

Redaktion

J. Eckert, Hamburg
C. Reimer, Gießen
B. Strauß, Jena

Steffen Häfner¹ · Severin Haug¹ · Horst Kächele^{1,2}

¹ Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart

² Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum der Universität Ulm

Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Arbeitnehmern

➤ **Arbeit ist die unerläßliche Voraussetzung des menschlichen Lebens, die wahre Quelle menschlichen Wohlergehens. (Graf Leo Nikolajewitsch Tolstoj, Meine Religion, 1880)**

Die Arbeitsmedizin hat es primär mit Gesunden zu tun. Während früher Lärm- und Strahlenbelastungen im Mittelpunkt des Interesses standen, wird in der Arbeitsmedizin heute auch eine ganzheitliche Betrachtung angestrebt. Durch den Übergang vom „Muskelzeitalter“ ins „Nervenzeitalter“ spielen neben den physikochemischen die psychosozialen Belastungsfaktoren eine zunehmende Rolle (Kentner 2003).

Arbeitsmedizin und Psychotherapie – zwei fremde Welten?

Der Wandel der Arbeit durch zunehmende Automatisierung, Informations- und Kontrolltätigkeiten, Dematerialisierung von Produktion und personale Dienstleistungen bedingt einen Anstieg psychomentaler und sozioemotionaler Belastungen und Beanspruchungen. Dazu stellen Rationalisierung, Konzentration von Unternehmen, Wettbewerbsdruck, kurze Produktionszyklen, Innovationen, Zeitdruck, Anforderungsverdichtung, Lern- und Anpassungserfordernisse in den Betrieben eine immer größere Herausforderung für Arbeitnehmer dar. Vor allem Arbeiter aus unteren Tätigkeitsgruppen haben die

höchste Belastung, weil bei ihnen Gefährdungen kumulieren. Für die Arbeitswelt werden daher heute „decent work“ und „safe work“ gefordert.¹

Epidemiologie

Epidemiologische Studien zu psychischen Erkrankungen sind in Betrieben bislang nur selten durchgeführt worden; deshalb werden im Folgenden auch Studien aus den vergangenen 50 Jahren vorgestellt. Auf Grund des raschen Wandels der Verhältnisse in der Arbeitswelt ist es natürlich fraglich, inwieweit die älteren Ergebnisse auf die heutigen Verhältnisse übertragbar sind.

Die Berliner Psychoanalytikerin Esther Winter (1958/59) führte eine Untersuchung an 200 Beschäftigten der Berliner Reichsbahn in Berlin (Ost und West) durch. Diese Untersuchung hat in der epidemiologischen Übersichtsliteratur zu Unrecht wenig Beachtung gefunden. Be-

merkwürdig ist, dass die eineinhalbstündige tiefenpsychologisch-anamnestische Untersuchung von niemandem verweigert wurde. Winter fand eine lebenslange Prävalenz für Neurosen (im umfassenden Sinn) von 64 %, davon 8,5 % schwer wiegende Erkrankungen. Eine Auflistung der Symptome zeigt als häufigste: depressive Verstimmungen (43,5 %), Magenbeschwerden (37,5 %), Ängste und phobische Zustände (26,5 %). Bei 20,5 % der Probanden fanden sich Verwahrlosungszüge. Ein Vorzug dieser Studie ist, dass Bagatellstörungen kompetent und sorgfältig erfasst und bezüglich ihres Krankheitsgrades anhand einer Schweregradgewichtung angemessen eingestuft wurden. Diese Untersuchung ist ein beeindruckendes Beispiel dafür, dass eine vollständige Rekrutierung von Probanden in einem Betrieb, gefördert durch die Gruppenkohäsion und das betriebsinterne „Wir-Gefühl“, möglich ist.

In einem Großbetrieb der Stahlindustrie untersuchte Sopp (1961) die Aufgliederung des Krankenstandes in Abhängigkeit von der Verantwortung des einzelnen Mitarbeiters und fand eine geringere Zahl von Fehlschichten bei hoher Verantwortung und umgekehrt. Zwei Befunde erwiesen sich als konstant: Zwischen Betriebsklima und Art des Krankenstandes bestand eine gesetzmäßige Beziehung und nicht nur die Auslösung, sondern auch der Ablauf der Gesundheitsstörungen waren betriebsspezifisch und pharmakologisch therapieresistent.

¹ Wie bedrängend Arbeitsbelastungen werden können, wird anhand eines Zeitungsartikels aus den Stuttgarter Nachrichten illustriert: „Japanische Manager geraten aufgrund der anhaltenden Rezession zunehmend unter Stress. Für Aufsehen sorgte erst unlängst der Selbstmord des Vizepräsidenten des größten japanischen Mobiltelefon-Unternehmens NTT Docomo. Hitoshi Tajima schnitt sich am 13. Januar mit einem Küchenmesser die Kehle durch. Er hatte monatelang unter stressbedingter Schlaflosigkeit gelitten“ (Stuttgarter Nachrichten, 30.1.1999; Hervorhebung durch die Verfasser). Tod durch Überarbeitung („karoshi“) scheint aber derzeit noch ein spezifisches Problem der japanischen Wirtschaft zu sein.

Dreyer und Görges (1964) untersuchten die Bedeutung von chronischen Magenleiden (Schleimhautentzündungen und Geschwüren) sowie -operationen anhand der werksmedizinischen Kartei eines westdeutschen Großbetriebes. Von der Belegschaft waren 12 % chronisch magenkrank oder am Magen operiert. Der Gipfelpunkt der Erkrankungshäufigkeit lag zwischen dem 30. Lebensjahr und dem 45. Lebensjahr, mithin auf dem Höhepunkt der Schaffenskraft. Der Anteil an chronisch Magenkranken lag bei den 35- bis 45-Jährigen signifikant höher als bei den 14- bis 25-Jährigen und bei den 25- bis 35-Jährigen. In den jungen Altersgruppen überwogen die chronischen Schleimhautentzündungen. Sie werden aber bereits in der Altersgruppe der 30- bis 35-Jährigen von den Geschwürkrankheiten überholt. Bei Mitarbeitern mit Wechselschicht konnte kein Überhang an Magenkranken festgestellt werden. Auch bei Lokführern, Raupenfahrern, Rangierern und Büroangestellten war keine Erhöhung festzustellen. Bei Angestellten, Vorarbeitern und „echten“ Vorgesetzten (Meister, Abteilungsleiter usw.) sowie bei Akkordarbeitern fanden sich hingegen signifikant mehr Magenkranke. Dies wurde dahingehend interpretiert, dass die Vorgesetztenfunktion spezifische Belastungen mit sich bringt, die sehr leicht zu Magenleiden führen können. Auch Hilfsarbeiter waren signifikant häufiger magenkrank. Die Belastungen der Akkordarbeit wurden als spezifisch für das Auftreten eines Magenleidens angesehen.

