

# Status-Bericht: Psychische Gesundheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung – eine arbeitspsychologische Perspektive

Rainer Wieland<sup>1</sup>

## 1 Einleitung

Immer dann, wenn ein Gut knapp wird oder Schaden zu nehmen droht, richtet sich die Aufmerksamkeit vermehrt darauf. Die „Psychische Gesundheit“ ist offenbar ein solches Gut. In der *öffentlichen Diskussion* wird psychische Gesundheit allerdings weniger in ihrer positiven Ausprägung und Wirkung diskutiert, sondern psychische Erkrankungen stehen im Focus der Diskussion. Dies führt dazu, dass mit dem Wort „psychisch“ häufig nicht diejenigen psychologischen Funktionsmechanismen assoziiert werden, die unser Denken, Fühlen und Handeln begleiten, sondern die extremeren Abweichungen, die dann mit dem Label Stress, Depression, Burnout oder psychische Erkrankung versehen werden.

In der *Arbeitswelt* nimmt, korrespondierend dazu, das Thema „Psychische Belastung und Beanspruchung“ eine prominente Stellung ein<sup>2</sup>. „Psychische Belastung und Beanspruchung in der Arbeitswelt“ ist ein Thema, das heute viele bewegt. Grund dafür ist nicht nur die gegenwärtig zu beobachtende kontinuierliche Zunahme psychischer Arbeitsbeanspruchungen, sondern auch das verstärkte Bemühen, den arbeitsschutzrechtlichen Erfordernissen nachzukommen. So will sich die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) in ihrem Arbeitsprogramm im Zeitraum 2013 – 2018 deshalb auch auf das Arbeitsschutzziel „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ konzentrieren. Auch der kürzlich neu gegründete Fachverband Psychologie für Arbeitssicherheit und Gesundheit e.V. (FV-PASIG) betrachtet das Thema der „Psychischen Belastung und Beanspruchung“ als eine zentrale Herausforderung für die Gestaltung der zukünftigen Arbeitswelt, und hat dazu einen entsprechenden Expertenkreis eingerichtet.

Auffällig ist bei der Behandlung des Themas, dass bisher die Aufmerksamkeit hauptsächlich darauf gerichtet wurde, zu analysieren, in welchem Maße psychische Erkrankungen zunehmen, wie sie das Fehlzeitengeschehen inzwischen dominieren, und mit welchen Entwicklungen zu rechnen ist. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat dazu kürzlich den Stressreport Deutschland 2012 veröffentlicht, in dem auf die Zunahme von Stress am Arbeitsplatz hingewiesen wird (s. Stressreport Deutschland 2012 - Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, 2012). „Dabei stehen Fragen zum Arbeitsplatz (Tätigkeitsschwerpunkte, Anforderungsniveau, Kennnisanforderungen, Arbeitsanforderungen, Weiterbildungsbedarf, Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen usw.) und

---

<sup>1</sup> Der hier vorliegende Beitrag ist eine etwas erweiterte Version des in Nold % Wenninger erschienenen Beitrags.

<sup>2</sup> Zumindest gilt dies für diejenigen Institutionen (Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin, Berufsgenossenschaften, staatliche Gesundheitszentren, Arbeitsministerium, Krankenkassen etc.) und Interessengruppen (Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände), deren Aufgabe die Gewährleistung der Arbeitssicherheit und Gesundheit bei der Arbeit ist. Darüber hinaus gilt dies für die Vielzahl von Tagungen und Workshops, die gegenwärtig von verschiedensten Institutionen, Vereinigungen und Verbänden (z.B. BMAS, BAuA, BKK Bundesverband; INQA, DNBGF) zu diesem Thema durchgeführt werden.

Fragen zu Beanspruchung und gesundheitlichen Beschwerden im Fokus der Befragung“ (Stressreport Deutschland, 2012, S. 6).

Der Stressreport bietet zur Beantwortung dieser Frage eine Fülle von Befunden, die sich auf die „Wirkungskette: Belastungen/Anforderungen – Ressourcen/Mittel zur Bewältigung - unmittelbare Beanspruchungsfolgen/Stress – langfristige Beanspruchungsfolgen/Stressfolgen“ beziehen. Theoretische Grundlagen für diese Vorgehensweise sind in der Arbeits- und Stressforschung gut validierte Modelle, die den Zusammenhang zwischen Arbeit, Persönlichkeit und Gesundheit beschreiben und auch hinreichend prognostizieren. Genannt werden a) das Belastungs-Beanspruchungs-Modell (Rohmert & Rutenfranz, 1975), b) das Anforderungs-Kontroll-Modell (Job-Demand-Control-Model, JDC, Karasek, 1979), c) das transaktionale Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984), das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996) als die derzeit am häufigsten genannten. Zu ergänzen wären weitere einflussreiche Konzepte, wie das Konzept Anforderung/Belastung (Leitner, 1999; Oesterreich, 1999), das Konzept vollständiger Tätigkeit (Hacker, 1998) das Konzept der Beanspruchungsoptimalität von Wieland (2010a), das eine ähnlich Systematik verfolgt, wie Hart & Cooper (2001).

Der Stressreport, wie auch die von Bandura u.a. herausgegebenen Fehlzeiten Reports (vgl. z.B. Badura et al., 2008, 2009, 2010) bieten eine Fülle von Daten und Fakten, die einen repräsentativen Überblick in Deutschland über den Status Quo der Komponenten der oben genannten Wirkungskette geben. Deutlich wird dabei, dass uns die Themen „Psychische Gesundheit“ bzw. „Psychische Belastung und Beanspruchung bei der Ausübung von Arbeitstätigkeiten“ in Zukunft aufgrund der sich rasant veränderten Arbeitswelt wahrscheinlich noch in verschärfter Form beschäftigen werden.

„In welchem Umfang jedoch arbeitsbedingte psychische Belastung für psychische (oder körperliche) Erkrankungen verantwortlich ist, wie hoch also sogenannte attributable Risiken zu beziffern sind und auch in welchem Umfang arbeitsbedingte psychische Belastung zum Anstieg psychischer Störungen beitragen, ist noch unbekannt“ (Stressreport Deutschland 2012, S.12). Welche Möglichkeiten bietet der Stressreport, für diese Fragen – und damit für das gegenwärtig virulente Thema „Psychische Gesundheit“ bzw. ihre pathogene Form „Psychische Erkrankung“ neue Antworten zu finden?

Ebenso wie zahlreiche nationale, europäische oder internationale Analysen der letzten Jahre, die sich mit den prozentualen Häufigkeiten von psychischer Belastung und Beanspruchung (oder Stress) in der Arbeitswelt befassen, lassen sich aus solchen Bestandsaufnahmen (Zahlen und Fakten) kaum Erkenntnisse darüber ableiten, wie die (konkreten) strukturellen Bedingungen der Arbeitstätigkeit (Verhältnisse), das aus der Arbeitstätigkeit resultierende Fühlen, Denken und Handeln (Verhalten) und die organisationalen Rahmenbedingungen (gesundheitsbezogene Unternehmens- und Führungskultur) die psychischen Beanspruchungen während der Arbeit und ihre mittel- und langfristigen Folgen (psychische Gesundheit oder psychische Erkrankung) bedingen.

Der Gegenstand „Psychische Gesundheit“, der seinen partiellen Ausdruck in der Arbeitswelt vor allem im Konstrukt „psychische Beanspruchung“ findet, stellt aufgrund seiner Komplexität allerdings auch viele Herausforderungen. Dies betrifft sowohl die Analyse (Was ist psychische Gesundheit?) als auch die Bewertung (Wann ist die psychische Gesundheit gefährdet?). Kompliziert und schwierig wird es aber vor allem dann, wenn es um

die Frage der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze bei konkreten Arbeitstätigkeiten in konkreten Unternehmen geht.

An dieser Stelle setzt dieser Beitrag an und beginnt zunächst mit einigen zentralen Fragen, die m.E. im Vorfeld zu klären sind. Die Fragen orientieren sich dabei an einem Paradigma, das seit vielen Jahren aus arbeitspsychologischer Perspektive formuliert und insbesondere im Kontext „Betrieblicher Gesundheitsförderung“ Anwendung gefunden hat: Die Einheit von Analyse, Bewertung und Gestaltung“. Eberhard Ulich (Ulich & Wülser, 2011) u.a. betrachten dies als grundlegende Voraussetzung für eine theoretisch und wissenschaftlich-methodisch begründete, empirisch fundierte und in der Praxis wirksame Vorgehensweise. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass vor allem diejenigen Phänomene in den Fokus unserer Aufmerksamkeit rücken sollten, die nicht nur einer validen Analyse zugänglich sind, sondern für die auch nachvollziehbare Bewertungskriterien vorliegen und die prinzipiell einer Veränderung bzw. Gestaltung zugänglich sind. Arbeitszufriedenheit oder Stressreaktionen können wir gegebenenfalls valide und zuverlässig messen. Gestaltbar sind jedoch nur die Bedingungen, die sie hervorrufen. Dazu benötigen wir geeignete Analyse- und Wirkungsmodelle mit entsprechenden Evaluationsstudien, beides ist nach wie vor selten.

Ausgehend von dem arbeitspsychologischen Leitbild, dass Analyse, Bewertung und Gestaltung eine Einheit bilden (sollten), stellen sich u.a. folgende Fragen, die in diesem Kontext zu klären sind:

1. Was ist psychische Gesundheit und welche Facetten psychischer Gesundheit sind im Arbeitsleben relevant?
2. Kann man die psychische Beanspruchung während der Arbeit als Kernmerkmal psychischer Gesundheit betrachten und lässt sie sich zuverlässig und valide messen?
3. Wann ist die durch psychische Belastungsfaktoren verursachte Beanspruchung funktional bzw. positiv, wann dysfunktional bzw. negativ? Welche Bewertungs- bzw. Beurteilungskriterien sind hier anzulegen? Welche Bedeutung haben dabei Vergleiche (Benchmarks) zwischen Branchen bzw. verschiedenen Arbeitstätigkeiten?
4. Was zeichnet ein wissenschaftlich fundiertes und zugleich praktikables Analyse- und Wirkungsmodell aus, das individuelle (Verhalten), strukturelle (Verhältnisse) und kulturelle (Werte, Einstellungen) Ursachen psychischer Belastung und Beanspruchung gleichermaßen berücksichtigt?

