



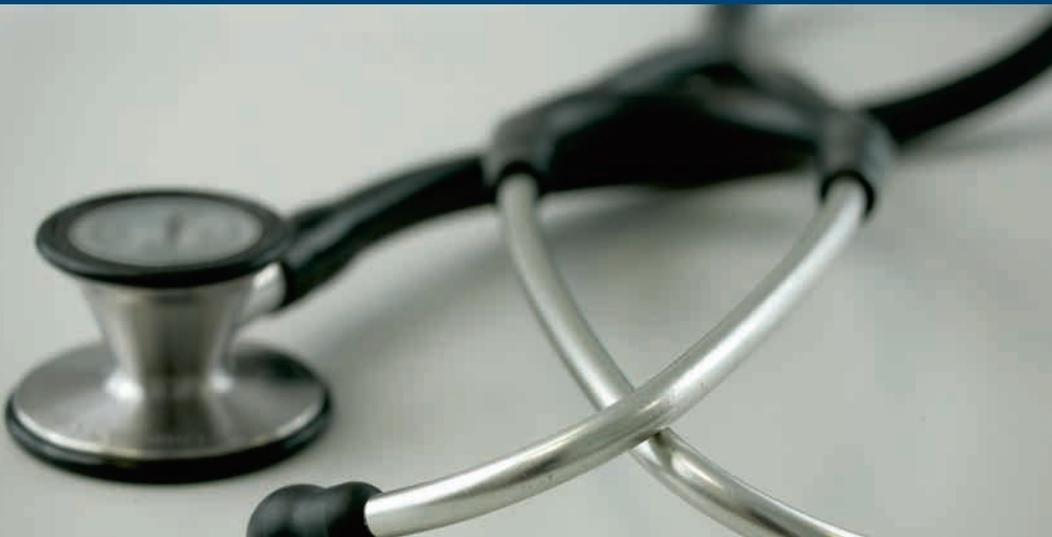
Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales

## **Arbeitsmedizin**

# **Psychische Gesundheit im Betrieb**

## **Arbeitsmedizinische Empfehlung**

**Ausschuss für Arbeitsmedizin**



# Psychische Gesundheit im Betrieb

Arbeitsmedizinische  
Empfehlung

Ausschuss für Arbeitsmedizin

Die Arbeitswelt hat sich rasant verändert und wird sich mit der Digitalisierung in hohem Tempo weiter verändern: Neue Prozesse und Produktionsabläufe führen dazu, dass Arbeit körperlich bei weitem nicht mehr so anstrengend ist wie noch vor wenigen Jahrzehnten. Arbeitsunfälle kommen dank der hohen Sicherheitsstandards viel seltener vor. Eine große Aufgabe der kommenden Jahre wird sein, die Arbeitswelt 4.0 so zu gestalten, dass sie auch den seelischen Bedürfnissen der Menschen besser gerecht wird.

Veränderte Familienstrukturen, ein beschleunigter, streng getakteter Alltag – all dies will im beruflichen wie im privaten Leben gemeistert sein. Psychische Krankheiten rangieren an zweiter Stelle, was die Summe der AU-Tage angeht. In etwa 43 Prozent der Fälle sind sie bereits die Ursache für Frühverrentungen wegen Erwerbsminderung.

Eine Stelle zu haben, gebraucht zu werden, täglich unter Menschen zu kommen – das kann Halt geben und psychisch stabilisierend wirken. Arbeit kann aber auch die Seele krank machen – wenn der Zeitdruck stetig steigt, wenn immer mehr Informationen auf uns einprasseln. Und nicht nur die Hektik, auch Monotonie am Arbeitsplatz vermag einen Menschen psychisch aus der Bahn zu werfen. Gleichgültig, ob die Ursachen im Einzelfall eher im privaten oder im beruflichen Umfeld liegen: Arbeitgeber müssen sich stärker auch um das seelische Wohl ihrer Beschäftigten kümmern. Auch für Arbeitsschützer und Arbeitsmediziner rückt das Thema damit in den Blickpunkt.

Die Empfehlung des Ausschusses für Arbeitsmedizin beschreibt, wie Betriebsärzte dazu beitragen können, die psychische Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten oder wiederherzustellen. Dieses gemeinsame Konzept der Sozialpartner, Länder, Unfallversicherungsträger, der Bundesärztekammer und hochrangiger Praktiker und Wissenschaftler der Arbeitsmedizin ist bisher einzigartig in Deutschland.

Zu danken ist dem Ausschuss für Arbeitsmedizin und allen, die mitgewirkt haben, für ihre Arbeit.



## Inhalt

1	Zusammenfassung .....	7
	Grundlagen .....	8
2	Eckdaten zu Arbeitsunfähigkeit in Folge von psychischen Erkrankungen .....	8
3	Was Betriebsärzte zur Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit im Betrieb beitragen können .....	10
4	Wissenschaftliche Untersuchungen und Ergebnisse.....	13
4.1	Einfluss biologischer, gesellschaftlicher und betrieblicher Rahmenbedingungen auf die psychische Gesundheit .....	13
4.1.1	Ätiologie psychischer Erkrankungen.....	13
4.1.2	Die Bedeutung beruflicher Tätigkeit .....	16
4.1.3	Aktuelle Entwicklungen der Arbeitswelt .....	17
4.2	Wissenschaftliche Hypothesen zu „kränkenden“ Kontextbedingungen in der Arbeitswelt .....	21
	Perspektiven und Methoden.....	24
5	(Früh)diagnostik – Erkennen von Gefährdungen für den Erhalt psychischer Gesundheit im Betrieb.....	24
5.1	Informationsquellen für den Betriebsarzt .....	24
5.2	Bedarfsanalyse – Empfehlungen zum Vorgehen.....	25
5.3	3-Stufen-Modell .....	27
5.3.1	Beispielhafte, bewährte Analyseinstrumente zu Stufe 2.....	29
6	Handlungsempfehlungen zur Entwicklung und Sicherung von Gesundheitsressourcen im Betrieb: Kooperation .....	33
6.1	Staatlicher Arbeitsschutz.....	34
6.2	Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften) .....	35
6.3	Träger der gesetzlichen Rentenversicherung .....	36
6.4	Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) .....	36
6.5	Fachärzte und Psychotherapeuten .....	38

---

Betriebliche Beispiele.....	38
7 Häufige Beratungsanlässe im arbeitsmedizinischen Alltag.....	38
7.1 Beratung auf Organisationsebene.....	39
7.1.1 Umgang mit Konflikten.....	39
7.1.2 Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen.....	40
7.2 Individuelle Beratung / Supervision.....	41
7.3 Stressprävention.....	42
8 Erfolgsfaktoren.....	43
8.1 Fördernde Faktoren im Betrieb.....	43
8.2 Qualitätsanforderungen an Gesundheitsdaten.....	44
8.3 Betriebliche Gestaltungs- und Präventionsansätze zum Erhalt und zur Förderung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten.....	45
9 Zitierte und weiterführende Literatur.....	47
Impressum.....	52

## 1 Zusammenfassung

Die arbeitsmedizinische Empfehlung nennt Eckdaten zur psychischen Gesundheit und stellt die Rolle des Betriebsarztes in den Mittelpunkt.

Ein wissenschaftlicher Exkurs zum Bedingungsgefüge von psychischer Gesundheit und Krankheit hilft, die Komplexität der Interaktion von biologischen und psychischen Prozessen zu verstehen. Die für den Erhalt und die Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeit wesentlichen Faktoren werden zusammengefasst und mit den aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt konfrontiert. Gängige wissenschaftliche Hypothesen und Modelle vermitteln mögliche Lösungsoptionen für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen (**Grundlagen**).

Ausgewählte Ansätze und Analyseinstrumente für den Methodenkoffer des Betriebsarztes zur Identifikation von psychischen Belastungen und Ressourcen im Rahmen der Gefährdungsermittlung und -beurteilung werden ausführlich vorgestellt, auf eine umfassende Darstellung wird aber bewusst verzichtet. Mögliche externe Kooperationspartner wie Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, und Rentenversicherung, sowie der staatliche Arbeitsschutz mit ihren spezifischen Beiträgen zur Stärkung der Gesundheitspotentiale (Verhältnis- und Verhaltensprävention) werden benannt. Die Rahmenbedingungen in kleinen und mittelgroßen Unternehmen werden stets berücksichtigt. Für die praktische Umsetzung wird ein bewährtes dreistufiges Vorgehen empfohlen (**Perspektiven und Methoden**).

Erfolgreiche betriebliche Beispiele, Handlungsansätze und eine Darstellung wesentlicher **Erfolgsfaktoren** runden die Empfehlung ab.

## Grundlagen

### 2 Eckdaten zu Arbeitsunfähigkeit in Folge von psychischen Erkrankungen<sup>1</sup>

Neben dem allgemeinen Trend des stetigen Anstiegs des Krankenstands in den letzten 10 Jahren, haben insbesondere die mit psychischen Erkrankungen verbundenen Fehlzeiten anteilig stark zugenommen<sup>1</sup>. Eine solche Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Erkrankungen wird unisono von allen Kassenarten berichtet. Diese Entwicklung bei den Arbeitsunfähigkeitszahlen spiegelt sich teils auch in den Daten der stationären Versorgung bzw. der Arzneimittelverordnungen wider. Dies lässt allerdings nicht den Schluss zu, dass die Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland generell zunimmt, vielmehr zeigen aktuelle epidemiologische Studien auch über längere Zeiträume recht gleichbleibende Prävalenzen (Jacobi et al. 2015).

Im Jahr 2017 entfielen 15,6 Prozent aller AU-Tage der beschäftigten Mitglieder auf psychische Störungen. Sie sind somit nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen (24,7 Prozent aller AU-Tage) der zweithäufigste Grund für Fehltage. AU-Zeiten aufgrund psychischer Störungen differieren stark zwischen Wirtschaftsgruppen bzw. Berufen. Arbeitslose (ALG-I) weisen hingegen im Schnitt viermal so viele AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen im Vergleich zu Erwerbstätigen auf. Zudem sind bei den Arbeitslosen (ALG-I) psychische Störungen als Ursache von Fehlzeiten noch deutlich häufiger als Muskel-Skelett-Erkrankungen zu finden. Insgesamt treten in allen Versichertengruppen sowohl AU-Fälle als auch AU-Tage, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden, bei Frauen häufiger als bei Männern auf (bei den Beschäftigten circa 1,5-mal häufiger). Außerdem nimmt die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen mit dem Alter tendenziell zu und ist in der Gruppe der 60-64-jährigen Beschäftigten am größten. Insgesamt sind psychische Erkrankungen mit einer überdurchschnittlich langen Erkrankungsdauer (2017: 36,8 Tage je Fall) verbunden. Sie nehmen einen erheblichen Anteil am Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (2017: 27,1 Prozent aller AU-Tage mit Krankengeldbezug bei den Beschäftigten) ein. Knapp ein Drittel aller AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart geht auf eine depressive Episode (ICD-10-Code: F32) mit einer mittleren Dauer von 52,0 Tagen je Fall zurück. Dabei sind Frauen häufiger als Männer betroffen. Allerdings weisen Männer im Vergleich zu Frauen zweieinhalb Mal so viele AU-Fälle (3,8 vs. 1,5 je 1.000 beschäftigte Mitglieder) und AU-Tage

<sup>1</sup> Alle hier genannten Kennzahlen und Statistiken entstammen, soweit nicht mittels anderer Quellen belegt, dem BKK Gesundheitsreport 2018.

(138,3 vs. 54,1 je 1.000 beschäftigte Mitglieder) aufgrund von Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19) auf. Davon geht wiederum die überwiegende Mehrheit auf psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol zurück, die in den vergangenen Jahren v. a. bei den Männern einen starken Anstieg zu verzeichnen haben.

Besonders verbreitet sind Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen in solchen Branchen (z. B. Gesundheits- und Sozialwesen, Erziehung und Unterricht) bzw. Berufen (z. B. Alten- und Krankenpfleger, Erzieher, Sozialarbeiter), die viel mit bzw. am Menschen arbeiten. Der Schwerpunkt von Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische Erkrankungen liegt v. a. im Dienstleistungsbereich.

Auch über die Arbeitsunfähigkeit hinaus kommt den psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt eine besondere Bedeutung zu:

- So sind 29,7 Prozent der beschäftigten Mitglieder im Jahr 2017 wegen psychischer Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen, der Anteil ist bei den Frauen (36,7 Prozent) deutlich höher als bei den Männern (24,1 Prozent). Die Anteile betroffener Beschäftigter nehmen dabei mit höherem Alter zu (mit 39,2 Prozent höchster Anteil bei den 60- bis 65-Jährigen). Als Einzeldiagnose sind dabei bei beiden Geschlechtern somatoforme Störungen (F45) sowie depressive Episoden (F32) am häufigsten.
- Im stationären Bereich stechen psychische Erkrankungen besonders heraus: Es gehen die weitaus meisten Behandlungstage darauf zurück, diese machen bei den Beschäftigten allein knapp 30 Prozent aller Krankenhaustage aus. Grund dafür ist, dass die stationäre Behandlung psychischer Störungen im Schnitt um ein Mehrfaches länger dauert als bei anderen Erkrankungen (2017: 28,9 KH-Tage je Fall). Dabei ist die durchschnittliche Falldauer bei Frauen um mehr als eine Woche länger als bei Männern.
- Bei den Arzneimittelverordnungen hat das Verordnungsvolumen von Psychopharmaka zugenommen. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. Allerdings bekommen Frauen häufiger solche Medikamente im Vergleich zu Männern verordnet (21,4 Prozent vs. 15,6 Prozent der Beschäftigten). Oftmals erhöhen sich mit dem Alter auch die Verordnungshäufigkeiten und -mengen.
- Den psychischen Erkrankungen kommt auch bei den gesundheitsbedingten Frühberentungen eine erhebliche Bedeutung zu: Psychische Erkrankungen stellen den häufigsten Grund für eine Frühberentung dar, noch vor Muskel-Skelett-Erkrankungen und Neubildungen.

**Im Interesse der Beschäftigten und der Unternehmen** muss die Erhaltung und (Wieder-)Herstellung psychischer Gesundheit im Betrieb höchste Priorität erhalten.

### 3 Was Betriebsärzte zur Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit im Betrieb beitragen können

Betriebsärzte haben als Berater von Unternehmen, Führungskräften und Beschäftigten eine Schlüsselstellung in allen Fragen von Arbeit und Gesundheit. Diese **arbeitsmedizinische Empfehlung** richtet sich deshalb primär an Betriebsärzte, sekundär an alle weiteren Akteure des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, da nur im Zusammenwirken aller betrieblichen Akteure Standards etabliert und im betrieblichen Gesundheitsmanagement umgesetzt werden können.

Diese **arbeitsmedizinische Empfehlung** soll helfen:

1. Psychische Fehlbeanspruchungen im Betrieb frühzeitig zu erkennen und zu verringern.
2. Die Beratungskompetenz von Betriebsärzten gegenüber Arbeitgebern und Beschäftigten zu stärken.
3. Die Arbeitgeber und Betriebs- und Personalräte bei der Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen zu beraten.
4. Betriebsärzte zu befähigen, die Beschäftigten bei der Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit zu unterstützen.
5. Betriebsärzten zu ermöglichen, sich auf ein bereits mit Arbeitgebern und Arbeitnehmervertretern abgestimmtes Vorgehen als betriebliches Stufenkonzept zur Bedarfsanalyse zu stützen, Maßnahmen vorzuschlagen und erprobte Interventionen zum Erhalt und zur Förderung psychischer Gesundheit vorlegen zu können.

Betrieblich tätige Arbeitsmediziner sind Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung und der anschließenden auf die Arbeitsumwelt bezogenen Weiterbildung (Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin) als **Sachverständige** in allen Fragen von Arbeit und Gesundheit kompetente und umsetzungsorientierte Konzepte entwickeln können. Ihre besondere Fähigkeit besteht darin, mit Methoden der „Anamnese“ und der strukturierten Befunderhebung sowie deren differentialdiagnostischer Abwägung und Bewertung sowohl den einzelnen Menschen als auch seine Arbeitsumwelt und die betriebliche Organisation zu beurteilen. In der Verdichtung einzelner Beurteilungen zu Gruppenphänomenen auf Abteilungs- und Betriebsebene entwickeln Betriebsärzte Hypothesen, die in schlüssige Konzepte zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen münden. Die Professionalität von Betriebsärzten besteht darin, medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen zur Ätiologie und Pathogenese arbeitsbedingter Erkrankungen in die Perspektive salutogener Arbeitsbedingungen zu übersetzen und die Verantwortlichen im

Betrieb bei der Umsetzung kompetent zu beraten. Diese Expertise hat sich bei den „klassischen“ Gefährdungen in den letzten Jahrzehnten bewährt. Bei den Herausforderungen, die sich aus der Dynamik und Komplexität der modernen Arbeitswelt ergeben, sind Betriebsärzte bislang überwiegend bei der Früherkennung psychischer Störungen, der Vermittlung ambulanter oder stationärer medizinisch-psychologischer Versorgung und der Begleitung bei der Wiedereingliederung nach langer Ausfallzeit durch psychische Störungen gefragt.

Betriebsärzte können mehr beitragen: Der Gedanke der **Prävention** mit den Dimensionen Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention in den Betrieben wurde bereits 1973 zur „Verhinderung arbeitsbedingter Erkrankungen“ mit dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) eingeführt. Forschungsergebnisse, Erfahrungen und Empfehlungen zur Gestaltung menschengerechter Arbeit (**Verhältnisprävention**) liegen als **arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse** vor, z. B. Ergonomie, Arbeitsorganisation vollständiger Tätigkeiten, Kurzpausen bei Bildschirmarbeit, Transparenz in den Zuständigkeiten. In der betrieblichen Wirklichkeit bleibt es oft bei selektiven Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung, der Rückenschule und dem Entspannungskurs, die sicher individuelle Entlastung bieten, aber allein nur symptomatisch wirken können (**Verhaltensprävention**).

**Prävention** muss als dauerhaftes und wirtschaftliches Instrument zum Schutz, zur Pflege und zur Förderung der Organisationsressource „Gesundheit“ verstanden werden: **Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)** birgt die Chance in sich, den gesetzlichen Pflichtauftrag nach ASiG und Arbeitsschutzgesetz und das unternehmerische Interesse an gesunden, motivierten und leistungsfähigen Beschäftigten zu verbinden. BGM setzt allerdings eine Aushandlung zwischen Arbeitgeber und Betriebs- und Personalrat innerhalb des Betriebes und den Willen zu einem kontinuierlichen und systemischen Vorgehen voraus. Kennzeichnend ist die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Abläufe, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von **Arbeit und Organisation** und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Beschäftigten zum Ziel haben. Es geht darum, eine übergreifende und sinnvolle Koordination aller Aktivitäten zu etablieren und weiter zu entwickeln, die Einfluß auf die Gesundheit haben. Betriebsärzte können dabei eine führende Rolle einnehmen, in dem sie ihre Expertise in den betrieblichen Steuerkreis oder das BGM-Team einbringen und die Moderation der Expertengruppe aus Führungskraft, Betriebs-/Personalrat und betrieblichen Beratern zur Gefährdungsermittlung übernehmen. Der Betriebsarzt ist in der Runde nicht nur Moderator sondern selbst Experte.

Dem Betriebsarzt kommt eine wichtige Rolle bei der fundierten Vermittlung von Früherkennungsmöglichkeiten und Verlauf psychischer Erkrankungen zu. Betriebsärzte können wie niemand anderes im Betrieb dazu beitragen, psychische Erkrankungen zu enttabuisieren, damit sie frühzeitig erkannt und behandelt werden. Grundkompetenzen werden bereits in der arbeitsmedizinischen Weiterbildung vermittelt (Kursbuch Arbeitsmedizin), Zusatzqualifikationen wie „Psychosomatische Grundversorgung“, „Psychotherapie“, „Moderation“ können inzwischen immer mehr Betriebsärztinnen und Betriebsärzte vorweisen.

Der Betriebsarzt kann dafür sorgen, dass Führungskräfte und Beschäftigte die Chance haben, Kompetenzen zu entwickeln, mit anspruchsvollen, konflikthafter und „stressigen“ Situationen im betrieblichen Alltag umzugehen (Kommunikations-/Gesundheitsseminare/Teamcoaching).

Und der Vollständigkeit wegen sei auch noch das Selbstverständliche erwähnt: der Betriebsarzt bietet seine Rolle als ärztlicher Berater und Koordinator an, wenn es darum geht, im Frühstadium psychischer Störungen ambulante Hilfen zu vermitteln, Kontakte zu Trägern der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, und Rentenversicherung zu bahnen, in großen Betrieben sogar dauerhaft mit externen Therapeuten und Fachkliniken zu kooperieren, um die Wartezeiten zu verkürzen und dem Beschäftigten zeitnah Beratung und/oder Therapie zu ermöglichen (Fallmanagement/Routingfunktion des Betriebsarztes). Die sachverständige ärztliche Begleitung bei der betrieblichen Wiedereingliederung ist in vielen Betrieben schon sinnvolle, gängige Praxis. Der Betriebsarzt ist der Einzige, der sowohl die medizinischen Befunde interpretieren kann, als auch die Rahmenbedingungen des Betriebes und die Arbeitsplätze kennt. Das macht ihn unverzichtbar bei der Konzipierung eines individuellen Wiedereingliederungsplans, der sowohl die Belastbarkeit des Beschäftigten als auch die Anforderungen aus der Tätigkeit aufeinander abstimmt. Die Wiedereingliederung von Beschäftigten mit chronischen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen ist eine zentrale betriebsärztliche Aufgabe der **Tertiärprävention**. Die erfolgreiche Integration in den Arbeitsprozess setzt die Beeinflussung der Faktoren voraus, die die Entstehung der Erkrankung begünstigen und die Chronifizierungsprozesse fördern und unterhalten. Von entscheidender Bedeutung ist die möglichst frühzeitige Erarbeitung eines individuellen Stufenplans unter Berücksichtigung des positiven Leistungsbildes und der Arbeitsplatzanforderungen. Als Grundlage dienen einerseits fachärztliche Befundunterlagen sowie das betriebsärztliche Gespräch, ggf. mit Untersuchung, andererseits die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung, Gespräche mit Vorgesetzten und im Einzelfall eine gemeinsame Arbeitsplatzbegehung. Auch eine Unterstützung und Begleitung am Arbeitsplatz durch einen Therapeuten kann sinnvoll sein. Entschei-

dend ist, dass neben dem betroffenen Menschen der Vorgesetzte, der Personal-/ Betriebsrat, im Einzelfall auch die Kollegen eingebunden und ihre Anregungen in einem im Konsens abgestimmten Eingliederungsplan zusammengefasst werden. Idealerweise nimmt der Betriebsarzt diese Aufgabe wahr, denn nur er kann als Arzt die gesundheitlichen Einschränkungen und Risiken sowie das Leistungsvermögen beurteilen, kennt den konkreten Arbeitsplatz mit seinen Anforderungen und Rahmenbedingungen und hat Zugang sowohl zu dem Beschäftigten als auch zum Arbeitsplatz und allen betrieblichen Akteuren.

Mit der seit 1.1.2011 gültigen DGUV Vorschrift 2 bieten sich gute Möglichkeiten, mit dem jeweiligen Betrieb neben der fixen Grundbetreuung, im Rahmen der betriebs-spezifischen Betreuung, adäquate Zeitfenster zur Durchführung von Projekten zum Themenkomplex „Psychische Gesundheit“ auszuhandeln. Denn das aktive Mitgestalten und Hinwirken auf „menschengerechte Arbeitsbedingungen“ ist wesentlicher Bestandteil des betriebsärztlichen Auftrags.

## **4 Wissenschaftliche Untersuchungen und Ergebnisse**

### **4.1 Einfluss biologischer, gesellschaftlicher und betrieblicher Rahmenbedingungen auf die psychische Gesundheit**

#### **4.1.1 Ätiologie psychischer Erkrankungen**

Nach den gegenwärtig allgemein akzeptierten Modellvorstellungen zur Ätiologie psychischer Erkrankungen (siehe Abbildung 1) erfolgt die Entwicklung der kognitiven und emotionalen Konstitution eines Menschen auf der Grundlage einer biologischen Disposition und seiner Sozialisation (Gaebel 2003). Vor dem Hintergrund dieser biologischen Disposition entwickelt sich im Verlauf von Kindheit und Jugend eine mehr oder weniger stabile psychische Konstitution, d. h. relativ stabile spezifische Erlebens- und Verhaltensmuster, welche die Grundlage für die subjektive Interpretation von Umweltreizen und die psychische Bewältigung von Umwelthanforderungen bilden (Felner et al. 2000; Schüssler 2003).

Neuere Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung deuten darauf hin, dass diese Erlebens- und Verhaltensmuster eine weit reichende biologische Verankerung haben (Lesch 2003; Maier et al. 2003). Diese biologische Verankerung bedeutet jedoch nicht, dass hier eine einseitige biologische Determination vorliegt, sondern dass zwischen psychischen und biologischen Prozessen vielfältige Interaktionsbeziehungen existieren (Thome und Riederer 2003).

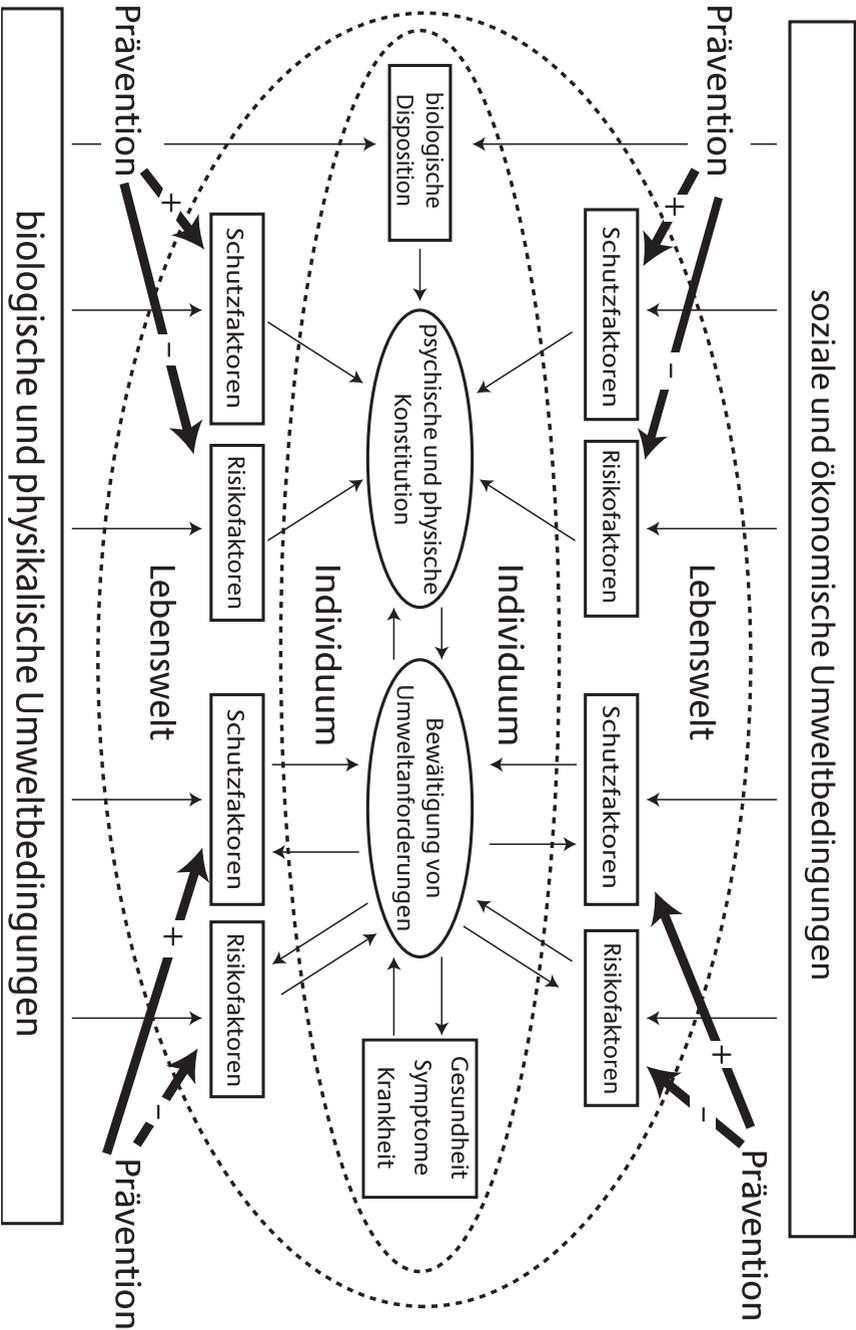


Abb. 1 aus: Kilian und Becker 2006

Die Herausbildung der psychischen Konstitution eines Menschen wird dabei von den Merkmalen seiner sozioökonomischen und biophysikalischen Lebensbedingungen beeinflusst (hier sind in beiden Aspekten auch die Arbeitsbedingungen gemeint), welche entweder die Eigenschaft von Risikofaktoren oder von protektiven Faktoren einer gesunden Entwicklung aufweisen (Egle et al. 1997; World Health Organization 2004). Als Ergebnis dieser Entwicklung verfügt ein Mensch in seiner jeweiligen Lebensphase über eine spezifische adaptive Kapazität (Gaebel 2003), die es ihm ermöglicht, auf die Anforderungen seiner Umwelt in angemessener Form zu reagieren (Felner et al. 2000). Die psychische Konstitution bildet damit die zentrale interne Ressource zur Bewältigung von Umwelтанforderungen. Neben dieser internen Ressource verfügen Menschen in unterschiedlichem Umfang über externe Ressourcen, wie z. B. soziale Beziehungen, finanzielle Mittel, materielle Güter, soziale Sicherheit, welche die Bewältigung von Umwelтанforderungen unterstützen. Zwischen internen und externen Ressourcen und der Bewältigung von Umwelтанforderungen bestehen Wechselbeziehungen. D. h. einerseits bildet die psychische Konstitution die zentrale Voraussetzung von Umwelтанforderungen und damit auch für die Gewinnung externer Ressourcen, andererseits wirkt sich die Bewältigung von Umwelтанforderungen und damit die Verfügbarkeit externer Ressourcen auf die psychische Konstitution aus. Die Dynamik der Wechselwirkungen zwischen psychischer Konstitution, externen Ressourcen und der Bewältigung von Umwelтанforderungen ist in starkem Maße altersabhängig. Ihre höchste Intensität entfaltet sie in den frühen Entwicklungsphasen von Kindheit und Jugend. Mit dem Erreichen des Erwachsenenalters zeigt sich die psychische Konstitution eines gesunden Menschen demgegenüber zunehmend gefestigt und gegenüber äußeren Einflüssen eher immun. Allerdings können sowohl der dauerhafte Verlust externer Ressourcen (z. B. Arbeitslosigkeit, Partnerverlust) als auch eine erhebliche Steigerung der Umwelтанforderungen (z. B. kritische Lebensereignisse, berufliche Belastungen) die psychische Konstitution auch im Erwachsenenalter beeinträchtigen.

Psychische Erkrankung entsteht nach dem vorliegenden Modell dann, wenn interne und externe Ressourcen eines Menschen zu einer angemessenen Bewältigung der Anforderungen seiner Umwelt nicht ausreichen. Die Ursache dieser Diskrepanz kann entweder darin liegen, dass auf Grund von Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung die adaptive Kapazität nur unzureichend ausgebildet wurde, oder darin, dass eine den normalen Anforderungen genügende Kapazität durch eine gravierende Steigerung der äußeren Anforderungen überfordert wird. Nach allen gegenwärtigen Erkenntnissen sind diese Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen nicht störungsspezifisch, d. h. einerseits kann sich eine bestimmte Form der Überforderung der adaptiven Kapazität in sehr unterschiedlichen

Krankheitsbildern manifestieren und andererseits können sehr unterschiedliche Formen der Überforderung die gleiche Erkrankung hervorrufen (Greenberg et al. 2001).

#### 4.1.2 Die Bedeutung beruflicher Tätigkeit

Die berufliche Tätigkeit bildet für die Mehrzahl der Erwachsenenbevölkerung einen zentralen Bestandteil ihrer Lebenswelt. Im Hinblick auf die psychische Befindlichkeit ergeben sich aus der beruflichen Tätigkeit sowohl Anforderungen als auch Schutz- und Risikofaktoren. Erst aus dem Zusammenwirken dieser Faktoren mit den jeweiligen Merkmalen der individuellen psychischen Konstitution ergeben sich konkrete Risiken für die Entstehung psychischer Erkrankungen.

Die **protektive Funktion** beruflicher Tätigkeit für das psychische Wohlbefinden ergibt sich zum einen daraus, dass die berufliche Tätigkeit für den erwachsenen Menschen die zentrale Grundlage für seinen sozialen Status als auch für seine materielle Reproduktion bildet, zum anderen aber auch daraus, dass die berufliche Tätigkeit Rahmenbedingungen für kreative Betätigung und soziale Interaktion sowie das Erleben von Erfolg und Anerkennung schafft. Aus diesen verschiedenen positiven Funktionen ergibt sich neben der emotionalen Wirkung eine starke normative Bindungskraft der beruflichen Tätigkeit.

Zum **Risikofaktor** für die Entstehung psychischer Erkrankungen kann die berufliche Tätigkeit dadurch werden, dass nicht ausreichende interne und/oder externe Ressourcen zur Bewältigung der Aufgaben zur Verfügung stehen oder dadurch, dass die Arbeitstätigkeit unter gesundheitsschädigenden Bedingungen erfolgt.

**Interne Ressourcen** zur Bewältigung beruflicher Anforderungen bilden zum einen die individuelle berufliche Qualifikation und Leistungsfähigkeit und zum anderen die oben beschriebene psychische Konstitution in Verbindung mit sozialen Kompetenzen, wie z. B. Kommunikationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Durchsetzungsfähigkeit.

**Externe Ressourcen** können sowohl sozialer, materieller als auch organisatorischer Natur sein. Ein sozial unterstützendes Verhalten von Vorgesetzten und Kollegen ist hier ebenso von Bedeutung, wie eine ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung, eine adäquate Strukturierung von Arbeitsaufgaben und Arbeitszeit, ein angemessenes Verhältnis von Verantwortung und Entscheidungsspielräumen, ein transparentes und angemessenes System von Leistungskontrolle und Belohnung, sowie die mittel- und langfristige Planbarkeit beruflicher Laufbahnen.

Ein erhöhtes Risiko der Entstehung einer psychischen Erkrankung ergibt sich vor dem Hintergrund dieser Wirkungszusammenhänge dann, wenn die Anforderungen die Leistungsvoraussetzungen überfordern bzw. wenn Beschäftigte eine Diskrepanz zwischen den beruflichen Anforderungen und den für die Bewältigung dieser Anforderungen notwendigen internen und externen Ressourcen wahrnehmen und wenn sich aus dieser Diskrepanz für sie die subjektive Gefahr negativer Konsequenzen für die Befriedigung ökonomischer, kreativer oder emotionaler Bedürfnisse ergibt.

Ursache des Erlebens von Diskrepanzen zwischen beruflichen Anforderungen und Bewältigungsressourcen können dabei in der Veränderung der Leistungsanforderung von außen (z. B. durch Vorgesetzte) aber auch von innen (z. B. durch Rivalität um Belohnungen) oder in der Veränderung der externen (z. B. der Verlust sozialer Unterstützung) oder internen (z. B. verminderte Leistungsfähigkeit durch Krankheit) Ressourcen liegen.

Eingebettet ist der Prozess der Anforderungsbewältigung in mikro- und makroökonomische Rahmenbedingungen, die als kulturell, politisch und organisatorisch vermittelt erlebt werden.

### **4.1.3 Aktuelle Entwicklungen der Arbeitswelt**

Die heutige Arbeitswelt ist in erster Linie durch die Digitalisierung und damit einhergehende raumzeitliche Flexibilisierung geprägt. Digitale Technologien durchziehen die gesamte Arbeitswelt und haben in den letzten Jahren eher positive Beschäftigungseffekte, die sich nach verschiedenen Langzeitprognosen auch bis zum Jahr 2030 fortsetzen können (BMAS 2016). Über die Beschäftigungseffekte hinaus ergeben sich umfangreiche strukturelle Veränderungen: Neue Wirtschafts- und Erwerbsformen wie digitale Marktplätze, Vermittlungsplattformen und Crowdworking entstehen, betriebliche Prozesse, Arbeitszeiten, Arbeitsorte und Formen der Zusammenarbeit werden weiter flexibilisiert, Stichworte sind hier agile Projektarbeit, mobile Arbeit, Entgrenzung und virtuelle Zusammenarbeit. Damit einhergehend ergeben sich neue Anforderungen an Führung (Schermuly und Koch 2019). Berufsprofile ändern sich, neue Berufe entstehen, alte Berufe werden überflüssig. Relativ unstrittig ist, dass sich der Wert einmal erworbener Qualifikationen deutlich verringert und Beschäftigte mit der Notwendigkeit lebenslangen Lernens konfrontiert werden (BMAS 2016).

Diese Veränderungen gehen einher mit Arbeitsverdichtung und -intensivierung (DGB 2017), beinhalten aber gleichzeitig zahlreiche Chancen für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit. Insbesondere die Reduzierung körperlicher Belastungen und gefahrenreicher Arbeit, größere Gestaltungsmöglichkeiten für Beschäftigte und stärkere Partizipationsangebote sind gesundheitsförderliche Potentiale. Ob sich durch diese Veränderungen gesundheitsförderliche oder -schädigende Effekte ergeben, ist somit wesentlich von der konkreten Gestaltung der Arbeit abhängig (Ducki 2014). Folgend werden beispielhaft Studienergebnisse zu den gesundheitlichen Konsequenzen der aktuellen Entwicklungen berichtet und welche Gestaltungsoptionen sich daraus ergeben.

### **Neue Beschäftigungsformen: Crowd Work**

Crowd Work ist eine Form der Arbeitsorganisation, bei der Unternehmen Internetplattformen nutzen, um Aufgaben an eine anonyme Menge potentieller Anbieter, die „Crowd“ zu vergeben. Es werden Microtask-Plattformen, Marktplatz-Plattformen, Design-Plattformen, Testing Plattformen und Innovationsplattformen unterschieden (Leimeister et al. 2016). Die Anzahl an Plattformen und Crowd Workern nimmt stetig zu. Die zu vergebenden Aufgaben unterscheiden sich stark hinsichtlich der Komplexität und dem benötigten Qualifikationsprofil und dem damit erzielbaren Einkommen. Neben monotoner Einfacharbeit (z. B. Recherche von Öffnungszeiten) werden hochqualifizierte Entwicklungsarbeiten auf die Plattform gestellt, bei denen Spezialisten mit hohen Stundensätzen eigenständig Projekte bearbeiten (BMAS 2017). Crowdworker sind mehrheitlich als Freelancer oder Soloselbständige tätig. Damit verbunden besteht die Gefahr einer fehlenden sozialen Absicherung. Belastungen differieren nach Art der Plattform. So sind Zeitdruck und Informationsdefizite bei Microtasking- und Designplattformen am größten. Interessanterweise werden plattformübergreifend Wertschätzung, faire Bezahlung und berufliche Zukunftsperspektiven von Crowd Workern mittelmäßig bis positiv bewertet. Verbesserungspotenzial besteht bei den Qualifizierungsmöglichkeiten (Leimeister et al. 2016). Die relativ positive Gesamtbeurteilung dieser Arbeitsform kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass es sich für die Mehrzahl der Befragten (noch) um Nebenverdienste und nicht die Haupteinkommensquelle handelt. Gestaltungsempfehlungen richten sich derzeit auf Fragen der sozialen Absicherung und auf die Ausgestaltung angemessener Konzepte für die Lohnsetzung auf der Basis projekt- und nicht zeitbasierter Arbeit (BMAS 2017).

### **Zeitflexible Arbeit**

Vollzeitbeschäftigte in Deutschland arbeiten im Durchschnitt 5 Stunden länger in der Woche, als vertraglich vereinbart. 16 Prozent arbeiten mehr als 48 Stunden in

der Woche (BAuA 2016). Längere Arbeitszeiten und Überstunden gehen häufig mit Termin- oder Leistungsdruck, einer Überforderung durch die Arbeitsmenge sowie dem Ausfallen von Arbeitspausen einher. Bereits ab zwei Überstunden sind deutlich häufiger gesundheitliche Beschwerden wie körperliche Erschöpfung und Schlafstörungen nachweisbar, die mit steigender Überstundenzahl zunehmen. Generell nimmt das Unfall- und Fehlerrisiko ab acht Stunden Arbeit stark zu und die Produktivität ab (ebd.).

Zwar geben noch 80 Prozent der Beschäftigten „Normal-Arbeitszeiten“ zwischen 7 und 19 Uhr (BAuA 2016) an, aber die Zahl atypischer Arbeitszeiten steigt seit Jahren. 45 Prozent der abhängig Beschäftigten arbeiten ständig, regelmäßig oder gelegentlich an einem Samstag, ein Viertel arbeitet auch am Sonntag (DIW 2016). Nachtarbeit zwischen 23.00 und 6.00 Uhr geben 9 Prozent an (Beermann et al. 2018, S. 23). 18 Prozent der abhängig Beschäftigten geben an, dass von ihnen Erreichbarkeit für dienstliche Belange im Privatleben erwartet wird, wobei sich die Zahlen nach Beschäftigungsstatus (selbstständig oder abhängig beschäftigt) und nach Berufsgruppen unterscheiden (Pangert, Paus, Schüpbach 2016). Extrem hohe Erreichbarkeitserwartungen bestehen für Arbeit auf Abruf, was besonders häufig im Hotel- und Gaststättengewerbe praktiziert wird und bei der Rufbereitschaft im Gesundheitsbereich (Hank und Stegmeier 2018).

Arbeitszeitliche Flexibilisierung kann je nach Ausgestaltung negative oder positive Effekte für die Gesundheit haben. Während überlange Arbeitszeiten, Schichtarbeit, ständige Erreichbarkeit und fehlende Planbarkeit von Arbeitszeiten mit negativen Folgen wie erhöhtem Stresserleben, schlechter Schlafqualität, einer erhöhten Anfälligkeit für Fehler und Unfälle verbunden sind, sind individuell bestimmbare flexible Arbeitszeiten wie die Gleitzeit der psychosozialen Gesundheit zuträglich (BAuA 2017; Beermann et al. 2018).

### **Ortsflexible Arbeit**

Ortsflexible Arbeit umfasst berufsbezogene Mobilität wie Arbeiten beim Kunden, Geschäftsreisen, Entsendungen über längere Zeit, berufsassozierte Mobilitätsformen wie das Pendeln zum Arbeitsort (Ducki und Nguyen 2016) als auch Telearbeit oder das Homeoffice (Beermann et al. 2018). Die Gestaltung der berufsbedingten Mobilität und der Telearbeit liegt im Verantwortungsbereich des Betriebs, nicht aber die Gestaltung berufsassoziierter Mobilitätsformen. Während jeder zweite Erwerbstätige Erfahrungen mit berufsbezogener oder berufsassoziierter Mobilität hat, geben nur 12 Prozent der abhängig Beschäftigten Telearbeit praktizieren zu können (ebd.).

So unterschiedlich die Mobilitätsformen sind, so unterschiedlich sind die Folgen für die Gesundheit der Betroffenen: Sie reichen von erhöhten physiologischen Stressparametern beim täglichen Pendeln über psychosoziale Folgen der Entwurzelung und Vereinsamung bei wöchentlichen oder saisonalen Pendelformen bis hin zu neuen psychosozialen Kulturphänomenen bei Mehrfachentsendungen, bei denen Heimat kein Ort mehr ist, sondern ein Gefühl, das sich an den engsten Beziehungen ausrichtet (Ducki und Nguyen 2016). Gleichzeitig bietet mobile Arbeit auch positive Lern- und Entwicklungschancen. Insgesamt zeigt der Forschungsstand, dass berufsassoziierte und berufsbedingte Mobilitätsformen zusätzlichen Organisationsaufwand erfordern, zusätzliche Zeit beanspruchen und Ruhezeit reduzieren. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen sind bei größtmöglicher Vorhersehbarkeit, Beeinflussbarkeit und Kontrollierbarkeit gegeben (Gerstenberg, Ducki, Aich 2017).

Alternierende Telearbeit wirkt sich grundsätzlich positiv auf das Autonomieempfinden von Beschäftigten aus und verringert das Risiko von Work-Family-Konflikten. Die gesundheitlichen Wirkungen der alternierenden Telearbeit hängen jedoch davon ab, wie zu Hause gearbeitet wird, so erhöht Arbeit abends und am Wochenende arbeitsbedingte Erschöpfung (Beermann et al. 2018). Telearbeit reduziert Pendelmobilität und wirkt dann positiv, wenn es durch klare betriebliche Vereinbarungen abgesichert ist (BMAS 2015).

### **Aufgabenflexibilität - Multitasking**

Auf der Ebene der konkreten **Arbeitsaufgaben** haben Informations- und Kommunikationstechnologien zu einer starken Fragmentierung der Arbeitsvollzüge und zur Informationsüberlastung geführt. **Arbeitsunterbrechungen und Multitasking** haben deutlich zugenommen. Multitasking bedeutet mehrere Arbeiten gleichzeitig zu erledigen, was letztlich dazu führt, dass eine Aufgabenerledigung durch die andere unterbrochen wird. Über Arbeitsunterbrechungen klagen 46 Prozent der Befragten, 1999 waren es 34 Prozent (Zimmer und Rigotti 2015). Unterbrechungen führen dazu, dass Arbeitsaufgaben nicht abgeschlossen werden können. Unerledigte Aufgaben befördern „Rumination“ d. h. eine fortwährende gedankliche Beschäftigung mit der Aufgabe, bzw. dem Problem. Rumination wiederum reduziert die Fähigkeit abzuschalten (Detachment). Gehäufte Arbeitsunterbrechungen gehen einher mit negativen Gefühlen wie Kontrollverlust, höherer Depressivität, höherer Erschöpfung, erhöhten psychosomatischen Beschwerden und eingeschränkter Schlafqualität. Es besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Herz-Kreislaufkrankungen (Wenske und Lohman-Haislah 2017).

Gestaltungsrelevante Einflussfaktoren sind organisationale Rahmenbedingungen wie Pausen oder geschickte Tätigkeitskombination, die Charakteristika der Unterbrechung und der Primärtätigkeit selbst (Vorhersehbarkeit, Dringlichkeit, Zeitpunkt der Unterbrechung im Verlauf der Primärtätigkeit, Art der Primärtätigkeit) und allgemeine Tätigkeitsmerkmale wie Handlungsspielraum und soziale Unterstützung (Zimber und Rigotti 2015).

Über arbeitsbezogene Aspekte von Unterbrechungen und Multitasking hinaus gibt es zunehmend auch Belege dafür, dass allgemeiner „Digitalstress“, verursacht durch private Email-Kommunikation, Social Media- und Internetnutzung, negativ auf die Gesundheit wirken kann (Reinicke et al. 2016).

### **Fazit**

Die mit der Digitalisierung verbundenen umfassenden Flexibilisierungsprozesse bergen Gefahren aber auch gesundheitsförderliche Potentiale: Negative Wirkungen ergeben sich vor allem bei hoher Arbeitsintensität und reduzierten Handlungsspielräumen. Eine hohe Arbeitsintensität führt zu komplexen Überforderungsmechanismen mit psychomentalen und körperlichen Beschwerdefolgen. Grundlegende Voraussetzungen für die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit in der digitalisierten Welt sind neben maßvollen Arbeitsmengen vor allem Kontrolle und individuelle Einflussmöglichkeiten der Beschäftigten bei der Ausgestaltung der konkreten Arbeitsbedingungen.

## **4.2 Wissenschaftliche Hypothesen zu „kränkenden“ Kontextbedingungen in der Arbeitswelt**

Parallel zum Anstieg psychischer Erkrankungen sind in den letzten Jahrzehnten in der Epidemiologie, Soziologie und Psychologie Modelle (weiter-)entwickelt worden, die zum Verstehen hilfreich sind, eine gute Vorhersagbarkeit von Gesundheitsrisiken aus psychosozialen Belastungskonstellationen haben und außerdem Ansätze für präventive Handlungsoptionen beinhalten:

1. Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus et al. (1981),
2. Das Job Demand Control Modell nach Karasek und Theorell (1992),
3. Das Gratifikationskrisenmodell von Siegrist (1996, 2002),
4. Das Allostatic Load Modell von McEwen (2004),
5. Das Salutogenesemodell von Antonovsky (1987).

1. Das Transaktionale Stressmodell: Lazarus und Launier (1981) verstehen unter Stress „jedes Ereignis (...), in dem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen.“ Dabei werden interne (Ziele, Werte, Sichtweisen) und externe (Rolle, Erwartungen, Anforderungen) unterschieden. Die Situation wirkt nicht nur auf die Person, sondern die Person kann durch kognitive Bewertungsprozesse (primäre Bewertung: Bedeutung des Ereignisses für das Wohlbefinden der Person; sekundäre Bewertung: verfügbare Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten), Einfluss auf die Situation nehmen.

Der Hauptaspekt des transaktionalen Ansatzes ist, dass in einer als „stressend“ erlebten Situation nach dem Urteil der betroffenen Person ein Ungleichgewicht besteht zwischen den Anforderungen und den individuell zugänglichen Ressourcen, diesen Anforderungen gerecht zu werden.

2. Das Job Demand Control Modell ermöglicht eine Vorhersage eingeschränkter seelischer Gesundheit aus der Wechselwirkung erlebter Höhe der Anforderungen, eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielräumen und reduzierter sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz. Der wesentliche Stressor ist der geringe Handlungs- und Entscheidungsspielraum, nicht die Arbeitsmenge an sich. So können hohe Anforderungen in der Arbeit in Verbindung mit großem Entscheidungsspielraum auch eine Chance für persönliche Entwicklung und das Erleben von Selbstwirksamkeit sein.
3. Das Gratifikationskrisenmodell von Siegrist bezieht in die Risikoprävention nicht nur die bekannte erschöpfende hohe individuelle Verausgabung ein, sondern berücksichtigt auch die sozial vermittelten fehlenden Belohnungen (Gratifikation). Dies umschließt viel mehr als das Gehalt, das jemand für seine Arbeit erhält. Das Gefühl, angemessen anerkannt und wertgeschätzt zu werden, geht ebenso mit in die Bewertung ein, wie die Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung in der Arbeit. Dieses Modell konnte vielfach den Zusammenhang zwischen Belastungen und Gesundheitsfolgen nachweisen.

4. Das auf der Basis biochemischer Untersuchungen und Studien entwickelte allostatic load modell von McEwen konnte an der Regulation von Stresshormonen wie Glukokortikoiden und Katecholaminen zeigen, dass außer der Dauer und der Intensität von Belastungen vor allem gestörte oder zu kurze Erholungsphasen für das Ausmaß des Erkrankungsrisikos mit verantwortlich sind. Der Beachtung und Bewertung von Pausen und Erholungsprozessen kommt ein ebenso hoher Prädiktionswert zu wie der Messung und Diagnostik der Belastungskonstellationen an sich.
5. Das Salutogenesemodell von Antonovsky ist wohl das bekannteste, nachdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Paradigmenwechsel von der Pathogenese (Frage: was macht krank?) zur Salutogenese (was erhält gesund?) 1986 mit der Publikation der Ottawa-Charta einleitete und damit die „**Betriebliche Gesundheitsförderung**“ etablierte.<sup>2</sup>

Antonovsky hat sich als Medizinsoziologe mit dem Phänomen beschäftigt, wie es Menschen gelingt, auch unter schwierigen Bedingungen gesund zu bleiben (Salutogenese). Seine Forschungsergebnisse verweisen bei diesen Personen auf gut entwickelte „Widerstandsressourcen“, die entscheidende ist der „sense of coherence“ (SOC), in deutscher Übersetzung meist als Kohärenzgefühl bezeichnet. Das Kohärenzgefühl setzt sich zusammen aus Verstehbarkeit (comprehensibility), Bewältigbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness). Übertragen auf den betrieblichen Kontext kann dies bedeuten:

**Verstehbarkeit:** verlässliche Unternehmenspolitik, Transparenz von Entscheidungen, Klarheit in der Verteilung von Kompetenz und Verantwortung, Einbindung der Beschäftigten. **Bewältigbarkeit:** Ressourcen, Soziale Unterstützung, Gesundheitsorientiertes Führungsverhalten, Anerkennung und Wertschätzung, Kollegialität, Möglichkeit von Qualifikation, Gefühl, dass Schwierigkeiten gemeistert werden können. **Sinnhaftigkeit:** Eigenverantwortlichkeit und Partizipation, Vermittlung des Gefühls, dass es Sinn macht, sich aktiv zu engagieren, Vermittlung, was das Ziel der Herausforderung ist.

---

2 Die Ottawa-Charta wurde 1986 von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet und gilt als das zentrale Dokument der Gesundheitsförderung

## Perspektiven und Methoden

### 5 (Früh)diagnostik – Erkennen von Gefährdungen für den Erhalt psychischer Gesundheit im Betrieb

Nach dem Selbstverständnis der Betrieblichen Gesundheitsförderung, wie es beispielsweise in der Luxemburger Deklaration festgehalten ist, bedarf es einer umfassenden Strategie, die einerseits zusammen mit Verantwortlichen aller Ebenen entwickelt und umgesetzt wird, andererseits mehrere Maßnahmen kombiniert, die sowohl auf individueller als auch organisatorischer Ebene oder deren Schnittstelle ansetzen. Nur ein sorgfältig geplantes Konzept, das gemeinsam mit den Beschäftigten auf den Weg gebracht wird, hat wirklich gute Chancen auf Erfolg. Spezifische Zielformulierungen, deren regelmäßige Aktualisierung sowie eine entsprechend fundierte Evaluation zählen ebenfalls zu den Rahmenbedingungen, die zum Erfolg eines Programms zur Förderung der psychischen Gesundheit erheblich beitragen.

Ebenso unverzichtbar für das Gelingen ist die gründliche **Bedarfsanalyse** im Vorfeld. Sie ermöglicht es erst, unternehmensspezifische Programme für alle Interventionsebenen „maßzuschneidern“, die nachweisbar effektiver und nachhaltiger sind. Das **Arbeitsschutzgesetz** hat 1996 die systematische Beurteilung der Arbeitsbedingungen als zentrale Verantwortung des Unternehmers herausgestellt. Mit der Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes 2013 wurde explizit auch die Ermittlung und Beurteilung der psychischen Belastungen aufgenommen. Die **Gefährdungsermittlung und -beurteilung** wird vom Gesetzgeber im § 5 des Arbeitsschutzgesetzes gefordert und ist Aufgabe des Arbeitgebers. Betriebs- und Personalräte haben ein Recht auf Mitbestimmung. Unterstützend können betriebliche Experten mitwirken, **insbesondere der Betriebsarzt**, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und, sofern vorhanden, andere innerbetriebliche Ratgeber (Sozialberatung, psychologischer Dienst, Sicherheitsbeauftragte, u. a.).

#### 5.1 Informationsquellen für den Betriebsarzt

Oft suchen Beschäftigte mit arbeitsplatzbezogenen gesundheitlichen Beschwerden – ein häufiger Anlass von Wunschvorsorge –, den Weg in die Sprechstunde des Betriebsarztes, nehmen andere arbeitsmedizinische Vorsorgetermine wahr oder werden im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167, SGB IX (BEM) arbeitsmedizinisch beraten. Die ärztliche Schweigepflicht ist der wesentliche Grund dafür, dass oft zuerst oder auch allein die Betriebsärzte im vertraulichen Gespräch mit psychischen Problemen oder Erkrankungen der

Beschäftigten konfrontiert werden. Die wichtigste Informationsquelle von Arbeitsmedizinern zur psychischen Gesundheit der Beschäftigten ist also das **Beratungsgespräch**. Es sind Einzelfälle mit Arbeitsbezug; allerdings entsteht gelegentlich der Eindruck von Häufungen entsprechender Probleme bei bestimmten Beschäftigtengruppen. Um derartige Eindrücke zu Erkenntnissen zu verdichten oder auch zu entkräften, sollten weitere Informationsquellen zur Verfügung stehen.

Derartige Daten- und Informationsquellen können z. B. sein:

- Ergebnisse von schriftlichen Mitarbeiterbefragungen oder moderierten Arbeitssituationsanalysen (s. Abschnitt 5.3.1),
- Auswertung arbeitsmedizinisch begleiteter Wiedereingliederungsprozesse, dabei stehen dem Betriebsarzt oft Detailkenntnisse zu den Wechselwirkungen von Arbeit und Erkrankungsverlauf zur Verfügung,
- Erkenntnisse und Daten aus arbeitsmedizinischer Vorsorge (z. B. Prävalenzdaten zu chronischen Erkrankungen oder zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden),
- Diagnosegruppen-bezogene Arbeitsunfähigkeitsdaten wegen psychischer Erkrankungen, soweit die Betriebsgröße, die Existenz einer Betriebskrankenkasse mit hohem Anteil Versicherter in einer Belegschaft und der Einsatz elementarer Methoden der Epidemiologie (Standardisierung) gewährleistet sind.

## 5.2 Bedarfsanalyse – Empfehlungen zum Vorgehen

Aus den ihm zugänglichen Beobachtungen und Daten hat der Betriebsarzt die Möglichkeit, Hypothesen zu formulieren und deren Überprüfung im Rahmen der **Gefährdungsermittlung und -beurteilung** anzuregen. Die Gefährdungsermittlung, -beurteilung und die Ableitung spezifischer betrieblicher Maßnahmen soll gewährleisten, dass Interventionen mit primärpräventivem Potential Vorrang haben und damit den Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit sichern. Die Gefährdungsermittlung gliedert sich in

- Erheben der Gefährdungen,
- Bewerten der Gefährdungen,
- Auflisten der bereits vorhandenen oder zu treffenden Maßnahmen mit der jeweiligen Zuordnung von Zuständigkeiten.

Die Reihenfolge der Maßnahmen orientiert sich immer an den Interventionsebenen:

- technische Lösungen,
- organisatorische Lösungen,
- Personen bezogene Lösungen.

Es sind Mitarbeitergruppen mit vergleichbaren Arbeitsaufgaben zu betrachten und nicht das Individuum. Zu den zu beurteilenden Kontextbedingungen gehören auch die **psychischen Belastungen**, wie sie z. B. im Arbeitsschutzgesetz und in der Bildschirmarbeitsverordnung explizit festgehalten sind. Als psychische Belastung ist „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ definiert. „Arbeitsbedingte psychische Belastungen sind die sich aus dem Arbeitsinhalt, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung ergebenden kognitiven, emotionalen und verhaltensmäßigen Anforderungen... Belastungen führen zu Beanspruchungen des Beschäftigten.“ (Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt, DGUV 2010).

Um psychische Belastungen beurteilen zu können, müssen möglichst alle Anforderungsmerkmale der Arbeitstätigkeit identifiziert und dokumentiert werden. Dafür stehen seit vielen Jahren eine Vielzahl von Checklisten und Tools zur Verfügung, die eine an die konkreten betrieblichen Bedingungen angepasste Erfassung und Bewertung ermöglichen (z. B. BAuA Toolbox 2010, Veröffentlichungen der Berufsgenossenschaften). Arbeitsbedingte **psychische Beanspruchung** wird verstanden als „die Gesamtheit emotionaler, kognitiver, verhaltensmäßiger und zentralnervös vermittelter physiologischer Reaktionen auf Aspekte des Arbeitsinhalts, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung.“ „Die psychische Fehlbeanspruchung bezeichnet Belastungsreaktionen, welche die Gesundheit kurz- oder langfristig signifikant beeinträchtigen.“<sup>3</sup>

3 Eine Beurteilung psychischer Belastungen wird dadurch erschwert, dass Belastungen und Beanspruchungsfolgen nicht kausal verknüpft sind, sondern subjektiven Bewertungen unterliegen. Beanspruchungsfolgen durch psychische Belastungen sind abhängig von der individuellen Lebensgeschichte, der Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigungsstrategien, aktuellen Lebenskrisen oder der Identifikation mit der Arbeit und dem Betrieb, was die Trennung von Belastungen und Beanspruchungen sowie Beanspruchungsfolgen schwierig macht. Dies unterscheidet psychische Belastungen von anderen Belastungsfaktoren wie z. B. Lärm, Gefahrstoffen oder klimatischen Faktoren, die auch unabhängig von handelnden Personen gemessen und beurteilt werden können. Bei der Ermittlung von Gefährdungen sollen nicht nur die Belastungen, sondern auch die Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen erfasst und bewertet werden.

**Derzeit geeignete Verfahren sind:**

- Dokumentenanalyse, vorhandene Daten des Betriebes,
- Bewertung von Arbeitsmerkmalen durch interne Expertenteams (z. B. Fach- und Führungskräfte, Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit)
- physiologische Beanspruchungsindikatoren (z. B. Blutdruckmessung)
- Beobachtung durch Experten (Arbeitswissenschaftler)
- Befragung von Beschäftigten über Arbeitsmerkmale
- Befragung von Beschäftigten über Beanspruchungsfolgen

**5.3 3-Stufen-Modell**

Es empfiehlt sich ein gestuftes Vorgehen, das nicht komplett durchlaufen werden muss, sondern die Erkenntnisse jeder Stufe bewertet und abhängig davon die jeweils nächste Stufe auslöst.

**Stufe 1**

Als erster Schritt für die Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen sollten vorhandene Unterlagen und Daten ausgewertet werden. Erste Hinweise können sich ergeben aus:

- Selbstdarstellungen der Unternehmen (Broschüren, Jahresberichte, Internetauftritt),
- Stellen- und Aufgabenbeschreibungen,
- Produktionskennziffern,
- Qualitätskennziffern,
- Personaleinsatzpläne, Schichtpläne und Überstundenstatistiken,
- Fluktuationsquoten,
- AU-quoten,
- Auswertung arbeitsmedizinischer Vorsorge und Beratungen,
- Auswertung vorhandener Daten, z. B. von Befragungsergebnissen,
- Fehlzeitenanalyse,
- Krankenstandsanalysen und -berichte der gesetzlichen Krankenkassen,
- Analysen der Unfallversicherungsträger.

Da die betrieblichen Experten ein fundiertes und meist langjähriges Wissen über die Arbeitsplätze, Arbeitsbelastungen und betrieblichen Organisationsstrukturen mitbringen und dank unterschiedlicher Qualifikationen auch ihre spezifische fachliche Sichtweise einbringen, die sich externe Berater auch mit hohem zeitlichen Aufwand nicht aneignen können, ist es sinnvoll, die erste Analyse und Bewertung auf Grundlage der Kenntnisse der betrieblichen Experten vorzunehmen.

## Stufe 2

Ergeben sich bei der Auswertung vorhandener Unterlagen und Daten Hinweise auf psychische Belastungen, die eine weitergehende Analyse und Bewertung erfordern, hat sich folgende Vorgehensweise bewährt:

- Gespräche mit Geschäftsleitung und Betriebs-/Personalrat über Befunde und Ziele (Auftragsklärung),
- Einrichtung eines Arbeitskreises unter Beteiligung aller Akteure,
- Auswahl geeigneter Analyseinstrumente (s. 5.3.1),
- Prüfung, ob externe Experten zur Unterstützung erforderlich sind,
- Einbeziehung der Beschäftigten,
- Sicherstellung der Anonymität und des Datenschutzes, Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht,
- Erarbeitung eines Konzepts, Abstimmung und Durchführung der Analyse,
- Auswertung und zeitnahe Kommunikation der Ergebnisse,
- Festlegung von organisatorischen Strukturen zur Umsetzung der Ergebnisse und Erarbeitung von Lösungen.

## Stufe 3

Bei speziellen Fragestellungen oder kritischen, schwer zugänglichen oder bewertbaren Belastungsfaktoren und Beanspruchungen bieten sich als dritte Stufe arbeitswissenschaftliche Detailanalysen, Beobachtungsinterviews usw. an. Dabei können externe Experten hinzugezogen werden. Auch hierfür stehen eine Reihe von wissenschaftlich erprobten Analyseinstrumenten und Testbatterien zur Verfügung, die im Regelfall mit einem hohen zeitlichen und personellen Aufwand verbunden sind. Der Einsatz derartiger Verfahren ist meist auf arbeitswissenschaftliche Studien und Forschungsprojekte begrenzt.

### 5.3.1 Beispielhafte, bewährte Analyseinstrumente zu Stufe 2

Als Verfahren haben sich auf betrieblicher Ebene insbesondere moderierte Arbeitssituationsanalysen bewährt, die nach einer Einweisung mit hinreichender Qualität von den betrieblichen Experten, insbesondere dem Betriebsarzt, eingesetzt werden können. Außerdem sind die ausgewählten Methoden insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen, aber auch vertiefend in Abteilungen großer Unternehmen anwendbar. Der Betriebsarzt ist aufgrund seiner Stellung (Schweigepflicht) prädestiniert, die moderierten Arbeitssituationsanalysen durchzuführen: Verschwiegenheit in persönlichen und Transparenz und Rückmeldung an die Leitung in organisationalen Belangen sind in der Rolle möglich. Als Instrument für eine schriftliche Mitarbeiterbefragung wird beispielhaft der vielfach erprobte SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) empfohlen. Als Gruppenmethoden werden Arbeitssituationsanalyse und Soft-Analyse vorgestellt. Beide lassen sich als pragmatische Methoden einfach und schnell einsetzen. Sie ermöglichen den Beschäftigten die Vergewisserung über gesundheitsförderliche Ressourcen in der Arbeit und die Identifikation von Verbesserungsbedarf, regen zur Lösungsfindung an und beteiligen an der Entwicklung von passenden Maßnahmen. Die Kommunikation untereinander führt zu Orientierung, Entlastung und Aktivierung. Es werden allerdings Erwartungen geweckt! Obwohl es sich bei beiden Verfahren um primär „subjektive“ Ergebnisse handelt, bieten sie doch in der Häufung von Rückmeldungen die Chance, die wichtigsten Veränderungsbedarfe und die Dringlichkeit von Veränderungen einzuschätzen. Die Ergebnisse werden vom Moderator anonymisiert weitergegeben. Sie sind in der Regel nicht umsetzungsreif. Als nächster Schritt bietet sich die Etablierung eines Gesundheitszirkels zur Klärung der Realisierbarkeit der Maßnahmen und deren Umsetzungsbegleitung an. Die Entscheidung über die Maßnahmen und deren zeitliche Abfolge treffen die Betriebsleitung und die Personalvertretung. Wichtig ist, dass alle Führungskräfte und Beschäftigte zeitnah über die Ergebnisse informiert werden.

Der regelhafte Einsatz einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung unter Einbeziehung der Beschäftigten mit moderierter Arbeitssituationsanalyse und bereichsbezogenen Gesundheitszirkeln ist ein unverzichtbares Analyse- und Interventionsinstrument, das neben der Generierung von Lösungen auch noch das Potential in sich birgt, das Bewältigungshandeln und Erleben von Bewältigungsfähigkeit der Beschäftigten zu entwickeln.

### **Arbeitssituationsanalyse nach Nieder:**

Es handelt sich um die mündliche Befragung einer Arbeitsgruppe, eines Teams über die wichtigsten Belastungen. Vorgehensweise:

10-15 Teilnehmer, 2-3 Stunden bis zu einem halben Tag unter neutraler Moderation durch den Betriebsarzt oder externe Moderatoren, sollte nicht hierarchieübergreifend angewandt werden.

Vorbereitung der Leitfragen auf Pinnwand oder Flipchart, Stifte, Moderationskarten und Klebepunkte.

Leitfragen:

1. Was finden Sie positiv an Ihrem Arbeitsplatz?
2. Wenn Sie an Ihre Arbeit und Ihren Gesundheitszustand denken: Halten Sie eine Veränderung Ihrer Arbeitssituation für - Nicht wichtig - Teilweise wichtig - Sehr wichtig?
3. In welchen Bereichen Ihrer Arbeitssituation sollte am ehesten eine Veränderung erfolgen: Tätigkeit, Organisation, Vorgesetztenverhalten, Arbeitsumgebung, Betriebsklima ...?
4. An welche konkreten Belastungen haben Sie gedacht, als Sie Ihren Bewertungspunkt vergeben haben?
5. Welche Anregungen haben Sie zur Verbesserung der Arbeitssituation?
6. Was könnten Sie als Beschäftigte tun, was der Betrieb?

### **SOFT-Analyse:**

Die SOFT-Analyse ist eine aus dem englischen Sprachraum stammende Methode. Sie wird in verschiedenen Veröffentlichungen dargestellt<sup>4</sup>, ihre Herkunft ist jedoch unklar. Die Buchstabenfolge S-O-F-T steht für die folgenden englischen Begriffe:

- Satisfaction: Zufriedenstellendes (Was läuft gut?)
- Opportunities: Gelegenheiten (Chancen, Herausforderungen, Möglichkeiten)
- Faults: Fehler (Störungen, Schwachstellen, Probleme)
- Threats: Bedrohungen, Befürchtungen (Was könnte schlimmstenfalls passieren?, potentiell gefährliche Aspekte)

Es werden sowohl positive als auch negative und sowohl gegenwarts- als auch zukunftsbezogene Dimensionen erfasst. Die Arbeit mit dieser Struktur erleichtert es, die große Fülle unterschiedlicher Wahrnehmungen und Einschätzungen der Beteiligten nicht nur nachvollziehbar zu machen, sondern nach den vorgegebenen Kriterien zu systematisieren.

<sup>4</sup> Z. B. in: Zielfindung und Zielklärung ein Leitfaden Materialien zur Qualitätssicherung, QS 21. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998, S. 21ff.

	Gegenwart	Zukunft
+	Satisfaction Was läuft zufriedenstellend (gut)? Worauf können wir uns verlassen? Worauf sind wir stolz?	Opportunities Welche Optimierungschancen und Entwicklungsmöglichkeiten gibt es? Was können wir ausbauen?
-	Faults Wo liegen Unzulänglichkeiten, Schwierigkeiten, Schwachstellen, Fehler?	Threats Wo lauern künftige Gefahren? Was sind unsere Befürchtungen?

Vorgehensweise:

1. Anwendungsbereich definieren, auf den sich die Analyse beziehen soll (z. B. Zusammenarbeit, Kommunikationsklima, Arbeitsorganisation, Zielvereinbarungen).
2. Die vier Fragedimensionen werden von allen Beteiligten individuell bearbeitet. Die Stichworte werden jeweils auf Moderationskarten festgehalten. Je nach Gruppengröße werden pro Teilnehmer die jeweils drei wichtigsten Punkte notiert.
3. Die individuellen Sichtweisen der Beteiligten werden zusammengetragen, auf der Pinnwand visualisiert und diskutiert. Das Ziel besteht neben dem Austausch darin, Gewichtungen zu erreichen. So ergibt sich ein Gesamteindruck über die Wahrnehmung der Stärken und Chancen des Teams/des Betriebes, aber auch der Probleme und Befürchtungen. Es ist sinnvoll und hilfreich, auch die Wechselwirkungen bzw. das Spannungsverhältnis zwischen den Faults und den Opportunities in den Blick zu nehmen.
4. Herausarbeitung von zu bearbeitenden Themen vor dem Hintergrund der Ergebnisse.

Zeitaufwand: Je nach Umfang des Themas, Größe der Gruppe und Intensität der Bearbeitung einen halben bis zu einem Tag.

### **Schriftliche Mitarbeiterbefragung:**

#### **z. B. SALSA - Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse**

Soll in größeren Betrieben das Screening der Stufe 2 mittels eines schriftlichen Fragebogens erfolgen, empfiehlt sich z. B. der SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse). Bei dem Fragebogen SALSA handelt es sich um ein anwendungser-

probtes und wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, mit dem Ziel, die subjektiv wahrgenommene Arbeitssituation zuverlässig und gültig zu erfassen. Das Verfahren wurde an der ETH Zürich entwickelt, um die innerbetrieblichen, im Bereich der Humanressourcen liegenden Entwicklungspotentiale zu identifizieren und deren Möglichkeiten zu entfalten.

Erfasst werden die Schlüsselmerkmale psychischer und sozialer Befindlichkeit, wie quantitative sowie qualitative Über- und Unterforderung, soziale Unterstützung, Betriebsklima, Handlungskompetenz- und spielraum, Transparenz und Potentiale der Selbstregulation. Abweichend von der klassischen Sicht, die die krankmachenden Bedingungen der Arbeitswelt (Fehlbeanspruchung, Stress) in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken, zielt der SALSA Fragebogen auf die Bedingungen und Schutzfaktoren, die zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer gesundheitlichen Gesamtbilanz beitragen. Gesundheit wird dabei positiv im systemtheoretischen Sinne als dynamisches Gleichgewicht innerhalb der Person sowie zwischen der Person und ihrer Umwelt verstanden. SALSA folgt dem Gesundheitsbegriff von Antonovsky.

Weitere Hinweise und Methoden finden sich in der BAuA Toolbox (<http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Suche/Suche.html>), sowie in der Publikation der BAuA „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung“ (Erich Schmidt Verlag).

Verschiedene Unfallversicherungsträger bieten ebenfalls Handlungshilfen an, z. B. die Unfallkasse Berlin ([http://www.unfallkasse-berlin.de/fileadmin/user\\_data/sicherheitundgesundheitsschutz/fuehrungundorga/ukb-handlungshilfe-gefaehrungsbeurteilung-psychischer-belastungen\\_web2.pdf](http://www.unfallkasse-berlin.de/fileadmin/user_data/sicherheitundgesundheitsschutz/fuehrungundorga/ukb-handlungshilfe-gefaehrungsbeurteilung-psychischer-belastungen_web2.pdf)) und die BGETEM (<https://www.bgetem.de/medien-service/medienankuendigungen/gemeinsam-zu-gesunden-arbeitsbedingungen>).

### **Gesundheitszirkel:**

Leitidee des Gesundheitszirkels ist die aktive Beteiligung der Beschäftigten an der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Beschäftigten werden als Experten für ihre Arbeitssituation gesehen. Ihr Wissen über die Arbeitsabläufe, die Belastungen und Umgebungsbedingungen sind die Grundlage für die Verbesserungsvorschläge.

Voraussetzung für die Arbeit im Gesundheitszirkel ist ein Überblick über die Belastungssituation im Unternehmen. Der Gesundheitsbericht, die Ergebnisse der

Mitarbeiterbefragung und/oder moderierter Arbeitssituationsanalysen lassen erkennen, wo im Unternehmen Handlungsbedarf besteht. In diesen Bereichen sollte ein Gesundheitszirkel zeitlich befristet eingesetzt werden. Nach dem von den Krankenkassen praktizierten Konzept gehören dem Zirkel fünf bis sieben Beschäftigte, der unmittelbare Vorgesetzte, die Sicherheitsfachkraft, der Betriebsarzt, Vertreter von Betriebs- bzw. Personalrat und ein Moderator an. Der Gesundheitszirkel kann bei Bedarf durch weitere Experten z. B. der Unfallversicherung erweitert werden. Ein Vertreter der Geschäftsführung wird häufig zu Beginn und zum Ende der Zirkelsitzungen eingeladen. Ein anderes Modell sieht als Teilnehmer nur Beschäftigte und einen Moderator vor. Der Vorteil wird in einer eher offenen und vertrauten Gesprächsatmosphäre gesehen. In der Praxis treten beide Formen, aber auch Mischformen nebeneinander auf.

Allen Modellen liegt eine gemeinsame Vorgehensweise zu Grunde: Ausgehend von den Ergebnissen der Bedarfsanalyse sollen die ersten Sitzungstermine dafür verwendet werden, die aufgeführten Belastungen und Beschwerden zu diskutieren. Die Beschäftigten als Experten in eigener Sache tragen dazu ihre Erfahrungen mit den Belastungsfaktoren zusammen. Die Fachleute ergänzen dieses durch ihr Expertenwissen. Als zweiter Schritt ist vorgesehen, für die besonders belastenden und gesundheitlich beanspruchenden Arbeits- oder Umgebungsbedingungen geeignete Lösungsvorschläge zu benennen. Den Abschluss bildet die Festlegung der Zuständigkeit für die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge und die Aufstellung eines Zeitplanes. Über die Arbeit des Gesundheitszirkels sollten die Beschäftigten im Unternehmen während der ganzen Laufzeit informiert werden. Über die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge berät z. B. ein Arbeitskreis Gesundheit oder der Arbeitsschutzausschuss. Das Gremium setzt Prioritäten, steuert die Maßnahmen und bewertet die erzielten Ergebnisse.

## **6 Handlungsempfehlungen zur Entwicklung und Sicherung von Gesundheitsressourcen im Betrieb: Kooperation**

Berufsgenossenschaften (Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) und Krankenkassen (Träger der gesetzlichen Krankenversicherung) verfügen in der betrieblichen Gesundheitsförderung über einen breiten Wissensschatz und eine Vielzahl an bewährten Konzepten und Strategien, wovon Unternehmen in vielerlei Hinsicht profitieren können. Als kompetente Ansprechpartner unterstützen sie die Betriebe und ihre Akteure bei der Identifizierung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen, der Entwicklung möglicher Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen

Situation und natürlich bei der Umsetzung der Maßnahmen. Als weitere Kooperationspartner stehen zu Organisationsaspekten die staatlichen Arbeitsschutzbehörden und zu individueller Unterstützung im Einzelfall die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zur Verfügung.

## 6.1 Staatlicher Arbeitsschutz

Seit langem schon setzt sich der Staatliche Arbeitsschutz mit den Veränderungen in der Arbeitswelt auseinander und spricht die unterschiedlichen thematischen Aspekte psychischer Gesundheit im Betrieb aktiv an, zum Beispiel im Rahmen von Betriebsrevisionen. Der Staatliche Arbeitsschutz zielt im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes auf **verhältnispräventive Maßnahmen**, denn sein Adressat ist in erster Linie der Arbeitgeber, der seinerseits für eine gesundheitsgerechte und sichere Gestaltung der Arbeitsplätze und -abläufe in seinem Betrieb Sorge tragen muss. Entsprechend stehen Primär- und Sekundärprävention im Fokus. Im Blickfeld sind dabei innerbetriebliche Strukturen und Prozesse, die zu einer Verbesserung des Arbeitsschutzes führen. Der staatliche Arbeitsschutz kooperiert aber auch bei flankierenden verhaltenspräventiven Maßnahmen und Konzepten: Er ermutigt zu innerbetrieblicher Gesundheitsförderung und dem Aufbau von Gesundheitskompetenz, um so den Präventionsgedanken zu stärken. Die Aufsichtspersonen werden in Zukunft noch stärker prüfen, ob in den Gefährdungsbeurteilungen die im Betrieb existierenden psychischen Belastungen angemessen aufgegriffen werden und die entsprechenden Maßnahmen veranlasst und umgesetzt sind.

Über die Kernaufgabe (Überwachung und Kontrolle von Gesetzen und Verordnungen und deren betrieblicher Umsetzung) des Staatlichen Arbeitsschutzes hinaus werden Informationen angeboten, Impulse gesetzt und Anschubberatung geleistet. In vielen Bundesländern sind dazu spezielle Flyer oder Informationsschriften vorhanden, die an entsprechender Stelle abgerufen werden können. Je nach Bundesland sind Gewerbeärzte und Arbeitspsychologen beschäftigt, die als Ansprechpartner für Betriebe zum Thema Psychische Gesundheit zur Verfügung stehen, Fortbildungen anbieten und bei Bedarf branchenspezifische Informationen erarbeiten.

## 6.2 Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften)

Auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bieten den Unternehmen zum Erhalt und zur Förderung psychischer Gesundheit im Betrieb konkrete Handlungsempfehlungen an, die sowohl primär- als auch sekundärpräventive Maßnahmen umfassen. Enthalten sind Elemente der **Verhaltens- und der Verhältnisprävention**. Die Handlungsempfehlungen sind zielgruppenspezifisch aufbereitet und wenden sich an Unternehmer, Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Beschäftigte. Es werden Hilfen mit systemischem Ansatz als Gesundheitsschutzmanagementsysteme und Einzelmaßnahmen als Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten.

So ist beispielsweise „Gesundheit mit System“ ein Managementsystem, mit dem die Potenziale von Gesundheit in die betrieblichen Prozesse eingebunden werden können. Es werden betriebliche Abläufe und Strukturen geschaffen, die Gesundheit und Motivation der Beschäftigten nachhaltig verbessern und sichern. Hierzu werden Medien, betriebliches Coaching durch eigens geschulte Berater und Einzelmaßnahmen als Module angeboten. Die initiale Gefährdungsbeurteilung enthält Elemente zu den Themen Stress und psychische Gesundheit. Bei Bedarf können Beschäftigtenbefragungen mit Auswertung und Maßnahmenvorschlägen durchgeführt werden. Zum Teil sind die Handlungsempfehlungen branchenspezifisch ausgerichtet, beispielsweise für die Primärprävention von Posttraumatischen Belastungsstörungen nach Überfällen im Bankbereich.

Im Bereich Qualifizierung werden Seminare für alle genannten Zielgruppen zum Thema Stress und den Umgang mit psychischen Belastungen durchgeführt. Ergänzt wird das Angebot mit Selbstlernprogrammen, in denen auch Selbsttests durchgeführt werden können. Thematisiert wird auch hier ein ganzheitlicher Ansatz, in dem Zusammenhänge und Einflussmöglichkeiten von Arbeitswelt und privatem Umfeld aufgezeigt und Lösungen empfohlen werden. Psychische Gesundheit wird auch in den Modulen für die Durchführung von Gesundheitstagen thematisiert und ist mit konkreten Angeboten wie persönlichen Stresstests unterlegt. Alle Angebote sind als Printmedien oder in elektronischer Form verfügbar. Übergreifend veröffentlicht die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Handlungsempfehlungen zum Thema „psychische Gesundheit“.

### 6.3 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen auf Antrag Leistungen zur medizinischen Prävention „BETSI“ (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern) und Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Indikationsbereich Psychosomatik bei chronifizierten oder häufig rezidivierenden psychischen Störungen. Eine Indikation für eine stationäre psychosomatische Rehabilitation besteht darüber hinaus, wenn ausreichende Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht vorhanden sind, bei therapieungünstigen Arbeitszeiten (z. B. Nacht- und Wechselschicht, Montage) oder wenn eine vorübergehende Distanzierung vom häuslichen und/oder beruflichen Konfliktfeld angezeigt ist. (Checkliste zur Einschätzung des Reha-Bedarfs - Indikationsbereich Psychosomatik unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nord/de/Navigation/Angebote für spezielle Zielgruppen > Betriebs- und Werksärzte](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nord/de/Navigation/Angebote_für_spezielle_Zielgruppen_>_Betriebs-_und_Werksärzte)). Zu den Leistungen kann auch eine Begleitung an den Arbeitsplatz durch einen Therapeuten im Rahmen der betrieblichen Wiedereingliederung gehören. Auch der Betriebsarzt kann passende Leistungen für Beschäftigte beantragen, oft wird durch den Antrag des Betriebsarztes das Verfahren erheblich beschleunigt.

### 6.4 Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen)

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten unabhängig von Geschlecht und sozialer Stellung langfristig zu erhalten und ihnen ein gesundes Altern zu ermöglichen. Für die Durchführung der Maßnahmen liegt ein Leitfaden Prävention (2019) vor, der Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung aufführt, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Der Leitfaden enthält neben den Zielgruppen, dem allgemeinen Ziel, den Inhalten auch Angaben zur anzuwendenden Methodik und den Anbieterqualifikationen. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Die Förderung der psychischen Gesundheit wird im Leitfaden durch das Handlungsfeld Psychosoziale Belastungen (Stress) unterstützt. Die folgenden zwei Präventionsprinzipien sollen durchgeführt oder gefördert werden.

1. Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz  
Der Leitfaden Prävention sieht als Zielgruppen zum einen alle Beschäftigten mit (nicht existentieller) Stressbelastung und zum anderen Gruppen mit spezifischen Belastungsprofilen. Dieses können Führungskräfte, Außendienstmitarbeiter oder weitere besonders belastete Gruppen sein. Die Zielgruppen sollen durch betriebliche Stressmanagementtrainings lernen, „...negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen beruflichen Stresserfahrungen zu vermeiden oder zu reduzieren, in dem die individuellen Bewältigungskompetenzen gestärkt werden mit dem Ziel eines möglichst breiten individuellen Bewältigungsrepertoires und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen“ (Leitfaden Prävention Stand 2/2019).
  
2. Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung  
Das zweite Präventionsprinzip zur Förderung der psychischen Gesundheit richtet sich an Führungskräfte. Diese werden als wichtige Personengruppe gesehen, die einen Einfluss auf die Gesundheit, die Motivation und Leistungsfähigkeit ihrer Beschäftigten haben. Der Leitfaden Prävention formuliert das Ziel der Trainingsmaßnahmen folgendermaßen: „Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung verfolgen eine doppelte Zielsetzung: Zum einen sollen Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den psychophysischen Belastungen auf Seiten der Beschäftigten sensibilisiert und bei der Entwicklung eines mitarbeiterorientierten und gesundheitsgerechten Führungsstiles unterstützt werden. Dadurch sollen psychische Fehlbelastungen auf Seiten der Beschäftigten reduziert und deren Zufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz gefördert werden. Zum anderen sollen die Führungskräfte selbst auch Strategien einer gesundheitsgerechten Bewältigung des eigenen Führungsalltages erlernen. Damit soll sowohl der Vorbildfunktion der Führungskraft Rechnung getragen werden als auch dem Umstand, dass eigenes Stresserleben der Führungskräfte ein häufiges Hindernis für die Realisierung eines gesundheitsgerechten Umgangs mit den Beschäftigten darstellt“ (Leitfaden Prävention Stand 2/2019).

Der Leitfaden Prävention hebt zusätzlich die **Bedeutung der Verhältnisprävention** hervor und setzt auf den Aufbau und die Unterstützung durch gesundheitsförderliche Strukturen im Betrieb.

Auf der Webseite des Projektes „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt- psyGA“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) sind eine Reihe von Handlungshilfen und Praxisinstrumenten für Unternehmen verschiedener Branchen, Führungskräfte,

Betriebs- und Personalräte sowie Beschäftigte zu finden. Der BKK-Dachverband hat zudem in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker die Broschüre „Psychisch krank im Job“ herausgegeben. Mit den Kapiteln Verstehen, Vorbeugen, Erkennen, Bewältigen richtet sich die Broschüre an betroffene Beschäftigte, Kollegen und Führungskräfte. Neben der Vorstellung der häufigsten psychischen Störungsbilder enthält die Broschüre einen Leitfaden zum Umgang mit psychisch stark belasteten und möglicherweise von einer psychischen Störung betroffenen Beschäftigten (H-I-L-F-E-Konzept). Informationen über professionelle Unterstützungsmöglichkeiten schließen sich an.

## **6.5 Fachärzte und Psychotherapeuten**

Durch seine unmittelbare Präsenz in den Betrieben ist der Betriebsarzt häufig die erste ärztliche Anlaufstelle für Beschäftigte mit psychischen Erkrankungen. Er ist in der Lage, die von psychischen Erkrankungen Betroffenen schnell und kompetent in Behandlernetzwerke zu integrieren. Im Sinne der integrierten Versorgung ist eine Kooperation zwischen Arbeitsmedizinern, niedergelassenen Therapeuten und Fachkliniken elementar bei der Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen. Im Projekt „ÄrBeK – Ärzte und Betrieb als Kooperationspartner“ haben Betriebsärzte, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen gemeinsame Pfade – auch zur Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen – erarbeitet ([http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xml/70113\\_70118.htm](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xml/70113_70118.htm)). Ihr gemeinsames Ziel ist zum Einen die Prävention psychischer Erkrankungen und zum Anderen insbesondere die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit der von psychischen Erkrankungen betroffenen Beschäftigten.

## **Betriebliche Beispiele**

### **7 Häufige Beratungsanlässe im arbeitsmedizinischen Alltag**

Psychische Probleme oder psychische Erkrankungen mit Arbeitsbezug werden aus der subjektiven Sicht der Betroffenen selten in Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen gebracht, die mit einfachen Methoden der Arbeitsbewertung oder Arbeitsanalyse objektiv erfassbar sind (Ergonomie, Taktzeiten, Schichtsysteme, usw.). Vielmehr berichten Erkrankte immer wieder über andauernde Konflikte (mit Kollegen und/oder Vorgesetzten), Kränkungen, Enttäuschungen oder fehlende Anerkennung ihrer Leistung, mangelnden Respekt und berufliche Perspektivlosigkeit.

Im Beratungsgespräch fällt dem Betriebsarzt die Aufgabe zu, dem Beschäftigten einen Zugang zu etwaigen psychischen und sozialen Belastungen in der Arbeitswelt, aber im Einzelfall auch in seinem Privatleben zu ermöglichen, mit ihm Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten und bei Erfordernis den Kontakt zu psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachdisziplinen oder Institutionen zu ebnen. Bei Belastungen, die aus der Arbeitswelt resultieren (z. B. Überforderung, Konflikte mit Vorgesetzten/Kollegen, Mobbing etc.), sind häufig Interventionen (Beratung von Führungskräften, Konfliktmanagement mit Round-Table-Gesprächen etc.) erforderlich, die der Betriebsarzt mit Einverständnis des Betroffenen initiieren und bei entsprechender Erfahrung auch moderieren kann.

