

Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsbedingungen für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen

ANDREAS G. FRANKE

Kernbotschaften

- Hinsichtlich psychischer Erkrankungen ist vielmehr die Gestaltung der Arbeitsbedingungen von Relevanz und weit weniger die Frage der Arbeitsplatzgestaltung.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen sind während der Erkrankungsphasen meist arbeitsunfähig (AU), sodass bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen vor allem die Entstehungsphase und die Stabilisierung nach einer Erkrankung und bei Rückkehr an den Arbeitsplatz beachtet werden sollten.
- Es gibt einige allgemeine Eckpfeiler der gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen, die Beachtung finden sollten, um die Entstehung von psychischen Krankheiten möglichst zu vermeiden.
- Eine behutsame Re-Integration in den Arbeitsprozess ist gemäß betrieblichem (Wieder-)Eingliederungsmanagement (BEM) nach stattgehabter psychischer Erkrankung wichtig.

1 Einleitung

Psychische Erkrankungen sind „auf dem Vormarsch“; dies wird bei einem Blick auf die sogenannten „Global Burden of Diseases“ insofern deutlich, als dass die Beeinträchtigung von Lebensjahren durch Krankheiten immer häufiger auf psychische Erkrankungen zurückzuführen ist (GBD 2019 Mental Disorders Collaborator 2022). Aber was macht den Menschen psychisch krank? Gemäß des gültigen bio-psycho-sozialen Ätiologie-Modells (Engel 1977) gibt es diverse biologische, psychische sowie soziale Faktoren, die dafür verantwortlich sein können. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, wie Menschen (psychisch) gesund bleiben können (Antonowsky 1997).

Da ein Mensch etwa ein Drittel seiner Zeit im Erwerbsleben am Arbeitsplatz verbringt, bedarf es einer besonderen Berücksichtigung des Letzteren. Aber was sind „gute“ Arbeits(-platz-)bedingungen, die Menschen nicht krank machen, sondern ihre Gesundheit fördern? Für die Beratung von Arbeitgebenden ist diese Frage in den Zeiten der Knappheit des humanen Kapitals von besonderer Bedeutung.

Der Artikel will zunächst Beratende von Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen für den Aspekt der psychischen Gesundheit bzw. Krankheit sensibilisieren, indem er zu-

nächst Anforderungen der modernen Arbeitswelt darstellt und in einem zweiten Schritt gesundheitswissenschaftliche Grundlagen aufzeigt. Im Anschluss werden dann die beiden Gesichtspunkte ineinander integriert und gesundheitsfördernde Aspekte der Gestaltung von Arbeitsbedingungen erörtert. Diese werden dann in den Kontext von besonders relevanten psychischen Erkrankungen gestellt.

2 Arbeitsbedingungen früher versus heute

Wie gut die Arbeitsbedingungen heutzutage sind, ist zu erkennen, wenn wir die heutigen Arbeitsbedingungen mit den aus früheren Zeiten vergleichen: Denkt man im Rahmen der Drei-Sektoren-Hypothese (Clark 1940; Fisher 1935; Fourastié 1954) an die Zeiten vor der Industrialisierung, als der primäre Sektor (Rohstoffgewinnung in Land- und Forstwirtschaft) den Großteil der Arbeitskräfte inne hatte, so muss konstatiert werden, dass die (Erwerbs-) Arbeit durch schwere körperliche Anstrengung gekennzeichnet war. Die Arbeitsprozesse waren witterungsabhängig und mussten sich nach den Jahreszeiten richten. Während also im primären Sektor die körperliche Verfassung für eine effektive Tätigkeit eine enorme Rolle spielte, war die psychische kaum von Bedeutung.