## **2 Was ist psychische Gesundheit und welche Facetten psychischer Gesundheit sind im Arbeitsleben relevant?**

Bevor wir in Abschnitt 2.4 den Versuch unternehmen, psychische Gesundheit defintitorisch einzugrenzen, ist es hilfreich, zunächst die unterschiedlichen Ebenen zu benennen, auf denen wir psychische Gesundheit betrachten können. Psychische Gesundheit kann zumindest auf drei Ebenen bzw. aus drei Perspektiven betrachtet werden: (1) der gesellschaftspolitischen und -ökonomischen Ebene (Makroebene), (2) auf der Ebene von Organisationen (Mesoebene) sowie (3) aus der Perspektive des individuellen Verhaltens (Mikroebene). Zwischen den drei Ebenen besteht eine wechselseitige, d.h. von ‚oben‘ und ‚unten‘ durchlässige Verknüpfung. Prozesse auf der *Mikro- und Mesoebene* sind an diejenigen auf der Makroebene gebunden. Wenn sich aufgrund einer zunehmenden Flexibilisierung, Deregulierung und Subjektivierung von Arbeit die Arbeitsgesellschaft grundlegend wandelt, so wandeln sich auch auf individueller Ebene die Formen der Lebensführung und die Prozesse der beruflichen

Tätigkeit. Hoff (2002) verweist in diesem Zusammenhang darauf „...dass Personen ihre eigenen Arbeitsumwelten und Arbeitsbiographien immer häufiger nicht nur selbst mit beeinflussen **können**, sondern sie selbst mit ausgestalten **müssen**“ (a.a.O., S. 15, Hervorh. v. Hoff). Die *Wechselbeziehung zwischen Makro- und Mikroebene* thematisieren Semmer & Richter (2004), wenn sie feststellen, dass die beste Grundlage für gute Leistung (deren Voraussetzung eine gute Gesundheit ist) im Alter Erwerb, Gebrauch und Entwicklung von Kompetenzen in jüngeren Jahren sind.

## 2.1 Psychische Gesundheit in der Gesellschaft und auf ökonomischer Ebene (Makroebene)

In den Industrieländern werden im Jahr 2030 nach Hochrechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Hälfte der Erkrankungen mit den stärksten Beeinträchtigungen der Lebensqualität (körperliches, psychisches, soziales Befinden) aus dem Bereich der psychiatrischen Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenie, Bipolare Störungen) stammen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2012a; WHO, 2008; Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips & Rahman, 2007). Die Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen liegt bei mindestens 50,0 %, Tendenz steigend (vgl. Meyer, 2006; Kessler, Berglund, Demler, Merikangas & Walters, 2005; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) fordert unter Anbetracht gesundheitspolitischer Entwicklungen *tragfähige Konzepte*, um psychisch Erkrankte auch in Zukunft bestmöglich unterstützen zu können (DGPPN, 2012b).

Über ein Drittel (39,5%) der Personen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, wies mehr als eine psychische Störung auf. Bei Frauen lag der Anteil mit 43,7% deutlich höher als bei Männern mit 30,5%. Häufigste Diagnosen waren Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen (vor allem Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit), affektive Störungen (vor allem Depressionen) sowie somatoforme Störungen, d.h. körperliche Beschwerden mit häufigen Arztbesuchen, für die keine organische Ursache gefunden werden kann (Mehrfachnennungen). Zur Situation in der Psychotherapeutischen Versorgung berichtet das Robert Koch Institut (2008):

- Psychische Krankheiten trugen in den letzten Jahren in steigendem Maß zu Krankenschreibungen bei und sind mittlerweile häufigster Grund gesundheitsbedingter Frühberentung.
- 37% der Frauen und 25% der Männer durchleben innerhalb eines Jahres eine psychische Störung.
- Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes schlugen psychische und Verhaltensstörungen mit knapp 23 Milliarden Euro zu Buche.
- Es ist davon auszugehen, dass ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung erfüllt.
- Frauen sind, mit Ausnahme der Suchtstörungen, insgesamt deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer.

Das Robert Koch Institut stellt in seinem Bericht zur Gesundheitssituation in Deutschland 2010 fest:

- „56 % der Frauen und 68 % der Männer berichten eine durchschnittliche oder überdurchschnittliche psychische Gesundheit. In ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt empfinden sich knapp 14 % der Frauen und 7% der Männer.
- Mit knapp 59 % ist der Anteil psychisch gesunder Frauen in der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre am höchsten. Der niedrigste Anteil psychisch Gesunder findet sich in der Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Frauen. Bei Männern zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in der psychischen Gesundheit nach Alter.
- Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit: Je höher der Bildungsstatus, desto höher ist auch der Anteil von Menschen mit mindestens durchschnittlicher psychischer Gesundheit. Die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen sind bei Frauen und Männern statistisch signifikant.
- Frauen und Männer mit einer starken sozialen Unterstützung sind zu einem signifikant höheren Anteil psychisch gesund als diejenigen mit geringer oder mittlerer sozialer Unterstützung.
- Bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussfaktoren Alter, Bildung, soziale Unterstützung und subjektive Gesundheit zeigt sich, dass die ausgewählten Faktoren voneinander unabhängig mit der psychischen Gesundheit in Zusammenhang stehen“. (Hapke, von der Lippe, Busch & Lange, 2010, S. 39).

## 2.2 Psychische Gesundheit im Arbeitsleben (Mesosebene)

Auf der *Mesoebene* geht es um die psychische Gesundheit in Unternehmen, die oft mit dem Schlagwort „Gesunde Unternehmen“ gekennzeichnet ist. Auch das gegenwärtig häufig diskutierte Thema „Gesunde Führung“ ist hier einzuordnen.

Dass Gesundheit als wirtschaftlicher Faktor zunehmend in das Bewusstsein der Entscheidungsträger und Verantwortlichen von Unternehmen tritt, hat seinen Grund insbesondere in folgenden beobachtbaren Trends bzw. Veränderungen in der Arbeitswelt:

- *Erhöhte Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit der Beschäftigten.* Grund dafür sind u.a. der beobachtbare Wandel in der Arbeitswelt im Hinblick auf: prekäre Arbeitsverhältnisse, Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Reorganisation von Unternehmensstrukturen, neue Arbeitsformen (z.B. Call Center, Zeitarbeit) erhöhter Zeitdruck, zunehmende Arbeitsintensität und Beschleunigung der Prozesse, Dezentralisierung, vermehrter Einsatz von Informations-Technologien, Globalisierung (vgl. Badura, Litsch, & Vetter, 2000, Kastner, Kipfmüller, Quaas, Sonntag, & Wieland, 2001; Frieling, E. und Arbeitsgruppe, 2004; Rigotti & Mohr, 2008; Ducki, 2003, 2010; ).
- *Veränderung (inner-)betrieblicher Altersstrukturen aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehende Fachkräftemangel.* Die Rente mit 67 macht nur dann Sinn, wenn auch die Qualität der Arbeit so gestaltet ist, dass sie sowohl die Gesundheit als auch die Arbeitsmotivation (Freude an der Arbeit) aufrechterhält und fördert. Damit gewinnt das Thema *Beschäftigungs- und Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung* gegenwärtig besonderes Gewicht (Ilmarinen & Tempel, 2002; Stegmaier, Noefer, Molter & Sonntag, 2006; Roth, Wegge, Schmidt, 2007; Wegge, Frieling & Schmidt, 2008; Frieling, 2010).
- *Zunahme psychischer Belastungen und den damit einhergehenden psychischen Beanspruchungen.* Die Umfragen der letzten Jahre in Unternehmen zu Stress und psychischer Belastung verzeichnen einen kontinuierlichen Anstieg (Berufsverband Deutscher Psycho-

loginnen und Psychologen BDP, 2008; European Agency for Safety and Health at Work (EU - OSHA), 2009; Stressreport der BAuA, 2012).

- Anstieg psychischer Erkrankungen (z.B. Burnout). Die Fehlzeitenanalysen aller gesetzlicher Krankenkassen machen deutlich, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ inzwischen an dritter Stelle aller Arbeitsunfähigkeitsfälle liegen, wobei die Erkrankungsdauer mit dem Alter kontinuierlich ansteigt (Wieland, 2008a; Fehlzeitenreport 2009; RKI, 2011; Latocha, 2013).
- Zunehmender Anteil der Personen, die krank zur Arbeit gehen (Präsentismus) sowie damit einhergehende Produktivitätsverluste (vgl. Schultz & Edington, 2007; Wieland & Hammes, 2010; Steinke & Badura, 2011).

Eine aktuelle Bestandsaufnahme über die Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland liefert der im Jahr 2008 vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) veröffentlichte Bericht. Er gibt einen Überblick über die psychischen Belastungen und die Krankheitslast in Verbindung mit dem Arbeitsleben. In diesem Bericht wird von Eberhard Ulich ein Gesamtüberblick gegeben, der verdeutlicht, dass:

- Psychische Erkrankungen hinsichtlich der AU-Tage mit 44,1 Millionen Tagen nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (97,8 Mio. Tage), Krankheiten des Atmungssystems (60,9 Mio. Tage) und Verletzungen und Vergiftungen (53,5 Mio. Tage) an vierter Stelle stehen.
- der durch Psychische Erkrankungen bedingte Produktionsausfall 4 Milliarden Euro, und
- der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 7 Milliarden Euro geschätzt wird.

Weitergehende Analysen zeigen, dass die auf die Diagnosegruppe Psychische und Verhaltensstörungen entfallenden Abwesenheitstage im Zeitraum 2001 bis 2005 von 33,60 Mio. Abwesenheitstage im Jahr 2001 auf 44,10 Mio. Abwesenheitstage im Jahr 2005 zu genommen haben. Dies entspricht einer Zunahme von 31,3%. Der Bericht des BDP verdeutlicht auch: Heute ist es nicht mehr allein die Arbeitslosigkeit, die zu erheblichen psychischen Beschwerden führt, sondern darüber hinaus auch schon die permanente Sorge um den Arbeitsplatz. Arbeitsüberlastung, hoher Erfolgsdruck und Mangel an sozialer Anerkennung führen unter denen, die um ihren Arbeitsplatz fürchten, zu sozialen Spannungen, psychischen Beanspruchungen und chronischem Stress.

### **2.3 Psychische Gesundheit auf individueller Ebene (Mikroebene)**

Auf individueller Ebene stellen psychische und körperliche Gesundheit ein hohes individuelles Gut und Sinnbild für Lebensqualität und Leistungsfähigkeit dar - Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Der (funktionale) Gesundheitszustand ist für die Lebensqualität von großer Bedeutung. Nicht allein bei der Ursachenforschung von Erkrankungen sind die Wechselbeziehungen zwischen Körper und Geist und Leib und Seele bedeutsam. Auch das alltägliche Wohlbefinden ist eng an die körperliche Gesundheit gekoppelt (Becker, 1982; Abele & Becker, 1991). So spiegelt sich z.B. ein glückhaft gesteigertes Lebensgefühl messbar in bestimmten Körperfunktionen: Das Herz schlägt schneller, der Hautwiderstand sinkt als Indikator emotionaler Erregung (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Ebenso lassen sich enge Kopplungen zwischen dem persönlichen und konsumtiven Nutzen, den man aus seinem Einkommen erzielen kann, und dem

Gesundheitszustand annehmen. Psychische Gesundheit wird als »Zustand des Wohlbefindens beschrieben, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen« (WHO 2001). „Psychische Gesundheit ist eine Voraussetzung dafür, das eigene intellektuelle und emotionale Potenzial verwirklichen zu können und eine Rolle in der Gesellschaft, in der Schule und im Arbeitsleben finden und erfüllen zu können“ (Hapke, von der Lippe, Busch & Lange, 2010). Die Kompetenz zur Erhaltung der eigenen Gesundheit wird von Wieland & Hammes (2008, 2010) als Gesundheitskompetenz bezeichnet.