Auch Arbeitsaufgaben mit ständigen sozialen Kontakten werden oft als besonders belastend empfunden, besonders wenn diese konfliktträchtig sind (z. B. soziale Berufe, Lehrberufe, Beschäftigte im Gesundheitswesen, Aufgaben mit ständigem Kundenkontakt).

Die arbeitsmedizinische Vorsorge und Beratung der Beschäftigten, das Aus- und Bewerten der so gewonnenen Erkenntnisse und das Ableiten gezielter Empfehlungen an den Arbeitgeber zur Organisation und Gestaltung der Arbeit ist eine Kernaufgabe der Betriebsärzte nach dem Arbeitssicherheitsgesetz und der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV).

## **7.1 Beratung auf Organisationsebene**

### **7.1.1 Umgang mit Konflikten**

Betriebsärzte werden erfahrungsgemäß im Umfeld betrieblicher Konflikte in unterschiedlichen Stadien der Eskalation angesprochen und können wichtige Initiatoren von begleitenden Maßnahmen zur Konfliktbewältigung sein. Wenn zum Beispiel betriebliche Umstrukturierungen anstehen, sollte dies von der Leitung transparent kommuniziert werden. In solchen Phasen der Restrukturierung von Bereichen, der Veränderung von Zuständigkeiten, von Geschäftsabläufen, dem Nebeneinander von „noch“ geltenden Vereinbarungen und „schon“ neuen Konzepten, kommt es erfahrungsgemäß zu Verunsicherung und Transformationskonflikten. Wenn es gelingt, begleitend dazu ein betrieblich abgestimmtes System des Umgangs mit Konflikten zu etablieren (Konfliktkultur) ist dies einerseits ein Signal für den achtsamen Umgang miteinander, andererseits eine Erlaubnis für Beschäftigte und Führungskräfte, Konflikte anzusprechen und dabei professionelle Hilfe in

Anspruch nehmen zu können (innerbetriebliche Konfliktlotsen/ Mediation). Viele Unternehmen haben damit gute Erfahrungen gemacht. In der Regel werden dazu Betriebsvereinbarungen abgeschlossen, betriebliche Konfliktlotsen ausgebildet und von Fall zu Fall externe Mediatoren verpflichtet.

### **7.1.2 Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen**

In zahlreichen Branchen führen plötzlich eintretende Ereignisse zu einer erheblichen Belastung der Beschäftigten. Dies können Überfälle auf Geschäftsstellen im Bereich Banken, Verkehrsunfälle mit Personenschaden oder Suizidversuche/Suizide im Öffentlichen Nahverkehr sein. Weiter treten Übergriffe im Bewachungsbereich, einschneidende Erlebnisse in Krisen- oder Kriegsgebieten im Rahmen von Berichterstattung oder Hilfsaktionen und Arbeitsunfällen auf. Für die anschließende Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) spielen sowohl persönliche disponierende Faktoren, die Schwere des Ereignisses als auch die Vermeidung von weiteren traumatisierenden Einflüssen nach dem Unfall eine Rolle. Für die Primärprävention einer PTBS haben deshalb Unternehmen mit Hilfe der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung wirksame innerbetriebliche Konzepte entwickelt und umgesetzt. Sie umfassen einen strukturierten Ablauf nach dem Ereignis, Integration des Unfallmanagements in die Unternehmensorganisation, die Benennung und Ausbildung von Erstbetreuern und eine Schulung aller gefährdeten Unternehmensteile zum Thema.

So werden beispielsweise in Verkehrsunternehmen Fahrer nach Verkehrsunfällen von Erstbetreuern noch am Unfallort unterstützt und gegebenenfalls abgeschirmt. Der Erstbetreuer wendet sich den Betroffenen zu, begleitet sie bei erforderlicher medizinischer Versorgung, hält den Kontakt zu Unternehmen und Angehörigen und informiert noch in der Akutphase über die betrieblichen Hilfsangebote. Ziel ist es, die Fahrtätigkeit der Betroffenen zu erhalten. Die Nachsorge bis zur Wiederaufnahme der Tätigkeit kann nicht in allen Branchen einheitlich geregelt werden, sie sollte betriebsspezifisch festgelegt sein und den Betriebsarzt einbeziehen („Notfallmanagement nach psychisch belastenden Extremereignissen am Arbeitsplatz“ Unfallkasse Berlin). Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bieten bei Wunsch der Beschäftigten, bei Unsicherheiten oder kurzfristig aufgetretenem Verdacht auf Vorliegen einer PTBS probatorische Behandlungen durch speziell ausgebildete Traumatherapeuten an, in denen auch weiterer Therapiebedarf ermittelt wird.

## 7.2 Individuelle Beratung / Supervision

Wie schon ausgeführt stellt der Zugang der Beschäftigten zu Früherkennungs-, Beratungs- und Reflexionsmöglichkeiten eine tragende Säule des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Hier sind nicht nur die klassischen Beratungsangebote betriebsärztlicher Dienste bei somatischen und psychosomatischen Krisen und der frühzeitige Verweis an adäquate therapeutische Systeme außerhalb des Betriebes gemeint. Neben der betrieblichen Sozialberatung zur individuellen Begleitung von Beschäftigten in Existenz- und Sinnkrisen haben sich externe Angebote wie Supervision von Teams und Einzelnen im Umgang mit schwierigen Kunden und Klienten oder den Folgen betrieblicher Restrukturierungen bewährt. Supervision bietet Orte der Reflexion, der Entschleunigung und der Antizipation möglicher Handlungsoptionen. Im sozialen Bereich gehört Supervision zum Qualitätsstandard guter Arbeit. Supervision dient grundsätzlich der Entwicklung von Personen und Organisationen. Supervision bezieht sich auf Kommunikation und Kooperation im Kontext beruflicher Arbeit, indem Bewältigungsstrategien generiert, deren Umsetzungsmöglichkeiten antizipativ geprüft und deren Realisierung begleitet und reflektiert werden (DGSv 2010). Insofern kann Supervision auch in Primär- und Tertiärprävention zur Entwicklung und Sicherung von Gesundheitspotentialen eingesetzt werden. Als Burnout-Prävention hat diese Form der Begleitung auch in DAX-Unternehmen Selbstverständlichkeit erlangt, als prozesshafte oder als punktuelle Begleitung für Einzelne und Teams. Die Anregung dazu kommt immer häufiger von Betriebsärzten, die einen Teil des Gesundheitsförderungs-Budgets für Supervision und externe Beratung einplanen. Das ermöglicht schnelle und adäquate Unterstützung von Beschäftigten und Teams in kritischen Phasen und Situationen. Supervision kann auch eine mentale Vorbereitung im Vorfeld von zu erwartenden Krisen ermöglichen; „was könnte schlimmstenfalls passieren und was könnte helfen, damit umzugehen und die Kontrolle zu behalten?“ (s. auch Antonovsky, „sense of coherence“).

Da unspezifische Symptome beginnender Erschöpfung häufig zunächst dem Betriebsarzt anvertraut werden, ist es sinnvoll, genau dort einen Pool von qualifizierten Supervisoren und Beratern zu etablieren. Bewährt hat sich ein Umfang von zunächst maximal fünf Sitzungen. Unspezifische Symptome lassen sich in diesem Zeitraum zuordnen und lösungsorientierte Handlungsoptionen ableiten. Wenn sich zeigt, dass weitere Begleitung erforderlich ist, können die vom Unternehmen bereit gestellten Reflexionsräume helfen, zu klären, ob weitergehend therapeutische Interventionen angezeigt sind.

Um die Ergebnisse auch für die Entwicklung der Organisation nutzen zu können, empfiehlt es sich, 1-2-mal jährlich Treffen aller Supervisoren und Berater mit dem Betriebsarzt zu arrangieren und eine Rückmeldung zu möglichen organisationalen und arbeitsbedingten Faktoren individueller Irritationen und Erkrankungen einzuholen: „Verschwiegenheit zur Person-Offenheit zur Organisation“. Diese Feedback Schleife kann dem Betriebsarzt helfen, bei Bedarf Maßnahmen der **Verhältnisprävention** anzustoßen, wie Optimierung von Arbeitsabläufen, die Gewährung und Gestaltung geeigneter Handlungsspielräume, Aufbau und Stärkung einer vertrauensvollen Kommunikations-, Feedback- und Anerkennungskultur, Auf- und Ausbau gelebter sozialer Unterstützung im Unternehmen mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Führungskräfte (Haubl/Voß 2011). Auch der Ausbau des Angebots geeigneter Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen als Quelle persönlicher Weiterentwicklung kann dazu gehören. Anders als bei vielen EAP (employee assistant programs) bleibt das arbeitsbedingte Thema nicht individualisiert in der „Nische“, sondern kann im Betrieb mit weiteren Interventionen auf der Organisationsebene bearbeitet werden.

### 7.3 Stressprävention

Die heutzutage bestehende Fülle angebotener Maßnahmen im Bereich der Stressprävention am Arbeitsplatz gestaltet sich nahezu unüberschaubar. Für die Praxis stellt sich jedoch die Frage, welche Interventionen mit hoher Wahrscheinlichkeit Wirksamkeit zeigen und daher bevorzugt zum Einsatz kommen sollten, um der Problematik angemessen begegnen zu können. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) ist in einer umfassenden Literaturschau u. a. auch der Frage nachgegangen, wie Programme wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge gestaltet sein sollten, um Beschäftigte seelisch gesund zu erhalten und arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen erfolgreich vorzubeugen.

Im Bereich der **Verhaltensprävention** sollten solche Maßnahmen das Kernelement bilden, die den Aufbau individueller und sozialer Fähigkeiten zur Bewältigung von Stresssituationen zum Ziel haben. Dass sie wirksam sind, konnte in einer ganzen Reihe von Studien nachgewiesen werden. Sie reduzieren Fehlzeiten und Beschwerden infolge von Stress. Gleichzeitig verbessern sie die Qualität des Arbeitslebens. Stressmanagementmaßnahmen eignen sich entsprechend der Studien sowohl für beschwerdefreie Beschäftigte, Beschäftigte mit hohem Risiko für eine psychische Störung und solche, die bereits unter Symptomen leiden. Die Interventionen sollten dabei bevorzugt mit kognitiv-behavioralen Techniken und multimodaler Methodik arbeiten.

Entspannungsverfahren und Bewegungsprogramme stellen zur Stärkung der psychischen Gesundheit weitere sinnvolle Ergänzungen im verhaltenspräventiven Bereich dar. Kontrollierte Studien legen nahe, dass sie wirksam dabei helfen, wahrgenommenen Stress am Arbeitsplatz zu reduzieren. Sportliche Betätigung ist zudem verbunden mit einer Reihe weiterer positiver psychologischer Effekte, beispielsweise dem Abbau negativ erlebter Empfindungen.

Verhaltenspräventive Maßnahmen greifen jedoch zu kurz, wenn es darum geht, potentielle Stressoren, die mentale Fehlbeanspruchungen nach sich ziehen können (wie z. B. hohes Arbeitsaufkommen bei gleichzeitig sehr starkem Zeitdruck), in der psychosozialen Arbeitsumwelt zu optimieren. Die Grundlage hierfür wird durch Maßnahmen auf der organisatorischen Ebene geschaffen (**Verhältnisprävention**) mit denen sich auch Faktoren wie Motivation und Produktivität und nicht zuletzt die Arbeitszufriedenheit nachhaltig positiv beeinflussen lassen.

## 8 Erfolgsfaktoren

### 8.1 Fördernde Faktoren im Betrieb

Die Chancen einer umfassenden Präventionskultur in einem Unternehmen hängen von verschiedenen positiven Aspekten ab.

Auf der Seite des **Unternehmens** sind dies:

- Langfristigkeit der Unternehmensstrategie,
- Ethische Orientierung und Menschenbild der Unternehmensleitung und des Top-Managements,
- Hoher Stellenwert des Themas „Gesundheit“ für Unternehmensleitung und Arbeitnehmervertretung.

Förderliche Faktoren für die Akzeptanz des **Betriebsarztes** sind:

- Fach- und Sozialkompetenz sowie interne Unternehmenskenntnis des Betriebsarztes,
- Erkennbar eigene und „unersetzliche“ Expertise des Arbeitsmediziners,
- Beteiligung des Betriebsarztes an allen gesundheitsrelevanten Prozessen,
- Verfügbarkeit von Informationen / Daten zur psychischen Gesundheit und zur Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten (s. Abschnitt 5),
- „Präventionsnetzwerk“ im Unternehmen.

Engagierte Betriebsärzte finden oft eine hohe Akzeptanz ihrer Beratung bei betrieblichen Entscheidungsträgern und bei Betriebs- bzw. Personalräten. Somit besteht die Chance zur Anregung einer Weiterentwicklung des „betrieblichen Sozialsystems“, das – wie ausführlich dargestellt – einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten hat. Dabei ist die stets erkennbare Eigenständigkeit, Unabhängigkeit und Erkenntnisorientierung dieser arbeitsmedizinischen Beratung von Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung unverzichtbar – erfolgreiche Betriebsärzte vermitteln beiden Sozialpartnern aufeinander abgestimmte Beratungsinhalte. Dieses ist beim komplexen Thema „Psychische Gesundheit“ besonders wichtig, da hier wie bei kaum einem anderen Feld der Arbeitsmedizin die Interessen der Sozialpartner berührt sind. Entsprechend wichtig ist deshalb eine klare, konsistente Positionierung und Kommunikation des Betriebsarztes.

Neben der engagierten Unterstützung und ärztlichen Beratung einzelner Beschäftigter ist die Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (s. Abschnitt 3 und 5) eine wesentliche Erfolgsbedingung der betrieblichen Prävention. Betriebliches Gesundheitsmanagement bedarf der arbeitsmedizinischen Expertise.

## **8.2 Qualitätsanforderungen an Gesundheitsdaten**

Die Verfügbarkeit der erwähnten Daten- und Informationsquellen hängt maßgeblich von der jeweiligen Betriebsgröße und -struktur ab, z. B. von der Existenz und dem Versichertenanteil einer Betriebskrankenkasse. Gesundheitsdaten müssen unverzichtbar epidemiologischen Mindestanforderungen genügen – anderenfalls sollten sie nicht als Erkenntnisquelle verwendet werden. So kann aus Rohdaten zur Arbeitsunfähigkeit in verschiedenen Belegschaftsgruppen keinerlei Schlussfolgerung gezogen werden – auch nicht bei Differenzierung nach Erkrankungsarten. Erst die Zuordnung wesentlicher soziodemographischer Merkmale (Standardisierung nach Alter, Geschlecht, manueller oder dominierend mentaler Tätigkeit) gewährleistet eine elementare Datenqualität, die als Grundlage für die arbeitsmedizinische Beratung geeignet ist.

Betriebsärzte sollten aktiv darauf hinwirken, dass ihnen geeignete Informationsquellen zur Verfügung stehen. Im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorge können z. B. in der Anamnese einfache Screening-Instrumente zur Erfassung der Selbst-

einschätzung von Gesundheit und Wohlbefinden eingesetzt werden; je nach Fragestellung und betrieblicher Situation können weitere Erhebungsinstrumente (s. Abschnitt 5) ergänzend zum Einsatz kommen.

