

Schriftenreihe Österreichischer Arbeitsklima Index 2
Austrian Work Climate Index

Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor – Grundlagen, Ziele und Ergebnisse



Stand: April 2012

Inhaltsverzeichnis

Seite 3

Dr. Johann Kalliauer, AK Oberösterreich

Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor – eine Gesamtsicht auf die gesundheitliche Befindlichkeit der Arbeitnehmer/-innen

Seite 4 – 11

Mag. Hans Preinfalk, AK Oberösterreich

Grundsätzliche Gedanken zum Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor

Seite 12 – 19

MMag. Dr. Reinhard Raml, IFES, Wien

Wissenschaftliche Grundlagen des Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitors

Seite 20 – 24

Dr. Reinhard Jäger, Arbeitsmedizinischer Dienst Linz

Subjektive gesundheitliche Befindlichkeit – Wie relevant ist sie in der Arbeitsmedizin?

Seite 25 – 26

Jean-Michel Miller, Eurofound Dublin

Das Labour Force Survey Ad-hoc-Modul 2007 zu „Musculoskeletal Disorders“

Seite 27 – 34

Ausgewählte Ergebnisse aus dem Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor

Herausgeberin:

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich, 4020 Linz, Volksgartenstraße 40

Dr. Johann Kalliauer, AK Oberösterreich

Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor – eine Gesamtsicht auf die gesundheitliche Befindlichkeit der Arbeitnehmer/-innen

Seit fast 15 Jahren präsentiert die Arbeiterkammer Oberösterreich den Arbeitsklima Index für Österreich. Dieser Arbeitsklima Index ist zu einem Projekt geworden, das auf Grund der hohen Datenqualität und der Langfristigkeit der Untersuchung immer aussagekräftiger wird. Aber: Gibt es neben dem Arbeitsklima weitere Fragen, die für die Politik insgesamt, aber besonders natürlich für die Sozialpartner und für die Interessensvertretungen der Arbeitnehmer von Bedeutung sein können? Dabei kam das Thema Gesundheit in den Fokus.

Nun gibt es bei Gesundheitsfragen jede Menge Daten und jede Menge fundierte Untersuchungen. Allerdings haben alle oder fast alle den Blick auf einzelne Krankheitsbilder. Man findet zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder zum Thema Beeinträchtigung des Bewegungs- und Stützapparates jede Menge hochqualitative Untersuchungen. Was es fast nicht gibt, ist eine Gesamtsicht des gesundheitlichen Befindens, der subjektiven Einschätzung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Das gibt es sowohl in Österreich als auch in anderen europäischen Ländern nur in Ansätzen.

Die Vorbereitungsarbeiten für den Österreichischen Gesundheitsmonitor haben an die zwei Jahre gedauert. Ende November 2009 wurden die ersten Ergebnisse präsentiert. Seither werden Ergebnisse einmal jährlich veröffentlicht. Die Absicht ist, in der ganz zentralen Frage der Gesundheit für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dran zu bleiben. So wie mit dem Arbeitsklima Index sollen neue wissenschaftliche und interessenpolitische Kontakte in Europa geknüpft und bestehende Kooperationen zu intensiviert werden.

Mag. Hans Preinfalk, AK Oberösterreich

Grundsätzliche Gedanken zum Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor

Ein paar grundsätzliche Überlegungen, was wir seit längerer Zeit in der AK OÖ für ganz Österreich machen. Im Grunde ist es nichts Neues, was wir hier tun. Aber das, was der Arbeitsklima Index in Österreich ist, hat - natürlich in literarisch bedeutend höherer Form - Friedrich Engels schon mit seiner „Lage der arbeitenden Klasse in England“ in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts geschrieben. Das Thema und die wissenschaftliche Bearbeitung sind für die Organisationen der Arbeiterbewegung nicht neu. Die Wiener AK hat nach der Gründung nach dem Ersten Weltkrieg als erste Kammer einen sehr großen wissenschaftlichen Bereich aufgebaut: Arbeitnehmerstatistik, Beschreibung der Arbeitssituation auf wissenschaftlicher Basis. Hier ist tatsächlich Grundlagenarbeit geleistet worden - und sie wird in diesem Hause noch immer in sehr großem Ausmaß geleistet. Das ist auch die Grundlage für das gewesen, was man an Klassenauseinandersetzung gesehen hat: Dass Wissenschaft interessenspolitisch genutzt wird. Karl Marx selbst hat ja auch damals noch geglaubt, die gesellschaftlichen Bewegungsgesetze wissenschaftlich erfassen zu können. Was die Entwicklung des Kapitalismus selbst betrifft, ist er in den letzten zehn Jahren wieder modisch geworden - auch in amerikanischen Universitäten. Weil die analytische Sicht mehr Erkenntnisse bringt als der Großteil der gängigen Ökonomie, wie sie an den Hochschulen bei uns betrieben wird. Das ist der eine Aspekt aus der Sicht der Arbeiterbewegung. Der zweite Aspekt ist, dass wir in Österreich in der wissenschaftlichen Forschung über lange Jahrzehnte eine Kooperation der Sozialpartner gehabt haben - in erster Linie in der wirtschaftswissenschaftlichen Forschung. Ich denke hier an den Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen, dessen Studien und Empfehlungen im Grunde die Wirtschaftspolitik der 1970er- und 1980er-Jahre voll bestimmt haben. Es ist ein Kennzeichen für den Stand der sozialpartnerschaftlichen Beziehungen in Österreich, dass der Beirat heute im Grunde keine Rolle mehr spielt. Dort ging es darum, über Grunddaten Konsens herzustellen. Das heißt, dass man nicht angefangen hat sich gegenseitig argumentativ Daten um die Ohren zu hauen. Über die Interpretation kann es noch immer Unterschiede geben. Das ist auch der Grund, warum wir hoch interessiert daran sind, dass wir über dieses Datenwerk bzw. über diesen wissenschaftlichen Ansatz auch mit den Sozialpartnern intensiv diskutieren - weil wir die Grunddaten außer Streit stellen wollen. Das ist beim Arbeitsklima Index weitgehend geglückt. Es gibt in der Interpretation der Daten durchaus sehr unterschiedliche Sichten, aber die Qualität der Daten und die Validität der Daten werden im Grunde nicht in Frage gestellt.

Das reale Alltagsleben abbilden

Der gesellschaftliche Wandel läuft, wenn er nicht so bruchhaft vor sich geht wie jetzt im Bankensektor, dass er vom Einzelnen nicht bewusst wahrgenommen wird. Keiner von uns stellt am Abend, wenn er von der Arbeit nach Hause kommt und sich zum Tisch setzt, fest, was sich heute wieder an gesellschaftlichem Wandel in Österreich ereignet hat. Das geht nicht in dieser Form. Diese revolutionären Brüche haben wir nicht, wo man sagen könnte: Jetzt kommen wir nach Hause und die Welt schaut morgen in der Früh anders aus. Das ist eine der Funktionen, die diese Sozialforschung und das Beschreiben von statistisch abgesicherten Tendenzen, spielen könnte. Das halten wir für einen wichtigen Punkt, weil das die Grundlage dafür ist, dass man den Wandel dann auch tatsächlich diskutieren kann oder auch aus dem Wandel politische und interessenpolitische Schlüsse ziehen kann.

Und schließlich geht es darum, dass wir das Alltagsleben der Mehrheit der Bevölkerung relevanter machen wollen. Wenn man sich anschaut, was es an Daten gibt und was in der Öffentlichkeit diskutiert wird und inwieweit das tatsächlich mit dem Alltagsleben bzw. mit der persönlichen Situation des Großteils der Bevölkerung zu tun hat, dann spielt das meistens keine Rolle. Das ist aber ein Grund dafür, warum Politik, Wirtschaftspolitik, auch vor allem in Österreich, für den Großteil der Bevölkerung so irrelevant ist. Weil über Themen geredet wird, die die Leute nicht betreffen. Das ist auch ein Punkt, wo ich sage: Wir wollen darüber reden, was den Einzelnen wirklich betrifft.

Subjektive Einschätzungen zählen

Eine Diskussion, die wir seit Beginn des Arbeitsklima Index haben und die jetzt beim Gesundheitsmonitor erneut eine wichtige Frage ist, ist: Ist das überhaupt relevant, was die Leute an persönlicher Einschätzung machen? Ich habe schon oft heftige Diskussionen über die Relevanz von subjektiven, ökonomischen, und auch gesundheitlichen Fakten geführt. Für mich als Interessensvertreter ist der subjektive Blick, die persönliche Betroffenheit, im Grunde der wirklich relevante Blick. Alle anderen Daten, die wir haben, besonders Wirtschaftsdaten, erfassen die Wirklichkeit nur in sehr geringem Ausmaß. Und der Vergleich von so genannten „harten Fakten“ mit weichen, subjektiven Daten bringt keinen so großen Unterschied ans Licht. Bei der Wirtschaftskrise 1975 hat es das erste Mal nach dem Krieg ein Schrumpfen der Wirtschaftsaktivität um 2,5 Prozentpunkte gegeben. Nach der dritten Revision der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung fünf Jahre später ist aus dem Minus von 2,5 Prozent ein Plus von 0,5 Prozent geworden. Das zeigt, wie ungenau diese Dinge sind. Aber es war egal, weil diese minus 2,5

Prozent dem entsprochen haben, was die wirtschaftlich Handelnden zum damaligen Zeitpunkt empfunden haben: Sowohl die Unternehmer/-innen, was ihre Investitionsentscheidungen betroffen hat, als auch die Gewerkschafter/-innen und die Arbeitnehmer/-innen, was ihre Position bei Lohnverhandlungen betroffen hat. Die falschen 2,5 Prozent Minus haben das ausgedrückt, was den aktuellen Erwartungen und subjektiven Eindrücken entsprochen hat. So gesehen waren die falschen Zahlen die richtigen. Es zeigt nur auch, dass im Endeffekt entscheidend ist, wie weit so genannte „harte Fakten“ auch dem jeweiligen Empfinden, der jeweiligen Einschätzung einer bestimmten Situation entsprechen.

Die Wirtschafts- und Sozialstatistik, wie wir sie haben, ist ja sehr unvollständig und gibt ja oft eine Form der Exaktheit vor, die der Wirklichkeit nicht entspricht. Es gibt da ein sehr gutes Beispiel: Die Arbeitsmarktstatistik ist bei uns keine Arbeitsmarktstatistik. Die viel ungenauere amerikanische Arbeitsmarktstatistik ist im Endeffekt viel genauer. In Amerika werden die Leute befragt. Die Arbeitsmarktstatistik in den USA beruht auf einer repräsentativen Umfrage. Jetzt kann man darüber streiten, wenn jemand sagt, dass er zumindest einen halben Tag in der Woche beschäftigt ist, ob das als Beschäftigung angenommen werden kann. Aber es ist repräsentativ. Bei uns ist die Arbeitsmarktstatistik keine Arbeitsmarktstatistik, sondern eine Arbeitsmarktservice-Statistik. Es werden die Fälle, die zu Akten und zu Verwaltungshandlungen führen, angeführt. Auf die Art und Weise kommt man in den letzten Jahren mit einer relativ guten Beschäftigung auf 900.000 Fälle von Arbeitslosigkeit im Jahr in Österreich. Im Arbeitsklima Index sind es 280.000 Fälle - wenn man die Leute fragt: Waren Sie im letzten Jahr arbeitslos? Und im Mikrozensus, der in der Frage in etwa auch unserer Datenqualität entspricht, waren es 350.000. Ich sage: Der Mikrozensus und der Arbeitsklima Index haben Recht und die Arbeitsmarktstatistik liegt falsch. Weil es nicht darum geht, die Fälle an Arbeitslosigkeit, die zu Verwaltungshandlungen im AMS führen, zu zählen, sondern die persönliche Einschätzung. Die Differenz ist leicht erklärbar, das weiß jeder. Das sind Leute, die auf Saison gehen und sich - auch wenn sie außer Beschäftigung sind - nicht als arbeitslos fühlen, weil sie die nächste Beschäftigung schon vor Augen haben. Das sind diese ganzen Fälle der friktionellen Arbeitslosigkeit, die unvermeidbar sind, wenn die Leute von einem Job, von einer Beschäftigung zur anderen gehen. Wenn man allerdings den Daten der Arbeitsmarktverwaltung - und das ist in dem Fall wahrscheinlich die bessere Bezeichnung als Arbeitsmarkt-service - für bare Münze nimmt, so hat man 900.000 Fälle von Arbeitslosigkeit im Jahr. Dann kommt man auch sozialpolitisch und interessenspolitisch zu falschen Aktivitäten. Ich sage das so offen, weil die AK als Interessensvertretung selbst auch schon manchmal auf diesem Trip war. Wir haben gesagt: Das ist ungeheuerlich, was da in Österreich los ist, wie viele da betroffen sind. Der Punkt ist nur, dass man an den Leuten völlig vorbei redet, weil die „Betroffenen“ die Sache ganz anders sehen. Daher, denke ich, muss man immer sehr aufpassen - auch bei den so genannten „exakten Zahlen“.