## **2.4 Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Was ist das?**

### **2.4.1 Gesundheitsbegriff**

*Gesundheit* ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit; sie ist ein „Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986). Dieser Zustand ist nicht statisch, sondern das Ergebnis eines Prozesses (Udris, Kraft, Mussmann & Rimann, 1992). Diese Definition kennt fast jede/r, die/der sich mit Thema Betriebliche Gesundheitsförderung in der Ausbildung (Studium), in Forschung und Lehre, in einschlägigen Institutionen oder in der Beratungsbranche beschäftigt. Für Beschäftigte in Unternehmen – Führungskräfte wie MitarbeiterInnen – gilt dies in der Regel jedoch (noch) nicht. Gesund ist, wer nicht krank ist.

*Gesundheit* war und ist ein „...vielschichtiger normativer Begriff, der das Ergebnis sich wandelnder Gruppeninteressen und gesellschaftlicher Diskussionen ...“ (Ulich & Wülser, 2004, S. 39) darstellt. Deutlich wird dies gegenwärtig auch vor dem Hintergrund der Diskussion psychischer Erkrankungen und Burnout in der Arbeitswelt. Diese Diskussion hat vor allem deutlich gemacht, dass eine große Zahl von Personen mit dem Wort „psychisch“ häufig eine krankheitsbezogene Perspektive (psychische Erkrankung) verbindet. Dass dieser Begriff – ebenso wie die Begriffe „Psychische Belastung“ und „Psychische Beanspruchung“ in der ISO 10075 zunächst wertneutral zu sehen ist, diese Sichtweise trifft man außerhalb des wissenschaftlichen bzw. fachlichen Kontextes nach wie vor selten an. Was (psychische) Gesundheit bedeutet, wie sie sich von Krankheit abgrenzt, wird nach wie vor sehr unterschiedlich gesehen. „Unterschiede finden sich nicht nur in den Definitionsbestandteilen, sondern auch in Annahmen darüber, wie Gesundheit erhalten, geschwächt oder stabilisiert werden kann. Implizite Übereinstimmung besteht in der Regel darüber, dass Gesundheit eine Bedeutung von positiv, richtig, wünschenswert, normal oder normativ gebilligt zugeordnet wird“ (Greiner, 1998, S. 39/40).

Udris et al. (1992, S. 12) betrachten Gesundheit aus handlungs- und systemtheoretischer Perspektive. Gesundheit ist nach ihrer Auffassung (1) ein Zustand dynamischen (Fließ-) Gleichgewichts (Balance) innerhalb der Person und der Umwelt und kann (2) als Prozess zielgerichteter, präventiver und protektiver Handlungen bzw. der erfolgreichen Bewältigung von Anforderungen und Belastungen aufgefasst werden. In Anlehnung an diese Betrachtungen kann *Gesundheit* als prozesshaftes Geschehen aufgefasst werden, indem insbesondere folgende Komponenten eine zentrale Rolle spielen: (1) die Einstellungen, Werte und Überzeugungen im Hinblick auf Gesundheit, (2) die Fähigkeit der Person im Arbeitsprozess (sowie außerhalb der Arbeitswelt) auftretende Anforderungen und Belastungen erfolgreich zu

bewältigen, sowie (3) wünschenswerte Zielzustände (Gesundheit) herzustellen und unerwünschte Zustände (Krankheit) zu vermeiden, und damit langfristig eine Balance zu erreichen, die sich dadurch auszeichnet, dass körperliches und seelisches Wohlbefinden gegenüber negativen, gesundheitsbeeinträchtigenden Zuständen überwiegt (vgl. Wieland, 2010a; S. 874).

## **2.4.2 Gesundheit als individuelle und organisationale Handlungskompetenz**

In der *Arbeitstätigkeit* bzw. aus arbeitspsychologischer Perspektive kann *Gesundheit als Handlungskompetenz* von Individuen, Gruppen bzw. organisatorischen Einheiten oder eines Unternehmens insgesamt betrachtet werden. Demensprechend lassen sich zwei Ebenen der Gesundheitskompetenz unterscheiden: die individuelle und organisatorische Gesundheitskompetenz.

### **2.4.2.1 Gesundheit als individuelle Handlungskompetenz**

Gesundheit als individuelle Handlungskompetenz (individuelle Gesundheitskompetenz) bezieht sich auf die individuellen Erfahrungen, Erwartungen und Fähigkeiten, die eigene Gesundheit durch geeignete Maßnahmen zu erhalten und zu fördern, und gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen aktiv und wirksam zu begegnen. Auf der Handlungsebene beinhaltet sie die Fähigkeit: (a) durch selbstorganisiertes und eigenverantwortliches Handeln das eigene körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden (psychische Gesundheit) zu erhalten und herzustellen, (b) im Arbeitsprozess auftretende Anforderungen und Belastungen erfolgreich zu bewältigen, sowie (c) körperliche Beschwerden und Erkrankungen durch geeignete Maßnahmen zu vermeiden oder zu bewältigen (Wieland & Hammes, 2009).

Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie mit ihrer Gesundheit umgehen, wie viel Vorsorge sie betreiben und welche Strategien sie zur Bewältigung körperlicher Beschwerden oder von Krankheiten entwickelt haben. Gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Gewohnheiten (z. B. Ernährung, Bewegung), das Verantwortungsgefühl für sich selbst und für andere Bezugspersonen, das Vertrauen in die Wirksamkeit des eigenen Handelns (Selbstwirksamkeit) und die Fähigkeit, Krankheiten aktiv und wirksam zu begegnen, haben einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit.

Die individuelle Gesundheitskompetenz stellt ein relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal dar, dass einen engen Bezug zur Selbstwirksamkeit von Bandura (1997) aufweist. Schwarzer (2000, 2004) geht davon aus, dass der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Kompetenzerwartung ("self-efficacy"; Bandura, 1997) in jeder Phase gesundheitsbezogenen Denkens und Handelns eine unterstützende Rolle zukommt. Dabei definiert er Selbstwirksamkeitserwartung als "die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können" (Schwarzer, 2002, S. 251).

### **2.4.2.2 Gesundheit als organisationale Handlungskompetenz**

Im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wird ein systematischer und konsequenter Umgang mit der „Ressource Gesundheit“ immer mehr zu einem entscheidenden Faktor bei der Sicherung der Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit eines Unternehmens (vgl. Badura & Hehlmann, 2003; Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung, 2004; Ulich & Wülser, 2009; Wieland, 2010a; Bamberg, Ducki & Metz, 2011). Dadurch rückt die organisationale Gesundheitskompetenz als *gesundheitsförderliche Qualität der Arbeit* in den



Vordergrund (vgl. dazu Richter, 2002). Darunter versteht man die Fähigkeit und die Potenziale einer Organisation, durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen, gesunde Führung und eine gesundheitsbezogene Unternehmens- und Führungskultur die Gesundheit (Human-Ressourcen) ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern (Hammes, Wieland & Winizuk, 2009; Wieland & Hammes, 2010). Sichtbar wird dies anhand der Gesundheitskultur eines Unternehmens, den gesundheitsbezogenen Angeboten und Maßnahmen sowie den Aktivitäten und Maßnahmen, die ein Unternehmen in die Gesundheit seiner Beschäftigten investiert (Betriebliches Gesundheitsmanagement).

*Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)* als Beitrag organisationaler Gesundheitskompetenz umfasst die Entwicklung integrierter und nachhaltiger betrieblicher Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen, die die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitstätigkeit und Arbeitsorganisation, die Entwicklung der Gesundheitskultur sowie der Gesundheitskompetenz der Führungskräfte und Beschäftigten zum Ziel haben (Bamberg, Ducki & Metz, 2011). Dabei sollten Unternehmen so geführt werden, „...dass Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit als unternehmenspolitische Zielsetzungen dem vorrangigen, ertragsorientierten Unternehmensziel zugeordnet und mindestens gleichwertig neben anderen Zielsetzungen, wie Umsatz, Qualität und Umweltschutz gestellt und konsequent umgesetzt werden“ (Zimolong, Elke & Bierhoff, 2008, S. 181).

*Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)* als Beitrag organisationaler Gesundheitskompetenz basiert auf der Vorstellung, dass Gesundheit nicht als statischer Zustand, sondern als Entwicklungsprozess zu verstehen ist. „Gesundsein“ ist das Ergebnis eines Prozesses der Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung, in dem Gesundheit vom Organismus ständig hergestellt werden muss (vgl. Udris, 2006). Daraus abgeleitet ist die Vorstellung, dass Gesundheit auch entwickelt werden kann. Nach der „Ottawa-Charta“ der WHO (1986) wird dabei der Organisation der Arbeit und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen ein besonderer Stellenwert zugeschrieben (vgl. dazu Ulich, 2005; Ulich & Wülser, 2011). Nach der Ottawa-Charta zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, „... allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen [...]. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können [...]. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“.

Wesentliche *Potenziale organisationaler Gesundheitskompetenz* liegen in der beanspruchungsoptimalen Gestaltung der Arbeitsaufgaben, in möglichst störungsfreien Arbeitsabläufen, gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen, einer unterstützenden Führungskultur sowie in der sozialen Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte. Störungen und ihre Ursachen zu identifizieren und durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen, ist von doppeltem Interesse: Zum einen werden dadurch Arbeitsprozesse effektiver; zum anderen verbessern sich das Wohlbefinden und die Gesundheit. Wenn die innere Steuerung der Arbeitstätigkeit – die Regulation und gedankliche Planung – weitgehend flüssig und störungsfrei ablaufen kann, werden Ärger, zusätzlicher Zeitaufwand und negative Beanspruchungen wie z.B. körperliches Unwohlsein oder Nervosität vermieden (vgl. dazu auch Wieland, 2010b). Als spezifisches

Merkmal organisationaler Gesundheitskompetenz kann die alters- und altersgerechte Gestaltung der Arbeitsaufgaben und -bedingungen, die die spezifischen Fähigkeiten und Möglichkeiten älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer berücksichtigt, betrachtet werden (Frieling, 2004, 2010).

### **3 Psychische Beanspruchung während der Arbeit**

Eingangs hatten wir in Bezug auf die psychische Beanspruchung folgende Fragen formuliert: Kann man die psychische Beanspruchung während der Arbeit als Kernmerkmal psychischer Gesundheit betrachten und lässt sie sich zuverlässig und valide messen? Wann ist die durch psychische Belastungsfaktoren verursachte Beanspruchung funktional bzw. positiv, wann dysfunktional bzw. negativ? Welche Bewertungs- bzw. Beurteilungskriterien sind hier anzulegen? Welche Bedeutung haben dabei Vergleiche (Benchmarks) zwischen Branchen bzw. verschiedenen Arbeitstätigkeiten?

Die erste Frage ist eindeutig zu beantworten: Die (arbeitsbedingte) psychische Gesundheit hängt in entscheidendem Ausmaß von der während der Arbeitstätigkeit erlebten psychischen Beanspruchung ab. Dabei können „arbeitsbedingte Belastungen mit Beanspruchungen und Folgen verbunden sein, die nützlich, lohnend und persönlichkeits- sowie gesundheitsförderlich sind und/oder mit Beanspruchungen, die hohe psychophysische Kosten verursachend und gesundheitsschädlich sind“ (Wieland-Eckelmann, 1992, S. 28).