Bedingt durch die Entwicklung neuer Technologien und damit verbundener ökonomischer Erfordernisse wird immer häufiger *Schichtarbeit*² geleistet. Müller (1992) weist auf das erhöhte Risiko behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen bei Schichtarbeit hin. Schichtarbeit kann zu Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen sowie gastrointestinalen und kardiovaskulären Erkrankungen (Koller et al. 1978; Rutenfranz u. Knauth 1988) sowie zu Störungen der zirkadianen Rhythmik führen. Darüber hinaus kann

der Kontakt zur sozialen Umwelt durch wechselnden Arbeitsrhythmus beeinträchtigt sein (Rutenfranz 1980). Müller bemängelt, dass die in der Literatur berichteten psychischen Störungen bei Nacht- bzw. Schichtarbeitern nicht näher hinsichtlich körperlich erlebter Ängste und Befindlichkeitsstörungen spezifiziert wurden, da v. a. affektive Störungen untersucht wurden. Niskanen et al. (1974) weisen auf das sehr hohe Risiko für Depressivität und Angst bei Schichtarbeiterinnen hin. Costa et al. (1981) beschreiben bei Schichtarbeitern im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ein 5- bis 15fach erhöhtes Risiko einer „neurotischen“ Erkrankung; insbesondere Schichtarbeiter, die ausschließlich nachts arbeiten, sind gefährdet. Als Belastungsfaktor wenig beachtet wird bislang die Länge des Arbeitsweges, die erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des Arbeitnehmers hat (Häfner et al. 2001).

Gerade für Arbeitnehmer mit somatoformen Störungen sind hohe Inanspruchnahmeraten medizinischer Leistungen (insbesondere Notfallbehandlungen), wiederholte diagnostische Untersuchungen, vielfache therapeutische Ansätze und die Einbeziehung alternativer Heilverfahren charakteristisch. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kann nicht selten ein selbstdestruktives Ausmaß im Hinblick auf körperliche, psychische und finanzielle Folgen erreichen. Besonders der Verlauf somatoformer Störungen wird wesentlich vom Verhalten der Ärzte, insbesondere in der Primärversorgung, mitbestimmt. Ein spezieller, für Begutachtungen wichtiger Aspekt des Krankheitsverhaltens ist das Nachsuchen nach Berentung, das bei chronifizierten Verläufen häufig auftritt.

Seelische Gesundheit hängt eng mit der Leistungssituation, dem Berufserfolg sowie der Stetigkeit im Beruf zusammen. Bei den im Mannheimer Kohortenprojekt zu Häufigkeit und Verlauf psychogener Erkrankungen untersuchten Probanden konnte gezeigt werden, dass psychogen Erkrankte häufiger neurotisch leistungsgestört waren, ihr Berufserfolg niedriger war, und dass sie häufiger den Beruf wechselten (Schepank 1987). Sie waren seltener verbeamtet oder mithilfe der Familienangehörige, hatten häufiger den zwei-

ten Bildungsweg hinter sich, keinen Beruf erlernt oder verfügten über erst wenige Jahre Berufserfahrung. Ihre Angehörigen waren mehr als einmal arbeitslos. Frauen, deren Mütter ein niedriges Berufsprestige aufwiesen, erkrankten ebenfalls häufiger. Neurotische Leistungsstörungen waren bei den 25-jährigen Probanden gehäuft.

Dieser Befund ist bekanntlich schon lange in die Definition seelischer Gesundheit eingeflossen: Freud hat als Ziel jeder psychoanalytischen Therapie hingestellt, den Menschen *arbeits-, genuss- und liebesfähig* zu machen. Über den Zusammenhang dieser drei wichtigen menschlichen Reifungsschritte hat er sich aber nie geäußert. Eine verbreitete psychoanalytisch orientierte Definition beinhaltet neben der Liebes- auch die Arbeitsfähigkeit als wesentlichen Indikator psychischer Gesundheit (Enke 1973).

Vor der Gefahr des Burnoutsyndroms warnen Keel (1993) und Bauer et al. (2003), insbesondere bei Arbeitnehmern in Helferberufen, und fordern die Integration von Interventionsangeboten in betriebsinterne Strukturen sowie niedrigschwellige Angebote (Althaus 2002). Vahtera et al. (1997a, 1997b, 1999) sowie Vézina und Gingras (1996) haben in jüngerer Zeit auf gesundheitliche Belastungen von Arbeitnehmern durch Rationalisierungsmaßnahmen und deren Auswirkungen auf den Krankenstand hingewiesen. Wanek et al. (1998) fanden bei einer Mitarbeiterbefragung in einem Betrieb der Metallindustrie einen hohen Anteil von Personen mit chronischen Rückenschmerzen, die nicht aktuell an den entsprechenden Kursangeboten der Betriebskrankenkasse teilgenommen hatten (unversorgte Prävalenz).

In der Whitehall-II-Studie, einer longitudinalen prospektiven Kohortenstudie, wurden 6.895 männliche und 3.413 weibliche Angestellte des öffentlichen Dienstes in London in drei Erhebungswellen von 1985–1993 hinsichtlich ihres psychischen Gesundheitszustands und ihrer Arbeitssituation befragt. Es wurden 27,6 % der männlichen und 33,8 % der weiblichen Arbeitnehmer im ersten Follow-up als psychiatrisch krank, gemessen mit dem General Health Questionnaire (GHQ), klassifiziert. Im zweiten Follow-

² Als Normalarbeitszeit gilt die Zeit zwischen 6.30 Uhr und 19.00 Uhr; unter Schichtarbeit wird die Arbeit mit wechselnden Arbeitszeiten, auch unter Einschluss von Nachtarbeit, verstanden.

up erfüllten 20,6 % der Männer und 25,2 % der Frauen das Fallkriterium weiterhin. Diese Ergebnisse zeigen, dass von einer hohen Konstanz psychischer Beeinträchtigung über die Zeit ausgegangen werden muss.

Aus diesem Grund warnen die Autoren dringend davor, die psychosoziale Gesundheit von Arbeitnehmern aus Kostengründen zu vernachlässigen und befürchten einen Anstieg psychischer Störungen und daraus folgender Kosten für Unternehmen und das gesamte Gesundheitssystem. Deswegen wird der Arbeitsplatz als sehr geeigneter Ort für Interventionen angesehen (Stansfeld et al. 1999). Doch wie sieht es damit in der Versorgungswirklichkeit aus?