Die Frage, die immer dahinter steht, ist: Wie ist die Wirklichkeit adäquat zu beschreiben? Inwieweit machen wir uns etwas vor? Oder machen wir anderen etwas vor? Wir kennen das Problem des Zurechtbiegens oder des Zurechtschneidens der Wirklichkeit vor allem aus den Wirtschaftswissenschaften. Wenn wir uns die Modellbildung, die Mathematisierung der Ökonomie in den letzten 30 oder 40 Jahren anschauen, diese Scheinexaktheit von Markttheorien. Das Gleiche gilt für die Verkürzung der Wirklichkeit, die sich Politiker zu Recht legen. Das gilt auch für Sozialforschung. Davor ist man nie gefeit. Wir fragen uns oft, ob wir bei diesen Projekten tatsächlich die Wirklichkeit erfassen oder ob wir unseren eigenen Obsessionen folgen. Deswegen ist es so wichtig, sich außen liegende Kritik zu besorgen. Ich sage: Jeder von uns hat Scheuklappen, aber meistens unterschiedliche.

Die Frage der Erforschung der Arbeitszufriedenheit

Eine Diskussion, die es in Deutschland und in der Schweiz im akademischen Bereich lange über die Frage der Arbeitszufriedenheit gegeben hat war, ob man denn nicht mit der ganzen Arbeitszufriedenheits-Forschung den Gegenstand der Forschung selbst erschafft, den es sonst nicht gibt. Wenn man egal wo in Europa einen repräsentativen Ausschnitt aus der Arbeitsbevölkerung fragt: Wie geht es Ihnen denn so im Allgemeinen in der Arbeit? Dann werden zwischen 78 Prozent und 83 Prozent sagen: „Geht so“ - je nach Landessprache. Das kennen wir auch. Wir machen seit mehr als 40 Jahren regelmäßig Mitgliederbefragungen, wo man die allgemeine Lebenszufriedenheit abfragt. Wie geht es Ihnen? Wenn Sie Ihr Leben so insgesamt anschauen, wie geht es Ihnen denn so insgesamt? Das schwankt immer um die 80 Prozent, dass die Leute sagen: „Passt eh“. Ein sehr plausibles Antwortverhalten, das wir wahrscheinlich bei uns selber auch finden würden, weil wenn man eine davon abweichende Lebenseinstellung haben würde, würde es wahrscheinlich zu Massenselbstmorden oder zu noch stärker verbreiteter Depression kommen, als wir das ohnehin haben. Man muss sich im Leben einrichten. Wir haben bei der Arbeitszufriedenheit einige Aspekte gehabt, was Frauen betrifft, wo wir uns ein bisschen getäuscht haben. Aber jeder von uns versucht, sich im Leben einzurichten. Die deutschen akademischen Arbeitszufriedenheitsforscher haben vor zehn Jahren auf Grund dieser Diskussion der Daten gesagt: Das ist eigentlich sinnlos, das zu erforschen, wir hören auf damit. Wir hatten in Wien die erste Arbeitsklimatagung, wo wir uns Kritik von außen geholt haben. Da hat der damalige Nestor der Arbeitszufriedenheitsforschung, Prof. Ulich von der Universität Zürich, gesagt: „Es ist eh alles ganz klasse, was ihr da macht, es ist wirklich zu unterstützen. Gut, dass es solche Lokalinitiativen gibt. Aber ich muss euch sagen: Wir haben gerade aufgehört damit.“ Inzwischen haben sie wieder angefangen. Nicht um Beschäftigungstherapie zu betreiben, damit die Zeit vergeht an den Lehrstühlen, sondern weil

tatsächlich festgestellt worden ist, dass man nicht Artefakte betreibt, sich durch die Forschung selbst einen Gegenstand der Forschung erzeugt, sondern dass es tatsächlich so etwas wie Arbeitszufriedenheit gibt.

Der Punkt ist nur der, dass die aussagekräftigen Daten diejenigen sind, die man im Vergleich bringt. Wir haben den Arbeitsklima Index mit einem Index versehen, damit es die EINE Zahl als Aufhänger gibt. Aber der Index ist eigentlich uninteressant. Interessant sind die unterschiedlichen Daten für unterschiedliche Gruppen, Personengruppen, Beschäftigtengruppen, Altersgruppen und dergleichen mehr. Ich kann mich erinnern, wie der inzwischen ausgeschiedene frühere stellvertretende Direktor der Dublin Stiftung vor drei Jahren das letzte Österreich-Heft des Working Conditions Surveys, der seit mehr als über 20 Jahren gemacht wird, in Wien vorgestellt hat. Ein sehr dickes Heft mit einem wahren Fundus an Zahlen - und am nächsten Tag ist in den Zeitungen gestanden ist: 83 Prozent der Österreicher sind mit der Arbeit zufrieden.

Das ist der Aufhänger, den auch wir haben, aber die wirklich relevante Frage ist: Sind die Arbeiter so zufrieden wie die Angestellten? Sind die Frauen so zufrieden wie die Männer? Sind die gut Gebildeten so zufrieden wie die schlecht Gebildeten? Sind die Leute in kleinen Betrieben so zufrieden wie die in großen Betrieben? Aus der Differenz kann man Schlüsse ziehen. Das ist der wahre Punkt. Auf das sind inzwischen auch die akademischen Arbeitszufriedenheits-Forscher in Deutschland gekommen. Und diese Bilder, die man dann projizieren kann, die man dann entwickeln kann, sind auch politische Botschaften.

Wir haben in Österreich eine dramatische Auseinanderentwicklung zwischen gut Gebildeten und schlecht Gebildeten, was die Arbeitszufriedenheit betrifft. Der dominierende Faktor für die Entwicklung von hoher Arbeitszufriedenheit ist Bildung.

Beschreiben, was ist und nicht, was sein soll

Wir haben diese neue - wie wir glauben subjektive - Sicht in einer Zeit entwickelt, wo es heftige Organisationsdebatten gegeben hat. In den 90er-Jahren sind die Arbeiterkammern sowie auch die Wirtschaftskammern in großer Kritik gewesen. Es hat die Frage des Endes der Pflichtmitgliedschaft gegeben. Das sind manchmal die Chancen, sich das eigene Arbeitsgebiet, die eigenen Tätigkeitsbereiche neu anzuschauen. Wir haben das gemacht. Die Ergebnisse waren für unsere Organisation zum Teil durchaus schwer zu verdauen. Ich sage als Beispiel: Wir haben 1997 begonnen und der Arbeitsklima Index hat ab 2000 zu steigen begonnen. Da hat es einige Leute gegeben, die gesagt haben: „Seid ihr jetzt völlig verrückt

geworden? Jetzt ist die Reaktion an der Macht und die Arbeiterkammer OÖ teilt vierteljährlich mit, dass die Arbeitszufriedenheit in Österreich im Steigen ist. Das kann doch nicht sein.“ Es war allerdings wirklich der Fall. Unser Anspruch war immer, dass wir versuchen, tatsächlich Wirklichkeit adäquat zu beschreiben. Und wenn uns die Ergebnisse nicht passen, dann müssen wir uns fragen, was mit unserer Wirklichkeitssicht ist. Ein Großteil der Funktionäre in den Arbeiterkammern und Gewerkschaften war der Meinung, dass der Großteil der Arbeiterschaft, der Beschäftigten im Land genauso entsetzt sein müsste über die ÖVP-FPÖ Regierung wie sie selbst. Waren sie aber nicht. Die Konjunkturmaßnahmen der vorherigen Regierung, haben gegriffen, bis das Finanzminister Grassler 2002 mit seinem berühmten Null-Defizit abgewürgt hat und binnen Jahresfrist 30.000 Arbeitslose zusätzlich produziert hat. Es hat einen kurzen Zwischenaufschwung gegeben und die Leute haben das gespürt. Das war relevant für die Leute und nicht der Wechsel in der Regierung. Daher sind die Wahrheiten, die man aus solchen Umfragen kriegt, manchmal nicht angenehm. Für uns ist immer der Punkt: Stimmt es? Ist es nicht nur plausibel, sondern können wir sagen, dass es methodisch stimmt?

Fundierte Zusammenhänge

Der Schritt vom Erkennen, von einer realistischen Beschreibung der Wirklichkeit zum politischen Handeln ist, wie die meisten aus der Organisation wissen, eine schwierige Sache und funktioniert oft nicht. Was wir jetzt mit der Verknüpfung von Daten aus dem Arbeitsklima Index und dem Gesundheitsmonitor bekommen, ist eine wirklich komplexe und umfassende Sicht auf die Arbeitswelt, wo wir uns in der Kommunikation überlegen müssen, wie wir diese Komplexität reduzieren, damit es transportierbar ist. Das ist ein zentraler Punkt.

Aber ich hier ein Beispiel dafür, welche neuen Sichten man tatsächlich bekommt: Es gibt jede Menge Reihenuntersuchungen zu Fragen des Stütz- und Bewegungsapparates. Da gibt es jede Menge klinischer Studien, aber die Verknüpfung etwa von der Frage nach dem Führungsverhalten und Rückenschmerzen wird im Allgemeinen nicht hergestellt. Wir können feststellen, dass die Leute, die Probleme mit ihren Vorgesetzten haben, auch überdurchschnittlich oft Rückenschmerzen haben. Wenn man metaphorisch sagt, dass ein Vorgesetzter, der schlechtes Führungsverhalten hat, seinen Leuten „ins Kreuz springt“, so stimmt das: Die Beschäftigten spüren es tatsächlich im Rücken. Diese Zusammenhänge - und zwar statistisch gesichert, fundiert, seriös - gibt es so nirgendwo.

Pragmatischer Forschungsansatz

Das ist der Punkt, auf den wir sehr stolz sind: Dass wir die Dinge in diese Richtung in Gang gesetzt haben. Ob Arbeit fair ist, ob Arbeit erträglich ist, oder ob es Gerechtigkeit im Arbeitsleben gibt: Die Ansätze sind sehr unterschiedlich - wir haben uns für einen sehr pragmatischen Ansatz entschieden. Die Deutschen machen das wie immer sehr viel gründlicher. Ich sage immer zu den Kollegen vom DGB, vom Deutschen Gewerkschaftsbund, die den Index Gute Arbeit machen, sie seien ein typisches Beispiel für den deutschen Idealismus. Denn ihre Frage lautet: Wie ist denn Ihre ideale Arbeitswelt? Dann lassen sie sich das beschreiben und dann fragen sie die Leute: Wie schaut denn die Wirklichkeit verglichen damit aus? Auf diese Art und Weise kommen die Deutschen bei ihrem Index Gute Arbeit nicht zu einer im Schnitt 80 prozentigen Zufriedenheit, sondern nur auf 18 Prozent. Das stimmt natürlich nicht. Das stimmt von den Zahlen her schon, aber es ist so, wie es mit den minus 2,5 Prozent des Wirtschaftswachstums, des Schrumpfens der Wirtschaft im Jahr 1975 war. Es stimmt nicht, weil es nicht der Wirklichkeit entspricht. Keiner von uns misst das Alltagsleben immer am Ideal, das er sich vorstellt. Sehr viele würden in tiefste Depression versinken. Man passt sich an.

