*, 1, 20-31.
- Lerner, D.J., Levine, S., Malspeis, S. & D'Agostino, R.B. (1994). Job Strain and Health-Related Quality of Life in a National Sample. *American Journal of Public Health*, 84, 1580-1585.

- Leung, T, Siu, O & Spector, P.E. (2000). Faculty stressors, job satisfaction, and psychological distress among university teachers in Hong Kong: The role of locus of control. *International Journal of Stress Management*, 7, 121-138.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Lundberg, U. & Frankenhauser, M. (1978). Pituitary-Adrenal and sympathetic-Adrenal correlates of distress and effort. *Reports from the Department of Psychology, Stockholm, University, No. 548*.
- MacCallum, R.C. & Mar, C.M. (1995). Distinguishing between moderator and quadratic effects in multiple regression. *Psychological Bulletin*, 118 (3), 405-421.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1997). Maslach Burnout Inventory. Third Edition. In C.P. Zalaquett & R. J. Wood (Hrsg.), *Evaluating Stress. A Book of Resources* (S.191-218). London: The Scarecrow Press, Inc.
- McGrath, J. E. (1970). A conceptual formulation for research on stress. In J. E. McGrath (Hrsg.), *Social and psychological factors in stress* (S. 10-21). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- McGrath, J. E. (1983). Stress and Behavior in Organizations. In M. D. Dunnette (Hrsg.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (S. 1351-1396). New York: John Wiley and Sons.
- Mohr, G. & Semmer, N.K. (2002). Arbeit und Gesundheit. Kontroversen zu Person und Situation. *Psychologische Rundschau*, 53 (2), 77-84.
- Neuberger, O. (1983). *Der Arbeitsbeschreibungsbogen. Seine Anwendung in der Praxis*. Goch: Bratt – Institut für neues Lernen.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt: VAS.
- Panse, W. & Stegmann, W. (1998). *Kostenfaktor Angst. Wie Ängste in Unternehmen entstehen*. Landsberg: Verlag Moderne Industrie.
- Parkes, K.R., Mendham, C.A. & Rabenau, C. von (1994). Social support and the demand-discretion model of job stress: Tests of additive and interactive effects in two samples. *Journal of Vocational Behaviour*, 44, 91-113.
- Pavlov, I.P (1972). *Die bedingten Reflexe*. München: Kindler.
- Pearlin, L.I., Menaghan, E.G., Lieberman, M.A. & Mullin, J.T. (1981). The process of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Rahim, M.A. (1997). Relationships of stress, locus of control, and social support to psychiatric symptoms and propensity to leave a job: A field study with managers. *Journal of Business and Psychology*, 12 (2), 159-173.

- Rahim, M.A. & Psenicka, C. (1996). A structural equation model of stress, locus of control, social support, psychiatric symptoms, and propensity to leave a job. *The Journal of Social Psychology*, 136, 69-84.
- Reed, D.M., LaCroix, A.Z., Karasek, R.A., Miller, D. & MacLean, C.A. (1989). Occupational strain and the incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 129, 495-502.
- Richter, P., Hemmann, E., Merboth, H., Fritz, S., Hänsgen, C. & Rudolf, M. (2000). Das Erleben von Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielraum – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur orientierenden Analyse (FIT). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44 (3), 129-139.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). Belastung und Beanspruchung. Heidelberg: Asanger.
- Risler, A. & Elgerot, A. (1978). Stressreaktioner vid overtidsarbete. *Reports from the Department of Psychology, Stockholm, University, No. 23*.
- Ritti, R. (1971). Job enrichment and skill utilization in engineering organizations. In J. Maher (Hrsg.), *New Perspective in Job Enrichment* (S. 131-156). New York: Van Nostrand.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control reinforcement. *Psychological Monographs*, 91, 482-297.
- Sarges, W. (2000). Instrumente der Arbeits- und Organisationspsychologie. Fragebogen zur Messung der Arbeitsmotivation: „AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“ von U. Schaarschmidt und A. Fischer (1996). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, 38-42.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (1996, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2003). AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt/M.: Swets Test Services.
- Schaubroeck, J., Jones, J.R. & Xie, J.L. (2001). Individual differences in utilizing control to cope with job demands: Effects on Susceptibility to infectious disease. *Journal of Applied Psychology*, 86, 265-278.
- Schaubroeck, J. & Merritt, D.E. (1997). Divergent effects of job control on coping with work stressors: The key role of self-efficacy. *Academy of Management Journal*, 40 (3), 738-754.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). In C. Maslach, S.E. Jackson & M.P. Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Schmidt, K.-H. (2004). Formen der Kontrolle als Puffer der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 58 (1), 44-52.
- Schoenefeldt, U. (2007). Berufstätig, gebildet, süchtig...Konsum illegaler Drogen in der Arbeitswelt. *Personalführung*, 1, 32-35.
- Schwickerath, J. (2001). Mobbing am Arbeitsplatz. Aktuelle Konzepte zu Theorie, Diagnostik und Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut*, 46, 199-213.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*. New York: Lippencott.
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Streß – Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 161-187). Bern: Huber.
- Semmer, N. (1984). Stressbezogene Tätigkeitsanalyse: Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Streß am Arbeitsplatz. Weinheim: Beltz.
- Semmer, N. & Dunckel, H. (1991). Stressbezogene Arbeitsanalyse. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 57-90). Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52 (3), 150-158.
- Semmer, N. K. & Udris, I. (2004). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 157-195). 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.
- Siegrist, J. (2007). *Effort-reward imbalance at work*. http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology/Effort-reward_imbalance_at_wor.112.0.html [09.01.2007].
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.
- Smith, L.A., Roman, A., Dollard, M.F., Winefield, A.H. & Siegrist, J. (2005). Effort-reward imbalance at work: The effects of work stress on anger and cardiovascular disease symptoms in a community sample. *Stress and Health*, 21, 113-128.
- Sonnentag, S. (1996). Arbeitsbedingungen und psychisches Befinden bei Frauen und Männern. Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40 (3), 118-126.
- Spector, P. E. (2000). *Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley & Sons.

- Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Shipley, M.J. & Marmot, M.G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 302-307.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Registrierte Arbeitslose Deutschland*. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Zeitreihen/WirtschaftAktuell/Arbeitsmarkt/Content75/arb210a,templateID=renderPrint.psml> [08.01.2008].
- Sweeney, P.D., Anderson, K. & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analytic review. *Journal of personality and social psychology*, 50 (5), 974-991.
- Taggart, P. & Carruthers, M. (1971). Endogenous hyperlipidemia induced by emotional stress of racing driving. *Lancet*, 1, 363-366.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2006). *Gesundheitsreport. Auswertungen 2006. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Erkältungskrankheiten – Grippe*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Theorell, T (1998). Job characteristics in a theoretical and practical health context. In C. L. Cooper (Hrsg.), *Theories of organizational stress* (S. 205-219). Oxford: Oxford University Press.
- Tubre, T.C. & Collins, J.M. (1985). Revisited: a meta-analysis of relationships between role ambiguity, role conflict, and job performance. *Journal of Management*, 26, 155-169.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J. & Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 484-493.
- Van der Beek, A.J., Oort-Marburger, D. & Frings-Dresen, M.H.W. (1994). The relations between work demands and health complaints in lorry drivers. A model tested by means of LISREL. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 66, 179-184.
- Van der Doef, M. & Meas, S. (1998). The job demand-control(-support) model and physical health outcomes: a review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 909-936.
- Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): *VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2003 einschließlich Rentenwegfall, Rentenänderung/Änderung des Teilrentenanteils in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt/Main, VDR, 2004, Bd. 149.
- Volpert, W. (1987). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie, Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Bd. 1* (S. 1-42). Göttingen: Hogrefe.

- Voss, M., Floderus, B. & Diderichsen, F. (2004). How do job characteristics, family situation, domestic work, and lifestyle factors relate to sickness absence? A study based on Sweden post. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (11), 1134-1143.
- Wald, A. (2005). *Interview zu Arbeitsplatzbedingungen*. Unveröffentlichtes Manuskript, Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- Wald, A., Mauer-Matzen, K., Schwenk, C. & Hiller, W. (2007). *Probleme bewältigen – Fit im Job. Ein manualisiertes Gruppentherapieprogramm*. Unveröffentlichtes Manuskript, Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- Wall, T., Jackson, P. R., Mullarkey, S. & Parker, S. K. (1996). The demands-control model of job-strain: A more specific test. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 153-166.
- Weis, J. (1992). Arbeitsbelastungen und Leistungsbeeinträchtigungen bei psychisch Kranken. *Die Rehabilitation*, 31 (4), 231-239.
- Wittchen, H.-U. (2007, November). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen in Deutschland: Gibt es eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft?* Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Zapf, D. (1991). Stressbezogene Arbeitsanalyse bei der Arbeit mit unterschiedlichen Bürosoftwaresystemen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 35 (1), 2-14.
- Zapf, D. & Frese, M. (1991). Soziale Stressoren am Arbeitsplatz. In: S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Eds.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 168-184). Göttingen: Hogrefe.
- Zapf, D. & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15, 1-28.
- Zapf, D., Mertini, H., Seifert, C., Vogt, C. & Isic, A. (1999). *Frankfurt emotion Work Scales – Frankfurter Skalen zur Emotionsarbeit FEWS 3.0*. J.W. Goethe-Universität Frankfurt: Institut für Psychologie.
- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Streß und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 3 Organisationspsychologie* (2. Aufl.; S. 1007-1112). Göttingen: Hogrefe.

- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress. The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.
- Zielke, M. (1995a). Arbeitsbelastungen und Krankheitsverläufe bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 32, 271-281.
- Zielke, M. (1998). Entwicklung und Begründung eines Modells zur Analyse des Arbeits- und Leistungsprozesses. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 41, 13-28.
- Zielke, M. (2000). Macht Arbeit krank? Neue Anforderungen im Arbeitsleben und Krankheitsrisiken. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 50, 13-27.
- Zielke, M., Dehmlow, A., Broda, M., Carls, W., Höhn, U., Jahrreiss, R., von Keyserlingk, H., Kosarz, P., Limbacher, K., Meermann, R., Missel, P., Schuhler, P., Siegfried, J. & Sobottka, B. (1995). Ermittlung prognostischer Indikatoren für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf der stationären Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 30, 139-147.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L. & Beutel, M. E. (2004). Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Rehabilitation*, 43, 10-16.