#### **3.1 Doppelrolle der Beanspruchung**

*Gute Arbeitsergebnisse sind ohne Anstrengung nicht zu erzielen.* Die Erledigung von Arbeitsaufgaben erfordert die Inanspruchnahme psychischer (interner) Ressourcen. Aufmerksamkeit und Konzentration, länger ausdauernde geistige oder körperliche Tätigkeit, die Regulierung unseres „Gefühlshaushaltes“ sowie kommunikative und kooperative Aktivitäten beanspruchen unsere persönlichen Ressourcen in vielfältiger Weise. Die psychische Beanspruchung erscheint dabei stets in einer „Doppelrolle“: Einerseits hat sie einen Nutzeneffekt, wenn sie förderlich (funktional) für die Bewältigung der anfallenden Arbeitsanforderungen ist, oder deren Bewältigung mit Freude, Stolz und Lernfortschritten verbunden ist. Andererseits hat die Beanspruchung durch den Verbrauch psychischer und energetischer Ressourcen auch ihren Preis. Der Kosteneffekt ist umso ausgeprägter je mehr negative, stressähnliche Beanspruchungszustände während der Arbeit auftreten.

*Nutzeneffekt der Beanspruchung.* Ähnlich wie beim Joggen, wo vor allem die physischen Ressourcen stark beansprucht werden und nach einiger Zeit verbraucht sind, ist die Beanspruchung psychischer Ressourcen bei der Arbeit grundsätzlich nicht schädlich. Es kommt darauf an, um welche Art der Beanspruchung es sich handelt. Positiv ist die Inanspruchnahme mentaler Ressourcen (geistige Anstrengung), die ausdauernde Konzentration auf ein Ziel (motivationale Ressource), die Freude und Begeisterung an der Arbeit (emotionale Ressource). Auch der Verbrauch energetischer Ressourcen (physische Energie, Fitness) kann, wenn bestimmte Grenzen nicht überschritten werden, mit einem Gefühl der Zufriedenheit einhergehen. Diese Art des Ressourceneinsatzes und die dabei erlebte Anstrengung werden von den meisten Personen sehr positiv erlebt. Sie vermittelt das gute Gefühl etwas erreicht zu haben, erzeugt ein hohes Selbstwertgefühl und ist mit positiven Emotionen (Freude, Stolz) verbunden.

*Kosteneffekt der Beanspruchung.* Stressähnliche Beanspruchungszustände wie innere Anspannung, Gereiztheit und nervöse Unruhe oder Gefühle der Unlust und Langeweile (Monotonieerleben) verbrauchen psychische Ressourcen, die für die Aufgabenbewältigung wenig Nutzen haben. Sie entstehen z.B. bei wenig abwechslungsreichen Aufgaben, bei der Arbeit unter hohem Zeitdruck und geringem Handlungsspielraum. Auch Aufgaben, die den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Beschäftigten nicht entsprechen oder eine Überforderung darstellen sind häufig mit negativen Beanspruchungen verbunden.

Die Doppelrolle der Beanspruchung im Arbeitsprozess macht deutlich: Betriebliches Gesundheitsmanagement zielt *nicht* darauf ab, die psychische Beanspruchung der Beschäftigten möglichst gering zu halten; auch Unterforderung kann Stressreaktionen auslösen. *Es geht nicht darum, die Arbeit möglichst beanspruchungsarm zu gestalten. Ziel sollte vielmehr die beanspruchungsoptimale Gestaltung der Arbeit sein.*

### 3.2 Funktionale und dysfunktionale Beanspruchung

*Funktionale Beanspruchung* besteht in der Aktivierung mentaler und motivationaler Ressourcen, die mit positiven Emotionen, Gefühlen der Selbstwirksamkeit und persönlichem Kompetenzerleben einhergehen; *dysfunktionale Beanspruchung* ist durch negative emotionale Zustände (innere Anspannung, Nervosität, Irritation, Gereiztheit), sowie unangenehme körperliche Befindlichkeiten (Verspannungen, Schmerz, Unbehagen) gekennzeichnet. Mentale (konzentriert, aufmerksam) und motivationale (leistungsbereit, energiegeladen) Beanspruchungszustände bilden das Konstrukt „funktionale Beanspruchung“; negative, emotionale (nervös, aufgeregt) und physische (körperlich unwohl) Beanspruchungszustände repräsentieren das Konstrukt „dysfunktionale Beanspruchung“. Die positiven Wirkungen funktionaler und die negativen dysfunktionaler Beanspruchung sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Doppelrolle der Beanspruchung: Nutzen- und Kostenaspekt bzw. funktionale und dysfunktionale Beanspruchung (aus Wieland & Scherrer, 2001).

Nutzenaspekt der Beanspruchung (positive, funktionale Beanspruchung)	Herstellung des Arbeitsproduktes, Erhalt und Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten, Erzeugung und Aufrechterhaltung der Arbeitsmotivation und -zufriedenheit, Kompetenzerleben und –entwicklung, Kontrollerleben
Kostenaspekt der Beanspruchung (negative, dysfunktionale Beanspruchung)	Verbrauch energetischer und psychischer Ressourcen, Fehlregulation bei Überforderung, Stresszustände, nervöse Anspannung, Ärger, Angst, körperliche und psychosomatische Beschwerden

### 3.3 Beanspruchungsbilanz als Bewertungskriterium gesundheitsförderlicher Arbeit

Psychische Beanspruchung ist eine *subjektive Größe*, die einer *objektiven Bewertung* nur schwer zugänglich ist. Wann können Beanspruchungszustände als gesundheitsförderlich, wann als gesundheitsbeeinträchtigend angesehen werden? Das Konzept der Beanspruchungsbilanz, das von der Bilanzierung funktionaler (positiver) und dysfunktionaler (negativer) Beanspruchungszustände ausgeht, liefert dazu eine Antwort.

Eine *positive Beanspruchungsbilanz* liegt dann vor, wenn funktionale, positive Beanspruchungszustände während der Arbeit überwiegen. Fühlt sich jemand meistens eher „energiegeladen/ tatkräftig“ und nur relativ selten „nervös/aufgeregt“, dann ist seine Bilanz positiv. Fühlt sich jemand dagegen überwiegend „nervös/aufgeregt“ und relativ selten

„energiegeladen/tatkräftig“, dann liegt eine *negative Beanspruchungsbilanz* vor. Somit erhält man aus der Differenz von positiver und negativer Beanspruchung einen Kennwert der als „Beanspruchungsbilanz“ bezeichnet wird. Den Zusammenhang zwischen funktionaler und dysfunktionaler Beanspruchung und Beanspruchungsbilanz zeigt Abbildung 1.

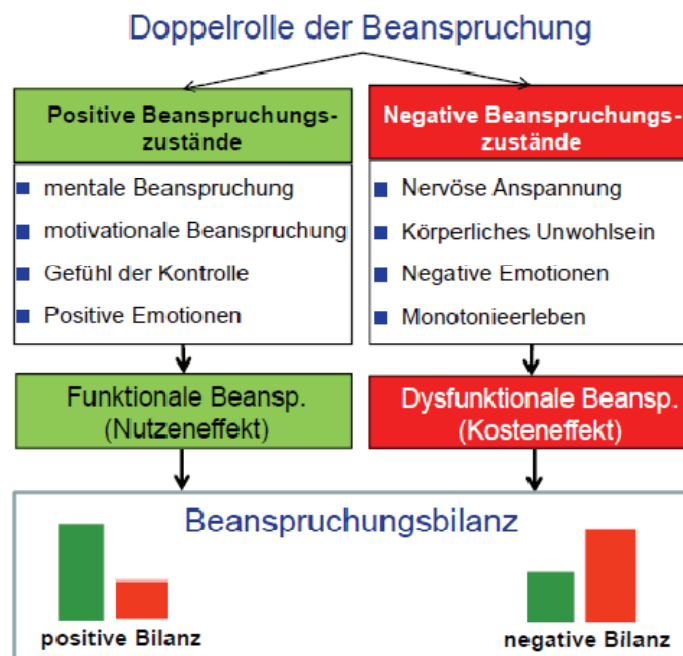


Abbildung 1: Doppelrolle der Beanspruchung

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, ist eine positive Bilanz durch eine hohe Ausprägung funktionaler und eine niedrige Ausprägung dysfunktionaler Beanspruchungszustände während der Arbeit gekennzeichnet; die negative Bilanz durch das umgekehrte Muster. Ist also der Nutzen größer als die Kosten, entsteht eine positive Beanspruchungsbilanz; sind die Kosten höher als der Nutzen ist die Bilanz negativ (vgl. dazu Schönflug, 1979; Wieland, 2000). Der Kennwert für die Beanspruchungsbilanz resultiert aus der standardisierten Differenz (Z-Werte) von funktionaler (positiver) und dysfunktionaler (negativer) Beanspruchung während der Arbeit (vgl. Wieland, Winizuk & Hammes, 2009). In der praktischen Anwendung verwenden wir häufig auch die Differenz der Absolutwerte (Mittelwerte). Dies ist anschaulicher, weil so z.B. Bilanzkennwerte verschiedener Unternehmen und/oder Tätigkeiten leichter vergleichbar sind.

Die Beanspruchungsbilanz ist ein guter Indikator für die Qualität der Arbeitsgestaltung (vgl. dazu Wieland 2004; Wieland, Krajewski & Memmou, 2006; Wieland, Winizuk & Hammes, 2009). Sie stellt zudem einen geeigneten Kennwert zur Evaluation von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung dar (vgl. Wieland & Görg, 2009). Beschäftigte an Arbeitsplätzen mit einer negativen Beanspruchungsbilanz, so zeigen unsere Studien, berichten im Vergleich zu solchen mit einer positiven Bilanz deutlich häufiger von körperlichen Beschwerden (Muskel-Skelett-, Herz-Kreislauf und Magenbeschwerden) sowie unspezifischen Beschwerden wie Nervosität, Konzentrationsstörungen und Schlaflosigkeit. Ebenso sind ihre Fehlzeiten deutlich höher ausgeprägt (vgl. Hammes, Wieland & Winizuk, 2009). Im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann deshalb die an einem Arbeitsplatz

täglich erlebte Beanspruchungsbilanz auch als „arbeitsbedingte Gesundheitsbilanz“ bezeichnet werden.

Hacker, Hubrich, Morgenroth & Stab (2012) haben kürzlich mit dem SBK-Verfahren ein Instrument zur Erfassung kurzfristig entstehenden Beanspruchungserlebens beim Ausführen von Erwerbstätigkeiten vorlegt, indem sie auch zwischen positivem Erleben (Frische, Anregung) und negativem Erleben (Müdigkeit, Desinteresse) differenzieren. Eine inhaltlich ähnliche Konzeption findet sich auch bei Schallberger (2006), der die Dimensionen positive und negative Aktivierung unterscheidet.

### **3.4 Kontrollerleben als spezifische Form psychischer Beanspruchung**

Im Job Demand-Control Modell (JDC Modell) werden “control” bzw. “decision latitude” definiert als die potenzielle Kontrolle, die ein Arbeitsplatzinhaber über seine Aufgaben und Ausführungsbedingungen hat (vgl. Karasek & Theorell, 1990, S. 60). Kontrolle bzw. Kontrollierbarkeit liegt dann vor, wenn Beschäftigte die eigenen Arbeitsweisen selbst bestimmen bzw. eigenständig zwischen verschiedenen Handlungsalternativen wählen können (zum Kontrollkonzept, vgl. auch Frese, 1977, 1987, Oesterreich, 1999; Grote, 1997).

