



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: Neue 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 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 sind heute verantwortlich für jede zehnte Krankschreibung. In 37 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 Mitarbeiter 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	9
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	20
	Perspektiven und Methoden.....	23
5	(Früh)diagnostik – Erkennen von Gefährdungen für den Erhalt psychischer Gesundheit im Betrieb.....	23
5.1	Informationsquellen für den Betriebsarzt	23
5.2	Bedarfsanalyse – Empfehlungen zum Vorgehen.....	24
5.3	3-Stufen-Modell	26
5.3.1	Beispielhafte, bewährte Analyseinstrumente zu Stufe 2.....	28
6	Handlungsempfehlungen zur Entwicklung und Sicherung von Gesundheitsressourcen im Betrieb: Kooperation	32
6.1	Staatlicher Arbeitsschutz.....	33
6.2	Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften)	34
6.3	Träger der gesetzlichen Rentenversicherung	35
6.4	Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen)	35
6.5	Fachärzte und Psychotherapeuten	37

Betriebliche Beispiele.....	37
7 Häufige Beratungsanlässe im arbeitsmedizinischen Alltag.....	37
7.1 Beratung auf Organisationsebene.....	38
7.1.1 Umgang mit Konflikten.....	38
7.1.2 Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen.....	39
7.2 Individuelle Beratung / Supervision.....	40
7.3 Stressprävention.....	41
8 Erfolgsfaktoren.....	42
8.1 Fördernde Faktoren im Betrieb.....	42
8.2 Qualitätsanforderungen an Gesundheitsdaten.....	43
8.3 Betriebliche Gestaltungs- und Präventionsansätze zum Erhalt und zur Förderung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten.....	44
9 Zitierte und weiterführende Literatur.....	46
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 Erkrankungen¹

Entgegen dem allgemeinen Trend eines insgesamt rückläufigen Krankenstands steigt die Bedeutung der psychischen Erkrankungen. So wird eine Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Erkrankungen von allen Kassenarten berichtet. Bei den Krankheitsartenstatistiken konnte ein kontinuierlicher Anstieg psychischer Erkrankungen verzeichnet werden. Diese Entwicklung wird durch Arbeitsunfähigkeitszahlen, stationäre Behandlungsdaten und die Angaben zu Arzneverordnungen belegt.

Im Jahr 2014 entfielen 15,7% aller AU-Tage auf psychische Störungen. Innerhalb der Krankheitsartenstatistiken bilden sie die zweitwichtigste Krankheitsgruppe. Die Verbreitung psychischer Störungen differiert stark nach Wirtschaftsgruppen und beruflicher Tätigkeit.

Das Risiko, psychisch zu erkranken, ist bei Arbeitslosen höher als bei Erwerbstätigen. Psychische Störungen stellen bei Arbeitslosen die vorrangige Krankheitsart dar.

Im Vergleich zu Männern werden bei Frauen häufiger psychische Erkrankungen diagnostiziert. Bei Frauen steht diese Krankheitsgruppe zumeist an 2. Stelle der Krankheitsursachen, bei Männern an 4. Stelle. Psychische Erkrankungen sind mit einer überdurchschnittlich langen Erkrankungsdauer bei einer unterdurchschnittlichen Anzahl an AU-Fällen verbunden. Sie nehmen einen erheblichen Anteil am Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ein. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer liegt bei 39,1 Tagen. Unter den Einzeldiagnosen gehen die „Depressiven Episoden“ mit einer sehr langen Erkrankungsdauer von durchschnittlich 55,2 Tagen einher.

Psychische Erkrankungen sind unabhängig vom Alter; sie nehmen bereits bei jüngeren Altersgruppen unter 30 Jahren zu. Dabei erkranken Frauen tendenziell häufiger als Männer. Die höchsten Erkrankungshäufigkeiten und Ausfallzeiten

1 Zur Klassifikation psychischer Störungen werden international zwei Systeme verwendet: die weltweit anerkannte und auch für Deutschland rechtlich verbindliche ICD 10 (International Classification of diseases) und das DSM 4 (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders), das vorrangig in den USA gebräuchlich ist und ausschließlich psychische Störungen betrachtet. Oft wird parallel synonym zu psychischen Störungen noch die Formulierung psychische Erkrankungen verwendet. In der ICD wurde diese Bezeichnung aufgegeben, da der Begriff Störung in weiten Kreisen der Fachwelt als wertneutraler angesehen wird. (zit. nach: IGA Fakten 1. 2. Auflage September 2009)

treten bei beiden Geschlechtern bei den über 55jährigen auf. Männer weisen im Vergleich zu Frauen mehr als doppelt so viele Falltage aufgrund von Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen auf. Die Ursache wird in psychischen Erkrankungen aufgrund von psychotropen Substanzen, insbesondere Alkohol, gesehen. Somit sind insgesamt betrachtet sowohl jüngere als auch ältere Arbeitnehmer von psychischen Störungen betroffen.

Besonders verbreitet sind psychische Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Aber auch innerhalb von Branchen mit niedrigen Krankenständen (Banken und Versicherungen, Informationsdienstleistungen, Erziehungs- und Unterrichtswesen) haben sie einen steigenden Einfluss auf das Krankheitsgeschehen. Der Schwerpunkt von Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische Erkrankungen liegt im Dienstleistungsbereich.

Das Verordnungsvolumen von Medikamenten bei psychischen Erkrankungen hat entsprechend zugenommen. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. Allerdings bekommen Frauen zum Beispiel doppelt so häufig Antidepressiva verordnet wie Männer. Oftmals erhöhen sich mit dem Alter auch die Verordnungshäufigkeiten. Arbeitslose wiesen gegenüber Beschäftigten eine mehr als doppelt so hohe Verordnungsmenge auf.

Die Daten der Krankenkassen lassen sich auch durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bestätigen. Den psychischen Erkrankungen kommt nicht nur mit Blick auf das AU-Geschehen eine erhebliche Bedeutung zu, sondern auch bei den gesundheitsbedingten Frühberentungen. Psychische Erkrankungen stellen neben den Muskel-Skelett-Erkrankungen und Neubildungen den häufigsten Grund für eine Frühberentung dar. 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 Mitarbeitern 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 Mitarbeitern 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 Mitarbeiter 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 Mitarbeiter 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 Mitarbeiter 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 Mitarbeiters 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 begünstigt haben 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. Entscheidend 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 Umweltanforderungen 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 & Riederer 2003).

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

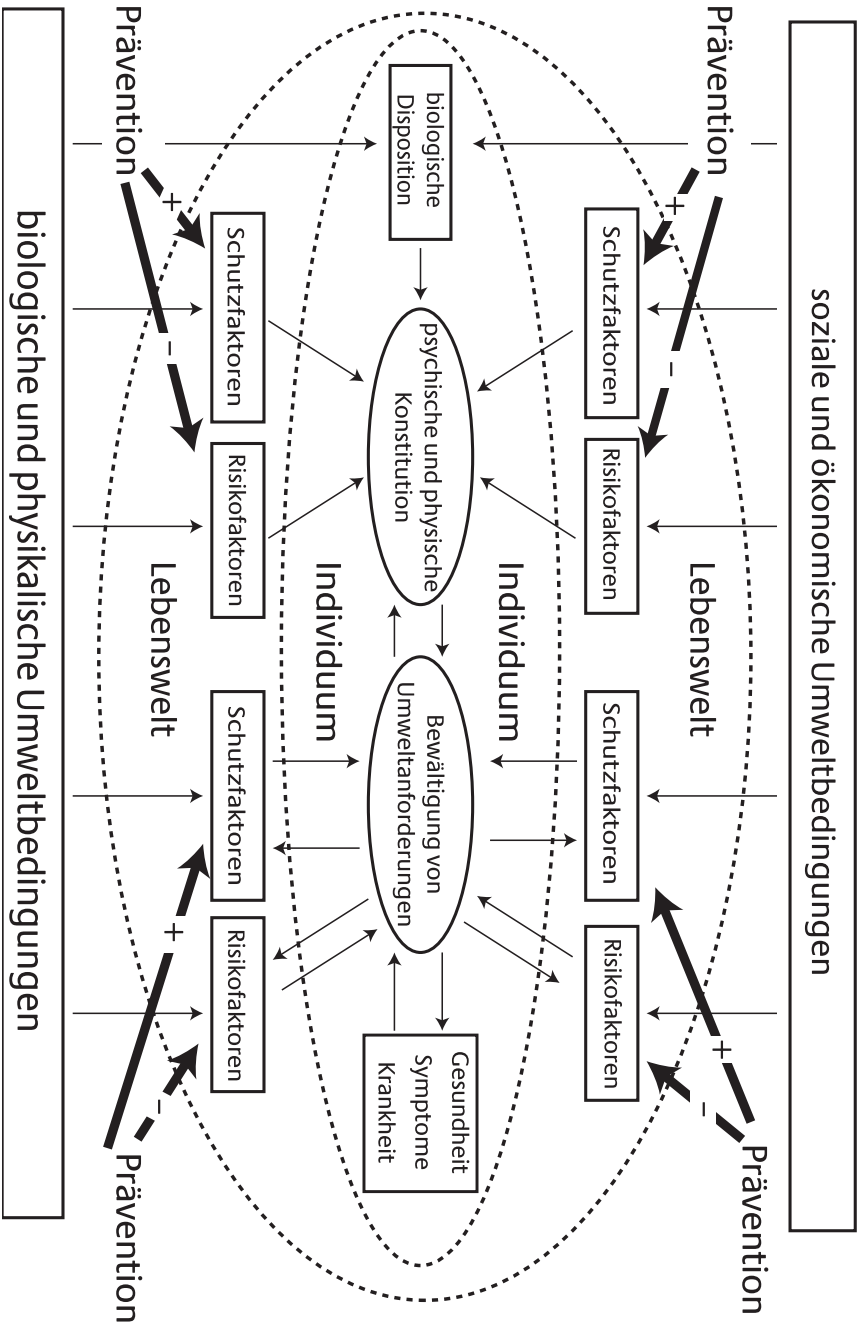


Abb. 1 aus: Kilian R, Becker, T (2006)

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 Mitarbeiter 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 durch technologischen Fortschritt, durch Globalisierung und damit einhergehende raum-zeitliche Flexibilisierung geprägt. Neue Technologien haben einerseits zu Arbeitserleichterungen, andererseits zu Arbeitsverdichtung und -intensivierung mit negativen Folgen für die Gesundheit geführt (Bamberg, Ducki, Metz 2011). Der Wert einmal erworbener Qualifikationen relativiert sich durch diesen Wandel; Beschäftigte sind zunehmend mit der Notwendigkeit lebenslangen Lernens konfrontiert. Hinsichtlich der Flexibilisierung lassen sich verschiedene Entwicklungen aufzeigen, die die Gestaltung der Arbeitsverhältnisse, die Organisation der Arbeit und die Gestaltung von Arbeitsaufgaben betreffen und unterschiedliche Folgen für die Gesundheit haben können.

Heute arbeiten mit steigender Tendenz ca. ein Viertel aller Erwerbstätigen in **atypischen Beschäftigungsverhältnissen**, die sich vom sogenannten Normalarbeitsverhältnis² durch befristete Arbeitsverträge, niedrigeres Einkommen, geringere Arbeitszeiten und eingeschränkte Arbeitnehmerschutzrechte unterscheiden (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 7). Viele davon sind prekäre³ Beschäftigungsverhältnisse, die nicht geeignet sind, auf Dauer den Lebensunterhalt einer Person sicherzustellen und/oder deren soziale Sicherung zu gewährleisten (ebd. S. 5). Diese Situation kann auch für die Stammbesellschaften eine erhebliche Verunsicherung bedeuten. Fünf Prozent der Erwerbstätigen sind heute gezwungen, neben der Haupttätigkeit noch einer weiteren Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Befristete und damit häufiger wechselnde Arbeitstätigkeiten verändern das Belastungsspektrum innerhalb der Berufsbiografie. Einerseits können Dauerexpositionen vermieden oder reduziert und neue zeitliche Kompensationsformen entwickelt werden. Andererseits können Belastungen in neuer Art additiv zusammenwirken, wenn z. B. Erwerbstätige in Entleihunternehmen zwar in wechselnden Firmen, aber dort immer in besonders stark belasteten Arbeitsbereichen eingesetzt werden (Ducki & Busch, 2010). Besondere Belastungen ergeben sich für prekär Beschäftigte durch die existenzielle Unsicherheit, den ständigen Wechsel des Arbeitsorts und der damit verbundenen immer neuen dinglichen und sozialen Arbeitssituationen. Befristet beschäftigte Arbeitnehmer müssen sich in kurzer Zeit an neue örtliche Bedingungen und spezifische Arbeitsverfahren gewöhnen, was ein Grund für das höhere Unfallrisiko von Leiharbeitnehmern sein kann (Splittgerber, 2009).

Über 2/3 aller deutschen Unternehmen haben **flexible Arbeitszeitmodelle**. Knapp 60% aller Erwerbstätigen geben an, mehr als 40 Stunden pro Woche arbeiten, knapp 5% arbeiten mehr als 60 Stunden pro Woche. 26% arbeiten am Samstag, 13% an Sonn- bzw. Feiertagen (BauA, 2010). Etwa jeder Fünfte hat zumindest manchmal Nachtdienst. Ein ähnlicher Anteil leistet Bereitschaftsdienst (Beermann, Brennscheidt, Siefer, 2008). Flexible Arbeitsformen ermöglichen aber auch Auszeiten wie Sabbaticals, Qualifizierungsphasen können in Beschäftigungsphasen integriert

2 Normalarbeitsverhältnisse sind gekennzeichnet durch eine Vollzeitätigkeit oder eine Teilzeitätigkeit mit mindestens der Hälfte der üblichen vollen Wochenarbeitszeit, ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis, die Integration in die sozialen Sicherungssysteme, die Identität von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis. Unter atypischer Beschäftigung werden alle abhängigen Beschäftigungsverhältnisse verstanden, die eines oder mehrere der folgenden Merkmale aufweisen: Befristung, Teilzeitbeschäftigung mit 20 oder weniger Stunden, Zeitarbeitsverhältnis, geringfügige Beschäftigung unter 400€/Monat (Statistisches Bundesamt, 2009, S.5)..

3 precare - widerruflich, unsicher, auf Bitten gewährt

werden, unterschiedliche arbeitszeitliche Wiedereinstiegsoptionen z. B. nach längerer Krankheit oder einer Familienpause sind möglich. Arbeitszeitliche Flexibilisierung kann je nach Ausgestaltung negative oder positive Effekte für die Gesundheit haben. Während überlange Arbeitszeiten, Schichtarbeit und fehlende Planbarkeit von Arbeitszeiten mit negativen Folgen verbunden sind, sind individuell bestimmbare flexible Arbeitszeiten der psychosozialen Gesundheit zuträglich (Hielscher 2000; Klumb & Gemmiti, 2011).

Ein weiterer Flexibilisierungsaspekt ist die zunehmende **räumliche Mobilität**. Mobilitätsformen wie z. B. tägliche Geschäftsreisen, das wöchentliche Pendeln zum Arbeitsort, Entsendungen über längere Zeit haben in nahezu allen Bildungs- und Sozialschichten deutlich zugenommen (Widmer & Schneider, 2006). 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, 2010).

Auf der Ebene der konkreten **Arbeitsaufgaben** hat vor allem die Kommunikationstechnologie zu einer starken Fragmentierung der Arbeitsvollzüge und zur Informationsüberlastung geführt. **Arbeitsunterbrechungen und Multitasking** haben deutlich zugenommen (Beermann, Brennscheidt, Siefer, 2008; Mark Gonzalez, Harris, 2005). In der repräsentativen BIBB/IAB-Erwerbstätigenbefragung 2006 geben 59% der Erwerbstätigen an, verschiedene Aufgaben gleichzeitig erledigen zu müssen – im Jahr 1999 waren es 42%. Über Arbeitsunterbrechungen klagen 46% der Befragten, 1999 waren es 34%. Baethge & Rigotti (2010) zeigen in einem Forschungsüberblick, dass Arbeitsunterbrechungen und Multitasking als Stressoren einen substantiellen Beitrag zur Erklärung des psychosozialen Wohlbefindens von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern leisten. Gehäufte Arbeitsunterbrechungen gehen einher mit negativen Gefühlen wie Kontrollverlust, höherer Depressivität, höherer Erschöpfung, erhöhten psychosomatischen Beschwerden und eingeschränkter Schlafqualität (ebd.). Längsschnittstudien belegen einen Ursache-Wirkungszusammenhang (Leitner et al., 1993). 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. Die Unfähigkeit abzuschalten steht mit einem gestörtem Wohlbefinden, gestörtem Schlaf und mit einer eingeschränkten

nächtlichen Rückstellung der kardiovaskulären Aktivität sowie einem erhöhtem Risiko für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-erkrankungen in Beziehung (Rau, 2011).

Einflussfaktoren auf die Wirkung von Unterbrechungen sind organisationale Rahmenbedingungen, personale Faktoren (wie z. B. Polychronizität, Geübtheit oder die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses), 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, soziale Unterstützung (Baethge & Rigotti, 2010). In Laborstudien wurde gezeigt, dass Arbeitsunterbrechungen auch zu positiven Kompensationen führen können (konzentrierter und schneller arbeiten) (Mark et al., 2008). Positive Effekte von Arbeitsunterbrechungen werden für einfache monotone Arbeitsaufgaben genannt, da sie die erlebte Langeweile reduzieren (Fischer, 1998).

Atypische Beschäftigungsformen, die zeitliche Flexibilisierung, die zunehmende Unabhängigkeit vom Arbeitsort und selbst Unterbrechungen und Multitasking können auch gesundheitsförderliche Potentiale beinhalten: die freiere Wahl des Arbeitsortes ermöglicht es, unterschiedliche Lebensinteressen besser zu kombinieren und aufeinander abzustimmen. Zeitliche und örtliche Flexibilität ermöglicht beispielsweise, dass gemeinsame familiäre Essenszeiten mit Kindern wahrgenommen werden können. Zeitliche Befristungen von Arbeitsverhältnissen befristen auch die mit der Tätigkeit verbundenen Belastungen. Unterbrechungen und Multitasking können Arbeit in begrenztem Maße abwechslungsreicher machen. Ob sich solche gesundheitsförderliche Potentiale entfalten können, ist von der konkreten Ausgestaltung der Kontextbedingungen abhängig. Aus diesem Grunde kommt einer humanen und gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen eine zentrale Bedeutung zu.

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. 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. 2. Das Job Demand Control Modell ermöglicht eine Vorhersage eingeschränkter seelischer Gesundheit aus der Wechselwirkung erlebter Höhe der Anforderungen, eingeschränkter 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 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.⁴

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 Mitarbeiter. **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.

4 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. 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 Mitarbeiter mit arbeitsplatzbezogenen gesundheitlichen Beschwerden – ein häufiger Anlass von Wunschvorsorge –, den Weg in die Sprechstunde des Betriebsarztes, nehmen andere arbeitsmedizinischen Vorsorgetermine wahr oder werden im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 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)
- Die 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 Mitarbeiters.“ (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 (BAuA Toolbox 2010). 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.“ (Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt, DGUV 2010).⁵

5 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 Mitarbeitern 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 weiter gegeben. Sie sind in 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 Mitarbeiter zeitnah über die Ergebnisse informiert werden.

Der regelhafte Einsatz einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung unter Einbeziehung der Mitarbeiter 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 MitarbeiterInnen 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 Mitarbeiter tun, was der Betrieb?

SOFT-Analyse:

Die SOFT-Analyse ist eine aus dem englischen Sprachraum stammende Methode. Sie wird in verschiedenen Veröffentlichungen dargestellt⁶, 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.

⁶ 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 PINwand 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) 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 Informationschriften 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 (<http://lasi.osha.de/docs/lv52.pdf>, S. 25).

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“ (Praxishilfe!; Leitfaden; Handlungsempfehlungen und Produkte zum Thema).

6.3 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen auf Antrag Leistungen zur medizinischen 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/0_Home/home_node.html> 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 (2014) 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 allgemeinem 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 und § 20b 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 2014, S. 63).
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 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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 Mitarbeiter sensibilisiert und bei der Entwicklung eines mitarbeiterorientierten und gesundheitsgerechten Führungsstiles unterstützt werden. Dadurch sollen psychische Fehlbelastungen auf Seiten der Mitarbeiter 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 Mitarbeitern darstellt“ (Leitfaden Prävention 2014, S. 89).

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 Mitarbeiter, 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.xsl/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 Mitarbeiter 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 ebnet. 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 Umgehens mit Konflikten zu etablieren (Konfliktkultur) ist dies einerseits ein Signal für den achtsamen Umgang miteinander, andererseits eine Erlaubnis für

MitarbeiterInnen 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 betriebspezifisch festgelegt sein und den Betriebsarzt einbeziehen. 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 (Praxishilfe 2; Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung).

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 Mitarbeitern 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). 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 Mitarbeitern 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 Mitarbeiter, Mitarbeiter 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 Mitarbeiter/-innen 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 Selbsteinschätzung 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 Mitarbeiter. 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 (*Kursivdruck*). Die übrigen Ansätze – Führung und Entwicklung der Arbeitsbeziehungen - unterliegen der personalpolitischen Gestaltung und komplexen betrieblichen Entscheidungsprozessen:

Präventionsansatz	Realisiert / gefördert durch
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 (2010). *Fehlzeiten-Report 2010: Wettbewerbsvorteil Vielfalt.* Pressemitteilung. Berlin, 08.07.2010. Verfügbar unter: http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2010/index_04292.html
- Badura, B. et al. (2008): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg.* Berlin.
- Baethge, A. & Rigotti, T. (2010). *Arbeitsunterbrechungen und Multitasking.* Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.M. (in press/2011). *Handlungsbedingungen von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement.* In: E. Bamberg, A. Ducki und A.M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt.* (S.93-105). Göttingen: Hogrefe.
- 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 GEK (Hrsg.) (2010): *BARMER GEK Gesundheitsreport 2010. Teil 1 Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern.*
- 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.* Beer-
mann,
- BAuA (Hrsg) *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen.* 1. Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag 2014.
- B., Brenscheidt, F. & Siefer, A. (2008). In: B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2007* (S. 69-81). Heidelberg: Springer.

- BKK Dachverband (Hrsg.) (2015): BKK Gesundheitsreport 2015. Langzeiterkrankungen. Berlin
<http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport>
- BKK-Bundesverband (Hrsg.) (2010): BKK Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998), Ziel- findung und Zielklärung – ein Leitfaden – Materialien zur Qualitätssicherung, QS 21.
- DAK - Deutsche Angestellten Krankenkasse (2010). Gesundheitsreport 2010. DAK Zentrale. Hamburg.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Ursachen von Frühberentungen, Be- richtsjahr 2014. Berlin, Link: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_stat_rente&chmenu=ispvwNav EntriesByHierarchy321](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_stat_rente&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy321)
- DGSv. Deutsche Gesellschaft für Supervision (Hrsg.) (2010), Kernkompetenz: Super- vision. Ausgewählte Formate der Beratung in der Arbeitswelt.
- DGUV: Arbeiten: entspannt, gemeinsam, besser. So geht's mit Ideen-Treffen. Berlin 2010. Auch: www.dguv.de
- Ducki, A. & Busch. C. (2010). Gesundheitsförderung bei Menschen in prekären Be- schäftigungsverhältnissen · In: G+G Wissenschaft, Jg. 10, Heft 2, 22–30.
- Ducki, A. (2010). Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit. Überall dabei – Nir- gendwo daheim. In: B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.). Fehlzei- ten-Report 2009. Heidelberg: Springer. S. 61-70. ISBN: 978-3-642-01077-4
- Egle UT, Hoffmann SO, & Steffens M (1997) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwach- senenalter. *Nervenarzt*, 68: 683-695.
- Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabili- tation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen, Broschüre. Verfügbar unter: 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 sci- ence and practice of prevention, In: J Rappaport & E Seidman (Hrsg.), *Handbook of community psychology*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, Boston, Dodrecht, 9-42.
- Fischer, C.D. (1998). Effects of external and internal interruptions on bordeom at work. Two studies. *Journal of Organizational Behaviour*. 19, 503-522.
- Gaebel W (2003) Äthiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie, In: H-J Möller, G Laux, & H-P Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie & Psy- chotherapie*, 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 26-48.

- GDA-Portal (2008), Dokumente, Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. online [15.04.2011].
- GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21.06.2000 in der Fassung vom 10.12.2014. Berlin, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
- 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
- Haubl, R., G. G. Voß (Hg.), Riskante 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
- IGES Institut GmbH (beauftragt von der DAK) (2010): DAK-Gesundheitsreport 2010. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt Schlafstörungen.
- 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/>
- Karasek, R.; Theorell, T. (1992): *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York.
- Kessler, R. C. (1997): The effect of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology* 48, 191-214.
- 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.
- Leitner, K. (1993). Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. In Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 47: 98-108.
- Lesch, K. P. (2003) Gene-environment interaction and the genetics of depression. J Psychiatry Neuroscience, 29: 174-184.
- 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
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und GKV-Spitzenverband (2015). Präventionsbericht 2015. Berlin, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp
- Nieder, P. (2005). Anpacken wo der Schuh drückt. Das Instrument Arbeitssituationsanalyse, Organisationsentwicklung 4/05, S. 54-61
- Praxishilfe 1: Gesundheit mit System. Printversion und Internet, Einrichtung eines Gesundheitsmanagementsystems mit Stressmodulen, VBG
- Praxishilfe 2: 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.

- Rau, R. (2011). Zur Wechselwirkung von Arbeit, Beanspruchung und Erholung. In: E. Bamberg, A. Ducki, A. M. Metz (Hrsg.). Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen: Hogrefe. S. 81-106.
- Richter, G., Friesenbichler, H., Vanis, M., Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz Teil 4: Psychische Belastungen Checklisten für den Einstieg; Bochum 2006
- 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.
- Splittgerber, B (2009). Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Zeitarbeit Erfahrungen, Ansatzpunkte und Schwierigkeiten. http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaahvjk
Letzter Zugriff: 19.2.2010
- Statistisches Bundesamt (2009). Niedrigeinkommen und Erwerbstätigkeit. Gruppe ID, Pressestelle, in Zusammenarbeit mit den Gruppen III D Arbeitsmarkt und D Verdienste und Arbeitskosten . Wiesbaden.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2010): Gesundheitsreport 2010. Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000 bis 2009.
- 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.
- Widmer E, Schneider NF (2006) (eds) State-of-the-Art of Mobility Research. A Literature Analysis for Eight Countries Job Mobilities Working Paper No. 2006-01 <http://www.jobmob-and-famlives.eu/links.html> (Zugriff 4. Juli 2009)
- World Health Organization (2004) Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options World Health Organization, Geneva.

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: Dezember 2016

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
Fax: 030 221 911 017
Gebärdentelefon: 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.