Anhang

Anhang A

Interview zu Arbeitsplatzbedingungen

Interview zu Arbeitsplatzbedingungen

Kontaktadresse:

Dipl.-Psych. Annette Wald

Hochschulambulanz für Forschung und Lehre
Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie
Johannes Gutenberg-Universität
Staudingerweg 9
55099 Mainz

E-Mail: awald@uni-mainz.de

Interview Arbeitsplatzbedingungen

S.2

Datum: _____

Interviewer: _____

2. Rater: _____

Version des ☐ Interviewers ☐ Raters**Soziodemographische Angaben**

Name/Code: _____

Alter: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Höchster Schulabschluss:

- ☐ Sonderschule
- ☐ Hauptschule ohne Abschluss
- ☐ Hauptschule mit Abschluss
- ☐ Mittlere Reife oder Vergleichbares
- ☐ Fachhochschulreife
- ☐ Abitur
- ☐ Studium ohne Abschluss
- ☐ Studium mit Abschluss

Beruflicher Status:

- ☐ Vollzeitbeschäftigung
- ☐ Teilzeitbeschäftigung
- ☐ Geringfügige Beschäftigung (= nicht versicherungspflichtig)
- ☐ 1-€-Job
- ☐ arbeitslos

Stundenanzahl (Arbeit pro Woche laut Vertrag): ____ Stunden

- ☐ mehr als 45 Stunden
- ☐ 35 - 44,5 Stunden
- ☐ 25 - 34,5 Stunden
- ☐ 15 - 24,5 Stunden
- ☐ unter 15 Stunden

Kinderanzahl: **Leben in Ihrem Haushalt Kinder?**

☐ ja
☐ nein

Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder: ____ Alter der Kinder: _____

Haushalt: **Wer in Ihrem Haushalt ist hauptsächlich für die Haushaltsführung (Hausarbeiten, Kochen, Einkaufen, Waschen, evtl. Versorgung von Kindern...) verantwortlich?**

☐ Person selbst
☐ andere Person
☐ gerecht geteilt (z.B. 50-50)

Sind Sie derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (am Heimatort)?

☐ ja ☐ nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre derzeitige Tätigkeit

Tätigkeit und Arbeitsunfähigkeit

1. Was ist Ihr derzeitiger Beruf/Tätigkeit?

☐ selbständig ☐ angestellt ☐ geringfügig beschäftigt

a) am aktuellen Arbeitsplatz seit (in Jahren): _____

b) im aktuellen Beruf überhaupt seit (in Jahren): _____
(inklusive Ausbildung)

2.

a) Sind Sie momentan krankgeschrieben/arbeitsunfähig?

☐ ja ☐ nein

AU-Dauer aktuell seit: _____ (in Monaten)

b) Was ist der Grund/Anlass für die aktuelle Krankschreibung? Was steht auf Ihrer Krankschreibung?

aktuell: _____

c) Hauptgrund: _____

„internal“

- ☐ heftige emotionale Reaktionen am Arbeitsplatz
- ☐ Druck nicht gewachsen
- ☐ überhöhter Selbstanspruch/Perfektionismus
- ☐ Versagensangst
- ☐ _____

„störungsbedingt“?

- ☐ Konzentration
- ☐ Gedächtnisprobleme
- ☐ Antrieb
- ☐ Müdigkeit wegen Schlafproblemen
- ☐ Agoraphobie
- ☐ _____

„Sozial“

- ☐ soziale Konflikte
- ☐ Mobbing
- ☐ _____

„Arbeitsplatzbedingungen“

- ☐ Arbeitstempo
- ☐ Überforderung
- ☐ _____

Sonstiges:

- ☐ körperliche Erkrankung/Einschränkung
- ☐ _____

--- Nur für Patienten der Ambulanz – füllt Rater aus:---

3. Sind Sie wegen der psychischen Erkrankung arbeitsunfähig? ☐ ja ☐ nein

4.

a) Wenn Sie die letzten 1 ½ Jahre berücksichtigen, also von _____ (Monat, Jahr vor 1/1/2 Jahren nennen) bis heute, wie viele Wochen waren Sie dann insgesamt krankgeschrieben?

AU-Dauer in letzten 18 Monaten: _____ Wochen

b) Was ist der Grund/Anlass für die Krankschreibung? Was steht auf Ihrer Krankschreibung?

In den letzten 18 Monaten:

c) Hauptgrund (in den letzten 18 Monaten):

„internal“
☐ heftige emotionale Reaktionen am Arbeitsplatz
☐ Druck nicht gewachsen
☐ überhöhter Selbstanspruch/
Perfektionismus
☐ Versagensangst
☐ _____

„störungsbedingt“?
☐ Konzentration
☐ Gedächtnisprobleme
☐ Antrieb
☐ Müdigkeit wegen Schlafproblemen
☐ Agoraphobie
☐ _____

„Sozial“
☐ soziale Konflikte
☐ Mobbing
☐ _____

„Arbeitsplatzbedingungen“
☐ Arbeitstempo
☐ Überforderung
☐ _____

Sonstiges:
☐ körperliche Erkrankung/Einschränkung
☐ _____

5. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? Oder planen Sie, bald einen Rentenantrag zu stellen? Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, einen Rentenantrag zu stellen?