Die Globalisierung der Märkte und der Strukturwandel von einer Produktionsgesellschaft hin zur Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft führen auch zu einer *Veränderung der Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse*. Neue Arbeitsformen, die sich u. a. durch die Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologien ergeben, führen zu einer Verlagerung von den physischen zu psychomentalen Belastungen und Beanspruchungen (Pfaff u. Pühlhofer 2003). So arbeitet in Deutschland bereits mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen an einem computergestützten Arbeitsplatz und fast die Hälfte aller Tätigkeiten hängt mit der Verarbeitung von Informationen zusammen (Dostal 2000). Telearbeit sowie räumlich und zeitlich flexible Formen der Arbeit ermöglichen einerseits größere zeitliche Spielräume und eine bessere Verbindung von beruflichen und familiären Interessen, bergen aber auch *neue psychosoziale Belastungspotenziale* (Ducki 2002). Der Begriff *Teletaylorismus* verdeutlicht, dass kurzzyklische, monotone Tätigkeiten, die v. a. mit der industriellen Bandarbeit in Zusammenhang gebracht werden, auch bei modernen Arbeitstätigkeiten vorkommen. So hat z. B. ein *Call Center Agent* bei Telefonauskünften mit Gesprächsdauern von 1,5–3 min bis zu 240 Gespräche am Tag zu bewältigen. Die gleichzeitige Aufnahme und Verarbeitung visueller und sprachlicher Signale, die ständige Kommunikation mit wechselnden Kunden am Telefon, das Eingehen auf die unterschiedlichsten Bedürfnisse und

Psychotherapeut 2004 · 49:7–14
DOI 10.1007/s00278-003-0344-z
© Springer-Verlag 2003

Steffen Häfner · Severin Haug · Horst Kächele

Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Arbeitnehmern

Zusammenfassung

Untersuchungen zu Häufigkeit, Verlauf und Ursachen psychischer Erkrankungen bei Arbeitnehmern sind rar. Die Gründe hierfür liegen sowohl auf Seiten der Arbeitsmedizin, die psychosoziale Aspekte wenig berücksichtigt, als auch bei der Psychotherapie, die zu wenig auf die Arbeitssituation eingeht. Die wenigen aussagekräftigen Untersuchungen legen bei Arbeitnehmern eine ähnlich hohe Prävalenz und Behandlungsbedürftigkeit nahe wie in der Allgemeinbevölkerung. Von den Folgen einer störungsinadäquaten Therapie psychischer Erkrankungen sind Arbeitnehmer in besonderem Maße betroffen, da die Erkrankungen nicht nur zu erheblichem persönlichem Leid führen, sondern durch Chronifizierung

zu enormen Kosten in der medizinischen Versorgung beitragen. Außerdem sind sie durch krankheitsbedingte Fehlzeiten und (Früh-)Berentungen auch die Ursache weit reichender Produktionsausfälle in der Wirtschaft. Obwohl eine Reihe von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Besserung der psychischen Befindlichkeit von Arbeitnehmern verfügbar sind, werden sie gegenwärtig noch zu selten eingesetzt und noch weniger evaluiert.

Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit · Arbeitnehmer · Inanspruchnahmeverhalten · Arbeitsmedizin · Betriebliche Gesundheitsförderung

Need for mental health services in employees

Abstract

Studies on prevalence, course and causes of psychic disorders have not been very numerous to date. Occupational medicine ignoring psychosocial aspects of employees as well as psychotherapy not including enough the work situation seem to be responsible for this situation. According to the few available good studies, prevalence and need for treatment of employees can be considered to be as high as in the general population. Consequences of inadequate therapy severely affect employees not only on an individual level, but also cause enormous costs in med-

ical treatments because of chronification, and loss of productivity for organizations due to absence from work and (early) retirements. Different workplace health promotion programs to improve the mental condition of the employee are available – but have not been very numerous to date and should be evaluated more often.

Keywords

Mental health · Employees · Health service utilization · Occupational medicine · Workplace health programmes

Tabelle 1

Beispiele für Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Individuell verhaltensorientiert	Institutionell verhältnisorientiert
Rückenschule	Arbeitszeitgestaltung
Entspannungsprogramme	Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung
Stressbewältigungsprogramme	Pausengestaltung
Training sozialer Kompetenz	Gruppenarbeit
Führungsschulung	Gesundheitszirkel
Kommunikationstraining	Erhöhung des Handlungs- und Kontrollspielraums
Umgang mit Drogen	

Anliegen sowie die Forderung, stets freundlich zu sein, erfordert von den Beschäftigten ein hohes Ausmaß an Daueraufmerksamkeit, Konzentration und emotionaler Selbstregulation. Durch die ständige Überwachung und Überprüfung der Qualität und Schnelligkeit der Gespräche entsteht zusätzlich Leistungsdruck.

Auch die Arbeit im Großraumbüro, mit oft hohem Geräuschpegel und geringem Platz für den einzelnen Mitarbeiter, erhöht die emotionale Belastung. In einer empirischen Studie wurden Belastungen und Ressourcen von Call-Center-Mitarbeitern mit denen von Bank- und Verwaltungsangestellten verglichen (Isic et al. 1999). Dabei zeigte sich, dass die Tätigkeit im Call Center durch eine geringere Arbeitskomplexität sowie geringeren Handlungs- und Zeitspielraum gekennzeichnet ist. Infolgedessen werden von Call-Center-Mitarbeitern im Vergleich zu Bank- und Verwaltungsangestellten vermehrt psychosomatische Beschwerden, wie Schlaflosigkeit oder Rückenbeschwerden, berichtet.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Neben dem vorwiegend arbeitsmedizinisch geprägten Arbeitsschutz, dessen Aufgaben v. a. in der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten liegen, beschäftigen sich zunehmend auch die Arbeits- und Organisationspsychologie sowie die Gesundheitspsychologie mit pathogenen und gesundheitsförderlichen Aspekten der Berufsarbeit. Die betriebliche Gesundheitsförderung, die seit Mitte der 80er-Jahre v. a. durch die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (World Health Organization 1986), durch ein ver-

ändertes Gesundheitsbewusstsein sowie Gesetzesänderungen stark vorangetrieben wurde, stellt dabei eine Ergänzung zum traditionellen Arbeitsschutz dar. In der Luxemburger Deklaration, die 1997 vom Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung verabschiedet wurde, wird *betriebliche Gesundheitsförderung* als modernes Konzept des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beschrieben, das alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz umfasst (Luxemburger Deklaration 1997). Dies soll durch die Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, die Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung sowie die Stärkung persönlicher Kompetenzen erreicht werden. Die Tatsache, dass Arbeit nicht nur negative (Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle), sondern auch positive (sozialer Kontakt, Erfolg) Auswirkungen haben kann, wird bei der betrieblichen Gesundheitsförderung explizit berücksichtigt. *Gesundheitsfördernde Maßnahmen* lassen sich im Wesentlichen danach unterscheiden, ob sie eher verhaltens- oder verhältnisorientiert sind (■ **Tabelle 1**). Während die *verhaltensbezogenen Maßnahmen* durch Information, Instruktion, Motivation und praktisches Training zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten beitragen sollen, zielen die *verhältnisbezogenen Maßnahmen* auf die Verbesserung konkreter Arbeitsmerkmale, -inhalte und Umgebungsbedingungen.