Dies änderte sich zu Zeiten der Industrialisierung auch nur begrenzt (Bluma & Uhl 2014): Der sekundäre Sektor (industrielle Rohstoffverarbeitung) florierte, die Menschen arbeiteten zunehmend in Fabriken (Bluma & Uhl 2014). Die Arbeit war aber nicht mehr von Jahreszeiten, der Tageslänge und den Witterungsbedingungen abhängig. Dennoch war es in den Fabriken oft heiß, stickig, es traten große Verletzungsgefahren durch Maschinen auf, Arbeitszeiten wurden durch Elektrifizierung ausgedehnt, die dem Tag-Nacht-Rhythmus widersprechende Schichtarbeit kam auf und auch Akkordarbeit fand Einzug in die Fabriken (Bluma & Uhl 2014). Auch dies waren Arbeitsbedingungen, die der Gesundheit keineswegs zuträglich waren, wie retrospektiv zu (be-)urteilen wäre (Deutsche Rentenversicherung 2012). Aber auch darin kam der Faktor „Psyche“ im Gegensatz zum Körper kaum vor.

Im Zuge der Tertiarisierung, also der Umwandlung einer Industrie- zu einer Dienstleistungsgesellschaft, schrumpfte die Arbeitslast im primären und sekundären Sektor (Clark 1940; Fisher 1935; Fourastié 1954) und nahm im tertiären Sektor zu (z. B. Bell 1985; Fourastié 1954).¹ Man könnte meinen, die Arbeitsbedingungen hätten sich verbessert: Der arbeitende Mensch ist heutzutage nicht mehr den Witterungsbedingungen ausgesetzt, hat nur noch eine geringere Gefahr von arbeitsbedingten (körperlichen) Verletzungen und die Gewerkschaften haben mittlerweile deutlich bessere Arbeitsbedingungen erstritten (z. B. Bell 1985; BMAS 2015). Somit müsste man davon ausgehen, dass der Gesundheitszustand sich verbessert hätte.

Die körperlichen Anforderungen und Stressoren haben signifikant abgenommen, allerdings haben die psychischen und darin vor allem die kognitiven Anforderun-

1 Mitunter werden den oben genannten Prozessen auch die Begriffe „Arbeiten“ 1.0 bis 3.0 zugeordnet (BMAS 2015).

gen deutlich zugenommen (BMAS 2015). Die Arbeitstätigkeiten sind völlig anders: Wir arbeiten heutzutage in Teams, sodass höchste interaktive Fähigkeiten gefordert sind, wir arbeiten von überall auf der Welt, gehen unzählige Interaktionen ein, sprechen in unterschiedlichen Sprachen, nutzen Computer, Smartphones, E-Mail etc. Außerdem nutzen wir zunehmend Homeofficemöglichkeiten und nehmen die Erwerbsarbeit somit in unseren privaten Raum mit hinein (BMAS 2015).²

Die Arbeitsanforderungen haben sich somit in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt (z. B. BMAS 2015; Brühl 2015; Bullinger & Murrmann 2003; Institut der Deutschen Wirtschaft 2008). Folgt man nun der damaligen Prognose des französischen Ökonoms Jean Fourastié, so werden am Ende dieser Entwicklung primärer und sekundärer Sektor insgesamt je zehn Prozent der Menschen beschäftigen, während es im Dienstleistungs- und Informationssektor 80 Prozent sein werden (Fourastié 1954). Das bedeutet, dass für 80 Prozent der (Erwerbs-)Arbeit psychische und vor allem kognitive Aspekte von entscheidender Bedeutung sein werden. Dabei bleibt sicherlich die klassische Arbeitsplatzgestaltung mit ergonomischen Arbeitsmitteln immer noch ein Thema, dennoch geht es zunehmend um Arbeitsbedingungen, die weniger mit dem physischen Arbeitsplatz selbst zu tun haben, sondern vielmehr mit Arbeitsbedingungen und -anforderungen im weiteren Sinne. Bevor aber Arbeitsbedingungen thematisiert werden, die zu psychischem Wohlbefinden oder aber zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, bedarf es zunächst einer Klärung zentraler Begriffe.

3 Gesundheit versus Krankheit

Bei der Beratung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern hinsichtlich der Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen ist es zunächst wichtig, zwischen Gesundheit und Krankheit unterscheiden zu können.

Der Begriff der „gesundheitlichen Beeinträchtigung“ ist nicht scharf und einheitlich definiert. Er wird vor allem benutzt, um nicht gleich den Begriff „Krankheit“ oder „Erkrankung“ zu bedienen, der je nach Krankheit immer noch durchaus einen gewissen stigmatisierenden Charakter (Goffman 1975) mit sich bringen kann und die Betroffenen mitunter als krank „brandmarkt“, womit dann weitere negative Aspekte assoziiert sein können. Nicht umsonst wird ein Stigma im Zusammenhang mit Erkrankungen auch als die „zweite Krankheit“ bezeichnet (Finzen 2013).

Der Krankheitsbegriff ist allerdings eindeutig und verbindlich definiert. Definitionsgemäß spricht man von „Krankheit“, wenn es sich um eine „Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen“ handelt (Pschyrembel 2020). Sozialrechtlich gemäß der Rechtsprechung des BSG ist Krankheit ein „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand“. Dieser Zustand zieht gemäß SGB V § 27 die Notwendigkeit der Krankenbehandlung nach

2 Im Zusammenhang mit der Digitalisierung der Arbeit wird häufig von „Arbeiten 4.0“ gesprochen (BMAS 2015).

sich, „wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“.

Die WHO definiert allerdings nicht den Krankheitsbegriff, sondern vielmehr den Gesundheitsbegriff und zwar wie folgt: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946). Diese grundsätzliche Definition gilt mittlerweile aber als überholt und wurde seither unzählige Male von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen aus verschiedenen Disziplinen modifiziert. Heutzutage gilt die Interaktion zwischen Gesundheit und Krankheit als entscheidender Faktor.

Die Ätiologie (Ursachen für die Entstehung) von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Krankheiten ist vielfältig. Grundsätzlich gilt heutzutage das systemtheoretische sogenannte bio-psycho-soziale Ätiologie-Modell, das auf George L. Engel (1913–1999) zurückgeht (Engel 1977) und besagt, dass Erkrankungen sowohl biologische, psychische als auch soziale Ursachen haben und dabei die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren zu beachten sind. Wie groß der Anteil der einzelnen Faktoren bei einer spezifischen Krankheit ist, ist bis heute bei vielen Erkrankungen unklar. Seit der Entwicklung der Psychosomatik ist bekannt, dass psychisch belastende (Arbeits-)Bedingungen durchaus auch zu körperlichen Symptomen führen können und umgekehrt: auch körperlich (subjektiv) „unerträgliche“ (Arbeits-)Bedingungen können wiederum psychisch krank machen oder zumindest zu psychischen Belastungen führen (Uexküll 2018). Arbeitsbedingungen können somit krank machen – aber auch gesund erhalten.

Alle denkbaren – körperlichen, seelischen sowie psychosomatischen – krankhaften Zustände werden mit den dazu gehörigen Symptomen und weiteren Aspekten seit Jahrzehnten in der von der WHO in regelmäßigen Abständen aktualisierten International Classification of Diseases (ICD) beschrieben (WHO 2022).

Das oben genannte Ätiologie-Modell basiert allerdings auf einer pathogenetischen Perspektive: Gesundheit wird zum „Normalzustand“ erhoben; was davon abweicht, gilt als pathologisch (pathos altgr. = Krankheit, Leiden).

4 Pathogenese versus Salutogenese

Die Erkenntnisse von Aaron Antonovsky (1923–1994) machen ein wichtiges Fundament des betrieblichen Gesundheitsmanagements und insbesondere der betrieblichen Gesundheitsförderung aus. Dieses Fundament gilt für Beratende von Arbeitgebenden als wissenschaftliche Grundlage für eine praktische Umsetzung.

Antonovsky entwickelte eine Alternative zum Pathogenese-Modell, das mittlerweile in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) niedergeschrieben ist (WHO 2001). Während die Pathogenese nach den krank machenden Faktoren fragt („Was macht den Menschen krank?“) und damit implizit von einem Primat der Gesundheit ausgeht, so fragt das Salutogenese-Modell vielmehr danach, was gesund erhält („Was hält den Menschen gesund?“). Antonovsky integrierte

damit zwei Extrema (krank – gesund) zu einem lebenslangen Kontinuum mit beständig wechselnden und somit über die Zeit unterschiedlichen Ausprägungsgraden (Antonowsky 1997).

Die Frage, was den Menschen gesund hält, lässt sich basierend auf Antonowsky vor allem mit dem so genannten „Sense of Coherence“ (SOC) (Kohärenzgefühl) beantworten (Antonowsky 1997; Wydler et al. 2010). Der SOC setzt sich aus Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit zusammen und führt dazu, dass Menschen, auf die ein wie auch immer gearteter Stressor einwirkt, krank werden oder gesund bleiben. Etwas genauer ausgeführt beschreibt der SOC:

- die Fähigkeit, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen (Verstehbarkeit)
- die Überzeugung, das eigene Leben selbst aktiv bewältigen und gestalten zu können (Handhabbarkeit)
- das Gefühl, das eigene Leben und Handeln sei in irgendeiner Art und Weise von Bedeutung und mache einen Sinn (Sinnhaftigkeit)

Zwar hat Antonowsky sein theoretisches Werk nicht auf die Gestaltung von Erwerbsarbeitsbedingungen bezogen, dennoch spielt die Erwerbsarbeit im Leben eines Menschen eine enorme Rolle – nicht nur als Broterwerb, sondern für die Selbstdefinition sowie die (antizipierte) Wahrnehmung der arbeitenden Person durch die Gesellschaft. Spätestens seit der Marienthal-Studie wissen wir, dass der Verlust des Arbeitsplatzes auch den „Verlust ihrer eigenen Menschenwürde als nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft“ bedeutet (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel 1933).

Antonowsky hat in der Entwicklung seiner Theorie die Arbeitswelt keineswegs ausgeklammert. Sein Werk hat eine universalistische Bedeutung (Antonowsky 1997), sodass es für die Gestaltung von Arbeitsbedingungen genauso Gültigkeit hat (z. B. Beck et al. 2010). Das gilt auch für den SOC, um Arbeitsbedingungen zu schaffen, die es den Mitarbeitenden ermöglichen, möglichst lange und möglichst ausgeprägt am gesunden Pol des oben genannten Kontinuums zu verweilen oder (nach einer überwundenen Krankheit) wieder dorthin zu gelangen. Die Erkenntnisse Antonowskys haben schon lange Einzug in das betriebliche Gesundheitsmanagement erhalten (z. B. Lange et al. 2022; Uhle & Treier 2015) und erst recht in die betriebliche Gesundheitsförderung (z. B. Faller 2016; Uhle & Treier 2015), wobei die Letztere per se auf den Erkenntnissen der Salutogenese aufbaut (Hurrelmann et al. 2014).

5 Grundsätze der Gestaltung von psychisch gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen

Im nächsten Schritt ist es für Beratende von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern von zentraler Bedeutung, grundsätzliche Aspekte über gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu vermitteln, die der Gesunderhaltung des humanen Kapitals dienen, auch deshalb, weil dieses heutzutage eine zentrale Bedeutung für den (Miss-)Erfolg eines Unternehmens hat.

Es gibt unabhängig von psychischen Erkrankungen bereits Aspekte, die bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen grundsätzlich Beachtung finden sollten, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu wahren oder sie sogar zu verbessern. Dies basiert im Prinzip auf den Lehren Antonowskys, und es stellt einen Aspekt der (betrieblichen) Gesundheitsförderung dar (z. B. Faller 2016; Uhle & Treier 2015).

Die grundlegenden Überlegungen Antonowskys (Antonowsky 1997), aber auch das betriebliche Gesundheitsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung (z. B. Faller 2016; Lange et al. 2022; Uhle & Treier 2015) haben bereits vor langer Zeit Einzug in den Bereich des Personalmanagements gefunden (z. B. Hackman & Oldham 2005; Bartscher & Nissen 2017). Auf der Basis von medizinischen Erkenntnissen können allgemeine Empfehlungen für das Personalmanagement abgeleitet werden, welche sich auf drei Bereiche beziehen: Arbeitsgestaltung, Rahmenbedingungen von Arbeit/Organisation sowie Führungsverhalten, Betriebsklima und Unternehmenskultur (exemplarisch nach Hackman & Oldham 2005; Bartscher & Nissen 2017):

Empfehlungen für gesundheitsfördernde Gestaltung von Arbeitsaufgaben:

- Abwechslungsreiche, sinnvolle und vollständige (Arbeits-)Aufgaben mit möglichst variierendem (nicht zu hohem und nicht zu niedrigem) Anforderungsniveau
- Anpassung des Workloads an die Fähigkeiten und Fertigkeiten der einzelnen Mitarbeitenden
- Transparente und umfängliche Informationen sowie Klarheit über die gestellten Aufgaben
- Regelmäßiges und transparentes Feedback
- Einrichtung individueller Handlungs- und Entscheidungsspielräume

Empfehlungen für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen der Arbeit und Organisation:

- Klare und transparente Organisation, Informations- und Kommunikationswege
- Kein (ständiger) Zeitdruck
- Keine (ständigen) Störungen
- Arbeitszeiten im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie bzw. Privatleben und Beruf ermöglichen
- Transparente und differenzierte Entlohnungsmodelle
- Weiterbildungsangebot
- Individuelle Ermöglichung von Karrierewegen

Empfehlungen für gesundheitsfördernde Betriebsklima, Unternehmenskultur und Führungsverhalten:

- Mitarbeitendengespräche (u. a. auch mit Gesundheitsbezug)
- Unterstützung, Qualifizierung und stetige Weiterentwicklung
- Einbezug der Beschäftigten bei der Arbeitsgestaltung und -organisation

- Partizipativer Führungsstil, niedrige Hierarchien
- Transparenz, Gerechtigkeit und Fairness (bzgl. Lohn, Aufgabenverteilung, Beurteilungen, etc.)

6 Was bedeutet das für die Praxis?

Die in Kapitel 5 dargelegten Überlegungen können von Beratenden im Rahmen ihrer Arbeit mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern aufgegriffen werden. Es ist dabei wichtig, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit plastischen Beispielen von der Relevanz der Themen zu überzeugen. Während Beispiele aus dem Bereich des „Arbeitens 4.0“ meist weniger anschaulich sind, sind Beispiele aus dem Produktionssektor sehr gut für die Illustration geeignet.

Im Einzelnen ist von besonders großer Relevanz, dass die Mitarbeitenden nicht nur Aufgaben „einfach“ delegiert bekommen, sondern dass sie auch durch Erklärungen verstehen sollten, wofür im Betrieb die jeweilige Aufgabe „gut“ bzw. nötig ist. Solcherlei Erklärungen stärken die Verstehbarkeit als Bestandteil des SOC (Antonowsky 1997). Bei der heutzutage ausgeprägten Arbeitsteilung und Team(-zusammen-)arbeit ist es besonders wichtig, dass auch Teilaufgaben verständlich werden. So muss beispielsweise bei der Fertigung eines Kraftfahrzeuges klar werden, dass nicht nur die Aufgabe der Kollegen oder Kolleginnen wichtig ist, die den Motor einsetzen, sondern dass das Kraftfahrzeug auch mit fehlendem Kofferraumschloss nicht verkauft werden kann und der Einbau des Letzteren ebenso wichtig ist. Bei dem Zusammensetzen von kleinen Puzzleteilen zu einem großen Ganzen sind die Teilprozesse von entscheidender Bedeutung. Dies ist den beteiligten Mitarbeitenden unbedingt darzulegen, damit sie verstehen, dass jede/r Einzelne eine Relevanz hat und erst durch das Zusammenwirken aller das Produkt fertiggestellt werden kann, sodass alle am Unternehmenserfolg beteiligt sind.

Natürlich bedeutet dies darüber hinaus auch, dass die Mitarbeitenden nicht nur die Sinnhaftigkeit der Teil- und Vorprodukte verstehen müssen, sondern auch, dass sie von der Sinnhaftigkeit der Unternehmensprodukte insgesamt überzeugt sein müssen. Das ist sicherlich bei manchen gegenständlichen Produkten, wie zum Beispiel Panzern oder Munition, sowie bei abstrakten Produkten aus der Finanz- und Versicherungsbranche mitunter schwierig.

Bei allen delegierten Aufgaben ist es darüber hinaus wichtig, die Mitarbeitenden weder zu über- noch zu unterfordern, sondern die (Teil-)Aufgaben so zu justieren, dass sie dem Leistungsniveau der einzelnen Mitarbeitenden entsprechen. Dies ist gerade bei ohnehin von Burnout gefährdeten Mitarbeitenden von besonderer Relevanz (Deutsche Rentenversicherung 2012).

Von großer Bedeutung ist ebenfalls die Handlungsfreiheit bzw. der individuelle Spielraum. Erkenntnisse aus der psychologischen Forschung haben eindeutig gezeigt, dass die Zufriedenheit von Mitarbeitenden mit zunehmendem Handlungsspielraum steigt (BAuA 2016). Die Gewährleistung von Handlungsfreiheit ist nicht immer mög-

lich, da Massenproduktion vor allem am Fließband dies nur in begrenztem Maße zulässt. Um dem Problem entgegenzuwirken, baut die Autoindustrie nicht alle Fahrzeuge am Fließband, sondern organisiert die Arbeit in kleinen Teams, die dann größere Entscheidungsfreiheiten haben, wie sie wann welche Handlungsschritte am besten vollziehen.

Abgesehen von den Entscheidungsspielräumen ist für das „Arbeiten 4.0.“ (BMAS 2015) wichtig, dass Störungen im Arbeitsprozess vermieden werden. Auch dies dürfte für jede/n nachvollziehbar sein. Dabei ist es wichtig, nicht ständig aus dem Nachdenken oder eben dem Arbeitsprozess herausgerissen zu werden, um ihn dann wieder neu beginnen zu müssen. Dies ist sicherlich in Zeiten moderner Kommunikationsinstrumente deutlich leichter gesagt als getan, aber umso wichtiger.

Abgesehen davon gilt, dass die Denk- und Handlungsweisen der Menschen genauso individuell sind wie sie selbst. Auch diese Individualität sollte so gut wie möglich Berücksichtigung finden. Dies sind nur ein paar kleine anschauliche Beispiele aus der bzw. für die Praxis, die u. a. den SOC als wichtigen Aspekt berücksichtigen.

7 Besonderheiten bei spezifischen psychischen Erkrankungen

Im Folgenden widmet sich der Artikel ausgewählten psychischen Erkrankungen, die von besonderer Bedeutung sind, um daran bestimmte gesundheitsförderliche Aspekte klarzustellen. Dies kann den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern helfen, zu verstehen, was beim Auftreten bestimmter psychischer Erkrankungen zu beachten ist.

Vor der Entstehung einer (psychischen) Erkrankung steht zumeist ein Zustand (gewisser) Gesundheit. Im Rahmen der (betrieblichen) Gesundheitsförderung (z. B. Hurrelmann et al. 2014; Lange et al. 2022; Faller 2016; Uhle & Treier 2015) gilt es, durch verschiedene Maßnahmen, wie beispielsweise in den Kapiteln 5 und 6 erläutert, die (psychische) Gesundheit der Mitarbeitenden zu stärken.

Beim Vorliegen von psychischen Erkrankungen sind die Betroffenen aber in den allermeisten Fällen arbeitsunfähig (AU). Bei der Entstehung psychischer Erkrankungen sowie nach der Genesung bzw. der Rückkehr an den Arbeitsplatz gilt es aber, je nach Erkrankung spezifische Aspekte zu berücksichtigen. Hier werden einige Beispiele dazu ausgeführt.

Bei den affektiven Störungen (Störungen des Affektes) und insbesondere den Depressionen handelt es sich um ein sehr häufiges Krankheitsbild, von dem im Verlauf des Lebens ca. 20 Prozent der Menschen zumindest einmalig betroffen sind (Lebenszeitprävalenz) und das vor allem zwischen dem 20.–30. Lebensjahr sowie um das 50. Lebensjahr auftritt. Die Betroffenen leiden vor allem an einer übermäßig schlechten Stimmung, einem deutlichen Antriebsmangel mit morgendlicher Betonung sowie einer generellen Lust- und Freudlosigkeit (Anhedonie). Hinzu kommen weitere Symptome wie z. B. Schlafstörungen und kognitive Störungen (Berger 2018). Leichtgradig depressive Patienten und Patientinnen sind aber mitunter in der Lage, berufstätig zu