- ☐ nicht geplant
- ☐ nicht geplant, aber schon darüber nachgedacht
- ☐ evtl. geplant
- ☐ gestellt
- ☐ gestellt und abgelehnt
- ☐ abgelehnt und im Widerspruchsverfahren

Die Fragen im folgenden Abschnitt beziehen sich auf die Bedingungen an Ihrem Arbeitsplatz und auf mögliche Besonderheiten, die an Ihrem Arbeitsplatz bestehen.

Interview Arbeitsplatzbedingungen

S.6

6. Wie gestresst fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit?

Ich fühle mich durch
meine Arbeit
gar nicht gestresst
oder belastet

Ich fühle mich durch
meine Arbeit extrem
gestresst, habe
Schlafprobleme und
fühle mich sehr
angespannt, auch
meine Stimmung ist
schlechter.

Wert: _____

Interview Arbeitsplatzbedingungen

S.7

7. Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz Dinge, die Ihnen sehr gut gefallen?☐ ja ☐ nein**Was gefällt Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz, was ist gut an Ihrem Arbeitsplatz?**

*Hier bitte alle spontanen Nennungen notieren, nachfragen, bis Person nichts mehr nennt:
Gibt es noch etwas?*

Wenn Person viele Faktoren nennt, bitte alle schriftlich veranschaulichen und gegebenenfalls mit Person gemeinsam strukturieren: Sind zwei von diesen Faktoren eigentlich eins oder stehen alle so nebeneinander? Wollen Sie sie so stehen lassen?

8. Anzahl berichteter positiver Faktoren am Arbeitsplatz: ____

9. Welche dieser Faktoren sind denn Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten?

Positiver Faktor	Stichwort	Seit wann gefällt Ihnen das? (in Monaten)	Könnten Sie das letzte Mal / die letzte Situation schildern, in der Ihnen dieser positive Faktor aufgefallen ist?	McGrath-Code
1				
2				
3				

→ Diese positiven Faktoren sind vom Interviewer einzuordnen nach Rahmensystem des Verhaltens in Organisationen („Stress in Organisationen“ nach McGrath):

A) **Materiell-technologische Umwelt** (z.B. Klimaanlage, Gute Luft, gute Möbel, Gehalt)

B) **Sozial-interpersonale Umwelt** (z.B. nette Kollegen, engagierter Gruppenleiter, toller Mitarbeitervertreter)

C) **Person-System des Organisationsmitgliedes** (z.B. ich habe tolle Fähigkeiten)

AB) **Interaktion materiell Umwelt und sozial:** (z.B. nette Umgebung, z.B. Blumen, die eine Mitarbeiterin aufstellt, Raum personell wenig ausgenutzt Achtung: hat nichts mit Person zu tun!)

AC) **Aufgabenbedingte positive Faktoren:** die sich aus Interaktion von Personensystem und materieller Umwelt ergeben, (z.B. vielfältige Aufgaben, abwechslungsreiche Aufgaben, wenige Aufgaben, interessante Aufgaben) Achtung: hat nichts mit sozialer Umwelt zu tun!

CB) **Rollenbedingte positive Faktoren,** die aus der Interaktion zwischen Personensystem und sozialer Umwelt entstehen, z.B. Status oder Rolle als Abteilungsleiter, wenn von Chef viel Eigenverantwortung übertragen wird, wenn Person viel Lob erhält) Achtung: hat nichts mit materieller Umwelt zu tun!

ABC) **alle drei**

10. Wie gewichten Sie die einzelnen positiven Faktoren?

Sie können nun jedem dieser drei positiven Faktoren ein Gewicht zuweisen, Ihnen stehen Gewichte von 0 bis 100 Kg zur Verfügung. Sie sollen jedem Faktor das Gewicht zuweisen, das dem entspricht, wie sehr Sie dieser Faktor zufrieden macht oder wie sehr er Ihnen gefällt.

Wenn Sie also einem Faktor ein Gewicht von 0 zuweisen, heißt es, dass Sie dieser Faktor überhaupt nicht zufrieden macht oder dass er Ihnen gar nicht gefällt. Wenn Sie einem Faktor das Gewicht von 100 zuweisen, bedeutet es, dass Sie dieser Faktor sehr zufrieden macht oder dass er Ihnen sehr gut gefällt, dass er Sie sogar glücklich macht.

1) Faktor: _____ Gewicht: _____ (0-100)

2) Faktor: _____ Gewicht: _____ (0-100)

3) Faktor: _____ Gewicht: _____ (0-100)

11. Wie zufrieden stellend sind diese Faktoren insgesamt?

Wenn Sie die positiven Faktoren Ihrer Arbeit insgesamt betrachten, wie zufrieden machen sie Sie in Ihrem Leben? Wie zufrieden stellend sind all diese positiven Faktoren gemeinsam?

0 = machen mich in meinem Leben überhaupt nicht zufrieden –

100 = sie machen mich in meinem Leben sehr zufrieden, mein Leben ist dadurch bedeutend schöner

Gewicht positiver Arbeitsfaktoren insgesamt: _____

12. Wie viel Prozent der Verantwortung für das Zustandekommen dieser positiven Faktoren an der Arbeitsstelle tragen Sie selbst? Wie viel haben Sie dazu beigetragen, dass diese Bedingungen entstanden sind?

0 = ich habe nichts dazu beigetragen

100 = ich habe sehr viel dazu beigetragen, ohne mich wäre es nicht so

Verantwortung in Prozent:

Positiver Faktor 1 _____: _____ (0-100%)

Positiver Faktor 2 _____: _____ (0-100%)

Positiver Faktor 3 _____: _____ (0-100%)

13. Bestehen an Ihrer Arbeitsstelle Arbeitsplatzprobleme? ☐ Ja ☐ nein

Gibt es irgendetwas auf Ihrer Arbeit, mit dem Sie unzufrieden sind?

Hier bitte alle spontanen Nennungen notieren, nachfragen, bis Person nichts mehr nennt:

Gibt es noch etwas?

Wenn Person viele Probleme nennt, bitte alle schriftlich veranschaulichen und gegebenenfalls mit Person gemeinsam strukturieren: Sind zwei von diesen Problemen eigentlich eins oder stehen alle so nebeneinander? Wollen Sie sie so stehen lassen?

14. Anzahl der berichteten Probleme: _____

15. Wenn Probleme strukturiert sind: Ich würde jetzt gern drei dieser Probleme herausgreifen und bei diesen noch genauer nachfragen: Welche drei Probleme sind denn Ihrer Meinung nach die wichtigsten oder bedeutendsten?

Problem 1	„Stichwort“:	
	Seit wann stört Sie das? (in Monaten):	
Erinnern Sie sich an das letzte Mal, als dieses Problem aufgetreten ist? Können Sie mir die konkrete Situation schildern? Situation:		
Code McGrath:		

Problem 2	„Stichwort“:	
	Seit wann stört Sie das? (in Monaten):	
Erinnern Sie sich an das letzte Mal, als dieses Problem aufgetreten ist? Können Sie mir die konkrete Situation schildern? Situation:		
Code McGrath:		

Problem 3	„Stichwort“:	
	Seit wann stört Sie das? (in Monaten):	
Erinnern Sie sich an das letzte Mal, als dieses Problem aufgetreten ist? Können Sie mir die konkrete Situation schildern? Situation:		
Code McGrath:		

→Probleme sind vom Interviewer einzuordnen nach Rahmensystem des Verhaltens in Organisationen („Stress in Organisationen“ nach McGrath):

A) Materiell-technologische Umwelt, z.B. Kälte, schlechte Luft, langsame PCs, wirtschaftliche Situation des Gesamtbetriebes, Gehalt, (Geräte-)Lärm (verursacht durch Geräte)

B) Sozial-interpersonale Umwelt z.B. Meinungsverschiedenheiten, Privatsphäre, Isolation (herbeigeführt durch andere Personen), böser Abteilungsleiter, böser Chef, nervige Kollegin

C) Person-System des Organisationsmitgliedes (z.B. Angst, besondere Wahrnehmungsstile, eigene Konzentrationsprobleme)

AB) Interaktion materiell Umwelt und sozial: Verhaltensraum = Isolation (bedingt durch materielle Umwelt), zu wenig Personal, Lärm durch Personen, Crowding (zu viele Personen in einem Raum), Undermanning (zu wenige Personen in einem Raum) Achtung: kann definiert werden ohne Personensystem!

AC) Aufgabenbedingter Stress, der sich aus Interaktion von Personensystem und materieller Umwelt ergibt, (z.B. Aufgabenschwierigkeit, Aufgabenambiguität, zu viele Aufgaben, zu wenig Aufgaben, Unter-, Überforderung, monotone Aufgaben) Achtung: kann definiert werden ohne soziale Umwelt!

CB) Rollenbedingter Stress, der aus der Interaktion zwischen Personensystem und sozialer Umwelt entsteht, z.B. Status ist zu niedrig, Rollenkonflikt (Widersprüche zw. einzelnen Rollen; Anforderungen sind klar, widersprechen sich aber, z.B. als Abteilungsleiter Ansprüche des Chefs bei Mitarbeitern durchboxen, die mir vertrauen sollen), Rollenambiguität (die Anforderungen, die an mich gestellt werden, sind nicht klar definiert), zu viele Rollen, uninteressante Rollen. Achtung: kann definiert werden ohne materielle Umwelt!

ABC) alle drei

16. Wie gewichten Sie die einzelnen Probleme/Bereiche?

Sie können nun jedem Problem ein Gewicht zuweisen. Ihnen stehen Gewichte von 0 bis 100 kg zur Verfügung. Sie sollen jedem Problem ein Gewicht zuweisen, das dem entspricht, wie sehr Sie das Problem belastet.

Wenn Sie also einem Problem ein Gewicht von 0 kg zuweisen, bedeutet es, dass Sie dieses Problem überhaupt nicht belastet. Wenn Sie einem Problem das Gewicht 100 zuweisen, bedeutet es, dass Sie das Problem bei der Arbeit extrem belastet.

1) Problem: _____ Gewicht: _____ (0-100)

2) Problem: _____ Gewicht: _____ (0-100)

3) Problem: _____ Gewicht: _____ (0-100)

17. Wie belastend sind die Arbeitsplatzprobleme insgesamt?

Wenn Sie Ihre Arbeitsplatzprobleme insgesamt betrachten, wie belastend sind sie in Ihrem Leben? Wie belastend sind alle Probleme gemeinsam?