Während sich im JDC Modell „control“ auf (objektive) Eigenschaften der Arbeitssituation bezieht, beinhaltet Kontrollerleben die subjektiven Wirkungen dieser Eigenschaften. Kontrollerleben ist in der Regel dann hoch ausgeprägt, wenn man das Gefühl hat, alles im Griff zu haben, oder glaubt, eine Situation durch eigne Aktivitäten bewältigen zu können. Das Gefühl der Unkontrollierbarkeit von Situationen beeinflusst die motivationale, mentale und auch emotionale Beanspruchung; sie kann zu Passivität, Leistungseinschränkungen, Resignation und Ängstlichkeit führen und so zur Entstehung gelernter Hilflosigkeit beitragen (vgl. Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Maier & Seligman, 1976). Sie wirkt sich negativ auf Eigeninitiative (Frese & Fay, 2001) und Motivation zu aktivem Handeln aus, sowie die Fähigkeit, Erfolge als selbstverursacht wahrzunehmen.

Kontrollerleben wird einerseits durch objektive Merkmale der Situation, andererseits durch Merkmale der Person beeinflusst (vgl. dazu Spector, Zapf, Chen, & Frese, 2000; Rau, Hoffmann, Morling, & Rösler, 2007). Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966; Krampen, 2000) und Selbstwirksamkeit („self-efficacy“, Bandura 1977, 1995, 1997; Schwarzer, 2002, 2004) sind wesentliche personale Ressourcen dafür, objektiv vorhandene Kontrollspielräume auch tatsächlich zu nutzen (s. auch Nerdinger, 2013). Selbstwirksamkeitsüberzeugungen haben auch Einfluss auf die Befindlichkeit am Arbeitsplatz. Beschäftigte mit geringer Selbstwirksamkeit reagierten bei hoher Arbeitsbelastung (Dauer und Intensität) mit stärkeren körperlichen und psychischen Stresssymptomen im Vergleich zu Personen mit hoher Selbstwirksamkeit (Jex & Bliese, 1999; Grau, Salanova & Peiró, 2001). Beschäftigte mit einer hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugung können berufliche Anforderungen und Belastungen sowie Stress am Arbeitsplatz besser bewältigen, als Personen mit geringer Selbstwirksamkeit (Schaubroeck & Merrit, 1997, 2000; Schaubroeck, Lam & Xie, 2000).

### **3.5 Messung psychischer Beanspruchung während der Arbeit**

Auf der Grundlage der konzeptuellen Überlegungen in den vorherigen Abschnitten, wurde ein Fragenbogen zur Erfassung psychischer Beanspruchung während der Arbeit entwickelt (vgl. dazu auch Wieland, 2004; Wieland, Krajewski & Memmou, 2006; Hammes, Wieland &

Winizuk, 2009; Hammes & Wieland, 2012). Nachfolgend wird die Kurz-Version dieses Fragebogens dargestellt, um zu verdeutlichen, dass sich die psychische Beanspruchung während der Arbeit zuverlässig und mit vergleichsweise geringem Aufwand messen lässt. Erfasst wird die psychische Beanspruchung mit der Eigenschaftswörterliste zur Erfassung von Emotionen und des Beanspruchungserlebens während der Arbeit, EEB; Wieland & Hammes, 2010). Sie besteht im Gegensatz zu einer Langversion mit 25 Items aus 10 Items bzw. Eigenschaftswörtern, die drei Beanspruchungsdimensionen abbilden: Funktionale, positive Beanspruchung, dysfunktionale negative Beanspruchung und Kontrollerleben, sowie die Beanspruchungsbilanz als Differenz von funktionaler und dysfunktionaler Beanspruchung (s. dazu Tabelle 2).

Tabelle 2: EEB Kurzform - Fragen zur psychischen Befindlichkeit während der Arbeit\*\*

**Bitte schätzen Sie mit den folgenden Eigenschaftswörtern ein, wie sie sich während der Arbeit im Allgemeinen fühlen.**

Wählen Sie bitte aus den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die am besten angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen. Antworten Sie möglichst spontan, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Im Allgemeinen fühle ich mich während der Arbeit...

	kaum	etwas	einigermaßen	ziemlich	stark	sehr stark	außerordentlich
1. energiegeladen (fB)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. nervös (dB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. einflussreich (Kontrollerleben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. körperlich verspannt (dB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. leistungsbereit (fB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. aufgeregt (dB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. körperlich unwohl (dB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. aufmerksam (fB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. konzentriert (fB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. selbstwirksam (Kontrollerleben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Legende: (fB) = funktionale, positive Beanspruchung; (dB) = dysfunktionale, negative Beanspruchung

\*\* Copyright: Rainer Wieland, 2010. Eine umfangreiche Validierungsstudie wird demnächst im Journal Psychologie des Alltagshandelns veröffentlicht.

Um Hinweise dafür zu erhalten, wie die psychische Beanspruchung und das Erleben während der Arbeit den Gesundheitszustand als längerfristige Beanspruchungswirkung beeinflussen, wurden zusätzlich der gegenwärtige Gesundheitszustand sowie der gegenwärtige Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen gleichen Alters und Geschlechts erfragt. Die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes wurde mit der Frage erfasst:

Wie schätzen Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand ein?

- sehr gut    eher gut    mittelmäßig    eher schlecht    sehr schlecht

Die Beurteilung des Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen mit der Frage: Wie schätzen Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Personen Ihres Alters und Geschlechts ein?

wesentlich schlechter  schlechter  etwas schlechter  genauso  etwas besser  besser  wesentlich besser

Umfangreiche Validierungsstudien haben gezeigt, dass sich zuverlässige Aussagen darüber machen lassen, wie die drei EEB-Dimensionen (a) mit Merkmalen der Arbeitsgestaltung (z.B. Tätigkeitsspielraum), dem Führungsstil (z.B. mitarbeiter-orientierte Führung) und der Gesundheitskompetenz als Personmerkmal zusammenhängen, sowie (b) welche Folgewirkungen (gesundheitliche Beschwerden, Präsentismus, Fehlzeiten) in Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad der psychischen Beanspruchung zu erwarten sind (Wieland & Hammes, in Vorb.).

Ein Verfahren zur Messung psychischer Beanspruchung bleibt ein „akademisches Konstrukt“, wenn es nicht in ein theoretisch hinreichend begründetes, empirisch fundiertes und praktikables Analyse- und Wirkungsmodell eingebettet ist. Im nachfolgenden Kapitel werden deshalb in knapper Form zunächst die Grundzüge eines solchen Modells beschrieben. Ziel ist dabei, für die Forschung als auch die betriebliche Praxis ein Rahmenmodell zu bieten, das die Grundlagen dafür schafft, psychische Beanspruchung a) innerhalb eines arbeitspsychologischen Analyse- und Gestaltungsmodells zu verorten, und (b) Voraussetzungen dafür schafft, einerseits Hinweise für die (gestaltbaren) Quellen bzw. Ursachen psychischer Beanspruchung zu identifizieren, und zum anderen Aussagen darüber ermöglicht, welche Wirkungen (Folgen/Ergebnisse) angemessene bzw. negative, dysfunktionale Beanspruchungen während der Arbeit haben.

## 4 Wirkungsmodell zur Beurteilung der Ursachen und Folgen psychischer Beanspruchung

### 4.1 Modellbeschreibung

Die das Modell konstituierenden Merkmalsklassen sind: (1) Merkmale der Aufgaben- und Arbeitsgestaltung (Tätigkeitsspielraum, vollständige Tätigkeit, störungsfreies Arbeiten), (2) Führungsstil (ganzheitliche Führung), (3) Selbstregulationsfähigkeit als Personmerkmal; (4) Beanspruchung und Kontrollerleben im Arbeitsprozess, und (5) die Ergebnisse und Folgen des Arbeitsprozesses. In Abbildung 2 ist das Wirkungsmodell mit fünf Wirkungspfaden dargestellt, sowie mit den zwei unterschiedlichen Regulationsformen der aufgabenbezogenen und personbezogenen Regulation.

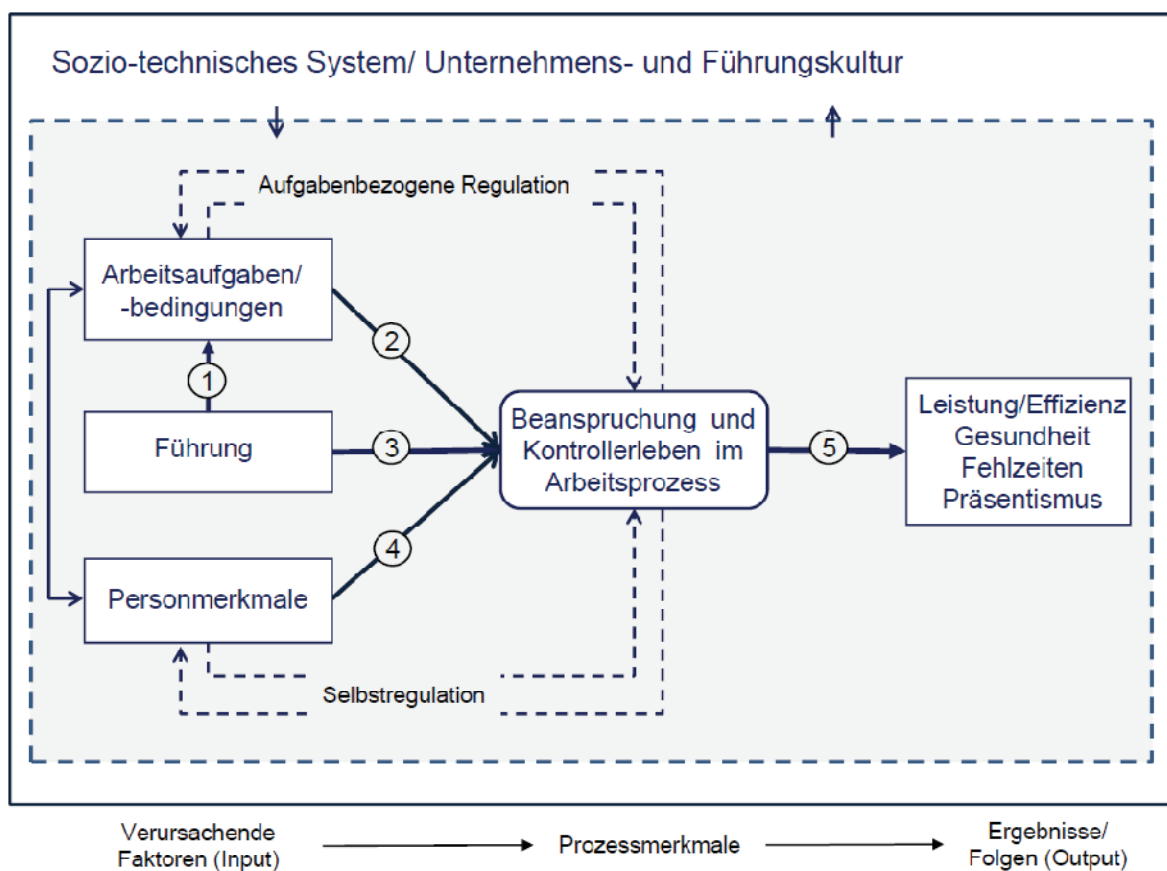


Abbildung 2: Arbeitspsychologisches Analyse- und Wirkungsmodell mit fünf Wirkungspfaden sowie aufgabenbezogenen und personbezogenen Regulationsvorgängen (vgl. dazu auch Wieland, Winizuk & Hammes, 2009; Wieland & Hammes, 2010).

