

Aus dem Bereich  
Klinische Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes,  
Homburg / Saar

**Entwicklung und Evaluation eines  
Präventionsprogramms  
„Psychische Störungen in der Arbeitswelt“**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der

Medizinischen Fakultät der

UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2013

vorgelegt von

Anja Kern-Merloni

geb. am: 28.08.1966 in Homburg

# Inhaltsverzeichnis

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>Zusammenfassung</b>   | <b>6</b>  |
|            | <b>Abstract</b>  | <b>9</b>  |
| <b>2</b>   | <b>Einführung und Zielsetzung</b>  | <b>12</b> |
| <b>3</b>   | <b>Theoretische Grundlagen</b>   | <b>16</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Psychische Störungen</b>  | <b>16</b> |
| 3.1.1      | Definition   | 16        |
| 3.1.2      | Epidemiologie, Prävalenz und Auswirkungen  | 19        |
| 3.1.3      | Ätiologie  | 20        |
| 3.1.4      | Diagnostik und Akzeptanz   | 22        |
| 3.1.4.1    | Problematik der Diagnostik, Komorbidität, Stigmatisierung und<br>Diskriminierung psychischer Störungen                                   | 22        |
| 3.1.5      | Interventionsmöglichkeiten   | 23        |
| 3.1.5.1    | medikamentöse Therapie und Psychotherapie  | 23        |
| 3.1.5.2    | Prävention und Gesundheitsförderung  | 24        |
| <b>3.2</b> | <b>Auswirkungen psychischer Beanspruchungen und Störungen auf<br/>die Beschäftigungsfähigkeit , Leistungsfähigkeit und -bereitschaft</b> | <b>25</b> |
| 3.2.1      | Absentismus  | 25        |
| 3.2.2      | Präsentismus   | 26        |
| 3.2.3      | Krankenstand   | 26        |
| 3.2.4      | Frühinvalidität  | 27        |
| 3.2.5      | Engagement   | 27        |
| <b>3.3</b> | <b>Gesundheit und Arbeit</b>   | <b>28</b> |
| 3.3.1      | Definition Gesundheit  | 28        |
| 3.3.2      | Definition Psychosoziale Gesundheit  | 28        |
| 3.3.3      | Salutogenese-Konzept   | 29        |
| 3.3.3.1    | Sense of Coherence (SOC)   | 30        |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 3.3.4      | Definition von Arbeit   | 32        |
| 3.3.4.1    | Verhältnis- und Verhaltensprävention  | 33        |
| 3.3.4.2    | Belastungs- Beanspruchungskonzept   | 34        |
| 3.3.4.3    | Belastungen in der „Neuen“ Arbeitswelt  | 34        |
| <b>3.4</b> | <b>Arbeit, Stress und dessen Folgen</b>   | <b>35</b> |
| 3.4.1      | Definition (arbeitsbedingter) Stress  | 35        |
| 3.4.2      | Stress und Stressoren   | 35        |
| 3.4.3      | Stress- bzw. Beanspruchungsfolgen   | 36        |
| 3.4.3.1    | Arbeitsstressmodelle  | 38        |
| 3.4.3.1.1  | Demand - control – model  | 38        |
| 3.4.3.1.2  | Effort-reward-imbalance model (ERI –Modell)   | 38        |
| <b>3.5</b> | <b>Aufgaben der Arbeitsmedizin</b>  | <b>39</b> |
| 3.5.1      | Rechtliche Grundlagen - von der „klassischen“ Arbeitsmedizin zur betrieblichen Gesundheitsförderung | 39        |
| 3.5.2      | Wandel, Aufgaben und Perspektive der Arbeitsmedizin in der „Neuen“ Arbeitswelt                      | 42        |
| <b>4</b>   | <b>Fragestellungen und Hypothesen</b>   | <b>46</b> |
| <b>5</b>   | <b>Material und Methoden</b>  | <b>48</b> |
| <b>5.1</b> | <b>Untersuchungskonzept</b>   | <b>48</b> |
| 5.1.1      | Studiendesign   | 48        |
| 5.1.2      | Studienablauf und Stichprobenbeschreibungen   | 49        |
| 5.1.2.1    | Führungskräftebefragung und Seminar „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“                  | 52        |
| 5.1.2.2    | Betriebliche Informationskampagnen  | 53        |
| 5.1.2.3    | Mitarbeiterbefragung Gesamtbelegschaft  | 53        |
| <b>5.2</b> | <b>Erhebungsinstrumente</b>   | <b>55</b> |
| 5.2.1      | Fragebogen Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP-K)          | 55        |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 5.2.2      | Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)                                       | 57        |
| 5.2.3      | Sense of Coherence Scale (SOC-Skala) –<br>Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)                     | 59        |
| 5.2.4      | Fragebogen Evaluation zum Schulungstag<br>“Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb”   | 60        |
| <b>5.3</b> | <b>Statistische Auswertung</b>   | <b>61</b> |
| <br>       |  |           |
| <b>6</b>   | <b>Ergebnisse</b>  | <b>63</b> |
| <b>6.1</b> | <b>Soziodemografische Daten Gesamtkollektiv Mitarbeiterbefragung</b>                       | <b>63</b> |
| <b>6.2</b> | <b>Psychische Beanspruchung</b>  | <b>64</b> |
| 6.2.1      | Depressivität  | 64        |
| 6.2.2      | Depressive Syndrome und Panik  | 67        |
| <b>6.3</b> | <b>Kohärenzgefühl</b>  | <b>71</b> |
| 6.3.1      | Kohärenzgefühl in den Altersklassen  | 71        |
| 6.3.2      | Kohärenzgefühl bei deutschen und französischen Mitarbeitern                                | 72        |
| 6.3.3      | Kohärenzgefühl bei Schichtarbeitern und Nichtschichtarbeitern                              | 72        |
| <b>6.4</b> | <b>Einstellung zur Psychotherapie</b>  | <b>72</b> |
| 6.4.1      | Positive Einstellung zur Psychotherapie und Stigmatisierungsangst<br>in den Stichproben    | 73        |
| 6.4.2      | Zusammenhänge zwischen Einstellung zur Psychotherapie und Alter                            | 75        |
| 6.4.3      | Zusammenhänge zwischen Einstellung zur Psychotherapie, Depressivität<br>und Kohärenzgefühl | 77        |
| <b>6.5</b> | <b>Evaluation des Seminars „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“</b>              | <b>78</b> |
| 6.5.1      | Evaluation des Seminars  | 78        |
| 6.5.2      | Vergleich Einstellung zur Psychotherapie von Führungskräften vor<br>und nach dem Seminar   | 80        |
| <br>       |  |           |
| <b>7</b>   | <b>Diskussion</b>  | <b>81</b> |
| 7.1        | Vorbemerkungen   | 81        |
| 7.2        | Diskussion der Ergebnisse  | 81        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 7.3      | Limitationen der Studie                         | 91         |
| 7.4      | Würdigung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen | 93         |
| <b>8</b> | <b>Literaturverzeichnis</b>                     | <b>96</b>  |
| <b>9</b> | <b>Anhang</b>                                   | <b>110</b> |
| 9.1      | Fragebögen                                      | 110        |
| 9.2      | Programm Führungskräfteseminar                  | 121        |
| 9.3      | Veröffentlichungen                              | 123        |
| 9.4      | Widmung und Dank                                | 124        |
| 9.5      | Lebenslauf                                      | 125        |

# 1 Zusammenfassung

**Hintergrund:** Der Strukturwandel in Gesellschaft und Arbeitswelt stellt Arbeitsmediziner und Betriebe vor neue Herausforderungen und Perspektiven. Statistiken der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung belegen, dass Beschäftigte zunehmend an psychischen Störungen leiden. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund dieser Diagnosen haben sich in den letzten 20 Jahren nahezu verdoppelt und die Fallzahlen für frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nehmen kontinuierlich stark zu. Diese Situation hat neben gesundheitlichen auch negativ leistungsassoziierte Auswirkungen auf die Betroffenen und damit erhebliche Auswirkungen auf die Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen. Da psychosoziale Belastungen der globalisierten und marktorientierten Arbeitswelt als (mit-)ursächliche oder zumindest manifestationsfördernde Faktoren für die Entstehung psychischer Störungen angesehen werden können, müssen die Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit, auch angesichts der demografischen Situation mit längerer Lebensarbeitszeit und zu erwartendem Fachkräftemangel, einen sehr hohen Stellenwert im betrieblichen Kontext einnehmen. Die Betriebsärzte nehmen dabei eine Schlüsselposition ein. Mit ihrer Expertise sind sie am besten mit den möglichen Gesundheitsrisiken und der Gesundheit der Mitarbeiter vertraut und können die Unternehmen kompetent und umfassend ärztlich beraten um psychische Beanspruchungen zu vermeiden, zu thematisieren, zu identifizieren und zu bewältigen. Im Rahmen einer Kooperation zwischen einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik, werksärztlich tätigen Arbeitsmedizinern und einem Industriebetrieb zur Beratung und Früherkennung von psychischen Störungen und frühzeitigen Therapieeinleitung wurde die vorliegende Pilotstudie durchgeführt.

**Methodik:** Neben betrieblichen Aufklärungs- und Informationsaktionen bezüglich psychischer Störungen wurden die Führungskräfte des Betriebs in Seminaren mit der Thematik „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ geschult. Vor Seminarbeginn wurde die Einstellung der Führungskräfte zur Psychotherapie befragt. An dieser Befragung nahmen 77 von 79 an den Seminaren teilnehmenden Führungskräften teil. Die Gesamtbelegschaft wurde im Rahmen einer anonymen Mitarbeiterbefragung nach Ablauf der Führungskräftebildungen mit einem Fragebogenkatalog befragt. Mit der Kurzversion des PHQ-D wurde die psychische Beanspruchung der Mitarbeiter, mit dem SOC-L9 wurden der Kohärenzsinn (SOC–sense of coherence) und damit die Ressourcen und mit einer Kurzversion des von Schmid-Ott entwickelten FEP (Fragebogen Einstellungen gegenüber der

Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe) die Einstellung zur Psychotherapie im Industriebetrieb erfasst. An dieser Befragung beteiligten sich 198 von 1410 Mitarbeitern. Davon waren 79,3% männlich, 14,6% weiblich, die am häufigsten vertretene Altersgruppe (37,9 %) war zwischen 50-59 Jahre alt, 57,1% waren deutscher und 33,3% französischer Nationalität, 36,9 % der Mitarbeiter waren in Schichtarbeit beschäftigt, 55,5% waren nicht in Schichtarbeit beschäftigt.

**Ergebnisse:** Die Mitarbeiter eines Industriebetriebes waren signifikant mehr ( $p < 0,001$ \*\*\*) von Depressivität betroffen als die Normalbevölkerung. Im Vergleich zur Normalbevölkerung zeigte die Gesamtbelegschaft häufiger eine Major Depressionen ( $p^*$ ,  $\chi^2=10,4$ ). Die psychische Beanspruchung der Schichtarbeiter war höher als die ihrer nicht in Schichtarbeit beschäftigten Kollegen ( $p=0,009$ \*\*). Die Häufigkeitsverteilung bezüglich des Merkmals depressives Syndrom unterschied sich bei den Schichtarbeitern signifikant von der der Nichtschichtarbeiter ( $p^*$ ,  $\chi^2=14,17$ ). Depressivität war gering positiv mit dem Alter korreliert ( $r=0,180$ ,  $p=0,008$ \*\*). Es konnten negative Zusammenhänge zwischen Depressivität und dem SOC gezeigt werden ( $r=-0,763$ ,  $p=0,000$ \*\*\*). Das Kohärenzgefühl der untersuchten Belegschaft unterschied sich nicht von dem der Normalbevölkerung. Es zeigte sich, dass mit der Depressivität die Angst, bei Inanspruchnahme von Psychotherapie stigmatisiert zu werden anstieg ( $p=0,000$ \*\*\*). Die Einstellung zur Psychotherapie lag in der Gesamtbelegschaft über dem Skalenmittelwert (Faktor positive Einstellung Mittelwert 3,15 (Range 1-4), Faktor Akzeptanz Mittelwert 2,3 (Range 1-4). Führungskräfte waren positiver eingestellt als ihre Mitarbeiter ( $p=0,002$ \*\*), Schichtarbeiter waren weniger positiv eingestellt als ihre nicht in Schichtarbeit beschäftigten Kollegen ( $p=0,000$ \*\*\*). Französische Mitarbeiter waren tendenziell weniger positiv zur Psychotherapie eingestellt ( $p=0,095$ ) und hatten mehr Stigmatisierungsfurcht ( $p=0,018^*$ ). Diese stieg mit dem Alter ( $p=0,008$ \*\*). Die Führungskräfte schulung „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ wurde sehr positiv bewertet.

**Schlussfolgerung:** Die vorliegende Studie rechtfertigt eine intensiviertere Berücksichtigung und Erfassung der psychischen Belastung und Beanspruchung in der Arbeitswelt unter Beachtung der Einstellung zur Psychotherapie und der Ressourcen, besonders als Bestandteil der betriebsärztlichen Tätigkeit. Als besonderes Problem zeigte sich, dass gerade diejenigen, die von einer psychotherapeutischen Intervention profitieren könnten, befürchten, hierdurch stigmatisiert zu werden. Schichtarbeiter erwiesen sich als Risikogruppe für das Auftreten

psychischer Störungen. Programme theoriebasierter Prävention im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Führungskräftebildungen und zur Förderung der Therapiemotivation sollten auf struktureller und auf interpersoneller Ebene sowohl auf- und ausgebaut als auch umgesetzt und evaluiert werden. Es sollten dabei alters-, herkunfts- und arbeitsformbezogene Spezifika beachtet werden. Von besonderer Bedeutung für künftige Studien ist hierbei die Frage, ob es gelingen kann, die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch niedrigschwellige Behandlungsangebote gerade bei Industriearbeitern zu erhöhen und ob es hierdurch gelingt, Ausfallzeiten und vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu reduzieren.

## **Abstract**

### **Development and evaluation of a prevention programme**

#### **“Mental disorders in the workplace”**

**Background:** The structural change in society and the workplace present new challenges and perspectives to occupational physicians and companies. Statistics of the compulsory health insurance and statutory pension insurance prove that employees increasingly suffer from mental disorders. In the past 20 years the amount of time of sick leave due to those diagnoses has virtually doubled and the number of cases of premature retirement is increasing strongly and continuously. This situation affects the health of the people concerned and has negative consequences associated with achievement and therefore affects the company's productivity considerably. Since psychosocial stress in the globalised and market-oriented work environment can be considered to be the cause or at the least a factor that increases the manifestation of the development of mental disorders, prevention and improvement of mental health are of utmost importance given the demographic situation with prolonged life employment and the expected lack of qualified personnel. Occupational physicians play a key role in this. Due to their expertise they are most familiar with potential health risks and the employees' health and are therefore capable of giving competent advice to the companies and to consult them comprehensively to avoid mental stress, to address the issue, to identify it and cope with it. In the context of a co-operation between a psychosomatic rehabilitation clinic, occupational physicians and an industrial company, this pilot study was carried out so as to consult and detect at an early stage any mental disorders and to start early intervention.

**Methods:** Next to information campaigns concerning mental disorders, the company's management was trained in workshops with the topic “psychosocial health in an industrial company”. Before the workshop started, a survey of management was carried out concerning their attitudes to psychotherapy. 77 out of 79 members of management participated in this. All employees were interviewed by means of a questionnaire in the context of an anonymous employee survey after the management training. The employee's mental stress was recorded with the short version of the PHQ-D, with the SOC-L9 the sense of coherence (SOC - sense of coherence) and thus the resources, and the attitude towards psychotherapy in a manufacturing plant was documented with a short version of the FEP (Questionnaire to Assess Attitudes towards Psychotherapeutic Treatment), which was developed by Schmid-

Ott. 198 out of 1410 employees participated in this survey. 79,3% of those were male and 14,6% female, the most frequently represented age group (37,9%) ranged between 50-59 years, 57,1% were German and 33,3% were French, 36,9% of the employees were shift workers, 55,5% were non-shift workers.

**Results:** The employees of an industrial plant suffered significantly more ( $p < 0,001^{***}$ ) from depression than the general population. In comparison with the general population the total staff presented a Major Depression more frequently ( $p^*$ ,  $\chi^2=10,4$ ). The mental strain of the shift workers was greater than that of their non-shift working colleagues ( $p=0,009^{**}$ ). The frequency distribution concerning the criterion depressive syndrome differed significantly in shift workers compared with non-shift workers. ( $p^*$ ,  $\chi^2=14,17$ ). There was a minimally positive correlation between depression and age ( $r=0,180$ ,  $p=0,008^{**}$ ). A negative correlation could be shown to exist between depression and the SOC ( $r=0,763$ ,  $p=0,000^{***}$ ). The sense of coherence in the interviewed staff did not differ from that of the general population. It was shown that with depression there was an increase in anxiety of being stigmatised for using psychotherapy. The attitude towards psychotherapy in the total staff ranged above the average continuum of the scale (factor positive attitude average value 3,15 (Range 1-4), factor acceptance average value 2,3 (Range 1-4)). Management had a more positive attitude than their employees ( $p=0,002^{**}$ ), shift workers had a less positive attitude than their non-shift working colleagues ( $p=0,000^{***}$ ). There was a tendency in French employees to have a less positive attitude concerning psychotherapy ( $p=0,095$ ) and they had a greater anxiety of being stigmatised ( $p=0,018^*$ ). This increased with age ( $p=0,008^{**}$ ). The management training “psychosocial health in an industrial company” was rated very positively.

**Conclusion:** The study presented here justifies an intensified consideration and survey of the psychological strain that occurs in the working environment with regard to the attitude towards psychotherapy and the resources, particularly as an element of the work of occupational physicians. The fact that just those employees who could profit the most from a therapeutic intervention feared being stigmatised in doing so, presented itself as a special problem. Shift workers turned out to be a risk group with regard to the occurrence of mental disorders. Theory-based prevention schemes in the context of workplace health promotion with management workshops to boost the therapy motivation should be established and promoted as well as implemented and evaluated on a structural and an interpersonal level. Age, origin and the type of work-related specifications should be taken into consideration. For

future studies the question as to whether it is feasible to increase the acceptance of psychotherapy by offering low-threshold treatment, especially in industrial staff, and whether in so doing, a reduction of periods of sick leave and early retirement can be achieved, is of particular relevance.

## 2 Einführung und Zielsetzung

Die Prävalenz und Morbidität durch psychische Störungen nimmt kontinuierlich zu. Im Rahmen des Strukturwandels in Gesellschaft und Arbeitswelt sind die Erwerbstätigen veränderten Anforderungen und psychomentalen Belastungen und deren Auswirkungen auf Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Gesundheit ausgesetzt. Da psychosoziale Belastungen der globalisierten, marktorientierten Arbeitswelt als (mit)-ursächliche oder zumindest manifestationsfördernde Faktoren für die Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen angesehen werden (Weber & Hörmann 2008) und die Produktivität der Unternehmen dadurch zunehmend negativ beeinflusst wird, ist diese Entwicklung für den Gesundheits- und Arbeitsschutz zunehmend relevant. Auch angesichts des steigenden Wettbewerbdruckes und des demografischen Wandels mit längerer Lebensarbeitszeit und zu erwartendem Fachkräftemangels kommt der Gesunderhaltung und der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter ein höherer Stellenwert zu, der eine Ergänzung und Erweiterung des Arbeitsschutzes bezüglich psychosozialer Prävention erfordert (Neuner & Peter 2008).

Aus der Erwerbstätigkeit ergeben sich neben Anforderungen auch Schutz- und Risikofaktoren. Menschengerecht gestaltete Arbeitstätigkeit kann einen wesentlichen Beitrag zur Lebenszufriedenheit leisten. Psychomental belastende Arbeitsbedingungen können jedoch verhindern in der Arbeit ein salutogenetisches Gegengewicht zu persönlichen und privaten Belastungen zu finden (Albrod 2008). Die salutogenetische, protektive Funktion von Arbeit, die der Aufrechterhaltung der seelischen Gesundheit dient, in dem sie den Einzelnen in eine sinnstiftende soziale Gemeinschaft einbindet, das Selbstbewusstsein stärkt und Erfolgserlebnisse vermittelt, rückt in der strukturgewandelten „Neuen“ Arbeitswelt jedoch immer weiter in den Hintergrund (Köllner 2008). Selbstwirksamkeitsgefühl, Selbstwertgefühl und Zugehörigkeitsgefühl als Aspekte positiver Selbsterfahrung, sowie Anerkennung und Wertschätzung werden immer mehr von den Beschäftigten vermisst. Dies hat Auswirkungen auf deren Wohlbefinden, Leistungsbereitschaft und Gesundheit. Studien belegen, dass sich immer mehr Erwerbstätige durch ihre berufliche Tätigkeit gesundheitlich beeinträchtigt und „negativem“ Stress ausgesetzt fühlen (Hasselhorn 2007, nach Daten der European Foundation for the Improvement of the Living and Working conditions, 2000 ) und die Mehrheit (88%) der Beschäftigten beurteilt ihre Arbeit als mittelmäßig bis schlecht, z.B. aufgrund von Arbeitsplatzunsicherheit, zu hoher Arbeitsintensität und emotionaler Überforderung (Albrod

2008, DGB 2007). Der Verlust an sozialer Unterstützung, Ressourcen, Sinnhaftigkeit und Kontrollüberzeugung sind zunehmend bedeutend als Ursache für psychomentele Belastungen (Oetting 2008). Untersuchungen von zahlreichen Forschungsgruppen belegen den Zusammenhang zwischen chronischen psychosozialen Belastungen und Krankheitsentstehung und definieren psychisch belastende Arbeit als Risikofaktor für die Gesundheit (Weber & Hörmann 2008, Siegrist 2009, Kivimäki et al. 2002, Johnson et al. 1989, Chandola et al. 2006, Kumari et al. 2004, Head et al. 2004). Potentieller Risikofaktor für psychische Störungen wird die berufliche Tätigkeit, wenn nicht ausreichend individuelle (interne) und betriebliche (externe) Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen zur Verfügung stehen. Im Industriebetrieb ist die überwiegende Mehrheit der Belegschaft in Schichtarbeit beschäftigt. Schichtarbeit ist durch zusätzliche Belastungsfaktoren geprägt. Dabei treten neben den physischen auch die psychischen Faktoren in den Vordergrund (Beermann 2010). Zahlreiche Studien belegen, dass Schichtarbeit negative Auswirkungen auf die Gesundheit auslösen kann (Struck et al. 2012). Neben gastrointestinalen Beschwerden, kardiovaskulären Erkrankungen und Schlafstörungen berichten diese Studien auch von sozialem Stress und psychischen Störungen (wie z. B. Angstzustände und Depression) durch Schichtarbeit (Rosenberg & Doghramji 2011, Jamal 2004, Jansen et al. 2004, Pisarski et al. 2002).

Neben den gesundheitlichen Auswirkungen für die Betroffenen haben psychische und psychosomatische Erkrankungen auch zunehmend bedeutende sozialmedizinische, volks- und betriebswirtschaftliche Folgen. Arbeitsunfähigkeitszeiten und -fälle wegen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen nehmen seit Jahren kontinuierlich entgegen dem insgesamt sinkenden Trend des Krankenstands zu und haben sich in den letzten 20 Jahren nahezu verdoppelt. Auch steigen die Fallzahlen für gesundheitsbedingte Frühberentungen aufgrund dieser Diagnosen drastisch an und stellen den häufigsten Grund für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben dar. Daneben entstehen auch durch Produktivitätsverlust aufgrund eingeschränkter Leistungsbereitschaft und -fähigkeit bereits Betroffener, aber trotz Therapiebedürftigkeit am Arbeitsplatz präseneter Beschäftigter (Präsentismus), noch zusätzliche erhebliche Folgekosten. Diese Kosten durch krankheitsbedingte Einschränkungen der Arbeitsproduktivität übersteigen die durch Absentismus. Auch wird als gesichert angenommen, dass das Verhalten, trotz einer Erkrankung zur Arbeit zu gehen, langfristig negative gesundheitliche Folgen für die Betroffenen haben kann (Steinke & Badura 2011). Im Hinblick auf die demografische Situation mit immer älter werdenden Belegschaften kommt

auch deshalb der Prävention, der Früherkennung und der Frühbehandlung physischer und psychischer Störungen eine wachsende Relevanz zu.

Dem Setting Arbeitsplatz kommt somit ein großes Potential für die Prävention psychischer Erkrankungen zu (Weber & Hörmann 2008). In den letzten Jahren wurden Konzepte zur Bewältigung arbeitsbedingter Störungen entwickelt, wobei hier insbesondere der Prävention und Früherkennung eine besondere Bedeutung zukommt (Limbacher & Wieland 2008). Die Betriebsärzte als Experten für Gesundheit im Betrieb und Berater von Unternehmen, Führungskräften und Beschäftigten haben hier eine Schlüsselposition. Neben der Erfassung sowohl individueller als auch betrieblicher psychischer Belastungsfaktoren und Beanspruchungen, sind die Förderung individueller psychosozialer und arbeits(organisations)bezogener betrieblicher Ressourcen Teil der betriebsärztlichen Beratung und Aufgabe im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Gesundheitsförderung und –erhaltung der Mitarbeiter stellt neben den Betriebsärzten auch alle anderen im Gesundheitsmanagement tätigen Akteure eines Unternehmens vor zunehmende Herausforderungen. Die Gesundheit der Beschäftigten als Ressource muss im Betrieb geschützt, gefördert und wieder entdeckt werden.

Neben einer umfassenden Verhältnis- und Verhaltensprävention unter Einbeziehung aller Beschäftigten (Führungskräfte und Mitarbeiter) zur Förderung von Gesundheitsressourcen kommt insbesondere der Früherkennung und der rechtzeitigen adäquaten Therapieeinleitung eine entscheidende Bedeutung zu, um Chronifizierung zu vermeiden und den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen (Bermejo et al. 2009, Hasselhorn & Nübling 2004). Die Evidenz von Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention wurde von verschiedenen Arbeitsgruppen untersucht und belegt (Sockoll et al. 2008, Siegrist 2005).

Obwohl Betriebe seit 1996 aufgrund des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) verpflichtet sind, neben den körperlichen auch die psychische Arbeitsbelastung am Arbeitsplatz im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung zu ermitteln und möglichst gering zu halten, werden psychosoziale Belastungen bislang nur defizitär berücksichtigt (Neuner & Peter 2008). Im betrieblichen Kontext werden psychische Erkrankungen sowohl von Vorgesetzten als auch von Betroffenen tendenziell noch tabuisiert, teils aus Furcht vor einer möglichen Stigmatisierung betroffener Beschäftigter und Verantwortlicher (Weinreich & Weigl 2011),

teils auch aus noch mangelndem Problembewusstsein. Die Förderung der Ressource „Mitarbeitergesundheit“ ist eine wichtige Führungsaufgabe und dient dem Erhalt und der Förderung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten und damit auch den Unternehmenszielen. Gesundheitsförderung wird aber noch zu wenig in der betrieblichen Realität als Aufgabe der Führungskräfte angesehen und mit Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsschutzakteure proaktiv umgesetzt. Der Stellenwert einer gesundheitsbewussten und mitarbeitergerechten Führung in Bezug auf günstige Beeinflussung von Motivation, Gesundheit und Anwesenheit ihrer Mitarbeiter ist erforscht (Stadler & Spiess 2005). Es gibt bisher jedoch nur wenige Daten dazu, wie sich in der Industrie Beschäftigte zur Psychotherapie motivieren lassen und wie ihre Einstellung zur Inanspruchnahme derselben ist. Limbacher & Wieland (2008) beschreiben, dass hinsichtlich der Früherkennung und der rechtzeitig vor einer Chronifizierung einsetzenden Vermittlung adäquater Therapie für Mitarbeiter mit psychischen Störungen noch Handlungsbedarf besteht.

Aufgrund der Komplexität der Thematik ist zur effektiven und nachhaltigen Gestaltung der betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie zur weiteren Erkennung und Erforschung der multikausalen Zusammenhänge, die zur Entstehung von arbeitsbedingten psychischen Beanspruchungen und deren Folgen führen, ein interdisziplinäres Vorgehen erforderlich. Ziel dieser Studie ist es, im Rahmen einer Kooperation zwischen Arbeitsmedizinern, einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik und einem Industriebetrieb neben psychischen Beanspruchungen der Mitarbeiter, die Einstellung der Belegschaft gegenüber Psychotherapie zu erfassen und Ressourcen, wie z. B. den von Antonovsky beschriebenen Kohärenzsinn (SOC), in einem Industriebetrieb zu identifizieren. Ein Präventionsprogramm, das neben der Datenerfassung und betrieblichen Aktionen zur Aufklärung und Information der Belegschaft auch Führungskräftebildungen beinhaltet bzw. berücksichtigt, soll entwickelt und evaluiert werden, um psychische und psychosoziale Belastungen und Erkrankungen in Unternehmen zu vermeiden, frühzeitig zu erkennen und zu thematisieren sowie rechtzeitig einer adäquaten Therapie zuzuführen.

## 3 Theoretische Grundlagen

### 3.1 Psychische Störungen

#### 3.1.1 Definition

Um psychische Störungen zu klassifizieren werden international zwei Systeme verwendet: die global anerkannte und auch in Deutschland rechtlich verbindliche ICD-10 (International Classification of diseases) in Kaptitel V (F-Diagnosen) und das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebene DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Beide Systeme klassifizieren psychische und Verhaltensstörungen nach der Beschreibung von Symptomen, Schweregraden und zeitlichen Verläufen und verzichten dabei auf die Einteilung nach ätiologischer Hypothese. Neben Angststörungen (Phobien, generalisierte Angst, Panikstörungen) werden affektive Störungen (Depression, Dysthymie, Manie, bipolare Störungen), psychosomatische Störungen, Substanzstörungen (Alkohol, Drogen), Essstörungen, Zwangsstörungen und psychotische Störungen klassifiziert. Die beiden Diagnosesysteme unterscheiden sich lediglich leicht in ihren Kriterien und in der Terminologie. Im ICD-10 werden die mit am häufigsten in der allgemein- und arbeitsmedizinischen Praxis auftretenden Formen der Depression beschrieben als depressive Episode (ICD-10: F32) und rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F 33), die jeweils nach den Schweregraden leicht, mittelschwer und schwer unterteilt sind. Bei zusätzlich auftretenden manischen Episoden wird eine bipolare affektive Störung (ICD-10: F31) klassifiziert. Als Dysthymie (ICD-10: F34.1) wird eine anhaltende affektive Störung mit chronischer, jahrelang bestehender depressiver Verstimmung, die milder im Vergleich zur depressiven Episode ausgeprägt ist, bezeichnet. Eine eindeutige depressive Reaktion auf ein belastendes oder herausragendes Ereignis kann als Anpassungsstörung (F43.2) klassifiziert werden, wenn sie nicht besser durch die Symptome einer depressiven Episode beschrieben werden kann (z.B. protrahierte Trauer, Trennungskonflikte). In Tabelle 1 sind die mit am häufigsten in der primärärztlichen und arbeitsmedizinischen Praxis vorkommenden Formen gegenüber gestellt. Einen Überblick und eine Gegenüberstellung der beiden Systeme bezüglich der Symptome und Kriterien der Depression zeigt Tabelle 2.

**Tabelle 1:** Einteilung der mit am häufigsten in der primärärztlichen und arbeitsmedizinischen Praxis auftretenden Formen von Depression nach ICD-10 und DSM-IV

| <b>ICD-10</b>  | <b>DSM-IV</b>  |
|--|--|
| <b>F32 Depressive Episode</b><br>F32.0 leicht<br>F32.1 mittelgradig<br>F32.2 schwer ohne psychotische Störung<br>F32.3 schwer mit psychotischer Störung<br>F32.9 depressive Episode nicht näher bezeichnet   | <b>296.2x Major Depression, einzelne Episode</b><br>296.21 leicht<br>296.22 mittelgradig<br>296.23 schwer ohne psychotische Störung<br>296.24 schwer mit psychotischer Störung<br>311 nicht näher bezeichnete depressive Störung |
| <b>F33 Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig:</b><br>F33.0 leicht<br>F33.1 mittelgradig<br>F33.2 schwer ohne psychotische Störung<br>F33.3 schwer mit psychotischer Störung<br>F33.9 rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet | <b>296.3x Major Depression, rezidivierend</b><br>296.31 leicht<br>296.32 mittelgradig<br>296.33 schwer ohne psychotische Störung<br>296.34 schwer mit psychotischer Störung<br>311 nicht näher bezeichnete depressive Störung    |
| <b>F34 anhaltende affektive Störung</b><br>F34.1 Dysthymia   | 300.4 Dysthyme Störung   |
| <b>F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</b><br>F 43.2 Anpassungsstörung  | 309.x Anpassungsstörungen  |

Die Begrifflichkeiten Depression als definierte psychische Störung und Depressivität als emotionale Reaktion müssen getrennt werden. Depressivität ist dimensional bezeichnet und wird z. B. im Rahmen von Screening-Fragebögen in ihrer Ausprägung erfasst, wie in dieser Studie mit dem PHQ-D in Kurzform. Für die kategoriale Diagnosestellung einer psychischen Störung, wie der Depression, sind eine Anamnese oder strukturierte diagnostische Interviews erforderlich, damit erfasst werden kann, ob Diagnosekriterien für das Vorliegen einer Erkrankung bzw. Störung vorliegen.