0 = belasten mein Leben überhaupt nicht –

100 = belasten mich extrem, mein Leben ist dadurch sehr belastet, ich denke kaum noch an etwas anderes

Belastung insgesamt: _____

Interview Arbeitsplatzbedingungen

S.13

*18. zu raten durch den Interviewer:**Welches Arbeitsplatzproblem war zuerst da?**Hier bitte so anordnen, das bei Eintragung in Tabelle mit dem schwersten Problem begonnen wird*

Nr.	Stichwort	McGrath-Code	Gewicht	Seit wann besteht es (in Monaten)	Zeitliche Reihenfolge
1					
2					
3					

a) Reihenfolge: _____

b) War das schwerste Problem zuerst da?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bewertbar, weil _____

War das schwerste Problem das letzte?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bewertbar, weil _____

c) Position des schwersten Problems: _____

Position des leichtesten Problems: _____

d) war zuerst soziales Problem (B, AB, CB)?

☐ Ja ☐ Nein ☐ kein soziales Problem vorhanden

Lassen Sie uns jetzt das schwerste Problem (siehe Frage 17) herausgreifen. Darauf würde ich gern im Folgenden noch etwas detaillierter eingehen.

19. Das schwerste Problem ist _____.

Wo sehen Sie den Grund oder die Gründe für dieses Problem?

Vermuteter Grund/ Gründe:

(Hier bitte so lange weiterfragen: Gibt es noch andere Gründe? Sind das alle Gründe, die Ihnen im Moment einfallen? → bis Pat. keine Ursache mehr nennt. Dann alle Ursachen wiederholen (bei vielen Nennungen an Flipchart schreiben) und fragen: Welcher von diesen möglichen Gründen ist Ihrer Meinung nach der Hauptgrund?

a) Hauptursache? _____

b) → hier ordnet Interviewer ein: Zu welchem der drei Ursachenbereich ist die Hauptursache zu rechnen?

☐ internal (=0)	☐ external (=1)	
(Konzentration, Gedächtnisprobleme, Versagensangst, überhöhter Selbstanspruch, Überforderung, etc.)	☐ sozial (2) (Nur wenn der Pat. die Schuld nicht bei sich sieht!)	☐ Arbeitsbedingungen (3)
☐ krankheits-/ störungsbedingt (0)	☐ „böse andere“ (1)	☐ zu viel Arbeit (4)
☐ Eigenschaften/ Fähigkeiten (1)	☐ Mobbing (2)	☐ fehlende Materialien (5)
	☐ soziale Konflikte (3)	☐ Personalmangel (6)

c) Wie wahrscheinlich ist es, dass sich dieser Grund verändert in den nächsten 5 Jahren?

- ☐ stabil (=0 = aller Wahrscheinlichkeit nach nicht änderbar in nächsten 5 Jahren, wenig Schwankungen)
☐ variabel (=1)

Interview Arbeitsplatzbedingungen

S.15

20. Wer/was könnte an diesen Problemen etwas ändern?

a) schwerste Problem _____

Wer/was kann was ändern? _____

*Anmerkung für Interviewer: falls Vpn spontan internale und externale
Veränderungsmöglichkeit nennt (z.B. mein Chef und ich) → dann bitte zusätzlich ankreuzen:*

spontane Nennung internal und external: ☐ ja ☐ nein

*Anmerkung für Interviewer: falls zwei Veränderungsmöglichkeiten genannt werden; „Wer
oder was könnte vor allem etwas daran ändern?“ → dann weiter nach Prinzip unten
einordnen:*

Einordnen☐ internal (= 0) oder☐ external☐ Zufall/Glück (= 1)☐ mächtiger anderer (= 2)

21. Wie viel Prozent der Verantwortung für das Zustandekommen aller drei Arbeitsplatzprobleme tragen Sie selbst? Wie viel haben Sie dazu beigetragen, dass diese Bedingungen entstanden sind?

0 = ich habe nichts dazu beigetragen

100 = ich habe alles dazu beigetragen, ohne mich wäre es nicht so

Verantwortung in Prozent

Schwerste Problem _____ : _____ (0 bis 100%)

Problem 2 _____ : _____ (0 bis 100%)

Problem 3 _____ : _____ (0 bis 100%)

Interview Arbeitsplatzbedingungen

S.17

22. Wer oder was kann diese Probleme verändern?

Schwerste Problem: _____

ich kann gar nichts
daran verändern,
andere Personen
oder Faktoren
können dieses
Problem verändern
oder lösen

Ich kann dieses
Problem ganz alleine
verändern oder lösen

Wert: _____

Problem 2: _____

ich kann gar nichts
daran verändern,
andere Personen
oder Faktoren
können dieses
Problem verändern
oder lösen

Ich kann dieses
Problem ganz alleine
verändern oder lösen

Wert: _____

Problem 3: _____

ich kann gar nichts
daran verändern,
andere Personen
oder Faktoren
können dieses
Problem verändern
oder lösen

Ich kann dieses
Problem ganz alleine
verändern oder lösen

Wert: _____

23. Ich habe Ihre Antworten alle aufgeschrieben. Im Folgenden würde ich Ihnen gern noch mal ein Blatt, das wir vorbereitet hatten, zeigen. Wir haben ganz viele mögliche Gründe von Arbeitsplatzproblemen aufgelistet. Übersicht zu „Mögliche Gründe für Arbeitsplatzprobleme“ auflegen. Ich würde Sie bitten, sich die Liste mal anzuschauen, ob Sie Ihre Gründe wieder finden oder ob Ihnen dann evtl. noch weitere Gründe für die Arbeitsplatzprobleme einfallen.