Auf die im Modell eingetragenen Regulationsformen der „aufgaben- oder problembezogenen Regulation“ und der „Selbstregulation“ wird hier aus Platzgründen nicht näher eingegangen (vgl. dazu z.B. Schönplüg, 1979; Lazarus & Launier, 1981; Battmann & Dutke, 1986; Wieland-Eckelmann, 1986; Hockey, 1997; Wieland & Baggen, 1999; Wieland, 2004). Aufgrund der fünf Merkmalsbereiche und der fünf Wirkungspfade bezeichnen wir das Modell auch als „Fünf x Fünf Wirkungsmodell“ (vgl. dazu Wieland, Winizuk & Hammes, 2009;



Hammes, Wieland & Winizuk, 2009). Die fünf Wirkungspfade des Modells werden im Folgenden kurz beschrieben.

Wirkungspfad 1: *Führungsverhalten und Arbeitsgestaltungsmerkmale*. Führungskräfte bestimmen (mit) wie Arbeitsabläufe organisiert, Arbeitsaufgaben und –anforderungen gestaltet und zwischen den MitarbeiterInnen verteilt werden. Am Arbeitsplatz auftretende Regulationsbehinderungen und der Führungsstil weisen dabei enge Zusammenhänge auf. So zeigten sich in drei Studien in Unternehmen verschiedener Branchen mit 877, 300 bzw. 573 Beschäftigten (Wieland, Winizuk & Hammes, 2009), zwischen mitarbeiterorientiertem Führungsstil und Regulationsbehinderungen hochsignifikante Korrelationen von  $r = -.29$  bis  $r = -.40$ .

Wirkungspfad 2: *Arbeitsgestaltungsmerkmale, psychische Beanspruchung und Kontrollerleben*. Arbeitstätigkeiten mit vielfältigen, anspruchsvollen Aufgaben, Tätigkeitsspielräumen und vergleichsweise wenigen Arbeitsstörungen (Regulationsbehinderungen) sind mit einer positiven *Beanspruchungsbilanz* verbunden (Wieland, 2003; Wieland, Winizuk & Hammes, 2009; Hammes, Wieland & Winizuk, 2009). Diese liegt dann vor, wenn funktionale Beanspruchungszustände während der täglichen Arbeit gegenüber dysfunktionalen, negativen deutlich häufiger auftreten. Arbeitsplätze mit hohen Regulationsanforderungen im Sinne vollständiger Tätigkeiten und wenig Regulationsbehinderungen sind mit deutlich geringeren negativen Beanspruchungen verbunden und werden deutlich höher hinsichtlich ihrer Lernförderlichkeit beurteilt im Vergleich zu Arbeitsplätzen mit geringen Regulationsanforderungen und vielen Regulationsbehinderungen

Wirkungspfad 3: *Führungsverhalten, psychische Beanspruchung und. Kontrollerleben*. Führungskräfte beeinflussen in zweifacher Hinsicht das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten: (a) auf *indirektem* Weg, als (Mit-)Gestalter der Arbeitsbedingungen (s. dazu Wirkungspfad 1), und (b) auf *direktem* Weg durch ihr Verhalten gegenüber ihren Untergebenen. Wie Wieland & Scherrer (2007) zeigen konnten, erzeugen Führungskräfte durch ihr Verhalten (Führungsstil) (bewusst oder unbewusst) positive und negative Befindlichkeiten (Herausforderungs- oder Bedrohungsgefühle; Lazarus & Launier, 1981) mit deutlichen Auswirkungen auf die psychische Beanspruchung und das Kontrollerleben. Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil hat positive Auswirkungen auf das psychische Befinden während der Arbeit (Rosenstiel, Molt & Rüttinger, 1983; Stadler & Spieß, 2000; Wilde, Hinrichs & Schüpbach 2008), die Arbeitszufriedenheit (Baillod & Semmer, 1994) und die körperliche Gesundheit (vgl. Scherrer, 2007). Auch *körperliche Beschwerden* (Herz-Kreislauf-; Rücken-, Magen- und allgemeine Beschwerden) werden von Personen in stärkerem Ausmaß angegeben, die ihre Führungskräfte als wenig mitarbeiterorientiert beurteilen (vgl. Wieland, 2008b).

Wirkungspfad 4: *Personmerkmale, psychische Beanspruchung und. Kontrollerleben*. Die Inanspruchnahme psychischer und körperlicher Ressourcen kovariert mit Persönlichkeitsmerkmalen, dafür liefert die Angst- und Stressforschung viele Befunde (vgl. z.B. Schwarzer, 2000; Laux, 2003; Hobfoll & Buchwald; 2004; Latocha, 2013). Ebenso zeigen die Übersichten der Arbeits- und Organisationspsychologie (vgl. z.B. Sonnentag & Frese, 2003; Zapf & Semmer, 2004) zu diesem Thema, dass Persönlichkeitseigenschaften und individuelle Bewältigungsstile die psychische Beanspruchung und das Kontrollerleben bei der Bewältigung von Arbeitsanforderungen substanziell beeinflussen (Wieland, 2004; Schulz, 2007, 2012). Dabei zeigt sich z.B., dass die individuelle Gesundheitskompetenz substanzielle

Effekte auf das Ausmaß psychischer Beanspruchung und das Kontrollerleben haben: Je höher die Gesundheitskompetenz, desto günstiger die Beanspruchungsbilanz und desto stärker ausgeprägt das Kontrollerleben (Wieland & Hammes, 2010; Hammes & Wieland, 2012).

Wirkungspfad 5: *Psychische Beanspruchung, Kontrollerleben und Folgewirkungen*. Die während der Arbeit erlebte Beanspruchung und das Kontrollerleben weisen substantielle Effekte in Bezug auf den Gesundheitszustand, Fehlzeiten, Präsentismus und körperliche Beschwerden auf (Wieland, 2009; Wieland & Hammes, 2010). Einen substantiellen Zusammenhang zwischen Fehlzeiten und Kontrollerleben belegt eine Studie mit 874 Beschäftigten eines Versicherungsunternehmens: Personen mit sehr gering ausgeprägtem Kontrollerleben hatten mit durchschnittlich 9,8 Fehltagen im Jahr doppelt so viel Fehltagelike Personen mit einem sehr stark (5,5 Fehltagelike) oder außerordentlich starken Gefühl der Kontrolle (4,7 Fehltagelike; Wieland, 2009, S. 15). Von den befragten 874 Personen hatten 29% das Gefühl, auf ihre Arbeitstätigkeit bzw. -situation „kaum“, und nur 5,5% bzw. 1% sehr starken bzw. außerordentlich starken Einfluss zu haben.

Bisher liegen allerdings nicht nur für (arbeitsdingte) psychische Erkrankungen kaum umfassende Ursache-Wirkungsmodelle und dementsprechende Interventionsstudien vor. Auch im Bereich von Muskel-Skelett-Erkrankungen zeigt sich eine ähnliche Befundlage, wie Zimolong, Elke & Bierhoff (2008) aufzeigen. Meta-Analysen verhaltens- und verhältnis-orientierter Interventionen zeigen nach Ansicht dieser Autoren, dass für den betrieblichen Alltag wirksame und nachhaltige Interventionskonzepte bisher nur in Ansätzen existieren. Insbesondere fehlen Studien, in denen die Rückengesundheit gefährdende Risikokonstellationen anhand von Wirkungsmodellen untersucht werden, aus denen sich gezielte Hinweise für Präventionsmaßnahmen ableiten lassen (Zimolong, Elke, & Bierhoff, 2008).

#### **4.2 Bedeutung des Modells für die Messung, Bewertung und Gestaltung psychischer Belastung und Beanspruchung**

Die wesentliche Funktion eines solchen Modells sehen wir darin, dass die Messung und Bewertung psychischer Beanspruchung als arbeitsbezogenes Merkmal psychischer Gesundheit in ein ganzheitliches Modell integriert ist, dass zuverlässige Prognosen darüber ermöglicht, wie psychisch wirksame Verursachungsfaktoren (Arbeitsbedingungen, Führungsstil, Personmerkmale) Einfluss auf die psychische Beanspruchung im Arbeitsprozess nehmen, und mit welchen Ergebnissen/Folgen dabei in Bezug auf wichtige Outputmerkmale (Gesundheitszustand, Fehlzeiten, Präsentismus) zu rechnen ist.

Voraussetzung für die Anwendung dieses Modells (s. Abbildung 2) sind zwei Aspekte: (a) theoretisch fundierte und empirisch überprüfte Instrumente zur Erfassung seiner Komponenten, und (b) hinreichend viele Benchmark-Daten. Insbesondere in Bezug auf den letztgenannten Aspekt, wäre es wünschenswert, eine Datenbank mit Benchmark-Daten von hinreichend großen Stichproben verschiedener Branchen und Arbeitstätigkeiten zu besitzen, anhand derer Grenzwerte für psychische Belastungen und Wirkungsgrößen (z.B. Effektstärken) ermittelt werden können. Auf diese Weise lassen sich für konkrete Unternehmen mit konkreten Arbeitstätigkeiten Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung im Betrieb ableiten, die auf einer wissenschafts-gestützten Analyse und Bewertung basieren. In meiner Arbeitsgruppe erarbeiten wir gegenwärtig eine solche Datenbank; mittlerweile haben wir dafür einen Grundstock von mehr als 10.000 Befragungen in Unternehmen verschiedener Branchen bzw. mit unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen.

Die Erfüllung des erstgenannten Aspektes fällt deshalb relativ leicht, da die Arbeitspsychologie in den letzten 20 Jahren zuverlässige und valide Instrumente zur Analyse von Arbeitstätigkeiten, gesundheitsrelevanten Führungsstilen sowie individuellen, gesundheitsbezogenen Ressourcen wie z.B. Gesundheitskompetenz entwickelt hat.

Die Erfassung psychischer Befindenzustände – die psychische Beanspruchung ist davon eine spezielle Subkategorie – hat schon eine sehr lange Tradition, die zurück bis die Anfänge der Psychologie seit Wundt reicht und in der heutigen psychologischen Forschung eine breite Renaissance erfährt (vgl. dazu Mohr, Rigotti, & Müller, 2007; Schimmack, 2008; Diener, 2012; Seligman, 2011). Diese Erkenntnisse der Psychologie sollten in Zukunft konsequenter für die Messung psychischer Beanspruchungszustände herangezogen werden. Das hier vorgestellte Konzept zur Messung und Bewertung psychischer Beanspruchung ist ein erster Weg in diese Richtung.