Trotzdem ist es wichtig, denke ich, Maßstäbe zu entwickeln, was denn gute Arbeit sein kann. Wir haben in Österreich sehr unterschiedliche Entwicklungen in einzelnen Berufsgruppen gehabt. Ich kann da immer ein Beispiel erzählen, wo man das schön messen kann: Wie die Post vor zehn Jahren ihren Schalterdienst umgestellt hat - von dem alten berüchtigten Schalter, wo hinter einem Glasverbau wer gesessen ist, auf Stehpulte ohne irgendeine Barriere dazwischen. Die Post hat das mit den Beschäftigten nicht kommuniziert. Da hat es keine internen Vorbereitungen darauf gegeben, sondern das hat man einfach eingeführt - aus. An einem Tag sind die alten Möbel weggeräumt worden, die Postämter sind neu ausgemalt worden und am nächsten Tag sind die neuen Stehpulte hingekommen. Da haben wir uns dann auf Ersuchen der Postgewerkschaft den Arbeitsklima Index der Leute an den Schaltern angeschaut. Zu diesem Zeitpunkt war der durchschnittliche Arbeitsklima Index bei Arbeitern in Österreich 106, bei den Beschäftigten an den Postschaltern war er 78. Das 78 für sich sagt nichts. Aber wenn ich weiß, dass der Schnitt 106 ist, dann weiß ich, wie dramatisch die Situation dort war. Das ist auch der zentrale Punkt, warum wir versuchen Maßstäbe zu entwickeln und Indexierungen machen, um solche Vergleiche herstellen zu können. Die Zahlen für sich alleine sagen ja relativ wenig, wenn ich nicht Maßstäbe habe - einen nationalen oder einen Branchenmaßstab - mit dem ich vergleichen kann. Die Mitarbeiterbefragungen von Consulting-Unternehmen sind ja in den letzten 10, 15 Jahren sehr modisch geworden. Das zentrale Problem ist, dass sie keinen Maßstab haben. Es sagt überhaupt nichts, wenn jemand sagt: 75 Prozent ihrer Mitarbeiter sind hoch zufrieden, oder 95 Prozent. Solange ich keinen Vergleich habe - aus der Branche,

einen nationalen oder einen regionalen Vergleich, oder einen Vergleich nach Geschlechtern, nach Bildungsart - so sind das alles relativ aussagefähige Geschichten.

Europaweites Interesse

Es gibt zunehmend ein europaweites Interesse an Daten zu Sicherheit und Gesundheit. Daher sind wir jetzt in dieser Richtung auch gut unterwegs. Es hat vor kurzem, im letzten Halbjahr, eine Untersuchung gegeben, die von spanischen Universitätsinstituten organisiert worden ist. Dort wurde erhoben, was es in Europa insgesamt an Studien zur Frage der Arbeitsqualität und „gute Arbeit“ gibt. Das ist eine sehr umfangreiche Geschichte geworden. Die Zugänge sind sehr differenziert. Warum es Interesse für unsere Ansätze gibt - sowohl den Gesundheitsansatz als auch den Arbeitsklimaansatz - ist, dass wir zu den wenigen gehören, die repräsentative Ergebnisse haben. Das ist auch eine Geldfrage. Wir befragen im Jahr 4.000 Leute in Face-to-Face-Interviews. Das leistet sich fast niemand. Wenn, dann werden Telefoninterviews gemacht - oder es werden nicht die Betroffenen direkt befragt, sondern Leute, die etwas mit den Betroffenen tun. In Frankreich gibt es Arbeitsklimabefragungen, wo die Manager befragt werden, wie das Arbeitsklima ihrer Mitarbeiter sei. Eine besonders eigenartige Geschichte ist. Sie wird aber ernst genommen und auch in der politischen Diskussion verwendet. Die Dublin Stiftung ist diejenige, die das am längsten macht. Obwohl mit sehr langen Intervallen (vier Jahre), ist ein sehr großer Datenbestand da. Wir machen das nicht so tief gehend, nicht so breit, aber relativ aktuell. Und daher haben wir in einem internationalen Projekt ein bisschen die Möglichkeiten ausgelotet, so etwas auch anderswo zu machen, also in Ländern mit ganz unterschiedlichen Geschichten der Arbeits- und Sozialbeziehungen und auch ganz unterschiedlichen Strukturen der Arbeits- und Sozialbeziehungen. Es könnte im Grunde überall funktionieren. Das gilt auch für den Arbeitsgesundheitsmonitor.

MMag. Dr. Reinhard Raml, IFES, Wien

Wissenschaftliche Grundlagen des Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitors

Zuerst zu den Modellen der Gesundheit, die sich in der internationalen Forschung aus den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen heraus als relevant und interessant erwiesen haben. Auch diese sind in den Arbeitsgesundheitsmonitor eingeflossen. Wir haben auf diesen Modellen basierend ein eigenes Modell entwickelt, um auf die Rahmenbedingungen, die sich uns gestellt haben, besser eingehen zu können. Danach kurz zu den Bestandteilen und dem Aufbau des Arbeitsgesundheitsmonitors, und dann möchte zu den zentralen Forschungsfragen, die bei der Entwicklung eine Rolle gespielt haben und die für uns wichtig waren, um dieses Instrument in einem ersten Schritt zu evaluieren bzw. um eine gewisse Art von Tauglichkeit in der Verarbeitung der Daten sicherzustellen.

Rahmenbedingungen

Die wesentlichste Rahmenbedingung war, dass es darum ging, einen Gesundheitsmonitor für - in erster Linie - unselbstständig Beschäftigte zu entwickeln. In einer sehr umfassenden Art und Weise soll die gesundheitliche Situation der unselbstständig Beschäftigten erhoben und diese dann natürlich auch mit den Arbeitsbedingungen in Beziehung gesetzt werden. Auf das bereits bewährte Instrument des Arbeitsklima Index wollten wir aufsetzen und einen so genannten verhältnisbezogenen Ansatz verfolgen. Das heißt, für uns ist es nicht unwichtig, inwiefern bestimmte Verhaltensweisen der unselbstständig Beschäftigten zu gesundheitlichen Problemen führen. Das berücksichtigen wir auch in bestimmten Fragen zum Gesundheitsverhalten. Für uns aber ist ein verhältnisbezogener Ansatz zentral. Das heißt, für uns ist wichtig, inwiefern bestimmte quasi objektive oder objektivierbar erhebbare Arbeitsbedingungen mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen zusammenhängen.

Wichtig war natürlich die Einbindung mehrerer Disziplinen. Für uns zentral waren die Psychologie, die Soziologie und natürlich die Medizin mit dem Fokus auf die Sozialmedizin. Auch die kulturelle Entwicklung dieser Disziplinen, die dann auch ihren Einfluss auf die gesellschaftliche Wahrnehmung des Gesundheitsbegriffes genommen hat, sollten adäquat abgebildet werden. Relativ rasch stand außer Streit, wohin wir uns orientieren, was Gesundheit für uns zu sein hat bzw. was es hier für Ansätze gibt. Klarerweise haben wir hier die WHO-Definition, die schon

1946 sehr weit gegangen ist, verwendet. Aber natürlich auch neuere Erklärungen und Präzisierungen des Gesundheitsbegriffes, auch mit der Fokussierung auf den Zusammenhang zu den Arbeitsbedingungen: Da gab es 1986, 1998 und 2005 weitere Erklärungen, deren wichtige Erkenntnisse internationaler Konsens sind und die hier eingeflossen sind.

Wichtig war für uns, gesundheitliche Dimensionen zu definieren, die auf sehr gut bestätigten Modellen fußen, insbesondere was den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit betrifft. Hier gibt es eine Reihe von Modellen mit teils sehr speziellen Blickwinkeln, aus denen wir jene Ergebnisse herausgenommen haben, die für uns wissenschaftlich und vor dem interessenspolitischen Hintergrund von zentraler Bedeutung sind. Grundgedanke war auch, etwas Neues zu versuchen: wir wollten uns nicht nur auf körperliche und psychische Beeinträchtigungen konzentrieren, sondern auch versuchen, all diese neueren Ansätze von Positivindikatoren der Gesundheit unter ein Dach zu bekommen. In Verknüpfung mit körperlichen Beeinträchtigungen sollten positive Indikatoren der Gesundheit untersucht werden - und das natürlich in einem sehr komplexen Zusammenspiel mit den Arbeitsbedingungen.

Positivindikatoren wie: Dass die Personen in ihrer Arbeitstätigkeit ein gewisses Maß an Sinn erleben bei dem, was sie tun; dass sie Entwicklungspotenziale haben, das heißt, dass sie sich Ziele setzen - insbesondere im Berufsleben, aber auch allgemein im Leben; dass sie Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit haben; dass sie Selbstwirksamkeitsüberzeugungen haben. Und klassisch, was in jeder Erhebung zu finden ist: das subjektive Wohlbefinden, die Fitness, das eigene Empfinden der täglichen Leistungsfähigkeit.

Gesundheitsbegriff

Die historische Entwicklung war für uns natürlich eine wesentliche Sache, um uns einmal damit vertraut zu machen, inwiefern sich der Gesundheitsbegriff in den vergangenen Jahren transformiert und entwickelt hat, weil das auch sehr eng mit den hier verwendeten wissenschaftlichen Disziplinen zusammenhängt. Von einer stark biomedizinisch geprägten Sichtweise bis zu einer jetzt doch sehr stark sozialmedizinisch geprägten Sichtweise. Dieser Wandel hat natürlich die einzelnen Disziplinen immer wieder vor neue Herausforderungen gestellt bzw. hat zu unterschiedlichen Lösungen aus verschiedenen wissenschaftlichen Blickwinkeln geführt, sodass wir heute einen sehr pluralistischen Gesundheitsbegriff haben. Standen vor wenigen hundert Jahren Infektionskrankheiten, Epidemien sehr stark im Vordergrund, so rücken jetzt degenerative Einschränkungen des Bewegungs- und Stützapparates und zunehmend psychische Probleme und Beeinträchtigungen stärker in den Mittelpunkt. Das hängt

natürlich auch mit der Ausdifferenzierung wissenschaftlicher Disziplinen zusammen: Zentral ist hier natürlich ganz kurz die sozialmedizinische Grunderkenntnis zu erwähnen, die im Wesentlichen bedeutet, dass soziale Verhältnisse - und dazu zählen wir natürlich ganz klarerweise die Arbeitsbedingungen - einen sehr wesentlichen Einfluss auf die individuelle Gesundheit der einzelnen Personen nehmen.

Was waren die zentralen WHO-Aussagen? Gesundheit ist ein sehr umfassender Begriff, es geht nicht nur um körperliche Gesundheit, sondern auch um geistige Gesundheit und um soziale Gesundheit. Gesundheit ist für die Menschen eine Art Ressource, die es ermöglicht, ein individuelles, sozial erfülltes, ökonomisch abgesichertes Leben und produktives Leben zu führen. Es wird auch explizit erwähnt, dass Gesundheit nicht nur negativ definiert werden soll, im Sinne von: Wenn Sie keine Krankheiten haben, dann sind Sie gesund, sondern dass es hier auch einen positiven Ansatz geben muss. Positiv definiert müssen gewisse Dinge sehr gut ausgeprägt sein, um von einer ganzheitlich gesunden Person zu sprechen. Das sind die ersten Grundgedanken und Ansätze, die wir hier im Arbeitsgesundheitsmonitor verfolgt haben. Wir wenden einen sehr breiten Gesundheitsbegriff an, aber keinen willkürlichen.

Zusammenfassend: Gesundheit ist für uns etwas Positives, Richtiges, Wünschenswertes, Normales. Es geht auch um die individuellen Vorstellungen der Personen, was Gesundheit ist – diese sind für uns ein wesentlicher Ausgangspunkt. Gesundheit ist klarerweise auch negativ definiert, als Abwesenheit von bestimmten Symptomen und Krankheiten, von Behinderungen usw. Gesundheit ist Schmerz- und Beschwerdefreiheit sowie Freiheit von funktionellen Beeinträchtigungen. Gesundheit bedeutet Wohlbefinden, Gleichgewicht, Liebes- und Genussfähigkeit, ist eine positiv bewertete psychologische Erfahrung, ist auch eine adäquate Einschätzung der Handlungskompetenz, ist Resistenz gegenüber Belastungen, ist Leistungsfähigkeit, ist Kapazität, ist Potenzial, ist Suchen und Finden von Sinn.

