



Arbeit und Mentale Gesundheit

baua: Bericht

**Forschung
Projekt F 2250**

U. Rose
G. Müller
H. Burr
A. Schulz
G. Freude

Arbeit und Mentale Gesundheit

**Ergebnisse aus einer Repräsentativerhebung
der Erwerbstätigen in Deutschland**

Dortmund/Berlin/Dresden 2016

Diese Veröffentlichung ist im Rahmen des Forschungsprojektes F 2250 „Entwicklung einer empirischen Basis zur Arbeitsfähigkeit und funktionellen Gesundheit - Repräsentativerhebung an Erwerbstätigen“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin entstanden.

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Dr. Uwe Rose
Dr. Grit Müller
Hermann Burr, Phd
Anika Schulz
Dr. Gabriele Freude

Projektleitung: Dipl. Soz. Eberhard Pech (†)
Dr. Uwe Rose
Dr. Gabriele Freude
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Titelfoto: Pogonici/iStock

Umschlaggestaltung: Susanne Graul
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1 - 25, 44149 Dortmund
Postanschrift: Postfach 17 02 02, 44061 Dortmund
Telefon: 0231 9071-2071
Telefax: 0231 9071-2070
E-Mail: info-zentrum@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40 - 42, 10317 Berlin
Telefon: 030 51548-0
Telefax: 030 51548-4170

Dresden:
Fabricestr. 8, 01099 Dresden
Telefon: 0351 5639-50
Telefax: 0351 5639-5210

Nachdruck und sonstige Wiedergabe sowie Veröffentlichung, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.



www.buaa.de/dok/8156542

DOI: 10.21934/buaa:bericht20160805

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kurzreferat	4
Abstract	5
1 Mentale Gesundheit im Fokus des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	7
1.1 Mentale Gesundheit – konzeptioneller Rahmen	7
1.2 Psychische Störungen und Burnout	9
1.3 Positive Aspekte mentaler Gesundheit	10
2 Die Studie zur Mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA)	12
2.1 Studiendesign	12
2.1.1 Die Stichprobe	13
2.1.2 Die Erfassung der psychosozialen Arbeitsbedingungen	14
2.1.3 Instrumente zur Erfassung von Indikatoren der Mentalen Gesundheit	18
2.1.4 Methodisches Vorgehen	30
2.2 Ergebnisse	31
2.2.1 Depressive Symptomatik	31
2.2.2 Burnout	35
2.2.3 Erholungsunfähigkeit	38
2.2.4 Emotionales Wohlbefinden	41
2.2.5 Lebenszufriedenheit	44
2.2.6 Arbeitszufriedenheit	47
2.2.7 Funktionsfähigkeit bei depressiver Symptomatik und Burnout	50
2.2.8 Kombinationseffekte psychosozialer Faktoren in der Arbeit	53
2.3 Fazit und Ausblick	62
2.3.1 Depressive Symptomatik	62
2.3.2 Burnout	63
2.3.3 Erholungsunfähigkeit	63
2.3.4 Wohlbefinden	64
2.3.5 Funktionsfähigkeit	64
2.3.6 Ausblick	65
Literaturverzeichnis	67

Arbeit und Mentale Gesundheit

Ergebnisse aus einer Repräsentativerhebung der Erwerbstätigen in Deutschland

Kurzreferat

Vor dem Hintergrund des Wandels in der Arbeitswelt haben Fragen nach den Auswirkungen neuer Belastungen auf die mentale Gesundheit von Beschäftigten eine hohe Bedeutung. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat 2010 eine Repräsentativbefragung der Erwerbsbevölkerung – die „Studie zur Mentalen Gesundheit bei der Arbeit“ (S-MGA) – initiiert und mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und dem infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH durchgeführt. Von November 2011 bis Juni 2012 wurden 4.511 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Alter von 31 bis 60 Jahren in persönlichen Interviews befragt. Die erhobenen Daten sollen die Identifizierung fördernder und schädigender arbeitsbezogener Einflussfaktoren der mentalen Gesundheit und die Untersuchung der Auswirkungen auf die Arbeits- und Funktionsfähigkeit ermöglichen.

Die Studienergebnisse zeigen, dass der Großteil der deutschen Erwerbsbevölkerung ein hohes Wohlbefinden hat (88% der Männer, 89% der Frauen). Jedoch berichten 10% der Männer und 11% der Frauen von einem Burnout-Syndrom sowie 7% der Männer und 9% der Frauen von einer depressiven Symptomatik.

Darüber hinaus zeigte sich u. a., dass mit einer Zunahme der Arbeitsanforderungen der Anteil der Beschäftigten mit einem Burnout und einer depressiven Symptomatik steigt. Weiterhin sinken bei hohen Arbeitsanforderungen auch das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Arbeitsbezogene Ressourcen wie Handlungsspielraum, gute soziale Unterstützung durch Kollegen und gute Führungsqualität wirken sich dagegen günstig auf die mentale Gesundheit aus. Dabei weisen die Ergebnisse darauf hin, dass viele arbeitsbezogene Faktoren keine linearen Zusammenhänge mit den Indikatoren der mentalen Gesundheit aufweisen, sondern bei vielen Gesundheitsindikatoren ein sprunghafter Anstieg des Anteils der jeweils betroffenen Beschäftigten in der höchsten Kategorie der Ausprägung der Arbeitsbedingungen zu beobachten ist.

Weiterhin ergeben sich Hinweise auf spezifische Effekte bei der Kombination psychosozialer Faktoren. Zum Beispiel waren fehlende Ressourcen in der Arbeit und hohe quantitative Anforderungen mit einem zusätzlichen Anstieg des Auftretens von Burnout verbunden.

Sowohl eine bestehende depressive Symptomatik als auch ein Burnout gehen mit Einschränkungen in der Funktions- und Arbeitsfähigkeit einher. Auffällig war ebenfalls, dass Beschäftigte mit Burnout und depressiver Symptomatik häufiger Gedanken an einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben äußern.

Die Forschung wird sich in Zukunft mit Fragen zur Wirkung arbeitsbezogener Faktoren und deren komplexe Kombinationswirkungen auf die mentale Gesundheit und die Funktionsfähigkeit genauer auseinandersetzen müssen.

Schlagwörter:

Erwerbsbevölkerung, Wohlbefinden, Burnout, depressive Symptomatik, psychosoziale Arbeitsbedingungen, Erholungsunfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Funktionsfähigkeit

Work and mental health Results from a representative study of the German workforce

Abstract

In light of significant changes in the working environment, issues concerning the consequences of new kinds of strain on the mental health of employees are of great importance. The Federal Institute for Occupational Safety and Health initiated in 2010 a nationwide representative study of the working population – entitled the Study on Mental Health at Work – in cooperation with the Institute of Employment Research and infas Institute for Applied Social Sciences. Between November and June of 2012 a total of 4,511 employees subject to social insurance contributions and between the ages of 31 and 60 were interviewed about their employment and working conditions and about their mental health by trained interviewers in personal computer assisted interviews.

The data was collected to enable the identification of work-related factors which promote or endanger the mental health of employees and to provide an opportunity to investigate their effects on work ability and functional capacity.

On the one hand our results show that a majority of employees exhibit a high level of wellbeing (88% of men, 89% of women). On the other hand 10% of men and 11% of women report having a burnout syndrome and 7% of men and 9% of women depressive symptoms.

Moreover, an increase in work demands is associated with an increase in the share of employees with burnout and depressive symptoms. At the same time, wellbeing and job satisfaction is lowered when demands are high. Work-related resources like decision latitude, social support from colleagues and the quality of leadership have a positive impact on mental health. The results indicate that several work-related factors do not have linear relationships with indicators of mental health but rather exhibit an abrupt increase in the percentage of affected employees in the highest category of intensity for a given working condition.

Furthermore the results point towards the specific effects of combinations of psychosocial factors. For example, a lack of resources at work together with high quantitative demands is related to an additional increase in burnout cases. Depressive symptoms as well as burnout are related to limitations in work ability and functional capacity. In this context it should also be noted that employees with burnout and depressive symptoms have thoughts more frequently on a premature departure from the workforce.

Future research needs to deal with issues concerning the impact of work-related factors as well as complex combinations of them on mental health and functional capacity.

Keywords:

working population, wellbeing, burnout, depressive symptoms, psychosocial working conditions, inability to relax, work ability, functional capacity

Wodurch zeichnet sich die Studie zur Mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA) aus?

S-MGA gibt einen umfassenden Überblick zur mentalen Gesundheit sowie zur Arbeits- und Funktionsfähigkeit der Beschäftigten in Deutschland. Die Ergebnisse sind repräsentativ für alle Beschäftigten, die bei der Bundesagentur für Arbeit als sozialversicherungspflichtig gemeldet sind. Ausgehend von einem erweiterten Verständnis von „Mentaler Gesundheit“ wird nicht nur dargestellt, wie häufig Burnout und depressive Symptomatik in der Erwerbsbevölkerung vorkommen, sondern auch, wie verbreitet eine „positive mentale Gesundheit“ unter Erwerbstätigen ist. So werden in diesem Bericht auch Ergebnisse zur Arbeits- und Lebenszufriedenheit und zur Arbeits- und Funktionsfähigkeit vorgestellt.

Auf Basis dieser repräsentativen Daten wird gezeigt, wie verschiedene Indikatoren der mentalen Gesundheit von Beschäftigten mit Arbeitsbedingungen zusammenhängen. Da es sich um eine Untersuchung im Querschnitt handelt, in denen einmal zeitgleich sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die gesundheitlichen Indikatoren erfasst werden, lassen die dargestellten Beziehungen noch keine Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu, denen in der geplanten S-MGA-Längsschnittstudie nachgegangen werden soll. Ein solcher Untersuchungsansatz erfasst die Variablen zu mehreren Zeitpunkten und stellt dadurch sicher, dass die Ursache immer zeitlich der Wirkung vorausgeht – eine wesentliche Voraussetzung für den Nachweis von Kausalitäten.

1 Mentale Gesundheit im Fokus des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Die mentale Gesundheit ist ein zentrales Thema des modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Fokussierung auf mentale Gesundheit und psychosoziale Belastungen geht einher mit einem global verlaufenden gesellschaftlichen Wandel und den Veränderungen in der Arbeitswelt, beispielsweise einer stärkeren Flexibilisierung von Arbeitsformen oder der räumlichen und zeitlichen Entgrenzung der Erwerbsarbeit (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014). Damit verbunden ist ein erheblicher Anstieg der Anforderungen an arbeitende Menschen, dessen Auswirkungen auf die mentale Gesundheit für den Arbeits- und Gesundheitsschutz – insbesondere unter dem Aspekt der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung – große Relevanz haben (Seidler et al., 2014).

Bereits seit Mitte der 1990iger Jahre weisen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Institutionen auf europäischer Ebene auf die hohe Bedeutung der mentalen Gesundheit für die Öffentliche Gesundheit hin (Pech, Rose, & Freude, 2010). Die WHO prognostiziert, dass Depressionen bis zum Jahr 2020 den zweiten Platz der bedeutendsten Ursachen der Krankheitslast („Global burden of disease“) einnehmen werden (World Health Organization, 2002).

Die Europäische Kommission sieht die mentale Gesundheit der europäischen Bevölkerung als eine wichtige Voraussetzung für die Realisierung strategischer Ziele der Europäischen Union, die beispielsweise in der Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007-2012 aufgeführt werden (Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2007). Die Prävention von psychischen und Verhaltensstörungen und die Förderung der mentalen Gesundheit werden somit zu Gesundheitszielen von höchster Priorität für ganz Europa (Pech et al., 2010).

Auch auf nationaler Ebene wird der mentalen Gesundheit Beschäftigter in ihrer Bedeutung für den modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz bereits Rechnung getragen. Ausdruck findet das beispielsweise darin, dass „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ eines der gemeinsamen Arbeitsschutzziele 2013-2018 der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) darstellt (Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, 2012).

Eine zentrale Aufgabe des Arbeitsschutzes ist die Entwicklung fundierter Empfehlungen für Maßnahmen und Programme zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und ganzheitlicher Konzepte zur Prävention psychischer Störungen auf Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse. Dazu ist Forschung auf der Grundlage belastbarer repräsentativer Daten erforderlich, die Aussagen zum Zustand der mentalen Gesundheit der Erwerbstätigen in Deutschland und zu bedeutenden arbeitsbezogenen Einflussfaktoren ermöglichen. Dieses Ziel verfolgt die Studie zur Mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA). Um den Forschungsgegenstand zu definieren bzw. einzugrenzen, soll zunächst auf den konzeptionellen Rahmen zum Verständnis mentaler Gesundheit eingegangen werden.

1.1 Mentale Gesundheit – konzeptioneller Rahmen

Eine allgemein akzeptierte Definition für mentale Gesundheit gibt es bisher nicht. Das Verständnis mentaler Gesundheit reicht von einer Betrachtung im Sinne der Abwesenheit psychischer Störungen bis hin zu mentaler Gesundheit als Synonym für

Wohlbefinden. Die WHO (2004) definiert mentale Gesundheit als „a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community“.

Pech et. al (2010) setzten sich mit Konzepten der mentalen Gesundheit auseinander und schlussfolgerten, dass sich „[...] unterschiedliche [...] Konzepte der mentalen Gesundheit zunehmend in eine Richtung entwickelt haben, in der einerseits individuelle Faktoren wie Wohlbefinden, Zufriedenheit und emotionale Affektlage und andererseits soziale Aspekte der Mensch-Umwelt-Interaktion von zentraler Bedeutung sind. Vor allem durch die Einbindung der Dimension Funktionsfähigkeit als Voraussetzung für Partizipation und Teilhabe [...] wird der Anwendungsbereich des Begriffs der mentalen Gesundheit wesentlich erweitert“.

Unter Berücksichtigung dieses konzeptionellen Rahmens, beinhaltet ein erweitertes Verständnis von mentaler Gesundheit die folgenden Grundannahmen:

- (1) Mentale Gesundheit ist Bestandteil der allgemeinen Gesundheit.
- (2) Mentale Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit **psychischer Störungen**. D.h. eine erweiterte Perspektive von mentaler Gesundheit fokussiert nicht nur auf psychische Störungen, wie sie von der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) 10 (Kapitel V) erfasst werden, sondern:
- (3) Mentale Gesundheit schließt auch **positive Aspekte** wie das emotionale Wohlbefinden, (Arbeits-)Zufriedenheit sowie individuums- und arbeitsbezogene mentale Ressourcen zum Erhalt, zur Förderung und Entfaltung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit ein.
- (4) Der Begriff der mentalen Gesundheit muss im Zusammenhang mit den Dimensionen **Arbeits- und Funktionsfähigkeit** gesehen werden und bildet eine entscheidende Voraussetzung für die Teilhabe am Arbeitsleben.

Die Grundlage für S-MGA bildet ein **erweitertes Konzept der mentalen Gesundheit**, das

- psychische und Verhaltensstörungen,
- Wohlbefinden und Zufriedenheit sowie
- Arbeits- und Funktionsfähigkeit

umfasst, die in diesem Bericht genauer betrachtet werden.

Dieser konzeptionelle Rahmen hat Implikationen im Hinblick darauf, auf welche Zielgrößen mentaler Gesundheit laufende und zukünftige Aktivitäten in der Forschung und Umsetzung zu richten sind. Unter Berücksichtigung der oben genannten Grundannahmen müssen die Aktivitäten nicht nur auf die Prävention psychischer Störungen sondern auch auf den Erhalt und die Förderung von Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und Arbeitsengagement zielen (s. Abbildung 1.1).

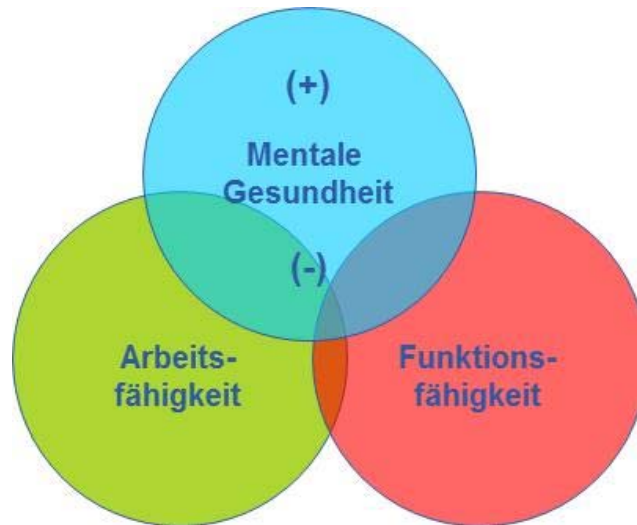


Abb. 1.1 Konzeptioneller Rahmen mentaler Gesundheit: (-) bezieht sich auf negative Aspekte mentaler Gesundheit, wie Depression und Burnout, (+) auf positive Aspekte, wie Wohlbefinden, Arbeits- und Lebenszufriedenheit

Die Funktionsfähigkeit ist integraler Bestandteil eines weitgefassten Konzepts der mentalen Gesundheit. Der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) folgend ist „[...] [e]ine Person [...] funktional gesund, wenn [...] 1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen [...], 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird [...], [und] 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird“ (World Health Organization, 2001). Der Erhalt und die Förderung der mentalen Gesundheit wirken sich damit auch positiv auf die Funktionsfähigkeit der Beschäftigten aus.

1.2 Psychische Störungen und Burnout

Die Gründe für den wachsenden Stellenwert des Themas „Psychische Störungen und Burnout“ liegen in der hohen Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung und der hohen Bedeutung psychischer Diagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Jacobi et al. (2014) berichten eine 12-Monatsprävalenz psychischer

Störungen von knapp 28%, d. h. fast ein Drittel der Allgemeinbevölkerung litten im vergangenen Jahr an einer psychischen Störung (F-Diagnosen nach ICD-10).

Ebenso beachtenswert sind die Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit Beschäftigter. Trotz eines anhaltenden Trends zum Rückgang der Arbeitsunfähigkeitsquoten in den Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen sind die Zahlen für die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (nach der ICD 10) in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (Riedel-Heller, Luppä, Seidler, Becker, & Stengler, 2013). Im Jahr 2013 konnten 11% der Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische und Verhaltensstörungen zurückgeführt werden (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

Die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen in der Arbeitswelt liegt weiterhin darin begründet, dass sie der häufigste Grund des gesundheitsbedingt vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben sind. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung waren im Jahr 2014 rund 43% der Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit durch psychische Störungen bedingt (Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2015).

Obwohl Burnout keine Erkrankung im Sinne der ICD 10 ist, sondern unter „Probleme[n] mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Z73) erfasst wird, rückte Burnout in den Fokus des Interesses (Berger et al., 2012). Zahlen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK liefern dafür deutliche Gründe: Unter den Versicherten der AOK hat sich die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage auf Grund eines Burnout-Syndroms im Zeitraum von 2004 bis 2010 um das Neunfache erhöht, rund 100.000 gesetzlich Krankenversicherte haben wegen eines Burnouts ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und dadurch insgesamt 1,8 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage verursacht (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2011).

Auch wenn sich derzeit nicht hinreichend beziffern lässt, welchen Anteil arbeitsbezogene Faktoren am anhaltenden Trend des Anstiegs von Ausfallzeiten auf Grund psychischer Störungen oder von Burnout haben, ist ein bedeutender Zusammenhang zwischen Arbeit und mentaler Gesundheit anzunehmen (Thinschmidt et al., 2012).

Auch wenn **Burnout** der ICD 10 folgend keine psychische und Verhaltensstörung ist (Z73: Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung), wird im Burnout-Syndrom ein Risiko für die Gesundheit Erwerbstätiger gesehen. Gegenwärtig wird Burnout als Synonym für das gesamte Problemfeld arbeitsbedingter Erschöpfungszustände, depressiver Verstimmungen im Arbeitskontext, reduzierter Leistungsbereitschaft und -fähigkeit bzw. Bewältigungskompetenz verwendet.

1.3 Positive Aspekte mentaler Gesundheit

Neben den zuvor geschilderten negativen Komponenten der mentalen Gesundheit wie psychischen Störungen und Burnout existieren auch positive Aspekte mentaler Gesundheit. Dies wird anhand der Betrachtung der Zielgröße Wohlbefinden deutlich. Nach jetzigem Kenntnisstand sind Teile des negativen und positiven Wohlbefindens unabhängig voneinander (Huppert & Whittington, 2003). Dies bedeutet, dass positives Wohlbefinden nicht aus der bloßen Abwesenheit negativen Wohlbefindens be-

steht. Beide Aspekte sollten nicht als zwei entgegengesetzte Pole eines gemeinsamen Kontinuums verstanden werden, sondern vielmehr als Konstrukte mit jeweils eigenständigem Kontinuum (Karademas, 2007). Bei Übertragung dieses Beispiels auf die mentale Gesundheit allgemein lässt dies den Schluss zu, dass man mentale Gesundheit nicht auf die Abwesenheit negativer Aspekte wie psychische Störungen reduzieren kann. Unterstützt wird diese Annahme durch Ergebnisse aus der aktuellen Forschung: Es zeichnet sich Evidenz dafür ab, dass positiv gerichtete Gesundheitsindikatoren wie körperliches und mentales Wohlbefinden, Zufriedenheit sowie die Fähigkeit zur erfolgreichen Interaktion mit der Umwelt starke Prädiktoren dafür sind, dass auch zukünftig keine psychischen Störungen auftreten (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010; Wood & Joseph, 2010). Die Einbeziehung positiver Aspekte mentaler Gesundheit entspricht einem Perspektivwechsel, der sich seit einigen Jahren in der Wissenschaft und der Gesundheitspolitik (European Commission, 2005; World Health Organization, 2004) abzeichnet: Gesundheit im Allgemeinen und mentale Gesundheit im Besonderen wird nicht mehr auf die Frage nach dem Vorhandensein oder der Abwesenheit von Gesundheitsstörungen beschränkt. Gesundheit wird im zunehmenden Maß als Kontinuum verstanden, das weit über die Elemente „Funktionsstörungen und Erkrankungen“ hinausreicht und vor allem durch (nicht krankheitsbezogene) Merkmale wie Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden charakterisiert wird. Um diesem Perspektivwechsel zu folgen, werden sich zukünftige Aktivitäten verstärkt auf „positive“ Zielgrößen wie Wohlbefinden und Zufriedenheit richten müssen. Somit ist die mentale Gesundheit über die Thematik der psychischen (Fehl-)Belastung und Gefährdungsbeurteilung hinaus auf positive Indikatoren der mentalen Gesundheit und die dafür notwendigen Bedingungen am Arbeitsplatz auszuweiten. Im Zuge der Beachtung positiver Indikatoren mentaler Gesundheit werden weitere protektiv wirkende Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartungen, die Verfügbarkeit mentaler Ressourcen oder soziale Unterstützung stärker in das Blickfeld des Interesses treten (vgl. Melzer & Hubrich, 2014). Diese sollten einen Schutz vor negativen Aspekten mentaler Gesundheit bieten sowie positive Indikatoren mentaler Gesundheit fördern und folglich bei der Arbeitsgestaltung einbezogen werden. Bezogen auf die Arbeitswelt werden verstärkt Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen sowie auch verhaltensorientierter Interventionen zur Stärkung protektiver Faktoren in Form individueller Ressourcen wie Motivation, Bewältigungsverhalten, Resilienz u. ä. notwendig sein.

2 Die Studie zur Mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA)

2.1 Studiendesign

Die aktuelle Studie zur Mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA) gibt einen Überblick zur mentalen Gesundheit bei Beschäftigten in Deutschland sowie deren Arbeits- und Funktionsfähigkeit. Den Ausgangspunkt bilden dabei die Beschäftigten, die bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) am Stichtag, dem 31. Dezember 2010, als sozialversicherungspflichtige Beschäftigte gemeldet waren und in den Jahren 1951 bis 1980 geboren wurden. Damit erfolgt eine Einschränkung auf Altersgruppen, die weniger durch Zeiten der Ausbildung oder durch den Eintritt in die Berentung geprägt sind. Die Stichprobe umfasst sowohl Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätige, als auch Mini- und Midi-Jobber. Damit sind Personen in nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen wie Beamte, Selbständige und freiberuflich Tätige ausgeschlossen. Um eine repräsentative Stichprobe für die ganze Bundesrepublik zu gewinnen, wurde ein zweistufiges Auswahlverfahren zugrunde gelegt, das auch mögliche regionale Unterschiede berücksichtigt: Auf der ersten Stufe des Auswahlverfahrens wurde eine Stichprobe von 206 Gemeinden aus der Grundgesamtheit von 12.227 Gemeinden gezogen. Dafür wurden die Gemeinden vorab entsprechend der Merkmale Bundesland, Regierungsbezirk, Kreiszugehörigkeit und Gemeindegröße gruppiert und proportional zum Anteil an der Grundgesamtheit zufällig ausgewählt. Die Auswahl von Regionen ermöglicht die effiziente Realisierung persönlicher Interviews in ganz Deutschland. Auf der zweiten Stufe erfolgte die zufällige Auswahl der zu befragenden Personen innerhalb der Gemeinden.

Für die Zufallsziehung der einzelnen Teilnehmer in der Haupterhebung kamen insgesamt 13.590 Adressen zum Einsatz. Diese Ziehung bildete anschließend die Basis für insgesamt 4.511 Interviews. Damit konnte bei 33% der zufällig ausgewählten Personen ein Interview durchgeführt werden. Dafür war der Einsatz von insgesamt 243 Interviewern erforderlich, die im Durchschnitt bis zu 4 Kontaktversuche unternahmen. Die Dauer des computergestützten Interviews mithilfe eines Laptops (computer assisted personal interview, CAPI) betrug im Mittel etwa eine Stunde (66 Minuten).

Auf Basis der Angaben zur Grundgesamtheit bei der BA wurde geprüft, inwieweit die Befragten in der Stichprobe ein Abbild aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten für die Geburtsjahrgänge 1951 bis 1980 darstellen. Die Prüfung erfolgte anhand der Merkmale Geschlecht, Geburtsjahrgang, Ost-West-Kennung der Betriebsstätte, Ausbildung, geringfügige Beschäftigung, berufliche Stellung, Nationalität, Tagesentgelt sowie mittels der Berufsklassifikation nach Blossfeld. Die ermittelten Abweichungen liegen in sehr engen Grenzen. Größere systematische Abweichungen zur Grundgesamtheit sind nicht gegeben: So sind die Geburtsjahrgänge 1951 bis 1956 mit 2,9% leicht überrepräsentiert und die jüngeren Geburtsjahrgänge von 1975 bis 1980 mit -2,9% leicht unterrepräsentiert. Leicht unterrepräsentiert sind auch Personen mit Volks-, Haupt- oder Realschulabschluss und fehlender Berufsausbildung oder unbekanntem Ausbildungsabschluss (s. Tabelle 2.2). Eine leichte Unterrepräsentanz ergibt sich ebenfalls für Regionen bzw. Städte mit einem Kernbereich von 500.000 und mehr Einwohnern (-3,4%). Zur Kompensation der Abweichungen und zur besseren Angleichung an die Grundgesamtheit wurden die Stichprobenangaben

gewichtet. Sämtliche im Bericht vorgestellten Ergebnisse werden somit für die gewichtete Stichprobe vorgestellt.

2.1.1 Die Stichprobe

Im Zeitraum zwischen der Ziehung der Adressen bei der BA und dem persönlichen Interview im Feld kann es bei einigen der Befragten zu einem Ausscheiden aus der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung kommen. Mögliche Gründe sind zum Beispiel der Beginn einer Ausbildung, Umschulung, Elternzeit, Arbeitslosigkeit oder längere Erkrankung. Aus diesem Grund beziehen sich die vorliegenden Ergebnisse nur auf diejenigen, die auch zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig sind. Dabei handelt es sich um eine gewichtete Gesamtzahl von 4.182 Personen, von denen 70% mit mindestens 35 Stunden pro Woche in Vollzeit und 23% zwischen 14 und 35 Stunden in Teilzeit sowie fast 7% geringfügig, gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt waren.

Tab. 2.1 Alter und Geschlecht der 4.182 Befragten in S-MGA

		Alter			
		31 - 40	41 - 50	51 - 60	Gesamt
Männer	Anzahl	623	866	603	2092
	%	14,9%	20,7%	14,4%	50,0%
Frauen	Anzahl	508	911	671	2090
	%	12,1%	21,8%	16,0%	50,0%

Die nach Alter und Geschlecht differenzierten Häufigkeitsverteilungen und prozentualen Anteile an der Gesamtstichprobe sind in Tabelle 2.1 dargestellt. Diese bilden die Grundlage für die Berechnungen und die aktuelle Ergebnisdarstellung im vorliegenden Bericht.

Tabelle 2.2 beschreibt die Verteilung nach dem höchsten Schulabschluss. Bei den befragten Männern bildet der Volksschul-/Hauptschulabschluss mit 30% die häufigste Abschlussform. Die Frauen haben mit 33% am häufigsten die mittlere Reife, den Realschulabschluss oder die Fachschulreife erlangt.

Tab. 2.2 Höchster allgemeinbildender Schulabschluss

	Männer (%)	Frauen (%)
Volks-/Hauptschulabschluss	30,1	19,9
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife	23,8	32,6
Polytechnische Oberschule, Abschluss 8. oder 9.Klasse (POS)	2,0	1,8
Polytechnische Oberschule, Abschluss 10.Klasse (POS)	10,2	13,4
Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule	10,6	6,3
Abitur, Erweiterte Oberschule (EOS), Berufsausbildung. mit Abitur	20,1	24,3
Kein Abschluss/sonstiges	3,2	1,6

Beim höchsten Ausbildungsabschluss dominieren die Abschlüsse im beruflich dualen Ausbildungsbereich (s. Tabelle 2.3).

Tab. 2.3 Höchster Ausbildungsabschluss

	Männer (%)	Frauen (%)
Abschluss einer beruflich-betrieblichen Berufsausbildung	51,8	51,9
Abschluss einer beruflich-schulischen Ausbildung	5,7	11,0
Abschluss an einer Fach-, Meister-/Technikerschule, BA	15,1	12,3
Fachhochschulabschluss	9,1	6,4
Hochschule	11,1	11,3
einen anderen Abschluss/ keinen Ausbildungsabschluss	7,2	7,1

Die befragten Männer in der Untersuchung sind zu 95% in Vollzeit erwerbstätig (s. Tabelle 2.4). Dagegen sind Frauen häufiger als Männer in Teilzeit (43%) oder geringfügig beschäftigt (12%, Minijobs und Midi-Jobs).

Tab. 2.4 Derzeitige hauptberufliche Tätigkeit

	Männer (%)	Frauen (%)
Vollzeit erwerbstätig mit mindestens 35 Stunden pro Woche	94,9	45,3
Teilzeit erwerbstätig zwischen 14 und 34 Stunden pro Woche	3,3	42,7
geringfügig, gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt	1,8	12,0

Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal von S-MGA zu anderen Gesundheitsstudien in Deutschland ergibt sich durch die Grundgesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in einem definierten Altersbereich. So unterscheidet sich S-MGA von bevölkerungsbezogenen Erhebungen, wie sie u. a. vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt werden (Kurth, 2012), beispielsweise durch den Ausschluss von Personen, die sich nicht in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis befinden wie Arbeitslose und Frührentner. Diese Eingrenzung führt zu einer genaueren Abbildung der deutschen Erwerbsbevölkerung als bei anderen bevölkerungsbezogenen Erhebungen.

2.1.2 Die Erfassung der psychosozialen Arbeitsbedingungen

Die mentale Gesundheit unterliegt einer Vielzahl von Einflussfaktoren wie etwa dem individuellen Lebensstil, arbeitsbezogenen Ressourcen und Risiken, privater sozialer Unterstützung und Hilfeleistungen. Insbesondere zu psychosozialen Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen auf die mentale Gesundheit wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Überblicksarbeiten erstellt. Im Fokus dieser Arbeiten stand vor allem der Einfluss psychosozialer Arbeitsbedingungen auf die Entstehung psychischer Störungen (z. B. Depression) in Längsschnittstudien (Bonde, 2008; Netterstrøm et al., 2008; Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010; Seidler et al., 2014; Stansfeld & Candy, 2006; Theorell et al., 2015). Dabei rücken Arbeitsbedingungen in den Fokus der Aufmerksamkeit, die wiederholt zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen wurden. Dazu zählen zum einen Anforderungen (Demands) in der Arbeitswelt, die in Form einer hohen Arbeitsintensität zu einer Fehlbeanspruchung führen können. Demgegenüber stehen Ressourcen in der Ar-

beitswelt. Beispiele dafür sind die soziale Unterstützung durch Kollegen oder die Führungsqualität der Vorgesetzten. Auf der Tätigkeitsebene können sich für die Bewältigung von Arbeitsaufgaben auch Ressourcen durch Handlungs- oder Entscheidungsspielräume ergeben. Auf der Ebene der Arbeitsorganisation ist die wahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit ein bedeutendes Risiko im Arbeitsleben, das Einfluss auf die mentale Gesundheit nimmt (Kim & von dem Knesebeck, 2015). Die folgende Liste fasst die wiederholt untersuchten Einflussgrößen zusammen:

- Arbeitsanforderungen
- Handlungsspielraum
- Soziale Unterstützung durch Kollegen
- Führungsqualität
- Arbeitsplatzunsicherheit.