**Tabelle 2:** Symptome und Kriterien der Depression nach ICD-10 und DSM-IV

| ICD-10   | DSM-IV   |
|--|--|
| <b>Hauptsymptome</b>   |  |
| <p>Depressive, gedrückte Stimmung<br/>                     Freudlosigkeit und Interessenverlust<br/>                     erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebsmangel<br/> <b>andere häufige Symptome:</b><br/>                     Konzentrationsstörungen und Aufmerksamkeitsdefizite<br/>                     Reduziertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen<br/>                     Gefühl der Wertlosigkeit und Schuldgefühle<br/>                     Pessimistische und negative Zukunftsperspektiven<br/>                     Selbstverletzung, Suizidgedanken oder -handlungen<br/>                     Schlafstörungen<br/>                     Reduzierter Appetit<br/>                     Libidoverlust</p>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depressive Verstimmung fast ganztags</li> <li>2. Interessenverlust oder Freudlosigkeit fast ganztags</li> <li>3. veränderter Appetit, Gewichtsverlust oder -zunahme</li> <li>4. Schlafstörungen</li> <li>5. psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung</li> <li>6. Müdigkeit und verminderte Energie</li> <li>7. Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle</li> <li>8. verminderte Konzentrations- und Denkfähigkeit oder verminderte Entscheidungsfähigkeit</li> <li>9. rezidivierende Gedanken an den Tod, Suizidvorstellungen, Suizidversuch</li> </ol> |
| <b>Kriterien der Depression</b>  |  |
| <p><b>F32.0 Leichte depressive Episode:</b><br/>                     Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden</p> <p><b>F32.1 Mittelgradige depressive Episode:</b><br/>                     Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen</p> <p><b>F32.2 Schwere depressive Episode:</b><br/>                     Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor (nach DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) ICD-10-WHO Version 2011)</p> | <p><b>Major Depression 296.xx:</b><br/>                     Von den o.g. Symptomen (1-9) müssen mindestens 5 über eine Dauer von mindestens zwei Wochen andauert haben, darunter müssen auch die Symptome 1. und 2. sein</p> <p><b>Minor Depression 211:</b> die vollen Kriterien für eine Major Depression sind nicht erfüllt, es bestehen mindestens zwei Symptome über zwei Wochen. In DSM-IV als Beispiel nicht näher bezeichneter depressiver Störung angegeben</p>   |

### 3.1.2 Epidemiologie, Prävalenz und Auswirkungen

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische und Verhaltensstörungen der Diagnosegruppe F-ICD 10 /DSM-IV zu den am häufigsten auftretenden Krankheitsbildern und die zunehmende Prävalenz dieser Krankheitsbilder stellt für die Betroffenen und gesamtgesellschaftlich global eine immer bedeutendere Problematik dar (WHO 2001, Wittchen & Jacobi 2001). Mehr als 25 % der Weltbevölkerung, darunter mehr als ein Viertel der erwachsenen Europäer, entwickeln im Lebensverlauf mindestens eine psychische Erkrankung (Regier et al. 1988, Almeida-Filho et al. 1997, WHO 2001, Europäische Kommission 2005). Die Hälfte aller Deutschen wird nach Erkenntnissen des Bundes-Gesundheits-Surveys 1998/99 mindestens einmal im Leben an einer psychischen Gesundheitsstörung erkranken, ein Drittel wird aufgrund dessen mindestens einmal im Leben professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Weber & Hörmann 2007, Wittchen & Jacobi 2001). In der deutschen Erwerbsbevölkerung sind psychische Störungen mit einer Ein-Monats-Prävalenz von 21% bei Frauen und 14 % bei Männern wesentlich häufiger als allgemein angenommen wird (Siegrist & Dragano 2008).

Angststörungen (14,5%), affektive Störungen (11,9%), somatoforme Störungen (11,0%) und Schmerzstörungen (8,1%) sind auch in der 12-Monats-Prävalenz die häufigsten psychischen Erkrankungen bei deutschen Erwachsenen (Jacobi et al. 2004). In der EU-Bevölkerung beträgt die Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Erkrankungen in derselben Altersgruppe etwa 27%, dabei stellen Angst-, affektive und somatoforme Störungen und Suchtleiden die häufigsten Krankheitsbilder dar (Wittchen & Jacobi 2001). Depressive Störungen, die zu den affektiven Störungen zählen, sind mit einer Lebenszeitprävalenz bis zu 19% Prozent (Frauen 25%, Männer 12%) mit die häufigsten psychischen Störungen (Linden 2003, Kessler et al. 2005).

Die WHO zählt die unipolaren depressiven Störungen im World Health Report 2001 als mitführende Ursache für eine krankheitsbedingte Lebensbeeinträchtigung auf (1. Stelle YLD (Years lived with disability), 4. Rang DALYs (disability adjusted life years)). Sie geht in der Burden of Illness Study davon aus, dass Depressionen 2020 global den 2. Rang unter den Behinderungen verursachenden Erkrankungen einnehmen werden (Weber & Hörmann 2007). In der westlichen Welt beanspruchen sie bereits den drittgrößten Anteil der gesamten Krankheitslast (Lopez et al. 2006). Aufgrund ihrer negativen Auswirkungen auf

Lebensqualität, Leistungsfähigkeit, Krankenstand und Frühinvalidität (vorzeitige Berentungen) von Betroffenen sowie den damit verbundenen Produktivitätsverlust und der dadurch eingeschränkten Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen kommt somit insbesondere den depressiven Störungen in den markt- und gewinnorientierten Industrienationen eine zunehmende Bedeutung zu.

### **3.1.3 Ätiologie**

Psychische und Verhaltensstörungen der Diagnosegruppe F der ICD 10 sind komplexe, multifaktorielle Erkrankungen, deren Manifestation auf der Ebene der Neurobiologie, der Kognition, der Affekte sowie des motorischen und sozialen Verhaltens erfolgen können (Weber & Hörmann 2008). Es ist also nicht nur eine Bedingung für die Krankheitsentstehung verantwortlich, sondern mehrere Bedingungsfaktoren im Zusammenwirken. Diese Faktoren können im gesamten „biopsychosozialen Umfeld“ liegen. Es findet ein Wechselspiel statt zwischen individueller genetischer und neurobiologischer Veranlagung, Entwicklungsfaktoren und Lebensereignissen. Für einen Einfluss genetischer Faktoren spricht zum Beispiel, dass bei ca. 60% der an affektiven Störungen Erkrankten eine familiäre Häufung belegt werden kann (Bosshard et al. 2001) und, dass Verwandte ersten Grades von depressiv erkrankten Patienten ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko haben. Biologische Einflussfaktoren sind beispielsweise gestörte neurobiochemische Hirnstoffwechselprozesse (z. B. im System der Neurotransmitter Serotonin und Adrenalin). Auch somatische Erkrankungen (z. B. Hypothyreose, Herzinsuffizienz, Hirntraumata, -tumore und –durchblutungsstörungen, Vitaminmangelerkrankungen und Anämie (nach Köllner 2007)) können psychische Störungen wie Depressionen auslösen und komorbid auftreten.

Mögliche psychologische Bedingungsfaktoren gehen beispielsweise auf den kognitiven Ansatz zurück (Davison & Neale 2002). Nach kognitiven Theorien sind negative Erfahrungen, Verluste, sozialisationsbedingte Vorgaben und Nichtkontrolle potentielle Auslöser von depressiven Störungen auf der Basis negativ geprägter Denkschemata (Dörner et al. 2002) und der von A. Beck (2004) beschriebenen Triade kognitiver Verzerrungen (negative Sicht von sich selbst, der Welt und der Zukunft). Neben biologischen, genetischen und psychologischen Faktoren werden für die Entwicklung psychischer und psychosomatischer Gesundheitsstörungen in den letzten Jahren auch zunehmend gesellschaftliche und arbeitsassoziierte Stressoren diskutiert („soziogenetisches Modell“). Psychologische und soziale Komponenten werden häufig unter dem Begriff „psychosozial“

zusammengefasst. Hierbei kommt den psychosozialen Belastungen im Beruf (z.B. chronischer Stress bei defizitärer sozialer Unterstützung, fehlende soziale Kompetenz von Führungskräften, schlechtes Betriebsklima, Arbeitsverdichtung, gestörte „Work-life-balance“) eine große Bedeutung zu (Siegrist 2005, Stadler & Spiess 2005). Arbeitsbedingungen sind dabei zwar an der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischen Stresserlebens beteiligt, begründen aber nur zum Teil die individuelle Stressreaktion (Frese 1991, Zapf & Semmer 2004). Neben den arbeitsbedingten psychomentalen Belastungen spielen auch individuelle, teils genetische Faktoren, sowie Stressoren und Probleme im Privatbereich (z.B. familiäre Konflikte, finanzielle Sorgen ) bei der Entstehung von chronischem negativen Stress eine bedeutende Rolle. Verfügen die Betroffenen nicht über ausreichende Bewältigungsstrategien können diese Belastungsfaktoren pathogene Auswirkungen haben und psychische Störungen auslösen. Unabhängig von den Faktoren, die zur Entstehung psychischer Störungen führen, sind die Prävention, die Früherkennung und frühzeitige adäquate Therapieeinleitung zur Vermeidung von Chronifizierung entscheidend für die gesundheitliche Prognose der Betroffenen und die negativen Auswirkungen auf die Produktivität der Unternehmen (z.B. durch Präsentismus, verminderte Leistungsfähigkeit und -bereitschaft, Fehlzeiten, Fachkräfteverlust, Frühinvalidität).

Der Zusammenhang von chronischem Stress und der Entwicklung psychischer Erkrankungen, vor allem depressiver Störungen, wurde von verschiedenen Forschungsgruppen belegt (Siegrist & Dragano 2008, Tennant 2001). Die Kausalitätsbeurteilung von psychomentalen Erkrankungen wird meist durch die Überlagerung prädispositioneller, persönlichkeits-immanenter und sozialer Einflüsse und arbeitsbedingten Belastungen erschwert. Psychisch belastende Arbeitsbedingungen sind aber als **Teilursache** bedeutend für die Krankheitsentstehung und können eine Verschlimmerung vorbestehender psychischer Erkrankungen bewirken (Albrod 2008).

Die gegenwärtigen Hypothesen der Pathogenese psychischer Erkrankungen aufgrund arbeitsbedingter psychosozialer und psychomentaler Belastungen lassen sich zusammenfassend auf drei Konzepte konzentrieren:

- Die „Makroebene“ fokussiert auf die Arbeitsplatzverhältnisse und das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. Bei hohen Anforderungen und gleichzeitig niedrigem Handlungsspielraum (demand-control-Modell) entsteht negativer Stress, der bei chronischer Einwirkung und defizitären Bewältigungsstrategien (Coping) u.a. psychosomatische Erkrankungen verursachen kann (Härmä et al. 2006).

- Die „Mikroebene“ betont das individuelle Verhalten. Im Vordergrund steht das Missverhältnis zwischen persönlichem Einsatz und fehlender Belohnung (ERI-Modell oder Gratifikationskrisenmodell). Daraus entstehen beispielsweise stressbedingte Herz-Kreislauf- und psychosomatische Erkrankungen. Dieses Modell findet bei Forschungsgruppen global viel Zustimmung (Siegrist 2005).
- Das „Person-Environment-Fit“ als „Mesoebene“ betont die Stimmigkeit zwischen Individuum und Arbeitsplatz, zwischen Fähigkeiten und Anforderungen, zwischen individuellen Erwartungen und organisationellen Bedürfnissen. Die Wechselwirkungen zwischen Gruppe und Individuum werden wesentlich für die Stressentstehung und die sich daraus entwickelnden Erkrankungen angesehen (Weber & Hörmann 2007, Weber & Jaeckel-Rheinard 2000).

### **3.1.4 Diagnostik und Akzeptanz**

#### **3.1.4.1 Problematik der Diagnostik, Komorbidität, Stigmatisierung und Diskriminierung psychischer Störungen**

Problematisch ist die noch eingeschränkte diagnostische Erkennung psychischer Störungen in der primärärztlichen Versorgung. In den hausärztlichen Praxen weisen 35 % der Patienten psychische Störungen auf, aber nur die Hälfte davon wird richtig diagnostiziert und einer Intervention zugeführt (Wittchen & Jacobi 2001, Wittchen et al. 2001). 12 % dieser Patienten leiden an einer depressiven Störung, bei etwa einem Viertel wird jedoch keine psychische Störung diagnostiziert und folglich wird diese auch nicht adäquat behandelt (Wittchen & Pittrow 2002). Lediglich 10 % der betroffenen Patienten werden in eine fachliche Behandlung überwiesen (Wittchen et al. 2001).

Aufgrund der im Hinblick auf die steigenden Krankheitsfälle noch nicht flächendeckenden fachlichen Gesundheitsversorgung müssen die Betroffenen oftmals lange Wartezeiten bis zur angemessenen Therapie in Kauf nehmen mit dem Risiko der Chronifizierung des Beschwerdebildes und der damit verbundenen Prognoseverschlechterung. Die Mehrheit depressiver Störungen verläuft phasenweise oder chronisch. Unter adäquater medikamentöser oder psychotherapeutischer Behandlung verkürzt sich die Episodendauer deutlich. Auch kann die Suizidrate durch konsequente Therapie günstig beeinflusst werden, beträgt jedoch noch 10% bei den Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung (Köllner 2007). Auch sind psychische Erkrankungen häufig komorbid und können sowohl Kriterien für eine zweite

psychische Diagnose oder für eine somatische Diagnose mit einer Prävalenzrate von bis zu 70% aufweisen (Jacobi et al. 2004, Wittchen et al. 1999). Auch beeinflussen komorbide Depressionen den Verlauf körperlicher Erkrankungen ungünstig (z.B. Myokardinfarkt, Herzoperationen, Diabetes mellitus) (Köllner 2007).

Problematisch ist, dass psychisch Erkrankte häufig öffentlich stigmatisiert werden oder sich selbst stigmatisieren, was sich negativ auf ihr Verhalten, ihre Therapiemotivation und auf die Behandlung auswirken kann (Rüsch et al. 2005, Schomerus et al. 2009, Schmid-Ott & Jäger 2005). Schneider et al. (1999) beschreiben, dass die Motivation und die Einstellung zur Psychotherapie bedeutend für den Therapieerfolg sind. So haben nur etwa ein Drittel aller von psychischen Störungen Betroffenen in ihrem Leben eine Behandlung wahrgenommen (Wittchen & Jacobi 2001). Neben der Stigmatisierung sind die Betroffenen auch verschiedenen Formen der Diskriminierung ausgesetzt. Hierbei wird zwischen individueller, struktureller und durch Selbststigmatisierung verursachter Diskriminierung unterschieden. Winkler et al. belegen die verheerenden psychomentalen und sozialen Auswirkungen der Diskriminierung und die Notwendigkeit langfristig angelegter Anti-Stigma-Initiativen (Winkler et al. 2006). Angesichts der Situation im Umgang mit psychischen Erkrankungen wird nicht nur national sondern auch international die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung als zentrales Ziel gesehen (WHO & WPA 2002, DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) nach Bundesärztekammer Beschlussprotokoll 109. Deutscher Ärztetag 2006)). Angesichts der genannten Probleme im Umgang mit psychischen Störungen ist von einer hohen Dunkelziffer derselben auszugehen.

### **3.1.5 Interventionsmöglichkeiten**

#### **3.1.5.1 Medikamentöse Therapie und Psychotherapie**

Angesichts der Häufigkeit depressiver Störungen ist deren Behandlung zunächst primärärztliche Aufgabe (Köllner 2007). In der primärärztlichen Versorgung wird zur Erstbehandlung psychischer Störung am häufigsten die medikamentöse Behandlung eingesetzt. Bei vielen Patienten bestehen jedoch oft Vorbehalte gegenüber Antidepressiva, beispielsweise aufgrund befürchteter Nebenwirkungen und der Fehleinschätzung, dass diese Abhängigkeit verursachen. Gesprächstechniken, wie sie in der Weiterbildung Psychosomatischen Grundversorgung vermittelt werden, können sich im Rahmen der Primärbehandlung, aber auch im Rahmen einer entsprechenden betriebsärztlichen Beratung

und Sprechstunde, zusätzlich günstig auswirken. Abhängig vom zeitlichen Verlauf und der Ausprägung von Symptomen sollten die Patienten jedoch in eine adäquate fachliche Weiterbehandlung überwiesen werden. Eine schwer ausgeprägte Symptomatik, Suizidalität und ausbleibender Therapieerfolg nach vier bis sechs Wochen Therapiedauer sind Gründe für die Überweisung in eine spezifische fachärztliche psychiatrische oder psychotherapeutische Therapie (S3 Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, DPPN et al. 2012). Psychotherapie ist die wichtigste und nachhaltigste Therapieform in der Depressionsbehandlung. Neben der kognitiven Verhaltenstherapie sind die psychodynamische Therapie und die interpersonelle Therapie in der Depressionsbehandlung evidenzbasiert (Köllner 2007). Zur optimalen Nutzung dieser Möglichkeit ist eine gut organisierte und funktionierende Hilfsstruktur, die den Betroffenen leicht zugänglich ist, Voraussetzung. Im betriebsärztlichen Kontext können hierzu Netzwerke etabliert werden. Der Betriebsarzt als der Experte für Gesundheit im Unternehmen hat hier eine Schnittstellenposition inne. Er kann neben der Beratung und Erstversorgung Betroffener eine organisatorische und koordinierende Funktion einnehmen, z.B. durch Kooperation mit fachlich adäquat ausgebildeten Therapeuten und Rehabilitationseinrichtungen.

### **3.1.5.2 Prävention und Gesundheitsförderung**

Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens sind ebenso wie eine Optimierung der Umgebungsbedingungen geeignete Maßnahmen zur Primärprävention. Aufgrund der gravierenden negativen Auswirkungen psychischer Belastungen auf Gesundheit und Produktivität in Unternehmen muss gesamtgesellschaftlich und betrieblich ein der psychischen Gesundheit förderliches Klima geschaffen werden, das der Lebensqualität und -zufriedenheit sowie dem Wohlbefinden dient. Nach Köllner (2007) können ein sicheres Netzwerk sozialer Bindungen sowie Arbeits- und Lebensbedingungen, die zum Einen sinnvoll erlebte Herausforderungen und zum Anderen angemessene Ressourcen zu deren Bewältigung bieten, als Schutzfaktor für Entwicklung einer Depression angesehen werden. Auf betrieblicher Ebene kann dies durch das Zusammenwirken verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen erreicht werden. Im Betrieb ist der Betriebsarzt am besten mit den Gefährdungen und der Gesundheit der Belegschaft vertraut. Als Projektmanager, z. B. in Gesundheitszirkeln, kann er mit seinem Wissen bedeutenden Einfluss auf das betriebliche Gesundheitsmanagement nehmen. Dem gegenüber steht jedoch, dass in Betrieben oft noch kein ausreichendes Problembewusstsein und Unsicherheit im Umgang mit psychischen Störungen bestehen (Weinreich & Weigl 2011). Durch Beratung von Unternehmen,

Führungskräften und Einzelberatung von Mitarbeitern sowie durch Information von Mitarbeitern und Führungskräften, zum Beispiel im Rahmen von betrieblichen Aufklärungskampagnen, kann der Betriebsarzt zur Enttabuisierung, Entstigmatisierung und Prävention psychischer Störungen, aber auch zur Thematisierung und Früherkennung derselben entscheidend beitragen. Auch kann der Aufbau sozialer (interner und externer) Netzwerke durch ein fundiertes Fortbildungs- und Gesundheitsmanagement-Programm verbessert werden. Im Rahmen von Modellprojekten kooperieren bereits Betriebsärzte und psychosomatische, (verhaltensmedizinische) Rehabilitationskliniken, teils zusammen mit Krankenkassen, bei der Früherkennung und Behandlung psychischer Störungen (Köllner 2007).

### **3.2 Auswirkungen psychischer Beanspruchungen und Störungen auf die Beschäftigungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit und -bereitschaft**

Neben der gesundheitlichen Problematik für die Betroffenen stellen psychische Störungen in den letzten Jahren einen zunehmend bedeutenden sozialmedizinischen, volks- und betriebswirtschaftlichen Kostenfaktor dar. Nach Badura et al. (2007) leidet das „Humankapital“ (zitiert nach Hillert et al. 2012) sowohl durch Fehlzeiten als auch durch trotz Behandlungsbedürftigkeit im Betrieb anwesender kranker Mitarbeiter. Verschiedene Studien beschreiben negative Zusammenhänge zwischen Depressivität bzw. Angst und Lebensqualität (Stark et al. 2002, Hermann-Lingen & Buss 2002) Leistungsfähigkeit und Produktivität (Ustun & Sartorius 1993).

#### **3.2.1 Absentismus**

Das zeitlich befristete Fernbleiben von der Arbeit ist in der betrieblichen Praxis nicht einheitlich definiert und begrifflich beschrieben. In der Arbeitspsychologie bedeutet Absentismus das Fernbleiben von der Arbeit und wird eingesetzt um Fehlzeiten zu bezeichnen, die aufgrund von Problemen im Privatbereich, mangelhafter Arbeitsmotivation und geplantem Fernbleiben von der Arbeit entstehen und nicht auf den tatsächlichen Krankenstand zurückzuführen sind (Marr 1996). Es ist jedoch schwer feststellbar, in welchem Umfang Krankmeldungen nicht auf tatsächlich bestehende Krankheit zurückzuführen sind (Hanebuth et al. 2006).

### **3.2.2 Präsentismus**

Als Präsentismus wird in der Arbeitsmedizin das Verhalten von Arbeitnehmern bezeichnet, die trotz Krankheit am Arbeitsplatz sind. Psychische Störungen mit Symptomfolgen wie Antriebsmangel, Konzentrationsstörungen, kognitiven Beeinträchtigungen und somatoformen Beschwerden haben negative Auswirkungen auf die Fehlerhäufigkeit, Unfallgefahr und die qualitative und quantitative Leistung der Mitarbeiter. Diese sind zwar anwesend, aber aufgrund ihrer körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen behandlungsbedürftig. Der hieraus entstehende Produktivitätsverlust hat kostenintensive betriebs- und volkswirtschaftliche Folgen (Köllner 2008). Die Entscheidung „trotz Krankheit arbeiten zu gehen, wird von einem komplexen Geflecht an persönlichen (z.B. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Motivation, Pflichtbewusstsein und Loyalität), gesellschaftlichen (z.B. Arbeitsplatzunsicherheit, berufliche Stellung) und arbeitsbedingten Faktoren (z.B. Arbeitsstress, -verdichtung, Arbeitsorganisation, Führung und Unternehmenskultur) beeinflusst“ (Steinke & Badura 2011). Die Mehrheit psychisch Erkrankter befürchtet auch, dass psychische Störungen als Fehlgrund am Arbeitsplatz nicht akzeptiert werden (DAK-Gesundheitsreport 2005). Langfristig kann jedoch das Verhalten, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen, negative Auswirkungen auf die weitere Gesundheit Betroffener haben (Kivimäki et al. 2005) und längere krankheitsbedingte Fehlzeiten mit Langzeitarbeitsunfähigkeit nach sich ziehen (Bergstrom et al. 2009). Empirisch gesichert ist, dass die Kosten von Präsentismus aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen der Arbeitsproduktivität beträchtlich sind und die durch Absentismus übersteigen (Steinke & Badura 2011). Steinke und Badura (2011) zeigen nach Goetzel et al. (2004) auf, dass bei Depressionen und psychischen Erkrankungen die Kosten aufgrund Präsentismus 71% der Gesamtausgaben für Gesundheit pro Mitarbeiter pro Jahr betragen.

### **3.2.3 Krankenstand**

Die Arbeitsunfähigkeit durch psychische und psychosomatische Erkrankungen steigt in den letzten Jahren kontinuierlich. In den Fehlzeitenstatistiken aller gesetzlichen Krankenkassen stehen diese Diagnosen nach Atemwegserkrankungen, nach Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems und Verletzungen/Vergiftungen an 4. Stelle der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland. Auffällig ist bei den psychischen Erkrankungen insbesondere die lange Erkrankungsdauer. Seit Anfang der 1990iger Jahre (erste

gesamtdeutsche Datenerhebung) haben sich die Fallzahlen mehr als verdoppelt, die Zahl der mit dieser Krankheit bedingten Arbeitsunfähigkeitstage teils mehr als verdreifacht (Fehlzeiten-Report AOK WidO 2011, BKK Bundesverband Gesundheitsreport 2010, DAK-Gesundheitsreport 2011). Bei insgesamt sinkendem Krankenstand wird die relative Bedeutung dieser Entwicklung noch deutlicher. Da psychische Erkrankungen zunehmen und mit einer hohen durchschnittlichen Krankheitsdauer verbunden sind, kann der parallel dazu sinkende betriebliche Krankenstand auch als Ausdruck von Präsentismus interpretiert werden (Burnus et al. 2008).

### **3.2.4 Frühinvalidität**

Psychische und Verhaltensstörungen nehmen in der Ursachenstatistik für frühzeitige Erwerbsunfähigkeitsrenten seit 2001 die Spitzenposition ein. Nahezu 40% aller vorzeitigen Neuberentungen erfolgen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen. Das Renteneintrittsalter bei diesbezüglichen Frühverrentungen liegt mit ca. 48 Jahren um etwa 3 Jahre unter dem Alter somatisch kranker Frührentner (Pressemitteilung Bundespsychotherapeutenkammer 10/2011) und um ca. 15 Jahre unter dem durchschnittlichen Rentenzugangsalter (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) SUGA-Bericht (2009), S. 82: Männer 63,5 Jahre, Frauen 62,9 Jahre). Psychische Erkrankungen verursachen in der EU schätzungsweise Kosten in Höhe von 3-4 % des Bruttoinlandproduktes, wobei diese hauptsächlich durch Produktivitätsverlust entstehen (Limbacher & Wieland 2008, Europäische Kommission, Grünbuch 2005). Lediglich 10 % der Gesundheitsausgaben insgesamt werden in Deutschland für die psychische Gesundheit ausgegeben, in Frankreich beträgt der Anteil sogar nur ca. 5 % (Grünbuch EU, Anhang 6).

### **3.2.5 Engagement**

Seit 2001 erstellt das forschungsbasierte und auf die Schnittstelle zwischen Psychologie und Ökonomie spezialisierte Beratungsunternehmen GALLUP jährlich den Engagement-Index für Deutschland. Diese Studie zeigt den Grad der emotionalen Bindung von Beschäftigten zu ihrem Arbeitsplatz und damit das Arbeitsengagement und die Arbeitsmotivation. Nach der GALLUP -Umfrage 2011 machen die meisten Beschäftigten (63 %; 2001: 69 %) Dienst nach Vorschrift, 23% (2001: 15%) haben bereits „innerlich bereits gekündigt“. Lediglich 14 % der Beschäftigten waren hoch emotional gebunden und zeigten sich engagiert (2001: 16 %).

Diese niedrige emotionale Mitarbeiterbindung hat negative Auswirkungen auf die Leistungsbereitschaft und Fehlzeiten (70% mehr Fehlzeiten durch die Mitarbeiter ohne im Vergleich zu Mitarbeitern mit emotionaler Bindung) und somit auf die Produktivität der Unternehmen (Berkemeyer 2012, [www.gallup.de](http://www.gallup.de)).

### **3.3 Gesundheit und Arbeit**

#### **3.3.1 Definition Gesundheit**

Die bekannteste Definition von Gesundheit wurde 1946 von der WHO beschrieben: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ Diese Definition wurde, ebenso wie das traditionelle System der Gesundheitsversorgung, bereits seit den siebziger Jahren wissenschaftlich kontrovers diskutiert und kritisiert, da sie rein pathogenetisch orientiert ist und Ressourcen nicht berücksichtigt.

#### **3.3.2 Definition Psychosoziale Gesundheit**

Die Entwicklung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, das zur Erklärung von Krankheiten neben körperlichen auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt, war eine Konsequenz dieser Kritik. Parallel zu diesem Paradigmenwechsel im Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis wurden die Bemühungen in der Krankheitsprävention intensiviert und damit die Basis zum Konzept der Gesundheitsförderung geschaffen.

Die WHO änderte mit der Veröffentlichung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ihr gesundheitliches Leitbild von der Pathogenese zur Salutogenese und orientierte sich damit neu von der Verhütung von Krankheit zur Förderung der Gesundheit. Gesundheit wurde nun als „Fähigkeit des Individuums, die eigenen Gesundheitspotentiale auszuschöpfen und auf die Herausforderungen der Gesellschaft zu reagieren“ definiert. „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre

Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise verändern können“ (WHO, Ottawa-Charta, 1988). Gesundheitspotentiale können folglich frei entfaltet werden, wenn Menschen auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, selbst Einfluss nehmen können (Enderle 2004). Diese ganzheitliche Definition akzentuiert die folgenden Dimensionen:

- körperliches Wohlbefinden
- psychisches Wohlbefinden
- soziales Wohlbefinden
- Selbstbestimmung
- Eigenverantwortung.

1998 beschreibt die WHO, dass Gesundheit als Ressource verstanden werden kann, die als positives Konzept neben der körperlichen auch die psychische und soziale Dimension umfasst (WHO (1998) Health Promotion Glossary Section I: List of Basic Terms). Der Begriff „Gesundheit“ wurde zur „Psychosozialen Gesundheit“ erweitert. Der Terminus „Psychosoziale Gesundheit im Beruf“ wird heute bisher noch nicht einheitlich verwendet. Er beinhaltet im Sinne des bio-psycho-sozialen Leitbildes der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO (2001)) die Fähigkeit, (psychosoziale) Belastungen des (Berufs-)Alltags zu bewältigen, Ressourcen zu mobilisieren und am Arbeitsleben und der Gesellschaft teilzuhaben (Weber & Hörmann 2007, Siegrist et al. 2004).

### **3.3.3 Salutogenese – Konzept**

Die Forschung sieht heute Gesundheit als einen dynamischen Prozess. Die zentralen Fragestellungen in den Forschungsarbeiten des Medizinsoziologen Antonovsky sind „Was hält den Menschen gesund?“ und „Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?“ Um den Gegensatz zu den bisher vorherrschenden pathogenetisch orientierten biomedizinischen Denkansätzen und Sichtweisen des Gesundheitsverständnisses hervorzuheben, hat er den Neologismus „Salutogenese“ (salus, lat.: Heil, Glück, Unverletztheit; genese, griech.: Entstehung) entwickelt (Bengel et al. 2001). Antonovsky betrachtet Gesundheit als mehrdimensionales Konstrukt, aus körperlichem und psychischem Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und erlebter Sinnhaftigkeit der verrichteten Tätigkeit. Sie ist nicht nur abhängig von Belastungen, sondern auch von der Art des Umgangs mit diesen Belastungen. Gesundheit wird als Kompetenz und Befähigung zu einer aktiven Lebensbewältigung beschrieben (VDBW Leitfaden Betriebliches Gesundheitsmanagement

2009). In seinem salutogenetischen Modell setzt er die er Konstrukte mit der Entstehung bzw. dem Erhalt von Gesundheit in Zusammenhang, formuliert die Gesundheitsdefinition aber nicht neu.

Salutogenese beschreibt eine Adaptation an eine Welt voller Stressoren. Mit dem Modell der Salutogenese hat Antonovsky Krankheit und Gesundheit neu erklärt. Der Gesundheits- (Krankheits-) Zustand eines Individuums ist das Resultat einer Interaktion von Risikofaktoren (Stressoren), Spannungsmanagement und Widerstandsressourcen. Gesundheit wird als labiler Zustand aufgefasst, der aktiv erhalten werden muss. Im Zentrum der salutogenetischen Forschung steht die Suche nach den Kräften der Gesunderhaltung und nach Abwehrmechanismen potentiell pathogenetischer Faktoren. Nicht die Frage „Was macht den Menschen krank“ sondern die Frage „Was hält ihn gesund“ steht im Vordergrund. Hierbei stehen die psychologischen Kräfte im Blickpunkt, weniger biologisch-somatische Regulationsprozesse. Die Frage, ob „Selbsteilungskräfte“ (Bewältigungsstrategien und Ressourcen) trotz psychomentaler und sonstiger Belastungen Gesundheit erhalten können, wird aufgegriffen (Enderle 2004). Nach Antonovsky muss demnach der pathogenetische Ansatz, der nach spezifischen Krankheitsursachen sucht, durch die Suche nach gesunderhaltenden und gesundheitsfördernden Faktoren (Widerstandsressourcen) erweitert werden. Diese können sowohl individuelle (z. B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität) sein (Bengel et al. 2001). Das Kernstück des salutogenetischen Modells ist der Sense of Coherence (SOC).

### **3.3.3.1 Sense of Coherence (SOC)**

Nach Antonovsky wird der Gesundheits- und Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße, einer allgemeinen Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben, bestimmt. Diese Grundhaltung bezeichnet er als Sense of Coherence (SOC) (Kohärenzgefühl). Abhängig von der Ausprägung dieser individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung ist, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit zu nutzen. Je ausgeprägter der SOC eines Menschen ist, desto gesünder sollte er sein bzw. desto schneller sollte er gesund werden (Bengel et al. 2001). 1979 definiert Antonovsky den SOC als “(...) a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one’s internal and external

environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected” (Antonovsky 1979, S.10)

Der Kohärenzsinn (Sense of coherence) ist eine Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben und beinhaltet drei Komponenten:

- Verstehbarkeit bzw. Überschaubarkeit (**comprehensability**),
- Handhabbarkeit (**manageability**) und
- Sinnhaftigkeit (**meaningfulness**).

Eine Unterscheidung der Komponenten verdeutlicht eine zweite Definition des SOC. Antonovsky definiert 1993 das Kohärenzgefühl als „eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen“ (Antonovsky 1993a, übersetzt durch Franke und Broda).