sein (Berger 2018; Deutsche Rentenversicherung 2012). Es ist allerdings den Symptomen der Erkrankung Rechnung zu tragen. Hinsichtlich der Gestaltung von Arbeitsbedingungen im Zusammenhang mit den depressiven Symptomen ist es vor allem wichtig, die Betroffenen kognitiv nicht zu überfordern und somit ihren krankheitsbedingten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen Rechnung zu tragen. Darüber hinaus ist es wegen des häufigen Symptoms der Schlafstörungen und des ausgeprägten Antriebsmangels vor allem am Morgen wichtig, die Betroffenen morgens nicht zu überfordern und ihnen – wenn möglich – Gleitzeit einzuräumen. Eine ausgedehnte Mittagspause mit Möglichkeiten, Tageslicht „einzufangen“, ist zudem eine wertvolle Unterstützung, Schichtarbeit mit Wechselschichtmodellen ist dagegen hochgradig kontraproduktiv. Diese und weitere gesundheitsfördernden Aspekte sind zentraler Bestandteil sozialmedizinischer Begutachtungen der Deutschen Rentenversicherung sowie des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit (Deutsche Rentenversicherung 2012).

Schizophrenieforme Erkrankungen sind insgesamt selten (Lebenszeitprävalenz 0,4 Prozent), dennoch dominieren sie das Leben von 2/3 der Betroffenen maßgeblich. Sie sind während einer schizophrenen Episode mit Halluzinationen (oft sind es akustische Halluzinationen, wie Stimmenhören oder auch optische Halluzinationen) und Wahn (häufig treten Verfolgungswahn oder Beeinträchtigungswahn auf) fast immer kognitiv beeinträchtigt und meist in der akuten Phase nicht in der Lage, am Erwerbsleben teilzuhaben (Berger 2018; Deutsche Rentenversicherung 2012). Ist die Schizophrenie nicht aktiv, sondern medikamentös gut eingestellt, so ist es den Betroffenen in diesen stabilen Phasen durchaus möglich, beruflich tätig zu sein. Dennoch sind sie durch die Erkrankung selbst sowie die Medikamentennebenwirkungen (Benkert & Hippus 2019) oft nicht in der Lage, höhere kognitive Anstrengungen zu vollbringen. Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sind oft genauso gemindert wie Ausdauer, kognitive Flexibilität, etc. Auch wenn die Unterschiede zwischen einzelnen Betroffenen sehr groß sein können, sollen insgesamt Stress und Überforderungen vermieden werden, um eine erneute schizophrenieforme Episode zu verhüten (Berger 2018).

Substanzgebrauchsstörungen sind häufig. Dabei spielt (neben der Tabakabhängigkeit) die Alkoholabhängigkeit die größte Rolle in Deutschland. Deutschland zählt zu den sog. „Hochkonsumländern“ mit einem durchschnittlichen Alkoholkonsum von knapp zehn Litern pro Person und Jahr (DHS 2022). In der deutschen Bevölkerung sind ca. 1,6 Millionen Erwachsene alkoholabhängig, weitere etwa 1,4 Millionen weisen einen Alkoholmissbrauch bzw. schädlichen Gebrauch von Alkohol auf (Atzen-dorf et al. 2019). Rund 6,7 Millionen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger betreiben einen sog. riskanten Konsum (an > 5 Tage pro Woche > 12 Gramm (Rein-)Alkohol bei Frauen und > 24 Gramm bei Männern). Hinsichtlich der Gestaltung von Arbeitsbedingungen ist sicherlich zu beachten, dass Menschen mit einer Alkoholproblematik grundsätzlich nicht an Arbeitsplätzen mit Griffnähe zu Spirituosen eingesetzt werden sollten.