Der Nachweis der Zusammenhänge zwischen den genannten Arbeitsbedingungen und der mentalen Gesundheit beschränkt sich in den Überblicksarbeiten auf Längsschnittstudien, die in Großbritannien, Dänemark, Niederlanden oder Schweden durchgeführt wurden (Bonde, 2008; Netterstrøm et al., 2008; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Seidler et al., 2014; Stansfeld & Candy, 2006; Theorell et al., 2015). Für die deutsche Erwerbsbevölkerung finden sich jedoch keine landesweiten Längsschnittstudien, die diesem Zusammenhang anhand einer repräsentativ ausgewählten Stichprobe nachgehen wie in dem vorliegenden Bericht.

Für die Erfassung der psychosozialen Arbeitsbedingungen wurde eine deutsche Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) genutzt. Dabei handelt es sich im Original um ein Erhebungsinstrument, das von Kristensen und Borg (2005) am dänischen Institut für Arbeitsmedizin entwickelt und geprüft wurde. Es wurde ursprünglich für den Einsatz in postalischen Befragungen oder Telefoninterviews entwickelt und in der berufstätigen Bevölkerung, in Berufsgruppen und verschiedenen Arbeitsbereichen eingesetzt. Das Instrument wurde für den Einsatz im deutschen Sprachraum angepasst (Nübling, Stössel, Hasselhorn, Michaelis, & Hofmann, 2005) und für die vorliegende Untersuchung genutzt. Die Fragen wurden jedoch in einem persönlichen Interview an die Befragten gestellt und die Antworten jeweils computergestützt erfasst.

Um eine möglichst genaue Abbildung der bislang untersuchten Arbeitsbedingungen und eine bessere Vergleichsmöglichkeit mit internationalen Studienergebnissen herzustellen, wurde nach Vorschlägen von Burr et al. (2010) eine Anpassung der Fragenauswahl und der Auswertungsschritte für die Skalen der quantitativen Anforderungen und des Handlungsspielraums vorgenommen.

Skala 1: Quantitative Anforderungen

Die Höhe der quantitativen Anforderungen wurde über sechs Fragen ermittelt. Die Fragen lauteten:

Wie häufig...

- müssen Sie schnell arbeiten?
- ist Ihre Arbeit ungleich verteilt, so dass sie sich auftürmt?
- kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?
- kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand?
- haben Sie genug Zeit für Ihre Arbeitsaufgaben?
- müssen Sie Überstunden machen?

Die Antwortmöglichkeiten bei den sechs Fragen reichen jeweils fünfstufig von „immer“ über „oft“, „manchmal“ zu „selten“ und „nie/ fast nie“. Den fünf Antwortkategorien werden Werte zwischen 0 und 100 zugeordnet, über die anschließend pro Person ein Durchschnittswert gebildet wird.

Skala 2: Handlungsspielraum

Die Skala Handlungsspielraum beinhaltet Fragen zu Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten:

Wie häufig ...

- haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?
- haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?
- haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?
- haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei der Arbeit tun?
- Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?

In welchem Maß ...

- verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?
- haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?
- können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?

Die Frage, inwieweit die Arbeit abwechslungsreich ist, wird fünfstufig mit „immer“ bis „nie/ fast nie“ beantwortet. Die übrigen Antwortmöglichkeiten sind ebenfalls fünfstufig und reichen von „in sehr hohem Maß“ und „in hohem Maß“ über „zum Teil“ bis zu „in geringem Maß“ und „sehr geringem Maß“. Auch diese Antworten in diesen Kategorien werden in einen Wert zwischen 0 und 100 überführt und anschließend ein Gesamtdurchschnitt pro Person berechnet.

Skala 3: Soziale Unterstützung durch Kollegen

Dieser Bereich wird über drei Fragen abgefragt:

Wie oft...

- erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?
- sind Ihre Kollegen bereit, Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?
- sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität der Arbeit?

Alle Frage haben fünfstufige Antwortmöglichkeiten von „immer“ bis „nie/ fast nie“, die ebenfalls zu einem Gesamtdurchschnittswert zwischen 0 und 100 verrechnet werden.

Skala 4: Führungsqualität

Die Führungsqualität wird über fünf Fragen erstellt:

In welchem Maß...

- sorgt Ihr unmittelbarer Vorgesetzter/ Ihre Vorgesetzte für gute Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter?
- misst Ihr Vorgesetzter/ Ihre Vorgesetzte der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert bei?
- plant Ihr Vorgesetzter/ Ihre Vorgesetzte die Arbeit gut?
- löst Ihr Vorgesetzter/ Ihre Vorgesetzte Konflikte gut?

Die Antwortmöglichkeiten sind wiederum fünfstufig und reichen von „immer“, über „oft“, „manchmal“ zu „selten“ und „nie/ fast nie“. Nach Zuordnung zu Werten zwischen 0 und 100 wird wiederum ein Gesamtdurchschnitt pro Person berechnet.

Skala 5: Arbeitsplatzunsicherheit

Zur Erfassung der subjektiv empfundenen Arbeitsunsicherheit werden zwei Fragen herangezogen:

In welchem Maß machen Sie sich Sorgen, dass...

- Sie arbeitslos werden?
- es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?

Die fünfstufigen Antworten von „immer“ bis „nie/ fast nie“ werden ebenfalls zu einem Gesamtwert zwischen 0 und 100 überführt und gemittelt.

Die Stufung der Skalen 1 – 5 in Quartilen

In diesem Bericht werden die Werte der COPSOQ-Skalen in vier etwa gleichgroße Gruppen (Quartile) zusammengefasst (s. Kapitel 2.1.4). Für die Skala zur Erfassung der quantitativen Anforderungen führt dieses Vorgehen zu folgendem Ergebnis: Personen mit einem Durchschnittswert zwischen 0 und 42,5 gelangen in das Viertel (erste Quartil) mit den niedrigsten Anforderungen. Es folgt das zweite Quartil mit Werten zwischen 43,6 und 55,0 und das dritte Quartil mit Werten 57,5 und 68,8. Das Viertel der Befragten mit einem Wertebereich bis 100 wird dem vierten und letzten Quartil zugeordnet, das die höchste Stufe der quantitativen Anforderungen darstellt. Dieses Vorgehen zur Einstufung der Arbeitsbedingungen in vier Quartile wird auf alle fünf Skalen angewandt (s. Tabelle 2.5).

Tab. 2.5 Einteilung der COPSOQ-Skalen in Quartile: Quartilswerte und Besetzungshäufigkeiten

COPSOQ-Skala	Quartil	n Männer	n Frauen
Quantitative Unterstützung	< 43,75	566	536
	< 57,50	460	466
	< 70,00	544	561
	≤ 100	523	527
Handlungsspielraum	< 43,75	445	590
	< 57,29	545	632
	< 71,88	559	456
	≤ 100	543	413
Soziale Unterstützung	< 50	404	425
	< 66,67	503	462
	< 83,33	666	588
	< 100	458	490
Führungsqualität	< 43,75	508	457
	< 62,50	553	504
	< 75	427	396
	≤ 100	550	654
Arbeitsplatzunsicherheit	< 25	608	562
	< 37,5	329	340
	< 62,5	701	677
	≤ 100	432	482

2.1.3 Instrumente zur Erfassung von Indikatoren der Mentalen Gesundheit

In S-MGA werden sowohl negative wie auch positive Indikatoren der mentalen Gesundheit berücksichtigt.

Die negativen Indikatoren umfassen

- die depressive Symptomatik,
- Burnout, sowie
- Erholungsunfähigkeit.

Die positiven Indikatoren umfassen

- das emotionale Wohlbefinden,
- die Lebenszufriedenheit und
- die Arbeitszufriedenheit.

Depressive Symptomatik

Zur Erfassung der depressiven Symptomatik wurde der Gesundheitsfragebogen für Patienten eingesetzt, die deutsche Version des "PRIME MD Patient Health Questionnaire" (PHQ) (Löwe, Spitzer, Zipfel, & Herzog, 2002; Spitzer, Kroenke, Williams, & Group, 1999). Für die vorliegende Studie wurde aus der Kurzversion das Depressionsmodul PHQ-9 mit insgesamt neun Fragen verwendet. Es dient dem Screening, der Diagnose, der (Verlaufs-)Kontrolle und der Bestimmung des Schweregrads depressiver Störungen (Gräfe, Zipfel, Herzog, & Löwe, 2004). Die Studienteilnehmer wurden gefragt, wie häufig sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die in der nachfolgenden Liste genannten neun Beschwerden beeinträchtigt fühlten:

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen
8. Waren die Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?

Die Antwortmöglichkeiten reichen jeweils von 0 „überhaupt nicht“ über 1 „an einzelnen Tagen“ und 2 „an mehr als die Hälfte der Tage“ zu 3 „beinahe jeden Tag“. Über alle Antworten kann ein Skalensummenwert für Depressivität berechnet werden, der einen Wertebereich von 0 bis 27 aufweist. Die Häufigkeitsverteilung der depressiven Symptomatik ist sowohl bei Männern als auch Frauen rechtsschief. Die häufigsten Ausprägungen befinden sich zwischen 2 und 3 für die Männer und zwischen 3 und 4 für die Frauen und somit in einem Bereich, der als das Fehlen der depressiven Symptomen definiert ist (s. Abbildung 2.1 und 2.2). Den Auswertungsempfehlungen des PHQ-9 folgend, gilt ein Summenwert von 10 oder mehr als ein Hinweis auf das Vorliegen einer depressiven Symptomatik.

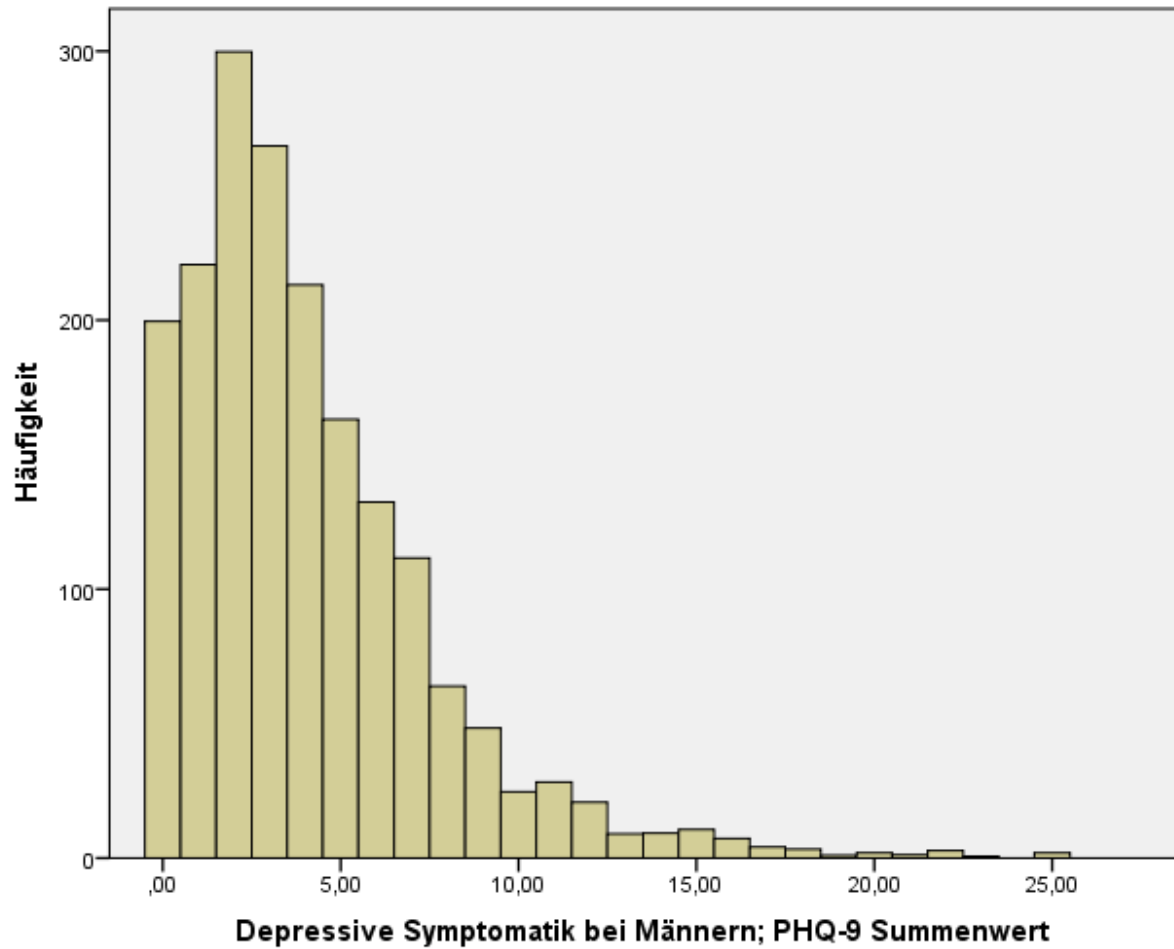


Abb. 2.1 Häufigkeitsverteilung depressiver Symptomatik bei Männern: Bei einem PHQ-Summenwert größer gleich 10 liegt eine depressive Symptomatik vor.

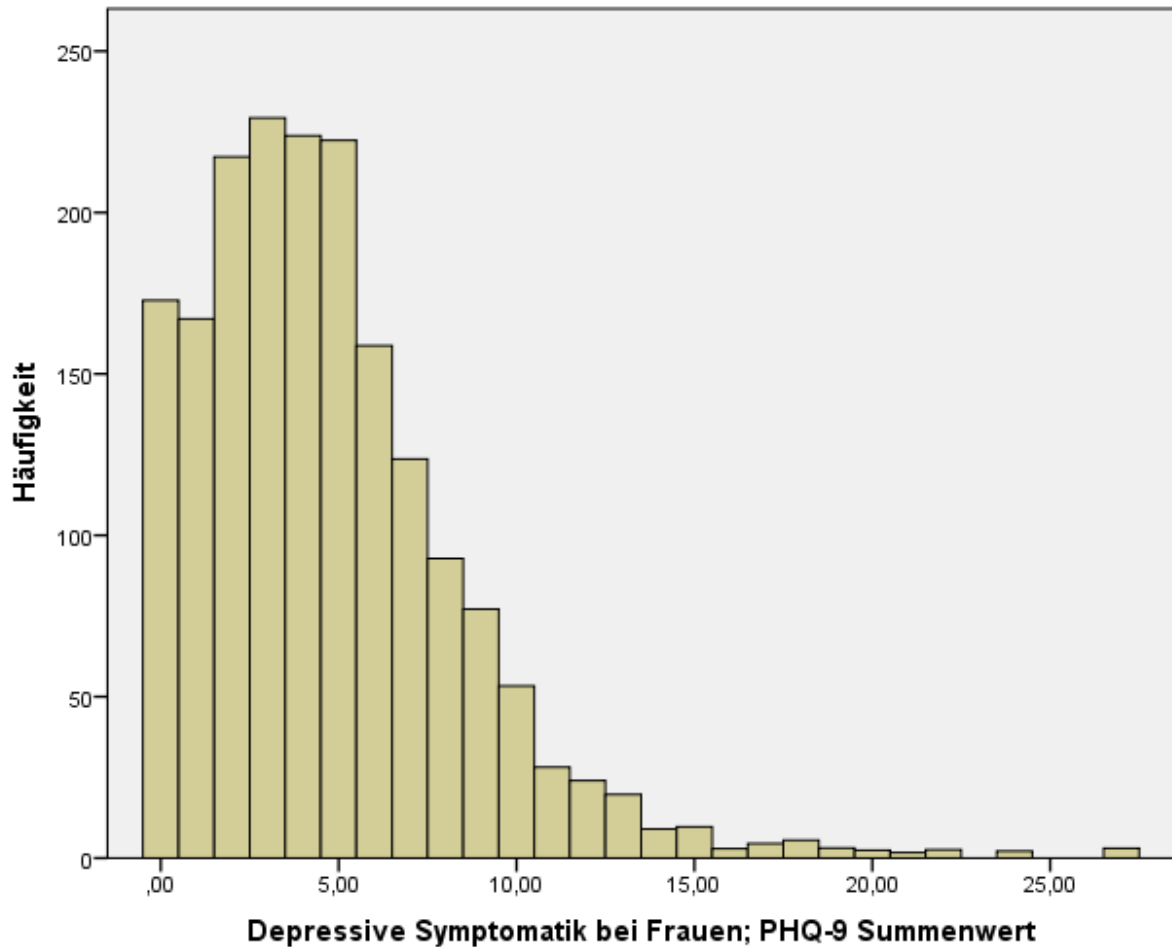


Abb. 2.2 Häufigkeitsverteilung depressiver Symptomatik bei Frauen: Bei einem PHQ-Summenwert größer gleich 10 liegt eine depressive Symptomatik vor.

Burnout

Beim Burnout handelt es sich nicht um die Diagnose einer psychischen Störung wie im Fall der depressiven Störung, sondern um einen Symptomkomplex, der im Zusammenhang mit arbeitsbezogenen Belastungen auftreten kann. Dieser Symptomkomplex oder dieses Syndrom wurde seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts vermehrt zum Gegenstand wissenschaftlicher Studien. Im Zentrum früherer Untersuchungen standen häufig Personen aus dem Sozial- oder Gesundheitsbereich, deren Tätigkeit durch Dienste am Menschen geprägt ist. Eine wichtige Kernkomponente bei der Erfassung von Burnout bildet die Dimension der emotionalen Erschöpfung. Diese kann mit dem „Oldenburg Burnout Inventar“ erfasst werden (Demerouti, 1999; Demerouti & Nachreiner, 1998), der ebenfalls als Fragebogen zum Einsatz kommt. Im OLBI werden die Symptome des Burnout-Syndroms über verschiedene Berufsgruppen hinweg erfasst.

Dabei wurden folgende Aussageninhalte aus dem OLBI zur Erfassung der Erschöpfung vorgelegt:

1. Es gibt Tage, an denen ich mich schon vor der Arbeit müde fühle.
2. Nach der Arbeit brauche ich jetzt oft längere Erholungszeiten als früher, um wieder fit zu werden.
3. Die Belastung durch meine Arbeit ist ganz gut zu ertragen.

4. Ich habe bei der Arbeit immer häufiger das Gefühl emotional ausgelaugt zu sein.
5. Nach der Arbeit bin ich in der Regel noch ganz fit für meine Freizeitaktivitäten.
6. Nach der Arbeit fühle ich mich in der Regel schlapp und abgespannt.
7. In der Regel kann ich meine Arbeitsmenge gut schaffen.
8. Während meiner Arbeit fühle ich mich total fit.

Die Antworten gehen von „völlig unzutreffend“ über „eher unzutreffend“ und „eher zutreffend“ zu „völlig zutreffend“. Den Antwortkategorien werden Werte von 1 bis 4 zugeordnet, so dass die Höhe des Skalenwertes den Grad der Erschöpfung widerspiegelt. Bei vier Fragen ist dazu eine Umkehrung (Umpolung) der Werte erforderlich, da diese als positive Aussagen formuliert sind. Anschließend wird der Durchschnittswert für alle acht Antworten gebildet. Die Häufigkeitsverteilung der Burnout-Skala folgt annähernd einer Normalverteilung. Der häufigste Wert der Verteilung liegt im Bereich zwischen 2.0 und 2.1 für die Männer und zwischen 2.1 und 2.2 für die Frauen (s. Abbildung 2.3 und 2.4). Das Vorliegen von Burnout wurde bei einem Schwellenwert von ≥ 3 für den gemittelten Gesamtwert definiert.

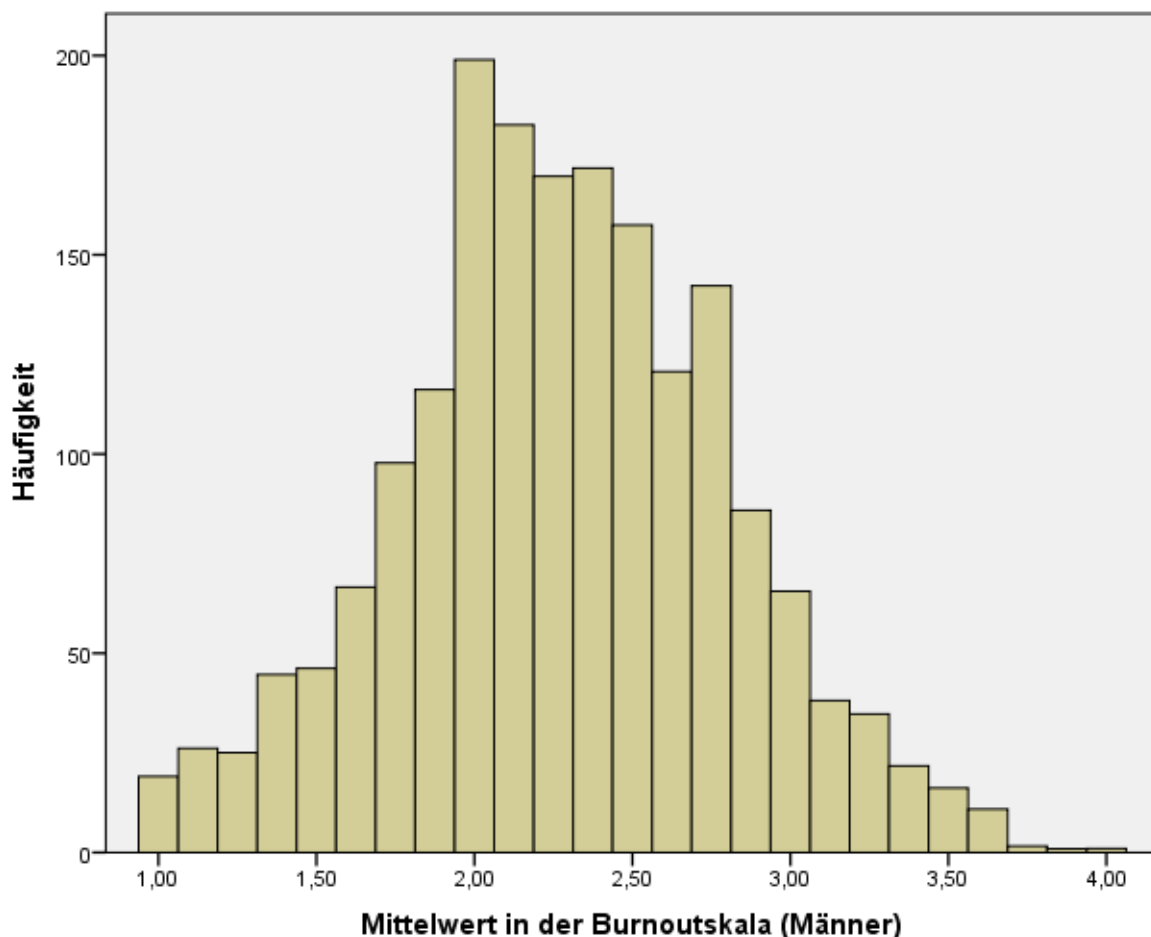


Abb. 2.3 Häufigkeitsverteilung von Burnout bei Männern: Ab einem Mittelwert ≥ 3 liegt ein Burnout-Syndrom vor.

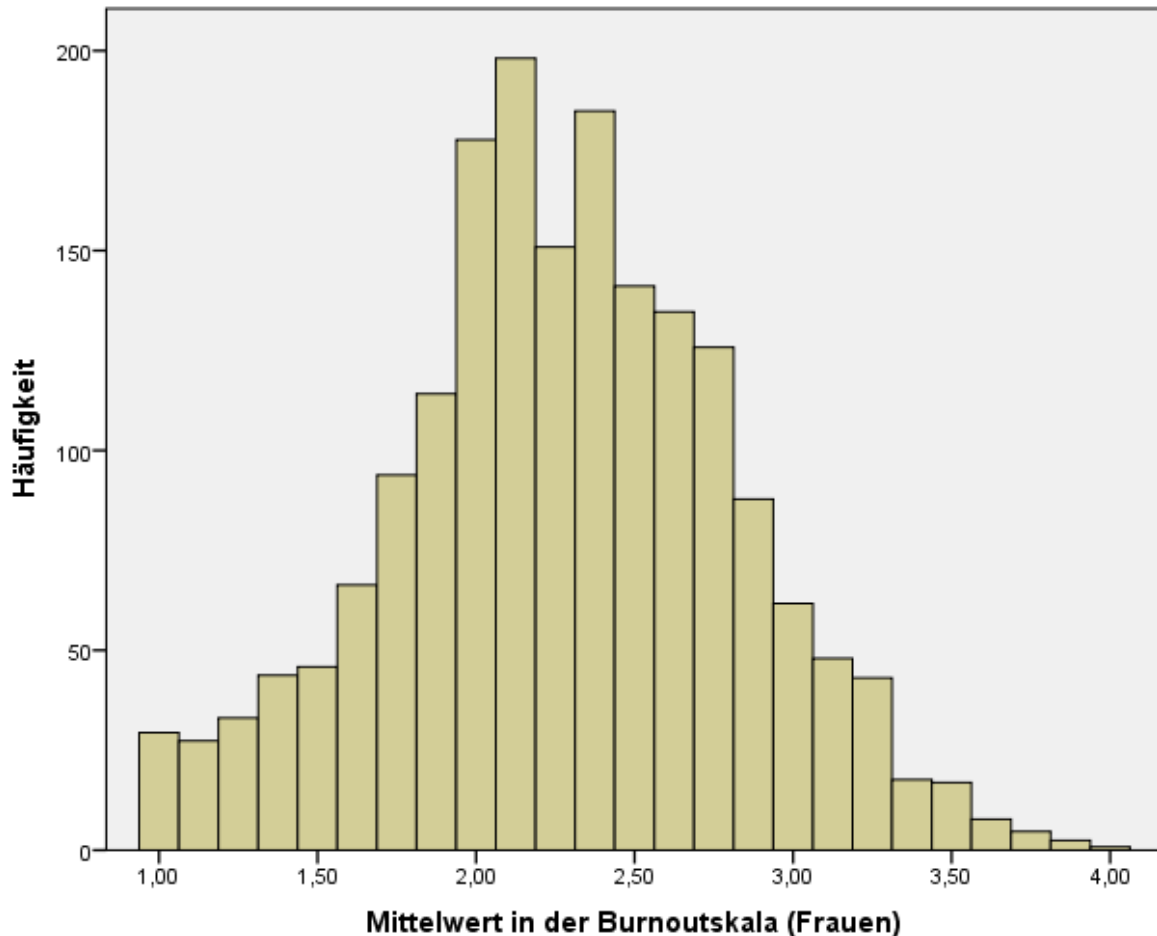


Abb. 2.4 Häufigkeitsverteilung von Burnout bei Frauen: Ab einem Mittelwert ≥ 3 liegt ein Burnout-Syndrom vor.

Erholungsunfähigkeit

Der deutsche „Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung“ (Richter, Rudolf, & Schmidt, 1996) dient der Erfassung gewohnheitsmäßiger Handlungsmuster, die in Stresssituationen zu erhöhten dauerhaften Aktivierungen führen. Damit sollen bereits vor dem Auftreten von Erkrankungen – insbesondere von Herz-Kreislauferkrankungen – arbeitsbezogene Faktoren identifiziert werden, die krankheitsrelevant werden können (Richter, Hille, & Rudolf, 1999). Das Verfahren umfasst verschiedene Aspekte wie Wettbewerbsstreben oder Ungeduld. Für die aktuelle Studie wurde der Teilausschnitt berücksichtigt, der sich auf die Einschränkungen der Erholungsfähigkeit (Erholungsunfähigkeit) bezieht. Erholungsunfähigkeit wird über sechs Aussagen erfasst, die einen unmittelbaren Bezug zur Arbeit haben. Die Befragten geben für jede Aussage an, in welchem Maß diese auf sie selbst zutrifft. In der aktuellen Erhebung wurden diese Aussagen als Liste präsentiert und die Antworten anschließend von einem Interviewer elektronisch erfasst:

1. Meine Arbeit putscht mich manchmal so auf, dass ich gar nicht mehr zur Ruhe komme.
2. Ich schlafe schlecht ein, weil mir oft Berufsprobleme durch den Kopf gehen.

3. Es fällt mir immer wieder schwer, Zeit für persönliche Dinge, zum Beispiel für den Friseurbesuch, zu finden.
4. Auch im Urlaub muss ich häufig an Probleme meiner Arbeit denken.
5. Ich strenge mich oft bei meiner Arbeit so an, wie man es sicher nicht sein ganzes Leben durchhalten kann.
6. Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.

Die Antwortmöglichkeiten wurden mit „Für mich trifft das“ eingeleitet und mit „sehr zu“, „etwas zu“, „eher nicht zu“ und „überhaupt nicht zu“ beantwortet. Die Antwortkategorien sind mit 1 – 4 kodiert. Damit hohe Werte auch einer hohen Erholungsunfähigkeit entsprechen, werden die Werte anschließend umgepolt und ein Summenwert gebildet, der zwischen 6 und 24 variiert. In der Häufigkeitsverteilung (s. Abbildung 2.5 und 2.6) der Skala zur Erholungsunfähigkeit kann für die Frauen eine Häufung im Bereich zwischen 6 und 7 Skalenpunkten beobachtet werden. Die Verteilung ist sonst annähernd normalverteilt. Die Verteilung der Erholungsunfähigkeitswerte der Männer folgt ebenfalls weitgehend einer Normalverteilung, wobei hier der Wert 12 am häufigsten auftritt. Erholungsunfähigkeit wurde in der aktuellen Studie über einen Summenwert von 18 Punkten oder mehr definiert.

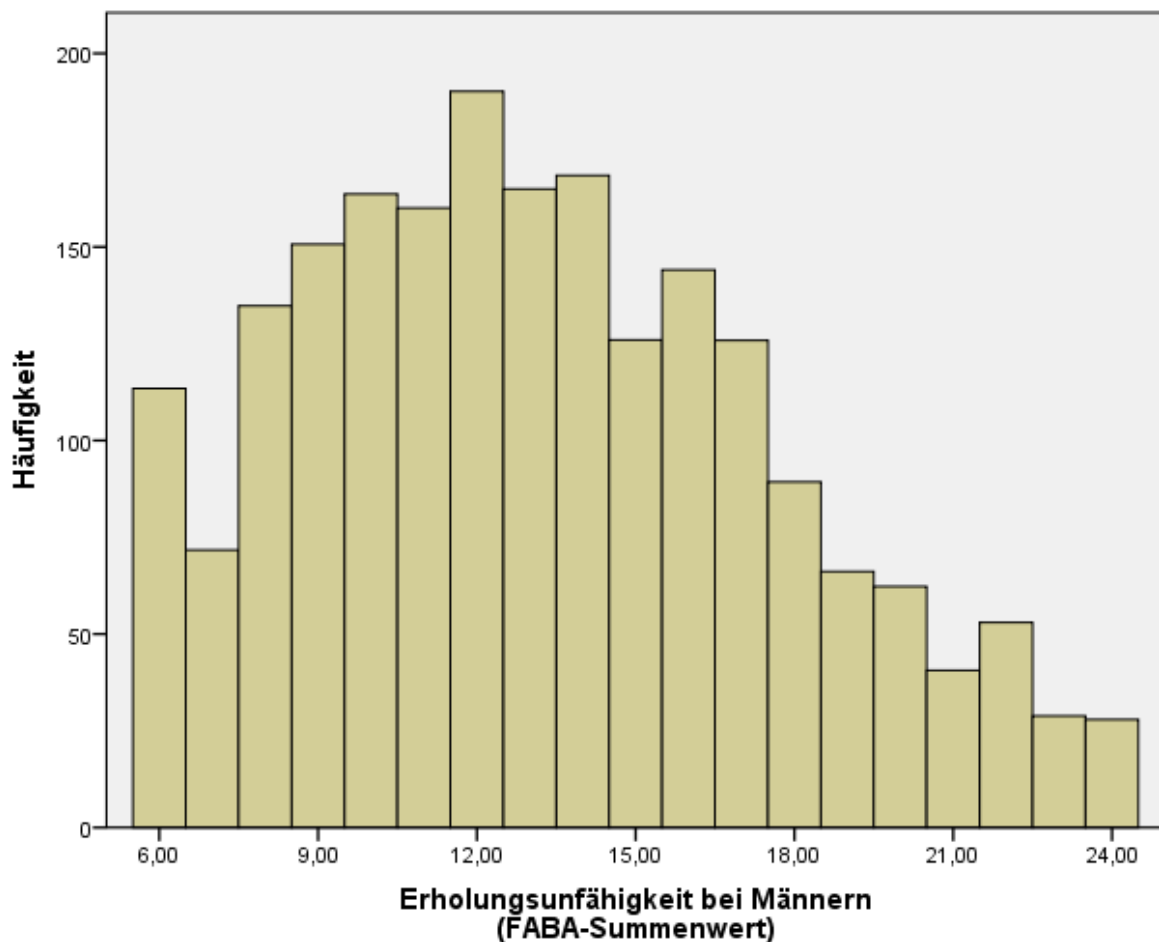


Abb. 2.5 Häufigkeitsverteilung von Erholungsunfähigkeit bei Männern: Ab einem Summenwert größer gleich 18 liegt Erholungsunfähigkeit vor.