Worunter können wir diese einzelnen Punkte subsumieren? Es geht hier um verschiedene als Gegenpole dargestellte Konzepte von Gesundheit - ein biomedizinisches Verständnis versus ein biopsychosoziales Verständnis. Wir verfolgen einen verstärkt positiven Ansatz des Gesundheitsbegriffes. Wir haben einen mehrdimensionalen Begriff von Gesundheit umgesetzt. Wir gehen von einem Kontinuum aus. Das heißt, es gibt nicht den Zustand gesund/krank, sondern das spielt sich für uns auf einem Kontinuum ab. Man kann mehr oder weniger gesund sein. Wenn es dann auch noch mehrdimensional betrachtet wird, dann kann man in bestimmten Bereichen mehr oder weniger gesund sein. Ich kann körperlich völlig gesund sein, aber mir kann es psychisch total schlecht gehen. Das ist einfach etwas, das man berücksichtigen muss. Man kann nicht einfach sagen: Die Person ist gesund - aus einem Blickwinkel heraus,

sondern wir können es nur aus verschiedenen Blickwinkeln heraus sagen. Das ist auch das, was ich jetzt angesprochen habe. Gesundheit ist auch ein Prozess, auf diesen einzelnen Kontinuen in die eine oder andere Richtung zu gehen. Auch von unserem Verständnis her ist es so, dass natürlich Arbeitsbedingungen und verschiedene andere Faktoren die Personen in die eine oder andere Richtung bewegen, auf dem einen oder anderen Kontinuum. Das ist im Wesentlichen die Grundannahme von Antonovsky und dem Modell der Salutogenese, das auch intuitiv sehr gut dem entspricht, wie wir Menschen Gesundheit verstehen oder wie wir sie selbst wahrnehmen.

Gesundheitsmodelle

Klassisch das Belastungs-Beanspruchungsmodell: Das heißt, wir gehen grundsätzlich einmal von Belastungen aus, die es im Bereich der Arbeit gibt, die auch objektiv gemessen und beschrieben werden können, deren Auswirkungen jedoch subjektiv geprägt sind. Bestimmte Lärmquellen können für den einen schon schmerzhaft sein und für den anderen gerade noch gute Musik sein. Natürlich gibt es unabhängig von der subjektiven Interpretation Auswirkungen auf das Hörvermögen. Ich denke immer an die Disco - was für manchen unerträgliches Lärm ist, ist für die anderen gute Musik. Dennoch führt es bei allen zu Hörschäden. Aber dennoch: Es gibt Bereiche, wo es sehr stark von der subjektiven Wahrnehmung abhängt, inwiefern das belastend wirkt oder nicht. Wichtige Modelle sind auch Stress- und Coping-Modelle - in dem Zusammenhang vor allem das transaktionale Stressmodell von Lazarus. Hier geht es darum, die folgende Komponente zu berücksichtigen: Wie wird eine Stressquelle von den Personen beurteilt? Welche Ressourcen nimmt die Person wahr, die sie hat, um mit dieser Stressquelle fertig zu werden? Verschiedene andere Modelle, wo Spezialaspekte relevant waren, wurden auch berücksichtigt.

Ich möchte hier das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist erwähnen, weil es uns hilft, in einem sehr interessanten Detail zu einer Differenzierung von Personen zu kommen - das ist die Wahrnehmung von gerechten Prozessen am Arbeitsplatz. Es ist etwas sehr Zentrales, welche Konsequenzen es haben kann, wenn hier das Gefühl der Ungerechtigkeit entsteht. Deswegen erheben wir auch eine Art von Gratifikationskrise, um bestimmte Ergebnisse und Zusammenhänge besser verstehen zu können. - Gerade diese Gratifikationskrisen sind manchmal auch die Erklärung dessen, warum sich im Arbeitsgesundheitsmonitor bestimmte Zusammenhänge zeigen. Das Modell der Salutogenese ist natürlich sehr stark vertreten. Und neu oder eher aus Deutschland kommend die Handlungs-Regulations-Theorie, wo es darum geht, Handlungsfähigkeit zu erzielen, sich Ziele im Leben zu setzen und sich weiter zu entwickeln.

Das Ganze wurde dann verknüpft zu einem Anforderungs-Ressourcen-Modell. Das heißt, es geht darum, dass die Arbeit bestimmte Belastungen, Behinderungen sowie bestimmte Ressourcen bietet. In diesem Zusammenspiel werden hier differenzierte Wirkungen auf die Gesundheit angenommen. Wir gehen davon aus, dass Belastungen stärker einen körperlichen Niederschlag finden, also in körperlichen Beeinträchtigungen, und dass die Ressourcen diese Wirkung abfedern können, und dass die Ressourcen eine direkt positive Wirkung gerade auf den positiven Aspekt der Gesundheit nehmen. Das heißt, wir gehen hier von unterschiedlichen Wirkungseinflüssen aus, die sich auch in den Daten bisher bestätigen und von uns nicht zum ersten Mal bestätigt wurden, sondern auch in anderen Untersuchungen belegt werden konnten. Das ist natürlich zentral im Verständnis des Zusammenwirkens zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit, dass die Zusammenhänge gut bekannt sind, um auch Maßnahmen entwickeln und deren Auswirkungen messen zu können. Wir haben verschiedenste Skalen gebildet: zur physischen Gesundheit, zur psychischen Gesundheit, den Befindensbeeinträchtigungen. Wir haben die soziale Gesundheit im Sinne einer sozialen Orientierung und sozialen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben berücksichtigt ebenso wie das Erleben von Sinn. Wir haben einen Handlungsbereich der Gesundheit, wir haben die psychische Gesundheit im Sinne von Positivindikatoren, Wachstumsbedürfnisse, Selbstwirksamkeit, und wir haben auch subjektives Gesundheitsgefühl im Sinne von Wohlbefinden - da gehört aber auch im negativen Sinne das Stressempfinden dazu. Alle Skalen sind testtheoretisch gut überprüft und weisen sehr gute Werte im Bereich der Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität auf.

Vier Gruppen von Beschäftigten

Was war für uns bei der Entwicklung des Arbeitsgesundheitsmonitors im Sinne einer wissenschaftlichen Theorie oder Bestätigung des Modells ausschlaggebend? Da war für uns natürlich spannend und interessant, inwiefern das Zusammenspiel zwischen Beeinträchtigungsfaktoren und Positivindikatoren funktioniert.

Wenn wir hier eine Clusterung vornehmen, können wir vier Gruppen unter den unselbstständig Beschäftigten ermitteln: Personen, die sehr stark multipel beeinträchtigt sind, also die sehr starke körperliche Beschwerden haben und bei denen auch die Positivindikatoren, wie Erleben von Sinn, Motivation, sehr gering ausgeprägt sind. Dann gibt es welche, die ganzheitlich gesund sind, also die sehr hohe Positivindikatoren haben und auch körperlich gesund sind. Interessant wird es auch in den Mischgruppen, wo wir zwar keine körperlichen Beschwerden messen, jedoch auch die Positivindikatoren sehr gering sind. Das heißt: Was passiert, wenn jemand grundsätzlich körperlich gesund ist, aber einfach in seiner Entwicklung hängen bleibt, demotiviert ist, einfach keine Freude und keine Lust an der Arbeit und am Leben hat und da

sehr wenig Sinn dahinter sieht. Weil - das ist natürlich dann eine Frage von Langzeitstudien - möglicherweise gerade diese Situation in weiterer Folge auch zu handfesten körperlichen Beeinträchtigungen führen kann. Interessant ist auch die Gruppe derer, die schon körperliche Beschwerden und Symptome zeigt, aber auch noch sehr hohe Positivindikatoren aufweist. Im Sinne von: Ich will mich weiter entwickeln. Die nennen wir dann „Hochverausgabte.“ Wichtig war es die Sinnhaftigkeit dieser Trennung von Positivindikatoren und Beeinträchtigungsfaktoren näher zu untersuchen.

Eine zweite Forschungsfrage war natürlich der Zusammenhang in einem multivariaten Kontext zu den Arbeitsbedingungen. Das heißt: Welche Arbeitsbedingungen differenzieren zwischen den Gruppen, d.h. welche Arbeitsbedingungen entscheiden, zu welcher Gruppe eine Person gehört bzw. in welcher sie über kurz oder lang landen wird? Diese vier Gruppen stehen stellvertretend für alle Skalen. Es geht darum, die Gesamtinformation des Arbeitsgesundheitsmonitors in einem Modell zu verdichten und sich anzuschauen, wie dieses funktioniert.

Wichtig als dritter und letzter Punkt der zentralen Forschungsfragen war natürlich: Wie gestaltet sich ein gewisser Einfluss zu demographischen Hintergrundvariablen im Sinne horizontaler Faktoren wie Geschlecht und Alter, aber auch vertikaler Faktoren wie Einkommen, Bildung, beruflicher Status? Wie schaut es da im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Lagen aus?

8.000 Interviews in zwei Jahren

Es ist erfreulich, so eine große und umfangreiche Datenbasis umsetzen zu können und in zwei Jahren insgesamt fast 8.000 Interviews zu erheben. Das ist auch insofern gut, weil die Ergebnisse dann sehr zuverlässig sind, wenn man natürlich - was wir auch tun - methodisch von der Stichprobenziehung her sehr sauber und sehr aufwändig arbeitet. Es ist aber natürlich schon so, dass die Quantität uns noch sehr vieles ermöglicht - und zwar ins Detail zu gehen, regionale Unterschiede anzuschauen, auch kleinere Gruppen anzuschauen. Man muss ja daran denken, dass bestimmte körperliche Beeinträchtigungen eher selten vorkommen. Das sind ja dann sehr kleine Gruppen, aber die interessieren uns auch. Wenn diese kleinen Gruppen von - sage ich jetzt mal fünf Prozent oder zehn Prozent - hier vertreten sind, dann haben wir in zwei Jahren auch 700 bis 800 oder 500 Interviews, wo sich sehr schöne Aussagen treffen lassen. Das heißt: Es ist schon auch wichtig und interessant, eine sehr große Datenbasis zu haben.

Die Zielpersonen sind für uns primär unselbstständig Beschäftigte, Arbeitslose und auch freie Dienstnehmer. Bei der Stichprobe handelt es sich um eine so genannte mehrfach geschichtete Adressen-Zufalls-Stichprobe. Die Interviews werden persönlich in den Haushalten durchgeführt,

um von Arbeitskollegen oder anderen Einflüssen möglichst unbeeinträchtigt auf Distanz zur Arbeit zu gehen und eine Bewertung vorzunehmen. Das halten wir für einen grundsätzlich sehr wichtigen und richtigen Schritt. Die 7.800 Fälle beziehen sich auf die Jahre 2008 und 2009. Überdies gab es auch 2005 und 2006 Erhebungen, deren Erkenntnisse gemeinsam diskutiert wurden und für die Weiterentwicklung des Fragenprogramms herangezogen wurden. Die Erhebung, die Datenpflege und die erste Analyse werden von IFES durchgeführt. Natürlich steht das dann immer in einer Diskussion mit allen Beteiligten und Interessierten.

Drei Gruppen von Faktoren

Dem Arbeitsgesundheitsmonitor liegt eine Struktur zugrunde, die sich durch drei Faktorengruppen auszeichnet: Das eine sind psychophysische Beeinträchtigungen. Das sind körperliche Beeinträchtigungen, wo auch das Wohlbefinden und der Stress als ein Faktorenbündel dazu gehören. Als ein zweites haben wir negative psychische Beeinträchtigungen, die hier sehr stark miteinander verschränkt sind. Der dritte Bereich stellt in einer statistischen Analyse die Positivindikatoren dar.

Ergebnisse der Cluster-Analyse

Es konnten relativ eindeutig vier Gruppen ermitteln werden. Sie sind nicht so idealtypisch, wie dies theoretisch beschrieben wurde. Was sich aber in den vier Gruppen sehr schön finden lässt, sind die ganzheitlich Gesunden - also keine körperlichen Beeinträchtigungen mit hohen Positivindikatoren. Wir finden auch sehr deutlich die multipel Beeinträchtigten – Menschen mit körperlichen Beschwerden und niedrigen Positivindikatoren. Dann ist es so, dass Personen, die niedrige Positivindikatoren haben und die eher demotiviert sind, auf ihrem Niveau stagnieren. Es ist nicht ganz so, dass sich das nicht schon körperlich auswirkt. Das heißt, auch hier ist schon zumindest ein mittleres Maß an körperlicher Beeinträchtigung festzustellen. Und genauso ist es auch bei den hoch Verausgabten, die zwar sehr hohe Positivindikatoren haben, aber von den Beeinträchtigungen her noch nicht so stark beeinträchtigt sind, wie wir das idealtypisch möglicherweise annehmen können.