Der Vorteil einer Anwendung derartiger Instrumente bei arbeitsmedizinischer Vorsorge liegt im erfahrungsgemäß hohen Beteiligungsgrad der Beschäftigten. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung spezieller Befragungsinstrumente in der arbeitsmedizinischen Routine muss ihr Einsatz gut begründet, Datenschutz und Auswertungsqualität gesichert und mit Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung abgestimmt sein.

### **8.3 Betriebliche Gestaltungs- und Präventionsansätze zum Erhalt und zur Förderung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten**

Auf der Grundlage umfangreicher, interdisziplinärer Forschung (s. Abschnitt 4) lassen sich „Elemente einer guten Präventionspraxis“ zum Erhalt und zur Förderung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten ableiten, deren Realisierbarkeit auf Unternehmensebene zu prüfen ist. Einige dieser Realisierungsempfehlungen können allein oder maßgeblich vom Betriebsarzt gestaltet, abgestimmt und umgesetzt werden (*siehe Kursivdruck in der Tabelle*). Die übrigen Ansätze – Führung und Entwicklung der Arbeitsbeziehungen - unterliegen der personalpolitischen Gestaltung und komplexen betrieblichen Entscheidungsprozessen:

<b>Präventionsansatz</b>	<b>Realisiert / gefördert durch</b>
Arbeitsplatzsicherheit	Unternehmenserfolg, Tarifverträge, Betriebsvereinbarungen, „ <i>Beschäftigungsfähigkeit</i> “ der/des MA
Gute Mitarbeiterführung	Führungskräfteauswahl, - <i>qualifizierung und -training</i> ; Vorbildfunktion als Bestandteil des Führungsleitbilds, glaubhafte Wertschätzung und Anerkennung guter Leistungen
Kollegialität und soziale Unterstützung	Arbeitsordnung, gute Führung, Unternehmenskultur
Beteiligung, Entscheidungsspielräume bei Erfüllung von Aufgaben	Team-/Gruppenarbeit, Ideenprogramme, Mitbestimmung
Transparenz/Verstehbarkeit	Gute Führung, interne Kommunikation, Qualifizierung
Früherkennung psychischer Gefährdungen oder Erkrankungen	<i>Screening im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge; ggf. Beratung und Vermittlung in qualifizierte Therapie</i>
„Frühwarnsystem“ bei Häufung psychischer Beeinträchtigungen oder Erkrankungen	<i>Betriebliche Epidemiologie (s. 5.1); Berichterstattung</i>
Intervention bei erkannter Erkrankungshäufung oder betrieblichen Dauerkonflikten	<i>Abgestimmtes Vorgehen (Interventionskonzept); definiertes Teilteam, Mediation, Supervision</i>
Integrationsfreundliche Unternehmenskultur	<i>Aufklärung von Führungskräften und Multiplikatoren im Sinne einer Entstigmatisierung und Integration psychisch Kranker</i>
Berufliche Entwicklungsperspektive für alle Alters- und Belegschaftsgruppen	Personalentwicklungsperspektiven mit transparenten Regeln und Kriterien; Qualifizierungsmaßnahmen auch für ältere Beschäftigte

Der Wirkungsgrad und damit Erfolg der arbeitsmedizinischen Betreuung ist maßgeblich daran abzulesen, in welchem Umfang sie zu einer positiven Entwicklung dieser Handlungsfelder beiträgt. Dabei helfen dem Betriebsarzt – neben guter Fachkompetenz – eine gute Vernetzung im Unternehmen, der unmittelbare Zugang bzw. der Direktbericht an die Betriebs- bzw. Unternehmensleitung, Zielorientierung, Beharrlichkeit und Überzeugungskraft.

## 9 Zitierte und weiterführende Literatur

- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well.* San Francisco.
- AOK-Bundesverband (2018). *Fehlzeiten-Report 2018: Sinnvolle Arbeit stärkt die Gesundheit*
- Badura, B. et al. (2008): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg.* Berlin.
- Bambra C, Gibson M, Sowden AJ, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. (2009). Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment. *Prev Med.* 2009 May;48(5):454-61.
- BARMER (Hrsg.) (2018): *BARMER Gesundheitsreport 2018.*
- BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010). *Arbeitswelt im Wandel Zahlen - Daten - Fakten.*
- BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Gabriele Richter (2010). *Toolbox, Version 1.2. Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen.* Beermann,
- BAuA (Hrsg) *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen.* 1. Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag 2014.
- BAuA (2016), *Arbeitszeitreport Deutschland 2016.* Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- BAuA (2017). *baua: Aktuell - Ausgabe 1/2017.* Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund 2017. S. 8 [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Aktuell/1-2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Aktuell/1-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=6) (28.01.2019).
- Beermann, B., Amlinger-Chatterjee, M., Brenscheidt, F., Gerstenberg, S., Niehaus, M., Wöhrmann A. M. (2018): *Orts- und zeitflexibles Arbeiten: Gesundheitliche Chancen und Risiken.* 2. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- BKK Dachverband (Hrsg.) (2018): BKK Gesundheitsreport 2018. Langzeiterkrankungen. Berlin <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport>
- BMAS (2015). MONITOR Mobiles und entgrenztes Arbeiten. Aktuelle Ergebnisse einer Betriebs- und Beschäftigtenbefragung. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a873.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a873.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (22.01.2019).
- BMAS (2016). Weißbuch Arbeiten 4.0. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a883-weissbuch.html> (22.01.2019).
- BMAS (2017). Plattformökonomie und Crowdfunding: Eine Analyse der Strategien und Positionen zentraler Akteure. Forschungsbericht 500. Plattformökonomie und Crowdfunding: Eine Analyse der Strategien und Positionen zentraler Akteure [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb500-plattformoekonomie-und-crowdfunding.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb500-plattformoekonomie-und-crowdfunding.pdf?__blob=publicationFile&v=1).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998), Zielfindung und Zielklärung – ein Leitfaden – Materialien zur Qualitätssicherung, QS21.
- DAK - Deutsche Angestellten Krankenkasse (2018). Gesundheitsreport 2018. DAK Zentrale. Hamburg.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Ursachen von Frühberentungen, Berichtsjahr 2014. Berlin, Link: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main\\_stat\\_rente&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy321](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_stat_rente&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy321)
- DGB (2017). DGB Index: Arbeitshetze und Arbeitsintensivierung bei digitaler Arbeit. <https://index-gute-arbeit.dgb.e/++co++70aa62ec-2b31-11e7-83c1-525400e5a74a>.
- DGSv. Deutsche Gesellschaft für Supervision (Hrsg.) (2010), Kernkompetenz: Supervision. Ausgewählte Formate der Beratung in der Arbeitswelt.
- DGUV: Arbeiten: entspannt, gemeinsam, besser. So geht's mit Ideen-Treffen. Berlin Berlin 2014. Auch: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)
- DIW (2016). [https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.547979.de/16-48-1.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.547979.de/16-48-1.pdf).
- Ducki, A. (2014). Gesunde Zukunft heute gestalten – Gesundheitsmanagement 4.0. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag. S. 1-9.
- Ducki, A. & Nguyen, H. T. (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Mobilität (Projektnummer: F 2353). Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Eurofound (2015), New forms of employment, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

- Egle UT, Hoffmann SO, & Steffens M (1997) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 68: 683-695.
- Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen, Broschüre. Verfügbar unter: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)
- Felner RD, Felner TY, & Silverman MM (2000) Prevention in mental health and social intervention. Conceptual and methodological issues in the evolution of the science and practice of prevention, In: J Rappaport & E Seidman (Hrsg.), *Handbook of community psychology*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, Boston, Dodrecht, 9-42.
- Gaebel W (2003) Ätiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie, In: H-J Möller, G Laux, & H-P Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 26-48.
- GDA-Portal (2017), Dokumente, Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation.
- GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2019): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21.06.2000 in der Fassung vom 20.2.2019 Berlin
- Gerstenberg, S., Ducki, A. & Aich, E. (2017). Mobile Arbeit und Pendeln. In R. Romahn (Hg.), *Arbeitszeit gestalten: Wissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis* (S. 189-202). Weimar bei Marburg: Metropolis.
- Greenberg MT, Domitrovich C, & Bumbarger B (2001) The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4: 1-55.
- GUV-I 8766, Richter, G., Friesenbichler, H., Vanis, M. (2006), *Psychische Belastungen. Checklisten für den Einstieg. Handlungsempfehlungen und Produkte zum Thema*. Verfügbar unter: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)
- Hank, E. und Stegmeier, J. (2018). Arbeit auf Abruf, Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst Wenn die Arbeit ruft. IAB Kurzbericht <http://doku.iab.de/kurzber/2018/kb1418.pdf> (22.1. 2019).
- Haubl, R., G. G. Voß (Hg.), *Risikante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision. Eine Studie zu den psychosozialen Auswirkungen spätmoderner Erwerbsarbeit*. Göttingen 2011.
- Hielscher, V. (2000). *Entgrenzung von Arbeit und Leben? Die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und ihre Folgewirkungen für die Beschäftigten. Eine Literaturstudie*. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Abteilung Regulierung der Arbeit des WZB, FS II 00-201.
- Holm, M., Geray, M. (2008), *Integration der psychischen Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung*; [www.inqa.de](http://www.inqa.de)

- Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (Hrsg.) (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. iga-Report 28. Berlin  
<http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-28/>
- Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S (2015) Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland. Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 63-71.
- Karasek, R.; Theorell, T. (1992): Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York.
- Kilian R, Becker, T. (2006) Die Prävention psychischer Erkrankungen und die Förderung psychischer Gesundheit. In: Kirch W., Badura B. (Hrsg.) Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Dresden, 1. und 2. Dez. 2005. Heidelberg: Springer. pp 443-472)
- Klumb, P. & Gemmiti, M (2011). Harmonisierung von Berufs- und Privatleben: Vorsicht vor schnellen Lösungen. In: E. Bamberg, A. Ducki, A. M. Metz (Hrsg.). Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen: Hogrefe. S. 255-275.
- Konzept zur Ermittlung psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz und zu Möglichkeiten der Prävention; LV 28; Hrsg.: LASI (2002)
- Lazarus, R. S.; Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt, in: Marmot, M. G. et al. (1991): Health inequalities among British civil servants. The Whitehall II study, in: The Lancet, 337: 1387-1393. Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt. Printversion und Internet, DGUV. Berlin 2010.
- Leimeister, J. M. Durward, J. Zogaj Shkodran, D. (2016). Crowd Worker in Deutschland. Eine empirische Studie zum Arbeitsumfeld auf externen Crowdsourcing-Plattformen. Study 323 Hans-Böckler-Stiftung: Düsseldorf.
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 2014 <http://www.luxemburger-deklaration.de/>
- Maier W, Schwab S, & Rietschel M (2003) Genetik psychiatrischer Störungen, In: H.-J. Möller, G Laux, & H-P Kapfhammer (Hrsg.), Psychiatrie & Psychotherapie, 2. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 69-105.
- Mark, G., Gonzalez, V. M. & Harris, J. (2005). No task left behind? Examining the nature of fragmented work. CHI, April 2-7. Portland: Orgeon, 321-330.
- McEwen, B. S. (2004): Protection and damage from acute and chronic stress. Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. In: Ann N Y Academic Science, 1032: 1-7
- Nieder, P. (2005). Anpacken wo der Schuh drückt. Das Instrument Arbeitssituationsanalyse, Organisationsentwicklung 4/05, S. 54-61

- Pangert, B. Pauls, N. Schüpbach H. (2016). Die Auswirkungen arbeitsbezogener erweiterter Erreichbarkeit auf Life-Domain-Balance und Gesundheit. 2. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2016. Projektnummer: F 2353. [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd76.html;jsessionid=FCB4C9F65BDEB1DDC40D25D324F0F798.1\\_cid333](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd76.html;jsessionid=FCB4C9F65BDEB1DDC40D25D324F0F798.1_cid333) (22.01.2019).
- Gesundheit mit System. Printversion und Internet, Einrichtung eines Gesundheitsmanagementsystems mit Stressmodulen, VBG
- Wenn es hier passiert... CD, Unterweisungshilfe für Geldinstitute zum Thema psychische Belastungen durch Banküberfälle, VBG
- Rau, R, N. Gebele, K. Morling, U. Rösler, Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Dortmund, Berlin, Dresden 2010.
- Reinecke L., Aufenanger S., Beutel, M, Dreier, M. Quiring, O. Stark, B. Wöfling K. & Müller K. W. (2016): Digital Stress over the Life Span: The Effects of Communication Load and Internet Multitasking on Perceived Stress and Psychological Health Impairments in a German Probability Sample, *Media Psychology*, DOI:10.1080/15213269.2015.1121832.
- Richter, G., Friesenbichler, H., Vanis, M., Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz Teil 4: Psychische Belastungen Checklisten für den Einstieg; Bochum 2006
- Schermuly, C & Koch, J. (in Vorbereitung),. New Work und psychische Gesundheit. In: Fehlzeiten-Report (2019): Digitalisierung und Gesundheit. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Schüssler G (2003) Psychologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen, In: H.-J. Möller, G Laux, & H-P Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie & Psychotherapie*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 178-207.
- Siegrist, J. (2002): Effort-reward imbalance at work and health, in: Perrewe, P., Ganster, D. (eds.): *Research in occupational stress and well being. Historical and current perspectives on stress and health*. New York.
- Sockoll I, Kramer I, Bödeker W (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. iga-Report 13.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2018): Gesundheitsreport 2018.
- Thome J & Riederer R (2003) Störungen der Neurotransmission als Grundlage psychiatrischer Erkrankungen, In: H-J Möller, G Laux, & H-P Kapfhammer(Hrsg), *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 123-140.
- Wendsche J, Lohmann-Haislah A (2017), A meta-analysis on antecedents and outcomes of detachment from work. *Front Psychol* 13.1.2017.
- World Health Organization (2004) Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options World Health Organization, Geneva.
- Zimber, A. & Rigotti, T. (2015), *Multitasking. Komplexe Anforderungen im Arbeitsalltag verstehen, bewerten und bewältigen*. Göttingen: Hogrefe.

## Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales,  
Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek  
53107 Bonn

Autoren und Mitglieder des AK 5:

Thomas Becker, Gregor Breucker, Antje Ducki, Marianne Engelhardt-Schagen (Leitung),  
Detlef Glomm, Reinhold Kilian, Anne-Katrin Krempien, Jens Petersen, Gabriela Petereit-  
Haack, Annegret Schoeller, Joachim Stork, Stefanie Wagner, Jürgen Wolters

Stand: April 2019

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 450  
Telefon: 01805 778090  
Telefax: 01805 778094  
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung  
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock  
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de  
Internet: <http://www.bmas.de>

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

E-Mail: [info.gehoerlos@bmas.bund.de](mailto:info.gehoerlos@bmas.bund.de)  
Fax: 030 221 911 017  
Gebärdentelefon: [gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de](mailto:gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de)

Satz/Layout: Grafischer Bereich des BMAS, Bonn  
Titelbild: INQA/Uwe Völkner/FOX  
Druck: Hausdruckerei BMAS, Bonn

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung. Bitte senden Sie zusätzlich ein Belegexemplar an den Herausgeber.