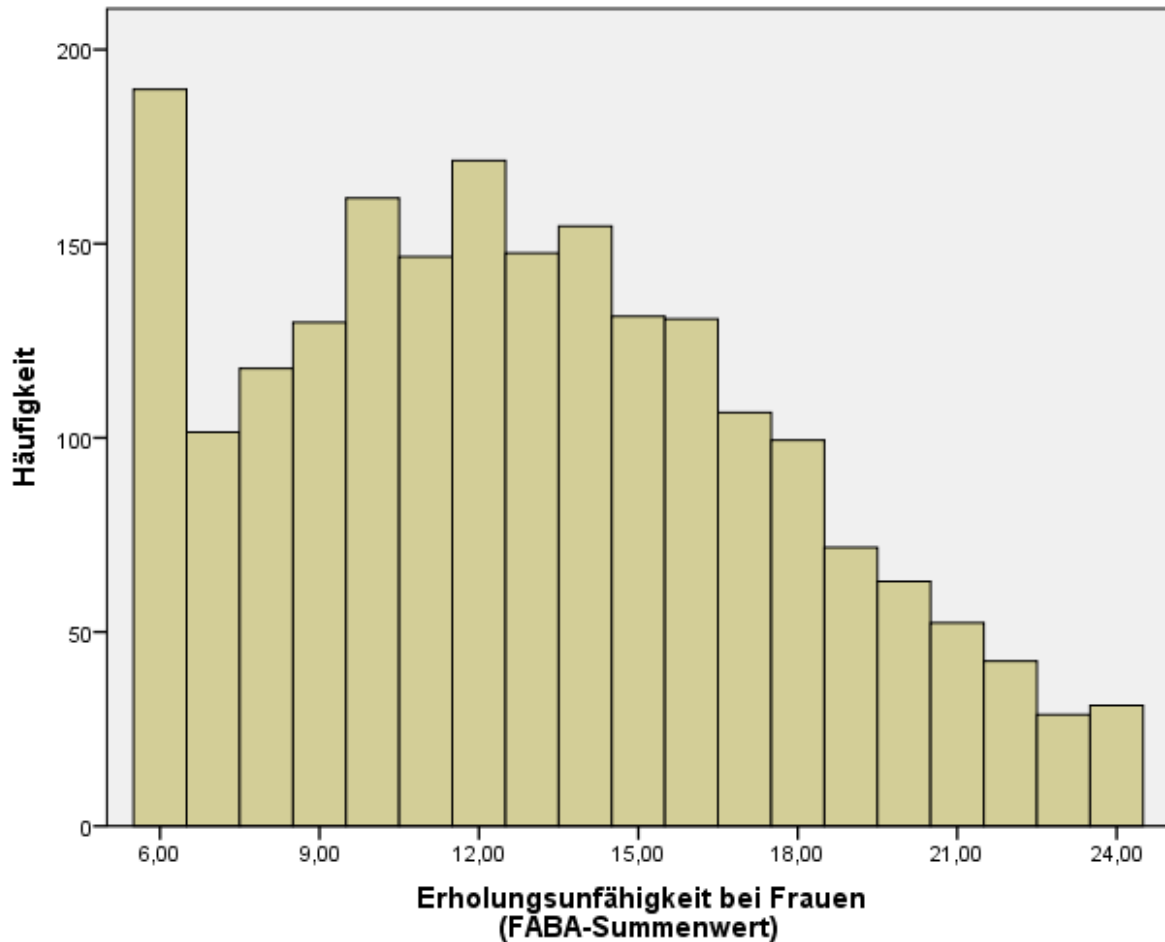


Abb. 2.6 Häufigkeitsverteilung von Erholungsunfähigkeit bei Frauen: Ab einem Summenwert größer gleich 18 liegt Erholungsunfähigkeit vor.

Emotionales Wohlbefinden

Bei der Erhebung des Wohlbefindens sind zwei zentrale Komponenten zu differenzieren: Zum einen die Bewertungen des eigenen Lebens und der eigenen Lebensführung, wie diese sich in der Lebenszufriedenheit niederschlagen, und die Bewertung der eigenen Gefühle, Emotionen und Stimmungen – das emotionale Wohlbefinden. Für letzteres liegen Skalen vor, mittels derer angenehme und unangenehme Emotionen eingeschätzt werden können. In der vorliegenden Studie kam eine Skala zum Einsatz, die auf die englischsprachige „Scale of Positive and Negative Experiences“ (SPANE) zurückgeht, die von Diener und seinen Kollegen entwickelt wurde (Diener et al., 2010). Die Befragten werden dabei gebeten, die Häufigkeit von sechs negativen und sechs positiven Gefühlen oder Affekten in den letzten vier Wochen in einer fünfstufigen Antwortskala von „sehr selten oder nie“ bis „sehr oft oder immer“ anzugeben (siehe Abbildung 2.7).

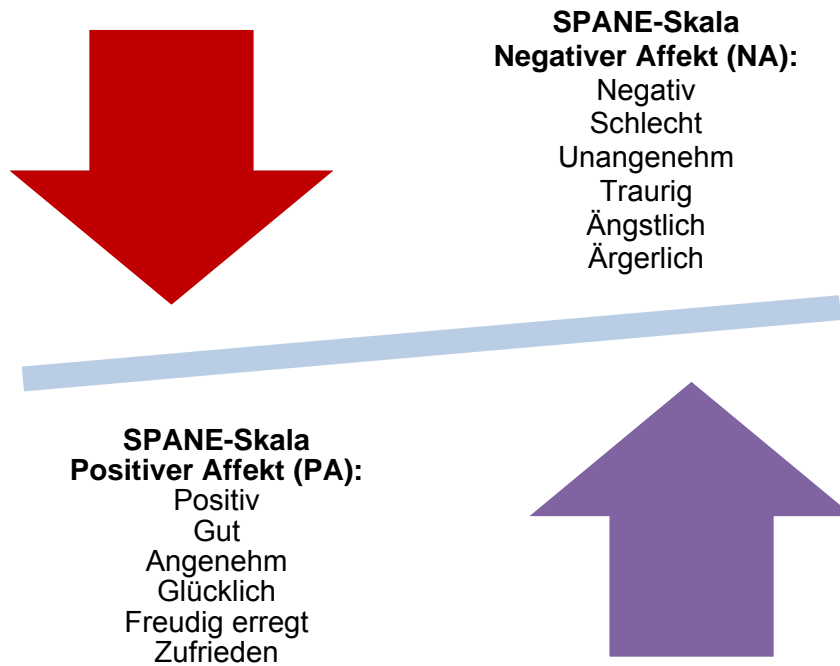


Abb. 2.7 Affekt-Balance zwischen positivem und negativem Affekt

Aus den Antworten wurde sowohl ein Summenwert für die Skala Positiver Affekt und ein Summenwert für den Negativen Affekt gebildet, die beide einen Wertebereich von 6 bis 30 annehmen können. Daran schließt sich die Berechnung der Affekt-Balance an. Dazu werden von den Werten für den positiven Affekt die Werte für den negativen Affekt subtrahiert. Die daraus resultierende Skala weist einen Wertebereich von -24 bis 24 auf und folgt annähernd einer Normalverteilung. Die häufigsten Ausprägungen befinden sich im Bereich zwischen 12 und 13 für die Männer und zwischen 11 und 12 für die Frauen (s. Abbildung 2.8 und 2.9). Werte im positiven Bereich zwischen 0 und 24 werden als Hinweis auf emotionales Wohlbefinden gewertet (Organisation for Economic Co-operation Development, 2013).

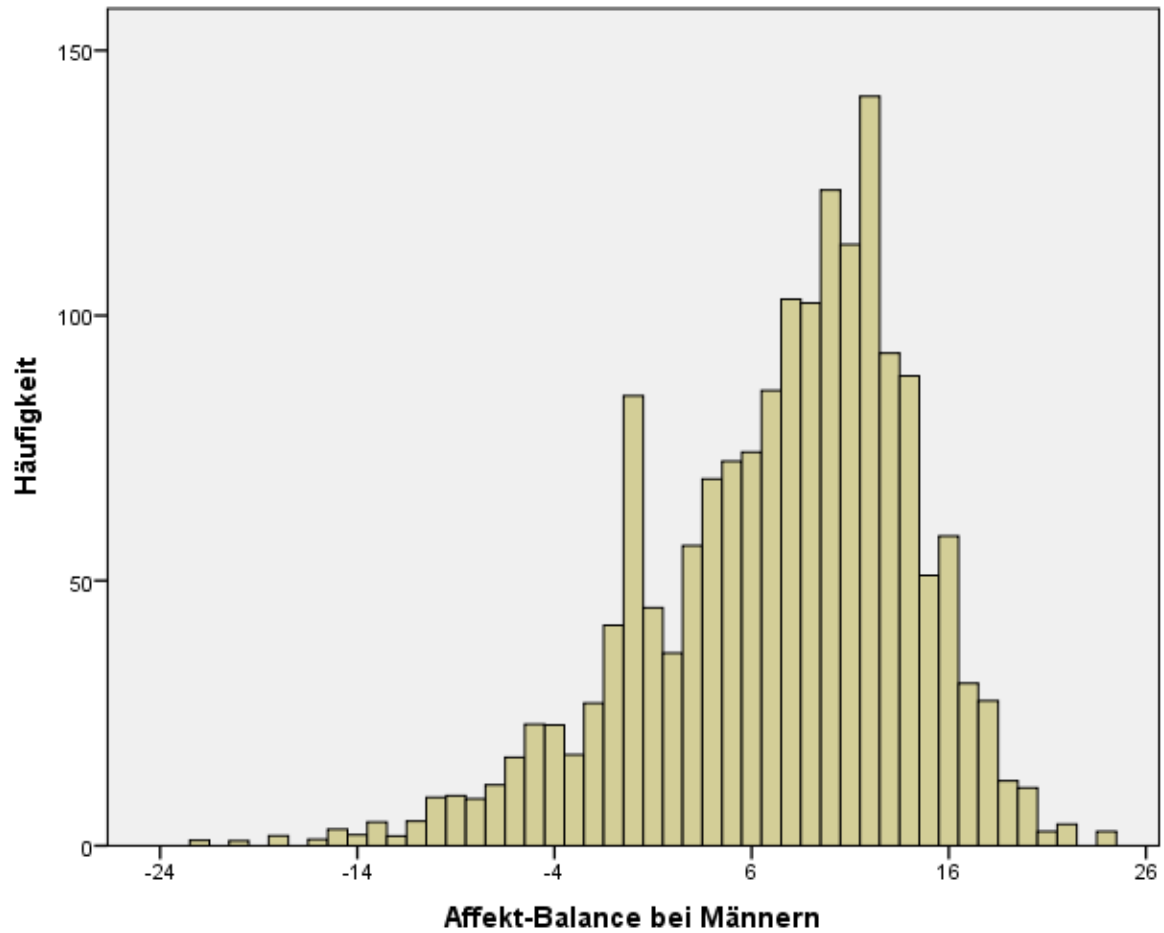


Abb. 2.8 Häufigkeitsverteilung von Affekt-Balance bei Männern: Positive Werte weisen auf das Überwiegen des positiven Affekts hin, negative Werte auf das Überwiegen des negativen Affekts.

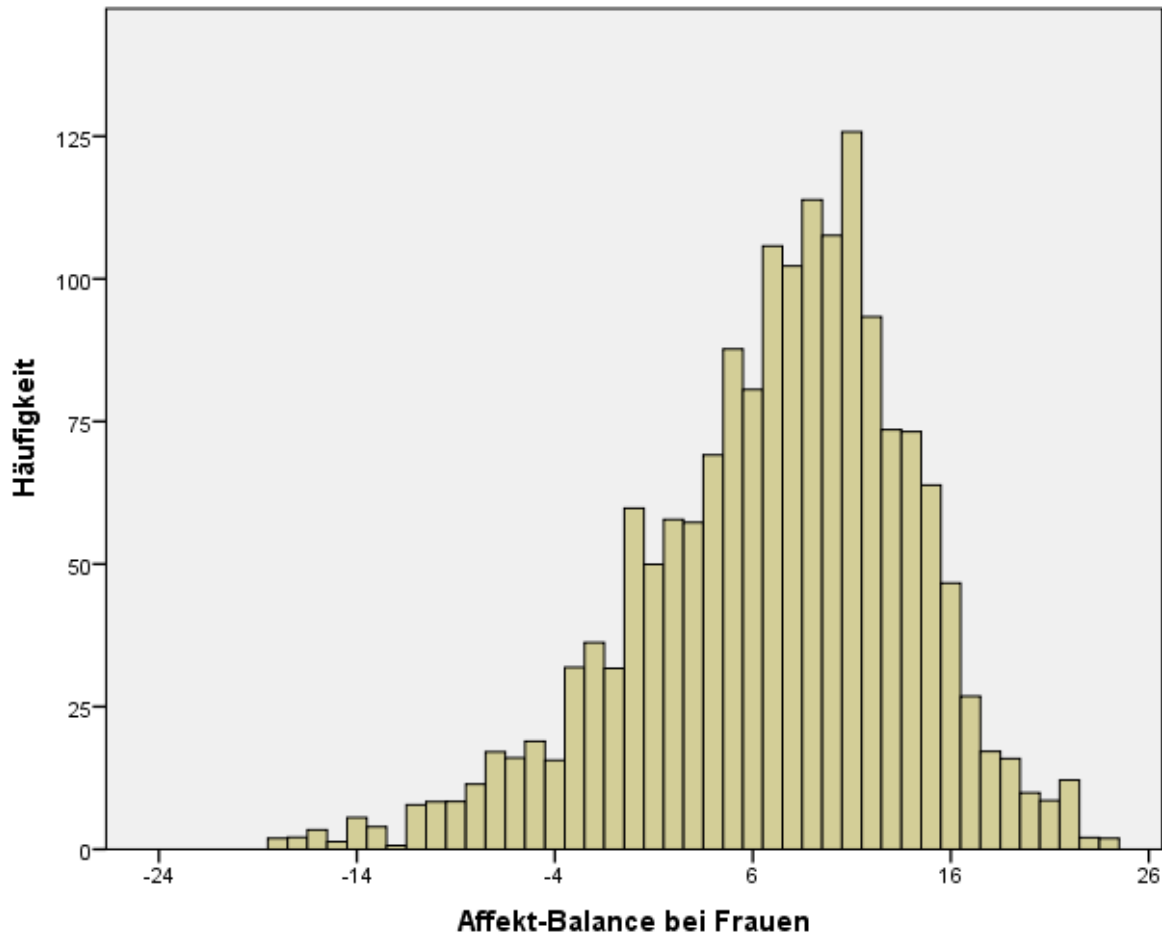


Abb. 2.9 Häufigkeitsverteilung von Affekt-Balance bei Frauen: Positive Werte weisen auf das Überwiegen des positiven Affekts hin, negative Werte auf das Überwiegen des negativen Affekts.

Lebenszufriedenheit

Neben dem emotionalen Wohlbefinden wurde die zweite Komponente des subjektiven Wohlbefindens erfasst – die Lebenszufriedenheit. Die von Diener und seinen Mitautoren (1985) entwickelte Satisfaction with Life Scale (SWLS) ist nicht nur im internationalen Bereich weit verbreitet. Sie wird auch in Deutschland, u. a. in einer deutschen Version des COPSOQ eingesetzt (Nübling et al., 2005). Bei der deutschen Version des SWLS werden die Befragten gebeten, bei fünf Aussagen den Grad der Zustimmung anzugeben.

Dabei handelt es sich um die folgenden Frageninhalte und Antwortmöglichkeiten:

- 1) In den meisten Punkten ist mein Leben meinem Ideal nahe.
- 2) Meine Lebensbedingungen sind hervorragend.
- 3) Ich bin zufrieden mit meinem Leben.
- 4) Ich habe bisher die wichtigsten Dinge, die ich mir vom Leben wünsche, auch bekommen.
- 5) Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich fast nichts ändern.

Die Antwortmöglichkeiten für den Grad der Zustimmung reichen von 1 („lehne voll und ganz ab“) bis 7 („stimme voll und ganz zu“). Die Summe dieser fünf Antworten im Wertebereich von 5 bis 35 bildet den Indikator für die graduelle Ausprägung der globalen Lebenszufriedenheit. Die Häufigkeitsverteilung der Skala folgt einer linksschie-

fen Verteilung. Der häufigste Wert in der Verteilung der Lebenszufriedenheitsskala der Männer und Frauen liegt in dem Bereich zwischen den Skalenwerten 30 und 31 (s. Abbildung 2.10 und 2.11). Den Hinweisen der OECD (2013) folgend wurden höhere Wertausprägungen zwischen 20 und 35 als hohe Lebenszufriedenheit interpretiert.

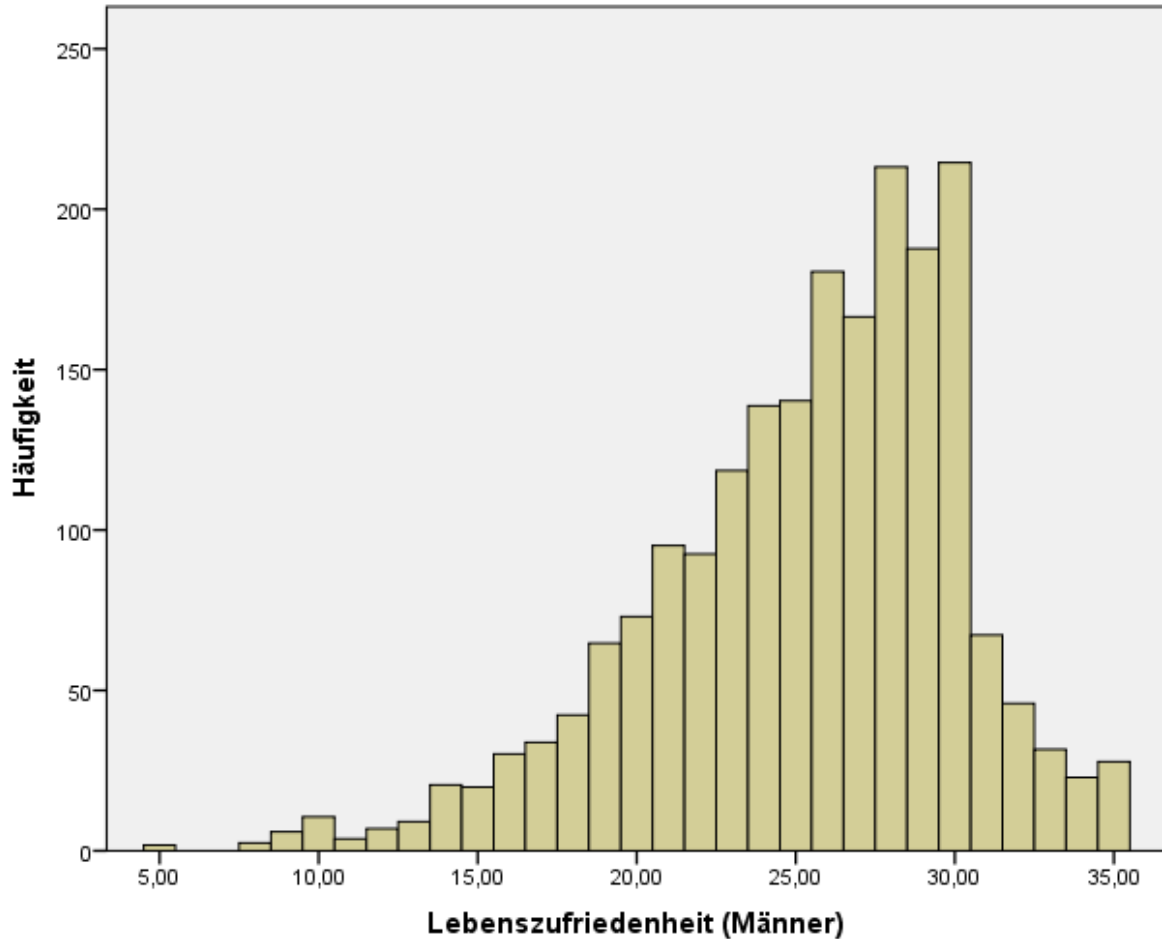


Abb. 2.10 Häufigkeitsverteilung von Lebenszufriedenheit bei Männern: Skalenwerte zwischen 20 und 35 bedeuten eine hohe Lebenszufriedenheit.

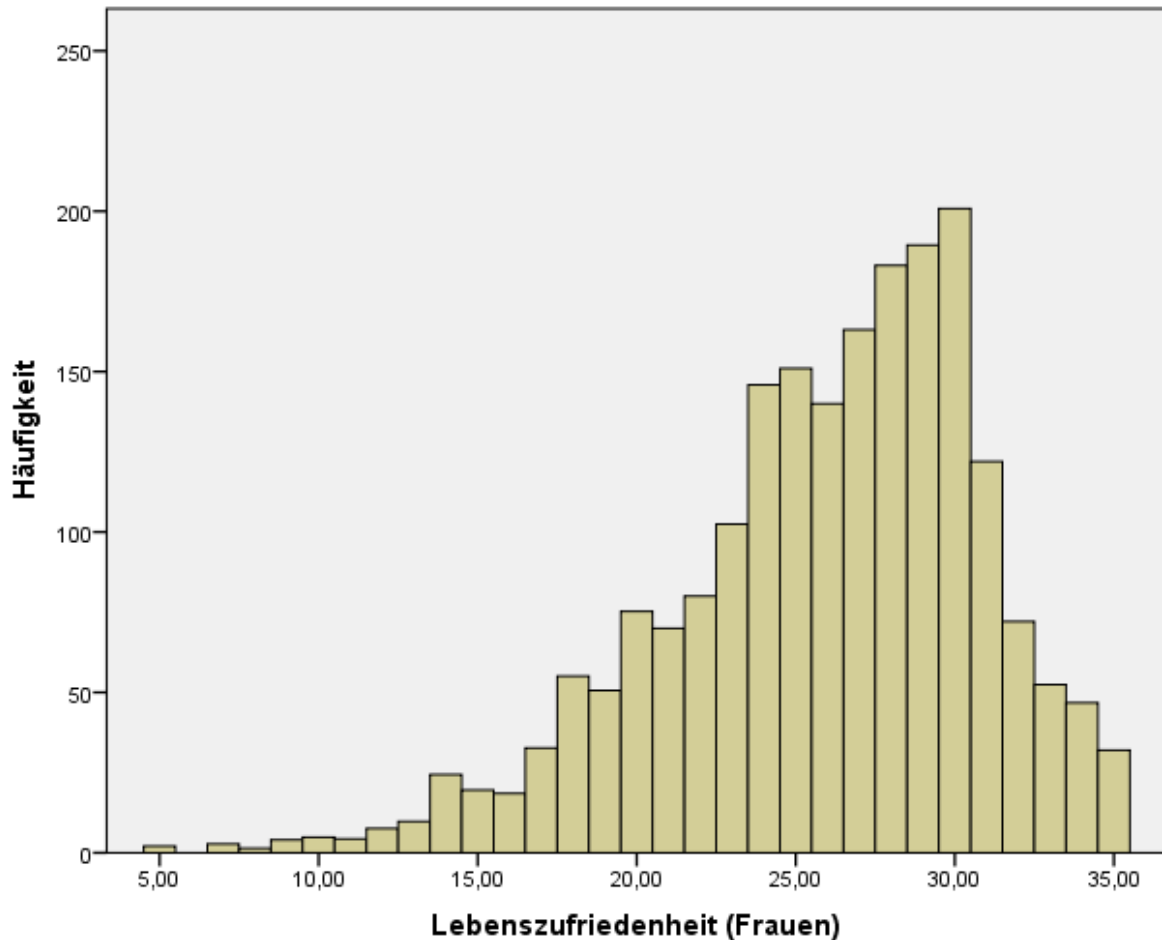


Abb. 2.11 Häufigkeitsverteilung von Lebenszufriedenheit bei Frauen: Skalenwerte zwischen 20 und 35 bedeuten eine hohe Lebenszufriedenheit.

Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit – ein Teilbereich der Lebenszufriedenheit – wurde im Interview mit einer Frage erhoben: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit?“. Es folgt eine Antwortskala von 1 = „sehr zufrieden“, 2 = „eher zufrieden“, 3 = „eher nicht zufrieden“ bis 4 = „gar nicht zufrieden“. Die Auswertungen in diesem Bericht beziehen sich auf den Anteil der Zufriedenen, die mit „eher zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ geantwortet haben.

Funktionsfähigkeit (Short-Form 12; SF-12)

Aus einem Befragungsinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Short Form 12 (Nübling, Andersen & Mühlbacher, 2006; Schupp, 2005), wurde eine Frage ausgewählt, die auf Einschränkungen bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten und der Teilhabe im Erwerbsleben hinweist: „Bitte denken Sie an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, dass Sie wegen seelischer oder emotionaler Probleme in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen weniger geschafft haben als Sie eigentlich wollten?“ Die Antwortmöglichkeiten im Interview reichten fünfstufig von „immer“ bis „nie“.

Arbeitsfähigkeit

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgte über eine Einzelfrage, die auch Bestandteil des in Finnland entwickelten „Work Ability Index“ ist (Tuomi, Ilmarinen & Jahkola, 1998). Der WAI wird vornehmlich in der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmern zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen (Hasselhorn & Freude, 2007). Für die aktuelle Studie wurde gefragt „Und wie schätzen Sie ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die geistigen Arbeitsanforderungen ein?“ Die Antwort erfolgte auf einer fünfstufigen Skala zwischen „sehr gut“ und „sehr schlecht“. Im Bericht wird der Anteil derjenigen angegeben, die mit „sehr gut“ oder „eher gut“ geantwortet haben.

2.1.4 Methodisches Vorgehen

Für die Darstellung der Zusammenhänge zwischen den psychosozialen Arbeitsbedingungen und den Indikatoren der mentalen Gesundheit wurde folgende Vorgehensweise gewählt: Den Ausgangspunkt bildet die Untersuchung der psychosozialen Arbeitsbedingungen, die nach den Stufen „niedrig“, „eher niedrig“, „eher hoch“ und „hoch“ geordnet sind (s. Abbildung 2.13). Die Indikatoren der mentalen Gesundheit wie depressive Symptomatik, Burnout, Erholungsunfähigkeit, Zufriedenheit und Wohlbefinden werden zweistufig ausgewertet (s. Abbildungen 2.13 bis 2.17.). Das ermöglicht die Berechnung des prozentualen Anteils beispielsweise derjenigen mit oder ohne ein Burnout.

Zur Darstellung des Zusammenhangs wird für jede der vier Stufen der Arbeitsbedingungen jeweils der prozentuale Anteil der Fälle – zum Beispiel der Fälle mit einem Burnout – berechnet. Durch den Vergleich der Anteilswerte in den vier Stufen ergeben sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der betrachteten Arbeitsbedingung und dem jeweiligen Indikator der mentalen Gesundheit.

Die Verwendung von vier Stufen ermöglicht differenziertere Vergleiche als die einfache Gegenüberstellung zweier Stufen mit hoher und niedriger Ausprägung. So wird deutlich, ob die Anteilswerte gleichförmig über alle Stufen einer Arbeitsbedingung ansteigen oder z. B. einem diskontinuierlichem Verlauf folgen.

Für die geschätzten Anteilswerte pro Stufe liegen statistische Erwartungsbereiche vor. Diese Informationen werden genutzt, um bedeutsame Unterschiede in den Anteilswerten zwischen den Stufen zu identifizieren.

Bei der Interpretation der vorliegenden Befunde sind die methodischen Spezifika der Studie mit zu berücksichtigen. Die Ergebnisse liefern Hinweise auf Assoziationen, die nicht mit kausalen Zusammenhängen gleichzusetzen sind. Bei Querschnittsstudien, in denen nach subjektiv wahrgenommenen Zielgrößen gefragt wird, sind verschiedene verzerrende Einflüsse möglich. Diese können zunächst zu Zusammenhanganahmen führen, die sich später unter Einbezug neuer Forschungsbefunde nicht mehr halten lassen oder in ihrer Geltung eingeschränkt werden. Ein typisches Beispiel für einen verzerrenden Einfluss ist die Verwendung der gleichen Methode der Datenerhebung (z. B. schriftliche Befragung), sowohl zur Erhebung der Einflussgrößen bei der Arbeit als auch zur Erfassung der gesundheitlichen Auswirkungen. Das kann dazu führen, dass die untersuchten Personen in ihrem Antwortverhalten allein durch die Verwendung der gleichen Methodik einen Zusammenhang künstlich verstärken oder abschwächen und resultierende Zusammenhänge verzerren werden (common method bias). Dieser verzerrende Einfluss kann grundsätzlich bei empirischen Erhebungen nicht ausgeschlossen werden. Allerdings wird diesem in der Studiendurchführung und bei der späteren Auswertung durch verschiedene Kontrolltechniken be-

geignet, die auch in der vorliegenden Studie zum Einsatz kamen. Dazu zählt u. a. die zeitliche Trennung der Fragen zu Ursachen und Wirkungen im gesamten Interview oder die Verwendung unterschiedlicher Erhebungstechniken wie die Mischung von Fragen im persönlichen Interview und einer schriftlichen Befragung bei sensitiven Fragen.

2.2 Ergebnisse

2.2.1 Depressive Symptomatik

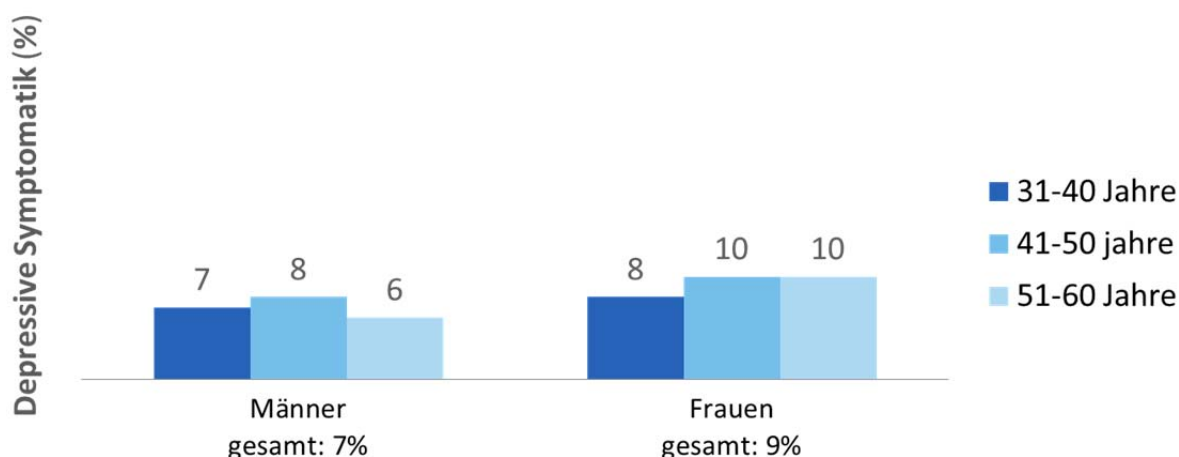


Abb. 2.12 Depressive Symptomatik mit einem PHQ-9 \geq 10 bei Männern und Frauen

Eine depressive Symptomatik tritt bei männlichen Beschäftigten mit einem relativen Anteil von 6,9% seltener auf als bei weiblichen Beschäftigten (9,3%). Eine Differenzierung nach den Altersgruppen 31 – 40 Jahre, 41 – 50 Jahre und 51 – 60 Jahre zeigt sowohl für die Frauen als auch für die Männer, dass in der mittleren Altersgruppe der höchste Anteil mit depressiver Symptomatik vorliegt. So findet sich bei den 31- bis 40-jährigen Männern eine Häufigkeit der depressiven Symptomatik von insgesamt 6,8%; dieser Wert steigt in der nächsten Altersgruppe auf 7,6% an und sinkt wieder in der Altersgruppe der 51 bis 60 jährigen auf 5,8% ab.

Bei den weiblichen Beschäftigten tritt die depressive Symptomatik häufiger auf: Die relative Häufigkeit steigt von 7,8% in der jüngsten Altersgruppe auf 9,8% in der mittleren Altersgruppe und bleibt bei einem Wert von 9,7% bei den 51- bis 60-jährigen. An diesen Werten wird deutlich, dass die Häufigkeitsunterschiede zwischen den Geschlechtern stärker ins Gewicht fallen als die Altersunterschiede. Aus diesem Grund wird in den folgenden Abbildungen nur noch nach weiblichen und männlichen Beschäftigten differenziert und auf eine weitere Unterteilung nach Altersgruppen verzichtet (s. Abbildung 2.12).

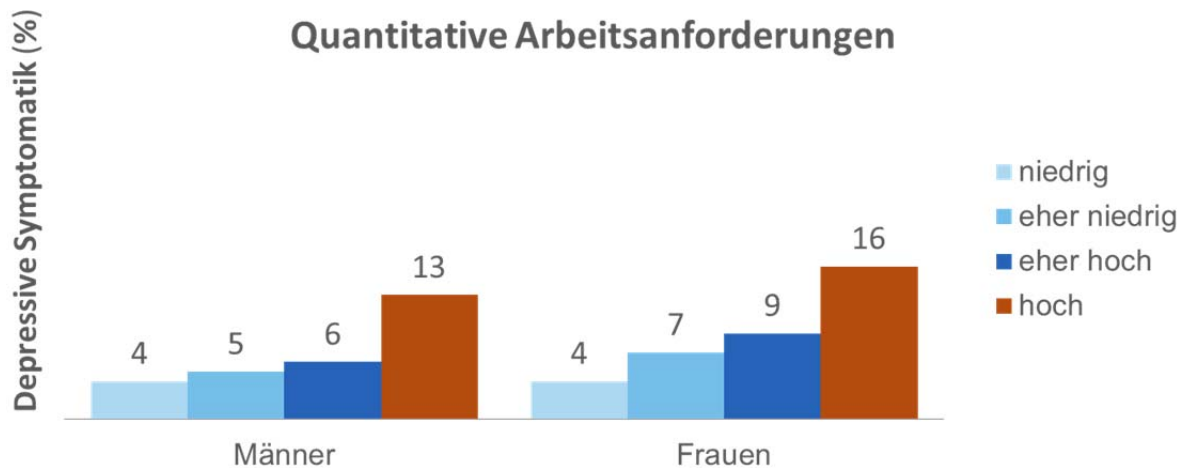


Abb. 2.13 Quantitative Anforderungen und depressive Symptomatik bei Männern und Frauen

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen den psychosozialen Arbeitsbedingungen und der depressiven Symptomatik dargestellt, beginnend mit den quantitativen Arbeitsanforderungen. In Abbildung 2.13 zeigt sich, dass bei deutschen Beschäftigten der relative Anteil von Beschäftigten mit einer depressiven Symptomatik mit der Höhe der quantitativen Anforderungen ansteigt. Insbesondere der Unterschied im Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik zwischen den Gruppen „eher hoch“ und „hoch“ ist deutlich. Bei männlichen und weiblichen Beschäftigten beträgt die Differenz zwischen eher hohen Anforderungen und hohen Anforderungen 7 Prozentpunkte.

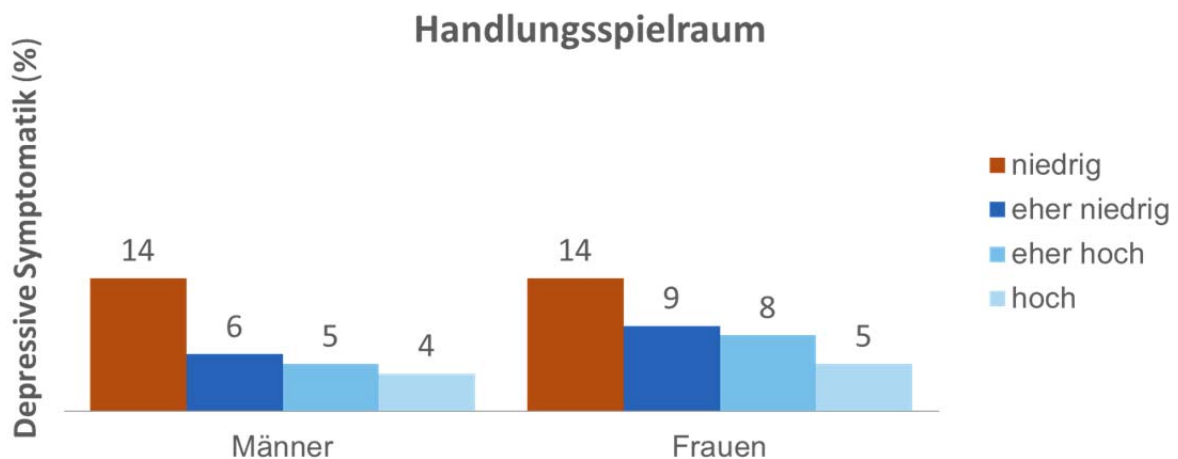


Abb. 2.14 Handlungsspielraum und depressive Symptomatik bei Männern und Frauen

Der Handlungsspielraum ist eine bedeutende Ressource in der Arbeitswelt und soll der Theorie und den bisherigen Befunden folgend den negativen Wirkungen von Arbeitsanforderungen kompensatorisch entgegenwirken. In Abbildung 2.14 ist der Zusammenhang zwischen Handlungsspielraum und depressiver Symptomatik dargestellt. Mit einem Anstieg des Handlungsspielraums von „niedrig“ bis „hoch“ ist eine

Abnahme im Anteil der depressiven Symptomatik für Männer und Frauen zu beobachten. Spiegelbildlich zu den quantitativen Anforderungen, tritt der größte Unterschied in der Häufigkeit der depressiven Symptomatik zwischen den Gruppen „eher niedrig“ und „niedrig“ auf. Der Anteil an männlichen Beschäftigten mit einer depressiven Symptomatik steigt von 6,2% in der Gruppe „eher niedrig“ auf 14,1% in der Gruppe „niedrig“. Bei den Frauen liegt ebenfalls ein – nicht ganz so ausgeprägter – Anstieg von 8,8% auf 14,2% vor.

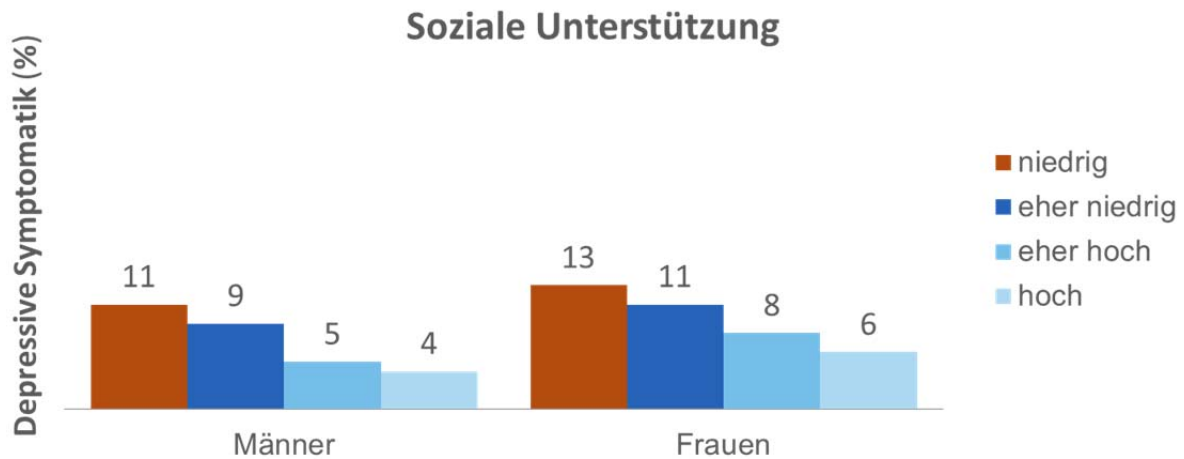


Abb. 2.15 Soziale Unterstützung und depressive Symptomatik bei Männern und Frauen

Ebenfalls zur Gruppe der Ressourcen in der Arbeitswelt gehören die Hilfe und Unterstützung von Kollegen und die Führungsqualität. Der Anteil an Beschäftigten mit depressiver Symptomatik ist für die vier Gruppen der Hilfe und Unterstützung von Kollegen in Abbildung 2.15 abgebildet. Der Anteil der depressiven Symptomatik nimmt mit zunehmender Hilfe und Unterstützung von Kollegen graduell ab. Für männliche und weibliche Beschäftigte beträgt die Differenz im Anteil der depressiven Symptomatik zwischen den Gruppen, die eine hohe Unterstützung und eine niedrige Unterstützung erfahren, 7 Prozentpunkte.

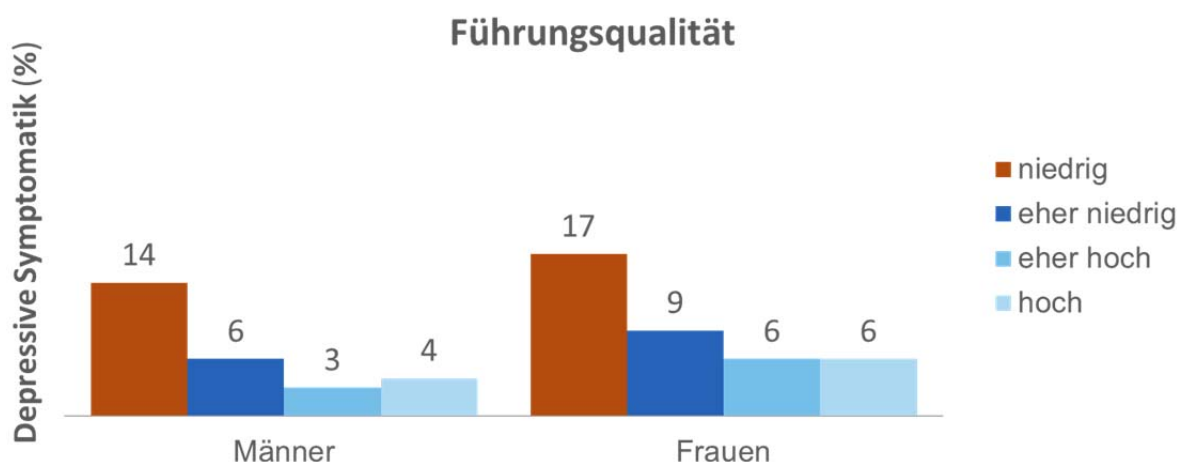


Abb. 2.16 Führungsqualität und depressive Symptomatik bei Männern und Frauen

Entgegen der Beobachtungen zum Zusammenhang zwischen Hilfe und Unterstützung durch Kollegen und der depressiven Symptomatik, verläuft die Assoziation mit der Führungsqualität nicht graduell. Während sich die Häufigkeit der depressiven Symptomatik zwischen Männern und Frauen, die die Führungsqualität Ihrer unmittelbaren Vorgesetzten als „hoch“ oder „eher hoch“ bewerten, nicht unterscheidet, lässt sich für die Gruppe, die eine niedrige Führungsqualität erfahren, eine deutlich größere Häufigkeit der depressiven Symptomatik feststellen. Der Anteil der depressiven Symptomatik in der Gruppe mit eher niedriger Führungsqualität liegt bei 6,2% und 9,0% bei Männern und Frauen. Dieser Anteil ist mit 13,7% und 16,9% 8 Prozentpunkte höher in der Gruppe mit niedriger Führungsqualität (s. Abbildung 2.16).

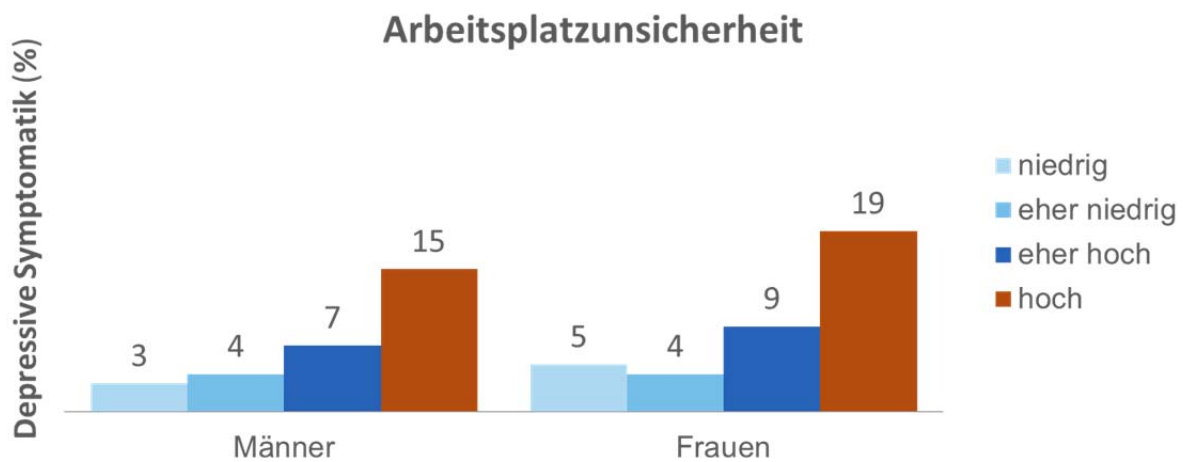


Abb. 2.17 Arbeitsplatzunsicherheit und depressive Symptomatik bei Männern und Frauen

Bei der subjektiv wahrgenommenen Arbeitsplatzunsicherheit ergibt sich unter den Männern mit einer eher niedrigen Unsicherheit ein Anteil an Personen mit depressiver Symptomatik von 4,1%, der dann aber in der Gruppe mit der hohen Unsicherheit auf 14,7% ansteigt. Bei den Frauen steigt der prozentuale Anteil von 3,5% auf 18,6%. Auch bei diesem Faktor fällt wiederum der starke Anstieg vom vorletzten Viertel zum letzten Viertel – mit der hohen Arbeitsplatzunsicherheit – auf (s. Abbildung 2.17).

2.2.2 Burnout

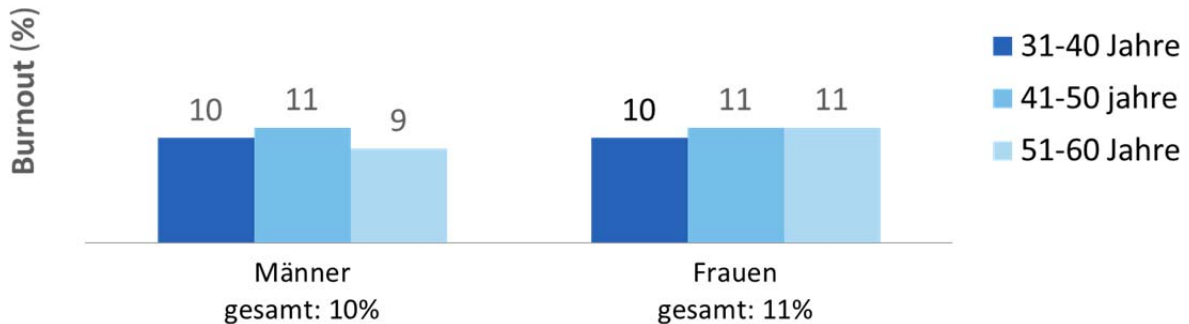


Abb. 2.18 Anteil Burnout für Männer und Frauen

Nach dem im Kapitel 2.1.3 beschriebenen Einteilungskriterium ergibt sich für Burnout ein relativer Anteil von 10% bei den Männern und 11% bei den Frauen. Die Unterschiede für die Anteile an Burnout sind jedoch zwischen Männern und Frauen als auch zwischen den drei Altersgruppen nur geringfügig (s. Abbildung 2.18).

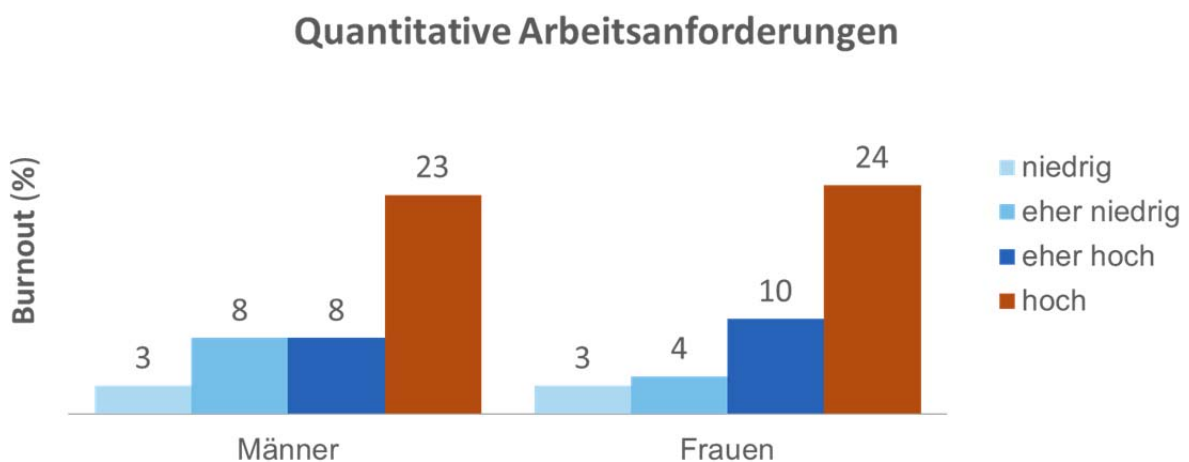


Abb. 2.19 Quantitative Anforderungen und Burnout bei Männern und Frauen

Mit Blick auf den Zusammenhang mit den quantitativen Anforderungen zeigt sich für Burnout ein ähnliches Muster wie für die depressive Symptomatik; allerdings fällt der Unterschied zwischen den eher hohen und den hohen Anforderungen noch stärker aus: Bei den Männern steigt der Anteil der von Burnout Betroffenen von 3% in der ersten Stufe auf 8% in der zweiten und dritten Stufe. Beim Übergang in die letzte Belastungsstufe ist ein erneuter Anstieg von 8% auf 23% zu verzeichnen. Auch bei den Frauen geht dieser Übergang von der vorletzten zur letzten Stufe mit einem Anstieg von 10% auf 24% einher (s. Abbildung 2.19).

Handlungsspielraum

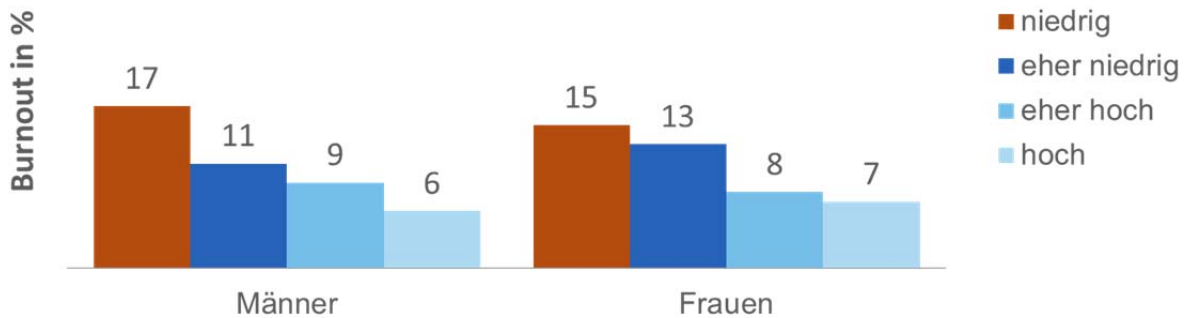


Abb. 2.20 Handlungsspielraum und Burnout bei Männern und Frauen

Beim Handlungsspielraum findet sich – insbesondere für die Frauen – ein eher treppenförmiger Abfall des Anteils von Burnout von geringem hin zu hohem Handlungsspielraum (siehe Kapitel 2.1.4). Liegt unter den Männern der Anteil mit Burnout in der Stufe mit einem niedrigen Handlungsspielraum bei 17%, so fällt dieser Wert mit höher werdendem Handlungsspielraum auf 11%, 9% und zuletzt auf 6%. Ein ähnliches Muster zeigt sich für Frauen mit einem Abfallen der Anteilswerte von 15%, auf 13%, 8% und 7% (s. Abbildung 2.20).

Soziale Unterstützung

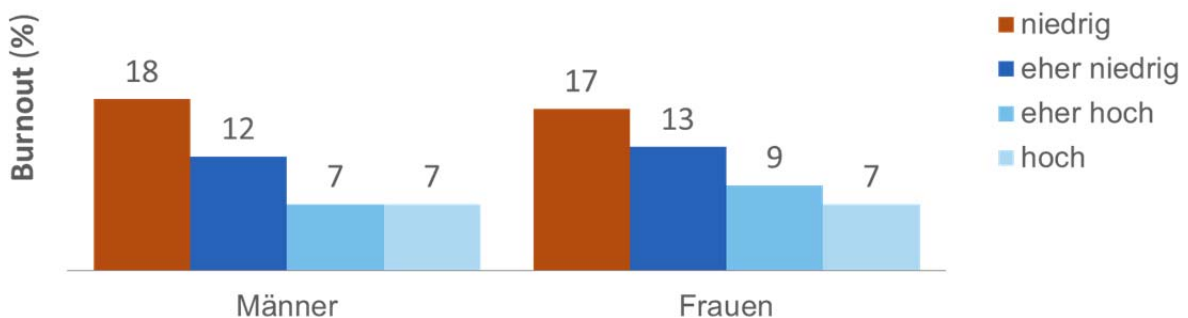


Abb. 2.21 Soziale Unterstützung und Burnout bei Männern und Frauen

Wie zuvor beim Handlungsspielraum verringert sich auch mit zunehmender Hilfe und Unterstützung von Kollegen der Anteil der Beschäftigten mit Burnout. Bei den Männern fällt dieser Wert sukzessiv von 18% auf 7%, während der Wert bei den Frauen bei niedriger Unterstützung von 17% auf 7% fällt (s. Abbildung 2.21).

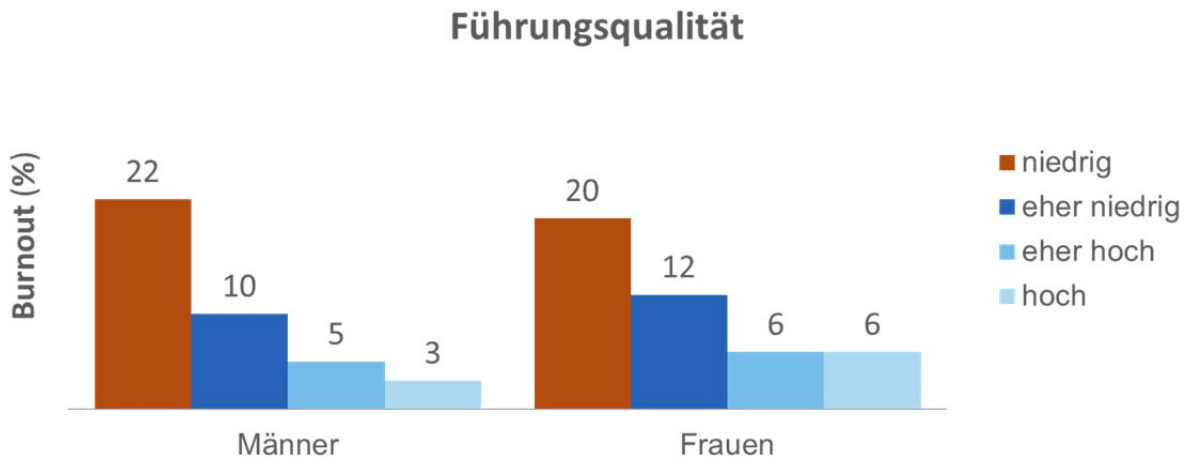


Abb. 2.22 Führungsqualität und Burnout bei Männern und Frauen

Eine eher niedrige oder eine niedrige Führungsqualität bilden beide die ungünstigen Stufen der wahrgenommenen Führungsqualität: Bei Männern, die eine niedrige Führungsqualität erleben, liegt der Anteil für Burnout bei 22%, bei der nächstfolgenden Stufe noch bei 10% und erst bei eher höherer Führungsqualität oder einer hohen Qualität sinken diese Werte auf 5% bzw. 6%. Bei den Frauen fallen die Werte von 20% auf 12% und verbleiben in den beiden günstigen Stufen auf 6% (s. Abbildung 2.22).

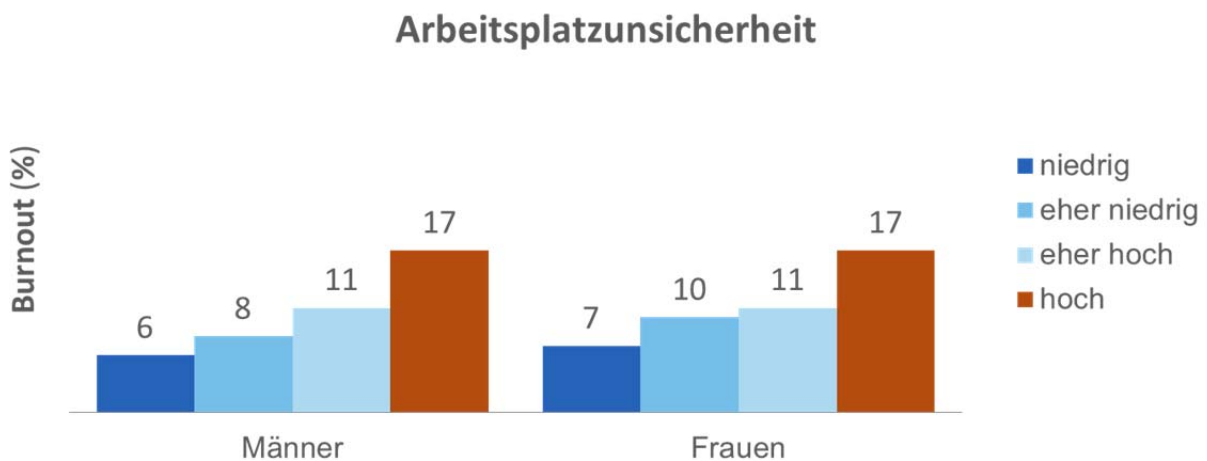


Abb. 2.23 Arbeitsplatzunsicherheit und Burnout bei Männern und Frauen

Der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Burnout zeigt sich in der Erhöhung des Burnout-Anteils mit Zunahme der Arbeitsplatzunsicherheit. Bei den Männern steigen die Prozentwerte von 6% bei niedriger Arbeitsplatzunsicherheit über 8% auf 11% und 17% und bei den Frauen von 7% und 10% auf gleichfalls 11% und 17% (s. Abbildung 2.23).

2.2.3 Erholungsunfähigkeit

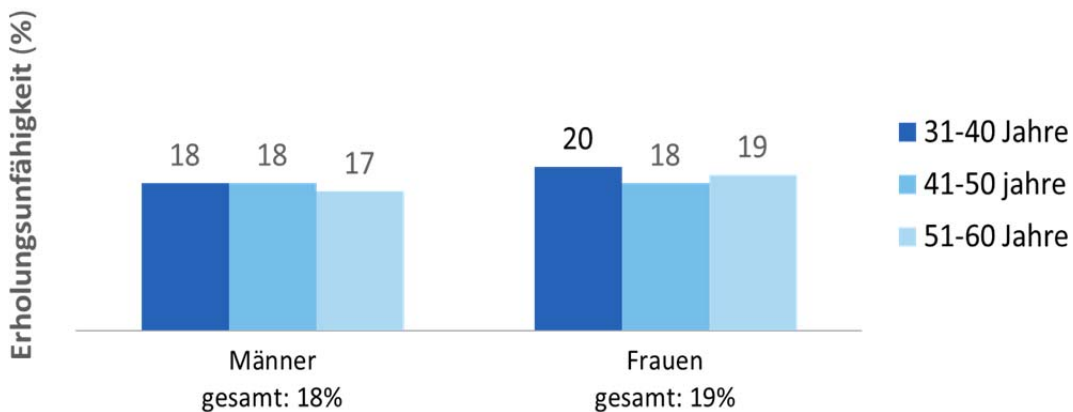


Abb. 2.24 Erholungsunfähigkeit bei Männern und Frauen nach Alter

Bei fast einem Fünftel der Befragten lagen die Werte im Bereich der Erholungsunfähigkeit. Bei den Männern waren es in Abhängigkeit vom Alter 17% bis 18% und bei den Frauen mit 18% bis 20% nur geringfügig höher (s. Abbildung 2.24).

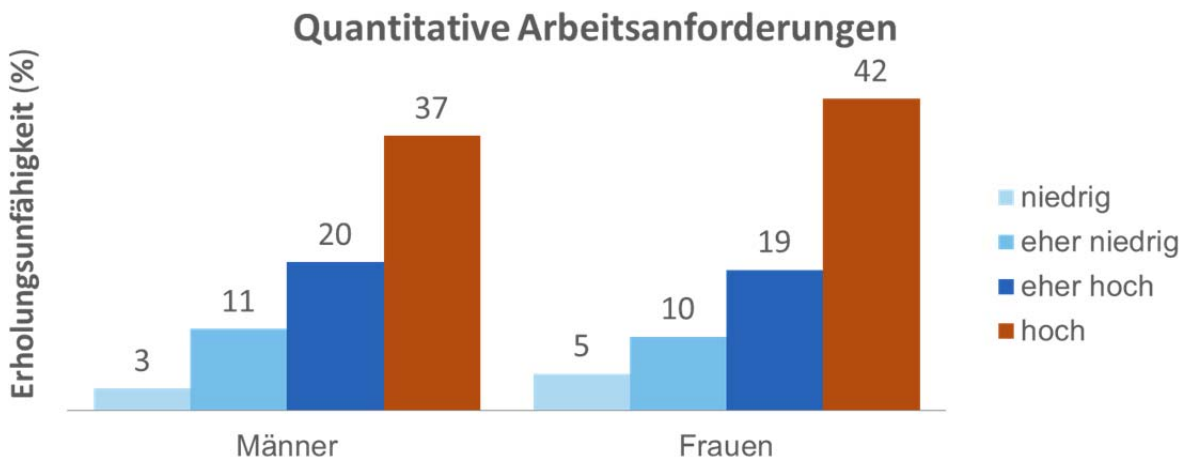


Abb. 2.25 Quantitative Anforderungen und Erholungsunfähigkeit bei Männern und Frauen

Mit der Höhe der quantitativen Arbeitsanforderungen geht ein starker Anstieg der Erholungsunfähigkeit einher: Bei den Männern steigt der Anteil der Erholungsunfähigen von 3%, dann auf 11% und 23% und endet in der letzten Stufe bei einem Anteil von 37%. Auch bei den Frauen liegt ein steiler Anstieg von 5%, über 10% und 19% auf letztlich 42% vor (s. Abbildung 2.25).

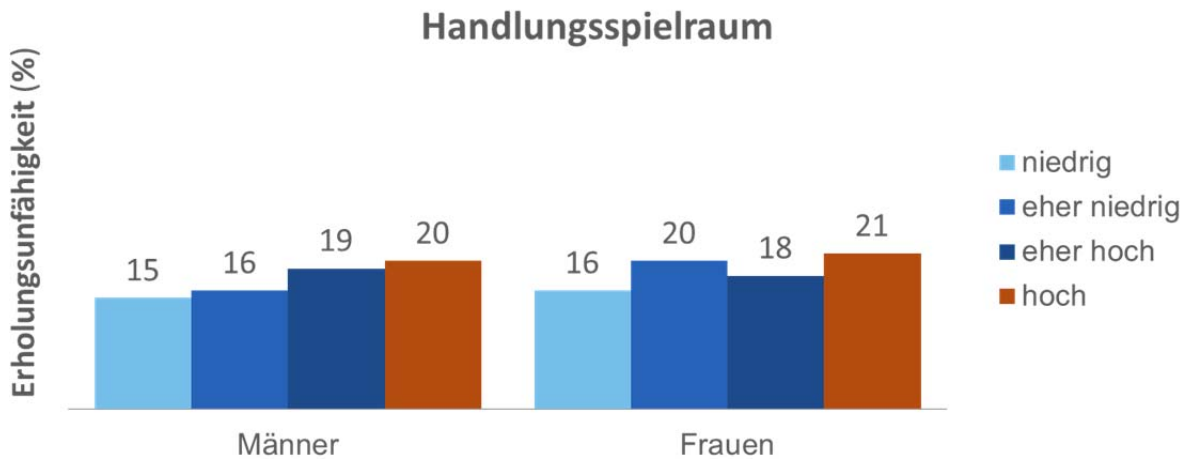


Abb. 2.26 Handlungsspielraum und Erholungsunfähigkeit bei Männern und Frauen

Im Unterschied zu den Arbeitsanforderungen lässt sich ein Anstieg in der Erholungsunfähigkeit für den Handlungsspielraum nicht beobachten. Besonders deutlich wird dies bei den Frauen, bei denen kein eindeutiger Aufwärts- oder Abwärtstrend zu beobachten ist. Bei den Männern zeigt sich sogar ein negativer Effekt des erhöhten Handlungsspielraums auf die Erholungsunfähigkeit (s. Abbildung 2.26).

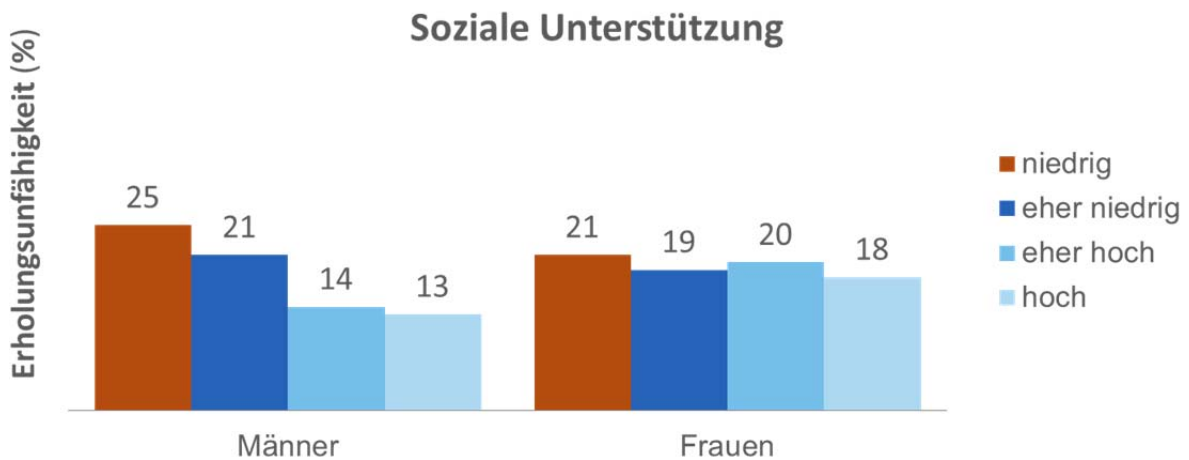


Abb. 2.27 Soziale Unterstützung und Erholungsunfähigkeit bei Männern und Frauen

Nicht nur beim Handlungsspielraum, sondern auch bezüglich der sozialen Unterstützung durch Kollegen zeigt sich bei den Frauen keine kontinuierliche Abnahme der Erholungsunfähigkeit mit Zunahme der Unterstützung. Lediglich bei den befragten Männern zeigt sich mit dem Abfall der Anteilswerte von 25% auf 13% eine Verbesserung in der Erholungsunfähigkeit mit Zunahme der Unterstützung durch Kollegen (s. Abbildung 2.27).

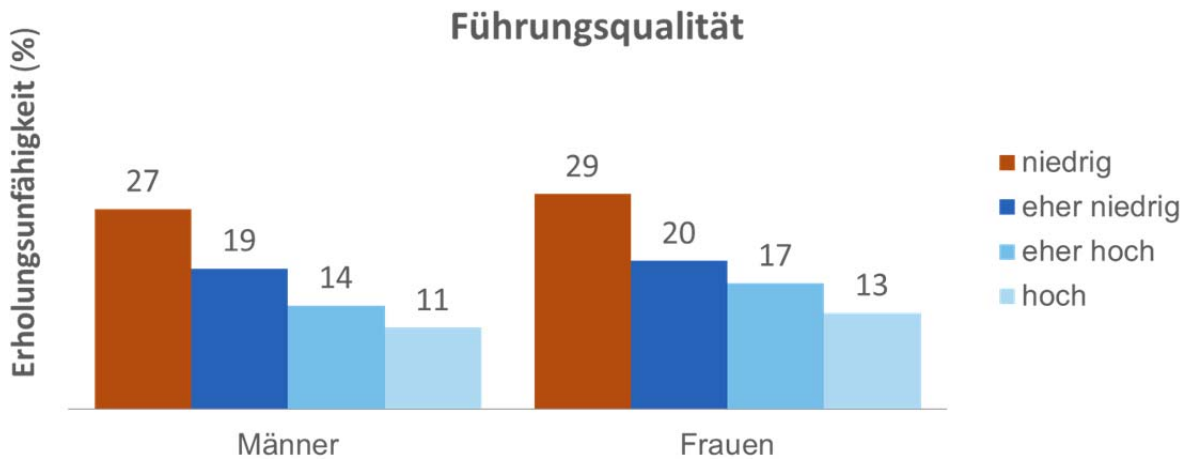


Abb. 2.28 Führungsqualität und Erholungsunfähigkeit bei Männern und Frauen

Deutlicher erscheint der Zusammenhang zwischen Erholungsunfähigkeit und Führungsqualität. Sowohl für Männer als auch Frauen nimmt der Anteil mit Erholungsunfähigkeit mit Zunahme der Führungsqualität ab. So ergibt sich bei Männern in der Stufe mit niedriger Führungsqualität noch ein Anteil von 27% mit Erholungsunfähigen, der in der Stufe mit hoher Führungsqualität auf 11% sinkt. Bei den Frauen wird dieser Wert von 29% auf 23% reduziert (s. Abbildung 2.28).

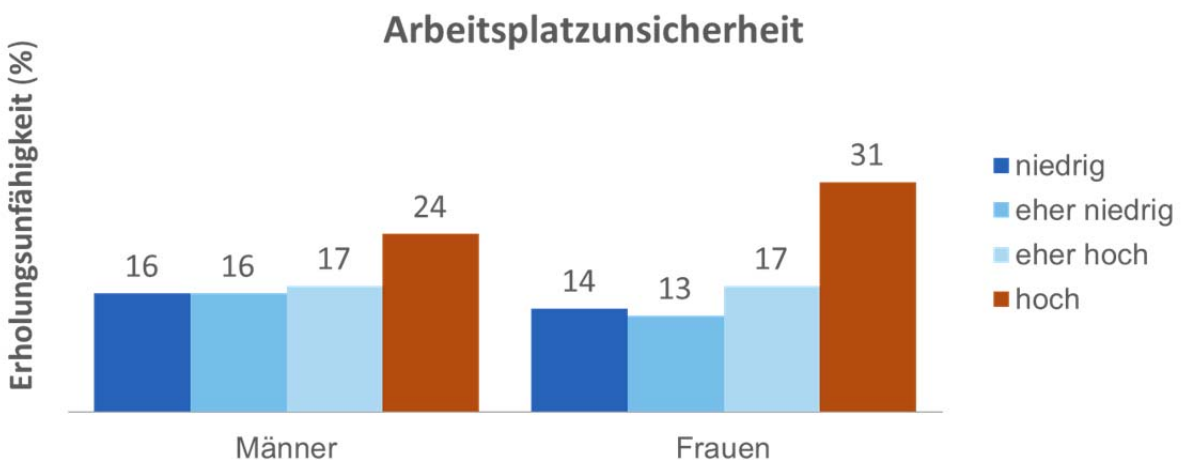


Abb. 2.29 Arbeitsplatzunsicherheit und Erholungsunfähigkeit bei den Männern und Frauen

Der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Erholungsunfähigkeit wird in der Stufe mit hoher Unsicherheit deutlich. So liegt der prozentuale Anteil der erholungsunfähigen Männer in den ersten drei Stufen bei 16% - 17% und steigt dann in der letzten Stufe noch auf 24% an. Dieser starke Anstieg von der vorletzten zu letzten Stufe zeigt sich bei den Frauen mit einem Anteil von 17%, der dann auf 31% ansteigt (s. Abbildung 2.29).

2.2.4 Emotionales Wohlbefinden

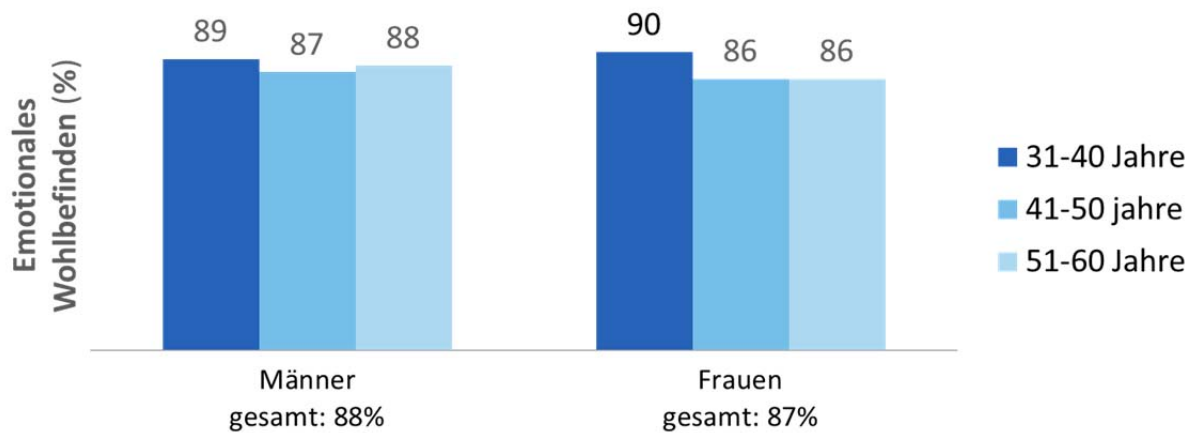


Abb. 2.30 Emotionales Wohlbefinden bei Männern und Frauen nach Alter

Bei etwa 9 von 10 Befragten überwiegt der positive dem negativen Affekt. Das damit einhergehende Wohlbefinden unterscheidet sich kaum zwischen Männern und Frauen. Bei den Männern schwanken die Werte über die drei Altersgruppen lediglich zwischen 87% und 89% und bei den Frauen – mit leicht abfallender Tendenz in den höheren Altersstufen – zwischen 86% und 90% (s. Abbildung 2.30).

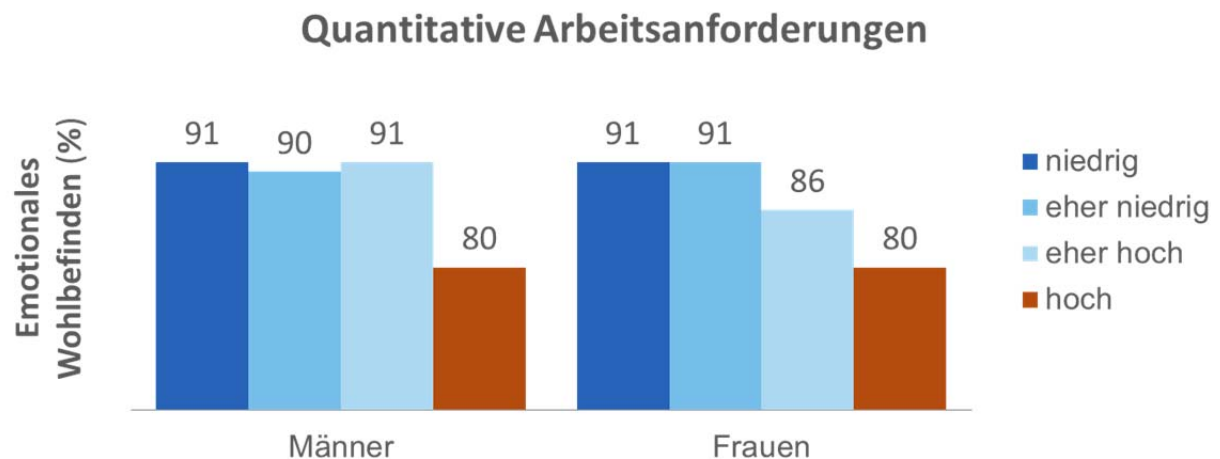


Abb. 2.31 Quantitative Anforderungen und emotionales Wohlbefinden bei Männern und Frauen

Eine Beeinträchtigung des emotionalen Wohlbefindens durch die Höhe der quantitativen Arbeitsanforderungen zeigt sich insbesondere in der höchsten Anforderungsstufe: Liegt der Anteil mit emotionalen Wohlbefinden bei niedriger Anforderung bei 90%, so fällt dieser Wert bei den Männern und Frauen mit hoher Belastung auf 80% (s. Abbildung 2.31).

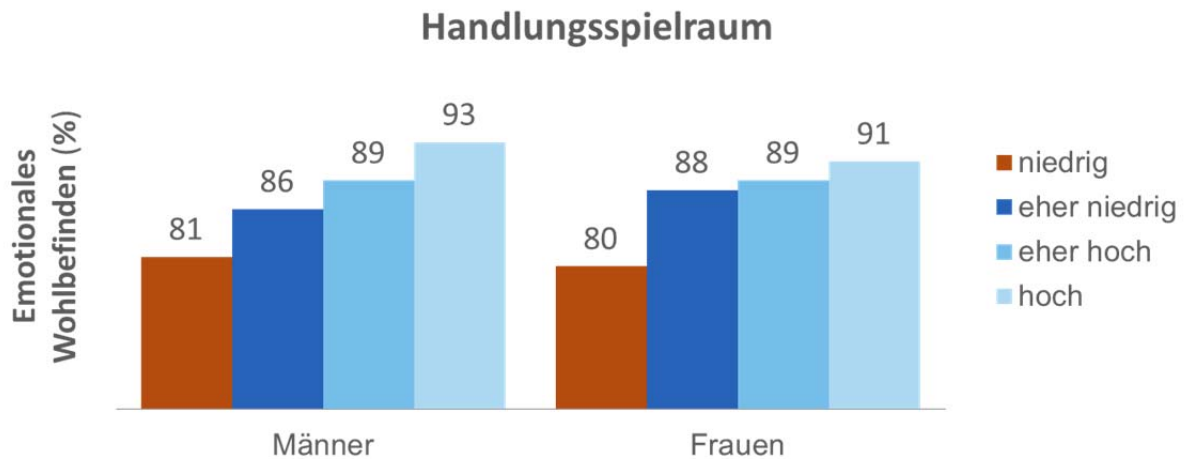


Abb. 2.32 Handlungsspielraum und emotionales Wohlbefinden bei Männern und Frauen

Bei der Höhe des Handlungsspielraums verteilt sich der Anstieg eher gleichmäßig über alle Stufen. Bei den Männern liegt der Anteil in der niedrigen Stufe bei 81% und steigt dann treppenförmig in der letzten Stufe auf 93%, bei den Frauen von 80% auf 91% (s. Abbildung 2.32).

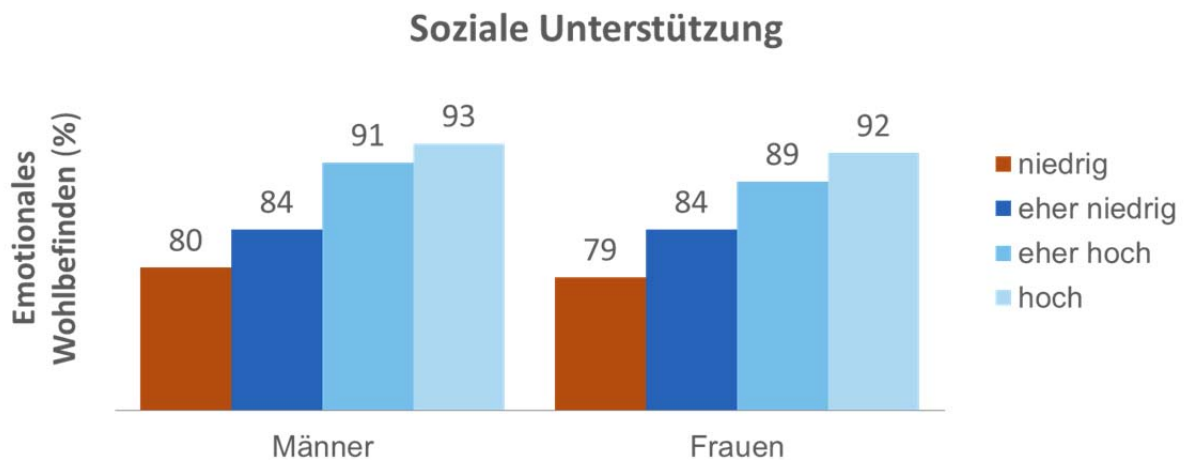


Abb. 2.33 Soziale Unterstützung und emotionales Wohlbefinden bei Männern und Frauen

Auch bei der nächsten Arbeitsressource, der sozialen Unterstützung durch Kollegen, zeigt sich dieser treppenförmige Anstieg des emotionalen Wohlbefindens mit Zunahme der Unterstützung durch die Kollegen. Der Anteil wächst bei den Männern von 80% auf 93% und bei den Frauen von 79% auf 92% (s. Abbildung 2.33).

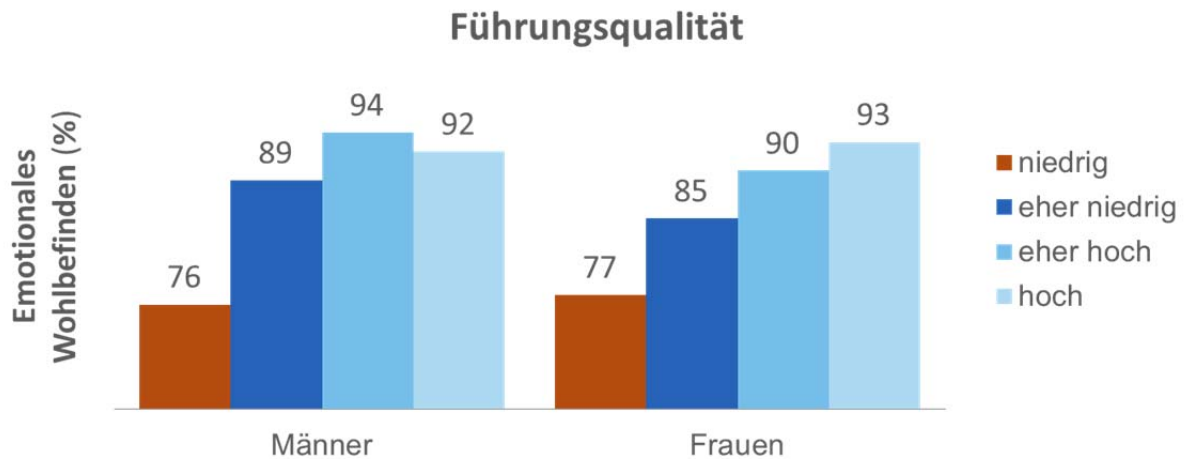


Abb. 2.34 Führungsqualität und emotionales Wohlbefinden bei Männern und Frauen

Für die Führungsqualität zeichnet sich ebenfalls ein Zusammenhang mit emotionalem Wohlbefinden ab. Besonders deutlich ist der Anstieg der Werte in den ersten drei Stufen: Liegt der Anteil der Männer mit emotionalen Wohlbefinden in der Stufe mit niedriger Führungsqualität bei 76%, so steigt dieser Wert in den folgenden Stufen auf 89% und auf 94%, bei den Frauen von 77% auf 85% und 90% (s. Abbildung 2.34).

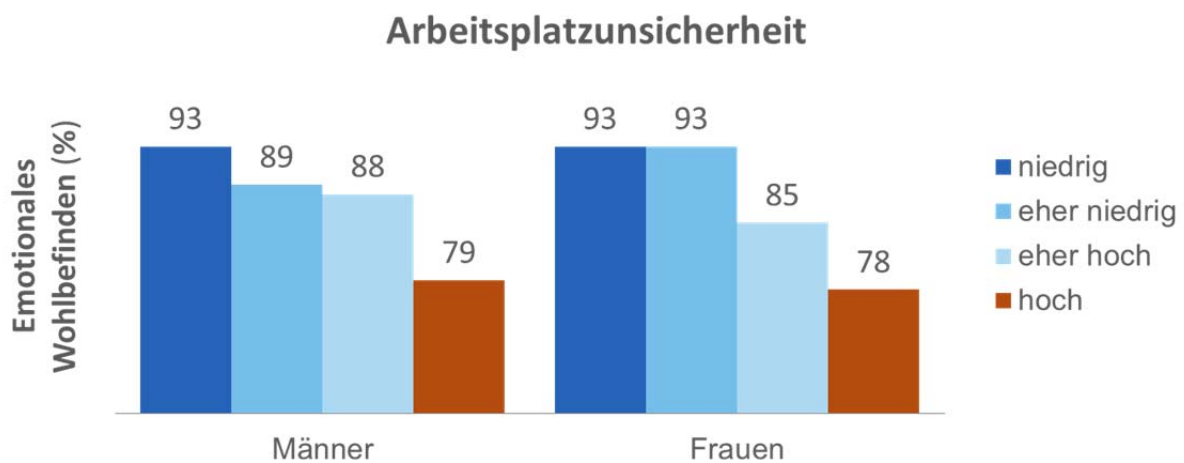


Abb. 2.35 Arbeitsplatzunsicherheit und emotionales Wohlbefinden bei Männern und Frauen

Ist die Arbeitsplatzunsicherheit eher niedrig oder niedrig, so liegt der Anteil der Frauen mit emotionalen Wohlbefinden unverändert bei 93%, bei den Männern fällt er von 93% auf 89%. Deutlicher wird der Abfall des Wohlbefindens mit zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit: Der Anteil sinkt bei den Frauen auf 85% und 78% ab, bei den Männern auf 88% und 79% (s. Abbildung 2.35).

2.2.5 Lebenszufriedenheit

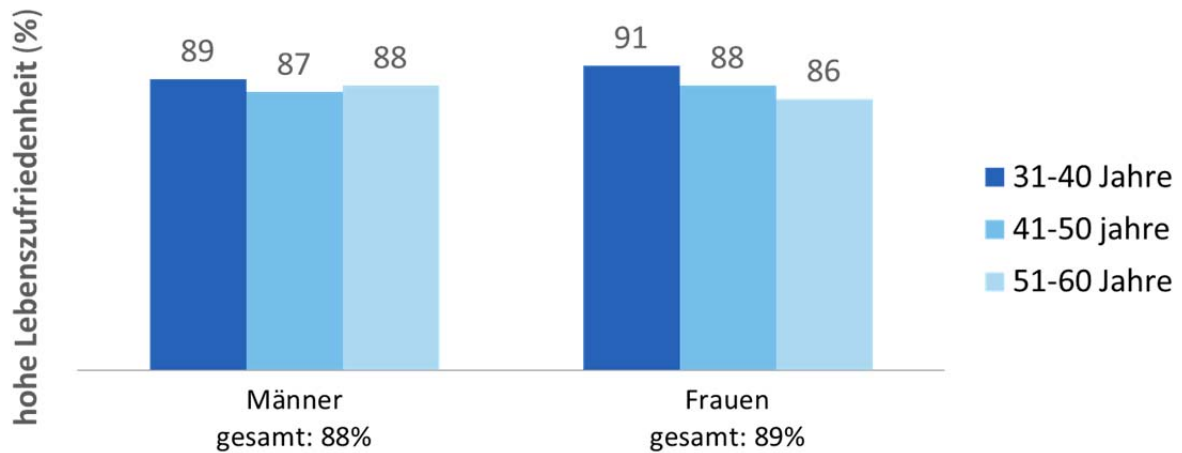


Abb. 2.36 Lebenszufriedenheit bei Männern und Frauen nach Alter; Anteil der Befragten mit Punktwert ≥ 20 .

Bei Bewertungen des eigenen Lebens und der eigenen Lebensführung, die sich in der Einschätzung der Lebenszufriedenheit niederschlagen, zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Ergebnissen zum emotionalen Wohlbefinden. Der Anteil mit einer mittleren bis extrem zufriedenen Ausprägung beträgt 87% bis 89% bei den Männern und zwischen 86% und 91% bei den Frauen. Während sich bei den Männern kein Alterstrend abzeichnet, sinkt der Anteil der Frauen mit mittlerer bis hoher Lebenszufriedenheit mit Zunahme des Alters geringfügig ab (s. Abbildung 2.36).

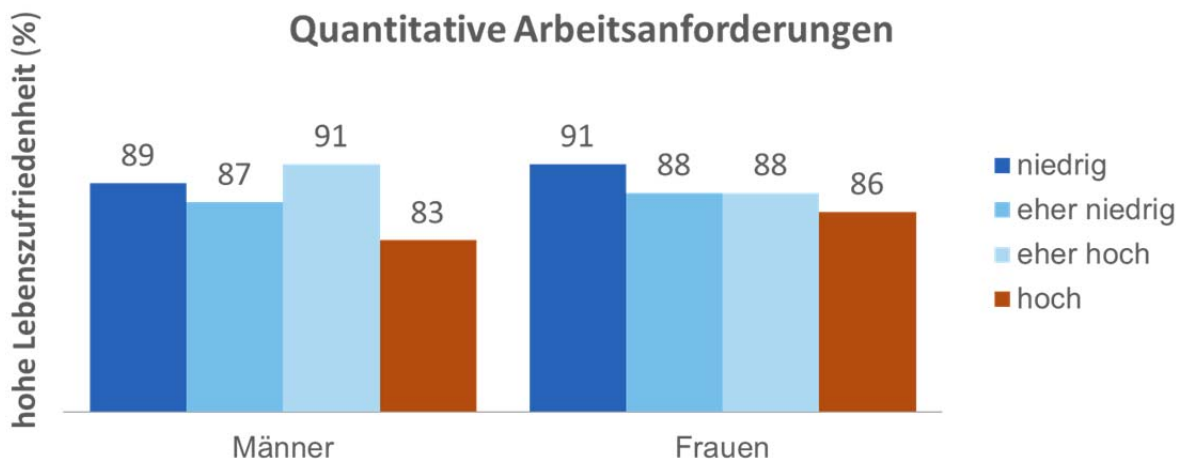


Abb. 2.37 Quantitative Anforderungen und Lebenszufriedenheit bei Männern und Frauen

Bei der Höhe der quantitativen Arbeitsanforderungen zeigt sich ein Unterschied beim Vergleich zwischen der höchsten und niedrigsten Stufe: In der niedrigsten Belastungsstufe liegt der Anteil mit höherer Lebenszufriedenheit bei den Männern bei 89% und bei den Frauen bei 91%. Diese Werte fallen bei hoher Anforderung auf 83% und

86%. Dieser Abfall erfolgt bei den Frauen in kleinen Schritten, während bei den Männern kein eindeutiger Trend ersichtlich ist (s. Abbildung 2.37).

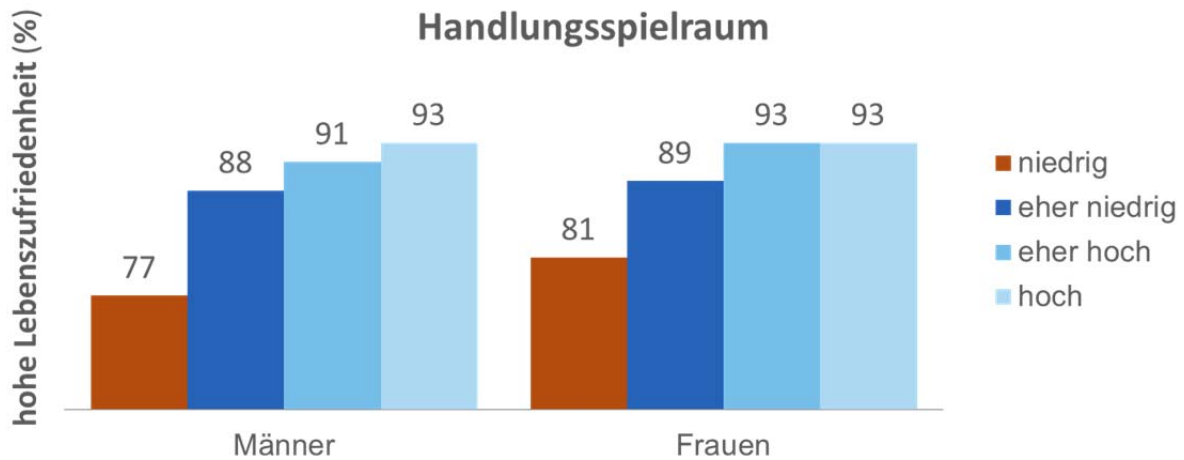


Abb. 2.38 Handlungsspielraum und Lebenszufriedenheit bei Männern und Frauen

Beim Übergang von eher hohem zu hohem Handlungsspielraum zeigen sich keine relevanten Änderungen der Anteilswerte der höheren Lebenszufriedenheit. Der Anteil der Zufriedenen steigt aber bereits in den ersten beiden Stufen (eher niedrig und niedrig) von 77% auf 88% bei den Männern und von 81% auf 89% bei den Frauen (s. Abbildung 2.38).

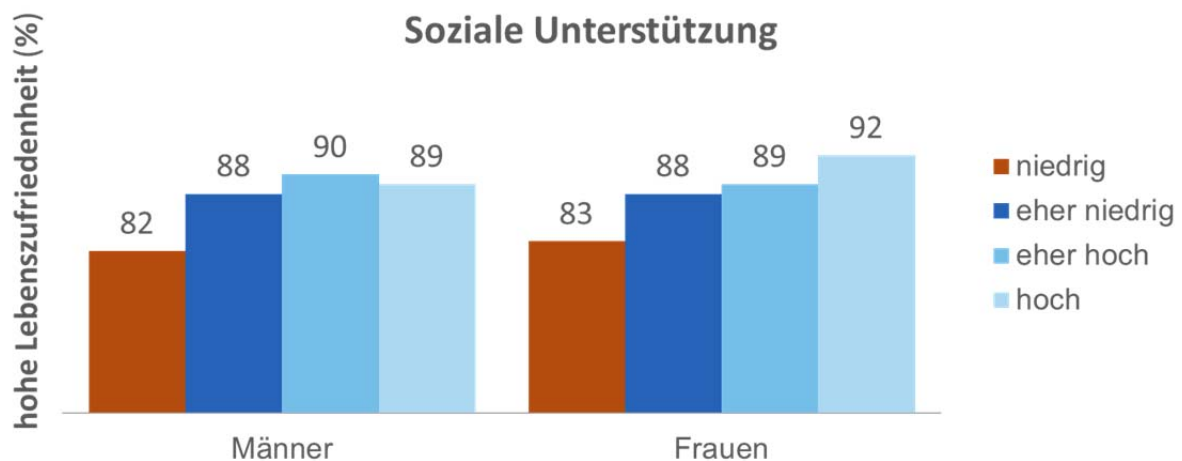


Abb. 2.39 Soziale Unterstützung und Lebenszufriedenheit bei Männern und Frauen

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Lebenszufriedenheit und sozialer Unterstützung durch Kollegen stellt sich für Männer und Frauen am ehesten ein Anstieg von niedriger zu der eher niedrigen Unterstützung dar. Die Unterschiede zwischen den Stufen folgen bei den Männern keinem eindeutigen Trend, bei den Frauen fällt der Anstieg zwischen den Stufen nur geringfügig aus (s. Abbildung 2.39).

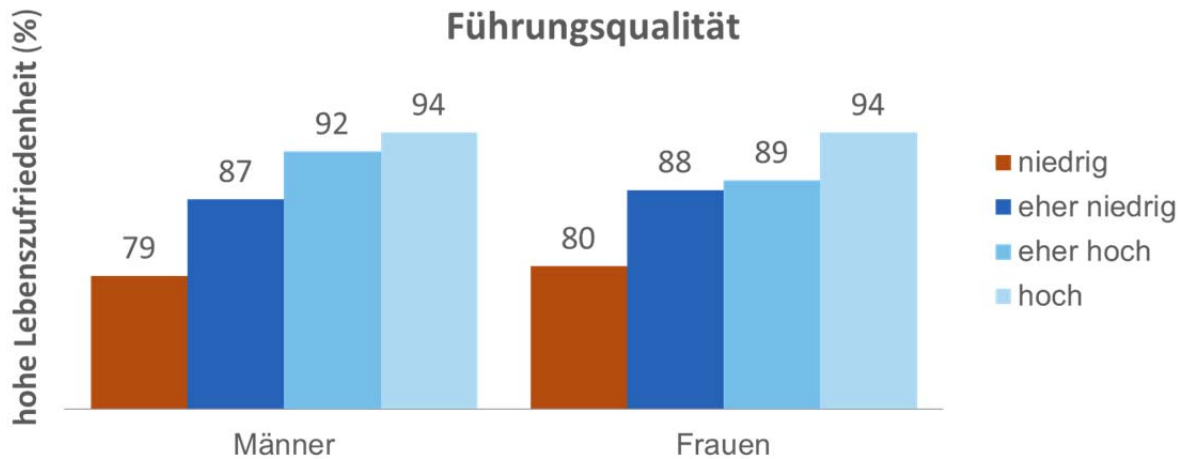


Abb. 2.40 Führungsqualität und Lebenszufriedenheit bei Männern und Frauen

Die Höhe der Führungsqualität spiegelt sich in den Anteilswerten für eine hohe Lebenszufriedenheit wider: Liegt der Anteil mit höherer Zufriedenheit bei gleichzeitig hoher Führungsqualität bei 94%, so beträgt dieser Wert bei den Männern und bei niedriger Führungsqualität lediglich 79% sowie bei den Frauen bei 80% (s. Abbildung 2.40).

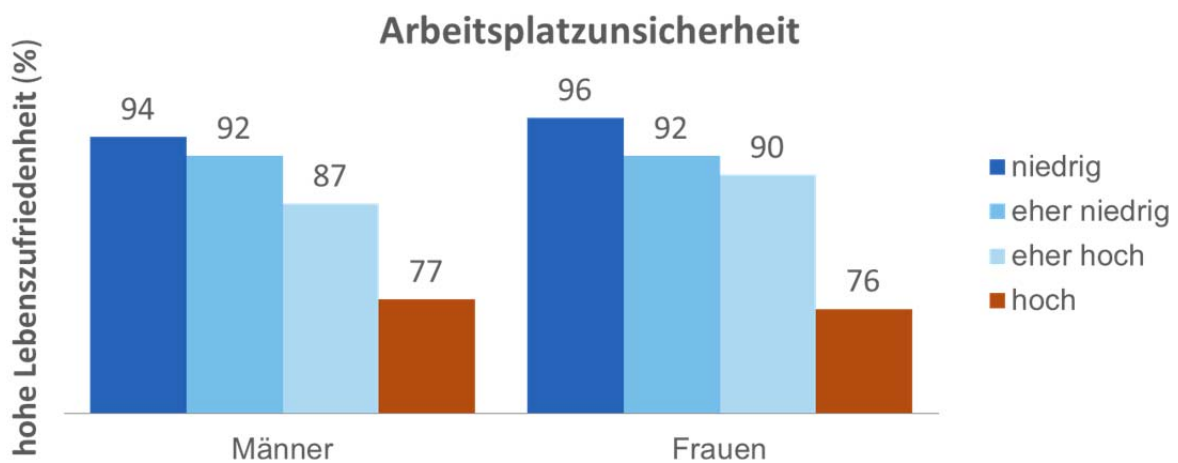


Abb. 2.41 Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit bei Männern und Frauen

Die Lebenszufriedenheit zeigt wie das emotionale Wohlbefinden bei hoher Arbeitsplatzunsicherheit den niedrigsten Wert (77% bei den Männern, 76% bei den Frauen). Dagegen liegen die Werte bei den Männern in den drei Gruppen mit abnehmender Arbeitsplatzunsicherheit bei 87% bis 94% und bei den Frauen zwischen 90% und 96% (s. Abbildung 2.41).

2.2.6 Arbeitszufriedenheit

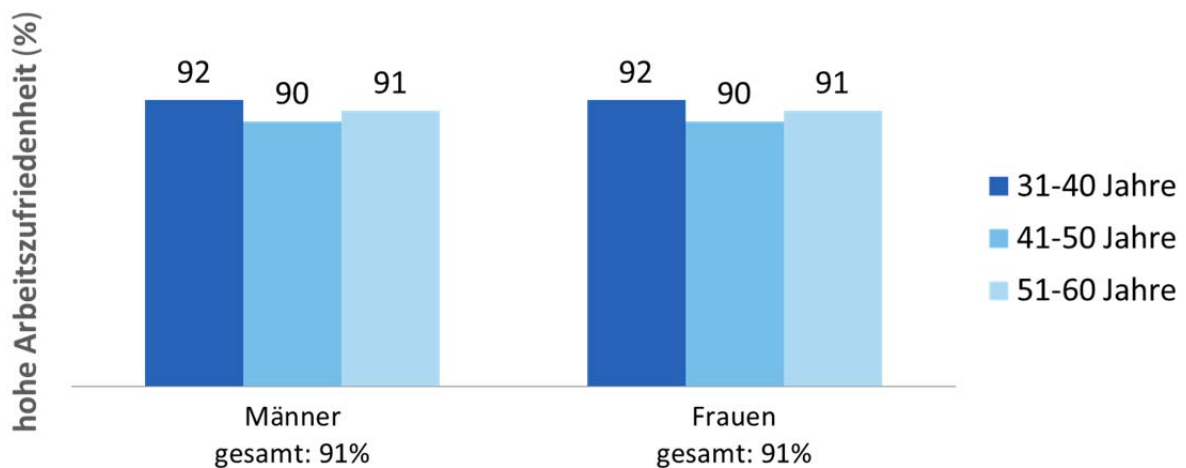


Abb. 2.42 Arbeitszufriedenheit bei Männern nach Alter; Anteil der Befragten, die mit „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ antworteten

Wird nach der Zufriedenheit mit der Arbeit gefragt, so geben 90% bis 92% der Männer und Frauen an, eher oder sehr zufrieden zu sein (s. Abbildung 2.42).

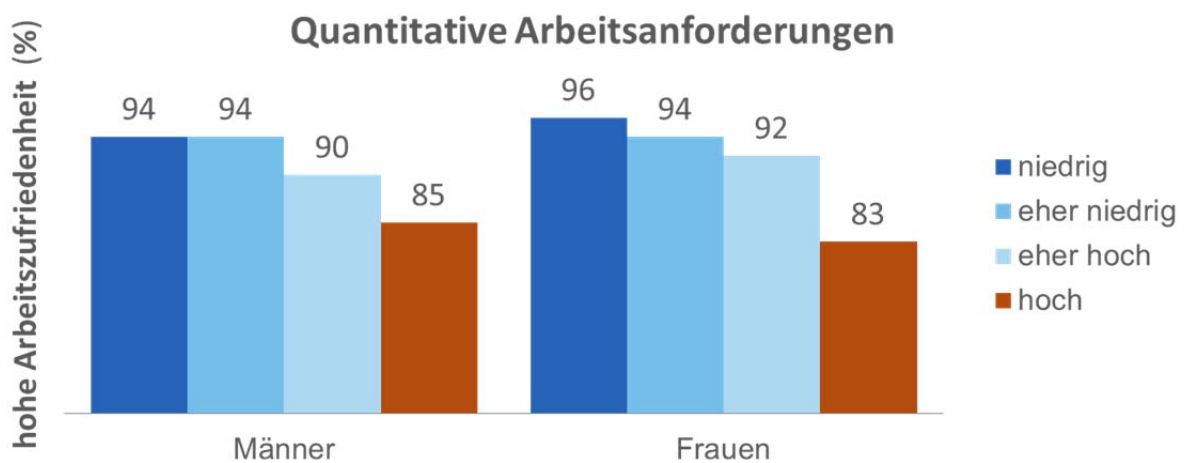


Abb. 2.43 Quantitative Anforderungen und Arbeitszufriedenheit bei Männern und Frauen

Während Geschlecht und Alter für die Arbeitszufriedenheit nicht bedeutsam sind, zeigt sich für die Höhe der quantitativen Anforderungen ein deutlicher Zusammenhang. Liegt bei den Männern die Quote der Zufriedenen bei niedrigen oder eher niedrigen Arbeitsanforderungen unverändert bei 94%, so sinkt der Anteil auf 90% und 85% beim Vorliegen höherer Arbeitsanforderungen. Bei den Frauen fällt dieser Anteil erst geringfügig von 96% auf 94% und 92% und sinkt bei hoher quantitativer Anforderung auf 83% ab (s. Abbildung 2.43).

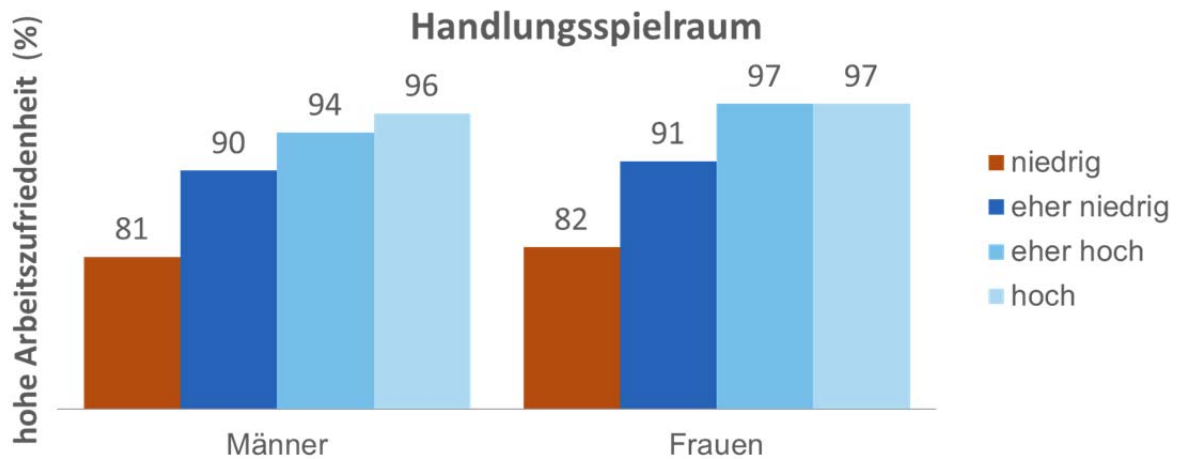


Abb. 2.44 Handlungsspielraum und Arbeitszufriedenheit bei Männern und Frauen

Die Höhe des Handlungsspielraums ist ebenfalls für die Arbeitszufriedenheit relevant. Liegt der Anteil der zufriedenen Männer bei niedrigem Handlungsspielraum bei 81%, so steigt dieser Wert bereits in der nächsten Stufe auf 90% und in den weiteren Stufen noch auf 94% und 96%. Auch bei den Frauen zeigt sich in den beiden ersten Stufen ein Anstieg von 82% auf 91%. In den letzten beiden mit eher hoher oder hohem Handlungsspielraum steigt der Anteil noch einmal auf 97% an (s. Abbildung 2.44).

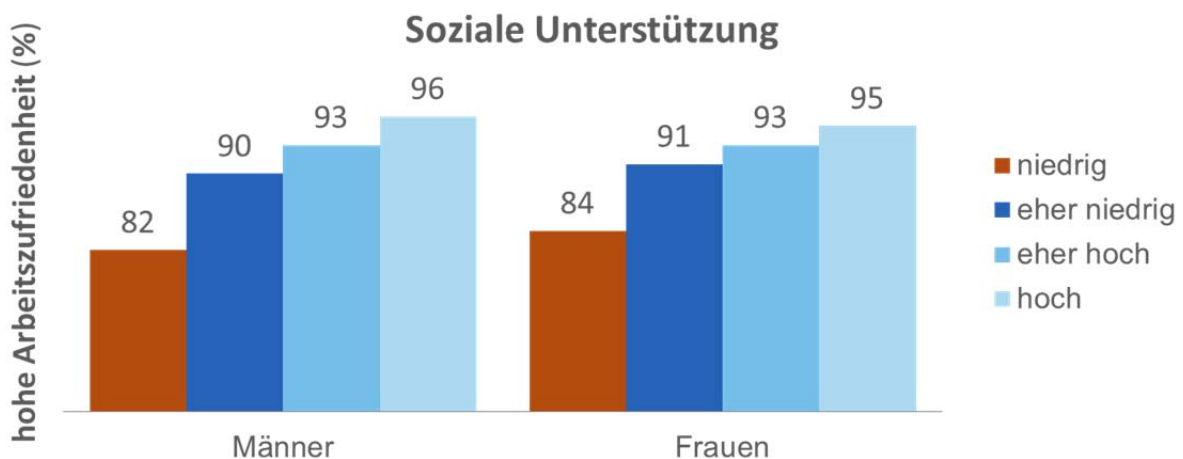


Abb. 2.45 Soziale Unterstützung und Arbeitszufriedenheit bei Männern und Frauen

Die soziale Unterstützung durch Kollegen weist ebenfalls einen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit auf: Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen steigt die Zufriedenheitsquote treppenförmig mit der Höhe der Unterstützung an. Bei den Männern liegt der Ausgangswert bei 82%, steigt dann auf 90%, 93% und 96%. Bei den Frauen liegt der Wert bei niedriger Unterstützung bei 84%, steigt in der nächsten Stufe auf 91% und bei eher hoher und hoher Unterstützung auf 93% und 95% an (s. Abbildung 2.45).

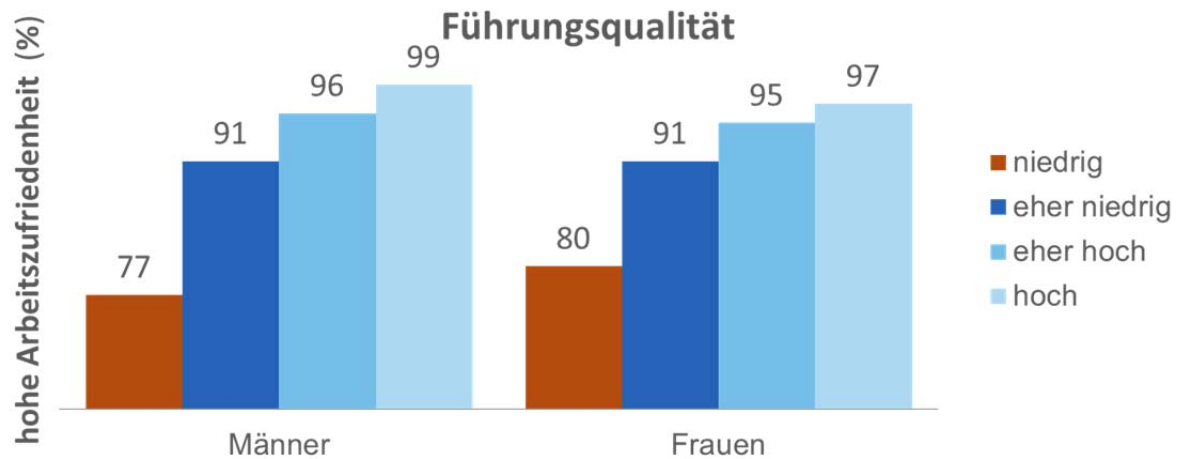


Abb. 2.46 Führungsqualität und Arbeitszufriedenheit bei Männern und Frauen

Wie auch bei der sozialen Unterstützung zeichnet sich für die Führungsqualität ein ähnliches Ergebnis ab: Bereits der Wechsel von der niedrigen zu der nächst höheren Stufe lässt die Quote bei den Männern für Arbeitszufriedenheit von 77% auf 91% ansteigen. Dieser Anteil steigt in den nächsten Stufen noch einmal auf 96% und 99%. Bei den Frauen liegt der Wert in der ersten Stufe bei 80% steigt dann ebenfalls auf 91% und bei höherer Führungsqualität auf 95% und 97% (s. Abbildung 2.46).

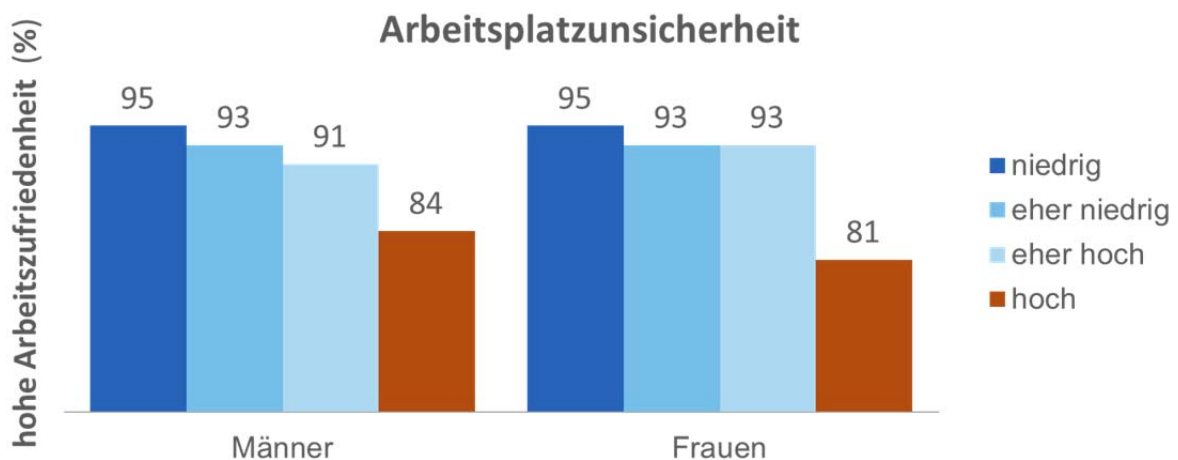


Abb. 2.47 Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitszufriedenheit bei Männern und Frauen

Der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitszufriedenheit zeichnet sich vor allem durch den Abfall der Arbeitszufriedenheit in der letzten Stufe mit hoher Arbeitsplatzunsicherheit aus. Bei den Männern wie auch den Frauen liegt der Anteil der Zufriedenen in den drei ersten Stufen bei über 90%. Bei den Männern fällt dieser Wert bei hoher Arbeitsplatzunsicherheit auf 84% und bei den Frauen auf 81% (s. Abbildung 2.47).

2.2.7 Funktionsfähigkeit bei depressiver Symptomatik und Burnout

Im Folgenden wird untersucht, inwieweit die depressive Symptomatik oder das Burnout-Syndrom für den Arbeitsalltag der Beschäftigten relevant sind und inwieweit Beschäftigte beim Vorliegen einer depressiven Symptomatik oder eines Burnouts in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sind. Darüber hinaus ist von Interesse, inwieweit das Vorliegen einer depressiven Symptomatik und/ oder eines Burnouts mit Gedanken an einer vorzeitigen Erwerbsaufgabe assoziiert ist.

Die vorliegenden Ergebnisse erlauben einen Blick auf diese Fragen: So wurden die Teilnehmer der Studie gefragt, inwieweit sie in der letzten Woche Schwierigkeiten hatten, die alltäglichen Herausforderungen und Belastungen zu bewältigen. Bei den Männern ohne Burnout oder depressiver Symptomatik gaben 84% an, auch keine Schwierigkeiten bei der Bewältigung der alltäglichen Herausforderungen und Belastungen zu haben. Dieser Anteil ohne Schwierigkeiten verringerte sich auf 53%, wenn Burnout vorlag oder auf lediglich 37% beim Vorliegen einer depressiven Symptomatik. Bei den Frauen verringern sich diese Werte von rund 80% auf 54% im Fall einer Burnout-Symptomatik und auf 36% bei einer depressiven Symptomatik (s. Abbildung 2.48).

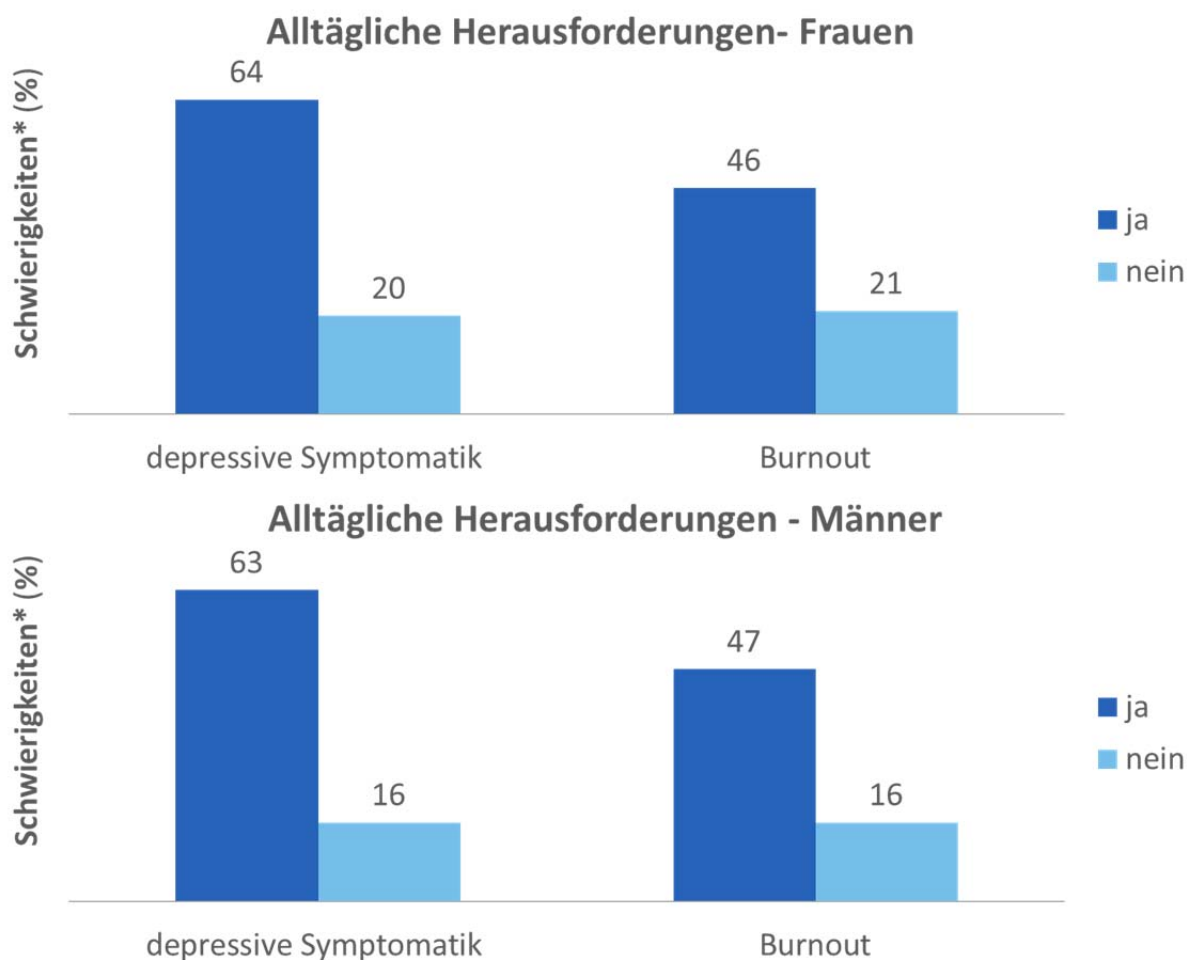


Abb. 2.48 Depressive Symptomatik / Burnout und Bewältigung der alltäglichen Herausforderungen und Belastungen

Die Frage nach alltäglichen Herausforderungen ist nicht auf einen bestimmten Lebensbereich eingeschränkt. Die Abbildung 2.49 gibt einen Eindruck von der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die geistigen Anforderungen bei der Arbeit. Insgesamt wird die Arbeitsfähigkeit bei über 90% der Befragten als eher gut oder sehr gut bezeichnet. Dieser Anteil mit guter Arbeitsfähigkeit reduziert sich jedoch bei den Männern auf 56% beim Vorliegen einer depressiven Symptomatik und auf 71% beim Vorliegen von Burnout. Bei den Frauen ergibt sich ein anderes Bild: Sowohl bei depressiver Symptomatik als auch bei Burnout geben 70% eine eher gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit an (s. Abbildung 2.49).

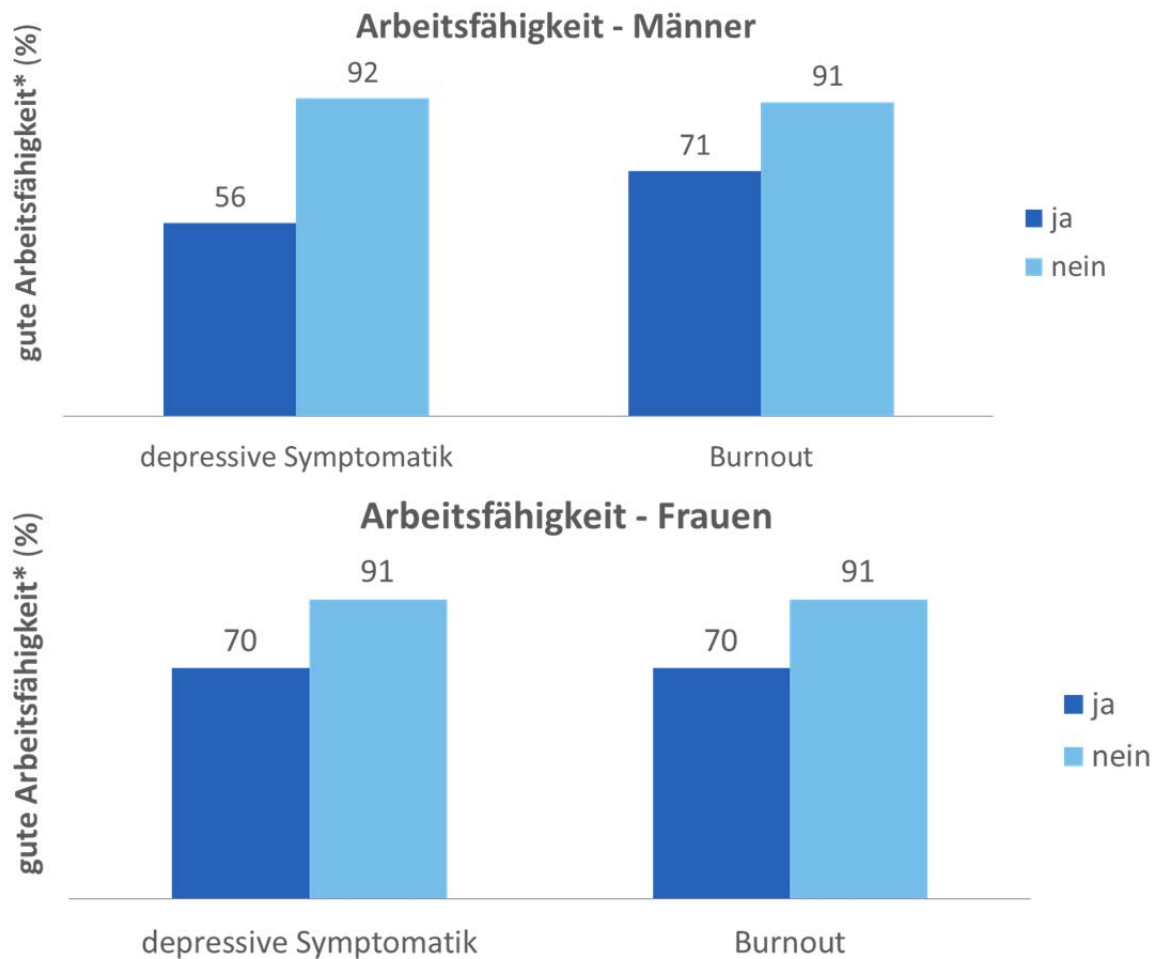


Abb. 2.49 Anteil eher guter bis sehr guter Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die geistigen Arbeitsanforderungen bei depressiver Symptomatik

Darüber hinaus sollten die Befragten beurteilen (s. Abbildung 2.50), wie häufig sie in den vorausgegangenen vier Wochen wegen seelischer oder emotionaler Probleme weniger geschafft haben. Dabei waren 66% der Männer und 55% bis 56% der Frauen völlig einschränkungsfrei und antworten mit „nie weniger geschafft“. Dieser Anteil der Einschränkungsfreien sank dagegen bei Männern mit depressiver Symptomatik auf 16% und 29%, wenn Burnout vorlag. Bei den Frauen verringerte sich der Anteil der Einschränkungsfreien auf 14% im Fall einer depressiven Symptomatik und 26% bei einem Burnout.

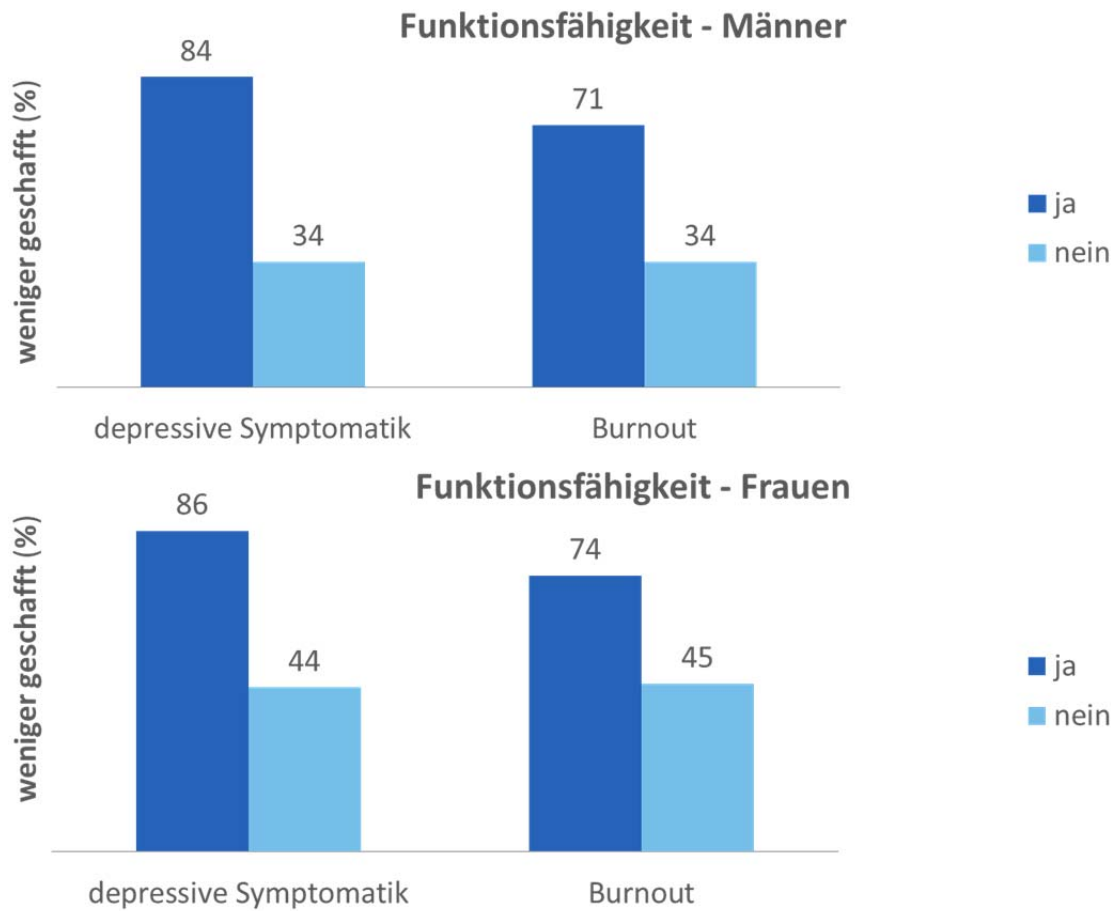


Abb. 2.50 Anteil der Befragten, die weniger geschafft haben wegen seelischer oder emotionaler Probleme mit depressiver Symptomatik / Burnout

Neben Einschränkungen in der Alltagsbewältigung und der Arbeitsfähigkeit sind weiter gehende Folgen einer depressiven Symptomatik oder eines Burnout wie z. B. die Erwerbsaufgabe möglich. Die erlebte Einschränkung kann ggf. auf einzelne Arbeitstätigkeiten oder bestimmte Zeiträume begrenzt sein. Weit gravierender wäre jedoch, wenn mit dem Burnout oder einer depressiven Symptomatik die gesamte Erwerbstätigkeit infrage gestellt würde. Die Teilnehmer der Studie wurden gefragt, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten darüber nachgedacht haben, Ihre Erwerbstätigkeit ganz aufzugeben. Eine große Mehrheit von 97% gab an, nie oder lediglich einige Male im Jahr über diesen schwerwiegenden Entschluss nachzudenken, während dies bei 3% häufiger vorkommt. Bei Vorliegen der depressiven Symptomatik steigt der Anteil der Personen, die über eine Erwerbsaufgabe nachdenken, auf 12% bei den Männern und 17% bei den Frauen; bei Burnout beträgt der Anteil bei den Männern 12% und bei den Frauen 14% (s. Abbildung 2.51).

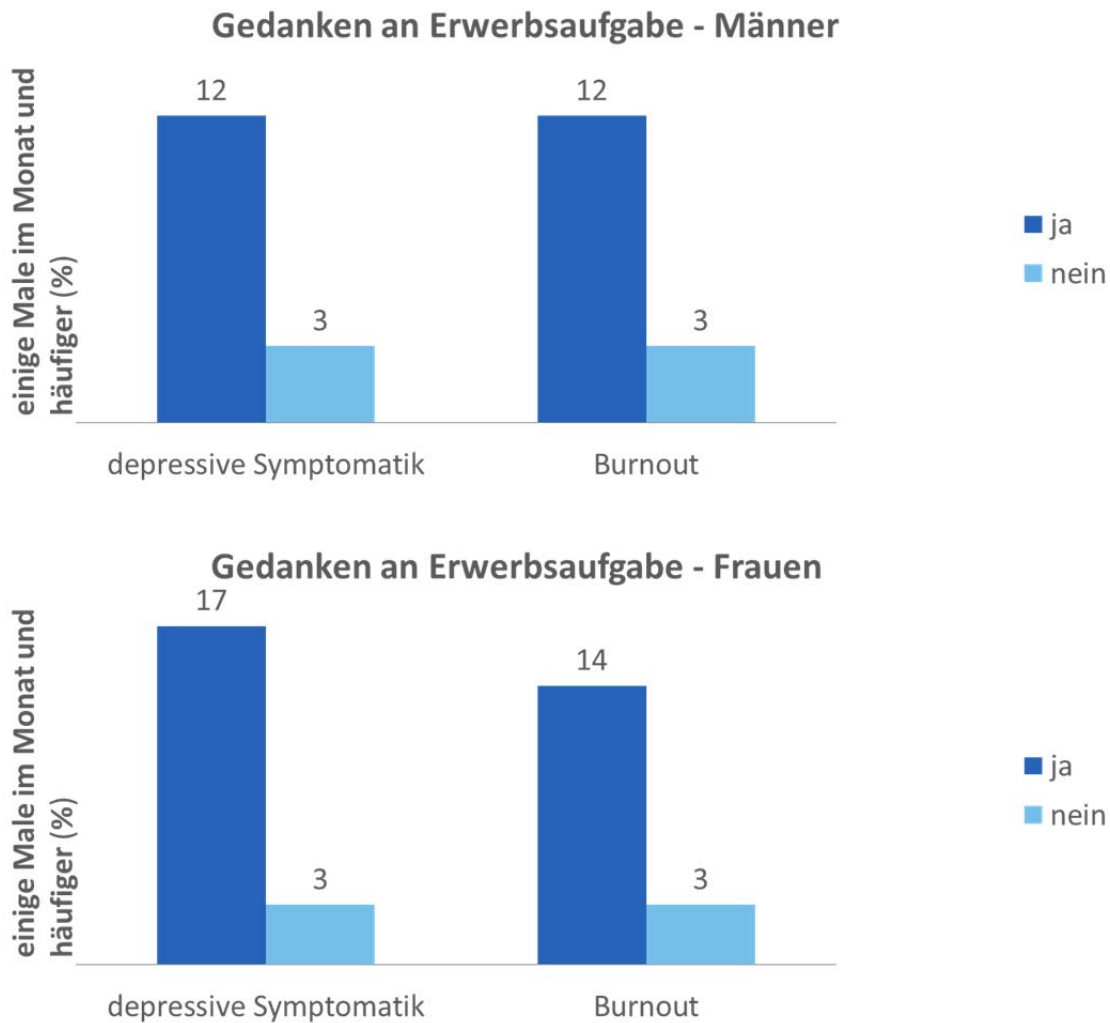


Abb. 2.51 Gedanken an die Erwerbsaufgabe und depressive Symptomatik/ Burnout

2.2.8 Kombinationseffekte psychosozialer Faktoren in der Arbeit

Dieses Kapitel untersucht Kombinationseffekte¹ (Andersson, Alfredsson, Källberg, Zdravkovic, & Ahlbom, 2005; Rothman, 2002) psychosozialer Faktoren auf Burnout und depressive Symptomatik. Das Job Demands-Resources-Konzept (JD-R; Bakker & Demerouti, 2007) nimmt an, dass Burnout und depressive Symptomatik besonders häufig bei hohen arbeitsbezogenen Anforderungen in Kombination mit niedrig ausgeprägten Ressourcen auftreten. Über das JD-R Konzept hinausgehend werden in diesem Kapitel auch die Kombinationen niedrig ausgeprägter Ressourcen im Hinblick auf Burnout und depressive Symptomatik untersucht, da möglicherweise nicht aus-

¹ Ein Kombinationseffekt liegt vor, wenn die Häufigkeit von Burnout bzw. depressiver Symptomatik von der Erwartung des additiven Effekts der Einzelfaktoren (d. h. Anforderungen und Ressourcen) abweicht. In Abbildung 2.52 beispielsweise gibt es bei hohen Anforderungen eine zusätzliche Häufigkeit von 3% von Burnout, und bei niedriger Kontrolle eine zusätzliche Häufigkeit von 8%. Also würde man bei der Kombination von hohen Anforderungen und niedriger Kontrolle eine zusätzliche Häufigkeit von mehr als 11% (3% + 8%) erwarten. In den Grafiken in diesem Kapitel wird diese zusätzliche Häufigkeit bei der Kombination der Faktoren mit einem schwarzen Rahmen hervorgehoben.

zuschließen ist, dass dies ebenfalls mit einem häufigeren Auftreten von Burnout und depressiver Symptomatik einhergeht.

Für die Untersuchung dieser Fragestellungen werden arbeitsbezogene Anforderungen durch quantitative Anforderungen abgebildet, die die Merkmale des Arbeitstempos und der Arbeitsmenge beinhalten (s. Kapitel 2.1.2.). Bei der Untersuchung von Kombinationseffekten wurden quantitative Anforderungen und – als Ressourcen – Handlungsspielraum (d. h. Einfluss- und Lernmöglichkeiten bei der Arbeit), soziale Unterstützung durch Kollegen und Führungsqualität deshalb berücksichtigt, da diese Merkmale im Fokus bekannter psychosozialer Modelle wie z. B. dem Anforderungs-Kontroll-Modell (Job Demand Control Model) von Karasek und Theorell (1992) und dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist (1996) stehen. Wie bereits im Kapitel 2.1.3 erläutert, liegt eine depressive Symptomatik bei einem PHQ-Summerwert von ≥ 10 vor; ein Burnout bei einem OLBI-Schwellenwert ≥ 3 .

Anforderungs-Ressourcen-Kombinationen

Die Häufigkeit von Burnout und depressiver Symptomatik wurde in Bezug auf folgende Anforderungs-Ressourcen-Kombinationen untersucht:

- Hohe quantitative Anforderungen und niedriger Handlungsspielraum
- Hohe quantitative Anforderungen und niedrige soziale Unterstützung durch Kollegen
- Hohe quantitative Anforderungen und niedrige Führungsqualität

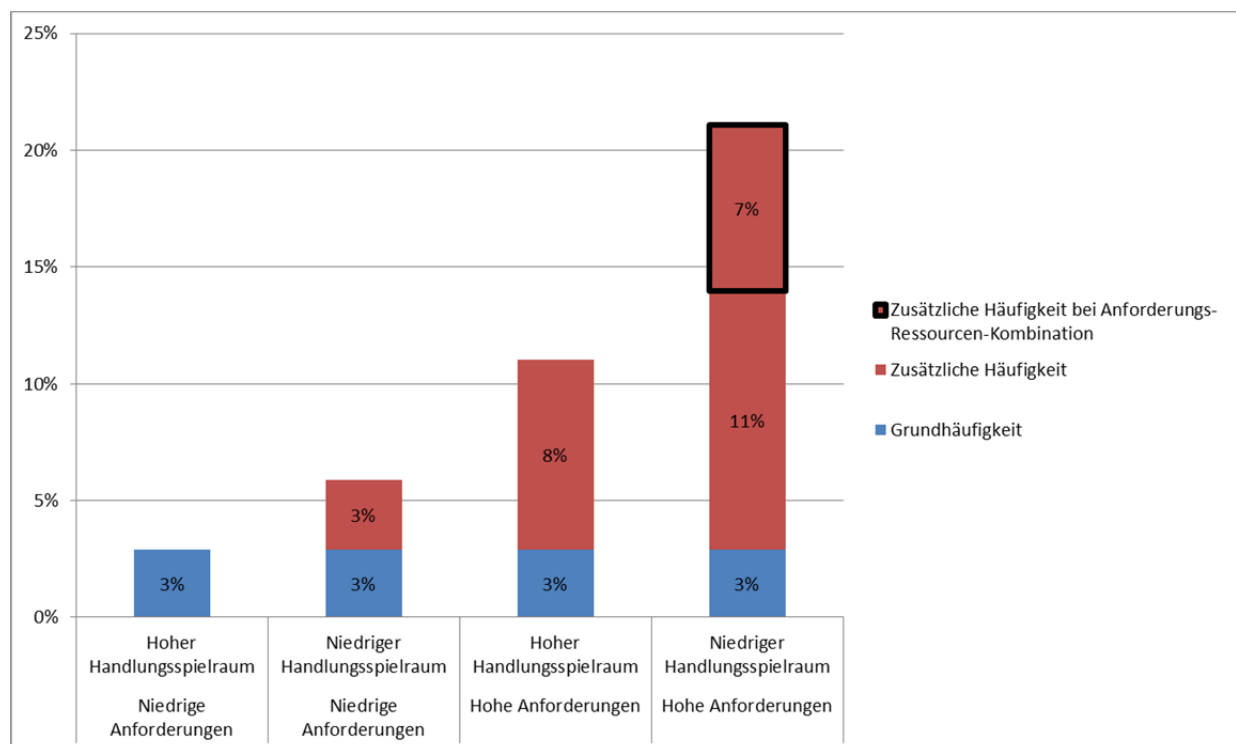


Abb. 2.52 Häufigkeit von Burnout bei Interaktion von Anforderungen und Handlungsspielraum

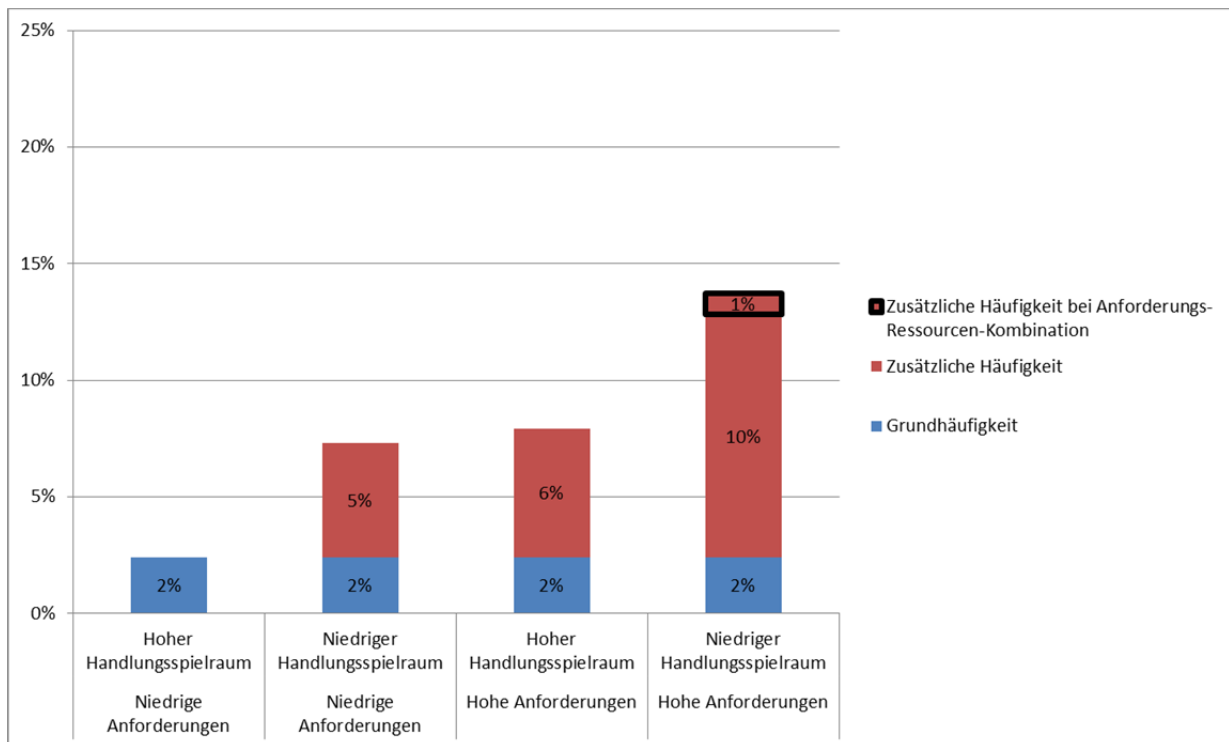


Abb. 2.53 Häufigkeit von depressiver Symptomatik bei Interaktion von Anforderungen und Handlungsspielraum

Bei allen drei Kombinationen quantitativer Anforderungen mit Ressourcen zeigte sich, wie erwartet, eine erhöhte Häufigkeit von Burnout und depressiver Symptomatik. Das bedeutet, dass über die Summe der Einzeleffekte hinaus ein Kombinationseffekt von Anforderungen und Ressourcen besteht.¹

Die Häufigkeit von Burnout war deutlich erhöht bei hohen quantitativen Anforderungen in Kombination mit sowohl niedrigem Handlungsspielraum (7%), niedriger sozialer Unterstützung durch Kollegen (6%) als auch mit niedriger Führungsqualität (5%) (s. Abbildungen 2.52, 2.54, 2.56). In Bezug auf depressive Symptomatik konnte dies nicht festgestellt werden. Die zusätzlichen Häufigkeitsanteile lagen hier bei den Kombinationen nur zwischen 1% und 2% (s. Abbildungen 2.53, 2.55, 2.57).

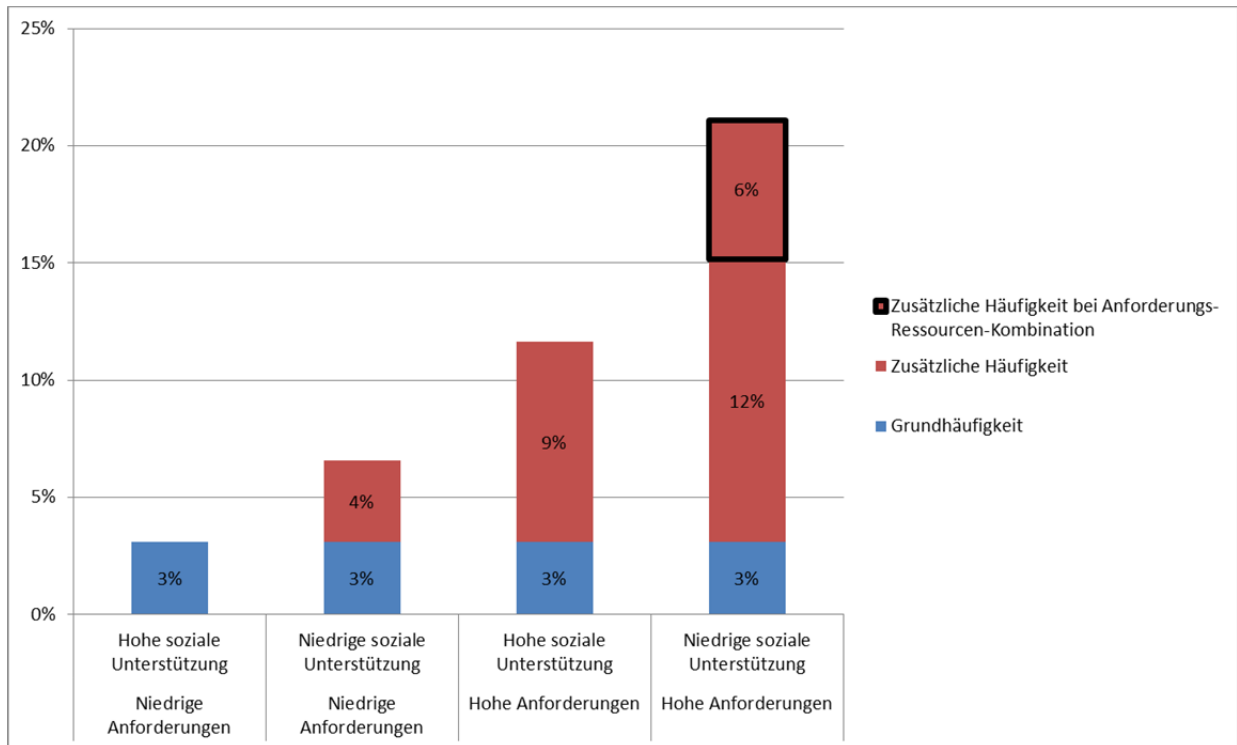


Abb. 2.54 Häufigkeit von Burnout bei Interaktion von Anforderungen und Unterstützung durch Kollegen

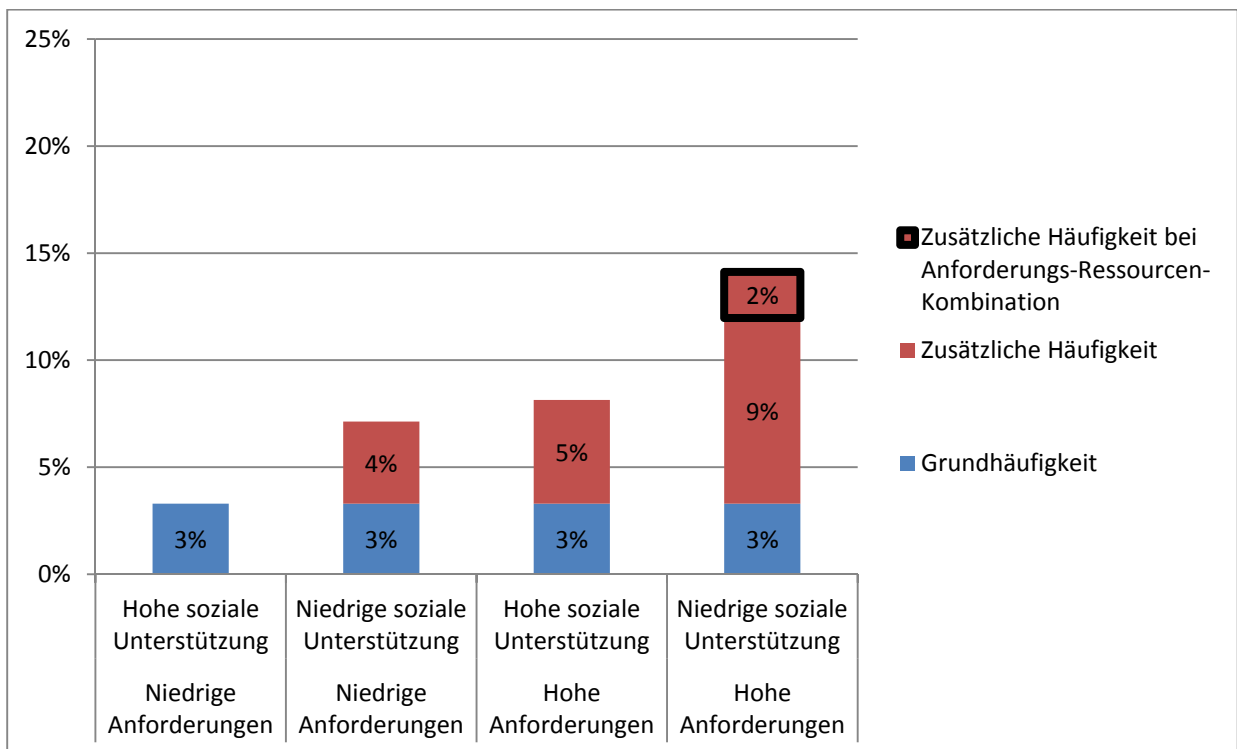


Abb. 2.55 Häufigkeit von depressiver Symptomatik bei Interaktion von Anforderungen und Unterstützung durch Kollegen

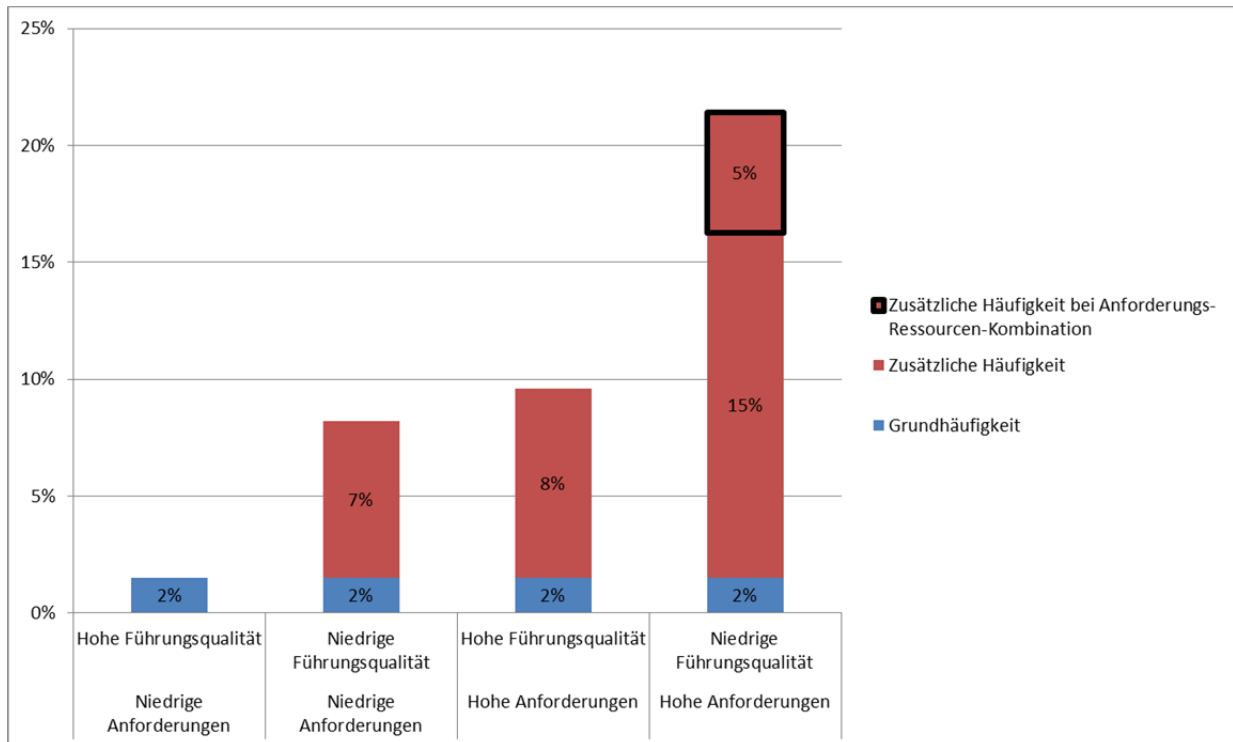


Abb. 2.56 Häufigkeit von Burnout bei Interaktion von Anforderungen und Führungsqualität

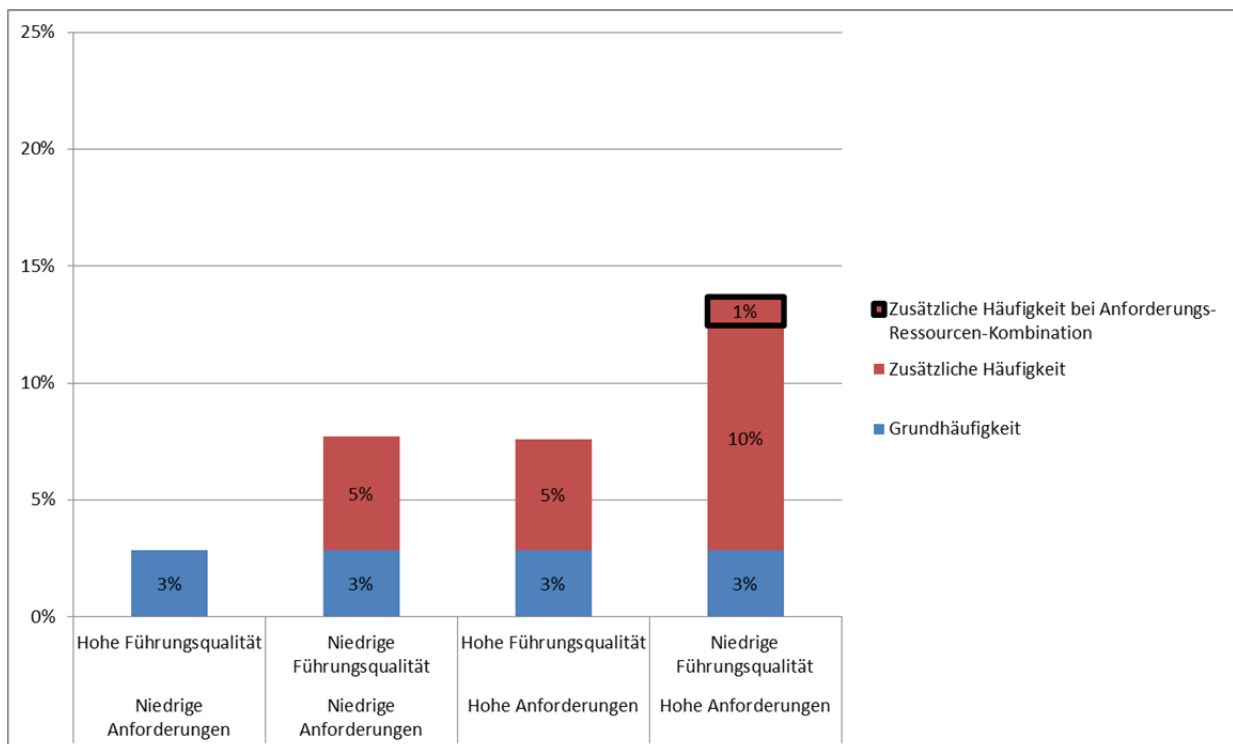


Abb. 2.57 Häufigkeit von depressiver Symptomatik bei Interaktion von Anforderungen und Führungsqualität

Ressourcenkombinationen

Bei den folgenden Ressourcenkombinationen lassen sich ebenfalls erhöhte Häufigkeiten von Befragten mit Burnout sowie depressiver Symptomatik erwarten:

- Niedriger Handlungsspielraum und niedrige soziale Unterstützung durch Kollegen
- Niedriger Handlungsspielraum und niedrige Führungsqualität
- Niedrige soziale Unterstützung durch Kollegen und niedrige Führungsqualität

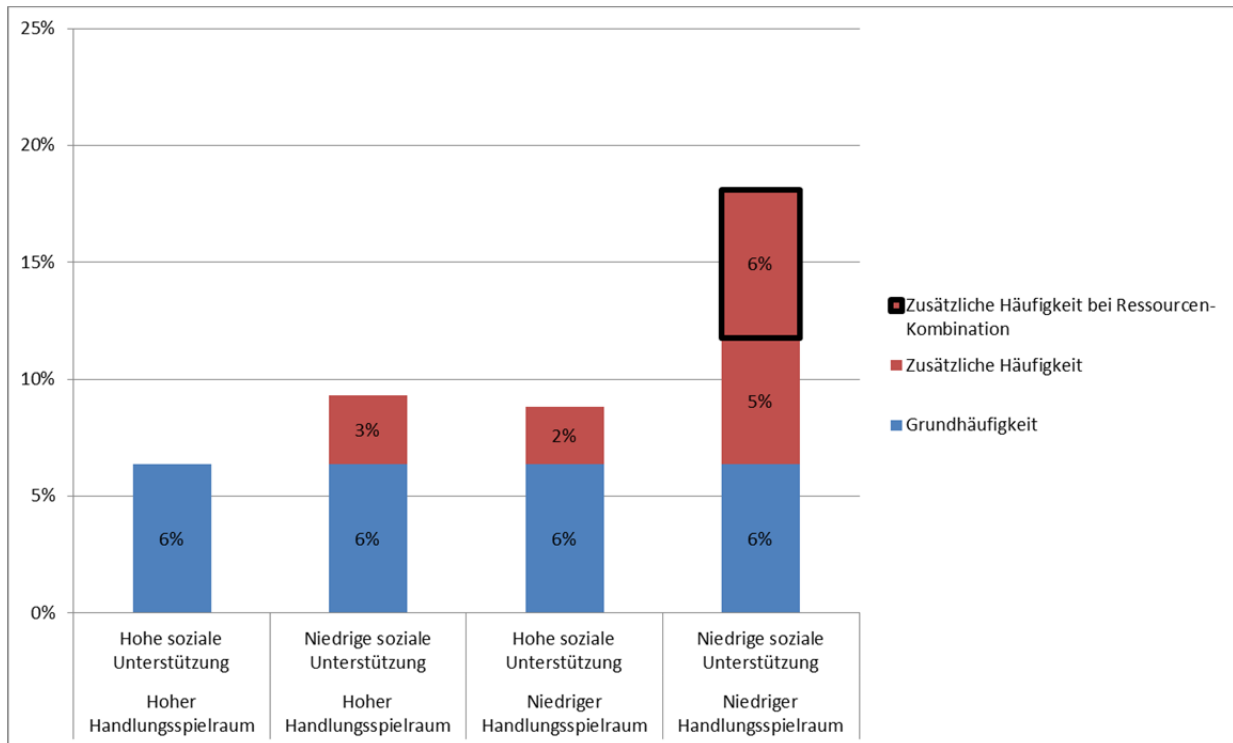


Abb. 2.58 Häufigkeit von Burnout bei Interaktion von Handlungsspielraum und sozialer Unterstützung durch Kollegen

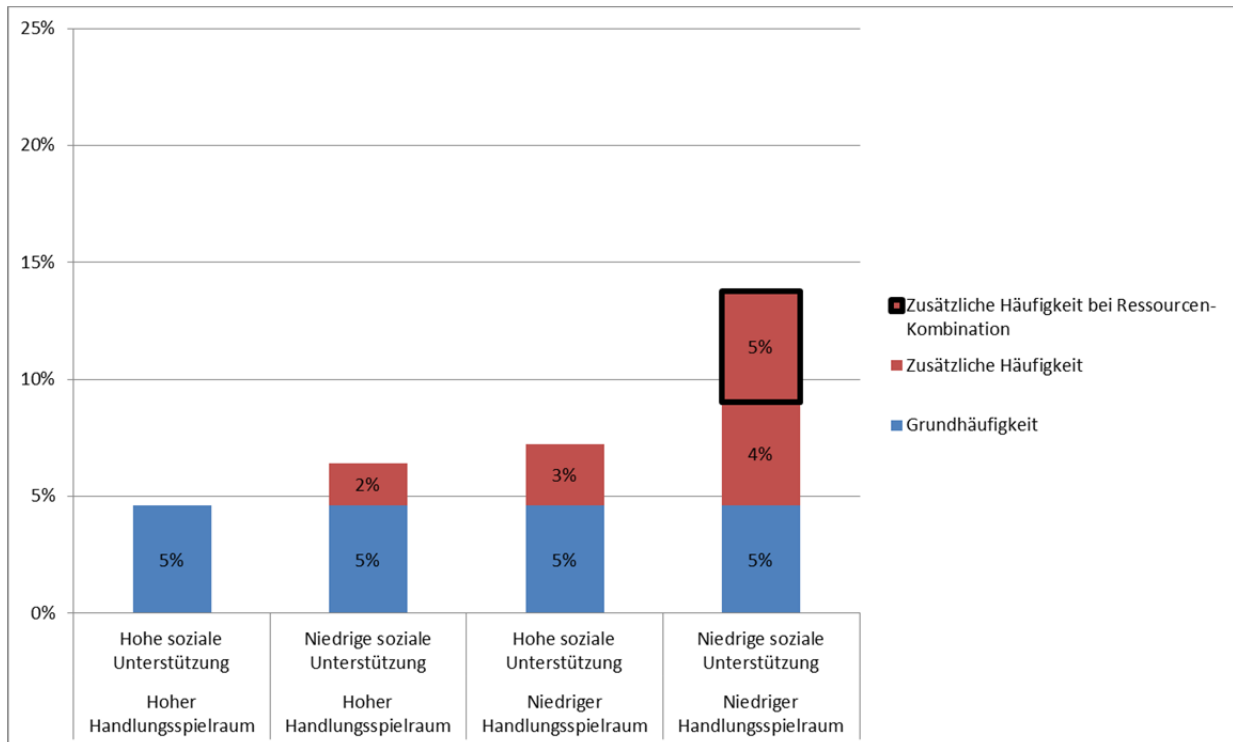


Abb. 2.59 Häufigkeit von depressiver Symptomatik bei Interaktion von Handlungsspielraum und sozialer Unterstützung durch Kollegen

Die Ergebnisse belegen eine deutlich höhere Häufigkeit von Burnout und depressiver Symptomatik bei den Kombinationen von niedrigem Handlungsspielraum mit niedriger sozialer Unterstützung durch Kollegen (6% bzw. 5%) bzw. mit niedriger Führungsqualität (5% bzw. 3%; s. Abbildung 2.58 bis 2.61).

Bei der Kombination von niedriger sozialer Unterstützung durch Kollegen mit niedriger Führungsqualität zeigt sich ein überhöhtes Vorkommen von depressiver Symptomatik (6%), aber nicht von Burnout (3%; s. Abbildung 2.62, 2.63).

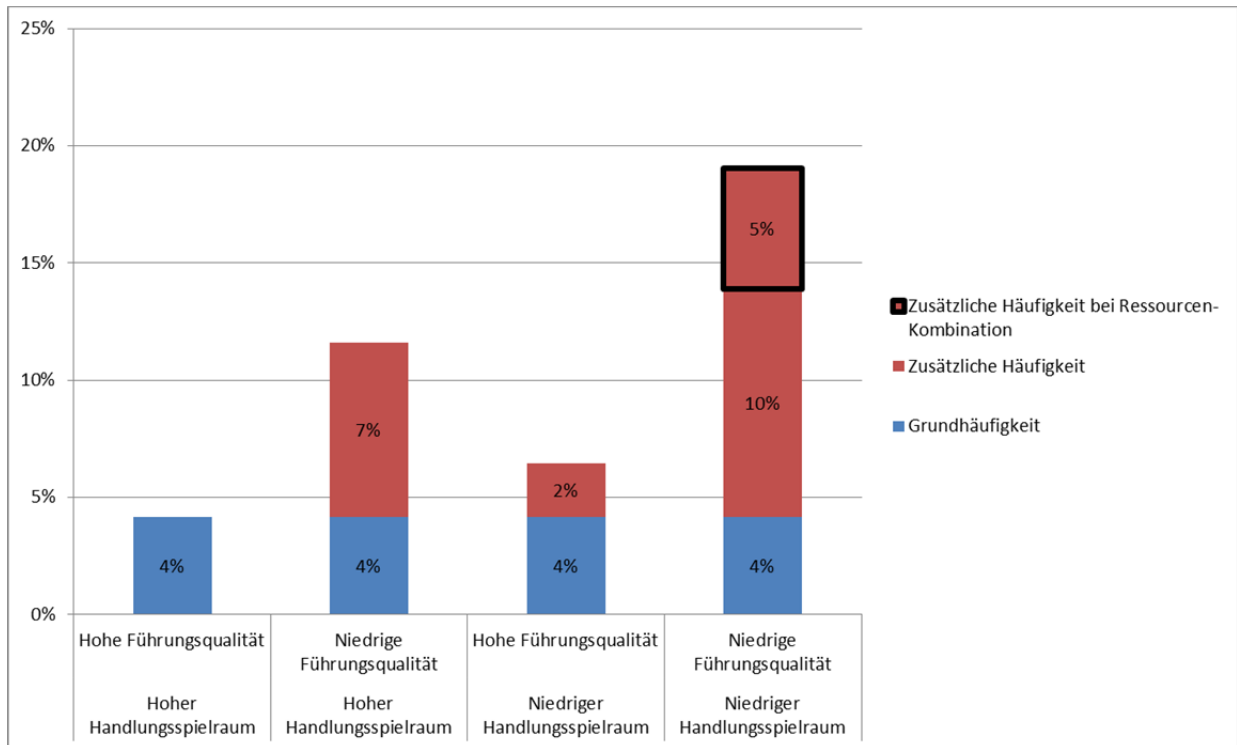


Abb. 2.60 Häufigkeit von Burnout bei Interaktion von Handlungsspielraum und Führungsqualität

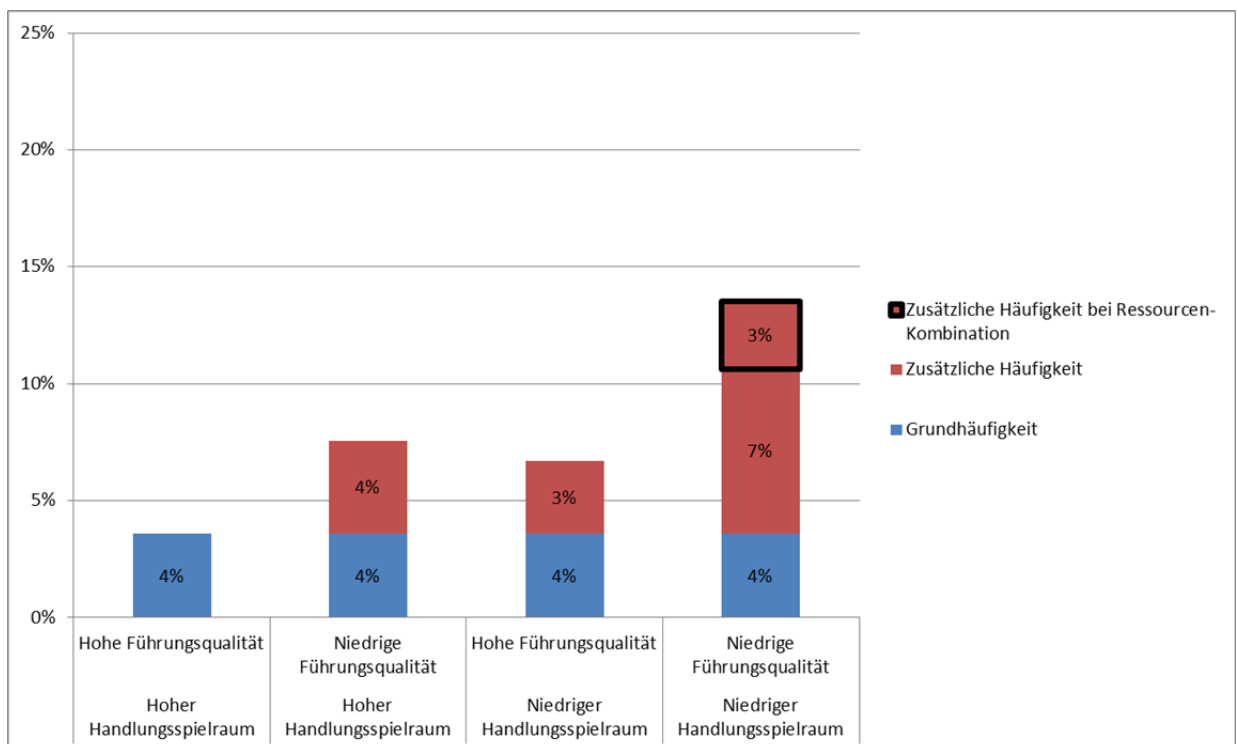


Abb. 2.61 Häufigkeit von depressiver Symptomatik bei Interaktion von Handlungsspielraum und Führungsqualität

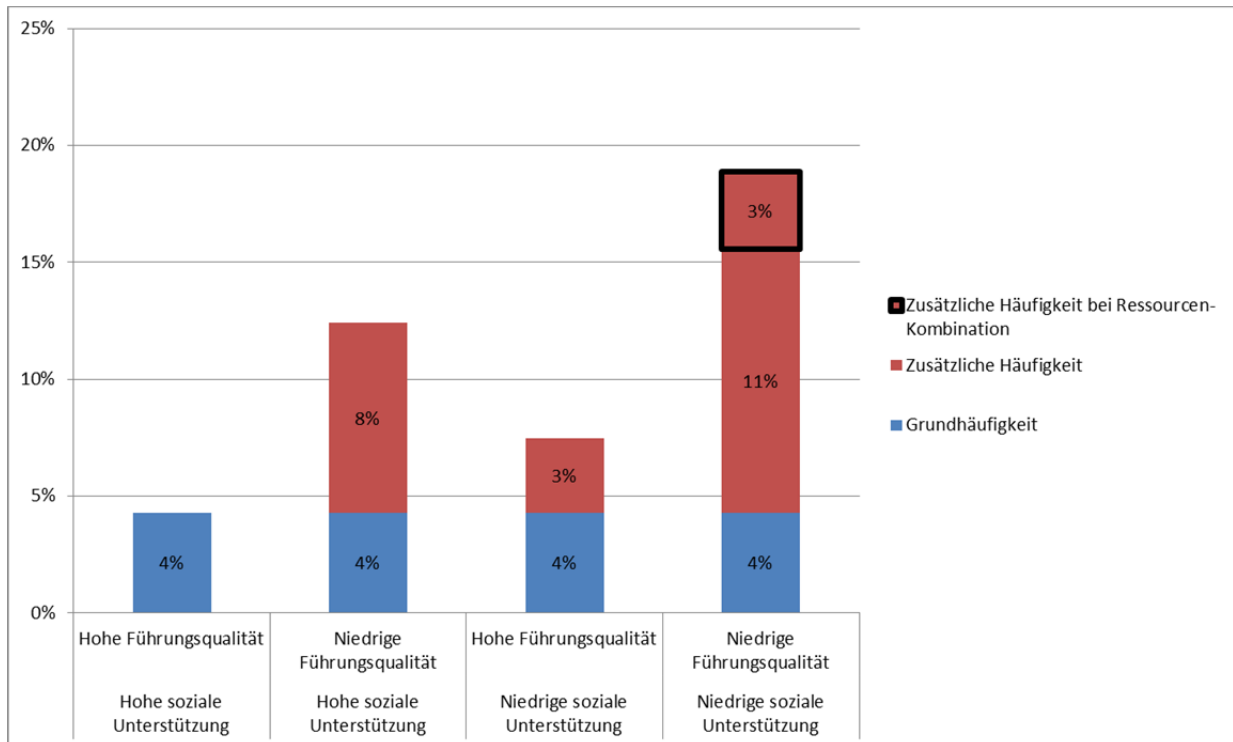


Abb. 2.62 Häufigkeit von Burnout bei Interaktion von sozialer Unterstützung durch Kollegen und Führungsqualität

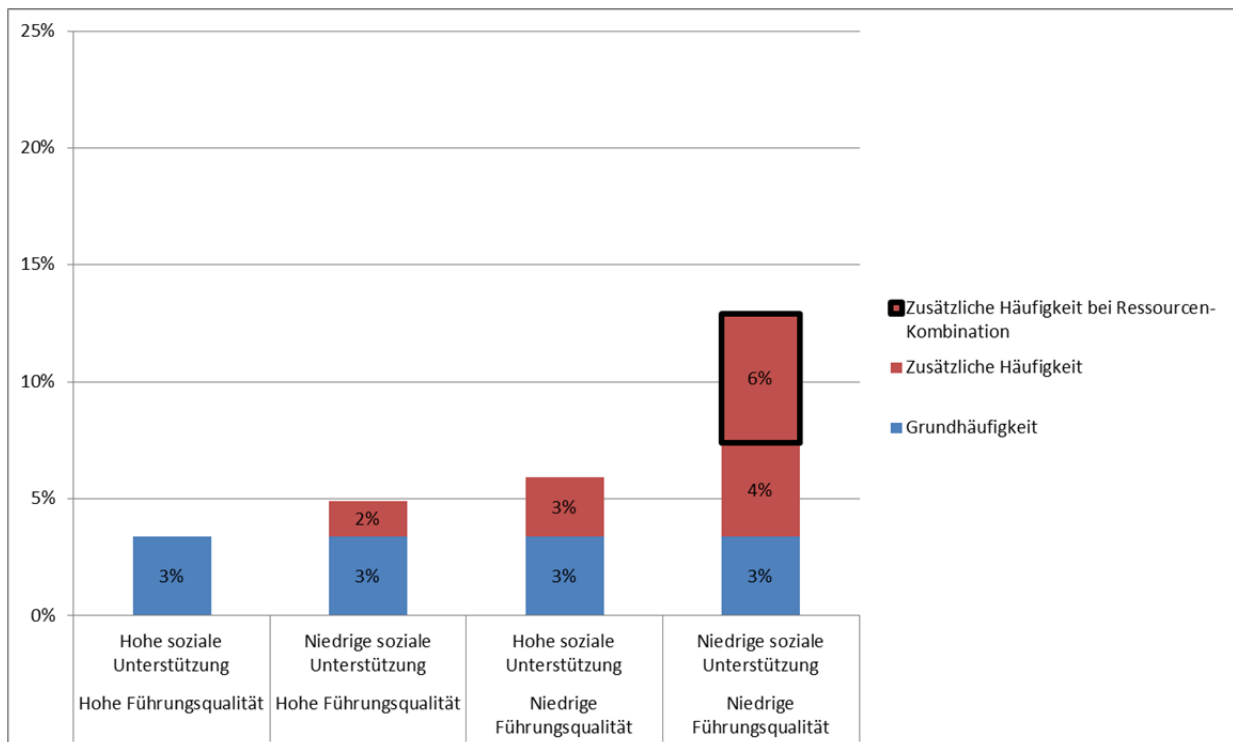


Abb. 2.63 Häufigkeit von depressiver Symptomatik bei Interaktion von sozialer Unterstützung durch Kollegen und Führungsqualität

Eine erhöhte Häufigkeit von Burnout konnte bei hohen Anforderungen in Kombination mit fehlenden Ressourcen bestätigt werden. Dies steht im Einklang mit den An-

nahmen des JD-R Konzepts (Bakker & Demerouti, 2007). Bezüglich der Häufigkeit depressiver Symptomatik war dies ebenfalls der Fall. Bei der Untersuchung von Kombinationen niedrig ausgeprägter Ressourcen ließ sich sowohl für Burnout als auch depressive Symptomatik ein überhöhtes Auftreten feststellen.

Wenn die Wirkung auf Burnout und Depression bei allen untersuchten Kombinationseffekten verglichen wird, zeigt sich folgendes Bild: Alle drei untersuchten Kombinationen von fehlenden Ressourcen mit hohen quantitativen Anforderungen wirken sich nur auf die Burnout-Häufigkeit, aber nicht auf die Häufigkeit depressiver Symptomatik aus. Die Kombinationen von niedrigem Handlungsspielraum mit niedriger Unterstützung durch Kollegen bzw. geringer Führungsqualität führen sowohl bei Burnout als auch bei depressiver Symptomatik zu einer erhöhten Häufigkeit. Die Kombination von Unterstützung durch Kollegen und Führungsqualität wirkt nur auf die depressive Symptomatik, aber nicht auf Burnout.

Die gewonnenen Befunde berechtigen zu der Annahme, dass Kombinationseffekte ungünstiger psychosozialer Faktoren bedeutende Risikokonstellationen für das Vorhandensein von Burnout und depressiver Symptomatik sind. Dies müsste allerdings in weiteren Untersuchungen unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht oder individuellen Ressourcen (wie z.B. kritische Lebensereignisse) geprüft werden.

2.3 Fazit und Ausblick

2.3.1 Depressive Symptomatik

Ausgehend von der Grundgesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 31 bis 60 Jahren in Deutschland ergibt sich ein Anteil von 7% der Männer und 9% der Frauen mit einer depressiven Symptomatik. Damit ist die Prävalenz der depressiven Symptomatik auf einem ähnlich hohen Niveau wie die Prävalenz anderer bedeutender Volkskrankheiten, beispielsweise die des Typ-2-Diabetes (Rathmann & Tamayo, 2015). Weiterhin stellen psychische Störungen die dritthäufigste Diagnose bei den Arbeitsunfähigkeitstagen dar, was zusammen mit der wachsenden Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Arbeit und mentaler Gesundheit (Theorell et al., 2015) ihre hohe Bedeutung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz erklärt.

Die vorliegenden Ergebnisse beziehen sich auf Arbeitsbedingungen, für die Zusammenhänge mit der depressiven Symptomatik in internationalen Studien nachgewiesen wurden. Bei diesen internationalen Befunden sind jedoch auch länderspezifische Unterschiede im Arbeitsmarkt oder den Sozialversicherungssystemen als mögliche Einflussgrößen zu berücksichtigen (Dragano, Siegrist & Wahrendorf, 2010). Daher sind die Zusammenhänge nicht zwingend auch für Deutschland zu erwarten. Die vorliegenden Befunde zeigen jedoch, dass die internationalen Befunde zu den untersuchten Arbeitsbedingungen und zum Zusammenhangswissen auch auf Deutschland übertragbar scheinen. Insbesondere die Assoziation zwischen niedrigem Handlungsspielraum oder hoher Arbeitsplatzunsicherheit und depressiver Symptomatik lässt sich in der vorliegenden Auswertung ebenfalls beobachten (Theorell et al., 2015).

Die deskriptiven Auswertungen dieser repräsentativen Erhebung weisen nicht nur auf den Zusammenhang zwischen psychosozialen Arbeitsbedingungen und depressiver Symptomatik hin. Sie zeigen auch, dass der Anstieg des Anteils der Beschäftigten mit einer depressiven Symptomatik nicht gleichmäßig über die Stufen der Arbeitsbe-

dingungen hinweg sondern auch „sprunghafte Veränderungen“ zu beobachten sind. Beispielsweise steigt in der jeweils ungünstigsten Ausprägung bei quantitativen Anforderungen, dem Handlungsspielraum oder der Führungsqualität die Häufigkeit depressiver Symptomatik besonders stark an.

Ergänzende Analysen weisen auf Kombinationseffekte spezifischer Arbeitsbedingungen hin. Bei allen Kombinationen von fehlenden Ressourcen in der Arbeit wurde ein besonders erhöhtes Vorkommen von depressiver Symptomatik gefunden. Das schließt die Kombinationen von niedrigem Handlungsspielraum mit relationalen Ressourcen (niedriger sozialer Unterstützung durch Kollegen bzw. niedriger Führungsqualität) ein, als auch die Kombination von niedriger sozialer Unterstützung durch Kollegen mit niedriger Führungsqualität.

2.3.2 Burnout

Repräsentative Daten zur Häufigkeit des Burnout-Syndroms liegen bisher für die deutsche Erwerbsbevölkerung nicht vor. Nach dem hier vorgenommenen Einteilungskriterium ergibt sich für Burnout ein relativer Anteil von 10% bei Männern und 11% bei den Frauen, der damit jeweils über dem für die depressive Symptomatik liegt. Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse zum Burnout ist zu berücksichtigen, dass hier die emotionale Erschöpfung als Kerndimension betrachtet wurde. Dabei ließen sich erwartungskonforme Beziehungen zu den Arbeitsbedingungen, insbesondere den quantitativen Anforderungen, nachweisen. So geht der Übergang zur ungünstigsten Stufe der quantitativen Anforderung mit einer Verdopplung des Anteils der Beschäftigten mit einem Burnout einher. Auch die übrigen Arbeitsbedingungen weisen stärkere Zusammenhänge mit Burnout als mit depressiver Symptomatik auf. Dabei ist nicht – wie im Fall der quantitativen Anforderungen – immer nur die ungünstigste Stufe des jeweiligen Einflussfaktors relevant. So zeigt sich bei Führungsqualität und sozialer Unterstützung schon in der vorausgehenden Stufe bereits ein Anstieg der Häufigkeit von Burnout. Die ergänzenden Analysen weisen auch darauf hin, dass nicht nur einzelne Arbeitsbedingungen mit einer Erhöhung der Burnout-Häufigkeit einhergehen, sondern auch die Kombination spezifischer Arbeitsbedingungen.

Bei allen untersuchten Kombinationen von Arbeitsbedingungen, bei denen hohe quantitative Anforderungen bzw. niedriger Handlungsspielraum vorlagen, war ein erhöhtes Vorkommen von Burnout festzustellen.

Dieser Befund belegt den Handlungsspielraum als wichtige Ressource und die quantitativen Anforderungen als Stressor bei der Arbeit. Unter Berücksichtigung der hohen Verbreitung und der Bedeutung psychosozialer Arbeitsbedingungen beim Auftreten von Burnout in der Erwerbsbevölkerung ist daher dieses Ergebnis für den Arbeits- und Gesundheitsschutz von hoher Relevanz.

2.3.3 Erholungsunfähigkeit

Der Zusammenhang zwischen Burnout und depressiver Symptomatik beschreibt eher langfristige Beanspruchungsfolgen. Dem voran geht eine Beanspruchung durch eine dauernde Aktivierung und durch eine Beeinträchtigung der Erholungsfähigkeit. Dieses Bild schlägt sich in den Ergebnissen nieder: Zeigen sich bereits bei Burnout starke Zusammenhänge mit quantitativen Arbeitsanforderungen und Führungsqualität, so treten diese Zusammenhänge mit Erholungsunfähigkeit noch stärker hervor.

Arbeitsplatzunsicherheit wird erst in der ungünstigsten Stufe für die Erholungsfähigkeit relevant. Keine große Rolle kommt der sozialen Unterstützung zu und im Zusammenhang mit dem Handlungsspielraum wird sogar ein gegenteiliger Effekt sichtbar. So zeigt sich bei den Männern mit zunehmendem Handlungsspielraum eher eine Zunahme der Erholungsunfähigkeit. Eine mögliche Erklärung deutet sich in den Frageninhalten zur Erholungsfähigkeit an, die sich direkt auf die empfundenen Auswirkungen des Arbeitsalltags beziehen (Beispiel: „Ich schlafe schlecht ein, weil mir oft Berufsprobleme durch den Kopf gehen.“). Dabei scheint es naheliegend, dass mit zunehmendem Handlungsspielraum die Möglichkeiten, sich von seiner Arbeit zu distanzieren und abzuschalten, immer weiter abnehmen.

2.3.4 Wohlbefinden

Etwa neun von zehn Befragten geben ein positives emotionales Wohlbefinden an, wobei zwischen Männern und Frauen keine bedeutsamen Unterschiede bestehen. Der Einfluss von quantitativen Arbeitsbelastungen oder Arbeitsplatzunsicherheit auf das emotionale Wohlbefinden wird erst in der ungünstigsten Ausprägung dieser Faktoren deutlich. Dagegen zeigt sich für Ressourcen wie Handlungsspielraum und soziale Unterstützung bereits in den vorausgehenden Stufen ein Effekt.

Die affektive Komponente des Wohlbefindens weist einen stärkeren Bezug zu den aktuellen Arbeitsbedingungen auf als die Bewertung globaler Aspekte des eigenen Lebens wie z. B. der Lebenszufriedenheit. So sinkt die Lebenszufriedenheit erst bei hoher Arbeitsplatzunsicherheit; eine schrittweise, generelle Zunahme der Zufriedenheit zeichnet sich für die verschiedenen Stufen beim Handlungsspielraum und der Führungsqualität ab. Für den Teilbereich der Arbeitszufriedenheit bilden Handlungsspielraum, Führungsqualität und zusätzlich soziale Unterstützung förderliche Faktoren. Ungünstig für die Arbeitszufriedenheit sind Arbeitsplatzunsicherheit und quantitativen Anforderungen in der jeweils ungünstigsten Stufe.

Die Beurteilung des Wohlbefindens basiert auf globalen Dimensionen wie der Lebenszufriedenheit, die vermutlich weniger sensitiv auf aktuelle Arbeitsbedingungen reagiert als andere negative Merkmale der psychischen Gesundheit wie Erholungsunfähigkeit. Hier sollte zukünftig der notwendigen Ausprägung von Arbeitsbedingungen, bei denen ein Effekt auf die positiven und/oder negativen Merkmale der mentalen Gesundheit eintritt, nachgegangen werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die Abwesenheit von negativen Gesundheitsmerkmalen (z.B. Burnout) zugleich mit einer Verbesserung des Wohlbefindens einhergeht, oder dafür Veränderungen weiterer Bedingungen vorliegen müssen.

2.3.5 Funktionsfähigkeit

Die im Querschnitt untersuchten Zusammenhänge mit der Arbeits- und Funktionsfähigkeit weisen darauf hin, dass sowohl für das Vorliegen einer depressiven Symptomatik als auch eines Burnouts Einschränkungen in der Funktions- und Arbeitsfähigkeit vorliegen. Auf die Frage, ob die Befragten Schwierigkeiten hatten, alltägliche Herausforderungen und Belastungen zu bewältigen oder wegen emotionaler Probleme weniger geschafft zu haben, ergeben sich für Personen mit depressiver Symptomatik stärkere Einschränkungen als für solche mit Burnout. Die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf geistige Fähigkeiten zeigt nur bei Männern einen stärkeren Zusammen-

hang mit einer depressiven Symptomatik, während sich die Einschränkungen bei Frauen zwischen Burnout und depressiver Symptomatik nicht unterscheiden.

Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die vorliegende Erhebung auf einer Stichprobe von Beschäftigten basiert, die trotz ggf. vorliegender Gesundheitsprobleme immer noch am Erwerbsleben teilnehmen und die sich deutlich u. a. von Patienten, die sich in der ambulanten oder stationären Versorgung oder in der Rehabilitation befinden, unterscheiden dürften. Im Versorgungsbereich des Gesundheitssystems sind häufiger schwerwiegendere Fälle mit Burnout oder depressiver Symptomatik zu erwarten, die darüber hinaus auch stärkere Einschränkungen in der Arbeits- und Funktionsfähigkeit zeigen. Bei der vorliegenden Untersuchung wurde die Stichprobe jedoch aus einer anderen Grundgesamtheit gezogen, was nachvollziehbar macht, dass mehr als die Hälfte der Befragten trotz depressiver Symptomatik ihre Arbeitsfähigkeit immer noch als „eher gut“ oder „sehr gut“ bezeichnen.

2.3.6 Ausblick

Mit den Auswertungen auf Grundlage der S-MGA als erster repräsentativer Stichprobe der deutschen Erwerbsbevölkerung, in der sowohl Indikatoren der mentalen Gesundheit, der Arbeits- und Funktionsfähigkeit als auch psychosoziale und physische Arbeitsbelastungen und Beschäftigungsbedingungen erfasst wurden, ist eine Bestandsaufnahme zum Zustand der mentalen Gesundheit der Erwerbsbevölkerung erfolgt.

Existierende Forschungslücken werden mit – an diese deskriptiven Untersuchungen anschließenden – weiterführenden Auswertungen auf Grundlage des S-MGA-Querschnitts und einer im Jahr 2017 anknüpfenden Zweitbefragung adressiert.

Im Mittelpunkt der Forschung der BAuA werden positive und negative Aspekte der mentalen Gesundheit stehen, da die Betrachtung der mentalen Gesundheit der Erwerbsbevölkerung auf einem erweiterten Verständnis von mentaler Gesundheit basiert. Dabei stehen nicht nur die Untersuchung psychischer Störungen und ihren Risikofaktoren sowie Folgen für die Arbeitsfähigkeit und Erwerbsteilhabe im Zentrum, sondern ebenfalls positive Aspekte der mentalen Gesundheit und die Funktionsfähigkeit. Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Arbeitszufriedenheit sind entscheidende Voraussetzungen für die Förderung und Aufrechterhaltung einer gesunden und produktiven Erwerbsbevölkerung. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls der Forschungsfrage nachgegangen, wie Arbeit gestaltet werden muss, um ein hohes Wohlbefinden und eine hohe Arbeitszufriedenheit in der Erwerbsbevölkerung zu fördern.

Angesichts der großen Bedeutung psychischer Störungen im Prozess des vorzeitigen Erwerbsausstiegs wird im Rahmen der Weiterführung der S-MGA als Längsschnittstudie das Spektrum an Forschungsschwerpunkten um Prädiktoren des vorzeitigen Erwerbsausstiegs erweitert. Neben dem Einfluss mentaler Gesundheit auf einen vorzeitigen Erwerbsausstieg wird auch zu untersuchen sein, inwieweit psychosoziale Risiken bei der Arbeit aber auch eine eingeschränkte Arbeits- und Funktionsfähigkeit der Beschäftigten einen vorzeitigen Erwerbsausstieg begünstigen. Die Forschung zu Ursache-Wirkungsbeziehungen ist auf die Durchführung von qualitativ hochwertigen und repräsentativen Längsschnittstudien angewiesen. Für die BAuA ist ein zentraler Forschungsauftrag die Klärung ätiologischer Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und mentaler Gesundheit. So ermöglichen Längsschnittstudien die Entstehung von Erkrankungen unter Messung der Exposition zur Basiserhebung zu beobachten, und somit Schlussfolgerungen über potentielle Ursache-

Wirkungsbeziehungen zu ziehen. Bei vorhandener Ursache-Wirkungsbeziehung muss der Frage nach der Art der Dosis-Wirkungsbeziehungen zwischen arbeitsbezogenen Expositionen und mentaler Gesundheit nachgegangen werden. Insbesondere für Burnout ist der Erkenntnisstand zur Ätiologie defizitär. Eine längsschnittliche Betrachtung von Zusammenhängen wird darüber hinaus mehr Klarheit zum Beziehungsgeflecht von Burnout und Depression bringen.

Bei der Identifizierung relevanter arbeitsbezogener Expositionen muss ebenfalls ein Blick auf die Wirkung von Kombinationen von Arbeitsbelastungen im Hinblick auf eine potentielle Risikoakkumulation beim Zusammenwirken von hohen Belastungen und fehlenden Ressourcen im Arbeitskontext gerichtet werden. Das ist für die Arbeitsgestaltung bedeutsam, da sich daraus Spezifizierungen für die Gestaltung ergeben. Die Bestimmung von Risiken für die Entstehung einer Depression oder eines Burnout-Syndroms unter bestimmten Arbeitsbelastungen oder deren Kombinationswirkung ist die Grundlage für die Ermittlung attributabler Risiken, die eine Abschätzung der Bedeutung von Arbeitsbedingungen im Prozess der Entstehung von Beanspruchungsfolgen ermöglicht und einen Vergleich zu anderen in diesem Kontext diskutierten ursächlichen Faktoren wie die kritischen Lebensereignisse zulässt.

Dieses Wissen zur Ursache-Wirkungsbeziehung ist notwendig für die Konzeption von Präventionsmaßnahmen im Arbeitskontext, die in Interventionsstudien zur Vermeidung psychischer Erkrankungen und zur Steigerung des Wohlbefindens evaluiert werden müssen. Die Querschnittsstudie S-MGA ist eine geeignete Vergleichsstichprobe, die der Ableitung gesundheitsbezogener Referenzwerte einer arbeitsfähigen Stichprobe dient und zu Vergleichszwecken bei Interventionsstudien oder Return-to-work-Studien herangezogen werden kann.

Da es gegenwärtig keine Längsschnittstudien für Deutschland gibt, die es ermöglichen, den Zusammenhang von Arbeit und mentaler Gesundheit auf eine Ursache-Wirkungsbeziehung hin zu prüfen, ist es immer noch unklar, ob Erkenntnisse der internationalen Forschung auf Deutschland übertragbar sind.

Literaturverzeichnis

Andersson, T., Alfredsson, L., Källberg, H., Zdravkovic, S., & Ahlbom, A. (2005). Calculating measures of biological interaction. *European journal of epidemiology*, 20(7), 575-579.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.

Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U., & Maier, W. (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. *Nervenarzt*, 4, 537-543.

Bonde, J. P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and environmental medicine*, 65(7).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2014). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013: Unfallverhütungsbericht Arbeit Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.

Burr, H., Albertsen, K., Rugulies, R., & Hannerz, H. (2010). Do dimensions from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict vitality and mental health over and above the job strain and effort—reward imbalance models? *Scandinavian journal of public health*, 38(3 suppl), 59-68.

Demerouti, E. (1999). Burnout. Eine Folge konkreter Arbeitsbedingungen bei Dienstleistungs- und Produktionstätigkeiten. *Studien zur Arbeits- und Organisationspsychologie*, Nr. 17: Frankfurt aM: Lang.

Demerouti, E., & Nachreiner, F. (1998). Zur Spezifität von Burnout für Dienstleistungsberufe: Fakt oder Artefakt. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 52, 82-89.

Deutsche Rentenversicherung (DRV). (2015). Rentenversicherung in Zahlen 2015. Abgerufen August 2016, http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238692/publicationFile/61815/01_rv_in_zahlen_2013.pdf

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156.

Dragano, N., Siegrist, J., & Wahrendorf, M. (2010). Welfare regimes, labour policies and unhealthy psychosocial working conditions: a comparative study with

9917 older employees from 12 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*.

European Commission. (2005). *Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union: Green Paper.* Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities.

Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. (2012). *Gemeinsame Arbeitsschutzziele 2013 – 2018. Wichtige Themen richtig angehen. Abgerufen August 2016,* http://www.gda-portal.de/de/pdf/Faltblatt-Ziele2013-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*, 50(4), 171-181.

Hasselhorn, H.-M., & Freude, G. (2007). *Der Work-ability-Index: Ein Leitfaden: Wirtschaftsverl. NW, Verlag für Neue Wiss.*

Huppert, F. A., & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British journal of health psychology*, 8(1), 107-122.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Maske, U., Hapke, U., & Gaebel, W. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)(Originalien). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87.

Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 277-287.

Karasek, R. A., & Theorell, T. (1992). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life: Basic books.*

Keyes, C. L., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.

Kim, T., & von dem Knesebeck, O. (2015). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1-13.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften. (2007). *Die Arbeitsplatzqualität verbessern und die Arbeitsproduktivität steigern: Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007-2012.* Abgerufen August 2016, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0062&from=DE>

Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 438-449.

Kurth, B.-M. (2012). Das RKI-Gesundheitsmonitoring—was es enthält und wie es genutzt werden kann. Paper presented at the Public Health Forum.

Löwe, B., Spitzer, R., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. Karlsruhe: Pfizer.

Melzer, M., & Hubrich, A. (2014). Einfluss arbeitsbezogener und individueller Ressourcen auf positive Aspekte der mentalen Gesundheit. Dortmund [u.a]: BAuA.

Netterstrøm, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R., & Stansfeld, S. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 118-132.

Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277-286.

Nübling, M., Andersen, H. H., & Mühlbacher, A. (2006). Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP-Version des SF 12 (Algorithmus): DIW Berlin, German Institute for Economic Research.

Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Dortmund/Berlin/Dresden: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Organisation for Economic Co-operation Development. (2013). OECD guidelines on measuring subjective well-being.

Pech, E., Rose, U., & Freude, G. (2010). Zum Verständnis mentaler Gesundheit—eine erweiterte Perspektive. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 60(7), 234-243.

Rathmann, W., & Tamayo, T. (2015). Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. In d. D. Diabetes-Hilfe (Ed.), *Deutscher Gesundheitsbericht, Diabetes 2015, Die Bestandsaufnahme*.

Richter, P., Hille, B., & Rudolf, M. (1999). Gesundheitsrelevante Bewältigung von Arbeitsanforderungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20(1), 25-38.

Richter, P., Rudolf, M., & Schmidt, C. F. (1996). Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung: FABA: Swets & Zeitlinger, Swets Test Services.

Riedel-Heller, S. G., Lupp, M., Seidler, A., Becker, T., & Stengler, K. (2013). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Der Nervenarzt*, 84(7), 832-837.

Rothman, K. (2002). *Epidemiology: an introduction*. 2002: New York: Oxford University Press.

Schupp, J. (2005). Dokumentation des Workshops" Befragungsgestützte Messung von Gesundheit. Bestandsaufnahme und Ausblick" vom 14. März 2005 am DIW Berlin. DIW Eventdokumentation Nr, 2.

Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion-a systematic review: BioMed Central.

Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe, 56-61.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Group, P. H. Q. P. C. S. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737-1744.

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.

Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Bendz, L. T., Grape, T., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., & Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC public health*, 15(1), 1.

Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F. S., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., Riedel-Heller, S. G., & Seidler, A. (2012). Influence of psychosocial work load on the development of mental disorders Projektbericht: BAuA.

Tuomi, K., Ilmarinen, J., & Jahkola, A. (1998). *Work Ability Index*: Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health

Wissenschaftliches Institut der AOK. (2011). *Burnout auf dem Vormarsch*.

Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of affective disorders*, 122(3), 213-217.

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*: World Health Organization.

World Health Organization. (2002). Mental health: a call for action by world health ministers. Geneva: World Health Organization, 2001. World Health Organization.

World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report.