Das heißt die Positivindikatoren differenzieren besser zwischen den beiden Gruppen: Auf der Ebene der körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen sind sich diese Gruppen etwas ähnlicher, als es einem Idealtypus entsprechen würde.

Ungelernte Arbeiter und Facharbeiter sind sehr stark in den Clustern der Stagnierung und der multiplen Beeinträchtigung vertreten. Wir haben bei der hohen Verausgabung einen sehr starken Anteil qualifizierter leitender Angestellter - das bringt einfach die Verantwortung mit sich. Hier ist auch interessant zu erfassen, wie viele dieser Personen unter Gratifikationskrisen leiden. Das heißt, auch hier sehen wir schon erste deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen gesundheitlichen Clustern. Das sind einfach gesundheitliche Muster, die einen unterschiedlichen Niederschlag in der Welt haben. Wenn wir uns das Belastungsprofil anschauen - aus der Arbeitsumwelt, aus der Ergonomie heraus – bezeichnen wir als Regulationsüberforderungen eher psychische Überforderungen am Arbeitsplatz und Unterbrechungen, also wenn jemand in seinem Arbeitsablauf ständig gestört wird - sei es durch Lärm, sei es durch andere Kollegen, sei es durch permanenten Parteienverkehr, sei es dadurch, dass im Drucker kein Papier ist – dann hat das wirklich ganz massive Auswirkungen auf bestimmte gesundheitliche Zustände. Wir sehen hier doch zwischen den einzelnen Clustern eine deutliche Differenzierung im Belastungsprofil. Das Gleiche spielt sich auch bei den Ressourcen ab: Das heißt, die einzelnen Cluster finden auch in der Arbeitswelt unterschiedliche Ressourcen vor. Da sieht man hier im Bild sehr stark die Differenzierung zwischen den Gesunden und den multipel Beeinträchtigten. Die Unterschiede zwischen den beiden anderen Gruppen sind nicht so groß, aber im Detail deutlich herauszuarbeiten.

Was wir herausgefunden haben ist: Die wichtigsten Punkte sind das Betriebsklima, das Verhältnis zum Vorgesetzten und zu den Arbeitskollegen, die ergonomischen Belastungen, die psychischen Überforderungen am Arbeitsplatz wie Zeitdruck und Verantwortung - und als eigenständiger Punkt sei hier noch erwähnt: die Unterbrechungen des Arbeitsvollzuges und die Gratifikationskrisen.

Zu guter Letzt komme ich zum Zusammenhang mit dem Arbeitsklima Index . Wenn man die unselbstständig beschäftigte Bevölkerung an Hand des Arbeitsklima Index in vier gleich große Gruppen einteilt - also vom Viertel mit dem niedrigsten Arbeitsklima Index werten bis zum Viertel mit dem höchsten Arbeitsklima Index werten - dann sieht man, dass bei den niedrigsten Arbeitsklima Index werten kaum Personen vertreten sind, die als ganzheitlich gesund einzustufen sind, und dass ein sehr großer Anteil von einem Drittel als multipel beeinträchtigt einzustufen ist. Das geht dann so weit hinauf, dass jene 25 Prozent mit den höchsten Werten, mit den aus unserer Sicht gesehen sehr guten Arbeitsbedingungen, 80 Prozent unter den ganzheitlich Gesunden einzustufen sind. Nur noch ein Prozent, also vernachlässigbar, gehört zu den multipel Beeinträchtigten. Und das zeigt uns, dass der Ansatz richtig ist: Einmal die Arbeitsverhältnisse in den Vordergrund zu rücken und den Zusammenhang der Arbeitsverhältnisse zur Gesundheit anzuschauen in Verbindung mit einem sehr breit gefächerten Gesundheitsbegriff.

Dr. Reinhard Jäger, Arbeitsmedizinischer Dienst Linz

Subjektive gesundheitliche Befindlichkeit – Wie relevant ist sie in der Arbeitsmedizin?

Das Thema „Relevanz der subjektiven gesundheitlichen Befindlichkeit aus arbeitsmedizinischer Sicht“ ist ja in der Vergangenheit - zum Teil auch noch in der Gegenwart - sehr kontrovers diskutiert worden. Wenn wir über die österreichischen Grenzen hinausschauen fällt auf, dass es in der Arbeitsmedizin sehr unterschiedliche Kulturen gibt: Auf der einen Seite der deutschsprachige Raum, auf der anderen der angloamerikanische. In jenem steht viel eher eine „Public Health Tradition“ im Zentrum, während man im deutschsprachigen Raum noch wesentlich stärker medizinisch-naturwissenschaftlich ausgerichtet ist. Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt noch immer in der Untersuchungsmedizin, d.h. im Setting des traditionellen Arzt-Patient-Verhältnisses und bezogen auf Einzelpersonen mit dem Ziel der Prävention von Berufskrankheiten. Gegebenenfalls geht es auch um Diagnose - und vor allem auch um Begutachtung von Berufskrankheiten unter dem versicherungsrechtlichen Aspekt der Entschädigungspflicht. Man könnte sagen, wir haben da in unserer Arbeitsmedizin noch deutliche Scheuklappen.

Sozialwissenschaftliche Befragungen und Auswertungen zur subjektiven gesundheitlichen Befindlichkeit konnten sich hier zu Lande jedenfalls noch nicht wirklich durchsetzen, wenngleich es auch in Deutschland - und auch in Österreich - sozialmedizinische Traditionen in der Arbeitsmedizin gibt und gegeben hat. Diese wurden aber weitgehend vergessen.

Auch der Versuch in der italienischen Arbeitermedizin in den 80er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts, das subjektive Erleben von Arbeitsbelastungen und deren gesundheitliche Auswirkungen als arbeitsmedizinische Erkenntnisquelle zu nutzen - das Schlagwort war damals: Der Betroffene ist der wahre Experte - ist mehr oder weniger in der Versenkung verschwunden.

Es geht also um die Frage, ob wir aus der Auswertung subjektiver Gesundheitsdaten Erkenntnisse für die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen gewinnen können. Und wenn ja, welche: Denn es geht nicht nur um Berufskrankheiten im engen juristischen Sinn. Hier fällt eine Parallele zwischen der Statistik der Berufskrankheiten und der Arbeitsmarktstatistik auf: In beiden Statistiken schlagen sich Fälle nieder, die zu einer Aktenbewegung geführt haben. Und die bilden natürlich keineswegs ab, was sich tatsächlich an berufsbedingten Gesundheitseinschränkungen bis hin zu Gesundheitsschädigungen abspielt.

Aufgaben und Pflichten der Arbeitsmedizin

Die Aufgaben und Pflichten der Arbeitsmedizin bestehen einerseits natürlich gegenüber jeder einzelnen Arbeitnehmerin und jedem einzelnen Arbeitnehmer (den Klienten) und gegenüber den betreuten Betrieben als Kunden. Und natürlich auch gegenüber der Gesamtgesellschaft. Daraus ergeben sich die einzelnen Interessenslagen: Die einzelne Arbeitnehmerin und der einzelne Arbeitnehmer haben natürlich das Interesse, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Die allgemein anerkannte Forderung der Arbeitnehmer/-innen nach einer zumindest schädigungsfreien Arbeitsumwelt hat in den gesetzlichen Bestimmungen des Arbeitnehmerschutzes ihren Niederschlag gefunden. Damit sind die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für unsere Tätigkeit in den Betrieben als Betriebsärzte/-innen festgelegt.

Welches Interesse hat der Betrieb? Der will natürlich gesunde, leistungsfähige und auch motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Erhaltung und Förderung der Leistungsfähigkeit steht hier im Vordergrund. Der Sozialversicherung geht es um Einsparung von Kosten - das ist ja auch berechtigt, nachvollziehbar – und zur Finanzierung unseres Gesundheitssystems wichtig; der Unfallversicherung in erster Linie um die Vermeidung von Berufskrankheiten zur Vermeidung von Entschädigungszahlungen; der Krankenversicherung um die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen zur Kostensenkung. Der Staat schließlich sorgt für die Einhaltung der gesetzlichen Arbeitsschutzbestimmungen. Die Aufgabe der Arbeitsmedizin ist es also, diese nicht immer ganz einheitlichen Interessen unter einen Hut zu bringen, möglichst allen Beteiligten gerecht zu werden - oder aber im Konfliktfall professionellem Wissen und professionellen Leitlinien entsprechend Position zu beziehen.

Objektive medizinische Befunde versus subjektive Befindlichkeit

Wenn wir die traditionelle Methodik, die wir in der Medizin anwenden, und die Befragungen zu subjektiver gesundheitlicher Befindlichkeit vergleichen: Die arbeitsmedizinische Methodik ist ursprünglich von den Methoden der allgemeinen medizinischen Diagnostik geprägt. Das heißt also: Anamnese, klinische Untersuchung, eine Reihe von Befunden werden erhoben, Labor, Röntgen, alle möglichen medizinisch-technischen Befunde mit dem Ziel, objektive Befunde, sogenannte harte Daten zu erheben, Informationen über pathogenetisch definierte Erkrankungen, deren Verlauf und deren Prognose zu erlangen. Es geht um die physikalisch-chemische Dimension des Organismus, vorwiegend um morphologische Veränderungen. Der Denkansatz ist analytisch. Das heißt, wir gehen den differentialdiagnostischen Entscheidungsbaum in im-

mer weitere Verästelungen, bis wir schließlich eine Diagnose, die sich im Wesentlichen auf ein Organsystem bezieht, stellen können. Dieses Verfahren ist sicher optimal geeignet zur Abklärung von Symptomen und Krankheitsbildern im Einzelfall, wie sie uns bei der kurativ ausgerichteten medizinischen Tätigkeit oder auch bei der Erstellung von Gutachten begegnet.

Demgegenüber geht es bei der Erhebung der subjektiven gesundheitlichen Befindlichkeit mittels Fragebogen oder verschiedenen Interviewtechniken um die individuell-persönliche Wahrnehmung in Bezug auf einen bestimmten Gesundheitszustand oder den Verlauf einer Krankheit. Wesentliches Ziel ist es, die Selbsteinschätzung der befragten Personen in Bezug auf ihre Handlungs- und Leistungsfähigkeit zu erfassen. Die Befindlichkeit als Ausdruck der Funktionalität des Gesamtorganismus, also eine Gesamtsichtweise auf den Menschen, eine ganzheitliche Sichtweise, nicht einzelne Organe oder Organsysteme stehen im Vordergrund. Ein Beispiel: Es gibt schon zahlreiche Erfahrungen mit dem Workability-Index, bei dem es im Wesentlichen um die Selbsteinschätzung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Arbeitssituation geht. Da sieht man auch, dass es hohe Korrelationen zwischen dieser Selbsteinschätzung, zwischen diesen Workability-Index-Daten und statistischen Daten für die Invaliditätspension gibt - auch ein deutliches Indiz für die Aussagekraft von solchen subjektiven Daten. In der Arbeitsmedizin haben wir es in vielen Fällen mit Situationen zu tun, in denen Befindlichkeitsstörungen im Vordergrund stehen, für die auf der physikalisch-chemischen Ebene keine Ursachen zu finden sind. Zum Beispiel das Sick-Building-Syndrom: Eine noch so akribische Suche nach möglichen Schadstoffen, nach Fehlfunktionen der Klimaanlage oder elektromagnetischen Feldern führt häufig zu keiner Lösung des Problems, das mit einer rechtzeitigen Einbindung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bei der Planung und Gestaltung der Arbeitsplätze sicherlich zu vermeiden gewesen wäre. Das wissen wir aus zahlreichen Studien - dass immaterielle Arbeitsbedingungen wie die Handlungsspielräume der Beschäftigten, die Möglichkeit der Einflussnahme auf Arbeitsinhalte, Arbeitsbedingungen, wesentliche Faktoren für die Arbeitszufriedenheit und die Motivation der Mitarbeiter sind. Dass diese immateriellen Arbeitsbedingungen für Gesundheit und Leistungsfähigkeit immer wichtiger werden, erleben wir in diesen Fällen oft unmittelbar in der betriebsärztlichen Praxis. Diesen Befindlichkeitsstörungen, wie sie auch vom sogenannten Elektrosmog ausgelöst werden können, oder wie sie die multiple chemische Sensibilität darstellt, liegt weder ein organischer Befund zu Grunde noch finden wir eine Ursache im chemisch-physikalischen Sinn oder können sie diesen Beschwerden zuordnen. Die sind aber für den Betrieb ein wichtiger Frühindikator für Problemfelder, die es rechtzeitig zu bearbeiten gilt, um weitere negative Entwicklungen wie innere Kündigung oder vermehrte Fehlzeiten vermeiden zu können. An diesen Beispielen sehen wir, dass somatischer Befund und subjektives Befinden sehr häufig nicht übereinstimmen - eine Erkenntnis, die sich auch in der kurativen Medizin zunehmend durchsetzt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Dieser Ansatz spielt auch zunehmend in der kurativen Medizin eine Rolle. Man beschränkt sich nicht mehr auf das so genannte objektive Krankheitsgeschehen, sondern nimmt darauf Rücksicht, welche Lebensqualität der Betroffene zu bestimmten Zeitpunkten im Verlauf einer Krankheit hat. Dies wird auch in der kurativen Medizin zunehmend wahr- und wichtiger genommen.

Historischer Exkurs

Wie hat sich die Erhebung von Gesundheitsdaten auf der betrieblichen Ebene historisch entwickelt? Die ersten Versuche, den Gesundheitszustand größerer Bevölkerungsgruppen in einer Medizinalstatistik zu erfassen, stammen aus dem 18. Jahrhundert. Dabei ging es wohl vor allem um die Zahl der arbeitsfähigen und kriegstauglichen Menschen als entscheidende Basis für die Macht der aufstrebenden Nationalstaaten. Medizinisch-statistische Erhebungen mit einem berufsbezogenen Ansatz und einer humanitären Zielsetzung wurden erst später entwickelt. Der Berliner Sozialmediziner Salomon Neumann - er war ein Freund und Mitstreiter von Rudolf Virchow in der Revolution 1848 - ist hier ein Beispiel. Von Salomon Neumann stammt der Satz: Die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft. Ich glaube, diesen Satz sollten wir uns heute, 150 Jahre später, auch öfter durch den Kopf gehen lassen. Ein zweites Beispiel: der österreichische Arbeits- und Sozialmediziner Ludwig Teleky. Er hat in den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts, da ist er zum ersten preußischen Landesgewerbearzt in Düsseldorf ernannt worden (Düsseldorf hat damals zu Preußen gehört), schon die Auswertung von Daten der rheinischen Ortskrankenkassen durchgeführt und für den Einsatz von Fragebögen plädiert, um weitere Informationen über die Arbeitsbedingungen und die soziale Lage der Versicherten zu bekommen. Diese sozialmedizinischen Traditionen sind im Nationalsozialismus der Ideologie der Rassenhygieniker zum Opfer gefallen und wurden erst in den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts mit den Projekten zur Humanisierung des Arbeitslebens in Deutschland wieder aufgenommen.

Zwei Beispiele: Das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen mit Rainer Müller und seiner Arbeitsgruppe hat in vielen Projekten und Befragungen Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit und deren Bedeutung für berufliche Biografien verdeutlichen können. Die Gruppe um Bernhard Badura an der Universität Bielefeld hat die Bedeutung von Sozialkapital, von sozialen Netzwerken, zwischenmenschlichen Beziehungen, gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln für den wirtschaftlichen Erfolg eines Betriebes erforscht. Bedauerlich

ist, dass sich die etablierte Arbeitsmedizin im deutschsprachigen Raum durch die Jahre und Jahrzehnte strikt geweigert hat, diese Erkenntnisse auch nur wahrzunehmen, geschweige denn in einen Diskussionsprozess einzutreten. Eine Synthese sozialmedizinischer und arbeitsmedizinischer Methodik und deren Umsetzung und Anwendung in der betrieblichen Praxis war damit schwer möglich, was unter anderem dazu geführt hat, dass medizinisch geprägte Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung häufig in der Erfassung individueller Risikofaktoren und verhaltenspräventiver Maßnahmen verhaftet bleiben, betriebliche Problemlagen damit aber nicht wirklich erfasst und bearbeitet werden. Vielleicht gelingt es mit den Ergebnissen des Arbeitsgesundheitsmonitors, der als vielversprechende Weiterentwicklung dieser Tradition gelten kann.

Zusammenfassung

Mit subjektiven Gesundheitsdaten werden nicht nur die physische, sondern vor allem auch die psychische und soziale Dimension von Gesundheit mit ihren funktionellen Aspekten, insbesondere auch der Leistungsfähigkeit und der Leistungsbereitschaft erfasst. Auf der betrieblichen Ebene ergeben sich daraus wichtige Informationen für die Arbeitsmedizin, um präventive Maßnahmen an die richtige Zielgruppe zum richtigen Zeitpunkt zu bringen. Der Arbeitsgesundheitsmonitor versetzt uns in die Lage, in Querschnittstudien Vergleiche zwischen verschiedenen Gruppen, verschiedenen Tätigkeiten, verschiedenen Branchen in Bezug auf gesundheitliche Beschwerden anzustellen. Es wird nicht auf die Einzelzahlen ankommen, sondern auf die Vergleiche. Haben Bauhilfsarbeiter tatsächlich häufiger Rückenschmerzen als Büropersonal? Wie schaut ein internationaler Vergleich aus? Warum geht es bestimmten Berufsgruppen bei uns schlechter (oder besser) als in einem anderen Land? Was können wir daraus für präventive Maßnahmen lernen? Das sind die wesentlichen Fragestellungen. Der wesentliche Nutzen wird sein, dass wir in Zukunft aus diesen Daten wichtige Erkenntnisse für unsere Tätigkeit gewinnen können. In diesem Sinn stellt der Arbeitsgesundheitsmonitor eine Pionierleistung für die Gesundheitsberichterstattung dar, und man kann nur hoffen, dass die Arbeitsmedizin dieses Wissen auch entsprechend nutzen und in der Praxis umsetzen wird, zum Nutzen der Betriebe und der dort Beschäftigten.

Jean-Michel Miller, Eurofound Dublin

Das Labour Force Survey Ad-hoc-Modul 2007 zu „Musculoskeletal Disorders“

Das Ad-hoc-Modul ist ein europaweites Modul, das nach der gemeinsamen, einheitlichen Methodologie und einem gemeinsamen Fragebogen in allen Ländern der EU erhoben wird. Es umfasst auch selbstständig Beschäftigte und Beschäftigte in der Landwirtschaft.

Arbeitsbedingungen zu beschreiben ist natürlich auch eine Frage des Benutzens der neuesten Technologien, die es gibt. Zum Beispiel: Bei der Kartoffelernte: Wie hebe ich die Kartoffeln? Geschieht das in einer sich wiederholenden Bewegung oder gibt es dafür maschinelle Hilfsmittel? Oder beim Schweinefüttern: Wird der Sack mit Futtermittel jedes Mal gehoben oder gibt es hier eine Führungskette? Also die Frage ist nicht so sehr: Abhängig Beschäftigte oder selbstständig Beschäftigte, sondern Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation und Technologien, die zur Verfügung stehen.

Der Labour Force Survey führte eine Debatte und publizierte einen Bericht publiziert über die Qualität der Erhebung und die Qualität der Methodologie. In der Fragestellung liegt ja oft die Möglichkeit zur bestmöglichen Antwort. Am Beispiel von Vorgesetzten oder Arbeitskollegen, Stress, psychosomatischen Problemen: Es ist ja nicht nur so, dass es nur Vorgesetzte geben würde oder einen Führungsstil. Es ist auch so, dass Menschen in einer Einheit arbeiten, in einer Gruppe. Dann wird jemand, der auf Kinderurlaub war und danach wieder zur Arbeitsstelle kommt, in eine andere Gruppe eingeordnet. Das heißt, da gibt es Veränderungen, die nicht direkt mit dem Vorgesetzten oder mit den Kollegen zusammenhängen, sondern mit der Zusammensetzung und dem allgemeinen Ablauf der Gruppe. Also das ist ein sehr schwieriges Element - die Wirklichkeit so zu erfassen, wie sie ist. Das liegt an der - sagen wir mal - Ausrichtung der Umfrage, an der Vollständigkeit des Fragebogens, aber auch an der Fragestellung an sich. Es ist hier gesagt worden, die Resultate sind eher eine Unterschätzung. Ich möchte - ohne das hier im Detail zu wissen - mal ein Beispiel geben, wie es zu einer Unterschätzung kommen kann. In Österreich, wie in anderen Ländern der EU, ist die Frage der Migration und der Einwanderung sicherlich an der Tagesordnung. Das heißt, wir haben einen gewissen Prozentsatz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die in Länder kommen und nicht die Landessprache direkt sprechen oder voll verstehen. Also die Frage, die aufgeworfen werden muss, ist: Haben diejenigen die ich interviewt habe, meine Fragen richtig verstanden? Dann stellt sich auch die Frage: Was tun wir, um diejenigen, die die Fragen nicht in der nationalen Landessprache verstehen auch zu befragen?

Die Frage, zur Arbeit zu gehen, obwohl man krank ist: Ich glaube, das ist eine sehr wichtige Frage und wir versuchen in der Dublin Stiftung jetzt zuerst mal zu erheben, was es denn in den verschiedenen Ländern der EU zu der Frage bezüglich des so genannten „Presentism“ gibt. „Presentism“, das heißt, man ist nicht fähig, seine volle Leistung zu bringen. Das heißt, man ist nicht auf dem normalen Niveau. Das heißt, man arbeitet nicht, wie man unter normalen Bedingungen arbeiten würde. Es gibt in verschiedenen Ländern Umfragen, wo die Frage gestellt wird: Sind Sie schon mal zur Arbeit gegangen, obwohl Sie krank waren oder sich krank gefühlt haben? Alleine schon mal zu wissen, dass es Umfragen zu diesem Thema gibt und was die Fragestellungen sind, ist schon von Wichtigkeit. Was dann nachher aus den Ergebnissen gemacht wird, wie sie umgesetzt werden, ist eine Aufgabe für andere, nicht für die Wissenschaftler/-innen.

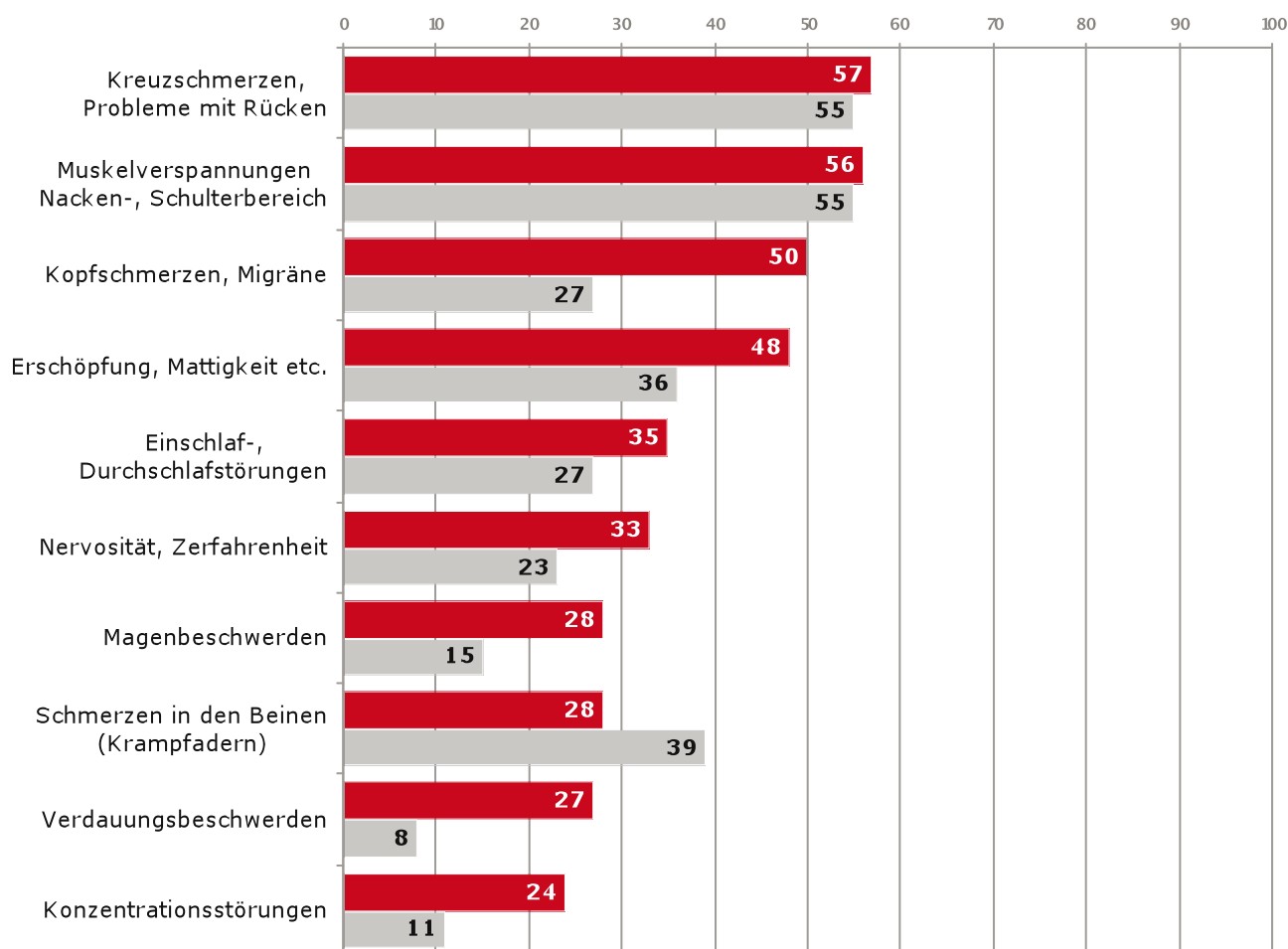
Ausgewählte Ergebnisse aus dem Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor

Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Es zeigt sich insgesamt ein Bild mangelnden Bewusstseins der Bedeutung von Arbeitsbedingungen für die Gesundheit. Es scheint den Menschen nur unter bestimmten Bedingungen klar zu sein, dass die Bedingungen, unter denen sie lange Zeit in bzw. mit der Arbeit verbringen, einen wesentlichen Einfluss auf ihre gesundheitliche Lage haben.

Es ist jeweils nur etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) der Betroffenen, die ihre Rückenschmerzen und Rückenverspannungen auf die Arbeit zurückführen – und dies sind noch die höchsten Anteile. Bei jenen, die Schmerzen in den Beinen haben, liegt der Anteil noch bei 39 Prozent gefolgt von Personen, die erschöpft oder abgeschlagen waren, die dies zumindest zu 36 Prozent mit ihrer Arbeit in Verbindung bringen. Alle anderen Anteile liegen hier deutlich darunter.

Häufigste Beschwerden: Rückenprobleme



Ein Beispiel aus Grafik: Insgesamt gaben 19 Prozent der unselbstständig Beschäftigten an, in den letzten Wochen vor der Befragung hohen Blutdruck gehabt zu haben. Nur 14 Prozent der Betroffenen führen dies auf ihre Arbeit zurück (auf Basis aller Arbeitnehmer/-innen sind dies nur 2,7 Prozent).

Insgesamt betrachtet gelingt es den Betroffenen nur bei Schmerzen im Bewegungs- und Stützapparat in nennenswertem Maße, die Ursachen dieser Symptome maßgeblich in der Arbeitstätigkeit zu sehen. Die Analyse der Ergebnisse zeigt jedoch, wie relevant die Arbeitsbedingungen für die Gesundheit sind. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass jede Belastung am Arbeitsplatz – sei es dauerhaft schwere körperliche Anstrengung oder Probleme mit dem Vorgesetzten – zu einem starken Ansteigen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter den Belasteten führt.

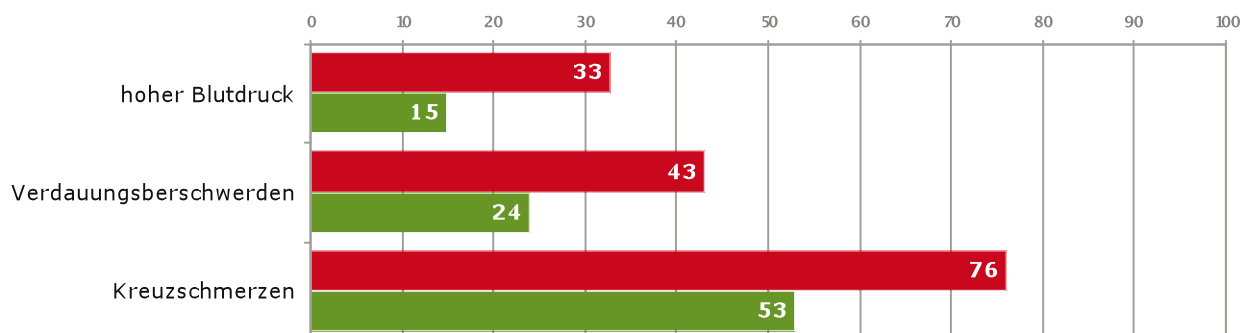
Beschwerden häufiger bei belasteten Personen

Belastung durch...

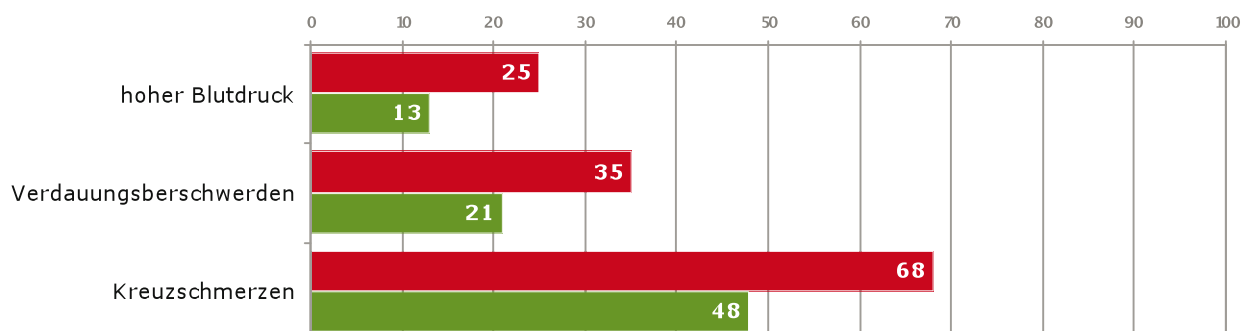
Vorgesetzten



Arbeitskollegen



Zeitdruck



Unter jenen Arbeitnehmer/-innen, die das Verhältnis zu ihren Vorgesetzten als belastend empfinden, leiden 36 Prozent unter hohem Blutdruck. Gibt es keinen Stress mit den Vorgesetzten, so liegt der entsprechende Anteil nur noch bei 16 Prozent. 40 Prozent der Belasteten haben Verdauungsbeschwerden, aber nur 26 Prozent derer, die eine unbelastete Beziehung zum Chef haben. Auch bei Rückenschmerzen liegt der Anteil der Betroffenen mit 78 Prozent bei den Belasteten deutlich höher als mit 55 Prozent bei den Unbelasteten.

Analoge Ergebnisse gelten beispielsweise auch für den Zeitdruck in der Arbeit: Ist dieser hoch, so steigt der Anteil an Personen mit hohem Blutdruck auf 25 Prozent - gegenüber 13 Prozent bei geringem bis keinem Zeitdruck. Die Prävalenz von Verdauungsbeschwerden erhöht sich von 21 auf 35 Prozent, jene der Rückenschmerzen von 48 auf 68 Prozent.

Die Ergebnisse der Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitlicher Lage lassen sich auch auf Basis von Risikofaktoren darstellen. So kann angegeben werden, um welchen Faktor sich die Zahl der Betroffenen erhöht, wenn eine bestimmte Belastung vorliegt. Für unser Beispiel des Zusammenhangs zwischen Bluthochdruck und Probleme mit dem Vorgesetzten beträgt der Risikofaktor gerundet 2,2 – d.h. dass anteilmäßig mehr als doppelt so viele Menschen unter Belastung hohen Blutdruck haben als ohne Belastung. Je nach Höhe des generellen Vorkommens (Prävalenz) einer Beeinträchtigung ist die Höhe eines Risikofaktors einzustufen. So sind beispielsweise im Bereich der Rückenschmerzen auch Risikofaktoren von 1,2 relevant, bedeutet dies immerhin ein um 20 Prozent erhöhtes Risiko unter Belastung und bedeutet z.B. einen Unterschied von 10 Prozentpunkten in der Häufigkeit des Auftretens. Betrachtet man sämtliche Risikofaktoren, zeigt sich, dass es kaum eine Belastung gibt, die das Risiko bei einer Reihe von körperlichen Symptomen nicht um mindestens 50 Prozent erhöhen kann.

Die Zusammenhangsmuster sind dabei unterschiedlich: Generell zeigt sich, dass psychische Belastungen einen höheren und umfassenderen – also auf mehr Beeinträchtigungen bezogenen – Einfluss haben also körperliche Belastungen. Die wesentlichen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz sind: Probleme mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen, Zeitdruck, ständige Kontrolle und mangelnde Rückzugsmöglichkeiten. Am stärksten werden von diesen hoher Blutdruck, Magen- und Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen sowie Herzklopfen bzw. ein beklemmender Druck auf der Brust beeinflusst. Aber auch die Auswirkungen auch stärker körperbezogene Symptome wie Rückenschmerzen und Verspannungen sind nicht zu unterschätzen: Während für psychische Belastungen die Risikofaktoren für diesen Bereich zwischen 1,4 und 1,5 liegen, betragen sie unter körperlichen Belastungen (einseitige Tätigkeit, schwere körperliche Arbeit etc.) 1,5 bis 1,6 und sind damit nur knapp höher.

Fasst man die Summe der Arbeitsbedingungen im Arbeitsklima Index zusammen und teilt man die Erwerbstätigen anhand dieser Index in vier gleich große Gruppen – beginnend vom Viertel mit den höchsten (und damit positivsten) Werten bis hin zum Viertel mit den niedrigsten (und damit negativsten) Werten – und vergleicht schließlich die Prävalenzen von körperlichen (und psychischen Beeinträchtigungen) zwischen diesen Gruppen, lassen sich deutliche Unterschiede feststellen.

Prävalenzraten nach Arbeitsklima Index

AK-INDEX	25% niedrigste AK-I-Werte	2. Quartil	3. Quartil	25% höchste AK-I-Werte	relatives Risiko (1.:4. Quartil)	Differenz niedrigste und höchste AK-I- Werte
n	1.280	1.259	1.262	1.187	-	-
Verdauungsbeschwerden	42	29	23	14	3,00	28 %
Magenbeschwerden	44	30	22	12	3,67	32 %
Kopfschmerzen, Migräne	64	51	45	36	1,78	28 %
Einschlaf-, Durchschlafstörungen	49	35	28	19	2,58	30 %
Erschöpfung, Müdigkeit, etc.	65	52	42	28	2,32	37 %
Nervosität, Zerrahrenheit	49	37	26	16	3,06	33 %
Konzentrationsstörungen	38	25	19	10	3,80	28 %
Muskelverspannungen Nacken-, Schulterbereich	70	62	51	37	1,89	33 %
Kreuzschmerzen, Probleme mit Rücken	71	63	49	35	2,03	36 %
Schmerzen in den Beinen (Krampfadern)	41	30	22	12	3,42	29 %
hoher Blutdruck	28	19	13	9	3,11	19 %
starkes Herzklopfen, -rasen, Druck auf der Brust	27	16	12	7	3,86	20 %
Hautausschläge, Juckreiz, etc.	24	17	13	9	2,67	15 %
Atembeschwerden, Kurzatmigkeit, Asthma	24	14	11	5	4,80	19 %
chronischer Husten	22	14	11	7	3,14	15 %
Augenprobleme (Brennen, Jucken, Allergien)	32	22	21	13	2,46	19 %
Beeinträchtigungen des Sehvermögens	27	18	15	9	3,00	18 %
Beeinträchtigungen des Hörvermögens	19	12	10	5	3,80	14 %

Auch hier sollen wenige Beispiele die Gesamtsituation veranschaulichen. Um die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen zu beurteilen, vergleicht man am besten das Viertel mit den besten mit dem Viertel mit den (relativ) schlechtesten Arbeitsbedingungen. Es handelt sich um sehr große Personengruppen, wovon jede etwa 900.000 unselbstständig Beschäftigte repräsentiert.