## 5 Ausblick

In diesem Beitrag wurde deutlich, dass die (arbeitsbedingte) psychische Gesundheit in entscheidendem Ausmaß von der während der Arbeitstätigkeit erlebten psychischen Beanspruchung abhängt. Beanspruchungsoptimierung kann deshalb als Ziel gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung angesehen werden, die mit positiven Gesundheitseffekten verbunden ist. Dabei gehen wir davon aus, dass sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit positiv beeinflusst wird. Optimale Beanspruchung während der Arbeit trägt zum Erhalt und zur Förderung der psychischen Gesundheit bei. Wenn wir psychische Gesundheit als Handlungsfähigkeit zur Befriedigung eigener Ziele und Bedürfnisse definieren (s.o), dann kann man in Anlehnung an Schulz (2012) davon ausgehen, dass „Beanspruchungsoptimierung, vermittelt über die Befriedigung von persönlich bedeutsamen Bedürfnissen, die psychische Gesundheit erhält. Beanspruchungsoptimierung unterstützt die Bedürfnisbefriedigung und in der Folge die psychische Gesundheit“ (Schulz, 2012, S. 149).

Eine wesentliche Voraussetzung für psychische Gesundheit der Beschäftigten (und zugleich eine hohe Arbeitsleistung) ist „Störungsfreies Arbeiten“. Ständige Störungen und Unterbrechungen von Arbeitsabläufen gehören zu den wichtigsten Stressfaktoren (vgl. Leitner, 1999; Leitner & Resch, 2005; Wieland, 2010b) und führen zu Fehlbeanspruchungen durch dysfunktionale Beanspruchungsregulation (Schulz, 2012). Fehlbeanspruchungen (Richter & Hacker, 2012) haben die stärkste Wirkung auf den allgemeinen Gesundheitszustand (gemessen mit Beschwerdehäufigkeit) und senken die Belastbarkeit dauerhaft. Sie belasten auf Dauer selbst die besten und motiviertesten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, führen zu quantitativen und qualitativen Beeinträchtigungen der Arbeitsleistung, zu negativen psychischen Beanspruchungen; Burnout und innerer Kündigung. Daten aus betrieblichen Untersuchungen zeigen, dass gerade die „unspezifischen Beschwerden“ wie Nervosität, Schlaf- und Konzentrationsstörungen zunehmen (vgl. Wieland, 2008b; Wieland & Hammes, 2009. Dies sind auch die ersten Symptome von Irritation, psychischer Dauerbelastung und Depression (Mohr, Rigotti & Müller, 2007). Störungen im Arbeitsprozess mit hoher psychischer (negativer) Wirkung sind dabei insbesondere: fehlende Transparenz von Arbeitsaufträgen und –aufgaben; mangelnde Rückmeldung über Ergebnisse im Arbeits-

prozess, unfreiwillige Wartezeiten, Arbeitsunterbrechungen, Einflüsse durch externe Umweltreize wie Lärm, Hitze, Luftfeuchtigkeit. Maßnahmen zur Beseitigung von Arbeitsstörungen sollten dabei entsprechend dem MTO-Ansatz (Strohm & Ulich, 1997; iafoB, 2008; Ulich, 2011) stets die Gesamtaufgabe berücksichtigen, die aus den drei zentralen Aufgabenbereichen bzw. deren Schnittstellen im Arbeitsprozess resultiert: Mensch-Aufgabe, Mensch-Technik und Mensch-Organisation.

Eine funktionale, die psychische Gesundheit fördernde Beanspruchung kann insbesondere durch folgende psychisch wirksame Gestaltungsprinzipien realisiert werden: Partizipative Arbeitsgestaltung (vgl. Ducki, Bamberg & Metz, 2011; Katzer, Dunkel, & Menz, 2008), Schaffung von angemessenen Tätigkeitsspielräumen und vollständigen Tätigkeiten (Planung, Ausführung und Kontrolle liegen in einer Hand; Hacker, 1991, 2005), Vermeidung von Arbeitsstörungen, ganzheitliche (mitarbeiter- und aufgabenorientierte) Führung sowie auf der Verhaltensebene durch Qualifizierung und Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstregulation.

Als eine wichtige übergeordnete Leitlinie gesundheitsförderlicher Arbeits- und Organisationsgestaltung kann das „*Prinzip der Gestaltungsfreiheit*“ betrachtet werden. Gestaltungsfreiheit als Zweck und Mittel (Ziel und Weg) ist für den gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess im Unternehmen aus zwei Gründen zentral: Erstens, aus Gründen der *Effektivität*: Ob die Ziele einer gesundheits- und ressourcenförderlichen (und zugleich ökonomisch effizienten) Arbeits- und Organisationsgestaltung erreicht werden, hängt primär von der Schaffung realer (Gestaltungs-)Freiheiten für die Beschäftigten ab. Zweitens, aus Gründen der *Evaluation*: Die Beurteilung der Wirksamkeit, des Fortschritts und der Nachhaltigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen sollte vor allem bezüglich der Frage erfolgen, ob die konkreten, realen Gestaltungsfreiheiten (Partizipationsmöglichkeiten) der Beschäftigten zugenommen haben.

## 6 Literaturhinweise

- Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.) (1991). Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik (S. 297-325). Weinheim: Juventa.
- Abele, A. (1991). Auswirkungen von Wohlbefinden oder: Kann gute Laune schaden? In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik (S. 297-325). Weinheim: Juventa.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale J. D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54 (7), 502-509.
- Badura B., Schröder H., Klose J., Macco K. (Hrsg) (2010): Fehlzeitenreport 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern, Springer Verlag, Berlin
- Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2008): Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer: Berlin.
- Badura B., Schröder H., Vetter C. (Hrsg.) (2009): Fehlzeitenreport 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Springer: Berlin.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (Hrsg.) (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer.
- Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (Hrsg.) (1999), Fehlzeiten-Report 2000 – Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Berlin: Springer.
- Baillo, J. & Semmer, N. (1994). Fluktuation und Berufsverläufe bei Computerfachleuten. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 38, 4, 152-163.
- Bamberg, E. & Busch, Ch. (2006). Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 50, 4, 215 -226.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt . Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1997). *Self- efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Battmann, W. & Dutke, S. (1986). *Processes of molar regulation of behavior*. Lengerich: Pabst.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle, Diagnostik* (Band 1). Göttingen: Hogrefe.
- Bertelsmann-Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission* (2. Aufl.). Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.) (2008). *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*. Berlin: Bundesgeschäftsstelle.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (2008). *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*. Berlin: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Falkai, P., Maier, W., Becker, T. & Schneider F.) in Zusammenarbeit mit der APK (Heinz, A. & Kunze, H.) (2012a). Konzeptvorschlag zur Einrichtung eines Deutschen Zentrums für psychische Erkrankungen. Verfügbar unter: <http://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelles-schwerpunkte/detailansicht/article/124/konzeptvorsch-1.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2012b). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout*. Berlin. Verfügbar unter: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf)
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 67, 590-597.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse* (Schriftenreihe MTO, Bd. 25). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ducki, A. (2003). Betriebliche Gesundheitsförderung und neue Arbeitsformen – Aktuelle Tendenzen zu Forschung und Praxis. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 33, 419-436.
- Ducki, A. (2010). Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit. Überall dabei sein – Nirgendwo daheim. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2009 (S. 61-70). Heidelberg: Springer.
- Ducki, A., Bamberg, E. & Metz A.-M. (2011). Prozessmerkmale von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz, (2011). *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt . Ein Handbuch* (S.135-153). Göttingen: Hogrefe.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU - OSHA) (2009). OSH in figures: stress at work – facts and figures. Luxemburg.

- Frese, M. & Fay, D. (2001): Personal initiative: An active performance concept for work in the 21st century, *Research in Organizational Behavior*, 23, 133–187.
- Frese, M. (1977). *Psychische Störungen bei Arbeitern*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Frese, M. (1987). A theory of control and complexity: Implications for software design and integration of computer systems into the work place. In M. Frese, E. Ulich & W. Dzida (Hrsg.), *Psychological issues of human-computer interaction in the work place* (S. 313-337). Amsterdam: North-Holland.
- Frese, M., Tornau, K. & Fay, D. (2008). Forschung zur Analyse und Förderung der Eigeninitiative: Love it, Leave it or Change it. *Zeitschrift für Personalführung*, 3, 48-57.
- Frieling, E. (2010): Ältere Arbeitnehmer. In E. Bamberg, A. Ducki, A.-M. Metz, (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S.461-477). Göttingen: Hogrefe.
- Frieling, E. und Arbeitsgruppe (2004). Wandel der Arbeitswelt. Handlungsbedarf und Maßnahmen zur Förderung der betrieblichen Gesundheitspolitik. In Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse der Arbeitsgruppen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Grau, R., Salanova, M. & Peiró, J. M. (2001). Moderator effects of self-efficacy on occupational stress. *Psychology in Spain*, 5, 63-74.
- Greiner, B. A. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 39-55). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Grote, G. (1997). *Autonomie und Kontrolle. Zur Gestaltung automatisierter und risikoreicher Systeme*. Zürich: vdf.
- Hacker, W. (1991). Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 35, 48-58.
- Hacker, W. (2005). *Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Huber.
- Hacker, W. (1998). Die Bedeutung der Allgemeinen Psychologie für die Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 57-74). Göttingen: Hogrefe.
- Hacker, W., Hubrich, A., Morgenroth, Th. & Stab, N. (2012). Schätzklen zum kurzfristigen Beanspruchungserleben (SBK-Verfahren) – modifiziert nach Plath & Richter (1984). *Journal Psychologie des Alltagshandelns/Psychology of Everyday Activity*, 5, 1, 27 -37.
- Hammes, M. & Wieland, R. (2012). Screening-Instrument zu Beanspruchung während der Arbeit. In G. Athanassiou, S. Schreiber-Costa & O. Sträter (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit - Sichere und gute Arbeit erfolgreich gestalten - Forschung und Umsetzung in die Praxis* (S. 331-334). Kröning: Asanger
- Hammes, M., Wieland, R. & Winizuk, S. (2009). Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU). *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 4,, 304-314.
- Hapke, U., Elena von der Lippe, E., Busch, M. & Lange, C. (2010). Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. In Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.), *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell* Berlin: Robert-Koch Institut.
- Hart, P. M. & Cooper, C. L. (2001). Occupational Stress: Toward a More Integrated Framework. In N. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinangil, & C. Viswesvaran (Hrsg.), *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology* . London: Sage.
- Hobfoll, S. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie (S. 11-26). In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping*. Hogrefe: Göttingen.
- Hockey, G. R. J. (1997). Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: A cognitive-energetical framework. *Biological Psychology*, 45, 73-93.
- Hoff, E.-H. (2002). Arbeit und berufliche Entwicklung. In M. Hildebrand-Nilshon, E.-H. Hoff & H.-U. Hohner (Hrsg.), *Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung,, am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin* (Band Nr. 20)
- Iafob – Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung (2008) (Hrsg.). *Unternehmensgestaltung im Spannungsfeld von Stabilität und Wandel*. Zürich: vdf, Hochschulverlag, ETH Zürich.
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Hamburg: VSA - Verlag.
- 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.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, Job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 2, 285-308.