**Comprehensability** kann als kognitives Verarbeitungsmuster angesehen werden. Es beschreibt die Erwartung bzw. Fähigkeit des Menschen, (auch unbekannte) Stimuli als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können und nicht mit Reizen konfrontiert zu sein bzw. zu werden, die chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich sind. Mit **Manageability** wird ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster beschrieben. Diese Komponente beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Von Antonovsky wird dieses auch instrumentelles Vertrauen genannt und beschreibt das Ausmaß in dem ein Mensch wahrnimmt, dass ihm geeignete (interne und externe) Ressourcen zu Verfügung stehen, um den Anforderungen zu begegnen. Antonovsky sieht **Meaningfulness** als motivationale Komponente als die wichtigste der drei Komponenten an. Sie beschreibt das „Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens eines der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997). Ohne positive Erwartungen an das Leben und die Erfahrung von Sinnhaftigkeit kann sich auch bei hoher Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des Gesamtkohärenzgefühls ergeben. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen

reagieren und für diese spezifischen Situationen angemessene Ressourcen aktivieren kann (Bengel et al. 2001). Auf diesen drei Ebenen kann ein Mensch folglich Vertrauen in die Lebens- und Arbeitssituation entwickeln. Belastungsspezifische Widerstandskräfte, soziale und personale Ressourcen als Schutzfaktoren des Menschen können die Ausbildung eines Kohärenzgefühls bewirken (Enderle 2004). Persönliche Ressourcen können dadurch gestärkt werden und tragen zur Personalentwicklung (Schulung und Qualifizierung) bei. In diversen Studien werden Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und dem Kohärenzsinn berichtet, auch, dass der Kohärenzsinn mit der Bewältigung von Krankheiten einhergeht und Korrelationen u.a. zu sozialer Unterstützung aufweist“ (Borgetto 2007). Nach Bengel et al. (2001) hängt die Höhe des Kohärenzsinn direkt mit dem psychischen Gesundheitsbewusstsein, der Lebenszufriedenheit und dem Umgang mit Stress zusammen. Bengel et al. (2001) beschreiben, dass die salutogenetische Perspektive neue Interventions- und Handlungsmöglichkeiten in der betrieblichen Gesundheitsförderung eröffnen kann. Dabei sollten Maßnahmen sowohl auf individueller als auch auf organisatorischer Ebene ansetzen. Schulungen von Führungskräften gelten dabei als wichtiges Praxisinstrument um einen kooperativen, situativ ausgerichteten Führungsstil zu fördern. Die Ausbildung eines Kohärenzgefühls wird auch durch eine optimierte Organisationsentwicklung (Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation) erleichtert. Gesundheitsförderung setzt somit sowohl am Menschen als auch an seiner Umwelt an. Am Menschen kann sie z.B. durch persönlichkeitsfördernde Qualifizierung und qualifizierte Gesundheitsinformation und Beratung ansetzen, an seiner Lebenswelt Arbeit z.B. durch Förderung gegenseitiger Unterstützung, Erweiterung von Handlungsspielräumen und menschengerecht gestalteten Arbeitsabläufen und -bedingungen (Badura et al. 1997).

### **3.3.4 Definition Arbeit**

Marx und Engels analysierten Arbeit neben physiologischen, ökonomischen und entwicklungsgeschichtlichen auch unter sozialen Aspekten. Engels beschreibt in einem Aufsatz über den „Anteil der Arbeit an der Menschwerdung des Affens“: „Die Arbeit ist die Quelle allen Reichtums, sagen die politischen Ökonomen. Sie ist dies - neben der Natur, die ihr den Stoff liefert, den sie in Reichtum verwandelt. Aber sie ist noch unendlich mehr als dies. Sie ist die erste Grundbedingung alles menschlichen Lebens, und zwar in einem solchen Grade, dass wir in gewissem Sinn sagen müssen: Sie hat den Menschen selbst geschaffen.“ (Marx/Engels - Werke, Dietz Verlag, Berlin 1962, Bd. 20, Dialektik der Natur, S. 444).

Arbeit ist ein „zielgerichtetes Handeln des Menschen zum Zweck der Existenzsicherung wie der Befriedigung von Einzelbedürfnissen und zugleich wesentliches Moment der Daseinserfüllung.“ (Definition aus „Der Brockhaus“). Nach empirisch tätigen Arbeitswissenschaftlern dient Arbeit nicht nur als Basis für wirtschaftliche Absicherung, Identität, soziale Integration und Lebenssinn, sondern hat, neben den bereits beschriebenen pathogenetischen auch salutogenetische Effekte (Hasselhorn 2007). So weisen mehrere Autoren darauf hin, dass **Arbeitslosigkeit** negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hat (Berth et al. 2003, Holleederer 2008).

#### **3.3.4.1 Verhältnis- und Verhaltensprävention**

In §4 des Arbeitsschutzgesetzes (ASchG) wird gefordert: “Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird.“. Verhältnisprävention mit gesundheitsgerechter Arbeitsplatzgestaltung in den Bereichen der Ergonomie, der Arbeitsphysiologie, der Arbeitshygiene und **Arbeitspsychologie** dient dem Unternehmensziel vieler Betriebe und wird in den WHO-Richtlinien zur betrieblichen Gesundheitsförderung als vorrangig betrachtet.

Beschäftigte, die gut informiert und qualifiziert sind im richtigen Verhalten am Arbeitsplatz, sind meistens auch motivierter und gefährden durch ihr Wissen nicht ihre Gesundheit und Sicherheit. Die Schulung der Beschäftigten im Sinne der Verhaltensprävention ist ohne Einbeziehung der Verhältnisprävention inadäquat. Für eine effektive Gesundheitsförderung ist demzufolge ein ganzheitlicher Ansatz unter Einbeziehung von Verhältnis- und Verhaltensprävention unabdingbar. Auch die betriebliche Prävention psychischer Belastungen und Beanspruchungen sollte auf diesen beiden Handlungsfeldern stattfinden. Die Arbeitsplätze sollten so gestaltet und beurteilt werden, dass sie nachhaltig das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter verbessern, die Mitarbeiter motivieren und langfristig die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit sicher stellen (Verhältnisprävention). Des weiteren sollte die betriebliche Präventionsarbeit Maßnahmen fördern zur Optimierung der Bewältigungsfähigkeiten und Widerstandsressourcen im Umgang mit arbeitsassoziierten, privaten und individuellen Belastungen (Verhaltensprävention).

### **3.3.4.2 Belastungs-Beanspruchungskonzept der Arbeitsphysiologie**

Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept dient in der Arbeitsmedizin dem Verständnis der Wechselwirkung zwischen arbeitsbedingten Anforderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Im klassischen Ansatz der Arbeitsphysiologie werden Belastungen als von außen auf den Menschen einwirkende fremd- oder selbstbestimmte Anforderungen materieller oder psychosozialer Art und Beanspruchungen als individuelle Reaktion des Organismus beim Erbringen einer Arbeitsleistung definiert.

Auf Belastungen folgen nicht immer in vorhersagbarer Weise die entsprechenden Beanspruchungsreaktionen. Die Beanspruchung kann neutral sein, kann aber auch salutogene oder pathogene Auswirkungen haben. Der Erwerbstätige reagiert individuell und er kann die Belastung durch seine individuelle Bewältigungsstrategie beeinflussen (Belastungs-Beanspruchungs-Konzept der Arbeitsphysiologie).

### **3.3.4.3 Belastungen in der „Neuen“ Arbeitswelt**

Die zunehmende wirtschaftliche Globalisierung sowie veränderte Organisations- und Produktionsstrukturen haben einen tief greifenden Wandel in der Arbeitswelt bewirkt. Im Rahmen des Strukturwandels in der „Neuen“ Arbeitswelt sind die Erwerbstätigen in vielen Betrieben zunehmenden psychischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen ausgesetzt. (Hasselhorn & Nübling 2004). Gründe für die zunehmende Relevanz dieser Belastungen sind beispielsweise steigender Zeit-, Termin- und Kostendruck, Arbeitsverdichtung, steigende Leistungsanforderungen, die Notwendigkeit zu ständiger Anpassung an neue Arbeitsmittel, Arbeits- und Organisationsformen, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Ansprüche an die soziale Kompetenz von Führungskräften und Beschäftigten und die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf (Work-Life-Balance) (Glomm et al. 2008). Akute und chronische arbeitsbedingte Belastungsfaktoren sind empirisch gesicherte Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Störungen (Köllner 2007). Diese verschlechtern nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern wirken sich auch auf deren berufliche Leistungsfähigkeit und -motivation aus.

## 3.4 Arbeit, Stress und dessen Folgen

### 3.4.1 Definition (arbeitsbedingter) Stress

Hasselhorn (2007) definiert arbeitsbedingten Stress entsprechend der 2000 im Auftrag der Europäischen Kommission erstellten Stressdefinition als „Gesamtheit emotionaler, kognitiver, verhaltensmäßiger und physiologischer Reaktionen auf widrige und schädliche Aspekte des Arbeitsinhalts, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung. Dieser Zustand ist durch starke Erregung und starkes Unbehagen, oft auch durch das Gefühl des Überfordertseins charakterisiert.“

### 3.4.2 Stress und Stressoren

Selye beschreibt 1936 Stress rein naturwissenschaftlich als physiologisches Phänomen des Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems (Katecholamine und Cortisol). Die **Stressreaktion** wird dabei fokussiert, er berücksichtigt dabei aber nicht das Belastungs-Beanspruchungskonzept. In den letzten Jahrzehnten haben zahlreiche Forschungsgruppen Modelle zum Verständnis des Bedingungsgefüges von psychosozialen Belastungen und potentiellen gesundheitlichen Folgen entwickelt. Aus diesen Modellen lassen sich auch Ansätze für Handlungsoptionen in der Prävention psychischer Störungen ableiten. Lazarus hat 1984 das Modell der Stressauslösung und -verarbeitung entwickelt. Dieses Konzept bildet die Grundlage des heutigen Stressverständnisses, das Stress als transaktionalen kognitiven Prozess beschreibt, in dem sich der Mensch aktiv mit seiner Umgebung wechselseitig auseinandersetzt (Hasselhorn 2007). Das Ausmaß von Stress als bedrohlichem Konflikt zwischen den Arbeitsanforderungen und dem Leistungsvermögen wird individuell verschieden „erlebt“ und ist abhängig von der Bewertung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Diese wiederum hängen von situativen (z. B. hohe Führungsqualität des Vorgesetzten) und personellen Ressourcen ab (z.B. gutes Fachwissen, Gesundheit) (Hasselhorn & Nübling 2004). „Im Zentrum der Stressbelastung steht die Erfahrung eines drohenden oder realen Verlusts der Handlungskontrolle der arbeitenden Person in einer sie herausfordernden Situation“ (Siegrist & Dragano 2008).

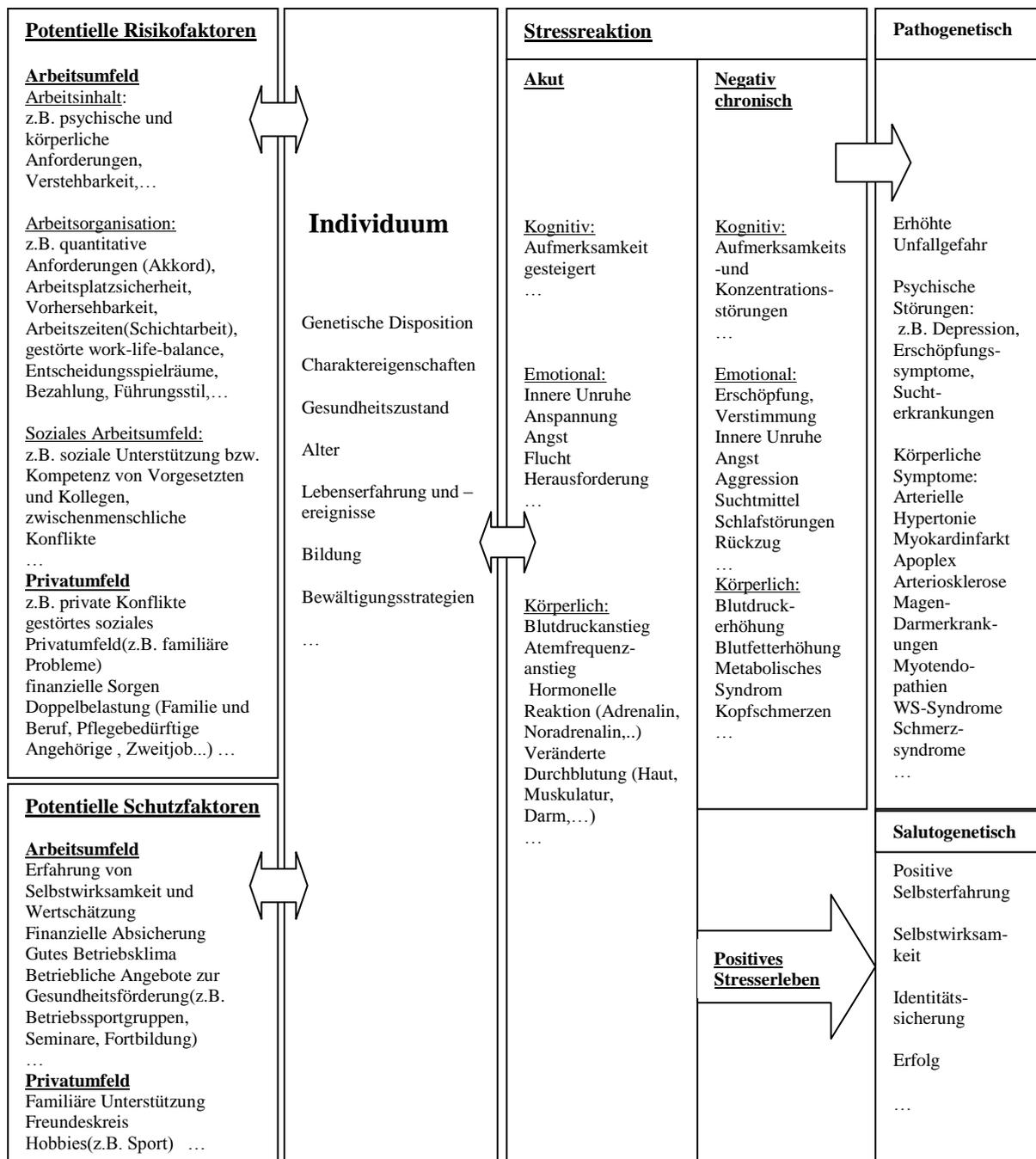
In der allgemeinen Kommunikation wird Stress meistens negativ bewertet. Hasselhorn (2007) beschreibt, dass sich mehr als die Hälfte der Beschäftigten in Europa durch ihre Erwerbstätigkeit gesundheitlich beeinträchtigt fühlt. Ein großer Anteil davon (ca. die Hälfte)

empfindet bei der beruflichen Tätigkeit „negativen“ Stress (nach Daten der European Foundation for the Improvement of the Living and Working conditions 2000). Siegrist (1996) beschreibt den kausalen Zusammenhang zwischen den (arbeitsbedingten) Anforderungen und Einflüssen (Stressoren), die die Anpassungsfähigkeit des Organismus erfordern und die den menschlichen Erlebens- und Erfahrungsfluss in Form einer Bedrohung oder Herausforderung unterbrechen und der Stressentstehung. Diese Stressoren können sich aus der Arbeitsaufgabe (z.B. hohe Leistungsanforderungen, Termin- und Zeitdruck, fehlender Eignung etc.), aus der Arbeitsrolle (z.B. hohe Verantwortung, fehlende Unterstützung, fehlende Anerkennung und Enttäuschung (Gratifikationskrisen), Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten etc.), aus der materiellen Umgebung (z.B. Lärm, Hitze, hoher Technisierungsgrad), aus der sozialen Umgebung (Betriebsklima, wechselnde Aufgaben, Kollegen und Umgebung), aus den individuellen Gegebenheiten (Angst vor Aufgaben und Misserfolgen, vor Sanktionen, familiäre Konflikte) ergeben (Enderle 2004). Auf Stressoren reagiert der Mensch individuell. „Die Stressreaktion ist zum einen abhängig von der Quantität und Qualität des Stressors und zum anderen von den eigenen Bewältigungsvoraussetzungen (Ressourcen). Stressreaktionen können in der kognitiven Ebene (Änderung der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit - Unfallgefahr), der affektiven Ebene (Angst, Unruhe, Niedergeschlagenheit), der Verhaltensebene (Kampf, Flucht, Aufgabe, ungesundes Verhalten (Rauchen, Essen), Schlafstörungen, Aggression, reduzierte körperliche Bewegung) und der physiologischen Ebene mit somatischen Reaktionen (Pulsfrequenz- und Atemfrequenzanstieg, Energiebereitstellung mit Glucose- und Fettwerterhöhung stattfinden“ (Hasselhorn 2007).

### **3.4.3 Stress- bzw. Beanspruchungsfolgen**

Einen Überblick über die Zusammenhänge von Arbeit, Stressoren, Stressreaktion und Beanspruchungsfolgen gibt Hasselhorn (2007), in dem er sie in das klassische Belastungs-Beanspruchungsmodell überträgt. Stress als negative Folge psychischer Belastung hat im Belastungs- und Beanspruchungs-Prozess einen besonderen Stellenwert, da durch ihn weitere Reaktionen ausgelöst werden können wie zum Beispiel Fehlhandlung und gesundheitliche Beeinträchtigungen durch psychische, psychosomatische und somatische Störungen und Erkrankungen. Psychische Störungen werden besonders oft in Zusammenhang mit Arbeitsstress gebracht. Hierbei kann Stress sowohl Neuerkrankungen hervorrufen, als auch den Krankheitsverlauf einer vorbestehenden Erkrankung negativ beeinflussen und Krankheitssymptome verstärken (Hasselhorn & Tackenberg 2004). Abbildung 1 stellt in

Anlehnung an Hasselhorn die Zusammenwirken von (psycho-) sozialen, privaten und arbeitsassoziierten Bedingungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit dar.



**Abbildung 1:** Zusammenwirken von psychosozialen, privaten und arbeitsassoziierten Bedingungen und gesundheitliche Auswirkungen (in Anlehnung an Hasselhorn 2007)

### **3.4.3.1 Arbeitsstressmodelle**

Mit theoretisch geleiteten Arbeitsstressmodellen haben zahlreiche Forschungsgruppen in prospektiven epidemiologischen Studien den Zusammenhang von psychosozialen Arbeitsbelastungen und Krankheitsentwicklung belegt. Psychomentele und sozio-emotionale Belastungen können chronische Stressreaktionen und damit verbundene Gesundheitsschädigungen hervorrufen (Siegrist & Dragano 2008). Die nachfolgenden Arbeitsstressmodelle wurden in zahlreichen internationalen Studien getestet und haben aktuelle Erkenntnisse für die Erklärung arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken erbracht.

#### **3.4.3.1.1 Demand-control-model**

Karasek und Theorell (1990) legen in ihrem demand-control-model (Anforderungs-Kontroll-Modell, „job-strain“) den Fokus auf bestimmte Tätigkeitsmerkmale. Es berücksichtigt insbesondere die Quantität der Anforderungen und konzentriert sich auf Aspekte der Arbeitsorganisation und -inhalte. Die Kombination von psychischen Arbeitsanforderungen und Entscheidungsspielräumen (Kontrolle) ist ein Prädiktor für die Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen. „High strain“ als Kombination hoher Anforderung und niedriger Kontrolle birgt die größten Gefahren zur Krankheitsentstehung in sich. Später wurde dieses Modell noch um den Faktor soziale Unterstützung ergänzt. Als „iso-strain“ wird die Kombination von „high-strain“ und geringer sozialer Unterstützung bezeichnet.

#### **3.4.3.1.2 Effort-reward-imbalance model (ERI – Modell)**

Siegrist geht in seinem Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Effort-Reward-Imbalance-Model (ERI-Modell)) (1996) von der „im Arbeitsvertrag angelegten Reziprozität der Tauschbeziehung zwischen Leistung und Belohnung aus, wonach für erbrachte Arbeitsleistungen angemessene Gratifikationen in Form von Lohn und Gehalt, beruflichen Aufstieg und Sicherheit des Arbeitsplatz sowie Anerkennung und Wertschätzung gewährt werden. Es berücksichtigt die Interaktion zwischen Merkmalen der Arbeitssituation und Merkmalen des Bewältigungshandelns arbeitender Personen. Stressreaktionen werden ausgelöst, wenn trotz anhaltender Verausgabung keine angemessene Gratifikation erfolgt (z.B. Lohn, Aufstieg, Arbeitsplatzsicherheit, Anerkennung, Wertschätzung)“ (Siegrist & Dragano 2008). Idealerweise besteht ein Gleichgewicht zwischen Verausgabung (effort) und Belohnung (reward). Ungünstige pathogenetische Effekte entstehen durch ein Ungleichgewicht (Hasselhorn 2007). Im Vergleich zum demand-control-model zeigt es nicht

nur die Dimensionen Qualität und Quantität der negativen psychosozialen Belastungen, sondern auch die Beurteilung durch den Betroffenen.

Die Modelle unterscheiden sich in ihrer stresstheoretischen Auffassung (demand-control-model: eingeschränkte Handlungskontrolle, ERI-Modell: verletzte soziale Reziprozität) und in ihren analytischen Schwerpunkten, ergänzen sich aber, da bei verschiedenen Berufen bzw. Tätigkeiten sowohl Aspekte des job-strain als auch des Gratifikationsmodells zu berücksichtigen sind und kumulierte Stresswirkungen vorliegen. Dies bestätigen empirische Studien (Peter et al. 2002). Zahlreiche prospektive Studien zeigen den Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen anhand der Stressmodelle. Siegrist belegt, dass sich das Risiko in den nächsten fünf Jahren bei Vorliegen von Gratifikationskrisen eine depressive Störung zu entwickeln verdoppelt (Siegrist 2009). Daneben umfasst das Spektrum stressassoziiertes Krankheiten auch kardiovaskuläre Erkrankungen (unabhängig von klassischen Risikofaktoren) (Kivimäki et al. 2002, Johnson et al. 1989), das metabolische Syndrom (Chandola et al. 2006), Diabetes mellitus Typ 2 (Kumari et al. 2004) und Alkoholabhängigkeit (Head et al. 2004).

Auch ist das Risiko für höhere Fehlzeiten, schlechtere Arbeitsleistung (Antoniou & Cooper 2005) und krankheitsbedingt früherberentet zu werden erhöht (Dragano 2007, Stattin & Jarvholm 2005). Des Weiteren ist belegt, dass sich chronische Schmerzsyndrome stressassoziiert entwickeln können.

## **3.5 Aufgaben der Arbeitsmedizin**

### **3.5.1 Rechtliche Grundlagen - von der „klassische Arbeitsmedizin“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung**

Betriebsärzte haben im Unternehmen eine Schlüsselposition in allen Fragen von Gesundheit und Arbeit. Sie sind am besten mit den Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Arbeit vertraut. Ihre Expertise liegt sowohl in der Prävention, Identifikation, Therapie, berufsfördernden Rehabilitation und Begutachtung arbeitsbedingter Krankheiten als auch in der Prävention von Gesundheitsgefährdungen und der (Gesundheits-) Beratung von Mitarbeitern, Führungskräften und Unternehmen.

Der Grundstein eines umfassenden betrieblichen Arbeitsschutzes wurde 1973 mit dem **Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG)** gelegt. Ziele des Gesetzes sollen neben der Verhütung von

Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen ein umfassender Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz sein. Das ASiG als Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit richtet sich an Unternehmer und verpflichtet diese, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen, die zusammen arbeiten müssen. Der Arbeitsschutz war zunächst stark auf physikalische, chemische und technische Risiken beschränkt. In ASiG §3 sind die Aufgaben des Betriebsarztes festgelegt. Als betriebsärztliche Aufgabe werden u.a. die Beurteilung von Arbeitsbedingungen, die Untersuchung und Auswertung von Risikofaktoren für arbeitsbedingte Erkrankungen, die Beratung von Unternehmen hinsichtlich Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung dieser Krankheiten und auch ausdrücklich die Beratung des Arbeitgebers zu arbeits**psychologischen** Fragen aufgeführt. Das **Arbeitsschutzgesetz (ASchG)** richtet sich an den Arbeitgeber und ist eine zentrale Vorschrift im staatlichen Arbeitsschutzrecht. Der Gesetzgeber verpflichtet damit Unternehmen dazu, Arbeitsschutzmaßnahmen zu treffen. Dabei sind Umgebungsfaktoren zu berücksichtigen, die die Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter beeinflussen. Die Schutzmaßnahmen (z.B. technische und soziale Umgebungsbedingungen, Arbeitsorganisation) sollen verbunden und Erkenntnisse der Arbeitswissenschaft berücksichtigt werden. Aufgabe des Betriebsarztes ist in diesem Kontext, das Unternehmen bei der umfassenden Gefährdungsbeurteilung, die neben u.a. technischen, chemisch-physikalische auch die psychischen Belastungen berücksichtigt, zu beraten und zu unterstützen. Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse sind dabei die Basis für einen umsetzbaren Arbeits- und Gesundheitsschutz. Dazu werden erforderliche Grundlagen in der Normung dargestellt. Mit der DIN EN ISO 10075-1 als internationalem Standard werden Richtlinien der Arbeitsgestaltung hinsichtlich psychischer Belastung beschrieben. Sie ist im Arbeitsschutz eine bedeutende Grundlage für die Prüfung von Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitsaufgabe, Arbeitsmittel, physische und soziale Arbeitsumgebung). Eine Bewertung des Beanspruchungserlebens einzelner Mitarbeiter wird mit den gegenwärtigen Verfahren, die im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen eingesetzt werden, jedoch bislang nicht ermöglicht. Es werden lediglich Merkmale der Arbeitsbedingungen, aber nicht Eigenschaften bzw. Bewältigungsstrategien der Mitarbeiter beurteilt (Neuhaus 2009, S.7).

Mit dem Arbeitsschutzgesetz wurde 1996 die EU-Richtlinie 89/391/EWG „EU-Richtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit“ in Deutschland umgesetzt. Mit ihr wurde eine Neuorientierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf die Prävention

eingeleitet, nachdem bereits 1986 die Ottawa-Charta der WHO zur Weiterentwicklung der medizinischen Prävention und Gesundheitserziehung verabschiedet worden war. Ziele dieser Charta sind wie bereits beschrieben die Befähigung der Bevölkerung zu einem selbst bestimmten Umgang mit Gesundheit sowie die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten (WHO Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986). Sie ist eine bedeutende Grundlage für die betriebliche Gesundheitsförderung.

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst nach der Luxemburger Deklaration der Europäischen Union, die 1997 vom europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) verabschiedet wurde, „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheits- und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch die Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen (Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997/2007).

Die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wurde auch national im Sozialgesetzbuch (SGB) VII als Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung verankert. Die Unfallversicherungsträger können somit ergänzend zum Arbeitsschutz Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Nach § 20 SGB V sind auch die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern und zu deren Unterstützung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren verpflichtet. Zur Umsetzung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen den zuletzt 2008 aktualisierten „Leitfaden Prävention“ verfasst, der neben den Handlungsfeldern arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung und Suchtmittelkonsum auch die psychosozialen Belastungen hervorhebt. Hierbei wird die Notwendigkeit der Kooperation betriebsinterner und betriebsexterner Akteure ausdrücklich betont (Leitfaden Prävention – in der Fassung vom 02.08.2008 (korrigierte Fassung vom 20.10.2008). Das SGB IX legt den Vorrang der Prävention und die frühzeitige Bedarfserkennung (§3, §13 Abs.2) fest. Hierbei spielen die Arbeitswelt und der Betriebsarzt eine bedeutende zentrale Rolle (VDBW Leitfaden Betriebliches Gesundheitsmanagement 2009).

### 3.4.2. Wandel, Aufgaben und Perspektive der Arbeitsmedizin in der „Neuen“ Arbeitswelt

Der in den letzten Jahren tief greifende Strukturwandel in Gesellschaft und Arbeitswelt stellt die Betriebe und Betriebsärzte vor neue Herausforderungen und Belastungsschwerpunkte und erfordert einen Paradigmenwechsel in der Arbeitsmedizin. Der Fokus der „klassischen“ Arbeitsmedizin muss sich vom Gesundheitsschutz mit vorwiegender Betrachtung von Gefährdungsrisiken zur Gesundheitsförderung mit vorwiegender Betrachtung von Gesundheitsressourcen verlagern. Die Prävalenz und zunehmende Morbidität psychischer Störungen, steigende Anforderungen, der demografische Wandel mit längerer Lebensarbeitszeit und zu erwartendem Fachkräftemangel, verleihen der Gesunderhaltung und Motivation der Mitarbeiter einen höheren Stellenwert. Gesundheits- und Arbeitsschutz müssen immer mehr in Richtung psychosoziale Prävention erweitert werden und verlangen in der betriebsärztlichen Tätigkeit mehr Raum (Neuner & Peter 2008, Hasselhorn et al. 2002, Hinnen et al. 2001). Der Betriebsarzt als Mitgestalter im Prozess der Gesundheitsvorsorge wird zunehmend zum Projektmanager für Gesundheit im Betrieb (Panter 2007). Die betriebsärztliche Tätigkeit wird sich verstärkt auf psychologische Kenntnisse, Primärprävention, Gesundheitsförderung und betriebliche Gesundheitspolitik ausrichten müssen. Betriebliche Gesundheitsförderung muss dabei als Führungsaufgabe wahrgenommen werden und auf einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis beruhen.

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) definierte demnach 2005 die Arbeitsmedizin als „die medizinische, **vorwiegend präventiv** orientierte Fachdisziplin, die sich mit der Untersuchung, Bewertung, Begutachtung und Beeinflussung der Wechselbeziehungen zwischen Anforderungen, Bedingungen, Organisation der Arbeit einerseits sowie dem Menschen, seiner Gesundheit, seiner Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und seinen Krankheiten andererseits befasst.“ Für (betriebsärztlich) effektives Agieren ist eine qualifizierte Gefährdungsbeurteilung unverzichtbare Basis. Dabei müssen neben der Verhältnis- und Verhaltensprävention auch die individuellen Strukturen des Unternehmens berücksichtigt werden (Panter 2007). Das Zusammenwirken aller Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist erforderlich um dazu im betrieblichen Gesundheitsmanagement Maßnahmen festzulegen und umzusetzen. Bei der Umsetzung von Gefährdungsbeurteilungen in Bezug auf psychische Belastungen besteht jedoch noch deutlicher Handlungsbedarf. Ursachen dafür sind zum Beispiel Angst vor einer möglichen Stigmatisierung Betroffener und Verantwortlicher und sowie die anspruchsvolle und

methodisch problematische Ermittlung und Beurteilung der Risiken (Weinreich & Weigl 2011). Der Betriebsarzt nimmt eine Schnittstellenposition ein bei der Enttabuisierung, Thematisierung und Aufarbeitung psychischer Störungen, indem er Unternehmen, Führungskräfte und Mitarbeiter qualifiziert über Früherkennung, Symptome und Therapiemöglichkeiten psychischer Störungen informiert. Diese Aufgaben erfordern ein ganzheitliches Kompetenzprofil, das Kenntnisse in Anlehnung an das Curriculum der psychosomatischen Grundversorgung ebenso umfasst wie Erfahrungen in der Mediation, Gruppengesprächstechniken und Stressmanagement (Peschke 2010). In der arbeitsmedizinischen Weiterbildung vermittelte Grundkompetenzen werden durch das Knüpfen externer Netzwerke dabei fachlich adäquat unterstützt.

Neben der Vermittlung frühzeitiger adäquater Therapie zur Vermeidung von Chronifizierung und Prognoseverschlechterung psychischer Störungen ist zur Prävention und Beratung die Kooperation mit externen Therapeuten und Fachkliniken seitens der Betriebsärzte zu fördern. Der Betriebsarzt hat beim Ausbau der Netzwerke zum Beispiel eine koordinierende Funktion. Bei Führungskräften bestehen oft noch große Verunsicherung und Kompetenzdefizite im Umgang mit psychischen Störungen. Das Vorgesetztenverhalten ist jedoch bedeutend für die Entstehung psychischer Störungen (Hillert et al. 2012). Kompetente Vorgesetzte können (soziale Unterstützung, mitarbeiterorientierter Führungsstil) die Gesundheitsrisiken aufgrund psychischer Belastungen günstig beeinflussen (Stadler & Spieß 2005). Auch spielen sie im Rahmen der Prävention psychischer Erkrankungen eine bedeutende Rolle bei der Frühwahrnehmung und Identifikation möglicher psychischer Störungen. Um diese Kompetenzen zu entwickeln sind Führungskräftebildungen zu fördern (Limbacher & Wieland 2008). Der Betriebsarzt hat hier eine beratende, organisierende und koordinierende Funktion beim Ausbau interner und externer Netzwerke.

Angesichts der Prävalenz und steigender Morbidität durch psychische Störungen und deren negativen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Beschäftigten sowie die Produktivität der Unternehmen sind zur effektiven Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses die Identifikation und Förderung von betrieblichen (externen) Ressourcen **und** individuellen (internen) unabdingbar. Aufgabe des Betriebsarztes ist hierbei, die komplexen Zusammenhänge der salutogenetisch orientierten Gesundheitsförderung in den Betrieb zu transferieren und bekannt zu machen sowie die Blickrichtung des Gesundheitsmanagements zu erweitern. Er kann den Unternehmen verdeutlichen, dass betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur individuelle krankheitsverhütende Maßnahmen beinhaltet, sondern auch Maßnahmen zur

Betriebsorganisation (Organisationsentwicklung) und zum Betriebsklima. Standen bislang Gefahren und Belastungen im Zentrum des Interesses des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, so ist es jetzt auch die Gesundheit. Diese neue salutogenetisch orientierte Blickrichtung soll dabei die klassischen Belastungsanalysen ergänzen. Mit den Testverfahren nach DIN EN ISO 10075-3 (z.B. Kurzverfahren Psychische Belastung (KPB)), die im Rahmen von betrieblichen Gefährdungsbeurteilungen bezüglich psychischer Belastungen eingesetzt werden, werden lediglich Arbeits(umgebungs)bedingungen bezüglich psychischer Belastungen von betrieblichen Akteuren anhand eines Kriterienkataloges beurteilt. Die (individuellen) psychischen Beanspruchungen, die Einstellung bzw. Akzeptanz und Ressourcen der Belegschaft, die zum Beispiel bei Mitarbeiterbefragungen - wie in der vorliegenden Studie - erhoben und bewertet werden können, werden bislang nicht berücksichtigt.

Es gibt bislang nur wenige Daten, wie sich Industriearbeiter zur Psychotherapie motivieren lassen. Zur effektiven Gestaltung von betrieblicher Prävention und umfassender Gesundheitsförderung ist jedoch die Kenntnis der vorliegenden betriebspezifischen Gegebenheiten Grundvoraussetzung. Mit Kenntnis der psychischen Beanspruchung können gezielt Maßnahmen zur Aufklärung, zur (individuellen) Beratung, zum Vermeiden, zur Früherkennung, zur Therapiemotivation und zur frühzeitigen adäquaten Therapieeinleitung abgeleitet werden. Dazu sind auch die Kenntnis der Einstellung zur Psychotherapie und deren Akzeptanz im Betrieb erforderlich. Neben einer möglicherweise erforderlichen Enttabuisierung der Thematik „psychische Störungen“ kann auch hier im Rahmen von Aufklärung und Beratung die Therapiemotivation und frühzeitige Therapieeinleitung, zum Beispiel durch Auf- und Ausbau von Netzwerken, gefördert und umgesetzt werden. Mit der Kenntnis des Kohärenzgefühls im Betrieb können potentielle Widerstandsressourcen identifiziert und gefördert werden. Wie bereits beschrieben, gelten Führungsverhalten und soziale Unterstützung nach Weber und Hörmann (2007) als die wichtigsten Ressourcen, können aber auch als bedeutende Risikofaktoren für die psychosoziale Gesundheit angesehen werden. Führungskräftebildungen bezüglich „Psycho-sozialer Gesundheit“ haben demzufolge einen sehr hohen Stellenwert in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung.

Aufgrund der beschriebenen veränderten Anforderungen im Rahmen des Strukturwandels in Gesellschaft und Arbeitswelt, der zunehmenden gesamtgesellschaftlichen Prävalenz und Morbidität psychischer Störungen mit deren beschriebenen negativen Auswirkungen auf Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen, haben sich die Tätigkeitsprofile und die Perspektive werksärztlich tätiger Arbeitsmediziner verändert. Zur kompetenten

Beratung von Unternehmen und Mitarbeitern und zur effektiven Gestaltung betrieblicher Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bezüglich psychischer Störungen wurden in der vorliegenden Studie die nachfolgenden Fragestellungen untersucht.

## 4 Fragestellungen und Hypothesen

### I. Wie ist die psychische Beanspruchung in der Belegschaft eines Industriebetriebs?

Hypothese: Studien, die die Belastung und Beanspruchung von Schichtarbeitern geprüft haben, haben bei diesen Beschäftigten eine im Vergleich zur Normalbevölkerung höhere psychische Beanspruchung und eine höhere Morbidität bezüglich psychischer Störungen belegt (Struck et al. 2012, Rosenberg & Doghramji 2011, Jama 2004, Jansen et al. 2004, Pisarski et al. 2002).

Wir erwarten, dass dies auch für die Mitarbeiter in unserem Kollektiv zutrifft.

### II. Wie ausgeprägt ist der Kohärenzsinn bei Mitarbeitern eines Industriebetriebs und gibt es Unterschiede

#### a. zwischen deutschen und französischen Mitarbeitern?

Hypothese: Studien belegen, dass das Kohärenzgefühl kulturunabhängig ist. (Bowman 1996, Hood et al. 1996). Wir vermuten, dass dies auch in unserer Studie zutrifft.

#### b. zwischen Schichtarbeitern und Nichtschichtarbeitern?

Hypothese: Wissenschaftlich belegt finden sich Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und Beschäftigungsart. Angestellte haben höhere SOC-Werte als Arbeiter (Larsson & Kallenberg 1996, Lundberg 1997). Wir erwarten das auch in unserer Untersuchung.

#### c. in den Altersgruppen?

Hypothese: Schumacher et al. (2000a und 2000b) beschreiben auf der Basis einer 1998 in Deutschland durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Erhebung, dass der SOC alterskorreliert abnimmt. Wir gehen davon aus, dass sich die Mitarbeiter im untersuchten Industriebetrieb nicht von der deutschen Normalbevölkerung unterscheiden.

### III. Wie ist im Industriebetrieb die Einstellung zur Psychotherapie?

Hypothesen:

- a. Führungskräfte unterscheiden sich in ihrer Einstellung zur Psychotherapie von ihren Mitarbeitern. Studien belegen, dass Personen mit höherem Bildungsstand bzw. aus höheren sozialen Schichten weniger Angst haben, Vorbehalten zu

begegnen bei Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung (Neises et al. 2010).

- b. Jüngere Mitarbeiter sind therapieoffener, mehr motiviert und positiver eingestellt zur Psychotherapie. Ältere haben generell negativere Einstellungen (und Wissen) in Bezug auf Psychotherapie als jüngere Menschen (Currin et al 1998, Neises et al. 2010).

#### **IV.**

- a. Wie beurteilen die Führungskräfte des Unternehmens ein Seminar „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ (Evaluation)?**

Hypothese: Führungskräfte beurteilen das Seminar als gut.

- b. Welchen Effekt hat das Seminar auf die Einstellung der Führungskräfte (Vergleich vor und nach dem Seminar)?**

Hypothese: Die Einstellung zur Psychotherapie wird durch das Seminar günstig beeinflusst.

## 5 Material und Methoden

### 5.1 Untersuchungskonzept

#### 5.1.1. Studiendesign

Es handelt sich bei der vorliegenden Pilotstudie um eine Querschnittsuntersuchung unter Einbeziehung aller Mitarbeiter eines Industriebetriebs. Die Datenerhebung mittels Fragebögen erfolgte im Zeitraum vom 14.09.10 bis 20.06.11. Mit einem von Schmid-Ott et al. entwickelten Fragebogen in Kurzversion wurde die Einstellung zur Psychotherapie (FEP-K), mit der Kurzform des PHQ-D die psychische Beanspruchung und mit dem SOC-L9 die Ressourcen erfasst.

Eine Übersicht darüber, zu welchen Zeitpunkten bei welchen Stichproben die Daten mit den jeweiligen Fragebögen erfasst wurden gibt Tabelle 1:

**Tabelle 1:** Übersicht über die zu den verschiedenen Zeitpunkten befragten Stichproben und verwendeten Fragebögen

| Beschreibung<br>Messzeitpunkte   | befragte<br>Stichprobe   | verwendete<br>Fragebögen                  | erfasst werden   | beschrieben in                  |
|--|--|---|--|---------------------------------|
| vor Beginn des<br>Führungskräfte-seminars                                  | Führungskräfte<br>des<br>Industriebetriebs   | FEP-K                                     | Positive Einstellung<br>zur Psychotherapie<br>Stigmatisierungsangst  | 5.2.1                           |
| nach Seminarreihe und<br>betrieblichen<br>Aufklärungskampagnen             | alle Mitarbeiter<br>des<br>Industriebetriebs<br>(einschließlich<br>Führungskräfte) | FEP-K<br><br>Kurzform PHQ-D<br><br>SOC-L9 | Positive Einstellung<br>zur Psychotherapie<br>Stigmatisierungsangst<br><br>psychische<br>Beanspruchung<br><br>Kohärenzsinn | 5.2.1<br><br>5.2.2<br><br>5.2.3 |
| nach<br>Mitarbeiterbefragung<br>während Folgeseminar<br>für Führungskräfte | Führungskräfte<br>des<br>Industriebetriebs   | Evaluationsbogen<br>Seminar               | Bewertung des<br>Seminars  | 5.2.4                           |

### **5.1.2 Studienablauf und Stichprobenbeschreibungen**

In Anbetracht zunehmender Morbidität durch psychische Störungen mit ihren negativen Auswirkungen auf die Produktivität der Unternehmen und der gegenwärtigen demografischen Situation wurde seitens der Werksleitung des Industriebetriebs und dem betrieblichen Gesundheitszirkel, dem die Werksärzte als Experten für Gesundheit angehören, ein Projekt zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im Betrieb vereinbart. Die Projektplanung und -koordination erfolgte im Gesundheitszirkel unter der Federführung des Werksarztes. Zur Beratung und Unterstützung der geplanten Aktionen wurde eine Kooperation mit einer nahe gelegenen psychosomatischen Rehabilitationsklinik aufgebaut. Um Einblick in die betriebliche Situation und die betrieblichen Abläufe des Unternehmens zu bekommen fand für das Ärzte- und Psychologenteam der Fachklinik zunächst eine umfassende Werksbesichtigung mit Nachbesprechung statt. In einem nachfolgenden eintägigen Workshop unter Leitung dieses Teams wurde zum Thema „Einstieg in die psychische Gesundheit“ im Rahmen des monatlich stattfindenden Gesundheitszirkel, die weitere Vorgehensweise besprochen. Dem Gesundheitszirkel gehören neben den Werksärzten die Leitung der Kommunikationsabteilung, eine Physiotherapeutin, eine Gesundheitsmanagerin, ein Ergonom, die Personalleitung und weitere Personalverantwortliche (für die einzelnen Werksbereiche), ein Sicherheitsingenieur und Sicherheitsfachkräfte auch Mitglieder des Betriebsrates und der Schwerbehindertenvertretung an. Neben Aufklärungskampagnen im Betrieb wurden Führungskräftebildungen in der Rehabilitationsklinik zum Thema „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ vereinbart. Zur Früherkennung und -behandlung psychischer Störungen wurde im Rahmen dieser Kooperation zwischen der Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Arbeitsmedizinern und einem Industriebetrieb die vorliegende Pilotstudie durchgeführt. Die geplanten Aktionen und Datenerfassung mittels Fragebogenkatalog wurden innerbetrieblich von den Werksärzten mit Werksleitung, Führungskräften und Betriebsrat kommuniziert und abgestimmt. Im Rahmen einer Kick-off-Veranstaltung bei einer Betriebsversammlung wurde die Gesamtbelegschaft über die vorgesehenen Maßnahmen informiert. Interne und externe Netzwerke wurden von den Werksärzten aufgebaut bzw. ausgebaut.

Die Führungskräftebildungen zum Kennenlernen, zur Früherkennung und zum Thematisieren psychischer Störungen fanden in Ein-Tages-Seminaren in Kleingruppen von jeweils ca. 15 Teilnehmern an 5 Einzelterminen von September 2010 bis Januar 2011 statt. Vor Seminarbeginn wurden die Führungskräfte mit dem von Schmid-Ott entwickelten

Fragebogen zur Einstellung gegenüber Psychotherapie anonym befragt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden vor Seminarbeginn wieder zurückgegeben. Um von psychischen Störungen betroffenen Mitarbeitern früh Hilfs- und Therapieangebote anbieten zu können und sie einer rechtzeitigen adäquaten fachlichen Therapie zuzuführen, wurde intern beim werksärztlichen Dienst eine psychosomatische Sprechstunde durch den Werksarzt, der sich zwischenzeitlich auch im Rahmen der Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung fortgebildet hatte, eingerichtet. Nach extern wurden Kontakte zu niedergelassenen Psychotherapeuten geknüpft, um möglichst frühzeitig Betroffene in eine adäquate Therapie zu bringen. Im Rahmen der Kooperation mit der Rehaklinik wurde die Möglichkeit zur Erstdiagnostik und Therapieempfehlung im Rahmen einer einmaligen ambulanten Vorstellung ermöglicht.

Parallel dazu wurde die Mitarbeiterbefragung der Gesamtbelegschaft vom Werksarzt vorbereitet und innerbetrieblich mit Werksleitung, Führungskräften, Betriebsrat und Kommunikationsabteilung abgestimmt. Begleitend zu den Vorbereitungen fanden betriebliche Informationskampagnen bezüglich psychischer Störungen, z.B. Führungskräfteinformation, Artikel in der Firmenzeitung, Vorträge des Werksarztes in Betriebsversammlungen, Plakataktionen und Beiträge im Firmenfernsehen, statt. Die Befragung der Gesamtbelegschaft, einschließlich Führungskräfte, mit der Fragebogensammlung (soziodemografische Daten, FEP-K, Kurzform PHQ-D, SOC-L9) fand ab 28.03. bis 13.05.11 statt (siehe auch Kapitel Mitarbeiterbefragung 5.1.3).

Am 20.06.11 fand ein Führungskräfte-Folgeseminar im Werk unter Leitung des Chefarztes der psychosomatischen Fachklinik statt, um den Führungskräften zu ermöglichen u.a. noch offene Fragen zu klären und Fallbeispiele bzw. Problemfälle zu besprechen. Während dieser Veranstaltung wurde den anwesenden Führungskräften ein Evaluationsbogen zur Beurteilung des Gesamtseminars zum Ausfüllen ausgehändigt und anschließend wieder eingesammelt. Auch wurden erste Ergebnisse der Belegschaftsbefragung mitgeteilt.

Das Ablaufschema in Abbildung 2 stellt die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Aktionen im Überblick und in zeitlicher Reihenfolge dar.

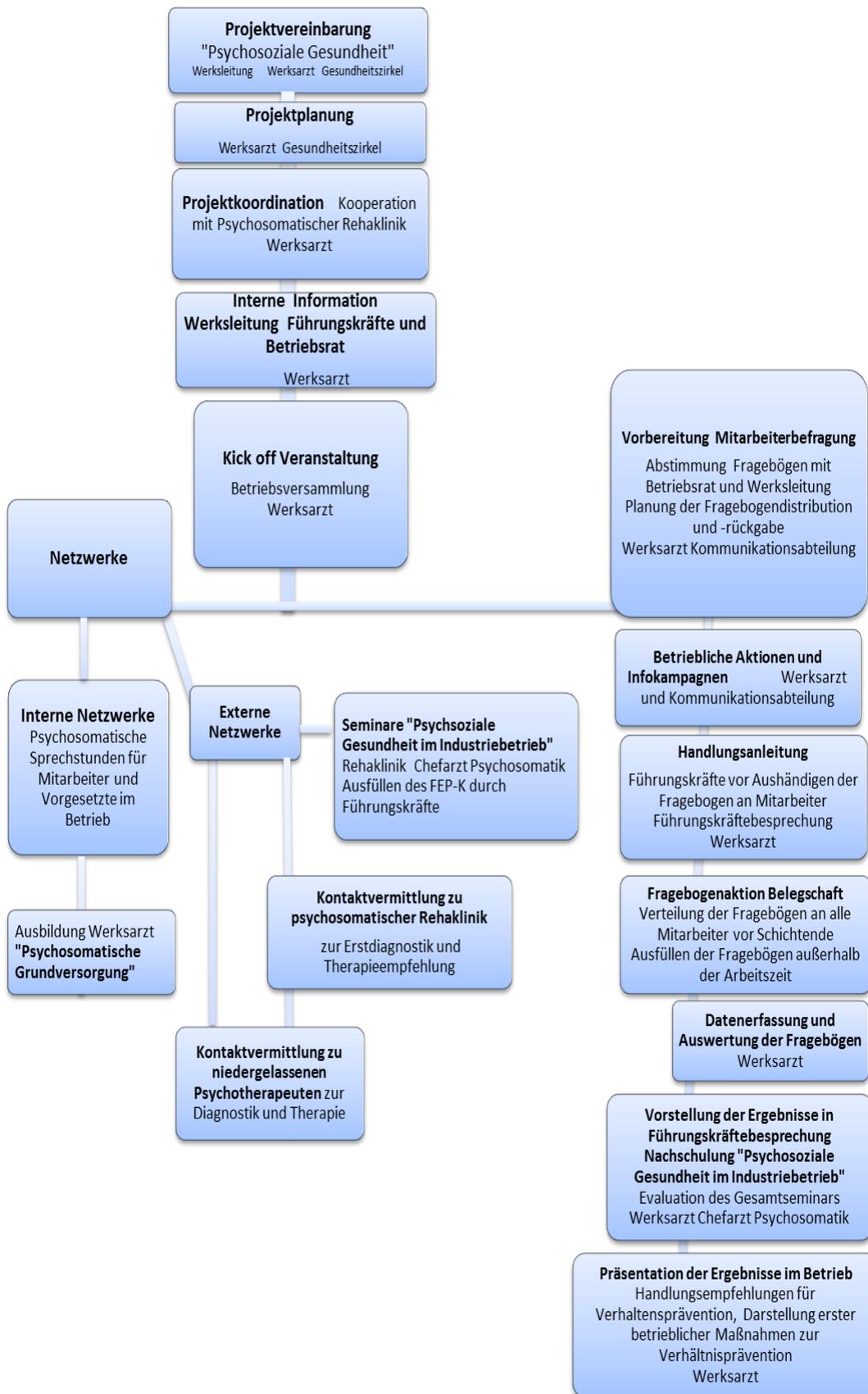


Abbildung 2 : Betriebliches Ablaufschema in zeitlicher Folge (von oben nach unten)

### **5.1.2.1 Führungskräftebefragung und Seminar „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“**

Führungskräfte sind verantwortlich für die Leistung ihrer Mitarbeiter. Psychische Belastungen und chronisches negatives Stresserleben sind Risikofaktoren für eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Entstehung psychischer Störungen. Führungskräfte tragen demnach Verantwortung für die (psychische) Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Sie haben neben Einfluss auf die Arbeitsorganisation auch direkten Einfluss auf die sozialen Umgebungsbedingungen der Zusammenarbeit und somit auf das Betriebsklima. Sie nehmen in der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter eine Pilotenrolle ein. Im Vorfeld der geplanten Mitarbeiterbefragung nahmen die Führungskräfte des Industriebetriebs an einem Seminar mit der Thematik „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ teil, um psychische Störungen vermeiden, kennen und (früh)erkennen zu lernen und Lerninhalte ihren Mitarbeitern vermitteln zu können. In Rollenspielen wurden sie geschult, Strategien zu entwickeln mit betroffenen Mitarbeitern adäquat zu kommunizieren und psychische Störungen zu thematisieren. Das Seminar fand statt in einer dem Industriebetrieb nahe gelegenen psychosomatischen Rehabilitationsklinik unter fachärztlicher Leitung in Kooperation mit Psychologen. In dem Seminar erlernten die Teilnehmer einführend Kenntnisse über die Bedeutung psychischer Krankheiten in der Arbeitswelt (z.B. Häufigkeit, arbeits- und sozialmedizinische Bedeutung, betriebswirtschaftliche Folgekosten etc.) und die Identifikation und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen. In Kleingruppenarbeit mit praktischen Übungen wurden Gesprächssituationen geübt und kommentiert. Abschließend wurden die Führungskräfte Kenntnisse über die salutogenetische Funktion von Arbeit, gesundheitsfördernden Führungsstil und Stressbewältigungsstrategien vermittelt. Insgesamt nahmen 79 (von 82) Führungskräfte an dem Seminar teil, das waren 96,3 % aller zu diesem Zeitraum im Betrieb beschäftigten Führungskräfte. Eingeschlossen wurden auch Mitglieder des Betriebsrates und des werksärztlichen Dienstes. Vor Seminarbeginn wurden, wie beschrieben in 5.1.2 alle Führungskräfte zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe befragt. Der Fragebogen war zuvor mit der Werksführung und dem Betriebsrat besprochen und abgestimmt worden. Da zum Befragungszeitpunkt nur sehr wenige weibliche (n=3) Führungskräfte unterschiedlicher Altersgruppen im Werk tätig waren, wurde aus Anonymitätsgründen seitens des Betriebsrats gefordert, auf die Angabe des Geschlechts bei der Datenerhebung zu verzichten und lediglich der Angabe der Altersgruppe zugestimmt. Auch sollten die Fragestellungen in dem von Schmid-Ott entwickelten Fragebogen zu Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe

auf Wunsch des Betriebsrates und der Personalleitung ausschließlich im Konjunktiv formuliert werden. Dieser Fragebogen war auch Bestandteil der Fragebogensammlung der nachfolgenden Befragung aller Mitarbeiter, bei der erneut auch alle Führungskräfte mit eingeschlossen wurden. Er wird dort beschrieben.

Insgesamt wurden 77 (97,5%) von 79 ausgehändigten Fragebögen ausgefüllt, alle Fragebögen konnten ausgewertet werden.

6 Monate nach dem letzten Seminartermin wurde den Seminarteilnehmern ein Folgeseminar angeboten. Dieses ist in Kapitel 5.1.2 beschrieben. Im Rahmen dieses Folgetermins erfolgte die Evaluation des Seminars, an der sich 44 (57,1%) Führungskräfte beteiligten.

### **5.1.2.2 Betriebliche Informationskampagnen**

Im Betrieb fanden vor der Mitarbeiterbefragung der Gesamtbelegschaft zahlreiche Informationskampagnen bezüglich der Thematik psychische Belastungen und Störungen statt. Zum Beispiel wurden vom Werksarzt im Rahmen der Betriebsversammlungen Vorträge über Epidemiologie, Symptome und Therapiemöglichkeiten psychischer Störungen sowie Präventionsmöglichkeiten gehalten. Auch wurden in der internen Firmenzeitung diesbezüglich vom Werksarzt Artikel verfasst. Gestützt wurden diese Aktivitäten durch Plakataktionen und Aushänge im Werk sowie Beiträge im Firmenfernsehen. Vor der Befragung der Gesamtbelegschaft wurden die bereits im Seminar geschulten Führungskräfte sowohl erneut über psychische Störungen, als auch über die Ablauforganisation der Befragung mündlich und schriftlich im Rahmen von betrieblichen Führungskräfteveranstaltungen informiert und beraten.

### **5.1.2.3 Mitarbeiterbefragung (Gesamtbelegschaft)**

Die Fragebogensammlung (ausführliche Beschreibung in Kapitel 5.2) wurde an alle im Betrieb beschäftigten Mitarbeiter ausgegeben. So konnten alle Tätigkeitsbereiche und -formen in Produktion und Verwaltung erfasst werden. Vor Ausgabe der Fragebögen wurden der Fragebogenkatalog mit der Werksführung und dem Betriebsrat abgestimmt und besprochen. Vom Betriebsrat wurde der Ausgabe der Bögen aus Bedenken bezüglich der Anonymität unter der Voraussetzung zugestimmt, dass bei den personenbezogenen, soziodemografischen Daten bei den Angaben zu Geschlecht, Alter und Nationalität die Möglichkeit, den Kennwert „keine Angabe“ zu machen, eingeräumt wurde. Zum

Befragungszeitpunkt waren 1410 Mitarbeiter im Werk beschäftigt. 1205 Mitarbeiter gehörten der Stammebelegschaft an, davon waren 1164 männlich und 41 weiblich. In der Verwaltung arbeiteten ca. 130 Personen, in der Produktion ca. 1075 Personen. Neben der Stammebelegschaft wurden auch zum Befragungszeitraum im Betrieb tätige Zeitarbeiter mit eingeschlossen. Zum Befragungszeitpunkt wurden 205 Zeitarbeiter beschäftigt, 184 davon männlich, 21 weiblich. Die grenznahe Lage des Betriebs erklärt den hohen Anteil französischer Mitarbeiter und machte einen Nationenvergleich möglich. Zuletzt arbeiteten 599 deutsche und 641 französische Mitarbeiter im Werk. Die Fragebögen wurden den Mitarbeitern persönlich von ihren Vorgesetzten überreicht. Zuvor waren die Führungskräfte erneut, wie bereits in Kapitel 5.1.2.2 beschrieben, bezüglich des Früherkennens und Thematisierens psychischer Störungen im Rahmen einer Führungskräfteveranstaltung vom Werksarzt geschult worden und eine Handlungsanleitung über den Ablauf der Fragebogenaktion war besprochen und ausgegeben worden. Begleitend dazu wurden in allen Bereichen des Werkes diesbezüglich auch Informationen für die Mitarbeiter ausgehängt und ein Informationsfilm bezüglich der Thematik psychische Störungen im Firmenfernsehen eingespielt. Die Fragebögen wurden zusammen mit dem Lohnzettel vor Schichtende vom Vorgesetzten direkt an die Mitarbeiter ausgehändigt. Aus betrieblichen Gründen wurden die Fragebögen außerhalb der Arbeitszeit ausgefüllt, da das Ausfüllen der Fragebögen pro Mitarbeiter auf ca. 20 Minuten Dauer geschätzt wurde und ein Ausfüllen während der Arbeitszeit folglich als zu zeit- und somit zu kostenintensiv angesehen wurde. Die Rückgabe der Bögen erfolgte streng anonym mit in allen Werksbereichen aufgestellten Urnenbehältnissen und als zusätzliche Möglichkeit über die Hauspost anonym an den Werksärztlichen Dienst über einen Zeitraum von 6 Wochen (Kalenderwoche 13/2011 bis Kalenderwoche 18/ 2011, 28.3.-13.5.2011). 204 Fragebögen waren im Rücklauf, 198 davon konnten ausgewertet werden. Die Teilnahme wurde von der Kommunikationsabteilung im Hinblick auf die Freiwilligkeit der Beteiligung, auf die Zeitinvestition außerhalb der Arbeitszeit und die Einbeziehung **aller** Mitarbeiter als durchaus gut bewertet im Vergleich zu anderen betriebsinternen Befragungen.

## **5.2 Erhebungsinstrumente**

Die Datenerfassung erfolgte zu drei verschiedenen Zeitpunkten mit den nachfolgend beschriebenen Erhebungsinstrumenten. Der von den Führungskräften vor Seminarbeginn ausgefüllte Fragebogen bestand aus zwei Teilen. In einem Anschreiben wurde erklärt, dass die Befragung erfolgt, um als Hilfsmittel für die Gesundheitsförderung zu dienen und es wurde auf die Anonymität bei der Auswertung hingewiesen. Außerdem wurde das Alter der Führungskräfte (Altersintervalle) erfragt. Der zweite Teil bestand aus dem Fragebogen zur Erfassung der Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP-K) in einer vom Autoren Schmid-Ott persönlich zur Verfügung gestellten Kurzversion. Er wird in Kapitel 5.2.1 ausführlich beschrieben.

Der zur Mitarbeiterbefragung eingesetzte Fragebogenkatalog bestand aus drei Anteilen. Im ersten Teil, dem Anschreiben, wurde den Mitarbeitern erklärt, warum die Befragung als Hilfsmittel zur Ableitung betrieblicher Maßnahmen relevant ist. Es wurde auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymität der Auswertung hingewiesen. Im zweiten Abschnitt wurden personenbezogene bzw. soziodemografische Merkmale anonym erfragt. Neben Geschlecht, Alter, Nationalität und Bildungsabschluss wurden auch tätigkeitsbezogene Faktoren, wie Tätigkeitsbereich (z.B. Produktion/Verwaltung und berufliche Position), Bereich des Arbeitsplatzes im Betrieb, Schichtarbeit und Schichtsystem sowie Zeitarbeit erfragt. Der dritte Teil umfasste drei standardisierte Fragebögen zur Erfassung der Einstellung zur Psychotherapie (FEP-K), zur Erfassung der psychischen Beanspruchung (Kurzform PHQ-D) und zur Identifikation von Ressourcen (SOC-L9). Diese drei Fragebögen werden nachfolgend in der Reihenfolge, wie sie in dem Fragebogenkatalog aufgeführt sind, ausführlich beschrieben. Mit dem Evaluationsbogen zur Bewertung des Führungskräfte-seminars wurden die Führungskräfte anonym nach der Beurteilung des gesamten Schultages „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“, der Vorträge, der praktischen Gesprächsführungsübungen und der Relevanz der Thematik befragt.

### **5.2.1 Fragebogen Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP-K)**

Die Akzeptanz der Psychotherapie ist im Vergleich zu somatischen Behandlungen häufig deutlich geringer. Mit dem von Schmid-Ott et al. (2003) entwickelten Fragebogen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP) wurde ein empirisch fundiertes Instrument entwickelt, die Einstellungen von „Gesunden“ bzw.

(psycho)somatischen Patienten gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe ökonomisch zu bestimmen. Der FEP liegt in zwei Versionen vor. In der Originalfassung bestätigten die Items- und Faktorenanalyse die folgenden 4 Dimensionen mit jeweils 5 Items:

- 1) Kompetenz von Psychotherapeuten („Kompetenz“),
- 2) antizipiertes kritisches Urteil anderer, z.B. Zustimmung oder psychosoziale Isolierung im Kontext der eigenen Psychotherapie („antizipiertes Urteil“)
- 3) generelle Einstellung gegenüber Psychotherapie („generelle Einstellung“ und
- 4) konkrete Akzeptanz für sich selbst („Akzeptanz“) (Schmid-Ott et al. 2003).

Der von Schmid-Ott et al. entwickelte Fragebogen „Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe“ wurde persönlich vom Autoren Schmid-Ott in einer Kurzversion von 2004 zur Verfügung gestellt. Insgesamt umfasst diese Kurzversion 11 Items in einer Zweidimensionenlösung.

1. Die Dimension positive Einstellung gegenüber Psychotherapie (FEP 1) enthält 6 Items und umfasst Aussagen über positive Auswirkungen einer Psychotherapie bei seelischen Krisen und die Kompetenz von Psychotherapeuten (Range 1- 4).
2. Die Dimension Akzeptanz der Gesellschaft (FEP 2) umfasst 5 Items und beschreibt verschiedene Aspekte einer potenziellen sozialen Isolierung bei der Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. Hohe Werte in dieser Skala entsprechen einer großen Angst im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung stigmatisiert zu werden (Range 1-4).

(Schmid-Ott, persönliche Mitteilung, Ditte et al. 2006, Rehme 2003, Reibold 2003 , Schmid-Ott et al. 2004). Die 11- Itemversion mit den beiden beschriebenen Dimensionen ist für nicht-klinische Stichproben geeigneter als die eingangs beschriebene Forschungsversion (Schmid-Ott et al. 2003, Callies et al. 2007). Item 10 wurde entsprechend den Angaben des Autors invers kodiert.

### **5.2.2. Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)**

Der „Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D (Prime MD Patient Health Questionnaire) ist ein Screeninginstrument, mit dem in Kombination mit dem ärztlichen Gespräch valide eine Diagnostik psychischer Störungen ermöglicht werden kann. Er liegt in einer Komplettversion (78 Items) und in einer Kurzform (15 Items) vor. Beide Versionen sind mehrfach validiert (Kroenke et al. 2001) und liegen in deutscher Übersetzung vor (PHQ-D) (Löwe et al. 2002). Die in der vorliegenden Studie eingesetzte Kurzversion des PHQ-D erfasst depressive Störungen, die Panikstörung und die psychosoziale Funktionsfähigkeit. Sie beinhaltet neben dem Depressionsmodul (9 Items) ein gekürztes Panikmodul (5 Items) sowie eine Frage zur Funktionseinschränkung. Neben der kategorialen Diagnostik psychischer Störungen können anhand der kontinuierlichen Diagnostik Schweregrade des Bereichs Depressivität gebildet werden.

Die Auswertung des PHQ-D erfolgt nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (bei depressiven Störungen auch ICD-10). Es müssen dabei pro Modul jeweils eine vorgegebene Anzahl von Symptomen, die in den einzelnen Items erfragt werden, identifiziert bzw. diagnostiziert werden. Als Screeninginstrument für psychische Störungen ist der PHQ-D von Vorbefunden unabhängig. Da die diagnostischen Angaben ausschließlich auf den Selbstangaben des Patienten beruhen, müssen die Fragebogendiagnosen durch ein ärztliches Gespräch geprüft und ergänzende anamnestische Angaben eingeholt werden, um eine zuverlässige Psychodiagnostik zu ermöglichen. Zur Kategorisierung auf Syndromebene wird bei der Auswertung der Kurzform des PHQ-D der in Tabelle 3 aufgeführte Auswertungsalgorithmus eingesetzt.

**Tabelle 3:** Auswertungsalgorithmus für die kategoriale Auswertung PHQ-D- Kurzform (nach Kroenke et al. 2001)

| Syndrom<br>(ICD-10-Diagnosen)   | Items           | Algorithmus  |
|---|-----------------|--|
| <b>Andere depressive Syndrome (And Dep Syn)</b><br>(F32.9 nicht näher bezeichnete depressive Episode<br>F33.9 nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung<br>F34.1 Dysthymia)                                     | 12.1.-<br>12.9. | Zwei, drei oder vier der Fragen von Item 12.1.-12.9. sind „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet, unter diesen befindet sich die Frage zu Item 12.1. oder Item 12.2.. Die Frage zu Item 12.9. wird auch dann mitgezählt, wenn sie mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist. |
| <b>Major Depressives Syndrom (Maj Dep Syn)</b><br>(F32 Depressive Episode (erstmals) (F32.0 leicht, F32.1 mittelgradig, F32.2 schwer)<br>F33 rezidivierende depressive Episode (F33.0 leicht, F33.1 mittelgradig, F33.2 schwer) | 12.1.-<br>12.9. | Fünf oder mehr der Fragen von Item 12.1.-12.9. sind „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet, unter diesen befindet sich die Frage zu Item 1 oder Item 2. Die Frage zu Item 12.9. wird auch dann mitgezählt, wenn sie mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist.               |
| <b>Paniksyndrom (Pan Syn)</b><br>(F41.0 Panikstörung)   | 13.1.-<br>13.5. | Alle Fragen zum Thema „Angst“ (Items 13.1.-13.5.) sind mit „Ja“ beantwortet.   |

Zur dimensionalen Erfassung (z.B. zur Verlaufskontrolle und Beurteilung des Therapieeffektes) werden anders als bei der kategorialen Diagnostik Skalensummenwerte aufgrund der numerischen Bewertung der einzelnen Items gebildet, mit denen Schweregrade ermittelt werden können (Löwe et al. 2002). Der Summenwert „Depressivität“ kann unter Verwendung der 9 Items des Depressionsmoduls berechnet werden. Dazu werden den Antwortkategorien Punktwerte von 0-3 zugewiesen. Einen Überblick über die Einteilung der Schweregrade depressiver Symptomatik zeigt Tabelle 4. Bei Patienten mit Major Depression ist ein Punktwert von 10 und höher zu erwarten (Kroenke et al. 2001).

**Tabelle 4:** Skalensummenwert „Depressivität“ (dimensionale) Auswertung PHQ-D-Kurzform (nach Kroenke et al. 2001)

| Berechneter Skalensummenwert | Schweregrad depressive Symptomatik            |
|------------------------------|---|
| 0-4                          | fehlende bzw. minimale depressive Symptomatik |
| 5-9                          | milde depressive Symptomatik                  |
| 10-14                        | mittelgradige depressive Symptomatik          |
| 15-19                        | ausgeprägte depressive Symptomatik            |
| 20-27                        | schwerste depressive Symptomatik              |

### 5.2.3 Sense of Coherence Scale (SOC-Skala) – Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)

Im Zentrum des Salutogenese-Modells von Antonovsky steht das Konzept des Kohärenzgefühls (sense of coherence, SOC). Es wird definiert als eine „globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

(Antonovsky 1979, übersetzt ins Deutsche von Franke 1997). Diese generelle Einstellung und Lebenshaltung wird als Bewältigungsressource verstanden, die die Widerstandskraft gegenüber Stressoren erhöht und somit als Ressource zur Gesunderhaltung gesehen.

Die Sense of Coherence Scale (SOC) dient in klinischen und epidemiologischen Studien der Erfassung des Kohärenzgefühls. Sie liegt derzeit in drei Versionen vor (SOC-29, SOC-13 und

SOC-L9). Mit den beiden erstgenannten SOC-Versionen wird das Kohärenzgefühl anhand der drei Subskalen „Verstehbarkeit“ („comprehensibility“, siehe (1)), „Handhabbarkeit“ („manageability“, siehe (2)) und „Sinnhaftigkeit“ („meaningfulness“, siehe (3)) erfasst. Entgegen den von Antonovsky postulierten oben genannten drei Subskalen erfasst der von Schumacher et al. (2000a) entwickelte „Sense of Coherence Scale - Leipziger Kurzform“ (SOC-L9) das Kohärenzgefühl als eindimensionalen Wert, enthält aber 9 Items, die die drei Subskalen repräsentieren (Abel et al. 1995). Nach Schumacher et al. (2000b) ist die eindimensionale Kurzsкала SOC-L9 ein reliables und valides Meßinstrument, das eine ökonomische Erfassung des Kohärenzgefühls (z.B. Zeitaufwand bei der Datenerfassung) ermöglicht und stärker als andere SOC - Skalen die von Antonovsky als zentrale Komponente des Kohärenzgefühls bezeichnete Sinnhaftigkeit repräsentiert (Antonovsky 1987). Da die die SOC-Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ hoch miteinander korrelieren und sich faktorenanalytisch nicht reproduzieren lassen, sollte nach Schumacher et al. (2000b) ausschließlich **ein** SOC-Gesamtscore für die Auswertung des SOC-L9 eingesetzt werden. Der Skalenscore ergibt sich als Summenwert der Itemrohwerte. Für alle Items wird eine siebenstufige Antwortskala (1-7) angegeben, wobei einige Items vor Berechnung umgepolt werden müssen (Item 2, Item 3, Item 5 und Item 8). Für die SOC-L9 Skala liegen Prozentrang-Normen vor, die auf einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung von 1998 basieren (Schumacher et al. 2000). Ein höheres Kohärenzgefühl geht einher mit weniger subjektiven Beschwerden, weniger somatoformen Symptomen und geringeren Beeinträchtigungen des Alltagslebens (Schumacher et al. 2000a). Auch gibt es Hinweise, dass das Kohärenzgefühl positive Indikatoren des Wohlbefindens erfasst (Antonovsky 1993b) und Korrelationen zum Alter aufweist (alterskorrelierte Abnahme des SOC) (Schumacher et al. 2000b).

#### **5.2.4 Fragebogen Evaluation zum Schulungstag „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb**

Mit diesem selbst entwickelten Erhebungsbogen wurden die Führungskräfte während des Folgeseminars nach Ablauf des Führungskräfte-seminars und der Gesamtmitarbeiterbefragung gebeten, den Schulungstag „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ zu bewerten. Nach der Angabe des Arbeitsbereichs (z.B. Verwaltung/Produktion/andere) und Geschlechtsangabe wurden 5 Items erfragt. Neben der Gesamtbewertung des Schulungstages wurden die Vorträge, die praktische Übungen zur Gesprächsführung, die Relevanz der

Thematik und die Didaktik mit einer fünfstufigen Skala bewertet (1=sehr gut bis 5=mangelhaft bzw. bei Relevanz 1=Thema für mich sehr relevant bis 5=Thema nicht relevant).

### **5.3 Statistische Auswertung**

Die Daten wurden zunächst in eine Excel-Datei und eine Datei mit SPSS-Format übertragen. Nicht beantwortete Fragen oder mehrfach beantwortete Fragen wurden als fehlende Werte „missing items“ (keine Kodierung) behandelt. Die Datenanalyse erfolgte computergestützt mit dem Programm SPSS für Windows, Version 18.0. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p < 0,05$  festgelegt, was einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% entspricht. Der Schwerpunkt der Studie lag entsprechend dem Studiendesign auf deskriptiv-statistischen Verfahren. Zur Beschreibung der mit den in 5.2 beschriebenen Fragebögen erfassten Daten wurden Summenmittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe und der untersuchten Teilgruppen berechnet. Weiterhin wurde die Häufigkeit der Merkmalsträger (z.B. bei depressiven Störungen und Paniksyndrom) berechnet. Außerdem wurden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Fragebogenskalen und dem Kennwert Alter berechnet. Als statistisches Maß wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson eingesetzt.

Einheitliche Richtlinien zur Bewertung des Korrelationskoeffizienten gibt es in der Literatur nicht. r-Werte (Korrelationskoeffizienten) wurden in der vorliegenden Studie wie folgt bewertet:

bis 0,2 sehr geringe Korrelation,

bis 0,5 geringe Korrelation,

bis 0,7 mittlere Korrelation,

bis 0,9 hohe Korrelation und

über 0,9 sehr hohe Korrelation.

Stichprobenvergleiche wurden mit T-Test für unabhängige Stichproben dargestellt. Vergleiche zwischen kategorialen Variablen wurden mit Chi-Quadrat-Tests gerechnet. Zur

Untersuchung, ob die Häufigkeitsverteilung bezüglich Merkmalen sich innerhalb von Stichproben unterscheidet (z.B. depressives Syndrom bei Schichtarbeitern und Nichtschichtarbeitern) wurde ein 4-Felder- $\chi^2$ -Test gerechnet. Um Gruppenunterschiede und Einflüsse zwischen Variablen zu rechnen, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) eingesetzt.

## **6 Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt. Nach der Beschreibung des Probandenkollektivs werden die Resultate bezogen auf die formulierten Fragestellungen bzw. Hypothesen und in deren Reihenfolge formuliert.

### **6.1 Soziodemographische Daten Gesamtkollektiv Mitarbeiterbefragung**

Das Probandenkollektiv der Mitarbeiterbefragung umfasste insgesamt 198 Personen. Zum Befragungszeitpunkt waren insgesamt 1410 Personen im Werk beschäftigt, davon waren 1348 (95,6 %) männlich und 62 (4,4%) weiblich. 1205 (85,5%) Mitarbeiter gehörten der Stammebelegschaft an, 205 (14,5%) Personen waren in Zeitarbeit beschäftigt. In der Stammebelegschaft waren 1164 (96,6%) männliche und 41(3,4%) weibliche Mitarbeiter beschäftigt, bei den Zeitarbeitern waren 184 (89,8%) männlich und 21 (10,2%) weiblich). In der Belegschaft arbeiten zuletzt 599 (42,5 %) deutsche und 641 (45,5 %) französische Mitarbeiter, ca. 130 (9,2%) Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung in der Verwaltung beschäftigt (Angestellte), ca. 1280 (90,2 %) im Produktionsbereich (1075 Mitarbeiter der Stammebelegschaft und 205 Zeitarbeiter) tätig. Zuletzt arbeiteten 83,8 % der zur Stammebelegschaft angehörigen gewerblich tätigen Mitarbeiter und alle Zeitarbeiter in Schichtarbeit. Zur Altersstruktur der Belegschaft konnte seitens des Unternehmens keine differenzierte Aussage gemacht werden, das Durchschnittsalter der Belegschaft wurde zuletzt mit 45 Jahren angegeben. Ein Überblick über die soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe, die sich an der Befragung des Gesamtkollektivs beteiligte gibt Tabelle 5. Der Nationenvergleich zwischen den deutschen und französischen Mitarbeitern war nicht primär vorgesehen, bot sich aber aufgrund der Zusammensetzung des Gesamtkollektivs der teilnehmenden Stichprobe im grenznahen Bereich an.

Wegen Bedenken gegenüber der Anonymität der Mitarbeiter stimmte der Betriebsrat des Industriebetriebs der Erhebung der personenbezogenen Daten nur unter der Voraussetzung zu, dass die Möglichkeit eingeräumt wurde bei Geschlecht, Alter und Nationalität keine Angabe als Kennwert anzugeben. Dieser Kennwert „keine Angabe“ wurde bei den entsprechenden Fragestellungen nicht in die Berechnung mit einbezogen.

**Tabelle 5:** Stichprobenbeschreibung Teilnehmer Befragung Gesamtkollektiv (n=198)

| <b>Variable</b> | <b>Kennwert</b>      | <b>Probanden % (n)</b> |
|-----------------|----------------------|------------------------|
| Geschlecht      | - männlich           | 79,3 % (157)           |
|                 | - weiblich           | 14,6 % (29)            |
|                 | - keine Angabe       | 5,1 % (10)             |
|                 | - missing value      | 1,0 % (2)              |
| Alter           | - 20-29 Jahre        | 13,6 % (27)            |
|                 | - 30-39 Jahre        | 19,2 % (38)            |
|                 | - 40-49 Jahre        | 19,7 % (39)            |
|                 | - 50-59 Jahre        | 37,9 % (75)            |
|                 | - 60 Jahre und älter | 2,0 % (4)              |
|                 | - keine Angabe       | 5,0 % (10)             |
|                 | - missing value      | 2,5 % (5)              |
| Schichtarbeit   | - ja                 | 36,9 % (73)            |
|                 | - nein               | 55,5 % (110)           |
|                 | - missing value      | 7,6 % (15)             |
| Nationalität    | -deutsch             | 57,1 % (113)           |
|                 | -französisch         | 33,3 % (66)            |
|                 | -andere Nationalität | 1,0 % (2)              |
|                 | -keine Angabe        | 5,0 % (10)             |
|                 | -missing value       | 3,5 % (7)              |

## **6.2 Psychische Beanspruchung**

### **6.2.1 Depressivität**

Die Depressivität des befragten Gesamtkollektivs wurde mit dem Mittelwert und der Standardabweichung der Summenwerte der 9 Items der Kurzform des PHQ-D Fragebogens (Range 0-3) kontinuierlich ausgewertet. Rief et al. (2004) beschreiben für die Subskala Depressivität normative Daten einer repräsentativen deutschen Bevölkerungstichprobe als Mittelwerte mit Standardabweichung der Depressionssummenwerte. Vergleicht man die Skalenwerte von Depressivität der befragten Gesamtstichprobe mit denen der repräsentativen

Bevölkerungsstichprobe, so zeigten sich hoch signifikant höhere Werte im befragten Kollektiv hinsichtlich Depressivität. 36,9 % des befragten Gesamtkollektivs waren in Schichtarbeit, 55,5 % waren nicht in Schichtarbeit beschäftigt (7,6 % missing values).

Im Vergleich zur Normwertstichprobe zeigten sich auch sowohl bei den Schichtarbeitern als auch bei den Nichtschichtarbeitern hoch signifikant höhere Werte in der Depressionsskala. Der Mittelwert lag in der Normwertrangskala des PHQ nach Rief et al. (2004) bei unserer befragten Gesamtstichprobe zwischen der 75. und 80. Perzentile, bei den Schichtarbeitern zwischen der 80. und 90. Perzentile und bei den Nichtschichtarbeitern zwischen der 60. und 70. Perzentile. Vergleicht man unsere Mittelwerte mit den Prozenträngen für Männer der Normwertskala lag in der befragten Gesamtstichprobe der Mittelwert zwischen Prozentrang 80 und 90 bei den 45-54jährigen Männern bzw. zwischen Prozentrang 75 und 80 bei den 55-64jährigen Männern (nach Rief et al. 2004). Bei den befragten Schichtarbeitern lag der Wert zwischen Prozentrang 80 und 90 bei den 45-54jährigen Männern bzw. zwischen Prozentrang 80 und 90 bei den 55-64jährigen Männern. Bei den nicht in Schichtarbeit befragten Beschäftigten lag der Wert zwischen PR 75 und 80 bei den 45-54jährigen Männern bzw. zwischen PR 60 und 70 bei den 55-64jährigen Männern.

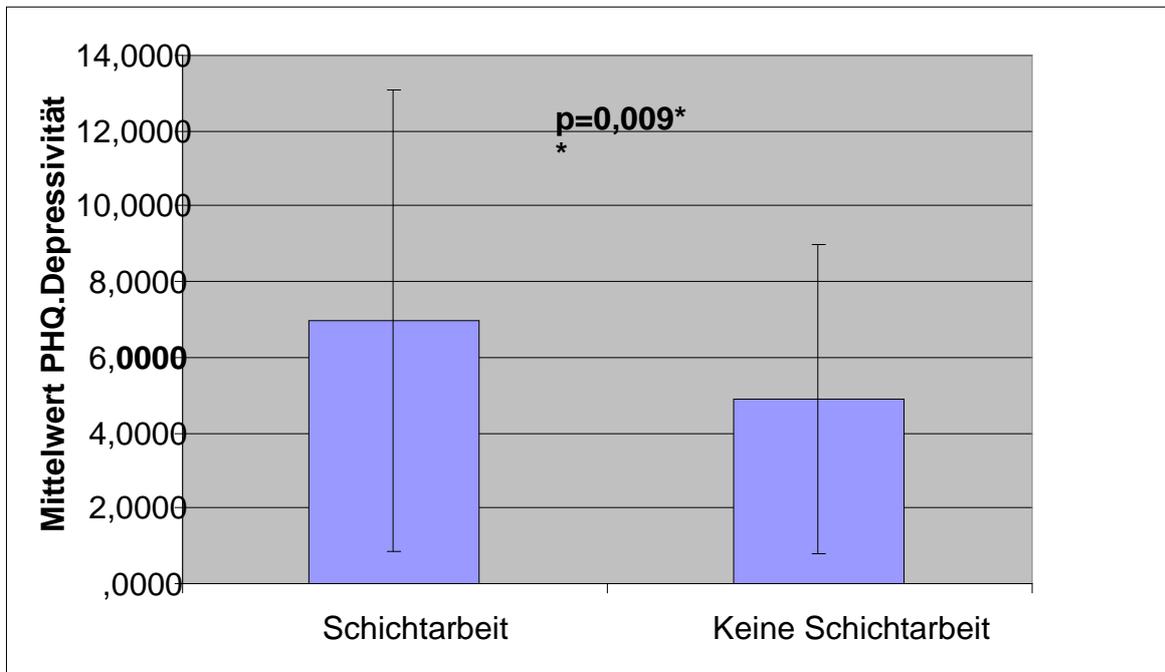
**Tabelle 5:** Vergleich der Mittelwerte und der Standardabweichungen der PHQ-D 9 Skalen mit denen der repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe (Rief et al. 2004) mit Unterschiedsmaßen

|                                       | <b>Gesamtstichprobe<br/>n = 191</b> |                        | <b>Schichtarbeit<br/>n = 69</b> |                        | <b>Keine Schichtarbeit<br/>n = 109</b> |                        | <b>Normwerte<br/>(Rief et al.)<br/>n = 2066</b> |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|--|------------------------|---|
|                                       | <b>MW<br/>(SD)</b>                  | <b>p°<br/>(T-Wert)</b> | <b>MW<br/>(SD)</b>              | <b>p°<br/>(T-Wert)</b> | <b>MW<br/>(SD)</b>                     | <b>p°<br/>(T-Wert)</b> | <b>MW<br/>(SD)</b>                              |
| <b>Depressivität<br/>(Summenwert)</b> | 5,70<br>(5,06)                      | <0,001***<br>(-14,96)  | 6,94<br>(6,11)                  | <0,001***<br>(-20,91)  | 4,90<br>(4,10)                         | <0,001***<br>(-10,53)  | 3,56<br>(4,08)                                  |

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau

° Die p-Werte beziehen sich auf die Unterschiede zu entsprechenden Werten der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe

Schichtarbeiter waren im Vergleich zu ihren nicht in Schichtarbeit beschäftigten Kollegen signifikant stärker von Depressivität betroffen ( $p = 0.009^{**}$ ). Der Mittelwert bei der Depressivität lag über dem der nicht in Schichtarbeit Beschäftigten (siehe auch Abbildung 3).



**Abbildung 3:** Depressivität mit Schichtarbeit und ohne Schichtarbeit (Mittelwert und Standardabweichung aus den Summenwerten des PHQ-D Kurzform (kontinuierliche Auswertung) mit Schichtarbeit (MW 6,94±6,11) und ohne Schichtarbeit (MW4,90±4.10), mit Unterschiedsmaß  $p = 0,009^{**}$

Depressivität war positiv mit dem Alter korreliert. Ältere Mitarbeiter zeigten eine signifikant höhere psychische Belastung ( $r = 0,180$ ,  $p = 0,008^{**}$ ) (siehe auch Abbildung 7 Depressivität und Stigmatisierungsangst in den Altersklassen in Kapitel 6.4.3). Im Nationalitätenvergleich zeigten sich zwischen deutschen und französischen Mitarbeitern bezüglich Depressivität keine signifikanten Unterschiede. Bei den französischen Mitarbeitern lag der MW (5,76±5,23) gering über dem ihrer deutschen Kollegen (MW (5,51±5,07)).

## 6.2.2 Depressive Syndrome und Panik

Das Depressionsmodul (PHQ-D 9) kann neben der dimensionalen Auswertung auch kategorial ausgewertet werden. Zur Klassifizierung einer Panikstörung müssen alle 5 Items des Panikmoduls positiv beantwortet werden. Die kategorialen Auswertungsalgorithmen des Depressionsmoduls und des Panikmoduls, die zur Klassifizierung des Depressions- und des Panikmoduls in der vorliegenden Studie verwendet werden, sind im Abschnitt 5.2.2 und im Manual und Kurzmanual des PHQ-D beschrieben (Loewe et al. 2002b).

Depressive Syndrome wurden entsprechend der Anleitung im Manual zur Auswertung der Kurzform des PHQ-D kategorial ausgewertet. Depressive Syndrome wurden kodiert, wenn 2, 3, 4, 5 oder mehr der Fragen der Items 1-9 mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und die Fragen der Items 1 oder 2 darunter sind (Item 9 wurde auch mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ angegeben wurde. Major Depression wurde kodiert, wenn 5 und mehr Fragen der Items 1-9 mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und die Fragen der Items 1 oder 2 darunter sind (Item 9 wurde auch mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ angegeben wurde).

Im Gesamtkollektiv (n = 198) waren 15,65 % (31) Befragte von einem depressiven Syndrom, darunter 17 von einer Major Depression betroffen. In Tabelle 6 wird die soziodemografische Struktur der von einem depressiven Syndrom (inklusive Major Depression) Betroffenen im Vergleich zu den nicht Betroffenen gegenübergestellt.

**Tabelle 6:** Stichprobenbeschreibung Mitarbeiter mit depressivem Syndrom und Mitarbeiter ohne depressives Syndrom

| <b>Variable</b> | <b>Kennwert</b>       | <b>Von depressivem Syndrom betroffene Mitarbeiter (n= 31)</b> | <b>Mitarbeiter ohne depressives Syndrom (n=165)</b> |
|-----------------|-----------------------|---|---|
| Geschlecht      | - männlich            | 90,3 % (28)   | 77,6 % (128)  |
|                 | - weiblich            | 9,7 % (3)   | 15,2 % (25)   |
|                 | - keine Angabe        | (0)   | 6,1 % (10)  |
|                 | - missing value       | (0)   | 1,2 % (2)   |
| Nationalität    | - deutsch             | 54,8 % (17)   | 58,2 % (96)   |
|                 | - französisch         | 38,7 % (12)   | 31,5 % (52)   |
|                 | - andere Nationalität | 3,2 % (1)   | 0,6 % (1)   |
|                 | - keine Angabe        | (0)   | 7,9 % (13)  |
|                 | - missing value       | 3,2% (1)  | 1,8 % (3)   |
| Alter           | - 20-29 Jahre         | 6,4 % (2)   | 15,2 % (25)   |
|                 | - 30-39 Jahre         | 6,4 % (2)   | 21,8 % (36)   |
|                 | - 40-49 Jahre         | 19,3 % (6)  | 19,4 % (32)   |
|                 | - 50-59 Jahre         | 61,3 % (19)   | 33,3 % (55)   |
|                 | - 60 Jahre und älter  | (0)   | 2,4 % (4)   |
|                 | - keine Angabe        | 3,2 % (1)   | 5,5 % (9)   |
|                 | - missing value       | 3,2 % (1)   | 2,4 % (4)   |
| Schichtarbeit   | - ja                  | 61,3 % (19)   | 31,5 % (52)   |
|                 | - nein                | 25,8 % (8)  | 61,8 % (102)  |
|                 | - missing value       | 12,9 % (4)  | 6,7 % (11)  |

Rief et. al (2004) beschreiben Normwertdaten zu depressiven Syndromen und Panikstörungen mit Prävalenzangaben von psychischen Störungen, die mit der Kurzform des PHQ-D erfasst werden, in einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. In der vorliegenden Studie waren 7 Personen (3,5%) von einem Paniksyndrom betroffen. Tabelle 7 zeigt den Vergleich der in der vorliegenden Studie in der Gesamtstichprobe vorkommenden psychischen Störungen mit den Prävalenzraten psychischer Störungen nach Rief et al. (2004). Bei den anderen bzw. Minor Depressionen lag der Prävalenzwert niedriger, bei den Major Depressionen und der Panikstörung lagen die Werte im untersuchten Kollektiv höher (bei Major Depression signifikant).

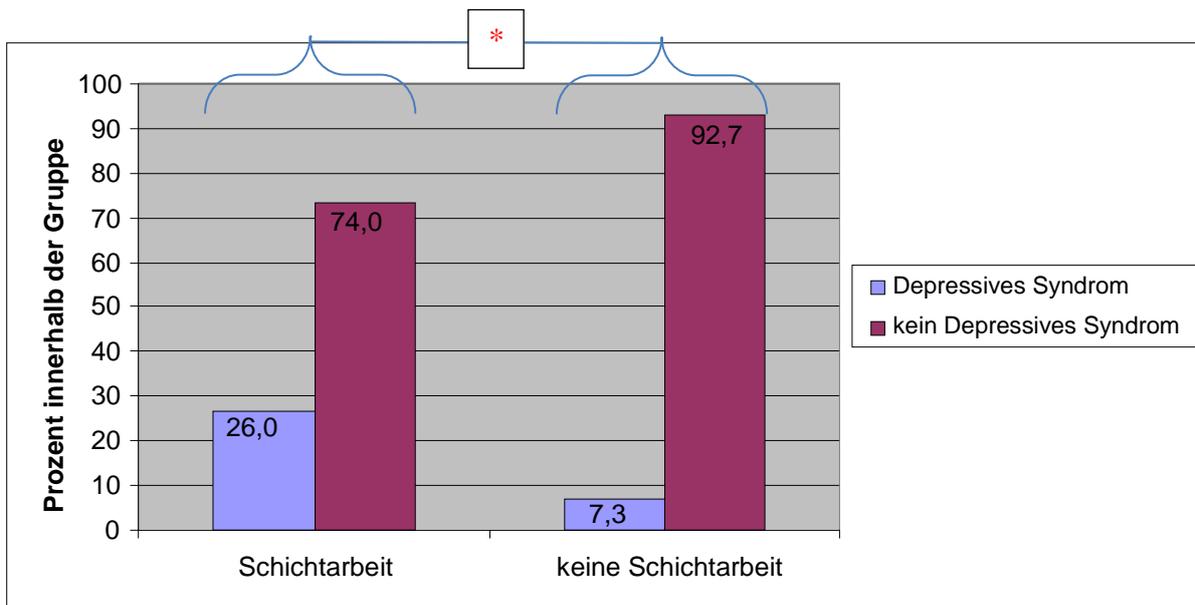
**Tabelle 7:** Vorkommen bzw. Prävalenz (%) psychischer Störungen in der untersuchten Gesamtstichprobe im Vergleich zur Normstichprobe (nach Rief et. al. 2004) mit Unterschiedsmaß

| Psychische Störung           | Auftreten psychischer Störungen<br>(n=31) in der Gesamtstichprobe<br>(n=198) |                                     | Prävalenz Männer und Frauen<br>(nach Rief et al. 2004)<br>(n=2066) |
|------------------------------|--|-------------------------------------|--|
|                              | %  | p<br>chi <sup>2</sup> - Wert        | %  |
| Minor bzw. andere Depression | 7,1<br>(n=14)  | n.s.<br>chi <sup>2</sup> =0,9959    | 9,2<br>(n=190)   |
| Major Depression             | 8,5<br>(n=17)  | <b>p*</b><br>chi <sup>2</sup> =10,4 | 3,8<br>(n=78)  |
| Paniksyndrom                 | 3,5<br>(n=7)   | n.s.<br>chi <sup>2</sup> =2,67      | 1,8<br>(n=38)  |

\*Die p-Werte beziehen sich auf die entsprechenden Werte der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, Der kritische chi<sup>2</sup>-Wert für  $\alpha$ - Niveau ist 3,841. Werte, die größer als 3,841 sind ,sind signifikant, Werte, die kleiner sind , sind nicht signifikant

In der Gesamtstichprobe waren 39,9 % (73 Personen) in Schichtarbeit beschäftigt, 60,1 % (110) Personen arbeiteten in Normalschicht. Im Gesamtkollektiv waren im Vergleich der Stichproben Schichtarbeit und keine Schichtarbeit 26,0 % (n=19) der Mitarbeiter mit Schichtarbeit von einem depressiven Syndrom betroffen, bei den Mitarbeitern ohne Schichtarbeit lediglich 7,2 % (n=8). Es sollte untersucht werden, ob die Häufigkeitsverteilung

bezüglich des Merkmals depressives Syndrom innerhalb der Schichtarbeiter unterschiedlich ist zu der der Nichtschichtarbeitern. Dazu wurde ein 4-Felder-  $\chi^2$ -Test gerechnet. Es ergab sich ein  $\chi^2$ -Wert von 14,17. Der gefundene  $\chi^2$ -Wert ist damit größer als der kritische Wert  $\chi^2_{1; 0,99} = 6,63$ . Das Ergebnis ist damit signifikant und es kann davon ausgegangen werden, dass in der Gruppe der Schichtarbeiter mehr Personen ein depressives Syndrom haben als in der Gruppe der Nichtschichtarbeiter.



**Abbildung 4:** prozentualer Anteil von depressiven Syndromen innerhalb der Gruppen Schichtarbeiter und Nichtschichtarbeiter im Gesamtkollektiv mit Signifikanz \*

Alle Befragten mit depressiven Syndromen hatten im Vergleich zu nicht Betroffenen hochsignifikant mehr Angst vor Stigmatisierung ( $p=0,001^{***}$ ) und eine tendenziell geringere positive Einstellung zur Psychotherapie ( $p=0,082$ ). Personen mit depressiven Syndromen hatten zudem ein hochsignifikant geringeres Kohärenzgefühl ( $p=0,000^{***}$ ). Der Kohärenzsinn lag mit  $MW 33,38 \pm 12,63$  (Major Depression  $MW 27,18 \pm 8,89$ ) deutlich unter dem der Gruppe der nicht von einem depressiven Syndrom Betroffenen ( $MW 50,84 \pm 8,02$ ). Auch lag der Mittelwert des Depressionssummenwert bei den Betroffenen erwartungsgemäß ( $MW 14,65 \pm 4,66$ ) hoch signifikant ( $p=0,000^{***}$ ) über dem der nicht betroffenen Kollegen ( $MW 4,10 \pm 3,09$ ).

## 6.3 Kohärenzgefühl

### 6.3.1 Kohärenzgefühl in den Altersklassen

Das Kohärenzgefühl im Gesamtkollektiv (alle Altersklassen) lag bei einem Mittelwert von MW 48,31±10,66. Dieser liegt damit im Bereich des Mittelwertes MW48.98±8.47, der in der Prozentrang-Norm des SOC-L9 bei einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung für die 41-60jährigen Männer angegeben wird. Er liegt hierbei zwischen Prozentrang 45 (in diesem Prozentrang liegt der Mittelwert bei MW 48) und 50 (MW 49)(Schumacher et al. 2000a). In den Prozenträngen werden hierzu keine Standardabweichungen (SD) angegeben. Da insgesamt nur wenige Frauen im Werk beschäftigt sind (4,4 % der Gesamtbelegschaft) und nur 14,6 % der Personen, die sich an der Befragung beteiligt haben weiblich waren, wurde dieser Vergleich nicht geschlechtsspezifisch erstellt. In Tabelle 8 wird der Vergleich der Altersklassen der vorliegenden Studie zu den Altersklassen der teststatistischen Überprüfung der repräsentativen deutschen Bevölkerungsstudie der SOC-Skala von Schumacher et al. (2000b), die auch zur Konstruktion des SOC-L9 diente, aufgezeigt. Dazu wurden die Altersklassen zur besseren Vergleichbarkeit der Werte teils angepasst. Die 20-29jährigen (n=27) wurden mit den 30-39jährigen (n=38) und die 40-49jährigen (n=39) mit den 50-59jährigen (n=75) zusammengefasst, die Klassifizierung 60 und älter (n=4) wurde unverändert beibehalten.

**Tabelle 8:** Vergleich SOC (nach SOC-L9) Altersklassen Gesamtstichprobe zu Altersklassen repräsentative Bevölkerungsstichprobe (Schumacher et al. 2000b)

|                        | Gesamtstichprobe vorliegende Studie |                      |                  | Repräsentative Bevölkerungsstichprobe |                        |                       |
|------------------------|-------------------------------------|----------------------|------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|
|                        | Alter 20-39<br>n= 65                | Alter 40-59<br>n=114 | Alter >60<br>n=4 | Alter 18-40<br>n = 675                | Alter 41-60<br>n = 700 | Alter > 60<br>n = 630 |
|                        | MW (SD)                             | MW (SD)              | MW (SD)          | MW (SD)                               | MW (SD)                | MW (SD)               |
| SOC-L9<br>(Range 9-63) | 50,34 (9,70)                        | 46,90 (11,23)        | 59,75 (3,95)     | 48,90 (8,60)                          | 47,70 (8,60)           | 45,80 (9,40)          |

In der von Schumacher et al. (2000b) untersuchten Stichprobe konnte eine altersabhängige Abnahme des SOC gefunden werden. In der in der vorliegenden Studie untersuchten

Gesamtstichprobe war das Kohärenzgefühl nicht signifikant mit dem Alter korreliert (Korrelationskoeffizient nach Pearson  $r=-0,056$ ,  $p=0,234$ ).

### **6.3.2 Kohärenzgefühl bei deutschen und französischen Mitarbeitern**

Bezüglich Kohärenzsinn konnten zwischen deutschen und französischen Mitarbeitern keine signifikanten Unterschiede aufgedeckt ( $p=0,641$ ) werden. Der MW der französischen Mitarbeiter ( $n=61$ ; MW  $48,14\pm 11,44$ ) lag nur gering unter dem der deutschen Kollegen ( $n=107$ ; MW  $48,98\pm 10,11$ ). Diese Werte entsprechen denen der beschriebenen Prozentrangnorm des SOC-L9 für 41-60jährige Männer (MW  $48,98\pm 8,47$ ). Dieser Altersklasse gehörten die meisten Mitarbeiter bei der Befragung ( $62,3\%$ ,  $n=114$  (von 183)) an. Aus den in 6.3.1 angegebenen Gründen wurde nicht weiter geschlechtsspezifisch differenziert. Da in der in 6.3.1 beschriebenen Studie (Schumacher et al. 2000b) signifikante ( $p < 0,05$ ) Interaktionseffekte in Wechselwirkung zwischen Wohnsitz und Alter zeigten (der Wohnsitz alleine hatte keine nachweisbaren Effekte), wurden diese Effekte in der vorliegenden Studie mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse, die die unabhängigen Faktoren Alter und Nationalität berücksichtigt, zusätzlich berechnet. Der Haupteffekt für den Faktor Alter wurde mit  $F(4; 154)=2,13$ ,  $p=0,079$  nicht signifikant. Der Haupteffekt für den Faktor Nationalität wurde mit  $F(1; 154)=0,171$ ,  $p=0,69$  ebenfalls nicht signifikant. Auch war der Interaktionseffekt für Alter und Wohnort bzw. Herkunft  $F(3; 154)=1,71$ ,  $p=0,17$  in unserer Studie nicht signifikant.

### **6.3.3 Kohärenzgefühl bei Schichtarbeitern und Nichtschichtarbeitern**

Der Kohärenzsinn zeigte im Vergleich von gewerblich tätigen Schichtarbeitern ( $n=67$ ) und nicht gewerblich tätigen Angestellten (Nichtschichtarbeitern) ( $n=106$ ) keine signifikanten Unterschiede ( $p= 0,211$ ). Der Mittelwert ( $46,92\pm 12,90$ ) der Schichtarbeiter lag geringfügig unter dem der Mitarbeiter ohne Schichtarbeit (MW  $49,04\pm 9,19$ ).

## **6.4 Einstellung zur Psychotherapie**

Die beiden Faktoren positive Einstellung zur Psychotherapie (FEP1) und Akzeptanz der Psychotherapie in der Gesellschaft (FEP2) (ein hoher Skalenwert entspricht hierbei einer großen Furcht vor Stigmatisierung) wurden zunächst vor Beginn der in Kapitel 5.1.2

beschriebenen Führungskräfte-seminare und im Rahmen des Fragebogenkatalogs der Gesamtbefragung der Belegschaft ausgefüllt. Der FEP-K ist in Kapitel 5.2.1 beschrieben.

#### 6.4.1 Positive Einstellung zur Psychotherapie (FEP 1) und Stigmatisierungsangst (FEP 2) in den Stichproben

Es zeigte sich im Gesamtkollektiv eine positive Einstellung zur Psychotherapie, die über dem Skalenmittelwert lag (zwischen 3= „ich stimme eher zu“ und 4 = „ich stimme zu“ in der 4-stufigen Antwortskala). Die Angst bei Inanspruchnahme von Psychotherapie stigmatisiert zu werden lag in der Gesamtstichprobe zwischen 2 = „ich stimme eher nicht zu“ und 3 = „ich stimme eher zu“ (Range 1-4). In der Gesamtbelegschaft (n=190) lag der Skalenmittelwert bei der positiven Einstellung (FEP 1) bei MW 3,15±0,59, bei der Akzeptanz der Gesellschaft/ Angst vor Stigmatisierung (FEP 2) (n=195) bei MW 2,30±0,64. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Mittelwerte des FEP 1 und FEP 2 der Führungskräfte vor dem Seminar, der Führungskräfte bei der Gesamtbefragung und der Belegschaft ohne Führungskräfte bei der Gesamtbefragung mit Unterschiedsmaßen.

**Tabelle 9:** Mittelwerte und Standardabweichung FEP 1 und FEP 2 in den Stichproben mit Unterschiedsmaß, Vergleich Führungskräfte vor Seminarbeginn und Führungskräfte bei Gesamtbefragung im Vergleich zu Reststichprobe Gesamtbefragung

|                                    | Führungskräfte vor dem Seminar |                          | Führungskräfte bei der Gesamtbefragung |                         | Restbelegschaft (ohne Führungskräfte) |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|-------------------------|---------------------------------------|
|                                    | MW (SD)                        | p <sup>a</sup> (T-Wert)  | MW (SD)                                | p <sup>a</sup> (T-Wert) | MW (SD)                               |
| <b>Positive Einstellung FEP 1</b>  | 3,38<br>(0,44)<br>n=73         | <b>0,002**</b><br>(3,19) | 3,26<br>(0,53)<br>n=72                 | 0,084<br>(1,74)         | 3,09<br>(0,64)<br>n=111               |
| <b>Stigmatisierungsangst FEP 2</b> | 2,27<br>(0,48)<br>n=76         | 0,749<br>(-0,32)         | 2,31<br>(0,62)<br>n=73                 | 0,925<br>(0,09)         | 2,30<br>(0,66)<br>n=115               |

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p<sup>a</sup> = Signifikanz des Unterschiedes Führungskräfte zu Restbelegschaft (vor Seminar und bei Gesamtbefragung)

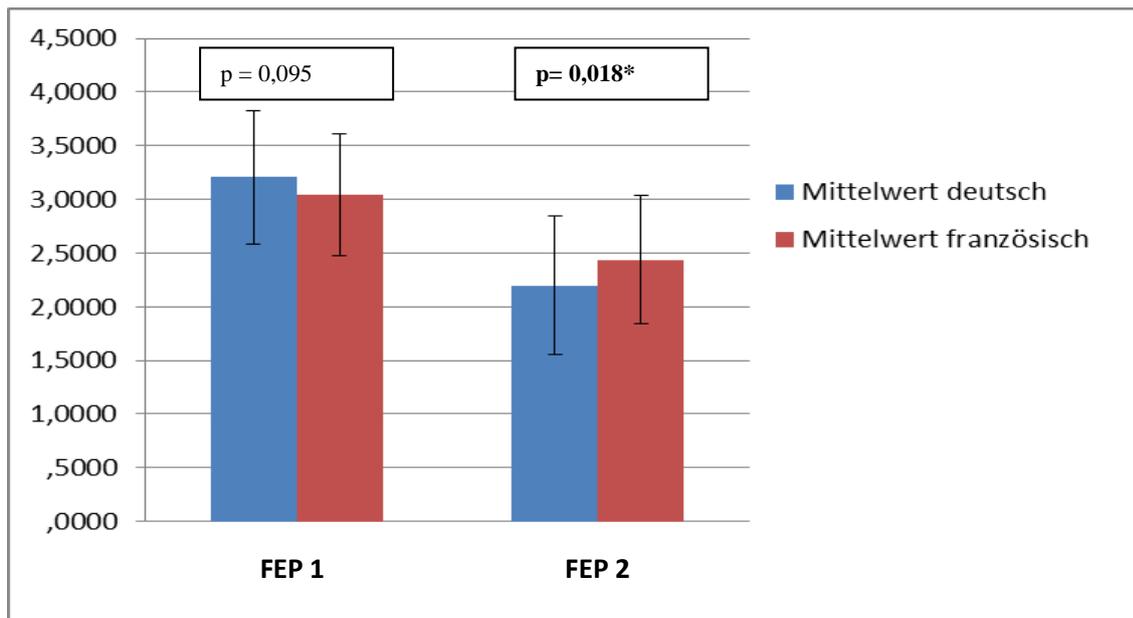
Schichtarbeiter waren hoch signifikant weniger positiv gegenüber Psychotherapie (n=70) eingestellt ( $p=0,000^{***}$ ) als ihre in Normalschicht (n=105) tätigen Kollegen. Der Mittelwert der Schichtarbeiter bei der positiven Einstellung lag mit MW  $2,98\pm 0,64$  unter dem Mittelwert (MW  $3,30\pm 0,51$ ) der in Normalschicht Beschäftigten. Es zeigten sich allerdings keine signifikanten Unterschiede ( $p= 0,179$ ) bezüglich der Furcht, bei Inanspruchnahme von Psychotherapie stigmatisiert zu werden (Schichtarbeiter n=72, Nichtschichtarbeiter n=110).

**Tabelle 10:** Mittelwerte und Standardabweichung positive Einstellung zur Psychotherapie und Stigmatisierungsangst mit Schichtarbeit und ohne Schichtarbeit mit Unterschiedsmaß

|                                    | Schichtarbeit       |                 | keine Schichtarbeit  |
|------------------------------------|---------------------|-----------------|----------------------|
|                                    | MW (SD)             | $p^a$           | MW (SD)              |
| <b>Positive Einstellung FEP 1</b>  | 2,98 (0,65)<br>n=70 | <b>0,000***</b> | 3,30 (0,52)<br>n=105 |
| <b>Stigmatisierungsangst FEP 2</b> | 2,22 (0,71)<br>n=72 | 0,179           | 2,36 (0,62)<br>n=110 |

**MW** = Mittelwert; **SD** = Standardabweichung;  $p^a$  = Signifikanz des Unterschiedes Schichtarbeiter zu Mitarbeitern ohne Schichtarbeit

Im Gesamtkollektiv beteiligten sich 58,2 % (113) deutsche und 34 % (66) französische Mitarbeiter an der Befragung. Der FEP 1 lag bei den deutschen Mitarbeitern (n=111) bei MW  $3,20\pm 1,62$ , bei den französischen Mitarbeitern (n=60) bei MW  $3,04\pm 0,56$ , der FEP 2 lag bei den deutschen Mitarbeitern (n=113) bei MW  $2,20\pm 0,64$ , bei den französischen Mitarbeitern (n=63) bei MW  $2,43\pm 0,59$ . Im Vergleich der Nationalitäten waren die französischen Mitarbeiter tendenziell weniger positiv gegenüber Psychotherapie eingestellt ( $p=0,095$ ) und zeigten eine signifikant größere Furcht vor Stigmatisierung ( $p=0,018^*$ ) (siehe Abbildung 5).



**Abbildung 5:** positive Einstellung zur Psychotherapie und Stigmatisierungsangst im Nationalitätenvergleich Mittelwert, Standardabweichung und Unterschiedsmaß ; FEP 1: positive Einstellung, FEP 2: Akzeptanz in der Gesellschaft/Stigmatisierungsangst, FEP: Fragebogen Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe Kurzversion, **p=0,018\***

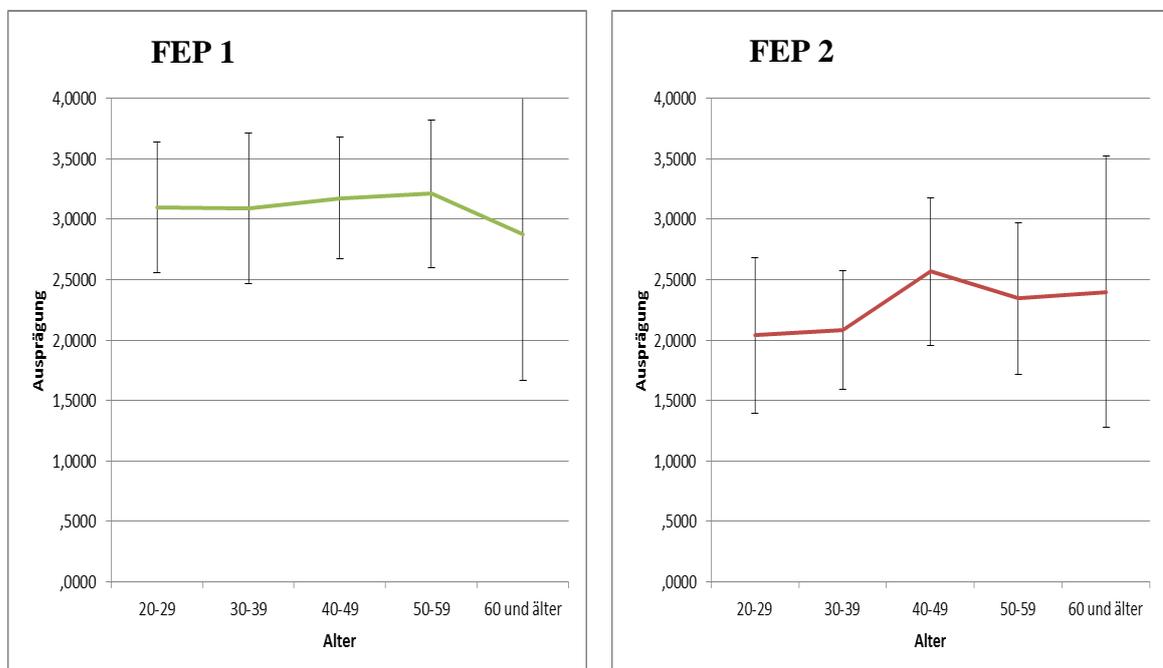
#### 6.4.2. Zusammenhänge zwischen Einstellung zur Psychotherapie und Alter

Zwischen Alter und positiver Einstellung (FEP 1) konnten in den Stichproben keine Zusammenhänge gefunden werden. Die Stigmatisierungsangst korrelierte in der Gesamtstichprobe, bei der Führungskräftebefragung vor dem Seminar und bei der Belegschaft ohne die Führungskräfte in der Gesamtbefragung signifikant mit dem Alter, nicht aber bei den Führungskräften innerhalb der Gesamtbefragung (siehe Tabelle 11). In Abbildung 6a und 6b sind die Ausprägungen des FEP 1 und des FEP 2 in den Altersklassen der Gesamtstichprobe dargestellt.

**Tabelle 11:** Korrelationen Einstellung zur Psychotherapie und Alter in den Stichproben (Gesamt-)Belegschaft, Führungskräfte vor Seminarbeginn, Führungskräfte bei Gesamtbefragung und Belegschaft ohne Führungskräfte bei Gesamtbefragung mit Unterschiedsmaß bezogen auf die Alterskorrelation

|                       |                                  | Positive Einstellung FEP 1 |                              |                                |                                 | Stigmatisierungsangst FEP 2 |                              |                                |                                 |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
|                       |                                  | Gesamtbelegschaft          | Führungskräfte (vor Seminar) | Führungskräfte Gesamtbefragung | Belegschaft ohne Führungskräfte | Gesamtbelegschaft           | Führungskräfte (vor Seminar) | Führungskräfte Gesamtbefragung | Belegschaft ohne Führungskräfte |
| A<br>l<br>t<br>e<br>r | Korrelation <b>r</b>             | 0,049                      | 0,045                        | 0,162                          | 0,016                           | <b>0,219</b>                | <b>0,229</b>                 | 0,147                          | <b>0,274</b>                    |
|                       | Signifikanz <b>p<sup>a</sup></b> | 0,262                      | 0,353                        | 0,095                          | 0,435                           | <b>0,008**</b>              | <b>0,024*</b>                | 0,116                          | <b>0,002**</b>                  |

**r** = Korrelationskoeffizient nach Pearson, **p<sup>a</sup>** = Signifikanz der Alterskorrelation in den Stichproben



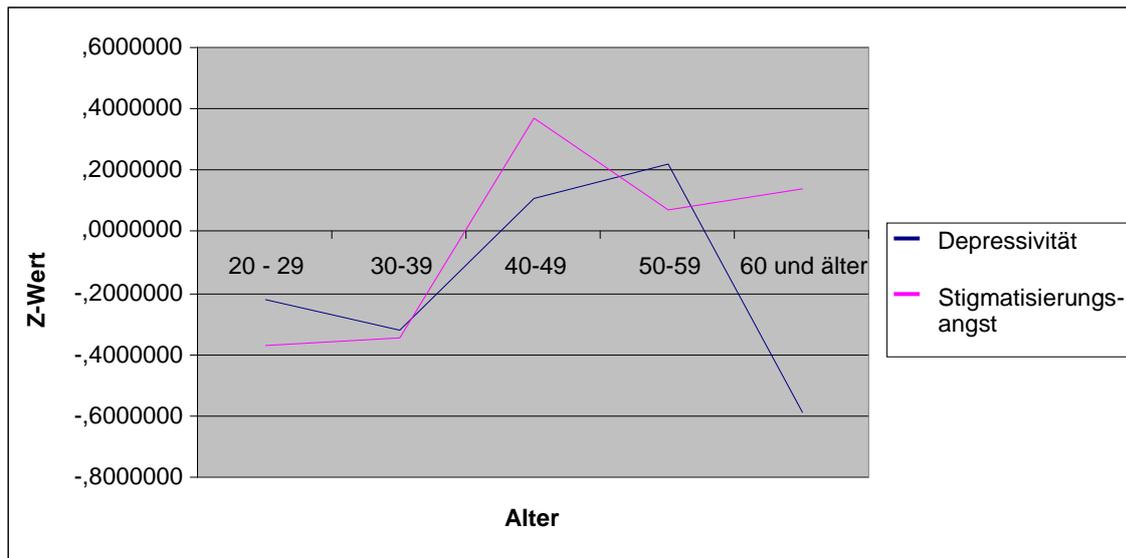
**Abbildung 6 a & 6 b :** Stigmatisierungsangst und positive Einstellung zur Psychotherapie in den Altersklassen der Gesamtstichprobe; FEP 1: positive Einstellung, FEP 2: Akzeptanz in der Gesellschaft/Stigmatisierungsangst FEP: Fragebogen Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe Kurzversion

### 6.4.3 Zusammenhänge zwischen Einstellung zur Psychotherapie, Depressivität und Kohärenzgefühl

Die Angst, bei Inanspruchnahme von Psychotherapie stigmatisiert zu werden, war im Gesamtkollektiv jeweils gering positiv mit der Depressivität und gering negativ mit dem Kohärenzsinn korreliert (Tabelle 12). Mit der Depressivität ( $p=0,000^{***}$ ) stieg die Angst vor Stigmatisierung, wenn man Psychotherapie in Anspruch nimmt, hoch signifikant (auch alterskorreliert). Die Depressivität war mittelgradig negativ mit dem Kohärenzgefühl korreliert. Mit der Depressivität nahm das Kohärenzgefühl hoch signifikant ab.

**Tabelle 12:** Zusammenhänge positive Einstellung zur Psychotherapie, Stigmatisierungsfurcht, Depressivität und Kohärenz in der Gesamtstichprobe

|                              |                            | FEP positive Einstellung 1 | FEP Stigmatisierung 2 | Kurzform PHQ-D Depressivität | SOC-L9 Kohärenz |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------|
| FEP1 positive Einstellung    | Korrelation nach Pearson r | 1                          | 0,129                 | -0,084                       | 0,049           |
|                              | Signifikanz (1-seitig) p   |                            | <b>0,046*</b>         | 0,138                        | 0,267           |
|                              | n                          | 175                        | 173                   | 172                          | 164             |
| FEP2 Stigmatisierung         | Korrelation nach Pearson r |                            | 1                     | 0,315                        | -0,334          |
|                              | Signifikanz (1-seitig) p   |                            |                       | <b>0,000***</b>              | <b>0,000***</b> |
|                              | n                          |                            | 180                   | 176                          | 169             |
| Kurzform PHQ-D Depressivität | Korrelation nach Pearson r |                            |                       | 1                            | -0,763          |
|                              | Signifikanz (1-seitig) p   |                            |                       |                              | <b>0,000***</b> |
|                              | n                          |                            |                       | 178                          | 167             |
| SOC-L9 Kohärenz              | Korrelation nach Pearson r |                            |                       |                              | 1               |
|                              | Signifikanz (1-seitig) p   |                            |                       |                              |                 |
|                              | n                          |                            |                       |                              | 171             |



**Abbildung 7:** Depressivität und Stigmatisierungsangst in den Altersklassen. Bei unterschiedlichem Skalenniveau bei Stigmatisierungsangst und Depressivität wurde zur Darstellung der Z-Wert berechnet.

Die Zusammenhänge zwischen depressiven **Syndromen**, Einstellung zur Psychotherapie und Kohärenzsinn werden in Kapitel 6.2.2 beschrieben.

## 6.5 Evaluation des Seminars „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“

### 6.5.1 Evaluation des Seminars

Das Führungskräfteseminar „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ wurde ca. 6 Monate nach dem letzten Seminartermin im Rahmen einer Nachbesprechung im Werk von den Führungskräften, die am Seminar teilgenommen hatten, evaluiert. Zu diesem Termin wurde auch die Möglichkeit eingeräumt, noch offene Probleme und Fragen zu klären und eventuelle Fallbeispiele vorzustellen. Von den 79 Seminarteilnehmer (77 davon beteiligten sich an der Befragung mit dem FEP-K vor Seminarbeginn) füllten 44 (55,70 %) den Evaluationsbogen vollständig aus. 24 (54,5 %) Mitarbeiter arbeiteten in der Produktion, 11 (25,0 %) in der Verwaltung, 9 (20,5 %) in anderen Bereichen (z.B. Betriebsrat, Werksärztlicher Dienst). 41 (93,2 %) Personen waren männlich, 3 (6,8 %) weiblich. Der Evaluationsfragebogen beinhaltet 5 Items in einer fünfstufigen Antwortskala. Je niedriger der Skalenwert ist, umso besser bzw. höher ist die Beurteilung der erfragten Faktoren.

**Tabelle 13:** Fragen und Bewertungen der Evaluation des Seminars an (n=44).

|   |                        |                       |                    |                    |             |
|---|------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| 1. Wie bewerten Sie den Schulungstag insgesamt?<br>1=sehr gut.....5=mangelhaft                              |                        |                       |                    |                    | MW (SD)     |
| 1<br>n = 20<br>(45,4 %)   | 2<br>n=24<br>(54,5 %)  | 3<br>n=0<br>(0 %)     | 4<br>n=0<br>(0 %)  | 5<br>n=0<br>(0 %)  | 1,55 (0,50) |
| 2. Wie bewerten Sie die Vorträge?<br>1=sehr gut.....5=mangelhaft  |                        |                       |                    |                    |             |
| 1<br>n=17<br>(38,6 %)   | 2<br>n=25<br>(56,8 %)  | 3<br>n=2<br>(4,5 %)   | 4<br>n=0<br>(0 %)  | 5<br>n=0<br>(0%)   | 1,66 (0,57) |
| 3. Wie bewerten Sie die Übungen zur Gesprächsführung?<br>1=sehr gut.....5=mangelhaft                        |                        |                       |                    |                    |             |
| 1<br>n=18<br>(40,9 %)   | 2<br>n=24<br>(54,5 %)  | 3<br>n=2<br>(4,5 %)   | 4<br>n=0<br>(0 %)  | 5<br>n=0<br>(0 %)  | 1,64 (0,57) |
| 4. Sollte der Übungsteil bei weiteren Schulungen ausführlicher sein?<br>1=ja 2=nein                         |                        |                       |                    |                    |             |
| 1<br>n=20<br>(45,45 %)  | 2<br>n=24<br>(54,5 %)  |                       |                    |                    |             |
| 5. Wie bewerten Sie die folgenden Aspekte?<br>5a. 1=Thema für mich sehr relevant.....5 Thema nicht relevant |                        |                       |                    |                    |             |
| 1<br>n=12<br>(27,3 %)   | 2<br>n=27<br>( 61,4 %) | 3<br>n=5<br>( 11,4 %) | 4<br>n=0<br>( 0 %) | 5<br>n=0<br>( 0 %) | 1,84 (0,61) |
| 5b. 1=didaktisch sehr gut.....5 didaktisch mangelhaft   |                        |                       |                    |                    |             |
| 1<br>n=11<br>(25,0 %)   | 2<br>n=31<br>(70,4 %)  | 3<br>n=2<br>(4,5 %)   | 4<br>n=0<br>(0 %)  | 5<br>n=0<br>(0 %)  | 1,82 (0,55) |

## 6.5.2 Vergleich Einstellung zur Psychotherapie von Führungskräften vor und nach dem Seminar

Vor dem Seminar beteiligten sich 77 Führungskräfte an der Befragung mit dem FEP-K. Davon konnten für die Dimension positive Einstellung (FEP 1) 73 und für die Dimension Akzeptanz in der Gesellschaft (Stigmatisierungsangst) (FEP 2) 72 Fragebögen ausgewertet werden. Im Rahmen der Gesamtmitarbeiterbefragung, in die auch die Führungskräfte eingeschlossen wurden, konnten bei der Stichprobe Führungskräfte 76 Fragebogen für die FEP 1 und 73 Fragebögen für die FEP 2 ausgewertet werden. Im Vergleich der Einstellung von Führungskräften zur Psychotherapiebehandlung vor und nach der Führungskräftebildung „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ zeigten sich sowohl bei der positiven Einstellung als auch bei der Akzeptanz (Stigmatisierungsangst) bei den Führungskräften keine signifikanten Unterschiede.

**Tabelle 14:** Einstellung zur Psychotherapie bei Führungskräften vor und nach der dem Seminar mit Unterschiedsmaß

|                                    | Führungskräfte vor dem Seminar |        |                | Führungskräfte nach dem Seminar |        |
|------------------------------------|--------------------------------|--------|----------------|---------------------------------|--------|
|                                    | MW                             | (SD)   | p <sup>a</sup> | MW                              | (SD)   |
| <b>Positive Einstellung FEP 1</b>  | 3,38<br>n=73                   | (0,44) | 0,125          | 3,26<br>n=76                    | (0,53) |
| <b>Stigmatisierungsangst FEP 2</b> | 2,26<br>n=72                   | (0,48) | 0,674          | 2,31<br>n=73                    | (0,62) |

**MW** = Mittelwert; **SD** = Standardabweichung; **p<sup>a</sup>** = Signifikanz des Unterschiedes Einstellung zur Psychotherapie von Führungskräften vor und nach dem Seminar

## 7 Diskussion

### 7.1 Vorbemerkungen

Ziel der vorliegenden Studie ist es, ein Präventionsprogramm „psychische Störungen in der Arbeitswelt“ zu entwickeln und zu evaluieren. Zur effizienten Gestaltung und Nachhaltigkeit der betrieblichen Maßnahmen und Aktionen zur Gesundheitsförderung psychisch erkrankter Mitarbeiter wurden die psychische Beanspruchung, das Kohärenzgefühl und die Einstellung zur Psychotherapie im Betrieb erfasst. Des Weiteren wurden die Führungskräfte des Betriebs, die bedeutenden Einfluss auf die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter haben können, im Rahmen einer Kooperation des Betriebes mit einer psychosomatischen Rehakliniken von Ärzten für Psychosomatik und Psychologen geschult zur Vermittlung von Wissen über psychische Störungen und zum frühzeitigen Erkennen und Thematisieren derselben. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse bezogen auf die Fragestellungen diskutiert.

### 7.2 Diskussion der Ergebnisse

**I. Fragestellung:** Wie ist die psychische Beanspruchung in der Belegschaft eines Industriebetriebs?

Zur Erfassung der psychischen Beanspruchung und deren Ausmaß wurden in der vorliegenden Studie folgende Parameter herangezogen: die Depressivität, die dimensional als Summenwert ausgewertet wurde, depressive Syndrome und Paniksyndrome, die jeweils kategorial ausgewertet wurden.

**Depressivität:** Betrachtet man das Ausmaß der Depressivität der in der vorliegenden Studie befragten Belegschaft des Industriebetriebes, so zeigten sich im Vergleich zu den Daten einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe (Rief et al. 2004) hoch signifikant erhöhte Werte in der Depressionsskala sowohl in der Gesamtbelegschaft, als auch in den Subgruppen Schichtarbeiter und Nichtschichtarbeiter. Im Vergleich zur Normwertrangskala des PHQ (nach Rief et al. 2004) lagen alle im Industriebetrieb Beschäftigten (ohne Berücksichtigung des Alters und Geschlechts) zwischen der 75. und 80. Perzentile, die Schichtarbeiter zwischen der 80. und 90. und die Nichtschichtarbeiter zwischen der 60. und 70. Perzentile und zeigten somit eine höhere psychische Belastung. Im Vergleich zu ihren nicht in Schichtarbeit beschäftigten Kollegen waren Schichtarbeiter nach der dimensional Auswertung des PHQ-9

signifikant depressiver ( $p = 0.009^{***}$ ). Möglicherweise sind Schichtarbeiter aufgrund der sozialen Desynchronisation durch ihre Schichtarbeit (Beermann 2010), aufgrund des erhöhten Erkrankungsrisikos von Schichtarbeit für psychische und somatische Diagnosen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Neubildungen etc.) (Rosenberg & Doghramji 2011, Struck et al. 2012, Schwartz & Roth 2006, Pisarski et al. 2002, Jamal 2004, Jansen et al 2004) und möglicherweise auch durch die im Rahmen des Strukturwandels im gewerblichen Bereich veränderten Arbeitsanforderungen vermehrt psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Auch konnte ein positiver Zusammenhang von Depressivität mit dem Alter gefunden werden ( $r=0,180$ ). Ältere Mitarbeiter zeigten hierbei signifikant höhere Werte in der Depressionsskala ( $p=0,008^{***}$ ).

Verschiedene Autoren haben bereits über eine mit dem Alter zunehmende Depressionsprävalenz berichtet (Linden et al. 1998, Wernicke et al. 2000, Hirsch et al. 2009). Ältere Beschäftigte sind öfter erkrankt und haben ein höheres Risiko depressive Störungen aufgrund von Komorbidität zu entwickeln. Diese Störungen können sowohl als Folge komorbider Erkrankungen als auch als Ursache derselben auftreten. Offen bleibt bei dieser Untersuchung die Frage, ob der Anstieg der Depressivität mit dem Alter auch auf berufsspezifische Faktoren (z. B. zunehmende Angst vor Arbeitsplatzverlust) zurückzuführen ist.

Im Nationalitätenvergleich zeigten sich hinsichtlich Depressivität keine signifikanten Unterschiede. Die französischen und deutschen Mitarbeiter unterscheiden sich vermutlich nicht voneinander in ihrem soziodemografischen Hintergrund und bei ihren Aufgaben und Tätigkeiten im Betrieb unterscheiden sich nicht.

Problematisch zeigte sich bei unserer Untersuchung, dass mit der Depressivität die Vorbehalte gegenüber Psychotherapie hochsignifikant zunahmen ( $p=0,000^{***}$ ). Die Furcht bei Inanspruchnahme von Psychotherapie stigmatisiert zu werden war positiv mit der Depressivität korreliert. Möglicherweise haben die betroffenen Beschäftigten aufgrund ihrer Belastung diese Angst entwickelt als Symptomfolge. Diese kann sich aber auch im Rahmen eines Klimas der Tabuisierung und Stigmatisierung im sozialen Umfeld entwickeln. Dieses wiederum kann Folge von mangelnden Kenntnissen über psychische Störungen und Unsicherheit im Umgang mit denselben sein. Es ist hier auch zu beachten, dass bei unseren Untersuchungen die Arbeiter depressiver als die Angestellten waren und es möglicherweise ein Interaktionseffekt zwischen sozialer Schicht und Bildungsstand gibt.

### **Depressive Syndrome und Paniksyndrom:**

Depressive Syndrome (einschließlich Major Depression) und Paniksyndrome wurden kategorial ausgewertet. Im Vergleich zu den repräsentativen Daten von Rief et al. (2004) zur Prävalenz psychischer Störungen in der deutschen Bevölkerung zeigte sich in der vorliegenden Studie kein signifikanter Unterschied bezüglich dem Auftreten von Minor Depressionen (7,1% vs. 9,2%) und Paniksyndrom (3,5% vs. 1,8%). Bei den Major Depressionen konnte ein signifikanter Unterschied im Vergleich gefunden werden. Es ist anzunehmen, dass die in der vorliegenden Studie untersuchten Beschäftigten trotz ihrer psychischen Beanspruchung weiter ihre Tätigkeit ausüben und im Unternehmen auch trotz eventuellem Behandlungsbedarfs präsent sind, da sie noch Defizite im Umgang mit ihren Syndromen haben, mögliche Folgen befürchten aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkung (z.B. Stigmatisierung, Ausfallzeiten) aber auch aufgrund von hohem Pflichtbewusstsein.

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeitsverteilung bezüglich depressiver Syndrome bei der Subgruppe Schichtarbeiter im Vergleich zur Subgruppe Nichtschichtarbeiter signifikant erhöht ist und somit bei den Schichtarbeitern mehr Personen ein depressives Syndrom haben. Im Vergleich zu den Nichtschichtarbeitern sind Schichtarbeiter psychisch insgesamt stärker belastet. Dies entspricht den Ergebnissen aus Studien unterschiedlicher Forschungsgruppen, die belegen, dass Schichtarbeiter mehr von psychischen Störungen bzw. Beanspruchungen betroffen sind (Rosenberg & Doghramji 2011, Schwartz & Roth 2006, Struck et al 2012). Versetzte Arbeitszeiten bei Schichtarbeit erschweren die Teilnahme an sozialen und familiären Umfeld (Beermann 2010). Psychische Spannungen können aus dieser sozialen Desynchronisation resultieren und negative gesundheitliche Auswirkungen haben (Folkard & Barton 1993). Zahlreiche Studien berichten von sozialem Stress bis zu depressiven Störungen und Angststörungen (Pisarski et al. 2002, Jamal 2004, Jansen et al 2004). Betriebliche Schichtarbeiterseminare mit Schulung und Beratung der Beschäftigten könnten somit als ein angemessenes Unterstützungsinstrument angesehen werden, mit dem Schichtarbeiter lernen können, mit den aus der sozialen Desynchronisation verbundenen psychischen Beanspruchungen umzugehen und diese zu bewältigen.

Im Vergleich zu repräsentativen deutschen Bevölkerungserhebungen zeigt sich somit in der Belegschaft des Industriebetriebs eine erhöhte psychische Beanspruchung. Unsere 1. Hypothese, dass die untersuchte Belegschaft mit ihrem hohen Anteil an Schichtarbeitern eine

erhöhte psychische Beanspruchung hat, hat sich somit bestätigt. Angesichts der im Rahmen des Strukturwandels in Gesellschaft und Arbeitswelt und des demografischen Wandels veränderten psychomentalen Anforderungen sind im Industriebetrieb Beschäftigte im Vergleich zur Normalbevölkerung zusätzlich arbeitsbedingten Belastungen, die sowohl als Schutz-, aber auch als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen angesehen werden können, ausgesetzt und psychisch beansprucht. Kritisch zu betrachten ist, dass die repräsentativen Daten der Bevölkerungserhebungen, die verglichen wurden, bereits 2004 erhoben wurden. Seither zeigt sich gesamtgesellschaftlich eine zunehmende Prävalenz und Morbidität durch psychische Störungen. Nach einer bislang noch unveröffentlichten, im Rahmen des DEGS1-Symposiums 2012 von Wittchen vorgestellten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland zeigen sich bezüglich der Prävalenz psychischer Störungen etwas höhere Werte als im Bundesgesundheitsurvey 1998 (Wittchen & Jacobi 2012, unveröffentlicht). Es ist zu vermuten, dass sich in diesem Zeitraum die normativen Daten verändert und haben und zur direkten Vergleichbarkeit aktueller Studien aktualisiert werden sollten. Die Tatsache, dass die Erfassung der psychischen Belastung in der vorliegenden Studie lediglich in Form des Fragebogens PHQ-D (Kurzform) stattfand und nicht zusätzlich im Rahmen eines (ärztlichen) Interviews muss ebenfalls kritisch hinterfragt werden. So konnte lediglich die Depressivität in ihrer Ausprägung erfasst werden aber keine Diagnose einer psychischen Störung (z.B. Depression). Hierzu wären eine Anamneseerhebung und strukturiertes Interview erforderlich gewesen. Bei der Datenerhebung der konnten seitens der Mitarbeiter keine eigenen Gedanken geäußert und berücksichtigt werden und keine Diagnosekriterien erfragt werden.