Während von jenen Arbeitnehmer/-innen, die besonders gute Arbeitsbedingungen vorfinden, 14 Prozent Verdauungsprobleme aufweisen, liegt der Anteil bei jenen mit den schlechteren Arbeitsbedingungen bei 42 Prozent. Der Anteil ist somit dreimal so hoch, der Risikofaktor beträgt also 3,0. Die Differenz in der Prävalenz beträgt 28 Prozentpunkte. Bei den Rückenschmerzen liegt der Risikofaktor bei 2,0 – d.h. doppelt so viele sind unter schlechten Arbeitsbedingungen von Rückenleiden betroffen als unter günstigen Bedingungen. Das Verhältnis ergibt sich aus 71 gegenüber 35 Prozent Betroffenen. Die Liste und Unterschiede lassen sich für alle körperlichen – und in weiterer Folge auch für die psychischen – Beeinträchtigungen fortsetzen.

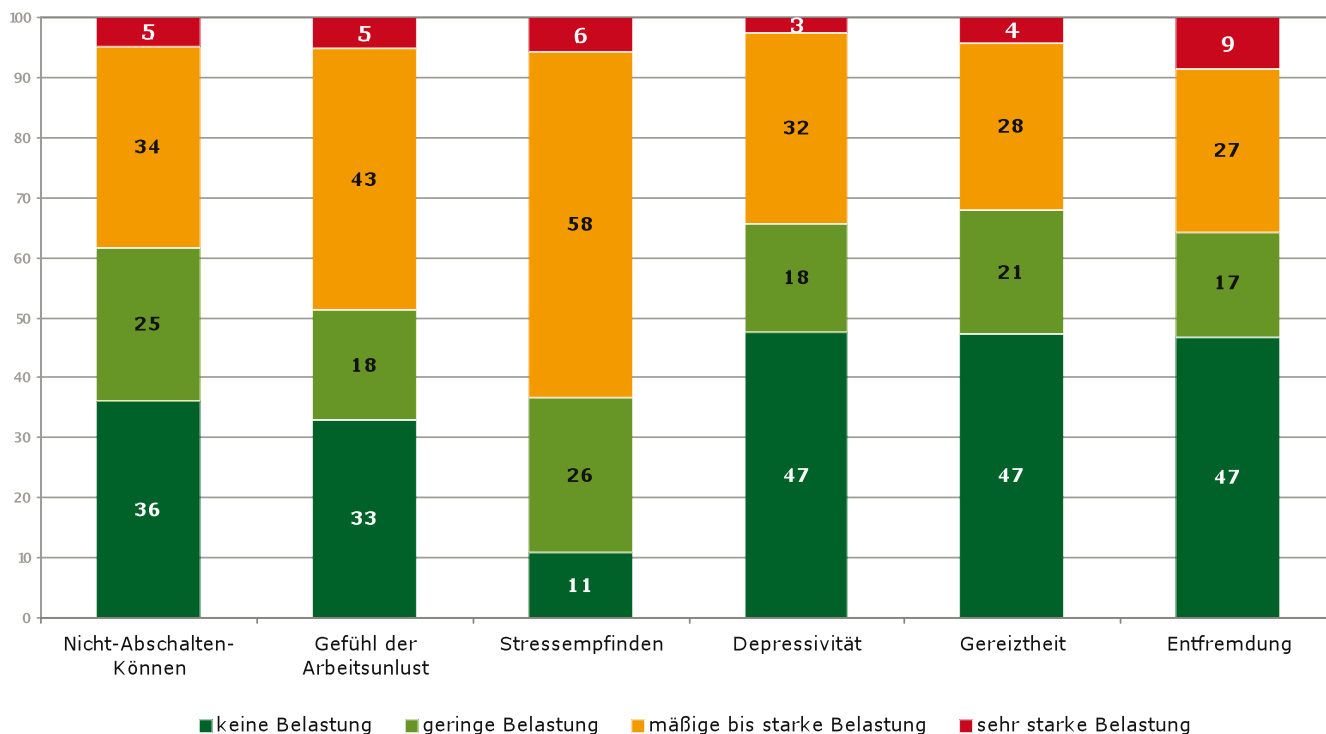
Daraus kann abgeleitet werden, welche Effekte durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen möglich wären. Wenn es z.B. durch Änderung der Arbeitsverhältnisse gelingen würde, den Anteil der Rückenprobleme von 71 Prozent auf das Niveau etwa 50 Prozent zu reduzieren (entspricht jenem im 3. Quartil der Tabelle, also der am zweitbesten gestellten Gruppe), so würde dies 189.000 Betroffene weniger bedeuten – dabei sind Verbesserungsmöglichkeiten in den anderen Gruppen noch gar nicht berücksichtigt. Die möglichen Effekte einer verbesserten Arbeitsorganisation sollten daher nicht unterschätzt werden, wiewohl natürlich individuelles Gesundheitsverhalten und körperliche bzw. psychische Veranlagung ebenso hohen Stellenwert einnehmen.

Psychische Beeinträchtigungen

Psychische Beeinträchtigungen werden anhand einer Reihe von einzelnen Indikatoren und Fragen erhoben. Auf Basis der sehr zahlreichen Antworten werden die Indikatoren inhaltlich kategorisiert in: Nicht-Abschalten-Können, Arbeitsunlust (Demotivation), Stressempfinden, Depressivität, Gereiztheit und Sinnleere (Entfremdung von der Arbeit). Je nach Antwortmuster wurden die Arbeitnehmer/innen in jeder Kategorie in eine von vier Gruppen zugeordnet: (1) sehr stark Belastete, (2) mäßig bis stark Belastete, (3) gering bis kaum Belastete und (4) nicht Belastete.

Am stärksten ist die Belastung im Bereich des Stressempfindens: Knapp zwei Drittel der Befragten gelten hier als belastet (6 Prozent sehr stark). Knapp die Hälfte hat größere Probleme, sich für die Arbeit zu begeistern bzw. zu motivieren, 39 Prozent können nach der Arbeit nicht abschalten und verlieren damit wertvolle Regenerationszeit. Ein gutes Drittel kann der eigenen Arbeitstätigkeit kaum bis keinen (gesellschaftlichen) Nutzen bzw. Sinn zuschreiben. Ähnlich hoch liegen die Anteile an Personen, die depressive Symptome aufweisen oder gegenüber ihrer Umwelt übermäßig gereizt auftreten.

Psychische Beeinträchtigungen



Die psychischen Befindensbeeinträchtigungen sind wie die körperlichen Symptome sehr stark mit den Arbeitsbedingungen assoziiert. So steigt der Anteil an Personen, die nach der Arbeit nicht abschalten können, besonders stark an, wenn es Probleme mit dem Vorgesetzten (66 Prozent) oder den Arbeitskollegen (61 Prozent) gibt. Auch unter Zeitdruck verstärkt sich die Problematik deutlich: 56 Prozent der Belasteten können sich nach der Arbeit kaum erholen.

Analoge Ergebnisse gelten auch für die anderen psychischen Beeinträchtigungen. Exemplarisch ist dies in Grafik (von Folie 10) auch noch für das Gefühl der Arbeitsunlust dargestellt.

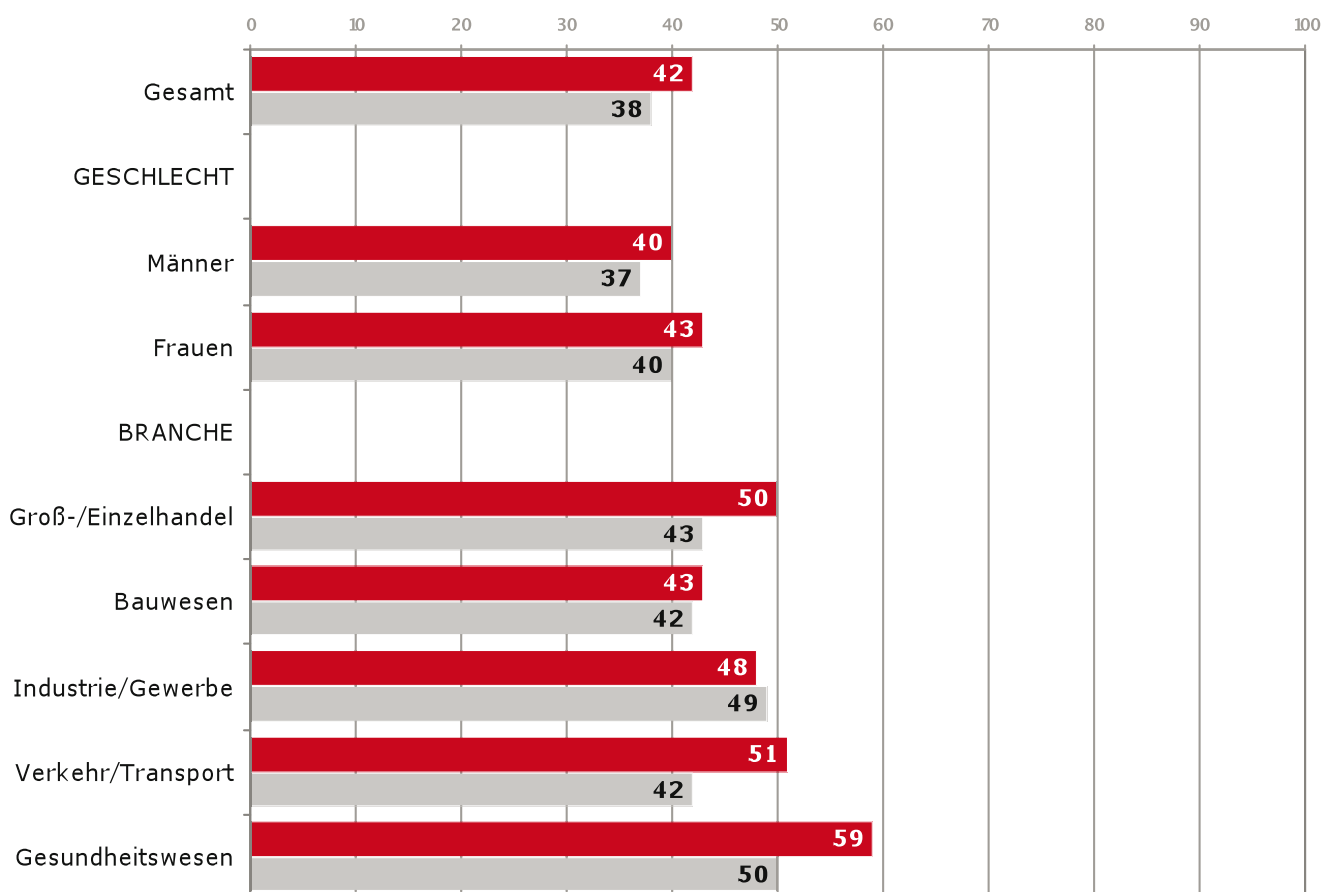
Arbeitengehen trotz Krankheit

Im Schnitt gehen – bezogen auf das vergangene halbe Jahr vor der Befragung – 42 Prozent der Arbeitnehmer/-innen zur Arbeit, obwohl sie gesundheitlich so stark beeinträchtigt sind, dass es für sie besser wäre, zu Hause zu bleiben. Im Vergleich dazu, waren laut eigenen Angaben 38 Prozent tatsächlich aufgrund einer Erkrankung zu Hause.

Nach der Anzahl an Tagen gefragt, die bei eingeschränkter Gesundheit pro Halbjahr in der Arbeit verbracht werden, geben die Betroffenen im Schnitt neun Tage an, das sind knapp zwei Arbeitswochen. Wichtig ist, dass es hier wiederum um das subjektive Empfinden geht und auch psychische Faktoren eine Rolle spielen.

Eine Branche, in der besonders häufig krank zu Arbeit gegangen wird, ist das Gesundheitswesen (59 Prozent).

Arbeit trotz Krankheit/Krankenstand



Ein Blick auf die Motive für dieses Verhalten, erklärt dieses Faktum: Am häufigsten wird das Pflichtgefühl gegenüber den Kollegen/-innen genannt (58 Prozent der Betroffenen). 37 Prozent geben an, dass die Arbeit liegen bleiben würde und 31 Prozent hatten bzw. haben keine Vertretung in solchen Fällen. 14 Prozent fürchteten sich vor Konsequenzen, wenn sie zu Hause geblieben wären. Hochgerechnet auf alle Beschäftigten sind dies etwa 210.000 Personen. Diese Angst ist vor allem unter Arbeiter/-innen mit geringen beruflichen Qualifikationen besonders stark verbreitet.