- Kastner, M., Kipfmüller, K., Quaas, W., Sonntag, Kh. & Wieland, R. (Hrsg.) (2001). *Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Katzer, N, Dunkel, W & Menz, W. (2008). Von der partizipativen Arbeitsgestaltung“ zum „partizipativen Gesundheitsmanagement“. In Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), *Produkt- und Produktions-Ergonomie – Aufgabe für Entwickler und Planer* (Bericht zum 54. Kongress der GfA, S. 313-316). Dortmund: GfA-Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O. J. R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age – of - onset distributions of DSM- IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 6, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12 - month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 6, 617-627.
- Krampen, G. (2000). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Konzeptuelle und empirische Beiträge zur Konstrukterhellung* (2. ergänzte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Latocha, K. (2013). *Gesund – Gruppentraining zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz und Arbeitsfähigkeit. Evaluation eines arbeitspsychologischen Gesundheitsförderungsprogramms unter Einbezug der klinischen Gesundheitspsychologie*. Dissertation: Bergische Universität Wuppertal.
- Laux, L. (2003). *Persönlichkeitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Mensch und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern: Huber.
- Leitner, K. (1999). Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit - Was schädigt, was fördert die Gesundheit. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 63-139). Bern: Huber.
- Leitner, K. & Resch, M. (2005). Do the effects of job stressors on health persist over time? A longitudinal study with observational stressor measures. *Journal of Occupational Health*, 10 (1), 18-30.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012 - Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.
- Meyer, R. (2006). Psychische Erkrankungen in Europa. Lebenszeitrisiko mehr als 50%. *Deutsches Ärzteblatt* (1), 25.
- Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2007). *Irritations-Skala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen*. Göttingen: Hogrefe.
- Müller, C., Curth, S. & Nerdinger, F. W. (2012) *Demografischer Wandel, alternde Belegschaften und betriebliche Innovation*. Rostocker Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie, Nr. 8., Universität Rostock.
- Nerdinger, F. W. (2013). *Arbeitsmotivation und Arbeitshandeln. Eine Einführung*. Kröning: Asanger.
- Oesterreich, R. (1999). Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit - fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 141-215). Bern: Huber.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370 (9590), 859-877.
- Rau, R., Hoffmann, K., Morling, K. & Rösler, U. (2007). Ist der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Depression ein Ergebnis beeinträchtigter Wahrnehmung? In P. Richter, R. Rau & S. Mühlport (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit: Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld* (S.55-69). Lengerich: Pabst.
- Richter, P. (2002). Belastung und Belastungsbewältigung in der modernen Arbeitswelt. In J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (S. 44-65). Frankfurt a. M.: VAS Verlag für Akademische Schriften.
- Rigotti, T. & Mohr, G. (2008). Moderne Feinde der Gesundheit im Arbeitsleben: Empfehlungen für ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement. In Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP (Hrsg.), *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 456-51). Berlin: Bundesgeschäftsstelle.
- Robert Koch-Institut (2008). *Psychotherapeutische Versorgung (GBE- Themenheft 41)* Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2011). *GBE-Kompakt -Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise*. Berlin: Robert Koch-Institut.

- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen Industriearbeitsplätzen*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rosenstiel, v., L., Molt, W. & Rüttinger, B. (1983). *Organisationspsychologie* (5., neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Roth, C.; Wegge, J.; Schmidt, K.- H. (2007): Konsequenzen des demographischen Wandels für das Management von Humanressourcen in Organisationen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 6,3, 99-116.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1-28.
- Schallberger, U. (2006). Die zwei Gesichter der Arbeit und ihre Rolle für das Wohlbefinden: Eine aktivierungstheoretische Interpretation. *Wirtschaftspsychologie*, 2/3, 96-102.
- Schaubroeck, J. and 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, 738-754.
- Schaubroeck, J., Lam, S. S. K. & Xie, J. L. (2000). Collecitve efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors and control. A cross-cultural study. *Journal of Applied Psychology*, 86, 265-278.
- Scherrer, K. (2007). Versöhnung von Struktur und Kultur - die Aktivierung von Führungskräften als notwendige Voraussetzung für betriebliche Gesundheitsförderung. In K. Rausch (Hrsg.), *Organisation gestalten. Band zur 13. wissenschaftlichen Fachtagung für Angewandte Wirtschaftspsychologie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schimmack, U. (2008). Wellbeing.org - The science of wellbeing.
- Schönpflug, W. (1979). Regulation und Fehlregulation im Verhalten. I. Verhaltensstruktur, Effizienz und Belastung - theoretische Grundlagen eines Untersuchungsprogramms. *Psychologische Beiträge*, 21, 2, 174-202.
- Schultz, A. B. & Edington, D. W. (2007). Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 547-579.
- Schulz, P. (2007). *Pathogene Stressverarbeitung und psychosomatische Störungen: Der Einfluss pathogener Mechanismen der Stressverarbeitung und Krankheitsbewältigung auf Entstehung und Verlauf psychosomatischer Störungen*. Lengerich: Pabst..
- Schulz, P. (2012). *Beanspruchung und Gesundheit*. Kröning: Asanger.
- Schwarzer, R. (2000). *Streß, Angst und Handlungsregulation* (4. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem, & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 521-524). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish – Wie Menschen aufblühen. Die positive Psychologie des gelingenden Lebens*. München: Kösel.
- Semmer, N. & Richter, P. (2004). Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit älterer Menschen. In M. von Cranach, H.-D. Schneider, E. Ulich & R. Winkler (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle* (S. 95-116). Bern: Huber.
- Siegrist, J. & Theorell, T. (2008). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In J. Siegrist, & M. Marmot (Hrsg), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (S.99 - 130). Bern: Verlag Hans Huber.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Sonntag, S. & Frese, M. (2003). Stress in Organizations. In W. C. Borman, D. R. Ilgen & R. J. Klimoski (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychology: Industrial and Organizational Psychology* (Vol. 12). New York: Wiley.
- Spector, P. E., Zapf, D., Chen, P. Y. & Frese, M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 1, 79-95.
- Stadler, P. & Spieß, E. (2000). *Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stegmaier, R., Noefer, K., Molter, B., Sonntag, Kh. (2006): Die Bedeutung von Arbeitsgestaltung für die innovative und adaptive Leistung älterer Berufstätiger. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 60, 246-255.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus - Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Strohm, O. & Ulich, E. (1997).(Hrsg.). *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten*. Zürich: vdf, Hochschulverlag, ETH Zürich.
- Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit – ein Paradigmenwechsel? In P. Richter & T. Wehner (Hrsg.), *Salutogenese in der Arbeit* (Themenheft). *Wirtschaftspsychologie*, 8 (2/3), 4-13.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *Psychosozial*, 15, 4, 9-22.



- Ulich, E. & Wülser, M. (2004, 2011). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie* (6. überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie* (7., neu überarbeitete und erweiterte Aufl.). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Wegge, J., Frieling, E., Schmidt, K.-H. (2008). *Alter und Arbeit*. Themenheft der Zeitschrift Wirtschaftspsychologie. Lengerich: Pabst.
- Wieland-Eckelmann, R. (1986). Regulation und Fehlregulation im Verhalten. XI: Zur Makro- und Mikrostruktur des Leistungshandelns. *Psychologische Beiträge*, 27, 457-487.
- Wieland-Eckelmann, R. (1992). *Kognition, Emotion und psychische Beanspruchung. Theoretische und empirische Studien zu informationsverarbeitenden Tätigkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Wieland, R. (2010a). Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. In: U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Sonderdruck. Serie Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie*. S. 869- 919. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wieland, R. (2010b). *Barmer GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1 – Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern*. Wuppertal: BARMER GEK.
- Wieland, R. (2009). *BARMER Gesundheitsreport 2009 - Psychische Gesundheit und psychische Belastungen*. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse.
- Wieland, R. (2008a). *Barmer Gesundheitsreport 2008 - Rückengesundheit - Rückhalt für Arbeit und Alltag*. BWuppertal: Barmer Ersatzkasse.
- Wieland, R. (2008b, April). *Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Rückengesundheit. Beitrag zur Fachtagung Rückengesundheit fördern und Versorgung verbessern. Ein Gesundheitsziel im Land NRW*. Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft.
- Wieland, R. (2004). Arbeitsgestaltung, Selbstregulationskompetenz und berufliche Kompetenzentwicklung. In B. Wiese (Hrsg.), *Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung. Kernkompetenzen in der modernen Arbeitswelt* (S. 169 – 196). Frankfurt am Main: Campus.
- Wieland, R. (2003, März). *Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung. Vortrag auf dem 8. Landauer Symposium „Handlungs- und Selbstregulation im Beruf*. Universität Koblenz-Landau
- Wieland, R. (2000). Belastungsdiagnostik und Beanspruchungsmanagement in der Arbeit von morgen. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2000 – Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement* (S. 34-47). Berlin: Springer.
- Wieland, R. & Hammes, M. (2010). *BARMER GEK Gesundheitsreport 2010: Teil 2. Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz*. Barmer Ersatzkasse (Hrsg.), Wuppertal Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal (KomFor).
- Wieland, R., Winizuk, S. & Hammes, M. (2009). Führung und Arbeitsgestaltung – Warum gute Führung allein nicht gesund macht. *Arbeit*, 4., 282-297.
- Wieland, R. & Görg, P. (2009). Gesundheitskompetenzentwicklung in der Finanzverwaltung durch gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung. In K. Henning, I. Leisten & F. Hees (Hrsg.), *Innovationsfähigkeit stärken - Wettbewerbsfähigkeit erhalten. Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber* (Aachener Reize Mensch und Technik, Band 60, S. 207-225). Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz.
- Wieland, R. & Hammes, M. (2009). Gesundheitskompetenz als personale Ressource. In K. Mozygemba, S. Mümken, U. Krause, M. Zündel, M. Rehm, N. Höfling-Engels, D. Lüdecke & B. Qurban (Hrsg.), *Nutzenorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* (S. 177-190). Bern: Huber-Verlag.
- Wieland, R. & Scherrer, K. (2007). *Barmer Gesundheitsreport 2007 - Führung und Gesundheit*. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse.
- Wieland, R., Krajewski, J. & Memmou, M. (2006). Arbeitsgestaltung, Persönlichkeit und Arbeitszufriedenheit. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit* (S. 326-243). Göttingen: Hogrefe.
- Wieland, R. & Scherrer, K. (2001). *Arbeitswelten von morgen*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Wieland, R., & Baggen, R. (1999). Bewertung und Gestaltung der Arbeit auf der Grundlage psychophysiologischer Beanspruchungsanalysen. *Wuppertaler Psychologische Berichte*, 1, 2-19.
- Wilde, B., Hinrichs, S. & Schüpbach, H. (2008). Der Einfluss von Führungskräften und Kollegen auf die Gesundheit der Beschäftigten- Zwei empirische Untersuchungen in einem Industrieunternehmen. *Wirtschaftspsychologie*; 1, 100-106.
- World Health Organization (1986). *Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung* (WHO-autorisierte Übersetzung: H. Hildebrandt & I. Kickbusch, S. 8-13). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease 2004*. Geneva: World Health Organization.

- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Gesundheitsbezogene Interventionen in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. D/III/4.: Organisationspsychologie - Gruppe und Organisation* (S. 774-843). Göttingen: Hogrefe.
- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. D/III/3: Organisationspsychologie - Grundlagen und Personalpsychologie* (S. 1007-1012). Göttingen: Hogrefe.
- Zimolong, B., Elke, G. & Bierhoff, H-W. (2008). *Den Rücken stärken - Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe.