



WOLFGANG HIEN

Psychische Arbeitsbelastungen und chronische Erkrankungen – Darstellung und praxisorientierte Diskussion des wissenschaftlichen Erkenntnisstands

Schon die Alltagserfahrung sagt uns, dass anhaltende Stressbelastungen bei der Arbeit die Gesundheit schädigen. Der folgende Beitrag referiert den epidemiologischen Erkenntnisstand zum Zusammenhang von arbeitsbedingten psychischen Belastungen und chronischen Krankheiten. Diskutiert wird die Praxisrelevanz für Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Erkenntnisse legen nahe, dass Belastungsminderungen am Arbeitsplatz sowohl einer Erstentstehung von Krankheit als auch der gelingenden Wiedereingliederung Genesender bzw. chronisch Erkrankter dienen.

Einleitung

Schon ohne große wissenschaftliche Untermauerung sagt uns die Erfahrung, dass Stress am Arbeitsplatz der Gesundheit nicht gerade zuträglich ist. Seit den 1990er Jahren hat die Stressforschung diese Alltagsbeobachtung vielfach bestätigt (Karasek/Theorell 1990; Siegrist 1996, 2015). In Hunderten von weltweit durchgeführten epidemiologischen Studien, in denen jeweils Tausende von Erwerbspersonen über Jahre, teilweise bis zu 15 Jahre beobachtet wurden, erhärtete

sich der Verdacht, dass Stressbelastungen nicht nur psychische Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen, sondern auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2 und Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen, genauer: mitverursachen können. Pathophysiologisch erzeugt Stressbelastung nicht nur höheren Blutdruck, sondern auch höheren Blutzucker. Auch kann stressbedingte Verkrampfung die Funktion der Rückenmuskulatur, für Entlastung und Entspannung der Bandscheiben zu sorgen, beein-

trächtigen. Die genannten Erkrankungsformen werden nicht allein durch einen einzigen Faktor erzeugt, sondern durch viele. Wir sprechen daher von einer multifaktoriellen Verursachung, wobei die Arbeitswelt einen nicht unbeträchtlichen Anteil beisteuert. Doch wie hoch ist dieser Anteil, oder: Wie stark spielt der Faktor Arbeitswelt in das Krankheitsgeschehen hinein? Die Epidemiologie versucht das herauszubekommen. Sie vergleicht die Krankheitshäufigkeit hoch belasteter Personen mit derjenigen weniger belasteter Personen und errechnet daraus ein relatives Risiko (RR). Dieses sagt aus, wievielmals häufiger Belastete – bezogen auf die Referenzgruppe – krank werden und ist damit ein Maß für die Stärke des Risikofaktors.

Depression, Bluthochdruck, Diabetes, Bandscheibenvorfall

Die Stressbelastungen lassen sich – hier haben viele Disziplinen wie z.B. Arbeitswissenschaft, Medizinsoziologie, arbeitsbezogene Stressforschung und Arbeitsschutzforschung wichtige Beiträge geliefert – weiter unterteilen und differenzieren: hohe (quantitative) Anforderungen, fehlender oder geringer Handlungsspielraum, mangelnde soziale Unterstützung sowie Ungleichgewicht zwischen Anstrengungen und Anerkennung, um nur die wichtigsten Teilbelastungen zu nennen. Wir verdanken grundlegende Erkenntnisse der skandinavischen Arbeitsepide-miologie, doch auch in Deutschland werden seit den 2000er Jahren große Studien durchgeführt, die wichtige Erkenntnisse erbracht haben und weiter erbringen. Die durch mangelnden Handlungsspielraum bedingten relativen Erkrankungsrisiken bewegen sich, wenn die Gesamterwerbsbevölkerung als Referenz (RR = 1,0) genommen wird, zwischen RR = 1,5 und RR = 2,5, d.h. der arbeitsbedingte Beitrag zum Krankheitsgeschehen ist mindestens auf ein Drittel zu veranschlagen und kann in einige Berufsgruppen mehr als die Hälfte betragen (Bödeker et al. 2002, 2006). Dies bedeutet, dass durch mangelnden Handlungsspielraum belastete Personen ein Erkrankungsrisiko tragen, das mindestens um 50 % und in manchen Fällen – beispielsweise bei Pflegepersonal – um 100% bis 150% über dem Durchschnittsniveau der Erwerbsbevölkerung liegt. Diese Ergebnisse bestätigten sich in einer Untersuchung der Abteilung Medizinsoziologie der Universität Düsseldorf (Dragano et al. 2008). Geringer Handlungsspielraum erhöht, im Vergleich zu wenig belasteten Personen, das Depressionsrisiko um das Zweifache, ein hohes Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Anerkennung sogar um mehr als das Dreifache. Eine sogenannte Meta-Analyse aller methodisch guten Studien zu arbeitsbedingten Depressionser-

krankungen (Theorell et al. 2015) erhärtete die Erkenntnis, dass geringer Handlungsspielraum, insbesondere dann, wenn er mit hohen quantitativen Anforderungen kombiniert auftritt, sowie mangelnde Anerkennung und Bullying (Mobbing) das Depressionsrisiko eindeutig und signifikant erhöhen. Dies gilt für Männer wie für Frauen, und auch dann, wenn alle anderen möglichen störenden Einflussfaktoren – die sogenannten Confounder – wie z.B. Rauchen, physische Inaktivität, Bildungsstand, soziale Integration bzw. Isolierung und Vorerkrankungen gesondert erhoben und herausgerechnet werden. Es ist wichtig, bei allen Einzelfaktoren immer auch den betrieblichen Kontext zu bedenken. So kann sich eine Erweiterung des Handlungsspielraums – das haben Studien zum Burnout in der IT-Branche gezeigt (Hien 2008; Gerlmaier 2011) – gesundheitlich als kontraproduktiv erweisen, wenn zugleich zeitliche, personelle und sachliche Ressourcen beschnitten werden.

Ein zweifaches Risiko für Bluthochdruck stellt sich als Folge arbeitsbedingter Stressbelastungen ein, wozu auch Schichtarbeit und anhaltende Überstundenarbeit gehört. Hier wurden ebenfalls die bereits genannten Confounder berücksichtigt, zusätzlich auch Alkohol, Familiengeschichte und Body-Mass-Index (Trudel et al. 2015). Das beobachtete Risiko ist dosisabhängig, d.h. es erhöht sich mit steigender Belastungsstärke. Dem entsprechend bewegt sich das arbeitsbedingte Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko, wie eine weitere, alle weitweiten Studien umfassende Meta-Analyse zeigen konnte, zwischen RR = 1,1 und RR = 1,5 (Kivimäki/Kawachi 2015). Neu und besorgniserregend sind Studien zur Zuckerkrankheit, die einen deutlichen Einfluss der Arbeitswelt auf das Krankheitsgeschehen feststellen. Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung hat in einer gemeinsam mit Epidemiologen und Epidemiologinnen des Helmholtz-Zentrums München durchgeführten Großstudie 5300 berufstätige Personen in der Region Augsburg 13 Jahre lang beobachtet (Huth et al. 2014). Die Studienteilnehmer wurden aufs Genaueste medizinisch untersucht, einschließlich genetischer Analysen. Während der Untersuchungszeit wurden Rauchen, Ernährung, Bewegung und Umweltfaktoren wie Lärm und Luftverschmutzung erfasst. Im Verlaufszeitraum entwickelten 291 Personen einen Diabetes. Es ließ sich, nachdem alle anderen Einflüsse herausgerechnet waren, ein klarer Einfluss der Arbeitsbelastungen feststellen. Hohe Anforderungen bei geringem Handlungsspielraum erhöhten das Risiko auf RR = 1,45, für Frauen wie für Männer. Eine weltweite Meta-Analyse, an der insgesamt 26 wissenschaftliche Institute teilnahmen, zeigte zwar ein etwas moderateres Risiko, doch auch dieses war statistisch signifikant (Nyberg et al. 2014).

Ein besonderes Problem stellen die Muskel-Skelett-Erkrankungen dar, insbesondere deshalb, weil die orthopädischen Fachgesellschaften einen Einfluss der Psyche auf manifeste Schäden wie z.B. Bandscheibenvorfälle lange abstritten, als unerheblich abtaten oder, wenn sie einen solchen Einfluss einräumten, ihn grundsätzlich dem privaten und familiären Bereich zuordneten. Dass Schmerzen etwas mit Psyche zu tun haben, war unstrittig. Doch mittlerweile wissen wir, dass auch Bandscheibenschäden, auch solche der Lendenwirbelsäule, durch psychische Stressfaktoren mitverursacht sein können. Eine Fall-Kontroll-Studie des Instituts für Arbeitsmedizin der Goethe-Universität Frankfurt konnte einen erheblichen Einfluss psychosozialer Faktoren feststellen (Seidler et al. 2003). Unabhängig von dem gesondert erhobenen und berechneten Einfluss physischer Faktoren zeigte sich, dass insbesondere ein über 10 und mehr Jahre belastender permanenter Zeitdruck das Risiko eines lumbalen Bandscheibenvorfalles verdoppelt. Ein fast identisches Ergebnis erbrachte eine Studie mit Pflegepersonal in Bologna, durchgeführt von der arbeitsmedizinischen Abteilung der dortigen Universität (Violante et al. 2004). Diese Ergebnisse können nicht ignoriert werden. In der neueren arbeitsmedizinischen Diskussion wird nunmehr eine Kombination von arbeitsbedingten physischen und arbeitsbedingten psychischen Faktoren in der Entstehung von Muskel-Skelett-Erkrankungen gesehen (Hartmann/Spallek 2009). Pathophysiologisch entscheidend ist ein dauerhaft erhöhter Cortisolspiegel, der neben psycho-neurologischen Folgen auch Gefäßverengungen, Entzündungen und muskulären Dauerkontraktionen nach sich zieht.

Chronifizierung verhindern, Belastungen reduzieren

Der Zusammenhang von psychischer Arbeitsbelastung und psychischen wie psychogen vermittelten oder verstärkten somatischen Erkrankungen ist evident. Kommen in der Genesung Befindliche wieder an ihren belastenden Arbeitsplatz zurück, so nimmt es nicht Wunder, dass sich bei unveränderter Situation oftmals ein erneuter Erkrankungsprozess entwickelt. So werden Weichen für eine verschlimmernde Chronifizierung gestellt. Die meisten Erwerbspersonen möchten jedoch im Arbeitsleben verbleiben. Es entsteht ein Wechselspiel zwischen Krankheitsverdrängung, Krankheitsverleugnung, Krankheitsverschiebung und Wiederaufleben der Krankheit, sodann aber in verschlimmelter Form. Endergebnis ist ein erschreckend hoher Anteil chronisch Kranker unter den Arbeitenden. Eine repräsentative Umfrage der Techniker-Krankenkasse erbrachte folgenden Befund: „In Deutschland lei-

det ein Drittel der Bevölkerung nach eigener Angabe unter chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Asthma und sucht deshalb regelmäßig den Arzt auf“ (TK 2013, S.35). In der Altersgruppe der 50–59-Jährigen bezieht sich der Anteil auf 37%. In dieser im Erwerbsverlauf kritischen Altersgruppe leiden 50% unter Beschwerden des Bewegungsapparates und 20% unter Herz-Kreislauf-Problemen. Diese Zahlen decken sich weitgehend mit den Daten des Robert-Koch-Institutes (RKI 2015a): Danach leiden in der genannten Altersgruppe 35% an chronischem Rückenschmerz, mehr als 15% dieser Altersgruppe hatten eine ärztlich oder therapeutisch festgestellte Depression, 8% leiden an Diabetes Typ 2, und 7% der ab 45-Jährigen haben bis zur Berentung eine Krebserkrankung durchzustehen (RKI 2015b).“ Wir können also davon ausgehen, dass mindestens 30% der aktiv tätigen Erwerbstätigen chronisch krank sind, wobei bei genauerem Hinsehen ein klarer Sozialgradient zwischen Professionsberufen und ungelerten manuellen Berufen ins Auge springt: Unter den Ungelernten weisen Männer zu 47 und Frauen zu 67% einen schlechten Gesundheitszustand auf (Hasselhorn 2014). Dies verweist auf die dringende Notwendigkeit präventiver Maßnahmen, zugleich aber auch darauf, in den Betrieben ein Arbeitsklima zu schaffen, worin chronische Krankheit einen Platz hat.

Dem steht, so eine Studie des Instituts für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft der Universität Duisburg-Essen, die harte Wirklichkeit entgegen: „In deutschen Unternehmen werden chronisch Erkrankte jedoch häufig noch als Fremdkörper behandelt. Menschen mit schwächerer Konstitution, Einschränkungen und erst Recht dauerhaft Kranke haben in den Organisationsvorstellungen oftmals keinen Raum. Unternehmen können selten auf Schonarbeitsplätze zurückgreifen, da diese aus Kostengründen zumeist abgeschafft wurden. Chronisch kranke Arbeitnehmer sind stattdessen häufig von krankheitsbedingten Kündigungen und teilweise auch von unangemessen geführten ‚Krankenrückgesprächen‘ betroffen. Daher sieht die Situation in der Praxis häufig so aus, dass Betroffene aus Sorge wegen Repressalien ihren Gesundheitszustand vertuschen“ (Hoß et al. 2013). Es bedarf – darin besteht Übereinstimmung in der Fachwelt – einer Arbeits-, Betriebs- und Unternehmenskultur, die einen offenen Umgang mit Erkrankungen von Beschäftigten ermöglicht und pflegt. Es bedarf eines in diese Kultur eingebetteten umfassenden „Return-to-Work-Konzeptes“ (RTW), einschließlich einer vernetzten Prozesskette, in der das BEM nur ein Baustein von vielen ist. Insbesondere für Kleinbetriebe bzw. für gesundheitlich beeinträchtigte Beschäf-

DER AUTOR



Dr. Wolfgang Hien

Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler,
Leiter des Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie, Bremen,
Lehrbeauftragter für Public Health an der Universität Bremen,
kontakt@wolfgang-hien.de

tigte in Kleinbetrieben ist ein überbetriebliches Netzwerk von Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen unabdingbar. Darin können und sollen sich nicht nur Sozialversicherungsträger und überbetriebliche sicherheitstechnische und betriebsärztliche Dienste verorten, sondern auch Handels- und Handwerkskammern, Innungen, Verbände, Länder und Gemeinden sowie alle beteiligten stationären und ambulanten Versorgungsinstitutionen oder mit diesen verknüpfte Schnitt- und Schaltstellen. In vielen internationalen Studien wird auf die Bedeutung eines RTW-Koordinators bzw. einer RTW-Koordinatorin hingewiesen (Lambeek et al. 2010; Joyce et al. 2015).

„Unter der Voraussetzung einer Return-to-Work-Kultur können vielfache betriebliche Maßnahmen technischer, organisatorischer und personeller Art getroffen werden, welche die Integration fördern.“

In manchen Diskussionen wird immer wieder behauptet, psychische und psychogene Erkrankungen brächten die Menschen ausschließlich aus ihrem privaten Umfeld mit. Falsch daran ist das Wort „ausschließlich“. Private und berufliche, biologische, soziale und mentale Faktoren tragen zum Krankheitsgeschehen bei. Arbeits- und Gesundheitsschutz hat die Aufgabe, sich den arbeitsbedingten Gefährdungen und der Prävention des arbeitsbedingten Anteils an diesen Erkrankungen zu widmen. Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Führungskräfte, Betriebsräte, technische, gesundheitliche und soziale Berater/innen – alle am Gestaltungsprozess Beteiligten haben die Aufgabe, nach Möglichkeiten zu suchen, den Zeitstress zu verringern, den Handlungsspielraum zu erhöhen und das soziale Klima am Arbeitsplatz zu verbessern. Das ist zu Zeiten der Globalisierung, Flexibilisierung und Restrukturierung schwierig. Nichtsdestotrotz ist es gerade deshalb eine überaus wichtige Aufgabe des Arbeitsschutzes, sich dieser Herausforderung zu stellen. Unter der Voraussetzung einer betrieblichen RTW-Kultur können vielfache betriebliche Maßnahmen technischer, organisatorischer und personeller Art getroffen werden, welche die Integration fördern. Die Studienlage zeigt, dass ergonomische Verbesserungen Muskel-Skelett-Erkrankten ein Verbleiben im Betrieb ermöglichen können, insbesondere dann, wenn die Verbesserungen in ein integriertes RTW-Programm eingebettet sind (Elders et al. 2000; Lambeek et al. 2009). Am meisten bringt die Kombination von ergonomischer Arbeitsgestaltung und angeleiteten Bewegungsübungen am Arbeitsplatz – also: das ergonomisch „rich-

tige“ Tragen, Bücken, Stehen und Laufen. Für psychisch Erkrankte bzw. Genesende ist eine arbeitsbereichsorientierte Vorbereitung entscheidend (Netterström et al. 2015), d.h. nicht oder nicht nur der/die Betroffene, sondern vor allem die Vorgesetzten und Mitarbeiter/innen müssen „eingestimmt“ und ggf. auch „umgestimmt“ und psychologisch geschult werden. Eine Meta-Analyse von Interventionsstudien bei psychischen Erkrankungen zeigt für die Erweiterung des Handlungsspielraums positive Effekte. Es ist Johannes Siegrist (2015) zuzustimmen, wenn er einen Wandel in der betrieblichen Kultur fordert – einen Wandel hin zu einer „Anerkennungskultur“. Doch auch hier muss der betriebskulturelle und sozioemotionale Kontext berücksichtigt werden. Zu fragen ist: Gibt es einen Vektor, der die um Anerkennung ringende Person in eine Sackgasse der Überanpassung und Überverausgabung lenkt, in eine Laufbahn von „falscher Identität“, an deren Endpunkt der Mensch zusammen-, genauer: auseinanderbricht? Von besonderer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist das arbeitswissenschaftliche Konzept der differenziellen Arbeitsgestaltung (Ulich/Wülser 2014, S.245–250). Dies bedeutet, dass im wechselseitigen Anpassungsprozess von Mensch und Arbeit der Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen, Arbeitsanforderungen, Arbeitsstrukturen und einer für den jeweiligen Menschen geeigneten stofflichen und sozialen Arbeitsumwelt Vorrang gegeben wird. Sporket (2011) bringt viele instruktive Beispiele, auch aus dem kleinbetrieblichen Bereich. So etwa können bandscheibengeschädigte Monteure für die Kundenbetreuung geschult und eingesetzt werden. Umgekehrt können psychisch angeschlagene Mitarbeiter/innen aus der Interaktionsarbeit herausgenommen werden und mit Aufgaben des Innendienstes betraut werden. Insgesamt haben hier weitere arbeitswissenschaftliche Konzepte wie z.B. Job Rotation und Job Enrichment ihren Platz. Arbeitswissenschaftlich besteht ein Konsens darüber, dass im Verlauf der differenziellen Arbeitsgestaltung, soll diese gelingen, die Arbeitsperson gemäß ihren gegebenen persönlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten an der Umgestaltung des Arbeitssystems pro-aktiv zu beteiligen ist.

Schluss

Belastungsminderungen am Arbeitsplatz dienen sowohl der Primärprävention, als auch der Tertiärprävention im Sinne einer gelingenden Wiedereingliederung Genesender und chronisch Erkrankter, genauer: arbeitsfähiger Personen mit bedingter Gesundheit. Hierbei spielt der/die Betroffene eine gestaltende bzw. aktiv mit-gestaltende Rolle. Dazu gehört, dass der/die Betroffene aus dem passiven Schattendasein heraustritt

und sich selbst einzuschätzen lernt: „Wie ist meine physische und psychische Situation? Was kann ich mir zumuten und was nicht? Welche technischen und sozialen Hilfen brauche ich am Arbeitsplatz? Welche Unterstützung benötige ich?“ Die Beratung, insbesondere diejenige der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und der Betriebsärzte, hat die Aufgabe, eine derartige Gesundheitskompetenz zu fördern. Sekundärprävention im Sinne von Diagnose und Einschätzung muss – gerade bei psychogenen Erkrankungen – in Richtung einer Selbstdiagnose, einer Selbsteinschätzung und einer Selbstgestaltungsfähigkeit weiterentwickelt werden. Basale Grundlage, Vorbereitung und Flankierung des Gestaltungsprozesses ist die partizipative Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen, etwa in Form eines Gesundheitszirkels oder in Form teilnehmender Beobachtungen im Arbeitsbereich. Maßnahmen sind nur tragfähig, wenn sie aus der Gefährdungsbeurteilung hergeleitet und in diese eingebettet sind. Betriebliche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention müssen ineinandergreifen. Der Gefahr der verschlimmernden Chronifizierung kann nur durch wirksame Belastungsreduzierung begegnet werden. So kann es gelingen, Häufigkeit und Schwere chronischer Erkrankungen zu vermindern und die Bedingungen, chronisch Erkrankten einen würdigen Platz im Arbeitsleben zu schaffen, zu verbessern. ■

LITERATUR

Bödeker, W. et al. (2002): *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Bödeker, W. et al. (2006): *Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelter Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Dragano, N. et al. (2008): *Two models of job stress and depressive symptoms*. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Band 43, S. 72–78.

Elders, L.A. et al. (2000): *Return to work after sickness absence due to back disorders – a systematic review on intervention strategies*. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 73, 339–348.

Gerlmaier, A. (2011): *Burnout in der IT-Branche: Ursachen und betriebliche Prävention*. Kröning: Asanger.

Hartmann, B./Spallek, M. (2009): *Arbeitsbezogene Muskel-Skelett-Erkrankungen*. In: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*. Band 44, S. 423–436.

Hasselhorn, H.-M. (2014): *Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften*. In: *Badura, B. et al. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Heidelberg: Springer, 75–84.

Hien, W. (2008): *„Irgendwann geht es nicht mehr“ – Älterwerden und Gesundheit im IT-Beruf*. Hamburg: VSA.

Hoß, K. et al. (2013): *Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels*. IBES-Diskussionsbeitrag. Online: http://esfomed.de/files/Pomorin%20%282013%29%20-%20IBES_200_Arbeitsf%C3%A4higkeit.pdf.

Huth, C. et al. (2014): *Job strain as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus: findings from the MONICA/KORA Augsburg cohort study*. In: *Psychosomatic Medicine*. Band 76, S. 562–568.

Joyce, S. et al. (2015): *Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review*. *Psychological Medicine*. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26620157>.

Karasek, R./Theorell, T. (1990): *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kivimäki, M./Kawachi, I. (2015): *Work stress as a risk factor for cardiovascular disease*. *Current Cardiology Reports*. Online: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523692/pdf/11886_2015_Article_630.pdf.

Lambeek, L.C. et al. (2009): *An integrated care program to prevent work disability due to chronic low back pain: a process evaluation within a randomized controlled trial*. *BMC Musculoskeletal Disorders*. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19943976>.

„Im wechselseitigen Anpassungsprozess von Mensch und Arbeit hat die Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen, Arbeitsanforderungen, Arbeitsstrukturen und einer für den jeweiligen Menschen geeigneten Arbeitsumwelt Vorrang.“

Netterström, B. et al. (2015): *Prognostic Factors of Returning to Work after Sick Leave due to Work-Related Common Mental Disorders: A One- and Three-Year Follow-Up Study*. *Biomed Research International*. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26557678>.

