

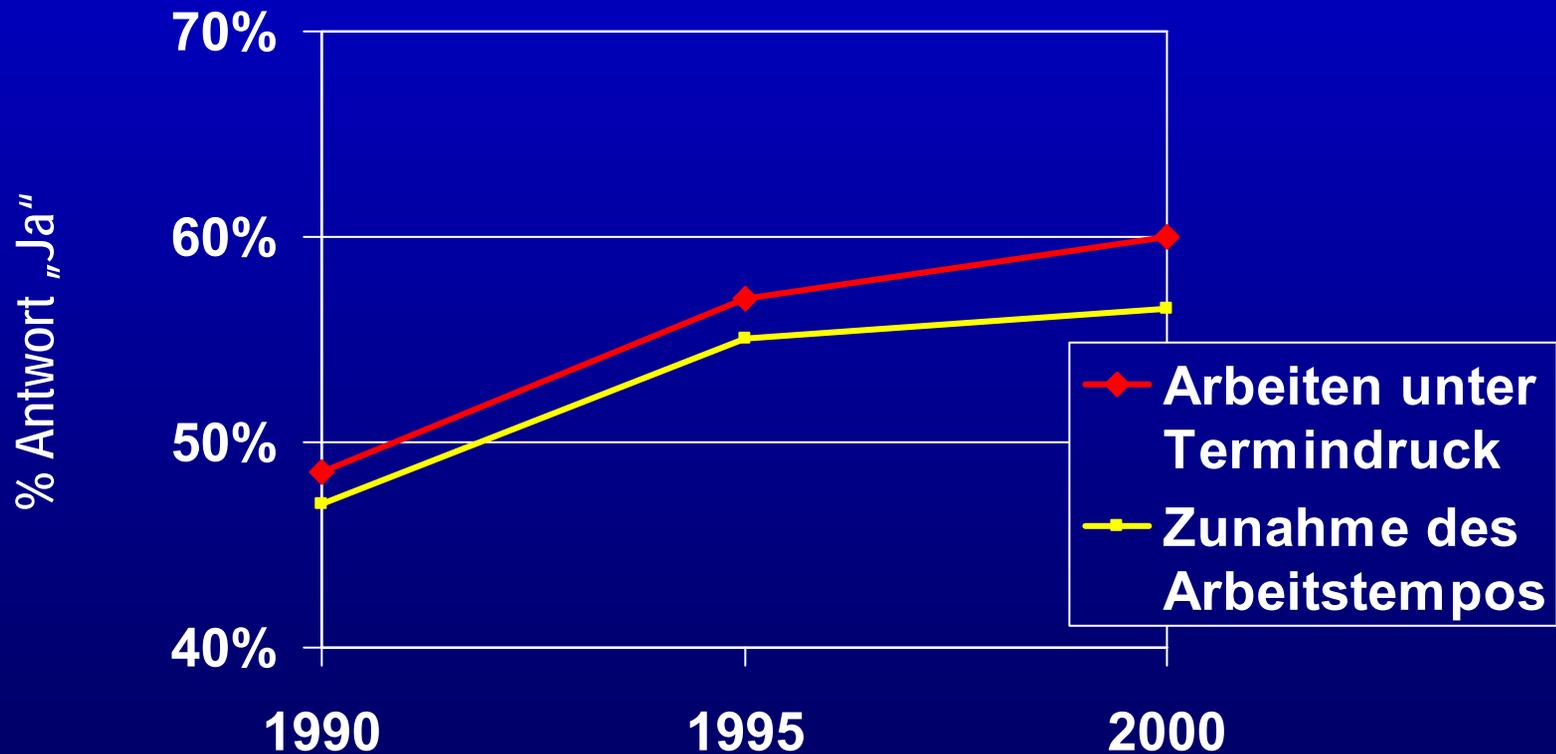
**Fachveranstaltung**  
**„Zukunftsfähige Arbeit gesund gestalten“**  
**Wiesbaden, 4. Februar 2009**

---

**Wann ist Arbeit gesund, wann macht Arbeit  
krank?’**

**Johannes Siegrist**  
Institut für Medizinische Soziologie  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

# Zunahme der Arbeitsintensität 1990-2000: Ergebnisse einer europäischen Panel-Befragung

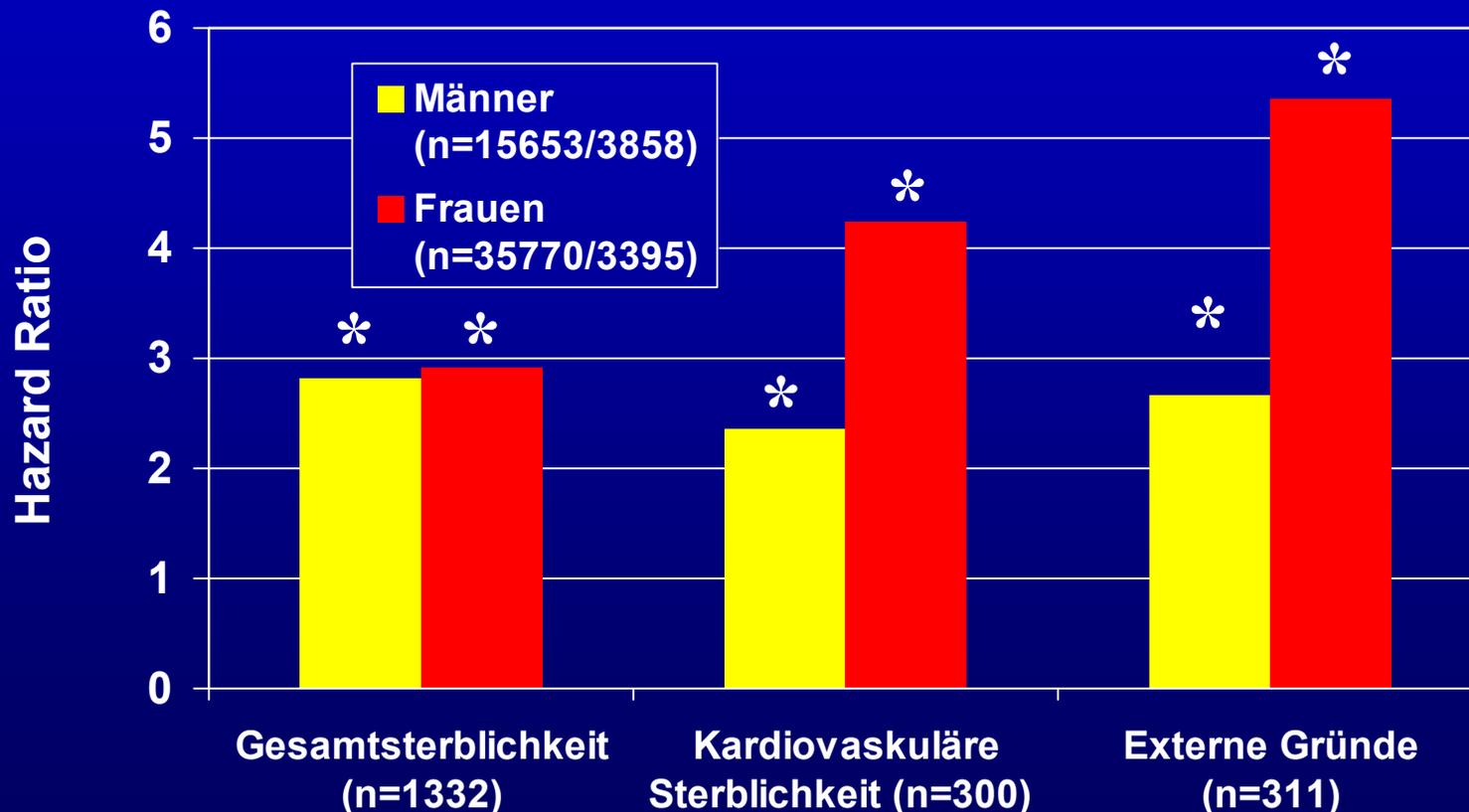


Quelle: P. Paoli, D. Merllie (2001), Europäische Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen, Dublin.

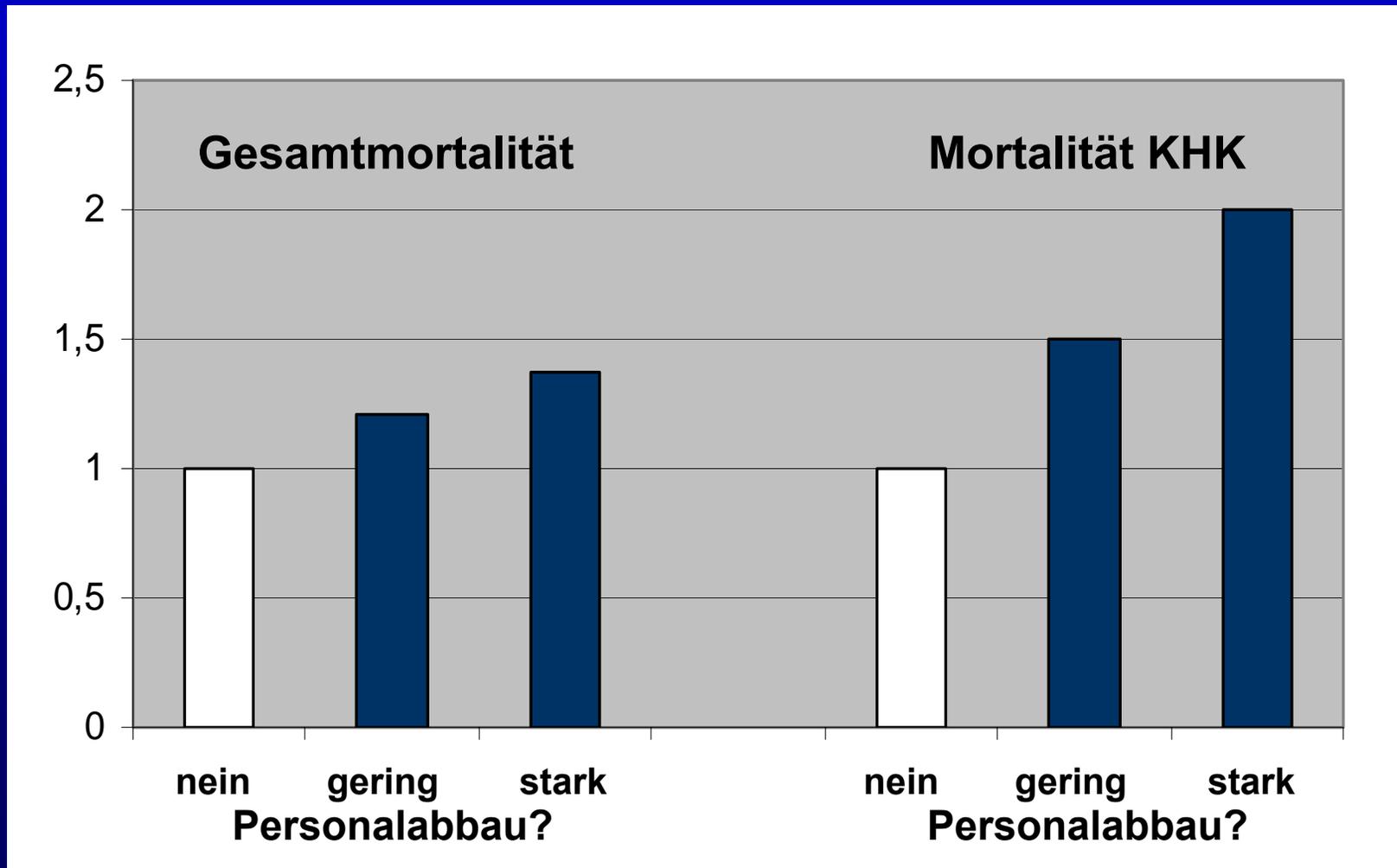
# Häufigkeit von Rationalisierungsmaßnahmen (N=22.559 Erwerbstätige; BIBB/IAB-Erhebung 1998/99)

- **Downsizing:**  
Personalabbau / Entlassungen  
in den letzten 2 Jahren: 35,2% Ja
- **Outsourcing:**  
Auslagerung von Arbeitsbereichen /  
Vergabe von Aufträgen an Fremdfirmen: 15,1% Ja
- **Umstrukturierung:**  
Umorganisation / Umstrukturierung  
von Abteilungen: 35,5% Ja

# Sterblichkeit von Langzeitarbeitslosen (>1 Jahr) im Vergleich zu permanent Beschäftigten in einem 10-Jahres-Zeitraum (1990-2000)



# Downsizing und Mortalitätsrisiko bei finnischen Männern und Frauen (Hazard Ratio, N=22.430; Zeitraum: 7,5 Jahre)



Quelle: J. Vahtera et al. (2004), BMJ, 328: 555.



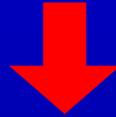
# Stress

## Spektrum von Reaktionen auf eine **bedrohliche Herausforderung** (Stressor)

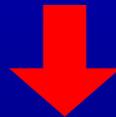
1. auf der Ebene der **Wahrnehmung und Bewertung**:  
Kontrollierbarkeit und Relevanz des Stressors;  
Erfolgschancen der Bewältigung
2. auf der Ebene der **Emotionen**:  
in Abhängigkeit von 1) u.a. Wut, Angst, Ärger,  
Hilflosigkeit
3. auf der Ebene **physiologischer Reaktionen**:  
Aktivierung von Stressachsen (SAM- / HPA-Achsen)
4. auf der Ebene **motorischen Verhaltens**:  
Kampf oder Flucht; Unterwerfung, Passivität

# Über welche Mechanismen trägt Stress zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei?

**Exzessive Aktivierung von Stressachsen im Organismus**



**Funktionsänderungen einzelner Organsysteme  
(z.B. Barorezeptorreflex → Blutdruckanstieg)**



**Strukturelle Schädigungen an Gefäßen und Organen  
(z.B. Hypertonie → Linksherzhypertrophie)**



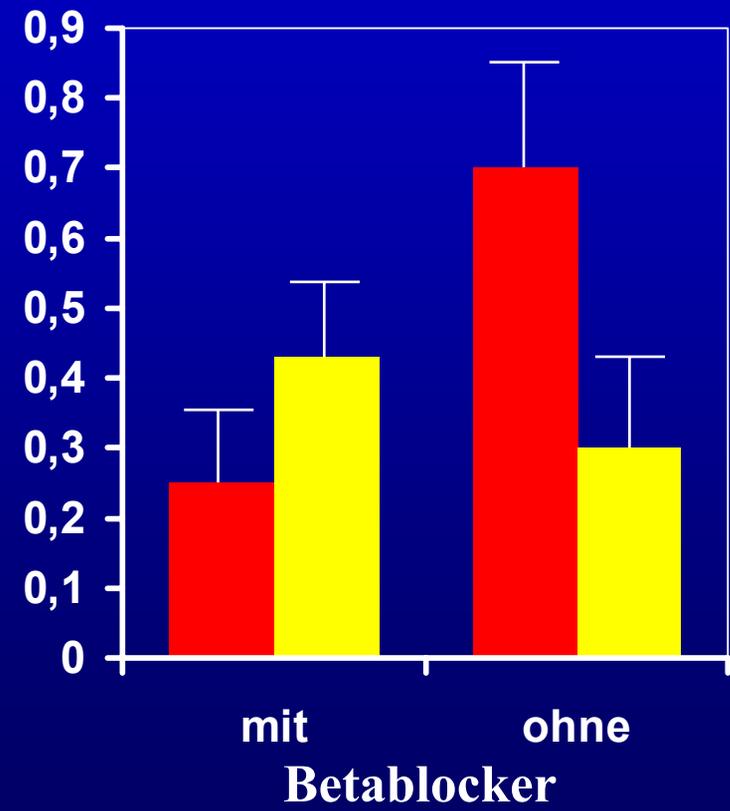
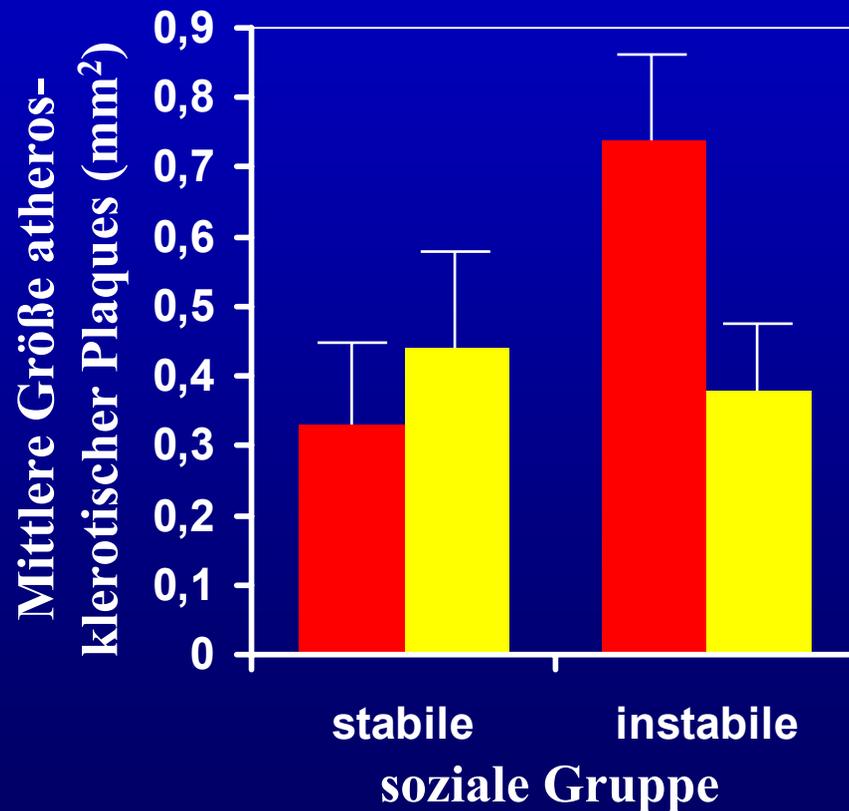
**Klinische Krankheitsmanifestation (z.B. AMI)**



**Verstärkung gesundheitsschädigenden Verhaltens**



# „Bedrohte Kontrolle“ und „bedrohte Belohnung“ durch Manipulation der sozialen Rangordnung bei männlichen Makaken-Affen: Auswirkungen auf Koronarläsionen



Quelle: J.R. Kaplan et al. (1994), Am Heart J, 128: 1316.

(nur instabile soziale Gruppe)



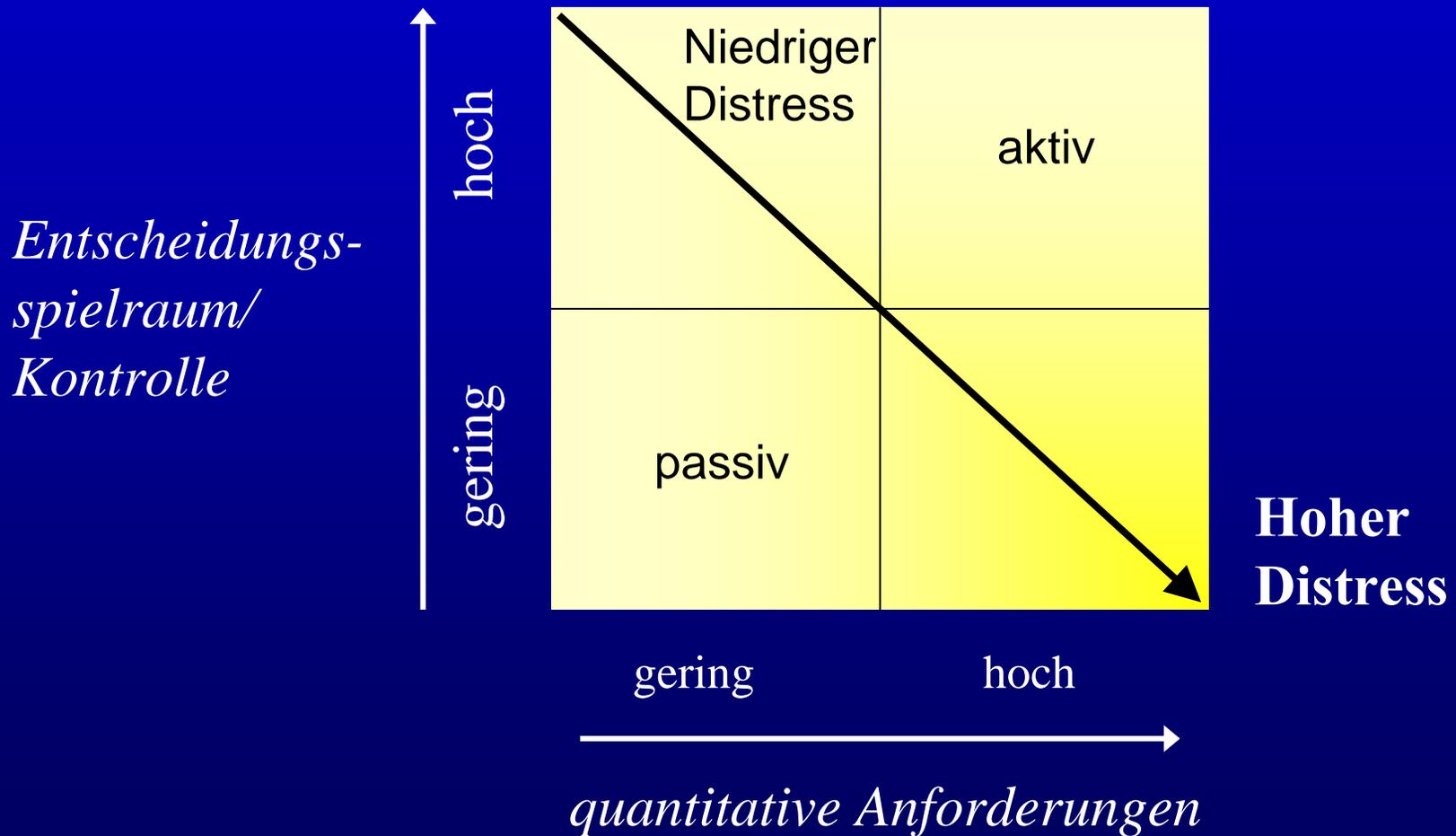
# Aufgaben theoretischer Modelle (Erforschung krankheitswertiger psychosozialer Arbeitsbelastungen)

---

- **heuristisch-analytisch:** Identifizierung pathogener bzw. protektiver Komponenten
- **generalisierend:** Geltungsbereich der Aussagen für eine Vielzahl von Arbeitsplätzen
- **erklärend:** Gewinn neuer Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Krankheit
- **praktisch:** Handlungsanleitung für gezielte Interventionsmaßnahmen

# Anforderungs-Kontroll-Modell

(R. Karasek & T. Theorell, 1990)



# Modell beruflicher Gratifikationskrisen

(J. Siegrist, 1996)

## Extrinsische Komponente

- Anforderungen
- Verpflichtungen

Veraus-  
gabung

Erwartung

(‘übersteigerte  
Verausgabungsneigung‘)

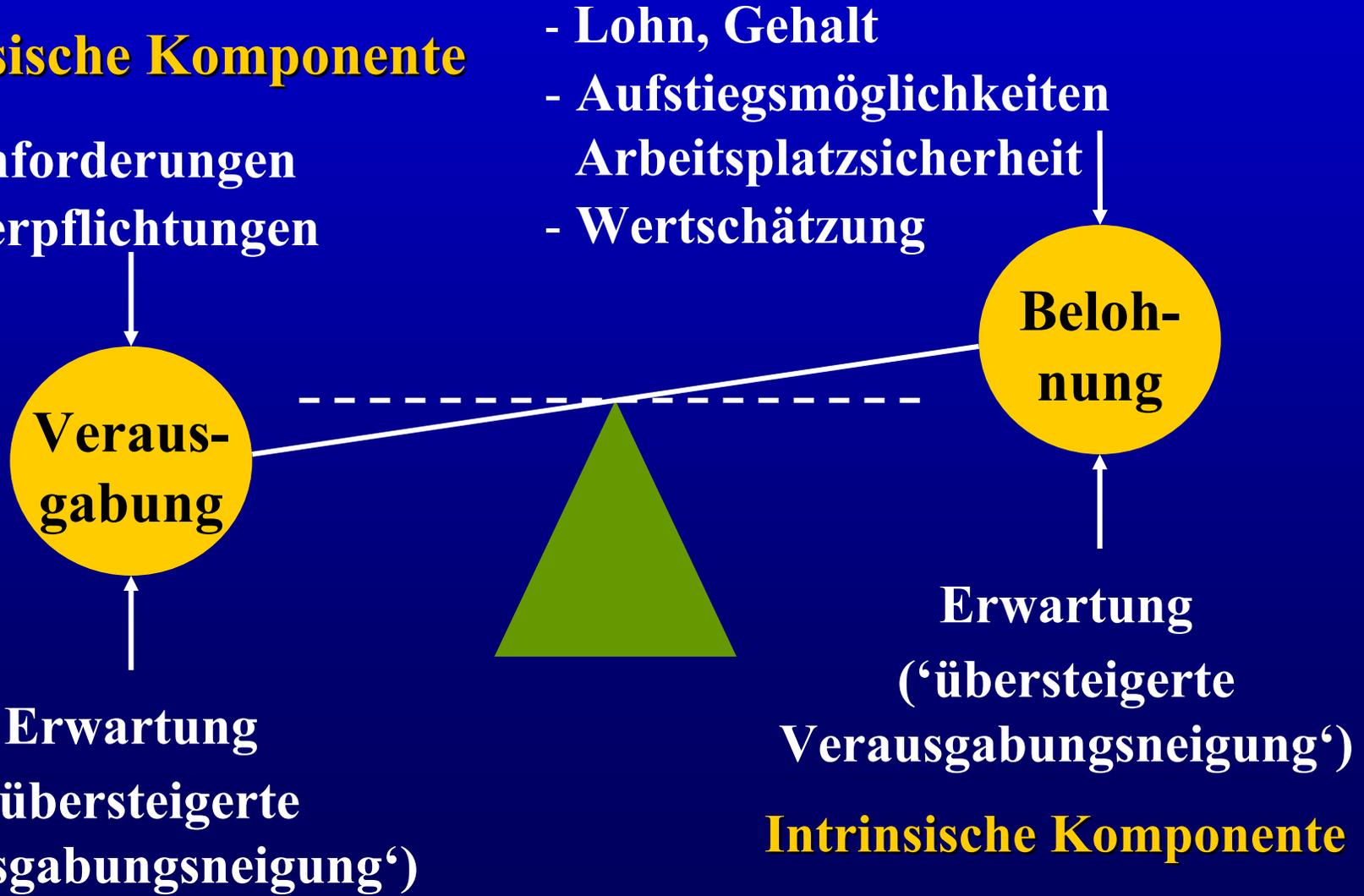
- Lohn, Gehalt
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Arbeitsplatzsicherheit
- Wertschätzung

Beloh-  
nung

Erwartung

(‘übersteigerte  
Verausgabungsneigung‘)

Intrinsische Komponente



# Warum werden berufliche Gratifikationskrisen über einen längeren Zeitraum erfahren?

---

- **Abhängigkeit**

Der Beschäftigte findet auf dem Arbeitsmarkt keine Alternative und zieht ein unfaires Beschäftigungsverhältnis dem Arbeitsplatzverlust vor.

- **Strategische Entscheidung**

Der Beschäftigte akzeptiert ein Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung, um seine zukünftigen Karrierechancen zu verbessern („antizipatorisches Investment“).

- **Übersteigerte Verausgabungsneigung**

Der Beschäftigte weist ein motivationales Muster exzessiver Leistungsbereitschaft auf, wodurch die investierte Verausgabung die erhaltene Belohnung häufig übersteigt.

# **Erfassung von Globalisierungsfolgen durch das Modell beruflicher Gratifikationskrisen**

---

## **Erhöhte Verausgabung**

- **Intensität; Leistungsdichte; Termindruck**
- **Ausdehnung der Arbeitszeit; Kürzung von Erholungszeit**
- **Zunahme irregulärer Arbeitszeiten**
- **Rascher Wechsel von Arbeitsaufgaben, Arbeitskollegen und -umgebung**

## **Geringere Belohnung**

- **Zunahme von Arbeitsplatzunsicherheit**
- **Risiken von beruflichem Abstieg, Versetzung, unfreiwilliger Frühberentung**
- **Reduzierte Aufstiegschancen, Lohneinbussen, Wegfall von Vergünstigungen**
- **Verschlechterung von Betriebsklima, Fairness/Verfahrensgerechtigkeit und Respekt in Organisationen**

# Messung beruflicher Gratifikationskrisen

- Skala ‚*Verausgabung*‘ (6 Likert-skalierte Items)  
= wahrgenommene Anforderungen (Cronbach’s  $\alpha = .72$ )
- Skala ‚*Belohnung*‘ (11 Likert-skalierte Items)  
= erfahrene oder zugesicherte Gratifikationen ( $\alpha = .83$ )  
- 3 Subskalen: (a) Gehalt und beruflicher Aufstieg,  
(b) Wertschätzung, (c) Arbeitsplatzsicherheit
- ‚*Verausgabung-Belohnungs-Quotient*‘  
=  $\text{Summe ‚Verausgabung‘} / (\text{Summe ‚Belohnung‘} \times 6/11)$
- Skala ‚*berufliche Verausgabungsneigung*‘ (6 Lik.-skal. Items)  
= psychisches Muster der Bewertung und Bewältigung von  
Anforderungen und Belohnungen ( $\alpha = .76$ )

nähere Angaben s. <http://www.uni-duesseldorf.de/medicalsociology>

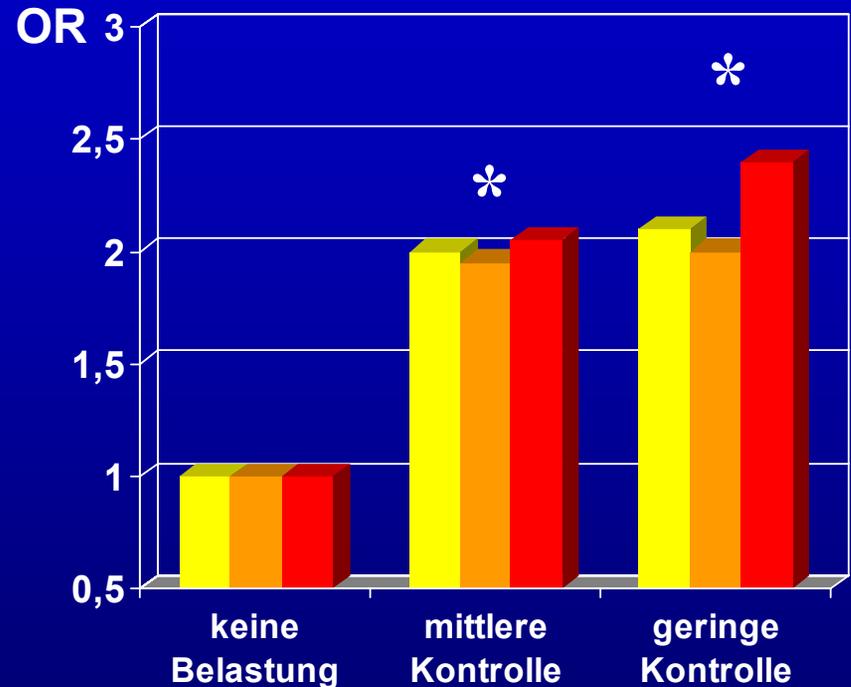
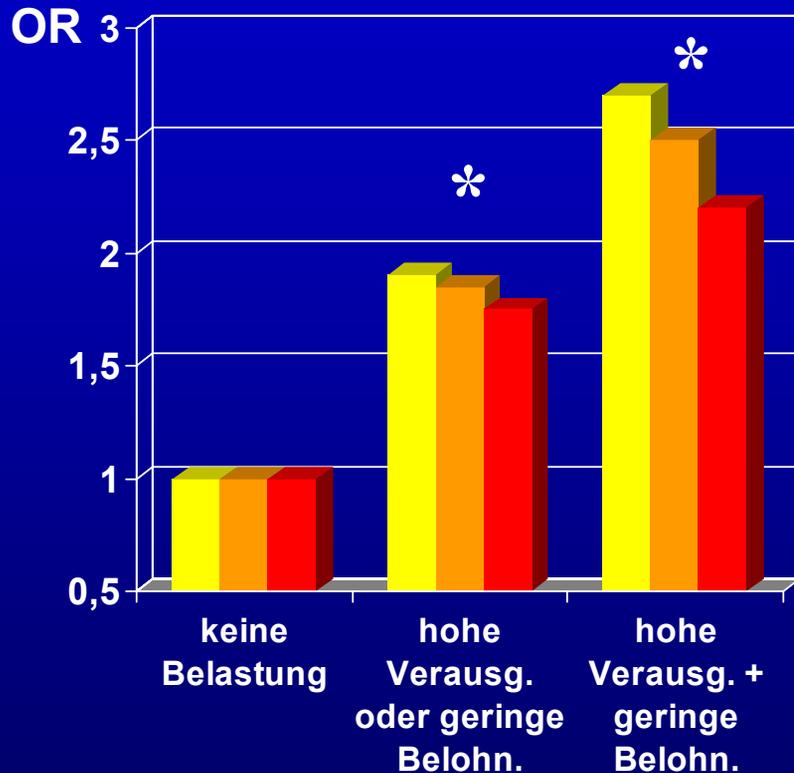
# Evidenzquellen

---

- **Goldstandard:** prospektive Kohortenstudie bei initial gesunden Beschäftigten
- **Beurteilungskriterium:** Relatives Risiko der Neuerkrankung bei Exponierten im Vergleich zu Nicht-Exponierten
- **Statistische Kontrolle von Störgrößen** (z.B. Zigarettenrauchen, Übergewicht etc.)
- **Weitere Evidenzquellen:**
  - Fall-Kontrollstudie
  - Querschnittstudie
  - Ambulante Registrierverfahren / Laborexperimente
  - Interventionsstudien

# Berufliche Gratifikationskrisen / Kontrolle über Arbeitsaufgabe und Neuerkrankung an KHK

## Whitehall II-Studie (N=9.095 Männer und Frauen)



**■** adjustiert für Alter, Geschlecht, Zeitraum bis Nachuntersuchung

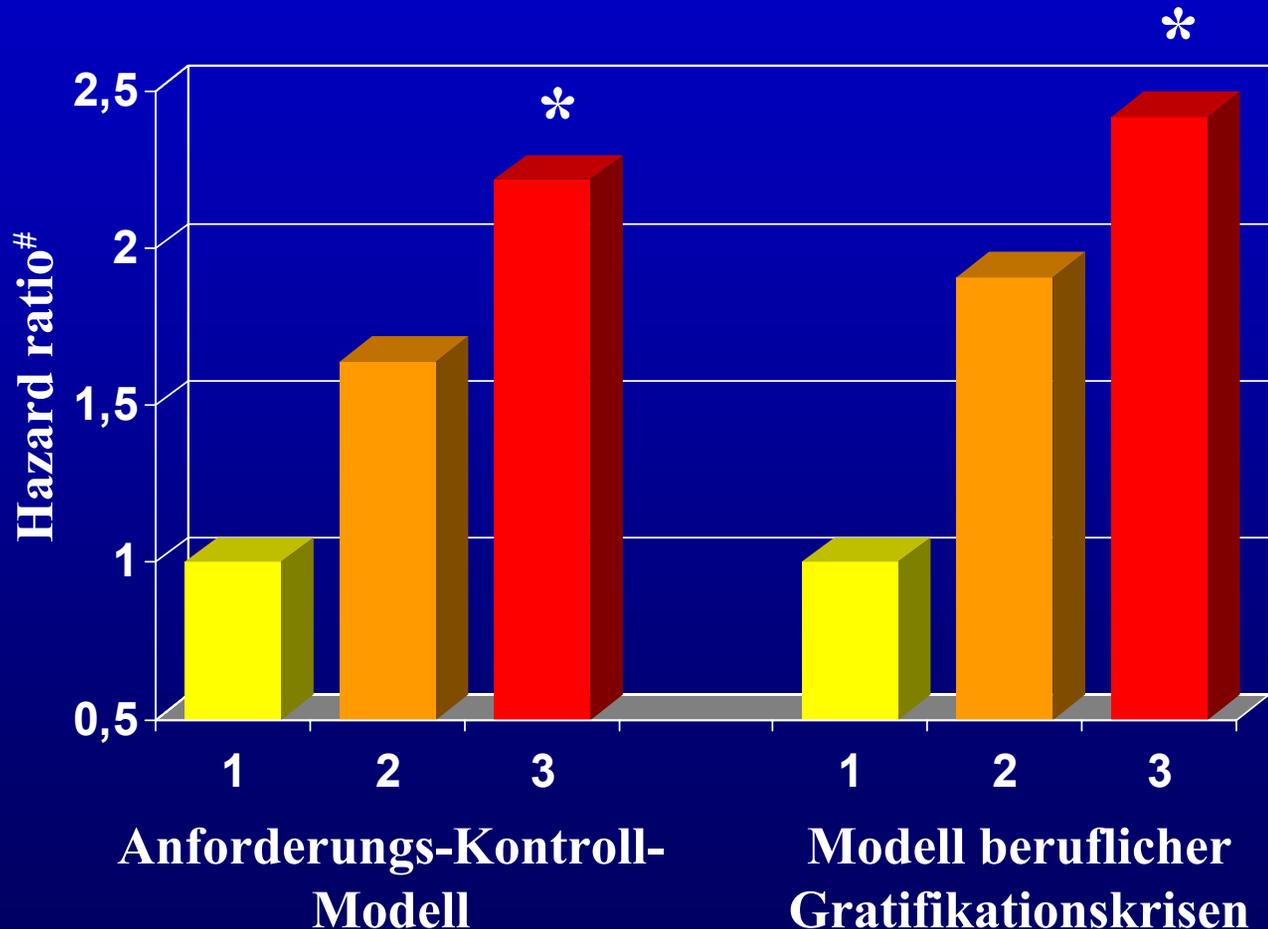
**■** + jeweils alternatives Arbeitsstressmodell

**■** + Berufsstatus, koronare Risikofaktoren, negative Affektivität

Quelle: J. Bosma et al. (1998), Am J Publ Health, 88: 68–74.

# Mortalitätsrisiko (Herz-Kreislauf-Krankheiten) in Abhängigkeit von psychosozialen Arbeitsbelastungen

$N_{\max} = 812$  (73 Todesfälle); Zeitraum: 25,6 Jahre



Terzile (Belastung):  
1 = keine;  
2 = mittlere;  
3 = hohe

#adj. für Alter,  
Geschlecht,  
Berufsgruppe,  
Rauchen,  
körperliche Aktivität,  
systol. Blutdruck,  
Cholesterin, BMI

# Erhöhtes Herzinfarkttrisiko bei psychosozial belasteten Beschäftigten

---

nach dem Anforderungs-  
Kontroll-Modell  
(18 prospektive Studien)

nach dem Modell beruflicher  
Gratifikationskrisen  
(8 prospektive Studien)

---

**+**

12

**-**

6

**+**

7

**-**

1

Die Relativen Risiken (RR) variieren zwischen:

RR: 4.9-1.3

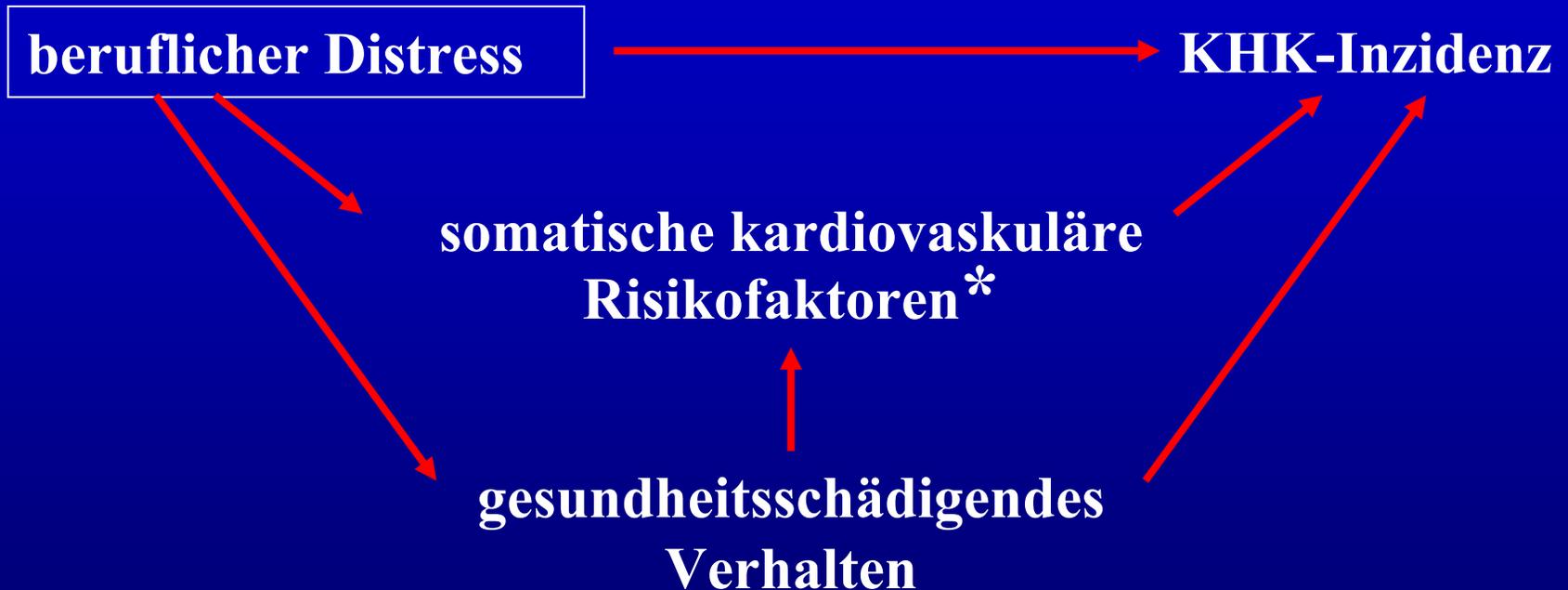
RR: 6.1-1.3

---

**+** = Bestätigung des Zusammenhangs

**-** = keine Bestätigung des Zusammenhangs

# Direkte und indirekte Effekte von chronischem beruflichen Distress auf die koronare Herzkrankheit

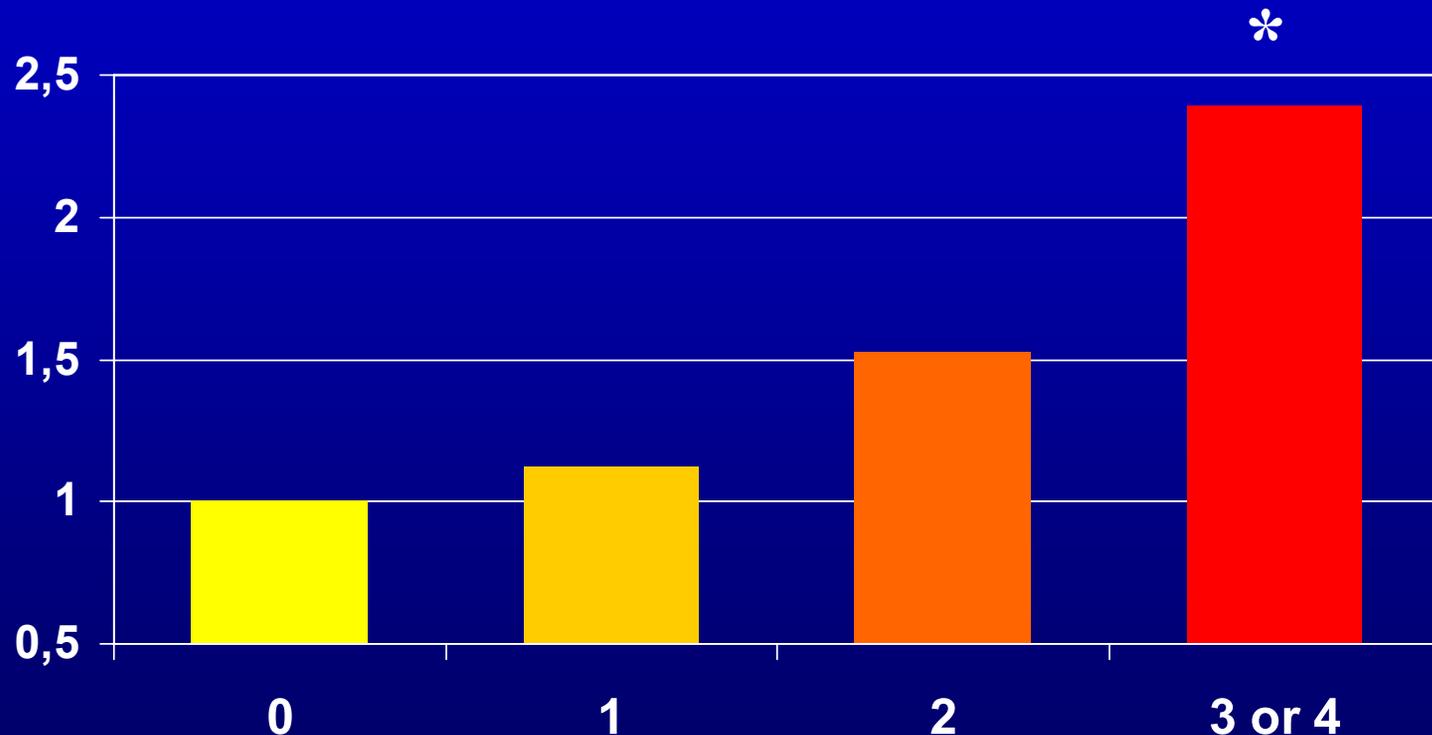


\* z.B.

- Hypertonie
- Hyperlipidämie
- erhöhtes Fibrinogen
- metabolisches Syndrom
- C-reaktives Protein
- Homozystein

# Arbeitsstress (Anforderungs-Kontroll-Modell) und metabolisches Syndrom (Whitehall II-Studie; N=7.034)

Odds ratio

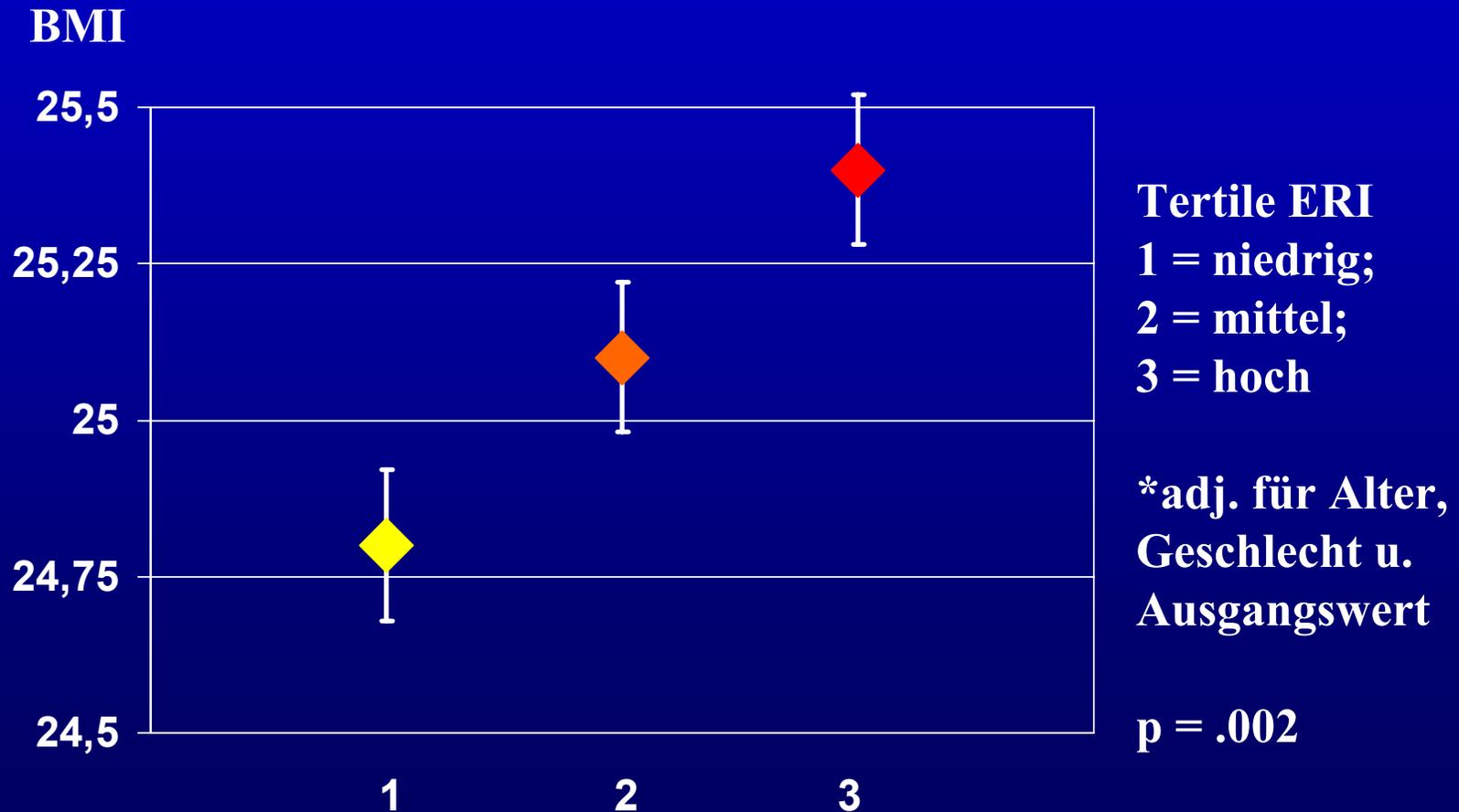


Number of measures of job strain (demand-control-support)

Source: T. Chandola et al. (2006), BMJ, 332: 521-525.

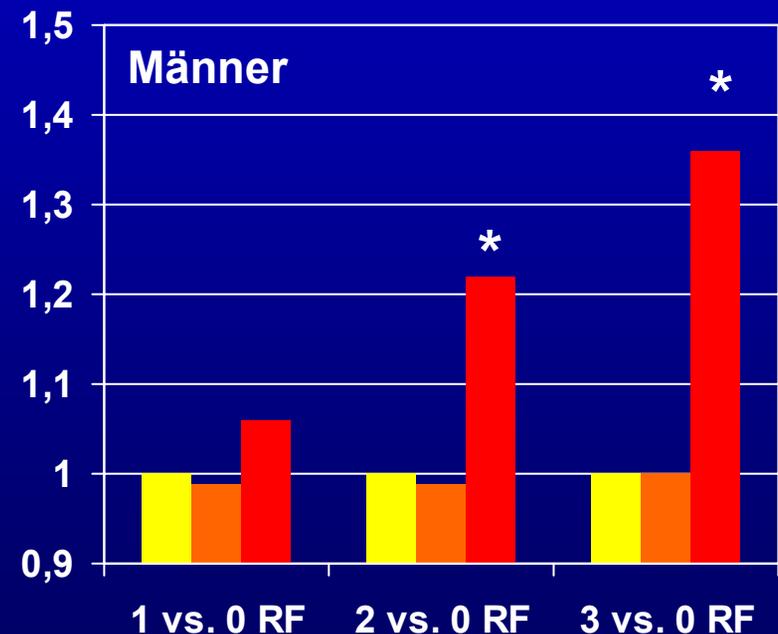
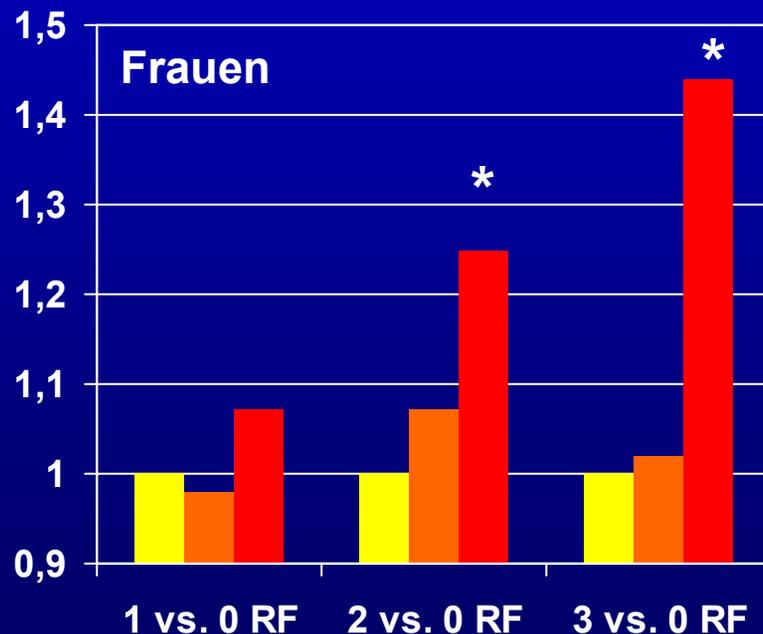
# Zunahme von Körpergewicht (BMI) (10 Jahre) nach Ausmaß beruflicher Stressbelastung (ERI)\*

N=902 Industriearbeiter in Finnland



# Berufliche Gratifikationskrise und Ko-Manifestation verhaltensbezogener Risikofaktoren der KHK (N=28.844 Frauen u. 7233 Männer, öffentlicher Dienst, Finnland)

Risikofaktoren (RF): BMI  $\geq$  25, Raucher, schwerer Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität; Odds ratios, adj. für Alter, berufliche Stellung, Familienstand



Berufliche Gratifikationskrise       keine       mittel       hoch

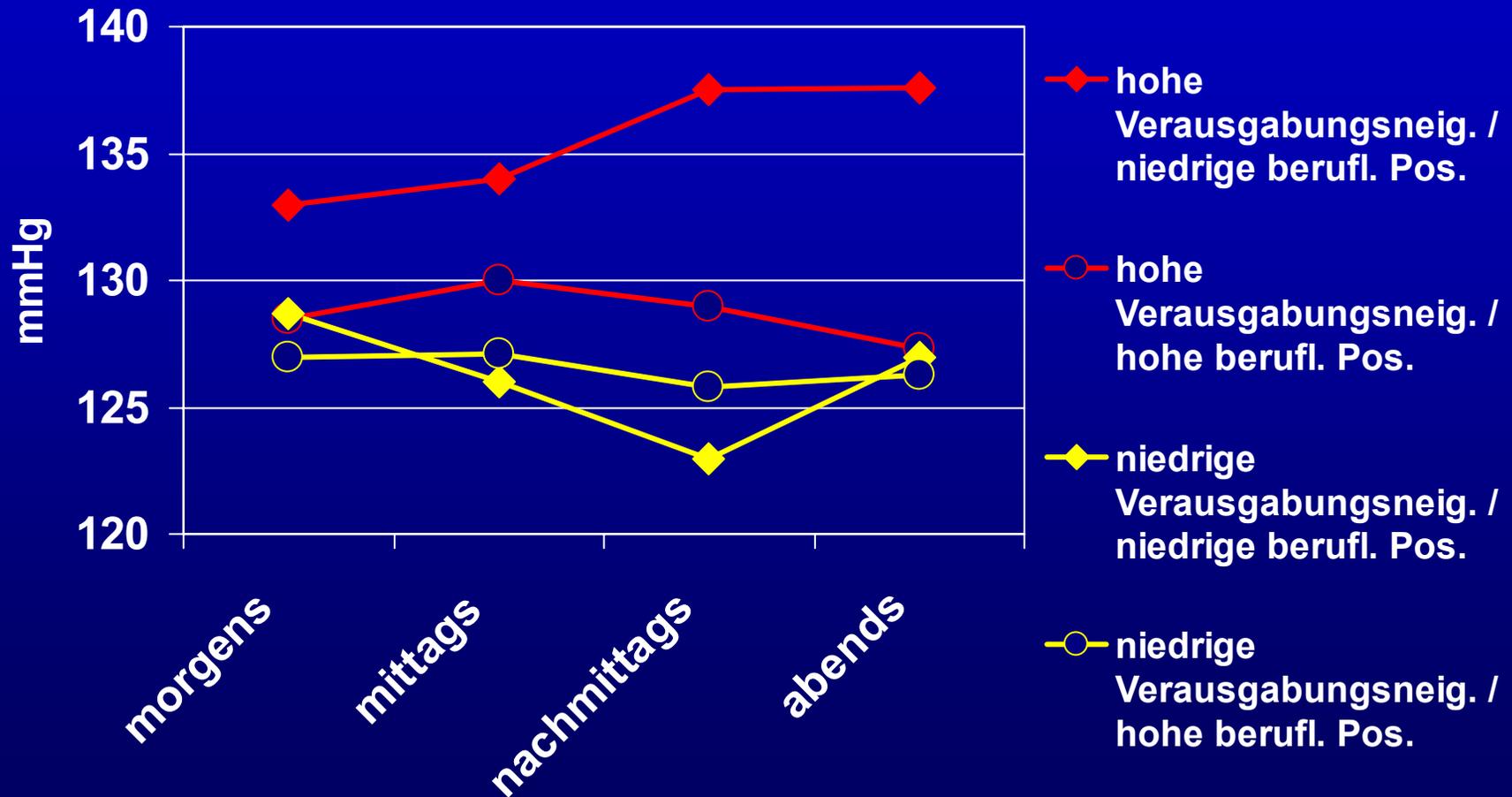
Quelle: Kouvonen et al. (2006), BMC Publ Health, 6: 24.

# Arbeitsstress und Hypertonie bei berufstätigen Frauen in Peking (n = 421 ♀; 38,8 +/- 8,1 Jahre)

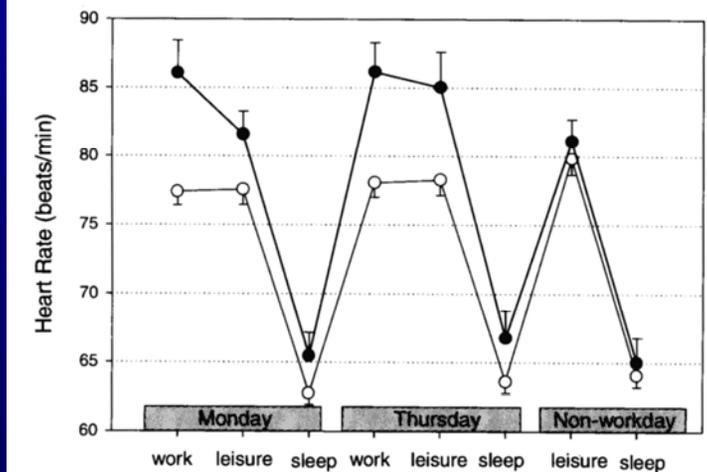
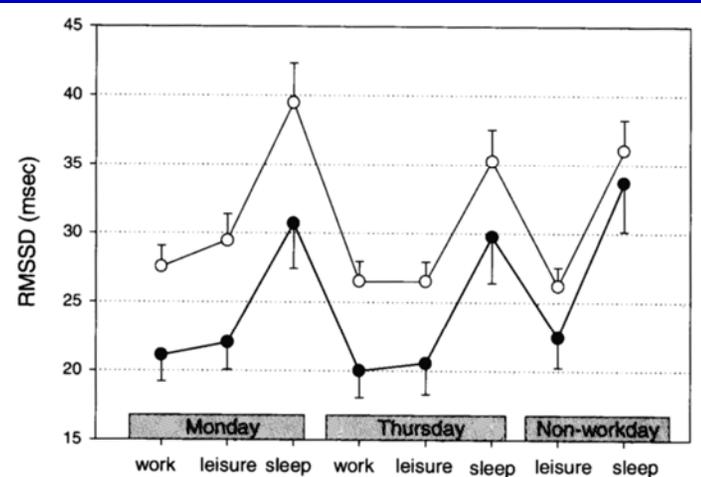
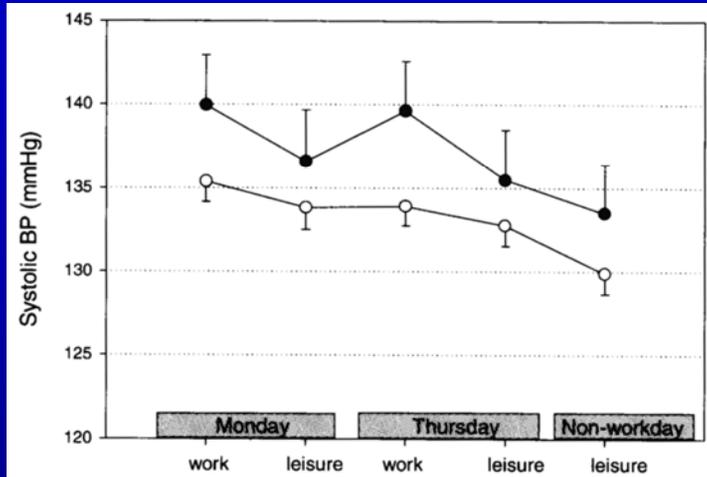
## Multivariate odds ratio für Auftreten von Hypertonie

■ <b>Niedrige Belohnung</b>	<b>3.09</b>	<b>(1.21 - 7.92)</b>
■ <b>Wenig Abwechslung</b>	<b>3.05</b>	<b>(1.49 - 6.27)</b>
■ <b>Konflikt zwischen Arbeit und Familie</b>	<b>3.79</b>	<b>(1.19 - 3.95)</b>
■ <b>Rauchen</b>	<b>2.17</b>	<b>(1.19 - 3.90)</b>
■ <b>BMI ≥ 25</b>	<b>7.29</b>	<b>(3.71 - 14.37)</b>

# Mittlerer systolischer Blutdruck (mmHg) bei Männern im Tagesverlauf nach beruflicher Verausgabungsneigung und sozialem Status



# Kontinuierlich registrierter Blutdruck, Herzfrequenz und Herzfrequenz-Variabilität in Abhängigkeit von beruflichen Gratifikationskrisen



berufliche Gratifikationskrise:

- nein
- ja

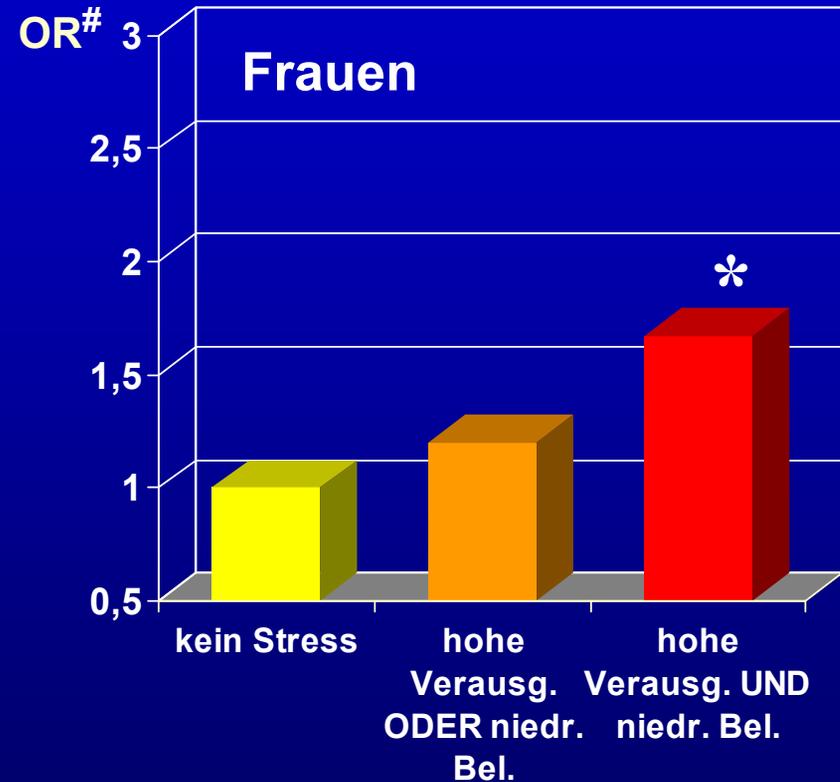
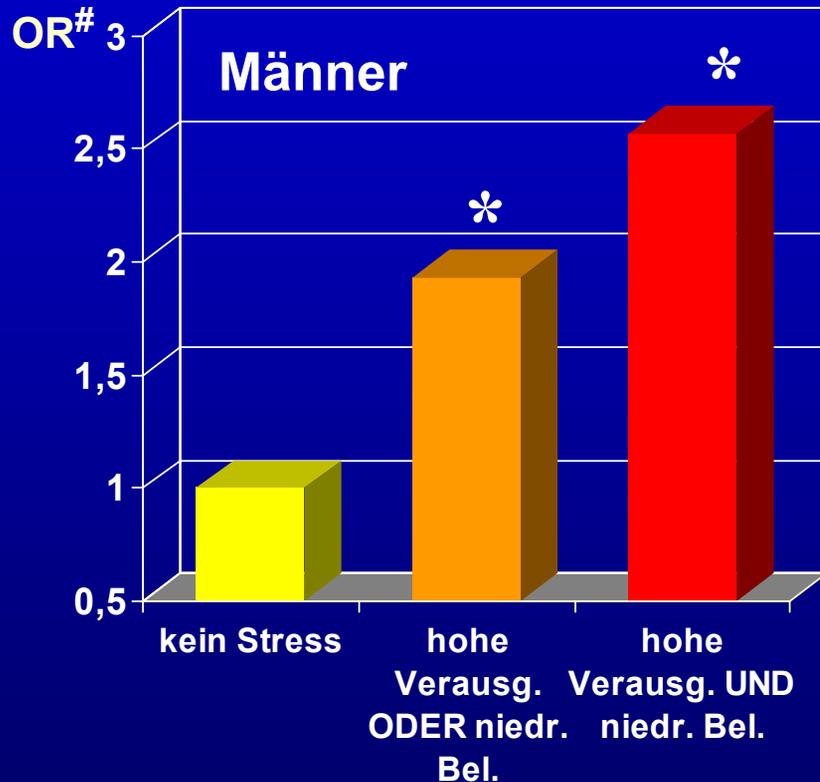
# **Koronare Herzkrankheit und Depression**

---

**„Bis zum Jahr 2020 werden  
Depression und Koronare Herzkrankheit  
weltweit die führenden Ursachen  
vorzeitigen Todes und durch  
Behinderung eingeschränkter  
Lebensjahre sein.“**

**(Murray and Lopez 1996)**

# Berufliche Gratifikationskrisen und Auftreten depressiver Störungen (GHQ): Whitehall II-Studie (N=6110, Zeitraum: 5.3 Jahre)



# adjustiert für Alter, Angestelltengrad, Wert GHQ bei Eingangsuntersuchung; Personen im affektiver Störung zu Studienbeginn nicht enthalten

\*  $p < .05$

Quelle: S.A. Stansfeld et al. (1999), OEM, 56: 302.

# Modell) und Inzidenz schwerer depressiver Symptome

(5 Jahre, N=4.133)

**Multivariate Relative Risiken\*folgender  
Modellkomponenten:**

## **Frauen**

- Geringer Entscheidungsspielraum RR 1.96 CI 1.10;3.47
- Geringer sozialer Rückhalt RR 1.92 CI 1.33;3.26

## **Männer**

- Hohe Arbeitsplatzunsicherheit RR 2.09 CI 1.04;4.20

\*adj. für Alter, Depression bei Baseline und weitere confounder

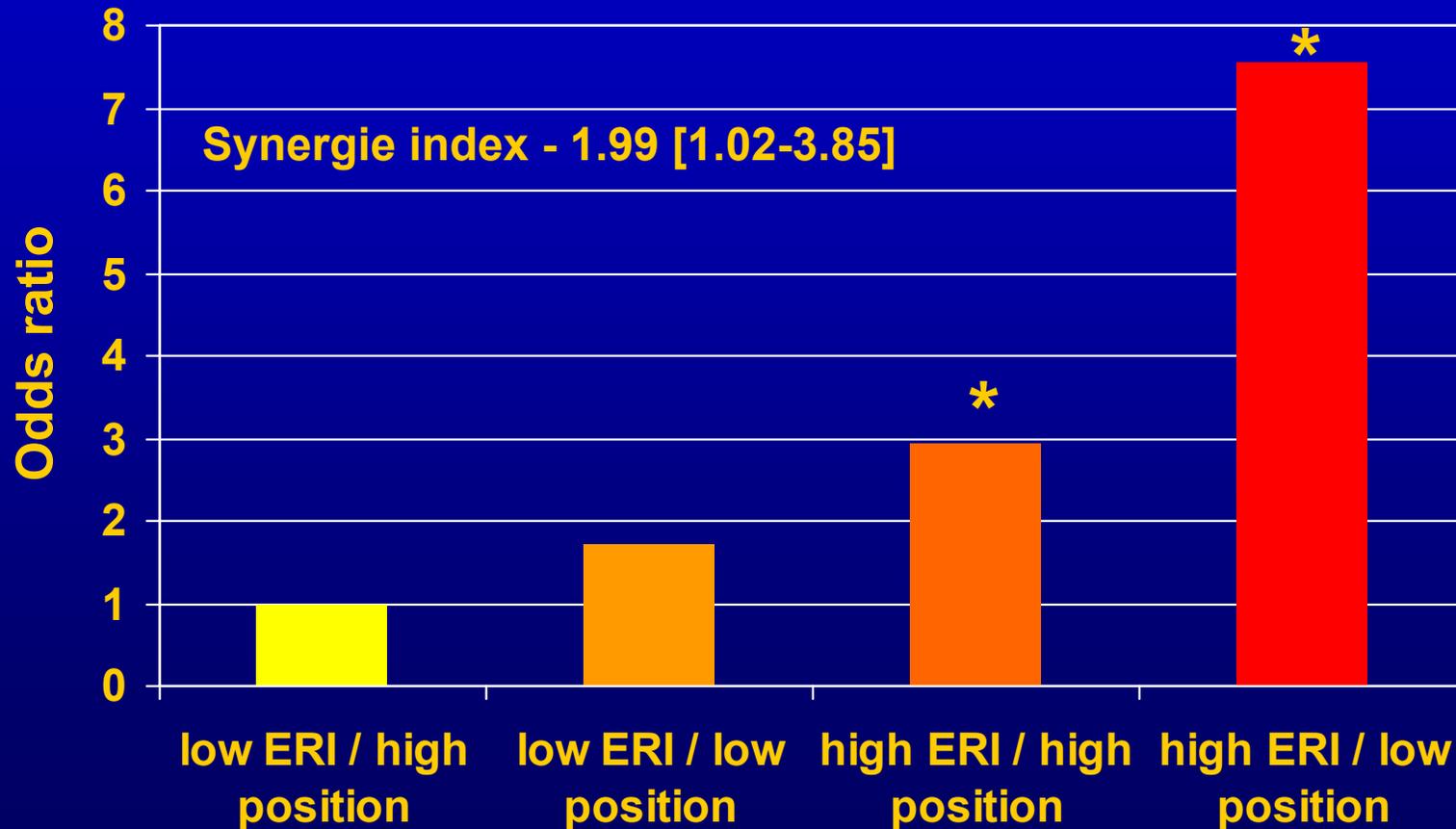
Quelle: R. Rugulies et al. (2006), Am J Epidemiol, 163: 877.

# Arbeitsstress und Depression bei japanischen Arbeitern mit Arbeitsplatzunsicherheit

	OR*	95 % KI	p
■ Hohe Anforderung	0,83	0.32 – 2.15	.70
■ <b>Niedrige Kontrolle</b>	<b>4.71</b>	<b>1.16 – 13.72</b>	<b>.00</b>
■ +Anf./-Kontrolle	2.16	0.85 – 5.51	.10
■ <b>Gratifikationskrise</b>	<b>4.13</b>	<b>1.39 – 12.28</b>	<b>.01</b>
■ <b>Verausgabungsneigung</b>	<b>2.56</b>	<b>1.01 – 6.47</b>	<b>.05</b>

\* Kontrolliert für Alter, Geschlecht, berufliche Position, Berufsgruppe und Arbeitsplatzmerkmale

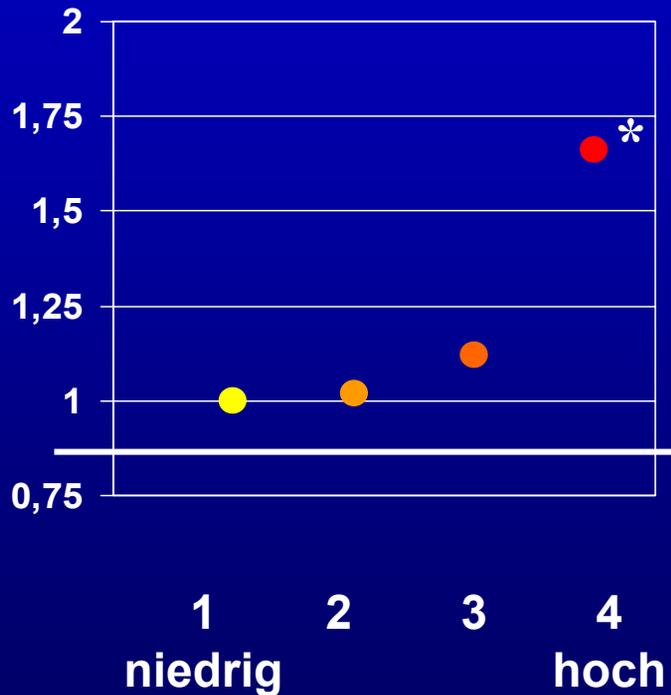
# Arbeitsstress, SES und Depression (HNR Studie, Basiserhebung, N=1811 Männer und Frauen zwischen 45-65 Jahre alt)



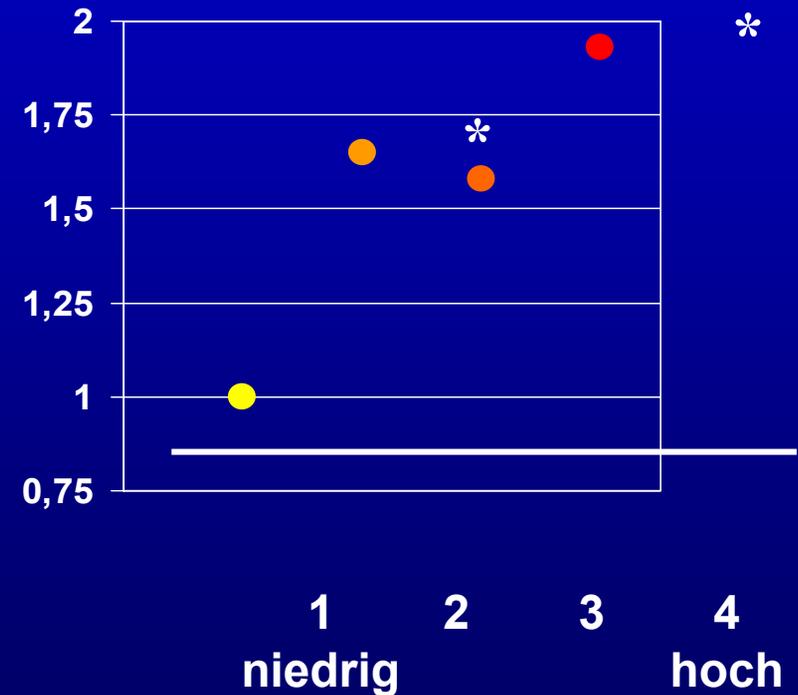
# Arbeitsstress (berufliche Gratifikationskrise) und ärztlich diagnostizierte Depression

## 2 prospektive Kohortenstudien, Finnland, follow up 2-4 Jahre

10 Town-Study (N=18.066)  
OR#



Hospital Personnel-Study (N=4803)  
OR#



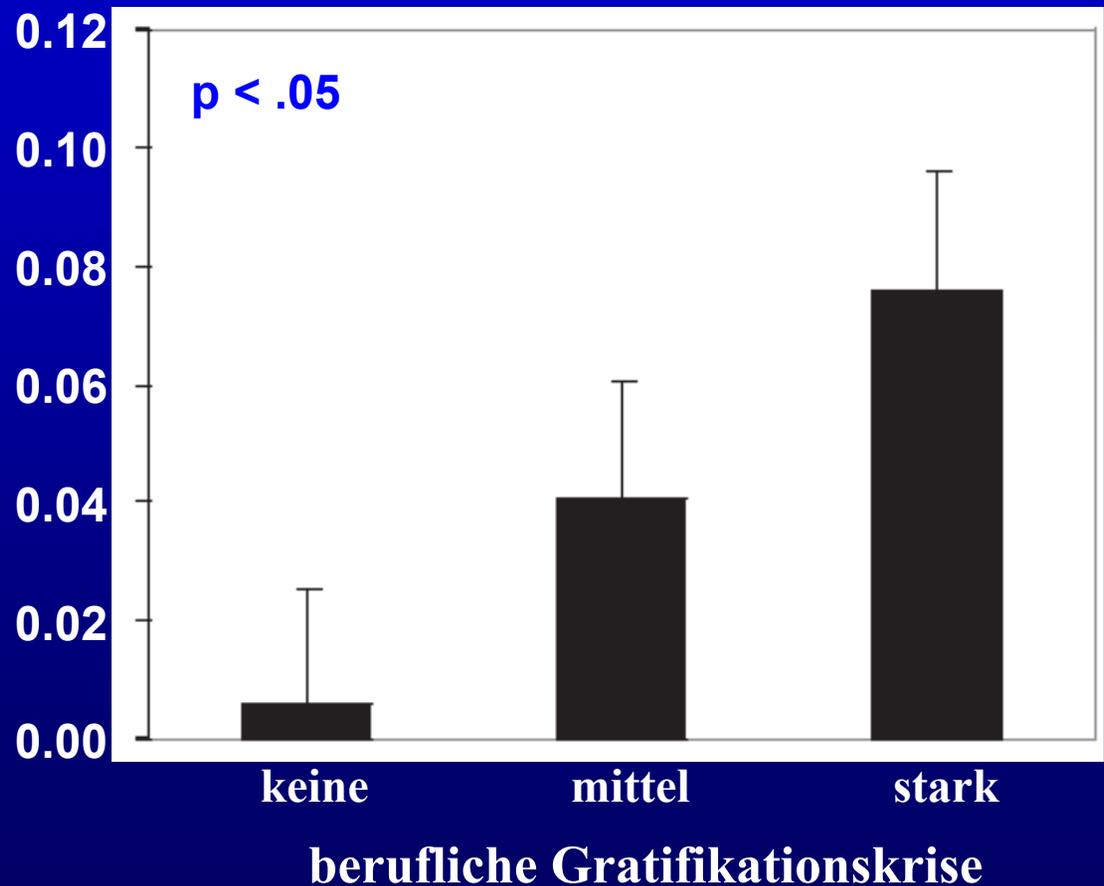
Arbeitsstress (berufliche Gratifikationskrise) - Quartile

# adj. für Alter, Geschl., berufl. Stellung

Quelle: M. Kivimäki et al. (2007), Occup Environ Med (in press).

