

Gesundheitsförderung bei Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen

von Antje Ducki¹ und Christine Busch²

ABSTRACT

Beschäftigungsverhältnisse werden als prekär bezeichnet, wenn sie nicht geeignet sind, auf Dauer den Lebensunterhalt einer Person sicherzustellen und/oder deren soziale Sicherung zu gewährleisten. Der Beitrag liefert einen Überblick über die Vielfalt und Verbreitung prekärer Beschäftigungsverhältnisse, die gesundheitliche Situation von prekär Beschäftigten, ihre Belastungen sowie über Möglichkeiten einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung. Beispielhaft wird ein teambasiertes Stress- und Ressourcenmanagementprogramm für gering qualifizierte Beschäftigte vorgestellt. Die Evaluation des Programms macht deutlich, dass nicht nur Beschäftigte, sondern auch die Unternehmen von einem solchen Programm profitieren können.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, prekäre Beschäftigung, atypische Beschäftigungsverhältnisse

Employment relationships are referred to as precarious when they are not likely to permanently secure a person's livelihood and/or guarantee his or her social protection. The article provides an overview of the diversity and prevalence of precarious employment, the health situation of people engaged in precarious work, the pressures upon this group and opportunities for targeted health promotion. It presents an example of a team-based stress and resource management programme for low-skilled workers. Evaluation of the programme indicates that not only employees but also the companies that employ them might profit from such a programme.

Keywords: health promotion, precarious employment, atypical employment

1 Einleitung

Der Erhalt und die Schaffung von Arbeitsplätzen ist unter den Bedingungen globalisierter Märkte und Wettbewerbsbedingungen in den letzten Jahrzehnten ein schwieriges Unterfangen geworden. Der starke internationale Konkurrenz- und Preisdruck hat die Strukturen der deutschen Wirtschaft nachhaltig verändert: Nicht nur Produkte und Produktionsverfahren sind in den letzten Jahrzehnten flexibilisiert worden, sondern auch die Beschäftigungsverhältnisse wurden stark ausdifferenziert und dereguliert. In der Hoffnung, den Arbeitsmarkt mit Blick auf die dynamischen Marktveränderungen anpassungsfähiger zu gestalten, wurde zum Beispiel der Kündigungsschutz gelockert. Diese Veränderungen haben zu neuen, „atypischen“ Beschäftigungsformen geführt. Zu den atypischen Beschäftigungen zählen alle abhängigen Beschäftigungsverhältnisse, befristete Arbeitsverhältnisse, Teilzeite-

beschäftigungen (mit 20 oder weniger Stunden), Zeitarbeitsverhältnisse und/oder geringfügige Beschäftigung (unter 400 Euro/Monat) (Statistisches Bundesamt 2009, 5). Normalarbeitsverhältnisse hingegen sind gekennzeichnet durch eine Vollzeittätigkeit oder eine Teilzeittätigkeit mit mindestens der Hälfte der üblichen vollen Wochenarbeitszeit, ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis sowie die Integration in die sozialen Sicherungssysteme. 2008 arbeiteten nach den Ergebnissen des Mikrozensus zwar immer noch zwei Drittel (66 Prozent) der Erwerbstätigen in den relativ stark regulierten Normalarbeitsverhältnissen, aber 22,2 Prozent bereits in den vielgestaltigen atypischen Beschäftigungsverhältnissen (Statistisches Bundesamt 2009, 7)

Zwischen den einzelnen Formen atypischer Beschäftigung gibt es Überschneidungen, da das Beschäftigungsverhältnis beispielsweise gleichzeitig eine Teilzeitbeschäftigung und befristet sein kann (Abbildung 1). Am größten ist die Über-

¹ Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Antje Ducki, Beuth Hochschule für Technik Berlin, Fachbereich I: Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften Luxemburgerstraße 10 · 13353 Berlin · Telefon: 030 4504-2548 · Telefax: 030 4504-2001 · E-Mail: antje.ducki@beuth-hochschule.de

² Dr. phil. Dipl.-Psych. Christine Busch, Universität Hamburg, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft Von-Melle-Park 11 · 20146 Hamburg · Telefon: 040 42838-4198 · Telefax: 040 42838-2650 · E-Mail: cbusch@uni-hamburg.de

schneidung zwischen Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung. So waren 2008 rund 1,9 Millionen Menschen nicht nur in Teilzeit, sondern auch geringfügig, das heißt unter 400 Euro pro Monat beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2009, 7).

Viele atypische Beschäftigungsverhältnisse werden auch als prekäre Beschäftigungsverhältnisse bezeichnet (precaire: widerruflich, unsicher, auf Bitten gewährt). Sie haben für die Beschäftigten zahlreiche Nachteile und Risiken für Gesundheit und Wohlbefinden, wie im Folgenden aufgezeigt wird.

2 Definition und Verbreitung von prekären Beschäftigungsverhältnissen

Letztendlich ist der Begriff der prekären Beschäftigungsverhältnisse ein politisch geprägter Sammelbegriff für unterschiedliche Beschäftigungsbedingungen: Befristung, geringes Einkommen, keine oder reduzierte Arbeitnehmerschutzrechte, eingeschränkter Sozialversicherungsschutz. Diese Kombination unterschiedlicher Merkmale und eine zu vermutende hohe Dunkelziffer machen es schwer, eindeutige Zahlen zu ihrer Verbreitung zu nennen. Berücksichtigt man die über fünf Millionen Erwerbstätigen, die mit einem weit unterdurchschnittlichen Lohn entweder Leih- oder Zeitarbeits-

verträge haben, fallen laut Hans-Böckler-Stiftung (2006) rund 14 Prozent der Erwerbstätigen in „die Zone des Prekariats“.

Laut Statistischem Bundesamt kann prekäre Beschäftigung mit atypischer Beschäftigung einhergehen, ist mit dieser aber nicht gleichzusetzen. „Beschäftigungsverhältnisse werden als prekär bezeichnet, wenn sie nicht geeignet sind, auf Dauer den Lebensunterhalt einer Person sicherzustellen und/oder deren soziale Sicherung zu gewährleisten. Bei der Einstufung einer Erwerbstätigkeit als prekär sind auch persönliche Lebensumstände des Erwerbstätigen, wie der bisherige Verlauf des Arbeitslebens und der Haushaltskontext, zu beachten“ (Statistisches Bundesamt 2009, 5).

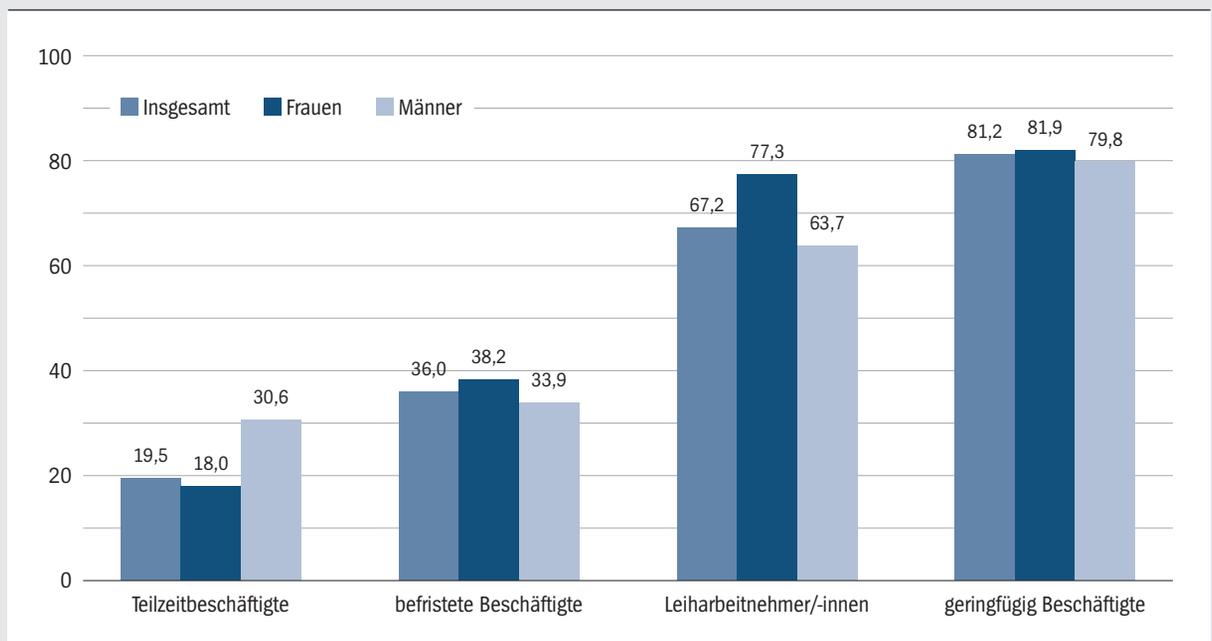
Prekär Beschäftigte haben in der Regel keine Lohnfortzahlungsansprüche bei Krankheit und Urlaub, keine oder nur eingeschränkte Mitbestimmungsrechte und werden unterhalb der Tariflohngrenzen bezahlt. Im Jahr 2006 war der Lohn für 900.000 prekär Beschäftigte so niedrig, dass sie ergänzende Hilfen aus dem Arbeitslosengeld II in Anspruch nehmen mussten (IAB 2010). Zur prekären Beschäftigung zählen Mini-Jobs, erzwungene und nicht existenzsichernde Teilzeitarbeit, Werkvertragsarbeit, befristete Arbeit und Praktika (Bury 2007).

Der Anteil der Geringverdiener unter den prekär Beschäftigten ist in den letzten zehn Jahren um 71,5 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt 2009). Der durchschnittliche

ABBILDUNG 1

Anteil von Beschäftigten in unterschiedlichen atypischen Beschäftigtenformen, differenziert nach Geschlecht (in Prozent)

Mehrfachangaben möglich



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009; Grafik: G+G Wissenschaft 2010

Stundenverdienst von Geringverdienern beträgt 8,98 Euro und liegt damit deutlich unter der Niedriglohngrenze von 9,85 Euro. Abbildung 2 zeigt, dass Geringverdiener mit Niedriglohn vor allem in der Gruppe der atypisch Beschäftigten zu finden sind.

Prekäre Beschäftigungsformen finden sich besonders häufig in der Leih- und Zeitarbeit. 56 Prozent der großen Unternehmen und Konzerne geben an, Zeitarbeitnehmer einzusetzen, um Personalengpässe aufgrund von Auftragsspitzen, Krankheit oder Mangel an qualifiziertem Personal abzufangen (TNS Emnid 2007). Über die Hälfte der Beschäftigungsverhältnisse in der Leiharbeit dauern weniger als drei Monate.

Prekär Beschäftigte werden in wirtschaftlichen Krisenzeiten zuerst arbeitslos, was die Bundesagentur für Arbeit für die vergangenen beiden Jahre bestätigt. So setzte der saisonbereinigte Rückgang der Beschäftigung in der Zeit- und Leiharbeit nach Bekanntwerden der Wirtschaftskrise bereits im zweiten Quartal 2008 ein, für die Beschäftigten insgesamt hingegen erst zum Jahreswechsel 2008/2009 (Bundesagentur für Arbeit 2009).

Prekär Beschäftigte finden sich heute auf allen Qualifikationsstufen. Hoch qualifizierte Akademiker, Journalisten, Schauspieler oder Künstler sind phasenweise oder dauerhaft prekären Beschäftigungsverhältnissen ausgesetzt, wenn sie zum Beispiel unter restriktiven Praktikums-, Werkvertrags- oder Freie-Mitarbeit-Konditionen beschäftigt werden. Stark

betroffen sind jedoch vor allem gering qualifizierte Arbeitnehmer, vorzugsweise in haushaltsnahen Dienstleistungen, im Reinigungsgewerbe, im Verkauf oder in der Gastronomie (Brinkmann et al. 2006; IAB 2008).

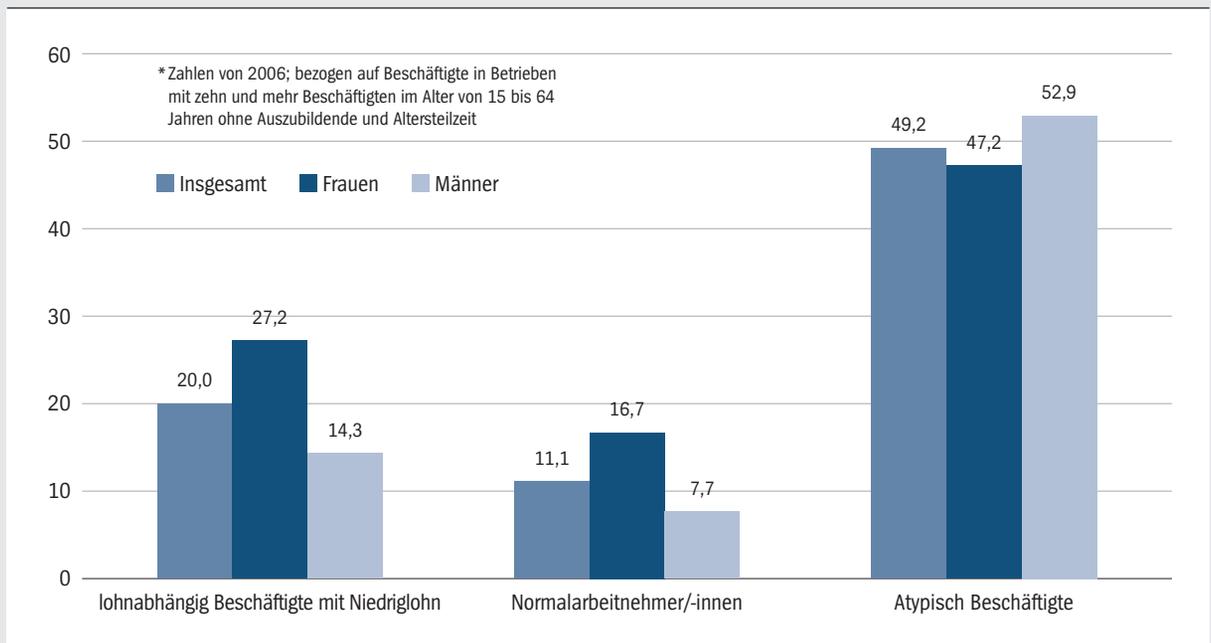
3 Belastungen durch prekäre Beschäftigungsverhältnisse

Welche Belastungen sind mit prekären Beschäftigungsverhältnissen verbunden? Aufgrund der schon aufgezeigten Heterogenität der Gruppe der prekär Beschäftigten ist eine zusammenfassende Aussage zu den Belastungen ebenfalls schwierig. Es liegen jedoch empirische Studien für Belastungen von Teilgruppen von prekär Beschäftigten wie zum Beispiel für Leiharbeiter oder für Geringqualifizierte vor.

Tätigkeiten von Geringqualifizierten sind durch eine Kombination aus geringer Autonomie bei gleichzeitig hohen körperlichen und psychosozialen Belastungen gekennzeichnet, Schicht- und Nachtarbeit ist weit verbreitet (Scrithongchai und Intaranont 1996; Bosch und Kalina 2005). Sie sind 2,5-mal häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt als unbefristet Beschäftigte und geben 1,7-mal häufiger an, mehr in die Arbeitsbeziehung zu investieren als sie vom Arbeitsgeber zurückbekommen (Busch et al. 2009).

ABBILDUNG 2

Anteil der Beschäftigten* mit Niedriglohn, differenziert nach Geschlecht (in Prozent)



Für die Gruppe der Zeit- und Leiharbeiter gilt, dass sie besonders häufig in gesundheitsgefährdenden Arbeitsbereichen (z.B. in der Metall- oder Chemiebranche) eingesetzt werden und oft mangelhafte (Sicherheits-)Unterweisungen am Arbeitsplatz erhalten. Diese Arbeiternehmer berichten über ein höheres Belastungsniveau, geringere Autonomie, wenig Herausforderungen und im Vergleich zu regulär Beschäftigten weniger Möglichkeiten zur Partizipation. Sie sind nahezu doppelt so stark durch Lärm, ständiges Stehen, durch schwere Lasten und ungünstige ergonomische Bedingungen belastet als regulär Beschäftigte und geben deutlich mehr psychische Belastungen, insbesondere durch monotone Arbeitsbedingungen, hohen Zeit- und Leistungsdruck und genau vorgegebene Leistungsanforderungen an (Fuchs und Conrads 2003). Zeitarbeiter werden zudem häufig im Schichtbetrieb eingesetzt.

Besondere Belastungen ergeben sich für befristet Beschäftigte durch die existenzielle Unsicherheit, den ständigen Wechsel des Arbeitsorts und den damit verbundenen immer neuen dinglichen und sozialen Arbeitssituationen. Befristet Beschäftigte müssen sich in kurzer Zeit an neue örtliche Bedingungen und spezifische Arbeitsverfahren gewöhnen. Dies wird auch als ein Grund für das höhere Unfallrisiko von Leiharbeitnehmern angegeben (Splittgerber 2009). Auch die soziale Situation ist immer wieder neu zu gestalten, dauerhafte soziale Kontakte können nicht aufgebaut werden (Grazil-Rundbrief o.J.).

Unabhängig von der Tätigkeit, der Branche, dem Qualifikationsniveau und der Dauer der Befristung kann als gemeinsamer Belastungsfaktor befristet Beschäftigter der hohe Leistungsdruck angesehen werden, der sich aus der Hoffnung des Arbeitnehmers speist, bei überdurchschnittlich guter Leistung vom Unternehmen in ein dauerhaftes Beschäftigungsverhältnis übernommen zu werden. Verbunden mit dieser Hoffnung sind ein hoher Anpassungsdruck und eine hohe Bereitschaft, auch gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen zu akzeptieren.

Häufige Betriebswechsel und kürzere Betriebszugehörigkeiten verschlechtern die Chance auf Weiterbildungsteilnahme. Empirische Studien zeigen, dass die Weiterbildungs-/Qualifizierungschancen für die psychische Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit befristet Beschäftigter wichtige Einflussfaktoren sind (Felfe et al. 2005). Außerdem sind sie der wichtigste Faktor, um dauerhafte Beschäftigung sicherzustellen und auch im Alter und in Rezessionsphasen vor Arbeitslosigkeit zu schützen (Reinberg und Hummel 2005). Vor allem gering qualifiziert Beschäftigte befinden sich hier in einem besonderen Teufelskreis: Der Zugang zu genau den Ressourcen, die ihnen einen Ausweg aus den prekären Beschäftigungsverhältnissen eröffnen könnten, ist ihnen aufgrund ihres Beschäftigungsstatus erschwert.

Über die aufgezeigten Belastungen hinaus, die sich aus den vertraglichen Beschäftigungsbedingungen ergeben, sind diese Arbeitnehmer immer auch den konkreten Arbeitsbelastungen vor Ort ausgesetzt, die sich je nach Tätigkeit, Branche und betrieblichen Bedingungen stark unterschei-

den: Ein Leiharbeiter in einem Produktionsunternehmen ist gegebenenfalls starkem Lärm ausgesetzt, in der Gastronomie dominieren arbeitszeitliche und soziale Belastungen im Kontakt mit Gästen, eine Pflegekraft im Hospiz ist emotionalen Belastungen im Umgang mit Tod und Sterben ausgesetzt.

Diese tätigkeitsspezifischen Belastungen kommen zu den tätigkeitsunspezifischen Belastungen hinzu. Für die Intervention und Gesundheitsförderung ergeben sich damit unterschiedliche Ansatzpunkte: Zum einen muss es um den Abbau der Belastungen gehen, die sich aus den Besonderheiten des Arbeitsverhältnisses ergeben, zum anderen müssen die konkreten Vor-Ort-Bedingungen in den Fokus genommen werden.

4 Gesundheitliche und psychosoziale Folgen von prekärer Beschäftigung

Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die zeigen, dass instabile Beschäftigungsformen, die mit Angst vor Arbeitslosigkeit, niedrigem Einkommen, hohen Arbeitsbelastungen und geringem beruflichen Status verknüpft sind, vermehrt Stress verursachen (z.B. Bammann und Helmert 2000). Die bedeutsamsten Wirkungen prekärer Beschäftigungsverhältnisse ergeben sich durch die existenzielle Unsicherheit und das Gefühl des Ausgeliefertseins an wechselnde und nicht vorhersehbare Bedingungen des Marktes: Unter prekären Beschäftigungsverhältnissen ist es schwer, langfristige Ziele zu verfolgen, Kontinuität im Lebensverlauf herzustellen und das eigene Leben als selbst gestaltbar zu erleben. Die positive Erfahrung, dass die Dinge durch eigenes Handeln entsprechend eigenen Zielen beeinflusst werden können, stärkt jedoch das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit, es ermöglicht die Herausbildung optimistischer Grundhaltungen wie der, das Leben auch in schwierigen Situationen meistern zu können, und stellt damit eine wesentliche Voraussetzung für psychische Stabilität und Gesundheit dar, was zahlreiche empirische Studien belegen (Wydler et al. 2006).

Menschen in dauerhaft schwierigen Soziallagen, die zum Beispiel aufgrund fehlender beruflicher Ausbildungen wiederholt die Erfahrung von Arbeitslosigkeit gemacht haben, die unter Armutsbedingungen leben und unter prekären Bedingungen arbeiten, haben deutlich weniger Möglichkeiten, solche selbstwertstärkenden Handlungserfahrungen zu machen. Besonders gering qualifizierte Personen zeichnen sich entsprechend auch durch ein geringes psychisches Wohlbefinden aus (Statistisches Bundesamt 1998; Robert-Koch-Institut 2008). Personale Ressourcen wie allgemeine Problemlösekompetenzen, Selbstvertrauen, Bildungsmotivation, generelle Lebenszufriedenheit und optimistische Zukunftserwartungen sind bei ihnen weniger ausgeprägt (Forjanic 2002). Das wiederholte Erleben der eigenen Einflusslosigkeit erhöht darüber hinaus das Risiko für Depressionen und Angsterkrankungen.

Bedeutsam ist auch die familiäre Lebenssituation. So führt die eingeschränkte soziale Teilhabe, die mit einem

geringen Einkommen verbunden ist, nicht nur bei den betroffenen Arbeitnehmern, sondern auch bei ihren Angehörigen zu sozialer Ausgrenzung. Das Leid der Kinder wiederum wirkt aber auf die psychische Situation der Eltern zurück, wie man aus der Arbeitslosenforschung weiß. Gefühle des Versagens und der gesellschaftlichen Minderwertigkeit werden darüber verstärkt.

Für die Gruppe der Geringqualifizierten kommt häufig ein risikoreiches Gesundheitsverhalten als Problem hinzu: Männer und Frauen mit sehr niedrigem Bildungsniveau treiben deutlich weniger Sport und sind dreimal so oft stark übergewichtig als Menschen mit hohem Bildungsstatus. Starkes Übergewicht, Bluthochdruck und zu hohe Blutfettwerte sind die wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Angehörige unterer sozialer Schichten sind daher einer erheblich höheren Mortalität und Morbidität ausgesetzt als Angehörige der oberen sozialen Schicht (Robert-Koch-Institut 2008; Lim et al. 2002; Mielck und Bloomfield 2001). Gleichzeitig sind Stressresistenz und Gesundheit aber die zentralen Voraussetzungen einer langfristigen Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

5 Prävention und Gesundheitsförderung für prekär Beschäftigte

Wie kann für prekär Beschäftigte eine wirkungsvolle Prävention und Gesundheitsförderung aussehen? Generell werden verhaltens- und verhältnisbezogene Angebote unterschieden (Zimolong et al. 2008; Bamberg et al. 2003). Während die verhältnisbezogenen Angebote an den Arbeitsbedingungen ansetzen und versuchen, Belastungen zu beseitigen und situative Ressourcen zu fördern, setzen die verhaltensbezogenen Angebote beim betroffenen Menschen an. Durch die Stärkung der individuellen Widerstandskräfte und Ressourcen soll der Mensch befähigt werden, mit den gegebenen Bedingungen möglichst gesundheitsförderlich umzugehen. Konsens besteht in der Forschung, dass eine Kombination aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Angeboten besonders wirkungsvoll und effektiv ist. Für eine hohe Effektivität von Maßnahmen müssen diese darüber hinaus möglichst genau auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sein und die konkreten Lebens- und Arbeitsbedingungen angemessen berücksichtigen (Rosenbrock und Michel 2007).

Angesichts der Heterogenität der Gruppe prekär Beschäftigter wäre es unsinnig, einheitliche Empfehlungen für eine effektive Gesundheitsförderung auszusprechen. So muss Gesundheitsförderung für die Gruppe der Geringqualifizierten beispielsweise das Thema Qualifizierung und berufliche Weiterentwicklung aufgreifen und mit Fragen der Gesundheit verbinden. Da für diese Beschäftigtengruppe auch ein besonders problematisches Gesundheitsverhalten bekannt ist, sollten Gesundheitsförderungsmaßnahmen entsprechend dieser Erkenntnis das Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewe-

gung) thematisieren. Hingegen werden Gesundheitsförderungsangebote für zum Beispiel hoch spezialisierte Werkvertragsnehmer nicht das Thema Qualifizierung zum Gegenstand haben. Hier steht vielmehr die Vermittlung von Kompetenzen im Mittelpunkt, die die Menschen zu einem gesundheitsbewussten Selbstmanagement befähigen (Wieland et al. 2001).

Es liegen mittlerweile einige Studien und Praxisinitiativen vor, die sich mit den speziellen Bedingungen und Präventionsangeboten für Leiharbeiter (Grazil-Rundbrief o.), für Geringqualifizierte (Busch et al. 2009), für Selbstständige (Wieland et al. 2001; siehe auch <http://www.selbststaendig-und-gesund.de>) oder Erwerbslose (Rothländer und Richter 2009; Elkeles und Kirschner 2004) befassen. Um deutlich zu machen, wie eine zielgruppenspezifische Intervention praktisch aussehen kann, wird im Folgenden beispielhaft ein ressourcenorientiertes teambasiertes Stressmanagementprogramm für Geringqualifizierte vorgestellt.

6 Ressourcen- und Stressmanagement für Geringqualifizierte: ReSuM

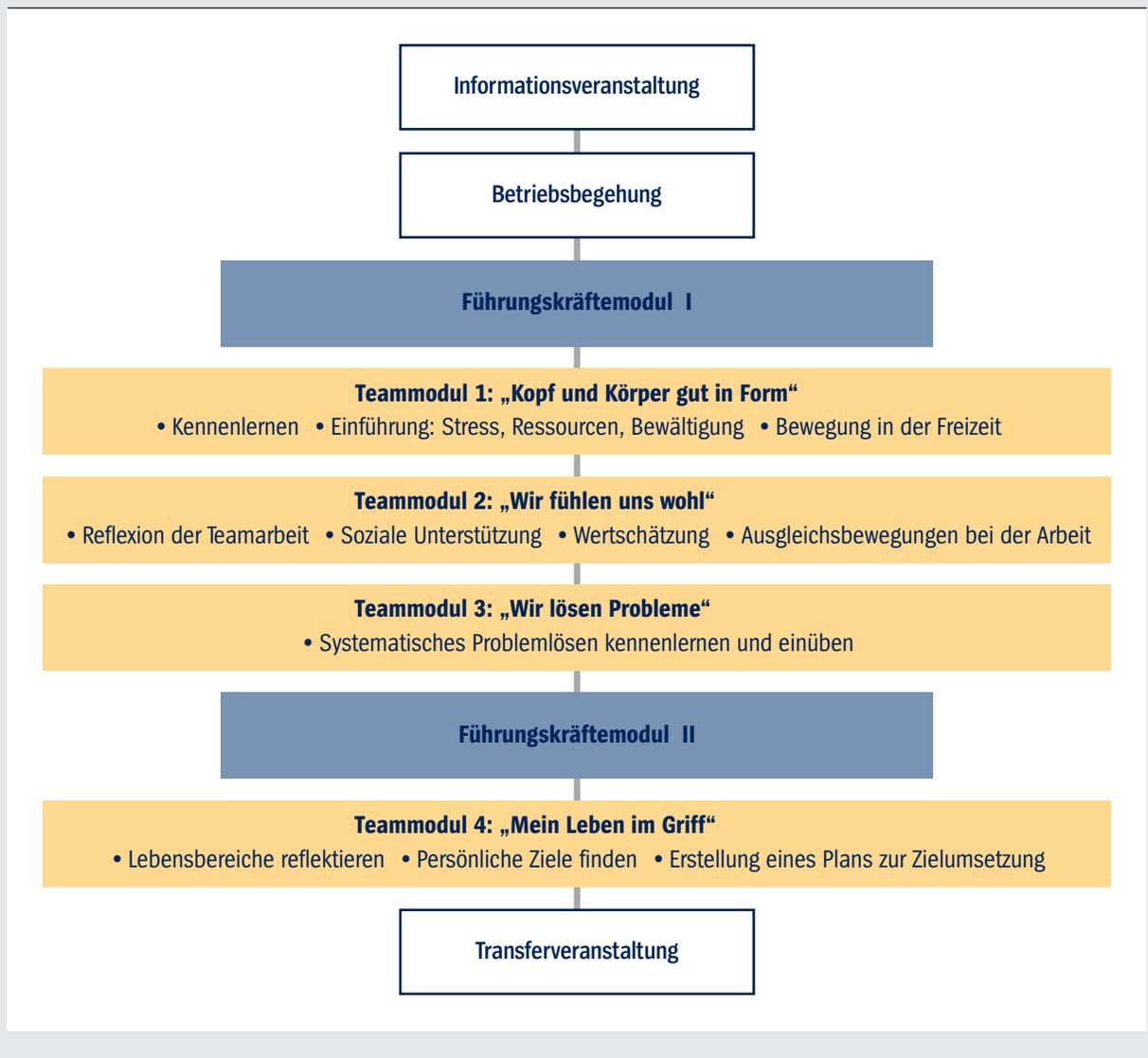
ReSuM (Ressourcen- und Stressmanagement für un- und angelernte Mitarbeiter) ist ein speziell für die Zielgruppe der Geringqualifizierten konzipiertes Programm zur Gesundheitsförderung. Es wurde in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Präventionsanbietern, unter anderem der AOK Westfalen-Lippe und der AOK Berlin und der IKK Baden-Württemberg als Multiplikatorenprogramm entwickelt, erprobt und evaluiert. Das Programm liegt als detailliertes Trainingsmanual inklusive CD vor (Busch et al. 2009).

Das ReSuM-Programm ist eine Teamintervention für Beschäftigte, das von einem Führungskräfte-Training begleitet wird, denn die Vorgesetzten von Geringqualifizierten spielen als Mitgestalter der Arbeitsbedingungen eine wichtige Rolle für deren Gesundheit. Mit einer Teamintervention können auch jene Beschäftigte erreicht werden, die sich allein nicht für eine Teilnahme entscheiden würden. Neben der psychologischen Sicherheit bietet eine Teamintervention den Erhalt der sozialen Umwelt, was nicht nur positive Auswirkungen auf die Teilnahmemotivation und Compliance, sondern auch auf die Lernprozesse und den Transfer des Gelernten in den Alltag hat (Busch 2010). Eine Drop-out-Rate von nur 18 Prozent in der ReSuM-Evaluation scheint diesem Vorgehen für diese Zielgruppe Recht zu geben.

Das Programm setzt seine Schwerpunkte auf Bewegung, auf Ressourcen der Teamarbeit und kollektive Bewältigungsstrategien sowie auf Unterstützung und Wertschätzung durch die Führungskraft. Für die Zielgruppe der Geringqualifizierten ist Bewegung eine wichtige zu fördernde Ressource und Bewältigungsstrategie bei Stress (Busch et al. 2009). Bewegung in der Freizeit und Ausgleichsbewegungen am Arbeitsplatz werden daher im Programm intensiv behandelt.

ABBILDUNG 3

Das ReSuM-Programm im Überblick



Das Programm berücksichtigt, dass Geringqualifizierte in der Regel wenig Erfahrung mit Weiterbildung und Gesundheitsförderung haben. Es sieht zudem einen hohen Grad an Visualisierung vor, um möglichst wenig Lesefähigkeit abzufordern. Die Trainingsinhalte und Übungen bewegen sich nahe am beruflichen Alltag der Beschäftigten. Das Programm besteht aus vier Modulen für die Beschäftigten und einem Modul für die Führungskräfte, das aus zwei Teilen besteht (Abbildung 3).

Im Führungskräftemodul werden die Einflussmöglichkeiten der Führungskräfte auf den Stress der Beschäftigten

sowie die Themen Wertschätzung und Anerkennung behandelt. Inhalte und Ablauf des Programms sind bereits an anderer Stelle publiziert (Busch et al. 2010).

6.1 Erprobung und Evaluation

Die Erprobung des Trainings erfolgte im Jahr 2007 in sechs Betrieben im gesamten Bundesgebiet (Busch et al. 2010a; Busch et al. 2010b). In die Evaluation gingen die Daten von 73 Teilnehmern ein (Tabelle 1). Bezogen auf die Gesamtstichprobe war das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen

(51 Prozent Frauen), drei Trainings wurden jedoch mit nahezu ausschließlich weiblichen Beschäftigten durchgeführt, zwei mit ausschließlich männlichen, da in der Innenraumreinigung vor allem Frauen, in der Stadtreinigung vor allem Männer arbeiten. 34 Prozent der Teilnehmer hatten einen Migrationshintergrund.

Für die meisten Teilnehmer fanden die Trainings innerhalb der Arbeitszeit statt. In einem Unternehmen wurden die Trainings vor die reguläre Arbeitszeit gelegt und zusätzlich entlohnt.

Jedes Modul dauerte vier Stunden, für die Beschäftigten ergab sich dadurch ein Trainingsumfang von insgesamt 16 Zeitstunden, für die Führungskräfte ein Zeitaufwand von vier Stunden. Zwischen den Trainingseinheiten lagen jeweils ein bis zwei Wochen.

Im Rahmen der Prozessevaluation erfolgte eine Bewertung durch die Teilnehmer, Führungskräfte und Trainer mittels eines Fragebogens. Zur Bewertung der Effektivität wurden die Trainingsteilnehmer ein bis zwei Wochen vor dem Training, ein bis zwei Wochen nach Abschluss der gesamten Maßnahme und noch einmal drei Monate später anhand eines Fragebogens zu ihrem Wohlbefinden, zur Arbeit im Team, ihren individuellen und kollektiven Bewältigungsstrategien befragt.

6.2 Ergebnisse

Die Teilnehmer bewerteten die Intervention insgesamt als sehr gut und gaben an, gute Anregungen zur eigenen und zur Stressbewältigung im Team erhalten zu haben. Auch die Bewertung des Führungskräftemoduls war sehr positiv. Die

Führungskräfte profitierten eigenen Angaben zufolge selbst sehr von dem Training. Das Führungskräfte-Modul ist auch deshalb von Bedeutung, weil es die Führungskräfte sind, die die Bedingungen dafür schaffen müssen, dass die Mitarbeiter die in den Trainingssitzungen gelernten Inhalte auch in ihren Arbeitsalltag integrieren können.

In allen Betrieben zeigte sich bei den Teilnehmern direkt nach Beendigung der Intervention eine Verbesserung des Bewegungsverhaltens. Dieser Effekt bestand auch drei Monate später noch. Ressourcen der Teamarbeit, wie beispielsweise die gemeinsame Selbstwirksamkeitserwartung, zeigten zeitverzögert nach drei Monaten Verbesserungen. Vor dem Hintergrund, dass ein Teamentwicklungsprozess mehr Zeit benötigt als die Veränderung des individuellen Verhaltens, sind diese Ergebnisse nachvollziehbar. Die Fürsorge der Führungskraft wurde von den Beschäftigten nach der Intervention als verbessert bewertet. Dieser Effekt zeigte sich jedoch drei Monate später nicht mehr.

Die Evaluation machte auch deutlich, dass die Module für die Beschäftigten mit je vier Stunden zu lang und inhaltlich zu komplex waren, das Modul für die Führungskräfte hingegen zu kurz war. Daraufhin wurden die vier Module für die Beschäftigten auf je drei Stunden gekürzt, das Führungskräfte-Modul auf zwei dreistündige Teilmodule erweitert.

Im Jahr 2008 wurde das so veränderte Programm in zehn Betrieben eingesetzt. Acht Betriebe mit 268 Beschäftigten konnten in die anschließende Evaluation einbezogen werden. Der Anteil an Beschäftigten mit Migrationshintergrund lag bei 20 Prozent. Die Ergebnisse zeigen eine gute Wirksamkeit insbesondere für Teams, die regelmäßige Teambesprechungen durchführen.

TABELLE 1

Teilnehmer und Betriebe der Erprobungsphase

| | gesamt | A Produktion | B Stadt- reinigung | C Innenraum- reinigung | D und E Küchenpersonal und Innenraumreinigung | F Entsorgungsgewerbe |
|---|------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------|---|-------------------------|
| Teilnehmeranzahl | 73 | 9 | 24 | 14 | 15 | 11 |
| Anteil Frauen | 50,7% | 100% | 0% | 92,9% | 100% | 0% |
| Anteil Teilnehmer mit Migrationshintergrund | 34,2% | 33,3% | 12,5% | 71,4% | 20% | 54,5% |
| Nettohaushaltseinkommen | 500 bis 1.000 € | 1.000 bis 1.500 € | 1.500 bis 2.000 € | 500 bis 1.000 € | 500 bis 1.000 € | 500 bis 1.000 € |
| Wochenarbeitszeit in Stunden | 31,6 | 23,3 | 39 | 21,7 | 24,6 | 44 |
| Teilnehmer, die in den letzten fünf Jahren arbeitslos waren | 22,8% | 0% | 27,8% | 35,7% | 0% | 45,5% |

Quelle: Busch et al. 2010b; Grafik: GGW Wissenschaft 2010

6.3 Schwierigkeiten und Hindernisse

Ein Stress- und Ressourcenprogramm für Geringqualifizierte anzubieten, stößt in der Praxis auf diverse Schwierigkeiten: Zunächst ist es nicht leicht, Betriebe zu finden, die bereit sind, ein solches Programm für diese Zielgruppe durchzuführen. Das Hauptargument sind der Zeit- und damit verbundene Kosten- und Organisationsaufwand. Hier zeigt sich ein Multiplikatorenprogramm, wie ReSuM, das von den Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben nach Paragraph 20 Sozialgesetzbuch V (SGBV) den Betrieben kostengünstig angeboten wird, als hilfreich.

Bei der Durchführung der Intervention treten Sprach- und Verständnisprobleme vor allem in Betrieben auf, in denen ein hoher Anteil an Beschäftigten mit Migrationshintergrund anzutreffen ist. ReSuM geht nicht auf die spezifische Situation kulturell stark divergierender Belegschaften ein. Derzeit wird in einem BMBF-Projekt ein Multiplikatorenprogramm für diese Zielgruppe entwickelt, das ReSuM ergänzen soll (www.resudi.uni-hamburg.de; Busch et al. 2010c).

7 Fazit und Ausblick

Prekäre Beschäftigungsverhältnisse greifen die Würde des Menschen an, da sie die objektiven Möglichkeiten, ein selbst bestimmtes Leben unter angemessener sozialer Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen zu führen, einschränken. Wohlbefinden, Selbstvertrauen und Optimismus werden durch prekäre Arbeitsformen eingeschränkt, stattdessen werden Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins gefördert. Prekär Beschäftigte sind häufig unzureichend qualifiziert und üben einfache Hilfstätigkeiten oftmals in besonders gesundheitsgefährdeten oder stark belasteten Arbeitsbereichen aus. Psychische, körperliche und soziale Belastungen sind bei ihnen stärker ausgeprägt als bei regulär Beschäftigten, und das Unfallrisiko ist höher. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse fördern das Stresserleben und ein gesundheitsschädliches Verhalten. Andererseits sind Stressresistenz und Gesundheit aber die zentralen Voraussetzungen einer langfristigen Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

Neben der Förderung individueller und kollektiver Stressresistenz und einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist für prekär Beschäftigte die Einkommenshöhe eine zentrale gesundheitsrelevante Bedingung.

Eine wichtige, wohl aber unrealistische gesundheitsförderliche arbeitsmarktpolitische Maßnahme wäre die Abschaffung von prekären Arbeitsverhältnissen (BzGA 2003; Höfkes und Brink 2003). Bis das Ziel erreicht ist, sind Mindestlöhne und solche arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen gesundheitsrelevant, die die Betroffenen qualifizieren, im Arbeitsmarkt halten, Arbeitslosigkeit verhindern und die Chancen erhöhen, eine Festanstellung zu erhalten.

Web-Quellen

www.selbststaendig-und-gesund.de (letzter Zugriff am 9.3.2010)

Literatur

- Antonovsky A (1979):** Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey Bass
- Bamberg E, Busch C, Ducki A (2003):** Betriebliches Stress- und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt. Göttingen: Hans Huber
- Bammann K, Helmert U (2000):** Arbeitslosigkeit, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Helmert U, Bammann K, Voges W, Müller R (Hrsg.). Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa, 159–185
- Bosch G, Kalina T (2005):** Entwicklung und Struktur der Niedriglohnbeschäftigung. In: Institut für Arbeit und Technik (Hrsg.). Jahrbuch 2005, 29–46
- Brinkmann U, Dörre K, Röbenack S (2006):** Prekäre Arbeit: Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2009):** Zeitarbeit – aktuelle Entwicklungen. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit
- BzGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2003):** Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Band 22. Köln
- Burchell B, Fagan C, O'Brien C, Smith M (2007):** Working condition in the European Union: The Gender perspective. Office for Official Publications of the European Communities. Dublin
- Bury C (2007):** Beschäftigung am Existenzminimum. Armut und prekäre Beschäftigung im Land Bremen. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.). Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin
- Busch C (2010):** Teamarbeit und Gesundheit. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Heidelberg: Springer, 137–146
- Busch C, Staar H, Aborg C et al. (2010a):** The neglected employees: Work-life balance and an occupational stress management intervention for low-qualified workers. In: Houdmont J, Ledka S (eds.). Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research, education, and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 98–123
- Busch C, Lück P, Ducki A (2010b):** ReSuM: Stress- und Ressourcenmanagement für Geringqualifizierte – Ergebnisse der Erprobungsphase. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Heidelberg: Springer, 205–214
- Busch C, Clasen J, Cao P, Duresso R (2010c):** Das ReSuDi-Konzept: Stress- und Ressourcenmanagement bei kulturell diverser Belegschaft und für Beschäftigte mit Migrationshintergrund. In: Trimppop R, Gericke G, Lau J (Hrsg.). Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Sicher bei der Arbeit und unterwegs – wirksame Ansätze und neue Wege. Heidelberg: Asanger (im Druck)
- Busch C, Roscher S, Ducki A, Kalytta T (2009):** Stressmanagement für Teams in Service, Gewerbe und Produktion. Ein ressourcenorientiertes Trainingsmanual. Berlin: Springer, Campus
- Edmondson AC, Bohmer RM, Pisano GP (2001):** Disrupted routines:

Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, Band 46, 685–716

Elkeles T, Kirschner W (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Band 3. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft

Felke J, Schmook R, Six B, Wieland R (2005): Commitment bei Zeitarbeitern. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, Jg. 4, 101–115

Forjanic L (2002): Bildungsmotivation und Berufsplanung bei FacharbeiterInnen gegenüber ungelerten Berufstätigen in Beziehung zur Persönlichkeit (intellektuelle Voraussetzungen, Zeitperspektiven und Belohnungsaufschub). Unveröffentlichte Dissertation. Universität Graz, Naturwissenschaftliche Fakultät

Fuchs T, Conrads R (2003): Flexible Arbeitsformen. Arbeitsbedingungen, -belastungen und Beschwerden. BAuA-Forschungsbericht 1006

Grazil-Rundbrief Nr. 2 (ohne Jahr): Gestaltung, Umsetzung und Transfer von Instrumenten zum Ressourcenmanagement und zum Arbeitsschutz im Rahmen eines zielgruppenbezogenen Ansatzes für Leiharbeiternehmer in Entleihunternehmen.

www.grazil.net/extensions/bibliothek/Dokumente/Projektrundbriefe/Projektrundbrief_GRAZil.pdf (letzter Zugriff: 9.3.2010)

Hans-Böckler-Stiftung (2006): Prekäre Beschäftigung. Verunsicherung bis in die Mitte. Böcklerimpuls, Ausgabe 17

Höfkes U, Brink B (2003): Arbeitsmarktpolitik und Gesundheit – Ansatzpunkte der Verbindung von Gesundheits- und Arbeitsförderung. Böttrop: Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung

IAB (Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung) (2008): IAB Kurzbildung. Niedriglohnbeschäftigung. Sackgasse oder Chance zum Aufstieg? <http://doku.iab.de/kurzber/2008/kb0808.pdf> (letzter Zugriff: 9.3.2010)

IAB (Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung) (2010): <http://infosys.iab.de/infoplattform/dokSelect.asp?pk=DokSelect=27&show=Lit>. (letzter Zugriff: 9.3.2010)

Lim H, Chee HL, Kandiah M et al. (2002): Work and lifestyle factors associated with morbidity of electronic women workers in Selangor, Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, Band 14, Heft 2, 75–84

Mielck A, Bloomfield K (2001): Verringerung der Einkommensungleichheit und Verstärkung des sozialen Kapitals: Neue Aufgaben

der sozial-epidemiologischen Forschung. *Das Gesundheitswesen*, Sonderheft, Jg. 63, Heft 1, 18–23

Reinberg A, Hummel M (2005): Höhere Bildung schützt auch in der Krise vor Arbeitslosigkeit. In: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.). IAB-Kurzbericht Nr. 9, 1–6

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut

Rosenbrock R, Michel C (2007): Primäre Prävention – Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Rothländer K, Richter P (2009): Fachforum Analysen und Kommentare Nr. 6. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung

Scrithongchai S, Intaranont K (1996): A study of impact of shift work on fatigue level of workers in a sanitary-ware factory using a fuzzy set model. *Journal of Human Ergology*, Band 25, Heft 1, 93–99

Splitzger B (2009): Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Zeitarbeit – Erfahrungen, Ansatzpunkte und Schwierigkeiten. www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaahvj (letzter Zugriff: 9.3.2010)

Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler

Statistisches Bundesamt (2009): Niedrigeinkommen und Erwerbstätigkeit. Gruppe ID „Pressestelle“, in Zusammenarbeit mit den Gruppen III D „Arbeitsmarkt“ und D „Verdienste und Arbeitskosten“. Wiesbaden

TNS Emnid (2007): Zeitarbeit in Deutschland. Eine Repräsentativbefragung unter der deutschen Bevölkerung für den IGZ (Interessenverband Deutscher Zeitarbeitsunternehmen e.V.).

Wieland R, Grüne P, Schmitz U, Roth K (2001): Zeitarbeit optimal gestalten. Spezifische psychische Belastungen bei Leiharbeit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 912)

Wydler H, Kolip P, Abel T (Hrsg.) (2006): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim, München: Juventa

Zimolong B, Elke G, Bierhoff HW (2008): Den Rücken stärken. Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe

DIE AUTOREN



Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Antje Ducki, Jahrgang 1960, Psychologie-Studium an der Freien Universität Berlin, Promotion an der Universität Leipzig. Von 1997 bis 1998 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Von 1998 bis 2002 Hochschulassistentin an der Universität Hamburg, Fachbereich



Dr. phil. Dipl.-Psych. Christine Busch, Jahrgang 1967, Studium der Psychologie an der TU Berlin. Von 1995 bis 1996 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie der Universität Potsdam. Von 1996 bis 1998 Universitäts-Assistentin für Angewandte Psychologie am Institut für Psychologie der Uni-

Psychologie, Arbeitsbereich: Arbeits-, Betriebs- und Umweltpsychologie. Seit 2002 Professorin für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Beuth Hochschule für Technik Berlin. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: betriebliche Gesundheitsförderung, zielgruppenspezifisches Stress- und Ressourcenmanagement, Arbeit, Gesundheit und Gender.

versität Innsbruck. Seit 1998 wissenschaftliche Angestellte im Arbeitsbereich Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Hamburg mit dem Schwerpunkt Arbeit und Gesundheit, insbesondere zielgruppenspezifisches Stress- und Ressourcenmanagement in der Arbeitswelt.