Die ersten Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung orientierten sich am Modell der Risikofaktoren und zielten z. B. auf eine Verminderung von Herz-Kreis-

lauf-Erkrankungen oder Lungenkrebs durch verhaltensbezogene Maßnahmen, wie Ernährungsberatung oder Nichtrauchertraining. Später wurden vermehrt *ganzheitliche Konzepte* entwickelt, die nicht nur auf das individuelle Verhalten, sondern auch auf eine Modifikation der Verhältnisse am Arbeitsplatz (z. B. durch eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung) abzielten.

Dass die betriebliche Gesundheitsförderung sich nicht auf Maßnahmen beschränken sollte, die auf eine Änderung des Verhaltens oder der Kompetenzen einer Person gerichtet sind, wird schnell deutlich, wenn man die Liste möglicher *Stressoren am Arbeitsplatz* betrachtet. Diese kann man nach Udrys und Frese (1988) in Stressoren der Arbeitsaufgabe (z. B. qualitative Unterforderung, quantitative Überforderung, Störungen im Arbeitsablauf), physikalische Stressoren (z. B. Lärm, Hitze), Stressoren, die sich auf die zeitliche Dimension beziehen (z. B. Nacht- und Schichtarbeit, Arbeit auf Abruf), sowie soziale und organisationsbezogene Stressoren (z. B. Rollenkonflikte, Angst vor Arbeitsplatzverlust) einteilen. Zusammenhänge zwischen diesen Stressoren und Angst, Depressivität, Gereiztheit oder psychosomatischen Beschwerden konnten mit Längsschnittuntersuchungen kausal belegt werden (Frese 1991).

Die beeinträchtigende Wirkung von Stressoren kann jedoch durch *individuelle und organisationsbezogene Ressourcen* erheblich gemindert werden. Ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung innerhalb und außerhalb der Arbeitssituation und ein ausreichender Handlungs- und Entscheidungsspielraum, z. B. in der Wahl der Reihenfolge der Arbeitsschritte oder der Pausengestaltung, sind Beispiele für Merkmale der Arbeitstätigkeit, die mit einer geringeren psychischen Belastung am Arbeitsplatz in Verbindung stehen (Frese u. Semmer 1991; Peter 2002; Larisch et al. 2003). So konnte bei männlichen Industriearbeitern gezeigt werden, dass bei geringem Handlungsspielraum die Hälfte der Beschäftigten, die unter Stressbedingungen tätig waren, über psychosomatische Beschwerden klagte. Bei hohem Handlungsspielraum reduzierte sich dieser Anteil auf ein Drittel der Beschäftigten. Eine noch deutlichere Aus-

wirkung hatte die soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten. Bei geringer sozialer Unterstützung klagten 57 % der Beschäftigten, die unter Stressbedingungen arbeiten, über psychosomatische Beschwerden, bei hoher sozialer Unterstützung taten dies nur 17 %.

Betriebliche Gesundheitsförderung muss daher einerseits auf eine *Verringerung pathogener Einflüsse*, andererseits auf eine *Stärkung salutogener Ressourcen* zielen. Zur Stärkung der sozialen Unterstützung und zur Prävention von sozialen Konflikten bei der Arbeit werden vermehrt organisations- und personenbezogene Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation und Kooperation gefordert (Teichmann 1999). Eine Erfolg versprechende organisationsbezogene Maßnahme kann z. B. die *Einführung von teilautonomen Arbeitsgruppen* (kleine Gruppen von Mitarbeitern, denen die Erstellung eines kompletten Produktes oder einer Dienstleistung mehr oder weniger verantwortlich übertragen wurde) darstellen. Ergebnisse aus der Motorenmontage bei Volkswagen zeigen, dass dadurch Handlungsspielräume und anspruchsvolle Tätigkeiten geschaffen und soziale Beziehungen gefördert werden können (Ulich 2001). In einer quasi-experimentellen Längsschnittstudie zu den sozialen und ökonomischen Auswirkungen der Einführung teilautonomer Arbeitsgruppen in einem kunststoffverarbeitenden Unternehmen zeigte sich eine gesteigerte Produktivität und Qualität bei der Fertigung. Zudem boten die Tätigkeiten unmittelbar nach der Umstellung auf teilautonome Arbeitsgruppen mehr Potenzial zur Persönlichkeitsförderung; dies schlug sich u. a. in einer besseren Kooperation und mehr Verantwortung nieder (Antoni 1997). Allerdings stellt die Einführung von Gruppenarbeit nicht immer eine Maßnahme der Gesundheitsförderung dar. So scheint diese v. a. dann attraktiv, wenn Handlungsspielräume und gegenseitige Unterstützung vergrößert werden, ohne die Betroffenen dauerhaft zu überfordern oder einzelne Mitarbeiter aus der Gruppe auszugrenzen.

Die steigende Anzahl personenbezogener Dienstleistungen und neue Arbeitsformen, wie Telearbeit, erfordern v. a. *individuelle Kompetenzen der Selbstorgani-*

sation und des Stressmanagements, um den emotionalen Belastungen und den Folgen der zunehmenden Verschachtelung von Beruf und Privatleben, die sich etwa in Familienkonflikten äußern können, vorzubeugen (Ducki 2002; Resch 2002). Ausschließlich individuumsbezogene Maßnahmen greifen hier allerdings zu kurz. So zeigt eine Metaanalyse von personenbezogenen, betrieblichen Stressmanagementinterventionen nur kleine bis mittlere Effekte hinsichtlich der Reduktion individueller Stresssymptome und keinen Effekt bezüglich des Bewältigungsverhaltens (Bamberg et al. 1999). Deshalb sind Initiierung und Evaluation von Maßnahmen notwendig, die sowohl auf eine Modifikation des individuellen Verhaltens als auch auf die Veränderung der Rahmenbedingungen der Arbeit abzielen.

Daneben ist ein *systematisches Vorgehen bei der Programmimplementation* zu empfehlen. Dies erfordert eine Organisationseinheit, die die Koordination der Maßnahmen gewährleistet, eine sorgfältig durchgeführte Bedarfsanalyse, daraus abgeleitete Interventionen und eine abschließende Evaluation (Badura et al. 1999). Ein derartiges Vorgehen wurde z. B. bei der Aktion „Sicher und Gesund“ der Firma Storck in Berlin verfolgt (Westermayer u. Wellendorf 2001). In einer Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten für bestimmte Tätigkeitsgruppen und Abteilungen wurden zunächst Hypothesen über die Krankheitsursachen entwickelt, anschließend zielgruppenbezogene Maßnahmen, wie Gesundheitszirkel, in denen die Beschäftigten Belastungen am Arbeitsplatz analysierten und Verbesserungsvorschläge entwickelten, Führungskräftebildungen zu Gesprächsführung und Gesundheit sowie ergonomische Veränderungen, implementiert. Die Evaluation erbrachte eine Reduktion des Krankenstandes von 9 % auf 7 % nach der Programmeinführung.

Derartige systematisch durchgeführte Programme, die auf individueller und struktureller Ebene ansetzen, sind bis heute jedoch die Ausnahme. Eine repräsentative Studie aus Hessen und Thüringen zeigt, dass in der betrieblichen Praxis bisher kurzfristig angelegte, personenbezogene Angebote, wie etwa Programme zur Bewegung oder Suchtvorsorge, überwiegen. Etwa ein Drittel der befragten Unter-

nehmen hat bereits Erfahrungen mit diesen Programmen gemacht und ca. ein Fünftel der Betriebe plant gesundheitsfördernde Maßnahmen auch weiter anzubieten. Verhältnispräventive Maßnahmen konnten sich bisher kaum verbreiten. Vor allem bei kleinen und mittleren Unternehmen, in denen ca. 60 % der Erwerbstätigen in Deutschland beschäftigt sind, sind routinemäßig durchgeführte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung noch selten. *Hemmende Faktoren* sind v. a. mangelndes Interesse der Führungskräfte und Mitarbeiter, geringes Engagement der Mitarbeitervertretungen für die Gesundheitsförderung, unklare Verantwortlichkeiten für den Arbeitsschutz und die Gesundheit der Mitarbeiter sowie die Kosten, die mit der Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung verbunden sind (Gröben u. Bös 1999).

Obwohl bisher nur wenige experimentelle Studien zu Gesundheitsförderungsprogrammen in Unternehmen vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass diese einen wesentlichen Beitrag zur Besserung der psychosozialen Situation von Arbeitnehmern leisten können. Wesentliche Voraussetzungen für deren Erfolg sind systematische Planung, Qualitätssicherung und Evaluation der Maßnahmen. Weiter sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung als *kooperatives Anliegen des gesamten Unternehmens* verstanden werden, an deren Realisierung Vertreter aus allen Tätigkeitsbereichen und Ebenen (Geschäftsführung, Personalleitung, Betriebsarzt, Mitarbeiter) mitwirken. Durch eine zunehmende Anzahl von Effektivitäts- und Effizienzstudien kann die Anzahl der betrieblichen Akteure steigen, die die Gesundheit der Mitarbeiter als integralen Bestandteil der Unternehmenskultur betrachten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung implementieren.

Die psychosoziale Situation – ein blinder Fleck der Arbeitsmedizin?

Obwohl es Aufgabe der Arbeitsmedizin ist, sich mit den *psychischen* und physischen Reaktionen des Menschen auf die Arbeit und Arbeitsumwelt, insbesondere der arbeitsbedingten Gesundheitsschäden, zu befassen, nehmen psychische Erkrankungen

gen der Arbeitnehmer und diesbezügliche versorgungsepidemiologische Fragestellungen bislang eher eine randständige Position ein – mit der Ausnahme von Suchterkrankungen und Psychosen (v. Ferber 2003; Michaelis et al. 2001; Ulm 2003). Allenfalls für die nicht seltene und zunächst häufig von allen Seiten bagatellierte Alkoholabhängigkeit³ bestehen gebahnte Versorgungsstrukturen. Die Weiterbildung zum Arzt für Arbeitsmedizin schließt nur wenige Themengebiete zu psychischen Erkrankungen bei Arbeitnehmern ein – mit erheblichen Konsequenzen für deren adäquate psychosoziale Beratung und Psychotherapie. In Balint-Gruppen liegt der Anteil von Arbeits- und Sozialmedizinern unter 2 % (Haltenhof et al. 2000). Die Durchsicht von Tagungsprogrammen nationaler und internationaler arbeitsmedizinischer Fachgesellschaften lässt einen eklatanten Mangel an psychosozialen Themen in der Arbeitswelt erkennen. Im Bereich wissenschaftlicher Publikationen sieht es nicht viel besser aus.

Dabei existieren gut ausgearbeitete Interventionsprogramme, insbesondere für Bluthochdruck, Rückenbeschwerden, Nikotin- und Alkoholabusus und Essstörungen sowie Fitnessprogramme (Schreurs et al. 1996), die auch unter den Aspekten der Kosteneinsparungen und Produktivitätssteigerungen für Betriebe interessant sind. Mögliche Kosteneinsparungen wurden anhand der epidemiologischen Daten der ECA-Studie (Robins u. Regier 1991) sowie des National Comorbidity Survey (NCS) und des Midlife Development in the United States Survey (MIDUS) bei Arbeitnehmern mit der Diagnose einer „major depression“ (Kessler et al. 1999), im Rahmen der Employee Assistance Program Financial Impact Study des Flugzeugherstellers McDonnell Douglas Corporation (McDonnell Douglas 1989) sowie bei Arbeitnehmern, die eine medizinische Poliklinik Mc Donnell Douglas aufsuchten (Kroenke u. Mangelsdorff 1989), nachgewiesen.

³ Ein Werbeplakat, das dem Erstautor 1998 in Dresden ins Auge sprang, bringt es auf den Punkt: Eine blonde junge Dame bekennt, dem Betrachter zugprostend: „Ich trinke Jägermeister, weil mein Chef ein echter Stress ist“ – gemäß dem alten Spruch von Wilhelm Busch: Wer Sorgen hat, hat auch Likör.

Die psychotherapeutische Versorgungssituation von Arbeitnehmern

Über die Realisierung einer individuellen psychosozialen Beratung oder Psychotherapie speziell für Arbeitnehmer – jenseits von Maßnahmen der Gesundheitsförderung – ist wenig bekannt. Nachdenklich stimmt, dass in der Akzeptanzstudie des Mannheimer Kohortenprojekts zur Häufigkeit und zum Verlauf psychogener Erkrankungen von 42,8 % der Probanden aus der Allgemeinbevölkerung vorrangig *sachlich-organisatorische Ablehnungsgründe* gegen die Aufnahme einer Psychotherapie vorgebracht wurden: Dahinter verbergen sich Zeitprobleme, *Überschneidung mit der Arbeitszeit*, Transportprobleme, *starke berufliche und/oder private Belastung*. Damit rangiert dieser Motivbereich weit vor der mangelnden Einsicht in eine Therapienotwendigkeit (21,4 %). Sachlich-organisatorische Ablehnungsgründe wurden signifikant häufiger von Probanden angeführt, die über einen niedrigen Schulabschluss verfügten (Franz 1997), eine Bevölkerungsgruppe, für die der Zugang zu psychosozialen Hilfsangeboten ohnehin erschwert ist. Die Indikationsstellung für einen tiefenpsychologischen Behandlungsansatz soll auch die soziale Situation berücksichtigen (z. B. Schicht- oder Wechseldienst), die die Realisierung einer Gruppentherapie ebenso wie einer höherfrequenten Therapieform unmöglich machen kann (Lieberz 1998).