# Entzündungsparameter (CRP) während experimentell induziertem mentalen Stress bei Beschäftigten mit unterschiedlichem Ausmaß an chronischem Arbeitsstress (berufliche Gratifikationskrise) (N=92)

Veränderung CRP<sup>#</sup>  
(µg/ml) als Funktion  
beruflicher  
Gratifikationskrise

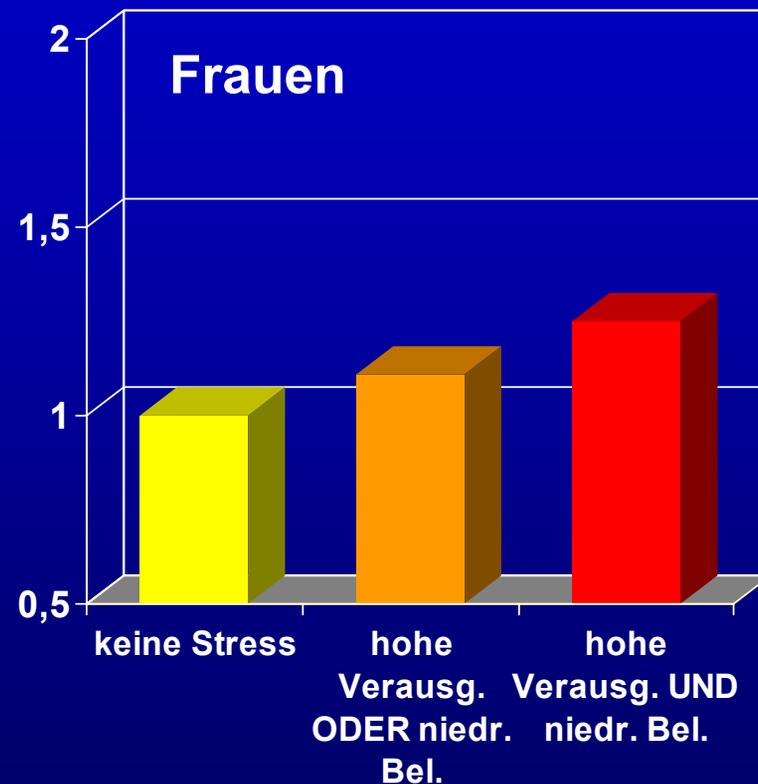
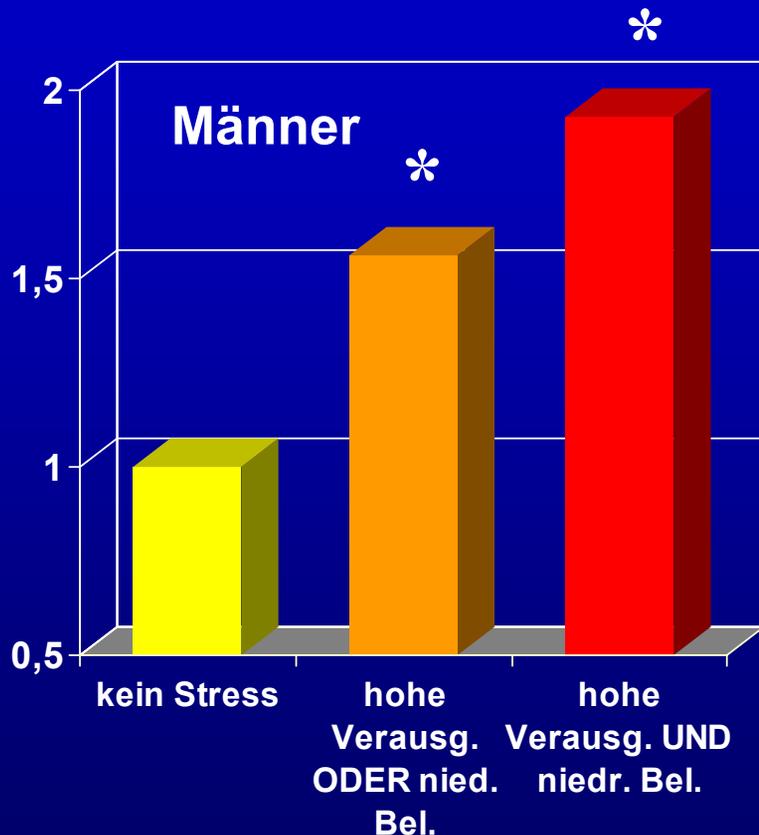


<sup>#</sup> adjustiert für Alter,  
BMI, baseline

Quelle: M. Hamer et al. (2006), Psychosom Med, 68: 408-413.

# Berufliche Gratifikationskrisen und neu aufgetretene Alkoholabhängigkeit: Whitehall II-Studie

(odds ratios<sup>#</sup>; N=7372, follow-up: 5.3 Jahre)



# adjustiert für Alter, berufliche Position, GHQ, chronische Erkrankung, Körpergröße, Rauchen, Alkoholkonsum zu t1, negative Affektivität, soziale Unterstützung, soziales Netzwerk, alternatives Arbeitsstressmodell

Quelle: J. Head et al. (2004), Occup Environ Med, 61: 219.

# **Auswirkungen von chronischem Arbeitsstress: Überblick über empirische Evidenz**

---

## **Gesundheitsgefahren**

- Stressassoziierte Krankheiten (v.a. Herz-Kreislauf-Krankheiten u. affektive Störungen)
- Psycho-biologische Mechanismen
- Gesundheitschädigende Verhaltensweisen

## **Disengagement**

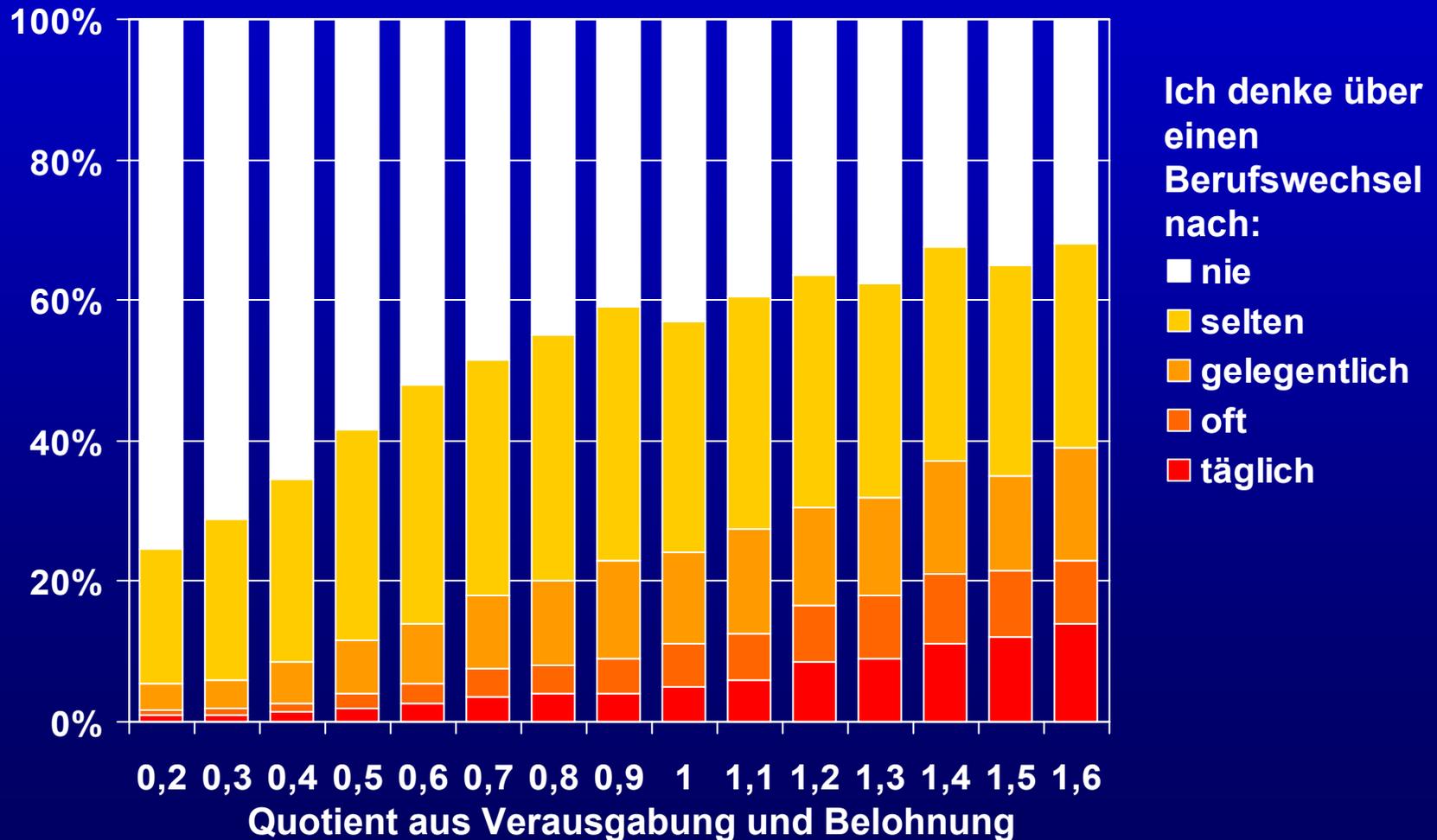
- Absentismus
- Innere Kündigung
- Berufsausstieg

## **Obstruktion**

- Verstoß gegen soziale Normen
- Gewaltanwendung

# Berufliche Gratifikationskrisen und Bereitschaft, den Pflegeberuf aufzugeben

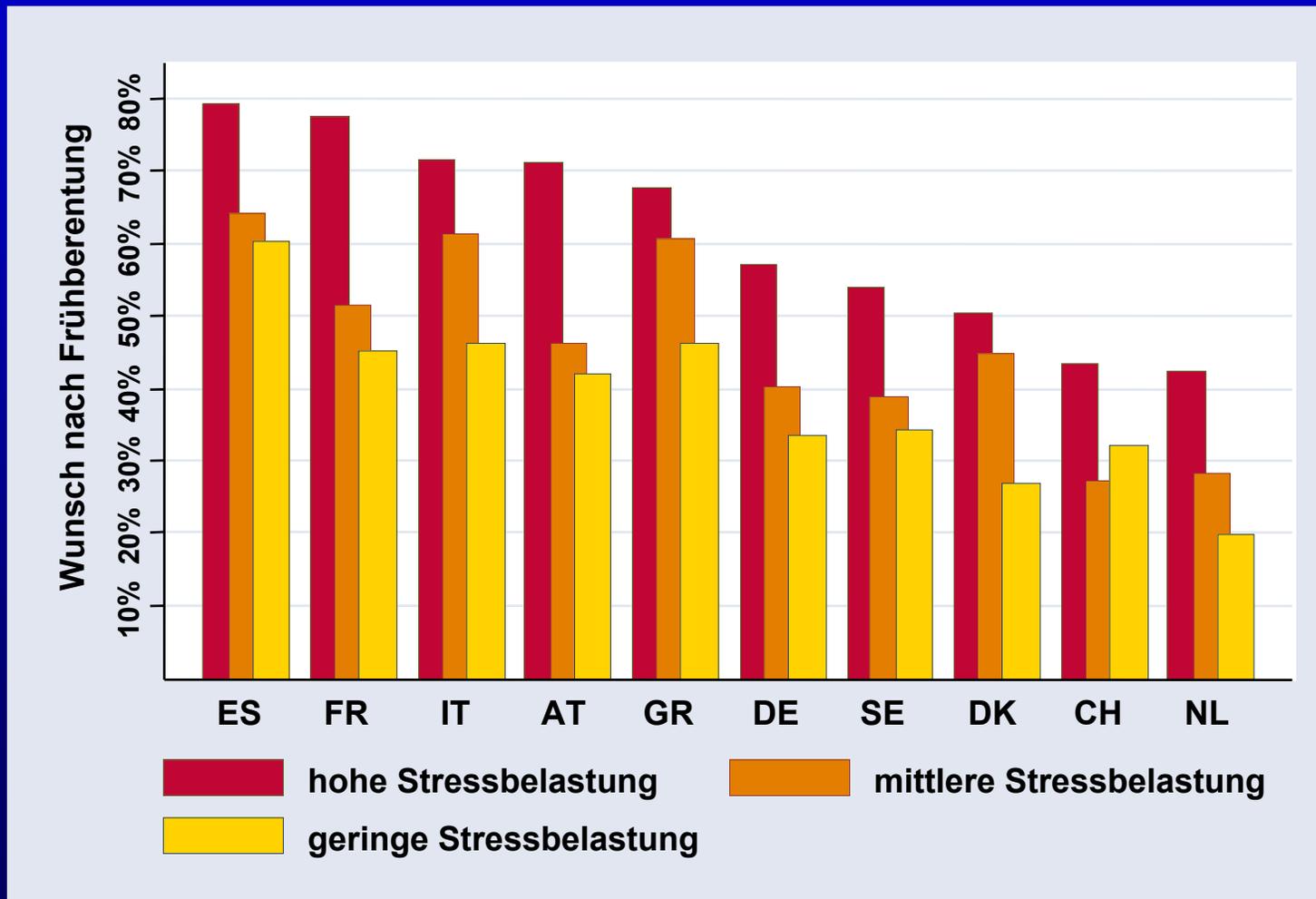
Europäische Studie (NEXT), N=25.853 Pflegekräfte



Quelle: H.W. Hasselhorn et al. (2003).

# Wunsch nach Frühberentung in Abhängigkeit von beruflicher Stressbelastung (Gratifikationskrisen)

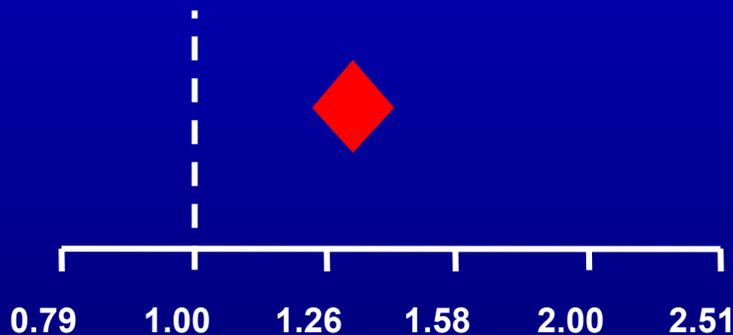
SHARE-Projekt in 10 europäischen Ländern, N=6.244



# Langjährige Arbeit (Ø 16 Jahre) in Berufen mit hoher psychosozialer Belastung und Risiko der Erwerbsunfähigkeit im Alter von 40 bis 59 Jahren

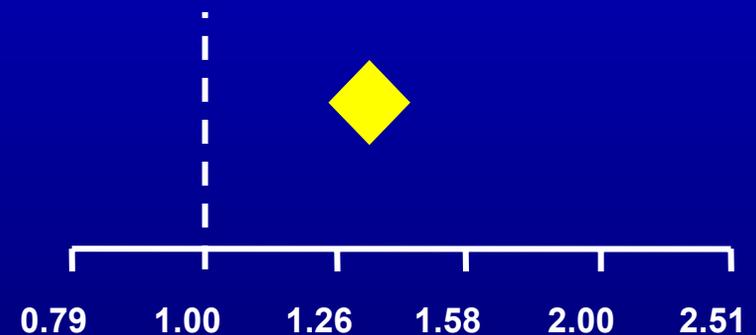
(N= 298.520 ; BfA, LVA, KnV)

Männer



Effekt (Odds Ratio und 95% KI)

Frauen



Effekt (Odds Ratio und 95% KI)

Kontrolle für Alter, Zeit unter Risiko, RV-Träger, Bildung, Einkommen, körperliche Arbeitsbelastungen, Schichtarbeit

# Wann ist Arbeit gesund?

## Folgerungen aus wissenschaftlicher Evidenz

---

- Anspruchsvolles, nicht überforderndes Arbeitsaufgabenprofil (hohe Autonomie, reichhaltige Lern- und Entwicklungschancen)
- Angemessene Erfahrungen von Erfolg und sozialer Anerkennung sowie materielle Gratifikationen für erbrachte Leistungen
- Vertrauensvolles Klima der Zusammenarbeit sowie des fairen und gerechten Umgangs
- Sinnerfüllte und gesicherte Perspektive der Leistungserbringung aus Sicht der Arbeitenden

# Praktische Folgerungen: Stressabbau in der betrieblichen Gesundheitsförderung

---

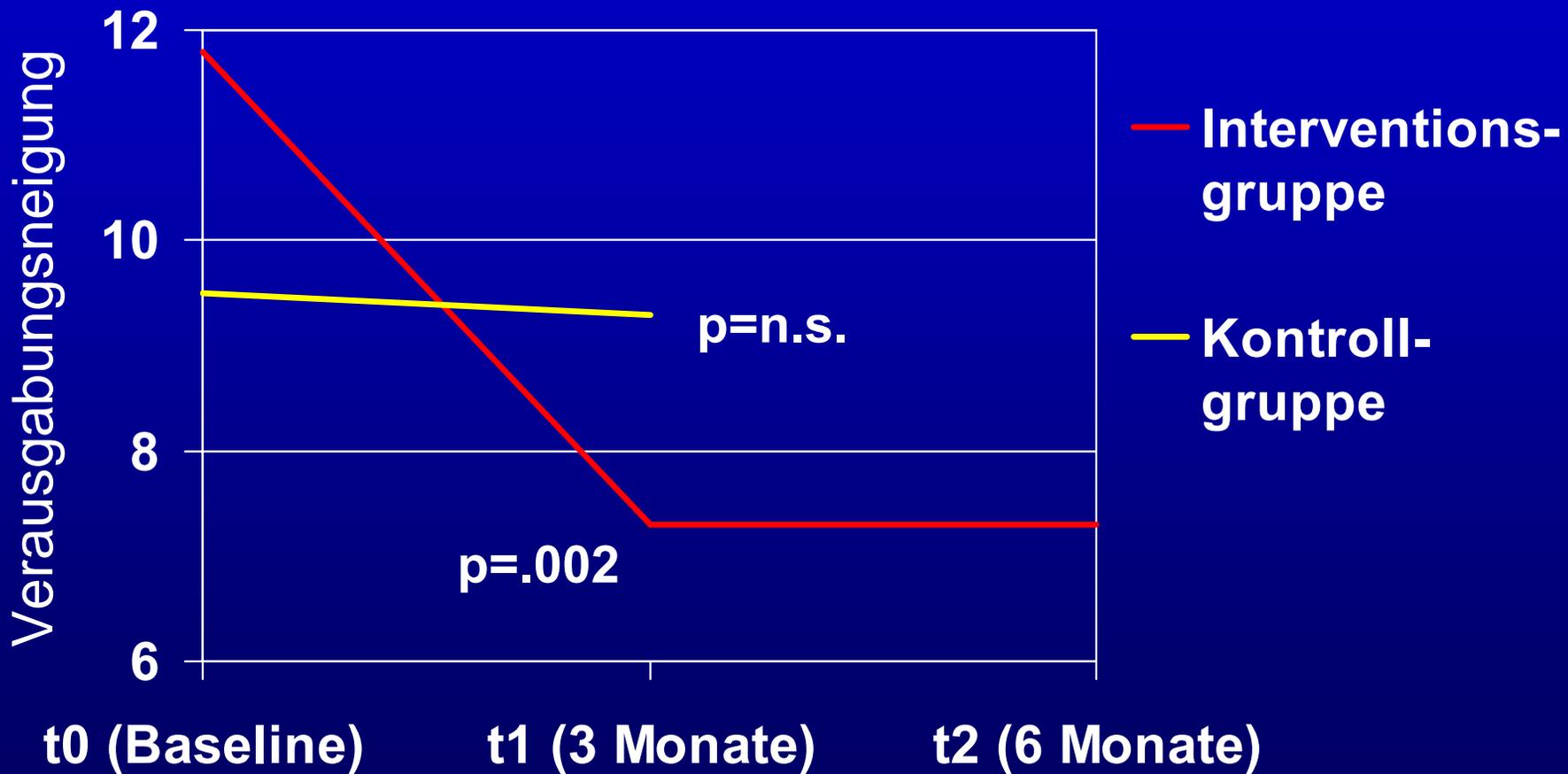
- **Die einzelne Person (intrapersonell):**  
Stressbewältigung als Stärkung individueller Problemlösungskompetenz; Entspannungsverfahren
- **Die Gruppe (interpersonell):**  
Kooperation und Umgang mit Konflikten; Führungsverhalten
- **Die Organisation (strukturell):**  
Änderungen auf der Ebene der Arbeitsorganisation einschließlich Arbeitszeit sowie der Personalentwicklung

# Intrapersonelle Ebene

---

- **Aufklärung** über die Bedeutung von Arbeitsstress bei Krankheitsentwicklung
- Verbessertes **Erkennen und Bewältigen** von Arbeitsstress
- Einübung von **Entspannungsfähigkeit**
- **Verhaltenstraining** zur Reduktion übersteigerter beruflicher Verausgabungsneigung

# Stresspräventionsprogramm: Verminderung von Verausgabungsneigung bei hochbelasteten städtischen Busfahrern (t-Test, zweiseitig)



# Interpersonelle Ebene

---

- Verbesserung von **Kooperationsbeziehungen**
- Verbesserung des **vertikalen Kommunikationsflusses**
- Verbesserung des **Führungsverhaltens** bei Vorgesetzten
- Schaffung einer betrieblichen **Anerkennungskultur**

# Auswirkungen eines Führungstrainings bei Managern auf Stresshormonausscheidung und Entscheidungsspielraum bei abhängig Beschäftigten

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	Baseline	nach 1 Jahr	Baseline	nach 1 Jahr
mittl. Kortisolwert (nmol/l)	387.2	345.2 	390.4	391.3 
		*		
mittlerer Entscheidungsspielraum (range 2-8)	6.0	6.1 	6.2	5.7 
		**		

Interaktion Gruppe X Zeit: \*p = .05, \*\*p = .02

Quelle: T. Theorell et al. (2001), Psychosom Med, 63: 724-733.

# **Strukturelle Ebene I: Anforderungs-Kontroll-Modell**

---

- **Handlungsspielraum erweitern, Tätigkeiten anreichern (Job-Enrichment, Job enlargement etc.)**
- **Verbesserung von Partizipation**
- **Verbesserung von Informationsfluss**
- **Verflachung innerbetrieblicher Hierarchien**
- **Fort- und Weiterbildung (Lern- und Entwicklungschancen, Aufstiegschancen)**

# Auswirkungen einer veränderten Arbeitsteilung auf Gesundheit (N=1193 schwedische Angestellte)

<i>Symptome</i>	<i>A %</i>	<i>B %</i>	<i>C %</i>	<i>p</i>
Depressivität	13,7	18,4	27,8	***
Erschöpfung	39,5	51,1	52,4	**
Kopfschmerzen	5,7	9,9	14,3	***
Magenschmerzen	16,9	21,7	24,4	*
Tablettenkonsum	4,1	6,0	10,2	**
AU-Tage (Ø)	5,0	7,8	10,7	**

**A:** erhöhte Kontrolle *und* größerer Entscheidungsspielraum

**B:** erhöhte Kontrolle *oder* größerer Entscheidungsspielraum

**C:** keine Veränderung

# Strukturelle Ebene II: Verbesserungen der Gratifikationsstruktur

---

- **Leistungsgerechte** Gestaltung von **Erwerbseinkommen** (z.B. kompensatorische Lohndifferentiale; Tarifflexibilität)
- Ausbau von **Bonussystemen** und anderen Formen der Gewinnbeteiligung
- Gratifikationen in Form **individualisierter Arbeitszeitgestaltung** bzw. betriebsinterner Dienstleistungen
- Honorierung von **Betriebstreue** / qualifikationsgerechter **Aufstieg**
- **Arbeitsplatzsicherheit**

**Arbeitsstress und Burnout nach struktureller Intervention;  
 Beobachtungszeitraum 12 Monate,  
 2 kanadische Krankenhäuser, N=302 (Intervention)  
 vs. 311 (Kontrollen) (ANCOVA, adj. für baseline)**

Mittelwerte zu t1 adj. für t0

<b>Variable</b>	<b>Intervention -</b>	<b>Kontrollen</b>	<b>p</b>
<b>Anforderungen</b>	<b>12.08</b>	<b>12.68</b>	<b>.015</b>
<b>Kontrolle</b>	<b>68.59</b>	<b>68.06</b>	<b>.382</b>
<b>Unterstützung durch Vorgesetzte</b>	<b>10.82</b>	<b>10.42</b>	<b>.028</b>
<b>Unterstützung durch Kollegen</b>	<b>12.49</b>	<b>12.26</b>	<b>.056</b>
<b>Berufl. Grat.-krise</b>	<b>1.10</b>	<b>1.15</b>	<b>.002</b>
<b>Burnout</b>	<b>46.66</b>	<b>49.03</b>	<b>.034</b>

Quelle: R. Bourbonnais et al. (2006), Occup Environ Med, 63: 335.

# Herausforderungen an Interventionsforschung und -praxis

---

- Methodische Schwierigkeiten qualitativ anspruchsvoller Interventionsstudien (RCT)
- Bisher begrenzte Evidenz bzgl. der Verhinderung/Senkung klinisch relevanter gesundheitlicher Störungen
- Bisher begrenzte Evidenz bzgl. ökonomischer Erfolgsparameter (jenseits der Senkung von AU-Kosten)
- Bedeutungsverlust der Thematik angesichts aktueller Finanz-/Wirtschaftskrise

# **Sieben Praktiken ökonomisch erfolgreicher Betriebe (USA)**

---

- 1. Arbeitsplatzsicherheit**
- 2. Gezielte (sorgfältige) Personaleinstellungspolitik**
- 3. Dezentrale Entscheidung, verstärkte Teamarbeit**
- 4. Individuelle, leistungsorientierte Bezahlung**
- 5. Systematische und extensive Schulung**
- 6. Abbau von Statusunterschieden zwischen den innerbetrieblichen Positionsgruppen (z.B. Zimmergröße, Anrede etc.)**
- 7. Offene Informationspolitik (Transparenz), v.a. bezüglich der Betriebsergebnisse**

**Quelle: J. Pfeffer (1998): The Human Equation: Building Profits by Putting People First. Boston: Harvard Business School.**

*Vielen Dank!*