Nyberg, S.T. et al. (2014): *Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: a pooled analysis of 124,808 men and women*. In: *Diabetes Care*. Band 37, S. 2268–2275.

RKI (2015a): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

RKI (2015b): *Krebs und Deutschland 2011/12, 10. Ausgabe. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit: Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel der Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe.

Siegrist, J. (2015): *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen*. München: Urban und Fischer.

Sporket, M. (2011): *Organisationen im demographischen Wandel. Altersmanagement in der betrieblichen Praxis*. Wiesbaden: VS.

Theorell, T. et al. (2015): *A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms*. In: *BMC Public Health*. Online: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12889-015-1954-4.pdf>.

TK (2013): *„Beweg Dich Deutschland“*. TK-Bewegungsstudie (erstellt von Forsa). Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Trudel, X. et al. (2015): *Adverse psychosocial work factors, blood pressure and hypertension incidence: repeated exposure in a 5-year prospective cohort study*. In: *JECH Online*: <http://jech.bmj.com/content/early/2015/11/03/jech-2014-204914.full.pdf+html>.

Ulich, E./Wülser, M. (2014): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. 5. Auflage. Wiesbaden: Gabler.

Violante, F.S. et al. (2004): *Association of psychosocial and individual factors with three different categories of back disorder among nursing staff*. In: *Journal of Occupational Health*. Band 46, S. 100–108.


Mit Sicherheit überzeugen.



Kommunikation für Sicherheitsbeauftragte

Von Dr. Renate Mayer
2015, 128 Seiten, € (D) 19,90
ISBN 978-3-503-15881-2

Weitere Informationen:

 www.ESV.info/978-3-503-15881-2

»Was willst du denn? Mir ist hier noch nie was passiert!« oder »Du hast mir doch gar nichts zu sagen!« sind markige Sätze, die man als Sicherheitsbeauftragter zu hören bekommt. Setzen Sie auf den entscheidenden Faktor, um Ihre Aufgaben auch in kritischen Situationen ohne fachliche Kompromisse oder persönliche Reibereien zu erfüllen: Kommunikation.

Unfallfrei Gespräche führen

Wie Sicherheit zur Sprache kommt und Sie Ihr wichtigstes Werkzeug – das persönliche Gespräch – situationsgerecht einsetzen, zeigt dieser anschauliche Ratgeber. Renate Mayer stellt Ihnen vor,

- ▶ **wie Sie Strategien entwickeln** – für Gespräche mit Führungskräften oder beratungsresistenten Kollegen,
- ▶ **wie man Fingerspitzengefühl beweist**, etwa im Umgang mit persönlichen Themen oder psychischer Belastung,
- ▶ **wie Sie erfolglose Gespräche beenden**, ohne selbst Ihr Gesicht zu verlieren,
- ▶ **welche psychologischen Grundbedürfnisse** von Gesprächspartnern man berücksichtigen sollte,
- ▶ **wann Kreativität gefragt** ist und Sie z. B. mit Humor überraschen können.

Kommunizieren Sie auf Augenhöhe und als kooperativer Partner mit Führungskräften und Kollegen. Die vorgestellten Situationen und Fallbeispiele basieren dabei auf Erfahrungen aus Trainings und Workshops mit über 2000 Sicherheitsbeauftragten.

Auch als eBook erhältlich: mit komplett verlinkten Inhalts- und Stichwortverzeichnissen.

 www.ESV.info/978-3-503-15898-0

ESV ERICH
SCHMIDT
VERLAG

Auf Wissen vertrauen

Bestellungen bitte an den Buchhandel oder: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG · Genthiner Str. 30 G · 10785 Berlin
Tel. (030) 25 00 85-265 · Fax (030) 25 00 85-275 · ESV@ESVmedien.de · www.ESV.info