Ich bitte Sie, mir für das schwerste Problem (also das Problem _____; siehe Frage 17, S. 12) wieder den Grund oder die Gründe zu nennen und aufzuteilen, zu wie viel Prozent die jeweilige Ursache eine Rolle spielt. Insgesamt sollen Sie 100 Prozentpunkte verteilen. Je nach dem, wie schwer eine Ursache wiegt, können Sie ihr das entsprechende Gewicht zuteilen. Interviewer liest die bereits genannten Gründe aus Frage 19 (S. 14) noch mal vor und ordnet diese mit Interviewpartner in das Schema ein, markiert alle ausgewählten Kästchen durch Kreuze, bevor Gewichte zugeteilt werden

Hier kategorisiert Interviewer: beginnend mit der Ursache, die das höchste Gewicht erhalten hat (dann absteigend weitere Ursachen)

Problem 1				
Ursache	external Bedingungen	external sozial	internal	Gewicht
1	☐	☐	☐	
2	☐	☐	☐	
3	☐	☐	☐	
4	☐	☐	☐	
5	☐	☐	☐	
6	☐	☐	☐	
7	☐	☐	☐	
8	☐	☐	☐	

In folgender Tabelle rechnet Interviewer zusammen, wie viel Gewicht dem jeweiligen Ursachenbereich insgesamt zukommt (aus obiger Tabelle entnommen):

Ursachenbereich	Gesamtgewicht (Summe)
External Bedingungen	
External sozial	
internal	

Interview Arbeitsplatzbedingungen			S. 19
Mögliche Gründe für Arbeitsplatzprobleme			
Die Arbeitsbedingungen	Andere Personen	Ich selbst	
Fehlende Materialien	Mobbing	Konzentrationsschwierigkeiten	
Zuviel Arbeit	„Streithähne“	Vergesslichkeit	
Personalmangel	Konflikte	Versagensangst	
Lärm	„Schwierige Personen, mit denen schwer auszukommen ist“	Fehlende Fähigkeiten, Überforderung	
Zu wenig Räume	„faule“ Kollegen	Eigene Eigenschaften, z.B. Überhöhter Selbstanspruch, Perfektionismus	
Sonstiges:	Sonstiges:	Sonstiges:	

24. Die nächste Frage ist: Wer oder was könnte etwas an diesem Problem ändern?

Hierzu haben Sie mir auch bereits Aspekte genannt, die ich notiert habe. Jetzt würde ich Ihnen gern auch noch einmal eine Liste vorlegen

(Übersicht zu „Wer oder was kann ein Arbeitsplatzproblem verändern“ auflegen),

die wir vorbereitet haben und bitte Sie, diese durchzuschauen, ob Ihnen noch weitere Veränderungsideen einfallen.

Außerdem bitte ich Sie wiederum zu 100 aufzuaddieren, was oder wer wie viel zu einer Veränderung beitragen könnte.

Interviewer liest die bereits genannten Veränderungsmöglichkeiten aus Frage 20 (S. 15) noch mal vor und ordnet diese mit Interviewpartner in das Schema ein, markiert auch alle weiteren ausgewählten Kästchen durch Kreuze, bevor die Gewichte zugeteilt werden.

Hier kategorisiert Interviewer: beginnend mit der Änderungsmöglichkeit, die das höchste Gewicht erhalten hat (dann absteigend weitere Änderungsmöglichkeiten)

Problem 1				
Änderungsmöglichkeit	external fatalistisch	external sozial	internal	Gewicht
1	☐	☐	☐	
2	☐	☐	☐	
3	☐	☐	☐	
4	☐	☐	☐	
5	☐	☐	☐	
6	☐	☐	☐	
7	☐	☐	☐	
8	☐	☐	☐	

In folgender Tabelle rechnet Interviewer zusammen, wie viel Gewicht dem jeweiligen Änderungsbereich insgesamt zukommt (aus obiger Tabelle entnommen):

Änderungsbereich	Gesamtgewicht (Summe)
External Bedingungen	
External sozial	
internal	

Interview Arbeitsplatzbedingungen		S 21
Was oder wer kann ein Arbeitsplatzproblem verändern?		
Andere Faktoren Bessere Wetterbedingungen Glück Wirtschaftlicher Aufschwung Bessere Arbeitnehmerrechte Sonstiges:	Andere Personen Chef(in) / Vorgesetzte(r) Kollegen Verwaltungsabteilung der Betriebsrat Sonstiges:	Ich selbst andere Stelle suchen eigene Ansprüche/Perfektionismus reduzieren eigene Fertigkeiten verbessern, mich fortbilden Gespräche suchen mit Chef oder Kollegen Sonstiges:

25. Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer allgemeinen „Leistungsfähigkeit“ in 4 ganz unterschiedlichen Lebensbereichen stellen, z.B. Freizeitbereich und Arbeitsbereich; es geht also darum, was Sie für ein Gefühl haben, wie gut Sie derzeit in diesen Bereichen „funktionieren“. Zuerst zum Beruf:

Fühlen Sie sich eingeschränkt, indem wie Sie ...

a) Ihren Beruf ausüben können?