8 Implikationen für die Arbeitgeberberatung

Insgesamt ist festzuhalten, dass heutzutage die psychische Gesundheit und die kognitive Leistungsfähigkeit am Arbeitsmarkt von entscheidender Relevanz ist. Psychisch erkrankte Personen sind generell wegen ihrer Arbeitsunfähigkeit nicht am Arbeitsplatz; es gilt aber, eine psychische Krankheit gar nicht erst entstehen zu lassen und/oder ihr Wiederauftreten nach Genesung zu verhindern. Diesbezüglich gilt es für die Beratenden von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, über gewisse Kenntnisse im Bereich der Entstehung von (psychischen) Gesundheit und Krankheit zu verfügen, um diese in die Arbeitgeberberatung zu Personalmanagement im Allgemeinen oder zu Gesundheitsmanagement im Speziellen einfließen lassen zu können. Dabei geht es in erster Linie um eine Sensibilisierung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gegenüber gesundheitlichen Belangen der Mitarbeitenden. Auf dieser Basis sollten dann gemeinsame Überlegungen angestellt werden, welche Maßnahmen sich in der jeweiligen Situation bzw. im jeweiligen Betrieb umsetzen lassen.

Literatur

- Antonowsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbühler, K. & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines: an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Dt. Ärzteblatt Intern*, 116 (35–36), S. 577–584. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
- BAuA (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Aufgabenvariabilität*. Dortmund: BAuA.
- Bartscher, T. & Nissen, R. (2017). *Personalmanagement. Grundlagen, Handlungsfelder, Praxis* (2. Aufl.). Halbergmoos: Pearson-Verlag.
- Beck, D., Bonn, V. & Westermayer, G. (2010). Salutogenese am Arbeitsplatz. *GGW*, 10, 2 (April), S. 7–14.
- Bell, D. (1985). *Die nachindustrielle Gesellschaft*. Frankfurt: Campus.
- Benkert, O & Hippus, H. (2019). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (13. Aufl.). Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-57334-1>
- Berger, M. (2018). *Psychische Erkrankungen* (6. Aufl.). München: Elsevier-Verlag.
- Bluma, I & Uhl, K. (2014). *Kontrollierte Arbeit – disziplinierte Körper? Zur Sozial- und Kulturgeschichte der Industriearbeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Bielefeld: Transcript-Verlag.
- Brühl, V. (2015). *Wirtschaft des 21. Jahrhunderts. Herausforderungen in der Hightech-Ökonomie*. Wiesbaden: Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-04883-9>
- Bullinger, H. J. & Murmann, H. (2003). *Dienstleistungen. Der dynamische Sektor* (2. Aufl.). Wiesbaden: Universum-Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015). *Weißbuch Arbeiten 4.0*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Clark, C. G. (1940). *The conditions of economic progress*. London: Macmillan.

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2022). *Jahrbuch Sucht 2022*. Lengerich: Pabst.
- Deutsche Rentenversicherung (2012). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1296, S. 129–137. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Faller, G. (2016). *Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag. <https://doi.org/10.1024/85569-000>
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie-Verlag. <https://doi.org/10.5771/9783884148419>
- Fisher, A. B. G. (1935). *The clash of progress and security*. London: Macmillan.
- Fourastié, J. (1954). *Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts*. Köln-Deutz: Bund. <https://doi.org/10.5771/9783884148419>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborator (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9, S. 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Goffman, E. (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt: Suhrkamp-Verlag.
- Hackman, J. R. & Oldham, R. G. (1980). *Work Redesign*. Reading, MA: Addison- Wesley.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Institut der deutschen Wirtschaft (2008). *Die Zukunft der Arbeit in Deutschland. Megatrends, Reformbedarf und Handlungsoptionen*. Köln: Deutscher Institutsverlag.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F. & Zeisel, H. (1933). *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch*. Berlin: Edition Suhrkamp.
- Lange, M., Matusiewicz, D. & Walle, O. (2022). *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Standards – Trends*. Freiburg: Haufe-Verlag. <https://doi.org/10.34157/9783648158821>
- Uexküll, T. (2018). *Psychosomatische Medizin* (8. Aufl.). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Uhle, T. & Treier, M. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-46724-4>
- World Health Organization (WHO) (1946). Weltgesundheitsorganisation. Verfassung der WHO vom 22. Juli 1946. Verfügbar unter: www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html (Zugriff am 06. Dez. 2023).
- World Health Organization (WHO) (2022). *ICD-11: International Classification of Diseases* (11th revision). Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO.
- Wydler, H., Kolip, P. & Abel, Th. (2010). *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim: Beltz Juventa.