**II. Fragestellung:** Wie ausgeprägt ist der Kohärenzsinn bei Mitarbeitern eines Industriebetriebes und gibt es Unterschiede

- a. zwischen deutschen und französischen Mitarbeitern
- b. zwischen Schichtarbeitern und Nichtschichtarbeitern
- c. in den Altersgruppen

Der Kohärenzsinn (SOC) ist ein zentrales Konzept in Antonovskys Salutogenese-Konzept. Diese globale Orientierung bestimmt darüber, wie eine Person in der Lage ist, geeignete generalisierte Widerstandsquellen für die Erhaltung ihrer Gesundheit zu aktivieren (Wiesmann et al. 2004). Diese generelle Einstellung und Lebenshaltung kann nach

Schumacher et al. (2000a) als Bewältigungsressource betrachtet werden, die Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht.

Im untersuchten Gesamtkollektiv lag der erfasste Mittelwert (MW  $48,31 \pm 10,66$ ) geschlechtsunabhängig im Vergleich zum Mittelwert einer repräsentativen deutschen Bevölkerungserhebung zwischen Prozentrang 45 und 50 bei den 41-60jährigen Männern (Schumacher et al. 2000a). Er unterscheidet sich somit nicht von der Normalbevölkerung. Da der überwiegende Großteil der untersuchten Stichprobe männlich war und dieser Altersgruppe angehörte, wurden nicht weiter geschlechtsspezifisch differenziert.

Studien von Bowmann (1996) und Hood et al. (1996) berichten, dass das Kohärenzgefühl kulturunabhängig ist. In der untersuchten Stichprobe konnten ebenfalls keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Kohärenz im Vergleich von deutschen und französischen Mitarbeitern gefunden werden. Somit trifft unsere Hypothese zu, dass der Kohärenzsinn als Ressource und psychosozialer Schutzfaktor sich zwischen den Nationalitäten nicht unterscheidet. Im untersuchten Betrieb unterscheiden sich die Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche zwischen deutschen und französischen Mitarbeitern nicht und französische und deutsche Mitarbeiter arbeiten in gemischten Gruppen bzw. Teams zusammen. Auch ist die Kommunikation im Betrieb bilingual französisch und deutsch. Die Führungskräfte sprechend fließend beide Sprachen und können somit mit ihren Mitarbeitern in deren Muttersprache kommunizieren. Desweiteren werden im Betrieb regelmäßig Sprachkurse angeboten. Die französischen Mitarbeiter sind nahezu alle der deutschen Sprache mächtig und umgekehrt. Somit gibt es zwischen den Mitarbeitern der beiden Nationalitäten keine relevanten Kommunikationsprobleme. Die Bereiche des Betriebs, dessen Hauptsitz in Frankreich liegt, und Bezeichnungen für Arbeitsbereiche, Arbeitsorganisation etc. werden mit französischen Nomenklaturen bezeichnet. Aufgrund dieser besonderen Ausgangslage sind die Ergebnisse dieser Studie nicht ohne weiteres auf andere Betriebe, in denen Mitarbeiter unterschiedlicher Nationalitäten beschäftigt sind, übertragbar.

In der vorliegenden Befragung zum SOC konnten 183 Fragebögen zum SOC ausgewertet werden. Davon waren 60 % ( $n=110$ ) der Fragebögen von Nichtschichtarbeitern und zu ca. 40 % von Schichtarbeitern ausgefüllt worden ( $n=73$ ). In der untersuchten Stichproben lagen die Mittelwerte für den SOC im Vergleich bei den Nichtschichtarbeitern nicht signifikant über dem der Schichtarbeiter. Bei den Schichtarbeitern liegt dieser Wert zwischen dem Prozentrang 35 und 40, bei den Nichtschichtarbeitern liegt er zwischen Prozentrang 50 und 55 in den Prozentrang-Normen für den SOC-L (Schumacher et al. 2000a) für 41-60jährige Männer. Schichtarbeiter in unserer Studie haben somit im Vergleich zur repräsentativen

vergleichbaren Stichprobe ein etwas geringeres Kohärenzgefühl. Larsson & Kallenberg (1996) beschreiben einen hoch signifikanten Unterschied zwischen Beschäftigung als Arbeiter, Angestellter und Selbstständigen beim SOC ( $p \leq 0,001^{***}$ ) bei einer repräsentativen schwedischen Bevölkerungserhebung ( $n=2889$ ). Schichtarbeit wird bei den Beschäftigungsverhältnissen nicht differenziert ausgewertet, sondern es wird lediglich zwischen Gewerblichen („blue collar“), Angestellten („white collar“) und Selbstständigen („self-employed“) unterschieden. Alle Schichtarbeiter wurden in der vorliegenden Studie als gewerblich Beschäftigte bewertet, alle Nichtschichtarbeiter als Angestellte. Studien, die zusätzlich zum Beschäftigungsverhältnis Schichtarbeit beim Erfassen des SOC berücksichtigen liegen aktuell nicht vor. Im Hinblick auf die in den letzten Jahrzehnten in der Arbeitswelt zunehmende Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen in Schichtarbeit sollten weitere repräsentative Untersuchungen, die Schichtarbeit als zu untersuchendes Merkmal inkludieren und die verschiedenen Schichtsysteme berücksichtigen (z.B. Normalschicht, Wechselschicht, Nachtschicht etc.) gefördert und durchgeführt werden.

Um Altersklassen hinsichtlich SOC mit einer von Schumacher et al. (2000b) durchgeführten repräsentativen Studie der deutschen Bevölkerung zu vergleichen, wurden die Altersklassen der vorliegenden Studie entsprechend zusammengefasst bzw. angepasst. Bei der repräsentativen Erhebung von Schumacher et al. (2000b) wurde eine hochsignifikante ( $p > 0,001^{***}$ ) alterskorrelierte Abnahme des SOC erfasst. In der vorliegenden Studie war der SOC nicht signifikant mit dem Alter korreliert. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Studie in der Altersklasse der ältesten Befragten lediglich wenige Mitarbeiter ( $n=4$ , 2,2%) mit überdurchschnittlich hohem Kohärenzsinn ( $MW 59,75 \pm 3,95$ ) teilnahmen. Die Befundlage zum Einfluss von Alter auf den SOC erweist sich in wissenschaftlichen Untersuchungen heterogen. So deuten Forschungsergebnisse anderer Gruppen darauf hin, dass das Kohärenzgefühl mit steigendem Alter eher ansteigt (Bengel et al. 1998). In der vorliegenden Studie war der Kohärenzsinn gering negativ mit der Angst bei Inanspruchnahme von Psychotherapie stigmatisiert zu werden korreliert ( $p=0,000^{***}$ ). Vergleichbare Studien liegen hierzu nicht vor. Es ist aber zu vermuten, dass sich Aktionen zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Störungen positiv auf das Kohärenzgefühl auswirken könnten und somit Einfluss auf mögliche Bewältigungsstrategien haben könnten. Auch war die Depressivität mittelgradig mit dem SOC korreliert ( $r = - 0,763$ ). Mit der Depressivität nahm das Kohärenzgefühl signifikant ab. Nach Schumacher et al. (2000b) müssen jedoch die negativen Zusammenhänge des SOC mit Skalen zur Erfassung von Depressivität und Angst, die diverse Forschungsgruppen beschreiben, als problematisch

beurteilt werden. Es stellt sich die Frage, inwiefern es sich beim Kohärenzsinn um ein eigenständiges Konstrukt handelt, das von den erwähnten Persönlichkeitsmerkmalen abzugrenzen ist.

### **III. Fragestellung:** Wie ist im Industriebetrieb die Einstellung zur Psychotherapie?

Um die Einstellung zur Psychotherapie in der vorliegenden Studie zu erfassen, wurde der Fragebogen zur Erfassung der Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe in einer Kurzversion eingesetzt. Dieser umfasst die beiden Faktoren positive Einstellung zur Psychotherapie und Akzeptanz der Psychotherapie in der Gesellschaft, wobei hierbei hohe Werte einer hohen Furcht bei Inanspruchnahme von Psychotherapie stigmatisiert zu werden entsprechen.

Im untersuchten Gesamtkollektiv lagen die positive Einstellung (MW 3,15, Range 1-4) und der Faktor Akzeptanz (MW 2,30, Range 1-4) jeweils über dem Skalenmittelwert. Um eine Aussage darüber zu machen, welche Relevanz es zum Beispiel für die Therapieoffenheit und -bereitschaft hat, dass der Faktor positive Einstellung den Mittelwert der Akzeptanz überwiegt, müsste eine vergleichbare repräsentative Normstichprobe vorliegen. Da bisher jedoch eine solche nicht untersucht wurde, ist die Interpretation schwierig und es kann keine Aussage gemacht werden, ob die untersuchte Stichprobe einen besseren oder schlechteren Wert hat als die Normalbevölkerung bezüglich positiver Einstellung und Akzeptanz bzw. Stigmatisierungsfurcht. Vergleicht man in vorliegenden Studie die Stichproben der Führungskräfte und Nichtführungskräfte miteinander so zeigt sich, dass sich die Führungskräfte bei der Erstbefragung mit diesem Erhebungsbogen **vor** dem Seminar „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ eine signifikant höhere positive Einstellung zur Psychotherapie zeigten als die Nichtführungskräfte bei deren Erstbefragung ( $p=0,002^{**}$ ). Die Einstellung zur und das Wissen über Psychotherapie ist bei Führungskräften aufgrund der zunehmenden psychischen Störungen ihrer Mitarbeiter und der notwendigen psychosozialen Unterstützung (auch seitens der Arbeitswelt) von besonderer Relevanz, Vorgesetzte sehen es als Führungsaufgabe und Verantwortung die (psychische) Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu fördern und zu erhalten. Im Rahmen der Gesamtmitarbeiterbefragung unterschieden sich die Führungskräfte bei der positiven Einstellung nicht von der Restbelegschaft ( $p=0,084$ ). Ursächlich für diesen Unterschied vor dem Seminar und bei der Gesamtmitarbeiterbefragung könnte sein, dass aufgrund der Führungskräftefluktuation im Unternehmen die Stichprobe der Führungskräfte sich verändert hat. Hinsichtlich der Stigmatisierungsfurcht zeigte sich bei dem

Vergleich derselben Stichproben kein signifikanter Unterschied. In der vorliegenden Studie wurde bezüglich Schulabschluss nicht weiter differenziert, aber primär davon ausgegangen, dass Personen in Führungsposition einen höheren Schulabschluss und eine bessere berufliche Qualifikation aufweisen. Neises et al. (2010) stellen in einer Studie zu Einstellungen gegenüber Psychotherapie, bei der ebenfalls der FEP-K eingesetzt wurde, dagegen fest, dass Leiterinnen von Selbsthilfegruppen für krebserkrankte Frauen, die einen höheren Schulabschluss haben und die aus einer höheren sozialen Schicht kommen, weniger soziale Nachteile aufgrund einer psychotherapeutischen Behandlung befürchten. Auch Schmid-Ott et al. (2003) beschreiben den Zusammenhang zwischen Schulabschluss und Stigmatisierungsfurcht wegen einer psychotherapeutischen Behandlung. Möglicherweise sind Führungskräfte in ihrer verantwortungsvollen Position selbst psychisch mehr belastet und wissen um die psychischen Belastungen ihrer Mitarbeiter, befürchten aber noch Stigmatisierung, da in Betrieben die Thematik psychische Störung oftmals tendenziell noch tabuisiert wird. Die Führungskräfte in der vorliegenden Studie wurden teils vor Beginn der betrieblichen Informationskampagnen, Schulungen und Aktionen zur psychosozialen Gesundheit befragt, zeigten aber trotz signifikant positiverer Einstellung zur Psychotherapie nicht weniger Furcht, Vorbehalten zu begegnen. Daraus lässt sich folgern, dass noch Aufklärungs- und Informationsbedarf besteht. Auch zeigte sich bei unserer Studie, dass mit der psychischen Belastung die Angst, Vorbehalten bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe zu begegnen, stieg. Auch Neises et al. (2010) erhoben in ihrer Studie zur Einstellung zur Psychotherapie dieses Ergebnis. Man könnte vermuten, dass die Einstellung zur Psychotherapie stabil ist und vom aktuellen Status der psychischen Belastung unabhängig. Psychische Probleme können sowohl Folge als auch Ursache im Umgang mit anderen Menschen sein. Die Einschätzung sozialer Folgen des eigenen Verhaltens hängt vermutlich stärker von der eigenen Befindlichkeit ab, als die Einstellung zur Behandlungsmethode (Neises et al. 2010). Schichtarbeiter waren in unserer Untersuchung weniger positiv zur Psychotherapie eingestellt im Vergleich zu ihren nicht in Schichtarbeit beschäftigten Kollegen unterschieden sich aber nicht in ihrer Stigmatisierungsfurcht. Ursächlich hierfür könnte sein, dass gewerblich Beschäftigte (mit teils niedrigeren Bildungsabschlüssen) das Thema psychische Störungen sowohl häufig noch tabuisieren und stigmatisieren und Informationsdefizite bezüglich psychischer Störungen und Behandlungsmöglichkeiten haben, was auch durch die soziale Desynchronisation durch Schichtarbeit verursacht sein könnte. Im Nationalitätenvergleich zeigten französische Mitarbeiter eine tendenziell geringere positive Einstellung zur Psychotherapie und eine höhere Stigmatisierungsangst als ihre deutschen Kollegen. Eine mögliche Erklärung hierfür

ist, dass sich die Medienberichte, Aufklärung und Informationen der Bevölkerungen innerhalb der beiden Kulturen unterscheiden und somit das Wissen über psychische Erkrankungen unterschiedlich ist. Auch ist eine flächendeckende adäquate psychotherapeutische Behandlung in der ländlichen französischen Grenzregion, aus dem der Großteil der französischen Mitarbeiter stammt, noch nicht gewährleistet.

In der vorliegenden Studie konnte ein Zusammenhang zwischen Alter und Einstellung zur Psychotherapie gefunden werden. Eine ablehnende Haltung konnte in allen Stichproben nicht gefunden werden. Die positive Einstellung lag in allen Altersklassen über dem Skalenmittelwert, es gab aber keinen Zusammenhang zwischen der positiven Einstellung zur Psychotherapie und dem Alter. Mit dem Alter stieg jedoch die Furcht bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe stigmatisiert zu werden und Vorbehalten bzw. sozialen Folgen zu begegnen. Verschiedene Autoren beschreiben in ihren Untersuchungen Zusammenhänge zwischen Alter und Einstellung zur Psychotherapie (Currin et al. 1998, Neises et al. 2010).

Neises et al. (2010) beschreiben signifikante negative Korrelationen zwischen Alter und positiver Einstellung zur Psychotherapie bei einer ausschließlich weiblichen Stichprobe von Leiterinnen von Selbsthilfegruppen. Frauen haben sind bei der Akzeptanz und Therapiebereitschaft psychischer Störungen offener eingestellt als Männer. Gründe für die mit dem Alter zunehmende Angst vor Vorbehalten bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe zu begegnen trotz generell positiver Einstellung zur Psychotherapie könnte in der vorliegenden Studie sein, dass zum stark überwiegenden Großteil männliche Personen der im Rahmen der demografischen Entwicklung immer älter werdenden Belegschaft an der Befragung teilnahmen und dass, wie bereits beschrieben, das Thema psychische Störungen in Betrieben teils noch tabuisiert wird, was zu Unsicherheit führen kann und bedeutet, dass Aufklärungs- und Informationsbedarf bezüglich Wissen und Umgang mit psychischer Störungen besteht. Eine weitere Ursache für die Furcht vor negativen sozialen Folgen bei Inanspruchnahme von Psychotherapie kann sein, dass ältere Mitarbeiter bislang seltener Kontakt zur Psychotherapie bzw. zu mit Psychotherapie behandelnden Patienten hatten, da die Psychotherapie eine noch recht neue Fachdisziplin ist. Diese Informationsdefizite können zu Berührungsängsten zur Therapie und Erkrankten führen und verhindern, sich eine Meinung zu bilden. Außerdem ist zu vermuten, dass sich ältere Personen weniger flexibel auf neue Behandlungsmethoden einzustellen bereit sind, mehr Schwierigkeiten haben sich darüber zu informieren und somit diese und ihre Wirkung auf die Gesellschaft eher kritisch sehen.

#### **IV. Fragestellung**

- a. Wie beurteilen Führungskräfte das Seminar „Psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“?
- b. Welchen Effekt hat das Seminar auf die Einstellung der Führungskräfte zur Psychotherapie?

Die Teilnehmer des Führungskräfte-seminars „psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ beurteilten bei der Evaluation den gesamten Schulungstag (Mittelwert MW 1,55), die Vorträge (MW 1,66) und die Übungen zum Thematisieren psychischer Störungen (MW 1,64) jeweils deutlich über dem Skalenmittelwert (Range 1-5; 1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft). Lediglich 4,5% der Teilnehmer (n=2) beurteilten die Vorträge und Übungen zur Gesprächsführung mit dem Skalenwert 3, ansonsten wurde durchgehend mit den Skalenwerten 1 oder 2 bewertet. Dies lässt vermuten, dass das Interesse und der Bedarf der Führungskräfte an Schulungen zum Thema psychosoziale Gesundheit, psychische Störungen und zur Salutogenese hoch ist. Da ca. die Hälfte der Führungskräfte bei der Evaluation angibt, dass die praktischen Übungen zu Gesprächssituationen ausführlicher sein sollten bei eventuellen weiteren Schulungen und ca. 90 % angaben, dass das Thema „psychosoziale Gesundheit im Industriebetrieb“ für sie sehr relevant ist, lässt sich vermuten, dass einerseits das Schulungsinteresse und der Schulungsbedarf noch hoch sind und andererseits, dass die andere Hälfte der Führungskräfte schon eine Handlungsstrategie in der Kommunikation und im Umgang mit von psychischen Störungen betroffenen Mitarbeitern entwickelt hat. Diese Strategie könnte jedoch durch Führungskräftequalifizierungen bezüglich dieser Thematik geprüft und angepasst werden. Da ca. 10 % der bei der Evaluation Befragten angaben, dass für sie die Thematik lediglich mittelgradig relevant ist und unter Berücksichtigung, dass nur ca. 56 % (n=44) der Seminarteilnehmer an der Evaluation beteiligt waren, zeigt sich noch weiterer Aufklärungs-, Informations- und Schulungsbedarf bei den Führungskräften. Möglicherweise ist diese Einstellung durch die Befürchtung dieser Führungskräfte begründet, durch das Thematisieren psychischer Störungen zwar beanspruchte, aber nicht behandlungsbedürftige Mitarbeiter in den Krankenstand zu transferieren, trotz Betroffenheit anwesende Mitarbeiter zu „identifizieren“ und damit durch eventuell zur adäquaten Behandlung erforderliche Ausfallzeiten Produktivitätsverluste zu riskieren.

Vergleicht man die Einstellung zur Psychotherapie vor und nach dem Seminar, zeigen sich bei den Führungskräften keine Unterschiede zur positiven Einstellung und Stigmatisierungsfurcht bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Dies steht im Gegensatz

zu der sehr guten Bewertung des Seminars. Eine Erklärung, warum diese Werte unverändert blieben, ergibt sich aus der Kritik am Studiendesign und dabei an den verglichenen Stichproben. In der Führungsebene des weltweit agierenden Unternehmens herrscht eine sehr hohe Fluktuation. Die Erstbefragung der Führungskräfte vor den Seminaren erfolgte teilweise bis zu neun Monate vor der Zweitbefragung im Rahmen der Gesamtmitarbeiterbefragung. Die zwischenzeitliche Fluktuation der Führungskräfte wurde dabei nicht berücksichtigt und es ist davon auszugehen, dass die beiden Führungskräfte Stichproben im Verlauf nicht vergleichbar sind. Dies erklärt auch, dass sich bei der Evaluation des Seminars nur ca. 56 % der Seminarteilnehmer den Fragebogen ausfüllten. Hinzu kommt, dass die Führungskräfte bereits im Vorfeld eine eher positive Einstellung zur Psychotherapie hatten, so dass es sich hier auch um einen Deckeneffekt handeln kann.

### **7.3 Limitationen der Studie**

#### **Studiendesign und -durchführung**

Alle betrieblichen Aktionen, die im Rahmen der Studie durchgeführt wurden, wurden vorab mit der Werkleitung und der Mitarbeitervertretung abgestimmt und waren genehmigungspflichtig. Es wäre sinnvoll gewesen alle Mitarbeiter des Betriebs vor und nach allen Aktionen zu befragen um die Effizienz der Maßnahmen vergleichend zu evaluieren. Seitens der Werksleitung und des Betriebsrates wurde gewünscht, dass die Fragen des Fragebogens zur Erfassung der Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe sowohl bei der Führungskräftebefragung vor dem Seminar, als auch bei der Gesamtmitarbeiterbefragung im Konjunktiv formuliert werden. Da im Zeitraum der Führungskräftebefragung nur sehr wenige weibliche Führungskräfte in verschiedenen Altersklassen beschäftigt waren, wurde aus Anonymitätsgründen bei der Führungskräftebefragung auf die Angabe des Geschlechts auf Wunsch der Werksleitung verzichtet. Auch wurde gewünscht, dass die soziodemographischen Daten bei der Gesamtbefragung auch beinhalten, in welchen Bereich des Unternehmens die Befragten tätig sind, um später gezielt und bedarfsorientiert Maßnahmen einleiten zu können, selbstverständlich unter Wahrung der Anonymität der einzelnen Mitarbeiter. Aus Gründen der Anonymität wurde dazu auch eingeräumt, bei den soziodemographischen Daten bei Geschlecht, Alter, Nationalität und Bildungsabschluss keine Angabe als Kennwert anzugeben.

Kritisch zu sehen ist die relativ geringe Beteiligung an der Gesamtmitarbeiterbefragung. Diese wurde jedoch seitens der Kommunikationsabteilung im Hinblick darauf, dass die Befragung alle Mitarbeiter umfasste, anonym und freiwillig war, die Teilnahme nicht mit einer möglichen Gratifikation für die einzelnen Mitarbeiter verbunden war und außerhalb der Arbeitszeit ausgefüllt werden musste, im Vergleich zu ähnlichen Erhebungen als gut bewertet. Betriebsinterne vergleichbare evaluierte Gesamtmitarbeiterbefragungen bezüglich Gesundheitsthemen liegen jedoch nicht vor. Überwiegend erfolgten Befragungen bislang in Subgruppen, z.B. Führungskräfte in Qualifizierungsmaßnahmen, die innerhalb der Arbeitszeit erfolgten. Die im Rahmen der Führungskräftebildung (innerhalb der Arbeitszeit) durchgeführte anonyme Befragung zeigte demgegenüber eine sehr hohe Teilnehmerquote. Vermutlich hätten mehr Mitarbeiter bei der Gesamtbefragung teilgenommen, wenn auch diese Befragung innerhalb der Arbeitszeit durchgeführt worden wäre. Da für das Ausfüllen des Fragebogenkataloges ein Zeitraum von ca. zwanzig Minuten hätte eingeräumt werden müssen und es neben einem erheblichen organisatorischen Aufwand wegen „Störung“ der betrieblichen Abläufe einen deutlichen Kostenfaktor aufgrund des Arbeits(zeit)ausfalls bedeutet hätte, wurden seitens der Werksleitung dem Ausfüllen nur außerhalb der Arbeitszeit zugestimmt. Die betrieblichen Informationen und Aktionen (z.B. Plakate, Informationszettel, Beiträge in der Firmenzeitung, Führungskräftebildungen) wurden in deutscher Sprache gestaltet bzw. gehalten. Es wurde davon ausgegangen, dass die französischen Mitarbeiter sowohl in Wort als auch in Schrift der deutschen Sprache mächtig sind. Alle Mitarbeiter konnten an den Vorträgen zur psychosozialen Gesundheit im Rahmen der Betriebsversammlung teilnehmen, die jeweils zu drei verschiedenen Zeitpunkten stattfindet um alle Schichtgruppen einbeziehen zu können. Hierbei wurde auch die Mitarbeiterbefragung angekündigt. Betriebliche und organisatorische Gründe und eine mögliche Beeinflussung des Ablaufs der Betriebsversammlung sprachen dagegen, die Mitarbeiter während der Betriebsversammlung mit dem Fragebogenkatalog zu befragen. Die Fragebögen wurden in deutscher Fassung ausgegeben. Den Mitarbeitern wurde die Möglichkeit eingeräumt bei eventuellen sprachlichen oder inhaltlichen Verständnisschwierigkeiten Hilfsangebote beim Werksärztlichen Dienst, bei den Mitarbeitervertretungen oder bei den Führungskräften in Anspruch zu nehmen. Die Bögen wurden vor Schichtende von den Vorgesetzten persönlich an die Mitarbeiter ausgehändigt, mussten, wie bereits erwähnt, außerhalb der Arbeitszeit ausgefüllt und wieder mit ins Werk zurückgebracht werden. Dazwischen lagen teilweise Freischichten, Fehltage und Urlaubstage, was sich auch auf den Rücklauf der Fragebögen vermutlich auswirkte. Auch bestanden im Produktionsbereich zum Teil keine geeigneten

Möglichkeiten, die Fragebogensammlung am Arbeitsplatz vor Arbeitsbeginn oder nach Arbeitsende auszufüllen. Inwieweit die Informationen bezüglich psychischer Störungen und Relevanz des Themas nochmals bei Austeilung der Fragebögen von den Vorgesetzten zu ihren Mitarbeitern transferiert wurden, ist auch abhängig von Einstellung des Vorgesetzten zu der Befragung und der Thematik. Es ist zu vermuten, dass ein Teil der Belegschaft die Studie ablehnte zum Beispiel aufgrund des Zeitaufwandes zum Ausfüllen der Fragebögen in der Freizeit, da sie das Thema als „Privatsache“ ansehen, Bedenken über die Anonymität der Befragung hatten und eventuelle negative berufliche Folgen befürchteten. Es ist auch die Möglichkeit eines Partizipation-Bias zu beachten. Einerseits ist denkbar, dass sich eher die psychisch stark betroffenen Mitarbeiter an der Befragung beteiligten, was den hohen Anteil der Major Depression bei den depressiven Syndromen erklären könnte, andererseits ist aber auch denkbar, dass gerade diese die Teilnahme ablehnten wegen ihrer psychischen Belastung und Angst vor Stigmatisierung trotz Interventionsbedarfs.

## **7.4 Würdigung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen**

Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass

- Industriearbeiter keine ablehnende Haltung gegenüber Psychotherapie haben
- bei Industriearbeitern mit der Depressivität die Angst bei Inanspruchnahme von Psychotherapie stigmatisiert zu werden zunimmt
- es im Industriebetrieb altersbezogene und herkunftsbezogene Unterschiede bei der Einstellung gegenüber Psychotherapie gibt
- Schichtarbeiter mehr psychisch beansprucht sind als ihre nicht in Schichtarbeit beschäftigten Kollegen
- es im Industriebetrieb negative Zusammenhänge gibt zwischen Depressivität und Kohärenzgefühl gibt und somit psychisch Belastete weniger Ressourcen haben, psychische Belastungen zu bewältigen

- Führungskräfte Schulungen zur psychosozialen Gesundheit sehr gut bewerten und relevant finden

Aus den Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass

- im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Programmen zur Aufklärung über psychische Störungen, zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung dieser Erkrankungen und zur Förderung der Therapiemotivation, die auf alters-, herkunfts- und beschäftigungsverhältnisbezogene Spezifika eingehen, ein sehr hoher Stellenwert zukommt.
- Schulungen von Schichtarbeitern von großer Bedeutung sein könnten für die Förderung der psychischen Gesundheit im Industriebetrieb.
- Führungskräfte Programme zur Förderung der psychosozialen Gesundheit nicht ablehnen und bereit sind zu Schulungen bezüglich der Thematik.

Aus den erhobenen Daten ergibt sich die Perspektive für weitere Studien:

- Im Rahmen einer Folgeuntersuchung sollten nach Durchführung der betrieblichen Maßnahmen und Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung erneut Daten zur psychischen Belastung, zur Einstellung zur Psychotherapie und zu den Ressourcen im Rahmen einer Gesamtmitarbeiterbefragung oder der Erfassung einer repräsentativen Stichprobe im untersuchten Industriebetrieb erfasst werden, um mögliche Effekte zu evaluieren.
- Angesichts der in den letzten Jahren kontinuierlich steigenden Zahlen von Beschäftigungsverhältnissen mit Schichtarbeit, sollte untersucht werden, welche Faktoren dazu führen, dass Schichtarbeiter im Industriebetrieb mehr von Depressivität und depressiven Syndromen als ihre nicht in Schichtarbeit beschäftigten Kollegen betroffen sind. Dabei sollte zwischen beruflichen (z.B. Arbeitsform, Arbeitsaufgaben,

Akkordtätigkeit, Arbeitsdichte, verschiedenen Schichtsystemen, privaten (z.B. Probleme und Isolierung durch soziale Desynchronisation), individuellen, soziodemographischen (z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Herkunft) und gesundheitlichen (z.B. Schlafstörungen, komorbide Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus etc.)) möglichen Einflussfaktoren differenziert werden.

- Auswirkungen von Aktionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (zum Beispiel auch Führungskräfte - Qualifizierungen), auf die Einstellung und das Verhalten von Vorgesetzten, welche Einfluss auf die psychische Gesundheit und die Therapiemotivation der Mitarbeiter haben, sollten wissenschaftlich untersucht und evaluiert werden.
- Eine bevölkerungsrepräsentative deutsche Normstichprobe zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe liegt bislang noch nicht vor. Angesichts zunehmender Prävalenz und Morbidität durch psychische Störungen sollten solche Untersuchungen durchgeführt werden, damit Vergleichsdaten vorliegen.

## 8 Literaturverzeichnis

Abel T, Kohlmann T, Noack H (1995) SOC-Fragebogen. Revidierte Fassung der Übersetzung von Noack, Bachmann u.a.(1987) Bern: Universität, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin

Albrod M (2008) Bedeutung psychomentaler Belastungen im betrieblichen Kontext. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 43:608-617

Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED (1997) Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 171:524–529

Antoniou AS, Cooper C (2005) *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Edward Elgar Publishers, Cheltenham

Antonovsky A (1979): *Health, stress and coping. New Perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass, San Francisco

Antonovsky A (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco

Antonovsky A (1993a) Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke A, Broda M (eds) *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* dgvt, Tübingen, pp 3-14

Antonovsky A (1993b) The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine* 36:725-733

Antonovsky A (1997) *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erweiterte Erstausgabe von Franke A, dgvt, Tübingen

- Badura B, Münch E, Ritter W (eds) (1997) Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Badura B, Schröder H, Vetter C (2007) Fehlzeiten-Report 2007. Berlin; Springer, 2007
- Beck AT (2004) Kognitive Therapie der Depression. Herausgegeben von Hautzinger M. Aus dem Amerikanischen von Bröndel A. 3. Auflage. Beltz (Beltz-Taschenbuch: Psychologie), Weinheim
- Beermann B (2010) Nacht- und Schichtarbeit. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (eds) Fehlzeiten-Report 2009, Springer, Heidelberg, pp 71-82
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Erw. Neuauflage, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
- Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M. (2009) Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. J Occup Environ Med, 51: 629-638
- Berkemann R (2012) Gallup Studie 2011 Jeder vierte Arbeitnehmer hat innerlich gekündigt, E-Book [www.gallup.de](http://www.gallup.de)
- Bermejo I, Klärs G, Böhm K, Hundertmark-Mayser J, Lampert T, Maschewsky-Schneider U, Riedel-Heller S, Härter M (2009) Evaluation des nationalen Gesundheitszirkels „Depressive Erkrankungen“: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 52:897-904
- Berth H, Förster P, Brähler E (2003) Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. Gesundheitswesen 65:555-560
- BKK Bundesverband Gesundheitsreport (ed) (2010) BKK Gesundheitsreport 2010 – Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft, Essen

Borgetto B ,Psychosoziale Belastungen und Ressourcen - Begriffserklärung und theoretische Modelle. In: Weber A, Hörmann G (eds) Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft Gentner Verlag, Stuttgart, pp 39-46

Bosshard M, Ebert U, Lazarus H(2001) Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Lehrbuch. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Bowmann BJ (1996) Cross-cultural validation of Antonovsky´s Sense of Coherence Scale.JClinPsychol 52:547-549

Bundesärztekammer Beschlussprotokoll 109. Deutscher Ärztetag 2006, pp15-31

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) (2011) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2009 - Unfallverhütungsbericht Arbeit, p 82, 1. Auflage. Dortmund, [www.baua.de/suga](http://www.baua.de/suga)

Burnus M, Benner V, Gutmann B, Steinke U (2008) Ergebnisse eines Modellprojekts zur Prävention branchenspezifischer Erkrankungen in einem Kunden-Service-Center. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed 43:386-393

Callies T , Schmid-Ott G Akguel G, Jaeger B, Ziegenbein M (2007) Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. Psychiat Prax 34:343-348

Chandola T, Brunner E, Marmot M (2006) Chronic stress and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ 332:521-525

Currin JB, Hayslip B, Schneider LJ, Kooken RA (1998) Health services among older persons. Psychotherapy 35:506-518

Davison GC, Neale JM.(2002) Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Belz, Psychologie Verlags Union, Weinheim

Deutsche Angestelltenkrankenkasse – Versorgungsmanagement (ed) DAK-Gesundheitsreport 2005, Hamburg

Deutsche Angestelltenkrankenkasse – Versorgungsmanagement (ed) DAK-Gesundheitsreport 2011, Hamburg

DGB-Index .Gute Arbeit 2007 - Der Report(2007).www.dgb-index-gute-arbeit.de, Berlin

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, ,BApk, DAGSHG, DEGAM, DGPM,DGPs, DGRW (eds) (2012) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung Version 1.3 . <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de>

Ditte D, Schulz W, Schmid–Ott G (2006) Einstellung gegenüber der Psychotherapie in der russischen Bevölkerung und in der Bevölkerung mit einem russischen/sowjetischen kulturellen Hintergrund in Deutschland - eine Pilotstudie. Nervenarzt 77: 64-72

Dörner K, Plog U, Teller C, Wend F (2002) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Neuausgabe Psychiatrie-Verlag, Bonn

Dragano N (2007) Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. VS Verlag, Wiesbaden

Enderle G, Seidel HJ (eds) (2004), Arbeitsmedizin Fort- und Weiterbildung Kurs A-C. 1st ed. Elsevier GmbH Urban & Fischer, München Jena, pp 701-704

Europäische Kommission (2005) Grünbuch. Die Psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Entwicklung einer Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Europäische Gemeinschaft, Brüssel

Folkard S, Barton J (1993) Does the „forbidden zone“for sleep onset influence morning sleep duration? Ergonomics 36:85-91

Frese M (1991) Stress und neue Techniken Was verändert sich?  
[Stress and new technologies. What is changing?] In: Greif S, Bamberg E, Semmer N (eds) Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Hogrefe, Göttingen, pp 222-240

Glomm D, Jurkschat R, Peschke M, Schneider W (2008) in Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner (ed) VDBW Leitfaden Psychische Gesundheit im Betrieb, [www.vdbw.de](http://www.vdbw.de)

Goetzel RZ, Long SR, Osminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W (2004) Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med* 46:398-412

Härmä M, Kompier M, Vahtera J (2006) Work-related stress and health-risks, mechanisms and countermeasures. *Scand J Work Environ Health* 32(6-special issue):413-419

Hanebuth D, Meinel M, Fischer JE (2006) Health-related quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: a comparison of potential predictors. *J Occup Environ Med* 48(1):28-37.