Wert: _____ Was fehlt zur 10? _____

0 = Ich kann in meinem Beruf gar nichts mehr leisten
10 = Ich bin voll leistungsfähig im Beruf, kann meine Aufgaben gut erledigen

b) Ihre Beziehungen zu Ihren Familienmitgliedern (Partner, Kinder, Eltern, häusliche Umgebung) gestalten können?

Wert: _____ Was fehlt zur 10? _____

0 = ich komme mit den Beziehungen gar nicht mehr zurecht, fühle mich sehr unwohl
10 = in diesen Beziehungen fühle ich mich voll „funktionsfähig“; ich komme gut aus, fühle mich wohl, gestalte sie so, wie ich will

c) Ihre Beziehungen zu Ihren Mitmenschen (Freunde, Bekannte) gestalten können?

Wert: _____ Was fehlt zur 10? _____

0 = ich komme mit Beziehungen gar nicht mehr zurecht, fühle mich sehr unwohl
10 = in Beziehungen fühle ich mich voll „funktionsfähig“; ich komme gut aus, fühle mich wohl, gestalte sie so, wie ich will

d) Ihre Freizeit gestalten können?

Wert: _____ Was fehlt zur 10? _____

0 = ich kann in meiner Freizeit nichts mehr machen und fühle mich unfähig, sie zu gestalten
10 = ich gestalte meine Freizeit genau so, wie ich es will

Das, von dem Personen sagen, dass es fehlt, in 4 Kategorien einteilen:

In [1] Internal [2] External [3] internal und external

(2) Böse, mächtiger andere

(3) Glück

Lebensbereich	Leistung	Was fehlt zur 10?	Kategorie
Beruf			
Familie			
Freunde			
Freizeit			

Interview Arbeitsplatzbedingungen

S.23

NUR FÜR PATIENTEN DER AMBULANZ

Die folgenden Fragen sind durch den Interviewer anzupassen: je nach Setting setzt er das Wort „Therapie“ oder „stationärer Aufenthalt“ ein!

26. Sind die Arbeitsplatzprobleme ein Grund für die Entscheidung zur Therapie (in Klinik: zum stationären Aufenthalt)?

☐ Ja ☐ Nein

27. Sind die Arbeitsplatzprobleme der Hauptgrund für die Therapie (in Klinik: den stationären Aufenthalt)?

☐ Ja ☐ Nein

28. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Ihrer Erkrankung, aufgrund der Sie hier in Behandlung sind, und den Arbeitsplatzproblemen? Stehen Ihre Arbeitsplatzprobleme in Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung?

☐ nein
☐ ja; wenn ja, wie?

29. Was war zuerst da; die Arbeitsplatzprobleme oder Ihre Erkrankung(en), aufgrund der(er) Sie hier behandelt werden?

☐ zuerst Arbeitsplatzproblem
☐ zuerst Erkrankung
☐ gleichzeitig
☐ weiß ich nicht

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang B***Berufsbezeichnungen der Studienteilnehmer (N=160)***

Indexgruppe A / Vergleichsgruppe A	Indexgruppe S / Vergleichsgruppe S
Einzelhandelskaufmann	Fließbandarbeiter (Montage)
Bauleiter	Bürokauffrau
Bürokraft	Kraftfahrer
Amtsbote Uni	Metallarbeiter
Sachbearbeiterin	Chemikant
Routenplaner beim Kurierdienst	Heizungsbauer
Krankenschwester	Maschinist
Masseurin	Verfahrensmechaniker
Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Fahrbediensteter
Arzthelferin	Einkaufs-/Vekaufssachbearbeiter
Pflegefachkraft in Nachtwache	Büglerin
Datenerfassungs- und Schreibkraft	LKW Fahrer
Speditionskaufmann	Küchenhilfe
Justizsekretärin	Haustechniker
Mediengestalterin	Hausmeister
Altenpflegerin	Maschineneinrichter
Handwerkshelfer	Fabrikarbeiterin
Prüfer am Fließband	Organisationsmanager
Innendienstdirektor	Elektrotechniker
Controller	Bus- und Straßenbahnfahrer
Facharbeiter Autologistik	Produktionsmitarbeiter Fertighausbau
Verkäuferin	Hauswirtschaftlerin
Wissenschaftlicher Mitarbeiter	Süßmoster
Vertreter	Maschinenschlosser
Bankkaufmann	Schichtführer Dienstleistungsgewerbe
Angestellte Buchhaltung	Kraftfahrer
Angestellte in der Lebenshilfe	Arbeitstherapeutin
Redakteurin	Buchbinder
Administrator, Sachbearbeiter SAP	Heizungs- & Lüftungsbauer
Chemielaborantin	Produktionsmitarbeiter
Sachbearbeiterin EDV-Abteilung	Gemeindearbeiter (öffentlicher Dienst)
Sachbearbeiterin Versicherung	Floristin
Marketing-Assistentin	Näherin
Verwaltungsangestellte	Chemielaborantin
Technischer Angestellter EDV	Ver- und Entsorger
Redakteurin	Bankkauffrau
Journalistin	Bürohilfe
Call-Center-Agentin	Sachbearbeiterin
Marketing-Assistentin	Einkäufer für Services
Sekretärin	Mediengestalterin