Die Arbeitssituation – ein blinder Fleck der Psychotherapeuten?

Wenn als Ziel einer psychoanalytischen Behandlung oft die drei Kriterien *Genussfähigkeit, Liebesfähigkeit und Arbeitsfähigkeit* herausgestellt worden sind, so ist damit der Arbeit im Leben eines Menschen eine wichtige Bedeutung beigelegt. Es ist daher erstaunlich, wie wenig sich die psychoanalytische Literatur der Arbeitsstörungen und deren Behandlung annimmt. Horney (1949) hat darauf hingewiesen, dass die meisten Neurosen in irgendeiner Weise unser Arbeitsleben beeinflussen. Sie war der Auffassung, Neurotiker sprächen so wenig von ihrer Arbeitshemmung, weil sie sie als Schande empfinden. Stattdessen

sehen sie sich nach „mühevoller Überlegenheit“. Im Gegensatz zu dieser Auffassung hat Heigl (1954) berichtet, die Patienten seien meist beim Aufzeigen ihrer Arbeitsstörungen in ihrem Selbstwertgefühl nicht getroffen und in der Lage, ihre Arbeitstechnik gleichsam als unbeteiligte Zuschauer zu betrachten. Beide Autoren stimmen darin überein, dass viele Neurotiker von ihren Arbeitshemmungen nichts merken und nur die Folgeerscheinungen spüren, ohne sie auf eine Störung ihrer Arbeitstechnik zurückzuführen. Als Folgeerscheinungen werden Konzentrationschwäche, schlechtes Gedächtnis, mangelnde Intelligenz oder auch Gefühle der Müdigkeit und Erschöpfung erwähnt. Dührsen (1954) sieht hierin Folgen von Überforderung oder von nicht abgeführten verdrängten Impulsen. Heigl empfiehlt, sich die Arbeitsweise sehr genau schildern zu lassen, um die eigentlichen Störungen herauszubekommen; dies geschehe aber wohl eher selten, zumindest nicht in Erstgesprächen.

Jedoch nicht nur in Erstgesprächen, auch in Psychotherapien spielt die Arbeitssituation oft eine untergeordnete Rolle. So ist in Anträgen zur Richtlinienpsychotherapie der Informationsgehalt niedrig hinsichtlich der ökonomischen Ausstattung der Herkunftsfamilie, des Arbeitslebens der Mutter, der ökonomischen Situation des Patienten, der beruflichen Entwicklung der Geschwister sowie des Bildungsabschlusses und Berufs des Partners (Rüger et al. 1997). Der durchschnittlich sehr geringe Informationsgrad im Hinblick auf die Verhältnisse am Arbeitsplatz und die finanzielle Situation scheint einen blinden Fleck vieler Psychotherapeuten widerzuspiegeln. Die plausibelste Erklärung hierfür ist, dass das psychoanalytische Krankheitsmodell ursprünglich an einer Klientel entwickelt wurde, für die es keine gravierenden ökonomischen Probleme gab. Auf die geringe Relevanz der Arbeitssituation während stationärer Psychotherapien im Rehabilitationsbereich haben Beutel et al. (1998) aufmerksam gemacht.

Forschungsdesiderate

Welches Versorgungsangebot benötigen Arbeitnehmer? Welche neuen klinischen

Herausforderungen kommen in einer sich kulturell, demographisch, ökonomisch etc. entwickelnden Gesellschaft auf die psychotherapeutische Versorgung zu? Seit Ken Howard 1987 auf der Ulmer internationalen Konferenz der Society for Psychotherapy Research den Begriff der „consumer-oriented psychotherapy“ kreierte, wurde deutlich, dass sich eine differenziertere Sichtweise der psychosozialen Versorgungsforschung als Teilgebiet der Psychotherapieforschung abzeichnet. *Versorgungssystemorientierte Psychotherapieforschung* ist dringend erforderlich, denn nach wie vor klafft zwischen der expertendefinierten Therapieindikation und dem optimalen Funktionieren eines Versorgungssystems mit Erfolgsmaximierung und zugleich tragbaren Kosten eine große Lücke (Schepank 1987, 1994; Kächele u. Kordy 1992). In der Schwundzone zwischen wahrer Prävalenz und expertendefinierter Psychotherapieindikation einerseits und dem Zustandekommen einer fachgerechten Therapie und ihres Erfolgs auf der anderen Seite verfängt sich derzeit noch eine große Anzahl von tatsächlich Therapiebedürftigen und nach Text und Sinn der Psychotherapierichtlinien auch Therapieanspruchsberechtigten: Erheblich weniger Patienten werden einer fachgerechten Psychotherapie zugewiesen, die sie benötigen würden, und dann oft um Jahre verspätet und in einem chronifizierten Zustand. Dies führt zu einer erheblichen Unterversorgung und gravierenden Fehlversorgung: Die Beschreibung von Meyer et al. (1991): „Statt früh zu ambulanter kommt es spät zu stationärer Psychotherapie“, dürfte insbesondere für Arbeitnehmer zutreffen.

Aufgrund der hohen intra- und interindividuellen Verlaufsvariabilität ist grundsätzlich zu fordern, *alle* psychischen Erkrankungen, d. h. Psychoneurosen, funktionell-psychosomatischen Störungen (somatoforme Störungen, Beschwerden an verschiedenen Organen ohne nachweislich somatische Ursache und allgemeine körperliche Befindensstörungen) und Charakterneurosen/Verhaltensstörungen bis zu Süchten, zu berücksichtigen. Lediglich auf diese Weise können valide Schätzungen des Psychotherapiebedarfs erfolgen. Keinesfalls dürfen nur bestimmte, ausgewählte Symptome oder

Krankheitsbilder einbezogen werden, da diese ein verfälschtes Bild ergeben können.

Arbeitnehmerspezifische Faktoren für die Psychotherapiemotivation sind wenig erforscht. Bisherige Studien waren oft berufsgruppenspezifisch ausgerichtet. Wenn Untersuchungen durchgeführt wurden, bezogen sich diese meist auf bestimmte, wohl definierte Berufsgruppen (Feuerwehrmänner, Polizisten, Lehrer, Journalisten, Lokomotivführer etc.), die in der Regel durch eine hohe Inanspruchnahmerate psychotherapeutischer Leistungen gekennzeichnet sind bzw. sowie so eine hohe Affinität zu Psychotherapie aufweisen, oder griffen bestimmte Aspekte der Arbeitssituation, wie z. B. Mobbing, Trauma oder Burnout, heraus (Schwickerath 2001; Teegen u. Grotwinkel 2001; Teegen 2003; Wagner 2001; Wagner et al. 1998; Bauer et al. 2003). Nur selten handelt es sich hierbei um repräsentative Stichproben; meist wird hingegen aus einer Inanspruchnahmepopulation auf die gesamte Berufsgruppe verallgemeinert. Diese Ergebnisse lassen sich aber ebenfalls nicht einfach in die Versorgungsrealität übertragen. Es sollte daher eine stärkere Differenzierung in Bezug auf die persönlichen Lebensumstände und Arbeitsbedingungen sowie die Höhe des Lohnes und des Status erfolgen. Hier sollte der globale Begriff des „Arbeitnehmers“ hinterfragt werden und auf Berufsgruppen spezifischer eingegangen werden, um valide Schätzungen zu erhalten. Das Interesse für verschiedene Berufsgruppen scheint auch von der sozialen Distanz abzuhängen: Während Studenten zu den bestuntersuchten Gruppen gehören, ist das Forschungsinteresse an Auszubildenden auffallend gering. Ungeklärt ist auch, welche Protektions- bzw. Risikofaktoren für psychische Erkrankungen durch den Arbeitsplatz gegeben sind, und wie die optimale Beschaffenheit von psychosozialen Interventionsangeboten sein sollte, die den Bedürfnissen von Arbeitnehmern gerecht werden. Daher sollten am Arbeitsplatz implementierte Interventionsprogramme auch evaluiert werden (Schreurs et al. 1996). Kooperationsprojekte mit Betrieben sind dringend erforderlich, um spezifische Prävalenzen und den daraus

resultierenden Versorgungsbedarf zu ermitteln. Hier sind Geschäftleitungen, Personalvertreter und nicht zuletzt die Arbeitsmediziner in der Pflicht, den Produktionsfaktor Mensch angemessen zu fördern.

Fazit für die Praxis

Obwohl bei Arbeitnehmern aufgrund von epidemiologischen Untersuchungen ähnlich hohe, wenn nicht höhere Prävalenzraten als in der Allgemeinbevölkerung vermutet werden können, ist es erstaunlich, wie gering der Stellenwert der psychosozialen Situation von Arbeitnehmern in Betrieben ist. Dabei stellt der menschliche Faktor das entscheidende Produktionskapital der Zukunft dar, und es existieren vielfältige Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, sowohl individuell verhaltens- als auch institutionell verhältnisorientiert, um die psychosoziale Versorgungssituation dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern. Dies würde nicht nur Chronifizierungen vorbeugen, sondern auch Kosten einsparen helfen.

Korrespondierender Autor

Dr. Steffen Häfner

Forschungsstelle für Psychotherapie,
Christian-Belser-Straße 79a, 70597 Stuttgart
E-Mail: haefner@psyres-stuttgart.de

Literatur

- Althaus E (2002) Überforderung bis zur Erschöpfung: das Burn-out-Syndrom. *Psychotherapeut* 47:174
- Antoni CH (1997) Soziale und ökonomische Effekte der Einführung teilautonomer Arbeitsgruppen – eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie. *Z Arbeit Organisationspsychol* 41:131–142
- Badura B, Häfner W, Scherf M (1999) Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Edition sigma, Berlin
- Bamberg E, Busch C, Mohr G (1999) Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt durch Streßmanagement: Möglichkeiten und Grenzen eines populären Konzeptes. In: Röhrle B, Sommer G (Hrsg) *Prävention und Gesundheitsförderung*. Dgvt, Tübingen, S 251–272
- Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, Dahlbender RW (2003) Burn-out und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53:213–222
- Beutel M, Dommer T, Kayser E, Bleichner F, Vorndran A, Schlüter K (1998) Arbeit und berufliche Integration psychosomatisch Kranker. Nutzen und Indikation der beruflichen Belastungserprobung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48:368–374
- Costa G, Apostoli P, d'Andrea F, Gaffuri E (1981) Gastrointestinal and neurotic disorders in textile shift workers. In: Reinberg A, Vieux N, Andlauer P (eds) *Night and shift work. Biological and social aspects*. Pergamon Press, Oxford, pp 215–221