Hasselhorn HM (2007) Berufsbezogene psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen. In: Weber A, Hörmann G (eds) *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft* Gentner Verlag, Stuttgart, pp 47-71

Hasselhorn HM, Michaelis M, Bosselmann T, Scheuch K, Hofmann F (2002) Psychosoziale Aspekte bei betriebsärztlicher Tätigkeit. *ZblArbeitsmed* 52:154-162

Hasselhorn HM, Nübling M (2004) Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.*39:568-576

Hasselhorn HM., Tackenberg P (2004) Effort-Reward-Imbalance bei Pflegepersonal in Deutschland im internationalen Vergleich - Ergebnisse von der europäischen NEXT-Studie, *Zbl Arbeitsmed* 54:460-470

Head, J, Stansfeld SA, Siegrist J (2004) The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occup Environ Med* 61:219-224

Herrmann-Lingen C, Buss U (2002) Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit. In: Jordan J, Bardé B, Zeiher AM (eds) Reihe "Statuskonferenz Psychokardiologie", Band 5, p 203, VAS Frankfurt

Hillert A, Koch S, Vorderholzer U (2012) Burnout-Erleben, Akzeptanz und Nutzung von Gesundheitsangeboten in Betrieben aus Sicht psychosomatischer Patienten.

Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.; 47:494-501

Hinnen U, Krueger H (2001) Arbeitsmedizin: Zukünftige Herausforderungen. ZblArbeitsmed.

51:479-481

Hirsch R, Bronisch T, Sulz S (2009) Psychotherapie im Alter. Psychotherapie 14:195-198

Hollederer A (2008) Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit.

Prakt.Arb.med.12:29-32

Hood SC, Beaudet MP, Catlin G (1996) A healthy outlook. Health Rep 7:25-32

Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004) Psychische Störungen in der deutschen

Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage.

Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 47:736-744

Jamal M (2004) Burnout, Stress and health of employees on non-standard work schedules: A study of Canadian workers. Stress and Health 20:113-119

Jansen NW , Kant I, Nijhuis FJ, Swaen GM, Kristensen TS (2004) Impact of worktime arrangements on work-home interference among Dutch employees. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 30:139-148

Johnson JV, Hall EM, Theorell T (1989) Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of Swedish male working population. Scand J Work Environ Health 15:271-279

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Walters E (2005) Lifetime prevalence and age on-set distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry 62:593-602

Kivimäki M, Head J, Ferrie J E, Hemingway H, Shipley MJ., Vahtera J, Marmot M G (2005) Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *Am J Public Health* 95:98-102

Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J (2002) Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 325:857-861

Köllner V (2007) Depressive Störungen und Beruf .In: Weber A, Hörmann G (eds) *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft* Gentner Verlag, Stuttgart , pp 124-131

Köllner V (2008) Arbeitswelt und Psychosomatische Medizin. *Ärztliche Psychotherapie* 4:230-231

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2001) The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 16:606-613

Kumari M, Head J, Marmot M (2004) Prospective study of social and other risk factors for incidence of type 2 diabetes in the Whitehall II study. *Arch Intern Med* 164:1873-1880

Larsson G, Kallenberg KO (1996) Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal of Public Health* 6:175-180

Limbacher K, Wieland R, (2008) Kooperation zwischen Psychosomatischer Rehabilitation und Betrieben fördert Prävention und Reintegration. *Ärztliche Psychotherapie* 3:269-274

Linden M (2003) Epidemiologie und Therapie depressiver Störungen. *Z Psychosom Med Psychther* 49:333-345

Linden M, Kurtz G, Baltes MM, Geiselman B, Lang FR, Reischies FM, Helmchen H (1998) Depression bei Hochbetragten Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt* 69:27-37

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison D, Murray CJL (2006) The global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 367:1747-1757

Löwe B, Gräfe K, Quenter A, Zipfel S, Herzog W (2002) Diagnostik depressiver Störungen: Validität von Arzt Diagnosen und drei Screeninginstrumenten im Vergleich (Abstract). In: Balck F, Berth H, Dinkel A (eds) *Medizinpsychologie.com. State of the Art der Medizinischen Psychologie 2002*, Pabst, Lengerich, pp 102-103

Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002b) PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten, 2. Auflage, Manual Komplettversion und Kurzform, autorisierte deutsche Version des "Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)", Pfizer

Lundberg O (1997) Childhood conditions, Sense of Coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine* 44: 821–831

Marr R (1996) Absentismus – der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential. In: Marr R (ed) *Absentismus*. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, pp13-39

Marx Engels Marx/Engels - Werke, Bd. 20, Dialektik der Natur, Dietz Verlag, Berlin 1962, p 444

Neises M, Ditte D, Urbaniak A, Schulz W, Schmid-Ott G (2010) Einstellungen gegenüber Psychotherapie, Alternativ- und Komplementärmedizin der Leiterinnen von Selbsthilfegruppen für krebserkrankte Frauen. *Ärztliche Psychotherapie* 5:162-171

Neuhaus R (2009). KPB-Kurzverfahren psychische Belastungen- Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Belastung. Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e.V. (ed) 2. überarbeitete Auflage, Wirtschaftsverlag Bachem, Köln

Neuner R, Peter R (2008) Betriebliches Gesundheitsmanagement Wunsch oder Realität? *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.*43:428-432

Oetting M (2008) Stress und Stressbewältigung am Arbeitsplatz. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.) Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland) ,pp 55-59

Panter W (2007) Die Rolle der Betriebs- und Werksärzte. In: Weber A, Hörmann G (eds) Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft. Gentner Verlag, Stuttgart, pp 589-592

Peschke M (2010) Betriebsärztliche Beratung und Intervention bei Mitarbeitern mit psychischen und psychosomatischen Problemen Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 45:8-10

Peter R, Siegrist J, Hallqvist J, Reuterwall C, Theorell T and the SHEEP Study Group (2002) Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. J Epidemiol Community Health 56:294-300

Pisarski A, Bohle P, Callan VJ (2002) Extended shifts in ambulance work: Influence on health. Stress and Health 18:119-126

Pressemitteilung Bundespsychotherapeutenkammer 10/2011

Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Era DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 45:977–986

Rehme AM.(2003) Stigmatisierungserleben und Krankheitsverarbeitung bei Vitiligopatientinnen und –patienten. Hannover: Medizinische Hochschule, Dissertation

Reibold S (2003) Psychometrische Überprüfung des „Fragebogens gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe“ (FEP) und der Kurzfassung des „Fragebogens zum Erleben von Hautbeschwerden“ (FEH). Braunschweig: Technische Universität, Diplomarbeit

Rief W, Nanke A, Klaiberg A, Braehler E (2004) Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *Journal of Affective Disorders* 82:271-276

Rosenberg R, Doghramji PP (2011) Is Shift work making your patient sick? Emerging theories and therapies for treating shift work disorder. *Postgrad Med* 123:106-115

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan P (2005) Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiat Prax* 32: 221-232

Schmid-Ott G, Jäger B (2005) Stigmatisierung durch Psychotherapie: Realität oder Mythos? *Public Health Forum* 13:26-27

Schmid-Ott G, Klippstein A, Sommermeier M, Jäger B, Schulz W. (2004) Einstellungen von psychiatrischen Patienten gegenüber einer Psychotherapie. *ZKPP* 53:171-177

Schmid-Ott G, Reibold S, Ernst G, Niederauer HH, Künsebeck HW, Schulz W, Lamprecht F, Jäger B (2003) Development of a Questionnaire to Assess Attitudes towards Psychotherapeutic Treatment. *Dermatology and Psychosomatics* 4:187-193

Schneider W, Klauer T, Janssen PL, Tetzlaff M (1999) Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Der Nervenarzt* 70:240-249

Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC (2009) The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 259:298-306

Schumacher J, Gunzelmann T, Brähler E (2000a) Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostika* 46:208-213

Schumacher J, Wilz G, Gunzelmann T, Brähler E (2000b) Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky, Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychther Psychosom med Psychol* 50:472-482

Schwartz JR, Roth T (2006) Shift work sleep disorder: burden of illness and approaches to management. *Drugs* 66:2357-70

Selye H (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 138 (3479, July 4): 32

Siegrist J (1996) *Soziale Krisen und Gesundheit*. Hogreve, Göttingen Bern Toronto Seattle

Siegrist J (2005) Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. *Psychoneuroendocrinology* 30:1033-1038

Siegrist J (2009) Gratifikationskrisen als psychosoziale Herausforderungen. *Arbeitsmed. Sozialmed.Umweltmed.* 44:574-579

Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R (2004) The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science and medicine* 58:1483-1499

Siegrist J, Dragano N (2008) Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 51:301-312

Sockoll Ina ,Kramer Ina, Bödeker Wolfgang (2008) In: BKK Bundesverband (ed) IGA-Report 13-Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000-2006 , Essen, [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)

Stadler P, Spieß E (2005) Gesundheitsförderliches Führen - Defizite erkennen und Fehlbelastungen der Mitarbeiter reduzieren. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* 40:384-390

Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P (2002) Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 20:3137-3148

Stattin M, Jarvholm B (2005) Occupational, work environment, and disability pension: a prospective study of construction workers. *Scand J Public Health* 33:84-90

Steinke M, Badura B (2011) Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung. 1.Auflage Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua),Dortmund, [www.baua.de](http://www.baua.de)

Struck O, Dütsch M, Liebig V, Springer A (2012) Arbeit zur falschen Zeit am falschen Platz? Eine Matching-Analyse zu gesundheitlichen Beanspruchungen bei Schicht- und Nachtarbeit. Working Paper 6, Bamberg gefördert durch Hans Böckler Stiftung

Udris I, Frese M (1999) Belastung und Beanspruchung. In: Hoyos Graf C, Frese D (eds) Arbeits-und Organisationspsychologie GL Lehrbuch Psychologie, Verlagsunion, Weinheim, pp 429-445

Unger HP, Kleinschmidt C (eds) (2007) Bevor der Job krank macht.3rd ed. Kösel, München

Ustun TB, Sartorius N (1993) Public health aspects of anxiety and depressive disorders. Int Clin Psychopharmacol 8:15-20

VBDW Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner (ed) (2009) VDBW Leitfaden Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung als betriebsärztliche Aufgabe p 5.[www.vdbw.de](http://www.vdbw.de)

Weber A, Hörmann G (2007) (eds) Psychosoziale Gesundheit im Beruf- Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft. Gentner Verlag, Stuttgart

Weber A, Hörmann G (2008) Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Utopie oder Notwendigkeit? Gesundheitswesen 70:105-114

Weber A, Jaeckel-Rheinard A (2000), Burn-out-Syndrome- a disease of modern societies? Occup Med 50:512-517

Weinreich I, Weigl C (2011) Unternehmensratgeber betriebliches Gesundheitsschutzmanagement. Grundlagen – Methoden – personelle Kompetenzen. Erich Schmidt, Berlin

Wernicke TF, Linden M, Gilberg R, Helmchen H (2000) Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old – results from the Berlin Aging Study (BASE), European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 250:111-119

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2011) Fehlzeiten-Report 2011.  
Berlin. [www.wido.de](http://www.wido.de)

Wiesmann U, Wendtland S, Hannich HJ (2004) Salutogenese im Alter Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsressourcen älterer aktiver Menschen. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 17:179-193

Winkler I, Richter- Werling M, Angermeyer MC (2006) Strategien gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und ihre praktische Umsetzung am Beispiel der Irrsinnig Menschlich e.V., Gesundheitswesen 68:708-713

Wittchen HU, Höfler M, Meister W (2001) Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? Int Clin Psychopharmacol 16: 121-35

Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland-eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsblatt 44:993-1000

Wittchen HU, Jacobi F, Kloese M, Ryl L (2010) Depressive Erkrankungen. In: Robert-Koch-Institut (ed) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin

Wittchen HU, Jacobi F (unveröffentlicht) DEGS - Symposium: Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Vortrag im Rahmen des DEGS-Symposiums am 14. Juni 2012, [www.rki.de](http://www.rki.de)

Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P (1999) Comorbidity in primary care: presentation and consequences .J Clin Psychiatry 60:29-38, discussion 37-38

Wittchen HU, Pittrow D (2002) Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 17:1-11

World Health Organization (WHO) (ed) (1988) Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Geneva. [www.who.int](http://www.who.int)

World Health Organization (WHO) (ed) (1998) Health Promotion Glossary Section I: List of Basic Terms, pp1-4, WHO Geneva. [www.who.int](http://www.who.int)

World Health Organization (WHO) (ed) (2001) The world health report 2001 – mental health. New Understanding, new Hope. WHO Geneva. [www.who.int](http://www.who.int)

World Health Organization (WHO), World Psychiatric Association (WPA) (eds) (2002) Reducing Stigma and Discrimination against older people with mental disorders. WHO-WPA Geneva. [www.who.int](http://www.who.int)

[www.gallup.de](http://www.gallup.de) (2012) Pressemitteilung Jeder vierte Beschäftigte hat innerlich gekündigt- Führungskräfte in der Pflicht: Gehalt und Aufgabe sind nicht maßgeblich für die emotionale Mitarbeiterbindung. Beratungsunternehmen Gallup veröffentlicht Engagement Index 2011

Zapf D, Semmer NK (2004) Stress und Gesundheit in Organisationen. In: Schuler H (ed) Organisationspsychologie: Grundlagen und Personalpsychologie Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, pp 1007-1112

# 9 Anhang

## 9.1 Fragebögen

### 9.1.1 Führungskräftebefragung vor dem Seminar

**Fragebogen „PSYCHISCHE GESUNDHEIT AM ARBEITSPLATZ“  
für Führungskräfte**

Alter: 25-40 Jahre       40-55 Jahre       > 55 Jahre

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie, den nachfolgenden Fragebogen auf jeden Fall **vollständig** auszufüllen, auch wenn Sie weder persönlich noch in Ihrem Umfeld mit psychischen Problemen belastet sind.

Wir möchten hiermit lediglich ihre grundsätzliche Einstellung zu psychischen Erkrankungen erfragen.

Der Fragebogen dient uns als wichtiges Hilfsmittel psychische Belastungen im Betrieb und auch die Einstellung dazu zu erkennen und nachfolgend entsprechende bestmögliche Maßnahmen einleiten zu können.  
Die Auswertung des Fragebogens erfolgt selbstverständlich **streng anonym!**

Bitte achten Sie darauf, **alle** Fragen zu beantworten !

|  | Ich stimme<br>nicht zu   | Ich stimme<br>eher nicht<br>zu | Ich stimme<br>eher zu    | Ich stimme<br>zu         |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1<br>Es gibt psychische Probleme, die man nur mit Hilfe eines Psychotherapeuten lösen kann   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2<br>Ich denke, dass mich viele für „verrückt“ halten könnten, wenn sie erfahren würden, dass ich eine Psychotherapie mache würde                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3<br>Ich habe schon Gutes von der Hilfe und Einflussnahme von Psychotherapeuten gehört   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4<br>Wenn ich über einen längeren Zeitraum erhebliche seelische Probleme hätte, könnte ein Psychotherapeut eher als ich selber die Ursachen dafür feststellen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5<br>Es wäre mir unangenehm, mit einem Bekannten über meine seelischen Probleme zu sprechen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6<br>Andere könnten denken, dass ich mir meine Beschwerden einbilden würde, wenn keine körperlichen Ursachen dafür gefunden würden.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7<br>Ich fürchte, dass sich ich meine Bekannten und Freunde zurückziehen würden, wenn sie erfahren würden, dass ich zu einem Psychotherapeuten gehen würde.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8<br>Ich gehe davon aus, dass ein Psychotherapeut gelernt hat, sich einem seelischen Notleidenden gegenüber richtig und hilfreich zu verhalten.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9<br>Bei schwerwiegenden seelischen Problemen könnte eine Psychotherapie hilfreich für mich sein.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10<br>Meine Bekannten könnten ruhig wissen, wenn ich einen Psychotherapeuten aufsuchen würde.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11<br>Jemand, der dafür ausgebildet ist, könnte mir eher als andere Menschen einen Weg aus einer seelischen Krise weisen.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 9.1.2. Gesamtmitarbeiterbefragung

### Fragebogen

# „PSYCHISCHE GESUNDHEIT AM ARBEITSPLATZ“ für Mitarbeiter [REDACTED]

Sehr geehrte Damen und Herren,

seelische Belastungen und Erkrankungen nehmen in den letzten Jahren in der Gesellschaft kontinuierlich zu.

Sie können jeden treffen unabhängig von Alter, Geschlecht, Beruf und sozialem Status.

Leider werden sie oft erst spät wahrgenommen und erkannt.

Entscheidend für einen guten Behandlungserfolg ist aber eine frühzeitige, angemessene Therapie.

Wir bitten Sie, den nachfolgenden Fragebogen **freiwillig und möglichst vollständig** auszufüllen, auch wenn Sie weder persönlich noch in Ihrem Umfeld mit psychischen Problemen belastet sind.

Ein **vollständig ausgefüllter** Fragebogen dient uns als **wichtiges Hilfsmittel** psychische Belastungen im Betrieb und auch die Einstellung dazu zu erkennen, um nachfolgend entsprechend effektive und bestmögliche **Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung seelischer Belastungen** für die Mitarbeiter von [REDACTED] einleiten zu können.

Bitte achten Sie deshalb darauf, **möglichst alle Fragen** zu beantworten!

Die wissenschaftliche **Auswertung des Fragebogens erfolgt ausschließlich durch SMT** (Frau Anja Kern - Merloni, Werksärztin).

Die erhobenen Daten werden selbstverständlich **streng anonym** behandelt!

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unseren Fragebogen auszufüllen!

Anja Kern - Merloni  
Werksärztin, SMT

**Personenbezogene Daten** (bitte füllen Sie die Fragen **freiwillig möglichst mit einer Angabe (im Kreis)** aus, um nach der anonymen Auswertung bestmögliche Maßnahmen einleiten zu können)

|  |          |          |              |
|--|----------|----------|--------------|
|  | männlich | weiblich | keine Angabe |
|--|----------|----------|--------------|

**Geschlecht**

|  |             |             |             |             |              |              |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
|  | 20-29 Jahre | 30-39 Jahre | 40-49 Jahre | 50-59 Jahre | 60 und älter | keine Angabe |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|

**Alter**

|  |         |             |        |              |
|--|---------|-------------|--------|--------------|
|  | deutsch | französisch | andere | keine Angabe |
|--|---------|-------------|--------|--------------|

**Nationalität**

**Bildungsabschluss:**  
(falls Sie Ihren Abschluss nicht in Deutschland absolviert haben, bitte den jeweils entsprechenden angeben)

|                     |                                     |                     |                                 |                                    |  |                                       |              |
|---------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------|
| Hauptschulabschluss | Realschulabschluss (Mittlere Reife) | 10.Klasse Gymnasium | Fachhochschulreife (Fachabitur) | allgemeine Hochschulreife (Abitur) | abgeschlossenes Studium Fachhochschule | abgeschlossenes universitäres Studium | keine Angabe |
|---------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------|

|  |                    |              |            |          |
|--|--------------------|--------------|------------|----------|
|  | Produktion         |              | Verwaltung |          |
|  | Produktivtätigkeit | Facharbeiter | Management | Sonstige |

**Tätigkeitsbereich**

|  |   |   |    |        |
|--|---|---|----|--------|
|  | R | O | SF | Sonst. |
|--|---|---|----|--------|

**Bereich**

|  |    |      |
|--|----|------|
|  | Ja | Nein |
|--|----|------|

**Schichtarbeit**

|  |               |                                    |                        |                   |
|--|---------------|------------------------------------|------------------------|-------------------|
|  | Normalschicht | A/AB (nur Früh- und Mittagschicht) | ABC (18er, Teil-Konti) | Voll-Konti (21er) |
|--|---------------|------------------------------------|------------------------|-------------------|

**Schichtsystem**

|  |    |      |
|--|----|------|
|  | Ja | Nein |
|--|----|------|

**Zeitarbeiter**

Bitte kreuzen Sie bei den nachfolgenden Fragen jeweils **nur eine Antwort (in den kleinen Kreisen)** an!

**Seelische Erkrankungen und psychische Belastungen nehmen in den letzten Jahren kontinuierlich zu. Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir Ihre Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen und gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsmethoden erfragen.**

|  | Ich stimme nicht zu   | Ich stimme eher nicht zu | Ich stimme eher zu    | Ich stimme zu         |
|--|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Es gibt psychische Probleme, die man nur mit Hilfe eines Psychotherapeuten lösen kann.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ich denke, dass mich viele für „verrückt“ halten könnten, wenn sie erfahren würden, dass ich eine Psychotherapie mache.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich habe schon Gutes von der Hilfe und Einflussnahme von Psychotherapeuten gehört.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Wenn ich über einen längeren Zeitraum erhebliche seelische Probleme hätte, könnte ein Psychotherapeut eher als ich selbst die Ursachen dafür feststellen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Es wäre mir unangenehm, mit einem Bekannten über meine seelischen Probleme zu sprechen.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Andere könnten denken, dass ich mir meine Beschwerden einbilden würde, wenn keine körperlichen Ursachen dafür gefunden würden.                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ich fürchte, dass sich meine Bekannten und Freunde zurückziehen würden, wenn sie erfahren würden, dass ich zu einem Psychotherapeuten gehen würde.        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich gehe davon aus, dass ein Psychotherapeut gelernt hat, sich einem seelischen Notleidenden gegenüber richtig und hilfreich zu verhalten.                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Bei schwerwiegenden seelischen Problemen könnte eine Psychotherapie hilfreich für mich sein.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Meine Bekannten könnten ruhig wissen, wenn ich einen Psychotherapeuten aufsuchen würde.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Jemand, der dafür ausgebildet ist, könnte mir eher als andere Menschen einen Weg aus einer seelischen Krise weisen.                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 12. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?   | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
|--|-----------------|--------------------|---------------------------------|-------------------|
| 12.1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten   | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |
| 12.2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit  | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |
| 12.3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf   | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |
| 12.4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben  | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |
| 12.5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen   | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |
| 12.6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben   | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |
| 12.7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen   | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |
| 12.8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |
| 12.9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich ein Leid zufügen möchten?  | 0               | 0                  | 0                               | 0                 |

### 13. Fragen zum Thema „Angst“.

|   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| <b>13.1.</b> Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Wenn „Nein“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 14.</b>   |                       |                       |
| <b>13.2.</b> Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>13.3.</b> Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf, d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>13.4.</b> Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und /oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>13.5.</b> Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Anfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 14.  | Überhaupt nicht schwer | Etwas erschwert       | Relativ stark erschwert | Stark erschwert       |
|--|------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen: | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |

**15.** Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen und Aussagen zu verschiedenen Aspekten des Lebens. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage die **für Sie persönlich** zutreffende Antwort (Zahl zwischen ① und ⑦) an. Bitte beantworten Sie **jede** Frage bzw. Aussage und kreuzen Sie **jeweils nur eine Zahl** an.

|              |                 |  |  |  |  |  |                             |
|--------------|-----------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|
| <b>15.1.</b> | <b>sehr oft</b> |  |  |  |  |  | <b>sehr selten oder nie</b> |
|--------------|-----------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

|              |   |  |  |  |  |  |  |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>15.2.</b> | <b>Sie spüren, wie schön es ist zu leben.</b> |  |  |  |  |  | <b>Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.</b> |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|

Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass ...

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

|              |   |  |  |  |  |  |   |
|--------------|---|--|--|--|--|--|---|
| <b>15.3.</b> | <b>eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung</b> |  |  |  |  |  | <b>eine Quelle von Schmerz und Langeweile</b> |
|--------------|---|--|--|--|--|--|---|

Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie ...

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

|              |                 |  |  |  |  |  |                             |
|--------------|-----------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|
| <b>15.4.</b> | <b>sehr oft</b> |  |  |  |  |  | <b>sehr selten oder nie</b> |
|--------------|-----------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|

Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

|              |   |  |  |  |  |  |  |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>15.5.</b> | <b>dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden.</b> |  |  |  |  |  | <b>dann wird bestimmt etwas passieren, dass dieses Gefühl wieder verdirbt.</b> |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|

Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt, ...

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

|       |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |
|-------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| 15.6. | ohne jeden Sinn und Zweck sein wird. |  |  |  |  |  |  | voller Sinn und Zweck sein wird. |
|       |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |

Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben ...

①                      ②                      ③                      ④                      ⑤                      ⑥                      ⑦

|       |          |  |  |  |  |  |  |                      |
|-------|----------|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| 15.7. | sehr oft |  |  |  |  |  |  | sehr selten oder nie |
|       |          |  |  |  |  |  |  |                      |

Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

①                      ②                      ③                      ④                      ⑤                      ⑥                      ⑦

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 15.8. | es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden. |  |  |  |  |  |  | Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden. |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |

Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass ...

①                      ②                      ③                      ④                      ⑤                      ⑥                      ⑦

|       |          |  |  |  |  |  |  |                      |
|-------|----------|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| 15.9. | sehr oft |  |  |  |  |  |  | sehr selten oder nie |
|       |          |  |  |  |  |  |  |                      |

Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

①                      ②                      ③                      ④                      ⑤                      ⑥                      ⑦

### 9.1.3 Fragebogen zur Evaluation des Seminars

#### Evaluation zum Schulungstag Psycho-soziale Gesundheit im Industriebetrieb für Führungskräfte der XXXXXXXXXX

Arbeitsbereich: 0 Produktion  
0 Verwaltung  
0 andere \_\_\_\_\_

0 männlich 0 weiblich

Wie bewerten Sie den Schulungstag insgesamt?

sehr gut 0 0 0 0 0 mangelhaft 0

Wie bewerten Sie die Vorträge?

sehr gut 0 0 0 0 0 mangelhaft 0

Wie bewerten Sie die Übungen zur Gesprächsführung?

sehr gut 0 0 0 0 0 mangelhaft 0

Sollte der Übungsteil bei weiteren Schulungen ausführlicher sein?

0 ja 0 nein

Wie bewerten Sie die folgenden Aspekte:

Thema für mich sehr relevant 0 0 0 Thema nicht relevant 0 0

Didaktisch sehr gut 0 0 0 didaktisch mangelhaft 0 0

Was hat Ihnen beim Schulungstag besonders **gut gefallen**?

Was haben Sie für **Verbesserungsvorschläge**?

Gab es in der Zwischenzeit Situationen, in denen Sie das Gelernte praktisch anwenden konnten? Wenn ja, können Sie diese kurz beschreiben?

Vielen Dank für Ihre Anregungen!

## 9.2 Programm Führungskräfteseminar



Dr. Manfred Fries, Anja Kern-Merloni Werksärzte

Bliestal Kliniken

### Psycho-soziale Gesundheit im Industriebetrieb

Schulungstag für Führungskräfte der [REDACTED]

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Volker Köllner

Ziele:

- Erfüllung der Fürsorgepflicht gegenüber Mitarbeitern
- Aufwertung des Images im Konzern und in der Öffentlichkeit
- Schaffung einer Unternehmenskultur, die hilft, psychischen Erkrankungen vorzubeugen bzw. sie rechtzeitig zu erkennen
- Reduktion von Kosten durch AU-Zeiten und geminderte Leistungsfähigkeit

09:00 – 10:00

#### **Einführung: Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Arbeitswelt**

- Häufigkeit,
- Sozial- und arbeitsmedizinische Bedeutung,
- Wer ist wann gestresst?
- Kosten für den Betrieb,
- Echte Zunahme oder Zuflucht für Drückeberger?

10:00 – 12:30

#### **Die für Industriebetriebe wichtigsten Krankheitsbilder – Wie man sie erkennt und behandelt**

- Depression und Burnout
- Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörung
- Körpersymptome ohne Organbefund
- Chronischer Schmerz (u.a. Kopf- und Rückenschmerz)
- Schlafstörungen und Schichtarbeit
- Psychosen
- Sucht und psychosomatische Erkrankung (mit 1 – 2 Fallbeispielen)

|               |   |
|---------------|---|
| 12:30 – 13:30 | Mittagspause  |
| 13:30 - 15:00 | <b>Wie spreche ich Mitarbeiter an, wenn ich eine psychische Problematik vermute und was kann ich ihnen empfehlen?</b><br>(Kleingruppenarbeit mit praktischen Übungen) |
| 15:00 – 16:00 | <b>Arbeit als sinnstiftender / salutogenetischer Faktor und gesundheitsfördernder Führungsstil</b>  |

### **9.3 Veröffentlichungen**

Anja Kern-Merloni (Dr.med. Fries und Team), Nicolas Becker, Manfred Fries, Dagmar Kraft, Volker Köllner: Psychische Belastung und Einstellung zur Psychotherapie in einem Industriebetrieb – eine Pilotstudie.

Posterdemonstration: 63. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), München 29.03.2012

## **9.4 Widmung und Dank**

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Volker Köllner für meine Aufnahme als Doktorandin, für die hilfreichen Anregungen und für die stets freundliche und engagierte Betreuung während der gesamten Arbeit.

Danken möchte ich auch Herrn Dr. med. Manfred Fries, der meine Arbeit unterstützt hat.

Vielen Dank auch an die Leitung des Industriebetriebs für die Möglichkeit, die vorliegende Studie im Werk durchzuführen, und an alle Beschäftigten für ihre Offenheit und die Bereitschaft zur Mitarbeit.

Von ganzem Herzen bedanke ich mich bei meinen Eltern, meinem Mann und meinen Töchtern für die Unterstützung und Geduld.

## 9.5 Lebenslauf

### **Persönliche Angaben:**

Name: Anja Kern-Merloni, geb. Kern  
geb. am: 28.08.1966  
Familienstand: verheiratet, 2 Kinder  
Staatsangehörigkeit: deutsch

### **Ausbildung:**

1976 – 1985 Staatliches Mannlich – Gymnasium Homburg,  
allgemeine Hochschulreife  
1985 - 1992 Studium der Humanmedizin an der Universität des  
Saarlandes, Saarbrücken

### **Beruflicher Werdegang:**

1992 - 1994 Ärztin im Praktikum Orthopädie der Bliestal-Kliniken,  
Blieskastel  
1994 - 1996 Assistenzärztin Orthopädie der Bliestal-Kliniken, Blieskastel  
1996 - 2002 Assistenzärztin Innere Medizin der Bliestal-Kliniken,  
Blieskastel  
2002 - 2003 Weiterbildungsassistentin Allgemeinmedizin in Praxis Dr. med.  
Lang, Homburg  
2003 - 2004 Weiterbildungsassistentin Chirurgie in Praxis Dr. med. Klein,  
Homburg  
2004 Anerkennung als Fachärztin für Allgemeinmedizin  
2004 - 2008 Weiterbildung Arbeitsmedizin BAD GmbH, Saarbrücken und  
Neunkirchen  
2008 Anerkennung als Fachärztin für Arbeitsmedizin  
seit 2008 Fachärztin für Arbeitsmedizin beim Betriebsärztlichen Dienst  
Dr. med. Fries, Facharzt für Arbeitsmedizin und Innere  
Medizin, Saarbrücken