- McDonnell Douglas Corporation's EAP produces hard data (1989) *The Almacan*, August 1989, pp 18–26
- Dostal W (2000) Die Informatisierung der Arbeitswelt – Ein erster Blick auf die Ergebnisse der BiBB/IAB-Erhebung. In: Dostal W, Jansen R, Parmentier K (Hrsg) *Wandel der Erwerbsarbeit: Arbeitssituation, Informatisierung, berufliche Mobilität und Weiterbildung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, S 151–169
- Dreyer H, Görges T (1964) Über die Verteilung von Magenkrankheiten auf bestimmte Belegschaftsgruppen eines westdeutschen Großbetriebes. *Z Psychosom Med* 10:17–26
- Ducki A (2002) Betriebliche Gesundheitsförderung und Neue Arbeitsformen – Aktuelle Tendenzen in Forschung und Praxis. *Gruppendyn Organisationsberat* 33:419–436
- Dührssen A (1954) *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen
- Enke H (1973) Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie in der Industriegesellschaft. In: Döhner O (Hrsg) *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 124–139
- Ferber C v (2003) Arbeit, Gesundheit und Krankheit. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langwitz W, Schonecke OW, Uexküll Tv, Wesiack W (Hrsg) *Uexküll: Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. Urban & Fischer, München, S 367–377
- Franz M (1997) Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung. *Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen*
- Frese M (1991) Stressbedingungen in der Arbeit und psychosomatische Beschwerden: eine kausale Interpretation. In: Greif S, Bamberg E, Semmer N (Hrsg) *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Hogrefe, Göttingen, S 120–134
- Frese M, Semmer N (1991) Stressfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: der Einfluss von Kontrolle und sozialer Unterstützung. In: Greif S, Bamberg E, Semmer N (Hrsg) *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Hogrefe, Göttingen, S 135–153
- Gröben F, Bös K (1999) Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung: Maßnahmen und Erfahrungen – ein Querschnitt. *Edition sigma, Berlin*
- Häfner S, Kordy H, Kächele H (2001) Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51:373–376
- Haltenhof H, Bühler KE, Leupold-Theander E (2000) Die Bedeutung der Balintgruppenarbeit: Ein Literaturüberblick und eine empirische Studie in Unterfranken. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43:200–206
- Heigl F (1954) Neurotische Arbeitsstörungen in der analytischen Psychotherapie (I). *Z Psychosom Med* 1:51–55
- Horney K (1949) Arbeitshemmungen. *Psyche – Z Psychoanal* 3:481–492
- Huber M (2000) Aspekte der Berufsunfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen. *Versicherungsmedizin* 52:66–75
- Isic A, Dormann C, Zapf D (1999) Belastungen und Ressourcen an Call Center-Arbeitsplätzen. *Z Arbeitswissenschaft* 53:202–208
- Kächele H, Kordy H (1992) Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 63:517–526
- Keel P (1993) Psychische Belastungen durch die Arbeit: Burnout-Syndrom. *Soz Präventivmed [Suppl 2]:S131–132*
- Kentner M (2003) Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Triebig G, Kentner M, Schiele R (Hrsg) *Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis*. Gentner, Stuttgart, S 879–890
- Kessler RC, Barber C, Birnbaum HG et al. (1999) Depression in the workplace: effects on short-term disability. *Health Aff* 18:163–171
- Koller M, Kundi M, Cervinka R (1978) Field studies of shift-work at an Australian oil refinery: health and psychosocial wellbeing of workers who drop out of shiftwork. *Ergonomics* 21:835–847
- Kroenke K, Mangelsdorff D (1989) Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 86:262–266
- Larisch M, Joksimovic L, Knesebeck O v d, Starke D, Siegrist J (2003) Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome. Eine Querschnittsstudie bei Erwerbstätigen im mittleren Erwachsenenalter. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53:223–228
- Lieberz K (1998) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. *Dtsch Arztebl* 95:A-1909–1912
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997) Available <http://ipg.psychologie.fu-berlin.de/lehre/ws02/download/bgmws02/bgf-eu-lux-dekl.pdf>
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Graf v d Schulenburg JM, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, S 41
- Michaelis M, Siegel W, Hofmann F (2001) Psychische und emotionale Faktoren des Arbeitslebens als Gegenstand betriebsärztlicher Praxis im Krankenhaus. *Gesundheitswesen* 63:22–28
- Müller N (1992) Zum Einfluß von Schichtarbeit auf somatoforme Störungen. *Nervenarzt* 63:46–49
- Niskanen P, Lönnqvist J, Achte K, Kärhä E, Kyrö A (1974) Psychiatric symptoms in the shift work of 427 female office workers. *Psychiatria Fennica* 1974:369–376
- Peter R (2002) Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit. *Psychotherapeut* 47:386–398
- Pfaff H, Pühlhofer F (2003) Psychosoziale Belastungen. In: Triebig G, Kentner M, Schiele R (Hrsg) *Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis*. Gentner, Stuttgart, S 702–713
- Resch M (2002) Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Huber, Bern, S 403–418
- Robins LN, Regier DA (eds) (1991) *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press, New York
- Rüger U, Haase J, Fassl K, Leibing GE, Leibing E (1997) Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Kenntnissen des Therapeuten über die Biographie seines Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 43:369–380
- Rutenfranz J (1980) Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen bei Nacht- und Schichtarbeit. In: Brenner W, Rutenfranz J, Baumgartner E, Haider M (Hrsg) *Arbeitsbedingte Gesundheitsschäden – Fiktion oder Wirklichkeit?* Gentner, Stuttgart, S 122–123
- Rutenfranz J, Knauth P (1988) Shift-work. In: Zenz C (ed) *Occupational medicine. Year Book Medical*, Chicago, pp 1087–1095
- Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schepank H (1994) Die Versorgung psychogen Kranker aus epidemiologischer Sicht. *Psychotherapeut* 39:220–229
- Schreurs PJG, Winnubst JAM, Cooper CL (1996) Workplace health programmes. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL (eds) *Handbook of work and health psychology*. John Wiley & Sons, Chichester, pp 463–481
- Schwickerath J (2001) Mobbing am Arbeitsplatz. Aktuelle Konzepte zu Theorie, Diagnostik und Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut* 46:199–213
- Sopp H (1961) Sozialanalyse des Krankenstandes. *Z Psychosom Med* 7:204–207
- Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG (1999) Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 56:302–307
- Teegen F (2003) Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz – Prävention – Behandlung. Huber, Bern
- Teegen F, Grotwinkel M (2001) Traumatische Erfahrungen und posttraumatische Belastungsstörung bei Journalisten. Eine internet-basierte Studie. *Psychotherapeut* 46:169–175
- Teichmann S (1999) Salutogene und pathogene Wirkungen sozialer Beziehungen in der Arbeitswelt. In: Badura B, Ritter W, Scherf M (Hrsg) *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis*. Edition sigma, Berlin, S 150–154
- Udris I, Frese M (1988) Belastung, Streß, Beanspruchung und ihre Folgen. In: Frey D, Hoyos C Graf, Stahlberg D (Hrsg) *Angewandte Psychologie. Ein Lehrbuch*. Psychologie Verlags Union, München, S 427–447
- Ulrich E (2001) *Arbeitspsychologie*. Schaffer-Poeschel, Stuttgart
- Ulm K (2003) Betriebliche Epidemiologie. In: Triebig G, Kentner M, Schiele R (Hrsg) *Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis*. Gentner, Stuttgart, S 1041–1056
- Vahtera J, Kivimäki M, Koskenvuo M, Pentti J (1997a) Hostility and registered sickness absences: a prospective study of municipal employees. *Psychol Med* 27:693–701
- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J (1997b) Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet* 350:1124–1128
- Vahtera J, Virtanen P, Kivimäki M, Pentti J (1999) Workplace as an origin of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 53:399–407
- Vézina M, Gingras S (1996) Travail et santé mentale: les groupes à risque. *Can J Public Health* 87:135–140
- Wagner D (2001) Behandlung von akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen bei Einsatzkräften der Feuerwehr. *Psychotherapeut* 46:398–401
- Wagner D, Heinrichs M, Ehler U (1998) Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *Am J Psychiatry* 155:1727–1732
- Wanek V, Novak P, Reime B (1998) Bedarfsgerechtigkeit der Inanspruchnahme betrieblicher Gesundheitsförderung zur Reduktion von Rückenschmerzen? Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in der Metallindustrie. *Gesundheitswesen* 60:729–737
- Westermayer G, Wellendorf J (2001) Evaluation betrieblicher Stressprävention. In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg) *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*. Juventa, Weinheim, S 97–114
- Winter E (1958/59) Über die Häufigkeit neurotischer Symptome bei „Gesunden“. *Z Psychosom Med* 5:153–167
- World Health Organization (1986) *The Ottawa-Charta for Health Promotion*. WHO, Kopenhagen